

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DOĞUM SONRASI DÖNEMDE VERİLEN
AİLE PLANLAMASI EĞİTİMİNİN
YÖNTEM KULLANMAYA ETKİSİ

123943

123943

TEZ YÖNETİCİSİ
Yard. Doç. Dr. Ahmet Öztürk

Dr. Melis Naçar
UZMANLIK TEZİ
KAYSERİ- 2002

TC YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Aile planlamasının tanımı ve amaçları	4
2.2. Aile planlamasının sağlığa olan etkileri	6
2.2.1. Anne sağlığına etkileri	6
2.2.2. Çocuk sağlığına etkileri	10
2.2.3. Toplum sağlığına etkileri	14
2.3. Dünyada ve Türkiye’de aile planlaması	15
2.3.1. Dünyada aile planlaması	15
2.3.2. Türkiye’de aile planlaması	18
2.4. Aile planlaması yöntemleri	21
2.4.1. Günümüzde kullanılan aile planlaması yöntemleri	21
2.4.1.1. Modern yöntemler	21
2.4.1.1.1. Hormonal Kontraseptifler	21
2.4.1.1.2. Rahim içi araçlar	25
2.4.1.1.3. Bariyer yöntemler	26
2.4.1.1.4. Geri Dönüşsüz Yöntemler	27
2.4.1.2. Geleneksel yöntemler	28
2.4.2. Yeni geliştirilmekte olan aile planlaması yöntemleri	28
2.5. Aile planlaması hizmetlerinde eğitim ve danışmanlık	29
2.5.1. Eğitimin tanımı, eğitim süreci ve öğrenme	29
2.5.2. Sağlık eğitiminin tanımı ve amaçları	30
2.5.3. Aile planlaması hizmetlerinde eğitim ve önemi	30
2.5.4. Danışmanlığın önemi ve danışmanlık süreci	32
2.5.5. Danışmanlık becerisi	34
2.5.6. Danışmanın nitelikleri	35
2.6. Doğum sonrası kontrasepsiyon ve danışmanlık	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri	38
3.2. Örnek seçimi ve uygulama	40
3.3. Verilerin değerlendirilmesi	42
4. BULGULAR	43
4.1. Eğitim öncesi bulguları	43
4.2. Eğitim sonrası bulguları	54
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	86
7. ÖZET	90
8. SUMMARY	91
9. KAYNAKLAR	92

EKLER..

- EK 1 : Eğitim öncesi anket
EK 2 : Eğitim sonrası anket
EK 3 : Aile planlaması eğitim kitapçığı

TABLO LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1 : Doğumdaki Anne Yaşı, Çocuk Sayısı ve Bebek Ölüm Hızı İlişkisi	12
Tablo 2 : Türkiye’de Yıllara Göre Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı	21
Tablo 3 : Kayseri İli’nin Demografik Verileri.....	39
Tablo 4 : Kayseri İli’nde 1998 Yılı 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu	39
Tablo 5 : Araştırmaya Alınan Kadınların ve Eşlerinin Yaş Grupları, Meslek ve Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı	44
Tablo 6 : Araştırmaya Alınan Kadınların Ailesel Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı	45
Tablo 7 : Araştırmaya Alınan Kadınların Doğurganlık Ölçütleri	46
Tablo 8 : Araştırmaya Alınan Kadınlardan İki ve Üzeri Çocuğa Sahip Olanların Son İki Çocuğu Arasındaki Süre	46
Tablo 9 : Araştırmaya Alınan Kadınların bu Gebeliklerini İsteme Durumlarına Göre Dağılımı	47
Tablo 10 : Araştırma Grubuna Alınan Kadınların Başka Çocuk İsteme Durumu	48
Tablo 11 : Araştırmaya Alınan Kadınlardan Başka Çocuk İsteyenlerin Ne Kadar Yıl Sonra Çocuk Sahibi Olmak İstedikleri	48
Tablo 12 : Araştırmaya Alınan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu	49
Tablo 13 : Araştırmaya Alınan Kadınların Daha Önce Aile Planlaması Eğitimi Alma Durumu	49
Tablo 14 : Araştırmaya Alınan Kadınların Yöntem Bilme Durumu	50
Tablo 15 : Araştırmaya Alınan Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Öğrendikleri Kaynakların Dağılımı	51
Tablo 16 : Araştırmaya Alınan Kadınların Doğum Sonrası Modern Yöntemlere Ne Zaman Başlanacağını Bilme Durumu	51
Tablo 17 : Araştırmaya Alınan Kadınların Daha Önce Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu	52
Tablo 18 : Araştırmaya Alınan Kadınların Daha Önce Kullandıkları Yöntemlere Göre Dağılımı	53

Tablo 19	: Araştırmaya Alınan Kadınların İfadesine Göre Eşlerin Doğumdan Sonra Yöntem Kullanma Konusundaki Görüşleri	54
Tablo 20	: Araştırmaya Alınan Kadınlara Loğusalıkta Sağlık Kontrolü Yapılma Durumu	55
Tablo 21	: Araştırmaya Alınan Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Araştırmacının Eğitimi Dışında Aile Planlaması Eğitimi Alma Durumu	55
Tablo 22	: Araştırmaya Alınan Kadınların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrasında Bildikleri Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı	56
Tablo 23	: Araştırmaya Alınan Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Dönemde Aile Planlaması Yöntemlerinin Doğumdan Sonra Ne Zaman Başlanacağını Bilme Durumu	57
Tablo 24	: Araştırmaya Alınan Kadınların Doğum Sonu Altıncı Ayda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu	58
Tablo 25	: Araştırmaya Alınan Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu	58
Tablo 26	: Araştırmaya Alınan Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu	59
Tablo 27	: Araştırmaya Alınan Kadınlardan Yöntem Kullanmayanların Nedenleri ..	60
Tablo 28	: Araştırmaya Alınan Kadınların Doğum Sonu Altıncı Ayda Gebelik Durumu	61
Tablo 29	: Araştırmaya Alınan Kadınların Doğum Sonu Altıncı Ayda Emzirme Durumu	61
Tablo 30	: Müdahale Grubundaki Kadınların Eşlerinin Eğitim Sonrası Verilen Broşürü Okuması ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu	62

KISALTMALAR

AP	:	Aile planlaması
AÇS	:	Ana çocuk sağlığı
UNICEF	:	Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu
DÖB	:	Doğum öncesi bakım
DSB	:	Doğum sonrası bakım
DDAB	:	Düşük doğum ağırlıklı bebek
TNSA	:	1998 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
SSK	:	Sosyal Sigortalar Kurumu
BÖH	:	Bebek ölüm hızı
ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
RİA	:	Rahim içi araç
KOK	:	Kombine oral kontraseptif
POP	:	Progesteron içeren oral kontraseptif
EEK	:	Enjekte edilen kontraseptif
DMPA	:	Depo medroksi progesteron asetat
LAM	:	Laktasyonel amenore metodu
G	:	Grubu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile planlaması (AP) hizmetlerinin temel amacı aşırı doğurganlığı önleyerek anne ve çocuk sağlığı (AÇS) düzeyini yükseltmektir (1). Aşırı doğurganlık gelişmekte olan ülkelerin çoğunda olduğu gibi, ülkemizde de öncelikli sağlık sorunlarından biridir. Aşırı doğurganlık kapsamında gebelik ve doğum için uygun olmayan anne yaşı, gebelik aralıklarının sık olması ve fazla sayıda doğum sorunları yer alır (2). Aşırı doğurganlığı önlemek için ise aile planlaması yöntemlerinin kullanılması gereklidir.

Aile planlaması; bireylerin ya da eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını ve sosyoekonomik durumlarını göz önüne alarak istedikleri sayıda çocuğa, istenilen zamanda sahip olma isteklerini gerçekleştirmeye yardım eden uygulamaların tümü olarak tanımlanabilir (2).

Dünyanın her ülkesinde aile sağlığında önemli bir yeri olan aile planlaması, özellikle annelerin ve çocukların daha sağlıklı olabilmeleri için alınan önlemleri kapsayan bir sağlık hizmetidir. Yapılan araştırmalar, anne ve çocuğun hastalık ve ölüm riskinin, 18 yaşın altında, 35 yaşın üzerinde, dört doğumdan fazla ve iki yıldan sık aralıklarla olan gebeliklerde en yüksek olduğunu göstermektedir (2). Sağlık personelinin, anne ve çocuk sağlığı ve refahı için, öncelikle yüksek riskli gebelikleri önlemeye çalışması gerekir. Anne sağlığını tehdit eden hastalık ve ölümlerin büyük bölümü, gebeliklerin istenen zamanda, sayıda ve uygun aralıklarla gerçekleşmesiyle engellenebilmektedir. Dünya çapındaki gözlemler, ülkelerin aile planlaması programlarına ağırlık vererek anne ölümlerini ortalama % 30-40 oranında azaltabileceklerini göstermektedir (3). Aynı zamanda AP'nın ilk gebeliği geciktirerek veya gebelikler arasındaki süreyi uzatarak bebek ölümlerini en az % 20 azaltacağı belirtilmiştir (4 -7).

Türkiye'de 30 yılı aşkın bir süredir, riskli gebelikleri önleyerek kadın ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan, ailelere gerekli bilgi ve hizmeti sunarak doğurganlıkları ile ilgili özgürce ve bilinçli seçim yapmalarını sağlayan politikalar izlenmiştir. İzlenen politikaların olumlu sonuçları demografik ve sağlık göstergelerimize yansımakla birlikte, aile planlaması konusunda karşılanamayan gereksinimin hala yüksek olması dikkat çekicidir (2).

Ülkemizde anne ölümlerinin % 50 azaltılması ve kullanılan tüm yöntemler içerisinde etkili aile planlaması yönteminin % 70'e çıkarılması, ana sağlığı ve aile planlaması konusundaki en önemli amaçlardandır. Bunun için risk gruplarına yönelik özel programların uygulanması ve halkın eğitimi hedeflenmiştir. Bu hedefe varabilmek için Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planında da belirtildiği gibi,

Doğumevlerinde ve Kadın-doğum bölümü bulunan hastanelerde AP kliniklerinin açılması ve buralarda doğumdan ya da düşükten sonra AP yöntemi sunma hizmetlerinin verilmesi gibi faaliyetlerin de yapılmasına ihtiyaç vardır (8,9)

Öte yandan, kişilere bir konuyu öğretebilmek ve benimsetebilmek için en uygun olan zamanın, onların bu bilgiye en çok ihtiyaç duydukları zaman olacağı şüphesizdir (10). Doğum sonrası dönem, eşlerin kısa zaman içerisinde bir çocuk sahibi olmayı düşünmedikleri ve dolayısıyla aile planlamasıyla ilgili arayışlar içinde oldukları bir dönemdir. Nitekim, bu dönemde çiftlerin aile planlaması konusunda danışmanlık hizmeti almaya oldukça istekli oldukları çeşitli çalışmalarla da tespit edilmiştir (2,11). Buna rağmen, bir çok kadın doğumdan sonra bir sağlık personeline ulaşamamakta ve aile planlaması yöntemleri hakkındaki bilgileri sağlıklı olmayan çeşitli yollardan öğrenmek zorunda kalabilmektedir. Bu durumda kişi, ya hiç bir yöntem kullanmamakta ya da etkisi sınırlı veya kendisi için uygun olmayan bir yöntemi kullanabilmektedir. Bunun sonucunda ise kadın, kısa bir süre sonra istemediği halde hamile kalmakta veya kendisine uygun olmayan yöntemin yan etkileri sonucu yöntemi bırakabilmektedir. Bu nedenlerle doğum sonrası erken dönem, aile planlaması hizmetlerinin sunulması açısından değerlendirilmesi gereken çok önemli bir fırsattır.

Bu çalışma; kişilerin aile planlaması yöntemi kullanmak için istekli oldukları düşünülen doğum sonrası erken dönemde verilecek olan aile planlaması eğitiminin; bilgi, tutum ve davranış değişikliği oluşturmadaki etkisini saptamak ve ilgili kuruluşlara öneriler sunmak amacı ile planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile planlamasının tanımı ve amaçları

Aile planlamasının birbirine benzer çeşitli tanımlarından bazıları aşağıda verilmektedir:

- Ailelerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda ve olanakları çerçevesinde çocuk sahibi olabilmeleri için sunulan hizmetlerin tümüne verilen isimdir (2).

-Aile planlaması, ailenin sağlığı ve refahını korumak için ailelerin istediği sayıda çocuğa ulaşırken doğumların anne için uygun yaşta (20-34), uygun sayıda (ilk 3 doğum) ve uygun aralıklarla (en az 2 yıl) yapılmasını sağlama amacıyla danışmanlık verme ve hizmet sunma olarak tanımlanır (12)

- 1984 yılında Mexico City’de yapılan Uluslararası Nüfus Konferansı’nda aile planlaması; “bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumlucu karar vermeleri ve bu amaçla bilgi,

eğitim ve araçlara sahip olmaları” olarak kabul edilmiş ve uluslararası oy birliği ile bu yaklaşım güvence altına alınmıştır (2).

Aile planlaması çalışmaları uzun yıllardan beri giderek değişen ve gelişen yöntemlerle yapılmaktadır. Gebeliğin bu şekilde önlenmesiyle birlikte, isteyerek ocuk dşirme gibi yöntemlerin de uygulanarak doğumların nlenmesine **Doğum Kontrolü** adı verilmektedir. Doğumların kontrol edilmesiyle ve diğer bazı yöntemlerle ihtiyaca göre nüfusun azaltılması, sabit tutulması ya da arttırılması için yapılan uygulamalara ise **Nüfus Planlaması** denmektedir. Doğum Kontrolü, hem aile planlaması hem de nüfus planlaması çalışmalarında kullanılan ortak bir araçtır (2).

Aile planlamasının amaçları şunlardır (1,2):

- Çiftlere gebeliği önlemede etkili olan yöntemler hakkında bilgi verilmesi ve bu yöntemlerin uygulanmasının sağlanması.
- Sık doğurmanın nlenmesi. En sağlıklı annenin bile iki gebeliği arasında en az iki yıllık süre bulunmasının sağlık açısından ideal olduğunu ve aile planlamasının gebelik aralığını ayarlamak için en etkin yol olduğunun öğretilmesi.
- Çok doğurmanın nlenmesi.
- İstenmeyen gebeliklerin nlenmesi.
- Topluma bedenen ve ruhen sağlıklı kişilerin kazandırılmasının sağlanması.
- ocuk sahibi olamayan ailelere yardımcı olunması.
- Hızlı nüfus artışını önleyerek toplumun sağlıklı, mutlu, iyi eğitilmiş ve ekonomik olanakları yeterli kişilerden oluşmasının sağlanması.

2.2. Aile planlamasının sağlığa olan etkileri

2.2.1. Anne sağlığına etkileri:

Aşırı doğurganlığın, kısa gebelik aralığının, çok erken ve çok geç yaşta olan doğumların anne ve çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri bilinen bir gerçektir. Annenin tükenme sendromu; gebelik, doğum ve doğum sonrası kanamaları; toksemi; doğum ile ilgili enfeksiyon durumlarında gebelikler yüksek riskli gebelikler olarak adlandırılır (2). Yapılan çalışmalarda riskli gebeliklerin kadın sağlığı üzerine olan etkileri şu şekilde gösterilmiştir:

A. Anne ölümleri: Dünya genelinde her yıl 585.000 kadın gebelikle ilgili nedenler yüzünden ölmektedir ve bu ölümlerin % 99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (13). Kadınların gebelik sayısının fazla olduğu yerlerde, gebelikle ilgili nedenlerden dolayı ölüm riski yaşam boyu artmaktadır. Örneğin bu risk Avrupa'da 1400'de bir iken, Asya'da 65'de bir, Afrika'da ise 16'da birdir (13). Kadınların çocuk istemeyip aile planlaması yöntemleri kullanmaları durumunda, her yıl ana ölümlerinin üçte bir oranında düşürülebileceği tahmin edilmektedir (1,2). Anne ölümlerinin oluşmasında tıbbi nedenleri ağırlaştırıcı faktörlerin başında aşırı doğurganlık, doğum öncesi bakım ve beslenme yetersizlikleri ile sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama ve düşük sosyoekonomik durum gelmektedir. Türkiye'de Ana ölüm hızı (AÖH) 100.000' de 100 civarında olup, anne ölümlerinin %50'si doğumda, % 25'i gebelikte, % 25'i de loğusalıkta olmaktadır (4,14). İstatistikler, özellikle üçüncü doğumdan sonra gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonların arttığını, beşinci doğumdan sonra ise bunların daha da arttığını, hatta öldürücü olabileceğini göstermektedir (6). Yaşa bağlı olarak annenin gebelikle ilgili

sorunları ya da ölümü, 20-30 yaş grubu ile karşılaştırıldığında, 35 yaş üzerindeki annelerde 2-3 kez daha fazla bulunmuştur (6,15).

Kontraseptif kullanımıyla, kadın sağlığını tehdit eden yüksek riskli gebelikler önlenerek, bunlardan kaynaklanan kötü sonuçlardan kaçınılabılır (1,2,16). Gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin çoğu, kadınların acil obstetrik bakıma ulaşamamasından kaynaklanmaktadır. Aile planlamasının önemini anlayan ülkeler, onun anne sağlığı ve güvenliği programlarının bir parçası olmasını kabul etmişlerdir (17) .

B. Gebelik ve Doğum Komplikasyonları:

a. Düşükler: İstenmeden gebe kalınması sonucunda, her yıl dünyada 30-50 milyon civarında isteyerek düşük yapıldığı sanılmaktadır. Bunların da büyük bir bölümü, yasal olmayan şekilde ve sağlıksız koşullarda gerçekleşmektedir. Bu tip düşükler sonucunda ise; enfeksiyon, kanama, genital organların mekanik olarak zarar görmesi gibi anne sağlığının bozulmasına, hatta ölümlere neden olabilen durumlar ortaya çıkmaktadır. Sağlıksız koşullarda yapılmış her 100.000 düşükte 100 anne hayatını kaybetmektedir (15,18).

Ülkemizde gerçekleşen her 100 canlı doğumdan 37'sinin istenilmeyen ya da planlanmayan gebelikler sonucu olduğu saptanmıştır (4,14). Öte yandan, istenmeyen gebelikler sonucu ortaya çıkan düşükler, yıllara göre gittikçe artış göstermektedir. Örneğin, 1982-83 yıllarında her 100 gebelik için 12.1 isteğe bağlı düşük yapılırken, bu rakam 1987 yılında 23.6'ya, 1998'de ise 27'ye yükselmiştir (6,19). İsteyerek düşük yapmış kadınların oranı, yaşayan çocuk sayıları ile birlikte artmaktadır. Çocuğu olmayan kadınlarda bu oran % 5 iken, halen dört çocuğu bulunan kadınlarda en yüksek düzey olan % 41'e çıkmaktadır (6). Yine, 1998 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre (6),

isteyerek düşük yapmış her on kadından altısının belirttikleri neden, sahip olduklarından başka çocuk istememeleridir. Diğer bir neden de bir önceki gebeliğin bitiminden çok kısa bir süre geçmiş olmasıdır. Dolayısıyla, isteyerek düşük yapan kadınların toplam % 69'u, ya doğurganlıklarını sınırlamak ya da doğum aralarını açmak nedeniyle bu yolu seçmişlerdir (6).

b. Kanama: Gebeliğin son döneminde ya da doğum sırasında ölümlle sonuçlanabilen kanamalara, az sayıda doğum yapmış ve genç kadınlarda çok az rastlanırken, fazla doğum yapmış ve ileri yaşta gebe kalan kadınlarda çok sık görülmektedir (2).

c. Gebeliğe bağlı hipertansiyon (Toksemi): Özellikle gebelerin düzenli olarak doğum öncesi bakım almadığı bölge ve ülkelerde sık görülür. Toksemi yönünden çok genç ve ileri yaştaki gebeler, çok sayıda doğum yapanlar, kronik hipertansiyonlular, diyabetikler, gebeliği sırasında aşırı kilo alanlar risk altındadır (2).

d. Enfeksiyon ve jinekolojik hastalıklar: Kadınların yaptığı doğumların sayısı arttıkça jinekolojik yakınma ve hastalık oranı da artmaktadır (2). Aile planlaması yöntemleri (örneğin kondom ve diğer bariyer yöntemler) kullanılmasıyla, cinsel ilişkiyle geçen hastalıklardan ve servikal displazi veya kanser gibi hastalıklardan korunmak mümkündür. Ayrıca, kombine oral kontraseptiflerin over ve endometrium kanserinde, iyi huylu meme tümörlerinde, pelvik enflamatuvar hastalıklarda ve romatoid artritte koruyucu etkisi olduğu da gözlenmiştir (2).

e. Anemi: Aşırı doğurganlık, kadınlarda bazı hastalıkların daha fazla görülmesine de sebep olabilir. Örneğin, gebe olmayan kadınlarda anemi; erkeklerden 2-3 misli fazla iken, gebe kadınlarda bu durum 20 kez artabilmektedir. İlk gebeliklerde % 10 oranında anemi görülürken, bu oran beş ve üzerinde doğum yapanlarda % 55'lere çıkmaktadır (2).

Gebelik dönemi anemisinin yaygınlığı gelişmiş ülkelerde % 20'den azken, diğer ülkelerde % 50'nin üzerindedir (13). Hormonal kontraseptifler kullanıldığında ise kramp ve ağrı gibi adet dönemi sorunlarını, yumurtalık kistlerini, disfonksiyonel uterus kanamasını, premenstrüel sendromu ve anemiyi azaltmaktadır (1).

C. Annenin tükenme sendromu: Yakın aralıklı gebelikler, özellikle de yetersiz beslenme ve ağır çalışma koşulları ile birlikte olduğunda, kadının genel sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Eğer kadın yeniden gebe kalmadan önce son gebeliği ve emzirme süresindeki kayıpları yerine koyamazsa beslenme durumu her yeni gebelikle birlikte daha da kötüye gider. Buna "annenin tükenme sendromu" denir. Bu sendrom; protein kalori yetmezliği, demir eksikliği anemisi ve iyot eksikliğine bağlı guatr ile kendini gösterir (2).

Aile planlamasının anne açısından yararları şu şekilde özetlenebilir (1,2,5,6,12):

- Gebelik, düşük ve doğuma bağlı ana ölümleri azalır.
- Annenin jinekolojik şikayetleri azalır.
- Gebelik ve doğum komplikasyonları azalır.
- Düşük ve kürtaj sayısı azalır.
- Annelerin gebe kalma korkusu ile psikolojik bunalıma girmesi önlenir, ailede huzur ve rahatlık sağlanır.
- Annedeki diğer hastalıklar azalır (Beslenme bozukluğu, anemi gibi).
- Aile planlaması hizmetleri, AÇS hizmetleri ile bağlantılı olarak yürütülürse, yüksek riskli gebelikler belirlenir ve özel bakım için sevk edilebilir.
- Kullanılan kontraseptif yöntemle ilgili olarak gebeliği önleme dışında bir çok yararı vardır.

2.2.2. Çocuk sağlığına etkileri:

Gelişmekte olan ülkelerde ortalama her bin bebekten 65'inin yaşamının ilk yılında, 96'sının ise ilk beş yılında öldüğü bilinmektedir (18). Aile planlaması, çocukların yaşamasını, sağlığını ve gelişmesini üç yoldan etkilemektedir: Gebelik aralığını uzatır, çok genç veya çok ileri yaşta çocuk sahibi olmayı ve çok sayıda doğum yapmayı azaltır (1,2,4,6,14).

A. Gebelik aralığı: Çocukların yaşamasında aralıklı doğum önemli bir etkidir. Her yıl pek çok çocuk, sık doğumdan kaynaklanan tehlikelerden dolayı ölmektedir (4,14). Doğumlar arasında en az iki yıl olması, kadının daha sağlıklı çocuk sahibi olmasını ve doğan çocukların daha iyi gelişmesini sağlayarak her dört bebek ölümünden birini önleyebilir (18). Sık doğumların çocuk sağlığına olumsuz etkileri genellikle iki şekilde görülmektedir:

a. Anne tükenmesi: Gebe kadının sağlık ve beslenme durumu fetüsü doğrudan etkiler. Yakın bir gebelikten fiziksel olarak yıpranmış olan bir kadın tekrar gebe kalırsa, bu gebeliği spontan abortus, ölü doğum, prematüre veya düşük doğum ağırlıklı bebek (DDAB) ile sonuçlanabilir (1,2,4). Annenin bir sonraki gebeliğine gerek fizyolojik, gerekse ruhsal yönden hazırlanabilmesi için 2-3 yıla ihtiyacı vardır (6,15). Yapılan bir çalışmaya göre (20), yeni çocuk önceki doğum sonrasında bir sene içinde dünyaya gelirse, iki sene sonrasında dünyaya gelen çocuklardan % 77 daha yüksek ihtimalle 5 yaşından önce ölmektedir. TNSA'da da (6) doğumlar arasındaki süre dört yıldan fazla olduğu zaman Bebek Ölüm Hızı (BÖH) ‰ 33.1, çocuk ölüm hızı ‰ 2.9 olduğu halde, bu süre iki veya

üç yıl olduğunda BÖH'un %o 34.1'e, çocuk ölüm hızının %o 12.7'a ve sürenin iki yıldan daha az olması halinde ise sırası ile bu hızların %o 91.3 ve 24.1'e yükseldiği tespit edilmiştir.

b. Çocuklar arası rekabet: Yaşça büyük kardeşin ölme olasılığı, kendi doğumundan sonraki iki yıl içinde bir kardeşi daha doğarsa, ortalama 1.5 kat daha fazladır (4,15). Sık doğumdan kaynaklanan çocuk ölüm riski, dört yaşına kadar devam edebilir. Çok yakın aralıklarla doğan kardeşler arasında yiyecek, giyecek, barınma, sevgi, eğitim ve diğer ihtiyaçlar yönünden rekabet söz konusudur. Örneğin anne tekrar gebe kalırsa, çocuk çok çabuk süttten kesilebilir ve bu da çocuğun gerekli gıdalardan yoksun kalmasına yol açabilir. Eğer süttten kesilme ilk altı ayda olursa, bebek anne süttünden kaynaklanan ve hastalıklara karşı oluşan bağışıklıktan ve besin zenginliğinden yoksun kalabilir (21,22). Aile planlaması, annenin bir sonraki hamileliğini ertelemesini böylece emzirmeye devam etmesini sağlar. Emzirme her yıl yaklaşık olarak altı milyon çocuğun hayatını kurtarır. Anne ne kadar uzun emzirirse çocuğun sağlığı da o kadar iyi olur (20-22). Emzirme genellikle tekrar hamile kalınınca sona erdirilir. Bu zamansız bırakma bebekleri riske atar. Çünkü en azından altı ay çocuğu enfeksiyonlara karşı koruyan emzirme, sindirim ve solunum sistemi enfeksiyonlarının hastalık ve ölümlerini azaltır (18,21).

B. Annenin yaşı; Çok genç veya ileri yaştaki anneden dünyaya gelen çocuklar daha az yaşama şansına sahiptirler. 18 yaş altı yada 35 yaş ve üstü yaşlarda yapılan doğumların, hem anne hem de bebeğin sağlığı açısından riskli olduğu bilinmektedir(2,16). Çok genç kadınlar henüz jinekolojik olarak üreme olgunluğuna erişmemişlerdir, ayrıca sosyal ve duygusal yönden de bebeğe ve çocuğa uygun bakımı sağlamaya hazır değillerdir. TNSA'ya

göre (6) , 20-29 yaştaki annelerin çocuklarında ‰o 47.0 olan bebek ölüm hızı (BÖH), 20 yaşın altındaki annelerin çocuklarında ‰o 53.5'e, 40 yaşın üzerindeki ise ‰o 111.4'e yükselmektedir.

Doğan çocuk sayısının fazla olduğu durumlarda da, özellikle anne yaşının ileri olması, bebek ölümleri açısından daha da çok risk getirmektedir. Özellikle 30 yaş üzerindeki ve dört çocuk üzerindeki çocuk doğumlarında BÖH, dört ve altındaki çocuk doğumlarına göre iki kat daha fazla olmaktadır. Tablo 1'de bir araştırmanın bu konu ile ilgili verileri görölmektedir (15).

