

**T. C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**NEVŞEHİR ÖZKONAK KASABASINDA YAŞAYAN  
15 -49 YAŞ GRUBU KADINLARIN  
AİLE PLANLAMASI UYGULAMALARI**

**Tezi Hazırlayan  
Kamuran KAHRAMAN**

**Tezi Yöneten  
Prof. Dr. Nimet KARATAŞ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Eylül 2005  
KAYSERİ**

**T. C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**NEVŞEHİR ÖZKONAK KASABASINDA YAŞAYAN  
15 -49 YAŞ GRUBU KADINLARIN  
AİLE PLANLAMASI UYGULAMALARI**

**Tezi Hazırlayan  
Kamuran KAHRAMAN**

**Tezi Yöneten  
Prof. Dr. Nimet KARATAŞ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Eylül 2005  
KAYSERİ**

## II

**Prof. Dr. Nimet KARATAŞ** danışmanlığında **Kamuran KAHRAMAN** tarafından hazırlanan “**Nevşehir Özkonak Kasabasında Yaşayan 15 -49 Yaş Grubu Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları**” konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

14/09/2005

**JÜRİ :**

**İmza**

**Üye : Prof. Dr. Nimet KARATAŞ**

**Üye : Yrd. Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER**

**Üye : Yrd. Doç. Dr. İskender GÜN**

*(Handwritten signatures of the jury members)*

**ONAY**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun **13.10.2005** tarih ve **341**..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

**13.10.2005**

**Enstitü Müdürü**  
**Prof. Dr. Meral AŞCIOĞLU**



**TEŐEKKÖR**

Bu tezin hazırlanmasında yardım ve desteklerinden dolayı danışmanım Prof. Dr. Nimet KARATAŞ'a, manevi desteklerinden dolayı aileme, Mevlüt ÖZDEN Vakfı Huzurevi personel Őefi Suna TATLICI'ya, personeline, yaşlılarına ve Özkonak halkına teŐekkÖr ediyorum.

**NEVŞEHİR ÖZKONAK KASABASINDA YAŞAYAN  
15 - 49 YAŞ GRUBU KADINLARIN  
AİLE PLANLAMASI UYGULAMALARI**

**ÖZET**

Bu araştırma Nevşehir ili Özkonak kasabasında yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların aile planlaması uygulamalarını saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Örnekleme 15-49 yaş grubu olan 1091 kadının 327'si alınmıştır. Veriler kadınlarla anket formu aracılığı ile birebir görüşme yapılarak toplanmış ve bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde ki-kare testi ve one-way anova ( post Hoc test Tukey HSD) testi kullanılmıştır.

Analiz sonucunda kadınların %56.7'sinin 35 ve üzeri yaşta, %58.3'ünün ilkokul mezunu, %96.1'inin evli, %59.6'sının geliri gidere göre denk, %76.9'unun sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Ayrıca %57.3'ü çekirdek aile tipindedir.

Araştırmaya katılan kadınların %31,5'i RİA, %22,8'i geri çekme, %11,0'i hap, %6,3'ünün kondom kullandığı belirlenmiştir. En uzun süreyle kullandıkları yöntemlerin başında RİA ve geri çekme yer almaktadır. Aile planlaması hakkında bilgilerinin çoğunluğunu ise sağlık ocağından aldıkları saptanmıştır.

Kadınların yaş, eğitim, eşlerin çocuk tercihleri ile gebelik öyküleri arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. İlkokuldan başlayarak bütün eğitim kurumlarında aile planlaması hakkında bilgi verilmesi, sağlık ocaklarında aile planlaması hizmetlerinin verilmesi ve değerlendirilmesi gibi önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler :** Aile planlaması, evli kadın, doğurganlık

**THE FAMILY PLANNING APPLICATIONS OF  
15-49 AGED WOMEN LIVING IN NEVŞEHİR-ÖZKONAK VILLAGE**

**ABSTRACT**

This descriptive study has been performed to determine the family planning applications of 15-49 aged women living in Nevşehir, Özkonak village.

15-49 aged, 327 women from 1091 were taken in the sample. Data was collected with a questionnaire by interviewing face-to-face and evaluated at computer. Percentage and chi-square tests were used for statistical analysis.

As a result of the study; it is determined 56.7 % of the women was 35 years and up, 58.3 % was primary school graduates, 96.1 % was married, in 59.6 %, income was equivalent to expenditures, 76.9 % had social guarantee. Also, 57.3 % of them represented nucleus family type.

It is determined that, 31.5 % of the women used IUD (intrauterine diversion), 22.8 % used interrupts, 11.0 % used pills, 6.8 % used condom. IUD and interrupts were the methods that were used for the longest period. It is found that, they gathered information related to family planning from health center mostly.

The relationships between age of the women, education, partner's child prefer and pregnancy anamnesis were determined to be significant. It is advised to give education related to family planning at all education establishments beginning from primary school and evaluate family planning services at health centers.

**Key words:** Family planning, married woman, fertility

**İÇİNDEKİLER**

İÇ KAPAK.....	I
KABUL ONAY SAYFASI.....	II
TEŞEKKÜR.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	VII
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ.....	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.TANIM VE TARİHÇESİ.....	6
2.2. HORMONAL KONTRASEPTİFLER.....	8
2.2.1. Kombine Oral Kontraseptifler.....	8
2.2.2. Mini Haplar.....	11
2.2.3. Post Koital Haplar.....	13
2.2.4. Enjekte Edilen Kontraseptifler.....	14
2.2.5. Deri Altı İmplantlar.....	16
2.2.6. Vajinal Halkalar.....	18
2.3. RAHİM İÇİ ARAÇLAR.....	18
2.4. BARIYER YÖNTEMLER.....	20
2.4.1. Kondom.....	20
2.4.2. Diyafram.....	21
2.4.3. Spermisitler.....	22
2.5. CERRAHİ KONTRASEPSİYON.....	22
2.5.1. Tüpligasyonu.....	23
2.5.2. Vazektomi.....	24
2.6. DOĞAL AİLE PLANLAMASI.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	26
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	26
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	27
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	27
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI.....	27
3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	27
3.5.2. Ön Uygulama.....	27
3.5.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	27
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	38
6. KAYNAKLAR.....	44
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

- DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü  
OK : Oral Kontraseptif  
RIA : Rahim İçi Araç  
TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması



## TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo .4.1:</b> Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı.....	28
<b>Tablo.4.2:</b> Kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı .....	29
<b>Tablo .4.3:</b> Kadınların gebeliklerini isteme durumlarına göre dağılımı.....	30
<b>Tablo.4.4:</b> Düşük yapan kadınların düşüğün gerçekleşme biçimine göre dağılımı.....	30
<b>Tablo .4.5:</b> İsteyerek düşük yapan kadınların, nedenlerine göre dağılımı.....	30
<b>Tablo .4.6:</b> Kadınların düşük öncesi ve sonrası kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre dağılımı.....	31
<b>Tablo .4.7:</b> Kadınların kontraseptif yöntem kullanma durumlarına göre dağılımı.....	31
<b>Tablo .4.8:</b> Kadınların en uzun süre kullandıkları yöntemlere göre dağılımı.....	31
<b>Tablo .4.9:</b> Yöntem kullanmayan kadınların kullanmama nedenlerine göre dağılımı.....	32
<b>Tablo .4.10:</b> Kadınların en son kullandıkları yöntemi bırakma nedenlerine göre dağılımı.....	32
<b>Tablo .4.11:</b> Kadınların aile planlamasına ilişkin bilgi kaynaklarına göre dağılımı.....	32
<b>Tablo .4.12:</b> Kadınların sağlık kurumundan aile planlamasına ilişkin hizmet talebinin sonuçlanma durumuna göre dağılımı.....	33
<b>Tablo .4.13:</b> Kadınların çocuk tercihlerine göre dağılımı.....	33
<b>Tablo .4.14:</b> Eşlerin çocuk tercihlerine göre dağılımı.....	33
<b>Tablo.4.15:</b> Kadınların eğitim durumu ve ilk evlilik yaş ortalamalarına göre dağılımı.....	34
<b>Tablo .4.16:</b> Kadınların eğitim durumu ve kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre dağılımı.....	34
<b>Tablo .4.17:</b> Kadınların eğitim durumu ve aile planlamasına ilişkin bilgi kaynaklarına göre dağılımı.....	35
<b>Tablo.4.18:</b> Kadınların eğitim durumu ve ideal çocuk sayısı ortalamalarına göre dağılımı.....	35
<b>Tablo .4.19:</b> Kadınların eğitim durumu ve toplam gebelik sayısına göre dağılımı.....	36
<b>Tablo .4.20:</b> Kadınların gebelik sayısı ve eşlerin çocuk tercihlerine göre dağılımı.....	36
<b>Tablo.4.21:</b> Kadınların son kullandıkları gebeliği önleyici yöntemlerin dışında bildikleri geçmişte kullanılmış olan veya halen kullanımına devam edilen yöntemlere göre dağılımı.....	36
<b>Tablo.4.22:</b> Kadınların kendi kendine düşük yapmak için bildikleri geçmişte kullanılmış olan veya halen kullanımına devam edilen yöntemlere göre dağılımı.....	37

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bir toplumda sağlığa verilen değer o toplumun kültür yapısına bağlıdır. Sağlığa verilen değer toplumdan topluma ve aynı toplumda zaman süreci içinde değişebilir. Kişinin nasıl düşüneceğini, hangi dine inanacağını, hastaları nasıl tedavi edeceğini kısacası yaşamın tümünü nasıl belirleyeceğini kültürü belirler. Aynı zamanda bu kültürel değerler toplumunun aile yapısını , ocuk sayısını, gebelik ve doğum gibi olaylarda hangi yöntemi kullanacağını da etkiler.

Bugünkü anlamıyla olmasa bile çok eskiden beri aile planlaması yöntemlerinin varlığı ve çeşitli toplumlarda uygulandığı bilinmektedir. Ancak, bu eski uygulamaları aile planlamasından ziyade doğum kontrolü yada nüfus planlaması şeklinde tanımlamak daha doğru olur.

Günümüzde ise Dünya Sağlık rgt doğumdan ölüme kadar, kadın ve erkeğin yaşamının bütün olarak ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır. 1994'te Kahire'de yapılan uluslar arası nüfus ve kalkınma konferansı; kalkınmanın temel ve vazgeçilmez insan hakkı olduğunu vurgulamıştır. Toplantıda nüfus politikalarının temelinde bireyin yaşam kalitesinin yükseltmesi hedefinin yer alması, nüfus, kaynaklar, evre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerin bilincinde olunması gerektiği kabul edilmiştir . Yakın geçmişe kadar dünyada remeye ilişkin sağlık sorunları, geleneksel olarak Ana ocuk Sağlığı kapsamında ele alınmıştır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin tümünde yaşanan sosyo-demografik değişiklikler nedeniyle artık mevcut Ana ocuk

Sağlığı yaklaşımı, üreme sağlığına ilişkin tüm sağlık sorunlarını karşılayamaz hale gelmiştir. Bu nedenle dünya ülkelerinde kabul edilen yeni bir kavram olarak “üreme sağlığı” konusu yer almıştır. Çok kapsamlı bir konu olan üreme sağlığı hizmetleri, tüm ülkeler tarafından uygun yaştaki bireylere en kısa sürede, temel sağlık hizmetleri kapsamında ulaştırılmalıdır.

Dünyada üreme sağlığı ile ilgili bazı olaylar; aile planlamasında karşılanamayan ve gereksinimi olan çiftler, infertil çiftler, ana ölümleri, ciddi maternal hastalıklar, bebek ölümleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sağlıksız koşullarda yapılan düşüklerdir.

Aile planlaması; üreme sağlığının bir parçası olarak; kadın ve erkeğin üreme sağlığı konusunda bilgilendirilmiş bir şekilde yetki sahibi olabilmeleri, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli ve kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağlıklarını tehlikeye sokmadan düzenlemeleridir. Doğurganlığın düzenlenmesinde, doğurganlığı belirleyen biyolojik, psiko-sosyal ve kültürel belirleyiciler kontraseptif kullanımını ve seçimini etkiler .

Halen dünyada sadece bir günde olan gelişmeler incelendiğinde, her gün 100 milyonun üzerinde cinsel birleşmenin olduğu, bunların 910.000'inin gebelik ve 356.000'inin cinsel yolla bulaşan hastalıkla sonuçlandığı görülür. Meydana gelen gebeliklerin yarısı planlanmış, %25'i planlanmamış gebelikler ve %25'i ise istenmeyen gebeliklerdir. Her gün istenmeyen bu gebeliklerden 150.000'i isteyerek düşükle sonlandırılmaktadır. Bu düşüklerin üçte biri sağlıklı olmayan koşullarda yapılmakta ve her gün 500'ü ölümle sonuçlanmaktadır .

Bir gün içinde olan bu olayların sonuçları, anne ve çocuk sağlığında yıllık mortalite ve morbidite olarak incelendiğinde yüksek değerlerdedir. Tüm dünyada her yıl 500.000 kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte, bunların sadece 4000 kadarı gelişmiş ülkelerde geri kalanı ise gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Dünyada ana ölüm hızı yüz binde 430 dur. Afrika'da yüz binde 870, Japonya dışında Asya'da yüz binde 380, Avrupa'da yüz binde 36 dir. Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı tarafından 1997- 1998'de ülke genelinde 53 ilin tüm hastanelerinde, bir yıl süreyle yürütülen çalışmanın sonucuna göre ana ölüm hızı yüz binde 49.2'dir. Ancak hastaneye başvurmayan yada getirilmeyen ana ölümleri olgularının eksik olduğu düşünüldüğünde bu rakamın daha yüksek olması beklenmektedir .

Dünya genelinde ana ölümlerinin %83'ü doğumla doğrudan ilgilidir. Ana ölümlerinin 1/4 - 1/3'ü güvenli olmayan düşük komplikasyonlarına bağlıdır. Dünya nüfusunun

%25'i (52 ülke) düşük yasalarının oldukça katı olduğu ülkelerde yaşamaktadır. Bu da yasa dışı ve güvenli olmayan düşük işlemlerine başvuruyu artırmaktadır. Bununla birlikte dünyada 300 milyon çift, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin yanı sıra, anne ve çocuk ölümlerinin en az üçte birini önleyebilen aile planlaması hizmetlerine ulaşamamaktadır .

