



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**WEB TABANLI AİLE PLANLAMASI DANIŞMANLIK  
HİZMETİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

MELEK AÇIK  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi SELDA İLDAN ÇALIM

MANİSA-2018





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**WEB TABANLI AİLE PLANLAMASI DANIŞMANLIK  
HİZMETİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

MELEK AÇIK  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
EBELİK ANABİLİM DALI

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Selda İLDAN ÇALIM	(Tez Danışmanı)
Dr. Öğr. Üyesi Aytül HADIMLI	(Jüri Üyesi)
Dr. Öğr. Üyesi Seval CAMBAZ ULAŞ	(Jüri Üyesi)

MANİSA-2018

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

**Melek AÇIK**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince; her konuda, bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen, araştırmamın planlanıp uygulama aşamasına kadar her aşamada çalışmalarımı yönlendiren saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Selda İLDAN ÇALIM'a sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca her türlü mesleki bilgi ve deneyimlerini paylaşan ve her konuda rehberlik eden Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı Değerli Sayın Öğretim Üyelerine teşekkür ederim.

Bu süreçte beni her konuda destekleyen ve yardımlarını esirgemeyen Özel Akademi Hastanesi doğumhane bölümü ebe arkadaşlarım ve çalışanlarına,

Eğitimim ve tez çalışmam süresince sürekli yanımda olan her türlü duygu ve düşüncesini benimle paylaşan, bu süreçte en büyük destekçim sevgili eşim Seyfettin AÇIK'a ve biricik oğluma sonsuz teşekkür ederim.

Melek AÇIK

# İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	vii
RESİMLER DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR.....	x
ÖZET.....	1
SUMMARY.....	3
1 GİRİŞ ve AMAÇ.....	5
1.1 Araştırmanın Konusu ve Önemi.....	5
1.2 Araştırmanın Amacı.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Web Tabanlı Sağlık Eğitimi.....	7
2.1. 1. Web tabanlı sağlık eğitiminin avantajları ve dezavantajları.....	8
2.1.2. Literatürde web tabanlı sağlık eğitimi ile ilgili yapılan araştırmalar.....	9
2.2. Aile Planlaması Kavramı ve Amaçları.....	12
2.2.1. Aile planlaması kavramı.....	12
2.2.2. Aile planlamasının amaçları ve önemi.....	13
2.2.2.1. Aile planlamasının temel amaçları.....	13
2.3. Aile Planlamasının Tarihsel Gelişimi.....	15

2.3.1. Dünya’da aile planlaması.....	15
2.3.2. Türkiye’de aile planlaması.....	16
2.4. Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık Hizmetleri.....	19
2.4.1. Danışmanlık.....	19
2.4.1.1. Aile planlaması hizmetlerinde danışmanlık ve önemi.....	20
2.4.1.2. Aile planlaması danışmanlık çeşitleri.....	22
2.4.1.2.1. Genel danışmanlık.....	23
2.4.1.2.2. Yönteme özel danışmanlık.....	23
2.4.1.2.3. İzlem danışmanlığı.....	24
2.4.2. Aile planlaması danışmanlığında ebellek hizmetleri ile ilgili çalışmalar.....	25
2.4.3. Diğer ülkelerde aile planlaması danışmanlığı ile ilgili yapılan çalışmalar.....	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	29
3.1 Araştırmanın Tipi.....	29
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	29
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	29
3.4 Araştırmanın Bağımlı -Bağımsız Değişkenleri.....	30
3.4.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	30
3.4.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	30
3.5 Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	30
3.5.1 Aile Planlaması Danışmanlık Öncesi Anket Formu.....	30
3.5.2 Aile Planlaması Danışmanlık Sonrası Anket Formu.....	30
3.6 Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi.....	31
3.6.1 Web Sayfasının Oluşturulması.....	31

3.6.2 Web sayfasının görünüm ve içeriği.....	32
3.6.2.1 Ana sayfa menüsü.....	33
3.6.2.2 Abone ol menüsü .....	33
3.6.2.3 Ara menüsü.....	34
3.6.2.4 Hakkımda menüsü.....	34
3.6.2.5 Kategoriler menüsü.....	35
3.6.2.6 Soru sor menüsü.....	37
3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	38
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	38
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	38
3.10. Araştırma Planı ve Takvimi.....	39
<b>4. BULGULAR</b>	
4.1. Web Tabanında Danışmanlık Alan Bireylere İlişkin Tanıtıcı Bulgular.....	40
4.1.1 Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	41
4.1.2 Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin AP Bilgi ve Düşüncelerinin İncelenmesi.....	43
4.1.3. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin AP Yöntem Bilgilerinin İncelenmesi.....	45
4.1.4 Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin AP Yöntem ve Deneyimlerinin İncelenmesi.....	47
4.2. Danışmanlık Sonrası Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bulgular.....	49



4.2.1. Web Tabanlı Danışmanlık Sonrası Bireylerin AP Yöntemine Dair Bilgi ve Düşüncelerinin İncelenmesi.....	47
4.2.2. Web Tabanlı Danışmanlık Sonrası Bireylerin AP Yöntemine Dair Bilgilerinin İncelenmesi.....	51
4.2.3. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin Danışmanlık Sonrası Memnuniyetlerinin İncelenmesi.....	52
4.3. Web Aile Planlaması Danışmanlık Eğitiminin Etkinliği.....	54
5. TARTIŞMA.....	70
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	84
6.1. Sonuç.....	84
6.2. Öneriler.....	85
7. KAYNAKLAR.....	87
8. EKLER.....	95
9. ÖZGEÇMİŞ.....	133

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Planı ve Takvimi.....	39
Tablo 2. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=100).....	41
Tablo 3. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin Aile Planlamasına Dair Düşüncelerinin Dağılımı (n=100).....	43
Tablo 4. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin AP Yöntem Bilgilerinin Dağılımı.....	45
Tablo 5. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin AP Yöntem Deneyimlerinin Dağılımı (n=100).....	47
Tablo 6. Web Tabanlı Danışmanlık Sonrası Bireylerin AP Yöntemine Dair Düşüncelerinin Dağılımı (n=100).....	49
Tablo 7. Web Tabanlı Danışmanlık Sonrası Bireylerin AP Yöntemine Dair Bilgilerinin Dağılımı (n=100).....	51
Tablo 8. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin Danışmanlık Sonrası Memnuniyetlerinin Dağılımı (n=100).....	52
Tablo 9. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin Danışmanlık Öncesi ve Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisinin Karşılaştırılması.....	54
Tablo 10. Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisini Etkileyen Yaş Değişkeninin İncelenmesi.....	57
Tablo 11. Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisini Etkileyen Cinsiyet Değişkeninin İncelenmesi.....	59
Tablo 12. Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisini Etkileyen Medeni Durum Değişkeninin İncelenmesi.....	61

Tablo 13. Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisini Etkileyen Eğitim Değişkeninin İncelenmesi.....	63
Tablo 14. Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisini Etkileyen Çocuk Sayısı Değişkeninin İncelenmesi.....	65
Tablo 15. Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisini Etkileyen AP Yöntemi Kullanma Durumu Değişkeninin İncelenmesi.....	68



## RESİMLER DİZİNİ

Resim 1. Blog sayfasının açılış sayfa görüntüsü.....	32
Resim 2. Blog sayfasının ana sayfa görüntüsü.....	33
Resim 3. Blog sayfasının üye ol görüntüsü.....	33
Resim 4. Blog sayfasının ara menü görüntüsü.....	34
Resim 5. Blog sayfasının hakkında bölümü görüntüsü.....	34
Resim 6. Blog sayfasının kategoriler bölümü görüntüsü.....	35
Resim 7. Blog sayfasının danışmanlık öncesi anket formu bölümü görüntüsü.....	35
Resim 8. Blog sayfasının aile planlaması genel danışmanlık bölümü görüntüsü.....	36
Resim 9. Blog sayfasının yöntemle özel danışmanlık sayfası bölümü görüntüsü.....	36
Resim 10. Blog sayfasının danışmanlık sonrası anket formu bölümü görüntüsü.....	37
Resim 11. Blog sayfasının iletişim formu (soru sor) bölümü görüntüsü.....	37

## **KISALTMALAR**

**AÇS:** Ana-Çocuk Sağlığı

**AP:** Aile Planlaması

**IPPF:** Uluslararası Aile Planlaması Federasyonuna

**KOK:** Kombine Oral Kontraseptif

**RIA:** Rahim İçi Araç

**TÜSP:** Türkiye Üreme Sağlığı Programı

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**UNKK:** International Conference on Populational Development

**WHO:** World Health Organization

**Tezin Başlığı:** Web Tabanlı Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

**Öğrencinin Adı:** Melek AÇIK

**Danışmanı:** Dr. Öğr. Üyesi Selda İLDAN ÇALIM

**Anabilim Dalı:** Ebelik

## **ÖZET**

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmetinin etkinliğini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı tipte olup, web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmetini almak isteyen tüm bireylerle yürütülmüştür (N:100). Araştırmanın verileri ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan “Aile Planlaması Danışmanlık Öncesi Anket Formu” ve “Aile Planlaması Danışmanlık Sonrası Anket Formu” kullanılarak toplanmıştır. Aile planlaması danışmanlık öncesi anket formu bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için 12 soru, aile planlaması yöntemleri hakkındaki bilgi ve deneyimlerini belirlemek için ise 18 soru olmak üzere toplamda 30 sorudan oluşmaktadır. Danışmanlık sonrası anket formunda ise verilen danışmanlığın beklentileri karşılayıp karşılamadığı, danışmanlık hizmetlerinin beğenilen ve beğenilmeyen yönleri gibi toplamda 14 sorudan oluşmaktadır. Verilerin analizinde SPSS 15.00 kullanılarak sayı, yüzde dağılımı, McNemar testi ve Chi-square testi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Web tabanlı danışmanlık hizmeti alanların %52,0’ının 25 yaş altı, %48,0’ının ise 25 yaş üstü olduğu bulunmuştur. Danışmanlık alanların yaş ortalaması  $27,48 \pm 7,502$  olup, minumum (min): 17, maximum (max): 49’dur; yaş ortalamalarının ortanca (median) değerleri 25,0’dır. Danışmanlık hizmeti alan bireylerin %72,0’ı kadın, %28,0’ı ise erkektir. Danışmanlık hizmeti alan bireylerin %85,0’ı aile planlaması yöntemlerini bildiklerini, %15,0’ının ise yöntemleri bilmediklerini belirtmişlerdir. Danışmanlık sonrası aile planlaması danışmanlık hizmetini %89,0’ı danışmanlığın gerekli olduğunu %7,0’ının gerekli olmadığını ve %4,0’ının gerekli olup olmadığını bilmedikleri bulunmuştur. Web tabanlı danışmanlık hizmeti aldıktan sonra bireylerin aile planlaması yöntem çeşitlerini

bilme durumlarında ilk sırayı %86,0'ını kondom ikinci sırayı %82,0'ını hap yöntemini üçüncü sırayı ise %77,0 ile geri çekme ve ria yöntemi almıştır.

Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası aile planlaması hizmetinin beklentileri karşılama durumu incelendiğinde %89,9'unun verilen hizmetin beklenen düzeyde olduğunu %10,1'inin ise kısmen beklentilerini karşıladığını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntemleri hakkında bilgilerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Sonuçlar:** Web tabanlı verilen aile planlaması danışmanlık hizmeti araştırmaya katılan bireylerin beklentilerinin çoğunu karşıladığı görülmüştür. Araştırmaya katılan bireylerin danışmanlık sonrası aile planlaması yöntemlerini bilme durumları artmıştır. Tüm bu sonuçlar web tabanlı verilen aile planlaması danışmanlık hizmetinin etkili olduğunu ve kişilere web tabanlı eğitimlerin artırılması gerektiğini göstermektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Web tabanlı danışmanlık, Aile Planlaması, Web

**Title:** Evaluation of Effectiveness of Web Based Family Planning Consultancy Service

**Student name:** Melek Açık

**Supervisor:** Asist. Prof. Selda ILDAN CALIM

**Department:** Midwifery

## **SUMMARY**

**Object:** In this research, it was aimed to evaluate the effectiveness of web based family planning consultancy service.

**Materials and Methods:** The research is descriptive type and web based family planning is carried out with all the individuals who want to get counseling service (N: 100). The data of the research were collected in accordance with the related literature by using the questionnaires prepared by the researchers “Family Planning Pre-Counseling Questionnaire” and “Family Planning Questionnaire After Counseling”.The pre-counseling questionnaire for family planning consists of 12 questions for determining the socio-demographic characteristics of the individuals and 18 questions for determining the knowledge and experience about family planning methods total of 30 questions. In the post-counseling questionnaire form, there are 14 questions in total, such as whether the counseling provided meets the expectations or not, and the likes and dislikes of the counseling services. The data were analyzed using SPSS 15.00 using the number, percentage distribution, McNemar test and Chi-square test.

**Findings:** 52,0% of web-based counseling services are found to be under 25 years old and 48,0% are over 25 years old.The average age of the counseling areas is  $27,48 \pm 7,502$  and the minimum (min): 17 is the maximum (max): 49; the median value of the average age is 25,0. 72,0% of the individuals who receive counseling services are women and 28,0% are men. 85,0% of the individuals receiving counseling services reported that they knew the methods of family planning and 15,0% did not know the methods.It was found that 89,0% of counseling services after counseling did not know that 7,0% of counseling required was not necessary and 4,0% was necessary or not necessary.In case of individuals knowing the types of family planning methods



after receiving web based counseling service, the first order is 86,0% condom, the second order is 82,0% pill method and the third order is 77,0% withdrawal method and ria. When the situation of the individuals who received the web based counseling service and the expectation of the post-counseling family planning service is examined, it is stated that 89,9% of the service is expected and 10,1% of the service is partially expected. A statistically significant difference was found in the information about the AP methods of the individuals who participated in the research after counseling ( $p < 0,05$ ).

**Results:** The web-based family planning consultancy service was seen to meet most of the expectations of the individuals involved in the research. Individuals participating in the research have increased their knowledge of family planning methods after counseling. All these results show that the web based family planning consultancy service is effective and web based training should be increased.

**Key Words:** Web-based consulting, Family planning, Web

# 1.GİRİŞ ve AMAÇ

## 1.1.Araştırmanın Konusu ve Önemi

Ülkemizde Aile Planlaması (AP), temel sağlık sorunlarından biridir. Hızlı nüfus artışı, planlanmayan gebeliklerin artması buna bağlı anne ve bebek ölümlerinin artmasına neden olmaktadır. Nüfus artışı aile planlaması hizmetlerinde belirleyici olarak rol almaktadır (Akdemir 2011; Hamidanoğlu 2011). Aile planlaması kadınların sağlık düzeyini gösteren olgulardan biridir (Akar 2017). Kadın sağlığını etkileyen en önemli dönem doğurganlığın olduğu dönemdir. Bu dönemde anne ve bebek ölüm riski artmaktadır (Ayhan 2016). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre; toplam doğurganlık hızı 2,26, isteyerek düşük sayısı ise 100 gebelikte 4,7'dir (TNSA 2013). Sağlıklı toplumdaki sağlıklı nesiller, sağlıklı nesillerden sağlıklı aileler ve sağlıklı ailelerden sağlıklı çocuk ve anne oluşmaktadır (Çoban 2016). Aile planlaması hizmetlerinin amacı; anne ve çocuk sağlığını koruyarak sağlıklı bireyler dünyaya getirmek, istenmeyen gebelikleri önlemek ve kişilerin yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktır (Seybou 2014; Akar 2017). Aile planlaması hizmetleri koruyucu temel sağlık hizmetlerinden olup ucuz ve kolay ulaşılabilen sağlık hizmetlerindedir (Kalak 2008).

Aile planlaması yöntemini kullanmayı etkileyen faktörler arasında kadının yaşı, statüsü, sosyo-ekonomik durumu, evlenme ve ilk gebe kalma yaşı, erkeklerin eğitim düzeyi ve yöntem kullanımına katılımı, dini inanışlar yer almaktadır (Ayhan 2016). Aile planlaması hizmetlerinin başarıya ve hedefine ulaşmasındaki en önemli etken verilen danışmanlık hizmetidir (Babadağlı ve Şahin 2006). Aile planlaması danışmanlığında sağlık personellerinin özellikle ebe ve hemşirelerin rolü büyüktür (Ayhan 2016). Etkili bir danışmanlık için rahat bir ortamın olması ve kişinin tüm AP yöntemlerini bilmesi ve anlaması gerekir. Böylece kişi kendine uygun olan AP yöntemini seçer. AP danışmanlığı her hizmetin her aşamasında verilmeli göz ardı edilmemelidir (Babadağlı ve Şahin 2006).

Son yıllarda bilim ve teknolojideki değişiklikler sağlık alanını da etkilemiştir. Bilgisayar ve internet kullanımı her geçen gün artmaktadır. Klasik eğitim ve danışmanlığın yerini kişilerin istedikleri zaman ve yerde ulaşabilecekleri web tabanlı

eğitimler almıştır. Buda eğitim ve danışmanlık anlayışına yeni bir boyut kazandırmıştır. Web tabanlı yapılan eğitimin birey hasta odaklı olması, dışuk maliyetli olması ve yeni bilgilerin bireylere hızlı bir şekilde yayılması en önemli avantajlardandır (Yenal 2006). İlgili literatürler incelendiğinde web ortamında verilen eğitim ve danışmanlığın olumlu yönde geliştiği ve kişilerin bundan fayda sağladığı görölmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmada amaç, web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmetinin etkinliğini değerlendirmektir.



## **2.GENEL BİLGİLER**

### **1.2. Web Tabanlı Sağlık Eğitimi**

Son yıllarda bilişim teknolojisinin gelişmesiyle birlikte tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli değişimler olmuştur. İnternet, gün geçtikçe hızla ilerleyen değişen ve gelişen bilgiyi hızla yayan önemli bir araç haline gelmiştir (Demir ve Gözüm 2011). İnternet birçok bilgisayar sistemini elektriksel olarak birbirine bağlayan ve sürekli büyüyen bir iletişim ağıdır (Yenal 2006). Web, internet ile bilgiye ulaşmanın en kolay yoludur (Yiğit ve ark. 2000). Bloglar, kişisel düşüncelerin ve ağ bağlantılarının ağ üstünde yayınlandığı alanlardır. Blog, web bloğun kısaltılmış halidir. Blog (weblog, ağ günlükleri) bir programlama bilgisine sahip olmadan basit bir şekilde oluşturulabilen, metin ve görsellerle desteklenebilen, yazılar hakkında yorumlar yapılabilen, yazıların kronolojik olarak arşivlemesi sağlayan kişisel veya kurumsal web siteleridir (Yenal 2006). Bloglar kullanım ve ulaşım kolaylığı, ucuz maliyeti ve özgür erişimli olma gibi özellikleri ile kısa sürede birçok alanda yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır (Özüdoğru 2014).