Tablo 1. Doğumdaki Anne Yaşı, Çocuk Sayısı ve Bebek Ölüm Hızı İlişkisi

Doğumdaki anne yaşı ve çocuk sayısı	B.Ö.H (‰o)
>25 yaş	
çocuk sayısı < 4	69.0
çocuk sayısı > 4	111.5
relatif risk	1.6
> 30 yaş	
çocuk sayısı < 4	58.1
çocuk sayısı > 4	123.4
relatif risk	2.1

Çeşitli konjenital anomaliler, özellikle de Down Sendromu ile annenin doğumdaki yaşı arasında çok açık bir ilişki bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada, 35 yaş ve üzerindeki annelerin çocuklarında Down Sendromu görölme oranının dört kat daha fazla olduğu bulunmuştur (23).

C. Doğum sayısı ve sıralaması; BÖH, düşük hızı ve çocuk ölüm hızları, bebeğin doğum sırası ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Örneğin, TNSA'ya göre (6); birinci çocukta

%o 39.1, 2-3. çocukta %o 45.8 olan BÖH, 4-6. çocukta %o 69.7'ye yükselmektedir. Dördüncü ve daha sonraki çocuklar daha az kalori ve protein almakta, sonuçta ölümcül hastalıklar dahil birçok hastalıklara daha duyarlı olmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa'da yapılan pek çok çalışma, büyük ailelerden gelen ve doğum sıralamasında sonlarda olan çocukların zeka düzeyini ölçen testlerde düşük puan aldıkları ve başarı sağlayamadıklarını ortaya koymuştur (1,24). Aile büyüklüğü, çocukların öğrenim durumunu da etkilemektedir. Tayland'da yapılan bir çalışmada (24), küçük ailelerin çocukları arasında eğitimden yararlanmanın daha yüksek olduğu; bir veya iki çocuklu ailelerde çocukların % 26'sı orta öğretimi bitirirken, altı ve daha fazla çocuklu ailelerde çocukların ancak % 11'inin orta öğretimi tamamlayabildikleri gösterilmiştir.

Aile planlamasının çocuk açısından yararları, şu şekilde de özetlenebilir:

- Bebek ölümleri azalır.
- Prematüre ve D.D.A. bebekler az görülür.
- Çocukların bulaşıcı hastalıklara yakalanma sıklığı azalır.
- Beslenme bozuklukları azalır ve buna bağlı olarak zeka düzeyleri gelişir.
- Konjenital anomaliler azalır.
- Çocuk sayılarının az olması ile anne çocuklarına daha fazla zaman ayrabilir; çocuklar arası kıskançlık ve rekabet azalır.
- Bütün bunların sonucunda bedenen ve ruhen sağlıklı çocukların yetiştirilmesi sağlanır.

2.2.3. Toplum sağlığına etkileri:

Özellikle geçim sıkıntısı yaşıyan ailelerde bir fazla çocuk demek; beslenmesi, barınması, eğitilmesi gereken daha fazla kişi demek olup, diğer aile fertlerine bu imkanlardan daha az pay ayrılması anlamına gelmektedir. Aile planlaması, planlanmamış gebelikler sonucu doğan çocukların masraflarını engelleyerek, ekonomik kazanç sağlar. Uzun vadede tıbbi ve sosyal masraflar yönünden de fayda sağlar.

Ülkelerin sağlık sistemlerinde aile planlaması hizmetlerini sunmak iyi bir yatırımdır. İstenmeyen hamilelikleri engellemek, güvensiz kürtajın komplikasyonlarının iyileştirilmesi için gerekli kaynakların daha uygun yerlerde kullanılmasını sağlayacaktır. Bu tedaviler hastaneye yatış, kan transfüzyonları, ilaçlar, diğer kaynaklar gibi hastane bütçesinin bir çoğunu oluşturan önlenebilen tedavilerdir. Kürtaj komplikasyonları acil jinekolojik başvuruların büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır. Meksika hükümetinin yaptığı bir çalışma (1), aile planlamasına harcanan her bir pezonun, hükümet harcamalarında beş pezoluk bir tasarruf sağladığını göstermiştir. Tayland'daki benzer bir çalışmada da (25) bu oran bire yedi olarak belirlenmiştir.

Günümüzde, aşırı doğurganlığın da neden olduğu bir çok sorun, milyonlarca insanın yaşam niteliğini düşürmektedir. Hızlı nüfus artışı, gelişmekte olan ülkeleri olduğu kadar gelişmiş ülkeleri de tehdit etmektedir. Kahire'de 1994'te toplanan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda belirtildiği üzere, günümüzde dünyada bir milyar kişi yoksuldur, 800 milyon kişi açtır. Bir milyar 750 milyon kişi sağlıklı içme suyundan yoksundur, 100 milyon kişi evsizdir, bir milyar kişi de okur yazar değildir. Dünyanın akciğerlerini oluşturan ve nüfusu hızla artan ülkelerde yer alan yağmur ormanlarının, her yıl 40-50 milyon hektar kadarı konut alanı açmak, baraj ve yol yapımı gibi gerekçelerle yok

edilmektedir (26) Bütün bu sorunlar ancak etkili aile planlaması stratejileri ile aşılabılır (1,2,24). Bu bilgiler ışığında aile planlamasının toplum açısından yararları şu şekilde özetlenebilir (1,4);

- Sağlıklı anne ve çocukların sayısı artar
- Hızlı nüfus artışının ekonomik gelişme üzerindeki olumsuz etkileri azaltılır.
- Toplumun, beslenme, konut, eğitim ve çevre koşulları iyileştirilir.
- Bütün bunların sonucunda toplumun refah düzeyi yükselir, sağlıklı bir toplum oluşur.

2.3. Dünyada ve Türkiye’de aile planlaması

2.3.1. Dünyada aile planlaması

Gebeliği önlemeye ilişkin ilk yazılı belgelerde, M.Ö. 2700 yıllarında Çin’de çocuk düşürme metoduyla doğumların önlenmesinden bahsedilmektedir. Mısır’da M.Ö. 1850’ de yazılmış Petrie Papirüsü ve M.Ö. 1550’de yazılmış Ebers Papirüslerinde ise gebeliği önlemek amacı ile vajene yerleştirilen, çeşitli maddelerden yapılmış tamponlardan ve coitus interruptus’tan söz edilmektedir (27,28). Milattan önceki devirlerde Arapların çöldeki uzun yolculuklar sırasında, gebe kalmalarını önlemek amacı ile develerin uterusuna küçük çakıl taşları yerleştirdikleri bilinmektedir. Bu yöntemin insanlarda uygulanmasına ilişkin ilk bilgilere ise Hipokrat’ın kadın hastalıkları konusundaki yazılarında rastlanır (27). Aristo, şehirlerdeki nüfusun sabit tutulması ile topluma en büyük yararın sağlanacağını savunmuş ve bu amaçla çocuk sayısını sınırlandırıcı kanunlar çıkarılmasını önermiştir (1). M.S. II. yüzyılda yaşamış olan Roma’nın ünlü hekimi Soranus, gebe kalmayı önlemenin daha kolay ve daha doğru olduğunu savunan ilk düşünürlerdendir. Soranus, yünden yapılmış, yağ ve

zank emdirilmiş bir tür serviks tıkacını önermiştir. Ayrıca, gebe kalmanın menstrüel siklusun bazı dönemleri ile ilgili olabileceğini söyleyerek ilk kez takvim yönteminden söz etmiştir(1,28).

Aşırı doğurganlığı önleme düşüncesi, 1750'lerden itibaren dünya çapında yaygınlaşmıştır (28). Konunun bir halk hareketi haline gelmesi 19. yüzyılda ve batının endüstri çağına giren ülkelerinde olmuştur. Gebeliği önleme yöntemlerinin halka öğretilmesini ilk olarak savunan kişi, bir İngiliz Papazı olan Jeremy Benthan'dır (27,29). Thomas Malthus 1824'de yazdığı "Nüfus üzerine bir görüş" adlı yayınında; gıda üretiminin aritmetik diziyle, buna karşın nüfusun geometrik diziyle çoğaldığını söyleyerek, bu gidişe son verilmediği takdirde, dünyayı açlık ve felaketlerin beklediğini savunmuştur. Bu fikirler Avrupa'da taraftar bulmuş ve Hollanda'da ilk "Aile planlaması kliniği" açılmıştır (27,29).

Kondom ile ilgili ilk yazılı tanım, 1564 yılında İtalyan hekim Gabriel Fallopio tarafından yapılmıştır. Bu tanımlamada, cinsel yolla geçen hastalıklardan korunmak için ketenden yapılmış kılıfın losyonla birlikte kullanılmasını önermiştir. Daha sonra ise, hayvan bağırsağından yapılan doğal kondomlar kullanılmaya başlanmış, 1840'ta kauçuğun yapılması ile kondom, gebeliği önlemek amacı ile kullanılmıştır (28,29).

Dünyada Rahim içi araç (RİA) kullanan ilk ülke olan Çin'de "Mahua Halkası" denilen ipliksiz, çelik yapılu halka biçiminde bir RİA kullanılmıştır. İlk RİA'ların ipek böceği bağırsağından yapıldığı ve halka şeklinde olduğu bilinmektedir. Modern RİA'lar 1960'larda kullanılmaya başlanmış 1970'lerde "Bakır T" gibi daha ufak RİA'lar kullanılmaya başlanmıştır. Takvim yöntemi, 1920'lerde Japonya'da bulunmuş, 1960'lı yıllarda Billings'ler tarafından geliştirilmiştir. Hormonal steroid haplar ise, 1934'de saf progesteronun elde edilmesinden sonra kullanıma sunulmuştur (27,28).

1960'lı yıllarda, kontrolsüz nüfus artışının olumsuz etkileri konusunda duyarlılık giderek artmış ve aile planlaması yöntemleri ve bunların sağlıkla ilgili yönleri konusunda araştırma yapma amacıyla 1965 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) merkezinde bir birim oluşturulmuştur. Bükreş'te (1974), Mexico City'de (1984) ve Kahire'de (1994) nüfusla ilgili konularda yapılan konferansların amacı, nüfus ve kalkınma konularını ele alıp eylem planları geliştirmektir. Toplantıların üçü de nüfus ve aile planlamasını, genel kalkınma çabalarının ayrılmaz bir parçası olarak onaylamıştır (13). Konuyu Devlet politikası düzeyinde ele alan ilk ülke 1948 yılında Japonya, 1953' de ise Hindistan olmuştur. Bunu daha sonra diğer Asya hükümetleri izlemiştir. 1953 yılında Uluslararası Planlı Aile Federasyonunun toplantısında, tüm birey ve çiftlerin sahip olacakları çocuk sayısı ve doğum aralıkları üzerinde serbestçe ve sorumlu olarak karar verebilmelerinin bir insan hakkı olduğu vurgulanmıştır. 1966 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kongresinde bu hak oy birliği ile kabul edilmiştir. 1978'deki Alma-Ata Konferansında ise aile planlaması öncelikli sağlık hizmetleri içine alınmıştır (27,28).

Günümüzde aile planlaması programlarını uygulayanlar, sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlara kontraseptif dağıtmanın yanında, toplumda kabul edilebilirliğin artması için danışmanlık yapmak, sürekli kullanımı sağlamak ve izlem hizmeti vermek yönünde çaba göstermeye başlamışlardır (30)

1991 yılı sonunda dünyadaki hükümetlerin % 96'sı aile planlaması hizmetlerini doğrudan destekleyen politikalar uygulamışlardı (13). Gebeliği önlemek için yöntem kullanma oranı 1999 yılında, tüm dünyada % 61, İngiltere'de % 82, Fransa'da % 75, İtalya'da % 78, Japonya'da % 59, İran'da % 73, Pakistan'da % 24, az gelişmiş ülkelerde % 24, gelişmekte olan ülkelerde % 59, Gelişmiş ülkelerde ise % 72'dir (5).

Halen dünyada, 154 milyon çift tüp ligasyonu, 60 milyon çift vazektomi, 110 milyon çift RİA, 95 milyon çift oral kontraseptif, 59 milyon çift kondom, 11 milyon çift ise enjektabl, spermisid, diafram, 120 milyon çiftin takvim, geri çekme veya diğer geleneksel yöntemlerle korundukları tahmin edilmektedir (1)

2.3.2. Türkiye’de aile planlaması

Türkiye Cumhuriyeti’nde nüfus konusu ilk kez 1920’de Atatürk tarafından bir politika olarak ele alınmış ve günün koşullarının gerektirdiği üzere pronatalist politika benimsenmiştir. Bu dönemde Türkiye yeni çıktığı dört büyük savaş, sıtma ve tifüs gibi hastalıklar nedeni ile büyük nüfus kaybına uğramıştı. Hem insan gücüne dayanan tarım için, hem de askeri güç için nüfusa gereksinim vardı. Pronatalist politika, isteyerek çocuk düşürmenin, gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılmasının kullanılmasının ve bu konuda eğitim ve propaganda yapılmasının yasaklanması, altıdan fazla çocuğu bulunan annelere ikramiye ve madalya verilmesi ve çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf tutulması gibi önlemleri kapsayan yasalarla yürütülmüştür (31).

Nüfus artışı sorun olmaya 1950’de başlamış, nüfus artış hızı binde 22’ye çıkmıştır. Sorunun öneminin 1955’de açıkça ortaya çıkmasına karşın hiçbir önlem alınmadan 1960’a gelinmiştir. Önlem alma çabaları 1960’ta başlamış, 1962’de Türkiye Büyük Millet Meclisi Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planı’nda antinatalist politikayı kabul etmiştir. Konu TBMM’de büyük tartışmalara yol açmış, uygulamaya geçilmesi 10 Nisan 1965’de 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun’un çıkması ile mümkün olmuştur. Bu kanunla gebeliği önleyici ilaç, araç ve gerecin satışı, dağıtımı, kullanımı, eğitimi ve

propagandası serbest bırakılmış, ancak gönüllü cerrahi kısırlaştırma ve isteyerek çocuk düşürme kapsam dışında kalmıştır (2,31).

Antinatalist politika, 1980'e kadar çeşitli şekillerde ele alınmıştır. Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planı'nda nüfus sorunu ekonomik bir sorun olarak kabul edilmiştir. İkinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planı'nda aile planlaması terimi kullanılmış, ana ve çocuk sağlığı düzeyinin yükselmesinin ekonomik kalkınmaya yardımcı olacağı belirtilmiştir. Üçüncü ve dördüncü kalkınma planlarında aile planlaması sadece sağlık için gerekli görülmüştür. Uygulamada, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından Aile Planlaması klinikleri açılmış, eğitim çalışmaları yapılmıştır (31).

Aile planlaması ile ilgili ikinci yasal düzenleme 27 Mayıs 1983 gün ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanunun yayınlanması ile yapılmıştır. Yeni yasada, gönüllü cerrahi kısırlaştırmanın ve on haftaya kadar olan gebeliklerde isteğe bağlı çocuk düşürmenin serbest bırakılmasının yanı sıra, sektörler arası işbirliğinin öngörülmesi ve uygulamalarda eğitilmiş hekim dışı sağlık personelinin yararlanılması gibi önemli iki yenilik daha yer almıştır (32).

Ülkemizde AP hizmetleri, AÇS ve AP merkezlerinde, sağlık ocakları ve sağlık evlerinde, hastane ve doğumevlerinde kurulan AP polikliniklerinde verilmektedir. Sağlık ocaklarında halkın aile planlaması konusunda bilgilendirme ve eğitiminden sorumlu personel, 154 sayılı yönergede ocak hekimi, ebe, hemşire ve sağlık memuru olarak belirtilmesine rağmen pratikte bu hizmeti ağırlıklı olarak ebeler vermektedir (33). Aile planlaması hizmeti verilen kuruluşlarda RİA ücretsiz olarak uygulanmakta, hap ve kondom dağıtılmaktadır. Ayrıca bu yöntemler, spermisitler ve enjekte edilen kontraseptifler eczanelerden satın alınabilmektedir. Hastane ve doğumevleri ise hap, kondom, RİA

dağıtma ve uygulamasının yanında sterilizasyon hizmeti de vermektedir. Tüp ligasyonu ve vazektomi gibi cerrahi yöntemleri seçecek olanlar için ilk basamaktaki aile planlaması ünitelerince hastanelere sevk ile ilgili yerleşik bir sistem olmadığından vakalara sadece önerilerde bulunmaktadır. Hastanelerin aile planlaması kliniklerinden işlemin yapıldığı servislere kendiliğinden işleyen bir sevk sistemi olmadığından çoğu kez cerrahi sterilizasyona karar verenler bürokratik engeller ya da parasal engeller nedeniyle hizmeti istenen düzeyde alamamaktadır (32,33). Norplant® halen birkaç merkezde uygulanmaktadır.

Aileler tarafından başka çocuk istenmemesine modern yöntemlere kolaylıkla ulaşılabilmesine karşın, geleneksel yöntem kullanımı halen geçerliliğini korumaktadır (6). Ülkemizde geri çekme ve diğer geleneksel aile planlaması yöntemlerinin kullanımı uzun yıllar devam eden bir sorundur. 1968 yılında % 33.4 olan geleneksel yöntem kullanma oranı, 1998 yılında hala % 24 civarındadır (6). Türkiye’de kadınların % 98’i modern yöntemleri ve bu yöntemi nereden temin edeceğini bilmesine rağmen, her üç kadından sadece biri etkin yöntem kullanmaktadır (6).

Yıllara göre aile planlaması yöntemi kullanımı ve kullanılan yöntemlerin dağılımı Tablo 2’de görülmektedir (6,19,34).

Tablo 2. Türkiye’de Yıllara Göre Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı (%)
(TNSA 88-93-98)

YÖNTEMLER	1988	1993	1998
Rahim içi araç	14.0	18.8	19.8
Hap	6.2	4.9	4.4
Kondom	7.2	6.6	8.2
Sterilizasyon	1.8	2.9	4.2
Geri çekme	25.7	26.2	24.4
Diğer	8.5	3.2	6.9
Herhangi bir modern yöntem	31.0	34.5	37.7
Herhangi bir geleneksel yöntem	32.3	28.1	25.5
KORUNAN	63.4	62.6	63.9
KORUNMAYAN	36.6	37.4	36.1

Modern yöntem kullanma oranı yıllara göre artsa da hala çok düşük değerlerdedir.

2.4. Aile planlaması yöntemleri

2.4.1. Günümüzde kullanılan aile planlaması yöntemleri (1,2,24,35,36)

2.4.1.1. Modern Yöntemler (Etkili Yöntemler)

2.4.1.1.1. Hormonal Kontraseptifler

A. Oral Kontraseptifler

a. Kombine oral kontraseptifler (KOK) (1,2,24,35-38)

Etki mekanizması: İçerdiği östrojen ve progesteron etkisi ile ovulasyon baskılanır, sperm geçişini engellemek üzere servikal mukusu kalınlaştırır ve endometriumu inceltir.

Etkinliği: Düzenli ve sürekli kullanılırsa etkinliği % 99.9’dur.

Olumlu yönleri: Çok etkili olup kullanımı kolaydır. Bırakıldığında doğurganlık hemen geri döner. Adet ağrılarını azaltır, adetleri düzenler. Demir eksikliği anemisini, bazı pelvik enfeksiyonlar ve dış gebelik riskini, endometrium ve over kanseri riskini azaltır. Over ve iyi huylu meme kistlerine karşı koruyucudur.

Olumsuz yönleri: Her gün hap almayı gerektirir. Doğumdan sonra kullanımı durumunda anne sütü miktarını azaltır. Fakat çok düşük dozlu (20 mikrogram östrojen içeren KOK'larda böyle bir olumsuz etki görülmemiştir. Bazı kadınlarda bulantı, memelerde hassasiyet, kilo değişikliği, migren, ara kanaması, vajinal akıntı, depresyon, ciltte yağlanma veya sivilce görülebilir.

Doğum sonrası dönemde kullanımı: KOK'lar, bebek üzerinde istenmeyen bir yan etkiye neden olmazlar. KOK kullanan ve emziren annelerin, çocuklarında zeka veya psikolojik gelişim yönünden bozukluk saptanmamıştır. Ancak, içeriğindeki östrojen nedeni ile anne sütünün miktar ve kalitesini düşürmektedir. Bu yüzden, doğum sonrası emziren kadınlarda bebek altı aylık olana kadar kullanılmamalıdır. Emzirmeyen annelerde postpartum üçüncü haftadan sonra başlanabilir.

b. Sadece progesteron içeren haplar (POP) (35,36,38,39)

Etki mekanizması: Servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini engeller, ovulasyonu % 40-50 baskılar, endometrium tabakasını inceltir.

Etkinliği: Yöntemin etkililiği düzenli ve sürekli kullanımına bağlıdır. Emziren kadınlarda % 98.5; diğer kadınlarda ve emzirmenin sekizinci ayından sonra % 96 etkilidir.

Olumlu yönleri: Kullanımı kolay ve çok etkilidir. Bırakıldığında doğurganlık hemen geri döner. Anne sütünün niteliğini değiştirmeden miktarını artırır. Kombine haplara oranla kilo alma, bulantı gibi yan etkileri daha azdır. Adet ağrılarını ve kanama miktarını azaltır. Östrojen kullanımının sakıncalı olduğu kadınlarda (emzirme, hipertansiyon, migren vb.) uygundur.

Olumsuz yönleri: Emzirme azaldıkça ya da sona erince koruyuculuğu azalır. Her gün ve mutlaka aynı saatte alınması gerekir. Ara kanaması, lekelenme, amenore ve adet düzensizliği gibi yan etkileri görülebilir.

Doğum sonrası dönemde kullanımı: Emziren kadınlarda rahatlıkla kullanılabilir. Doğum sonrası hemen başlanabilir. Emzirme nedeni ile amenoresi olan bir kadında mini hapa ikinci aydan sonra başlanacaksa gebelik araştırılmalıdır. Emzirmeyen kadınlarda, doğum sonrası dönemde ilk üç hafta içinde hemen, dördüncü haftadan sonra ise gebelik testi sonrası başlanması uygundur.

B. Enjektabl Kontraseptifler (35,36,38-40)

a. Yalnız Progesteron içeren enjekte edilen kontraseptifler

Etki mekanizması: Yavaş salınır, uzun etkili progestin ovulasyonu önler; servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini engeller ve endometriumu inceltir.

Etkinliği: Doğru şekilde kullanıldığında % 100'e yakın etkilidir.

Olumlu yönleri: Üç ay etkilidir ve koruyuculuğu çok yüksektir. Anne sütünün niteliğini değiştirmez. Adet ağrılarını ve kanama miktarını azaltarak, eritrosit yaşam süresini arttırarak demir eksikliği anemisini önler. Pelvik enfeksiyon ve endometrium kanserine karşı koruyucudur. Geri dönüşlüdür.

Olumsuz yönleri: Enjeksiyon için sağlık kuruluşuna başvurmak gerekir. Doğurganlığın geri dönüşü birkaç ay gecikir. Kilo alma, düzensiz adet kanamaları ve amenore görülebilir.

Doğum sonrası dönemde kullanımı: Anne sütüne geçen progestin miktarının önemsiz olduğu ve bebekte buna bağlı sorun oluşmadığı bildirilmektedir. Ancak DSÖ, doğum sonrası emziren kadınlarda ilk altı haftadan sonra başlanmasını önermektedir. Emzirmeyen

kadınlarda ise doğum sonrası hemen başlanabileceği vurgulanmaktadır. Bu yöntem, emziren anneler için doğum sonrası altı hafta ile altı ay arası dönemde tercih edilecek bir yöntem olarak kabul edilmektedir.

b. Enjekte Edilen Kombine Kontraseptifler

Etki mekanizması: Ovulasyonu yalnız progestin içerenlere göre daha fazla baskılar; servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini engeller ve endometriumu inceltir.

Etkinliği: Yöntemin etkiliği düzenli kullanımına bağlıdır. Ayda bir enjeksiyon yapılmalıdır. Doğru şekilde kullanıldığında % 100'e yakın etkilidir.

Olumlu yönleri: Çok etkili olup kullanımı kolaydır. Adet ağrılarını azaltıp adetleri düzenli hale getirir. Demir eksikliği anemisini önler, over ve endometrium kanserlerine karşı koruyucudur, pelvik enfeksiyon riskini, over ve iyi huylu meme kistlerini azaltır, ektopik gebeliği önler, geri dönüşlüdür.

Olumsuz yönleri: Enjeksiyon için sağlık kuruluşuna başvurmayı gerektirir. Özellikle ilk üç ay içinde baş ağrısı, bulantı, yorgunluk hissi, lekelenme tarzında kanama, memelerde duyarlılık görülebilir.

Doğum sonrası dönemde kullanımı: Emziren kadınlarda doğum sonrası altıncı ayda, emzirmeyenlerde üçüncü haftadan sonra başlanabilir.

C. İmplantlar (Norplant®) (1,2,35,36)

Etki mekanizması: Altı silastik kapsülden oluşur ve levonorgestrel içerir. Yavaş ve sabit progestin salımı ile ovulasyon baskılanır, servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini engeller ve endometriumu inceltir.

Etkinliği: Uygulandıktan sonra beş yıl süre ile etkilidir. Gebelikten koruyuculuğu % 98.8'dir.

Olumlu yönleri: Koruyuculuğunun yüksektir ve uzun sürer, kullanımı kolaydır, emzirmeyi etkilemez, geri dönüşlüdür, östrojen kullanımının sakıncalı olduğu kadınlarda rahatlıkla kullanılabilir.

Olumsuz yönleri: Uygulama, çıkarma ve izlem hizmetleri eğitilmiş personel ve uygun malzeme gerektirir. Düzensiz vajinal kanamalar, bazı kullanıcılarda baş ağrısı, huzursuzluk, kilo değişimleri görülebilir.

Doğum sonrası dönemde kullanımı: Yalnız progestin içerdiğinden doğum sonrası dönemde hemen kullanılacak uygun bir seçenektir.

2.4.1.1.2. Rahim İçi Araçlar (RİA) (1,2,24,35,36,38,41)

Etki mekanizması: RİA'ların polietilen bakır içeren (Cu T380A, Multiload® ve Nova T®); doğal progesteron (progestasert®) ya da levonorgestrel (Levona®) içeren çeşitleri vardır. Spermin üst genital organlara ulaşmasına, ovum transportuna ve fertilizasyona engel olarak gebelikten korur. Progestin salan RİA'lar ayrıca servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini engellemek üzere endometrium tabakasını inceltir. Levonorgestrel içeren RİA'lar ise ovulasyonu da engellerler.

Etkinliği: Sağlık ocaklarında ve aile planlaması kliniklerinde yaygın olarak kullanılan CuT 380A on yıl etkilidir. Yöntemin etkinliği, tiplerine göre, % 97-99 arasında değişir.

Olumlu yönleri: Kullanımı kolaydır. Çıkarıldığında doğurganlık hemen geri döner. Doğum veya düşüktan hemen sonra uygulanabilir, emziren kadınlar için uygun bir yöntemdir.

Olumsuz yönleri: Uygulama, çıkarma ve izlem hizmetleri eğitilmiş personel ve uygun malzeme gerektirir. Uygulama sonrasında adetlerde ilk üç ay içerisinde düzensizlik, kanamada artmaya bağlı anemi ve kasıklarda ağrıya neden olabilir.

Doğum sonrası dönemde kullanımı: Doğumdan hemen sonra veya altı hafta sonra uygulanabilir. Laktasyonel amenorede adet kanamasını beklemeye gerek yoktur. Adetleri başlamış kadınlarda kanamalı dönem uygulama için en uygun zamandır.

2.4.1.1.3. Bariyer Yöntemler (1,2,38,42)

Emzirme üzerinde olumsuz etkileri olmaması önemli bir avantajdır. Sürekli ve düzenli kullanıldıklarında etkinlikleri yüksektir.

A. Kondom (Prezervatif, kaput): Tüm gebeliği önleyici yöntemler içinde cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu en yüksek olan yöntemdir. Servikal kanserin önlenmesine yardımcı olabilir. Doğru ve uygun kullanıldığında etkililiği % 95'dir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilmesi, kullanım sırasında yırtılma olabilmesi olumsuz yönlerindedir.

B. Spermisitler: Krem, köpük, tablet, fitil, film tablet, sünger ya da jel gibi değişik formları vardır. Gebeliği önleyici etki uygulamadan 10-15 dakika sonra başlar ve bir saat kadar sürer. Etkili olabilmeleri doğru kullanıma bağlı olmakla birlikte, hormonal yöntemler ve RİA'dan daha az etkilidir.