Ülkemizde ana sağlığı hizmetlerinde hedef grup olan 15-49 yaş kadın sayısı, kadın nüfusunun üçte birini oluşturmaktadır. Türkiye'de 15-49 yaş grubu kadınların %95'i evlidir. Bu rakam ana çocuk sağlığı açısından risk altında olan grubun büyüklüğünü göstermektedir.

Türkiye'de ilk evlenme yaşında yükselme olduğu gözlenmektedir. Ortanca evlilik yaşı 45-49 yaş grubu için 19.2'den, 25-29 yaş grubu için 21'e yükseltilmiştir. Kırsal ve kentsel alanlarda farkın giderek kapandığı, ancak bazı bölgesel farklılıkların devam etmekte olduğu görülmektedir. Türkiye genelinde toplam doğurganlık hızı 2.2, kentsel bölgede 2.1 iken, kırsal bölgede 2.7' dir. Bölgeler arasında ise güney (2.3) ve doğuda (3.7) ülke genelinin üzerinde bir oran görülmektedir. Ülke genelinde ortanca ilk doğum yaşı 1993'de 20.8 iken , 2003 de 21.8'e çıkmıştır. Yine 1993 TNSA sonuçlarına göre 0.84 olan düşük hızı, 2003'de 0.38'e , perinatal ölüm hızı ise binde 43'den, binde 24'e düşmüştür. Bu oranlar ülkemizde ana çocuk sağlığındaki iyileşmeye işaret etmektedir.

Ülkemizde doğurgan çağdaki kadınların %71'i herhangi bir yöntem, %42.5'i herhangi bir modern yöntem kullanmaktadır. Dünya genelinde ise herhangi bir modern yöntem kullanma oranı (%54) daha yüksektir. Herhangi bir modern yöntem kullanma oranı gelişmiş ülkelerde %55.3, az gelişmiş ülkelerde %53.7'dir.

Ülkemizde en yaygın kullanılan modern yöntem RİA'dır (%20) ve bunu kondom takip etmektedir (%11). Geri çekme en yaygın kullanılan geleneksel yöntem olmaya devam etmektedir (%26). Yöntem kullanımı kentsel ve kırsal yerleşim yerlerine, bölgelere, eğitim düzeyine ve yaşayan çocuk sayısına göre farklılaşmaktadır.

TNSA 2003 öncesindeki beş yıla ilişkin toplam düşük hızı, kadın başına 0.4 dür. İsteyerek yapılan düşüklerin önemli bir bölümü (%73), genellikle gebeliğin ilk ayında gerçekleşmektedir. İstemli düşük sonrasındaki ilk ayda kadınların %31'inin yöntem kullanmamış olması ve %26'sının geri çekme kullanması ve doğurganlığı sonlandırma taleplerinin (%58), doğumların aralarını açma talebinden 3 kat daha fazla olması aile planlamasına ilişkin gereksinime dikkat çekmektedir.

Ülkemizde halen evli kadınların %69'u gelecekte başka doğum yapmak istemediklerini söylemişlerdir. Buna ek olarak kadınların %14'ü bir sonraki doğum için en azından 2 yıl daha beklemek istediklerini belirtmişlerdir. Böylece halen evli her 5 kadından, 4'ünün çocuk sahibi olmamak ya da ertelemek için aile planlaması hizmetlerine ihtiyacı olduğu sonucuna varılabilir.

Son yirmi yılda çocuk sağlığına ilişkin belirgin gelişmeler kaydedilmesine karşın halen dünyada her yıl 10 milyon bebek ölümü olmakta ve bunların büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır. Genç yaştaki annelerin çocukları, doğum sırası yüksek olan, kısa doğum aralığından sonra doğan çocuklar arasında ölüm oranı yüksektir. 2003 TNSA verilerine göre 15 yaşın altında olan gebeliklerde perinatal ölüm hızı binde 42 iken, 15-26 yaş arasında binde 23 tür. Doğum aralığı 2 yıldan az olan annelerin bebek ölüm hızı binde 74 dür.

Adölesan gebeliklerin insidansı çeşitli ülkelerde farklılık göstermekle birlikte, genellikle gelişmekte olan ülkelerde ki adölesanlarda gebelik oranı daha yüksektir. Erken yaşta çocuk sahibi olan kadınların, eğitim, sosyal ve ekonomik durumlarındaki gelişmelerin önünde bir engel olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde kadınların %40'ı 20 yaş altında doğum yapmaktadır. Yine gelişmekte olan ülkelerde 16 yaş öncesi cinselliği yaşayan adölesan oranı artmaktadır. Ülkemiz genelinde adölesan gebelik oranı %7.5, eğitimsiz olan grupta %14.5 ve doğuda %9.1 dir. Genel olarak adölesanlar üreme, cinsellik, aile planlaması ve üreme sağlığı hakkında çok az bilgiye sahiptirler.

Doğurganlığın düzenlenmesinin ana koşulları; menarş, menapoz yaşı ve infertilite, evlenme yaşı, bebek ve çocuk ölümleri, istenilen aile büyüklüğü, cinsiyet tercihi, yaşlılıkta sosyal güvence, doğumlar arasında tercih edilen süre, emzirme, isteyerek düşükler ve göçler gibi doğrudan veya dolaylı olarak doğurganlığı belirleyen konulardır. Bunların yanı sıra doğurganlığın düzenlenmesinde ailenin yapısı, ekonomik durumu, kadının aile içindeki statüsü, o toplumda çocuğun ekonomik yararı gibi sosyal ekonomik ve kültürel faktörler etkin olmaktadır. Toplumsal normlar seçenekleri kısıtlayarak veya bazı uygulamaları destekleyerek bireylerin seçimini etkiler. Örneğin emzirmenin kontraseptif etkisi nedeniyle yaygın kullanılması, gebeliği önlemede ve düşük amacıyla kullanılan geleneksel uygulamalar doğurganlık üzerinde etkili olmaktadır. Bir toplumda halkın çok çocuk yapma arzusu toplum norm ve değerleri ile aynıysa bu toplumda doğum kontrolünü başlatmak için köklenmiş değer sistemlerini iyi

anlamamız gerekir. Sağlık ve hastalık gibi doğum kontrolü de halkın sosyo-kültürel davranışının bir sonucudur.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde sunulan aile planlaması hizmetlerinde etkinliğin sağlanabilmesi için tüm sağlık personeline özellikle halk sağlığı hemşiresine önemli görev düşmektedir. Halk sağlığı hemşiresi, çalıştığı toplumda vereceği hizmetlerin etkin olabilmesi için o toplumun kültürüyle uyumlu bir şekilde çalışmalıdır.

Ülkemizde aile planlaması hizmetlerinin etkinliliğinin, sürekliliğinin ve ulaşılabirliğinin sağlanması için risk gruplarına yönelik sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması gerekmektedir.

Bu araştırma Nevşehir ili Özkonak kasabasında yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların aile planlaması uygulamalarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. AİLE PLANLAMASININ TANIMI VE TARİHÇESİ

Kısaca evli çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına yardım eden uygulamaların tümü olarak belirtilen aile planlaması uygulaması, şu şekilde tanımlanabilir: Aile planlaması bireylerin yada eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına; iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını ve sosyo-ekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine; çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür (1 ).

Aile planlamasının tarihi insanlık kadar eskidir. İnsanlar gebeliğin cinsel ilişki sonucu ortaya çıktığını anladıklarından bu yana, çeşitli usullerle bunu önleme çabalarına da girmişlerdir.

Bu konuda yazılı en eski belge, MÖ 2700 yılında Çin'de yazılmış olan bir tıp kitabındaki kontrasepsiyon ve düşük yaptırmaya ilişkin reçetelerdir. Mısır'daki, Kahun veya Petri papirusu (MÖ 1850) tanımlanan çeşitli vajinal kontraseptif tamponlar da yine konu ile ilgili tarihi belgelerdir.

Yine milattan önceki dönemlerde Arapların çölu geçerken, gebe kalmaması için develerin uterusuna yuvarlak taşlar koydukları da günümüze ulaşan bilgiler arasındadır. Modern çağda, özellikle toplumların fertilitate kontrolünü, giderek bir insan hakkı olarak görmeye başlaması ve aşırı doğurganlıkla sağlık ve refah arasındaki ilişkinin iyi anlaşılması, konu ile ilgilenenleri, bilimsel gerçekleri ve uygun teknolojileri araştırmaya

ve geliştirmeye yöneltmiştir. Örneğin kondomlarla ilgili çalışma ilk 1564'de başlamış, 1838'de ilk diyafram yapılmış, spermisitlerin kullanıma sunulması 1885'lerde gerçekleştirilmiştir.

Rahim içi araçların (RİA) ilk tanımlaması 1909'da Richter, 1929'da Grafenberg tarafından yapılmıştır.

Hormonal kontraseptiflerin ilki olan oral hapların, Rock, Pincus ve Garcia'nın 1956 ve 1958'deki yayınlarından sonra üzerinde daha da yoğun çalışılmaya başlanılmış, daha sonraları da hormonal kontraseptiflerin implant ve enjeksiyon Şekilleri, cerrahi sterilizasyonun da daha basit-kolay teknikleri geliştirilmiştir (2, 3).

### **Kontraseptif Yöntemler**

Günümüzde kullanılan kontraseptif yöntemlerin sınıflandırılması:

#### **1.Hormonal kontraseptifler**

- Kombine oral haplar
- Mini haplar
- Post koital haplar
- Depo enjeksiyonlar
- Deri altı implantları
- Vajinal halkalar

#### **2.Rahim içi araçlar**

#### **3.Bariyer yöntemler**

- Kondom
- Diyafram
- Spermisitler

#### **4.Cerrahi Sterilizasyon**

- Tp ligasyonu
- Vazektomi

#### **5.Doğal Aile Planlaması**



## **2.2. HORMONAL KONTRASEPTİFLER**

### **2.2.1. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK, Hap)**

Kombine oral kontraseptifler (KOK) çok güvenilir bir kontraseptif yöntemdir. KOK'lar doğal kadınlık hormonları östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerir. 21 yada 28 günlük paketler halinde hazırlanmıştır. Ülkemizde 22 tablet içeren preparatlarda vardır.(4).

#### **Etki Mekanizması**

KOK'ların içerdikleri, östrojen ve progesterinin etkisi ile, ovulasyonu inhibe ederek, endometrial tabakayı etkileyerek, servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin uterus içerisine geçmesini engelleyerek gebeliği önler.

Düşük doz KOK'ların teorik etkililiği çok yüksek olup ilk yıl için %99.9 oranında etkilidir.

#### **Kullanımı**

KOK'lar 28 günlük, 21 veya 22 günlük paketler halindedir. Adetin birinci veya beşinci günü başlanan 28 günlük paketlerde, her siklusun son haftasında alınan 7 hap demir içerir, hormon içermez. Bu 7 hapın temel amacı kadının hergün hap alma alışkanlığını kaybetmemesidir.

21 veya 22 haplık paketlerdeki her hap hormon içerir. Paketteki haplar bitene dek her gün bir hap alınır. Daha sonra 6 veya 7 gün hap almaya ara verilir. Bu süre içinde menstrüel kanama olur. Menstrüel kanama olmasa bile 21 günlük haplarda 7 gün 22 günlük haplarda 6 gün sonra yeni pakete başlanılmalıdır. Haplar her gün bir adet ve aynı saatte alınmalıdır.

-Eğer bir hap unutulursa: Unutulan hap, hatırlandığı an alınmalı, o güne ait hap ta normal zamanında içilmelidir.

-İki hap unutulduğunda: Adet siklusunun birinci yarısında ise iki gün üst üste ikişer hap alınır. Bir hafta süre ile, ek bir yöntem kullanılması da uygun olur. Adet siklusunun ikinci yarısında 2 hap alınması unutuldu ise; o paket atılır ve yeni bir pakete başlanır. Bir hafta süre ile de ek bir yöntemle korunulur.

-Üç hap unutuldu ise; Paket atılıp hemen yeni bir pakete başlanır. Bir hafta süre ile ek bir yöntemle korunulur.

**Olumlu Yönleri:**

- Kullanımı kolay, son derece etkili ve cinsel ilişki zamanından bağımsız yöntemlerdir.
- Adet kanamaları, miktarca daha az, daha kısa ve düzenli hale gelir.
- Demir eksikliği anemisi riskini azaltır.
- Premenstruel gerginlik ve endometriyozisle ilgili şikayetler azalır.
- Dismenoreyi tedavi eder.
- Aknelere iyi gelebilir.
- Benign meme hastalıklarını (Kist, Fibroadenom vb.) azaltır.
- Benign over kistlerinin oluşumunu azaltır.
- Romatoid artrit riskini azaltır.
- Ektopik gebeliği önler.
- Endometriyal kanser riskini azaltır.
- Over kanseri riskini azaltır.
- Pelvik enfeksiyon riskini azaltır.
- Osteoporoz riskini azaltır
- Etkileri ve yan etkileri çok iyi incelenmiştir.
- Bırakıldığı zaman fertilité kısa sürede geri döner.
- Beklenen yaşam süresini uzatır.

Görüldüğü gibi oral kontraseptiflerin gebeliği önlemede çok etkili olmalarının yanı sıra, kadın sağlığına kontraseptif olmayan pek çok yararları vardır. Bu yararlar günümüze dek yapılan pek çok kesitsel ve prospektif (kohort) çalışma sonuçlarında da ortaya konulmuştur (5, 6).

**Olumsuz Yönleri:**

- Her gün hap alınmasının hatırlanması gerekir.
- Bazı kadınlar kilo alabilir
- Bazen ara kanaması ve lekelenme olabilir.
- Bazı ilaçlarla (barbitüratlar, fenitoin, fenilbuzaton, rifampisin ve diğer bazı antibiyotiklerle) etkileşimi vardır.
- Çok ender olmakla birlikte, özellikle sigara içen kadınlarda, dolaşım bozukluklarına neden olabilir.
- Kan basıncını yükseltebilir.
- Klamidya enfeksiyon riskini artırır.

**Kullanım Endikasyonları:**

- Çok etkili ve geriye dönebilen kontraseptif yöntem kullanmak isteyenler.
- Aşırı adet kanaması nedeniyle anemisi olanlar.
- Adet ağrısı olanlar
- Benign over kisti öyküsü olanlar,
- Adet düzensizliği olanlar,
- Ektopik gebelik öyküsü olanlar,
- Premenstrüel yakınmaları ya da siklus ortası (ovulasyon ağrısı) ağrısı olanlar,
- Ailesinde endometriyal veya over kanseri öyküsü olanlar,
- Benign meme hastalıkları olanlar,
- Tekrarlayan pelvik enfeksiyon öyküsü olanlar için kombine oral kontraseptifler uygun yöntemlerdir.