Günümüzde insanların çalışma ortamlarında ve evlerinde internetin var olması ile birlikte istedikleri bilgiye kolayca ulaşabilmektedirler. Birçok insan sağlık ile ilgili konularda web ortamındaki bilgi sayfalarını okumaktadır. Buna bağlı olarak da web tabanlı eğitim sistemine eğilim artmıştır (Demir ve Gözüm 2011). Web tabanlı eğitim; internet üzerinden sunulan eğitimidir. Web tabanlı eğitimde amaç, insanların zaman ve mekân kısıtlaması olmadan istedikleri zaman ve istedikleri yerde kendini geliştirmek istediği tüm konularda eğitim almasıdır (Yenal 2006).

#### **Web tabanlı eğitim programı oluşturma aşamaları;**

Web tabanlı eğitim programı oluşturmak için dört aşamanın olması gerekmektedir. Bu aşamalar;

1. Projeye karar verme aşaması
2. Program geliştirme aşaması
3. Deneme aşaması
4. Uygulama aşaması

**Projeye Karar Verme Süreci:** Bu projede eğitim verilecek kişiler belirlenmelidir. Karar verme aşamasında ise belirlenen kişi ya da gruplar hazır mı? İstekli mi? Bu konular göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılmalıdır.

**Program Geliştirme Aşaması:** Bu aşamada eğitim hedefleri belirlenir, fiziki ve teknik alt yapı ile eğitim içeriği oluşturularak eğitim sitesi hazırlanır.

**Deneme Aşaması:** Bu aşamada belirlenen hedef kitle arasından bir grup seçilir ve deneme yapılır. Elde edilen sonuçlar ölçülüp değerlendirilir ve devam edilip edilmeyeceğine karar verilir.

**Uygulama Aşaması:** Proje yukarıda bahsedilen tüm basamakları geçerse uygulamaya konur. Geribildirimlerle tekrar düzenleme yapılır ve çalışmaya devam edilir (Yenal 2006).

### **2.1.1. Web Tabanlı Sağlık Eğitiminin Avantajları ve Dezavantajları**

Web tabanlı araştırmaların avantajları aşağıdaki gibidir:

- En önemli avantajı kolay ulaşılabilir olmasıdır. Zamandan tasarruf edilir (Yenal 2006).
- Yer ve zaman esnekliği; bireyin istediği yer ve zamanda eğitim almasını sağlar (Demir ve Gözüm 2011).
- Kısa zamanda pek çok kişiye ulaşılabilir.
- Fiziksel engeli olanlara kolayca ulaşılabilir.
- Düşük maliyetlidir.
- Katılımcılar geribildirimlerini hızlı bir şekilde alabilirler.
- Metodolojik açıdan; taraf tutma olasılığı azalır (Aslan ve Işık 2013).
- Unutulan, hatırlamak istenen konulara tekrar bakabilme özelliği vardır.
- Web ortamında yapılan eğitimlerde tüm kayıtların detaylı bir şekilde tutulabilmektedir (Demir ve Gözüm 2011).
- Belirlenen hedef kitleye ulaşıldığı durumda sonuçların topluma genellenebilir özelliği artmaktadır.
- Gizlilik nedeni ile katılımcıların duyduğu kaygı azalır (Aslan ve Işık 2013).

- Değişik öğrenme seçenekleri (e-mail, web cam, forum sayfası vb.) sunulabilir.
- İnterneti olan her yerde bilgiye kolayca ulaşılabilir olması web tabanlı sağlık eğitiminin avantajlarından (Demir ve Gözüm 2011).

**Web tabanlı araştırmalarının avantajlarının yanı sıra dezavantajları da bulunmaktadır. Bunlar;**

- Araştırmaya yeterince katılım sağlanmazsa hedef kitleye ulaşılamaz ve böylece topluma genelleme yapılamaz (Aslan ve Işık 2013).
- Sağlık profesyonellerinin rolünün sınırlandırılması
- İnterneti olmayan kişilere ve yerlere ulaşılmaması
- Güncelleme yapılmaz ise yanlış ve eski bilgilerin kullanılması (Demir ve Gözüm 2011).
- İnternet hızı ve bağlantı sorunları (Özarıslan ve ark. 2007).

**2.1.2. Literatürde Web Tabanlı Sağlık Eğitimi İle İlgili Yapılan Araştırmalar**

İnternet ortamında farklı alanlarda farklı yöntemler ile birçok araştırma yapılmıştır. Yiğit ve ark'nın (2000) yaptığı çalışmada web tabanlı internet öğreticisinin etkinliği değerlendirilmiş ve bunun sonucunda öğretici, içeriğinde gerçek olayların olmasının ve bunların resimlerle desteklenmesinin öğrenmenin önemini artırdığı bulunmuştur. Aynı zamanda bu çalışma ile öğrenciler zamandan kazanç sağladığı belirtilmiştir (Yiğit 2000). Yenal 2006 yılında yaptığı çalışmada, web ortamında gebelere eğitim vererek gebelerin günlük yaşam aktivitelerine etkisini değerlendirmiştir. Bunun sonucunda güvenliğin sağlanması, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve bakım, egzersiz, cinsellik ve uyku puanlarının eğitim sonrasında giderek yükseldiği tespit edilmiştir (Yenal 2006). Çapık (2010) web destekli eğitim ve danışmanlığın ile prostat kanseri taramalarına ilişkin sağlık inancı, bilgi düzeyi ve taramalara katılıma etkisini değerlendirmiştir. Bu çalışmada, bireylere altı ay boyunca prostat kanseri ile ilgili eğitim ve danışmanlık verilmiş ve bireylerin web sitesinden bilgi edindikleri ve katılımın ilk üç ayda daha yoğun olduğu tespit edilmiştir (Çapık 2010).

Ünsal'ın 2010 yılında yaptığı bir çalışmada, tip 2 diyabetli bireylere web ortamında eğitim verilmiş ve bunun sonucunda eğitim alanların A1c seviyelerinin düştüğü ve sağlık kontrollerine gelme oranında artış olduğu görülmüştür (Ünsal 2010). Akdemir'in (2011) yaptığı çalışmada web tabanlı öğrenmenin temel hemşirelik becerileri üzerine etkisini incelemiştir. Araştırma sonucunda hemşirelik öğrencilerinin web tabanlı eğitimi aldıktan sonra temel hemşirelik becerilerini (intramüsküler enjeksiyon uygulama, I.V katater uygulama, nazogastrik katater uygulama, I.V sıvı uygulama becerileri) kazanmalarında etkili olduğu bulunmuştur (Akdemir 2011). Öztürk'ün (2013) çalışmasında, web destekli öğretimin öğrencilerin mesane kateterizasyonunu öğrenmelerine etkisini değerlendirmiştir. Yaptığı araştırma sonucunda ise öğrencilerin web sitesine giriş sıklığı ile başarı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Öztürk 2013).

Karabağ'ın 2013 yılında yaptığı çalışmada, web tabanlı öğretimin hemşirelik öğrencilerinin aritmetik ve ilaç dozu hesaplama becerilerine etkisini değerlendirmiş ve bu araştırma sonucunda elde edilen verilere göre, web ortamında eğitim alan hemşirelerin aritmetik ve ilaç doz hesaplama becerilerinin arttığını tespit etmiştir (Karabağ 2013). Uslu'nun (2011) çalışmasında ise hemşirelerin %41,7'si mesleki bilgiye hızlı ve kolay ulaşım sağlayacağı, zaman kazandıracığı gerekçesi ile web destekli eğitim almak istediklerini belirtmiş; %26,9'u ise bunu gereksiz bulduğu gerekçesi ile istememiştir (Uslu 2011).

Karakuş 2015 yılında yaptığı çalışmada, Akciğer tanısı alan hastalarda web destekli hasta eğitiminin semptom yönetimine ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmiştir. Araştırma sonucunda ise web sayfasını kullanan hastaların hastalığa ait özellikleri ile web kullanımları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Karakuş 2015). Çömez'in (2016) doktora tezinde meme kanseri olan kadınlar ve eşleri için web tabanlı eğitim sayfası oluşturmuş ve verilen eğitimin yaşam kalitesi ve eş uyumuna etkisini değerlendirmiştir. Yaptığı araştırma sonucunda ise web tabanlı eğitim ile hastaların/eşlerin bilgi boşlukları giderilmiş ve yaşadıkları semptomları yöneterek yaşam kalitelerini ve çift uyumlarını iyileştirmelerini sağlamıştır. Aynı zamanda web tabanlı eğitim hemşireler için de bir rehber olmuştur (Çömez 2016).

Doğu'nun 2017 yılında yaptığı araştırmada miyokard enfarktüsü geçiren bireylere yönelik web tabanlı uzaktan eğitim ve danışmanlık verilmiş ve bunun sonucunda bireylerin tedaviye uyumu ve iyilik durumları olumlu yönde etkilenmiştir (Doğu 2017).

Devineni ve Blanchard'ın 2005 yılında yaptığı araştırmada kronik baş ağrısı olan bireylere web ortamında danışmanlık verilmiş ve verilen bu eğitim geleneksel klinik tedaviden daha etkili olduğu saptanmıştır (Devineni ve Blanchard 2005). Kirschning ve Kardorff'un (2008) yaptığı araştırmada meme kanseri olan bireylerin internette bilgi aramalarını değerlendirmiş ve bunun sonucunda internet kullanımının gelir düzeyine bağlı olduğunu tespit etmiştir. Aynı zamanda ciddi hastalıklara sahip olan hastaların interneti daha çok kullandığı da belirlenmiştir (Kirschning ve Kardorff 2008). Nicholson ve ark'nın (2003) yaptıkları araştırmada sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarının (yazılı basın, medya, internet) kullanımını etkileyen faktörleri incelenmiştir; internet kullanımının yaş, eğitim düzeyi ve gelir durumuna göre değiştiği ve medeni durumu etkilemediği tespit edilmiştir (Nicholson ve ark. 2003).

