

40206

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İSTEYEREK YAPILAN DÜŞÜKLERİN ÖNLENMESİNDE SAĞLIK EĞİTİMİNİN ETKİNLİĞİ

HEMŞİRELİK PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

Kafiye EROĞLU

Rehber Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Saadet ÜLKER

ANKARA 1995

DOKTORA TEZ SAVUNMA JÜRİSİ

L. Taşkin

**DOÇ.DR.LALE TAŞKIN
BAŞKAN**

S. Ülker

**PROF.DR.SAADET ÜLKER
REHBER ÖĞRETİM ÜYESİ**

N. Akdemir

**DOÇ.DR.NURAN AKDEMİR
ÜYE**

N. İnanc

**DOÇ.DR.NUR İNANÇ
ÜYE**

N. Karataş

**DOÇ.DR.NİMET KARATAŞ
ÜYE**

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
I. GİRİŞ.....	1
I.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
I.2. Araştırmanın Amacı.....	12
2.a. Araştırmanın Hipotezleri.....	13
II. YÖNTEM.....	14
II.1. Araştırmanın Şekli.....	14
II.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	14
II.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	15
3.a. Araştırmanın Evreni.....	15
3.b. Araştırmanın Örneklemi.....	16
3.c. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	16
II.4. Verilerin Toplanması.....	16
4.a. Soru Kağıdının Hazırlanması.....	16
4.b. Soru Kağıdının Geçerliliğinin Test Edilmesi.....	18
4.c. Soru Kağıdının Uygulanması.....	18
II.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
5.a. Bilgi Sorularının Değerlendirilmesi.....	20
5.b. Uygulama Sorularının Değerlendirilmesi.....	20
II.6. Araştırmanın Uygulanmasında ve Veri Toplamada Karşılaşılan Güçlükler.....	21
III. BULGULAR.....	22
IV. TARTIŞMA.....	53
V. SONUÇ, ÖNERİLER, ÖZET.....	59
V.1. Sonuçlar.....	59
V.2. Öneriler.....	62
V.3. Özet.....	63
VI. KAYNAKLAR.....	67
EKLER.....	77

TABLÖLAR LİSTESİ

TABLÖLAR	Sayfa No
1	Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....22
2A	Kadınların Düşükle İlgili Verilerine Göre Dağılımı.....24
2B	Daha Önce İsteyerek Düşük Yapmış Kadınların Düşükle İlgili Verilerine Göre Dağılımı.....25
3	Kadınların Son Gebeliklerini Düşükle Sonlandırma Kararını Veren Kişilere Göre Dağılımı..... 27
4	Kadınların Son Gebeliklerini Düşükle Sonlandırma Nedenlerine Göre Dağılımı..... 27
5	Kadınların Son Gebelikten Önce Gebeliği Önleyici Bir Yöntem Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı..... 28
6	Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanan Kadınların Kullandıkları Yöntemlere İlişkin Verilerine Göre Dağılımı..... 28
7A	Kadınların Son Düşükten Sonra Gebelikten Korunma İsteklerine Göre Dağılımı..... 29
7B	Düşük Sonrası Bir Yöntemle Korunmayı İsteyen Kadınların Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı.....20
8A	Kadınların Son Düşükten Önce Aile Planlaması için Bir Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı..... 31
8B	Kadınların Aile Planlaması için Bir Sağlık Kuruluşundan Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....43
9A	Kadınların Daha Önce Etkin Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı..... 31

9B	Kadınların Daha Önce Kullandıkları Etkin Doğum Kontrol Yöntemlerine Göre Dağılımı.....	32
10	Deney ve Kontrol Grubundeki Kadınların Perine Hijyenine İlişkin Uygulamalarına Eğitimin Etkisi.....	34
11A	Kadınların Düşük Sonrası Bakım ve Komplikasyonlara İlişkin Öntest ve Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları.....	37
11B	Bazı Faktörlere Göre Kadınların Düşük Sonrası Bakıma İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları.....	37
12A	Kadınların Kadın-Erkek Üreme organlarının Anatomisi ve Fonksiyonlarına İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları.....	38
12B	Bazı Faktörlere Göre Kadınların Kadın-Erkek Üreme Organlarının Anatomisi ve Fonksiyonlarına İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları.....	39
13A	Kadınların Adet Kanaması ve Gebeliğin Oluşmasına İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları.....	39
13B	Bazı Faktörlere Göre Kadınların Adet Kanaması ve Gebeliğin Oluşumuna İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları.....	40
14A	Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları.....	41
14B	Bazı Faktörlere Göre Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları.....	41
15A	Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları.....	42
15B	Bazı Faktörlere Göre Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları.....	43

16A	Kadınların Toplam Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları.....	44
16B	Bazı Faktörlere Göre Kadınların Toplam Ortalama Bilgi Puan Farkları.....	44
17A	Kadınların Son Düşükten Sonra Sağlık Problemleriyle Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımı.....	46
17B	Kadınların Düşük Sonrası Karşılaştıkları Sağlık Problemlerine Göre Dağılımı.....	46
18	Kadınların Düşük Sonrası Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı.....	48
19	Kadınların Son Düşükten Sonra Tekrar Gebe Kalma Durumlarında Düşündükleri Çözümlerine Göre Dağılımı.....	51
20	Kadınların Öntest ve Sontest Toplam Bilgi Puanlarına Göre Dağılımı.....	52

GRAFİKLER

1	Kadınların Verilen Sağlık Eğitimi Konularına İlişkin Öntest-Sontest Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	45
2	Kadınların Düşük Sonrası Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı.....	50

I. GİRİŞ

I.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İsteyerek düşük yapma, tarih boyunca tüm toplumlarda görülen önemli bir kadın sağlığı sorunudur. Bugün dünyada her yıl 500.000 kadın gebelik ve doğum nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Bu ölümlerin en önemli nedenlerinden birisi de kadınların istediklerinden daha fazla sayıda gebe kalmaları ve bu gebelikleri sağlıksız koşullarda sonlandırmalarıdır (9,42,59).

Gelişmekte olan ülkelerde her yıl 115.000-204.000 kadın düşük komplikasyonları nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Bu sayı dünyadaki toplam anne ölüm oranının yaklaşık 1/3'ünü oluşturması nedeniyle, konunun önemle ele alınması gereğini vurgulamaktadır. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünün ve Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğünün yaptığı Türkiye 1993 Nüfus ve Sağlık araştırması sonuçları kadınların istedikleri sayıda gebe kaldıklarında doğum hızının ve anne ölümlerinin azaldığını göstermektedir (70). Ancak dünyada son 30 yılda çocuk istenmemesine karşın herhangi bir korunma yöntemi kullanmayan yaklaşık 300 milyon çift bulunmaktadır (41). Buna bağlı olarak istenmeyen gebelikler artmakta ve bu gebelikler yasal ya da yasal olmayan yollarla sonlandırılmaktadır. Ünelere göre farklılık göstermekle birlikte dünyada her yıl 40-60 milyon kadının isteyerek düşük yaptığı, bu düşüklerin 30-40 milyonunun yasal yolla, 10-20 milyonunun ise yasal olmayan yollarla gerçekleştiği belirtilmektedir. Düşüklerin görülme sıklığı ülkelerin sosyo-ekonomik yönden gelişmişliğine, siyasal ve kültürel yapısına göre farklılık göstermektedir (16,42,59). Düşük özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunudur. Çünkü bu ülkelerde düşük ya sağlıksız koşullarda yapılmakta ya da bir doğum kontrol yöntemi gibi uygulanmaktadır. Hindistan'da yapılan bir çalışmada düşüğün rahim içi araç, hap ve

sterilizasyondan sonra dördüncü sırayı alan bir doğum kontrol yöntemi olduğu saptanmıştır (42). Vietnam'da düşüğün doğurganlığı düzenleyici bir yöntem olarak kullanıldığı ve her dört gebelikten ikisinin düşükle sonlandırıldığı belirtilmektedir (24). Bangladeş'te yasal düşük 1979 yılından itibaren ulusal aile planlaması programında bir yöntem olarak kabul edilmiş olup halen uygulanmaktadır (42).

Düşüğün yasal olmayan yollarla yapıldığı gelişmekte olan ülkelerde, anne ölümünün çok yüksek olduğu görülmektedir. Yasal olmayan yolla yapılan düşükler, sağlığa uygun olmayan koşullarda ve eğitimsiz kişiler tarafından gerçekleştirildiği için, yasal yolla yapılan düşüklere göre daha fazla komplikasyona ve anne ölümlerine yol açmaktadır (10,42,59). Nigerya'da anne ölümlerinin %50'si yasa dışı düşüğe bağlı olarak gelişmektedir. Düşüğün yasal olmadığı Brezilya'da ise yılda yaklaşık 1-4 milyon kadın düşük komplikasyonları nedeniyle hastaneye başvurmaktadır. Bangladeş'te her yıl gebeliğe bağlı ölüm nedenlerinin 1/3'ünde ölüm nedeni yasa dışı düşük komplikasyonlarıdır. Hindistan'da düşüğe bağlı anne ölüm oranı %0 3.4'tür (42).

Kadın sağlığına değişik boyutta etki eden düşüğe bağlı komplikasyonlar; erken ve geç dönem komplikasyonları olarak iki grupta incelenmektedir (10,17,30,46,47, 65,69)

Erken dönemde: Düşük esnasında ve düşük sonrası ilk iki hafta içinde gelişebilecek komplikasyonlardır. Bunlar:

- Kanama
- Enfeksiyon
- Perforasyon
- Parça retansiyonu

- Tromboemboli
- Servikal kanalda yırtıklar
- Psikolojik sorunlar
- Anestezi komplikasyonları

Geç dönemde ise: Düşükten sonraki iki haftadan sonra gelişebilecek komplikasyonlardır. Bunlar:

- Kanama
- İnfertilite
- Amenore, adet azalması (endometritise bağlı)
- İleri gebeliklerde olabilecek komplikasyonlar (spontan abortus, ektopik gebelik, prematür eylem, anormal prezentasyon) ve
- Psikolojik sorunları içermektedir.

Düşüğe bağlı komplikasyon ve anne ölüm riskini aşağıdaki durumlar etkilemektedir (14,21,57,59,69).

- Kullanılan düşük yöntemi,
- Düşüğü yapan kişinin bilgi ve becerisi,
- Düşük girişiminin uygulandığı gebelik haftası,
- Gebenin yaşı ve kadının sağlık durumu,
- Tıbbi olanakların varlığı ve niteliği

Dünya Sağlık Örgütüne (D.S.Ö) üye olan gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğu yasal olmayan düşüğe bağlı anne ölümünü azaltmak amacıyla yukarıdaki durumları dikkate alarak dört eylem planı belirlemişlerdir (18,41,59,60,69). Bunlar:

1. Toplumun etkin doğum kontrol yöntemi kullanmaya yönlendirme,
2. Düşüğü yasal hale getirme,
3. Pratisyen hekimleri bu konuda eğiterek düşük yaptırma yetkisi kazandırma,

4. Erken dönemde düşük komplikasyonlarını saptama ve tedavi etme amacıyla düşük klinikleri açmadır.

Bu eylem planı doğrultusunda ülkeler, sosyo-ekonomik, siyasal ve kültürel yapılarına göre, düşükle ilgili yasal düzenlemeler yapmışlardır. Rusya 1920 yılında düşüğe izin veren ilk ülke olmuştur. Bu ülkeyi diğer dünya ülkeleri izlemiştir. Bugün dünyada düşükle ilgili çıkan yasalar dört başlık altında toplanmaktadır (14,21,22,38,42, 59).

1. Annenin yaşamını tehlikeye sokan durumlar dışında düşüğe izin veren yasa: Bu uygulama 50 ülkede, yaklaşık dünya nüfusunun %25'inde yer almaktadır.

2. Belli koşullarda düşüğe izin veren yasa: Annenin fiziksel ve ruhsal sağlığını tehdit eden gebelikler, fetüsün özürlü doğma olasılığı ve yasal durum gerektiren tecavüz ve zina gibi durumlarda düşüğe izin verilmektedir. Bu uygulama 44 ülkede, yaklaşık dünya nüfusunun %12'sinde yer almaktadır.

3. Sosyal ve tıbbi nedenle düşüğe izin veren yasa: Yoksulluk, genç ya da ileri yaşta gebe olma, çok çocuğa sahip olma gibi durumlarda ve tıbbi nedenlerle düşüğe izin verilmektedir. Bu yasa 30 ülkede, yaklaşık dünya nüfusunun %22'sinde uygulanmaktadır.

4. İsteğe bağlı düşüğe izin veren yasa: Bu uygulama, dünyanın bir çok ülkesinde, (Çin, Sovyetler Birliği, Türkiye ve Avrupa Ülkelerinin Yarısı) yaklaşık dünya nüfusunun %41'inde yer almaktadır.

Yapılan çalışmalar, düşüğün yasal olduğu ülkelerde, düşüğe bağlı anne ölümlerinin büyük bir oranda azaldığını hatta sıfıra indiğini gösterirken, yasal sınırlamaların olduğu ülkelerde düşüğe bağlı anne ölümlerinin yüksek oranda olduğunu göstermektedir (42,59,70).

Düşüğün yasal hale gelmesine bağlı olarak, düşük sayısındaki artış, aile planlamasının önemini vurgulamanın yanı sıra, düşüklerin sağlıklı ortamlarda yapılması amacıyla özel kliniklerin açılması gereğini gündeme getirmiştir. Bu gereksinimin karşılanabilmesi ise, sağlık harcamaları içinde kadın sağlığına yönelik payın artırılmasını zorunlu kılmaktadır. Düşükle ilgili yasal düzenlemelerin yapıldığı bazı ülkeler (ABD, Batı Almanya, Polonya, Endonezya, Bangladeş) düşük klinikleri açarak, hizmetin sağlıklı koşullarda yapılmasını yaygınlaştırırken, bazı ülkeler (Eski Çekoslavakya, Macaristan, İngiltere-Galler, Danimarka, İskoçya) düşüğün yalnızca hastane ortamında yapılmasına izin vermektedir (31,32,36,37,39,42).

Dünya nüfusunun yaklaşık yarısında (%41) düşüğün isteğe bağlı olarak yapılması yasal olmakla birlikte bazı hükümetler ve gruplar düşüğün isteğe bağlı olarak yapılmasına karşı çıkmaktadırlar. Sağlıkta sorunlara yol açmasının yanısıra etik, sosyal, kültürel (özellikle din kuruluşlar) ve siyasal faktörler düşüğe karşı görüşlerin oluşmasında önemli faktörlerdir (42,59,62,63).

Bugün düşüğe karşı olan ülkeler ile düşüğü onaylayan ülkeler arasındaki tartışmalar yoğun bir şekilde devam etmektedir. 1994 Eylül ayında Kahire'de yapılan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansında Vatikan, Malta, Arjantin, Peru, Ekvator, İran gibi pek çok ülke düşüğe karşı çıkarken, ABD, Türkiye, Batı Almanya gibi bir grup ülke de düşüğün yasal yolla yapılmasının gereğini vurgulamıştır. Protestanlar, müslümanlar, budistler ve hindular düşüğü çok önemli ahlaki bir konu olarak görmelerine karşın, bazı

durumlarda izin verilebileceğini öne sürmektedirler. Bununla birlikte Roma Katolik kilisesi düşüğü kesinlikle onaylamamaktadır (21,42).

Düşüğe karşı olan ilk hareketler ABD'tinde başlamıştır. ABD'deki bazı feminist gruplar, düşüğü istenmeyen gebelik sorununun çözümünde uygun olmayan bir yöntem olarak görmektedirler. Bu feminist gruplar, kadının özgürce kendi bedeni hakkında karar verme durumunu savunmakla birlikte düşüğü kadın sağlığını tehdit eden ve erkeklerin sorumluluktan kaçmasına olanak sağlayan bir yol olarak görmektedirler. Düşüğe karşı olan kişi ve kurumlar düşüğün ahlaki değerlerle bağdaşmadığını, yaşama saygısızlık ve cinayetle eş anlama geldiğini savunmaktadır. ABD'de yapılan bir çalışmada toplumun düşüğü, anne sağlığını tehdit eden bir durum varlığında ya da özürlü çocuk doğurma olasılığı olduğunda kabul ettiklerini göstermiştir. İsveç'te yapılan bir çalışmada ise, erkeklerin ve genç yaşta olan kadınların, düşüğü "endişe yaratan psikolojik bir durum" olarak gördükleri saptanmıştır. ABD'de düşük konusunda sağlık personelinin görüşlerini belirlemeyi amaçlayan bir çalışmada, sağlık personelinin büyük oranda düşüğü, yaptıkları işlevlerin bir parçası olarak gördükleri, daha az oranda ise "kadının hakkı", "fetüs cinayeti" ve "sağlığa zararlı bir uygulama" olarak gördükleri saptanmıştır. İtalya'da sağlık personelinin %36'sı, İsveç'te sağlık personelinin %32'si yalnızca tıbbi nedenlerle düşüğün yapılması gerektiğini belirtmişlerdir (2-4,9,42,56).

Ülkemizde düşük konusu incelendiğinde, Cumhuriyetin ilan edilmesinden sonra, savaş nedeniyle azalan nüfus sorunu karşısında, 1926 yılında kadınların düşük yapması kesin olarak yasaklanmıştır. Ancak 1960-1965 yılları arasında yapılan çalışmalar, kadınların yasal olmayan yollarla düşük yaptıklarını ve buna bağlı olarak anne ölüm oranının yüksek olduğunu göstermiştir. Bunun sonucunda, 1965 yılında düşükle ilgili yasal düzenlemelere gidilerek sadece tıbbi nedenlerle düşüğe izin verilmiştir (72). Bu

yasanın düşükleri önleyememesi üzerine, 1983 yılında 2827 sayılı "Nüfus Planlaması Yasası" düzenlenmiştir (73). Bu yasada, hizmete gereksinimi olan her kadına güvenli düşük hizmeti sunma hedeflenmiştir.

- Gebeliğin 10. haftasında isteğe bağlı düşükler yasal hale getirilmiştir.

- Gebelik sonlandırma işleminin, kadın-doğum uzmanı gözetimi altında eğitilmiş pratisyen hekimler tarafından yapılmasına izin verilmiştir.

- Kadın ve erkek için cerrahi korunma yöntemleri serbest hale getirilmiştir.

- Eğitilmiş ebe ve hemşirelere RIA uygulaması gibi, etkili gebeliği önleyici yöntemi uygulama yetkisi verilmiştir.

- Başarılı aile planlaması etkinlikleri için sektörlerarası işbirliği ve uyumlu çalışma vurgulanmıştır.

Bu yasal düzenlemelerle, düşüğü azaltmak için aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına yönelik çalışmalar hızlanmıştır (ebe ve hemşirelere etkili yöntem uygulama yetkisinin verilmesi, etkili yöntem çeşidinin artırılması vb.). Kadın sağlığı konusu, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas raporunda da ayrıntılı bir şekilde ele alınmış ve Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması hizmetleri ile ilgili ulusal bir politika oluşturularak hedefler, stratejiler ve yapılacakları içeren ulusal bir eylem planının hazırlanması gereği vurgulanmıştır (71). 1963'ten beri her beş yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırma sonuçları, ülkemizde anne sağlığını yükseltme ve korumaya yönelik yapılan hizmetlerin önemini açıkça ortaya koymaktadır. Bu çalışma sonuçları, düşük hızının 1988 yılına kadar giderek arttığını ancak 1990'dan sonra az oranda azaldığını göstermektedir. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü ve Sağlık

Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel müdürlüğü tarafından yapılan çalışmada 1990 yılında 100 canlı doğumda düşük hızının %25.4'ten, 1993 yılında %17.2'ye düştüğü belirtilmektedir. Ancak yine bu çalışmada kadınların %70'inin başka çocuk istememekle birlikte, %52.4'ünün isteyerek düşük yaptığı görülmektedir (70). Ülkemizde düşükle ilgili olarak yapılan çalışmalar, düşük oranının ülkenin doğu bölgesinde daha az, batı bölgesinde daha çok olduğunu, kentsel bölgede yüksek, kırsal bölgede düşük oranda olduğunu, eğitim düzeyi yükseldikçe düşüğün arttığını göstermektedir (7,28,45,70).

Son 20 yılda Türkiye'nin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) desteğiyle yürütülen "Aile Planlaması Programları" ile, etkin koruma yöntemlerinin çeşitliliği artırılmış, bu konuda yasal düzenlemelerin gerekliliği üzerinde durulmuş ve kişiler etkin bir doğum kontrol yöntemi kullanmaya yönlendirilmişlerdir. Bu çalışmaların sonucunda, düşüğe bağlı anne ölümlerinin büyük ölçüde azaldığı gözlenmiştir. Düşük sonrası aile planlaması hizmetleri için İtalya'da (Bellagio'da) uluslararası bir toplantı yapılmıştır. Bu toplantıda düşük sonrası aile planlaması gereksinimleri tartışılmıştır. Tartışma sonunda, gelişmekte olan ülkelerde istenmeyen gebelik ve sağlıksız koşullarda yapılan düşüklerin çok yüksek oranda olduğu vurgulanmış ve bu ülkelerde hükümet ve özel sektörlerin işbirliği ile en kısa sürede A.P. hizmetlerinin sağlanması gerektiği belirtilmiştir (24,41,42,48).

Ülkemizin de katıldığı Eylül 1994'te Kahire'de yapılan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansında, **üremeye ilişkin haklar ve üreme sağlığı konusunda belirlenen amaçlar içerisinde düşükle ilgili olanlardan bazıları şunlardır (8).**

- Üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili ihtiyaçları karşılamada bireye, aileye ve topluma yardımcı olmak,

- Erkeklerin üreme sağlığı ile ilgili uygulamalara aktif katılımlarını sağlamak,

- İstenmeyen gebelikleri önlemek,

- Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak,

- Sağlıklı üreme için hizmet ve danışmanlık sağlamak.

Bu konferansın yukarıdaki amaçlar doğrultusunda hazırladığı **eylem programı önerileri** arasında yer alanlar şunlardır:

- Hükümetler, sağlığa ilişkin bilgi, eğitim ve iletişimi güçlendirmelidir,

- Aile sağlığının temel koruyucusu olarak kadınların rolü tanımlanmalı ve desteklenmelidir. Üreme sağlığı ile birlikte, temel sağlık hizmetlerinden yararlanma, ve basit -ucuz yöntemlerin kullanımı sağlanmalıdır,

- Hükümetler ana çocuk sağlığı, aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerini birlikte ele alarak ve maliyeti azaltarak sürekli yararlanılır hale getirmelidir,

- Ülkeler 2015 yılına kadar anne ölümlerinin büyük ölçüde azaltacak girişimlerde bulunmalıdır. 2000 yılına kadar, 1990 yılı anne ölümünün yarısı kadar düşüş sağlanmalıdır,

- Tüm ülkeler, kadın sağlığı hizmetlerini temel sağlık hizmetleri kapsamında genişletmelidir,

- Düşük hiç bir zaman aile planlaması yöntemi olmamalıdır. Tüm hükümetler ve hükümet dışı örgütler, sağlıksız koşullarda yapılan düşüğü azaltmak amacıyla istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde aile planlaması konusuna öncelik vermelidir,

- İstenmeden gebe kalan kadınlar, güvenilir bilgi ve danışmanlık hizmetlerinden yararlanabilmelidir,

- Düşük sonrası danışmanlık, eğitim ve aile planlaması hizmetleri hemen verilmelidir,

- Düşük hiç bir zaman aile planlaması yöntemi olarak özendirilmemeli, düşüğe başvuran tüm kadınlara insancıl tedavi ve danışmanlık hizmeti sağlanmalıdır,

- Doğurganlığa bağlı hastalık ve ölümleri azaltmaya yönelik programlar bilgilendirme, üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini içermelidir.

1983 yılında UNICEF'in Alma-Ata'da düzenlediği toplantı sonunda alınan "2000 Yılında Herkese Sağlık Hedefleri" içinde yer alan Hedef 8 (Anne ölümlerini önleme), Hedef 15 (Sağlıklı davranış geliştirmek için bilgilendirme ve yönlendirme) ve Hedef 16'nın (olumlu sağlık davranışları geliştirme) amaç ve önerileri yukarıda belirtilen amaç ve önerilerle benzerlik göstermektedir (67). 1983 yılında Alma-Ata'da anne sağlığına yönelik hedefler ve önlemlerin 1994 yılında da değişmeden yer alması bu sorunun günümüzde de varlığını koruduğunu göstermektedir. Bu sorunun devamında rol oynayan en önemli etmenlerden biri etkili aile planlaması yöntemlerinin kullanılmamasıdır. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçları evli kadınların %63'ünün gebeliği önleyici bir yöntem kullandıklarını göstermekle birlikte yalnızca %34.5'inin etkin bir yöntem kullandığını göstermektedir (70). Kadınların etkin aile planlaması yöntemi kullanmasını engelleyen bir çok neden bulunmaktadır (1,11,12,19,20,70). Bunlar:

- Aile planlaması kliniklerini bilmeme,
- Aile planlaması yöntemleri hakkında çok az bilgiye sahip olma,
- Yöntemlerden korkma,
- İsteyerek düşük yapmayı tercih etme,
- Düşük hakkında yeterli bilgiye sahip olmama,
- Eşlerin düşüğü çok küçük -basit bir işlem olarak görmeleri ve
- Sağlık personelinin tutumudur.

Yukarıda belirtilen nedenler, etkili aile planlaması yöntemi kullanmamanın temelinde bilgisizliğin yattığını göstermektedir. Bu bağlamda, sorunun giderilmesinde eğitim ve danışmanlığın önemi ortaya çıkmaktadır. Çalışmalar düşüklerin sosyo-ekonomik ve kişisel etmenlerden etkilenen sosyal bir davranış olduğunu belirtmektedir. Bu etmenler, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, evli olma durumu, evlenme yaşı, kadının çocuk isteyip istememesi, eşinin eğitimi, eşinin onayı, önceki korunmaya yönelik deneyimi, ailenin ekonomik yapısı, eşlerin doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgi düzeyleri, sağlık personelinin tutumu ve hizmetin niteliğidir. Bir çok kadın bu etmenler sonucunda, çok çocuğa sahip olma, evlilik dışı ilişki, düşük sosyo-ekonomik düzey ve istemeden gebe kalma gibi nedenlerle düşüğe başvurmaktadır. Tüm bunlar düşük sorunun çözümünde yalnızca yasal düzenlemelerin yeterli olmadığını göstermektedir (6,13,59,62,63).

Toplumda kadının statüsünü yükseltme kadın sağlığı sorununun çözümünde öncelikle ele alınması gereken konudur. Bununla birlikte kadınlara sağlık hizmetlerini kullanma bilincini veren, eğitim ve danışmanlık hizmeti sunma bu sorunun çözümünde önemli olan diğer bir konudur. Çünkü eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile kadının kendi sağlığı hakkında doğru kararlar almasına yardımcı olunabilir (29,34). Sağlık eğitimi ile

istenilen davranışın geliştiğini gösteren bir çok çalışma bulunmaktadır (5,15,25,43). Bu hizmeti sunmada sağlık personeli içinde ebe/hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Ülkemizde, 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ve bu kanuna bağlı olarak çıkarılan 154 sayılı yönergede (74), ebe/hemşirelerden Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) birimlerinde, doğum öncesi, doğum ve bebek bakımının yanısıra sağlık eğitimi çalışmalarını da yürütmeleri beklenmektedir (49,50,64). Ancak yapılan çalışmalar, ebe ve hemşirelerin eğitim ve danışmanlık hizmetlerini etkin olarak yerine getirmediklerini göstermektedir (15,40,44).

Ayrıca ülkemizde etkili aile planlaması yöntemlerinin kullanımında istenilen düzeye gelinememesi ve isteyerek yapılan düşük sayısında önemli ölçüde azalma görülmemesi de eğitim hizmetlerinin etkin olarak sunulmadığını gösteren önemli sonuçlardır (70). Bu nedenle mevcut eğitim modelinin etkinliğinin artırılması ve geliştirilmesi gereği ortaya çıkmaktadır. Bu sorunun çözümünde ise ev ziyaretleri yoluyla sağlık eğitimi hizmetini sunma önem kazanmaktadır. Çünkü ev ziyaretleri, sorunların yerinde görülmesine ve daha rahat ifade edilmesine, sorunlara sahip olunan olanaklarla çözüm yollarının bulunmasına, eğitici ve birey arasındaki ilişkinin olumlu yönde güçlenmesine ve gelişmelerin izlenmesine olanak vermektedir (23,29,34,50). Sonuçta ebe ve hemşirelerin bir kadın olarak kadınlara daha yakın olmaları ve ülkenin en uç kesimine hizmet götürmeleri nedeniyle düşük ve aile planlaması konusundaki eğitim hizmetlerinin önemi açığa çıkmaktadır. Bu nedenle ebe ve hemşireler ev ziyaretleri yoluyla düşük ve etkili aile planlaması yöntemleri konusunda planlı ve etkili sağlık eğitimi vererek, isteyerek yapılan düşüklerin önlenmesinde, dolayısıyla kadın sağlığının korunması ve yükseltilmesinde önemli katkıları olacak sağlık ekibi üyeleridir.

I. 2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, isteyerek düşük yapan kadınlara, ev ziyaretleri yoluyla gerçekleştirilen planlı ve etkili sağlık eğitimi modelinin etkili doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması sonucunda isteyerek yapılan düşüklerin önlenmesine olan etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

2.a. Araştırmanın Hipotezi

H1 - Planlı sağlık eğitimi verilen kadınlar ile sağlık eğitimi verilmeyen kadınlar arasında, isteyerek düşük yapma yerine, etkili aile planlaması yöntemlerinden birini tercih etme ve kullanma yönünden önemli bir fark beklenmektedir.

2.b. Araştırmanın Alt Hipotezleri

H2 - Planlı sağlık eğitimi verilen kadınlar ile sağlık eğitimi verilemeyen kadınlar arasında, düşük sonrası öz bakımı ve tehlike belirtilerini farketmeleri bakımından önemli bir fark beklenmektedir.

H3 - Planlı sağlık eğitimi verilen kadınlar ile sağlık eğitimi verilmeyen kadınlar arasında kadın-erkek üreme organları ve fonksiyonları, adet kanamasının, gebeliğin oluşumu ve etkili aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi düzeyi bakımından önemli bir fark beklenmektedir.

H4 - Planlı sağlık eğitimi verilen kadınlar ile planlı sağlık eğitimi verilmeyen kadınlar arasında perine hijyenin doğru bilme ve uygulama bakımından önemli bir fark beklenmektedir.

II. YÖNTEM

II.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, isteyerek düşük yapan kadınlara uygulanan sağlık eğitimi modelinin etkili aile planlaması yöntemlerinin kullanılması yoluyla isteyerek yapılan düşüklerin önlenmesine olan etkisini saptamak amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

II.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Ankara İli Belediye sınırları içinde yer alan hastaneler içinden seçilen, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesinin Kürtaj Kliniğinde ve bu kliniğe başvuran kadınların evlerinde yapılmıştır. Araştırma kapsamına alınan bu hastanede; isteyerek düşük yapan kadınlara planlı sağlık eğitiminin verilmemesi ve bu hastanenin düşük için başvuran kadın sayısının yüksek oranda olduğu hastanelerden biri olması nedeniyle araştırmanın bu hastanede uygulanmasına karar verilmiştir.

Bu hastanede, 141 Sağlık Meslek Lisesi mezunu ebe/hemşire, iki Hemşirelik Yüksek Okulu mezunu hemşire ve 17 Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Hemşirelik Ön Lisans Programı mezunu ebe/hemşire olmak üzere toplam 160 ebe/hemşire çalışmaktadır. Araştırmanın uygulandığı kürtaj kliniğinde ise, 8.00-16.00 vardiyasında yalnızca bir hemşire hizmet vermektedir. Bu hemşire, düşük sırasında yalnızca doktora yardımcı olmaktadır.

200 yataklı olan bu hastanenin beş ünitesi vardır. Bunlar:

1. Doğum salonu,
2. Lohusa bakım,
3. Riskli gebelik,
4. Jinekoloji (septik + nisaiye) ve
5. Ameliyathane'dir.

Bu üniteler dışında gebe izleme, nisaiye ve AÇS ve AP poliklinikleri bulunmaktadır. Kürtaj Kliniği, septik ünitesinde yer almaktadır. Günde ortalama bu kliniğe dört-beş hasta başvurmaktadır. Kadınlar düşük sonrası septik ünitesinin boş olan bir odasına alınıp, 2-4 saat gözlem altında tutulmaktadır ve daha sonra taburcu edilmektedir.

II.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.a. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, bir yıl içinde T.C. Sağlık Bakanlığı Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesi kürtaj kliniğinde başvuran 15-44 yaş grubu kadınlar oluşturmuştur. Bu hastanenin son beş yıllık hastane kayıtlarına göre (1990-91,92,93 ve 94) bir yıl içinde tıbbi endikasyonlu düşükler dışında, düşük için başvuran kadınların ortalama sayısı 880 olarak hesaplanmıştır.

3.b. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini bir yıl içinde T.C. Sağlık Bakanlığı Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesinin Kürtaj Kliniğine Başvuran 15-44 yaş grubu kadınların yaklaşık %11.5'i (50 kontrol+50 deney = 100) oluşturmuştur. Ancak araştırma, deneysel olarak ve sadece araştırmacı tarafından yapılması planlandığından, yanlış adres verme, uygulamayı reddetme, evde bulunmama ve taşınma gibi nedenler düşünülerek, örnekleme 60 deney ve 60 kontrol grubu olmak üzere 120 kadın alınmıştır.

Araştırmacı tarafından kontrol edilebilen ve planlı sağlık eğitiminin verildiği grup deney grubu, eğitimin verilmediği grup ise kontrol grubu olarak kabul edilmiştir. Deney ve kontrol grubunun birbirlerinden etkilenebilecekleri düşünüldüğünden hastanede,

18.3.1994'ten tarihinden 19.5.1994 tarihine kadar bir gün deney, bir gün kontrol grubuna ayrılarak toplam 120 kadına ulaşılmıştır. Ancak araştırma, 23.9.1994'de değişkenlerin kontrol edilebildiği 50 deney, 50 kontrol olmak üzere toplam 100 kadına ulaşana kadar devam etmiştir.

3.c. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma etkin aile planlaması yöntemi kullanmayıp (RIA+gebelik), düşüğe başvuran kadınlarla sınırlıdır. Aile planlaması yöntemleri ile ilgili verilen sağlık eğitiminin içeriği ria hap, kılıf, tüpligasyon ve vazektomi (Ek III) ile sınırlı gözükmekle birlikte implant ve enjeksiyonlar konusunda da kadınlara eğitim verilmiştir. Ancak bu yöntemlerin kullanımı ülkemizde henüz yaygınlaşmaması nedeniyle Ek III formu içinde bu yöntemlere yer verilmemiştir.