**Kullanım Kontrendikasyonları:**

- Halen gebe veya gebelik kuşkusu olanlar,
  - Meme kanseri veya meme kanseri öyküsü olanlar,
  - Geçmişte veya halen tromboembolik ya da diğer vasküler hastalığı (tromboflebit, felç, akciğer embolisi vb.) olanlar,
  - Genital organ kanseri olanlar,
  - Kalp hastalığı veya kuşkusu olanlar,
  - Akut karaciğer hastalığı olanlar kombine oral kontraseptifleri kullanmamalıdır.
- Kombine OK'lerin ilk seçenek olmaması gereken, kullanılıyor ise özenle ve sık izlenilmesi gereken durumlar:
- Emzirenler (bebek 6 aydan küçük ise)
  - 35 ve daha ileri yaşta olup, günde 15 veya daha fazla sigara içenler.
  - Nedeni bilinmeyen vajinal kanaması olanlar,
  - Migren, şiddetli baş ağrısı ya da epilepsisi olanlar,
  - Depresyonu olanlar
  - Gebelik sırasında veya daha önce hap kullanırken sarılık geçirmiş olanlar,
  - 40 yaşını geçmiş ve diyabet, kardiyovasküler, serebro-vasküler hastalık riski taşıyanlar.
  - Hipertansiyonu olanlar (KB>140/90 veya tek kontrolde diyastolik 110 mmHg veya fazla ise)
  - Hareketi engelleyen büyük ameliyat geçirme veya 4 hafta içerisinde böyle bir ameliyat geçirecek olanlar.

**Kombine oral kontraseptif kullananlarda görülebilecek yan etkiler:**

- Mide bulantısı
- Göğüslerde duyarlılık
- Adet miktarının azalması, amenore veya adetler arası lekelenme
- Baş ağrısı
- Baş dönmesi
- Kilo artışı

Yöntemi kullanacak kişiye, yukarıdaki yan etkilerden bazılarının, başlangıçta görülebileceğini, sağlık açısından hiçbirinin önemli olmadığı, bunların zamanla kendiliğinden geçeceği, danışmanlık sırasında anlatılmalı; Eğer herhangi bir endişesi olursa sağlık kuruluşuna hemen başvurabileceği belirtilmelidir. Bu durumda yöntem kullanıcı, yöntemle ilişkin kendisini daha rahat hisseder (1).

**Kombine Oral Kontraseptif kullananlarda sağlık yönünden önemli olabilecek uyarı işaretleri:**

- Şiddetli karın ağrısı
- Şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı
- Şiddetli baş ağrısı, kuvvet ya da his kaybı
- Şiddetli uyluk ya da bacak ağrısı
- Ani görme kaybı ya da bulanık görme, konuşma bozukluğu.
- Tüm bu uyarı işaretlerinin özenle değerlendirilmesi özellikle de trombo-embolik olaylar yönünden incelenmesi gerekir, bu nedenle kombine oral kontraseptif kullananlarda bu belirtilerden herhangi biri ya da gebelik kuşkusu varsa veya depresyon, sarılık, memede kitle gelişirse, kullanıcı mutlaka bir sağlık kuruluşunda incelenmelidir.

**Oral Kontraseptif Kullananların İzlenmesi:**

Yeterli bir başlangıç incelemesi ile OK başlanan kadınlar, yöntemi uzun yıllar başarılı olarak emniyetle kullanabilirler. İlk kez OK başladığında birinci izleme yöntemle başlamayı izleyen ilk 3 ay içerisinde yapılmalıdır. Bundan sonra, kullanıcının 6-12 aylık aralıklarla kontrolü yeterlidir. OK kullananlarda yılda bir kez pelvik muayene ve meme muayenesi yapılması tercih edilen uygulamalardır.

### **2.2.2. Mini Haplar**

Yalnız progestin içerirler. Mini haplarda, kombine oral kontraseptiflere oranla daha düşük dozda progestin bulunur ve östrojen içermezler.

#### **Etki mekanizması:**

Mini haplar gebeliği;

- Servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin geçişini engelleyerek,
- % 40-60 oranında ovulasyonu engelleyerek,
- Tubal motiliteyi etkileyerek,
- Endometriyumu incelterek implantasyonu engelleyerek önlerler.

Kombine OK'lere göre etkileri biraz daha düşüktür. Yine de emzirenlerde %98.5 oranında, emzirmeyenlerde %96 oranında gebeliği önler.

#### **Kullanımı:**

Mini haplar, adet 1. günü başlanır ve her gün aynı saatte 1 hap alınarak sürdürülür. Yani adet döneminde ara verilmez. OK'lerde 1 hap unutulması genellikle sorun yaratmadığı halde mini haplarda, hap almadaki 3 saatten fazla süredeki gecikme bile yöntemin etki derecesini azaltır. Bu nedenle mini hap kullanacaklara bu durum danışmanlık yapılırken iyi anlatılmalıdır. Mini haplar emzirenler için de çok uygun yöntemdir. (1, 2).

#### **Olumlu Yönleri:**

- Östrojen içermedikleri, progestin miktarı da çok düşük olduğu için endikasyonları daha geniştir.
- Emzirenler için uygundur, anne sütünün miktarını azaltmaz, niteliğini değiştirmez.
- İleri yaş grup kadınlara da çok uygundur.
- Kombine OK'lara göre yan etkileri daha azdır.
- Adet miktarını azaltır.
- Metabolik etkileri azdır.
- Cinsel ilişkinin zamanından-bağımsız yöntemlerdir.

#### **Olumsuz Yönleri:**

- Emzirme dışındaki koruyuculuğu daha azdır.
- Ara kanaması, lekelenme, amenore ve adet düzensizliği daha sıklıkla görülür.
- Mini hap alınması geciktirilirse veya unutulursa gebelik olasılığı artar.
- Dış gebelik (enderdir)

**Kullanım Endikasyonları:**

- Emzirenler
- Östrojen'in yan etkisi nedeni ile hap kullanamayanlar.
- İleri yaş kadınlar

**Kullanım kontrendikasyonları:**

- Fonksiyonel over kisti tanısı olanlar
- Gebelik
- Aktif karaciğer hastalığı
- Tanı konulmamış vajinal kanama
- Meme kanseri tanısı olan kadınlar, mini hap kullanmamalıdır.

**Yan Etkileri:**

- Amenore
- Kanama/lekelenme
- Baş ağrısı
- Alt karın/pelvik ağrı (dış gebelik ekarte edilmeli)
- Memede duyarlık
- Göğüs ağrısı (Kardiyo-vasküler hastalık yönünden araştırılmalı)
- Sarılık (Aktif karaciğer veya safra kesesi hastalığı araştırılmalı)
- Bulantı/baş dönmesi (Belirtiler, pelvik muayene ve test ile gebelik ekarte edilmelidir).

**Kullananların İzlenmesi:**

Ülkemizde halen içerisinde etinodiol diasetat (0.5 mg) bulunan tek bir preparat bulunmaktadır. Başvuran bu yöntemi istiyor ise, herhangi bir kontrendikasyon da yoksa ilk gelişte 3 aylık daha sonra da 3'er aylık mini hap verilebilir. Danışmanlıkta özellikle adet düzensizliği ile ilgili yan etkilerin başvurana daha başlangıçta iyi açıklanması gerekir. Bu etkinin sağlık yönünden bir sakınca teşkil etmediği iyi anlatılmalıdır (7).

**2.2.3.Post Koital Haplar**

Acil kontrasepsiyon gerektiren durumlarda kullanılır. Kontraseptif amaçlı, sürekli kullanılmamalıdır. Kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİA'nın düşmesi, hap alınmanın unutulması veya cinsel tecavüz gibi durumlarda acil kontrasepsiyona ihtiyaç vardır. Geçmişte bu amaçla, birkaç gün süreyle yüksek doz östrojen kullanımı önerilmiş, uygulanmıştır da ancak ciddi yan etkileri nedeni ile artık kullanılmamaktadır. Günümüzde çeşitli post koital rejimler denenmişse de halen üzerinde durulan üç uygulama vardır (8).

1-Post koital haplar

2-RU-486.

3-Post koital RİA

#### **2.2.4.Enjekte edilen kontraseptifler**

En yaygın kullanılan, enjekte edilen kontraseptiflerler progestin içerirler. 1960'lardan beri kullanılan depo progestinlerin özellikle son 15 yılda klinik incelemeleri ve saha uygulamaları uluslararası sağlık kuruluşlarınca iyi değerlendirilmiş, emniyetli ve etkili olarak nitelendirilmişlerdir.

#### **Halen en yaygın kullanılan, enjekte edilen depo progestinler:**

-Depo medroksiprogesteron asetat Her dozu 150 mg DMPA içerir; 3 ayda bir uygulanır.

-Noretisteron enantat her dozu 200 mg NET-EN içerir 2 ayda bir uygulanır.

#### **Etki mekanizması:**

-Ovulasyonu suprese eder

-Servikal müküsü kalınlaştırarak spermelerin geçişini engeller,

-Endometriyumu ince, atrofik hale getirir.

Yukarıdaki üç etki mekanizmasının kombinasyonu sonucunda gebeliği, cerrahi sterilizasyon düzeyinde çok etkili olarak önler. (İlk kullanım yılındaki başarısızlık hızı 100 kadında 0.1 den azdır). Kontraseptif etki uygulamayı izleyen 24 saat içerisinde başlar. Yöntem bırakıldığında fertilitenin dönmesi 5-7 ay kadar gecikebilir.

#### **Kullanımı:**

İlk enjeksiyon adet siklusunun ilk 5 günü içerisinde yapılmalıdır. Enjekte edilen depo-progestinler adet gecikmesi, adet düzensizliği veya adet miktarında azalmaya neden olabilirler, bu nedenle yöntemi kabul edenlere yapılacak danışmanlıkta bu hususlarda kişi iyice aydınlatılmalı ve bu belirtilerin sağlık yönünden hiçbir sakıncası olmadığı anlatılmalıdır.

#### **Yan Etkileri:**

Kullananlarda en sık olarak;

-Adet düzensizlikleri

-Baş ağrısı

-Kilo alma

-Memede duyarlılık görülebilir.

#### **Olumlu Yönleri:**

- Geriye dönüşümlü kolay uygulanan, çok etkili bir yöntemdir.
- Emzirenler tarafından kullanılabilir
- İleri yaştaki kadınlar tarafından kullanılabilir.
- Ektopik gebelik ve demir yetersizliği anemisini önler
- Orak hücreli anemisi olanlarda da kullanılabilir.
- Cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır.

**Olumsuz Yönleri:**

- Adet düzensizliğine neden olabilir.
- Yöntem bırakıldığında fertilitenin dönmesi bir süre gecikebilir.
- Kilo artışına neden olabilir
- Enjeksiyon yaptırma gereği

**Kullanım Endikasyonları: (Çoğu mini haplarla benzerdir)**

- Gebelikler arasında uzun süre isteyenler veya artık çocuk istemeyen ancak cerrahi sterilizasyon da istemeyenler.
- Cinsel ilişki zamanlamasından bağımsız yöntem isteyenler
- Emzirenler
- İleri yaştaki kadınlar
- Östrojen kullanma kontrendikasyonu olanlar.

**Kullanım-Kontrendikasyonları:**

- Gebelik
- Akut veya kronik karaciğer hastalığı
- Aktif tromboembolik olay
- Tanı konulmamış vajinal kanama
- Meme kanseri
- Genital kanal neoplazisi

**Kullanıldığında dikkatle izlenilmesi gerekenler:**

- Diyabetikler
- Kan basıncı 140 mmHg ve/veya diyastolik KB'i 90 mmHg üzerinde olanlar,
- Migren türü şiddetli baş ağrıları veya epileptik olanlar.
- Depresyonu olanlar
- Fonksiyonel over kisti öyküsü olanlar.

**Kullananların izlenmesi**

Yılda bir kez meme muayenesi ve pelvik muayene yapılması planlanmalıdır.



Üç ve iki aylık aralarla, enjeksiyon yolu ile uygulanan, sadece progesteron içeren kontraseptiflerin, bir aylık aralıklarla uygulanan östrojen ve progesteron içeren “Kombine” şekilleri de mevcuttur (7, 8).

### **2.2.5.Deri Altı İmplantları (NORPLANT )**

1960’lardan beri üzerinde çalışılan deri altı implantların günümüzde en yaygın kullanılanı “non-biodegradable” nitelikte olan norplantdır.

Beş yıl süreyle koruma sağlayan etkili, uzun süreli ve geri dönüşümlü bir kontraseptiftir. Bu özellikleri nedeni ile cerrahi sterilizasyona alternatif bir yöntem olarak düşünülebilir.

#### **Etki Mekanizması:**

- Norplant da diğer, sadece progestin içeren kontraseptifler gibi;
- Ovulasyonu süprese ederek
- Servikal mukusu kalınlaştırarak, spermelerin geçişini engelleyerek
- Endometriyumu incelterek tüm bu etkilerin kombinasyonunu ile gebeliği çok etkili olarak önler.

Deri altına yerleştirilen silastik kapsüllerden, düşük düzeyde ancak sürekli salınan levonorgestrol beş yıl süre ile çok etkili bir kontrasepsiyon sağlar. Beş yıllık sürede Norplant için yıllık ortalama gebelik hızı %1’den daha azdır.

#### **Kullanımı:**

6 kapsülden oluşan Norplant seti, genellikle üst kolun iç kısmına yelpaze biçiminde yerleştirilir. Norplant adet siklusunun ilk 7 günü içerisinde uygulanır, bu durumda gebelik de ekarte edilmiş olur.

#### **Yan Etkileri:**

Yalnız progestin içeren KS yöntemlere benzer yan etkileri vardır.

- Menstrüel siklus değişiklikleri (adet kanamalarının uzun sürmesi, adetler arası kanama ya da lekelenmeler, amenore veya sürekli kanama gibi)
- Baş ağrısı, baş dönmesi,
- Akne,
- İştah ve kilo değişikliği,
- Memelerde duyarlılık
- Hirsutizm veya saç dökülmesi,
- Fonksiyonel over kisti (spontan olarak kaybolur)

#### **Olumlu Yönleri:**

- Geriye dönüşümlü, uzun süreli ve çok etkili bir kontraseptiftir.
- Kullanımı kolay ve rahattır, cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır.