Kim'in 2005 yılında yaptığı araştırmasında, interneti kullanan primipar gebelere annelik rolü için web tabanlı bir program geliştirilmiştir. Çalışma sonucunda annelik rolü ile ilgili en sık karşılaşılan problemlerin beslenme, bebek bakımı ve sağlık sorunları olduğu bulunmuştur. Geliştirilen web tabanlı program ile primiparlara gerekli desteğin sağlandığı ve maternal rolün geliştirilmesinde etkili olduğu tespit edilmiştir (Kim 2008). Herman ve ark.'ının (2005) yaptıkları bir araştırmada düşük gelirli Amerika ve Afrikalı gebelere web üzerinden sosyal destek sağlanmıştır. Bu web sitesinde gebelikle ilgili sağlık davranışları ve diğer gebelik sorunları hakkında bilgiler yer almaktadır. Bu araştırmaya, yeni gebe olan 19 Amerikalı Afrikalı kadın katılarak gebelikle ilgili konularda danışmanlık almışlardır. (Herman ve ark. 2006). Scherrer-Bannerman ve ark.'ı (2000) kalp cerrahisini bekleyen hastalara sağlanan, basılı bir el kitabı ve bir web sitesi olan iki hasta eğitimi yönteminin etkinliğini değerlendirmiştir. Web tabanlı formatın, basım tabanlı formata göre sosyal desteğin artırılması ve endişenin azalması gibi konularda iki ek fayda sağladığı görülmüştür (Scherrer-Bannerman ve ark. 2000).



Churchill (2011) eğitimde web2.0: Lisansüstü bir sınıfta blogların araştırmacı kullanımını üzerine yaptığı bir çalışmada blogların öğretme ve öğrenme etkinliklerini etkili bir şekilde desteklediği görülmüştür (Churchill 2011). Kahraman ve ark.'nın (2008) "internetin eğitimde kullanılması web 2,0 uygulamaları" adlı çalışmada 2006 yılından sonra web ortamındaki eğitimin giderek yaygınlaştığı ve bu eğitimlerin en fazla lisans seviyesinde yapıldığı bulunmuştur (Kahraman ve ark. 2008).

## **2.2. Aile Planlaması Kavramı ve Amaçları**

### **2.2.1.Aile Planlaması Kavramı**

Aile Planlaması; ailelerin istedikleri zaman istedikleri sayıda bakabilecekleri ve yetiştirebilecekleri kadar çocuk sahibi olmaları, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, çocuğu olmayan ailelere çocuk yapmalarını sağlayan uygulamaların tamamıdır (Çayan 2009; Çiftçioğlu 2009; Kaşlı 2014). Dünya Sağlık Örgütü'ne (World Health Organization–WHO) göre aile planlaması tanımı: "Ailelerin sağlığını ve refahını daha iyiye götürerek ülkenin sosyo-ekonomik gelişmesine etkin olarak katkıda bulunmak için bireyler ve aileler tarafından benimsenen düşünce ve yaşam şeklidir" (Kaşlı 2014). Toplum ve nüfusu ilgilendiren bir aile planlaması tanım yapılırsa, eğitim ve danışmanlık ile istenmeyen gebeliklerin önüne geçmek, ailedeki çocuk sayısını ve doğum aralığını belirlemek amacıyla toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, nüfusu dengelemek amacıyla yapılan çalışmalardır (Kaşlı 2014).

Aile Planlaması ülkemizde hızlı nüfus artışı, anne ve bebek ölüm oranının artması, planlanmayan gebelikler nedeniyle hala karşılanamayan temel sağlık sorunlarından. Ülkemizdeki nüfus artışı gebelikten koruyucu yöntem gereksinimini belirlemede önemli rol almaktadır (Örsal 2007). Aşırı doğurganlığın olduğu ülkelerde; adölesan gebelikler, erken evlenme, istenmeyen gebelikler, ileri yaş gebelikleri, yüksek riskli gebelikler ve iki gebelik arasındaki sürenin kısa olması, gebelik sayısının fazla olması gibi nedenlerin görülme sıklığı daha fazladır (Aktoprak 2012).

## **2.2.2 Aile Planlamasının Amaçları ve Önemi**

Aile planlaması hizmetleri üreme sağlığı hizmetlerinden olup temel sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri içerisinde yer alır (Kaşlı 2014). Dünya Sağlık Örgütü'ne (World Health Organization-WHO) göre üreme sağlığı, “Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır” şeklinde tanımlamıştır (Özaydın 2009). Aile planlamasındaki amaç; ailelerin kendi iradeleri ile istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlamak, bireyleri ve aileleri üreme sağlığı konusunda eğitmek, anne ölümlerini önlemek ve sağlığını korumak, yüksek riskli gebelikleri önlemek ve istenilmeyen gebeliklerin tehlikeli bir şekilde kaybedilmesini önleyerek anneleri bu konuda bilinçlendirmek, çocuk sahibi olmak isteyenlere tıbbi yardım sağlamak ve bireyleri aile planlaması yöntemleri konusunda eğitmektir (Kaşlı 2014; MEB 2012). Aile planlamasının amacı hiçbir şekilde kişileri kısırlaştırmak veya nüfusu azaltmak olmamıştır (Kaşlı 2014). Aile planlaması hizmetlerinin asıl amacı anne ve çocuk sağlığı düzeyini yükseltmektir (Kaya ve ark. 2008).

Sağlıklı anne ve sağlıklı bebek sağlıklı toplumu oluşturur (Kaşlı 2014). Aile planlaması yöntemlerinin toplumda yaygın bir şekilde kullanılması ile hızlı nüfus artışı engellenir ve ülke nüfusunun planlı bir şekilde çoğalmasını sağlar (Çayan 2009). İstenmeyen gebelikler sonucunda oluşan masraflar azalır ve ekonomiye katkı sağlayarak yaşam kalitesini artırır. Toplumun beslenme, sağlık, konut ve eğitim harcamaları azalır (Kaşlı 2014). Toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinde, kadınların üreme sağlığı ve aile planlaması konularında bilinçli olmasının önemi büyüktür (Cetişli ve ark. 2016).

### **2.2.2.1 Aile Planlamasının Temel Amaçları**

#### **Bilgilendirme-eğitim-uygulama hizmetleri sağlamak**

Topluma ve ailelere aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi vermek, gerekli eğitim ve danışmanlığı vererek uygulama olanakları sağlamaktır.

### **Gebelik sıklığını ayarlamak**

Sık aralıklarla doğum yapmak kadın sağlığını tehlikeye atar. Bu durumda iki gebelik arasındaki sürenin en az iki-üç yıl olması gerekmektedir. Kadının anemi ya da başka bir hastalığı varsa bu süre daha fazlada olmalıdır. Aile planlaması, gebelik sıklığının ayarlanmasındaki en iyi yöntemdir.

### **Aşırı doğurganlığı önlemek**

Çok sayıda doğum yapmak hem anneyi hem bebeği tehlikeye sokar. Özellikle beşinci doğumlardan sonra bu oran daha da artar. Bu nedenle aile planlaması ile aşırı doğurganlık engellenebilir ve hem anne sağlığı hem bebek sağlığı korunabilir.

### **Bedenen ve ruhen sağlıklı bireyler yetiştirmek**

Ailedeki çocuk sayısı çok fazla olması, anne babalar çocuklarına daha fazla zaman ayırmasını ve hem maddi hem manevi yönden gereksinimlerin karşılanmasını etkilemektedir (Doğan 2008). Bakabileceğinden fazla çocuğu olanların ise zamanı, parası ve sağlığı yerinde olmadığı için sağlıklı nesiller yetiştiremezler (Kaşlı 2014). Aile Planlaması ile bu amaca ulaşılabilir.

### **Doğum yaşını ayarlamak**

Doğumların 20 yaşından önce ve 35 yaşından sonra olması anne ve bebek mortalite ve morbidite riskini arttırmaktadır. Bu nedenle aile planlaması anne ve çocuk sağlığını korumayı hedefler (Doğan 2008; Kaşlı 2014).

### **İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi**

İstenmeyen gebelikler çoğu kez düşükle sonlandırılmak istenir. Sağlıksız koşullarda yapılan istemli düşüklere anne sağlığını tehlikeye atabilir. Bu nedenle istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde en etkili ve sağlıklı yol aile planlamasıdır (Doğan 2008; Kaşlı 2014).

## **Sağlıklı, mutlu, iyi eğitilmiş insan yetiştirmek**

Aile planlaması, istenmeyen gebelikleri önleyerek toplumumuzun iyi eğitilmiş, maddi olanakları iyi olan mutlu ve huzurlu bireylerden oluşmasını sağlar (Doğan 2008).

## **Çocuk sahibi olmayan ailelere yardımcı olmak**

Aile planlaması hizmetleri, istendiği halde çocuk sahibi olamayan ailelere yol gösterip yardımcı olmayı da içerir (Kaşlı 2014).

## **2.3. Aile Planlamasının Tarihsel Gelişimi**

### **2.3.1 Dünya’da aile planlaması**

İnsanlar ilk çağlarda çocukların kendiliğinden oldukları düşünülürdü. Kadınlar gebeliğin kötü ruhlardan kaynaklandığını düşünerek bu ruhları kendilerinden uzak tutmak için bel ve boyun kısımlarına süs eşyaları bağlamış (Çayan 2009). O dönemlerde gebelikte babanın rolü bilinmemekteydi (Kaşlı 2014). İnsanlar gebeliğin cinsel ilişki sonrasında olduğunu anladıktan sonra bunu önleme çabalarına girmişlerdir (Aktoprak 2012). Bununla ilgili ilk metinler dört bin yıl önce eski Mısır Rahiplerinin yazdığı papirüslerdir (Kaşlı 2014). Bu papirüsler de gebeliği önlemek için vajene yerleştirilen çeşitli maddelerden yapılan tamponlardan söz edilmektedir (Çayan 2009).