II.4. Verilerin Toplanması

4.a. Soru Kağıdının Hazırlanması

Araştırmanın verileri "kaynakça"da belirtilen değişik kaynaklardan yararlanılarak, araştırmacı tarafından geliştirilen soru kağıdının kullanıldığı dört form (Ek, I, II, III ve IV) ile toplanmıştır.

Ek I, kadınların tanımlayıcı durumlarını ve düşüğe başvurma nedenlerini belirlemek için kullanılmıştır. Bu anket formunda,

- Tanımlayıcı özellikler (yaş, eğitim, çalışma durumu vb.),
- Gebelik öyküsü,
- Düşükle ilgili daha önceki deney deneyimin varlığı,
- Düşük yapma nedenleri,

- Aile planlaması ile ilgili sağlık kuruluşlarına başvurma durumları,
- Kullandığı aile planlaması yöntemi ile ilgili sorular yer almaktadır.

Ek II, kadınların düşük sonrası bakım, komplikasyonlar ve perine hijyeni konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek için kullanılmıştır. Bu anket formunda;

- Düşük sonrası bakım bilgisi ve uygulaması,
- Düşük sonrası gelişebilecek tehlikeli durumların bilgisi,
- Perine hijyeni konusunda bilgi ve uygulamaları içeren sorular yer almaktadır.

Ek III, kadınların üreme sistemi ve etkili aile planlaması yöntemleri konusunda bilgisini belirlemek için kullanılmıştır. Bu anket formunda;

- Kadın ve erkek üreme organları ve fonksiyonları,
- Adet kanamasının oluşumu,
- Gebeliğin oluşumu,
- Etkin aile planlaması yöntemleri
 - . RİA
 - . Oral kontraseptif
 - . Kılıf
 - . Tüpligasyon
 - . Vazektomi ile ilgili bilgi soruları yer almaktadır.

Ek IV'te ise, kadınların bu düşükten sonra, herhangi bir sağlık probleminin gelişme durumu ile kullanmaya başladıkları aile planlaması yöntemlerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Bu anket formunda,

- Düşük sonrası gelişebilecek sağlık problemleri ile karşılaşma durumları
- Problemlerle karşılaşma durumlarında başvurdukları çözüm yolları ve

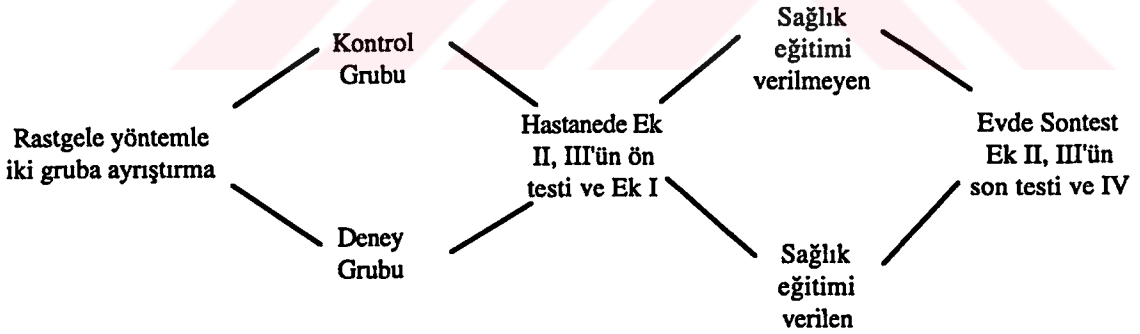
- Kullanmaya başladıkları doğum kontrol yöntemi ile ilgili sorular yer almaktadır.

4.b. Soru Kağıdının Geçerliliğinin Test Edilmesi

Araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formları işlerlikleri yönünden T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesi Kürtaj Kliniğine başvuran beş kadına ön uygulama yapılarak anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği değerlendirilmiştir. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra, hazırlanan formlar veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

4.c. Soru Kağıdının Uygulanması

Veri toplama formları öntest ve sontest uygulaması deney ve kontrol grubuna göre aşağıda belirtildiği şekilde uygulanmıştır (Şekil 1 ve 2).



Şekil 1: Araştırmanın Uygulanma Şekli

ÖRNEKLEM GRUPLARI	UYGULAMA YERLERİ	
	Hastane	E v
	Ön test	Öntest Son test
DENEY GRUBU	1. Düşükten önce . Ek I 2. Düşükten sonra . Ek II . Düşük sonrası bakım ve komplikasyonlara ilişkin sağlık eğitimi (Ek VII)	1. Ziyaret (15 gün sonra) Ek II ve Ek IV 2. Ziyaret (Bir ay sonra) . Ek III . Üreme sistemi ve Aile Planlaması yöntemlerine ilişkin sağlık eğitimi (Ek VI) 3. Ziyaret (Birbuçuk ay sonra) . Ek III 4. Ziyaret (İki ay sonra) . Yöntem uygulama
KONTROL GRUBU	1. Düşükten önce . Ek I 2. Düşükten sonra . Ek II . Ek III	1. Ziyaret (Dört ay sonra) . Ek II . Ek III . Ek IV

Şekil 2: Soru Kağıdının Uygulanma Şekli

Deney grubundaki kadınlar Şekil I ve II'de görüldüğü gibi, 15 gün aralıklarla evlerinde, hazırlanan eğitim modelinin gereği olarak 4-5 kez ziyaret edilmişlerdir. Eğitim verilmeyen kontrol grubundaki kadınlar ise, düşük sonrası etkin yöntem kullanma kararlarının daha uzun zaman alacağı ve bu sürede tekrar gebe kalma riskinin yüksek oranda olacağı düşünüldüğünden dört ay sonra evlerinde ziyaret edilmişlerdir. Ziyaret süreleri 30-90 dakika arasında değişiklik göstermiştir. Eğitim aracı olarak Ek IV ve VII materyali kullanılmıştır.

II.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, kadınlara ilişkin tanıtıcı veriler (Ek I) ve uygulanan sağlık eğitimi araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak ele alınmıştır. Kadınların kürtaj sonrası bakımı, perine hijyeni uygulamaları ve üreme sağlığına (üreme organlarının anatomisi ve fonksiyonları, adet kanaması, gebeliğin oluşumu ve etkili doğum kontrol yöntemleri) ilişkin bilgiler ile eğitimin düşükle ilgili davranışlara yansımada kriter olarak düşünülen değişkenler (tekrar gebe kalma, kürtaj olma ve kullanılan doğum kontrol yöntemi) bağımlı değişkenler olarak kabul edilmiştir.

5.a. Bilgi Sorularının Değerlendirilmesi

Bilgi sorularının değerlendirilmesinde, araştırmacı tarafından konu ile ilgili kaynakların taranması sonucu elde edilen bilgiler doğru yanıtlar olarak kabul edilmiştir. Doğru olan her bir cevaba bir puan verilerek değerlendirme yapılmıştır (Ek V).

5.b. Uygulama Sorularının Değerlendirilmesi

Ek II'deki, perine hijyenine yönelik kadınların yapmış oldukları uygulamalara ilişkin sorular, onların vermiş oldukları yanıtlara göre değerlendirilmiştir.

Araştırma verilerinin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde, yüzdeler, ki-kare Fisherin kesin ki-kare testi, iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi, bağımlı gruplarda tek ve çok yönlü varyans analizi ve t testi kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından kodlanmış olup, verilerin tablolaştırılması ve istatistiksel testler sistemli bilgisayar yardımı ile yapılmıştır. Bazı veriler grafiklerle de ifade edilmiştir.

II.6.Araştırmanın Uygulanmasında ve Veri Toplamada Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmanın örneklem seçimi aşamasında bazı kadınlar evlerinde ziyaret edileceklerini öğrenmeleri üzerine, eşlerinin buna izin vermeyeceklerini ifade ederek araştırmaya katılmaktan vazgeçmişlerdir. Ayrıca uygulama; katılmayı kabul eden kadınlardan yanlış adres veren, taşınan ve araştırmaya katılmaktan vazgeçenler olmuştur.

Araştırmanın örnekleme Ankara İli Belediye Sınırları içerisinde oturan her kadının alınması birbirinden çok uzak semtlerde oturmaları nedeniyle ulaşım güçlüğü yaratmıştır. Bazı kadınlar ziyaret günü daha önceden kendilerine bildirilmesine karşın o günü ertelemek istemişlerdir. Bazı kadınlar ise ziyaret gününde evlerinde bulunmamışlardır. Üst üste iki gün evde bulunmayan kadınlar araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

III. BULGULAR

Tablo 1: Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaş	DENEY		KONTROL		TOPLAM		
	S	%	S	%	S	%	
18-24	9	18.00	7	14.00	16	16.00	$x^2 = 0.67$ $p > 0.05$
25-29	11	22.00	13	26.00	24	24.00	
30-34	20	40.00	16	32.00	36	36.00	
35 ve üzeri	10	20.00	14	28.00	24	24.00	
Eğitim Durumu							
Okur Yazar değil	6	12.00	5	10.00	11	11.00	$x^2 = 0.17$ $p > 0.05$
İlkokul	39	78.00	33	66.00	72	72.00	
Orta ve üzeri	5	10.00	12	24.00	17	17.00	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	5	10.00	9	18.00	14	14.00	$x^2 = 0.24$ $p > 0.05$
Çalışmıyor	45	90.00	41	82.00	86	86.00	
Sosyal Güvencesi							
Olanlar	30	60.00	32	64.00	62	62.00	$x^2 = 0.68$ $p > 0.05$
Olmayanlar	20	40.00	18	36.00	38	38.00	
Evlilik Süresi							
3-6 yıl	12	24.00	10	20.00	22	22.00	$x^2 = 0.40$ $p > 0.05$
7-9 yıl	6	12.00	11	22.00	17	17.00	
10 yıl ve üzeri	32	64.00	29	58.00	61	61.00	
Gebelik Sayısı							
2	14	28.00	15	30.00	29	29.00	$x^2 = 0.95$ $p > 0.05$
3	9	18.00	8	16.00	17	17.00	
4 ve üzeri	27	54.00	27	54.00	54	54.00	
Yaşayan Çocuk Sayısı							
1	5	10.00	4	8.00	9	9.00	$x^2 = 0.40$ $p > 0.05$
2	22	44.00	23	46.00	45	45.00	
3 ve üzeri	23	46.00	23	46.00	46	46.00	
Eşin Eğitimi							
İlkokul	29	58.00	29	58.00	58	58.00	$x^2 = 0.40$ $p > 0.05$
Ortaokul	5	10.00	10	20.00	15	15.00	
Lise ve üzeri	16	32.00	11	22.00	27	27.00	
Eşin Çalışma Durumu							
Çalışıyor	48	96.00	47	94.00	95	95.00	$x^2 = 0.24$ $p > 0.05$
Çalışmıyor	2	4.00	3	6.00	5	5.00	
TOPLAM	50	100.00	50	100.00	100	100.00	

Tablo 1'de araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi her iki gruptaki kadınların 30-34 yaş grubunda (%40, %32) yoğunlaştığı, çoğunluğunun ilkokul mezunu (%72), ev hanımı (%86), sosyal güvenceye sahip (%62) ve evlilik sürelerinin 10 yılın üzerinde olduğu (%61) belirlenmiştir. Kadınların gebelik ve yaşayan çocuk sayılarına göre dağılımına bakıldığında ise, %54'ünün gebelik sayısının dört ve üzerinde olduğu ve %91'inin iki ve üzerinde çocuğunun yaşadığı görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların eşlerinin eğitim ve çalışma durumu incelendiğinde, her iki grupta eşlerin %58'inin ilkokul mezunu olduğu ve çoğunluğunun (%95) bir işte çalıştığı saptanmıştır.

Tabloda görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin gruplar arasında yapılan önemlilik testinde istatistiksel olarak fark önemsiz bulunmuştur. Bu sonuç, her iki grupta yer alan kadınların benzer özellikleri taşıdığını göstermesi bakımından önemlidir.

Tablo 2A: Kadınların Düşükle İlgili Verilerine Göre Dağılımı

Kendiliğinden Düşük Yapma Dur.	DENEY		KONTROL		TOPLAM		
	S	%	S	%	S	%	
Yapan	6	12.00	10	20.00	16	16.00	$\chi^2 = 0.275$ $p > 0.05$
Yapmayan	44	88.00	40	80.00	84	84.00	
İsteyerek Düşük Yapma Durumu							
Yapan	26	52.00	28	56.00	54	54.00	$\chi^2 = 0.688$ $p > 0.05$
Yapmayan	24	48.00	22	44.00	46	46.00	
İsteyerek Yapılan Düşük Sayısı							
1	24	48.00	22	44.00	46	46.00	$\chi^2 = 0.875$ $p > 0.05$
2	10	20.00	12	24.00	22	22.00	
3 ve üzeri	16	32.00	16	32.00	32	32.00	
TOPLAM	50	100.00	50	100.00	100	100.00	

Tablo 2'de araştırma kapsamına alınan kadınların düşükle ilgili verilerine göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, her iki grupta yer alan kadınlarda kendiliğinden düşük yapmanın %16 gibi az bir oranda olmasına karşın, isteyerek düşük yapma (kürtaj olma) oranının her iki gruptaki kadınların yarısından fazlasını (%54) oluşturduğu görülmektedir. Kadınların isteyerek yaptıkları düşük sayısına bakıldığında ise, ikiden fazla düşük yapma oranının %50'nin üzerinde olması düşükün kadın sağlığı açısından önemini vurgulayabilir.

Tablo da görüldüğü gibi, araştırma kapsamına alınan kadınların düşükle ilgili verileri arasındaki fark önemsiz bulunmuştur. Bu sonuçlar, her iki grupta yer alan kadınların düşükle ilgili benzer deneyimlere sahip olduklarını göstermesi bakımından önemlidir.

Tablo 2B: Daha Önce İsteyerek Düşük Yapmış Kadınların Düşükle İlgili Verilerine Göre Dağılımı

Bir önceki Düşük Zamanı	DENEY		KONTROL		TOPLAM		
	S	%	S	%	S ve %		
2-11 ay önce	8	30.7	12	42.8	20	37.00	$x^2 = 0.15$ $p > 0.05$
12-24 ay ve öncesi	18	69.3	16	57.2	34	63.00	
Düşüklerin Yapıldığı Yer							
Hastane	12	46.15	14	50.00	26	48.15	
Özel Sağlık Kur.	3	11.54	2	7.14	5	9.25	
Hastane+Özel	11	42.31	12	42.86	23	42.60	
Daha Önceki Düşüklerde Bilgi Alma Durumları							
Alan	5	19.23	10	35.71	15	27.77	$x^2 = 1.77$ $p > 0.05$
Almayan	21	80.77	18	64.29	39	72.23	
Sağlık Problemi ile Karşılaşma Dur.							
Karşılaşan	8	30.77	5	17.86	13	24.07	$x^2 = 0.267$ $p > 0.05$
Karşılaşmayan	18	69.23	23	82.14	41	75.03	
TOPLAM	26	100.00	28	100.00	54	100.00	

Tablo 2B'de daha önce isteyerek düşük yapmış kadınların düşükle ilgili verileri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, deney grubunda yer alan kadınların %30.7'sinin, kontrol grubunda yer alan kadınların %42.8'inin son gebelikleri ile bir önceki gebelikleri arasında 12 aydan daha kısa bir zamanın geçtiği dikkati çekmektedir. Bu sonuç, her iki

gruptaki kadınların %37 gibi önemli bir oranının sık aralıklarla gebe kaldıklarını göstermektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaklaşık yarısının (%48) düşüklerini hastanede yaptırdıklarını ve çoğunlukla (%72) daha önceki düşüklerinde, düşük sonrası bakım ve aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi almadıkları görülmektedir. Bilgi aldığını ifade eden kadınlar, sağlık personelinin kendilerine; etkin yöntemlerle korunmalarını (%30-40), düşüğün tehlikeli bir işlem olduğunu (%20), bir rahatsızlıkları olursa gelmelerini (%10-20), düşükte kanama olacağını (%20), bir ay eşyle cinsel ilişkide bulunulmamasını (%40) ve temizliğe dikkat etmesi gerektiğini (%10) söylediklerini ifade etmişlerdir. Kadınlar, açıklayıcı olmaktan uzak bu bilgilerin çoğunlukla (deney %80, kontrol %70) doktor tarafından verildiğini belirtmişlerdir.

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların düşük sonrası bir sağlık problemi ile karşılaşma durumlarına bakıldığında, çoğunluğunun (%75) düşük sonrası bir sağlık problemi ile karşılaşmadıkları görülmektedir. Sağlık problemi ile karşılaştıklarını ifade eden kadınlara, karşılaştıkları problemler sorulduğunda; deney grubunda ağrı problemi (%50) ilk sırayı alırken kontrol grubunda ağrı ve anormal akıntı problemi (%40) ilk sırayı almıştır. Halsizlik her iki grupta da üçüncü sırada yer almıştır.

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınlar arasında; bir önceki düşük zamanları, düşük ilgili bilgi alma ve bir sağlık problemi ile karşılaşma durumları yönünden fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur.

Tablo 3: Kadınların Son Gebeliklerini Düşükle Sonlandırma Kararını Veren Kişilere Göre Dağılımı

Kararı Etkileyen Kişiler	DENEY		KONTROL		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Kendisi	13	26.00	7	14.00	20	20.00
Eşi	7	14.00	4	8.00	11	11.00
Birlikte	30	60.00	39	78.00	69	69.00
Toplam	50	100.00	50	100.00	100	100.00

Tablo 4: Kadınların Son Gebeliklerini Düşükle Sonlandırma Nedenlerine Göre Dağılımı

Nedenler	DENEY		KONTROL		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Yeterli sayıda çocuğa sahip olma	37	74.00	46	92.00	83	83.00
Ekonomik sıkıntı	31	62.00	40	80.00	71	71.00
Son çocuğun küçük olması	14	28.00	9	18.00	23	23.00
İleri yaşta olma	6	12.00	5	10.00	11	11.00
Çalışıyor olma	3	6.00	3	6.00	6	6.00
Toplam	50	100.00	50	100.00	100	100.00

Tablo 3'te araştırma kapsamına alınan kadınların son gebeliklerini düşükle sonlandırma kararını çoğunlukla (deney %60, kontrol %78) eşleri ile birlikte aldıkları dikkati çekmektedir.

Kadınların son gebeliklerini düşükle sonlandırma nedenlerinin dağılımına bakıldığında (Tablo 4); kadınların çoğunluğunun yeterli sayıda çocuğa sahip olma (%83) ve ekonomik sıkıntı (%71) nedeniyle düşüğe başvurdukları görülmektedir.

Tablo 5: Kadınların Son Gebelikten Önce Gebeliği Önleyici Bir Yöntem Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Yöntem Kullanma Durumları	DENEY		KONTROL		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Kullananlar	39	78.00	44	88.00	83	83.00
Kullanmayanlar	11	22.00	6	12.00	17	17.00
Toplam	50	100.00	50	100.00	100	100.00

$$x^2 = 0.183 > 0.05$$

Tablo 6: Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanan Kadınların Kullandıkları Yöntemlere İlişkin Verilerine Göre Dağılımı

Korunma Yöntemleri	DENEY		KONTROL		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Geri Çekme	37	94.87	37	84.09	74	89.16
Vajinal duş	-	-	5	11.36	5	6.02
Takvim	2	5.13	2	4.55	4	4.82
Yöntemle İlgili Kararı Etkileyen Kişi						
Eşi	25	64.10	23	52.27	48	57.83
Kendisi	4	10.26	7	15.91	11	13.25
Birlikte	10	25.64	14	31.82	24	28.92
Yöntemi Kullanma Süresi						
12 aydan kısa	6	15.38	9	20.45	15	18.07
12-18 ay	7	17.95	7	15.91	14	16.87
19-25 ay	7	17.95	6	13.64	13	15.66
26 ay ve ↑	19	48.72	22	50.00	41	49.40
TOPLAM	39*	100.00	44*	100.00*	83	100.00

$$x^2 = 0.897 > 0.05$$

*Deney grubunda 11, kontrol grubunda 6 kadın olmak üzere toplam 17 kadın hiç bir yöntemi kullanmadıklarını ifade ettiklerinden toplamda farklılık sözkonusudur.

Araştırma kapsamına alınan kadınların bu gebelikten önce gebeliği önleyici bir yöntem kullanma durumlarına bakıldığında (Tablo 5); her iki grupta kadınların çoğunluğunun (%78, %88) gebeliği önleyici bir yöntem kullandıkları görülmektedir.

Kadınların Kullandıkları gebeliği önleyici yöntemlerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6) ise, her iki grupta tüm kadınların geri çekme yöntemi (%89) başta olmak üzere etkin olmayan yöntemlerle korundukları dikkati çekmektedir. Kullanılan yöntemlerin kararını %57 oranında eşleri vermiştir ve kadınların yaklaşık yarısı (%48) iki yıldan daha uzun süredir bu yöntemleri kullanmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yöntem kullanma ve yöntemi kullanım süreleri bakımından, deney ve kontrol grupları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur.

Tablo 7A: Kadınların Son Düşükten Sonra Gebelikten Korunma İsteklerine Göre Dağılımı

Yöntemle Korunmayı İsteme Durumları	DENEY		KONTROL		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
İsteyen	40	80.00	37	74.00	77	77.00
İstemeyen	1	2.00	3	6.00	4	4.00
Bilmeyen	9	8.00	10	20.00	10	19.00
TOPLAM	50	100.00	50	100.00	100	100.00

Tablo 7B: Düşük Sonrası Bir Yöntemle Korunmayı İsteyen Kadınların Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı

Düşünülen Yöntem	DENEY		KONTROL		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Ria	32	80.00	23	62.16	55	71.42
Hap	6	15.00	4	10.81	10	12.98
Kılıf	3	7.50	2	5.40	5	6.49
Tüpligasyon	10	25.00	5	13.51	15	40.54
Spermisit	-	-	2	5.40	2	2.59
Geri Çekme	4	10.00	1	2.70	5	6.49
Vajinal Duş	-	-	2	5.40	2	2.59
N	40	100.00	37	100.00	77	100.00

Araştırma kapsamına alınan kadınların son düşükten sonra gebelikten korunma isteklerine bakıldığında (Tablo 7A), her iki grupta yer alan kadınların çoğunluğunun (deney %80, kontrol %74) gebelikten korunmak istedikleri görülmektedir. Tablo 7B'de ise, kadınların kullanmayı düşündükleri aile planlaması yöntemlerinin dağılımı yer almaktadır. Tablo da görüldüğü gibi, kadınların son düşükten sonra kullanmayı düşündükleri yöntemler içinde ria ilk sırayı (%71) alırken, tüpligasyon ikinci (%40) hap (%13) ise üçüncü sırada yer almıştır.

Tablo 8A: Kadınların Son Düşükten Önce Aile Planlaması için Bir Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı

Bir Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumları	DENEY		KONTROL		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Başvuran	23	46.00	23	46.00	46	46.00
Başvurmayan	27	54.00	27	54.00	54	54.00
TOPLAM	50	100.00	50	100.00	100	100.00

$$x^2 = 0 \quad p > 0.05$$

Tablo 8B: Kadınların Aile Planlaması için Bir Sağlık Kuruluşundan Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Bilgi Alma Durumları	DENEY		KONTROL		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Alan	9	39.13	11	47.82	20	43.48
Almayan	14	60.87	12	52.18	26	56.62
TOPLAM	23	100.00	23	100.00	46	100.00

$$x^2 = 0.66 \quad p > 0.05$$

Tablo 8A'da araştırma kapsamına alınan kadınların son düşükten önce aile planlaması için bir sağlık kuruluşuna başvurma durumları yer almaktadır. Tablo da görüldüğü gibi, her iki grupta yer alan kadınların sadece %46'sı aile planlaması için bir sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır.

Kadınların sağlık kuruluşlarından aile planlanması yöntemlerine ilişkin bilgi alma durumlarına bakıldığında (Tablo 8B) ise, her iki grupta yer alan kadınların %50'sinden fazlasının bilgi almadıkları dikkati çekmektedir. Bilgi aldıklarını ifade eden kadınlar,

sağlık personelinin kendilerine; iltihapları olduğunu (%48), kanama çok olursa gelmelerini (%38), ria'nın ipini kontrol etmelerini (%20) ve her gün unutmadan bir hap almaları gerektiğini (%18) söylediklerini belirtmişlerdir. Deney grubundaki kadınların %66.6'sı bu bilgileri doktordan aldıklarını ifade ederken, kontrol grubu kadınların %71'i bu bilgileri ebe/hemşirelerden aldıklarını ifade etmişlerdir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların sağlık kuruluşuna başvurma ve bilgi alma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur.

Tablo 9A: Kadınların Daha Önce Etkin Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Etkin Yöntem Kullanma	DENEY		KONTROL		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Kullananlar	31	62.00	33	66.00	64	64.00
Kullanmayanlar	19	38.00	17	34.00	36	36.00
TOPLAM	50	100.00	50	100.00	100	100.00

$$\chi^2 = 0.67 \quad p > 0.05$$

Tablo 9B: Kadınların Daha Önce Kullandıkları Etkin Doğum Kontrol Yöntemlerine Göre Dağılımı

Kullanılan Yöntemler	DENEY		KONTROL		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Ria	28	90.32	22	66.66	50	78.12
Hap	10	32.25	11	33.33	21	32.81
Kılıf	3	9.67	2	6.06	5	7.81
N	31	100.00	33	100.00	64	100.00

Tablo 9A'da görüldüğü gibi, araştırma kapsamına alınan kadınların çoğunluğu (%64), daha önce etkin aile planlaması yöntemlerinden birini ya da birkaçını kullandıklarını belirtmişlerdir. Araştırma kapsamına alınan kadınların daha önce kullandıkları etkin aile planlaması yöntemlerine bakıldığında (Tablo 9B); her iki gruptaki kadınlarda ria'nın birinci (%78), hapın ikinci (%32) ve kılıf'ın (%7.8) üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir. Kadınlara bu yöntemleri bırakma nedenleri sorulduğunda;

Ria'yı bırakma nedenleri: iltihap (%28), kanama (%20), ria'nın düşmesi (%16), çocuk isteme (%12), ağrı (%14) ve gebe kalma (%10).

Hapı Bırakma nedenleri: Kan basıncını yükseltme (%38), baş ağrısı (%28), adeti kesme (%23), sinir yapma (%4.7) ve kilo kaybı (%4.7).

Kılıfı bırakma nedenleri ise, eşinin istememesi (3 kişi)ve yanlış inanışlar (2 kişi) olarak ifade etmişlerdir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınlar arasında daha önce etkin yöntem kullanma durumu bakımından fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur.

Tablo 10: Deneysel ve Kontrol Grupundaki Kadınların Perine Hijyenine İlişkin Uygulamalarına Eğitimin Etkisi

Perine Hijyeni Şekli	DENEY				KONTROL			
	ÖNTEST		SONTEST		ÖNTEST		SONTEST	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Arkadan öne doğru	44	88.00	4	8.00	38	76.00	38	76.00
Ön ve arka ayrı	6	12.00	46	92.00	12	24.00	12	24.00
El yıkama	S	%	S	%	S	%	S	%
Tuvaletten Sonra	42	84.00	10	20.00	36	72.00	36	72.00
Tuvaletten önce ve sonra	8	16.00	40	80.00	14	28.00	14	28.00
İç çamaşır değiştirme Sıklığı	S	%	S	%	S	%	S	%
Hergün-günaşırı	20	40.00	32	64.00	15	30.00	15	30.00
Haftada iki	25	50.00	16	32.00	32	64.00	32	64.00
Haftada bir	5	10.00	2	4.00	3	6.00	3	6.00
TOPLAM	50	100.00	50	100.00	50	100.00	50	100.00

Deneysel Grubu içinde
($\chi^2=42.34$ $p<0.05$)
Grupların son testleri arasında
($\chi^2=47.44$ $p<0.05$)

Deneysel Grubu içinde
($\chi^2=41$ $p<0.05$)
Grupların son testleri arasında
($\chi^2=670.96$ $p<0.05$)

Tablo 10'da araştırma kapsamına alınan kadınların ön test (eğitim öncesi ve sontest (eğitim sonrası) perine hijyenine ilişkin uygulamaları yer almaktadır. Tablo da görüldüğü gibi; deney grubunda yer alan kadınlarda, doğru şekilde perine temizliği yapma (ön ve arkayı ayrı ayrı temizleme) oranı %12'den %92 gibi önemli bir orana yükselmesine karşın, kontrol grubunda yer alan kadınlarda öntest ve sontest doğru şekilde perine temizliği yapma oranında (%24) bir farklılığın olmadığı dikkati çekmektedir.

Kadınların el yıkama alışkanlıklarına bakıldığında; deney grubunda yer alan kadınların ön test uygulamasında, tuvaletten önce ve sonra el yıkama oranı %16 iken, son test uygulamasında bu oranın %80'e yükseldiği görülmektedir. Kontrol grubunda yer alan kadınların ise, öntest ve sontest uygulamalarında, bir farklılığın olmadığı ve tuvaletten önce-sonra el yıkama alışkanlığının düşük oranda (%28) olduğu dikkati çekmektedir. Taşkın ve arkadaşlarının (61) sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin tuvalet hijyenine ilişkin bilgi ve uygulamaları ile ilgili çalışmalarında, sağlık bilimleri öğrencilerinin el yıkama konusunda yeterli bilgiye sahip oldukları halde, bu konuda uygulamalarının yeterli olmadığı saptanmıştır. Özhan'ın (48) Hemşirelik Yüksek okulu I ve IV. sınıf öğrencilerini bireysel hijyen alışkanlıkları ile ilgili çalışmasında; öğrencilerin %42'sinin tuvalete girmeden önce, %100'ünün tuvaletten çıktıktan sonra ellerini yıkadıkları belirtilmektedir. Yılmaz'ın (66) çalışmasında ise, kadınların eğitim öncesi %85.9'unun tuvalete girmeden önce ellerin yıkanmasına ilişkin doğru bilgiye sahip oldukları, eğitim sonrası bu oran %100'e yükseldiği saptanmıştır. Bu sonuç, toplumumuzda tuvaletten önce ve sonra el yıkama alışkanlığının düşük oranda olduğu ve genellikle tuvaletten sonra el yıkandığını göstermekle birlikte topluma sağlıklı hijyen kuralları konusunda sürekli ve etkili eğitim verildiğinde sağlıklı hijyen alışkanlıklarının kazandırabileceğini ortaya koymaktadır.

Kadınların iç çamaşırlarını değiştirme sıklığına bakıldığında; deney grubunda yer alan kadınların öntest uygulamalarında %50'sinin haftada iki kez iç çamaşırlarını değiştirdikleri görülürken, son test uygulamalarında hergün ve gınaşırı iç çamaşasını değiştirme oranının %40'tan %64'e yükseldiği görülmektedir. Kadınların genital ve uriner enfeksiyonlardan korunmasında doğru şekilde perine temizliği yapma, tuvaletten önce ve sonra el yıkama yanında her gün ya da gün aşırı iç çamaşasını değiştirmenin önemi büyüktür. Ancak tablo da görüldüğü gibi, her iki grupta yer alan kadınların yarısından fazlası haftada iki kez iç çamaşırlarını değiştirdiklerini ifade etmişlerdir. Özhan'ın (48) çalışmasında, birinci sınıf öğrencilerin %10.8'inin gınaşırı, %46.7'sinin haftada bir iç çamaşasını değiştirdikleri belirtilirken, Yılmaz'ın (66) çalışmasında kadınların eğitim öncesi her gün ya da gınaşırı iç çamaşasını değiştirme oranının %80'den eğitim sonrası %96.7'ye yükseldiği belirtilmektedir.

Düşük, basit ve küçük bir cerrahi girişim olarak bilinmekle birlikte bilgisiz kişiler tarafından yapıldığında veya asepsiye uyulmadığında önemli komplikasyonlara yol açabilmektedir (21,24,57,69). Bu komplikasyonların içinde önemli bir yeri olan enfeksiyonun önlenmesinde perine hijyenin doğru şekilde yapılmasının önemi büyüktür. Ancak yapılan çalışmalar kadınların çoğunluğunun perine temizliğini yanlış yaptıklarını göstermektedir (27,48,66). Bu çalışmada eğitim ve kadınlara perine temizliği konusunda doğru bilgilerin kazandırılabilceği görülmekle birlikte bu bilgileri uygulamaya dönüştürdükleri gözlenememiştir. Alışkanlıkları değiştirmenin zorluğu gözönüne alındığında, doğru şekilde perine temizliği alışkanlığının çocukluk çağında kazandırılması gerektiği düşünülmektedir.

Deney grubundaki kadınların perine hijyen şekli ve el yıkama durumlarının öntest ve sontestleri arasındaki fark ile deney ve kontrol grubunun sontestleri arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Elde edilen sonuca göre H4 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 11A: Kadınların Düşük Sonrası Bakım ve Komplikasyonlara İlişkin Öntest ve Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları

Kaynaklar	SD	Kareler Toplamı	Ortalama Kareler Toplamı	F
Model	1	1398.76	1398.76	461.03
Hata	98	296.68	3.02	
Toplam	99	1695.44		

Tablo'da görüldüğü gibi "F" değeri 0.05 düzeyinde anlamlı çıkmıştır. Bu verilere göre, deney grubunun öntest-sontest ortalama bilgi puanı (\bar{x} : 7.900) ile kontrol grubu öntest-sontest ortalama bilgi puanı (\bar{x} : 0.420) arasındaki fark önemli bulunmuştur. İki grup açısından oluşan bu puan farkının deney grubuna yapılan planlı sağlık eğitimine bağlı olarak geliştiği söylenebilir. Bu sonuca göre H2 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 11B: Bazı Faktörlere Göre Kadınların Düşük Sonrası Bakıma İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları

Kaynaklar	SD	Anova SS	Ortalama Kareler Toplamı	F
Yaş	3	22.99	7.66	2.79
Eğitim Düzeyi	2	0.00	0.00	0.00
Eşin Eğitim Düzeyi	3	0.00	0.00	0.00
Çalışma Durumu	1	0.00	0.00	0.00
Gebelik Sayısı	2	0.00	0.00	0.00
Yaşayan Çocuk Sayısı	3	5.64	1.88	0.62
Daha Önce İsteyerek Düşük Yapma	1	14.39	14.39	4.94*
Evlilik Süresi	2	0.00	0.00	0.00

Tablo 11B'de görüldüğü gibi "F" değeri 0.05 düzeyinde anlamlı çıkmıştır. Bu verilere bakıldığında, bağımsız değişkenler arasından sadece daha önce isteyerek düşük yapma durumunun, düşük sonrası bakım ve komplikasyonlara ilişkin öntest-sontest ortalama bilgi puan farkını anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır. Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için grupların düşük sonrası bakım ve komplikasyonlara ilişkin öntest ve son test ortalama bilgi puan farklarına bakılmıştır. Yapılan incelemede, her iki grupta daha önce isteyerek düşük yapan kadınların, daha önce isteyerek düşük yapmayan kadınlara göre bilgi puan farklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre daha önce isteyerek düşük yapmış kadınların, düşükle ilgili yaşanmış deneyimleri nedeniyle öğrenmelerinin kolaylaştığı söylenebilir.