**Olumsuz yönleri:**

- Uygulama ve çıkarılması küçük bir cerrahi işlem ve eğitilmiş personel gerektirir.
- Cerrahi girişime bağlı enfeksiyon, kanama, hematoma gibi komplikasyonlara ender de olsa rastlanabilir.
- Kullanıcı, kendi kendine yöntemi bırakamaz.

**Kullanım Endikasyonları:**

- Gebelikler arasında uzun süre isteyenler veya artık çocuk istemeyen ancak cerrahi sterilizasyon da istemeyenler,
- Cinsel ilişki zamanlamasından bağımsız yöntem isteyenler,
- Östrojen kullanma kontrendikasyonu olanlar,
- Emzirenler,
- İleri yaştaki kadınlar.

**Kullanım Kontrendikasyonları:**

- Gebelik,
- Akut ve kronik karaciğer hastalığı,
- Tanı konulmamış anormal vajinal kanama,
- Trombo-embolik olay,
- Koroner-arter veya serebro-vasküler hastalık,
- Orak hücreli anemi,
- Meme ve diğer hormon-bağımlı kanserler.

**Kullanıldığında dikkatle izlenmesi gerekenler:**

- Diyabetikler,
- Kan basıncı 140 mmHg ve/veya diyastolik KB 90 mmHg'nin üzerinde olanlar,
- Migren türü veya şiddetli baş ağrıları veya epileptik olanlar,
- Depresyonu olanlar,
- Memenin fibrokistik hastalığı olanlar.

**Kullananların izlenmesi:**

Norplant yöntemini kabul edenler, hiç bir şikayetleri olmasa da ilk iki ay içerisinde bir kez izlenmelidir. Bu izlemede uygulama yeri, kapsüllerin durumu kontrol edilir. Kullanıcının daha sonra yılda bir kez izlenmesi yeterlidir. Norplant uygulanacaklara ve

izlemelerde pelvik muayene yapılması zorunlu değildir, ancak meme muayenesi yapılmalıdır (9, 10).

### **2.2.6. Vajinal Halkalar (RİNGLER)**

Hormon içeren silastik halkalar vajene yerleştirildiğinde, salınan hormonun özelliği ve düzeyine bağlı olarak koruyuculuk sağlanır. Yöntemin olumlu yönü kullanıcı kontrolünde olmasıdır. Ancak yöntem bırakma yönünden bu olumsuzluk olarak da görülebilir (7).

## **2.3. RAHİM İÇİ ARAÇLAR**

### **RİA Türleri (Halen Kullanımda Olanlar)**

-İnert (katkısız) RİA'lar: Polietilen (Lippes Loop) veya paslanmaz çelikten (Çin'de kullanılan ring'ler) yapılmışlardır.

-Bakırlı RİA'lar: Cu T-380 A, Cu T 200 C, Multiload (ML Cu 250 ve 375) ve Nova T gibi.

-Hormonlu RİA'lar (progesteron veya levonergestrol içerirler)

Günümüzde Cu-T 380 A pek çok ülkede ve ülkemizde en yaygın olarak kullanılan RİA türüdür.

Bakır T 380 A; T harfi biçiminde olan plastik kısmına, T nin üst kollarına ve gövdesine yüzey alanı 380 mm<sup>2</sup> olan bakır eklenmiştir.

### **Etki Mekanizması:**

RİA'lar aşağıda belirtilen üç etki mekanizmasının kombinasyonu sonucu gebeliği önlerler:

1-Üst genital kanala sperm migrasyonunu önleyerek.

2-Oyum transportunu inhibe ederek,

3-Fertilizasyonu inhibe ederek.

Geriye dönüşümlü, emniyetli ve kontraseptif etkisi çok yüksek olan yöntemlerdir. Genel olarak başarısızlık hızı ilk kullanım yılı için 100 kadında 3-5 arasındadır. Bakır T-380 RİA'larda bu hızın %1'den az olduğu bildirilmektedir.

### **Olumlu Yönleri:**

-Güvenli ve çok etkili, geriye dönüşümlü yöntemlerdir.

-Yöntemin kullanımı cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır.

-Kullanımı kolaydır

-Uygulandıktan sonra uzun süre etkilidir.

-Emzirenler için uygundur

-Çıkarıldığında fertilitenin dönmesi gecikmez.

**Olumsuz Yönleri:**

- Uygulama ve çıkarılması konu ile ilgili eğitilmiş sağlık personeli gerektirir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalık riskinde olanlar için uygun bir yöntem değildir.
- Uygulamadan sonra birkaç ay adetlerde artma, ağrı ve ara kanamaları yapabilir.

**Kullanım Endikasyonları:**

- Gebeliklerin arasında uzun süre olmasını isteyenler ve/veya artık çocuk istemeyenler,
- Hormonal KS'ler için uygun olmayanlar,
- Emzirenler,
- Koitus'tan bağımsız yöntem isteyenler,
- Bir veya daha çok çocuğu olanlar,
- Acil, postkoital kontrasepsiyona gereksinimi olanlar.

Kullanım Kontrendikasyonları;

**Kesin olarak RİA uygulanılmaması gerekenler:**

- Uterus, serviks, over veya diğer pelvik organ kanseri olanlar.
- Uterin kaviteyi ilgilendiren şekil bozukluğu olanlar.
- Gebelik
- Akut veya tekrarlayan pelvik enfeksiyon.
- Tanı konmamış vajinal kanama.

Kullanım süresi tamamlanmış RİA'yı (on yılın sonunda) yenisi ile değiştirirken ara verilmesi gereksizdir. Kullanıcıya medikal bir yarar sağlamadığı gibi kadını istenmeyen gebelik riskine sokar.

**Yan Etkileri:**

RİA'lar uygun vaka seçildiğinde son derece emin ve emniyetle kullanılacak kontraseptif yöntemlerdendir. Kullanımı izleyen ilk aylarda adet miktarında artma, dismenore, adetler arası lekelenme görülebilir. Bu belirtiler genellikle 3-4 ay sonra kendiliğinden geçer.

RİA uygulanmasının üzerinden 6 ay geçmesine rağmen yukarıda belirtilen semptomlar kullanıcıyı rahatsız edecek ölçüde devam ediyorsa vaka özenle değerlendirilmelidir.

**Olası komplikasyonlar:**

- Uterus perforasyonu
- Gebelik.
- Pelvik Enfeksiyon (11, 12)

**2.4. BARIYER YÖNTEMLER**

Genellikle vajene uygulanan, spermelerin üst genital kanala geçmesini engelleyen yöntemlerdir. Bunlar;

- Kondomlar
- Diyafraflar
- Spermisidler dir.

Bariyer yöntemler için kesin kontrendikasyon teşkil eden durum yoktur.

**Relatif kontrendikasyonlar:**

- Bariyer yöntemin içeriğinde bulunan maddeye karşı allerji, duyarlılık,
- Kişinin yöntemi kullanmadaki becerisinin yetersizliği,
- Yöntem başarısızlığındaki gebeliğin, medikal yönden yüksek risk grubunda olması.

**Bariyer yöntem kullanacakların sağlık kontrolü:**

Diyafraflar kullanacakların pelvik muayenesi dışında diğerleri için özel bir muayene gerekmemektedir (7).

**2.4.1. Kondom**

Halen dünyada yaklaşık 50 milyondan fazla çift kontraseptif amaçla kondom kullanmaktadır. Doğru kullanıldığında çok etkili olduğu halde, kullanım etkililiği çok daha düşüktür. İlk kullanım yılı için başarısızlık hızı %12 olarak bildirilmektedir.

Kondom cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen lateks kauçuktan yapılmış ince kılıftır. Kontrasepsiyon sorumluluğunu erkeklerin de paylaşmasını sağlayan bir yöntemdir. Kondom spermisitle birlikte düzenli kullanıldığında koruyuculuğu daha da artar.

**Kontrendikasyonları:**

- Erkeklerde ereksiyonla ilgili bir sorun varsa,
- Eşlerden birinde kauçuk allerjisi varsa kondom kullanılmamalıdır.
- Gebelik kontrolü sorumluluğunu eşlerin paylaşmasını sağlar.
- Pahalı değildir kolay bulunur.
- Dağıtım kolaydır.
- Eşlerin sağlık personelinin bağımsız kontraseptif kullanmalarını sağlar.

-Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan korunmada (HIV/AIDS dahil) en etkili yöntemlerden biridir (13,14).

#### **2.4.2. Diyafram**

Serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmış kontraseptif yöntemlerdir.

Koitusdan önce kubbe kısmına spermisit konularak uygulanır. Böylece mekanik ve kimyasal bariyer etkilerin kombinasyonu sonucu spermilerin üst genital kanala geçmeleri engellenerek oldukça yüksek düzeyde kontrasepsiyon sağlamış olur.

Çeşitli türleri geliştirilmiştir, çapları farklı ölçülerde diyaframlar mevcuttur.

#### **Yöntemi kullanmak isteyenlere:**

-Genel ve yöneme özel danışmanlık yapılmalıdır.

-Pelvik muayene ile hem jinekolojik değerlendirme yapılmalı hem de hangi boy diyaframın uygun olduğu tuşe ile, arka forniks-pubis altı arası ölçülerek karar verilmelidir.

-Karar verilen boydaki diyaframın doğru olarak uygulanışı yapılarak ve kullanacak kişiye de yaptırılarak öğretilmelidir.

-İzleme muayenesine gelirken yöntemi kliniğe gelmeden uygulaması istenmeli, böylece yöntemin doğru uygulanıp uygulanmadığı kontrol edilebilir.

Bariyer yöntemlerin daha önce belirtilen genel endikasyon ve kontrendikasyonlarına ek olarak diyaframa özel;

#### **Kontrendikasyonlar:**

-Kauçuk ya da spermisit allerjisi olması,

-Vajene diyaframı doğru yerleştirmeyi öğrenememe,

-Anatomik yapının diyaframın iyi yerleşmesini engellediği durumlar,

-Tekrarlayan üriner enfeksiyonlar.

#### **Yan Etkileri:**

-Ender olarak allerjik reaksiyon,

-Üriner enfeksiyonların tekrarlaması,

-Vajinal akıntı (Diyafram vajende gereğinden uzun süre tutulursa)

-Vajen duvarında bası nedeni ile lezyon.

Diyaframın kontroldeki durumu önemli olmakla birlikte her 2 yılda bir kullanılan diyafram bir yenisi ile değiştirilmelidir.

Diyafram kullananların yılda bir kez izlenilmesi yeterlidir (8).

### 2.4.3. Spermisitler

Vajinal spermisitler beş bin yıldan beri kontraseptif amaçla kullanılmaktadır. Modern yöntemlerle hazırlanan kimyasal preparatlar dışında, günümüzde bile yöresel olarak uygulanan, sirke, oksijenli pamuk, aspirin, sabun, limon bu yöntem için halen kullanılan örneklerdir.

Spermisitlerin, kondom veya diyafram gibi mekanik bariyer yöntemlerle birlikte kullanıldığında koruyuculuğu tek başına kullanılmalarına kıyasla çok daha fazladır.

#### **Spermisit Türleri:**

Aerosol, krem, jel, macun, supozituar, vajinal köpük tablet ve vajinal sünger gibi türleri vardır. Spermisitlerdeki temel etkili madde, nonoxynol-9, octoxynol-9 ve menfegol'dür. Köpük spermisitler dışındakilerin tek başına kontraseptif amaçla kullanımı önerilmemektedir. Doğru, zamanında ve her koitusta kullanılmaları önemlidir (7).

Kullanım endikasyonları:

#### **Bariyer yöntemlerin genel endikasyonlarına ek olarak spermisitlere özel;**

- Diyafam ve kondom kullananlar,
- Fertilitesi yaş veya laktasyon nedeni ile azalanlar,
- Gebeliğin mediko-sosyal yönden yüksek risk oluşturdukları,
- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon riskinde olanlar (kondomla birlikte önerilmeli).

#### **Yan Etkileri:**

Ender ve önemsizdir. Kimyasal maddeye karşı duyarlılık ve allerji sonucu lokal irritasyon olabilir (1, 2, 4).

## 2.5. CERRAHİ KONTRASEPSİYON

Halen dünyada en yaygın olarak kullanılan en etkili kontraseptif yöntem cerrahi sterilizasyon olup toplam 200 milyondan fazla çift bu yöntemle gebelikten korunmaktadır.

Cerrahi sterilizasyon (kadında tüp ligasyonu, erkekte vazektomi) artık çocuk istemeyen aileler için uygun yöntemlerdir. Günümüz teknolojisi ile yöntemin geriye dönüşümü sağlanabilirse de bu işlem pahalı ve güçtür. Aynı zamanda başarı şansı da yüzde yüz değildir. Bu nedenle cerrahi sterilizasyon yöntemleri topluma, kişilere hizmetler sunulurken “geriye dönüşümü olmayan, kalıcı yöntemler” olarak tanımlanmalıdır (13).

Kalıcı nitelikleri nedeni ile, yöntemlerin sunumundaki danışmanlık daha da önemlidir. Kullanıcılar, tüp ligasyonu veya vazektomiye yeterli düzeyde bilgilendirildikten sonra

bilinçli ve gönüllü olarak kendi kararları ile seçmelidir. Özellikle gönüllülük unsuru kalıcı yöntemlerde çok önemlidir. Hiç bir koşulda bu unsur gözardı edilmemelidir. Bunu vurgulamak amacı ile cerrahi sterilizasyon için çoğu kez, “Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon” deyimini kullanılır.

Ülkemizde 1965-1983 yılları arasında cerrahi sterilizasyon sadece medikal endikasyon ile yapılabiliyordu. 1983 yılında kabul edilen 2827 Sayılı Yasa ile, kadın ve erkekte cerrahi sterilizasyon, reşit yaştaki bireylerin isteği üzerine yapılabilmektedir. Ne varki hizmetlerin topluma yaygın olarak ve nitelikli sunulmasında hala eksiklikler mevcuttur.