C. Diyafram veya servikal başlık: Diyafram değişik boyutlarda, yumuşak kauçuktan yapılmış, kenarları esnek daire şeklinde koruyucu bir araçtır. Servikal başlık ise daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçük, özel tip diyaframdır. Serviksi kapatacak şekilde vajene yerleştirilen diyafram ve servikal başlık, rahim ağzından sperm geçişini engelleyerek etki

eder. Doğru ve uygun kullanıldığında etkililiği % 75-95 arasındadır. Spermisit ile birlikte ve uygun kullanıldığında bazı cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucudur. Cinsel ilişkiden sonra en az altı saat vajende bırakılması gerekir.

2.4.1.1.4. Geri Dönüşsüz Yöntemler (1,2,24,35,36,38)

A. Tüp ligasyonu: Fallop tüplerinin cerrahi işlemle bağlanmasıdır. Lokal ya da genel anestezi altında uygulanır. İşlem için mini laparotomi ya da laparaskopi teknikleri kullanılır. Daha fazla çocuk istemeyen ya da sağlık sorunları nedeniyle gebe kalmaması gereken kadınlar için uygundur. Gebeliği önleyici etkisi hemen başlar ve kalıcıdır. Postpartumun ilk birkaç gününde, genel veya lokal anestezi ile yapılabilen ufak bir operasyondur. Genellikle hastanelere uzak olan bölgelerde ve ailesini bırakarak hastaneye gelmekte zorluk çeken kadınlarda doğum sonrası tüp ligasyonu başka hamilelikler istenmediği zaman güvenilir bir korunma yolunu garanti eder. Sterilizasyon, sürekli tam etkili ve diğerlerine göre daha güvenlidir. Kullanıcının bilinçli katılımının gerekliliği yoktur. Fakat kadın ve kocasının genellikle hamilelik döneminde bilgilendirilmiş ve daha fazla çocuk istemediklerine emin olmaları gerekir. Danışman daha farklı korunma yöntemlerinin olduğunu konusunda kişileri bilgilendirmelidir.

B. Vazektomi: Vas deferensler spermin meniye geçişini engelleyecek şekilde bağlanır ve kesilir. Lokal anestezi ile yapılır. Çok etkili olup cinsel ilişkiyi ve isteği herhangi bir şekilde etkilemez, kalıcıdır. Etkisi hemen başlamaz; tüm spermeler meniden yok olana kadar, yaklaşık iki ay, ek bir yöntem kullanmayı gerektirir. Postpartum periyodu vazektomi için uygundur. Vazektomi de tüp ligasyonu gibi geri dönüşsüz bir yöntem olduğundan iyi bir danışmanlık gereklidir.

2.4.1.2. Geleneksel Yöntemler (Etki Derecesi Sınırlı Yöntemler) (1,2,36)

1. Fertil Günleri Belirleme

Takvim, bazal vücut ısı, servikal mukus, semptotermal yöntemler:

Menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerinde doğal belirti ve semptomları gözleyerek gebeliğin planlanması ya da gebelik istenmiyorsa fertil dönem boyunca cinsel ilişkiden kaçınmayla gebeliğin önlenmesi yöntemleridir. Postpartum dönemde güvenilir değildirler.

2. Coitus Interruptus (geri çekme): Etkinliği az olduğundan postpartum dönemde güvenilir değildir.

3. Laktasyonel Amenore Metodu (LAM) (2,24,36,43-46)

Çocuğun emmesi, hormon salınımını stimüle eder. Bu da ovulasyonu suprese eder. Bu koruyucu etki laktasyonel amenore sırasında en koruyucudur. Laktasyon fizyolojisinin doğal kontraseptif etkisinden yararlanan LAM, doğru ve devamlı uygulandığında etkin bir yöntemdir. Postpartumun ilk altı ayında, eğer anne sürekli emziriyorsa, hala adet görmüyorsa ve bebeğin beslenmesini en az % 85'inin gece ve gündüz düzenli emzirme ile sağlıyorsa emzirme hamilelikten % 98 koruma sağlar.

Besleyici, bağışıklığı sağlayıcı ve psikolojik yararlarına ek olarak emzirme doğal bir kontraseptiftir. Yalnız ya da diğer yöntemleri tamamlayıcı olarak etkili olabilir. Emziren anne, emzirmenin koruyucu etkilerinin biteceği zamanı kontrol edemediği için onu hamilelik riskinden korumak için başka bir metot kullanmaya teşvik edilmelidir.

2.4.2.Yeni geliştirilmekte olan aile planlaması yöntemleri (1,2)

2.4.2.1.Bariyer yöntemler: Kadın kondomu, Lea kalkanı, Femcap, tek kullanımlık diyafram, poliüretan erkek kondomu, kimyasal bariyer yöntemler

2.4.2.2. Hormonal yöntemler:

- A. Oral kontraseptifler: Doğal progesteron içerir.
- B. Deri altı implantları: Implanon®: tek implant olup 3-ketodesogestrel içerir. Norplant II®: İki kapsül içerir. Finlandiya'da kullanıma sunulmuştur. Annuelle®: Pirinç tanesi büyüklüğünde bioeriyebilir kapsüllerdir. Capranor®: Bioeriyebilir levonorgestrel'dir.
- C. Enjekte edilen kontraseptifler: Levonorgestrel butanoat
- D. Vajinal halkalar: Sürekli progestin salgırlarlar.
- E. Erkeklerle yönelik yöntemler: Testosteron enantat, testesteron derivesi implantlar, peptid hormon analogları ve progesteron.

2.4.2.3. Rahim içi araçlar: Levonorgestrel içeren RİA'lar

2.4.2.4. Kontraseptif aşılar

2.5. Aile planlaması hizmetlerinde eğitim ve danışmanlık

2.5.1. Eğitimin tanımı, eğitim süreci ve öğrenme

Eğitim, bireyin davranışında, kendi yaşantısı yoluyla ve kasıtlı olarak istenilen değişmeyi meydana getirme sürecidir (47,48). Eğitimde ilk basamak, bilgi aktarımıdır. İkinci basamak ise bu bilginin nerede ve nasıl kullanılacağıın öğretmesidir. Eğitimde önemli olan verilen bilginin niteliğidir. Eğitimin başarılı olması için de, eğitilen kişinin sağlıklı olması ve eğitici ile aralarında olumlu bir ilişkinin bulunması gerekir (49)

Eğitim geniş anlamda kişinin toplum değerlerine, yaşama biçimlerine ve sağlıklı uyumuna yardım eden bir süreç olarak görülebilir (48,49). Öğrenme ise bir davranış değişikliği sürecidir. Önceden öğrenilen davranış biçimleri yeni koşulların gereklerini yerine getirmeye yetmediği zaman, insan öğrenme zorunluluğu duyar (50). Günümüzde

öğrenme sadece bilgilendirme anlamına gelecek şekilde kullanılmaktadır. Oysa, bilgilendirme ile birlikte öğrenilenlerin davranışa yansımaları gerekir ki bu sürece “eğitim süreci” denir. Bu sürecin tamamlanması yıllarca sürdürülecek bilinçli çabalarla varılacak bir sonuçtur (48,50).

2.5.2. Sağlık eğitiminin tanımı ve amaçları (10,47,48,50)

Sağlık eğitimi, kişilere sağlıklı yaşam için, alınması gerekli önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak; kendine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak; sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla birey olarak ya da topluca karar aldırmasıdır. Başka bir deyişle; sağlığını korumaları ve geliştirmeleri için bireylere bilgi kazandırmak ve davranışlarını bu bilgilere göre değiştirmelerini sağlamak amacıyla yapılan çalışmalar ve uygulamalar olarak da tanımlanan sağlık eğitimi, en üst sağlık düzeyine ulaşmanın ana yöntemlerinden biridir.

Temel amaç açısından ele alındığında sağlık eğitiminin amaçları, toplum tarafından önemsenen iyi bir sağlık durumu oluşturma, sağlık hizmetlerini tam olarak kullanma ve geliştirilmesini teşvik etme, iyi bir sağlık durumunu nasıl sağlayacakları konusunda insanları bilgilendirme ve kendi çabaları ile sağlıklı bir şekilde yaşayabilmeleri şeklinde sıralanmaktadır.

2.5.3. Aile planlaması hizmetlerinde eğitim ve önemi

Hizmet nerede verilirse verilsin, aile planlamasındaki sağlık eğitiminin hedefi aynıdır. Başvuran, seçtiği kontraseptif yönteme ilişkin yeterli bilgiyi, onu emniyetle ve etkili olarak kullanabilmesi için öğrenmelidir. Hizmet vereni, kendisine güvenilir, doğru bilgi veren kaynak olarak görebilmelidir. Güvenilir sağlık eğitimcisi öğretmenler, hekimler,

hemşireler, diğer sağlık personeli veya sağlık dışından kimseler olsun mutlaka şu konulara hakim olmalıdırlar (1):

- Kontrasepsiyonla ilgili uygulamalarda temel bilgiler
- Erişkin eğitiminde prensip ve uygulamalar
- **Kontrasepsiyonla ilgili uygulamalarda temel bilgiler (1,2,51) :**

Aile planlaması ile ilgili bilgiler her geçen gün artmakta ve değişmektedir. Sağlık eğitimcileri bilgilerini sürekli yenilerlerse, topluma en iyi hizmeti vereceklerdir. Bunlara ilaveten şu bilgileri akılda tutmalıdırlar:

- Aile planlamasında karar genellikle duygusaldır. Çocuk sahibi olup olunmayacağı, ne zaman ve kaç çocuk sahibi olunacağı, hangi yöntemin kullanılacağı ve istenmeyen bir gebelikte ne yapılacağı hep duygusal kararlardır. Sağlık eğitimcileri, kontraseptif seçimi için kişilerin bu kararlarını öğrenip yardım edebilmelidirler.
- Kontrasepsiyon her zaman doğumdan daha emniyetlidir.
- Genç çiftlere kıyasla, ileri yaştaki çiftler daha iyi kontraseptif uygulayıcısıdırlar. Dikkatli olma yeteneği zamanla daha iyi olmaktadır. Böylece kontraseptif yöntem ne olursa olsun, 30 yaşındakilerde plansız gebelik hızı, 15 yaşındakilere göre daha azdır. Genç gruba, nasıl dikkatli olunacağını basamaklarını öğretmede daha fazla uğraşılmalıdır.
- Bugünkü doğum kontrol yöntemleri, genelde ileriye yönelik plan yapamayan ya da eşi ile cinsel konuları açıkça konuşamayan kişilerde başarısızlığa uğrar.
- Bugün başvuranlar kendilerini, sadece plansız gebeliğe değil enfeksiyona karşı da mutlaka korumalıdır.
- Yöntem tercihi zamanla değişir.
- Bilinçli seçim, iyi bir sağlık eğitimi sonucu oluşur.

- **Erişkin eğitiminin kural ve uygulamaları (2,10):** Olumlu bir eğitim atmosferi oluşturmanın esası, yetişkinlerin nasıl öğrendiğini anlamaya dayanır. Yetişkinler:
 - Bir konuyu öğretmek için en uygun zaman, o konuyu bilmedikleri için rahatsız oldukları zamandır.
 - Eğitime etkin olarak katılmak isterler.
 - Herkesten farklı bilgi, görgü ve deneyime sahip, birey olarak görülmek isterler.
 - Olumlu geri bildirim verilmesini isterler.
 - Kişisel kaygıları vardır ve güvenli bir ortama ihtiyaç duyarlar.
 - Öğrenen öğretenin yaptığından daha çok kendi yaptığından öğrenir.
 - Ne öğrendiğini size söyleyene kadar kişinin ne öğrendiğini bilemezsiniz.
 - Genellikle fazla zamanları yoktur. Bu yüzden eğitim kısa ve öz mesajları içermelidir.

2.5.4. Danışmanlığın önemi ve danışmanlık süreci (2,51,52)

Danışmanlık, herhangi bir konuda kişiye güvenilir, bilgili ve konu hakkında ustalaşmış kişiler tarafından bilgi ve beceri verilmesi ve kişinin bilinçlendirilerek kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturabilmesine yardım edilmesidir. Aile planlaması alanında hizmetin temel becerilerinden biri olan danışmanlık, kişinin kendine en uygun yöntemi seçmesini ve kullanmasını sağlar.

- **Danışmanlığın önemi**
 - Aile planlaması yöntemlerinin kabul edilebilirliği artar. İletişim tekniklerinin uygun şekilde kullanıldığı bir danışmanlık sürecinde, başvuran kişiler yöntemler konusunda bilgilenirler, danışmana rahatlıkla soru sorabilir ve sorularına anlaşılır, açık, net ve doğru

cevaplar alırlar ve bir sorunları olduğunda tekrar danışmana başvurabilme güvencesini elde ederler. Böyle bir süreçte, kişinin bilinçli olarak seçtiği yöntem “kendi yöntemi”dir. Bu benimseme duygusu ile yöntemlerin toplumda kabul edilebilirliği ve yaygınlığı artacaktır.

- Uygun yöntemin seçimi sağlanır. Başvuran kişiye doğum kontrol yöntemleri çeşitli yönleriyle tanıtıldıktan sonra, kişinin kendi özellikleri ile yöntemleri karşılaştırarak sorgulaması ve kendine en uygun yöntemi seçmesi sağlanır. Burada danışmanın en önemli becerisi, kişiyi bilinçlendirerek kendine en uygun yöntemi seçmesini sağlamaktır.

- Yöntemin etkin kullanımını sağlanır. Danışmanlık sürecinde seçilen yöntemin nasıl kullanılacağı, kullanımdaki hatalar sonucunda ne olacağı, bu durumlarda nasıl davranmak gerekeceği öğrenilir ve danışman da bunların anlaşıldığından emin olur. Bu şekilde yöntemin etkin kullanımını sağlanır. Kişinin anlatılanları tekrar etmesi sağlanarak öğrenildiğinden emin olunur.

- Yöntem kullanımında devamlılığı artırır. Etkin bir danışmanlık almadan yöntem kullananlarda, danışmanlık alanlara göre yöntemi bırakma oranı daha yüksektir.

- Personelin zamanının etkin ve yeterli kullanımını sağlanır.

- Danışmanlık başvuran kişinin hakkıdır. Toplumdaki herkesin, kendisi ve ailesi için aile planlaması konusunda bilgi edinme ve aile planlaması uygulayıp uygulamamaya karar verme hakları vardır.

- **Danışmanlık süreci**

Danışmanlık sürecinde kişiler özel yaşamlarını danışmanla paylaşmak durumundadırlar. Bu nedenle danışmanlık başvuranın kendini rahat ve güvenli hissedeceği, mahremiyetine saygı duyulan ve iletişim tekniklerinin ustaca kullanıldığı bir ortamda sunulmalıdır.

Aile planlaması danışmanlığında amaç, başvuran kişinin bilinçli ve gönüllü bir seçim yapmasını sağlamaktır. Bu amaca yönelik olarak, bilgili ve iletişim tekniklerini ustaca kullanan danışman, başvuranlara kontraseptif yöntemlerin özelliklerini ve kullanımda ortaya çıkabilecek sorunlar konusunda bilgi aktarır, başvuran kişinin özelliklerini gereksinimlerini algılamasını sağlar ve böylece uygun yöntemi seçmesine destek olur.

Danışmanlık süreci **KAYNAK** yaklaşımı ile de açıklanabilir.

- K** Karşılıyarak selamlayın.
- A** Alaka göstererek sorular sorun.
- Y** Yöntemler konusunda bilgi verin.
- N** Ne tür bir yöntem seçeceğine yardımcı olun.
- A** Açıklayıcı bilgiler verin.
- K** Kontrole çağırın.

Danışmanlık sürecinde uyulması gereken önemli noktalar:

Kısalık: Akılda tutulması gereken noktalar vurgulanmalıdır.

Öncelik: Etkin anlamamanın sağlanması için önemli konular başta anlatılmalıdır.

Basitlik: Kısa cümleler, anlaşılabilir cümleler kullanılmalı, tıbbi ve teknik terimler ve uzun açıklamalardan kaçınılmalıdır.

Tekrar: Önemli noktalar tekrarlanmalı ve kullanıcıya tekrar ettirilmelidir.

2.5.5. Danışmanlık becerisi (1,2,10): Aile planlaması danışmanı tüm doğum kontrol yöntemleri konusunda bilgili olmanın yanı sıra, danışmanlık becerisini kazanmış olmalıdır.

Bu beceri, başvuran kişinin yöntem seçmesine yardımcı olacak ortamın hazırlanması ve

kişiler arası iletişim tekniklerinin ustaca kullanılmasını gerektirir. Bire bir sözlü eğitim yapılmalı, broşürle desteklenmeli ve danışmanlığın tüm kuralları uygulanmalıdır. Kitap, broşür gibi kitle eğitiminde kullanılacak materyallerin ancak bilgi düzeyini arttırabileceği, tutum ve davranış değişikliği sağlamak ancak yüz yüze eğitim ile mümkün olabileceği tespit edilmiştir (53).

Danışmanlıkta beceri şunları içermelidir:

- Uygun beden dilinin kullanılması: İlişki sırasında kişiyle yüz yüze konuşma, danışmanlık sırasında başka aktiviteler ile ilgilenmeme, aceleci ve sinirli olmama, uygun bir ses tonu ile hitap etme.
- Kişi ile güvenli ve uyumlu bir ilişki kurup devam ettirilmesi: Kişiyi selamlayarak karşılama ve kendini tanıtmaya, konuşma sırasında kişiye adı ile hitap etme, AP hakkındaki düşüncelerini tartışma ve kişiyi soru sormaya teşvik etme, kişinin yöntemler hakkındaki bilgisi ile ilgili düzenli sorular sorma.
- Kişinin danışmanlığı aldığından emin olunması: Verilen bilgileri almasını zorlaştıracak faktörleri belirlemek ve çözmeye, açıklamaları yavaş, dikkatli, kısa ve tıbbi olmayan terimlerle yapma.

2.5.6. Danışmanın nitelikleri (2,51)

- **Güvenilirlik:** Kişinin mahremiyetini korur, haklarını anlar ve saygı gösterir.
- **Bilgili olma:** Tüm aile planlaması yöntemlerini iyi kavramalıdır. AP kararını etkileyen kültürel ve psikolojik faktörlerin bilincinde olmalıdır. Yan etkiler, tehlike belirtileri konularında gerekli bilgilere sahip olmalıdır.
- **Becerikli olmalıdır.**

2.6. Doğum sonrası kontrasepsiyon ve danışmanlık (2,12,38,54-56)

Postpartum periyodu; plasentanın atılmasından bir saat sonra başlar ve sonraki altı haftayı içerir. Genel bir kural olarak, doğumdan sonra hemen ya da doğumu izleyen altıncı haftanın sonunda gebelikten korunmaya başlamak her kadın için en uygun zamandır. Adet görmeme veya emzirme bu genel kuralı değiştirmemelidir. Hemen başka bir çocuk istense de sık doğumların önlenmesi için doğumdan sonra ailenin en az iki yıl beklemesi gerekir. Bu nedenle doğum sonu en az iki yıl her ailenin kesinlikle gebelikten korunma konusunda danışmanlığa gereksinimi vardır. Doğumdan hemen sonra doğru seçilecek bir kontraseptif yöntemin anne ve çocuk sağlığı üzerinde tartışılmaz yararları söz konusudur. Yeni doğum yapmış olan bir annenin kontraseptif kullanması bebeğini emzirmesi ile yakından ilgilidir.

Postpartum kontrasepsiyon kavramı yeni olmadığı halde aile planlaması hizmetini sunanlar, uygulamada pek istekli davranmamışlardır. Hatta kadınlar, postpartum dönemde aile planlaması hizmeti almak için başvurdukları zaman gebe olabilir diye kontraseptif metot önerilmemiş ve adet başlamadan etkili metotların başlanmasına karşı çıkmıştır. Oysa doğum sonu kullanılacak gebelikten korunma yöntemleri diğer zamanlarda uygulananlardan farklı değildir. Doğumdan hemen sonra ya da altıncı haftada adet olmadan da RİA uygulanabilir. Başka çocuk hiç istenmiyorsa tüp ligasyonu doğumdan sonra ilk 48 saatte uygulanabilir. Erkekler için uygulanan cerrahi sterilizasyon yöntemi vazektomi ise her zaman uygulanabilir. Ayrıca kondom, spermisitler, diyafram kullanılabilecek diğer gebelikten korunma yöntemleridir. Hap kullanılmak isteniyorsa östrojensiz mini haplar kullanılmalıdır. Doğum sonrası emziren kadınlarda KOK kullanımı bebek altı aylık olana kadar ertelenmelidir.

Doğum sonrası aile planlaması danışmanlığında yöntemlerin anlatılmasına ilaveten, şu noktaların üzerinde önemle durulması gerekir:

- Tüm anneler bebeklerini tam emzirmeleri konusunda teşvik edilmelidir.
- Kontraseptif yöntem kullanmaya başlama emzirmeyi bırakma nedeni olmamalıdır.
- Uygulanacak yöntemin emzirmeye ya da bebeğin sağlığına olumsuz etkisi olmamalıdır.

Doğum sonrası dönem çiftlerin kontraseptif yöntemlere en sıcak baktığı ve yüksek oranda kabul ettiği bir dönemdir. Bu dönemde uygulanan aile planlaması yöntemlerinde yüksek başarı ve yönleme uyum bildirilmektedir. Bu nedenlerle doğum sonrası danışmanlığa önem verilmeli ve doğum öncesi dönemden başlanmalıdır. Çiftler, kendi amaç ve ihtiyaçlarına uygun olan aile planlama metotlarından habersiz olabilirler. Bu konuda danışmanlık yapmak, doğum sonrası hizmet veren kuruluşların en önemli parçası olmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, 1999 yılının aralık ayında Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nde (Kayseri Doğumevi) doğum yapan 260 kadın üzerinde yapılmıştır.

3. 1. Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri

Araştırmanın yapıldığı Kayseri Doğumevi Hastanesi, 125 yataklı bir hastane olup, Kayseri il merkezinde yer alan üçü özel olmak üzere toplam sekiz hastaneden biridir (57).

Kayseri, İç Anadolu Bölgesinin Orta Kızılırmak bölümünde yer almaktadır. Kayseri ilini kuzeydoğuda ve doğuda Sivas, güneyde Adana, güneydoğuda Kahramanmaraş, batıda Niğde, Nevşehir ve Kuzeyde Yozgat illeri çevirir. İl merkezi İç Anadolu Bölgesinin ve ilin en büyük dağı olan Erciyes'in kuzey eteklerinde kurulmuştur. İlin yüzölçümü 16.917 kilometrekaredir. Kayseri İli 1999 yılı nüfusu 1 013 098 kişi olup, bu nüfusun % 50.5'i erkek, % 49.5'i kadındır. Kilometrekareye 59 kişi düşmektedir (57).

Kayseri'deki doğumların % 92.1'i hastanede, % 5.6'sı evde sağlık personeli ile, % 2.3'ü ise kendi kendine gerçekleşmektedir. Hastanede gerçekleşen doğumların % 50'si Doğumevi'nde meydana gelmektedir (57). Kayseri İli'nin bazı demografik verileri aşağıda gösterilmiştir (57).

Tablo 3. Kayseri İli'nin Demografik Verileri (1999)

DEMOGRAFİK VERİ	%o
Kaba doğum hızı (Binde)	16.0
Kaba ölüm hızı (Binde)	2.3
Bebek ölüm hızı (Binde)	16.5
Beş yaş altı ölüm hızı (Binde)	20.3
Doğal nüfus artış hızı (Binde)	13.7
Anne ölüm hızı (yüz binde)	30.9
Genel doğurganlık hızı (Binde)	58.0

Kayseri Eğitim Araştırma ve Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde 1998 yılında yapılan bir çalışmaya göre, 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumları Tablo 4'de gösterilmiştir (58).

Tablo 4. Kayseri İli'nde 1998 Yılı 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu

YÖNTEM KULLANMA DURUMU	%
Herhangi bir yöntem kullanan	61.5
Modern yöntemler	54.8
RİA	32.6
Kondom	15.2
KOK	5.8
Diğer	1.2
Geleneksel yöntemler	6.7
Yöntem kullanmayan	38.5

3. 2. Örnek seçimi ve uygulama

Araştırmanın evrenini 1999 yılının aralık ayında Kayseri Doğumevi'nde doğum yapan kadınlardan Kayseri il merkezinde oturan ve evinde ya da ona ulaşabilecek bir yakınında telefonu olanlar oluşturmuştur.

Örnek büyüklüğü hesaplanırken, Kayseri Merkezde 15-49 yaş grubu kadınların yöntem kullanma oranı % 60 olarak alınmış ve bu değer araştırmamızdaki eğitim sonucunda % 80'e çıkarılması hedeflenmiştir. Buna göre, alınması gereken örnek büyüklüğü, % 95 güven aralığında ve % 5 sapma ile 118'i eğitim grubu, 118'i kontrol grubu olmak üzere toplam 236 olarak hesaplanmıştır. Çeşitli nedenlerle araştırmadan ayrılacak kadınlar göz önüne alınarak, müdahale grubuna 150, kontrol grubuna 150 olmak üzere toplam 300 kişi çalışmaya alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınlar, rastgele iki gruba ayrılmış, gruplardan biri müdahale, diğeri kontrol grubu olarak kabul edilmiştir. Ardışık günlerde müdahale ve kontrol gruplarına anket uygulanmıştır. Anket uygulaması ve eğitim, doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde ve hastane odasında yapılmıştır.

Müdahale grubu, 150 kadından oluşmaktadır. Bu gruba eğitim öncesi yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır (Ek 1). Daha sonra araştırmacı tarafından postpartum aile planlaması, laktasyon ve kontrasepsiyon ilişkisi, bu dönemde kullanabilecekleri yöntemler ile ilgili yaklaşık 20 dakika süren bireysel eğitim yapılmıştır. Eğitimlerin sonunda kadınlara bu araştırma için özel olarak hazırlanan "Postpartum aile planlaması" broşürü de verilmiştir (Ek 3). Eğitim materyali geliştirilirken özellikle eğitim düzeyi düşük, okuma alışkanlığı fazla olmayan gruplara yönelik olarak bol resim

içermesine dikkat edilmiştir (59). Uygulama sırasında iletişimin sürdürülmesi ve olabilecek değişikliklerin bildirilmesi için kadınların araştırmacıya ulaşabilecekleri bir telefon numarası da verilmiştir.

Kontrol grubu, 150 kadından oluşmaktadır. Bu gruba da yüz yüze görüşülerek aynı anket uygulanmış (Ek 1), ancak herhangi bir eğitim verilmemiştir.

Müdahale ve kontrol gruplarının sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri bakımından benzer olduğu görülmüştür.

Doğumdan altı ay sonra eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar hastaneye davet edilerek, gelmeyenler ise evlerinde ziyaret edilerek eğitim sonrası anket uygulanmıştır (Ek 2). Anket uygulaması sonrasında bilgilendirmek amacıyla kontrol grubundaki kadınlara ve eşlerine de aile planlaması konusunda eğitim yapılmış ve broşür verilmiştir.

Eğitim öncesi ankette kadınların, sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, sosyal güvence vb.), doğurganlık özellikleri, bu gebelik ve doğumlarına ilişkin özellikleri (son gebelik aralığı, gebeliğin istenip istenmediği, gebelik öncesi korunma durumları, gebeliğinde kontrole gitme vb), önceki aile planlaması uygulamalarına ilişkin özellikleri, doğum sonu kullanılabilir aile planlaması yöntemlerini bilme durumu, kendisinin ve eşinin bu doğumdan sonra başka çocuk isteme ve gebelikten korunmaya ilişkin düşüncelerini belirlemek amacıyla toplam 29 soru yer almaktadır (Ek 1). Eğitim sonrası ankette kadının aile planlaması yöntemi kullanma durumu, korunmuyorsa nedeni, korunuyorsa hangi yöntemi kullandığı, aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgileri, gebeliğinin olup olmadığı, doğum sonu başka bir sağlık

personeli tarafından aile planlaması eğitimi alıp almadığı, adet görmesi, emzirmesi ile ilgili 16 soru bulunmaktadır (Ek 2).

Altı aylık dönem sonunda, kadınların verdikleri adreste bulunmaması nedeniyle müdahale grubunun % 91.3'üne (137 kadın), kontrol grubunun ise % 82.0'ına (123 kadın) ulaşılabilmektedir. Müdahale grubunda 13, kontrol grubunda 27 kadına tüm çabalara rağmen ulaşılamamış, bu nedenle bu kadınlar araştırma kapsamının dışında bırakılmıştır. Toplam ulaşma oranı % 86.7'dir.