Tablo 12A: Kadınların Kadın-Erkek Üreme Organlarının Anatomisi ve Fonksiyonlarına İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları

Kaynaklar	SD	Kareler Toplamı	Ortalama Kareler Toplamı	F
Model	1	1383.84	1383.84	227.97*
Hata	98	594.92	6.07	
Toplam	99	1978.76		

Tablo 12A'da görüldüğü gibi "F" değeri 0.05 düzeyinde anlamlı çıkmıştır. Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için grupların öntest-sontest ortalama bilgi puanlarına bırakılmıştır. Yapılan incelemede, deney grubundaki kadınların ortalama bilgi puanının (\bar{x} : 7.900) kontrol grubundaki kadınların ortalama bilgi puanından (p : 0.460) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre H3 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 12B: Bazı Faktörlere Göre Kadınların, Kadın-Erkek Üreme Organlarının Anatomisi ve Fonksiyonlarına İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları

Kaynaklar	SD	Anova SS	Ortalama Kareler Toplamı	F
Yaş	3	0.00	0.00	0.00
Eğitim Düzeyi	2	0.00	0.00	0.00
Eşin Eğitim Düzeyi	3	0.00	0.00	0.00
Çalışma Durumu	1	0.00	0.00	0.00
Evlilik Süresi	2	0.00	0.00	0.00
Gebelik Sayısı	2	30.24	15.12	2.60
Yaşayan Çocuk Sayısı	3	0.00	0.00	0.00
Daha Önce İsteyerek Düşük Yapma	1	0.00	0.00	0.00

Tablo 12B'de görüldüğü gibi "F" değeri tüm faktörlerde 0.05 düzeyinde anlamsız çıkmıştır. Bilgi puanını deney grubuna verilen eğitim dışında hiçbir faktör anlamlı düzeyde etkilememiştir.

Tablo 13A: Kadınların Adet Kanaması ve Gebeliğin Oluşmasına İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları

Kaynaklar	SD	Kareler Toplamı	Ortalama Kareler Toplamı	F
Model	1	73.96	73.96	157.36*
Hata	98	46.08	0.47	
Toplam	99	120.04		

Tablo 13A'da görüldüğü gibi "F" değeri 0.05 düzeyinde anlamlı çıkmıştır. İki grup arasında oluşan farkın hangi gruptan kaynaklandığı, grupların öntest-sontest ortalama bilgi puanlarına bakılarak değerlendirme yapılmıştır. Deney grubundaki kadınların ön test-sontest ortalama bilgi puanı (\bar{x} : 1.720), kontrol grubundaki kadınların öntest-sontest ortalama bilgi puanından (\bar{x} : 0.00) daha yüksek oranda olması nedeniyle farkın deney grubundaki kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuca göre H3 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 13B: Bazı Faktörlere Göre Kadınların Adet Kanaması ve Gebeliğin oluşumuna İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları

Kaynaklar	SD	Anova SS	Ortalama Kareler Toplamı	F
Yaş	3	0.00	0.00	0.00
Eğitim Düzeyi	2	0.00	0.00	0.00
Eşin Eğitim Düzeyi	3	0.00	0.00	0.00
Kadının Çalışma Dur.	1	0.00	0.00	0.00
Evlilik Süresi	2	0.00	0.00	0.00
Gebelik Sayısı	2	0.85	0.42	0.90
Yaşayan Çocuk Sayısı	3	0.22	0.07	0.16
Daha Önce İsteyerek Düşük Yapma	1	0.00	0.00	0.00

Tablo 13B'de görüldüğü gibi "F" değeri 0.05 düzeyinde tüm faktörlerde anlamsız çıkmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların adet kanaması ve gebeliğin oluşumuna ilişkin bilgi puanını sadece deney grubundaki kadınlara verilen sağlık eğitimin etkilediği görülmektedir.

Tablo 14A: Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları

Kaynaklar	SD	Kareler Toplamı	Ortalama Kareler Toplamı	F
Model	1	73.96	73.96	157.36*
Hata	98	46.08	0.47	
Toplam	99	120.04		

Tablo 14A'da görüldüğü gibi "F" değeri 0.05 düzeyinde anlamlı çıkmıştır. İki grup arasında oluşan farkın hangi gruptan kaynaklandığı, grupların öntest-sontest ortalama bilgi puanlarına bakılarak değerlendirme yapılmıştır. Deney grubundaki kadınların ön test-sontest ortalama bilgi puanı (\bar{x} : 3.08), kontrol grubundaki kadınların öntest-sontest ortalama bilgi puanı (\bar{x} : 0.020) daha yüksek oranda olması nedeniyle farkın deney grubundaki kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre H3 Hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 14B: Bazı Faktörlere Göre Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları

Kaynaklar	SD	Anova SS	Ortalama Kareler Toplamı	F
Yaş	3	0.00	0.00	0.00
Eğitim Düzeyi	2	0.00	0.00	0.00
Eşin Eğitim Düzeyi	3	5.12	1.70	1.44
Kadının Çalışma Dur.	1	0.00	0.00	0.00
Evlilik Süresi	2	0.00	0.00	0.00
Gebelik Sayısı	2	11.39	5.69	*5.09
Yaşayan Çocuk Sayısı	3	4.13	1.37	1.12
Daha Önce İsteyerek Düşük Yapma	1	2.61	2.61	2.19

Tablo 14B'de görüldüğü gibi "F" değeri 0.05 düzeyinde sadece gebelik sayısında anlamlı çıkmıştır. Farkın hangi gebelik gruplarından kaynaklandığını bulmak için "t" testine başvurulmuştur. Yapılan "t" testi sonuçlarına göre deney grubunda iki gebeliği olan kadınlar ile kontrol grubunda iki (t = 2.7) ve deney ve kontrol grubu 2'nin üzerinde t=3,4) gebeliği olan kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Bu sonuca göre, gebelik sayısı arttıkça aile planlamasına ilişkin bilgi puanının arttığı söylenebilir.

Tablo 15A: Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları

Kaynaklar	SD	Kareler Toplamı	Ortalama Kareler Toplamı	F
Model	1	6674.89	6674.89	576.91*
Hata	98	1133.86	11.57	
TOPLAM	99	7808.75		

Tablo 15A'da görüldüğü gibi "F" değeri 0.05 düzeyinde anlamlı çıkmıştır. Gruplar arasında oluşan bu farkın hangi gruptan kaynaklandığı, grupların bilgi puan ortalamalarına bakılarak değerlendirilmiştir. Deney grubundaki kadınların bilgi puan ortalaması (\bar{x} : 17.120), kontrol grubundaki kadınların bilgi puan ortalamasından (\bar{x} :0.780) daha yüksek oranda olması nedeniyle farkın deney grubundaki kadınlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Elde edilen bu sonuca göre H3 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 15B: Bazı Faktörlere Göre Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları

Kaynaklar	SD	Anova SS	Ortalama Kareler Toplamı	F
Yaş	3	0.00	0.00	0.00
Eğitim Düzeyi	2	0.00	0.00	0.00
Eşin Eğitim Düzeyi	3	0.00	0.00	0.00
Kadın Çalışma Dur.	1	0.00	0.00	0.00
Evlilik Süresi	2	0.00	0.00	0.00
Gebelik Sayısı	2	126.86	63.43	*6.61
Yaşayan Çocuk Sayısı	3	28.98	9.66	0.95
Daha Önce İsteyerek Düşük Yapma	1	0.00	0.00	0.00

Tablo 15B'de görüldüğü gibi "F" değeri 0.05 düzeyinde, faktörler arasından sadece gebelik sayısının grupların aile planlaması yöntemlerine ilişkin ortalama bilgi puan farkını anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır. Bu farkın hangi gebelik grupları arasında olduğunu belirlemek için "t" testine başvurulmuştur. Yapılan "t" testi sonuçlarına göre deney grubu iki gebeliği olan kadınlar ile kontrol grubu iki gebeliği olan kadınlar($t=3.84$) arasında ve deney grubu üç ile kontrol grubu üç gebeliği olan kadınlar arasında ($t=3.82$) fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bu sonuca göre gebelik sayısı arttıkça kadınların aile planlaması yöntemleri konusunda bilgilerinin arttığı söylenebilir.

Tablo 16A: Kadınların Toplam Öntest-Sontest Ortalama Bilgi Puan Farkları

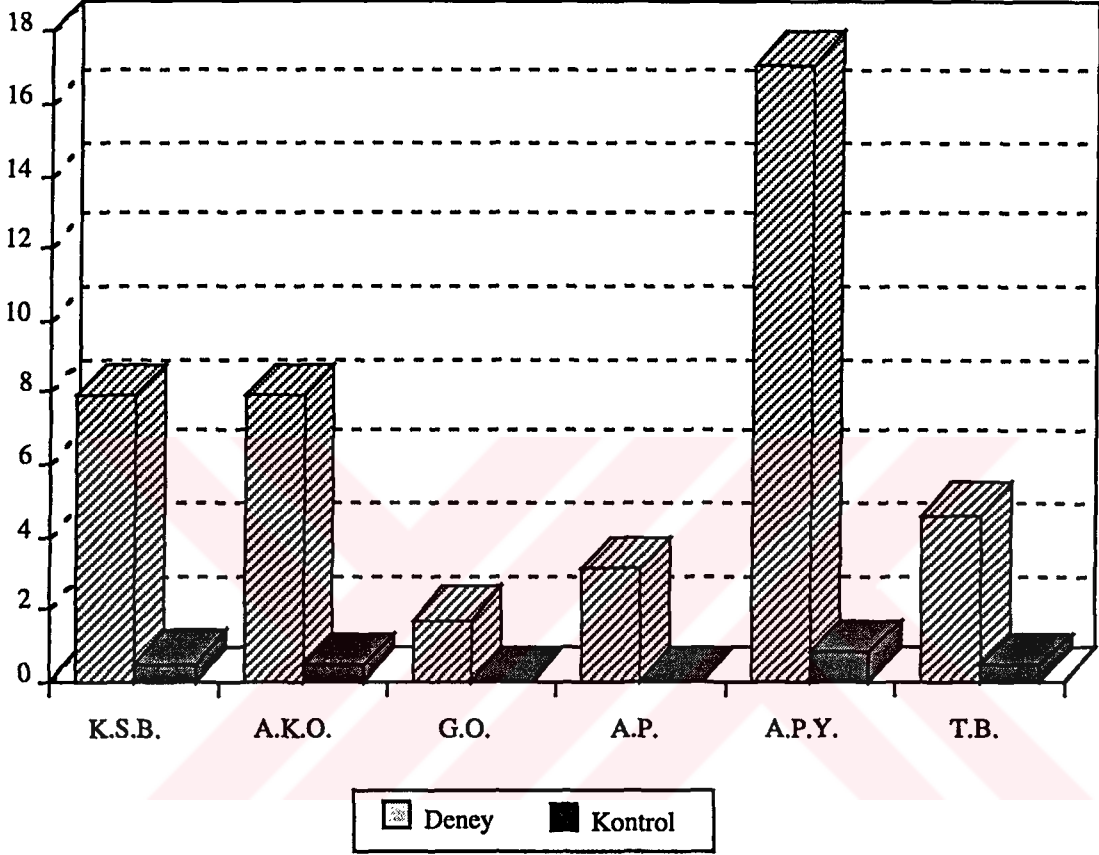
Kaynaklar	SD	Kareler Toplamı	Ortalama Kareler Toplamı	F
Model	1	32472.04	32472.04	837.77*
Hata	98	3798.96	38.76	
Toplam	99	36271.00		

Tablo 16A'da görüldüğü gibi, "F" değeri 0.05 düzeyinde anlamlı çıkmıştır. Gruplar arasında oluşan bu farkın hangi gruptan kaynaklandığı, grupların öntest-sontest ortalama bilgi puanlarına bakılarak değerlendirilmiştir. Deney Grubundaki kadınların bilgi puan ortalaması (\bar{x} : 4.580), kontrol grubundaki kadınların bilgi ortalamasından (\bar{x} : 0.440) daha yüksek oranda olması nedeniyle farkın deney grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Elde edilen bu sonuca göre H3 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 16B: Bazı Faktörlere Göre Kadınların Toplam Ortalama Bilgi Puan Farkları

Kaynaklar	SD	Anova SS	Ortalama Kareler Toplamı	F
Yaş	3	0.00	0.00	0.00
Eğitim Düzeyi	2	0.00	0.00	0.00
Eşin Eğitim Düzeyi	3	0.00	0.00	0.00
Kadın Çalışma Dur.	1	0.00	0.00	0.00
Evlilik Süresi	2	0.00	0.00	0.00
Gebelik Sayısı	2	404.48	202.24	5.96*
Yaşayan Çocuk Sayısı	3	0.00	0.00	0.00
Daha Önce İsteyerek Düşük Yapma	1	0.00	0.00	0.00

**GRAFİK I: Kadınların Verilen Sağlık Eğitimi Konularına İlişkin
Öntest-Sontest Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**



K.S.B. : Kürtaj Sonrası Bakım

A.K.O. : Adet Kanamasının Oluşumu

G.O. : Gebeliğin Oluşumu

A.P. : Aile Planlaması

A.P.Y. : Aile Planlaması Yöntemleri

T.B. : Toplam Bilgi Puan Ortalamaları

Tablo 16B'de görüldüğü gibi "F" değeri 0.05 düzeyinde, faktörler arasından sadece gebelik sayısının, grupların toplam bilgi puanını anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır. Bu önemli farkın hangi gebelik grupları arasında olduğunu belirlemek için "t" testine başvurulmuştur. Yapılan "t" testi sonuçlarına göre deney ve kontrol grubu bir (t = 3.40), iki (t=5.28) üç ve üzeri (t=7.29) gebeliği olan kadınlar arasında toplam öntest sonrest ortalama bilgi puan farkı istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bu sonuç, gebelik sayısı arttıkça kadınların düşük sonrası bakım ve aile planlaması yöntemleri konusunda bilgisinin arttığını göstermektedir.

Tablo 17A: Kadınların Son Düşükten Sonra Sağlık Problemleriyle Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımı

Sağlık Problemi ile Karşılaşma Durumu	DENEY		KONTROL		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Karşılaşan	26	52.00	26	52.00	52	52.00
Karşılaşmayan	4	48.00	24	48.00	48	48.00
Toplam	50	100.00	50	100.00	100	100.00

$$x^2 = 1.00 \quad p > 0.05$$

Tablo 17B: Kadınların Düşük Sonrası Karşılaştıkları Sağlık Problemlerine Göre Dağılımı

Sağlık Problemleri	DENEY		KONTROL		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Ağrı	23	88.45	18	69.23	41	78.84
Bulantı-halsizlik	7	26.92	5	19.23	12	23.07
Kanama	-	-	8	30.76	8	15.38
Anormal akıntı	*3	11.53	*4	15.38	7	13.46
Adet gecikmesi	2	7.69	1	3.84	3	5.76
N	26	100.00	26	100.00	52	100.00

*Anormal akıntı şikayetini belirten kadınlar düşük öncesi enfeksiyonu olan ve halen devam eden kadınlardır. Deney grubunda yer alan kadınların 1'i kronik servisit tanısı konmuştur. Diğer 2 kadının tedavisi devam etmektedir.

Tablo 17A'da deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların %52'sinin bu düşükten sonra bir sağlık problemi ile karşılaştıkları görülmektedir. Bu kadınların karşılaştıkları sağlık problemlerine bakıldığında (Tablo 17B), her iki grupta ağrı probleminin (%88,%69) birinci sırada olması ve kanama probleminin kontrol grubundaki kadınlarda %30.7 oranında yer alması dikkati çekmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda bu sonucu desteklemektedir (19,20,30). Eryılmaz'ın (26) araştırma sonucunda ise, kadınların %83'ünün düşük sonrası hiçbir şikayetlerinin olmadığını ifade ettikleri belirtilmektedir. Ağrı, düşük sonrası görülen genel bir problem olması nedeniyle her iki grupta da yüksek oranda görülebilir. Kanama probleminin kontrol grubunda yer alan kadınlarda daha yüksek oranda ifade edilmesi, bu gruptaki kadınlara düşük sonrası gelişebilecek problemler ve ne yapmaları gerektiği konusunda eğitim verimemesine bağlı olabilir. Anormal akıntı problemi, her iki grupta yer alan kadınlarda düşük esnasında var olan ve devam eden problem olması nedeniyle enfeksiyon her iki grupta da düşük sonrası gelişen bir problem olarak ele alınmamıştır. Bu sonuç, düşüğün yasal hale gelmesi nedeniyle sağlıklı koşullarda yapılan düşüklerde, düşük sonrası gelişebilecek komplikasyon riskinin daha az olduğunu göstermektedir.

Kadınlara karşılaştıkları bu problemlerin çözümünde ne yaptıkları sorulduğunda ise, deney grubundaki kadınların çoğunluğu (%70) doktorun önerdiği ilaçları kullandıklarını ifade ederken, kontrol grubundaki kadınların yarısından fazlası (%54) hiç bir şey yapamadıklarını ifade etmişlerdir. Kontrol grubunda kanama problemi olduğunu ifade eden iki kadın doktora gittiklerini ve yeniden düşük yapıldığını belirtmişlerdir. Elde edilen bu sonuca göre, kontrol grubunda yer alan kadınlara düşük sonrası eğitim verilmemesi nedeniyle bu gruptaki kadınların düşük sonrası gelişebilecek problemleri ve çözüm yollarını değerlendiremediklerini düşündürebilir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların sağlık problemi ile karşılaşma durumları arasında fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur.

Tablo 18: Kadınların Düşük Sonrası Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı

Aile Planlaması Yöntemleri	DENEY		KONTROL		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Ria	32	64.00	9	18.00	41	41.00
Hap	5	10.00	3	6.00	8	8.00
Kılıf	8	16.00	3	6.00	11	11.00
Geri çekme	5	10.00	28	56.00	33	33.00
Spermisit			1	2.00	1	1.00
Vajinal duş			4	8.00	4	4.00
Korunmuyor			2	4.00	2	2.00
TOPLAM	50	100.00	50	100.00	100	100.00

t: 6.44 p<0.05

Araştırma kapsamına alınan kadınların düşük sonrası kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin dağılımına bakıldığında; deney grubunda yer alan kadınların %90 gibi büyük bir çoğunluğunun etkin aile planlaması yöntemi kullanmaya başladıkları dikkati çekerken, kontrol grubunda yer alan kadınların yalnızca %32'sinin etkin aile planlaması yöntemi kullandıkları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan tüm kadınların son düşüğe önce etkin olmayan yöntemlerle korundukları (Tablo 6) gözönüne alındığında yapılan planlı ve sürekli eğitimin önemi ortaya çıkmaktadır.

Kullanılan etkin aile planlaması yöntemlerine bakıldığında; deney grubundaki kadınlarda ria'nın birinci sırada (%64) yer aldığı görülürken, kontrol grubundaki

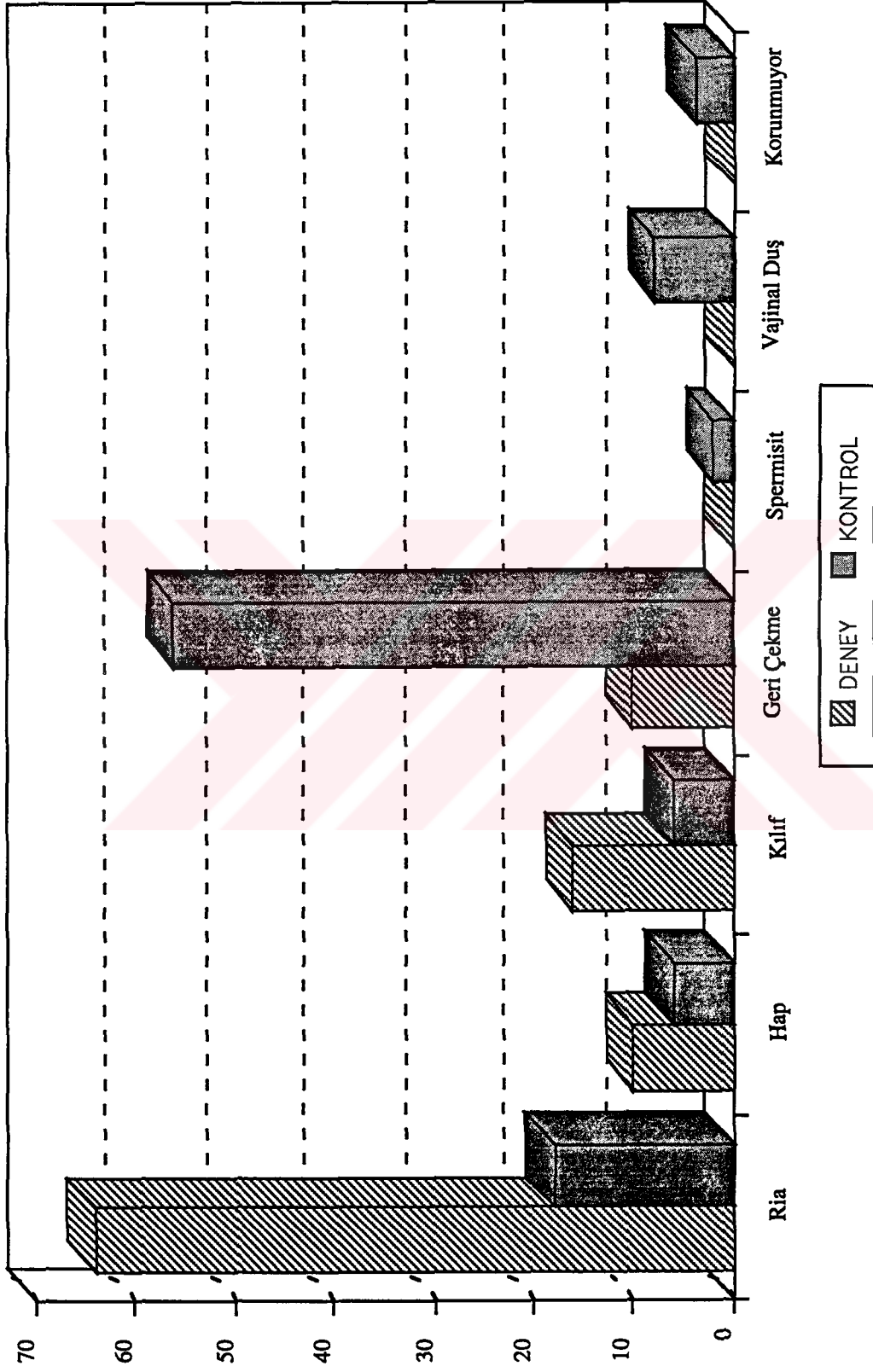
kadınlarda geri çekme yönteminin (%56) birinci sırada yer aldığı görülmektedir. Elde edilen sonuç, düşük sonrası kadınlara, etkin aile planlaması yöntemleri konusunda planlı, etkin ve sürekli eğitim verildiğinde, etkin aile planlaması yöntemlerinin kullanım oranında önemli ölçüde artış olacağını göstermektedir. Yapılan çalışmalar da bu sonucu desteklemektedir (15,29). Bu nedenle bu sonuç, kadın sağlığı sorunları içerisinde önemli yeri olan "aşırı doğurganlığın" önlenmesi için ebe/hemşirelerin yaygın, etkin ve sürekli eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeleri gereğini ortaya koyabilir.

Kadınların kullanmayı düşündükleri aile planlaması yöntemleri (Tablo 7B) ile kullanmaya başladıkları aile planlaması yöntemleri karşılaştırıldığında, tüpligasyon yönteminin ikinci sırada kullanılması düşünülen (%40) etkin yöntem olmasına karşın hiç uygulanmamış olması dikkati çekmektedir. Bunda tüpligasyon işleminin sağlık kuruluşlarında yüksek ücretle yapılmasının rolü olduğu düşünülmektedir. Elde edilen bu sonuç tüpligasyona istekli kadınların yüksek oranda olduğunu ve ülke sağlık politikası içinde yeni kararlar alınarak bu hizmeti veren tüm kuruluşlarda hizmetin ücretsiz olarak yapılması gereğini ortaya koymaktadır.

Deney ve kontrol grubu arasında etkin aile planlaması yöntemlerini kullanma bakımından farklı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Planlı sağlık eğitimi verilen kadınlarda, etkin aile planlaması yöntemlerini kullanma, sağlık eğitimi verilmeyen kadınlara göre yüksek orandadır. Elde edilen bu sonuca göre H1 hipotezi kabul edilmiştir.

GRAFIK 2: Kadınların Düşük Sonrası Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre

Dağılımı



Tablo 19: Kadınların Son Düşükten Sonra Tekrar Gebe Kalma Durumlarında Düşündükleri Çözümlerine Göre Dağılımı

Çözümler	DENEY		KONTROL		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Doğururum	3	6.00	5	10.20	8	8.10
Düşük yaparım	47	94.00	44	89.80	91	91.90
Toplam	50	100.00	49*	100.00	99	100.00

* Kontrol grubunda yer alan kadınların birisi bilmiyorum yanıtını verdiği için toplamda farklılık söz konusudur.

Tablo 19'da, araştırma kapsamına alınan kadınların tekrar gebe kalma durumlarında, düşündükleri çözümler yer almaktadır. Tablo da görüldüğü gibi her iki grupta yer alan kadınlar, gebe kalma durumlarında çoğunlukla (deney %94, kontrol %90) tekrar düşüğe başvuracaklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç, kadınların büyük çoğunluğunun artık çocuk istemediklerini göstermekle birlikte etkin olmayan yöntemlerle korunup, gebe kalma durumlarında, düşük yapmayı tercih etmeleri düşüğün bir aile planlaması yöntemi gibi kullanıldığını gösterebilir.

Kontrol grubunda yer alan kadınlardan ikisi dört ay sonunda yapılan ev ziyaretlerinde, bu süre içinde geri çekme yöntemi ile korunurken gebe kaldıklarını ve tekrar düşük yaptıklarını belirtmişlerdir. Elde edilen bu sonuç düşüğün bir aile planlaması yöntemi gibi kullanıldığı düşüncesini desteklemektedir.

Tablo 20: Kadınların Öntest ve Sontest Toplam Bilgi Puanlarına Göre Dağılımı

Bilgi puanı	DENEY				KONTROL			
	Öntest		Son test		Ön test		Sontest	
	S	%	S	%	S	%	S	%
0-33 puan	23	46.00	-	-	23	46.00	18	36.00
34-67 puan	27	54.00	13	26.00	27	54.00	32	64.00
68-101 puan	-	-	37	74.00	-	-	-	-
Toplam	50	100.00	50	100.00	50	100.00	50	100.00

*Bilgi puanı sorulardan elde edilecek toplam puan 134 olarak hesaplanmıştır. Bu nedenle bilgi puanları kötü, orta, iyi ve çok iyi olmak üzere 4 grupta toplanmıştır. Çok iyi grupta hiç bir deneye rastlanmadığından bu grup (102-134) puan değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Tablo da görüldüğü gibi her iki grubun öntestinde kadınların %46'sı kötü, %54 ise orta düzeyde bilgi sahibi iken, deney grubu kadınların sontestinde kadınların %26'sı orta, %74 ise iyi düzeyde bilgi puanı almışlardır. Kontrol grubundaki kadınların %64'ü orta düzeyde bilgi puanı alırken %36'sı kötü düzeyde bilgi puanı almıştır. İki grup arasında oluşan bu bilgi puan farkının deney grubundaki kadınlara verilen sağlık eğitiminden kaynaklandığı söylenebilir. Deney grubundaki kadınların çok iyi düzeyde hiç puan alamamaları, kadınların çoğunun eğitim düzeyinin düşük olmasına bağlanabilir.

IV. TARTIŞMA

Kadın sağlığını önemli derecede bozan olgulardan biri de istenmeyen gebeliklerin düşükle sonlandırılmasıdır. İsteyerek düşük yapma, özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, doğurganlığın yüksek olması nedeniyle istenmeyen gebelikler artmakta ve sonuçta kadın sağlığı için riskli olan düşük yaygınlaşmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin uygun olmayan koşullarda sonlandırılması ya da etkin aile planlaması yöntemi kullanma yerine düşüğe başvurulması anne ölümlerini, kadınlarda, jinekolojik şikayet ve hastalıkları artırmaktadır (28,42,48,50).

Düşüğün yasal hale gelmesi, istenmeyen gebelikleri güvenli biçimde sonlandırma ortamı sağlarken, düşüğün yasallaşmasıyla birlikte kadınların düşük sayılarındaki artış düşüğün bir aile planlaması yöntemi olarak kullanıldığı düşüncesini gündeme getirmiştir. Ülkemizde, aşırı doğurganlığa bağlı anne ölümlerini azaltmak amacıyla 1965 yılında yürürlüğe giren 557 sayılı yasa ile "aile planlaması hizmetlerinin toplumumuza daha yaygın etkili ve sürekli şekilde verilmesinin ve güncelleştirilmesinin gerekliliği" vurgulanmıştır (72). Ancak bu yasanın yasal olmayan düşükleri engellememesi nedeniyle anne sağlığını koruma ve yükseltmede yeterli olamaması üzerine, 1983 yılında ebe/hemşirelere de aile planlaması yöntemlerini uygulama yetkisi veren, gönüllü sterilizasyonun serbest bırakıldığı ve 10. gebelik haftasına kadar düşüğün isteğe bağlı olarak yapılmasına izin verildiği 2827 sayılı yasa yürürlüğe girmiştir (73).

Bu yasaların yürürlüğe girmesinden günümüze kadar geçen uzun bir zamana karşın, ülkemizde kadın sağlığı sorunları güncelliğini sürdürmektedir. Bu sorunların güncelliğini korumasındaki en önemli etkenin, ülkemizde 1961'de yürürlüğe giren 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ve 154 sayılı Yönerge"

nin (74) etkin bir şekilde yürütülmemesidir. Koruyucu hizmete ağırlık veren bu kanunun önemi ve gerekliliği 1978 yılında Kazakistan'ın Alma-Ata kentinde yapılan "Temel Sağlık Hizmetleri Konferansında" daha açık bir şekilde ortaya çıkmıştır (49). 1965 ve 1983 yasaları da kadın sağlığı sorunlarının çözümüne yönelik uygulamaları kapsamaktadır. Ülkemizde kadın sağlığı ile ilgili 1993 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına bakıldığında (Anne Ölüm Hızı: 100 bin cd. 100, Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Oranı: %35, Geleneksel Yöntem Kullanma Oranı %28 ve Toplam Doğurganlık Hızı 2.7), kadın sağlığını koruma ve yükseltme çabalarının yetersiz kaldığı görülmektedir (70). Dünya Sağlık Örgütüne üye ülkeler "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" hedefine ulaşmada "Temel Sağlık Hizmetlerini (T.S.H.) bir araç, "Sağlık Eğitimi"ni ise T.S.H'nin 8 önemli ögesinden ilki olarak almışlardır (23,29,49). Kadın sağlığı sorunlarının sürekliliğinde, aile planlaması hizmetlerinin sunumunda yer alan sağlık eğitiminin etkinliğinin ve sürekliliğinin sağlanamamasının rolü büyüktür. Çalışmalar, kadınların kendi sağlıkları ve aile planlaması konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir (33,54). Bu araştırma kapsamında yer alan kadınların da çoğunluğunun (%92) gebe kaldıklarında tekrar düşük yapmayı düşünmeleri (Tablo 9) onların artık çocuk istemediklerini göstermekle birlikte, düşüğü bir aile planlaması yöntemi gibi kullandıkları düşüncesini desteklemekle birlikte kadınların düşüğün kadın sağlığına olan olumsuz etkileri ve etki aile planlaması yöntemleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını da gösterebilir. Araştırma kapsamına alınan kadınların çoğunluğunun (%91) iki ve üzeri çocuğa sahip oldukları (Tablo 1) ve düşük yapma nedeni olarak çoğunun yeterli sayıda çocuğa sahip olma (%83) ve ekonomik sıkıntılarını (%71) neden olarak belirttikleri (Tablo 4) görülmüştür. Yapılan çalışmalar da bu çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir (19,20,26,28,70).

İstenmeyen gebeliklerin ve isteyerek yapılan düşüklerin önlenmesinde kadın statüsü önemli bir faktördür. Araştırma kapsamına alınan kadınların statüsüne ilişkin bazı önemli verilere bakıldığında (Tablo: 1), çoğunun ilkokul mezunu (%72) ve ev hanımı (%80) olduğu, %38'inin sosyal güvencesinin olmadığı ve %58'inin düşük öncesi kullandıkları yöntemle eşlerinin karar verdiği (Tablo: 6) görülmektedir. Bu verilere göre, araştırma kapsamına alınan kadınların statüsünün düşük olduğu söylenebilir. Kadın statüsünün yükseltilmesi konusu ülkenin kalkınma politikasında ele alınması gereken ve uzun zaman isteyen bir durum olması nedeniyle isteyerek yapılan düşüklerin önlenmesinde daha kısa sürede sonuç alınabilecek hedeflerin belirlenmesi ve uygulamaya geçilmesi gerekmektedir. Belirlenen hedefler içinde bireye ve topluma sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmeti sunma önem kazanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü uzmanlar komitesi, sağlık eğitimini şu şekilde tanımlamıştır. Sağlık eğitimi, "kişilere, sağlıklı yaşam için alınması gerekli önlemleri benimsemeye ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla birey olarak veya topluma karar aldırılmaktır". Sağlık eğitiminin amaçları ise üç başlık altında toplanmıştır (23,29,34,50). Bunlar:

1. Sağlığın herşeyin üstünde bir değer olduğunu, bu değer nasıl ve neler ile tehlikeye düşebileceğini bireylere ve topluma aktarmak ve buna inandırmak,
2. Bireyleri ve toplumu tüm sağlık hizmetlerinden ve kuruluşlarından etkin bir biçimde yararlanmasını sağlamak ve alıştırmak,
3. Bireyleri ve toplumu, sağlık sorunlarını kendi kendilerine çözebilecek duruma getirmek için eğitim vermek ve bunu alışkanlık haline getirmektir.