#### **Etki Mekanizması:**

Gebeliği oluşturacak üreme hücrelerinin (ovum ve sperm), üreme kanalında cerrahi olarak yapılan engelleme sonucu birleşmemeleri ile kontraseptif etki meydana gelir. Vazektomi ve tüp ligasyonundan sonra her iki cinsiyette de, cinsel fonksiyonlarda hiçbir değişiklik, etkilenme meydana gelmez. Sadece artık çocukları olmaz. Danışmanlıkta bu husus özellikle vurgulanmalıdır. Kalıcı, çok etkili yöntemlerdir. İlk kullanım yılı için başarısızlık hızı tüp ligasyonunda %0.4 vazektomi için daha da düşük olup %0.2 olarak bildirilmektedir.

#### **2.5.1. Tüpligasyonu (Kadında Tüplerin Bağlanması, TL)**

Kadında cerrahi sterilizasyon, histerektomi gibi daha büyük operasyonlar sonucu oluşabilirse de, kontraseptif amaçla, ovum ve sperm transportunu engelleyen tüp ligasyonu yapılmaktadır.

#### **Tüplere ulaşmada üç yaklaşım vardır:**

- Vajinal (kolpotomi, kuldoskopisi)
- Transservikal (histeroskopisi)
- Abdominal

#### **Olumlu Yönleri:**

- Çok etkili, güvenli bir yöntemdir.
- Maliyeti bir defaya mahsusdur.
- Cinsel ilişkinin zamanlamasından bağımsızdır.
- Uygulamadan sonra kontraseptif etkisi hemen başlar.

#### **Olumsuz Yönleri:**

- Kalıcı bir yöntemdir.
- Küçükte olsa cerrahi bir işlemle yapılır ve bu işlemin az da olsa bazı komplikasyonları olabilir.



-Düşük bir oranda da olsa başarısızlık durumunda ektopik gebelik riski vardır.

**Endikasyonları:**

-Artık çocuk istemeyen aileler.

-Gebeliğin medikal yünden yüksek risk taşıdığı durumlar,

-Artık KS yöntem kullanma ayrıntısı ile uğraşmak istemeyenler için uygundur.

**Kontrendikasyonları:**

Tüp ligasyonu için sürekli ve kesin medikal kontrendikasyon yoktur. Tüp ligasyonu işleminin hemen yapılmasını engelleyen durumlar vardır. Ancak tüp ligasyonu için en önemli sosyal kontrendikasyon eşlerin ileride çocuk arzusu konusunda emin olmamalarıdır (5).

**2.5.2.Vazektomi (Erkeklerde kanalların bağlanması)**

Erkeklerde vasdeferenslerin kapatılması ile sperm transportunun engellenmesi olan vazektomi, basit, kolay bir işlemle gerçekleştirilir. Son derece etkili ve emniyetli bir yöntemdir. Artık çocuk istemeyen aileler için uygundur.

Tüp ligasyonuna kıyasla hem işlem daha kolay ve basittir hem de işleme bağlı yan etki ve komplikasyonlar daha azdır.

**Olumlu Yönleri:**

-Kolay, basit, kısa sürede uygulanan çok etkili, güvenli bir yöntemdir.

-Cinsel ilişkiyi etkilemez.

-Uzun dönemde olabilecek sağlık riski taşımaz.

**Olumsuz Yönleri:**

-Kalıcı bir yöntemdir.

-Küçük te olsa cerrahi bir işlemdir buna bağlı bazı sorunlar (kanama, ağrı, enfeksiyon, granülom) olabilir.

-Hemen etkili olmaz (işlemden sonra ilk 20 ejakülasyonda spermeler mevcuttur).

**Endikasyonları:**

-Artık çocuk istemeyenler,

-Gebeliğin eşi için yüksek risk oluşturduğu durumlar,

-Sonradan özen gerektirmeyen bir yöntem isteyenler için uygundur.

Vazektomi olanların hormon yapımında hiçbir değişiklik meydana gelmez. Yönteme bağlı pişmalığı önlemede en önemli uygulama, yöntemi isteyenlere yeterli ve kapsamlı danışmanlık verilmesidir. Bu asla ihmal edilmemelidir (11, 13, 14).

## **2.6. DOĞAL AİLE PLANLAMASI (DAP)**

Doğal Aile Planlaması (DAP); Eşlerin menstruasyon siklusunun fertil ve infertil dönemlerini, doğal olarak görölen belirtilerle saptayarak, fertil dönemde cinsel ilişkide bulunmamalarını tanımlayan bir deyimdir. Fertil periyodun saptanması tekniği:

- Bazal vücut ısısı yöntemi,
- Servikal mukus (Billings) yöntemi,
- Sempto-termal yöntem,
- Takvim veya ritim (Ogino-Kraus) yöntemini içerir.
- Emzirme ve gebeliğin önlenmesi

Doğal aile planlaması bir kontraseptif yöntem olmayıp, fertil periyodu saptayan bir tekniktir. Gebeliği önleyen, fertil dönemde cinsel ilişkide bulunulmamasıdır. Bu yöntem herhangi bir nedenle diğer mekanik, farmakolojik kontraseptifleri kullanamayanlarca tercih edilebilir. (4, 5, 7, 8)

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Araştırma 15-49 yaş grubu kadınların aile planlaması uygulamalarını saptamak amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ**

Araştırma Nevşehir iline 18 km uzaklıktaki Avanos ilçesine bağlı Özkonak kasabasında yapılmıştır.

Özkonak kasabası toplam 1195 hane, 4292 nüfustan oluşmaktadır. Hane başına düşen nüfus ortalama 4.5 kişidir. 15-49 yaş kadın nüfusu 1091dir. 5 mahalleye ayrılmış ve 1 sağlık ocağı vardır. Sağlık ocağında 1 doktor, 2 hemşire, 1memur ve şoför hizmet vermektedir. Sağlık ocağında aile planlaması hizmetleri verilmemekte, yöre halkı bu hizmeti Avanos sağlık ocağından almaktadır. Kasaba Avanos ilçesine 18 km uzaklıktadır. Hafta içi her gün 07.30-17.30 saatleri arasında belediye otobüsleri ile Avanos'a ulaşım sağlanmaktadır. Hafta sonları ise yaz ve kış mevsimleri dahil olmak üzere Avanos'a ulaşım halkın kendi imkanları doğrultusunda olmaktadır.

Kasabada 4 ilköğretim okulu ve 1 lise bulunmaktadır. Kasabada geniş aile tipi hakim olmakla birlikte uzun yıllardır İstanbul ve yurt dışına artan göç sonucu yalnız yaşayan yaşlı bireylerde vardır.

Kasabada kışın azalan nüfus, yaz mevsiminde artmaktadır. Kasaba daha önce 2 ayrı köyden oluşmakta iken sonradan birleşmiş 5 mahalleye ayrılmıştır. Ancak iki köy iki büyük mahalleyi temsil etmekte ve yaşam biçimleri birbirinden farklıdır. Kasabanın orta

mahalle bölümü Özkonak bölümüne göre daha içe dönük, gelenek ve göreneklere bağlı, değişime daha az açık, daha geniş aileler hakimdir.

### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM**

Araştırmanın evrenini, 4292 nüfustan oluşan Özkonak kasabesindeki 15-49 yaş grubu 1091 kadın oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı dönemde ailelerin çoğunluğu yurt dışında ve İstanbul'da olduğu için araştırmanın örnekleme o dönem içinde kasabada olan 15-49 yaş grubu 327 kadının tamamı alınmıştır.

### **3.5. VERİLERİN TOPLANMASI**

#### **3.5.1. Anket formunun Hazırlanması**

Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Bunun için Özkonak kasabesinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların aile planlaması uygulamalarını saptamak amacı ile çeşitli kaynaklardan yararlanılarak bir anket formu (Ek 1) geliştirilmiştir.

Anket formunda annelerin tanıtıcı özellikleri, aile yapıları, doğurganlık öyküleri ve aile planlaması uygulamalarını içeren sorulara yer verilmiştir.

#### **3.5.2. Ön Uygulama**

Veri toplamak amacı ile geliştirilen anket formunda kullanılan soruların etkinliğini belirlemek amacı ile evrenden seçilen 10 kadına anket formu uygulanmıştır. Uygulamadan elde edilen sonuçlar ve uzman kişilerin görüşleri alınarak anket formunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

#### **3.5.3. Anket Formunun Uygulanması**

Araştırma 22.10.2004 – 22.01.2005 tarihleri arasında, 15-49 yaş grubu olan ve anket sorularını cevaplamayı kabul eden 307 kadın ile teke tek görüşülerek araştırmacı tarafından toplanmıştır. (Araştırmaya katılım oranı  $307/327 \times 100 = \%93.8$  dir.)

#### **3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Anket formuyla toplanan veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir.

Demografik özellikler bağımsız değişken, doğurganlık öyküleri ve aile planlaması ile ilgili sorular bağımlı değişken olarak kabul edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi ve one-way anova ( post Hoc test Tukey HSD) testi kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

Aşağıda Nevşehir ili Özkonak kasabasında yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların tanımlayıcı özellikleri tablo 4.1.'de verilmiştir.

**Tablo 4.1:**Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

Yaş Grubu	Sayı	%
15-19	5	1.6
20-24	32	10.4
25-29	51	16.6
30-34	45	14.7
35-39	107	34.9
40-+	67	21.8
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar değil	18	5.9
Okur-yazar	14	4.6
İlkokul	179	58.3
Ortaokul	65	21.2
Lise	31	10.1

**Tablo 4.1:** Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (Devamı) (n:307)

<b>Eşlerin Eğitim Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Okur-yazar değil	5	1.6
Okur-yazar	12	3.9
İlkokul	103	33.6
Ortaokul	94	30.6
Lise	80	26.1
Üniversite	13	4.2
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	295	96.1
Eşi vefat etmiş	8	2.6
Ayrı yaşıyor/Boşanmış	4	1.3
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir gidere göre az	116	37.8
Gelir gidere göre fazla	8	2.6
Gelir gidere göre denk	183	59.6
<b>Sosyal Güvence durumu</b>		
Var	236	76.9
Yok	71	23.1
<b>Evdeki Kişi Durumu</b>		
Çekirdek aile	195	63.5
Geniş aile	112	36.5
<b>N</b>	<b>307</b>	<b>100</b>

Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1.'de verilmiştir. Kadınların %34.9' u 35-39, %21.8'i 40-49 yaş grubunda, % 58.3'ü ilkokul mezunu, %96'1 evlidir. Ailelerin %59.6'sının gelir durumu gidere göre denk, %79.6'sının sosyal güvencesi var, %63.5'i çekirdek, %36.5'ide geniş aile tipindedir. Eşlerin ise %33.6'sı ilkokul mezunudur.

**Tablo 4.2:** Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı

<b>Doğurganlık Özellikleri</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b><math>\pm</math></b>	<b>SD</b>
Toplam Gebelik Sayısı	307	3.37	$\pm$	1.48
Canlı Doğum Sayısı	307	2.56	$\pm$	0.99
Düşük Sayısı	94	1.28	$\pm$	0.47
Ölü Doğum Sayısı	39	1.56	$\pm$	0.82
Yaşayan Çocuk Sayısı	307	2.51	$\pm$	0.99

Tablo 4.2 incelendiğinde kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması 3.37, canlı doğum sayısı ortalaması 2.56, düşük sayısı ortalaması 1.28, ölü doğum sayısı ortalaması 1.56, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2.51 olarak görülmektedir.

**Tablo 4.3:** Kadınların gebeliklerini isteme durumuna göre dağılımı

Gebeliklerin İstenmedurumu	1.Gebelik		2.Gebelik		3.Gebelik		4. + Gebelik	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İsteyerek	307	100.0	272	93.1	79	40.5	20	10.7
İstemeyerek	0	0.00	20	6.9	116	59.5	167	89.3
<b>Toplam</b>	307	100.0	292	100.0	195	100.0	187	100.0

Tablo 4.3'te kadınların gebeliklerini isteme durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların %100.0'ü 1. gebeliğini, %93.1'i 2. gebeliğini isteyerek gerçekleştirirken, %59.5'i 3. gebeliğini, %89.3'ü 4 ve daha fazla gebeliğini istemeden gerçekleştirmiştir.

**Tablo 4.4:** Düşük yapan kadınlarda, düşüğün gerçekleşme biçimine göre dağılımı

Gerçekleştirme Biçimi	Sayı	%
İsteyerek	29	30.9
İstemeden (spontan)	65	69.1
<b>Toplam</b>	94	100.

Tablo 4.4'te kadınların yaptıkları düşüklerin nasıl gerçekleştiğine göre dağılımı yer almaktadır. Tabloya göre kadınların %69.1'inin yaptıkları düşük kendiliğinden gerçekleşirken, %30.9'u isteyerek düşük yaptırmıştır.

**Tablo 4.5:** İsteyerek düşük yapan kadınların, gerçekleştirilen düşüğün nedenlerine göre dağılımı

Düşük Nedeni	Sayı	%
Sağlık Nedenleri	5	17.2
Başka Çocuk İstememe	14	48.4
Önceki Gebeliğin Yeni Sonlanmış olması	10	34.4
<b>Toplam</b>	29	100

Tablo 4.5.'de isteyerek düşük yapan kadınların, gerçekleştirilen düşüğün nedenlerine göre dağılımı verilmiştir. Kadınların %48.4'ü başka çocuk istemedikleri için, %34.4'ü de önceki gebeliği yeni sonlandığı için isteyerek düşük yapmıştır.

**Tablo 4.6:** Kadınların düşük öncesi ve sonrası kullandıkları yöntemlere göre dağılımı

Yöntem	Düşükten			
	Önce		Sonra	
	Sayı	%	Sayı	%
RIA	6	6.3	8	8.5
Hap	10	10.6	15	15.9
Kondom	9	9.5	19	20.2
Geri Çekme	38	40.4	35	37.2
*Diğer	2	2.4	-	-
Yöntem Kullanmamış	29	30.8	17	18.2
<b>Toplam</b>	94	100.0	94	100.0

\*Diğer (takvim yöntemi, emzirme, vajinal yıkama )

Kadınların düşük öncesi ve sonrası kullandıkları yöntemlere göre dağılımları tablo 4.7’de verilmiştir. Düşükten önce kullanılan bütün modern yöntemlerin düşük sonrası kullanım oranı artmıştır. En fazla artış düşük öncesinde %9.5 olan ve düşük sonrasında %20.2’ye yükselen kondomda görülmektedir. Geri çekme yöntemi ise düşük öncesi %40.4 iken, düşük sonrasında %37.2’ye, yöntem kullanmayanların oranı ise %30.8’den %18.2’ye düşmüştür.