3. 3. Verilerin değerlendirilmesi

Rahim içi araç, oral kontraseptif, enjekte edilen kontraseptifler, norplant, kondom, spermisitler, diyafram, tüp ligasyonu ve vazektomi etkili veya modern yöntemler; geri çekme, takvim ve emzirme yöntemleri ise etkisi sınırlı veya geleneksel yöntemler olarak kabul edilmiştir.

Doğum sonrası yöntem başlama zamanı olarak; KOK ve aylık enjekte edilen kontraseptifler için, emziren kadınlarda en erken bebek altı aylık olunca, emzirmeyenlerde postpartum üçüncü haftada; minihap ve üç aylık enjekte edilen kontraseptifler için tüm kadınlarda doğum sonrası dönemde altıncı haftadan önce, RİA için ise, doğumdan hemen sonra veya altı haftada cevabını verenler, doğru biliyor olarak değerlendirilmiştir (1,2).

Veriler bilgisayarda Epi İnf5 programı ile değerlendirilmiş, istatistiksel analizlerde Ki-kare ve t testi kullanılmış ve değerlendirmelerde $p < 0.05$ düzeyi anlamlı olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

I. EĞİTİM ÖNCESİ BULGULARI

Araştırma kapsamına alınan 260 kadının yaş ortalamaları 24.8 ± 5.1 'dir. Müdahale grubundaki kadınların yaş ortalaması 24.7 ± 5.4 , kontrol grubundakilerin ise 24.8 ± 4.8 olarak bulunmuştur ($t= 0.16$, $p>0.05$). Kadınların eşlerinin yaş ortalaması 29.0 ± 5.7 olup, müdahale grubunda bulunan kadınların eşlerinin yaş ortalaması 28.8 ± 5.7 , kontrol grubundakilerin ise 29.3 ± 5.7 'dir ($t=0.42$, $p>0.05$).

Araştırmada yer alan müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ve eşlerinin tanımlayıcı bazı özelliklerine göre dağılımı Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Araştırmaya Alınan Kadınların ve Eşlerinin Yaş Grupları, Meslek ve Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	Müdahale Grubu (n= 137)		Kontrol Grubu (n= 123)		Toplam (n= 260)		x ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kadının yaşı								
15-19	27	19.7	19	15.4	46	17.7	1.69	>0.05
20-29	83	60.6	84	68.3	167	64.2		
30 ve ↑	27	19.7	20	16.3	47	18.1		
Eşinin yaşı								
15-24	34	24.8	18	14.6	52	20.0	4.21	>0.05
25-34	82	59.9	84	68.3	166	63.8		
34 ve ↑	21	15.3	21	17.1	42	16.2		
Kadının mesleği								
Ev Hanımı	134	97.8	121	98.3	255	98.0	0.01	>0.05
Çalışıyor	3	2.2	2	1.7	5	2.0		
Eşinin mesleği								
İşçi	74	54.0	70	57.0	144	55.4	0.46	>0.05
Esnaf	34	24.8	27	22.0	61	23.5		
Memur	11	8.0	10	8.1	21	8.1		
İşsiz	9	6.6	9	7.3	18	6.9		
Diğer	9	6.6	7	5.6	16	6.1		
Kadının öğrenim durumu								
İlkokul altı	10	7.3	15	12.2	25	9.6	3.02	>0.05
İlkokul	100	73.0	87	70.7	187	71.9		
Ortaokul	10	7.3	11	9.0	21	8.1		
Lise ve ↑	17	12.4	10	8.1	27	10.4		
Eşinin öğrenim durumu								
İlkokul altı	3	2.2	4	3.3	7	2.7	1.00	>0.05
İlkokul	81	59.1	76	61.8	157	60.4		
Ortaokul	20	14.6	19	15.4	39	15.0		
Lise ve ↑	33	24.1	24	19.5	57	21.9		

Tablo'da görüldüğü gibi, her iki gruptaki kadınlar 20-29 yaş grubunda, eşleri ise 25-34 yaş grubunda yoğunlaşmaktadır. Kadınların ve eşlerinin yaş gruplarına göre dağılımında müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Kadınların % 98.0'ı ev hanımı olup, meslekleri bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Araştırmaya alınan kadınların eşlerinin sıklıkla işçi ve esnaf olduğu görülmektedir. Müdahale ve kontrol grupları arasında eşlerin mesleklerine göre de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Araştırmaya alınan kadınların % 71.9'u ilkokul, % 10.4'ü lise ve üzeri okullardan mezun iken, eşlerinin ise % 60.4'ü ilkokul, % 21.9'u lise ve üzeri okullardan mezundur. Kadınların ve eşlerinin öğrenim durumları bakımından kontrol ve müdahale gruplarının birbirine benzer olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların aile tipi, sahip oldukları sosyal güvence durumu ve bu doğumun kaçınıcı doğumu olduğuna göre dağılımı Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Araştırmaya Alınan Kadınların Ailesel Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	Müdahale Grubu (n= 137)		Kontrol Grubu (n= 123)		Toplam (n= 260)		x ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Aile Tipi								
Çekirdek Aile	70	51.1	78	63.4	148	56.9	3.52	>0.05
Geniş Aile	67	48.9	45	36.6	112	43.1		
Sosyal Güvence								
Emekli San.	13	9.5	12	9.8	25	9.6	1.72	>0.05
Bağ-kur	27	19.7	17	13.8	44	16.9		
SSK	7	5.1	8	6.5	15	5.8		
Yeşil Kart	43	31.4	41	33.3	84	32.3		
Yok	47	34.3	45	36.6	92	35.4		
Kaçınıcı Çocuk olduğu								
1	55	40.1	39	31.7	94	36.2	3.48	>0.05
2	43	31.4	50	40.7	93	35.8		
3	22	16.1	16	13.0	38	14.6		
4 ve ↑	17	12.4	18	14.6	35	13.4		

Tablo 6'da görüldüğü gibi, çalışmaya katılan kadınların % 56.9'u çekirdek aileye sahip iken, % 35.4'ünün her hangi bir sosyal güvencesi yoktur.

Müdahale ve kontrol grupları arasında, aile tipi, sosyal güvence ve şimdiki çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu bakımından anlamlı bir fark yoktur. Bu sonuç, her iki gruptaki kadınların benzer özelliklere sahip olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya alınan kadınların doğurganlık ölçütleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Araştırmaya Alınan Kadınların Doğurganlık Ölçütleri

ÖLÇÜTLER	Müdahale G*	Kontrol G*	Toplam	t	p
	(n=137) X±Sd	(n= 123) X±Sd	(n= 260) X±Sd		
Toplam gebelik sayısı	2.39±1.57	2.60±1.50	2.49±1.54	1.12	>0.05
Canlı doğum sayısı	2.07±1.19	2.10±1.18	2.08±1.18	0.27	>0.05
Yaşayan çocuk sayısı	2.01±1.13	2.08±1.17	2.04±1.15	0.52	>0.05
Ölen çocuk sayısı	0.09±0.33	0.06±0.28	0.08±0.31	0.59	>0.05
Ölü doğum sayısı	0.04±0.20	0.10±0.30	0.07±0.26	1.92	>0.05
Düşük/kürtaj sayısı	0.28±0.68	0.40±0.62	0.33±0.66	1.48	>0.05

* Grubu

Tablo 7’de görüldüğü gibi, müdahale ve kontrol gruplarına alınan kadınların toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan ve ölen çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük/kürtaj sayısı ortalamalarına göre dağılımlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. İki ve üzeri çocuğa sahip olan kadınların son iki çocuğu arasında geçen süre Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Araştırmaya Alınan Kadınlardan İki ve Üzeri Çocuğa Sahip Olanların Son İki Çocuğu Arasındaki Süre

GRUPLAR	SON İKİ ÇOCUĞU ARASINDAKİ SÜRE					
	2 yıldan az		2 yıl ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Müdahale G	22	26.8	60	73.2	82	100.0
Kontrol G	16	19.0	68	81.0	84	100.0
Toplam	38	22.9	128	77.1	166	100.0

 $\chi^2=1.02$ $p>0.05$

Tablo 8’de görüldüğü gibi, araştırmaya alınan iki ve üzeri çocuğa sahip kadınların % 77.1’inin son iki çocuğu arasında geçen süre iki yıl ve üzerinde olarak tespit edilmiştir. Müdahale ve kontrol grupları arasında doğum aralığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Araştırmaya alınan kadınların % 95.8’i normal doğum yaparken, % 4.2’si sezaryen ile doğum yapmıştır. Sezaryen ile doğum yapanların oranı müdahale grubunda

(% 7.3) kontrol grubuna (% 0.8) göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($\chi^2=5.22$; $p<0.05$). Araştırmaya alınan kadınların bu gebeliklerini isteme durumuna göre dağılımı Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Araştırmaya Alınan Kadınların bu Gebeliklerini İsteme Durumuna Göre Dağılımı

GRUPLAR	GEBELİĞİNİ İSTEME DURUMU				Toplam	
	İsteyen		İstemeyen		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Müdahale G	104	75.9	33	24.1	137	100.0
Kontrol G	87	70.7	36	29.3	123	100.0
Toplam	191	73.5	69	26.5	260	100.0
$\chi^2=0.65$	$p>0.05$					

Tablo 9’da görüldüğü gibi, müdahale grubundaki kadınların % 24.1’i, kontrol grubundaki kadınların %29.3’ü bu gebeliklerini istemedikleri tespit edilmiştir. Kadınların bu gebeliklerini isteme durumlarına göre iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu gebeliklerini istemeyen kadınların yöntem kullanma durumuna bakıldığında, % 27.5’u hiç yöntem kullanmadığını, % 33.3’ü ise etkisi sınırlı bir yöntem olan geri çekme yöntemini kullandığını belirtmiştir.

Araştırmaya alınan kadınların istedikleri ideal çocuk sayısı ortalaması 2.29 ± 0.55 ; müdahale grubunda bu oran 2.24 ± 0.53 iken kontrol grubunda 2.35 ± 0.56 olarak bulunmuştur. Kadınların istedikleri ideal çocuk sayısı bakımından iki grup arasında önemli bir fark yoktur ($t=1.601$; $p>0.05$). Araştırmaya alınan kadınlara ideal çocuk sayısı sorulduğunda % 69.6’sı iki çocuk, % 25.8’i üç çocuk olarak cevap vermişlerdir.

Araştırma grubuna alınan kadınların başka çocuk isteme durumu Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Araştırmaya Alınan Kadınların Başka Çocuk İsteme Durumu

GRUPLAR	BAŞKA ÇOCUK İSTEME DURUMU							
	İstiyor		İstemiyor		Kararsız		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Müdahale G	65	47.4	65	47.4	7	5.2	137	100.0
Kontrol G	50	40.7	63	51.2	10	8.1	123	100.0
Toplam	115	44.2	128	49.2	17	6.6	260	100.0
$\chi^2=1.77$	$p>0.05$							

Araştırma grubundaki kadınların % 49.2'si bir başka çocuk istememektedir. Bu doğumlarından sonra başka çocuk isteme durumu bakımından müdahale ve kontrol grubu arasında önemli bir fark bulunmamıştır.

Başka çocuk istediğini ifade eden kadınların bu gebeliklerini ne zaman istedikleri sorulduğunda, kadınların tamamı, en az iki yıl sonra istediklerini ifade etmişlerdir. Araştırmaya alınan kadınlardan başka çocuk isteyenlerin ne kadar yıl sonra çocuk sahibi olmak istedikleri Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11. Araştırmaya Alınan Kadınlardan Başka Çocuk İsteyenlerin Ne Kadar Yıl Sonra Çocuk Sahibi Olmak İstedikleri

GRUPLAR	n	X ± Sd
Müdahale Grubu	65	4.59 ± 1.58
Kontrol Grubu	50	4.37 ± 1.77
Toplam	115	4.49 ± 1.66
$t= 0.69$	$p>0.05$	

Başka çocuk isteyen kadınların ne kadar süre sonra çocuk sahibi olmak istedikleri bakımından da müdahale ve kontrol grubu arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya alınan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Araştırmaya Alınan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu

GRUPLAR	DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ALMA DURUMU					
	Alan		Almayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Müdahale G	130	94.9	7	5.1	137	100.0
Kontrol G	118	95.9	5	4.1	123	100.0
Toplam	248	95.4	12	4.6	260	100.0
$\chi^2=0.01$	$p>0.05$					

Araştırmaya alınan kadınların % 4.6’sı hiç doğum öncesi bakım almamıştır. Müdahale grubunda bu oran % 5.1 iken, kontrol grubunda 4.1 olarak bulunmuştur. Doğum öncesi bakım alma durumlarına göre müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan bir farklılık yoktur. Doğum öncesi bakım alanların ise % 65.7’si en az bir kez doktora muayene olmuştur.

Araştırmaya alınan kadınların daha önce aile planlaması eğitimi alma durumu

Tablo 13’de sunulmuştur.

Tablo 13. Araştırmaya Alınan Kadınların Daha Önce Aile Planlaması Eğitimi Alma Durumu

AP EĞİTİMİ ALMA DURUMU	Müdahale G. (n= 137)		Kontrol G. (n= 123)		Toplam (n= 260)		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
	Gebeliğinden önce AP eğitimi alanlar	21	15.3	29	23.6	50		
Gebeliği sırasında AP eğitimi alanlar	12	8.7	22	17.9	34	13.1	3.98	< 0.05

Tablo 13’de görüldüğü gibi, bu gebeliğinden önce aile planlaması eğitimi alma kontrol grubunda daha yüksek olmasına rağmen, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Gebeliği sırasında aile planlaması eğitimi alanların oranı ise kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı oranda fazla bulunmuştur.

Araştırmaya alınan kadınların eğitim öncesinde yöntem bilme durumu Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14. Araştırmaya Alınan Kadınların Yöntem Bilme Durumu (%)

YÖNTEMLER	Müdahale G. (n = 137)	Kontrol G. (n = 123)	Toplam (n = 260)	χ^2	p
RIA	99.2	100.0	99.6	0.00	> 0.05
Geri çekme	92.7	95.9	94.2	0.72	> 0.05
KOK	94.1	93.5	93.8	0.00	> 0.05
Kondom	91.2	91.8	91.5	0.00	> 0.05
Enjeksiyon	85.4	80.5	83.0	0.79	> 0.05
Tüp Lig.	63.5	57.7	60.7	0.68	> 0.05
Emzirme	54.0	39.8	47.3	4.67	< 0.05
Fitil	15.3	18.7	16.9	0.31	> 0.05
Vazektomi	13.8	10.5	12.3	0.38	> 0.05
Takvim	7.3	6.5	6.9	0.00	> 0.05
Norplant	4.3	1.6	3.0	0.85	> 0.05
Mini hap	0.7	3.2	2.7	0.02	> 0.05
Diyafam	2.9	1.6	2.3	0.08	> 0.05
Herhangi bir yöntem	100.0	100.0	100.0	-	-
Herhangi bir modern yöntem	100.0	100.0	100.0	-	-
Herhangi bir geleneksel yöntem	100.0	100.0	100.0	-	-

Çalışmaya katılan kadınların tümü geleneksel ya da modern yöntemlerin en az birini bilmektedirler. Tüm yöntemler arasında en çok bilinen üçü, RIA, geri çekme ve KOK, en az bilinen üçü ise diyafram, mini hap ve norplant®’tır. Yöntemleri bilme oranı bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık tespit edilmemiştir. Sadece emzirme, bir aile planlaması yöntemi olarak müdahale grubunda daha fazla bilinmektedir.

Araştırmaya alınan kadınların aile planlaması yöntemlerini öğrendikleri kaynakların dağılımı Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15. Araştırmaya Alınan Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Öğrendikleri Kaynakların Dağılımı (%)

KAYNAKLAR	Müdahale G. (n = 137)	Kontrol G. (n = 123)	Toplam (n = 260)	χ^2	p
Komşu/arkadaş	65.0	58.5	61.9	1.14	>0.05
Ebe	38.7	43.9	41.1	0.73	>0.05
Aile büyükleri	42.3	37.4	40.0	0.66	>0.05
Gazete-radyo-TV	33.6	28.4	31.1	0.79	>0.05
Doktor	6.5	8.9	7.7	0.23	>0.05
Eşi	3.6	0.8	2.3	0.13	>0.05

Araştırmaya alınan kadınların eğitim öncesi aile planlaması yöntemlerini öğrendikleri kaynaklara bakılacak olursa en sık komşu ya da arkadaş, daha sonra aile büyüklerinden öğrendiklerini belirtmişlerdir. Yöntemleri ebeden öğrenenlerin oranı % 41.1, doktordan öğrenenlerin oranı ise sadece % 7.7'dir. Yöntemlerin öğrenildiği kaynaklar bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan bir farklılık yoktur.

Araştırmaya alınan kadınların doğum sonrası modern yöntemlere ne zaman başlanacağını bilme durumu Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Araştırmaya Alınan Kadınların Doğum Sonrası Modern Yöntemlere Ne Zaman Başlanacağını Bilme Durumu (%)

YÖNTEMLER	Müdahale G. (n = 137)	Kontrol G. (n = 123)	Toplam (n = 260)	χ^2	p
RIA	46.7	47.1	46.9	0.01	> 0.05
KOK	8.0	13.8	10.7	1.70	> 0.05
Kondom	21.1	24.4	22.7	0.22	> 0.05
Tüp lig.	2.9	7.3	5.0	1.79	> 0.05
Vazektomi	0.0	0.8	0.3	0.00	> 0.05
Enjektabl	3.6	1.6	2.7	0.39	> 0.05
Mini hap	0.0	1.6	0.7	0.62	> 0.05
Fitil	0.7	1.6	1.1	0.01	> 0.05
Diyafram	0.0	0.0	0.0	-	-
Norplant	0.7	0.0	0.4	0.00	> 0.05

Doğum sonrası modern yöntemlere ne zaman başlanacağını bilmeleri bakımından, müdahale ve kontrol grubu arasında farklılık bulunmamıştır. En çok bilinen modern yöntem olan RİA'nın doğum sonrası altıncı hafta içinde, adet görmenin beklenmeden takılması gerektiğini kadınların % 46.9'u, KOK'un emziren kadınlarda en erken altıncı ayda başlanabileceğini ise kadınların % 10.7'si bilmektedir.

Araştırmaya alınan kadınlara aile planlaması yöntemlerini nereden elde edebilecekleri sorulduğunda, % 89.2'si sağlık ocağından, % 30.3'ü doğumevinden, % 28.4'ü eczaneden, % 8.6'sı özel doktordan diye cevap vermişlerdir. Yöntemleri nereden elde edebileceklerini bilme bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya alınan kadınların % 38.5'u daha önce hiç aile planlaması yöntemi kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya alınan kadınların daha önce yöntem kullanma durumu Tablo 17'de sunulmuştur.

Tablo 17. Araştırmaya Alınan Kadınların Daha Önce Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu

GRUPLAR	Modern yön.kullanmış		Geleneksel yön.kullanmış		Yöntem kullanmamış		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Müdahale grubu	45	32.8	40	29.2	52	38.0	137	100.0
Kontrol grubu	45	36.6	30	24.4	48	39.0	123	100.0
Toplam	90	34.6	70	26.9	100	38.5	260	100.0

$$\chi^2=0.84, \quad p>0.05$$

Müdahale grubundaki kadınların % 32.8'i, kontrol grubundaki kadınların % 36.6'sı daha önce modern bir yöntem kullanmasına rağmen gruplar arasında önemli bir fark tespit edilememiştir.

Araştırmaya alınan kadınların % 45.8'i bu gebeliğinden önce korunmadığını; % 32.3'ü her hangi bir yöntem ile korunurken bebek istediği için bu yöntemi bıraktığını; % 21.9'u ise bir yöntem kullanırken hamile kaldığını belirtmiştir. Bu gebeliğinden önce yöntem kullanma durumuna göre iki grup arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($\chi^2=2.86$, $p>0.05$).

Her hangi bir yöntem kullanırken hamile kalan 57 kadından 27'si geri çekme (% 47.4), 13'ü emzirme (% 22.8), 7'si kondom (% 12.3), 6'sı KOK (% 10.5), 3'ü RİA (% 5.3), biri ise takvim yöntemi (% 1.7) kullandığını belirtmişlerdir.

Araştırmaya alınan kadınların daha önce kullandıkları yöntemlere göre dağılımı Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18. Araştırmaya Alınan Kadınların Daha Önce Kullandıkları Yöntemlere Göre Dağılımı (%)

YÖNTEMLER	Müdahale G. (n = 137)	Kontrol G. (n = 123)	Toplam (n = 260)	χ^2	p
RİA	27.0	30.0	28.4	0.17	> 0.05
Geri Çekme	27.7	21.1	24.6	1.12	> 0.05
KOK	13.1	21.1	16.9	2.41	> 0.05
Kondom	10.9	13.8	12.3	0.27	> 0.05
Emzirme	8.7	4.8	6.9	0.97	> 0.05
Fitil	2.2	0.0	1.1	0.01	> 0.05
Enjektabl	0.0	1.6	0.7	6.04	> 0.05
Takvim	0.0	0.8	0.3	0.62	> 0.05

RİA, KOK ve kondom gibi modern yöntemler kontrol grubunda; geri çekme ve emzirme gibi geleneksel yöntemler ise müdahale grubunda daha çok kullanılmış olmasına rağmen, her iki grup arasında daha önce kullandıkları yöntemler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Araştırmaya alınan kadınların % 99'u (257 kadın), doğumdan sonra her hangi bir aile planlaması yöntemi kullanmak istediğini belirtmiştir. İstemeyen üç kişiden biri yöntem kullanırsa bir daha çocuğunun olmayacağını, biri hemen çocuk istediğini,

biri de çocuğunun tedavi ile olduğu için yöntem kullanmasına gerek olmadığını belirtmişlerdir. Müdahale ve kontrol grupları arasında yöntem kullanmayı isteme bakımından fark yoktur ($\chi^2=0.01$, $p>0.05$).

Araştırmaya alınan kadınların ifadesine göre, eşlerin doğumdan sonra aile planlaması yöntemi kullanmayla ilgili görüşleri Tablo 19’da sunulmuştur.

Tablo 19. Araştırmaya Alınan Kadınların İfadesine Göre Eşlerin Doğumdan Sonra Yöntem Kullanma Konusunda Görüşleri

EŞLERİN DÜŞÜNCELERİ	Müdahale G. (n= 137)		Kontrol G. (n= 123)		Toplam (n= 260)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadınla aynı görüşte	107	78.1	86	69.9	193	74.2
Henüz konuşulmamış	19	13.9	28	22.8	47	18.1
Eşinden farklı düşünüyor	11	8.0	9	7.3	20	7.7
$\chi^2=3.46$ $p>0.05$						

Araştırmaya alınan kadınların % 74.2’si eşiyile seçtiği yöntem konusunda aynı fikirde olduğunu, % 18.1’i henüz bu konuda konuşmadıklarını belirtmişlerdir. Müdahale ve kontrol grupları arasında, eşlerin aile planlaması konusundaki görüşlerine göre önemli bir farklılık bulunmamaktadır.

II. EĞİTİM SONRASI BULGULARI

Araştırmaya alınan kadınlarla doğumdan altı ay sonra tekrar görüşülmüş ve aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

Araştırmaya alınan kadınlara loğusalık döneminde sağlık kontrolü yapılma durumu

Tablo 20’de sunulmuştur.

Tablo 20. Araştırmaya Alınan Kadınlara Loğusalıkta Sağlık Kontrolü Yapılma Durumu

GRUPLAR	SAĞLIK KONTROLÜ				Toplam	
	Yapılan		Yapılmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Müdahale G	22	16.1	115	83.9	137	100.0
Kontrol G	9	7.3	114	92.7	123	100.0
Toplam	31	11.9	229	88.1	260	100.0

$\chi^2=3.92$ $p<0.05$

Araştırmaya alınan kadınların sadece % 11.9'unun doğum sonrası 40 gün içinde sağlık kontrolü yapılmış, bunların da % 35.5'i doktor, % 64.5'i ebe tarafından gerçekleştirilmiştir. Müdahale grubunda doğum sonrası sağlık kontrolü yapıldığını belirtenlerin oranı % 16.1 iken, kontrol grubunda % 7.3 olarak tespit edilmiştir. Müdahale grubunda sağlık kontrolü yapılma oranı istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha fazla bulunmuştur. Araştırmaya alınan kadınların doğum sonrası dönemde araştırmacının eğitimi dışında aile planlaması eğitimi alma durumu Tablo 21'de sunulmuştur.

Tablo 21. Araştırmaya Alınan Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Araştırmacının Eğitimi Dışında Aile Planlaması Eğitimi Alma Durumu

GRUPLAR	AİLE PLANLAMASI EĞİTİMİ				Toplam	
	Alan		Almayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Müdahale G	28	20.4	109	79.6	137	100.0
Kontrol G	28	22.8	95	77.2	123	100.0
Toplam	56	21.5	204	78.5	260	100.0

$\chi^2=0.09$ $p>0.05$

Araştırma grubundaki kadınların % 21.5'i, doğum sonrası dönemde araştırmacının eğitimi dışında aile planlaması eğitimi aldığını belirtmiştir. Bu eğitimin

% 89.3'ü ebe, % 10.7'si doktor tarafından verilmiştir. Kontrol grubunda aile planlaması eğitimi alma oranı daha fazla bulunmasına rağmen, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Araştırmaya alınan kadınlar, en az bir modern ve geleneksel yöntemi, hem eğitim öncesi hem de sonrası bilmektedirler. Eğitim öncesi ve sonrası etkili yöntemleri bilme oranları Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22. Araştırmaya Alınan Kadınların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrasında Bildikleri Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı (%)

YÖNTEMLER	Müdahale G. (n=137)	Kontrol G. (n=123)	χ^2	p
RIA				
Eğitim öncesi	99.2	100.0	0.00	>0.05
Eğitim sonrası	100.0	100.0	-	-
KOK				
Eğitim öncesi	94.1	93.5	0.00	>0.05
Eğitim sonrası	100.0	100.0	-	-
Kondom				
Eğitim öncesi	91.2	91.8	0.00	>0.05
Eğitim sonrası	100.0	97.5	1.58	>0.05
Tüp ligasyonu				
Eğitim öncesi	63.5	57.7	0.68	>0.05
Eğitim sonrası	95.6	74.0	22.61	<0.001
Vazektomi				
Eğitim öncesi	13.8	10.5	0.38	>0.05
Eğitim sonrası	85.4	35.8	65.61	<0.001
Enjektabl				
Eğitim öncesi	85.4	80.5	0.79	>0.05
Eğitim sonrası	98.5	91.8	5.12	<0.05
Mini hap				
Eğitim öncesi	2.2	3.2	0.02	>0.05
Eğitim sonrası	33.5	4.0	33.95	<0.001

Araştırmaya alınan kadınların doğumdan altı ay sonra bildikleri gebeliği önleyici yöntemler incelendiğinde, yöntem bilme oranının her iki grupta da arttığı görülmektedir. Ancak, tüp ligasyonu, vazektomi, enjektabl ve mini hapın bilinme oranı, müdahale grubunda anlamlı olarak daha yüksektir. Araştırmaya alınan kadınların eğitim

öncesi ve sonrası dönemde aile planlaması yöntemlerinin doğumdan sonra ne zaman başlanacağını bilme durumu Tablo 23’de gösterilmiştir.

Tablo 23. Araştırmaya Alınan Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Dönemde Aile Planlaması Yöntemlerinin Doğumdan Sonra Ne Zaman Başlanacağını Bilme Durumu (%)

YÖNTEMLER	Müdahale G. (n=137)	Kontrol G. (n=123)	χ^2	p
RIA				
Eğitim öncesi	46.7	47.1	0.01	>0.05
Eğitim sonrası	91.9	67.4	23.13	<0.001
KOK				
Eğitim öncesi	8.0	13.8	1.70	>0.05
Eğitim sonrası	90.5	62.6	27.21	<0.001
Kondom				
Eğitim öncesi	21.1	24.4	0.22	>0.05
Eğitim sonrası	89.0	60.9	26.32	<0.001
Tüp lig.				
Eğitim öncesi	2.9	7.3	1.79	>0.05
Eğitim sonrası	36.5	16.2	12.48	<0.001
Vazektomi				
Eğitim öncesi	0.0	0.8	0.00	>0.05
Eğitim sonrası	11.6	2.4	6.86	<0.01
Enjektabl				
Eğitim öncesi	3.6	1.6	0.39	>0.05
Eğitim sonrası	40.1	13.0	22.70	<0.001
Mini hap				
Eğitim öncesi	0.0	1.6	0.62	>0.05
Eğitim sonrası	19.7	4.8	11.56	<0.001

Araştırmaya alınan kadınların aile planlaması yöntemlerinin doğumdan sonra ne zaman başlanacağını bilme oranlarına bakıldığında; eğitim öncesinde gruplar arasında bir farklılık bulunmazken, eğitim sonrasında ise bu oran, tüm yöntemler için müdahale grubunda anlamlı ölçüde daha yüksektir.