İlk yazılı belgeler Mısırlılardan kalma Ebers Papirüsü (MÖ. 1550) ve Petri Papirüsü dür. Bu papirüslerde gebeliği önlemek için timsah dışkisından yapılan ilaçların dölyoluna koyulduğu yazmaktadır (Kaşlı 2014). İran, İbrani, Arap, Yunan ve Roma döneminden kalan eserlerde, vajene konulan katranlı lahana yaprağı, sedir yaprağı, sünger ve meyve asitlerinin gebeliği önlediğine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Doğum kontrolünün bir nüfus sorunu olarak ele alan kişi Aristo olmuştur. Yunanlı filozof şehir devletlerindeki nüfusun sabit tutulması bunun için çocuk sayısının sınırlandırılması hakkında kanunların çıkması gerektiğini öne sürmüştür. Bunu karşın gebeliği önlemenin daha kolay ve doğru olduğunu savunan ilk kişi Roma ünlü hekimi Soranus’tur. Ayrıca Soranus ilk kez takvim yönteminden bahsetmiştir (Çayan 2009).

Kadınların yumurtalıklarına kendi adını veren Fallopius, ilk olarak penil kılıfı 1564 yılında tanımlamıştır. Penil kılıf günümüzdeki perezervatiftir. Yıllarca cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumak için penil kılıf kullanmışlardır. New York'lu Dr. E. B. Foote tarafından servikal kapak 1860'da geliştirilmiştir (Kaşlı 2014). Wilhelm Mensinga diyaframı 1882'de bulmuştur (Çayan 2009). İlk olarak Aile Planlaması kliniği 1882'de Charles Knowlton adlı hekim tarafından Hollanda'da açılmış; 1916 yılında ise Hemşire Margaret Sanger ilk aile planlaması kliniğini açmıştır. Fakat Margaret Sanger o dönemin tutuculuğu nedeniyle ceza evine atılmıştır. İlk modern doğum kontrol yöntemi 1912'de kullanılmaya başlanmıştır (Kaşlı 2014).

İlk olarak Alman tıp dergisinde flexibl halka ipek rahim içi araçlarını (RİA), 1909 yılında Richard Richer tarafından tanımlanmış ve 1923 yılında 23000 RİA dağıtmıştır (Doğan 2008). Hükümet düzeyinde ilk aile planlaması 1948 yılında Japonya'da ikinci olarak ise 1952 yılında Hindistan da başlamıştır. ABD'de 1950 yılında Amerikan Aile Planlaması Federasyonu kurulmuştur. Bu federasyon 1953 yılında Uluslararası Aile Planlaması Federasyonuna (IPPF) dönüştürülerek aile planlaması temel insan hakkı olarak kabul edilmiştir. Aile Planlamasını temel insan hakkı olarak 1966 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kongresi, 1968 yılında Uluslararası İnsan Hakları Konferansı, 1974 yılında ise Dünya Nüfus Konferansı onaylamıştır (Kaşlı 2014). Garcia, Pincus ve Rock tarafından hormonal kontraseptifler 1956-1958 yıllarında yapılmış ve kontraseptif olarak kullanılabilceği bildirilmiştir (Aslan 2013). Doğum kontrol yönteminin son ürünü implantlar 1998 yılında bulunmuştur. Türkiye'de 2002 yılında hizmete girmiştir (Salman 2014).

### **2.3.2 Türkiye'de aile planlaması**

Türkiye'de cumhuriyetin ilk yıllarında, 1923'ten sonra doğurganlığı özendirici (pronatalist) politikasını izlemiştir (Kaşlı 2014). Bu dönemlerde verem, sıtma ve çeşitli salgın hastalıkları ve savaş nedeniyle pronatalist politika izlenmek zorunda kalınmıştır (Çayan 2009; Kaşlı 2014). Nüfusun artması için çeşitli teşvik edici ödüller verilmiştir. Aynı zamanda Medeni Kanun'la evlenme yaşı kadınlarda 15, erkekler için 17 olarak belirlenmiş ve düşük yapmak veya yaptırmak, gebeliği

önleyici ilaçları satmak ve tanıtmak yasaklanmıştır. Bu yaklaşım 1950'nin sonlarına kadar devam etmiştir (Kaşlı 2014).

Hızlı nüfus artışı istenmeyen gebeliklerin ve anne bebek ölümlerinin artmasına neden olmuştur (Aktoprak 2012). Bunların sonucunda ise 1950'li yıllarda Ana-Çocuk Sağlığı (AÇS) Merkezleri kurulmuştur (Çiftçioğlu 2009). Dr. Zekayi Tahir Burak 1958 yılında Sağlık Bakanlığına nüfus artış hızının azaltılması gerektiği yönünde tedbirler alınması gerektiğini bildirmiştir (Çayan 2009). 1965 yılında ise doğurganlığın azaltılması yönünde (antinatalist) politika izlenmeye başlanmıştır (Aktoprak 2012). Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) 1962 yılında Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planı'nı kabul etmiştir (Aktoprak 2012). Mecliste bu konu büyük tartışmalara yol açmış ve 10 Nisan 1965'te 557 sayılı ilk nüfus planlama yasası kabul edilmiştir. Bu yasaya göre;

- AP yöntemleri ile ilgili bilgi, eğitim, gerekli malzemelerin dağıtımı ve kullanımı
- Gönüllü cerrahi sterilizasyonu hariç diğer aile planlaması yöntemlerinin sunulması
- Sadece tıbbi nedenlerden dolayı gerçekleşen düşüklerle ve cerrahi sterilizasyona izin verilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 10Nisan 1965, sayı: 557).

Bu yasa sonucunda Aile Planlaması yöntemleri daha çok kullanılmaya başlanmıştır. Yasal olmamasına rağmen isteyerek düşüklerin sayısı artmış ve buna bağlı olarak anne ölümleri de görülmeye başlanmıştır (Aktoprak 2012). Bu yasanın 18 yıllık uygulama sonucunda, isteyerek düşüklerin önlenmesinde yetersiz olduğu görülmüştür. İkinci Nüfus Planlama Yasası 24.05.1983'te 2827 No'lu Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile kabul edilmiştir; uygulamaya 1984 yılında geçilmiştir. Günümüzde halen bu yasa geçerlidir (Aktoprak 2012; Çayan 2009;CS/ÜS 2010). Bu yasa ile birlikte;

- Gebelikler 10 haftaya kadar istemli olarak sonlandırılabilir.
- Gebelikler 10 haftanın üzerinde ise anne sağlığını tehdit eden durumlarda kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından gerekçeli rapor ile sonlandırılabilir.
- Gönüllü cerrahi sterilizasyon işlemleri erkeğe ve kadına uygulanabilir.

- Kadın Hastalıkları ve doğum uzmanları denetiminde eğitimli pratisyenler menstrüel regülasyon hizmetini hastanelerde ve AÇSAP merkezlerinde verebilirler.
- Eğitimli doktor, ebe ve hemşireler etkili RİA gibi aile planlaması yöntemlerini uygulayabilirler.
- Aile planlaması konusunda sektörler arası işbirliğinin sağlanması da yasada vurgulanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 24. Mayıs. 1983, Sayı: 18059).

Bu yasanın ardından isteyerek düşük hızları kısa bir süre daha artış göstermiş fakat 1990 yılından sonra giderek azalmıştır (Akdemir 2011). İsteyerek düşük hızları “100 gebelikte” 1983 yılında 12,1 iken 1988’de 23,6, 1993’de 18, 1998’de 14,5, 2003’de 11,3, 2008’de 10 ve 2013’de 5’dir (TNSA 2013).

Kahire’de 1994 yılında yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında (UNKK- International Conference on Population and Development-ICPD 1994) “Üreme Sağlığı” kavramından bahsedilmiştir. Üreme sağlığı hizmetleri, üreme sağlığına ait tüm sorunların önlenmesi ve çözümlenmesi yoluyla üreme sağlığı ve yaşama katkıda bulunan yöntem, teknik ve hizmetlerin bir bütünü olarak tanımlanmıştır (Çayan 2009). Bu konferans sonrasında Üreme Sağlığı içine; üreme sağlığı riskleri, cinsel eğitim, güvenli annelik, doğurganlığın düzenlenmesi, cinsel sağlık ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve üreme hakları yer almıştır (Aktoprak 2012; Kaşlı 2014). Üreme sağlığının geleneksel Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması’ndan farkı, tüm yaşam sürecini ele alması ve her iki cinsiyeti kapsamasıdır (Çayan 2009). Pekin’de 1995’de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı’nda ICPD Konferansının sonuçları bir kez daha vurgulanmıştır (Aktoprak 2012). Bütün ülkelerin, 2015 yılından önce tüm üreme sağlığı hizmetlerinin toplumda ihtiyacı olan herkese nitelikli bir şekilde ulaşmasını sağlamaları hedef olarak belirlenmiştir. Türkiye’de bu ilkeler temel alınarak 1998 yılında Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Planı (KS/AP-USP) hazırlanmıştır ve Aralık 2001’de Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ve Avrupa Komisyonu (AK) ile Türkiye Üreme Sağlığı Programı (TÜSP) Finans Anlaşmasını imzalamıştır (Çayan 2009).