Etkin sağlık eğitimi "bireysel ve toplumsal sağlığı olumlu yönde geliştirmek için bilinmesi ve yapılması gerekenlerin, benimsenen bilgi, tutum ve alışkanlıklar haline getirilmesidir". Bu nedenle sağlık eğitimi uzun bir zaman ve sabırlı çalışmayı zorunlu kılmaktadır. Ev ziyareti yolu ile sağlık eğitimi verme, uzun bir zaman ve sabırlı bir çalışmayı gerektirmekle birlikte, istenilen sağlık alışkanlıklarının kazandırılmasında önemli bir yoldur. Çünkü ev ziyaretleri eğitici ve birey arasındaki ilişkiyi olumlu yönde güçlendirmekte, sorunların yerinde görölmesine ve gelişmelerin kolayca izlenmesine olanak vermektedir.

Araştırmada da ev ziyaretleri yoluyla yapılan sağlık eğitiminin olumlu sağlık davranışına dönüştüğünü gösteren sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların öntest ve sontest bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın deney grubu lehine istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 11A, 12A, 13A, 15A, 16A). Her iki gruptaki kadınların bilgi puan ortalama farklarına, yaş eğitim düzeyi, eşin eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, kadının ve eşinin çalışma durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve daha önce düşük yapma durumu gibi önemli faktörlerin etkisi incelenmiştir. Yapılan istatistiksel testler sonucunda, ortalama bilgi puan farklarını verilen eğitimin dışında sadece gebelik sayısının anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır (Tablo 11B, 14B, 15B, 16B). Bu sonuç, gebelik sayısı arttıka kadınların sağlık problemlerinin artması nedeniyle üreme ve etkili aile planlaması yöntemleri ile ilgili konularına daha duyarlı olduklarını gösterebilir.

Araştırma kapsamında yer alan kadınların tamamının düşük öncesi etkili aile planlaması yöntemi kullanmadıkları (Tablo 6) belirlenmiştir. Ancak, düşük sonrası deney grubunda yer alan kadınların %90'ının verilen eğitim sonucu kazandıkları bilgiler doğrul-

tusunda, iki ay içinde etkili aile planlaması yöntemleri kullanmaya başladıkları görülürken eğitim verilmeyen kontrol grubu kadınlarda, bu oranın %32 gibi düşük bir oranda kaldığı (Tablo 18) görülmüştür. Alınan bu sonuçlar yapılan sağlık eğitimi yönteminin etkinliğini açıkça ortaya koymaktadır.

Ebe ve hemşirelerin düşüğün önlenmesi için kadınlara etkili aile planlaması yöntemlerini kullanmaları konusunda eğitim vermelerinden başka, düşük sonrası bakıma yönelik kadınlara bilgilendirmelerinin de önemi büyüktür. Çünkü verilen eğitim yoluyla düşüğe bağlı komplikasyonların oluşumu önemli ölçüde engellenebilir veya erken dönemde farkedilmesi sağlanabilir. Tablo 2B'de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kadınların çoğunluğu (%72) daha önceki düşüklerinde, düşük sonrası bakıma yönelik bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir. Eryılmaz'ın (26) çalışmasında da düştükten sonra kadınların %40'ına hiç birşey önerilmediği belirtilmektedir. Düşük sonrası bakım içinde yer alan perine hijyeninin doğru uygulanmasının enfeksiyonun önlenmesinde önemli rolü vardır. Araştırma kapsamında yer alan kadınların perine hijyen uygulamalarına ilişkin bilgilerine bakıldığında (Tablo: 10); deney grubunda yer alan kadınlarda doğru şekilde perine hijyen uygulamalarının %12'den %92 gibi önemli bir orana yükseldiği görülürken, kontrol grubunda yer alan kadınlarda bu konuda öntest ve sontest uygulamaları arasında bir fark görülmemiştir. Yılmaz'ın (66) araştırma sonucuda bu sonucu desteklemektedir.

Elde edilen bu sonuçlar, ebe/hemşirelerin etkin olarak verecekleri sağlık eğitimi yoluyla kadın sağlığına yönelik sorunların çözümünde anahtar kişiler olduklarını açıkça göstermektedir. Ancak yapılan bazı çalışmalar, ebe/hemşirelerin eğitici ve danışmanlık rollerini gereği gibi yerine getirmediklerini göstermektedir (15,40). Tablo 8A'da görüldüğü gibi araştırmamızda kadınların yalnızca %46'sının aile planlaması için bir

sağlık kuruluşuna başvurdukları saptanmıştır. Bu sonuç, ebe/hemşirelerin eğitici-danışmanlık görevlerini topluma yeterli düzeyde sunmasını sağlayacak bir sistemin işlememesinden kaynaklandığını gösterebilir. Pasinlioğlu'nun (51) çalışmasında, gerek Sağlık Ocağı, gerekse ebe/hemşireler tarafından sunulan ana çocuk sağlığı hizmetlerinin yeterli düzeyde bilinmediği ve kullanılmadığı, T.S.H. konusunda toplumun bilgisinin yetersiz olduğu ve Sağlık Ocağına Başvurmayı engelleyen nedenler arasında kötü davranma ve güvensizliğin başta geldiği belirtilmektedir.

Bilindiği gibi sağlık eğitimi kadın sağlığı sorunlarının çözümünde uzun yıllardır kullanılmaktadır. Ancak günümüzde benzer kadın sağlığı sorunlarının güncelliğini sürdürmesi, kadın sağlığı sorunlarının çözümünde, sağlık eğitimin yetersiz kaldığını göstermektedir. Bununla birlikte araştırmamızdan elde edilen sonuçlar, kadın sağlığı sorunlarının çözümünde ev ziyaretleri yoluyla verilen planlı sağlık eğitimi modelinin etkili olduğunu ortaya koyarak, yapılan sağlık eğitimi modelinin yeniden ele alınması ve geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

V. SONUÇ, ÖNERİLER, ÖZET

V.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda araştırma kapsamına alınan kadınların eğitim öncesi düşük sonrası bakım ve etkin aile planlaması yöntemleri konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Ancak kadınlara etkili ve sürekli sağlık eğitimi verildiğinde bilgilerinde ve etkin yöntem kullanım oranında önemli artış olduğu saptanmıştır.

Araştırmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir:

Araştırma kapsamına alınan kadınların çoğunluğunu 30 yaş ve üzeri ev hanımı, ilkokul mezunu, 10 yılın üzerinde evliliğe sahip, dörtün üzerinde gebeliği olan, ikiden fazla çocuğu yaşayan kadınlar oluşturmuştur. Eşlerinin de çoğunluğu ilkokul mezunu ve serbest meslek sahibidir. %62'sinin sosyal güvencesi vardır (Tablo 1).

Kadınların yarısından fazlasının iki ve üzerinde isteyerek düşük yaptığı belirlenmiştir (Tablo 2A). Kadınların %37'sinin 12 aydan daha kısa aralıklarla düşük yaptığı ve düşüklerini genellikle hastane ortamında gerçekleştirdikleri görülmüştür. Kadınların çoğunluğu (%72) düşük sonrası bilgi almadıklarını ancak herhangi bir sağlık problemlerinin de gelişmediğini (%75) ifade etmişlerdir (Tablo 2B).

Araştırma kapsamına alınan kadınların son gebeliklerini düşükle sonlandırma nedenlerine bakıldığında; (Tablo 4) çoğunluğunun ekonomik sıkıntı ve yeterli sayıda çocuğa sahip olma nedeniyle düşüğe başvurdukları ve düşük kararını eşleri ile birlikte aldıkları (Tablo: 3) görülmüştür.

Kadınların %83'ünün son gebelikten önce gebeliği önleyici bir yöntem kullandıkları saptanmıştır (Tablo 5). Ancak kullandıkları yöntemin etkin olmayan yöntemler (%100) olması, bu yöntemleri uzun süredir kullanmaları ve çoğunlukla kullanılan yöntemle eşlerinin karar vermeleri (Tablo: 6) dikkati çekmiştir.

Kadınların %77'si artık çocuk istemediklerini (Tablo 7A), %71'i son düşükten sonra rüya ile %40'ı ise tüpligasyon ile korunmak istediklerini (Tablo 7B) ifade etmişlerdir.

Kadınların aile planlaması için sağlık kuruluşlarını kullanma durumlarına bakıldığında (Tablo 8A); kadınların ancak yarısına yakınının (%46) bu amaçla sağlık kuruluşuna başvurdukları belirlenmiştir. Kadınların %56'sı işlem öncesi ve sonrası bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 8B). Bilgi alındığı ifade eden kadınların aldıkları bilgilere bakıldığında ise, verilen bilgilerin açıklayıcı olmaktan uzak ve yetersiz olduğu görülmüştür.

Kadınların %64'ünün daha önce etkin aile planlaması yöntemiyle korunmalarına karşın (Tablo 9A) çeşitli nedenlerle bu yöntemlerle korunmayı bıraktıkları (Tablo 9B) belirlenmiştir.

Araştırmada; deney ve kontrol grubunda kadınlara aşağıda belirlenen konularda yapılan sağlık eğitiminin, öntest sonrest ortalama bilgi puan farklarına, perine hijyenine ilişkin uygulamalarına ve etkin aile planlaması yöntemi kullanım durumlarına etkisi incelenmiş ve sağlık eğitiminin bu konularda etkisinin önemli olduğunu gösteren sonuçlar elde edilmiştir:

- . Perine hijyen uygulamaları (Tablo 10),
- . Düşük sonrası bakım (Tablo 11A-B),
- . Erkek ve kadın üreme organlarının anatomisi ve fonksiyonları (Tablo 12A-B).

- . Adet kanaması ve gebeliğin oluşumu (Tablo 13A-B).
- . Aile planlamasının tanımı-amacı-yöntemler (Tablo 14A-B)
- . Etkin aile planlaması yöntemleri (Tablo 15A-B)
- . Tüm konulardan elde edilen toplam bilgi puanı (Tablo 16A-B).

Tablo 10'da görüldüğü gibi, kadınların perine hijyenine ilişkin uygulamalarının öntestinde, her iki gruptaki kadınların çoğunluğunun yanlış perine hijyen uygulamaları yaptıkları (arkadan öne doğru taharatlenme sadece tuvaletten sonra el yıkama, haftada iki kez iç çamaşırı değiştirme) görülmüştür. Bununla birlikte sontestlerinde, deney grubunda yer alan kadınların doğru perine hijyen uygulama (ön ve arka ayrı taharetlenme, tuvaletten önce ve sonra el yıkama, gün aşırı yada her gün iç çamaşırı değiştirme) oranlarında önemli artış gözlenirken, kontrol grubu kadınların öntest ve sontest uygulamaları arasında bir fark gözlenmemiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların yukarıda belirtilen konularda öntest-sontest ortalama bilgi puan farkları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Deney grubundaki kadınların öntest-sontest ortalama bilgi puan farkı, kontrol grubundaki kadınların öntest-sontest ortalama bilgi puan farkından daha yüksek saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların düşük sonrası sağlık problemleri ile karşılaşma durumlarına bakıldığında; kadınların yarısından fazlasının (Tablo 17A) düşük sonrası bir problemle karşılaştıkları ve çoğununda beklenen ağrı problemi ile karşılaştıkları (Tablo 17B) görülmüştür.

Deney ve kontrol grubu kadınların son düşükten sonra kullandıkları aile planlaması yöntemlerine bakıldığında (Tablo 18); tüm kadınların düşük öncesi etkin olmayan yöntemlerle korundukları dikkate alınır, deney grubundaki kadınların büyük

çoğunluğunun (%90) etkin yöntem kullanmaya başlamalarına karşın kontrol grubu kadınların sadece %32'sinin etkin yöntem kullanmaya başlamaları elde edilen önemli bir sonuçtur.

Elde edilen diğer önemli bir sonuçta kadınların %91'i nin son düşükten sonra gebe kalma durumlarında tekrar düşüğe başvuracaklarını (Tablo 19) ifade etmeleridir. Kadınların %54'ünün öntest bilgi puanları orta düzeyde iken, eğitim sonrası deney grubundaki kadınların %74'ünün iyi düzeyde bilgi puanı aldıkları saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan kadınlarda ise iyi düzeyde bilgi puanı olan kadına rastlanmamıştır (Tablo 20).

V.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Ebe/hemşirelerin T.S.H. kapsamında toplumla iletişimi güçlendirecek ev ziyaretleri yoluyla bireye, aileye, üreme sağlığı, düşük sonrası bakım ve etkili aile planlaması yöntemleri konusunda planlı, etkili ve sürekli eğitim vermeleri için ev ziyaretlerine yeniden işlerlik kazandırılması ve etkinliğini artıracak nitelikte geliştirilmesi.

- Toplumun, aile planlaması hizmeti veren kuruluşlarından ve bu kuruluşların hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmalarının sağlanması,

- Kitle iletişim araçları yolu ile (basın, yayın) kadınların düşük komplikasyonları konusunda bilgilendirilmeleri ve kadınların düşük yapma yerine etkili A.P. yöntemlerini kullanmaları konusunda yönlendirilmeleri,

- Etkili aile planlaması yöntemlerinden biri olan tüpligasyonun ülkemizdeki mevcut ücretsiz aile planlaması hizmeti politikasının tüm sağlık kuruluşlarında geçerliliğinin sağlanması önerilir.

V.3. Özet

Araştırma, isteyerek yapılan düşüklerin önlenmesinde eğitim yönteminin etkinliğini saptamak amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini T.C. Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesinin düşük kliniğine başvuran 50 deney ve 50 kontrol grubu olmak üzere 100 kadın oluşturmuştur. Araştırma hastanede ve evde olmak üzere iki bölümde uygulanmıştır. Deney grubunda yer alan kadınlara düşük öncesi tanımlayıcı anket formu (Ek I), düşük sonrası ise kürtaj sonrası bakıma ilişkin anket formu (Ek II) uygulanmış ve bu konuda eğitim verilmiştir. Taburcu olan kadınlar 15 gün ara ile evlerinde 4-5 kez ziyaret edilmişlerdir. Bu ziyaretlerde Ek II anket formunun son testi ile kadın erkek üreme organlarının anatomisi ve fonksiyonları, adet kanaması ve gebeliğin oluşumu ve aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgileri içeren Ek III anket formunun öntest ve sontest uygulamaları yapılmış ve bu konularda eğitim verilmiştir. Kontrol grubunda yer alan kadınlara ise hastanede düşük öncesi Ek I, sonrası ise Ek II ve III anket formunun öntest uygulaması yapılmıştır. Bu grupta yer alan kadınlar dört ay sonra evlerinde ziyaret edilerek Ek II, III anket formunun sontest uygulaması ile düşük sonrası rahatsızlıklarını ve kullandıkları aile planlaması yöntemlerini belirlemek için Ek IV anket formu uygulamıştır.

Araştırmada, deney ve kontrol grubunda yer alan kadınları öntest ve sontest ortalama bilgi puan farklarına ve kullandıkları aile planlaması yöntemlerine bakılarak iki grup karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmada elde edilen değerlere göre yapılan eğitim yönteminin etkinliği değerlendirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdellik, ki-kare, Fisher'in kesin ki-kare, iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi, bağımlı gruplarda tek ve çok yönlü varyans analizi ve "t" testi kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların öntest bilgi puan ortalamaları arasında önemli bir fark bulunmamasına karşın öntest ve sontest bilgi puan ortalama farkları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Oluşan bu farkın deney grubundaki kadınlara verilen sağlık eğitiminden kaynaklandığı görülmüştür. Deney ve kontrol grubu kadınların düşük sonrası kullandıkları aile planlaması yöntemlerine bakıldığında; düşük öncesi kadınlarını tamamı etkin olmayan yöntemlerle korundukları gözönüne alındığında, iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların %90'ının etkin yöntemlerle korundukları görülürken, kontrol grubundaki kadınların sadece %32'sinin etkin yöntemlerle korundukları görülmüştür.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda isteyerek yapılan düşüklerin önlenmesinde ebe/hemşirelerin eğitici rollerini ve yapacakları eğitimin etkinliğini artıracak sistemlerin geliştirilmesine ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

SUMMARY

This study was performed to determine the efficiency of health education method in prevention of induced abortion experimentally.

The sample of the study was constituted 100 women who applied to the abortion clinics of Republic of Turkey Ankara Zübeyde Hanım Maternity Hospital. 50 of these women were the control group, while the remaining 50 were the experimental group. The study was performed in two stages: In hospital and at home. Before abortion, a descriptive questionnaire (Addition I), after abortion a questionnaire (Addition II)'in relation to abortion care were applied to the women who took part experimental group. Next, they were trained on abortion care. The women who were discharged from the hospital, were visited 4-5 times with 15 days interval in their home. In these visits, post-test of addition II and pre-post test of addition III and IV were applied to them. Addition III includes the knowledge of anatomy and the functions of male and female reproductive organs, the menstrual cycle, occurrence of pregnancy and effective contraceptive methods. Then they were trained on these objects. Addition IV includes complications of abortion and contraceptive methods which they were using in the present time.

In the hospital before abortion, questionnaire forms (Addition I, II and III) were applied to the women who took part on the control group. These women were visited after four months from the abortion in their home and the post tests of addition II, III and IV were applied.

In this study, the women in the control and experimental groups were compared according to the use of contraceptive methods and the difference of average knowledge score. According to the results of this comparative study, the efficiency of health education method was evaluated.

Data were evaluated by using percentage, chi-square, Fisher's chi-square, one way analysis of variance, multi way analysis of variance, t test for the differences between the two averages and percentages.

According to the results of the study the differences of pre-tests average knowledge score weren't significant between control and experimental groups. But the differences of pre-post test average knowledge score were statistically significant. These differences were considered to be the cause of health education that was given to the women in the experimental group. When it was examined the contraceptive methods which women use before and after abortion. It was seen that women use ineffective contraceptive methods before the abortion. But, 90 % of experimental group and 32 % of control group started to use effective contraceptive methods after abortion. The differences between effective usage of contraceptive methods of two groups were to be statistically significant.

According to the results of the study, appropriate suggestions were proposed.

KAYNAKLAR

1. Aık, Y., Sezer, E.R. "15-49 yaş Grubu Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve Aile Planlamasına ilişkin Bilgi Tutumları. **III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özel Kitabı**, H.Ü. Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ,1992.
2. Agostino, B., Wahlberg, V. "Interruption of Pregnancy: Motives, Attitudes and Contraceptive Use" **Gynecol Obstet Invest. V: 32**, pp. 139-143,1991.
3. Agostino, M.B., Wahlberg. V. "Adolescents. Attitudes to Abortion in Samples: From Italy and Sweden" **Soc. Sci. Med. V: 3 (1)**. pp. 77-82, 1991.
4. Agostino, HM., De Marinis, MG., Wahlberg; V. "Health Professionals opinions regarding Abortion and The Abortion Law in Samples from Italy and Sweden" **Gynecol Obstet Invest. V: 31**, pp. 125-29. 1991.
5. Akan, N. "İlk 4 Ayda Sadece Anne Sütü İlk Beslenmede Hemşire Etkinliğinin İncelenmesi. **Yayınlanmamış Hemşirelik Programı Doktora Tezi**, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1995.
6. Akçınar, M. "Kadınlarımızın Yasal Tahliyeye Başvurmak Zorunda Kalışlarının Nedenleri" **Yayınlanmamış Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi**, Hacettepe Üniversitesi, Ankara 1992.

7. Akadlı, B. Türkiye'de Düşükle İlgili Bir Kesit Analiz Çalışması, **BilimUzmanlığı Tezi**, Ankara, 1985.
8. Akın, Ayşe. **Dünya ve Nüfus Kalkınma Konferansı Raporu (Özet)**. T.C. Sağlık Bakanlığı A.Ç.S. A.P. Genel Müdürlüğü Ankara, 1994.
9. Alice, S.R. "Abortion in Context: Historical Trends and Future Changes" **Family Planning Perspective V: 10. Number: 6. November/December**, pp 273, 1988.
10. Alison, E. "The Indicence of unplanned and unwanted pregnancies among live births from health visitor records" **Childs Care Health and Development V: 16**, pp. 219, 226, London, 1990.
11. Ayhan, B ve Arkadaşları. "Çok Çocuklu Kadınların Vazektomi ve Tüpligasyon ile İlgili Bilgi ve Davranışı" **IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**. Didim. 1994.
12. Ayhan, B ve arkadaşları. "Gece kondu Kadını İstenmeyen Gebelik Konusunda Neleri Biliyor ve Neleri Uyguluyor" **VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özel Kitabı**. 30 Nisan-2 Mayıs, Didim, 1994.
13. Ayhan, B., Tümerdem, Y ve arkadaşları. "Çok Çocuklu Kadınların İstenmeyen Gebeliği Önlemede Bilgi ve Davranışları" **IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı**, Didim, 1994.

14. Blayo, Chantal. "Abortion in Europe (Access to abortion the legal context, practice and frequency of recourse)" **Entrenous. The European Family Planning Magazine.** No. 22-23 June 1993.
15. Bostancı, M., Onharan, O. "Elazığ Kent Merkezinde ebelerin Ev Ziyaretleri ve Sundukları Hizmetler" **III. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı.** 30 Nisan-2 Mayıs, Ankara, 1992.
16. Cairns, S.A. "The Demand For Abortion in Inglanđ And Wales". **Soc. Sci. Med**V: 29, N. 5, pp. 653-58. Printed in Great Britain, 1989.
17. Chaukin, W. MD et all. "A Chill Wind blows": Webster Obstetrics and the health of women". **Am. J. Obstet Gynecol.** August New York, 1990.
18. Cohen, S.S. "Health Care Policy and Abortion: A Comparison" **Nursing Outlook** V: 38 (1) January/February 1990.
19. Çetinkaya, F ve Arkadaşları. "Kayseri Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezine Başvuran İstemli Düşük olgularının Değerlendirilesi. **IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı,** Didim, 1994.
20. Çetinkaya, F ve Arkadaşları, "Kayseri Doğumevine Başvuran Düşük Olgularının Değerlendirilmesi" **IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı.** Didim 1994.
21. Darney, P.D. "Maternal deaths in the less developed world: preventable tragedies" **Int. J. Gynecol Obstet.** 26: 177-179, 1988.

22. David, P.H. "Abortion Legislation in Europe 1991-93." **Entrenous** 25, May Denmark, 1994.
23. Dirican, R., Bingel, N., **Halk Sağlığı**, II. Baskı Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993.
24. Donnay, F. Vietnam is overloaded by abortion practice with limited use of contraceptive methods" **Entrenous** 25. May. 1994.
25. Erdem, Y. Yankın, B. "Gülveren-Hasköy Sağlık Grup başkanlığı Çalışma Alanında Ev Ziyareti Alan Bölge ile Almayan Bölge Arasında Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumlarının Belirlenmesi. **III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı**. C.Ü. H.Y.D. Sivas, 1992.
26. Eryılmaz, H.Y., Ekizler, H. "Kürtaja Başvuran Vakaların Değerlendirilmesi ve Bu Hizmetin Etkinliği", **III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı**. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Sivas, 1992.
27. Eşer, İ., Khorsid, L.K., "İdrar Yolu Enfeksiyonu Tanısı Konmuş Kadınların Hijyen Alışkanlıklarının İncelenmesi". **III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı**. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Sivas, 1992.
28. Fişek, N., Tezcan, S. "**Çocuk Düşürme: Önemli Tıbbi ve Sosyal Bir Sorun**. H.Ü. Toplum Hekimliği Enstitüsü No: 12, Ankara, 1980.
29. Fişek, N.H., **Sağlık Eğitimi**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını No: 86, Ankara, 1986.

30. Fried, G., Östlund, E. "Somatic Complications and Contraceptive Techniques Following Legal Abortion. **Acta Obstet. Gynecol Scand.** V: 68, pp. 515-521, Stockholm, 1989.
31. Gold, R.B., Guardado, S. "Public Funding of Family Planning Sterilization and Abortion Services. 1987. **Family Planning Perspective** V: 20, Number: 5, September/October, Rome, 1988.
32. Gold, R.B., Daley, D. "Public Funding of Contraceptive, Sterilization And Abortion Services, Fiscal Year. 1990. **Family-Planning Perspective** V: 23, Numbers:5, September/October, Rome, 1991.
33. Gömbül, Ö. "Kadınların Üreme Sisteminin Normal İşlevlerine vle Normalden Sapma Durumlarına İlişkin Bilgileri" **Yayınlanmış Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi**, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1991.
34. Güler, Ç. **Sağlık Eğitimi**, II. Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1987.
35. Harrison, L.K., and et all. "The Laws that Afect Abortion in the United States and Their İmpact on Women's Health" **Nurse practition.** Vol. 16, No. 12, December 1991.
36. Henshow, S. "The Accessibility of Abortion Services in the United States. **Family Planning Perspectives.** V.23, No: 6 November/December 1991.
37. Henshow, SK., "Abortion Services in the United States 1987 and 1988. **Family Planning Perspectives.** V.22, No: 3, May/June 1990.

38. Jayewardene, C.H.S. "Forensic Science And the Law". **Forensic Science International V: 36, p.41-45, 1988.**
39. Julic, A., Mertus, JD. "Fake Abortion Clinics; The Threat to Reproductive Self-Determination. **Women and Health. Vo: 16 (1). The Haworth, 1990.**
40. Kartoğlu, Ü., Eybaydar, T. "Ebelerin Sağlık Eğitiminde Etkinliği" **III. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. 30 Nisan-2 Mayıs Ankara, 1992.**
41. Kessler, A. "Family Planning and the role of WHO" **World Health. 47.th Year no.3 May-June, 1994.**
42. Ketting, E., ed., **Planned Parenthood Challenges: Unsafe Abortion, England, International Planned Parenthood Federation, A Benson Production, No: 1, 1993.**
43. Kırık, Ş., Yüksel, N., ve Erdal, S. "Halk Eğitiminin Aile Planlaması Yönetimi Kullanımında Etkinliği. **III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı. H.Ü. Tıp Fakültesi Anabilim Dalı. Ankara. 1992.**
44. Kömürcü, N. "Ebe Hemşirelerin Cinselliğe ve Bu Konudaki Danışmanlık Rollerine İlişkin Tutumları" **III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Sivas, 1992.**
45. Kumtepe, H. Türkiye'de Çocuk Düşürmenin Boyutları ve Etkileyen Sosyo-Demografik Değişkenlerle ilişkileri, **Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü, Ankara, 1989.**

46. Lawson, H.W. et all. "Fetal Pulmonary embolizm during legal induced abortion in the United States from 1872, to 1985. **Am. J. Obstet Gynecol.** April pp: 986-90. April Atlanta, 1990.
47. Lindefors Horris, B.M., et all. "Risk of canser of ofter legal abortion first trimester a Swedish register study. **Br. Med.J.** V: 299 (9) December 1989.
48. Özhan, N. "Hemşirelik Yüksekokulu I. ve IV. Sınıf Öğrencilerinin Bireysel Hijyen Alışkanlıkları" **Yayınlanmamış Doçentlik Tezi.** Hacettepe Üniversitesi. Ankara, 1993.
49. Öztekin, Z. **Temel Sağlık Hizmetleri,** H.Ü. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayını, No: 86/33. Ankara, 1986.
50. Öztekin, Z., Kubilay, G. **Toplum Sağlığı ve Hemşireliği,** Sam-gür Yayıncılık Ankara, 1993.
51. Pasinlioğlu, T. "Ebeveynlerin Sağlık Ocaklarının Verdiği Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetlerini Kullanma Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörler" **Yayınlanmamış Hemşirelik Programı Doktora Tezi,** Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1991.
52. Pierotti, D. "Note from Estonia from" abortion to contraception" **Entrenous V. 25** May. Copenhagen Denmark. 1994.
53. Pierrotti, D., Blayo, C. "The Long march from to contraception" **World Health** 47th Year. No: 3, May-June 1994.

54. Rasooly, A.S. "Evli Kadınların Gebelikten Korunma Yöntemlerine İlişkin Bilgi Düzeyleri, **Yayınlanmamış Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi**, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1992.
55. _____. **Reproductive Health Across The Life Cycle, International Nurses Day**. International Council of Nurses, 1995.
56. Revindran, S.T. "What do women want? **World Health**. 47 th Year. No: 3 May-June, 1994.
57. Robert, A., Hatcher, K.D., et all (Ed. Akın Dervişoğlu, A). **Contraceptive Technology: International Edition**. İnsan kaynağını geliştirme vakfı. Yayın No.1, Ankara, 1990.
58. Roe, K.M. "Private Troubles and Public Issues: Providing Abortion Amid Competing Definition" **Printed in Greed British** Vol. 10, pp.: 191-98. Perpomen, 1989.
59. Stanley, K., Henshow, S.K. "Induced Abortion: A World Review, 1990". **Family Planning Perspectives**. V: 22, N: 2, March/April 1990.
60. Strehlow, M.S. **Education for Health**, lippicant Nursing Series Horper Roww, Publishers, London, 1983.
61. Taşkın, L. ve diğerleri, "Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Tuvalet Hijyenine İlişkin bilgi ve Uygulamaları" **II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri**. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İzmir, 1990.

62. Trend, K., Griner, P.E. "Differences in Race Marital Status and Education Among Women Obtaining Abortion" **Journal Article Research Report. V: 69, No: 4, p. 1121-41, June-1991.**
63. Ujah, A.O. "Sexual activity and attitudes toward contraception among women seeking termination of pregnancy in Zaria Northern Nigeria. **In J Gynecol Obstet 35: 73-77 1991.**
64. Uyar, G. "Gereksinimler Doğrultusunda Aileye Sağlık Eğitimi" **I. Ulusal Ana Çocuk Hemşireliği Sempozyumu, İstanbul 1992.**
65. Victoria, L., Holt, M. et all. "Induced Abortion and the Risk of Subsequent Ectopic Pregnanc. **Am. J. Pub. Health. September 1989. Vol: 79, no: 9.**
66. Yılmaz (Yazıcı), S. Serviks Kanserinde Risk Faktörlerinin Belirlenmesin ve Korunmada Ebe/Hemşirelerin Etkinliği. **Yayınlanmamış Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1994.**
67. _____, **2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Hedefleri, D.S.Ö. Avrupa Bölgesi Ofisi, 1986, Kopenhag.**
68. _____, **Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetlerinde Ulusal Aktivite Planı Hazırlık Toplantısı Raporu T.C. Sağlık Bakanlığı A.Ç.S. A.P. Genel Müd. Ankara 1994.**
69. _____, **Pregnancy Termination. Population Reports. Series F. Number f. July, V: 8, Sayı 4, 1980.**

70. _____, **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993**. Sağlık Bakanlığı AÇS-AP Genel Müd-HÜ Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ekim, Ankara, 1994.
71. _____, **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Kadın Sağlığı Özel İhtisas Komisyonu Raporu** T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Yayın No: DAT 2358- O.K. 426, Ankara, 1994.
72. _____, 557 Sayılı "Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun", Kabul Tarihi 1.4.1965.
73. _____, 2827 Sayılı "Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun", **18059 Sayılı Resmi Gazete** Kabul Tarihi: 27 Mayıs 1983.
74. _____, 224 Sayılı "Sağlı Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" **10705 Sayılı Resmi Gazete** Kabul tarihi: 5.1.1961.

EKLER

EK - I

KADINLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİ VE DÜŞÜĞE BAŞVURMA NEDENLERİNİ BELİRLEMEK AMACIYLA KULLANILAN VERİ TOPLAMA FORMU

Hasta Sayısı :
Hastanın Adı Soyadı :
Adresi :
Telefon :

1. Kaç yaşındasınız veya doğum tarihiniz nedir?

15-19

20-24

25-29

30-34

35 ve üzeri

2. Eğitim düzeyiniz nedir?

Okur-yazar değil

İlkokul

Ortaokul

Lise

Yüksekokul

3. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

Okur-yazar değil

İlkokul

Ortaokul

Lise

Yüksekokul

4. Kaç yıllık evlisiniz?

1 yıldan az

1-3 yıl

4-6 yıl

7-9 yıl

10 yıl ve üzeri

5. Para getiren bir işte çalışıyor musunuz?

Evet

Hayır

6. Eşiniz halen ne iş yapıyor?

Serbest

Memur

İşçi

Çiftçi

İşsiz

Emekli

7. Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı? (*Bağ-kur, Emekli Sandığı v.b.*)

Evet

Hayır

8. Bu gebeliğiniz dahil, şimdiye kadar kaç gebeliğiniz oldu?

2

3

4

5 ve üzeri

9. Kaç çocuğunuz yaşıyor?

1

2

3

4 ve üzeri

10. Hiç kendiliğinden düşük yaptınız mı?

Evet

Hayır

11. Bu gebeliğiniz dışında daha önce isteyerek düşük (kürtaj) yaptınız mı?

Evet

Hayır (19. soruya geçiniz)

12. Evet ise, bu düşüküğünüzle birlikte kaç kez düşük yaptınız?

1

2

3

4 ve üzeri

13. Bu düşük/düşüklerinizi nerede yaptırdınız?

Evde

Hastanede

Özel bir sağlık kuruluşunda

Bir kısmını hastanede, bir kısmını özelde

14. Bu düşük/düşüklerinizden sonra herhangi bir sağlık probleminiz oldu mu?

Evet

Hayır

15. Evet ise ne tür sağlık problemleriniz oldu?

16. Kadınlar düşük sonrası bazı rahatsızlıklarla karşılaşabilir. Size daha öncesi düşüklerinizde, düşük sonrası bakım ve gelişebilecek sağlık problemlerine yönelik bilgi verildi mi?

Evet

Hayır

17. Evet ise ne tür bilgi verildi?

18. Bu bilgileri kim verdi?

Doktor

Ebe/hemşire

19. Şu an gebesiniz. Bundan önceki gebeliğiniz ile bu gebeliğiniz arasındaki süre ne kadardır?

12 aydan kısa

12-23 ay

24-47 ay

48 ay ve üzeri

20. Bu gebeliğinizin düşükle sonlandırılması kararını kim verdi?

Kendim

Eşim

Birlikte

21. Bu gebeliğiniz niçin düşükle sonlandırmaya karar verdiniz?

22. Şu an gebesiniz. Bu gebeliğinizi de sonlandırmak istiyorsunuz. Bu gebeliği istemediğinize göre gebe kalmamak için herhangi bir yöntemle korunuyor muydunuz?