**Tablo 4.7:** Kadınların kontraseptif yöntem kullanma durumlarına göre dağılımı

Kontraseptif Yöntem	Sayı	%
RIA	97	31.5
Hap	34	11.0
Kondom	21	6.8
Geri çekme	70	22.8
*Diğer	4	1.3
Yöntem Kullanmayan	81	26.6
<b>Toplam</b>	307	100.0

\*Diğer (takvim yöntemi, emzirme, vajinal yıkama, )

Tablo 4.7.’de kadınların kontraseptif yöntem kullanma durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Kadınların %49.3’ü etkili yöntem kullanırken, %24.1’i etkin olmayan yöntem kullanmaktadır. %26.6’sı ise hiç yöntem kullanmamaktadır.

**Tablo 4.8:** Kadınların en uzun süre kullandıkları yöntemlere göre dağılımı

Kontraseptif Yöntem	Sayı	%
RIA	144	46.9
Hap	36	11.7
Kondom	33	10.7
Geri çekme	66	21.5
*Diğer	28	9.1
<b>Toplam</b>	307	100.0

\*Diğer (takvim yöntemi, emzirme, vajinal yıkama , hazneye karbonatlı kağıt ve aspirin koyma)



Tablo 4.8’de kadınların en uzun süre kullandıkları yöntemlere göre dağılımı verilmiştir. Kadınların %69.3’ü etkin yöntem kullanırken, %21.5’i etkin olmayan yöntem kullanmaktadır.

**Tablo 4.9:**Yöntem kullanmayan kadınların kullanmama nedenleri

Yöntem Kullanmama Nedeni	Sayı	%
Eşinin istememesi	22	27.1
Kendisinin istememesi	4	4.9
Gebe olması	12	14.8
Menapoz ve histerektomi olması	32	39.5
*Diğer	11	10.1
<b>Toplam</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

\*Diğer (kocasını başka yerde, ayrı yaşıyor, vefat etmiş)

Tablo 4.9’da yöntem kullanmayan kadınların kullanmama nedenlerine göre dağılımı görülmektedir. %39.5’i menopoz + histerektomi, %27.1’si eşinin istemediğini, %4.9’u ise kendisinin istemediğini ifade etmiştir.

**Tablo 4.10:** Kadınların en son kullandıkları yöntemi bırakma nedenlerine göre dağılımı

Yöntem Bırakma Nedeni	Sayı	%
Gebe kaldığı için	60	19.5
Gebe kalmak istediği için	49	15.9
Yan etkileri olduğu için	65	21.1
Sağlık kaygısı	40	13.0
Yöntem değiştirme isteği	83	27.0
*Diğer	10	3.5
<b>Toplam</b>	<b>307</b>	<b>100</b>

\*Diğer (eşinin istememesi, günah olması, aile büyüklerinin istemesi)

Tablo 4.10’da Kadınların en son kullandıkları yöntemi bırakma nedenlerine göre dağılımı verilmiştir. Kadınların %27.0’ı kullandıkları yöntemi değiştirmek, %21.1’i yan etkiler ve %13.0’ı sağlık kaygısı nedeni ile kullandıkları yöntemi bırakmışlardır.

**Tablo 4.11:** Kadınların aile planlamasına ilişkin bilgi kaynaklarına göre dağılımı

AP Bilgi Kaynakları	Sayı	%
Sağlık Ocağı	139	45.3
Komşular	29	9.4
Aile Büyükleri	47	15.3
Ara Ebeleri	9	2.9
*Diğer	83	27.0
<b>Toplam</b>	<b>307</b>	<b>100.0</b>

\*Diğer (TV, gazete, dergi, eczane)

Tablo 4.11’de kadınların aile planlamasına ilişkin bilgi kaynaklarına göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların çoğunluğu (%45.3) aile planlamasına ilişkin bilgi kaynaklarının sağlık ocağı olduğunu ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.12:** Kadınların sağlık kurumundan aile planlamasına ilişkin hizmet talebinin sonuçlanma durumuna göre dağılımı

Sonuçlanma Şekli	Sayı	%
Karşılanan	101	32.8
Karşılanmayan	206	67.2
<b>Toplam</b>	<b>307</b>	<b>100</b>

Tablo 4.12’de Kadınların sağlık kurumundan aile planlamasına ilişkin hizmet taleplerinin sonuçlarına göre dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi kadınların %67.2’sinin aile planlamasına ilişkin hizmet talebi karşılanmamıştır.

**Tablo 4.13:**Kadınların çocuk tercihlerine göre dağılımı

Tercih	Sayı	%
Erkek Çocuk	33	10.7
Kız Çocuk	83	27.0
Tercih Yok/ fark etmez	191	62.2
<b>Toplam</b>	<b>307</b>	<b>100.0</b>

Kadınların çocuk tercihlerine göre dağılımı Tablo 4.13’de yer almaktadır. Tabloda kadınların %62.2’sinin cinsiyet ayrımı yapmadığı görülmektedir.

**Tablo 4.14:** Kadınların eşlerinin çocuk tercihlerine göre dağılımı

Tercih	Sayı	%
Erkek Çocuk	77	25.1
Kız Çocuk	54	17.6
Tercih Yok/ fark etmez	176	57.3
<b>Toplam</b>	<b>307</b>	<b>100.0</b>

Eşlerin çocuk tercihlerine göre dağılımı Tablo 4.14’de yer almaktadır. Eşlerin %57.3’ünün cinsiyet ayrımı yapmaz iken, %25’i erkek çocuk istemektedir.

**Tablo 4.15:** Kadınların eğitim durumları ve ilk evlilik yaş ortalamalarına göre dağılımı

Eğitim Düzeyi	n	İlk Evlilik Yaşı			F	p
		$\bar{X}$	$\pm$	SD		
Okur -Yazar Değil	18	16.61	$\pm$	1.19	3.66	p<0.05
Okur –Yazar	14	16.35	$\pm$	1.39		
İlkokul	17	16.56	$\pm$	1.79		
Ortaokul	9	17.41	$\pm$	1.74		
Lise	65	17.12	$\pm$	1.05		

Post Hoc Test (Tukey HSD)

Okur yazar olmayanlar ilköğretim grubundan farklı

İlkokul grubu ortaokul grubundan farklı

Tablo 4.15’de kadınların eğitim durumları ve ilk evlilik yaşlarına göre dağılımı incelenmiştir. Tabloda incelendiğinde ortaokul mezunu kadınların ilk evlilik yaş ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar arası fark istatistiksel olarak da anlamlıdır.

Kadınların ilk evlilik yaş ortalaması  $16.7 \pm 1.75$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.16:** Kadınların eğitim durumları ve kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre dağılımı

AP Yöntemi	Eğitim Durumu						Toplam	
	Okur-yazar/değil		İlkokul		Ortaokul-lise		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
RİA	5	9.8	62	39.2	30	30.6	97	31.5
Hap	2	3.9	19	12.0	13	13.2	34	11.0
Kondom	2	3.9	12	7.9	7	7.1	21	6.8
Geri Ç.	6	11.7	42	26.5	22	22.4	70	22.8
*Diğer	1	1.9	3	1.8	0	0.00	4	1.3
Yöntem K.	35	68.8	20	12.6	26	26.7	81	26.5
<b>Toplam</b>	51	100.0	158	100.0	98	100.0	307	100.0

P=0.045  $\chi^2= 28.1$  \*Diğer (takvim yöntemi, emzirme, vajinal yıkama)

Tablo 4.16’da kadınların eğitim durumları ve kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde ilkökul mezunu v daha üst düzeyde eğitim alan kadınların %49.3’ünün etkin yöntem kullandığı, okur- yazar olmayanların ise %68.8’inin yöntem kullanmadığı görülmektedir. Eğitim durumu ile kullanılan aile planlaması yöntemi arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (p<0.05)

**Tablo 4.17:** Kadınların eğitim durumu ve aile planlamasına ilişkin bilgi kaynaklarına göre dağılımı

Bilgi kaynağı	Eğitim Durumu						Toplam	
	Okuryazar/değil		İlkokul		Ortaokul-lise		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sağlık Ocağı	13	40.6	77	43.0	49	51.0	139	45.2
Komşu	1	3.1	12	6.7	16	16.6	29	9.4
Aile Byk.	8	25.0	32	17.8	7	7.2	47	15.3
Ara Ebesi	1	3.1	8	4.6	0	0.0	9	2.9
*Diğer	9	28.2	50	27.9	24	25.2	83	27.2
<b>Toplam</b>	32	100.0	179	100.0	96	100.0	307	100.0

P=0.013  $\chi^2 = 46.1$  \*Diğer (TV, Gazete, dergi, eczane)

Tablo 4.17.'de eğitim durumu ile aile planlamasına ilişkin bilginin alındığı yere göre dağılımları verilmiştir. Kadınların %45.2'si aile planlamasına ilişkin bilgiyi sağlık ocağından, %2.9'u ise ara ebelerinden aldıklarını ifade etmişlerdir. Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık ocağından bilgi alan kadın oranı da artmaktadır. Eğitim durumu ile aile planlamasına ilişkin bilgi kaynakları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. ( $p < 0.05$ )

**Tablo 4.18:** Kadınların eğitim durumları ve ideal çocuk sayısı ortalamalarına göre dağılımı

Eğitim Düzeyi	n	İdeal Çocuk Sayısı			F	p
		$\bar{X}$	$\pm$	SD		
Okur –Yazar Değil	18	2.44	$\pm$	0.98	0.95	$p > 0.05$
Okur –Yazar	14	2.14	$\pm$	0.53		
İlkokul	17	2.27	$\pm$	0.62		
Ortaokul	9	2.35	$\pm$	0.87		
Lise	65	2.12	$\pm$	0.42		

Tablo 4.18'de kadınların eğitim durumları ve ideal çocuk sayısı ortalamalarına göre dağılımı incelenmiştir. Lise mezunlarının ideal çocuk sayısı ortalaması diğer gruplardan daha düşük görülmekle beraber yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arası farkın anlamsız olduğu bulunmuştur.

Kadınların ideal çocuk sayısı ortalaması  $2.40 \pm 0.88$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.19:** Kadınların eğitim durumu ve toplam gebelik sayısına göre dağılımı

Toplam Gebelik Sayısı	Eğitim Durumu						Toplam	
	Okuryazar/değil		İlkokul		Ortaokul-lise		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
1	4	12.5	4	2.2	8	8.3	16	5.2
2	6	18.7	55	30.7	31	32.2	92	29.9
3	2	6.2	35	19.5	23	23.9	60	19.5
4	8	25.0	52	29.0	24	25.0	84	27.3
5-+	12	37.6	33	18.6	10	10.6	55	18.1
<b>Toplam</b>	32	100.0	179	100.0	96	100.0	307	100.0

P=0.003  $\chi^2 = 50.5$

Tablo 4.19’de kadınların eğitim durumu ve toplam gebelik sayısına göre dağılımı incelenmiştir. Tablo incelendiğinde kadınların %18.1’inin 5 ve daha fazla gebelik geçirdiği görülmektedir. 5 ve daha fazla gebelik geçiren kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça gebelik sayısı azalmıştır. Eğitim durumu ve toplam gebelik sayısı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.20:** Kadının gebelik sayısının eşlerin çocuk tercihlerine göre dağılımı

T.G.Sayısı	Erkek Çocuk		Kız Çocuk		Tercih Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1	2	12.5	4	25	10	62.5	16	100.0
2	19	20.6	11	11.9	62	67.3	92	100.0
3	12	20	9	15	39	65	60	100.0
4	24	28.5	21	25	39	46.4	84	100.0
5-+	20	36.3	9	16.3	26	47.2	55	100.0
<b>Toplam</b>	77	25.0	54	17.5	176	57.5	307	100.0

$P=0.002$   $\chi^2= 17.7$

Tablo 4.20’de kadınların gebelik sayısı ve eşlerin çocuk tercihlerine göre dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde 4 ve daha fazla gebelik geçiren kadınların eşlerinin %64.8’inin erkek çocuk, %41.3’ünün kız çocuk tercihinin olduğu görülmektedir. Kadınların toplam gebelik sayısı ile eşlerin çocuk tercihleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ )

**Tablo 4.21:** Kadınların son kullandıkları gebeliği önleyici yöntemlerin dışında bildikleri geçmişte kullanılmış olan veya halen kullanımına devam edilen yöntemlere göre dağılımı

Yöntem	Sayı	%
Çekme Otu Kaynatıp İçme	33	10.7
Hazneye Aspirin Koyma	30	9.8
Hazneye Limonlu Sünger	97	31.6
Hazneye Zeytinyağlı Pamuk Koyma	64	20.8
Soğan Kabuğu +Isırgan otu Kaynatıp İçme	28	9.1
Çörek Otunu Kaynatıp 40 gün İçme	16	5.2
Karbonatlı Islak Kağıdı Hazneye Sürmek	26	8.5
Yöntem Bilmediğini İfade eden	13	4.3
<b>Toplam</b>	307	100.0

Tablo 4.21’de Kadınların son kullandıkları gebeliği önleyici yöntemlerin dışında bildikleri geçmişte kullanılmış olan veya halen kullanımına devam edilen yöntemlere ilişkin verilen cevaplar değerlendirilmiştir. Kadınların %31.6’sı hazneye limonlu sünger koyma, %20.8’i hazneye zeytinyağlı pamuk koyma şeklinde gebeliği önleyici yöntem bildikleri görülmüştür.

**Tablo 4.22:**Kadınların kendi kendine düşük yapmak için bildikleri ve geçmişte kullanılmış olan veya halen kullanımına devam edilen yöntemlere göre dağılımı

<b>Yöntem</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Yüksekten Atlama	29	9.4
Ağır Kaldırma	25	8.1
Hazneye sivri cisim sokma(Tavuk teleği, ebe gömeci kökü )	41	13.4
Karnını Çiğnetme	49	16.0
Hazneye sabun koyma	47	15.3
Samanı Kaynatıp Buharına Oturma	31	10.1
5-6 tane Gripin içmek	32	10.4
Kınayı kaynatıp içmek	35	11.4
Yöntem Bilmediğini İfade eden	18	5.3
<b>Toplam</b>	<b>307</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.22’de Kadınların kendi kendine düşük yapmak için bildikleri geçmişte kullanılmış olan veya halen kullanımına devam edilen yöntemlere verdiği cevaplar incelenmiştir. Kadınların %16.0’ı karnını çiğnetme, %13.4’ü hazneye sivri cisim sokma şeklinde düşük yapma yöntemlerini bildikleri görülmüştür.