Kadınların erkeklere oranla AP yöntemlerini kullanma isteği ve kullanma oranı daha fazladır (Çayan 2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre; Modern yöntem kullanan kadın %47,4 iken, geleneksel yöntem kullanan kadın %26 ve toplamda yöntem kullanımı %73,5'dir. Modern yöntemlerden en çok kullanılan yöntemlerde ilk sırayı %16,8 ile RİA almaktadır. İkinci sırayı ise %15,8 ile kondom almaktadır. Geleneksel yöntem kullananlar da ise ilk sırayı %25,5 ile geri çekme almaktadır (TNSA 2013).

AP yöntem kullanımı yaşa göre farklılık göstermektedir. Herhangi bir yöntem kullanımı 15-19 yaş grubundaki evli kadınlarda %47 ile 30-34 yaş grubunda %84 ve 45-49 yaş grubunda ise %59'a düşmektedir. TNSA 2013 verilerine göre evli olup en çok yöntem kullanan yaş gurubu 30-34 olup, en az yöntemi kullanan yaş grubu ise 15-19'dur. Bunun nedeni ise çiftlerin yeni evli olması ve çoğunluğunun bebek istemesidir (Kaşlı 2014; TNSA 2013). Türkiye'de kadın ve erkeğin eğitimi artıkça aile planlaması yöntemlerinin kullanımı ve çocuk sayısı değişmektedir. Kentleşmenin hızlı büyümesi ve kadının iş hayatına katılımı toplumumuzda çocuk sayısını etkilemiş ve ailelerin küçülmesine neden olmuştur (Kaşlı 2014).

## **2.4.Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık Hizmetleri**

### **2.4.1 Danışmanlık**

Bireylere ve ailelere sağlık eğitiminde yardımcı olmak için sıkça kullanılan yaklaşımlardan biri de danışmanlıktır (Kalak 2008). Sağlıklı yaşam koşullarının oluşturulmasında ve hastalıkların önlenmesinde büyük önem taşıyan danışmanlık; herhangi bir sorunun çözümü için bilgi ve yol göstermedir. Bireye, herhangi bir konuda güvenilir ve profesyonel kişiler tarafından bilgi verilmesi; kişinin konu hakkında bilgi edinerek kendi seçim ve kararlarını oluşturması; karşılıklı konuşarak bir kişinin diğerine yardımcı olması, yönlendirici olmadan yardım edilmesi danışmanlıktır. Danışmanlık kişiyi ikna etme çabası değildir, aksine kişiye yöntemlerle ilgili seçenek sunarak kişinin kendi seçtiği yöntemi kullanmasına yardım etmektir (CS/ÜS 2010).

Danışmanlık hizmeti verilirken kısalık, öncelik, yalınlık ve tekrar etmenin önemli olduğu unutulmamalıdır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir;



- **Kısalık:** Akılda tutulması gereken noktaların vurgulanması
- **Öncelik:** Önemli olan konuların ilk planda anlatılması
- **Yalnlık:** Kısa cümleler kullanarak tıbbi terimlerden uzak durarak kişinin anlayabileceği şekilde konuşulması
- **Tekrar:** Önemli olan noktaların tekrar edilmesi ve danışmanlık alan kişiye de tekrarlatılmasıdır (Kalak 2008).

Uluslararası Planlanmış Ebeveynlik Federasyonu tarafından danışmanlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin hakları belirlenmiştir. Bu haklar; bilgi edinme hakkı, gizlilik hakkı, hizmetlere ulaşma hakkı, saygınlık hakkı, seçme hakkı, güvenlik hakkı, mahremiyet hakkı, rahatlık hakkı, süreklilik ve görüş bildirme haklarıdır (Kalak 2008; MEB 2012).

#### **2.4.1.1 Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık ve Önemi**

Aile planlaması hizmetleri, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, aile sağlığı merkezlerinde, sağlık evlerinde verilmektedir. Danışmanlık aile planlaması hizmetlerinin ilk basamağıdır (Kalak 2008). Danışmanlık hizmetlerinin kaliteli olması, karar verecek ve bu kararı uygulayacak kişiyi yönlendirmede etkili olacaktır (Çayan 2009). Danışmanlığın hedeflerinden biri de bilinçli ve özgür seçiminin sağlanmasıdır.

#### **İyi bir aile planlaması danışmanın sahip olması gereken özellikleri**

Kendini tanıtarak başvuran kişi ile tanışır, iletişimi başlatır ve sürdür.

- Güvenilir olmalı,
- Kişinin mahremiyetini korumalı,
- Kişinin haklarını anlamalı ve saygı duymalı,
- Kişinin güvenini kazanmada duyarlı olmalı,
- Başvuran kişinin kültürel değerlerine uygun davranmalı,
- Kişiler arası iletişimde yetenekli olmalı,
- Başvuran kişinin aile planlaması konusundaki endişelerini dikkatle dinlemeli,
- Sözsüz iletişimi ve beden dilini kullanmalı,
- Başvurana daha fazla yardımcı olamadığı durumlarda başvurunu uygun yerlere sevk edip, yönlendirmelidir (CS/ÜS 2010).

### **Aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin yararlarını şu şekilde sıralayabiliriz;**

- **Uygun yöntem seçimi;** Danışmanlığa başvuran kişinin kendisine en uygun yöntemi seçmesine yardımcı olur.
- **Kabulün artırılması;** Başvuran kişiye doğru ve eksiksiz bilgilendirme yapıp uygun iletişim tekniklerini kullanarak kişinin aile planlamasını kabul etme oranını artırır.
- **Yöntemin etkin kullanımı;** seçilen yöntemin etkin kullanılmasını sağlar ve kişi seçtiği yöntemi tam ve doğru bilgilendirildiği için daha doğru kullanır.
- **Uzun kullanım süresi;** seçilen yöntemin uzun süre kullanılmasını sağlar. Seçilen yöntemin yan etkilerinin bilinmesi ve yöntemin doğru kullanılması kullanım süresini uzatır. Aynı zamanda herhangi bir sorunla karşılaşıldığında danışılacak birinin olması da kullanım süresini uzatır.
- **Sağlık personelinin zamanının uygun şekilde kullanılması;** Kaliteli danışmanlık sonucunda yöntem kullanma süresi uzar, karşılaşılabilecek riskler azalır ve sağlık personeli zamanını etkili ve verimli bir şekilde kullanmış olur.
- **Tasarruf sağlar;** Başvuran kişi, sağlık kuruluşu ve ülke için tasarruf sağlamış olur. Aile planlaması yöntemlerinin uzun süreli kullanımı ile gereksiz yöntem değiştirmelerinin önüne geçilerek ve yanlış kullanımdan doğacak doğum veya kürtaj gibi ek sağlık riskini ve masrafların azaltarak tasarruf sağlar (Kalak 2008; MEB 2012; Özer 2016).

### **Danışmanlık uygulama basamakları**

- **Karşılıyarak selamlamak;** danışmanlık alacak kişi güler yüzle karşılanır ve danışman kendini tanıtır.
- **İlgi göstererek soru sormak;** Başvuran kişinin kısaca tıbbi özgeçmişi ve aile planlaması öyküsü hakkında bilgi alınır. Aile planlamasındaki düşünceleri, korkuları ve endişeleri soru sorularak almaya çalışılır.
- **Yöntemler konusunda bilgi vermek;** Tüm aile planlaması yöntemleri, kullanımları, yan etkileri, olumlu ve olumsuz yönleri anlatılır.

- **Sececeği yöntem konusunda yardımcı olmak;** Kişinin kendi gereksinimleri ve tercihleri doğrultusunda karar vermesine yardımcı olunur. Kişi yerine karar verilmemeli ve asla yönlendirme yapılmamalıdır.
- **Seçilen yöntem konusunda açıklayıcı bilgiler vermek;** seçilen yöntemin tüm özellikleri anlatılır ve kişinin karşılaştacağı sorun durumunda rahatça gelebileceği anlatılır.
- **Kontrole (izleme) çağırmak;** İzlem için kontrol günü belirlenir, kontrole gelmesi için teşvik edilir. İzlem için geldiğinde yöntemi kullanıp kullanmadığı ve yöntemle ilgili herhangi bir sorunu olup olmadığı sorulur (MEB 2012).

#### **Aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin amaçları**

Danışmanlık, öneriler sunarak seçim yapabilmelerine olanak sunmaktır (Kalak 2008). Aile planlamasında danışmanlık yöntem seçimini etkilediği kadar yöntemlerin kabul edilebilirliğini, devamlılığını sağlama ve memnuniyeti arttırmada en önemli etkenden biridir (Eryılmaz 2014).

#### **Aile planlaması danışmanlığının amacı;**

- Başvuran kişinin aile planlaması yöntemlerinin yararları ve risklerini bilmelerine,
- Kendi duygu ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmalarına,
- Aile planlaması ve üreme yöntemleri hakkında bilinçli ve gönüllü karar vermelerine,
- Aile Planlaması yöntemlerini doğru kullanmalarına yardımcı olur.
- Gerekli bilgilenme sağlanarak başvuran kişinin bu bilgileri kendi ihtiyaçları ve koşulları doğrultusunda kullanmasını sağlar (MEB 2012).