Evet

Hayır

Bazen

23. Evet ise hangi yöntemle korunuyordunuz?

Geri ekme

Vajinal lavaj

Takvim yöntemi

24. Gebe kalmadan önce kullandığınız bu yönteme kim karar verdi?

Eşim

Kendim

Birlikte

25. Kullandığınız bu yöntemi ne kadar süredir kullanıyorsunuz?

12 aydan kısa

12-18 ay

19-25 ay

26 ay ve zeri

26. Kullandığınız bu yöntemin dışında, daha önce RİA, hap, veya kılıf kullandınız mı?

Evet

Hayır

27. Evet ise bu yöntemlerle korunmayı niçin bıraktınız?

28. Bundan sonra gebe kalmanızı önlemek için herhangi bir yöntemle korunmayı istiyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

29. Evet ise, hangi yöntemle korunmayı istiyorsunuz?

30. Hiç aile planlaması konusunda bilgi edinmek amacıyla bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?

1. Evet
2. Hayır

31. Evet ise, bu kuruluşlardan aile planlaması ile ilgili bilgi aldınız mı?

1. Evet
2. Hayır

32. Evet ise ne tür bilgiler aldınız?

33. Bu bilgileri kimden aldınız?

1. Doktor
2. Ebe/hemşire

34. Bu gebeliğinizden sonra tekrar gebe kalsanız ne yapmayı düşünüyorsunuz?

1. Doğururum
2. Kürtaj olurum
3. Bilmiyorum.

EK - II

KADINLARIN DÜŞÜK SONRASI BAKIM, KOMPLİKASYON VE PERİNE HİJYENİ KONUSUNDAKİ BİLGİ VE UYGULAMALARINI BELİRLEMEK AMACIYLA KULLANILAN VERİ TOPLAMA FORMU

1. Düşük yaptınız. Düşük sonrası bakımınızda nelere dikkat etmeniz gerekir?

2. Sizce istenmeyen gebeliklerin düşükle sonlandırılmasının tehlikesi var mıdır?

3. Normalde kadınlarda görülen akıntının özelliği nasıldır?

Renk:

Koku:

Miktar

4. Sizce normal olmayan akıntının özelliği nasıldır?

Renk:

Koku:

Miktar

5. Nasıl taharetleniyorsunuz?

1. Arkadan önce

2. Önden arkaya veya ön ayrı arka ayrı

6. Ellerinizi ne zaman yıkıyorsunuz?

1. Tuvaletten önce

2. Tuvaletten sonra

3. Tuvaletten önce ve sonra

7. İç çamaşırınızı hangi sıklıkta değiştiriyorsunuz?

1. Hergün

2. Gün aşırı

3. Haftada 1 kez

4. Haftada 2 kez

EK - III

KADINLARIN ÜREME SİSTEMİ VE ETKİLİ AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİLERİNİ BELİRLEMEK AMACIYLA KULLANILAN VERİ TOPLAMA FORMU

1. Kadınlık (üreme) organlarınız nelerdir?
2. Bu organ/organlar ne işe yarar?
3. Erkek üreme organları nelerdir?
4. Bu organ/organlar ne işe yarar?
5. Kadınlık organlarınızın yerini bedeninizin üzerinde gösterir misiniz?
6. Gebelik hangi organınızda meydana gelir?
7. Adetinizin başladığı günden itibaren, kaçınıcı günlerde gebe kalma olasılığınız artar?
8. Adet kanaması nasıl meydana gelir?
9. Normal adet kanaması kaç günde bir olur?
10. Normal adet kanaması kaç gün sürer?
11. Adet kanamasının çok fazla ya da sık aralıklarla olması size neyi düşündürür?
12. Sizce aile planlaması nedir?
13. Sizce aile planlamasının amacı nedir?
14. Bildiğiniz gebeliği önleyici aile planlaması yöntemleri nelerdir?
15. Söylediğiniz yöntemlerden hangisi (kısırlaştırma dışında) gebeliği önlemede daha etkilidir?

16. RİA (alet, spiral) hangi üreme organınıza takılır?
17. RİA gebeliği nasıl önler?
18. RİA takılı iken kadın gebe kalabilir mi?
19. RİA cinsel ilişkiyi etkiler mi?
20. RİA adet kanamasını etkiler mi?
21. Emziren kadınlar ria taktırabilir mi?
22. RİA takıldıktan sonra bakımınızla ilgili nelere dikkat etmeniz gerekir?
23. RİA takıldıktan sonra kliniğe başvurmanızı gerektiren tehlikeli durumlar nelerdir?
24. RİA kanser yapar mı?
25. Size göre RİA hangi durumdaki kadınlar için uygun bir yöntem değildir?
26. Doğum kontrol hapı gebeliği nasıl önler?
27. Düzenli hap kullanan bir kadın gebe kalabilir mi?
28. Hap cinsel ilişkiyi etkiler mi?
29. Hap adet kanamasını etkiler mi? Nasıl?
30. Hap nasıl kullanılır?
31. Emziren kadınlar hap kullanabilir mi?
32. Hap kadın sağlığına nasıl etki eder?
33. Hap, hangi durumlardaki kadınlar için uygun bir yöntem değildir?

34. Hap kanser yapar mı?
35. Kılıf nasıl kullanılır?
36. Sizce kılıf kadını gebelikten nasıl korur?
37. Kılıf cinsel ilişkiyi etkiler mi?
38. Kılıfla korunurken, kadın gebe kalabilir mi?
39. Kadında kısırlaştırma yöntemi nedir?
40. Kısırlaştırma yöntemi cinsel ilişkiyi etkiler mi?
41. Kısırlaştırma yöntemi adet kanamasını etkiler mi?
42. Kısırlaştırma yönteminden sonra kadının tekrar gebe kalma şansı var mıdır?
43. Erkekten kısırlaştırma yöntemi nedir?
44. Erkekten kısırlaştırma işlemi cinsel ilişkiyi etkiler mi?
45. Erkekten kısırlaştırma işleminden sonra tekrar çocuk sahibi olabilir mi?
46. Kısırlaştırma yönteminin erkek ya da kadın sağlığına olumsuz etkisi var mıdır?

EK - IV

KADINLARIN DÜŞÜK SONRASI SAĞLIK PROBLEMLERİNİN GELİŞME DURUMU VE KULLANDIKLARI AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİNİ BELİRLEMEK AMACIYLA KULLANILAN VERİ TOPLAMA FORMU

1. Bu düşüğünüzden sonra herhangi bir sağlık probleminiz oldu mu?

1. Evet

2. Hayır

2. Evde ne tür bir sağlık probleminiz oldu?

3. Bu probleminizi gidermek için ne yaptınız?

4. Şu an gebeliğinizi önleyici herhangi bir yöntemle korunuyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

5. Evet ise, hangi yöntemle korunuyorsunuz?

6. Son düşündüğünüzden sonra bugüne kadar gebe kaldınız mı?

1. Evet

2. Hayır

7. Evet ise bu gebeliği nasıl sonlandırdınız?

EK - V

KADINLARIN BİLGİ VE UYGULAMA SORULARININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN VERİ TOPLAMA FORMU

A.Düşük Sonrası Bakım ve Komplikasyonlara ilişkin Bilgi Soruları ve Cevapları

- Düşük sonrası bakımda nelere dikkat edilir?
 - Kanama kontrolü yapma
 - Ağrı takibi yapma
 - Enfeksiyondan korunma yollarına dikkat etme (Doğru yolla perine temizliği yapma, (ön arka ayrı) kanama olduğu sürece cinsel ilişkiden uzak durma, 3 gün ayakta duş şeklinde banyo yapma her gün veya gün aşırı iç çamaşır değiştirme, tuvaletten önce ve sonra el yıkama, doktorun önerdiği tedaviye uyma ve istenilen zamanda kontrole gitme).
 - Akıntıyı takip etme (renk, koku ve miktar yönünden)
 - Vücut ısısını kontrol etme,
 - Tehlike belirtilerine dikkat etme,
 - . Kanama
 - . Ateş
 - . Karın, bel, kasık ağrısı
 - . Kötü kokulu fazla akıntı,
 - . Adetin gecikmesi
- Düşük sonrası olabilecek tehlikeli durumlar nelerdir?
 - Kanama
 - İltihaplanma (Enfeksiyon)
 - Rahimde yırtılma (Perforasyon)
 - Damarda pıhtılaşma (Tromboemboli)
 - Kısırlık (Infertilite)
 - Sonraki gebeliklerde olabilecek komplikasyonlar (dış gebelik, kendiliğinden düşük, erken doğum, zor doğum)

- Normalde kadınlarda görülen akıntının özellikleri nasıldır?

Renk: Beyaz, berrak,

Koku: Kokusuz

Miktar: az

- Normal olmayan akıntının özellikleri nasıldır?

Renk: Sarı, kanlı, cerahatli, krem rengi, kahverengi

Koku: Kötü kokulu

Miktarı: Fazla

B.Kadın ve Erkek Üreme Organlarına İlişkin Bilgi Soruları ve Cevapları

- Kadınlık (üreme) organları nelerdir?

- Rahim (uterus)
- Yumurtalıklar (overler)
- Yumurta kanalları (tubalar)
- Hazne (Vajina)

- Bu organlar ne işe yarar?

Rahim: - Bebeğin büyüüp gelişmesine
- Adet kanamasına

Yumurtalıklar: - Kadınlık hormonlarını yapma
- Kadın yumurta (döl) hücresini yapma
- Salgıladığı hormonlarla adeti düzenleme

Yumurta kanalları: - Yumurtanın rahime taşınmasını sağlama
- Yumurtanın döllendiği yer

Hazne: - Cinsel ilişkiyi sağlama
- Doğum kanalı

- Erkek üreme organları nelerdir?

- Kamış (penis)

- Yumurtalıklar (testisler)
 - Haya torbası (skrotum)
 - Yumurta kanalları (vas-deferens)
 - Meni kesecikleri (seminal vezikül)
 - Prostat bezi
 - İdrar yolu, boşaltma yolu (üretra)
- Bu organ/organlar ne işe yarar?
 - KamışX** - Cinsel ilişkiye
 - Erkek tohumlarının hazneye atılmasına
 - Yumurtalıklar:** - Erkek hormonu salgılama
 - Erkek yumurta (döl) hücresini yapma
 - Yumurta kanalları:** - Erkek yumurta hücresini meni kesesine ulaştırma
 - Haya torbası:** - Yumurtaları sararak koruma
 - Meni kesecikleri:** - Erkek tohumlarının biriktiği yer (depo)
 - Meni sıvısının bir kısmını yapma
 - Prostat bezi:** - Erkek tohumlarının hareketini artıran sıvıyı yapma
 - Meni sıvısının bir kısmını yapma
 - İdrar yolu:** - İdrarın ve meninin dışarı atılma yolu

- Kadınlık (üreme) organlarınız bedeninizin neresinde bulunur?

Karın bölgesinin en alt kısmında, leğen kemiğinin içindedir.

C.Adet Kanaması ve Gebeliğin Oluşumuna İlişkin Bilgi Soruları ve Cevapları

- Gebelik hangi organda meydana gelir?

Rahim

- Adetinizin başladığı günden itibaren, kaçınıcı günlerde gebe kalma olasılığınız artar? Neden?
Adetin yaklaşık ortalarına rastlayan günlerde. Yumurtlama bu zamana rastladığı için.
- Adet kanaması nasıl meydana gelir?
Beynin etkisi ile yumurtalardan salgılanan kadınlık hormonları rahimin iç zarını geliştirerek gebelik için hazırlar. Gebelik meydana gelmezse, gelişen bu tabaka her ay adet kanaması şeklinde dökülür.
- Normal adet kanaması kaç günde bir olur?
20-35 günde bir (ortalama 28 gün).
- Adet kanamasının çok fazla ve düzensiz aralıklarla (geç veya sık) olması kadında ne gibi rahatsızlıkların habercisidir?
İtthabi kadın hastalıkları
Kanser (kadınlık organlarına ait)
Hormon bozukluğu
Çevre faktörleri (İklim, stres vb.)

D.Aile Planlamasına İlişkin Bilgi Soruları ve Cevapları

- Aile Planlaması nedir?
 - Kişilerin, istediği zaman istediği aralıklarla, istediği sayıda, bakabileceği kadar çocuk sahibi olmasıdır.
- Aile planlamasının amaçları nelerdir?
 - Annenin, çocuğun dolayısıyla toplumun sağlığını koruma ve yükseltme, diğer anlamda mutlu aile oluşturmak.
 - Kısırlık durumunda aileye danışmanlık yapmak.
- Gebeliği önleyici aile planlaması yöntemleri nelerdir?
 - RİA (alet, spiral)

- Ağızdan alınan haplar
- Kılıf (kaput, kondom, balon)
- Hazneye konan haplar (spermisitler)
- Gönüllü kadında kısırlaştırma (Tüpligasyon)
- Gönüllü erkekte kısırlaştırma (Vazektomi)
- Geri çekme
- Takvim
- Vajinal Lavaj

(Norplant ve enjeksiyonlar ülkemizde henüz yaygınlaşmadığından değerlendirme dışı bırakılmıştır).

- Söylediğiniz yöntemlerden hangisi gebeliği önlemede diğerlerine göre daha etkilidir?

Yöntemler ve Etkinlik Derecelerine Göre Sıralanışı

Kısırlaştırma

Ağızdan alınan haplar

RİA

Kılıf

Spermisit

Geri çekme

Takvim

E. Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi Sorunları

E.I. RİA'ya İlişkin Bilgi Soruları ve Cevapları

- RİA hangi üreme organına takılır?

Rahim içi

- RİA gebeliği nasıl önler?
 - Erkek tohumlarının (döl, hücre) üst cinsel yollarla ulaşmasını engelleyerek,
 - Yumurtanın taşınmasına etki ederek,
 - Yumurtanın rahime tutunmasına etki ederek,
 - Döllenmeye engel olarak
- RİA takılı iken bir kadının gebe kalma şansı nedir?
 - Çok düşük
- RİA, cinsel ilişkiyi etkiler mi?

Hayır

- RİA, adet kanamasını etkiler mi?

Evet, (özelikle takıldığı ilk 3-6 ay içinde artırabilir, sonra normalleşir).
- Emziren kadınlar ria taktırabilir mi?

Evet
- RİA takıldıktan sonra bakımınızla ilgili olarak nelere dikkat etmeniz gerekir?
 - Kanama kontrolü (ilk birkaç ay kanamada artış yapabilir. kanamadaki artış çok fazla ise bir sağlık kuruluşuna gitmelidir)
 - Ağrı kontrolü (ilk takıldığı gün ve sonraki adetlerinin yakın günlerinde biraz ağrı yapabilir Ağrı dayanılamayacak kadar şiddetli ise bir sağlık kuruluşuna gidilmelidir).
 - Akıntı kontrolü (Normalde akıntı berrak, beyaz, kokusuz ve azdır. Akıntının rengi değişir, koku yapar ve miktarı artarsa bu iltihaplı bir

hastalığın habercisidir. En kısa zamanda bir sağlık kuruluşuna gidilmelidir).

- Mikrop alma riski nedeniyle kanama olduğu sürece cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır. Ayrıca perine temizliğinde, taharetlenme şekli ön ve arka ayrı ayrı temizlenerek yapılmalı, iç çamaşırı hergün ya da gün aşırı değiştirilmeli, eller tuvalet öncesi ve sonrası mutlaka sabunla yıkanmalıdır.
 - İp kontrolü (Uyglamadan sonraki adet ve diğer adetlerin bitiminde Ria'nın ipleri eller iyice sabunla yıkandıktan sonra, orta ve işaret parmağı ile itilmeden ve çekilmeden hissedilmeye çalışılmalıdır. hissedilmese en yakın sağlık kuruluşuna gidilmelidir).
 - Adet gecikirse ve gebelik belirtileri mevcutsa, gebelik testi için mutlaka bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.
 - Ria kontrolü için, takan kişinin önerdiği zamanlarda mutlaka kontrole gidilmelidir.
- RİA takıldıktan sona kliniğe başvurmayı gerektiren tehlikeli durumlar nelerdir?
 - Şiddetli ağrı
 - Aşırı düzensiz kanama
 - Beklenen adette gecikme
 - Anormal akıntı
 - RİA'nın düştüğünden şüphe edilen durum
 - RİA, kanser yapar mı?
Hayır

- RİA, hangi durumdaki kadınlar için uygun bir yöntem değildir?
 - Düzensiz, fazla kanaması olanlar
 - Halen ya da yakın zamanlarda geçirilmiş iltihaplı kadın hastalığı olanlar
 - Rahimde yarası olanlar
 - Gebelik şüphesi olanlar
 - Kansız olanlar
 - Rahminde şekil bozukluğu olanlar

E.II. Hapa İlişkin Bilgi Soruları ve Cevapları

- Hap gebeliği nasıl önler.
 - Yumurtlamayı engelleyerek
 - Rahim ağzı salgısını, erkek tohum hücrelerinin geçişini engelleyecek şekilde yoğunlaştırarak (kalınlaştırarak)
- Düzenli hap kullanan bir kadın gebe kalabilir mi?
Hayır
- Hap, cinsel ilişkiyi etkiler mi?
Hayır
- Hap, adet kanamasını nasıl etkiler?
 - Adet kanamasını azaltır ya da kesebilir.
 - Adet ortalarında lekelenme yapabilir.
- Hap nasıl kullanılır?
 - Adedin ilk 5-7 günü içerisinde her gün aynı saatte ve bir tane alınarak başlanır,

- İlk ay ek bir yöntem (kılıf) kullanılır,
 - Hap 28'lik pakette ise hiç ara vermeden ikinci pakete, 21'lik pakette ise bir hafta ara verilerek ikinci pakete geçilir.
 - Bir hap unutulduğunda ertesi gün unutulmuş hap hatırlanıldığı anda, o günün hapi ise aynı saatte alınır. İki hap unutulursa; üst üste iki gün ikişer hap alınır. Üç hap unutulursa yöntem bırakılır.
- Emziren kadınlar hap kullanabilir mi?
Evet: Ancak emziren kadınlar özel olarak geliştirilmiş (mini hap) hapi kullanabilirler.
 - Hap, kadın sağlığına nasıl etki edebilir?
 - Bazı kadınları şişmanlatır,
 - Bazı kadınları zayıflatır,
 - Adetten kesme ya da adedi azaltma yapabilir,
 - Baş ağrısı yapabilir,
 - Bulantı yapabilir.
 - Hap, hangi durumdaki kadınlar için uygun bir yöntem değildir?
 - 40 yaşın üzeri, sigara içenler
 - Adeti düzensiz olanlar
 - Hipertansiyonu olanlar
 - Damar tıkanıklığı, damar sertliği olanlar
 - Şeker hastaları
 - Kalp hastaları
 - Aşırı şişmanlar

- Migreni olanlar
- Karaciğer, safra kesesi hastalığı olanlar
- Felç geçirenler
- Hap kanser yapar mı?
Hayır (rahim ve yumurtalık kanserine kaşı koruyucudur)

E.III. Kılıf'a İlişkin Bilgi Soruları ve Cevapları

- Kılıf nasıl kullanılır?
Kamış (penis) sertleşince takılır ve sertlik geçmeden çıkarılır. Bir kılıf bir kez kullanılıp atılır.
- Kılıf kadını gebeliken nasıl korur
Tohum hücrelerinin hazneye boşalmasını engelleyerek
- Kılıf cinsel ilişkiyi etkiler mi, nasıl?
Evet her iki eşinde zevk almasına etki edebilir.
- Kılıf'la korunurken kadın gebe kalabilirmi?
Hayır; ancak yırtık ya da delik olması durumunda gebelik olabilir.

E.IV. Kadında Kısırlaştırma Yöntemine İlişkin Bilgi Soruları ve Cevapları

- Kadında kısırlaştırma yöntemi nedir?
Kadının hep iki yumurta kanalının bağlanmasıdır.
- Bu yöntem, cinsel ilişkiyi etkiler mi?
Hayır

- Adet kanamasını etkiler mi?

Hayır

- Kısırlaştırma yönteminden sonra kadının tekrar gebe kalma şansı var mı?

Hayır (çok az olasılıklı)

E.V. Erkek Kısırlaştırma Yöntemine İlişkin Bilgi Soruları ve Cevapları

- Erkek kısırlaştırma yöntemi nedir?

Erkeğin her iki yumurta kanalının bağlanmasıdır.

- Bu yöntem, cinsel ilişkiyi etkiler mi?

Hayır

- Erkek kısırlaştırma işlemini yaptırdıktan sonra, isterse tekrar çocuk sahibi olabilir mi?

Hayır

- Kısırlaştırma yönteminin erkek ya da kadın sağlığına olumsuz etkisi var mıdır?

Hayır

EK - VI

**DÜŞÜK SONRASI YAPILAN SAĞLIK EĞİTİMİ
PLANI VE KİTAPÇIĞI**



İSTİYEREREK YAPILAN DÜŞÜKLERİN (KÜRTAJIN) ÖNLENMESİ AMACIYLA YAPILAN SAĞLIK EĞİTİMİ PLANI

HEDEFLER	KONULAR	YÖNTEMLER	ARAÇ -GEREÇLER
<p>Eğitim verilen kadınlar için:</p> <p>Bilgi Düzeyinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Düşüğün (Kürtajın) tanımını, çeşitleri, düşük sonrası bakım ve tehlikeli durumları bilebilme - Kadın-erkek üreme organlarının anatomisini ve fonksiyonlarını bilebilme - Adet kanamalarını ve gebeliğin oluşumunu bilebilme - Aile planlamasını tanımlayabilme - Aile planlamasının amaçlarını bilebilme - Etkili aile planlaması yöntemlerinden, rA'nın hapın, kılıfın, tüpligasyonun ve vazektominin: <ul style="list-style-type: none"> . Etki mekanizmasını, . Etki derecesini, . Olumlu yönlerini, . Olumsuz yönlerini, . Kullanıldığı durumlarını, . Kullanılmadığı durumlarını, . Yan etkilerini ve . Nasıl kullanılacağını bilebilme <p>Kavrama Düzeyinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Düşüğün kadın sağlığına olabilecek olumsuz etkilerini kavrayabilme - Gebeliğin sadece etkili doğum kontrol yöntemleri kullanılarak önlenebileceğini kavrayabilme. - Düşük sonrası tehlikeli durumları erken dönemde saptayabilmenin ve bir sağlık kuruluşuna başvurabilmenin önemini kavrayabilme. - Seçilen doğum kontrol yöntemini doğru olarak kullanmasını kavrayabilme. <p>Analiz Düzeyinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aile Planlaması yöntemleri içinde kendine uygun olan yöntemi seçebilme. - İstenmeyen gebeliklerin düştikle değil etkili doğum kontrol yöntemi kullanılarak önlenebileceğini ayırt edebilme <p>Uygulama Düzeyinde:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Düşüğün (Kürtajın) tanımını , çeşitleri düşük sonrası bakım ve tehlike durumları - Kadın-erkek üreme organlarının anatomisini ve fonksiyonları - Adet kanaması ve gebeliğin oluşumu - Aile planlamasının tanımı - Aile planlamasının amaçları - Etkili aile planlaması yöntemlerinden, RLA'nın hapın, kılıfın, tüpligasyonun ve vazektominin: <ul style="list-style-type: none"> . Etki mekanizması, . Etki derecesi, . Olumlu yönleri, . Olumsuz yönleri, . Kullanıldığı durumlar, . Kullanılmadığı durumlar, . Yan etkilerini ve . Nasıl kullanılacağı. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anlatma - Soru-cevap - Tartışma - Gözlem - Demonstrasyon 	<ul style="list-style-type: none"> - Durum saptamada: Ek I ve Ek IV - Gereksinin saptamada ve eğitimin modelinin etkinliğini saptamada: Ek II ve Ek III - Hazırlanan eğitim materyali - Resimler, broşürler - Gerçek modeller (RLA, hap, kılıf) - Yaşantılar

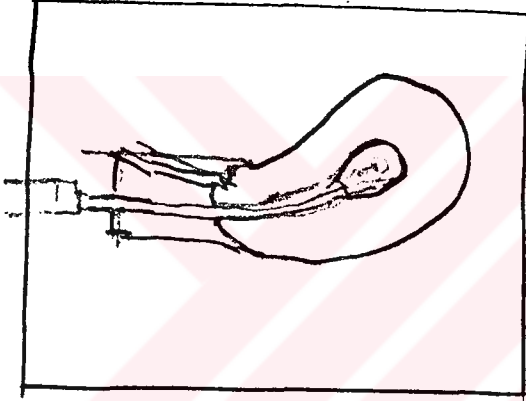
DÜŞÜK SONRASI BAKIM ve TEHLİKE DURUMLARI

Düşüğün (Kürtajın) Tanımı:

Düşük rahimin iç tabakasındaki gebelik ürününün bir aletle alınarak, gebeliğin sonlandırılması işlemidir. Gebelik haftasına bağlı olarak 2 yöntemle yapılabilmektedir. Bunlar:

1. Menstüral Regülasyon -MR

Son adet tarihinden itibaren (6-8 hafta) 1,5-2 aylık gebeliklerin sonlandırılması yöntemidir (Şekil 1).



Şekil 1: Menstüral Regülasyon

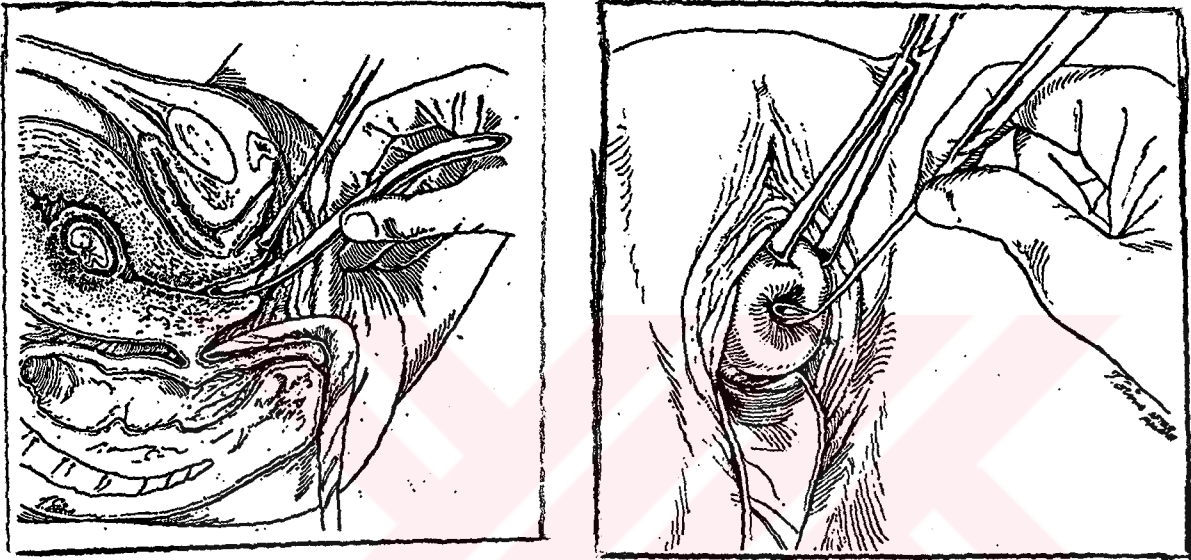
Bu yöntemde, sadece rahim ağzı uyuşturularak bir sonda (kateter) aracılığı ile rahim içine girilir ve gebelik ürünü şırınga ya da pompa ile alınır. İşlem 10 dakikadan daha kısa zamanda sonlandırıldığından, işlemden önce ve sonra hastanede yatmaya gerek yoktur. İşlemden sonra kadın bir saat dinlenip evine dönebilir.

2. Vakum Küretaj veya Dilatasyon-Küretaj

8-12 hafta (2-3 aylık) gebeliklerde uygulanan bir yöntemdir. Bu yöntemde rahim ağzı genişletilip, küret ya da vakum denilen aletle rahim içi tamamen boşaltılarak gebelik sonlandırılır. Ağrı duyulmaması için bazı kadınların damarından sakinleştirici bir ilaç verilerek ve rahim

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM VE SAĞLIK BAKANLIĞI
DOKÜMANTASYON BİRİMİ

ağızı uyuşturularak yöntem uygulanırken, bazı kadınlara genel anestezi (yani kişinin tamamen uyutulması) verilerek yöntem uygulanabilmektedir. Bu yöntemde kürtaj sonrası tehlikeli durumların gelişme riski I.yönteme göre daha büyüktür. İşlemden sonra kadın 1-2 saat dinlenip evine dönebilir (Şekil 2).



Şekil 2: Dilatasyon ve Küretaj

Ülkemizde çiftler istiyorlarsa, yasal olarak gebeliğin 10.haftasına kadar gebeliği sonlandırabilmektedir. Ancak, kürtaj kesinlikle bir AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ gibi KULLANILMAMALIDIR. Çünkü, yapılan her düşüktan, kadın sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Her düşükten sonra kadının hayatını TEHLİKEYE sokan durumların gelişebileceği de UNUTULMAMALIDIR.

DÜŞÜK SONRASI GELİŞEBİLECEK TEHLİKELİ DURUMLAR (KOMPLİKASYONLAR)

Düşüklerin tıbbi komplikasyonlarının tanınması ve tedavinin bilinmesi düşüğe bağlı anne ölümlerini önlemede oldukça önemlidir. O nedenle düşükten sonra gelişebilecek tehlike belirtilerinin kadınlara öğretilmesi gerekir. Böylece sorunun erken tanı ve tedavisi de sağlanmış olur.

Düşüklerin tehlike belirtileri ile başvuran kadınlara tedavi ve sevk olanaklarının sağlanması, aile planlaması eğitim ve hizmetlerinin sağlanması da düşük komplikasyonlarının tedavisi ve düşüklerin önlenmesinden diğer önemli yaklaşımlardır.

DÜŞÜK SONRASI GELİŞEBİLECEK TEHLİKELİ DURUMLAR

1. Kanama
2. Enfeksiyon
3. Sonraki gebeliklerde olabilecek riskler (dış gebelik, kendiliğinden düşük, kısırlık vb.).

ENFEKSİYON

Nedenleri:

- . Rahim içinde parça kalması
- . Kürtaj yapmada kullanılan aletlerin mikroplu olması
- . Kürtajın mikroplu bir ortamda yapılmış olması,
- . Kadınların kürtaj sonrası temizliğe dikkat etmemesi, (pedlerini ve iç çamaşırlarını sık değiştirilmemesi)
- . Yanlış taharetlenmesi (arkadan öne doğru) ve yeterli el temizliğinin olmaması
- . Kanamalı iken cinsel ilişkide bulunulması.

Belirtileri :

- . Karında ve karnın alt bölgesinde, belde kramp şeklinde ağrı
- . Ateş ve titreme
- . Kötü kokulu akıntı
- . Kanamanın uzaması veya leke tarzında kanama
- . Kuvvetsizlik, halsizlik, karın ağrıları
- . Karnın alt bölge (pelvis) muayenesinde rahim ve yumurta kanallarının (tüplerin) duyarlı olması

Yapılması Gerekenler: Kendiliğinden veya isteyerek düşük yapan kadınların enfeksiyon belirtilerini iyice öğrenmeleri ve belirtilerden herhangi biri ile karşılaştığında, hafif bile olsa, en kısa zamanda bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

Enfeksiyon belirtileri genellikle düşüktan 2-3 gün sonra ortaya çıkar, ancak daha erken veya geç dönemlerde de enfeksiyona rastlanabilir.

Kadın bu belirtileri olduğu halde önemsemeyip ve sağlık kuruluşuna başvurmadığı durumlarda enfeksiyon sadece rahimde kalmayıp, diğer üreme organlarına da yayılmakta ve tedaviyi güçleştirmektedir.

KANAMA

Nedeni

- . Rahim içinde gebelikle ilgili doku parçalarının kalması
- . Rahim ağzı, hazne veya rahimin kullanılan aletlerle veya kimyasal maddelerle zedelenmesi
- . Kürtajı yapan kişinin tecrübesiz olması

Belirtileri

- . Normal adet kanamasından daha şiddetli veya 3-4 haftadan daha uzun süren, devamlı kanama

- . Halsizlik, yorgunluk, baygınlık hissi
- . Şok (çarpıntı, tansiyon düşüklüğü, soğuk, soluk cilt)
- . Karnın alt bölgesinin (pelvis) muayenesinde rahimin büyük, yumuşak ele gelmesi ve duyarlı olması.

Yapılması Gereken

- . Kanama belirtilerine karşı duyarlı olunmalıdır. Saatte bir petten fazla pet kullanmayı gerektirecek kadar kanama varsa veya 3-4 haftadan daha uzun süre kesilmeyen kanama varsa tehlikelidir.
- . En kısa zamanda bir sağlık kuruluşuna gidilmelidir.
- . Kanama, her düşüktensonra bir miktar beklenir. Düşükten sonraki 24-36 saat içinde kanama çok az ya da yoktur. Daha sonra artabilir. Adet kanamasına benzer kanama, bazen aralıklarla 6 haftaya kadar uzayabilir.

ÖZETLE

DÜŞÜK SONRASI EN ÖNMELİ TEHLİKE BELİRTİLERİ

- . Ateş
- . Titreme
- . Karında, belde kramp tarzında ağrı
- . Kas ağrısı
- . Karında (bastırınca) duyarlılık
- . Uzun süren şiddetli kanama
- . Kötü kokulu akıntı
- . Adetlerin gecikmesi (6 hafta veya daha uzun süre).