Doğumdan sonraki altıncı ayda kadınların % 80.4’ünün yöntem kullanmakta olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda % 71.6 olan bu oran, müdahale grubunda % 88.3’e yükselmektedir ($\chi^2=10.53$, $p<0.01$). Müdahale grubunda saptanan yüksek orandaki yöntem kullanımı, hem modern hem de geleneksel yöntemlerde

gözlenmekteyse de, modern yöntem kullanımında daha belirgindir. Gruplara göre yöntem kullanma durumu Tablo 24’de verilmiştir.

Tablo 24. Araştırmaya Alınan Kadınların Doğum Sonu Altıncı Ayda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu

GRUPLAR	Modern yöntem kullanıyor		Geleneksel yön.kullanıyor		Yöntem kullanmıyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Müdahale G.	75	54.7	46	33.6	16	11.7	137	100.0
Kontrol G.	50	40.6	38	30.9	35	28.4	123	100.0
Toplam	125	48.1	84	32.3	51	19.6	260	100.0

$$x^2=12.12 \quad p<0.01$$

Tablo 24’den de görülebileceği gibi, doğum sonrası altıncı ayda müdahale grubunun % 54.7’si etkili bir yöntem kullanırken, bu oran kontrol grubunda % 40.6’dır. Müdahale grubundaki yöntem kullanma oranının, istatistiksel olarak önemli ölçüde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya alınan kadınların eğitim öncesi ve sonrası aile planlaması yöntemi kullanma durumu Tablo 25’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 25. Araştırmaya Alınan Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu

GRUPLAR	n	Yöntem kullananlar				Fark %
		Son gebelik öncesi		Eğitim sonrası		
		Sayı	%	Sayı	%	
Müdahale G.	137	85	62.0	121	88.3	26.3
Kontrol G.	123	75	61.0	88	71.6	10.6
Toplam	260	160	61.5	209	80.4	18.9

$$t=3.22 \quad p<0.01$$

Yöntem kullanma oranında eğitim öncesi ve sonrası arasındaki artış, müdahale grubundaki kadınlarda % 26.3 iken, kontrol grubundaki kadınlarda % 10.6'dır ve gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır.

Araştırmaya alınan kadınların eğitim öncesi ve sonrası etkili aile planlaması yöntemi kullanma durumu Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 26. Araştırmaya Alınan Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu

GRUPLAR	n	Etkili yöntem kullananlar				Fark %
		Son gebelik öncesi		Eğitim sonrası		
		Sayı	%	Sayı	%	
Müdahale G.	137	45	32.8	75	54.7	21.9
Kontrol G.	123	45	36.6	50	40.6	4.0
Toplam	260	90	34.6	125	48.0	13.4
t=4.11		p<0.01				

Etkili yöntem kullanma oranında müdahale grubundaki kadınlarda eğitim öncesine göre % 21.9 oranında artış saptanmışken, kontrol grubundaki kadınlarda % 4.0 olarak bulunmuştur.

Aile planlaması konusunda eğitim verilen kadınlarda etkili aile planlaması yöntemlerini kullanma oranındaki artış, eğitim verilmeyen kadınlara göre daha yüksektir.

Kadınların doğum sonu altıncı ayda kullandığı yöntemlerin dağılımına bakıldığında, müdahale grubunda geri çekme ilk sıradayken (% 38.0), bunu RİA (%33.1), kondom (%23.2), KOK (% 2.5), EEK (% 1.6) ve spermisit (% 1.6) izlemektedir. Kontrol grubunda ise geri çekme yine ilk sıradadır (% 43.2), bunu kondom (%26.1), RİA (%25.0), KOK (% 4.6) ve EEK (% 1.1) takip etmektedir.

Yöntem kullanan kadınların % 19.1'i, doğumdan sonra kullandığı yöntemi değiştirmiştir. Bırakılan yöntemler içerisinde kondom (% 42.2) ve geri çekme (%40.4) önde gelmektedir. Ayrıca ikişer kişi emzirme ve enjektabl preparatlar, birer kişi ise KOK, spermisit ve RIA kullandıktan sonra bırakmıştır.

Kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemi tercih etme nedenlerine bakıldığında; yan etkisinin az olması (% 63.2) ilk sıradaki tercih etme nedeniyken, bunu güvenilir olması (% 31.6), etkili olması (% 30.6), eşinin istemesi (% 30.1) ve uygun başka bir yöntemi kullanamaması (% 22.0) izlemektedir.

Araştırmaya alınan müdahale grubundaki kadınların % 11.7'si, kontrol grubundaki kadınların ise % 28.4'ü herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yöntem kullanmama nedenleri Tablo 27'de sunulmuştur.

Tablo 27. Araştırmaya Alınan Kadınlardan Yöntem Kullanmayanların Nedenleri (%)

NEDENLER	Müdahale G. (n = 16)	Kontrol G. (n = 35)	Toplam (n = 51)	χ^2	p
İhmalkarlık	25.0	25.7	25.5	0.09	>0.05
Gebelik	12.4	25.7	21.6	0.49	>0.05
Adet görmeden sütünün koruduğunu düşünmesi	25.0	17.2	19.6	0.08	>0.05
Çocuk istemesi	18.8	11.4	13.7	0.07	>0.05
Eşinin yanında olmaması	18.8	11.4	13.7	0.07	>0.05
Eşinin istememesi	0.0	8.6	5.9	0.32	>0.05

Müdahale grubundaki dörder kadın ihmalkarlıktan veya adet görmeden sütünün koruduğunu düşündüğü için, kontrol grubundaki dokuzar kadın gebelik veya ihmalkarlık, altı kadın adet görmeden sütünün koruduğunu düşündüğü için yöntem kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Yöntem kullanmama nedenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur.

Araştırmaya alınan kadınların doğum sonu altıncı ayda gebelik durumu

Tablo 28'de gösterilmiştir.

Tablo 28. Araştırmaya Alınan Kadınların Doğum Sonu Altıncı Ayda Gebelik Durumu

GEBELİK DURUMU	Müdahale G. (n=128*)		Kontrol G. (n=106*)		Toplam (n=234*)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gebelik yok	125	91.2	92	74.8	217	83.5
Gebe veya kürtaj olan	3	2.2	14	11.4	17	6.5

$\chi^2=8.61$ $p<0.01$

* Anket sırasında gebelik durumunu bilmediğini ifade eden, müdahale grubundaki 9, kontrol grubundaki 17 kişi değerlendirme dışında tutulmuştur.

Doğum sonu altıncı ayda gebe veya kürtaj olanların oranı müdahale grubunda % 2.2, kontrol grubunda % 11.4 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki bu fazlalık istatistiksel olarak da önemlidir.

Araştırmaya alınan kadınların doğum sonrası altıncı ayda emzirme durumu Tablo 29'da sunulmuştur.

Tablo 29. Araştırmaya Alınan Kadınların Doğum Sonu Altıncı Ayda Emzirme Durumu

EMZİRME DURUMU	Müdahale G. (n=137)		Kontrol G. (n=123)		Toplam (n=260)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Halen emziriyor	105	76.7	77	62.6	182	70.0
Hiç emzirmemiş	8	5.8	6	4.9	14	5.4
Bir süre emzirmiş	24	17.5	40	32.5	64	24.6

$\chi^2=7.86$ $p<0.05$

Halen emzirenler, müdahale grubunda istatistiksel olarak önemli oranda daha fazladır.

Müdahale grubundaki kadınların % 51.8'i, eşlerinin eğitim sonrası verilen broşürü okuduğunu belirtmiştir. Müdahale grubundaki kadınların eşlerinin eğitim sonrası verilen broşürü okuması ve aile planlaması yöntemi kullanma durumu, Tablo 30'da sunulmaktadır.

Tablo 30. Müdahale Grubundaki Kadınların Eşlerinin Eğitim Sonrası Verilen Broşürü Okuması ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu

EŞİN BROŞÜRÜ OKUMASI	Yöntem kullanan		Yöntem kullanmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okuyan	67	94.4	4	5.6	71	100.0
Okumayan	54	81.8	12	18.2	66	100.0
Toplam	121	88.3	16	11.7	137	100.0

$\chi^2=4.08$ $p<0.05$

Eşinin eğitim broşürünü okuduğunu belirtenlerin % 94.4'ü aile planlaması yöntemi kullanırken, okumayanlarda bu oran % 81.8'dir. Eşin eğitim broşürünü okuduğu grupta aile planlaması yöntemi kullanma oranının anlamlı ölçüde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Doğum sonrası dönemde kadınların çoğunluğu, ya çocuk istememekte ya da yeni bir gebeliği ertelemek istemektedir. Ancak, genel olarak kadınlar, doğumun gerçekleştiği sağlık biriminden aile planlaması danışmanlığı ya da herhangi bir yöntem almadan ayrılmaktadır. Aile planlaması danışmanlığı alamayan ve etkili kontraseptif yöntemlere ulaşamayan yeni doğum yapmış kadınlar, kısa süre içinde tekrar gebe kalabilirler. Doğumevleri ve doğum yapılan diğer birimlerde, doğumdan hemen önce ya da sonra AP eğitimi ya da uygulaması yapılması bu riski azaltabilir. Bu çalışmada da doğumdan hemen sonra verilen eğitimin kadınların AP yöntemleri kullanmasını ne ölçüde etkileyebileceği saptanmaya çalışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların sosyo-demografik ve doğurganlık özelliklerine bakıldığında, gruplar arasında bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 5-7).

Bu faktörlerden birisi olan yaş incelendiğinde, müdahale ve kontrol gruplarının birbirine benzer olduğu görülmektedir. Öte yandan, bu çalışmaya katılan kadınların % 17.7'si 15-19 yaşta iken; % 18.1'i 30 yaş ve üzerindedir (Tablo 5). Ana ve bebek ölüm hızlarının artmasına neden olan faktörlerden birinin de çok genç veya ileri yaştaki gebelikler olduğu bilinmektedir. Ülkemizde, doğurganlıkla ilgili yapılan çalışmalarda çok genç ve ileri yaştaki gebeliklerin oranı yüksek bulunmaktadır (4,6,58,60). Bu kadınların mutlaka etkili bir yöntem kullanması ve gebe kalmaması gerekmektedir. Gebelik ve doğuma bağlı nedenlerle hayatını kaybetme olasılığı, otuz beş yaş üzerinde ve birkaç çocuk sahibi kadınlarda 20-24 yaş grubuna oranla beş kat, 15-19 yaş grubu kadınlarda ise üç kat daha fazladır (61).

Çalışma grubumuzdaki kadınların % 90.4'ü en az ilkokul mezunudur. Bu rakam Türkiye'deki 15-49 yaş evli kadınlarda % 78.2 iken, Kayseri'de yapılan bir çalışmada % 87.2'dir. Bu çalışmadaki eğitim düzeyi, Türkiye geneli ve Kayseri ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur (6,58). Bu sonuç, hastanede doğum yapan ve il merkezinde yaşayan kadınların eğitim düzeylerinin daha yüksek olmasına ve araştırma grubumuzun yaş ortalaması 24.7 olan daha genç bir grup olmasına bağlanabilir.

Sosyal güvencenin olması sağlık bakımı almada önemli bir etkidir (62). Kadınların yaklaşık üçte birinin sosyal güvencesinin olmadığı, üçte birinin ise yeşil kartının olduğu görülmektedir (Tablo 6). Bu oranların yüksek olmasının nedeni, sosyal güvenceden yoksun olan kadınların ucuz olması nedeniyle doğumunda doğum yapmayı tercih etmeleri olabilir. Eşleri işçi olan kadınların oranı % 55.4 olmasına rağmen, Sosyal Sigortalar Kurumu'na (SSK) bağlı olanların oranının % 5.8 olması,

ülkemin sigortasız işçi çalıştırma gibi önemli bir sosyal ve ekonomik sorununu ortaya çıkarmaktadır.

Çalışmada yer alan kadınların yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2.04, sahip olmak istedikleri ideal çocuk sayısı ortalaması ise 2.29 olarak bulunmuştur (Tablo 7). Yaşayan çocuk sayısı az olan ya da sahip olmak istediği çocuk sayısı fazla olan grupta yer alan kadınların aile planlaması yöntemi kullanmada daha ilgisiz davranacakları açıktır. Ancak, çalışmamızda yer alan müdahale ve kontrol grupları her iki özellik açısından da birbirlerine benzer bulunmuştur. Ülkemizde halen evli kadınların yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2.49, ideal çocuk sayısı ortalaması 2.5'dir (6). Çalışmamızdaki ortalamaların Ülkemiz geneline göre düşük olması, araştırma grubuna alınanların doğurganlığını tamamlanmamış genç nüfus olmasına bağlı olabilir. Nitekim, araştırma grubunun % 36.2'si ilk doğumunu yapmak için başvurmuştur (Tablo 6). Bu çalışmada, kadınların % 69.6'sı ideal çocuk sayısının iki, yaklaşık dörtte biri ise üç olması gerektiğini ifade ederken, TNSA'da (6) kadınların % 57'si ideal çocuk sayısını iki, % 19'u da üç olarak belirtmiştir.

Bu çalışmada aile planlaması konusunda verilen eğitimin etkisi incelendiğinden, her iki grupta yer alan kadınların benzer özelliklere sahip olmaları önemli bir bulgudur. Çünkü yapılan bir çok çalışmada yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan ve ölen çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı gibi özelliklerin, bireylerin aile planlaması konusundaki bilgi düzeyleri ve gebelikten korunma davranışları üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (63-70).

Aile planlaması programları, kadınlara doğumları arasında en az iki yıl bırakmalarını sağlamalıdır (54). Gebelik aralığının iki yıldan az olması durumunda,

anne ve bebeklerde hastalık ve ölüm hızlarını arttırdığı bilinmektedir. Özellikle 24 aydan kısa olan doğum aralıklarından sonra doğan bebekler için daha büyük bir tehlike söz konusudur. UNICEF'in GOBIFFF olarak formüle edilen "bebek yaşatma programı"ndaki önerilerden birisi de doğum aralığının düzenlenmesidir (71). TNSA'ya göre (6), gebelik aralığı iki yıldan kısa olanlardaki BÖH, iki yıldan uzun olanlara göre üç kat daha fazladır. Bu çalışmada, iki ve üzerinde çocuğa sahip olan kadınların % 22.9'unun doğum aralığı iki yıldan daha az olarak tespit edilmiştir (Tablo 8). Bu oran, Elazığ bölgesinde yapılan bir çalışmada (72) % 26.0; Sivas'ta (60) % 44.7, Gaziantep'te (73) % 27.8, Türkiye genelinde % 26.0 , kentsel kesimde % 22'dir (6). Çalışmamızdaki iki yıldan kısa doğum aralığı oranı, Türkiye kentsel kesimdeki rakamlarla uyumluluk göstermekle beraber halen çok yüksektir. Bu da bize kadınlarımızın doğum sonrası kontraseptif yöntemleri yeterince kullanmadıklarını düşündürmektedir. Bu durumun muhtemel nedenleri arasında, emzirmenin halk arasında uzun süre etkili olabilen bir kontrasepsiyon yöntemi olarak bilinmesi, kadınlarımızın iki gebelik arasında bırakılması gereken asgari süre hakkında yeterince bilgi sahibi olmaması, aile planlamasının eşler arasında yeterince önemsenmemesi, temel sağlık hizmetlerinin yeterince ve etkili bir şekilde uygulanamaması, kadınlara doğumlarından sonra aile planlamasına yönelik yeterli danışmanlık verilmemesi sayılabilir. Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalar da bu düşünceleri desteklemektedir (4,6,11,16,74). Öte yandan, yukarıdaki nedenlerden dolayı bundan önceki doğumuyla bu doğumu arasında kısa süre geçmiş olan grupta yer alan kadınların, aynı nedenlerle yine AP yöntemlerini daha az kullanabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte müdahale ve kontrol grubu arasında son gebelik aralığı bakımından da anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

İstenmeyen gebeliklerin oluşması durumunda, kadınlar ya istemedikleri halde bu çocuğu doğurmakta ya da düşüğe başvurumaktadırlar (4). DSÖ, AP ve üreme sağlığı hizmetlerinin, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin sayısını azaltarak, binlerce ölümü ve sakat bırakan hastalığı engellediğini bildirmektedir (1). DSÖ, 2000 yılında herkes için sağlık hedefleri içerisinde de anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması amacıyla; istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için AP hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını da önermektedir (75).

Araştırmada yer alan kadınların % 26.5'inin bu gebeliklerini istemediklerini belirtmişlerdir (Tablo 9). İstemeden gebe kalmış olan bu kadınların, bundan sonra daha dikkatli davranacakları ve AP yöntemlerini kullanmaya daha istekli olacakları aşikardır. Bu nedenle, araştırma grubuna alınan kadınların şimdiki bebeklerini istemeleri bakımından müdahale ve kontrol grubunda fark olmaması önemlidir.

Türkiye'de istemli düşüklerin yüksek oranda olması (6), ailelerin istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde yeterince başarılı olamadıklarını göstermektedir. Gaziantep'te yapılan bir çalışmada (73) son gebeliklerin % 25.6' sını her iki eş de istemediği halde oluşmuş ve bu gebeliklerin yarısı canlı doğumla yarısı da kürtajla sonuçlanmıştır. Türkiye genelinde son beş yıl içindeki doğumların % 19'u istenmeyen gebelikler sonucunda gerçekleşmiştir (6). Bu oran, İstanbul'da gecekondü bölgesinde yapılan bir çalışmada (76) % 29, Manisa kent merkezinde (77) % 21.7, Sivas'ta (60) % 36.7, Edirne'de (78) % 35.8, Mersin'de (79) % 35.7, Kayseri'de yapılan bir başka çalışmada (80) ise % 35.0 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki istenmeyen gebelik oranı Manisa'da yapılan çalışma dışındaki verilere göre daha düşüktür. Bunun nedeni çalışmamızdaki kadınların daha genç olmaları, kent merkezinde yaşamaları ve hastanede doğum yapmaları olabilir. Fakat, istenmeyen gebeliklerin maternal mortalite

ve morbiditeyi arttırdığı göz önüne alınırsa bu oranların olabildiğince düşük olması gerektiğini söyleyebiliriz. Tüm çalışmalardaki istenmeye gebelik oranındaki yükseklik, ailelerin modern kontraseptif yöntemleri yeterli düzeyde uygulayamadıklarının açık bir göstergesidir. Nitekim, çalışmamızdaki istemedenden gebe kalan kadınların % 27.5'inin gebelik öncesinde hiç yöntem kullanmaması, % 33.3'ünün ise etkisi sınırlı bir yöntem olan geri çekme yöntemini kullanmakta olması bu yetersizliği açık bir şekilde göstermektedir. Son gebeliğini istemeyenlerin oranındaki bu yükseklik, aynı zamanda aile planlaması danışmanlığına olan ihtiyacın da önemli bir göstergesidir. Amerika'da yapılan bir çalışmada (81), son yıllarda istenmeyen gebeliklerde % 16 oranında bir düşme görülmüş; modern yöntem kullanma oranındaki artma, riskli gebeliklerin önlenmesi ve kullanılan yöntemlerin etkin kullanımı için uygun danışmanlık hizmetlerinin artırılması, bu durumun nedenleri olarak saptanmıştır.

Araştırmamızda kadınların yaklaşık yarısının başka çocuk istemediği tespit edilmiştir (Tablo 10). Başka çocuk istemeyenlerin hem yöntem kullanma hem de modern yöntem kullanma oranlarının daha yüksek olacağı düşünülebilir. İleride çocuk isteyenlerin oranı müdahale grubunda % 47.4, kontrol grubunda % 40.7 olmasına rağmen, istatistiksel olarak iki grup arasında önemli bir farklılık yoktur. Kadınların, Ankara'da yapılan bir çalışmada (11) dörtte üçü, Manisa kent merkezinde (77) % 64.2'si, Tokat'ta (82) % 68'i, Gaziantep'te (73) % 77.5'i başka çocuk istemediklerini belirtmişlerdir. Türkiye genelinde bu oranın % 70 olduğu bilinmektedir (6). Başka çocuk istediğini ifade eden kadınların bu gebeliklerini ne zaman istedikleri sorulduğunda, kadınların tamamı en az iki yıl sonra istediklerini ifade etmişlerdir. Bu bulgulara dayanarak doğum yapan kadınların tamamının doğum sonu dönemde etkili bir yöntemle gebelikten korunma gereksinimleri olduğu söylenebilir.

Gebeliği normal koşullarda süren, gebeliği sırasında düzenli izlenen, eğitilen ve gerekli tedavilerini zamanında yaptıran, doğumu sağlıklı koşullarda ve sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen bir annenin gebelik ve doğuma bağlı bir nedenle ölmesi veya sakat kalması nadirdir. Araştırmaya alınan kadınların % 95.4'ü en az bir kez doğum öncesi bakım (DÖB) aldığını, bunların da % 65.7'si DÖB'ı doktor tarafından aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 12). DÖB alanların, sağlık personeline daha yakın olacakları ve bu bakım sırasında AP eğitimi alabilecekleri göz önüne alınırsa, doğum sonrası dönemde daha fazla oranda AP eğitimi alacağı söylenebilir. Fakat bu çalışmada, DÖB alma yönünden müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. DÖB alma oranı, TNSA'da % 68 (6), Türkiye genelinde yapılan başka bir çalışmada (83) % 69.1, Ankara SSK Etlik Doğumevi'nde yapılan bir çalışmada (11) % 96 olarak tespit edilmiştir. Talas Sağlık Ocağı bölgesinde yapılan bir çalışmada (84) DÖB alma oranı, ilk trimestirde % 66, ikinci trimestirde % 27'dir. Bu çalışmada tespit edilen DÖB alma oranı bir çok çalışmaya göre yüksektir. Bu durum, çalışmadaki annelerin eğitim düzeyinin Türkiye geneline göre daha yüksek olmasına ve kentsel kesimde yaşamalarına bağlı olabilir. Fakat gelişmiş ülkelerde hemen hemen her kadının düzenli olarak DÖB aldığı göz önüne alınırsa bu oranların yine de düşük olduğu anlaşılabilir (13).

İstemeyen gebelik ve kürtajın önlenmesi için, kadınlara hem gebeliğinden önce hem de gebeliği sırasında aile planlaması eğitimi verilmesi gerekir. Araştırmaya alınan kadınların % 19.2'si gebeliğinden önce, % 13.1'i gebeliği sırasında aile planlaması eğitimi aldığını belirtmiştir (Tablo 13). Gebelik döneminde ya da daha öncesinde AP eğitimi almış olanların, doğum sonrasında yöntem kullanmaya daha çok eğilimli olmaları beklenir. Bu açıdan karşılaştırıldığında, kontrol grubundaki kadınların

hem gebelik sırasında hem de gebelikten önceki dönemde müdahale grubundan daha yüksek oranda AP eğitimi aldığı saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu farklılık, gebelikten önce eğitim almada istatistiksel olarak anlamlı değilken; gebelik sırasında AP eğitimi alma durumu için istatistiksel olarak da anlamlıdır. Kayseri’de yapılan bir çalışmada (85), gebelerin sadece % 1.8’ine ebeler tarafından aile planlaması eğitimi verildiği saptanmıştır. Ankara’da yapılan bir çalışmada (11) da doğum sonrası dönemdeki kadınların % 4’ünün gebelik döneminde aile planlaması eğitimi aldığı bulunmuştur. Çalışmamızda bulunan oranlar, diğer çalışmadakilerden yüksek olmasına rağmen yine de olması gerekenden düşüktür. Normalde, tüm gebelerin, özellikle doğum yaklaşırken yapılan doğum öncesi bakımlarında AP konusunda eğitilmeleri gerekmektedir.

Çalışmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki kadınların hepsi eğitim verilmeden önce her hangi bir aile planlaması yöntemini bilmektedirler (Tablo 14). Emzirme hariç, tüm yöntemler müdahale ve kontrol grupları tarafından benzer oranlarda bilinmektedir. Emzirmeyi bir aile planlaması yöntemi olarak bildiklerini ifade eden kadınların oranı, müdahale grubunda daha yüksektir. Kadınlar arasında en fazla bilinen gebeliği önleyici yöntemler RİA, geri çekme ve KOK olup, bu yöntemleri kondom ve enjektabl yöntemler izlemektedir. En az bilinen yöntemler ise norplant, mini hap ve diyaframdır. Bu bulgular, daha önce ülke düzeyinde ya da çeşitli bölgelerde yapılan çalışmalarda elde edilen bulgularla uyum göstermektedir (6,58,65,80).

Eğitim öncesi kadınların gebelikten korunma yöntemlerini öğrendikleri kaynakların dağılımına bakıldığında, ilk sırayı % 61.9 ile komşu veya arkadaş alırken, bunu % 41.1 ile ebe, % 40 ile büyükleri, % 31.1 ile gazete, radyo veya televizyon, % 7.7 doktor, % 2.3 ile eşi izlemektedir (Tablo 15). Yöntemlerin öğrenildiği kaynaklar

bakımından gruplar arasında önemli bir farklılık yoktur. Kayseri Doğumevi'nde RİA ve KOK kullanan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada (86), kadınların % 42'sinin kullandıkları yöntemi sağlık personelinin, % 48'inin ise komşu, yakın akraba ve basın-yayın organlarından öğrendikleri tespit edilmiştir. Yine İstanbul'da yapılan bir çalışmada (87) da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bütün bunlar, araştırmamızdaki bulguları desteklemekle birlikte olması gerekenden uzaktır. Çünkü aile planlaması konusunda bilgi edinilecek ilk ve doğru kaynağın sağlık personeli olması gerekmektedir. Oysa, kadınların yöntemleri öncelikle komşu veya arkadaşlarından öğrendikleri görülmektedir. Ayrıca, aile planlamasının öğrenildiği kaynaklar arasında, televizyon ve gazetenin de önemli bir rolü olduğu ortaya çıkmıştır.

Gebeliği önleyici modern yöntemlerin nereden elde edileceği hakkında kadınların bilgi sahibi olması önemlidir. Araştırmaya alınan kadınların % 89.2'si AP yöntemlerini sağlık ocağından, % 30.3'ü doğumevinden, % 28.4'ü eczaneden, % 8.6'sı ise özel doktordan elde edebileceklerini belirtmişlerdir. Yöntemleri nereden elde edebileceklerini bilme bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Kadınların % 89.2'sinin sağlık ocaklarında aile planlaması yöntemlerinin ücretsiz ve kolayca temin edilebildiğini bilmesi önemlidir. Eskişehir'de yapılan bir çalışmada (88) da, kadınların aile planlaması hizmeti alabileceklerini belirttikleri yerler bulgularımız ile uyumludur.

Ulusal ve uluslararası düzeyde aile planlaması hizmetlerine verilen önem ve önceliğe rağmen, dünyada çocuk istemedikleri halde gebeliği önleyici yöntem kullanmayan yaklaşık 300 milyon çift bulunmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde her beş kadından birini oluşturan 100 milyondan fazla evli kadın gebe kalmak istememekte, ancak doğum kontrol yöntemi kullanmamaktadır (89).