#### **2.4.1.2. Aile planlaması danışmanlık çeşitleri**

Aile planlaması danışmanlığı üç bölümde incelenir. Bunlar;

1. Genel danışmanlık
2. Yönteme özel danışmanlık
3. İzlem danışmanlığı

#### 2.4.1.2.1 Genel danışmanlık

Aile Planlaması için başvuran kişiye yöntem seçmeden önce verilen danışmanlıktır. Genel danışmanlıkta başvuran kişiye kadın ve erkek üreme sisteminin anatomisi, fizyolojisi hakkında bilgi verir. Tüm korunma yöntemleri hakkında tek tek bilgi verir bilgi verirken resimli rehberden yararlanır. Aynı zamanda tüm yöntemlerin olumlu olumsuz yönleri ve yan etkileri anlatılır (CS/ÜS 2010). Genel danışmanlık alan kişi kendini güvende hissedeceği ortam da olmalı ve nezaketle karşılanıp iletişim başlatılmalıdır (MEB 2012). Genel danışmanlık sonucunda başvuran kişi kendine uygun bir aile planlaması yöntemi seçer. Genel danışmanlık bireysel verilebildiği gibi grup şeklinde de verilebilir (CS/ÜS 2010).

#### 2.4.1.2.2 Yönteme özel danışmanlık

Başvuran kişinin kullanmaya karar verdiği yöntem sonrasında verilen danışmanlıktır. Kontraseptif yöntemin uygulamanın hemen öncesi ve hemen sonrasında yapılan danışmanlıktır.

#### **Yönteme Özel Danışmanlıkta Danışman;**

Kişiye, hangi yöntemle ilgilendiğini ve bu konuda neleri bildiğini sorar. Sağlık personeline, yanlış bilgileri ve söylentileri düzeltme, doğru bilgileri aktarma olanağını verir.

- Seçilen yöntemin etki mekanizmasını, etkisini, olumlu ve olumsuz yönlerini kişiye anlatır, varsa sorularını cevaplanır.
- Danışman kişinin ilgilendiği yöntemin uygunluğu konusunda, onun gereksinimlerini ve öyküsünü göz önüne alarak tavsiyede bulunur. Bu süreç, bir kontraseptif yöntemin ön seçimi ile sonuçlanır.
- Sağlık personeli gerekli fizik muayeneyi ve laboratuvar incelemelerini yaparak, seçilen kontraseptif yöntemin uygunluğunu saptar.
- Kişinin bir kontraseptif yöntemi seçmesinden ve değerlendirilmesinden sonra yöntem konusunda **daha ayrıntılı** bilgi verilir.

Bu aşamada, sağlık personeli:

- Seçilen yöntemin tanımını, etki mekanizmasını, etkililiğini, olumlu/olumsuz yönlerini, kullanım kurallarını ve olası yan etkilerini yalın ve anlaşılır bir dille anlatır.
- Kişinin anladığından emin olmak için, kullanım kurallarını ve uyarıları tekrar etmesini sağlayarak geri bildirim alır. Kişiye izlem gününü bildirir.

Yönteme özel danışmanlıkta kişiye yöntem hakkında ayrıntılı bilgi içeren tanıtım broşürü verilmelidir (CS/ÜS 2010).

#### **2.4.1.2.3 İzlem danışmanlığı**

Bu danışmanlık hizmete başvuran kişinin yöntemi sürekli kullanmasını destekleyen ve kişinin motivasyonunu destekleyen izlemdir (MEB 2012).

##### **İzlem ziyaretlerinin amaçları şunlardır:**

- Kişinin aile planlaması uygulama kararını güçlendirmek,
- Kişinin yöntemden memnun olup olmadığını, kullanmaya devam edip etmediğini öğrenmek,
- Kişinin yöntemi doğru uygulayıp uygulamadığını kontrol etmek ve gerekirse, kişiye kullanım kurallarını tekrardan hatırlatmak.
- Gerekli olan malzemeyi sağlamak,
- Kişinin sorularını varsa onları yanıtlamak,
- Yöntem konusunda kişiye güven vermek ve olası küçük yan etkileri tedavi etmek
- Kişinin genel sağlık durumunda ve yaşamında, yöntemi değiştirmesini veya uygulamayı bırakmasını gerektiren herhangi bir değişiklik olup olmadığını saptamak (CS/ÜS 2010).

İlk izlem ziyaretinin zamanı kullanılan aile planlaması yöntemine bağlıdır. Bunlar; oral kontraseptifler iki-dört hafta sonra, ria'lar bir ay sonra, enjekte edilen kontraseptifler bir veya üç ay (çeşidine göre) sonra, implantlar ise bir hafta sonra mutlaka kontrole gelmelidirler (MEB 2012). İzlem ziyaretlerinde, yan etki ve komplikasyonları olmayan kadınlar da bazen kullandıkları yöntemi değiştirmek isteyebilirler. Bu durumu normal karşılamalıyız. Çünkü **“Danışmanın görevi, yöntem önermek değil, başvuranın memnuniyetini sağlamaktır”**.

İzlem ziyaretleri, hizmetin sürekliliğinin ve başarısının sağlanmasında önemlidir (CS/ÜS 2010).

#### **2.4.2 Aile planlaması danışmanlığında ebelik hizmetleri ile ilgili çalışmalar**

Aile Planlaması danışmanlık hizmetleri bu konuda eğitim almış hekim, ebe, hemşire ve bu konuda eğitim almış diğer sağlık personelleri tarafından verilir (Kalak 2008). Aile Planlaması genellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilmekte olup, kişinin burada karşılaşacağı ilk kişi ebe ve hemşiredir (Örsal 2006). Aile planlaması danışmanlığında sağlık personelinin en önemli görevi eğitimidir. Verilen eğitim, bu konuda bilgi eksikliğini giderilmesi, olumlu davranışlar kazandırılması ve uygun olmayan davranışların değiştirilmesi gibi ana temalardan oluşmaktadır (Kalak 2008).

Ebe ve hemşireler AP hizmetlerinde, hizmet alanlara eğitim ve danışmanlık rollerini iyi kullanarak; bireylerde olumlu davranış değişikliği meydana getirebilir ve bu hizmetlerden daha fazla kişinin yararlanmasını sağlayabilirler. Sonuçta hem toplum hem de birey sağlığının yükseltilmesinde önemli rol oynayabilirler (Erbil ve Pasinlioğlu 2018; Eryılmaz 2014).

Erbil ve ark. 2007 yılında yaptıkları araştırmada planlı eğitim ve danışmanlığın kadınların aile planlaması hizmetlerinden memnuniyet düzeylerine etkisini incelemiştir. Bunun sonucunda AÇSAP merkezlerinde çalışan sağlık personelinin çoğunun kadın olması nedeniyle empati yaptıklarını ve onlara kibar ve saygılı davrandıklarını belirtmişlerdir (Erbil ve Pasinlioğlu 2018). Babadağlı ve ark'ının (2001) yaptığı araştırmada Sakarya Doğum ve Çocuk Bakım Evi ile SSK İzmit Hastanesi'nde doğurganlık dönemi kadınların aile planlaması ve danışmanlık konusunda bilgi ve tutumları karşılaştırılmıştır. Bu araştırmanın sonucuna göre aile planlaması danışmanlık hizmeti kadınların en çok ihtiyaç duyduğu loğusalık döneminde doğum servisinde çalışan ebe ve hemşireler tarafından verilmelidir (Babadağlı ve Şahin 2006).

Vural ve ark'ının (2003) yaptığı çalışmada, doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı ve sonuçları incelenmiştir. Bu araştırma, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğum sonrası

verilen aile planlaması danışmanlığı incelenmiştir. Danışmanlık alanların %95,1'i aile planlaması yöntemlerini seçmiştir. Bu araştırma sonucunda aile planlaması danışmanlığı için çaba gösterilmesi gerektiği belirtilmektedir (Vural ve ark. 2004).

Giray ve ark.'ının (2002) yaptığı çalışmada Işıkent Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 15-49 yaş evli kadınların sağlık ocağı hizmetlerinden kolaylıkla yararlanmalarına karşı etkili aile planlaması yöntemi kullanmadıkları belirtilmektedir. Etkili yöntem kullanımını etkileyen faktörler ise ilkokul ve üzeri öğrenimin olması, resmi nikâh varlığı ve en uzun yaşanan yerin kasaba ve şehir olmasıdır (Giray ve Keskinoglu 2006). Yurdakul ve ark.'ı (2014) aile sağlığı merkezinde çalışan ebe ve hemşirelerin aile planlaması hizmetlerinde değişen rolünü belirten araştırma yapmıştır. Bu çalışmada, aile planlaması hizmetlerine yönelik çok fazla danışmanlık talebinin olması fakat iş yoğunluğu, zaman ve yer kısıtlılığı nedeniyle talebin yerine getirilmediği belirtilmiştir (Yurdakul ve Çobaner 2016).

Kalak'ın 2007 yılında yaptığı çalışmada Aydın Doğumevi Aile Planlaması Polikliniği'ne başvuran kişilerin aile planlaması hakkında bilgi, tutum ve davranışları ile aile planlaması danışmanlık hizmetleri değerlendirmiştir. Araştırma sonucunda, aile planlaması yöntemlerinin yaygın ve doğru bir şekilde kullanılmasını sağlayacak en önemli faktörün bu konuda eğitilmiş sağlık personeli tarafından verilen danışmanlık hizmeti olduğu belirtilmiştir (Kalak 2007).

Şafak (2006), Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi'nin vermiş olduğu aile planlaması hizmetini değerlendirdiği çalışmada; katılımcıların hizmet ile ilgili en çok eleştirdikleri konulardan birinin sağlık personelinin davranışı olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda mahremiyete saygı ve yönetime özel danışmanlık da eleştirilmiştir (Şafak 2006).

Gözükara ve ark.'ı (2012) Şanlıurfa ilinde kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarını incelemiştir. Bu araştırma sonucunda, kadınların aile planlamasına karşı tutumlarının olumlu olduğu; ancak aile planlaması eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlı olması gerektiğini vurgulanmıştır (Gözükara ve ark. 2015).