DÜŞÜK (KÜRTAJ) SONRASI BAKIMINDA DİKKAT EDİLECEKLER

1. Kanama her düşüktan sonra görülen normal bir durumdur. Özellikle ilk 24-36 saat içinde kanamanız çok az ya da hiç yoktur. Daha sonra artan kanama, bir hafta içinde giderek azalacak, rengi açılacak ve sıvı halini alacaktır. Ayrıca bazı kadınlarda, adet kanamasına benzer kanama, aralıklarla 6 haftaya kadar uzayabilmektedir. Endişe etmeyiniz. İşlemden sonraki günlerde aniden ve giderek kanamanın artması parça düşmesi tehlike işaretidir. Hemen bir sağlık kuruluşuna başvurunuz.
2. İlk bir kaç gün karın ağrınız olabilir. Bu durum sizi endişelendirmesin. Ağrınız için doktorunuzun önerdiği ilacı alabilirsiniz. Ayrıca sıcak havlu, termofor gibi uygulamalar ağrınızı gidermede size yararlı olabilir. Ağrınız, bayılma hissi, bulantı ve kurma ile birlikte ise bu tehlike işaretidir. Bir sağlık kuruluşuna başvurunuz.
3. Bundan sonraki adetiniz 4-5 hafta sonra olacaktır. Endişelenmeyiniz.
4. Kanamanız bitene kadar mikrop alma riski nedeniyle cinsel ilişkide bulunmayınız. Daha sonra ilişkinizi sınırlamaya gerek yoktur.
5. Normal akıntınız olacaktır. Normalin dışında akıntınız olursa (kokulu, yeşil, sarı, miktarı fazla) bu tehlike işaretidir. Hemen sağlık kuruluşuna başvurunuz.
6. Vücut ısınızı kontrol ediniz. Düşükten 2-3 gün sonra ateşiniz olursa bu mikrop aldığınızı gösterir. Hemen bir sağlık kuruluşuna başvurunuz.
7. Hafif ağrı ve az kanama dışında herhangi bir şikayetiniz olmasada doktorunuzun önerdiği günde mutlaka kontrole geliniz.
8. Düşükten sonra mikrop olmamanız için dikkat etmeniz gereken bazı durum-

lar vardır. Bunlar;

Kokulu ve nemli ortamda mikropların çok kolay ürediği UNUTULMAMALIDIR. Bu nedenle perine (apış arası) bölgesinin temiz ve kuru tutulması önem taşır.

1. Tuvaletten önce ve sonra mutlaka ellerinizi sabun ile yıkayınız
2. Temizlikte, taharetlenmeyi ön ve arka bölgenizi ayrı ayrı temizleyerek yapınız. Temizliğini arkadan öne doğru yaptığınızda büyük abdestinizi yaptığınız yerdeki mikropları hem idrar, hem de üreme organlarınıza taşıdığınızı ve bu bölgelerde iltihaplarmalara neden olacağınızı UNUTMAYINIZ.
3. İç çamaşırlarınızı mümkünse, her gün ya da gūnaşırı değiştiriniz
4. Kanamanız için ped kullanıyorsanız, pedlerinizi uzun süre beklenmeyiniz. Bez kullanıyorsanız, bu bezlerinizi kaynatarak kullanmanız ve ayrı bir bohçada saklayınız.
5. Düşükten sonra banyo yapabilirsiniz. Ancak, mikrop alma riski nedeniyle ilk 3-4 gün banyonuzu duş şeklinde yapınız.
9. Gebelik belirtileri devam ederse, mutlaka bir sağlık kuruluşuna gidiniz.
10. İsterseniz düşükten sonra etkin bir doğum kontrol yöntemi ile korunabilir ve bir daha gebe kalmā riskine girmeyebilirsiniz.

Gebelikten Korunmak İçin Seçtiğiniz Yöntem,

- . Hap ise, işlemden 5 gün sonra almaya başlayabilirsiniz.
- . Rahim içi araç ise, hemen taktırabilirsiniz. Ya da iki hafta sonra veya herhangi bir adetinizin 2-3.günlerinde taktırabilirsiniz.
- . Kılıf ise, her cinsel ilişkide kullanmalısınız.

A - ÜREME ORGANLARI

1. Kadın Üreme Organları :

Gebeliğin önlenmesi, dünyada pek çok kadının paylaştığı önemli bir sağlık sorunudur. Ancak, günümüzde gebeliğin önlenmesinde modern, uygun ve basit bir çok yöntem vardır. Bu yöntemlere geçmeden önce üreme organlarımızın yapısını bilmemiz gerekir. Çünkü gebeliği önleyici yöntemlerin uygulandığı ve etki yaptığı organlar bu organlarımızdır (Şekil 3).

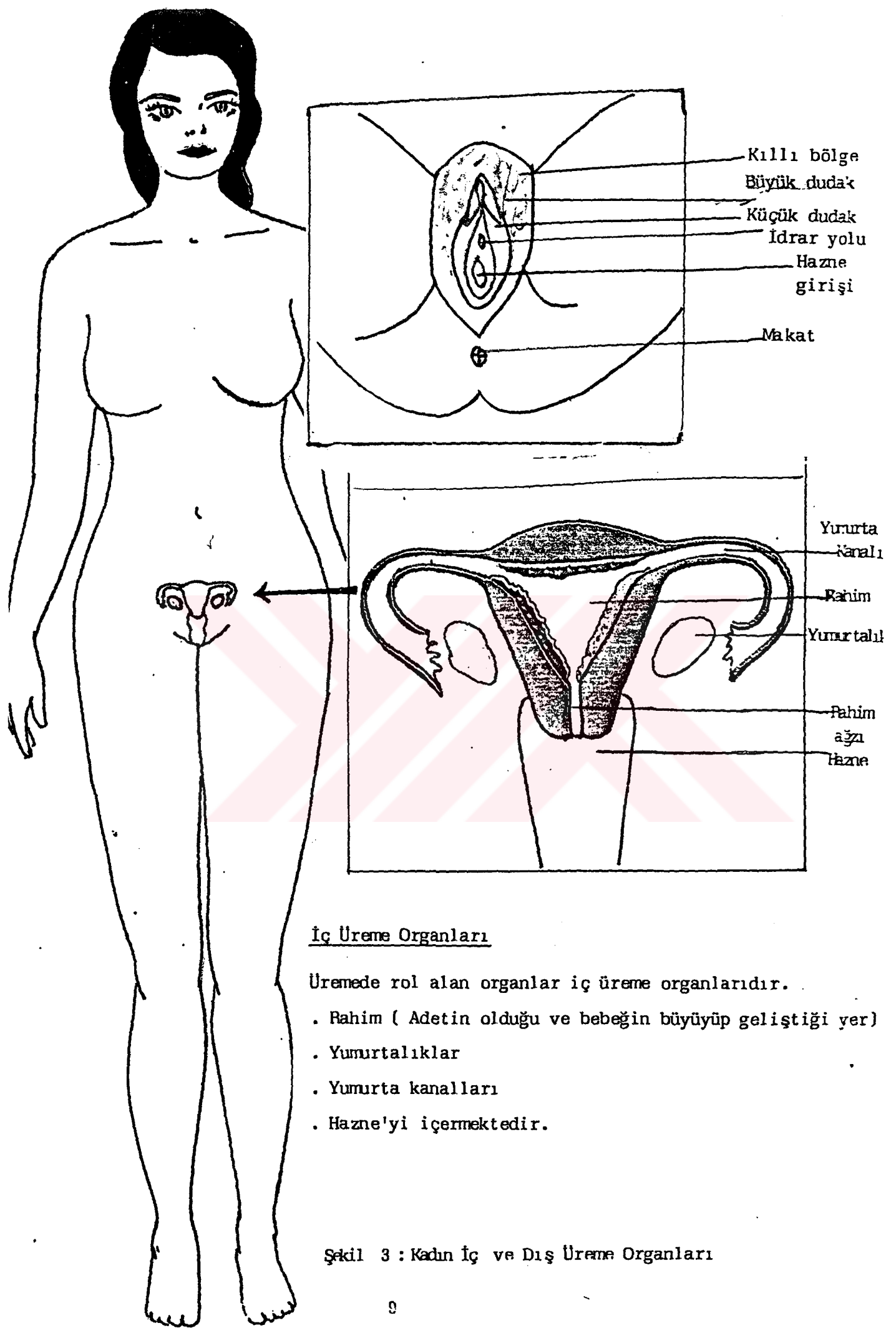
Dış Üreme Organları

Kadın üreme organlarının giriş yeri olan hazne, büyük ve küçük dudakları, salgı bezlerini ve diğer bazı koruyucu yapıları içermektedir

Bızır (klitorius): Kadında cinsel uyarıyı sağlayan organdır.

Bu organların rengi, şekli, ölçüsü kişiden kişiye farklılık gösterir.

Dış üreme organlarında en büyük özellik 3 tane açıklığın bulunmasıdır. Bunlar idrar yolu açıklığı, hazne ağzı ve büyük abdestin yapıldığı makattır. Bu açıklıkların birbirine yakın oluşu mikrop kapma açısından büyük önem taşır. Özellikle yanlış taharetlenme alışkanlığı (arkadan öne doğru), makatta bulunduğu sürece hastalık yapan mikrobu hazneye ya da idrar yoluna bulaşmasına neden olur. Sonuçta bu organlarda iltihaplanmaya yol açar. O nedenle taharetlenme mutlaka önden arkaya doğru bir kezde yapılmalıdır. Ayrıca bu bölgelerin kuru ve temiz tutulması önem taşır.



İç Üreme Organları

Üremede rol alan organlar iç üreme organlarıdır.

- . Rahim (Adetin olduğu ve bebeğin büyüüp geliştiği yer)
- . Yumurtalıklar
- . Yumurta kanalları
- . Hazne'yi içermektedir.

Şkil 3 : Kadın İç ve Dış Üreme Organları

Rahim: 6-8 cm uzunlukta, 3-4 cm genişliktedir. Armut görünümündedir. Önde idrar torbası, arkada ise büyük abdestin yapıldığı kalın barsağın son kısmı ile komşudur. Rahmin iç yüzü gebeliğin yerleşmesi ve bebeğin gelişmesi rahimin iç kısmına uygun bir tabaka ile kaplıdır. Bu tabaka her ay yenilenir ve eski dokular adet kanamasıyla dışarı atılır. Döllenme olursa, bu tabaka gelişir ve bebek rahim içinde büyür.

Yumurtalıklar: Yumurta kanalının iki yan tarafında bulunan ve yumurtanın oluşumunu sağlayan 3-4 cm büyüklükte badem şeklinde organlardır. Bu yumurtalıklar blüğ çağına kadar fonksiyon görmez. Blüğ çağından itibaren her ay bir yumurta hücresi olgunlaşır ve yumurtalıktan dışarı atılır. Bu arada cinsel ilişki kurulmamışsa bu yumurta iki gün içinde ölür.

Yumurtalıklar hem yumurta hücresini oluştururlar, hem kadınlık hormonlarını (östrojen, progesteron) yaparlar.

Yumurta kanalları: Rahmin üst iki yanına doğru uzanan, 7-12 cm uzunluğunda, yumurtalıklara kadar uzanan ince kanallardır. Bu kanalda erkek ile kadın yumurta hücreleri karşılaşır ve döllenme meydana gelir. Kısaca bu kanalların yumurtanın geçtiği ve döllendiği yerdir (Döllenmiş yumurta daha sonra 3 gün içinde rahime gelir).

Hazne: Cinsel birleşme yolu ve aynı zamanda doğum kanalıdır. 8-10 cm uzunluğundadır. Ayrıca adet kanının aktığı yerdir.

2. Erkek Üreme Organları

A. Dış Üreme Organları:

Penis (kamsı): Kadınlık cinsel ilişkiyi ve erkek üreme hücrelerinin (sperm) hazne içine boşalmasını sağlayan organdır.

Erlik Bezi (Haya Torbası) Erkek yumurtalıklarını ve yumurta kanallarını içinde taşıyan organdır.

B. İç Üreme Organları

Erkek Yumurtalıkları (Hayalar, Testisler); Haya torbası içinde yer alan ve erkek hücreleri yapan, sağda ve solda birer tane bulunan yuvarlak organlardır.

Erkek yumurtaları da kadın yumurtaları gibi hormon salgırlarlar. Salgıladıkları hormonu (testesteron) erkeğe erkeklik özelliği verir. Rahim içinde erkek yumurta hücresi 48-72 st canlılığını korur. Tohum hücreleri gözle görülmezler. 1 damla menide 60-120 milyon tohum hücresi bulunduğu unutulmamalıdır. Bu hücreler kadın vücudunda 3 gün canlı kalırlar (Şekil 4).



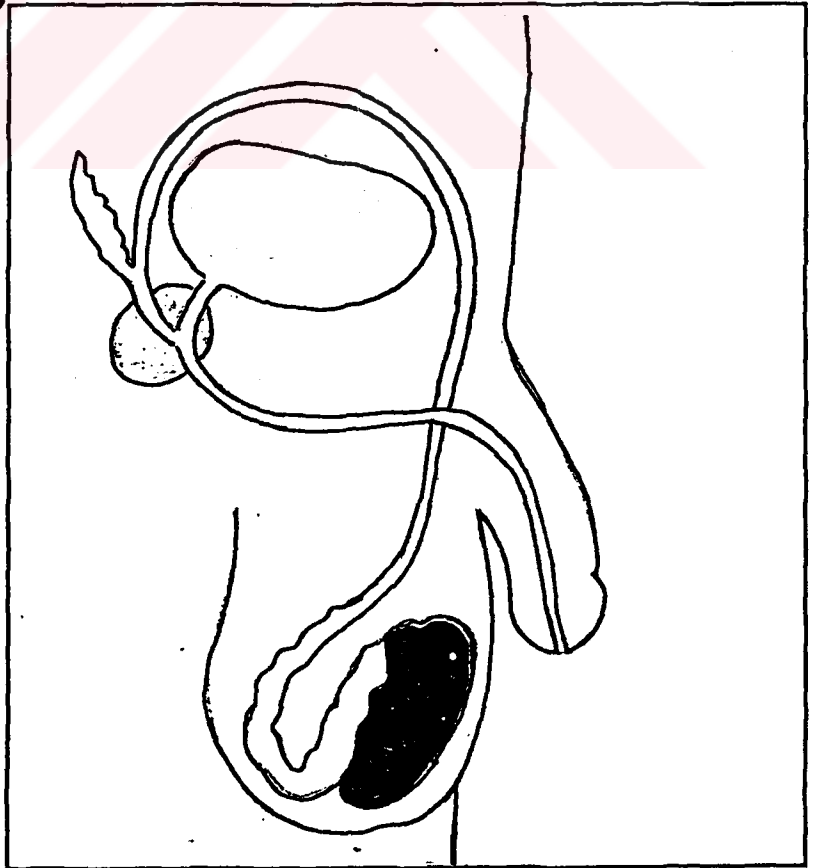
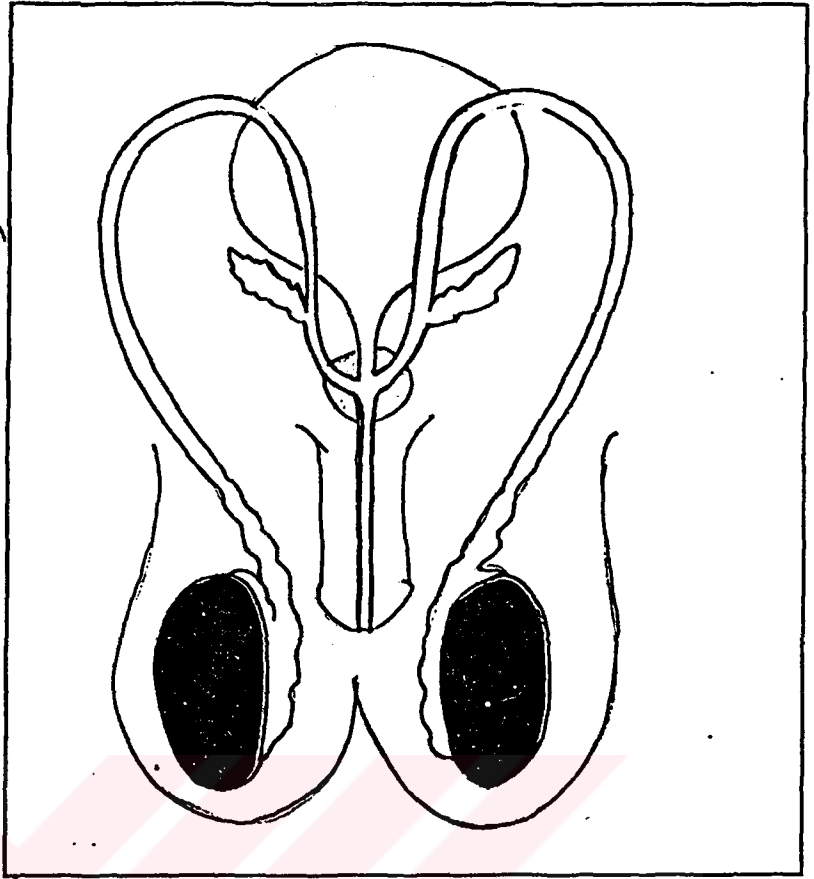
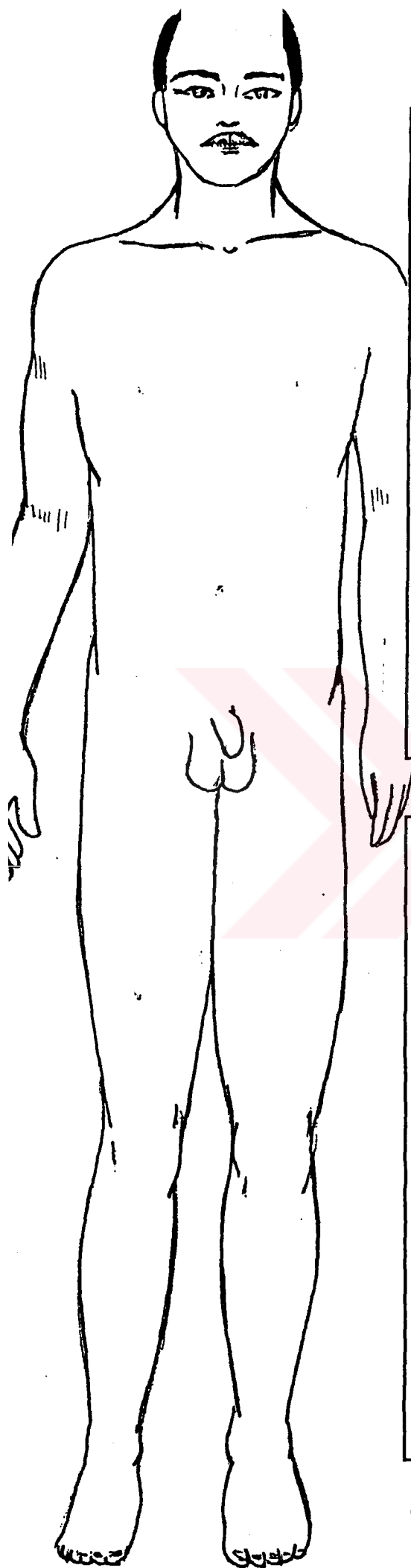
Şekil 4: Erkek Üreme Hücresi

Tohum Kanalları (Sperm Kanalı)

Yumurtalıklarda meydana gelen, erkek tohum hücrelerini taşıyan kanallardır. Sağlı ve sollu olmak üzere 2 tanedir. Tohum hücrelerinin meni kesesine ulaşarak için geçtiği yollardır.

Meni kesecikleri: İdrar torbasının arkasındadır. Tohum kanalı yoluyla ile gelen erkek tohum hücrelerine hareket kazandıran, besleyen ve meninin bir kısmını yapan bir çift organlardır. Erkek tohum hücrelerinin dışarı atılmak için toplandığı yerlerdir.

Prostat: İdrar torbasının altında ve idrar yolu ile üreme kanalının birleştiği yeri çevreleyen, kestane büyüklüğünde organdır. Prostatın salgıladığı sıvı kadın haznesinde erkek üreme hücrelerinin hareketini artırırken, kasılması da meninin dışarı atılmasını sağlar. Bu bezin salgıladığı sıvı da meninin bir bölümünü oluşturur.

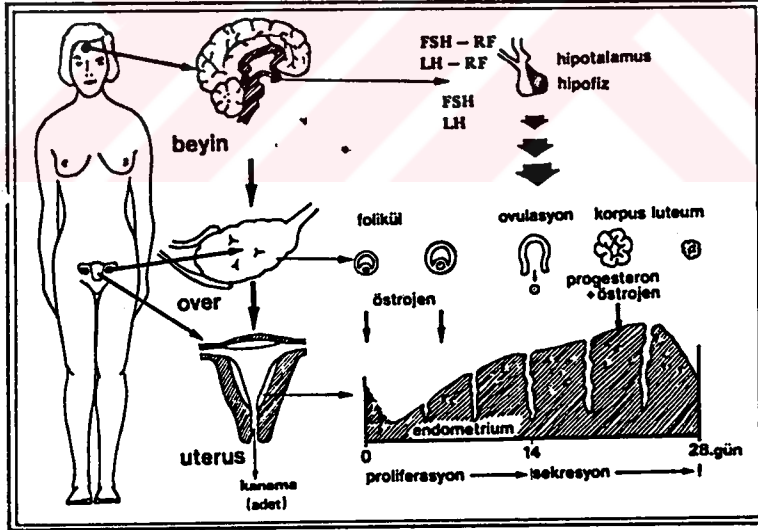


Şekil 5: Erkek İç ve Dış Üreme Organları.

İdrar Kolu-Boşaltma Yolu: Hem idrarın hem de meninin dışarı atıldığı kanaldır (Şekil 5).

ADET KANAMASININ OLUŞUMU

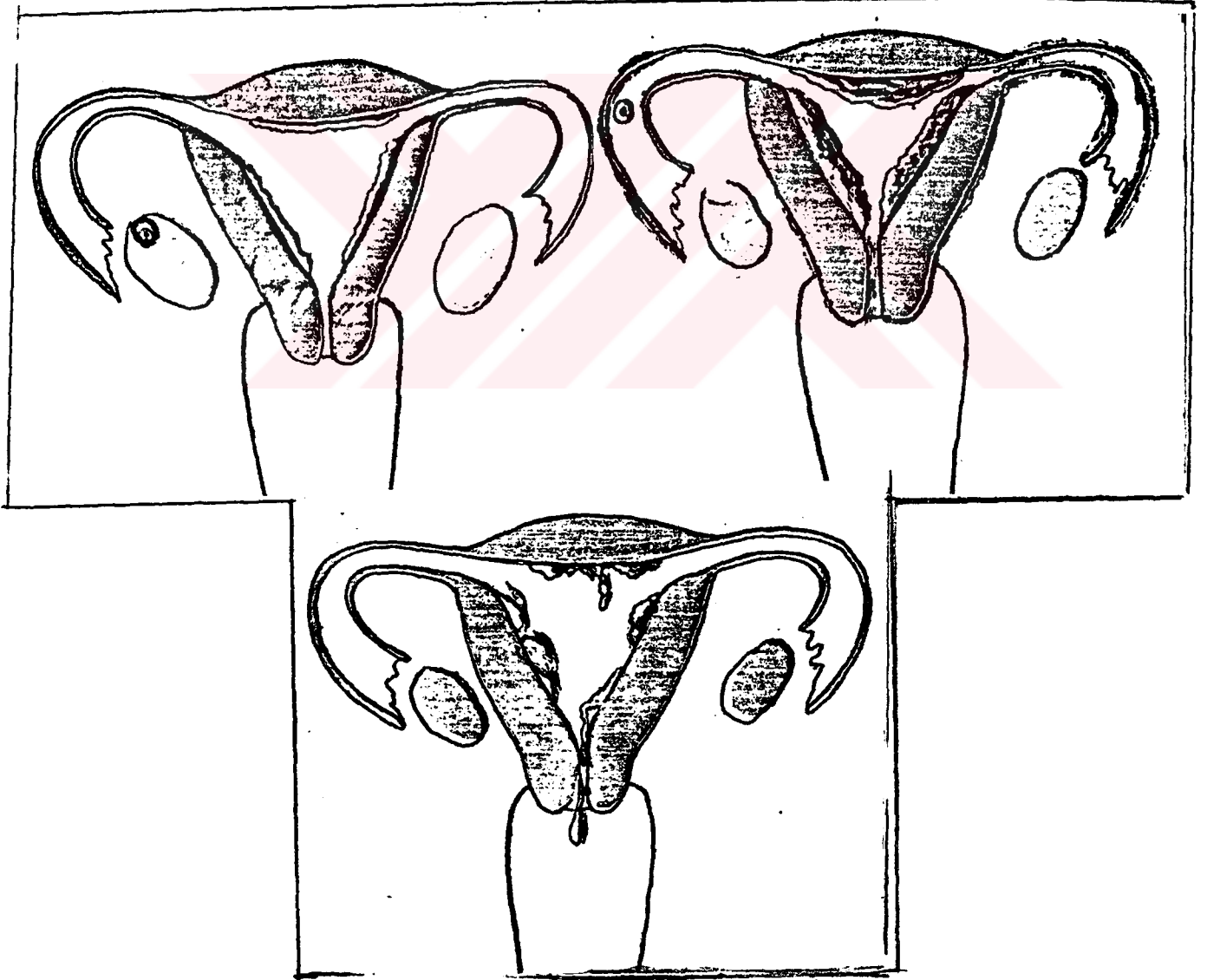
Üreme olayının normal devam edebilmesi için, bütün organizmada, özellikle üreme organlarında, ilk adet görmeyen adete kadar devam eden ve her ay muntazam görülen bazı değişikliklerin olması beklenir. Bu değişiklikler döl yatağı dediğimiz rahimde, ortalama 28 günde bir olmak üzere kadının yumurtasında salgılanan kadınlık hormonlarının etkisi ile 4-5 gün süren kanama ile kendisini gösterir. İki adet arası süre ile kanama süresi kadından kadına değişiklik gösterir. Bu süre 21-35 gün arasında değişir (Şekil 6-7).



Şekil 6: Adet Kanamasının Oluşumu

Her adet devresinde yumurtalıklarda bir yumurta hücresi gelişir, olgunlaşır ve döllenmeye hazırlanır. Bu sırada rahimin iç tabakası da kalınlaşarak döllenmiş yumurtanın gelip yerleşmesi için uygun bir ortam oluşturur. Eğer döllenme olmamışsa, yani gebelik gerçekleşme -

miŖse bu tabaka bir kaç gün içinde gerilemeye baŖlar ve kanama Ŗeklinde dökülür. Buna adet kanaması diyoruz. Bu olay, beynin kontrolü altında salgılanan bazı hormonların etkisiyle gerekleŖmektedir. Çünkü yumurtalıklar beyinde gelen uyarılarla alıŖır. Beynin evresel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle yumurtaların hormon salgılama durumları da etkilenerek (iklim, beslenme, stres, alınan ilaçlar vb.) adet kanaması kadından kadına farklılık gösterir.



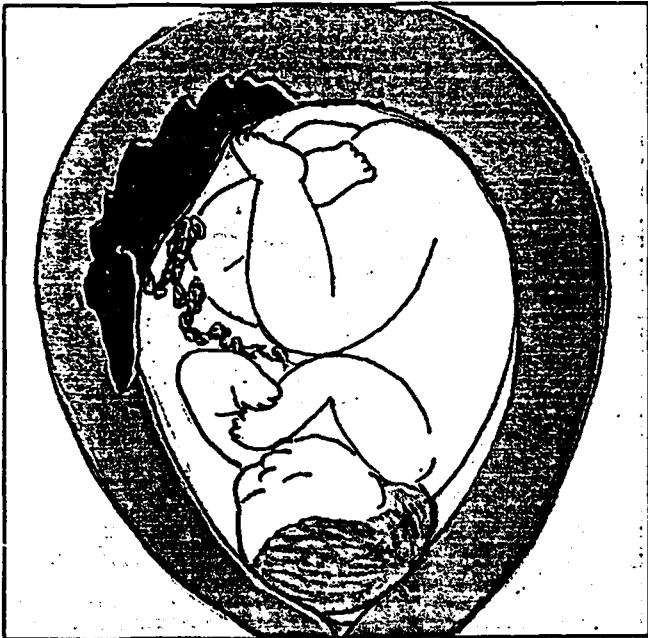
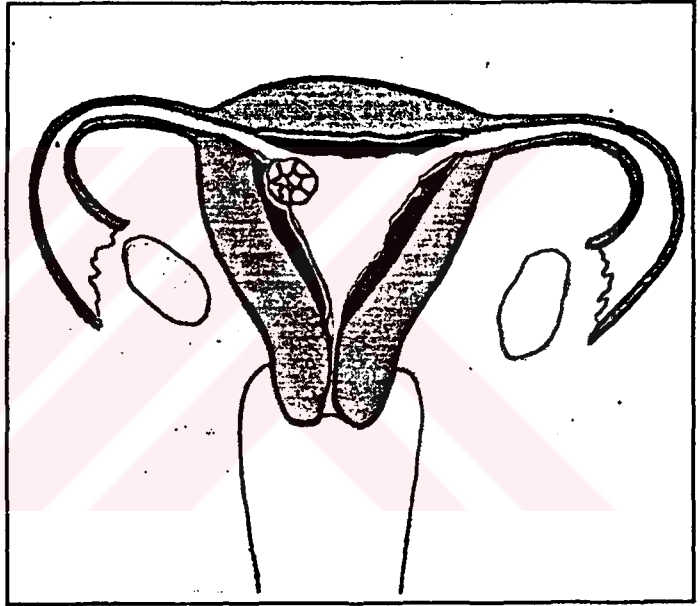
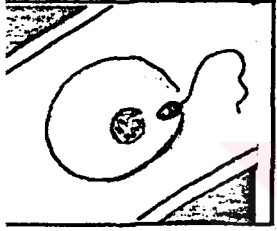
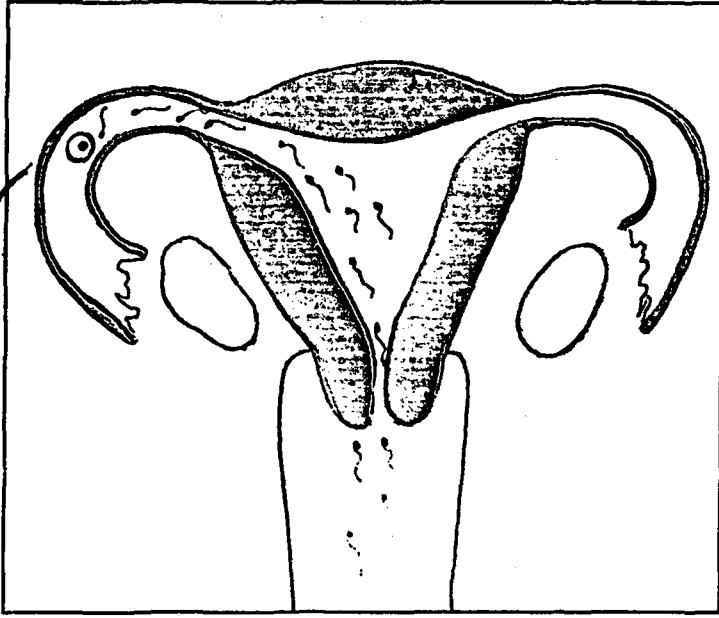
Ŗekil 7 : Adet Kanamasının OluŖumu

GEBELİĞİN OLUŞUMU

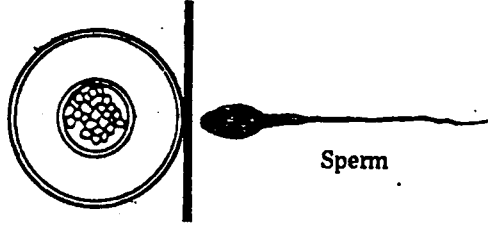
Kadının adet görmesiyle başlayıp bir sonraki adetine kadar süren dönemin yaklaşık ortalarına rastlayan günler gebelik için uygundur. Kadında yumurtanın olgunlaşması ve yumurtalıklardan atılması adetin başlamasından itibaren 12-17 günler arasına rastlar. Kadın tohum hücrelerinin iki, erkek tohum hücrelerinin ise kadın vücudunda üç gün yaşadığı gözönüne alınarak, yumurtlamanın üç gün öncesi ve iki gün sonrasında da gebe kalılabileceği unutulmamalıdır.

Erkek tohum hücreleri cinsel temasla hazneye boşalır. Cinsel temasta hazneye boşalan milyonlarca erkek yumurta hücresi hızlı bir şekilde rahim içine oradan da yumurta kanallarına doğru ilerler. Bu sırada kadın yumurtalıklarından yumurtlama olmuş ise yani olgunlaşan yumurta hücresi atılmış ise, erkek yumurta hücresinden biri kadın yumurta hücresini dölleştiren yani gebeliği meydana getirir (Şekil 8).

Bundan sonra döllenmiş yumurta yavaş yavaş yumurta kanalından rahim boşluğuna doğru bölünerek ilerlemeye başlar. Bu ilerleme 3-5 gün sürer. 5-6 gün sonunda, rahim boşluğuna gelip yerleşir. Bundan sonra gebelik süresince, yani 9 ay 10 gün cenin rahim içinde gelişip büyür. 270 gün sonra (40 hafta) bebek dünyaya gelir.



Şekil 8 : Gebeliğin Oluşumu



AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

Aile Planlaması: Çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda ve bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmaları demektir. Bir toplumun sağlığını korumayı, ekonomik, sosyal ve kültürel açıdan refaha ulaşmayı hedefler.

Aile Planlamasının Amaçları Nedir?

1. Anne, çocuk ve aile sağlığını korumak, mutluluğu devam ettirmek
2. Kısırlık tedavisine yardımcı olmak

Anne Sağlığını Nasıl Korur?

- 18 yaşın altı, 35 yaşın üstü gebelikleri önleyerek,
- Çok sık (2 yıldan az) ve çok sayıda (4 ve daha fazla) gebelikleri önleyerek,
- istenmeyen gebelikleri, düşükleri önleyerek

Çocuk Sağlığını Nasıl Korur?

- Dünyaya gelen her çocuğun ihtiyacı ve hakkı olan ilgi, sevgi ve eğitim imkanlarına sahip olmalarını sağlar.
- Çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden daha iyi gelişmelerini sağlar (böylece bebek ve çocuk ölümleri önlenmiş olur).

Aile Sağlığını Nasıl Korur?

- Ailelere bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmalarına yardımcı olur.
- Bedensel ve ruhsal açıdan sağlıklı bireylerin oluşturacağı bir toplum yaratır.

Kısırlık Tedavisine Nasıl Yardımcı Olur?

- Çocuğu olmayan ailelere danışmanlık eder.

AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

Doğum kontrol yöntemlerini kadınlar ve erkekler için geri dönülebilir ve kalıcı yöntemler olarak iki grupta inceleyebiliriz.(Şekil 9).