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde Nevşehir ili Özkonak kasabasında yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların aile planlaması uygulamalarının saptanması amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları verilmiş ve tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %56.7'si 35 yaş ve üzerinde, %58.3'ü ilkokul mezunu, %96.1'i evli, %59.6'sının gelir durumu gider ile denk, %76.9'unun sosyal güvencesi var, %57.3'ü çekirdek aile tipindedir (Tablo 4.1).

18 yaş altı ve 35 yaş üzeri gebeliklerde risk ve bunlara bağlı komplikasyonlar artmaktadır. Araştırmamızda kadınların yarısından fazlası bu gruptadır (%1.6'sı 18 yaş altı, %56.7'si 35 yaş üzerinde ) , dolayısıyla çoğunluğu gebelik ve doğum olayına bağlı komplikasyonlar açısından risk altındadır. (15-17).

Aile planlaması; üreme sağlığının bir parçası olarak; kadın ve erkeğin üreme sağlığı konusunda birlikte katılımını gerektirmektedir. Aile planlaması hizmetlerinde eşlerin birlikte katılımı sağlıklı bireyler, sağlıklı aileler ve sağlıklı toplumların oluşmasını sağlamaktadır (18). Bu bağlamda toplumda ki bütün bireylerin eğitim düzeyi aile planlamasına olan katılımı etkilemektedir. Araştırmada kadınların %58.3'ü ilkokul, erkeklerin ise %63.12'si ilkokul ve ortaokul düzeyinde eğitim almıştır. Ülke genelinin (erkeklerde en az lise mezunu %23, kadınlarda %17) altında olan bu oranların aile planlaması hizmetlerine katılımı olumsuz yönde etkileyebileceği söylenebilir (19, 20).

Aşırı doğurganlık öncelikle gebelik, doğum ve doğum sonu sorunlarına bağlı ana ölümleri ve hastalıklara neden olmakta ve kadın sağlığını tehdit etmektedir. Kadının her gebelikte karşılaştığı potansiyel riskler tükenme sendromu, gebelik, doğum ve doğum sonu kanamalar, toksemi, anemi, enfeksiyon, güç doğumdur (21-23). Gelişmekte olan ülkelerde gebeliklerin yarısı riskli gruptadır (24). Araştırmamızda kadınların %35.3'ü 4 ve daha fazla gebelik geçirmiştir, bununla beraber 4 ve daha fazla gebelik geçiren kadınların yaşayan çocuk oranı %18.3 tür. Ayrıca Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre doğum sırası arttıkça, doğum öncesi bakım alma oranında azalma olmaktadır. (1.doğumda %93 iken, 4-+ doğumda %64). Araştırma kapsamına alınan kadınların aşırı doğurganlık yönünden risk altında olduğu düşünülebilir.

Evlilik yaşının yükselmesi, genç kadınları erken çocuk sahibi olma riskinden uzaklaştırarak, toplam doğurganlığı azaltmaktadır. Bu değişime bağlı olarak kadının okula daha uzun süre devam etmesi; iş hayatında ve sosyal yaşamda daha çok yer alması gibi gelişen değişimler kadının statüsünün yükselmesine neden olmaktadır (24-26). Araştırmamızda kadınlain ilk evlilik yaş ortalaması  $16.7 \pm 1.75$  dir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %63.5'i çekirdek aile yapısına sahiptir. Türkiye'de kentleşmeyle birlikte giderek çekirdek aile yapısının artmasına rağmen, kırsal alanda geleneksel aile yapısı hakimdir. Geleneksel aile yapısı; çocuk sayısı, evlenme yaşı, kontraseptif kullanımına karar verirken kadını edilgen kılmakta, çekirdek aile yapısında ise bunun tam tersi olmakta kadın karar verirken etken role sahip olmaktadır (11, 27, 28). Araştırmamızda kadınların %63.5'inin çekirdek aile yapısında olmasının aile planlamasında olduğu kadar, kadınların kendileri ile ilgili tüm konularda karar vermelerinde etkili olabileceği söylenebilir.

Ülkemizde son verilere göre kişi başına düşen yıllık gelir 4272 dolardır . Gelişmiş ülkelere göre bu oran çok düşüktür, örneğin Avrupa ülkelerinde kişi başına düşen ortalama yıllık gelir 30.000 dolardır. Ülke genelinde düşük gelirli gruplar çoğunlukta iken, araştırmamız kapsamında gelir durumu gidere göre denk olan grup %59.6dır.

Dünyada ve ülkemizde kadının doğurganlığını etkileyen önemli faktörlerden biri de kadının statüsüdür. Kadının statüsünü belirlemede ise eğitimin ve kadının aile içindeki yerinin önemi büyüktür (29, 30). 2003 TNSA verilerine göre kadınların %17'si en az lise mezunudur. Araştırmamız kapsamına alınan kadınların ise %10.1'i lise mezunudur.



Araştırmamızda kadınların %96.1'i evlidir. Ülkemizde evlilik benimsenen ve teşvik edilen bir olgudur. 2003 TNSA verilerine göre ülke genelinde kadınların %95'i evlidir. Araştırmamız bu oranla paralellik göstermektedir.

Kadınlarda ilk evlenme yaşı 2003 TNSA'ya göre 45-49 yaş grubu için 19.2'den , 25-29 yaş grubunda 21'e yükselmiştir. Araştırmamız kapsamına alınan kadınlarda ise ilk evlenme yaşı 16.7' dir. İlk evlenme yaşının erken olması, doğurganlık döneminin uzun olmasına ve buna bağlı komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır. Bu durum kadının beden sağlığını etkilerken, kadın ve eşinin ruh sağlığını da etkilemekte ve aile içi problemlerin oluşmasına da neden olmaktadır (10, 31, 32, 33). Ülke genelinde adölesan doğurganlık %7.5 , araştırmamızda bu oran %15.4 'tür. Araştırmamızda ki bu oran, ülke genelinde eğitimsiz olan kadınlarda ki adölesan gebelik oranı (%14.5) ile benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda adölesan gebelik oranının yüksek çıkmasını bölgenin kültürel özelliklerine bağlayabiliriz. Bu yöredeki ailelerin çocuklarını yurt dışına göndermek için genç yaşta evlendirmeleri ve kasabanın orta mahalle bölgesinde ki içe dönük, değişime açık olmayan yapısına bağlayabiliriz.

Ülke genelinde 1965 yılına kadar yasal olarak düşük yapılması tamamen yasak olmasına rağmen, 1965 de tıbbi nedenlerle serbest bırakılmış, 1983 yılında 10 haftaya kadar isteyerek düşük yapılması tamamen serbest bırakılarak, isteyerek düşüklükler devlet denetiminde güvenli bir hale getirilmiştir. İsteyerek düşüklükler 1965'den bu yana artarken, 1993'den itibaren azalmaya başlamıştır ve 1993'de %28.0 iken 2003'de %23.9'a düşmüştür (19, 34, 35). Araştırmamızda ise geçirilen 94 düşüğün %30.9'u isteyerek, %69.1'i kendiliğinden gerçekleşmiştir. Araştırmamızda isteyerek düşüğün en fazla görülme nedeni başka çocuk istememedir (Tablo 4.5). Türkiye genelinde de isteyerek düşüğün en fazla nedeni (%40.7) başka çocuk istememedir. Araştırmamızda kendiliğinden düşük oranının yüksek (%69.1) olması kadınlarda riskli gebelik ve buna bağlı problemleri düşündürmektedir. Ülke genelinde düşük öncesi modern yöntem kullanımı (%22.6), düşük sonrasında artmıştır (%39.9). Araştırmamız bu sonuçla benzerlik göstermektedir (Tablo 4.6). Geleneksel yöntem kullanımında da aynı durum geçerlidir. Ancak ülke genelinde düşük sonrası yöntem kullanmayanların oranı %24.4'den %30.7'ye yükselmiştir. Araştırmamızda da düşük sonrası yöntem kullanmayanların oranı artmıştır (Tablo 4.6).

Ülkemizde doğurganlığı etkileyen diğer bir faktörde istenen çocuk sayısıdır. Kadın ve erkeğin eğitim düzeyi arttıkça istenen çocuk sayısı azalmaktadır. Ancak 1993'den bu

yana eğitim ve yaşa bağlı olmaksızın istenen çocuk sayısında azalma görülmektedir (11). TNSA 2003’de ideal çocuk sayısı 2.5’ tur. Araştırmamızda annelere göre ideal çocuk sayısı 2.4’dür ve 2003 TNSA verilerine göre Orta Anadolu bölgesine benzerdir. Araştırmamıza alınan kadınların %58.3’ü 3.gebeliğini, %89.3’ü ise 4.ve daha fazla gebeliği istemeden gerçekleştirmiştir. İstemeden gerçekleştirilen gebeliklerin anne ve çocuk sağlığına etkilerinden biri düşüklüdür ve buna ek olarak sağlıksız koşullarda yapılan düşüklükler anne ve bebek ölümlerine neden olmaktadır. Güvenli koşullarda olmayan düşük önemli bir halk sağlığı sorunudur. Önlenemeyen ve istenmeyen gebeliklerin çocuk istismarı ve ihmali gibi sağlık sorunlarına neden olacağı unutulmamalıdır (7, 25, 26).

Kontraseptif kullanımındaki başarısızlık doğurganlığı etkileyen önemli faktörler arasındadır. Ülke genelinde gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanma oranı %71.0, herhangi bir modern yöntem kullanma oranı ise %42.5 olarak belirtilmektedir. Araştırmamızda herhangi bir modern yöntem kullanma oranı %49.3’tür ve Türkiye geneline benzerdir. Ülke genelinde karşılanmamış aile planlaması hizmetlerinde ihtiyaç %6’dır. Araştırmamızda bu oranın (%67.2) Türkiye genelinden oldukça farklı olduğu görülmektedir.

Araştırmamız kapsamına alınan kadınların %69.3’ü en uzun süre kullandıkları yöntemleri etkin yöntemler olarak ifade etmişlerdir. Yöntem kullanmama nedenleri incelendiğinde ise menapoz ve histerektomi (%39.5) en fazla görülen nedendir. İkinci neden ise eşlerin istememesi olarak görülmektedir (Tablo 4.9). Bu durum eşlerin aile planlaması hizmetlerine katılımlarının düşük olduğunu düşündürülebilir.

Erkek ve kadınların özgür ve bilinçli seçim yapmalarını sağlamak için; yaşına, doğum sayısına, aile büyüklüğüne, tercihi ve diğer faktörlere uygun güvenilir ve etkin aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi verilerek ulaşılabilirlik sağlanmalıdır. Temel sağlık hizmetleri kapsamında verilen nitelikli danışmanlık hizmeti üreme sağlığı hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır (1, 2). Araştırmamızda kadınların %45.3’ü aile planlamasına ilişkin bilgileri sağlık ocağından, %27.6’sı komşular ve aile büyüklerinden, %27’si ise TV., gazete, dergi vb. kitle iletişim araçları ve eczanelerden aldıklarını ifade etmişlerdir. Kılıç ve Ezmeci’nin yaptığı bir çalışmada kadınların aile planlamasına ilişkin bilgileri daha fazla oranla sağlık ocağından aldıkları saptanmıştır. Yine TNSA 2003 sonuçlarına göre, yöntem kullananların %58’i gebeliği önleyici yöntemi kamu sektörüne ait sağlık kuruluşlarından sağlamaktadır. Kamu sektöründen

hizmet alan kadınların üçte biri modern yöntemleri sağlık ocağından edinmektedir. Türkiye genelinden düşük bir oran olmasına rağmen bölgesel özellikler ve kadınların eğitim düzeyi göz önüne alındığında iyi bir orandır. Komşular, aile büyükleri ve arabelerinden bilgi aldıklarını ifade eden %27.6'lık grup ise sahada verilebilecek sağlık eğitimleri ile en aza indirgenebilir. Ancak kasabada ki tek sağlık ocağı ve personeli sadece tıbbi bakım ve tedavi yapmakta, sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik hizmetlerde yetersiz kalmaktadır. Ayrıca sağlık personeli sağlık eğitimini görevleri arasında görmemektedir. Yapılan bir çalışmada hemşireler bakım verdikleri hastaların sadece %2.1'ine sağlık eğitimi verdiklerini ifade etmişlerdir.

2003 TNSA verilerine göre gebeliği önleyici yöntem bırakma nedenlerine bakıldığında ilk sırada görülen %22.1'lik oranla gebeliktir. Araştırmamızda ise gebelik %11.8'lik oranla sonraki nedenler arasındadır. Menapoz yada histerektomi en fazla (%39.5) görülen yöntem bırakma nedenidir. Bu durum araştırmaya alınan kadınların %21.8'inin 40 yaş ve üzeri olması ile açıklanabilir.

Araştırmamızda eşlerin çocuk tercihlerinin kadınların gebelik sayılarını önemli derecede etkilediği görülmektedir (Tablo 4.22). Dört ve daha fazla gebelik geçiren kadınların eşlerinin %64.8'inin erkek çocuk, %41.3'ünün kız çocuk tercihini olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda literatüre benzer olarak kadınların eğitim düzeyinin kullandıkları aile planlaması yöntemlerini etkilediği görülmektedir (Tablo 4.17).