Türkiye’de gebelikten korunma kararı veren ailelerin etkili yöntem kullanmamaları sonucunda, istenmeyen gebelikler, düşükler ve istenmeyen doğumlar ortaya çıkmaktadır. Oysa çocuk istemeyen çiftlerin hepsi etkili yöntem kullansalar, bu istenmeyen durumların yol açtığı ana-çocuk sağlığı sorunları önemli ölçüde engellenecektir. Bu çalışmada müdahale grubundaki kadınların % 38.0’ı, kontrol grubundaki kadınların % 39.0’ı bu gebeliğinden önce AP yöntemi kullanmadığını belirtmişlerdir (Tablo 17). Daha önce AP yöntemi kullanma, doğumdan sonraki yöntem kullanma oranını da etkileyebilir. Ancak, daha önce AP yöntemi kullanma bakımından, iki grup arasında önemli bir farklılık yoktur. Yöntem kullanmama oranı, Gaziantep İli’nde yapılan bir çalışmada (90) % 46.3, Kayseri’de yapılan bir çalışmada (85) % 31.5 TNSA’da (6) ise % 15.8 olarak bulunmuştur. Bulgularımızın ülkemiz rakamlarından daha yüksek olması, çalışmaya alınan kadınların genç olmalarından ve % 36.2’sinin henüz ilk bebeklerini dünyaya getirmelerinden kaynaklanabilir. Ülkemizde, kadınların ilk çocukları olduktan sonra gebeliği önleyici yöntem kullanmaya başladıkları gözlenmektedir. Nitekim, TNSA’da da (6), kadınların üçte birinden fazlasının bir çocukları olduktan sonra gebeliği önleyici yöntem kullanmaya başladıkları tespit edilmiştir. Bunun nedeni, çiftlerin evlendikten sonra hemen çocuk sahibi olmak istemeleri veya çocuk istemeseler bile, bu konudaki eğitim eksiklikleri olabilir.

Öte yandan, kadınların % 21.9’u bir yöntem kullanırken hamile kaldıklarını belirtmişlerdir. Yöntem başarısızlığı hem istemli düşüklerin, hem de doğurganlık düzeylerinin artmasına yol açar. Ülkemiz gibi kontraseptif yöntemlerin yaygınlaştığı ve istenilen çocuk sayısının azaldığı ülkelerde, tüm gebelikler içinde yöntem başarısızlığına bağlı gebeliklerin oranının da giderek arttığı gözlenmektedir (91).

Yöntem başarısızlığı, kullanılan yöntemlere göre farklılıklar gösterebileceği gibi, danışmanlık hizmetlerinin yetersizliğinin bir göstergesi olarak da ele alınabilir.

Yöntem kullanırken hamile kalanların % 47.3'ü geri çekme, %22.8'i emzirme, % 12.3'ü kondom, % 10.5'i KOK, % 5.2'si RİA, % 1.7'si ise takvim yöntemini kullanırken hamile kaldıklarını belirtmişlerdir. Gemlik bölgesinde gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada (92), kadınların % 13.5'ini yöntem kullanırken gebe kaldığı ve bunların da % 43.1'i geri çekme yöntemi, % 34.7'si kondom, % 13.9'u KOK, % 5.7'si RİA yöntemini kullandıklarını söylemişlerdir. Adana Doğumevi'nde istemli düşük yapanlar üzerinde yapılan bir çalışmada (93) yöntem kullanırken hamile kalan kadınların % 67.3'ü geri çekme, % 6.7'si kondom, % 12.3'ü KOK, % 6.3'ü RİA kullanırken hamile kaldıklarını belirtmişlerdir. Yapılan başka çalışmalarda (79,94) da, en yüksek başarısızlık hızının geri çekme yönteminde olduğu doğrulanmıştır.

Kadının daha önce kullandığı AP yöntemi, doğumdan sonra kullandığı yöntemi etkileyebilir. İki grup arasında daha önce kullandıkları yöntemlerin tipi bakımından da bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 18). Her iki grupta da etkili yöntemler içinde en sık kullanılan RİA iken, etkisi sınırlı yöntemler içinde geri çekme yöntemidir. Araştırma kapsamına alınan kadınların daha önce kullandıkları etkin yöntemler incelendiğinde, en sık kullanılan yöntemin RİA olduğu, bunu KOK ve kondomun izlediği görülmektedir. Spermisitler ve enjektabl yöntemler ise çok az kullanılmaktadır. Ülkemizde evli kadınların % 84'ünün daha önce gebeliği önleyici her hangi bir yöntem kullandığı, en sık kullanılanların ise sırasıyla RİA, kondom ve KOK olduğu tespit edilmiştir (6). Çalışmamızda bulunan değerler hem ülkemiz rakamlarıyla, hem de Kayseri'de ve diğer illerde yapılan çalışmalar ile uyumludur (6,58,61,73,80,85,87,95)

TNSA'da (6) halen evli olan ve her hangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayan kadınların % 36'sı gelecek 12 ay içinde aile planlaması yöntemi kullanmayı düşündüklerini belirtirken, çalışmamızda bu oran % 99'dur. Yine Kayseri'de yapılan bir araştırmada (96), yeni doğum yapan kadınların % 99.3'ü doğumdan sonra herhangi bir AP yöntemi kullanmayı düşündüğünü belirtmişlerdir. Bu da postpartum dönemde kadınların aile planlaması taleplerinin çok yüksek olduğunu göstermektedir. Kişilerin herhangi bir konuya olan ilgilerinin yüksek olması, bu dönemde bu konuda yapılan eğitimin etkisinin de yüksek olacağını göstergesidir (10). Bu da postpartum erken danışmanlık hizmetlerinin önemini açıkça ortaya koymaktadır.

Doğum sonrası çiftlerin yapmaları gereken en önemli konulardan biri, kullanacakları aile planlaması yöntemleri hakkında karar vermektir. Çiftler, kendi amaç ve ihtiyaçlarına uygun olan aile planlama yöntemlerinden habersiz olabilirler. Bu konudaki danışmanlık hizmetleri, doğum sonrası hizmet veren kuruluşların en önemli işlevidir (38). Çiftlerin aile planlaması konusunda pozitif bir tutum içinde olması, gebeliği önleyici yöntem kullanımını kolaylaştırmaktadır. Gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılmasının eşler tarafından onaylanmaması, bu yöntemlerin kullanılmasında önemli bir engel oluşturmaktadır. Geleneksel yöntem kullanan kadınların eşlerinin çoğunun kontrasepsiyona karşı olduğu ve etkin yöntem kullananlara oranla aile planlaması ile ilgili konularda eşleriyle konuşma olasılıklarının daha az olduğu belirtilmektedir (89). Çalışmamızdaki kadınların ifadelerine göre, eşlerinin yöntem kullanmalarına ilişkin görüşleri bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında benzerlik olduğu bulunmuştur. Erkekler geleneksel olarak aile planlaması tartışmalarına katılmamalarına karşın, doğurganlıkla ilgili konularda önemli rol oynamaktadırlar. Ülkemizde yapılan bir çok çalışma, erkeklerin üreme sağlığı ve aile planlaması

konularında bilgilerinin az olduğunu, fakat aile planlaması konusunda bilgi almaya istekli olduklarını ortaya koymaktadır (97,98). Doğurganlığın kontrolünde erkeklerin oynadığı aktif role karşın, doğrudan erkeklere hitap eden eğitim programlarının az olduğu bilinmektedir. Ayrıca ülkemizde eşler arasında aile planlaması, cinsellik, doğurganlık konularını tartışmayı engelleyen kültürel öğelerin güçlü olduğu bulunmuştur (98).

Araştırma grubuna alınan kadınların dörtte üçü eşleri ile aile planlaması konusundaki görüşlerinin aynı olduğunu, % 18.1'i bu konuda henüz konuşmadıklarını, % 3.1'i ise eşinin kullanılmak istenen yöntem ile ilgili sağlık endişesi olduğunu belirtmiştir (Tablo 19). Eşlerinin hemen çocuk istediğini belirtenler, müdahale grubunda % 3.6 iken, kontrol grubunda % 2.4 'dür. Bu da hemen çocuk isteyenler dışındaki grubun gebelikten korunma yöntemi kullanmaya istekli olduğunu göstermektedir. İstanbul'da yapılan bir çalışmada da, babaların gebelikten korunma yöntemi kullanma konusunda istekli oldukları bulunmuştur (99). Ankara'da yapılan bir çalışmada da (98) erkeklerin kontraseptif yöntem kullanma ve bu konuda sorumluluk almaya istekli olduklarını; çiftlerin yaklaşık yarısının genellikle geri çekme metodu olmak üzere erkeğe ait yöntemleri kullandığı tespit edilmiştir. Yine Kocaeli'nde yapılan bir çalışmada da (69) benzer bulgular tespit edilmiştir. Bu da erkeklerin sanılanın aksine, aile planlaması konusunda olumlu tutum içinde olduklarını ve aile planlaması yöntemlerini kullanmaya motive olduklarını göstermektedir.

Anneler için kritik bir zaman olan postpartum dönemde uygun ve etkili bir şekilde izlenmez ise anne ve bebeğin sağlığı bozulabilir, hatta ölümlere sebep olabilir. Çalışmamızda kadınların % 11.9'u doğum sonrası bakım (DSB) aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 20). Bu oran dünya genelinde % 35 civarında, gelişmiş ülkelerde

ise % 90'dır (13). Bu çalışmada müdahale grubunun % 16.1'i, kontrol grubunun % 7.3'ü DSB aldığını belirtmiştir. Müdahale grubunda DSB alma oranı önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. İstanbul'da yapılan bir çalışmada (99), eğitime katılan annelerin % 46'sı, katılmayanların % 20'si DSB aldıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar, bizim çalışmamızın sonucunu desteklemekte olup, annelere doğum sonrası erken dönemde verilen eğitimin DSB almalarını da olumlu yönde etkilediğini ortaya çıkarmaktadır. Mısır'da antenatal dönemde eğitim verilen bir çalışmada da (100) annelerin DSB alma oranı kontrol grubundan daha fazla olduğu bulunmuştur.

Öte yandan, doğum sonrası aile planlaması eğitimi verildiğinde, gruplar arasındaki dengenin bu eğitimi alan grup lehine bozulacağı aşıkardır. Bununla birlikte, doğum sonrası bakım alma oranı, müdahale grubundaki kadınlarda daha yüksek olsa da, aile planlaması eğitimi alma yönünden gruplar arasında önemli bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönerge ve yönetmelikte, doğum sonrası erken dönemde sağlık ocağı ebesi tarafından yapılan ziyaretlerde aile planlaması eğitiminin de verilmesi gerekli olduğu vurgulanmıştır (101,102). Fakat bu araştırmada doğum sonrası dönemde annelerin ancak % 21.5'i araştırmacının eğitimi dışında aile planlaması eğitimi aldığını belirtmiştir (Tablo 21).

Türkiye genelinde olduğu gibi, bu çalışmada da kadınların hepsi en az bir modern yöntemi bilmektedir. Çalışmaya alınan kadınların doğumdan altı ay sonra gebeliği önleyici yöntemleri bilme durumu değerlendirildiğinde, her iki gruptaki kadınların da doğumun hemen sonrasına göre tüm yöntemleri daha fazla bildikleri saptanmıştır. Ancak eğitim öncesinde her yöntem için, müdahale ve kontrol gruplarının bilme oranları istatistiksel olarak benzer iken, eğitim sonrası dönemde tüp ligasyonu, vazektomi, enjektabl preparatlar ve mini hapın bilinme oranlarının müdahale grubunda

anlamli şekilde yuiksek olduğu tespit edilmiştir. Eğitim sonrasında, RIA, KOK ve kondomun bilinme oranı da muddahale grubunda % 100.0'a ulaşmış olsa da, bu yuontemlerin kontrol grubunda da yuiksek oranlarda bilinmesi, gruplar arasında farklılık olmamasına yol aadımiştır. Kontrol grubundaki yuontem bilme oranlarının da bir miktar artmış olması, doğum sonrasında bu grubun da arayış iaine girmiş olduğunu ve doğum uonesine gure daha uok bilgilendiklerini gostermektedir. Ancak muddahale grubunda yapılmış olan eğitimin, bu gruptaki kadınlardaki bilme oranını belirgin şekilde arttırdığı goruilmektedir (Tablo 22). Ankara'da doğum sonrasındaki kadınlara, fabrika işuileri ve kadın işuiler uzerinde yapılan ualışmalarda (11,103,104), aile planlaması yuontemlerinin bilinme oranlarının verilen eğitim sonrasında anlamli uulcuide arttığı tespit edilmiştir. Fabrika işuileri uzerinde yapılan başka bir araştırmada ise (105), verilen eğitimden sonra aile planlaması yuontemlerini bilme durumunda uonemli bir değişme gozlenmemiştir. Araştırmacı bu sonucu grup eğitimi verilmesine bağlamıştır.

Doğum sonrası etkili aile planlaması yuontemi kullanmak kadar, yuonteme ne zaman başlanacağının bilinmesi de uonemlidir. Aksi takdirde emzirme sırasında bazı AP yuontemleri anne sutuun miktarını olumsuz etkileyebilir; AP yuontemlerine zamanında başlanmaz ise istenmeyen gebeliklere neden olabilir, bunun da anne ve bebek sağlığı uzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Doğum sonrası yuontemlerin ne zaman kullanmaya başlanması gerektiği araştırmamızdaki kadınlara uok azı tarafından bilinmektedir (Tablo 16). En uok bilinen yuontem olan RIA'nın bile uygun başlama zamanını kadınlara yarıda uoğu bilmemektedir. Ute yandan, eğitim uonesinde, doğumdan sonra aile planlaması yuontemlerine ne zaman başlanacağı konusunda gruplar arasında bir farklılık olmamasına rağmen, eğitim sonrasında muddahale grubunda bu

oran tüm yöntemler için önemli ölçüde artmıştır (Tablo 23). Bu da eğitimin etkinliğinin göstergesidir.

Doğum sonrası dönem, kadınların kontraseptif yöntemlere en sıcak baktığı ve yüksek oranda kabul ettiği bir dönem olmasına rağmen, aile planlaması programı, genellikle postpartum dönemde olmayan kadınları hedeflemektedir. Oysa, bu dönemde uygulanan aile planlaması yöntemlerinde yüksek başarı ve yöneme uyum bildirilmektedir (38,54). Bu çalışmada, müdahale grubundaki kadınların % 88.3'ü, kontrol grubundakilerin ise % 71.6'sı doğum sonu altıncı ayda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir, gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel bakımdan da anlamlıdır (Tablo 25). Ayrıca, eğitim öncesi ve sonrasındaki yöntem kullanımı karşılaştırıldığında; müdahale grubunda hem genel olarak yöntem kullanımında görülen artış, hem de modern yöntem kullanımında sağlanan artış, kontrol grubuna oranla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablo 25-26). Görüldüğü gibi, aile planlaması yöntemleri konusunda verilen eğitim, kadınların davranışlarına da yansıyor, genel olarak yöntem kullanımını ve etkili yöntem kullanım oranını arttırmıştır. Sivas'ta ve köylerinde yapılan bir odak grup çalışmasında kadınlar, televizyonda söylenenlere kulak verdiklerini, ancak bunları fiilen uygulamadan önce, bilgili bir kişiye danışma gereğini duyduklarını belirtmişlerdir (106). Ulaşan mesajların bir uzman tarafından açıklanıp onaylanması, söz konusu mesajların benimsenip pekiştirilmesi açısından en önemli etmendir. Bu çalışmada verilen eğitim, uzman görüşünü yansıttığı için, daha önce bilinen yöntemlerin benimsenip davranışa dönüştürülmesinde de etkili olmuş olabilir.

İstanbul'da yapılan bir çalışmada (107) doğum öncesi aile planlaması eğitiminin doğum sonrası modern yöntem kullanımını anlamlı derecede arttırdığı saptanmıştır.

Ankara’da yapılan bir çalışmada (11) ise müdahale grubu (% 85.1) ile kontrol grubundaki kadınlar (% 86.6) arasında doğum sonu altıncı ayda aile planlaması yöntemi kullanma bakımından bir farklılık olmadığı, ancak etkili yöntem kullanma oranının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalar göz önüne alındığında, kadınlara aile planlaması eğitiminin doğumdan sonra verilmesinin daha etkili olabileceği sonucu çıkarılabilir. Nitekim, çeşitli kaynaklarda da yetişkinlerin hemen kullanabilecekleri bilgileri daha çabuk öğrendikleri belirtilmektedir (10,108). Lübnan, Peru ve Nepal’de yapılan çok merkezli bir çalışmada (109) doğum sonu hastanede verilen aile planlaması eğitiminin, özellikle altı ay sonra, kontraseptif kullanımını belirgin olarak arttırdığı bulunmuştur. Nepal’de postpartum kadınlar üzerinde yapılan bir müdahale araştırmasında (110), doğumdan hemen sonra eğitim verilen grubun eğitim verilmeyen gruba göre, doğumdan altı ay sonra kontraseptif yöntem kullanma oranı anlamlı ölçüde fazla olduğu bulunmuştur. İngiltere’de yapılan bir araştırmada da (111), aile planlaması konusunda yapılan eğitimin, bu konudaki bilgiyi ve etkin yöntem kullanma oranını anlamlı ölçüde arttırdığı bulunmuştur. Yine Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir araştırmada (112) doğum sonrası aile planlaması eğitiminin kadınların bu konudaki kararını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.

Öte yandan, müdahale grubunda saptanan yöntem kullanımındaki artışın büyük bir kısmının etkili yöntemlerin artışı şeklinde olduğu görülmektedir (Tablo 25-26). Eğitim sonrasında, müdahale grubunun yöntem kullanma oranındaki artış, kontrol grubuna göre yaklaşık iki buçuk kat iken (%26.3-%10.6); Modern yöntem kullanımında kontrol grubuna göre beş kattan daha fazla bir artış (%21.9- %4.0) sağlanmıştır.

Eğitimden sonra modern yöntem kullanımının arttığına ilişkin çeşitli çalışmalar vardır. Örneğin, Ankara’da kadın işçiler üzerinde yapılan bir çalışmada(104), eğitimden sonra modern kontraseptif yöntem kullanan kadınların oranı eğitim öncesine göre anlamlı olarak artmıştır. Etimesgut’ta yapılan bir araştırmada da (113), hem sadece kadının hem de karı-kocanın birlikte eğitildiği grupta, müdahale sonunda modern yönteme geçme bakımından anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur. Kocaeli’nde yapılan diğer bir çalışmada da (114), doğum sonrası birinci yılda modern aile planlaması yöntemi kullanmakta olan kadınlar, müdahale grubunda önemli oranda fazla olarak bulunmuştur (% 71.5 ve % 43.0). İzmir’de yapılan bir araştırmada (115) ise eğitim sonrası yapılan izlemede, geri çekme yönteminin terk edildiği ve etkin yöntem kullanma düzeylerinde önemli oranda artma olduğu gözlenmiştir.

Bu sonuçlar, çalışmamızdaki bulguları desteklemektedir ve eğitimin davranışa olan olumlu etkisini göstermektedir. Doğum hizmeti veren yataklı tedavi kurumunda erken postpartum dönemde aile planlaması eğitimi vermenin, kadınların doğum sonrası dönemde özellikle etkili yöntem kullanmalarını arttırdığı ortaya çıkmaktadır.

Doğum sonrası kontraseptif yöntem seçimi, gerek kadındaki fizyolojik değişiklikler gerekse bu değişikliklerin bebeğe yansımaları açısından önemlidir. Yeni doğum yapmış annenin kontraseptif kullanması, bebeğini emzirip emzirmemesi ile de yakından ilgilidir. Araştırmaya alınan kadınların doğum sonu altıncı ayda kullandığı yöntemler incelendiğinde, en sık kullanılan geri çekme yöntemi müdahale grubunda % 38.0 , kontrol grubunda % 43.2; RİA kullanımı müdahale grubunda % 33.1, kontrol grubunda % 25.0; kondom kullanımı müdahale grubunda % 23.2, kontrol grubunda % 26.1 olarak bulunmuştur. Etkili yöntem kullanımındaki önemli artışa rağmen, geri çekme yönteminin müdahale grubunda da en sık kullanılan yöntem olması istenmeyen

bir durumdur ancak bu yöntem, modern yöntemle başlamak için bir adım olarak kabul edilip üzerinde dikkatle durulması gereklidir.

İstanbul'da yapılan bir çalışmada (116), postpartum altıncı ayda kadınların % 86'sının her hangi bir AP metodu kullandığı, bunların da çoğunlukla geri çekme metodunu kullandığı saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınların etkili yöntem kullanmak için adet görmeyi bekledikleri, altı ay sonra sadece % 34'ünün etkili yöntem kullanmaya başladıkları bulunmuştur.

Ankara'da doğum sonrası kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada (11), müdahale grubundakilerin % 24'ü RİA kullanırken, kontrol grubunda bu oranın % 15'de kaldığı, etkisi sınırlı yöntemleri kullanma oranının ise müdahale grubunda daha düşük olmakla beraber, her iki grupta da yüksek olduğu saptanmıştır. Yine Kocaeli'nde yapılan bir çalışmada (114), doğum sonrası aile planlaması eğitimi alan gruptaki kadınların geri çekme yöntemini daha az, sterilizasyonu daha fazla seçtikleri; İstanbul'da yapılan başka bir çalışmada (107) ise doğum sonrası aile planlaması eğitimi alan grupta, babaların % 43'ünün kondom kullandığı tespit edilmiştir. Doğum sonrası yapılan tüm çalışmalarda (11,60,107,114), kombine oral kontraseptiflerin kullanımı, hem eğitim verilen hem de kontrol gruplarında genel olarak çok azdır.

Yalnız progesterin içeren enjeksiyonlar, emziren anneler için doğum sonrası erken dönemde tercih edilecek bir yöntem olarak kabul edilmektedir (2). Doğum sonu altıncı haftada depo medroksi progesteron asetat (DMPA) başlanan kadınlarda ilk bir yılda hiç gebelik görülmemiş olup, sadece çok azının adet düzensizliği nedeniyle yöntemi bıraktığı tespit edilmiştir (117). Bizim çalışmamızda, müdahale grubunda yöntem kullanan kadınların sadece % 1.6'sı EEK kullanmıştır. Bu sonuçlar, kadınların bu konuda daha çok bilgilendirilmesi ve eğitilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Nitekim,

Şili’de yapılan bir çalışmada (118) da doğum sonrası dönemdeki kadınların % 30.3’ünün progesteron içeren preparatları (Norplant ve POP), % 15.6’sı RİA’yı seçtikleri, 34.0’nın ise hiçbir yöntem kullanmadığı tespit edilmiştir.

Çiftler doğurganlıkla ilgili hedeflerine, ancak tutarlı bir şekilde gebeliği önleyici yöntem kullanırlarsa ulaşabilirler. Bu nedenle aile planlaması programlarında, gebeliği önleyici yöntemleri bırakma nedenleri üzerinde özellikle durulmalıdır. Araştırmaya alınan kadınların % 19.1’inin doğum sonrası dönemde, şimdi kullandığı yöntemden önce başka bir yöntem kullandığı bulunmuştur. Memnun olunmayıp bırakılan yöntemlerin başında kondom ve geri çekme gelmektedir. Türkiye’de aile planlaması yöntemlerini kullanan her üç kadından birisi, kullanmaya başladıktan sonraki 12 ay içinde yöntemi bırakmaktadır (6). Bir yıllık yöntem bırakma hızları RİA için % 9 kadar düşük iken, enjeksiyonlar için % 52, KOK için % 56 ve geri çekme yöntemi için % 38’dir (6). Yan etkiler ve sağlık endişeleri, RİA ve KOK yöntemlerini bırakılma arasında sıklıkla bahsedilmiştir (6). Yöntem kullanırken gebe kalınması ise geri çekme yöntemini kullanan kadınlar tarafından, modern yöntem kullanıcılarına oranla, daha sıklıkla yöntem bırakma nedeni olarak ifade edilmiştir (% 33) (6). TNSA’da (6) kondom kullananların % 16’sı, KOK kullananların % 13’ü kullandıkları yöntemin gebeliği önlemede başarısız olması nedeniyle yöntemi bıraktıklarını ifade etmişlerdir.

Bizim çalışmamızda da postpartum dönemde sıklıkla tercih edilen ve güvenle kullanılacak etkili yöntemlerden olan RİA’nın nadiren bırakıldığı tespit edilmiştir. Nitekim SSK Ankara Doğumevi’nde doğum sonrası yedinci haftada RİA takılan postpartum kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, doğum sonu altıncı ayda yöntem devam oranının % 80 olduğu bulunmuştur (119). Yine Manisa’da yapılan bir çalışmada (120), tüm AP yöntemleri içinde devamsızlık hızı en düşük olan yöntemin

RİA olduğu tespit edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada (121) ise RİA kullanan kadınların yöntem devam hızlarının çok yüksek, yan etki oranının düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar bize RİA'nın doğum sonrası kullanılabilir uygun yöntemlerden biri olduğunu göstermektedir.

Doğum sonrası altıncı ayda yöntem kullanmayan kadınların en önde gelen nedeni ihmalkarlıktır (% 25.5). Bunu % 21.6 ile gebelik nedeniyle yöntem kullanmamanın takip etmesi ise üzücüdür (Tablo 27). Yöntem kullanmama nedenleri bakımından, müdahale ve kontrol grubunda istatistiksel açıdan önemli bir farklılık yoktur. Kadınların % 13.7'si ise, doğumlarından bu yana henüz altı ay geçmesine rağmen, çocuk istedikleri için yöntemi bıraktıklarını belirtmişlerdir. TNSA'ya (6) göre, 30 yaşın altındaki yöntem kullanmayan kadınların üçte biri çocuk sahibi olmak istedikleri için yöntem kullanmadıklarını belirtmişlerdir. TNSA'da (6) eşinin karşı çıktığını veya dini nedenlerle yöntem kullanmadıklarını söyleyen kadınların oranı % 10'un altındadır. Bu çalışmada ise dini nedenlerden dolayı yöntem kullanmayan yoktur, ancak müdahale grubunda hiç olmasa da, kontrol grubundaki yöntem kullanmayan kadınların % 8.6'sı eşlerinin istememesini neden olarak göstermişlerdir.

Araştırma grubuna alınan kadınların doğum sonrası dönemde gebe olan veya istemli düşük yapanların oranı; eğitim verilen grupta % 2.2, kontrol grubunda ise % 11.4'tür (Tablo 28). Aradaki farklılık istatistiksel açıdan da anlamlıdır. Kayseri'de yapılan bir çalışmada doğum sonrasında kadınların yapılan iki yıllık takiplerinde % 17.3'ünün yeniden gebe kaldığı tespit edilmiştir (96). Kocaeli'nde yapılan bir çalışmada da doğum sonrası birinci yılın sonunda, aile planlaması danışmanlığı alan grupta % 6.4; almayan grupta ise % 8.3 istenmeyen gebelik olduğu tespit edilmiştir (114). Adana'da doğum yapmış kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada postpartum

gebe kalma ayı median değeri 8 ay olarak bulunmuş olup, en erken gebeliğin bir ay sonra olduğu ve laktasyonda olan kadınların % 22.2'sinin emzirirken gebe kaldığı tespit edilmiştir (122). Çin'de yapılan bir müdahale araştırmasında (123) ise, istenmeyen gebelik ve istemli düşük oranlarının kadınların eğitildiği grupta, hiç eğitim almayan kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Nepal'de doğum sonrası kadınlar üzerindeki eğitimin etkisini araştıran bir çalışmada da (110), doğum sonrası yapılan eğitimin etkisinin en fazla doğum sonrası altıncı ayda olduğu, daha sonra eğitimin etkisinin giderek azaldığı ve daha sonraki dönemlerde istenmeyen gebelik oranlarının artmakta olduğu belirtilmektedir. Bunun için bu eğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlanmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Yine Şili'de doğum sonrası kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada (118), birinci yılın sonunda hiç yöntem kullanmayan kadınlarda gebelik oranı % 20.3 ve POP kullananlarda % 1.7 iken, Norplant ve RİA kullananlarda hiç gebelik görülmediği saptanmıştır.