A. KADINA AİT YÖNTEMLER

1. Geri Dönülebilir Yöntemler

- . Haplar (ağızdan alınan,kola takılan ve(enjeksiyonlar)
- . Rahim içi araç (spiral)
- . Erkek tohum öldürücüler (spermisitler)
- . Diyafram (kapak)

Kalıcı Yöntemler

- . Tüplerin bağlanması

B. ERKEĞE AİT YÖNTEMLER

1. Geri Dönülebilir Yöntemler

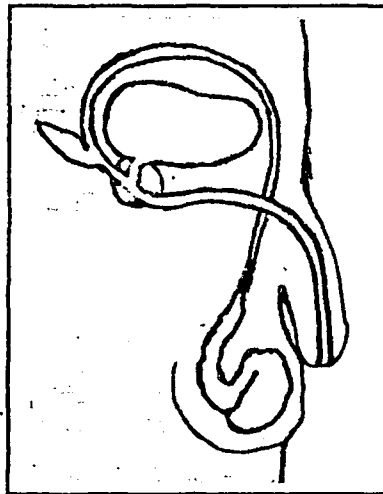
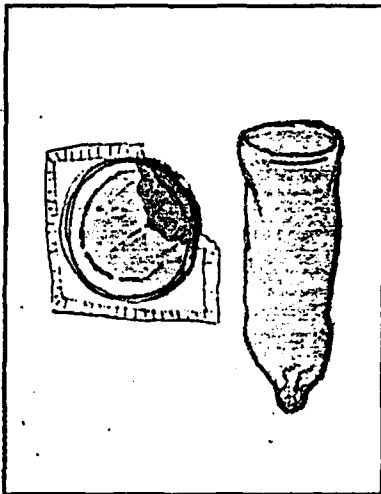
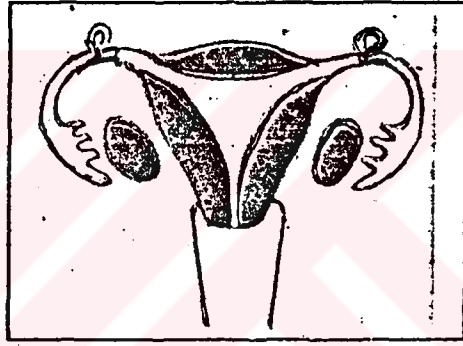
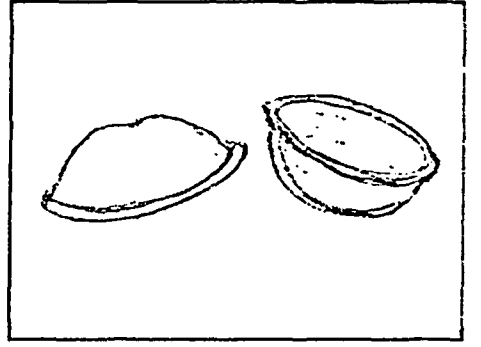
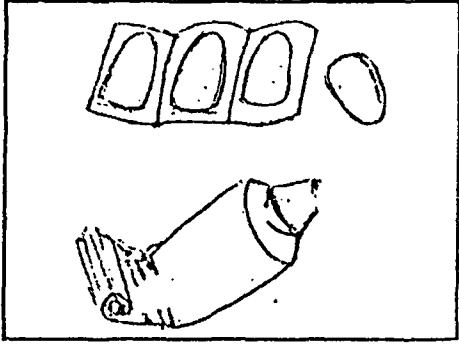
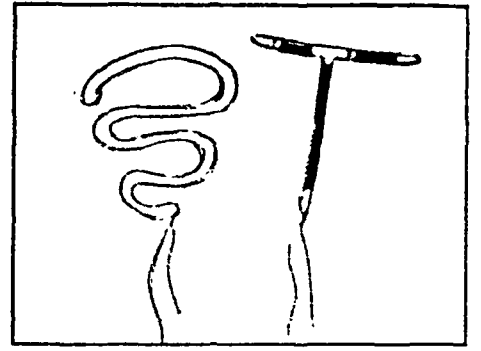
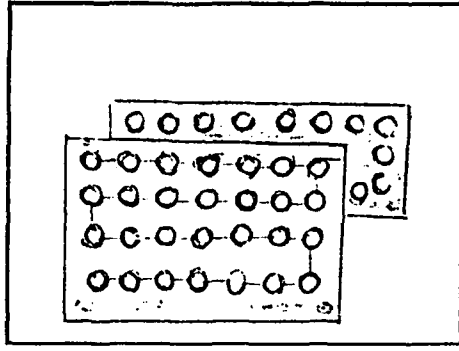
- . Kondom (Kılıf,prezervatif,kaput)

2. Kalıcı Yöntemler

- . Kartalların Bağlanması

ETKİLİ AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

Cerrahi Kısırlaştırma: Bu yöntem dünyada en yaygın kullanılan doğum kontrol yöntemi haline gelmiştir. Hem kadın, hem de erkekte en etkili yöntemdir. Olumsuz etkisi yok denecek kadar azdır,kesinlikle çocuk istemeyen

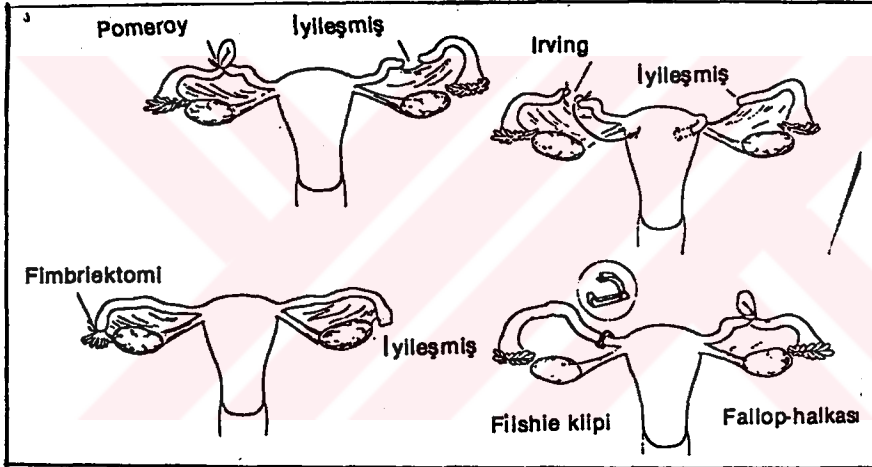


Şekil 9: Kadın ve Erkekte Aile Planlaması Yöntemleri

çiftlere önerilebilir. Geri dönüşsüz bir yöntem olduğu unutulmamalıdır. Geri dönüşü hem çok güç hem de garantili değildir (Şekil 10).

A. Kadında Kısırlaştırma (Tüplerin=Yumurta Kanallarınının Bağlanması)

Kadında kısırlaştırma, yumurta kanallarının erkek tohum hücresi ve yumurtanın bir araya gelmesini engelleyecek şekilde kapatılmasıdır. Kadında cinsel ilişkiyi adet kanamasını kesinlikle etkilemez. Her şey eskisi gibi devam eder.



Şekil 10: Kadında Kısırlaştırma Yöntemleri

Bağlama Zamanı

- (Doğumdan hemen sonraki 12-24 saat içinde), doğum sonrası herhangi bir zamanda ya da sezaryen sırasında,
- Düşükten hemen sonra,
- Doğum ya da düşükle ilgili olmayan herhangi bir zamanda yapılabilir.

Yöntem: Bir kaç şekilde yapılabilir (Bu bilgiler bu yönteme kesin karar veren kadınlara verilecektir).

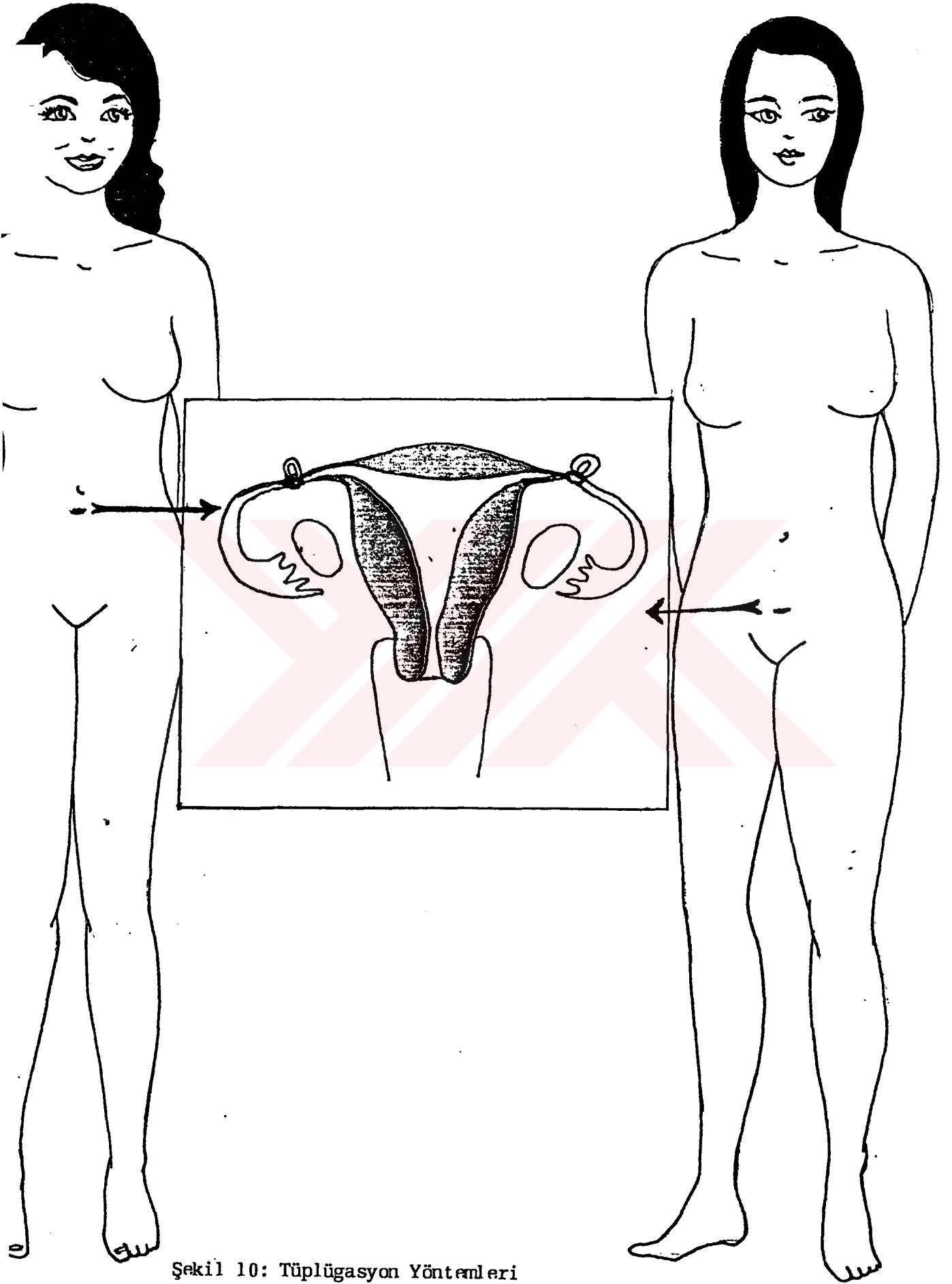
Göbekaltı Kesisi Yoluyla

Göbeğin hemen altından 1,5-3 cm'lik bir kesi ile tüpler ilk 48` st içinde bağlanır. Bu yöntem doğum sonrası tercih edilir. Doğum sonrası tüplerin bağlanması, doğum yapılan her sağlık kuruluşunda yapılabilir. Bu işlemde sadece kesi yapılacak bölge uyuşturulur. Ayrıca kadına çok az sakinleştirici ilaç verilebilir. İşlemden sonra kadın yürüyerek yatağına dönebilmekte ve hastaneye yatırılmadan evine gönderilebilmektedir. Çabuk iyileşir. Yan etkisi de oldukça azdır.

Göbekten Yaklaşık 8-9 cm Aşağıda Açılan Kesi Yoluyla

Bu yöntem doğumdan en az 4 hafta sonra herhangi bir zamanda yapılabilir. Göbeğin yaklaşık 8-9 cm altından 2-5 cm'lik bir kesi yapılır. Ancak kadın şişman, daha önce tüpleriyle ilgili hastalık geçirmiş veya ameliyat nedeniyle yapışıklıklar varsa uygulaması güçtür. Bu durumda sadece kesi bölgesinin uyuşturulması yeterli olmayabilir.

Ayrıca kadında kalp, şeker, akciğer hastalığı, üreme organlarıyla ilgili hastalık daha önce karın ve üreme organlarıyla ilgili geçirilmiş ameliyat, kanama problemleri sorulur. Bu yönden herhangi bir rahatsızlığının ve gebe olmamasının önemi oldukça büyüktür. Kadın bu yöntemde doğum yapacak şekilde yatırılır. Hem lokal hemde hafif derecede sakinleştirici verilerek işlem tamamlanır. Yukarıda anlatılan sorunlar yoksa iyileşme çabuktur. Ve kadın hastanede yatırılmadan taburcu edilir.

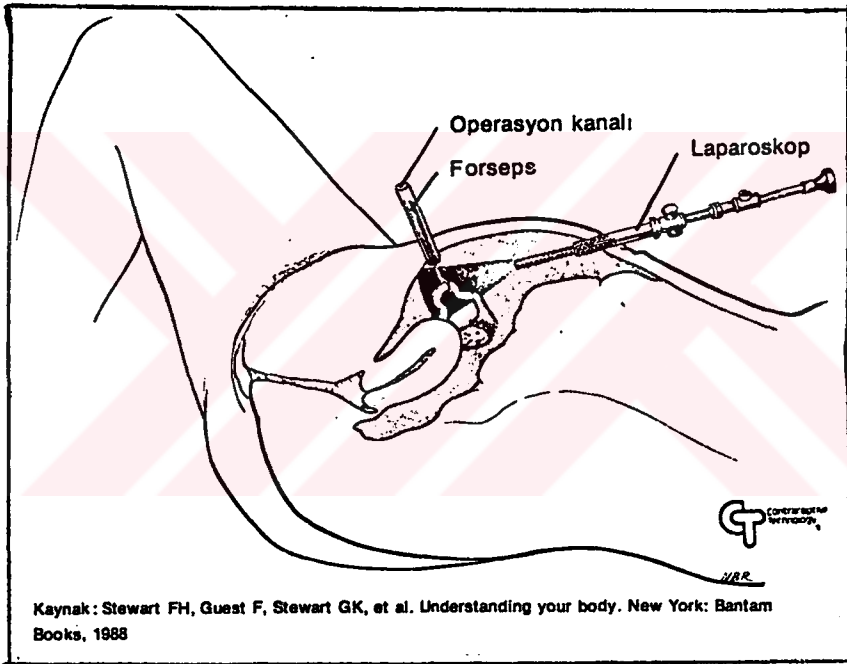


Şekil 10: Tüplügasyon Yöntemleri

Işıklı Alet Yoluyla (Laparoskopi)

Işıklı aletle tüplerin bağlanması işlemi daha çok tüpleri halka şeklindeki aletle kapatmak için kullanılır. Tek ya da iki kesi yapılabilir. Kesinin biri (2-3 cm'lik) göbeğin hemen altından diğeri 8,9 cm (1 cm) altından açılır. Bu işlem ameliyathanelerde lokal ya da genel narkoz verilerek yapılır. Çoğunlukla lokal narkoz da belden aşağı kısımları uyuşturan teknik kullanılır (Şekil 11).

Bu işlem zor ve pahalıdır. Ancak daha ağrısız ve iyileşmesi hızlıdır.



Şekil 11 :Laparoskopi Yoluyla Kısırlaştırma

TÜPLERİN BAĞLATMADA KARARLI İSE'NİZ

Ameliyat Öncesi Uyarılar

1. Bu işlemin ne olduğunu iyice anlayınız. Kararınızı her zaman için değiştirebilirsiniz. Kararınızın kesin olduğundan emin olunuz. Emin değilseniz kendinize biraz daha zaman tanıyınız.
2. Ameliyat öncesi iyice yıkanınız (özellikle göbek, karın ve kasık kısımlarınızı)

3. Ameliyat öncesi 8 st hiç bir şey yemeyiniz,içmeyiniz.
4. Mükünse ameliyat için hastaneye giderken yanınızda bir kişi bulunurun. Çünkü aynı kişi sizi aynı gün evinize dönmenizde yardımcı olacaktır.

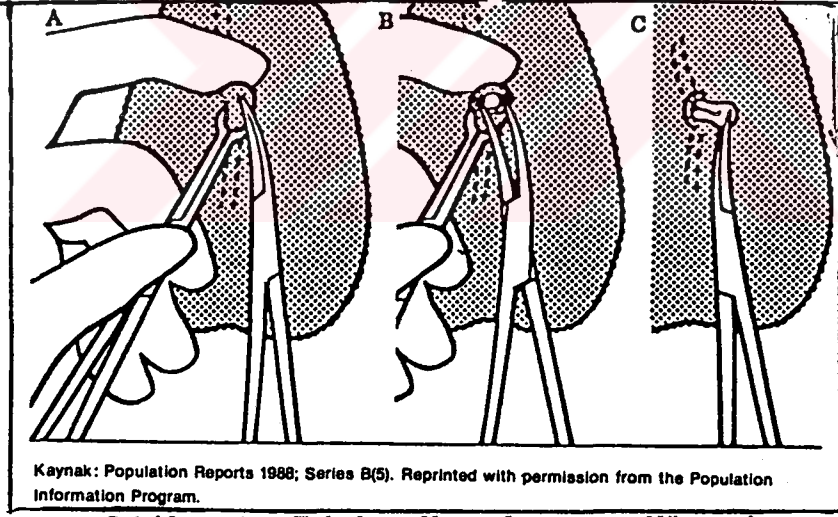
Ameliyat Sonrası Uyarılar

1. 2 gün dinleniniz. Kendinizi iyi hissedene kadar normal işlerinizi yapmayınız.
2. 1 hafta süreyle eşinizle cinsel ilişkide bulunmayınız.
3. 1 hafta süreyle ağır kaldırmayınız.
4. Ameliyat yerinde ve kasıklarda hafif ağrı ve rahatsızlık olursa,aspirin dışında herhangi bir ağrı kesici alabilirsiniz (4-6 saatte 1-2 ağrı kesici).
5. Aşağıdaki durumlardan biriyle karşılaşırsanız hemen hastaneye başvurunuz veya doktorunuzu arayınız.
 - . Ateş (39⁰ C)
 - . Baş dönmesi ve bayılma
 - . Geçmeyen ve artan karın ağrısı
 - . Ameliyat yerinden kan ve sıvı gelmesi
6. Ameliyattan 48 st (2 gün) sonra yıkanabilirsiniz. Ancak kesinlikle ameliyat yerinizi ovmayınız ve tahriş etmeyiniz. Ameliyat bölgesini kuru ve temiz tutunuz.
7. 1 hafta sonra kontrol için hastaneye gidiniz.
8. Adetiniz gecikir ve gebelikten şühhelenirseniz hemen hastaneye gidiniz. Kısırlaştırmada gebelik çok nadir görülür, fakat gebelik oluşursa bu daha çok rahim dışında olan dış gebelik dediğimiz durumun varlığını gösterir. Tehlikeli bir durumdur. Hemen doktora gidiniz.

B. Erkek Kısırlaştırma (Vazektomi= Erkek tohum hücrelerinin taşındığı kanalların kapatılması)

Erkek yumurtaları üzerinden meni kanalına girerek yapılan kısa süreli bir ameliyattır. Böylece kesilen kanaldan erkek tohum hücreleri dışarı atılamaz. Vücut tarafından eritilirken kanalların bağlanması, erkeğin cinsel istek, ilişki ve boşalmasında, vücut yapısında herhangi bir değişiklik meydana getirmez, bütün bu olaylar eskisi gibi devam eder.

Çabuk, emin kolay ve ucuz bir işlemdir. Bu işlemden önce erkek geçirilmiş hastalık, ameliyat, kanama bozuklukları, allerjiler (özellikle ağrı kesici ve narkoz ilaçlarına karşı) kalp, şeker, böbrek hastalıkları yönünden değerlendirilir. Fiziksel muayene yapılarak cinsel organların bu işleme uygun olup olmadığına bakılır (Şekil 12-14).



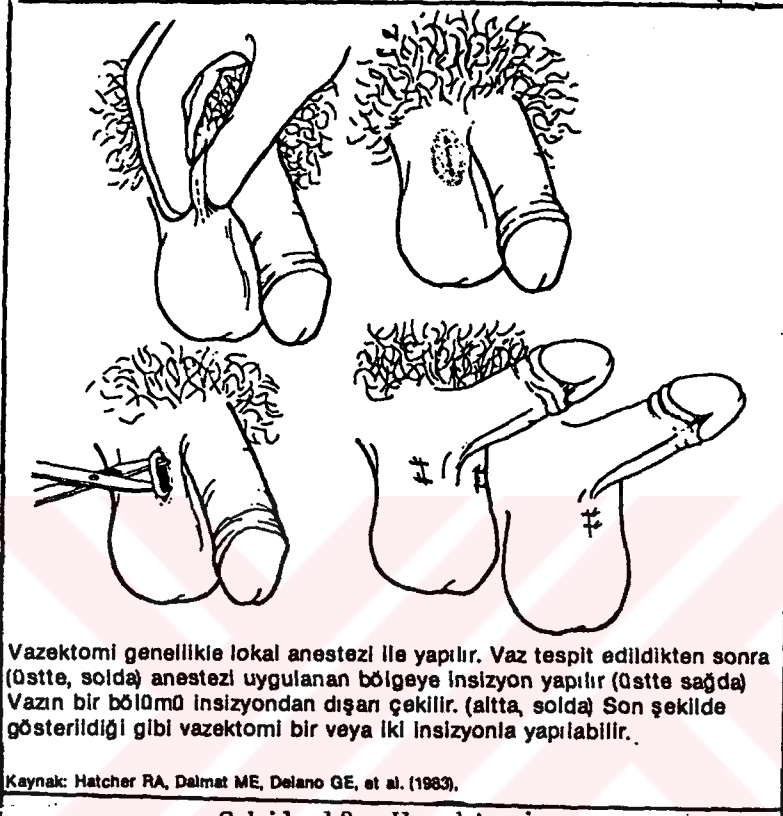
Şekil 12 : Erkek Kısırlaştırma Yöntemi

Kesin Kararlı İse'niz!

Yöntem: Hastanın cinsel bölgesindeki kıllar temizlendikten sonra bölge önce su ve sabunla sonra ilaçlı solusyonla yıkanır.

Bu işlemden önce özellikle lokal uyuşturucular tercih edilir. Kanal bulunup, tesbit edildikten sonra uyuşturulan bölgeye kesi yapılır. Kanal buradan dışarı çekilerek bağlanır ya da kesilir.

Yan etkileri oldukça azdır. Nadiren kanıma, mikrop alma durumuna rastlanabilir.

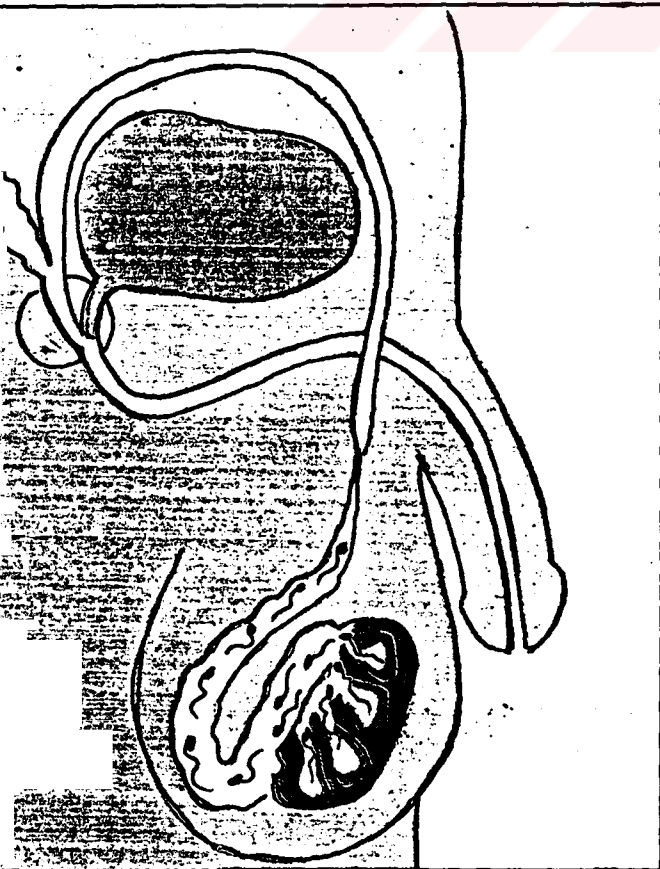
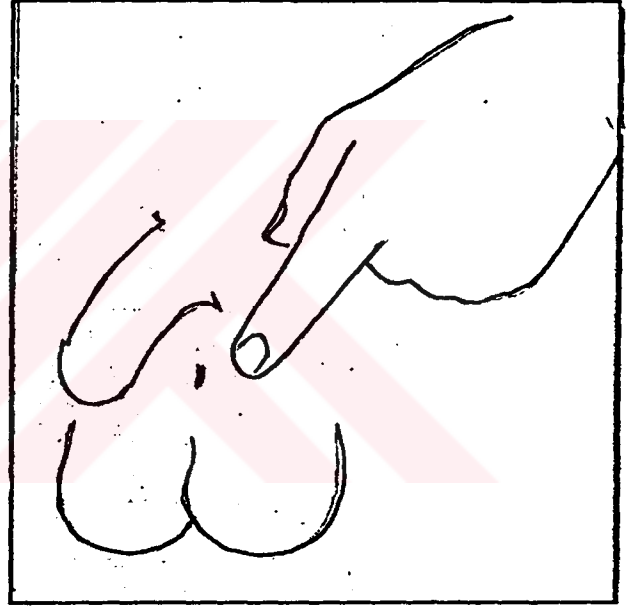
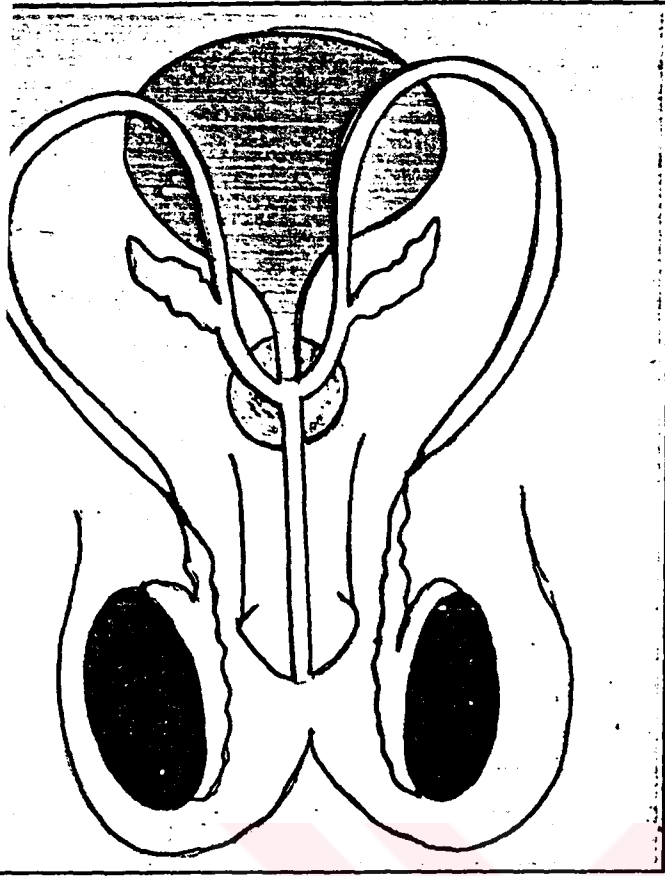


Şekil 13 : Vazektomi

YUMURTA KANALLARINI BAĞLATMADA KARARLI İSE'NİZ

Ameliyat Öncesi Uyarılar

1. Bu işlemin geri dönüşsüz olduğunu anlayıp istediğiniz^{de} emin olmalısınız.
2. Ameliyat öncesi herhangi bir zamanda işlemden vazgeçme hakkınız olduğunu unutmayınız.
3. Ameliyat bölgenizi temizleyiniz. Bölgedeki kılları yaklaşık yarım cm uzunlukta kesiniz.
4. Ameliyata giderken yanınızda birini bulundurun. Çünkü işlem sonra sizi eve götürecek birinin bulunmasında yarar vardır.
5. Ameliyat sonrası 2 gün dinlemeniz gerekir. Çok kısa süren bir işlem olduğundan hastanede kalmadan işlem sonrası evinize dönebilirsiniz. İşlem 15-20 dk gibi kısa bir sürede yapılır.



Şekil 14: Vazektomi Yöntemi

Ameliyat Sonrası Uyarılar

1. 2 gün dinleniniz. Ağrı, şişlik ve kanamayı önlemek için mümkünse en az 4 saat yumurta torbası üzerine buz koyunuz. 2-3 gün sonra normal yaşamınıza dönebilirsiniz.
2. 1 hafta süreyle ağır iş yapmayınız (yumurta torbasını baskılayacak yoğun bedensel çalışma, ağır yük kaldırma)
3. Ameliyat sonraki ilk 2 gün yıkanmayınız. Bölgeyi kuru tutunuz.
4. Eğer kendinizi iyi hissederseniz, ameliyattan 2-3 gün sonra cinsel ilişkide bulunabilirsiniz. Ancak kanallarda kalan tohum hücrelerinin (sperm-lerin) kadını hamile bırakacağını unutmayınız. Kanallardaki erkek üreme hücreleri çok 20 kez boşalmadan sonra temizlenebilir (3 aylık cinsel ilişki). O nedenle bu arada yapılan cinsel ilişkide kondom (prezarvatif, başlık, kılıf) veya başka bir yöntemle gebelikten korunmak gerekir.
5. Ağrı ve rahatsızlık hissi duyarsanız doktorunuzun önerdiği ağrı kesiciyi alabilirsiniz. Yumurta torbasında şişlik ağrı ve renginde değişiklik olabilir. Bunlar normaldir, kısa sürede düzelir. Endişelenmeyiniz.

Aşağıdaki tehlike belirtilerinden herhangi biri ile karşılaşırsanız derhal doktorunuza başvurunuz.

- . Ateş
- . Kesi yerinden akıntı, kanama
- . Şiddetli ağrı ve şişlik

DOĞUM KONTROL HAPLARI

Hormon içeren (östrojen-progestoron) ve piyasada çok değişik şekilde bulunan bileşiklerdir. Piyasada en çok bulunan ve kullanılanı ağızdan alınan haplar ile enjeksiyonlarıdır.

AĞIZDAN ALINAN HAPLAR

Etki Mekanizması: Hergün bir tane alındığında, yumurtanın oluşumunu engeller. Yumurta olmayınca hamilelikte olmaz.

Etki Derecesi: Hergün alındığında çok etkilidir. % 99-100 koruma yüzdesi vardır.

Olumlu Yönleri:

- . Çok etkilidir.
- . Adet ağrısını azaltır
- . Düzensiz adetleri düzenli hale getirir.
- . Özellikle kansız (anemik) kadınların kansızlığını kanama miktarını azaltarak giderir.
- . Sivilceleri iyileştirir.
- . Bazı kadın üreme organı hastalıklarına karşı koruyucudur
- . Yumurtalık ve rahim kanserlerine karşı koruyucudur
- . Yumurtalık kistini önler
- . Dış gebeliği önler
- . Cinsel ilişki ile hiç ilgisi yoktur
- . Beklenen yaşam süresini uzatır
- . Kemik yumuşamasını (osteoporozis) azaltır.
- . Damar sertliğini azaltır
- . Romatizmal eklem hastalığını azaltır.
- . Endometriozis denilen kadın hastalığını tedavi eder (bu hastalık rahim iç tabakasının değişik dokularda da bulunmasıdır. Örn: gözde, burunda, yumurta kanallarında).

Olumsuz Yönleri

- . İdrar yolu enfeksiyon sıklığını artırabilir
- . Mantar enfeksiyonunu % 50 arttırır
- . Kan basıncını (tansiyon) yükseltebilir
- . Adetler çok azdır veya adet görememe olabilir
- . Adetler arası lekelenme veya ara kanaması (sağlık yönünden sakıncası yoktur)
- . Bulantı (siklusunun ilk günü, yeni başlanılan aylarda) yapabilir.
- . Memelerde dolgunluk ve duyarlılık
- . Depresyon yapabilir
- . Kilo artışı veya düşüşü
- . Ciltte renk değişikliği (üst dudak,gözaltı ve alında) kalıcı olabilir
- . Emziren kadınlarda anne sütünü azaltabilir (sadece progesteron içeren mini haplar kullanılabilir)
- . Baş ağrısı
- . Göz sorunları (ağrı, şişme, çift görme)
- . AIDS'e karşı koruyucu değildir.

Doğum Kontrol Hapını Kimler Kullanabilir?

- . Cinsel yönden aktif genç kadınlar
- . Ağrılı ve fazla adet görenler
- . Sık cinsel ilişkide bulunanlar
- . İlerde çocuk sahibi olmayı isteyenler
- . Anemik (kansızlık) olanlar
- . Emzirmeyen kadınlar
- . Kısa veya uzun süreli, geri dönüşebilir doğum kontrol yöntemi isteyenler
- . Cinsel ilişki sonrası doğum kontrolü isteyenler
- . Düşükten sonra doğum kontrolü isteyenler
- . Tekrarlayıcı yumurtalık kisti olanlar
- . Ailede yumurtalık ve rahim kanseri öyküsü olanlar.

Hangi Kadınlar için İyi Bir Yöntem Değildir?

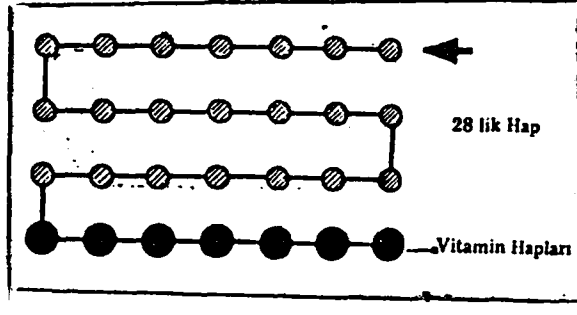
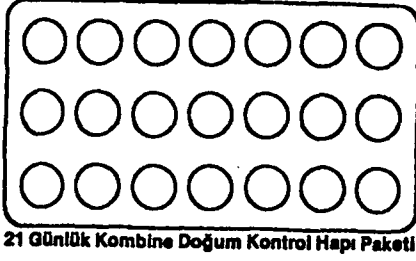
- . Unutkan olanlar
- . Her türlü hapi almaktan hoşlanmayanlar
- . Hapi elde edebileceği yerden çok uzakta oturanlar

Hangi Özellikteki Kadınlar İçin Uygun Yöntem Değildir?