Sonuç olarak kadınların aile planlaması hizmetlerini etkin kullanmadıkları, etkin bir hizmet verilmediği ve aile planlaması, doğurganlık, kadın sağlığı konularında kendilerini ifade etmede yetersiz oldukları; doğurganlık özellikleri açısından erken yaşta evlendikleri ve sağlığı geri planda tuttıkları, erken gebe kaldıkları, çok doğum yaptıkları, düşük ve ölü doğumlarının az olduğu ancak geri çekmenin (%22.8) 2. sırada kullanılan AP yöntemi olduğu ve halen geçmişte kullanılan geleneksel yöntemleri kullandıkları saptanmıştır. Bunun için;

-Kadınların ve tüm bireylerin aile planlaması hakkında bilgi düzeylerinin yükseltilmesi ve geleneksel yöntemlerin neden olduğu komplikasyonların önlenmesi için ilkokuldan başlayarak bütün eğitim kurumlarında aile planlamasına yer verilmesi

-Toplumun eğitiminden sorumlu tüm kurumların toplumu aile planlaması hakkında bilinçlendirmesi

- Sağlık personelinin hizmetten yararlananların haklarına saygı göstermeleri, kişilerin talep ve beklentilerini bilmesi, hizmete katılımlarını sağlamaları
- Aile planlaması hizmetlerine toplum katılımının artırılması, danışmanlıkta kocanın destekleyici yönünün vurgulanması
- Aile planlaması hizmetlerinin içerik ve ulaşılabilirliğinin sağlanması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Dirican R. ve Bilgen N. (1992). Halk Sağlığı. 11. Baskı. Bursa. Uludağ Üniversitesi (377-390).
2. Öztekin Z. Ve Kubilay G. (1997). Halk Sağlığı Hemşireliği. Somgür Yayıncılık (93-96).
3. Türkoğan O. (1991). Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi. İstanbul. Milli Eğitim Basımevi (131-143).
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. (1995). Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı. 6.Baskı (147-160).
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. (1997). Aile Planlaması Hizmetlerinde Güncel Bilgiler. Ankara. Tisimat Basım Sanayi (1-75).
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (1997). Ana sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetlerinde Ulusal Aktivite planı Hazırlık Toplantısı. Ankara.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2000). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Cilt 2. 3. Baskı. Ankara. Yapı Kredi Yayınları (350-440).
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.(2000). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Cilt 1. 3. Baskı. Yapı Kredi Yayınları (65-80).
9. Görmez K. ve arkadaşları (2002). Kapodokya Mevcut Durum Raporu (88-90).
10. Akın A. (1998). Uluslar Arası karalar panelinde üreme sağlığı konusunda Tükiyedeki uygulamalar. Sağlık ve Toplum Dergisi, 4: 16-22

11. Nüfus ve Aile Planlaması. (1990).Doğurganlığın belirleyicileri, Dervişoğlu A. (çev. ed.) Kontraseptif Yöntemler. Uluslar arası Basım, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını. Ankara Demiroğlu Matbaacılık (58-42).
12. UNFPA, The Right to choose the state of world population, 1997,34: 22-24
13. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması hizmetlerinde Ulusal Aktivite Planı Hazırlık Toplantısı (1994). T.C. Sağlık Bakanlığı (5-8).
14. 11 ilde ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin değerlendirme Araştırması. (1995). T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (18-21).
15. Karaoğlu L. , Öztürk C. , Pehlivan E. (2002). Çorum ili bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan evli kadınlarda doğurganlık ve etkiyen faktörler. İnönü Üniversitesi tıp fakültesi dergisi 1:33-40
16. Kılıç D. ,Ezmeci T. ,(2004) Erzurum il merkezinde 15-49 yaş grubu annelerin sağlık ocakları tarafından verilen ana çocuk sağlığı hizmetlerini kullanma durumları ve etkileyen faktörler. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, ISSN:1303-5134
17. Kına G. , Çelik M. , Kına H. ,Aklen M. ,(2002) Kahramanmaraş Üniversitesi devlet ve sosyal kurumu hastaneleri kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27:53-58
18. Şankaza Ş. , Yıldız A. , (2002) Ankara ili Deliler köyündeki evli erkeklerin aile planlaması ile ilgili bilgi , tutum ve davranışları . Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi , 1:42-50
19. Erol N. ve arkadaşları. (2002). İzmir Konak doğumevine istemli düşük için başvuran kadınların doğurganlık öğeleri ve aile planlaması davranışları. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.
20. Tümerdem Y. (1992). Halk Sağlığı. cilt1. 1. Baskı. İstanbul. İstanbul Üniversitesi Basımevi (72-75).
21. Civi S. , Kaplanoğlu N. (1990). Konya'da akraba evliliklerinin sıklığı ve tıbbi sonuçları. Sağlık Dergisi, 1: 75-82
22. Aytekin N. , İrpil E. , Pala K. (2001) Gemlik bölgesindeki gebelerin kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin değerlendirilmesi . Sağlık ve Toplum Dergisi , 1:37-41
23. Coşkun A. , Şahin N. , Kızılkaya N. , Yıldız A. , (2000) Kustepe mahallesi kadınların demografik özellikleri ile üreme sağlığı sorunlarını belirleyen epidemiyolojik bir çalışma. Sağlık ve toplum İş 3:22-30.
24. Sağlık Bakanlığı (2003).HÜNEE ve Macro International inc. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması. Ankara.

25. Kızılkaya N. , Coşkun A. , Yıldırım G. (2003). Doğum olayının kadının fonksiyonel durumu üzerine etkisi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1: 22-28
26. Toksöz P. (1992).Diyarbakır yöresinde anne çocuk sağlığını etkileyen etmenlerin analizi , Dicle Üniversitesi .Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları,4(3-17).
27. Üreme Sağlığı ile ilgili Politika ve Yasalar (1990). Dervişoğlu A. (çev. ed.) Kontraseptif Yöntemler. Uluslar arası Basım, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını. Ankara Demiroğlu Matbaacılık (58).
28. Kissling F., Abortion (1993). The link between legality and safety, Reproductive health mothers, 2:65-67
29. Özvarış Ş. (1998). Doğurganlığın düzenlenmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi, 4: 45-48
30. Özvarış Ş. (1998). Aile planlaması. Sağlık ve Toplum Dergisi, 4: 55-60
31. Özvarış Ş. ve Akın A. (1998). Üreme sağlığı. Sağlık ve Toplum Dergisi, 4:23-26
32. Sezgin B. ve Akın A. (1998). Adolesan dönemi üreme sağlığı. Sağlık ve Toplum Dergisi , 4: 27-32
33. Özaydın N. ve Akın A. (1998).İstenmeyen gebeliklerin ve düşüklerin kadın sağlığına etkileri. Sağlık ve Toplum Dergisi, 4: 55-60
34. Öztürk M. , Kişioğlu A. , Çakmak A. (1999). Isparta Gönen’de kadınların aile planlaması uygulamaları ve etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum Dergisi, 12: 17-21.
35. Gökkoca Z. (2000). Topluma dayalı aile planlaması hizmet programları ve bu programları değerlendirme yöntemleri. Sağlık ve Toplum Dergisi, 4: 15-25.
36. Ravlak O. , Saydam B. , Demir Ü. (2000). Gazetelerde üreme sağlığı. Sağlık ve Toplum Dergisi, 2: 62-65
37. Öztürk Y. ve Günay O. (2000). 21. yy’ da Herkese Sağlık, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Matbaası, 36-39
38. Ersin ve arkadaşları (2003). Bir sağlık ocağı bölgesinde evli kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumları ve yöntem bırakma nedenleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1: 31-37.
39. Nüfus ve Aile Planlaması. (1990).Doğurganlığın belirleyicileri, Dervişoğlu A. (çev. ed.) Kontraseptif Yöntemler. Uluslar arası Basım, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını. Ankara Demiroğlu Matbaacılık (58-42).
40. Türkiye Nüfus veSağlık Araştırması, 1993, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, HÜNEE , Demographik and Health Survey Macro International Inc. , Ankara.
41. Tezcan S. , Fişek N.ve ark. (1980).Türkiyede çocuk düşürme. Hacettepe üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara.
42. Akın A. , Özvarış B. (1995). Ana sağlığı ve aile planlaması. Ankara, Güneş Kitabevi. (335-424).

## **EKLER**



**EK-1**

**NEVŞEHİR ÖZKONAK KASABASINDA YAŞAYAN 15 -49 YAŞ GRUBU  
KADINLARIN  
AİLE PLANLAMASI UYGULAMALARI ARAŞTIRMASI  
ANKET FORMU**

1-Kaç yaşındasınız?

2-Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okur- yazar değil
- b) Okur-yazar
- c) İlkokul
- d) Ortaokul
- e) Lise
- f) Üniversite

3- Eşinizin eğitim durumu nedir?

- a) Okur- yazar değil
- b) Okur-yazar
- c) İlkokul
- d) Ortaokul
- e) Lise
- f) Üniversite

4- Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli
- b) Eşi vefat etmiş
- c) Ayrı yaşıyor/ Boşanmış

5- Gelir durumunuz nedir?

- a) Gelir gidere göre az
- b) Gelir gidere göre fazla
- c) Gelir gidere göre denk

6- Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Var
- b) Yok

7-Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz?

- a) Eşim
- b) Çocuklarım
- c) Eşim ve çocuklarım
- d) Eşimin ailesi
- e) Diğer (.....)

8) Kaç kez gebe kaldınız?

9) İlk gebeliğiniz kaç yaşında oldu?

10- Kaç canlı doğum yaptınız?

11- Düşük yaptınız mı? (cevabınız hayır ise 14. soruya geçiniz)

- a) Evet
- b) Hayır

12- Kaç kez düşük yaptınız?

13- Cevabınız evet ise düşük nasıl gerçekleşti?

- a) İsteyerek      b) Kendiliğinden
- 14-İsteyerek düşük yapma nedeniniz nedir?  
a)Sağlık nedenleri  
b)Başka çocuk istememe  
c)Bir önceki gebeliğin yeni sonlanmış olması  
d)Diğer nedenler (.....)
- 15-Düşük öncesi kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir?  
a) RİA  
b) Hap  
c) Kondom  
d) Enjeksiyon  
e) Geri çekme  
f) Diğer  
g)Yöntem kullanmadım
- 16-Düşük sonrası kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir?  
a) RİA  
b) Hap  
c) Kondom  
d) Enjeksiyon  
e) Geri çekme  
f) Diğer  
g)Yöntem kullanmadım
- 17- Ölü doğumunuz oldu mu? (cevabınız hayır ise 16. soruya geçiniz)  
a) Evet      b) Hayır
- 18- Kaç kez ölü doğumunuz oldu?
- 19- Hiç küretaj oldunuz mu?  
a) Evet      b) Hayır
- 20- Neden kürtaj oldunuz?  
a)İstemediğim gebelik  
b) Riskli gebelik  
c) Düşük sonrası
- 21- Küretajınız kim tarafından yaptırıldı?  
a)Sağlık personeli   b) Ara ebesi   c)Diğer (.....)
- 22-Şu anda kaç çocuğunuz yaşıyor?
- 23- Gebeliklerinizi isteyerek mi planladınız?  
a) 1. gebelik      isteyerek ( )      istemeyerek ( )  
b) 2. gebelik      isteyerek ( )      istemeyerek ( )  
c) 3. gebelik      isteyerek ( )      istemeyerek ( )  
d) 4. gebelik      isteyerek ( )      istemeyerek ( )  
e) 5-+      isteyerek ( )      istemeyerek ( )
- 24- Doğumlar kim tarafından yaptırıldı?  
a) Sağlık personeli  
b) Ara ebesi  
c) Kendi kendine  
d) Aile büyükleri ile  
e) Diğer (.....)

- 25- Şu anda gebeliği önleyici bir yöntem kullanıyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır
- 26- Cevabınız evet ise;  
a) RİA  
b) Hap  
c) Kondom  
d) Enjeksiyon  
e) Geri çekme  
f) Diğer
- 27-Şu anda kullanılan yöntemler kaç yıldır?
- 28- Kaç kez yöntem değiştiniz?
- 29- Kullandığınız yöntemin ne derece güvenilir olduğunu biliyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır
- 30- Kullandığınız yöntemin zararlarını biliyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır
- 31- Şu anda neden bir yöntem kullanmıyorsunuz?  
a) Eşim istemiyor  
b) Ben istemiyorum  
c) Aile büyükleri istemiyö  
d) Gebeyim  
e) Menopoz yada Histerektomi  
f) Diğer (.....)
- 32- Şu anda kullandığınız yöntemden başka yöntem kullanıyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır
- 33- Cevabınız evet ise hangi yöntemleri kullandınız?  
a) RİA  
b) Hap  
c) Kondom  
d) Enjeksiyon  
e) Geri çekme  
f) Diğer
- 34- En uzun süreyle kullandığınız yöntem nedir?  
a) RİA  
b) Hap  
c) Kondom  
d) Enjeksiyon  
e) Geri çekme  
f) Diğer
- 35-En son kullandığınız yöntemi neden bıraktınız?  
a)Gebe kaldığım için  
b)Gebe kalmak istediğim için  
c)Yan etkileri olduğu için  
d) Başka yöntem kullanmak için  
e)Diğer (.....)
- 36- Aile planlamasına ilişkin bilgileri kimden aldınız?  
a) Sağlık ocağı  
b) Komşular

- c) Aile büyükleri
- d) Ara ebeleri
- e) Diğer(.....)

37-Sağlık kurumundan aile planlamasına ilişkin hizmet talebiniz nasıl sonuçlandı?

- a) Karşılandı
- b) Karşılanmadı

38-Daha fazla çocuk yapmamak için tüplerinizi bağlatmayı kabul eder misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

39- Kaç çocuğunuz olmasını isterdiniz?

.....

40- Neden bu kadar çocuğunuz olmasını isterdiniz?

.....

41- Eşinizin çocuk tercihi nedir?

- a) Erkek çocuk
- b) Kız çocuk
- c) Tercih yok

42- Sizin çocuk tercihiniz nedir?

- a) Erkek çocuk
- b) Kız çocuk
- c) Tercih yok

43- Siz kaç yaşında evlendiniz?

.....

44- Kız çocuklarınızın kaç yaşında evlenmelerini isterdiniz?

.....

45- Neden o yaşta evlenmelerini isterdiniz?

.....

46- Son kullandığınız gebeliği önleyici yöntemlerin dışında bildiğiniz geçmişte kullanılmış olan veya halen kullanımına devam edilen yöntemler var mı ?

.....

47- Kendi kendine düşük yapmak için bildiğiniz geçmişte kullanılmış olan veya halen kullanımına devam edilen yöntemler var mı ?

.....

## **ÖZGEÇMİŞ**

Araştırmayı yapan Kamuran Kahraman, 15.01.1983 yılında Yozgat'ın Boğazlıyan ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Boğazlıyan 'da tamamladı. Üniversite eğitimini Erciyes Üniversitesi Nevşehir Sağlık Yüksek okulunda 2003 yılında tamamladı. Aynı yılda Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek lisans programına başlamış olup halen bu bölümde çalışmalarını devam ettirmektedir. 2004 yılında Kayseri ilinde özel bir hastanenin acil servis bölümünde çalışmıştır. 2004 yılı haziran ayında Nevşehir ili Özkonak kasabasındaki Mevlüt Özden vakfi Huzur evinde sorumlu müdür olarak göreve başlamış ve halen bu kurumda çalışmaktadır.