Annelerin doğumdan önce ve doğum sırasında emzirme konusunda bilgilendirilmeye ihtiyaçları vardır. Emzirmenin desteklenmesi, bebek ölümlerini azaltacak ve daha sağlıklı olmalarını sağlayacaktır (21,22,24). Doğum sonrası altıncı ayda müdahale grubundaki annelerin % 76.7'si, kontrol grubundakilerin ise % 62.6'sı halen emzirdiğini belirtmiştir. Doğumdan hemen sonra aile planlaması konusunda eğitim alan gruptaki anneler istatistiksel olarak anlamlı oranda daha uzun süre emzirmişlerdir (Tablo 29). Kayseri'de yapılan bir çalışmaya göre (96) ise, doğumdan sonra annelerin % 64'ü bebeğini en az altı ay emzirmiştir. Müdahale grubundaki emzirme oranının diğer oranlardan yüksek olmasının nedeni, annelere LAM anlatılırken anne sütünün öneminden de bahsedilmesi olabilir. Yani LAM'ın kadınlara anlatılması, emzirmenin gebeliği önlediği ile ilgili yanlış inanışlara açıklık getirdiği gibi, bebeklerin

anne sütü alma sürelerini de arttırmaktadır. Lübnan, Peru ve Nepal’de doğum sonrasındaki kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada da (109) benzer bulgular elde edilmiştir. Yapılan birçok çalışmada postpartum programlara LAM’ın eklenmesinin yararlı olduğu gösterilmiştir (44,46,121,124-127). Ülkemizde doğumdan sonraki ilk bir ay içinde yalnız anne sütü alan bebeklerin oranı % 14’dr. Ek gıdalara başlama zamanının erken olmasından ve emzirme ile korunabilme kadının tamamen uyumuna bağlı olduğu için postpartum dönemdeki kadınlara LAM’ın çok iyi anlatılması gerekir. Ayrıca emzirmenin sıklığı ve önemi ile ilgili eğitim çalışmalarının da aile planlaması programları kapsamına alınması gereklidir. Bu alışmada LAM’ın anlatılmasına rağmen, kadınların onu yöntem olarak seçmemesi olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Kadın emzirmenin hangi durumlarda korumadığını bilirse, bu onu başka bir korunma yöntemi kullanmaya itebilir.

Müdahale grubundaki kadınların yaklaşık yarısı, eşlerinin verilen eğitim broşürünü okuduğunu söylemişlerdir. İstanbul’da yapılan bir çalışmada (99), eşlerin % 84’ kendilerine postalanan kitapçığı okuduğunu belirtmiştir çalışmamızda eğitim broşürünü okuyan grupta aile planlaması yöntemi kullanma oranı daha fazladır (Tablo 30). İstanbul’da yapılan bir çalışmada (99) eşlerin birlikte eğitildiği grup ile, sadece kadının eğitildiği grup arasında yöntem kullanma açısından farklılık olmadığı bulunmuştur. Ankara’da erkekler üzerinde yapılan bir araştırmada (103) ise, eğitim yapılan grupta etkili yöntem kullanmayla ilgili olumlu davranış değişikliği meydana gelmiştir. Buradan yöntemler konusunda babaların da bilgilendirilmesinin, yöntem kullanımını önemli oranda arttırdığı, babalara ise anneleri bilgilendirerek ve yazılı materyal vererek de ulaşılabileceği sonucu çıkarılabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kayseri İli Doğumevi'nde sosyo-demografik, doğurganlık ve aile planlaması bilgisi ya da yöntem kullanma özellikleri bakımından farklılık bulunmayan iki grupta yapılan bu müdahale araştırması sonunda şu sonuçlar elde edilmiştir:

- ❖ Bu gebeliğini istemeyenlerin oranı % 26.5'tur. İstemedenden doğum yapan kadınların dörtte biri gebelik öncesinde hiç yöntem kullanmamış, üçte biri ise etkisi sınırlı bir yöntem olan geri çekme yöntemini kullanmıştır.
- ❖ Kadınların yaklaşık yarısı (% 49.2) başka çocuk istememektedir. Başka çocuk isteyenlerin ise tamamı en az iki yıl sonra istediklerini ifade etmiştir. Bu nedenle, doğum yapan kadınların doğum sonu dönemde etkili bir yöntemle gebelikten korunma gereksinimleri yüksektir.

- ❖ Kadınların çoğu (% 95.4) bu gebeliklerinde doğum öncesi bakım almak için en az bir kez sağlık kurumuna gitmiştir, ancak bu bakım sırasında aile planlamasına yönelik bilgi alanların oranı sadece % 13.1'dir.
- ❖ Çalışmaya katılan kadınların tümü eğitim verilmeden önce herhangi bir aile planlaması yöntemi bilmektedir. En fazla bilinen yöntemler RİA, geri çekme yöntemi ve KOK; en az bilinenler ise, mini hap, diyafram ve vazektomidir.
- ❖ Kadınların gebelikten korunma yöntemlerini öğrendikleri kaynakların başında komşu ve arkadaşları gelmektedir. Aile büyükleri ile TV ve gazete de bilgi kaynağı olarak önemli bir yer tutarken, yöntemleri ebeden öğrenenlerin oranı % 41.1, doktordan öğrenenlerin ise sadece % 7.7'dir.
- ❖ Doğumdan sonra yöntemlere ne zaman başlanması gerektiğini kadınların çok azı bilmektedir.
- ❖ Gebeliklerinden önce yöntem kullanmış olan kadınların oranı % 61.5'dir (% 34.6'sı modern, % 26.9'u geleneksel).
- ❖ Eğitim öncesi dönemde, kadınların % 21.9'u bir yöntem kullanırken hamile kaldığını belirtmiştir. Bu yöntemler arasında geri çekme, emzirme ve kondom ve KOK başta gelmektedir.
- ❖ Kadınların tamamına yakını doğum sonrasında bir aile planlaması yöntemi kullanmayı istemektedir.
- ❖ Eğitimden önce yöntem bilme oranları bakımından, iki grup arasında farklılık yokken, eğitimden sonra müdahale grubundaki kadınların yöntem bilme oranı, belirgin olarak artmıştır.
- ❖ Eğitim öncesinde doğumdan sonra aile planlaması yöntemlerine ne zaman başlanacağını bilme konusunda farklılık olmamasına rağmen, eğitim sonrasında müdahale grubunda bu oran, önemli ölçüde artmıştır.

- ❖ Müdahale grubundaki kadınların % 88.3'ü, kontrol grubundakilerin ise % 71.6'sı doğum sonu altıncı ayda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Eğitim sonrasında etkili yöntem kullanma oranı da müdahale grubunda (% 54.7), kontrol grubuna (% 40.6) oranla anlamlı ölçüde yüksektir.
- ❖ Doğumdan sonraki altıncı ayda, kontrol grubunun AP yöntemi kullanmasında % 10.6 oranında artış olurken, eğitim grubunda bu artış % 26.3'e ulaşmıştır. Etkili yöntem kullanımında ise, kontrol grubundaki % 4.0'lık artışa karşın, müdahale grubunda % 21.9'luk bir artış sağlanmıştır. Doğum hizmeti veren yataklı tedavi kurumunda erken postpartum dönemde aile planlaması eğitimi vermek, doğum sonrası dönemde etkili yöntem kullanmayı önemli ölçüde arttırmaktadır.
- ❖ Kadınların doğum sonrası kullandıkları yöntemi tercih etme nedenleri arasında sırasıyla yan etkisinin az olması, güvenilir ve etkili olması gelmektedir.
- ❖ Doğum sonrası altıncı ayda, gebe olan veya istemli düşük yapanların oranı; eğitim verilen grupta % 2.2, kontrol grubunda ise % 11.4'tür.
- ❖ Müdahale grubundaki kadınların yaklaşık yarısının eşleri verilen eğitim broşürünü okumuşlardır. Eşinin eğitim broşürünü okuduğunu belirten grupta, aile planlaması yöntemi kullanma oranı daha fazladır.
- ❖ Doğum sonrası altıncı ayda bebeğini emzirdiğini belirten müdahale grubundaki kadınların oranı % 76.7, kontrol grubundakilerin ise % 62.6'dır. LAM yönteminin kadınlara anlatılması, emzirmenin gebeliği önlediği ile ilgili yanlış inanışlara açıklık getirdiği gibi, bebeklerin anne sütü alma sürelerini de arttırmaktadır.

Araştırmanın yukarıda özetlenen sonuçlarına göre şu önerilerde bulunulabilir:

- Postpartum dönemdeki kadınlar, aile planlaması programlarında hedef grup olarak ele alınmalıdır.
- Doğum yapılan hastanelerde doğum sonrası rutin olarak yapılan eğitimlere aile planlaması konusu da eklenmelidir. Hastanelerde doğum yapan her kadına taburcu olmadan önce aile planlaması yöntemleri konusunda eğitim verilmeli, eğitimler bireysel olmalı, ayrıca yazılı broşür de verilmelidir.
- Aile planlaması konusunda bilgi edinilecek ilk ve doğru kaynağın sağlık personeli olması gerekmektedir. Bu yüzden, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe, hemşire ve doktorlar, temel sağlık hizmetleri kapsamında bireylere sundukları doğum öncesi ve doğum sonu bakım hizmetleri içinde yer alan aile planlaması eğitimlerinde etkin olarak rol almalıdır.
- Yöntem kullanırken hamile kalma oranı çok yüksektir. Bu nedenle AP eğitimi sırasında etkisi sınırlı yöntemlerin kullanılmaması konusu özellikle vurgulanmalı ve etkili yöntemlerin düzenli ve uygun şekilde kullanılması konusunda, kadınlar ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir.
- Aile planlaması eğitimlerinde halk tarafından daha az bilinen vazektomi, diyafram, mini hap gibi yöntemlerin de öğrenilmesi ve kullanılması için çaba sarf edilmelidir.
- Aile planlaması yöntemlerinin öğrenildiği kaynaklar arasında TV, radyo ve gazete önemli rol oynamaktadır, bu nedenle medyada aile planlaması konularına daha fazla yer verilmelidir.
- Kadınların gebe olmadan önce veya gebelik gibi farklı dönemlerde verilen aile planlaması eğitiminin etkisini ortaya koyan çalışmalar yapılmalı ve araştırma sonuçları karşılaştırılmalıdır.

7. ÖZET

Bu çalışmanın amacı, kadınlara doğum sonu dönemde verilen aile planlaması eğitiminin, yöntem kullanmaya olan etkisini belirlemektir.

Çalışma, Kayseri Doğumevi'nde doğum yapan 150'si müdahale 150'si kontrol olmak üzere 300 kadın üzerinde yürütülmüştür. Her iki gruptaki kadınlara ön anket uygulandıktan sonra, müdahale grubundaki kadınlara doğum sonrası aile planlaması konusunda bireysel eğitim yapıldı ve broşür verildi. Doğumdan altı ay sonra, müdahale grubunda 137, kontrol grubunda 123 kadınla tekrar görüşüldü ve eğitim sonrası anket uygulandı.

Verilen eğitimin, müdahale grubundaki kadınların kontrasepsiyon yöntemlerini bilmelerinde, doğumdan sonra aile planlaması yöntemlerine başlama zamanını bilmelerinde ve yöntem kullanma oranlarında, kontrol grubundaki kadınlara göre anlamlı ölçüde artış sağladığı saptandı. Yöntem kullanma oranı müdahale grubunda eğitim sonrasında % 62.0'dan % 88.3'e kontrol grubunda ise % 61.0'dan % 71.6'ya çıktı. Eğitim öncesi etkili yöntem kullanma oranı müdahale grubunda % 32.8, kontrol grubunda % 36.6 iken, bu oranlar müdahale grubunda % 21.9, kontrol grubunda % 4.0 oranında arttı. Doğumdan sonraki altı ay içerisinde, gebe olan veya istemli düşük yapanların oranı; eğitim verilen grupta % 2.2, kontrol grubunda ise % 11.4'dü.

Bu çalışmada, doğum sonrası erken dönemde verilen aile planlaması eğitiminin yöntemlere ilişkin bilgiyi ve kullanım oranını arttırdığı sonucuna varıldı.

8. SUMMARY

THE EFFECT OF FAMILY PLANNING EDUCATION GİVİNG IN POSTPARTUM PERIOD ON THE USE OF CONTRACEPTİVE METHODS

The aim of the study was to determine the effect of family planning education given to women in postpartum period for using family planning methods.

This study was carried out between December 1999 and June 2000 in Kayseri Maternity Hospital. A total of 300 postpartum women were randomly assigned to control (150 women) and intervention (150 women) groups. After a preliminary questionnaire was applied to women in both groups, an individual education about postpartum family planning was given to women in the intervention group and a brochure was distributed. Six months later, a final questionnaire was applied to women whose number were 137 in the intervention group and 123 in the control group.

It was determined that, education given in early postpartum period was increased the knowledge levels of women about family planning, the knowledge of starting time of postpartum methods and the status of using any contraceptive methods in the intervention group when compared to the control group. After the education, the rate of using any contraceptive methods rose from 62.0 % to 88.3 % in the intervention group and from 61.0 % to 71.6 % in the control group. While the rate of using modern contraceptive methods was 32.8 % in the intervention group and 36.6 % in the control group before education, this rate increased respectively 21.9 % and 4.0 % after education. While the rate of pregnant or aborted women was 2.2 % in intervention group, it was 11.4 % in control group.

We concluded that giving family planning education for women in early postpartum period was increased the rate of using family planning methods and knowledge levels.

9. KAYNAKLAR

1. Hatcher RA, Kowal D, Guest F et al. Kontraseptif Yöntemler. Uluslararası Basım, (Çev ed. Dervişoğlu, A.A.) İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını, No:1, Ankara 1990. ss 4-81.
2. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul 1997. ss 122-40.
3. The Johns Hopkins University. Why Family Planning Matters. Population Reports. 1999 ; 27 (2): 1-16.
4. UNICEF. Türkiye’de Ana ve Çocukların Durum Analizi. Ankara 1996. ss 119-39.
5. UNICEF. The State Of The World’s Children 2001. Oxford University Press, New York 1996. pp 118-21.

6. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara 1999. ss 13-118.
7. Westoff C, Bankole A. The Time Dynamics Of Unmet Need An Example From Morocco. International Family Planning Perspectives 1998; 24(1): 12-4.
8. Sağlık Bakanlığı. 2000'li Yıllara Doğru Çocuklara Yönelik Ulusal Faaliyet Programı. Ankara,1996. s 5
9. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı. Ankara 1998. s 9
10. Özvarış ŞB. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı. Ankara 2001. ss 25-56.
11. Özvarış ŞB, Dervişoğlu AA, Yıldırım M. Antenatal Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Postpartum Dönemde Yöntem Kullanmaya Etkisi. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi 1993; 3(3): 8-15.
12. Neyzi O, Uzel N, Bulut A ve ark. Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. UNICEF-Sağlık Bakanlığı 2. baskı. Ankara 1992. ss 126-28.
13. Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Sağlık Raporu 1998, (Çev ed:) Metin B, Akın A, Güngör İ. Ankara 1998. ss 112-7.
14. Devlet İstatistik Enstitüsü. The Population of Turkey, 1923-1994 Demographic Structure and Development, Ankara 1995. ss 12-34.
15. Fathall MF. Reproductive Health İn World: Two Decades Of Progress And Challenge Ahead. In: Khanna J, Van Look PFA, Griffin PD (Eds), World Health Organization Biennial Report 1990-91, Special 20 Th Anniversary Issue, Geneva, 1992: 3-32.

16. Akın A, Bertan M. Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları. Calverton, Maryland: Sağlık Bakanlığı [Türkiye] ve Macro International Inc. 1996. ss 15-106.
17. United Nations Development Programme (UNDP). Human development report 1999. New York , UNDP, 1999. p 262.
18. Dervişoğlu AA. Türkiye’de kadın sağlığı ve sorunları. Jinekoloji ve Obstetri’de Yeni Görüş ve Gelişmeler 1990; 1(1): 13-20.
19. Hacettepe University Institute of Population Studies. 1988 Turkish Population and Health Survey. Ankara 1989. ss 71-94.
20. Montgomery MR, Lloyd CB. Fertility and maternal and child health. In: Ahlburg DA, Kelley AC, Mason KO (eds). The impact of population growth on well-being in developing countries. New York 1996. pp 37-65.
21. Köksal O. Gıda ve Beslenme. Erciyes Üniversitesi Yayınları No:130. Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri 2001. ss 446-51.
22. Baysal A. Beslenme. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara 1997. ss 404-47.
23. Schupf N, Kapell D, Nightingale B et al. Specificity of the five fold increase in AD in mothers of adults with Down syndrome. Neurology 2001; 57(6): 979-84
24. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığında Temel Bilgiler, Güneş Kitabevi Yayını, Ankara 1995. ss 117-56.
25. The Reproductive Revolution : New Survey Findings. Population reports 1992; 20(4): 30-4.
26. Population and the environment : The global challenge. Population reports 2000; 28(3): 6-10.

27. Dirican R, Bilgel N. Toplum Hekimliği. Uludağ Üniversitesi Basımevi. Bursa 1993. ss 246-50.
28. Tekin N, Coşkun A, Özsoy S. Aile Planlaması Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi, Ebe ve Hemşirenin Değişen Sorumlulukları. Hemşirelik Bülteni 1990; 3(12): 8-11.
29. Öztürk Y. Organize Sağlık Hizmetleri ve Aile Planlaması. Sağlık Dergisi 1985; 5(9): 1-37.
30. Finkle JL, McIntosh CA (eds). The new politics of population: Conflict and Consensus in Family Planning . Population and Development Review 1994 A Supplement to Vol. 20. ss 20-1
31. Dirican R. Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-II, Ana-Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması. Ankara 1998. ss 177-81.
32. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Nüfus Planlaması Hizmetleri Hakkında Kanun Tüzük ve Yönetmelikler. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt I. Ankara 1994. ss 1-23.
33. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Mevzuatı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Kanun no: 224. Hacettepe Yayın Birliği. Ankara 1987. ss 216-23.
34. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara 1994, ss 45-70.
35. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Kontraseptif Yöntemler. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt II. Ankara 1994. ss 14-20.
36. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R et al. The Essentials Of Contraceptive Technology . Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, 1997. ss 3-15.

37. The Johns Hopkins University. Oral Contraceptives. *Population Reports* 2000; 28(1): 1-16.
38. World Health Organization. *Postpartum Care of the Mother and Newborn: a practical guide*. Geneva 1998. ss 3-34.
39. World Health Organization. Task force for epidemiological research on reproductive health. Progesteron-only contraceptives during lactation: I - II. Infant development. *Contraception* 1994; 50 (2): 35-68.
40. The Johns Hopkins University. New Era for Enjectables. *Population Reports* 1995; 23(2): 1-13.
41. The Johns Hopkins University. IUDs-An Update. *Population Reports* 1995; 23(6): 1-27.
42. The Johns Hopkins University. Closing the condom gap. *Population Reports* 1999; 27(1): 1-4.
43. Kennedy KI, Labbok MH, Van Look PFA: Consensus statement Lactational amenorrhea method for family planning. *Int J Gynecol obstet* 1996; 54: 55-7.
44. Hight-Laukaran V, Labbok MH, Peterson AE et al. Multicenter study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I - II. Acceptability, utility, and policy implications. *Contraception* 1997; 55(6): 327-46.
45. Vekemans M. Postpartum contraception: the lactational amenorrhea method. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 1997; 2(2): 105-11.
46. Kennedy KI, Kotelchuck M. Policy considerations for the introduction and promotion of lactational amenorrhea method: advantages and disadvantages of LAM. *J Hum Lact* 1998; 14(3): 191-203.

47. Özden M. Sağlık Eğitimi Ders Kitabı. Kadioğlu Matbaası. Ankara 1991. ss 1-31.
48. Başaran İE. Eğitime Giriş. Kadioğlu Matbaası. Ankara 1992. ss 11-27.
49. Varış F. Eğitim Bilimine Giriş. Atlas Kitapevi, Konya 1994. ss 1-25.
50. Öztürk Y, Çetinkaya F (Çev. Ed). Temel Sağlık Bakımında Sağlık Eğitimi El Kitabı. Erciyes Üniversitesi Yayınları No: 116. Kayseri 1999. ss 1-25.
51. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve JHPIEGO Aile Planlaması Kurs Rehberi. Ankara 1995. 1-57.
52. GATHER Guide to Counseling. Population reports 1998; 26(4): 1-16.
53. Tekbaş F, Ceylan S, Hamzaoğlu O. Genç erişkin erkeklerin aile planlaması eğitimi için eğitim materyali geliştirilmesi, VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Adana 1998, ss 79-83.
54. Family Health International. Postpartum Contraception: Developing strategies for expanded services. Network 1990;11(3): 1-18.
55. Rojnik B, Kosmelj K, Andolsek-Jeras L. Initiation of contraception postpartum. Contraception 1995; 51(2): 75-81.
56. Tikka M. Advice on contraception for new mothers in Finland. Katilolehti 1998;103(1): 21-2.
57. Sağlık Bakanlığı Kayseri Sağlık Müdürlüğü. Kayseri 1999 İstatistik Yıllığı. Kayseri 2000. ss 1-73.
58. Günay O, Şahinöz T, Öztürk Y ve ark. Kayseri sağlık grup başkanlığı bölgesi'nde 1985-1998 yılları arasında demografik ve sağlıkla ilgili göstergelerin değişimi. Erciyes Tıp Dergisi 2001; 23(4): 159-66.

59. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile Planlaması Eğitimi İçin Resimli Rehber. UNFPA-TUR/91/PO3 Bilgilendirme eğitim iletişim desteği projesi. Ankara 1992.
60. Daş Z. Kadınlara doğum sonu dönemde verilen aile planlaması eğitiminin etkin yöntem kullanmalarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi. Sivas 1998. ss 21-42.
61. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Daha Sağlıklı Anneler ve Çocukları İçin. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını, Aşama Matbaacılık. Ankara 1993, ss 1-21.
62. Ministry of Health. Health Services Utilization Survey in Turkey. Health Project General Coordination Unit. Ankara 1995. ss 12-26.
63. Çetinkaya F, Şenol V, Öztürk Y ve ark. Kayseri Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezine başvuran istemli düşük olgularının değerlendirilmesi. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Didim 1994. ss 372-4.
64. Demir Ü. Gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımı ve bunlara etki eden sosyo-demografik özelliklerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1992; 8(1): 31-9.
65. Yardımcı E, Sabuncu H, Yardımcı O. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Polikliniğine başvuran 15-49 yaş grubunda evli kadınların bildikleri ve kullandıkları kontraseptif yöntemler: Kullanımı etkileyen faktörler. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Didim 1994. ss 77-8.
66. Castro Martin T. Women's education and fertility: results from 26 Demographic and Health Surveys. Stud Fam Plann 1995; 26(4): 187-202.

67. Kimuna SR, Adamchak DJ. Gender relations: husband-wife fertility and family planning decisions in Kenya. *J Biosoc Sci.* 2001; 33(1): 13-23.
68. Halıcı F, Şenoğlu O, Çelikel G. Aile planlamasında yöntem seçimini etkileyen faktörler. I. Uluslar arası& II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Abstrakt Kitabı. Antalya 2001. s 143.
69. Vural B, Vural F, Diker J et al. Factors affecting contraceptive use and behavior in Kocaeli, Turkey. *Adv Contracept* 1999; 15(4): 325-36.
70. Yıldırım U, Demirci F, Özdemir İ ve ark. Öğrenim düzeyi ve kontraseptif yöntem arasındaki ilişki. I. Uluslar arası& II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Abstrakt Kitabı. Antalya 2001. s 29.
71. Öztekin Z. Temel Sağlık Hizmetleri. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, No.86/33 Kısa dizi No.1. Ankara 1986. ss 51-5.
72. Mete S. Kadınların doğum öncesi bakım almama nedenleri. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas 1992. ss 509-16.
73. Bozkurt A.İ, Özçırpıcı B, Şahinöz S ve ark. Gaziantep İlinde Sağlık Ocaklarına Herhangi Bir Nedenle Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Açısından Risk Durumları, Yöntem Kullanımları ve Etkileyen Faktörler. *Gaziantep Tıp dergisi*, 2001; 12 (2); 21-6.
74. Eroğlu K. İsteyerek yapılan düşüklerin önlenmesinde sağlık eğitiminin etkinliği. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora tezi. Ankara 1995. ss 34-45.
75. WHO. Implementation of the Global Strategy for Health for All by year 2000 Second evaluation Volume I. Geneva 1993. p 168.

76. Ayhan B, Tümerdem Y, Özçelik H ve ark. Gecekondu kadını istenmeyen gebelik konusunda neleri biliyor ve neleri uyguluyor. III: Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, Ankara. 1992, ss 26.
77. Özcan C, Eser E, Dinç G ve ark. Manisa Kent Merkezinde Doğurganlık Düzeyi, Doğurganlık Konusunda Beklentiler ve Eğilimler. I. Uluslar arası& II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Abstrakt Kitabı. Antalya 2001. s 25.
78. Yorulmaz F., Doğaner E, Dağdeviren N ve ark. Edirne İlinde gebelerin sosyodemografik özelliklerinin araştırılması-1998. I. Uluslar arası& II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Abstrakt Kitabı. Antalya 2001. s 31.
79. Aban M, Erat İ, Aksu O N ve ark. İstenmeyen gebeliklere etki eden faktörler. I. Ulusal Aile Planlaması Kongresi Özet Kitabı. Ankara 1999. s 130.
80. Özcan D. Geleneksel yöntemle korunan kadınların modern yöntemle geçişinde eğitimin etkisi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi. Kayseri 1997. ss 35-62.
81. Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. Fam Plann Perspect 1998; 30(1): 24-9.
82. Bayburtlu M, Koçoğlu G, Sümer H ve ark. Tokat İli Merkez İlçede evli kadınlarda bazı sağlık ölçütleri. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. İstanbul 1996. ss 370-3.
83. Çelik Y. Doğum öncesi bakım kullanımını etkileyen faktörler. Sağlık ve toplum 1999; 9(1): 25-33.

84. Balkanlı M, Öztürk N, Şenol V ve ark. Talas Sağlık Ocağı Bölgesinde son trimestirde olan gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma düzeyinin değerlendirilmesi. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. İstanbul 1996. ss 344-8.
85. Şahinöz. S. Sağlık ocaklarında gebe-loğusa izleme kartlarının değerlendirilmesi Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Kayseri 1998. ss 36-52.
86. Şenol V, Mucuk S, Öztürk Y. Kayseri Doğumevi Aile Planlaması Polikliniğinde sunulan modern aile planlaması yöntemlerinin (RIA ve kombine oral kontraseptif) değerlendirilmesi. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. İstanbul 1996. ss 37-44.
87. Ayhan B, Tümerdem Y, Tümerdem B. Çok çocuklu kadınların istenmeyen gebeliği önlemede bilgi ve davranışları. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Didim 1994. ss 69-70.
88. Yurdakul M, Vural G. Geleneksel yöntem kullanma nedenleri ve hemşirenin aile planlaması hizmetlerinde etkinliği. Sağlık ve Toplum 2001; 11(1): 42-8.
89. Family planning: Unmet Need Analyzed, Population Today 1997; 25(1): 3.
90. Bozkurt A.İ, Şahinöz S, Özçırpıcı B ve ark. Gaziantep İlinde evli kadın ve erkeklerin Gebeliği önleyici yöntem (GÖY) kullanımına yaklaşımları. I. Uluslararası & II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Abstrakt Kitabı. Antalya 2001. s 20.
91. World Health Organization. Improving Access To Quality Care In Family Planning. Geneva 1996. ss 13-123.

92. Tugay AN, Mercan İE, Pala K. Gemlik bölgesindeki gebelerin kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum 2001; 11(1): 37-41.
93. Öner S, Alpaslan ZN. Adana Doğumevi Hastanesinde MR uygulanan kadınların yöntem tercihlerinde eğitimin etkisi. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. İstanbul 1996. ss 349-52.
94. Ergül Ş. Kadınların aile planlaması ile ilgili bilgi düzeylerinin incelenmesi. I. Ulusal Aile Planlaması Kongre Kitabı. Ankara 1999. s 2.
95. Özcan F. Family planning in Isparta, Turkey. J Biosoc Sci 1997; 29(4): 509-10.
96. Günay O, Öztürk Y, Aykut M ve ark. Kayseri’de emzirme, gebelikten korunma ve doğurganlık. Erciyes Tıp Dergisi 1993; 15(2): 121-5.
97. İnandı T, Akbaba M, Karaömerlioğlu Ö. Mevsimlik tarım işçisi evli erkeklerin aile planlamasına ilişkin bilgi, tutum ve davranışları. IV. Halk Sağlığı Günleri Özet Kitabı. Samsun 1995. s A-4
98. Özvarış SB, Doğan BG, Akın A. Male involvement in family planning in Turkey. World Health Forum 1998; 19(1): 76-8.
99. Turan J M, Bulut A, Gökçay G ve ark. İstanbul’da doğum sonrası dönemde aile planlaması ve aile sağlığı: Babaların katılımı. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. İstanbul 1996. ss 34-6.
100. Soliman MH. Impact of antenatal counselling on couples' knowledge and practice of contraception in Mansoura, Egypt. East Mediterr Health J 2000; 5(5): 1002-13.
101. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkında yönetmelik. İçinde: Sağlık Ocağı Hekiminin Hukuk Rehberi. Yargıçoğlu Matbaası. Ankara 1985. ss 12-21.

102. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara 2001. ss 70-2.
103. Biçer S. TCDD Ankara Demiryolları Fabrikası'nda Çalışan Erkek İşçilerde Aile Planlaması Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Eğitimin Etkisinin Araştırılması. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Didim 1994. ss 74-7.
104. Sargın S. Bir tekstil fabrikasında çalışan kadın işçilerde eğitimin aile planlaması konusundaki bilgi tutum ve davranışlarına etkisinin araştırılması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora Tezi. Ankara 1998. ss 36-45.
105. Köseli A. Fabrika İşçilerinde Eğitimin Aile Planlaması İle İlgili Tutum ve Davranışlarına Etkisi. İş Sağlığı Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara 1993. ss 45-72.
106. Akşit B. Sivas köylerindeki kadınların solunum yolu hastalıkları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. UNICEF raporu. Ankara 1989. s 18.
107. Turan JM, Say L, Yılmaz T. Doğum Öncesi Aile Planlaması Eğitiminin Doğum Sonrası Gebelikten Korunmaya Etkisi. I. Uluslar arası & II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Abstrakt Kitabı. Antalya 2001. s 27.
108. Sullivan R, Magarick R, Bergthold G et al. Klinik Eğitiminde Kullanılmak üzere Eğitim Becerileri (Çev.Şahin N). JHPIEGO 1997. ss 12-7.
109. Hiller JE, Griffith E. Education for contraceptive use by women after childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2000; 2(1): 1-3.
110. Bolam A, Manandhar DS, Shrestha P et al. The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomized controlled trial. BMJ 1998; 316(7134): 805-11.

111. Little P, Griffin S, Dickson N et al. Unwanted pregnancy and contraceptive knowledge: identifying vulnerable groups from a randomized controlled trial of educational interventions. *Fam Pract* 2000; 18(4): 449-53.
112. Miller VL, Laken MA, Ager J et al. Contraceptive decision making among Medicaid-eligible women. *J Community Health* 2000; 25(6): 473-80.
113. Fişek H.N, Sümbüllüoğlu K. The Effect of Husband and Wife Education on Family Planning in Rural Turkey. *Studies in Family Planning* 1978; 9(1): 10-11.
114. Girgin M.Ö, Göktan M, Çorakçı A ve ark. Postpartum dönemde kontrasepsiyon tutumu ve etkileyen faktörler. I. Ulusal Aile Planlaması Kongre Kitabı. Ankara 1999. s 32.
115. Tokgöz M, Karababa AO, Doğan F. Kızılay Sağlık Ocağına başvuran 15-44 yaş grubu evli kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemler ve bu konuda uygulanan eğitimin yöntem kullanımı üzerine etkileri. *Ege Tıp Dergisi* 1990; 29(2): 282-4.
116. Bulut A, Turan JM. Postpartum family planning and health needs of women of low income in İstanbul. *Stud Fam Plann* 1995; 26(2): 88-100.
117. Demir C, Kadayıfçı O, Işıktan A. Postpartum kontrasepsiyonda depo medroksi progesteron asetat. I. Ulusal Aile Planlaması Kongresi Özet Kitabı. Ankara 1999. s 66.
118. Diaz S. Which contraceptive during lactation ? A comparison of methods. *IPPF Med Bull* 1996; 32(2): 1-3.
119. Eroğlu K, Akkuzu G, Vural G ve ark. Postplasental ve erken postpartum RİA uygulamaları ile post puerperal RİA uygulamalarının etkinlik ve komplikasyonlar yönünden incelenmesi. I. Uluslar arası & II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Abstrakt Kitabı. Antalya 2001. s 6.

120. Dinç G, Eser E, Cihan ÜA ve ark. Manisa Kent Merkezinde Aile Planlaması Yöntem Devamsızlığı ve Devamsızlık Nedenselliği. I. Uluslar arası & II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Abstrakt Kitabı. Antalya 2001. s 22.
121. Sarma SP, Garafalo K, Graves WL. Use of the intrauterine device by inner-city women. Archives of Family Medicine 1998; 7(2): 130-3.
122. Ağrıdağ G, Alpaslan N, Apan E. Karataş sağlık eğitim ve araştırma bölgesinde yaşayan kadınlarda laktasyonun gebelik üzerine etkisi. III. Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı. Ankara 1992. s 2.
123. Wang CC, Vittinghoff E, Hua LS et al. Reducing pregnancy and induced abortion rates in China: Family planning with husband participation. American Journal of Public Health 1998; 88(4): 646-8.
124. Vural B, Vural F, Erk A ve ark. Knowledge on lactational amenorrhoea and contraception in Kocaeli, Turkey. East Afr Med J 1999; 76(7): 385-9.
125. Ertopçu K, Dönmez A, Karacan G ve ark. Laktasyon döneminde gebe kalan ve rahim tahliyesi için başvuran olguların değerlendirilmesi. I. Uluslar arası& II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Abstrakt Kitabı. Antalya 2001. s 134.
126. Rous JJ. Is breast-feeding a substitute for contraception in family planning ? Demography 2001; 38(4): 497-512.
127. Hardly E, Santos LC, Osis MJ et al. Contraceptive use and pregnancy before and after introducing lactational amenorrhea (LAM) in a postpartum program. Advances in Contraception 1998; 14(1): 59-68.

EK 1

EĞİTİM ÖNCESİ ANKET

Anket no:

Tarih://

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefon no:

Bağlı Olduğu Sağlık Ocağı:

1. Kadının Yaşı:

2. Eşinin Yaşı:

3. Kadının mesleği: 1.Ev hanımı 2.Memur 3.İşçi 4.Evde para getiren iş 5.Diğer(.....)

4. Eşinin mesleği: 1.Memur 2. İşçi 3.Esnaf 4.Çiftçi 5.Serbest meslek
6.Emekli 7.İşsiz 8.Diğer(.....)

5. Kadının öğrenim durumu: 1. OYD 2. OY 3. İlkokul

4. Ortaokul 5. Lise 6. Y.Okul

6. Eşinin öğrenim durumu: 1. OYD 2. OY 3. İlkokul

4. Ortaokul 5. Lise 6. Y.Okul

7. Aile tipi: 1. Çekirdek 2. Geniş aile

8. Ailenin sosyal güvence durumu: 1.Emekli Sandığı 2.Bağkur 3.SSK 4.Yeşil kart 5.Yok

9. Kaçınıcı çocuğu:

10. (2 ve üzeri ise) Bundan öncekinin yaşı: Doğum aralığı:.....

11. Doğurganlık bilgileri: Toplam gebelik:

Canlı doğum:

Düşük/kürtaj:

Ölü doğum:

Yaşayan çocuk sayısı:

Ölen çocuk sayısı:

12. Doğum nasıl oldu: 1.Normal doğum 2. Müdahaleli doğum 3. Sezaryan

13. Bu gebeliğinizden önce gebelikten korunuyormuydunuz?

1. Hayır korunmuyordum

2. Daha önce ile korundum, bebek istediğim için bıraktım.

3. Evetile korunuyordum, bu sırada hamile kaldım.

14. Bu bebeğinizi istiyormuydunuz? 1.Kesinlikle evet 2.Kesinlikle hayır 3. Kararsızdım

15. Sizce ideal çocuk sayısı kaçtır ?

16. Başka çocuk istiyor mu? 1.Evet 2.Hayır 3. Kararsız

17. (İstiyorsa) Ne kadar süre çocuk istemiyor?

18. Gebeliğiniz süresince hiç muayene oldunuz mu? 1.Evet (.....tarafından) 2.Hayır

19. Gebeliğiniz sırasında aile planlaması ile ilgili eğitim verildi mi? 1.Evet(.....tarafından)

2.Hayır

20. Daha önce aile planlaması ile ilgili eğitim verildi mi? 1.Evet(.....tarafından) 2.Hayır

21. Evli bir çiftin gebe kalmamak için uyguladığı yöntemlerin hangisini biliyor?

-RİA 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-OKS 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Kondom 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Fital-Köpük 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Tüp ligasyonu 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Vazektomi 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Norplant 1.Biliyor 2.Bilmiyor

- | | | |
|---------------|-----------|------------|
| -Mini-hap | 1.Biliyor | 2.Bilmiyor |
| -Enjektabllar | 1.Biliyor | 2.Bilmiyor |
| -Diyaftram | 1.Biliyor | 2.Bilmiyor |
| -Geri çekme | 1.Biliyor | 2.Bilmiyor |
| -Emzirme | 1.Biliyor | 2.Bilmiyor |
| -Takvim | 1.Biliyor | 2.Bilmiyor |
| -Diğer: | | |

22. Bildiği yöntemleri kimden öğrendi?

- 1.Ebe 2. SO Doktoru 3.Büyükleri 4. Komşusu/Arkadaş Doğumevi
5.Eşi 6.Özel Doktor 7.Kitap,gazete,TV

23. Genel olarak doğum sonrası dönemde kullanılabilir yöntemler nelerdir?

24. Bu yöntemlere ne zaman başlanabilir?

- | | |
|----------------|------------|
| -RİA: | -OKS |
| -Minihap | -Kondom |
| -Fital | -Diyaftram |
| -Tüp ligasyonu | -Vazektomi |
| -Norplant | -Enjektabl |
| -Geri çekme | -Emzirme |
| -Takvim | |

25. Aile planlaması ile ilgili araç ve gereçler nereden temin edilebilir?

26. Bundan sonra aile planlaması yöntemi uygulamayı düşünüyor musunuz?

27. (Düşünüyorsa) Hangi yöntemle ?

28. (Düşünmüyorsa) Neden?

29. Eşinizin bu konudaki düşüncesi nedir ?

1. Benimle aynı görüşte 2. Diğer(.....)

EK 2

EĞİTİM SONRASI ANKET

Tarih:/...../ 2000

Adı-Soyadı:.....

Telefonu:

1. Eğitim aldı mı? 1.Evet 2.Hayır

2. Şu anda korunuyor mu? 1.Evet 2.Hayır

3. **(Korunmuyorsa)** neden?

4. **(Korunuyorsa)** şu anda hangi yöntemle korunuyor?

1.Kondom 2.RİA 3.Mini-hap 4.Enjektabl
5.LAM 6.Geri çekme 7.OKS 8. Diğer(.....)

5. Evli bir çiftin gebe kalmamak için uyguladığı yöntemlerin hangisini biliyorsunuz ?

-RİA 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-OKS 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Kondom 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Fital-Köptük 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Tüp ligasyonu 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Vazektomi 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Norplant 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Enjektabllar 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Mini-hap 1.Biliyor 2. Bilmiyor

-Diyafam 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Geri çekme 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Emzirme 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Takvim 1.Biliyor 2.Bilmiyor

-Diğer:

6. **(Bildiği yöntemler için)** Bu yöntemlere ne zaman başlanabilir?

-RİA: -OKS

-Minihap -Kondom

-Fital -Diyafam

-Tüp ligasyonu -Vazektomi

-Norplant -Enjektabl

-Geri çekme -Emzirme

-Takvim

7. **(Bildiği yöntemler için)** Bu yöntemlerin hangi yan etkileri olabilir?

-RİA -OKS

-Minihap -Kondom

-Fital -Diyafam

-Tüp ligasyonu -Vazektomi

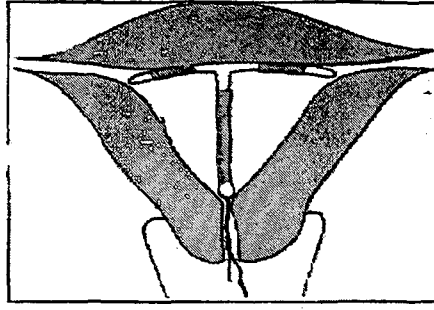
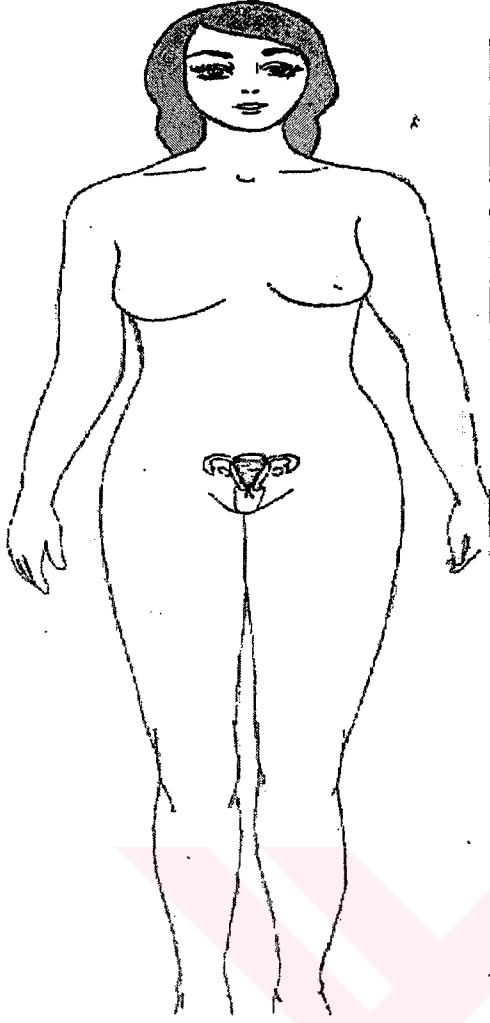
-Norplant -Enjektabl

-Geri çekme -Emzirme

-Takvim

8. Şu anda kullandığı yönteme ne zaman başlamış?
9. Bu yöntemden önce başka bir yöntem kullanmış mı ?
1.Evet (.....) 2. Hayır
10. Şu an gebelik durumu: 1. Var 2. Yok 3. Bilmiyorum
4. Gebe kalmıştım ama kürtaj oldum
11. Şu anda kullandığı yöntemi neden tercih etmiş?
1. Etkili 2. Güvenilir 3. Yan etkisi az
4. Eşi istemiş 5. Diğer (.....)
12. Şu anda kullandığınız yöntemi kim önerdi ?
1. Ebe 2. Doktor 3. Büyükleri 4. Komşusu/arkadaş
5. Eşi 6. Kitap,gazete,TV 7. Hastanedeki eğitim
8. Diğer (.....)
13. Lohusalıkta bir sağlık personeli tarafından sağlık kontrolünüz yapıldı mı ?
1.Evet(.....) 2. Hayır
14. Doğum sonrası dönemde her hangi bir sağlık personeli tarafından aile planlaması eğitimi verildi mi?
1.Evet(.....) 2. Hayır
15. Şu anda emziriyor mu? 1.Evet 2. Hiç 3. Bir süreaya kadar emzirdim.
16. (Eğitim alanlar için) Verilen broşürü baba okudu mu? 1. Evet 2. Hayır





Doktor:Melis Naçar
Tel: 437 05 14
(Saat 17⁰⁰'dan sonra)

RAHİM İÇİ ARAÇ **(RİA, ALET, SPİRAL)**

- Küçük, plastik, bakır içeren bir araçtır, rahim içine konur.
- Erkek tohum hücrelerinin yumurtayı döllemesini engelleyerek gebeliği önler.
- Gebelikten etkili olarak korur.(Bir yılda RİA ile korunan kadınlardan sadece yüzde biri gebe kalabilir).
- 10 yıl gebelikten korur.

Bir kere uygulanınca gebelikten korunmak için başka bir şey gerektirmez.

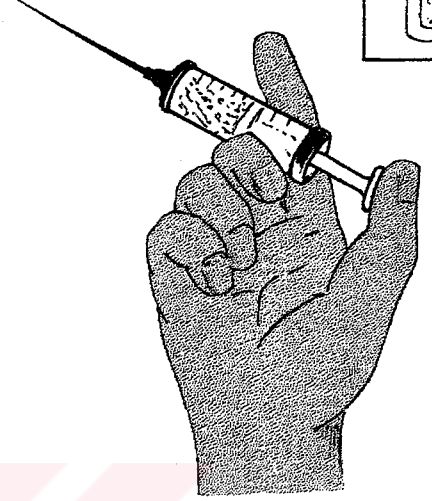
- Cinsel ilişkiyi etkilemez.
- Rahim kanserine karşı koruyucudur.
- Uygulama sırasında ağrı hissedilmez.
- Bazı kadınlarda, takıldıktan sonraki birkaç ay içinde, rahimde hafif, kramp şeklinde ağrılar ve adet miktarında artma olabilir.
- Emzikli anneler, uzun süre korunmak isteyenler, ileri yaştaki kadınlar için çok uygun bir yöntemdir.

• Kısa sürede yeniden çocuk yapmak isteyenler, adetlerinde aşırı ağrı ve kanama olan kadınlar için uygun değildir.

• Normal doğum yapan kadınlar doğumdan bir buçuk ay sonra; sezaryen olan kadınlar iki ay sonra adet görmeyi beklemeden rahim içi araç taktırabilirler.

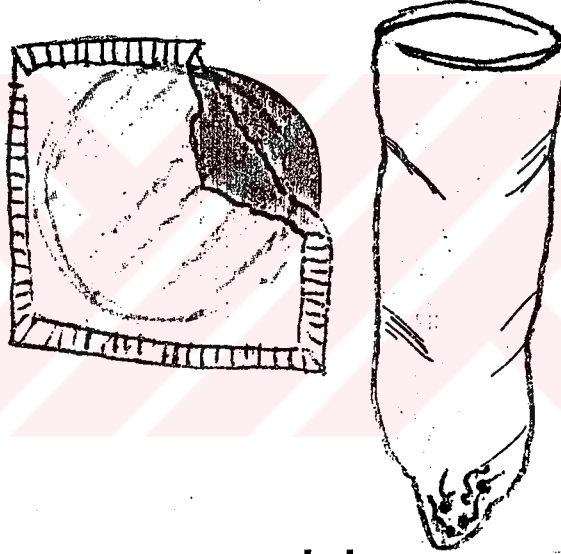
GEBELİKTEN KORUYUCU ENJEKSİYONLAR (İĞNE)

- Ayda bir ya da 3 ayda bir yapılan iğneler vardır.
- 3 aylık olanları emzikli anneler için uygundur.
Bebeğe ve emzirmeye bir etkisi yoktur.
- Ayda bir yapılanları emziren anneler kullanamaz.
- Gebelikten kesin olarak korur.
- Adet düzensizliği (Artma, azalma, kesilme, ara kanama) yapabilir;
Baş ağrısı-bulantı-baş dönmesi yapabilir.
Ciltte sivilce ve saç dökülmesine sebep olabilir.
Kilo artışı görülebilir.
- Bu yöntemle korunurken adet düzensizlikleri olan kadınların yakınmaları 9-12 ay sonra büyük ölçüde azalır.
- Uygulamaya doğumdan 6 hafta sonra başlanmalıdır.



KONDOM **(KAPUT, PREZERVATİF, KILIF)**

- ◆ Güvenilir bir yöntemdir.
- ◆ Ayrıca cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı da koruyucudur.
- ◆ Ancak; Her cinsel ilişkide yeni bir kılıf kullanılmalı, takılırken delik ya da yırtık olup olmadığına dikkat edilmelidir.
- ◆ İlişkiden sonra kılıfın yırtılıp yırtılmadığına tekrar bakılmalı ve sonra atılmalıdır.



MİNİ-HAP



- Emzikli kadınların da kullanabileceği özel haplardır.
- Kadında yumurta hücrelerinin meydana gelmesini engeller.
- Hapı mutlaka her gün aynı saatte almak gereklidir.

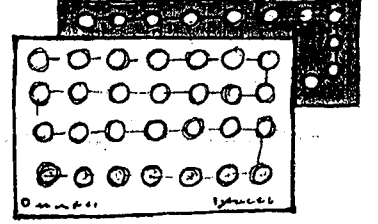


Diğer ağızdan alınan haplar emzikli kadınlar için uygun değildir.

Sütü kesmeyen ve bebeğe zarar vermeyen mini-haplar, doğumdan bir buçuk ay sonra kullanmaya başlanabilir.

GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ HAPLAR

- Bu yöntemi emziren anneler kesinlikle kullanamaz.
- Her gün bir tane hap alındığında kadının yumurtalıklarından yumurta hücresi çıkması engellenmiş olur.
- Düzenli kullanılırsa çok etkilidir.
- Rahim ve yumurtalık kanserine karşı koruyucudur.
- Bazı kadınlarda bulantı, memelerde duyarlılık, adetlerde azalma gibi yan etkilere neden olabilir fakat bunlar birkaç ay içinde tamamen geçer.
- Aşırı adet kanaması ve kansızlığı olan kadınlar için çok uygun bir yöntemdir.
- Yaşı 35'i geçen ve sigara içen kadınlar için uygun değildir.



EMZİREN ANNELER İÇİN

HENÜZ ADET GÖRMEDEN DEVAMLİ EMZİRME YÖNTEMİ:

Eğer;
 Bebeğiniz altı aylıktan küçükse,
 Henüz adet görmemişseniz,
 Gece ve gündüz devamlı emziriyorsanız,
 Günde 10 defadan fazla emziriyorsanız,
 Bebeğinize hiçbir ek gıda vermiyorsanız,

Gebe kalma olasılığınız çok azdır.

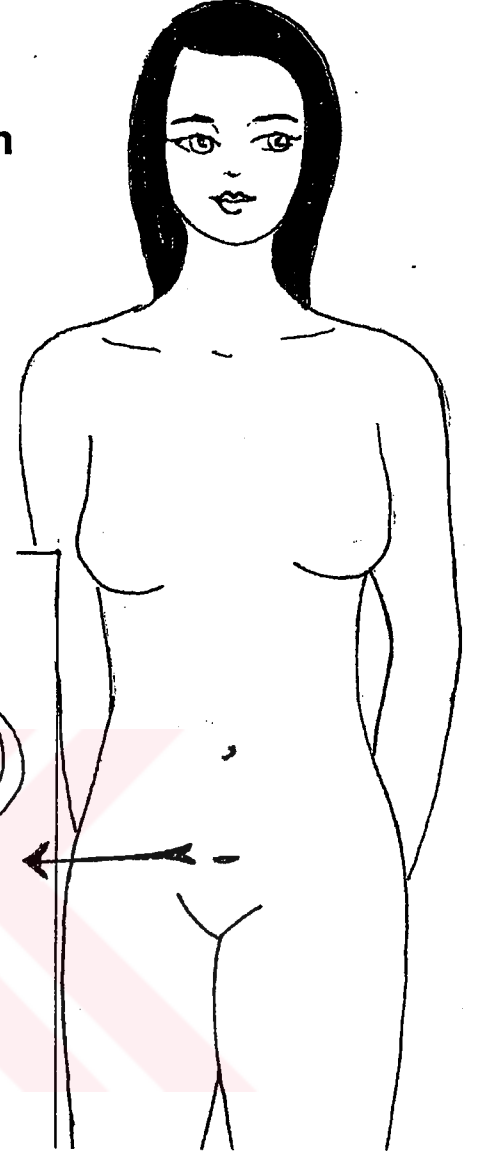
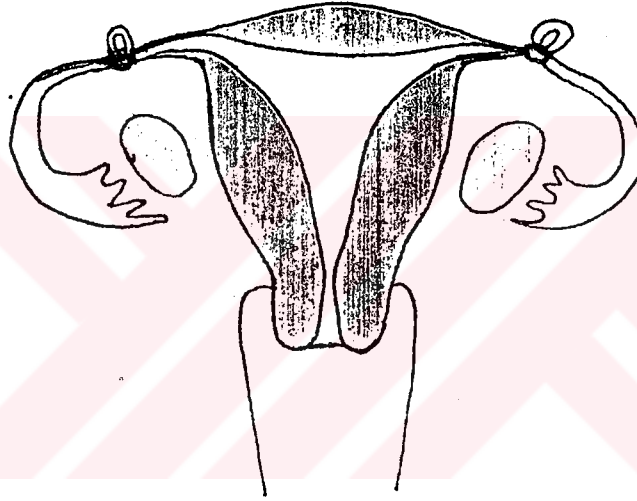
Eğer bu beş maddeden biri bile uygulanamıyorsa gebe kalma olasılığı vardır.

Bu durumda bir başka doğum kontrol yöntemi kullanılmalıdır.

Ancak bebeğin sağlığı açısından emzirmeye devam edilmelidir.

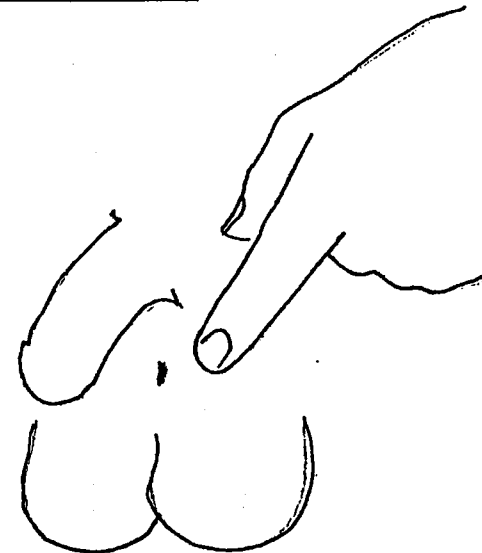
KADINDA TÜPLERİN BAĞLANMASI (TÜP LİGASYONU)

- Bir daha kesinlikle çocuk istemeyen çiftler için uygundur.
- Çünkü kalıcı ve geriye dönmeyen bir yöntemdir.
- Cinsel yaşamı etkilemez.
- Adet düzenini değiştirmez.



ERKEKTE TOHUM KANALLARININ BAĞLANMASI (VAZEKTOMİ)

- Cinsel yaşamı kesinlikle etkilemez.
- Kalıcı ve geriye dönmeyen bir yöntemdir
- Gebelikten kesin olarak korur.
- Kolay bir işlemle gerçekleştirilir.
- Uygulama için, hastanede yatmak gerekmez, kişi hemen evine dönebilir.



**ÖĞRENMEK İSTEDİĞİNİZ KONULAR VARSA
VEYA GEBELİKTE KORUNMAK İÇİN
YARDIM İSTİYORSANIZ :**

- ✓ Doğumevlerine
- ✓ Ana Çocuk Sağlığı ve
Aile Planlaması Merkezlerine
- ✓ Sağlık Ocaklarına
- ✓ Sağlık Evlerine
- ✓ Hastanelerin Aile Planlaması Kliniklerine

GECİKMEDEN BAŞVURUNUZ.



**TEKRAR GEBE KALMADAN ÖNCE
BU SORULARA
CEVAP VERMELİSİNİZ**

- ◆ Yaşınız 20'den küçük veya 35'den büyük mü?
- ◆ Son gebeliğiniz 2 yıldan daha kısa süre önce miydi?
- ◆ Gebeliklerinizin sayısı 4'den fazla mı ?
- ◆ Şeker hastası mısınız?
- ◆ Tansiyonunuz yüksek mi?
- ◆ Kalp, böbrek hastalığınız var mı ?

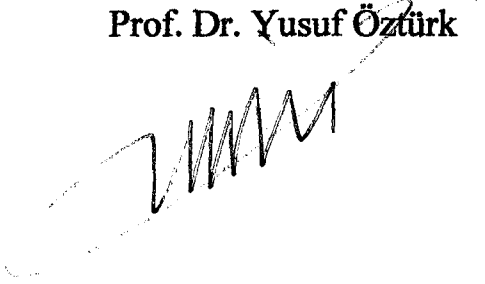
Bu sorulardan bir tanesine bile "EVET" dediyseniz,

**DİKKATLİ OLUN,
TEKRAR GEBE KALMANIZ
SAĞLIĞINIZ İÇİN
TEHLİKELİ OLABİLİR !**





Jüri Başkanı
UYGUNDUR
Prof. Dr. Yusuf Öztürk



Jüri Üyesi
UYGUNDUR
Prof. Dr. Osman Günay



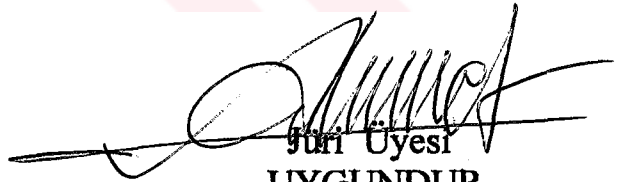
Jüri Üyesi
UYGUNDUR
Prof. Dr. Feyziye Çetinkaya



Jüri Üyesi
UYGUNDUR
Doç. Dr. Mustafa Başbuğ



Jüri Üyesi
UYGUNDUR
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Öztürk



Y.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