- . 35 yaşın üstü olan ve sigara içenler
- . Çok şişman olanlar
- . Yüksek tansiyonu olanlar
- . Gebelik
- . Kan, damar hastalıkları öyküsü olanlar
- . Şeker hastalığı olanlar
- . Kalp hastalığı olanlar
- . Bilinen veya şüpheli kanser öyküsü
- . Karaciğer hastalığı olanlar
- . Beyin hastalığı geçirmiş olanlar
- . Migreni olanlar
- . Kan hastalığı olanlar,
- . Tanı konmamış anormal kanaması olanlar
- . Ailede 50 yaş öncesi miyokard enfarktüsünden ölüm öyküsü (özellikle anne veya kızkardeş).

HAPI NASIL KULLANACAKSINIZ?

- . Haplar adet kanamasının ilk 5 ya da 7 günü içerisinde alınabilir.
- . Hapları ilk kez kullanmaya başladığınız ayda, ek bir doğum kontrol yöntemi daha (kaput veya köpüklü tablet) kullanın, çünkü ilk aylarda haplar sizi gebelikten kesin olarak korumayabilir.
- . Paketi bitirinceye kadar hergün mümkünse aynı saatte bir hap alın. Bazı hap paketlerinde 28, bazılarında 21 hap vardır.



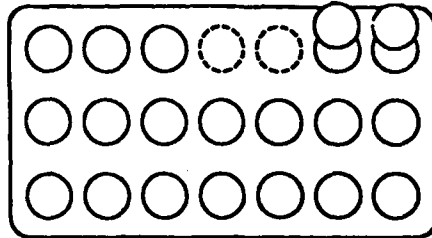
28 günlük hap kullanıyorsanız, yeni plakete hemen başlayın. Paketler arasında ara vermeyin.

21 günlük hap kullanıyorsanız, hap bitiminden sonraki 1 hafta hap almayın. Daha sonra yeni pakete başlayın.

. Adetler arasında kanama olursa, hapları hergün aynı saatte almaya özen gösterin. Lekelenme önemli bir sağlık sorunu değildir. Sizi rahatsız etmiyorsa birkaç ay bekleyebilirsiniz.

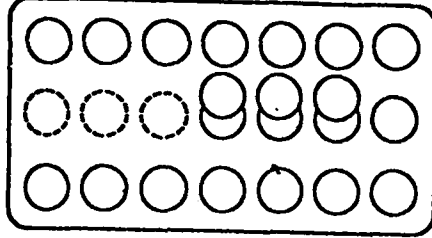
Eğer bir veya iki gün hap almayı unutursanız,

- . 1 hap unutmuşsanız, hatırlayınca hemen alın. O günün hapını ise normal zamanda alın.
- . Peş peşe 2 hap almayı unutursanız, hatırlayınca hemen iki hap alın, ertesi gün iki hap daha alın.



. Peş peşe 3 gün hap almayı unutursanız gebe kalabilirsiniz. Çünkü yumurtlama olacaktır. Bir miktar kanamada olabilir. Hemen ek bir yöntem kullanmaya başlayın. Unutkanlık sizde alışkanlık yapmışsa, başka bir yöntem kullanmayı düşünebilirsiniz. Yine de hap'a devam etmek istiyorsanız,

adet görüncüye kadar 3 gün üst üste 2'şer hap alınız. Ayrıca ek bir yöntem kullanmayı ihmal etmeyiniz.



21 Günlük Kombine Doğum Kontrol Hapı Paketi

- . Hap kullananlarda adet süresi ve miktarı kısadır, bazen hiç kanama olmaz. Eğer bir-iki kez adet görmezseniz ya da hap almayı unuttuğunuz dönem sonu adet görmezseniz, hap almayı bırakıp gebelik testi yaptırınız.
- . Eğer hiç hap içmeyi unutmamışsanız ve hiçbir gebelik belirtisi olmaksızın 1 kez adet görmemişseniz, gebelik ihtimali çok azdır. Hap kullananlarda bir adet atlaması sık görülür. Yine şüphe duyuyorsanız, doktorunuza danışın. Bir damla kan veya kahverengi lekelenme bile olsa, adet gördüğünüz anlamına gelir.

Hapların tehlike belirtilerini öğrenin

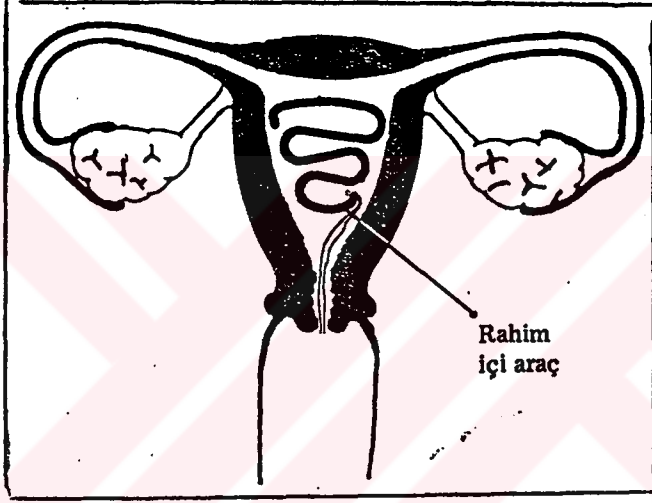
- . Karın ağrısı (şiddetli)
- . Göğüs ağrısı (şiddetli), öksürük, nefes darlığı
- . Baş ağrısı (şiddetli) baş dönmesi, kuvvet veya his kaybı
- . Görme sorunları (görme kaybı veya bulanıklığı) konuşma bozukluğu
- . Uyluk ve bacakta şiddetli ağrı

Eğer bu sorunlardan biriyle karşılaşırsanız derhal sağlık kuruluşuna başvurunuz.

RAHİM İÇİ ARAÇ

Etki Mekanizması: RİA rahime yerleştirilen plastik ya da bakırlı küçük araçtır. RİA'nın üremede rol alan erkek üreme hücresinin cinsel bölgede hareketlerine engel olarak ya da erkek üreme hücresini (sperm) ve yumurtayı zedeleyerek döllenmeyi önlediği düşünülmektedir (Şekil 15).

RİA yumurtlamayı etkilemez.

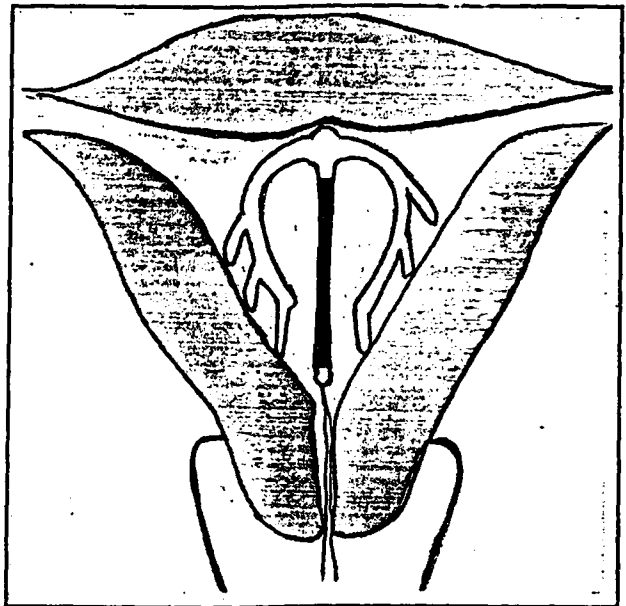
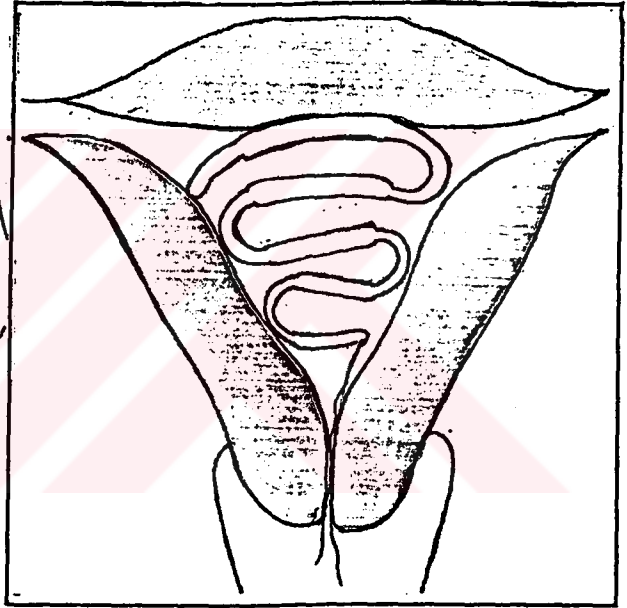
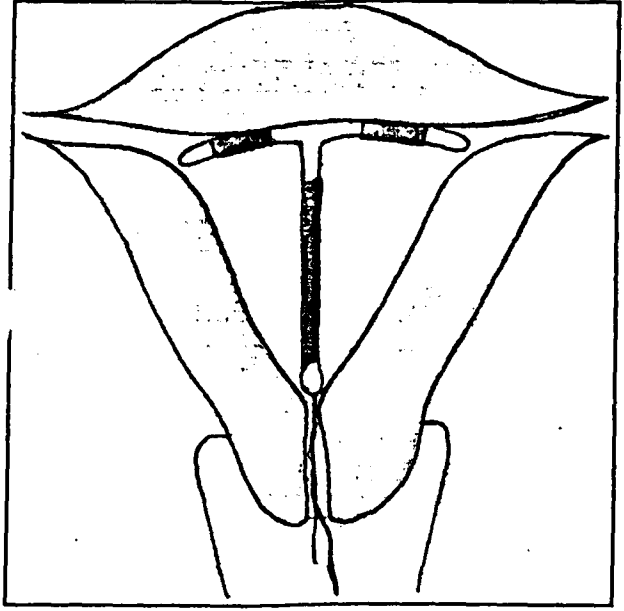
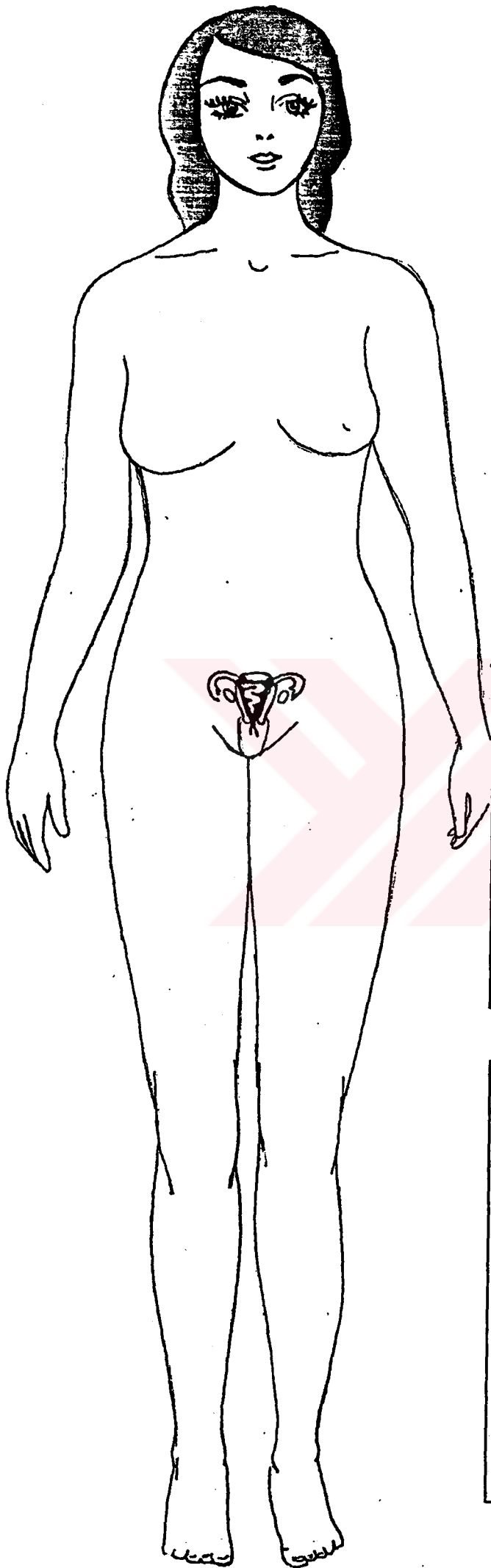


Şekil 15: Rahim İçi Araç

Etki Derecesi: Çok etkilidir. Bakır ve hormon içeren RİA'ların koruyuculuğu % 99'dur. Plastik RİA'ların koruyuculuğu ise % 95'tir.

Olumlu Yönleri

- . Rahim duvarları arasındaki yapışıkları önler
- . Ucuzdur
- . Çok etkilidir
- . Cinsel ilişkiyi etkilemez
- . Tekrar verilmesi gereken bir malzeme yoktur.



Şekil 15: Kadında Rıa'nın Duruşu

Olumsuz Yönleri

- . Kanama, lekelenme ve kanamaya bağlı anemi (kansızlık)
- . Kramp ve ağrılar
- . RİA'nın tamamen veya kısmen atılması
- . RİA'nın ipliklerinin kaybolması
- . RİA + gebelik oluşabilir
- . Çok nadiren, rahime takılma sırasında yırtılma olabilir ve ameliyat gerekebilir.

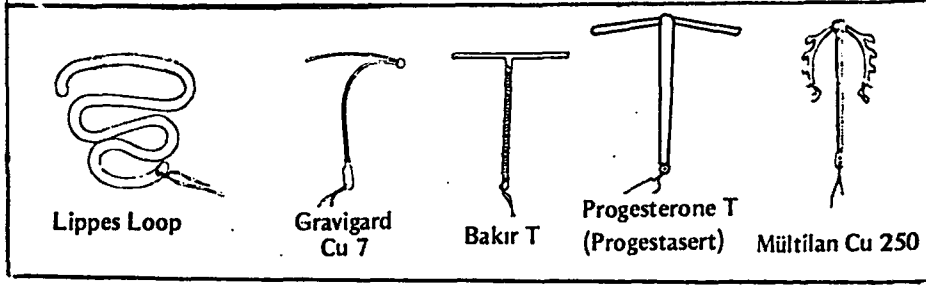
RİA Hangi Özellikteki Kadınlar İçin Uygun Bir Yöntemdir ?

- . Cinsel yolla bulaşan hastalığı olmayan kadınlar.
- . Tek eşli kadınlar
- . Daha çok çocuk istemeyenler ya da geçici süre ile çocuk istemeyenler
- . Geçmişte rahat bir şekilde RİA kullanmış olanlar
- . Uğraşamayacağı bir yöntem isteyenler
- . Emzirenler

Hangi Özellikteki Kadınlar İçin Uygun Bir Yöntem Değildir?

- . Uzun süreli veya ağrılı adet kanaması olanlar
- . Birden fazla eşi ya da eşlerinin birden fazla kişiyle ilişkisi olanlar
- . Dış gebelik geçirenler
- . Kansızlığı olanlar
- . Gebelik ya da şüphesi olanlar
- . Daha önce geçirmiş ya da mevcut üreme organı ile ilgili hastalığı olanlar
- . Rahim ya da rahim ağzında bilinen ya da şüpheli kanser öyküsü olanlar
- . Kan pıhtılaşma sorunu olanlar
- . Rahimin şeklini bozan yapısal bozukluklar (myom, polip vs.)
- . Plastik ya da bakıra allerjisi olanlar.

RIA Çeşitleri



Şekil 16 : RIA Çeşitleri

- . İpliksiz ve tek sarmalı çelik halkalar
- . Plastik olanlar
- . Bakırlı olanlar
- . Hormonlu olanlar

Bizde yaygın olarak plastik ve bakırlı olanlar kullanılmaktadır (Şekil 16).

Bakırlı olanlar 6 yıl, plastik olanlar 10 yıl veya daha uzun süre kullanılabilir.

RIA Uygulama Zamanları

- . Kendiliğinden ya da isteyerek yapılan düşükten hemen sonra ya da 2 hafta sonra,
- . Düşükten sonraki adet kanamalarının 2.3.gününde

RIA Taktırmadan Önce ve Sonra Nelere Dikkat Edilir ?

- . RIA taktırmadan önce bazı kadınlarda ağrı ve bulantı yapacağından kadın yanında, ona yardımcı olacak biriyle gelmelidir.

Taktırdıktan Sonra Nelere Dikkat Edeceksiniz?

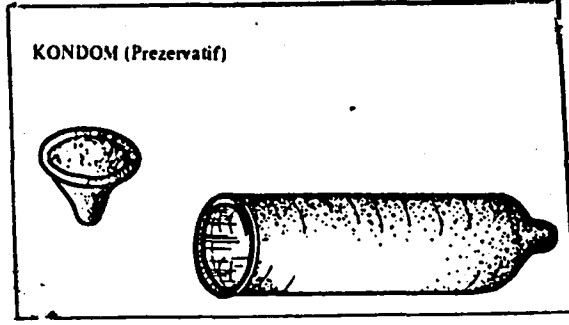
- . RİA'nın ipliklerini kontrol edin. Haznede 2 adet 5 cm uzunluğunda ipler bırakılır. Bu ipleri her adetten sonra özellikle eller iyice yıkandıktan sonra işaret ve orta parmağınızı hazneye sokarak kontrol edin. Parmağınıza plastik kısmı hissediyorsanız, hemen kliniğe başvurun.
- . RİA sonrası ilk birkaç ay adetleriniz düzensiz ve ağrılı olabilir. Kanama miktarınızda artacaktır. Bu sizi endişelendirmesin. Ağrınız için ağrı kesici alabilirsiniz. Ağrınızda aspirin kullanabilirsiniz. Ağrınız çok şiddetli olursa ve kanamanız aşırı derecede olursa hemen kliniğe başvurunuz.
- . Ateş, kasıklarda ağrı, anormal koku ve renkli akıntı olursa, bu mikrop aldığınızı gösterir. Bu nedenle bu gibi durumda hemen kliniğe başvurun. Aksi takdirde mikrop üreme organlarınıza yayılacak ve tedavi güçleşecektir.
- . Adet gecikmeniz olursa kontrol için, aile planlaması kliniğine başvurun. Çünkü % 1-5 olasılıkla gebelik ihtimali vardır.
- . Kesinlikle eşiniz veya kendiniz RİA'yı çıkarmaya çalışmayınız. Çıkarmak için kliniğe başvurun.
- . RİA'nın tehlike belirtilerini öğrenin.

RİA İcin Tehlike Ve Uyarıcı Belirtiler

- . Gecikmiş adet (hamilelik), anormal lekelenme veya kanama
- . Karın ağrısı, cinsel ilişki sırasında ağrı
- . Enfeksiyona bağlı anormal akıntı (kötü kokulu, sarı yeşil renk, bol miktarda)
- . Kendini iyi hissetmeme, ateş, titreme
- . İpliklerin kaybolması, kısalma ya da uzaması.

KONDOM

(Kılıf-Prezervatif)



Şekil 17 : Kondom

Etki Mekanizması: Kondom cinsel ilişki esnasında penisin (kamuşın) üzerine takılan plastik bir kılıftır. Erkeğin spermelerinin (üreme hücresi) hazneye girmesini engelleyerek gebeliği önler (Şekil 17).

Etki Derecesi: Her iki çiftte ilişkide doğru olarak kullanırsa RİA kadar % 90-95 koruyucudur.

Olumlu Yönleri

- . AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları önler (Gonore, mantar, herpes vb)
- . Reçete veya tıbbi muayene gerektirmez
- . Oldukça ucuzdur. Aile planlaması programları tarafından çok ucuz veya ücretsiz olarak dağıtılmaktadır.
- . Yan etkisi yoktur
- . Kolayca elde edilebilir
- . Bazı erkek ve kadınlar, penisin hazneye doğrudan temas etmesini istemezler. Böyle çiftler için ideal bir yöntemdir.
- . Kayganlaştırılmış kondomlar penis veya haznede sürtünme ve tahrişi azaltabilir
- . Bazı çocuğu olmayan çiftlerde kadında spermelere karşı hücreler oluşabilir. Bu hücreler spermeleri yabancı mikrop gibi algılayıp öldürebilmektedir. Bu durumda çiftler 3-6 ay kondom kullanarak spermelerin hazneye girişini önlerler. Böylece spermelere karşı oluşan hücreler azdır.

- . Çok nadiren olarak bazı kadınlarda eşinin menine karşı allerji olabilir.
Kondom bunu önleyebilir.
- . Rahim ağzı kanserinin oluşmasını önlemede yardımcı olabilir.

Olumsuz Yönleri

- . Cinsel ilişkinin kesilmesine neden olur.
- . Bazı kadın ve erkekler için hissetmeyi azaltır
- . Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır
- . Kolay yırtılabilir.

Kondom Hangi Özellikteki Erkekler İçin Uygundur?

- . Birden fazla eşi olanlar
- . İlişki sırasında kondomu takabilenler
- . Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan birinin bulaşmasından endişe duyanlar (AİDS, sifiliz vs.)

Hangi Kadınlar İçin Uygundur?

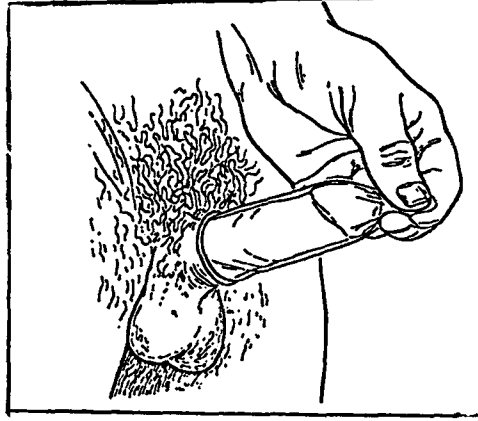
- . Hamile kalma olasılığı olanlar

Hangi Özellikleri Çiftler İçin Uygundur?

- . Doğum aralığını uzatmak isteyenler
- . Kondom kullanma konusunda fikir birliğine varanlar
- . Diğer yöntemlerin yan etkilerinden korkanlar
- . Cinsel ilişkisi seyrek olanlar

Kondom Nasıl Kullanılır?

- . Kondom penis (kamış) hazneye girmeden önce, sertleşmiş penisin üzerine geçirilir.



Şekil 18: Kondomun Takılması

- . Ucunda menin toplanması için küçük bir başlık bırakıldıktan sonra penisin tabanına kadar geçirin.
- . Hazne yeteri kadar ıslanıncaya kadar beklenir. Hazne kuru olursa kondom yırtılabilir.
- . Kondomla birlikte ek bir yöntem kullanılabilir (köpük, jel vb.). Bu şekilde kondom daha etkili olabilmektedir.
- . Her ilişki için bir kondom kullanılmalıdır. Kullanılan kondom tekrar kullanılmamalıdır.
- . Mümkünse kullanılmamış kondomlar serin bir yerde saklanmalıdır.
- . Kondomlar tüm aile planlaması ünitelerinden ücretsiz ya da çok az bir ücretle temin edilebilir. Ayrıca eczanelerden satın alınabilir.
- . İlişkiden sonra menin dökülmesini engellemek için kondomu kenarlarından tutarak penis hemen geri çekilir.
- . Kondomun yırtık olup-olmadığı kontrol edildikten sonra atılır. Yırtık ve yumurtlama zamanı ise gebe kalınabilir.
- . Kondomun uygun saklandığı takdirde (karanlık, serin ve kuru yer) 5 yıl süreyle kullanılır (Şekil 18).

Erkek Tohum Hücre Öldürücüleri

Etki Mekanizması: Cinsel ilişkiden önce kadın haznesine köpük tablet, jel, krem, fitil gibi erkek tohum hücre öldürücülerinden birini koyar. Bunlar erkek tohum hücrelerini öldürerek ve rahime girmesini engelleyerek kadının gebe kalmasını engeller (Şekil 19, 20).

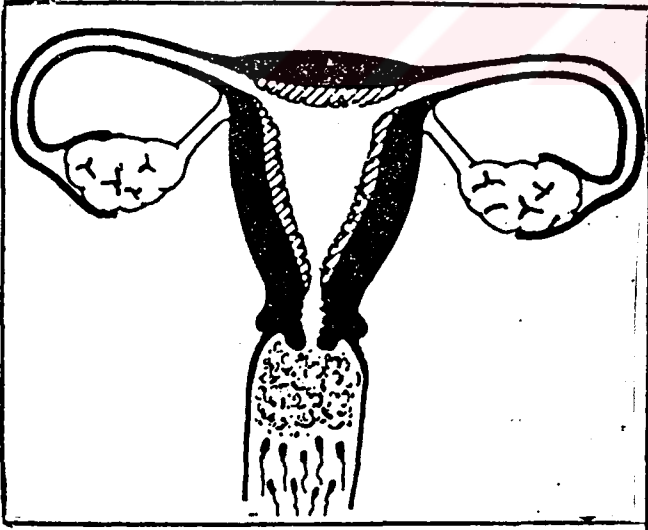
Etki Derecesi: Her seferinde doğru olarak kullanılırsa etkilidir. Ancak enjeksiyon, hap ve RİA'ya göre daha az etkilidir.

Çeyitlerine Göre Etkileri

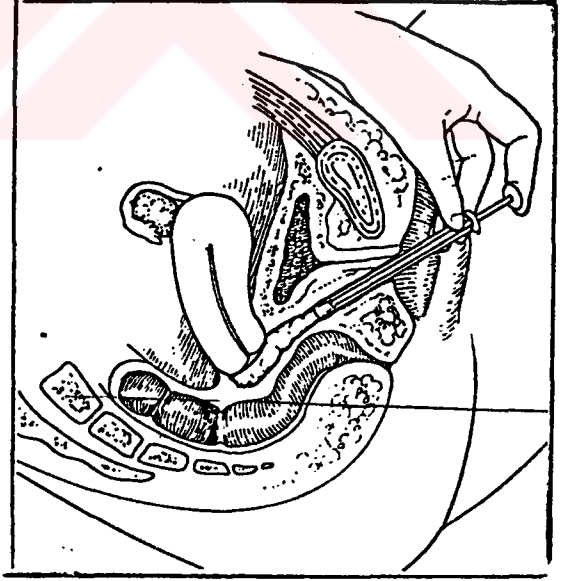
Film: Etkisi uygulandıktan 15 dakika sonra başlar, 1 saat sürer.

Köpük: Etkisi hemen başlar, en az 1 saat sürer

Jel ve kremler: Etkisi hemen başlar, yalnız kullanıldığında en az 1 saat rahim ağzı başlığı ilk kullanıldığında 6-8 saat sürer.



Şekil 19 : Köpüğün Uygulanışı



Şekil 20 : Kremin Uygulanışı

Tablet ve fitiller: Etkisi 10-15 dakika sonra başlar 1 saat sürer. Etkisini artırmak için cinsel ilişkiden sonra hazne 6-8 saat yıkanmamalıdır.

Olumlu Yönleri:

- . Reçete ya da tıbbi muayeneye gerek yoktur.
- . Genelde hiç yan etkisi yoktur
- . Kondomla ibrikte kullanıldığında, hem gebelikten, hem de cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmada son derece etkilidirler.

Olumsuz Yönleri

- . Bazıları cinsel organda yanma ve rahatsızlık hissederler.
- . Kadın parmağıyla haznesine tablet koymaktan hoşlanmıyor olabilir.
- . Cinsel ilişkiden sonra, hazneye konan maddelerin hemen dışarı çıkması için çiftler dakikalarca beklemek zorunda kalır.
- . Özellikle köpük tableti almak pahalı ve bulunması zordur.

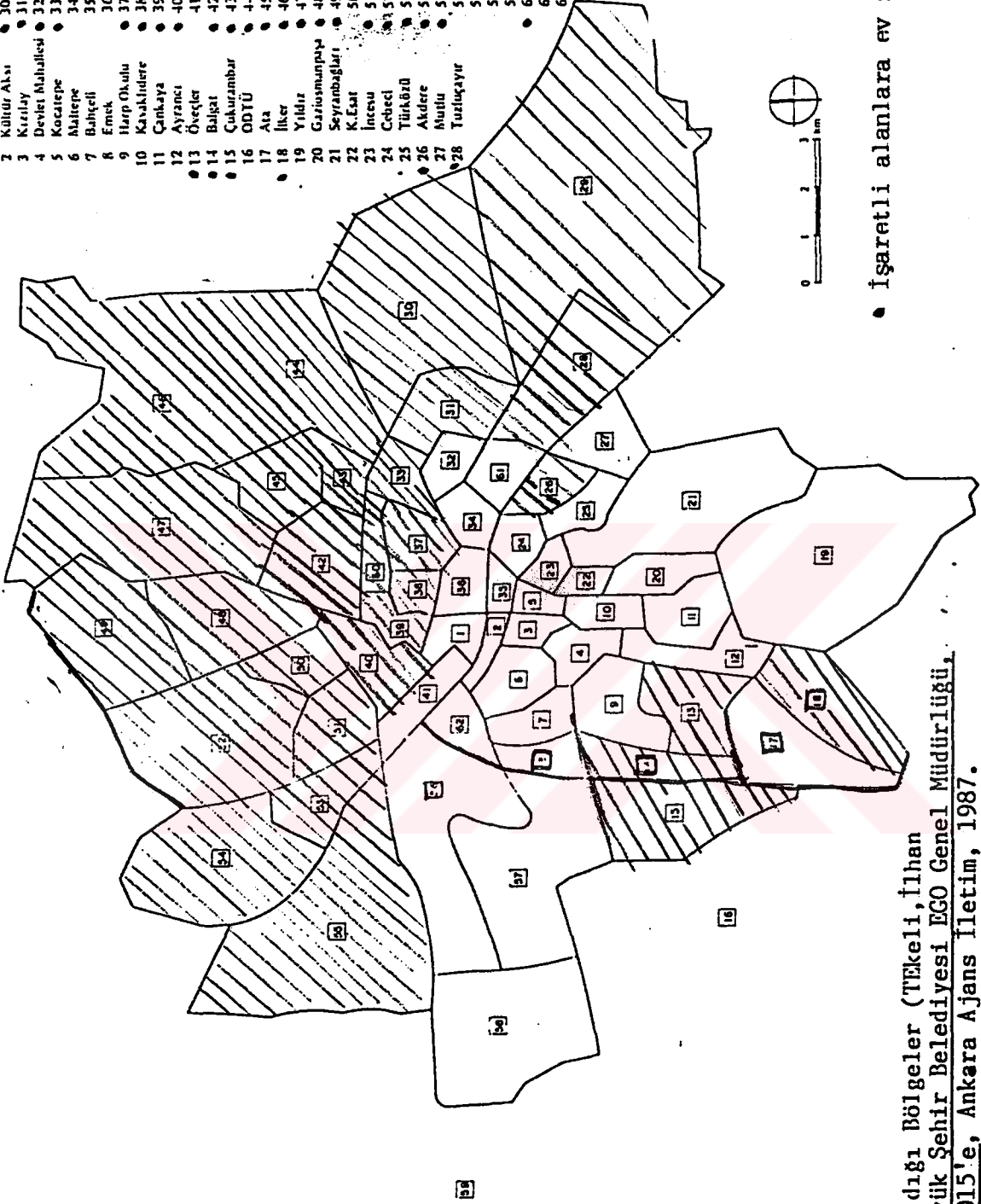
KAYNAKLAR

1. Akın, A., Hekimler İçin Aile Planlaması Ek Kitabı, Ankara, 1983.
2. Dervişoğlu, (Akın), A., Rahim içi Araç Uygulama El Kitabı, T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ocak, 1989, Ankara.
3. Fogel, C.L., et all. Health Care of Women. The C.V. Mosby Company; St. Louis, Toronto, 1981
4. Pillitteri, A., Maternal and Child Health Nursing Care of the Childbearing and Childrearing Family. Lippincott. Company. Philadelphia, 1992.
5. Robert, A and et all (Ed: Dervişoğlu, A) Contraceptive Technology: International Edition. Yayın No:1, 1990.
6. Strehlow, S.M. Education for Health, Lippincott Nursing Series. Horper Row, Publishers, London, 1983.
7. Tucker, S.M., et all. Patient Care Standards, Third Edition, The C.V. Mosby Company St.Louis, Toronto, 1984.
8. _____ Aile Planlaması Eğitim Merkezi Eğitim Programı, S.S.Y.B. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Genel Müdürlüğü, Ocak, 1987, Ankara.
9. _____ Aile Planlamasında Danışmanlık T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ocak, 1989, Ankara.
10. _____ Aile Planlaması ve İslam Dini, Türkiye Aile Planlaması Derneği, Yayın No:24, Ankara, 1985.

11. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi-Kontraseptif Yöntemler. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 1994.
12. Aile Planlama Eğitimi İçin Resimli Rehber, T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müd. Ankara, 1992.
13. Aile Planlaması ve Yöntemler Türkiye Aile Planlaması Derneği Ankara, 1987.

BÖLGELER

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1 Ulus | ● 29 Kayış |
| 2 Kültür Abası | ● 30 Boşan |
| 3 Kızılay | ● 31 Keçiören |
| 4 Devlet Bahçelisi | ● 32 Güvercin |
| 5 Kocatepe | ● 33 Gübseren |
| 6 Maltepe | ● 34 Demirlibahçe |
| 7 Bahçeli | ● 35 Hamamönü |
| 8 Emek | ● 36 İhsar |
| 9 Harp Okulu | ● 37 Yenidöğün |
| 10 Kavaklıdere | ● 38 Altındağ |
| 11 Çankaya | ● 39 Dışkapı |
| 12 Ayrancı | ● 40 İktisat |
| ● 13 Öveçler | ● 41 Hippodrom |
| ● 14 Balgat | ● 42 Aydınlık |
| ● 15 Çukurambar | ● 43 Sıteler |
| 16 ODTÜ | ● 44 Fındık |
| 17 Ata | ● 45 Güneşevler |
| 18 İncek | ● 46 Sıfırcı |
| 19 Yıldız | ● 47 Aktepe |
| 20 Gaziosmanpaşa | ● 48 Keçiören |
| 21 Seyrantepe | ● 49 Sanatçılar |
| 22 K.Esat | ● 50 Aşıkpaşazade |
| 23 İncek | ● 51 Varlık |
| 24 Cebeci | ● 52 Etilik |
| 25 Tünel | ● 53 Y. Mahalle |
| ● 26 Akdere | ● 54 Karşıyaka |
| ● 27 Mıdırlı | ● 55 Demetevler |
| ● 28 Tuzluca | ● 56 Gazi |
| | ● 57 Beştepe |
| | ● 58 Şeker Fabrikası |
| | ● 59 Etimesgut |
| | ● 60 Çalımlar |
| | ● 61 Saimie Kadın |
| | ● 62 Fen Fakültesi |



● işaretli alanlara ev ziyareti yapılmış

Araştırmanın Yapıldığı Bölgeler (TEKEK1, İLHAN ve ark. Ankara Büyükşehir Belediyesi EGO Genel Müdürlüğü, Ankara 1985'den 2015'e, Ankara Ajans İletim, 1987.)