Yıldızhan ve ark.'ının (2008) yaptığı çalışmasında 2000-2004 yılları arasında İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Aile Planlaması Yöntemlerinin Değerlendirilmesi adlı çalışmasında aile planlaması ve kontraseptif

yöntemler hakkında danışmanlığı kadınlarla birlikte erkeklere de verilmesi gerektiğini belirtmektedir (Yıldızhan ve ark. 2008).

### **2.4.3. Diğer Ülkelerde Aile Planlaması Danışmanlığı İle İlgili Yapılan Çalışmalar**

Ülkemizde olduğu gibi dünyada da pek çok web tabanlı araştırmalar yapılmıştır. Skouby 2004 yılında yaptığı bir araştırmada kontrasepsiyonda mevcut yöntemlerin kullanım biçimini saptamak için, beş Avrupa ülkesinden (Fransa, Almanya, İtalya, İspanya ve Birleşik Krallık) büyük bir kadın nüfusta bir anket düzenlenmiş ve Avrupa çalışma popülasyonunda kadınlar için en yaygın kullanılan yöntemin oral kontraseptif olduğu ve beş ülkede yaklaşık 22 milyon kullanıcısının olduğunu bulmuştur. Ayrıca güvenilir kontraseptif yöntem kullanılmasının önemi konusunda danışmanlık verilmesi gereken birçok kadının da olduğu görülmüştür (Skouby 2004).

Sanogo ve ark.'ının (2003) yaptığı araştırmada iyi bir aile planlaması danışmanlık alanların almanlara göre daha iyi yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir (Sanogo ve ark. 2003). Weisman ve ark.'ının (2002) yaptığı araştırmada kadınlara kontraseptif danışmanlığı verilmiş ve bu danışmanlık ile kontraseptif yöntemlerin tutumları ve uygulamaları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bunun sonucunda ise kişisel danışmanlık almanın kontraseptif kullanmayı ve memnuniyeti artırdığı belirlenmiştir (Weisman ve ark. 2002).

Creanga ve ark.'ının (2011) yaptığı araştırmada Afrika'da 13 ülkedeki kontrasepsiyon kullanımı incelenmiş ve maddi açıdan kontrasepsiyon kullanımı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Bunun sonucunda ise Afrika ülkelerinde aile planlaması programı tüm toplumsal kesimlere ulaşmakta fakat hala ülkeler arasında eşitsizliklerin devam ettiği belirtilmektedir (Creanga ve ark. 2011).

Darroch'ın 2013 yılında yaptığı araştırmada ise Birleşmiş Milletler tarafından üreme çağındaki kadınların ulusal araştırmalardan elde edilen verilerini derlemiş, bunun sonucunda ise Latin Amerika, Karayip ve Asya da en yaygın kontraseptif yöntemin sterilizasyon olduğu, Afrika'da ise hormonal kontraseptiflerin daha yaygın olduğunu belirtmiştir (Darroch 2013).



Do ve ark.'ının (2012) yaptığı araştırmada Afrika ülkelerinde kadınların seçtikleri kontraseptif yöntemi değerlendirmiştir. Araştırma Namibya, Zambiya, Gana ve Uganda'da 2006 ile 2008 yılları arasında 15-49 yaş arasındaki tüm kadınların kullandıkları yöntemler değerlendirilmiştir. Bu araştırma sonucunda ise kadınlar aile planlamasına yönelik programların arttırılması gerektiğini ve aile planlaması teşviklerinin artması gerektiğini belirtmişlerdir (Do ve Kurimoto 2012).

Mosher ve ark.'ının (2010) yaptığı araştırmada Amerika Birleşik Devletleri'nde 1982-2008 yılları arasındaki kontrasepsiyon kullanımını değerlendirmişler. Bu araştırmada ise 2006 ile 2008 yılları arasında görüşülen 7356 kadın ele alınmıştır. 15-44 yaş aralığındaki kadınların %99'dan fazlası en az bir kontraseptif yöntem kullanmış. Birinci sırayı 10,7 milyon kadın tarafından kullanılan hap almıştır. İkinci sırayı ise 10,3 milyon kadın tarafından kullanılan sterilizasyon işlemi almaktadır. Yaş, eş durumu, medeni hal ve gelir durumu yöntem seçimini etkilediği belirtilmiştir (Mosher ve Jones 2010).

### **3.GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmetinin etkinliğini değerlendirmek amacı ile yarı deneysel olarak yapılmıştır.

#### **3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Ekim 2017 ve Mart 2018 tarihleri arasında <http://yeniblogaile.blogspot.com.tr> isimli web sayfası üzerinden yürütülmüştür.

#### **3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Web sayfası oluşturulduktan sonra, web sayfası üzerinden danışmanlık almak isteyen tüm bireylere danışmanlık verilmiştir. Web sayfasına ulaşarak sayfayı görüntüleyen bireyler çalışmanın evrenini oluşturmuştur (n=2640). Web sayfasına üye olan danışmanlık hizmeti almayı ve çalışmaya katılmayı kabul eden 100 kişi ise çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Danışmanlık almak isteyen kişiler öncelikle web sitesine üye olmuştur. Üyelik için bireylerin mail adresini bilmeleri gerekmektedir. Üye olan bireylerin onamları için mail adreslerine bilgilendirilmiş onam formu gönderilmiştir. Web sayfasını ziyaret edip çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler, anket formunu doldurduktan sonra danışmanlık hizmeti almaya başlamıştır.

#### **Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri**

Web adresini ziyaret edip AP danışmanlık hizmeti almak isteyenler, çalışmaya katılmayı kabul edenler, yaşı 15 ve üzerinde olanlar, danışmanlık öncesi anket formunu dolduranlar, danışmanlık sonrası iletişim kurulabilecek e-posta adresini bildirenler çalışmaya alınmıştır.

#### **Araştırma Kapsamı Dışında Tutulma Kriterleri**

Danışmanlık hizmetini almaktan vazgeçenler, danışmanlık sonrası iletişim kurulamayanlar, son test sorularını cevaplamayanlar, yaşı 15'den küçük olanlar, danışmanlık hizmeti almak isteyip çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler çalışmaya alınmamıştır.

### **3.4 Araştırmanın Bağımlı - Bağımsız Değişkenleri**

#### **3.4.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; danışmanlık öncesi ve sonrası AP yöntem bilgisidir.

#### **3.4.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri**

Web ortamında yapılan aile planlaması danışmanlık eğitimi, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı ve AP yöntem kullanma durumu bağımsız değişkenlerdir.

### **3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan “Aile Planlaması Danışmanlık Öncesi Anket Formu” ve “Aile Planlaması Danışmanlık Sonrası Anket Formu” kullanılarak toplanmıştır (Ek 1).

**3.5.1. Aile planlaması danışmanlık öncesi anket formu:** Bu formda bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi ve deneyimlerini tanılamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu formda bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için 12 soru, aile planlaması yöntemleri hakkındaki bilgi ve deneyimlerini belirlemek için ise 18 soru olmak üzere toplamda 30 sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik özellikleri bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu gibi soruları içermektedir. Aile planlaması yöntemleri hakkındaki bilgi ve deneyimlerinde ise ideal çocuk sayısı, aile planlaması yöntemleri, yöntemlerin kaynağı, aile planlaması yöntem sorumluluğu gibi sorulardan oluşmaktadır. Bu form ile bireylerin aile planlaması hakkındaki bilgi ve düşünceleri belirlenmiştir. Bireyler formu doldurulduktan sonra aile planlaması hakkında genel danışmanlık hizmeti almıştır. Genel danışmanlık alan bireyler ise kendilerine uygun seçtikleri yöntem ile yönetime özel danışmanlık almıştır.

**3.5.2. Aile planlaması danışmanlık sonrası anket formu:** Bu form verilen danışmanlık yönteminin etkinliğini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu formda ise verilen danışmanlığın beklentileri karşılayıp

karşılamaadığı, danışmanlık hizmetlerinin beğenilen ve beğenilmeyen yönleri gibi toplamda 14 sorudan oluşmaktadır. Web sitesi hazırlandıktan sonra 10 kullanıcı tarafından ön uygulama yapılarak değerlendirilmiş ve geliştirilmiştir. Ön uygulama sonunda, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra web sayfasının kullanılabilir ve anlaşılabilir olduğu saptanmıştır. Web sayfasının linki sosyal medya hesaplarından (facebook, instagram) paylaşılmıştır.

### **3.6. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi**

#### **3.6.1. Web sayfasının oluşturulması**

Web sayfası Ekim 2017 tarihinde World wide web (www) üzerinden blogger.com sayfasından blog sayfası açılarak oluşturulmuştur. Bu blog sayfasına danışmanlık konuları ve veri toplama araçları eklenmiştir. Danışmanlık konuları Windows işletim sistemi kullanılarak yazılmıştır. Blog sayfasının oluşmasında HTML den yararlanılmıştır. Blog sayfasının dizaynı ve hazırlanmasında uzman kişiden destek alınmıştır. Freda'nın (2002) belirttiği internet sitelerinin sağlık eğitiminde kullanılması için gerekli olan kriterlere uygun olarak hazırlanmıştır. Bu kriterler:

- Web sitesinden kimler yararlanacak (hangi konuda, hangi yaş, hangi cinsiyet, hangi eğitim düzeyi hedefleniyor)?
- Siteye ulaşabilirlik nasıl olacak?
- Konunun kapsamı ne olacak?
- Hedef kitle web'i en çok hangi saatlerde kullanıyor?
- Geri bildirim alınacak mı?
- İnteraktif eğitim için web cam, forum sayfası, e-mail imkânlarına olanak sağlayacak mı? dır (Freda 2002).

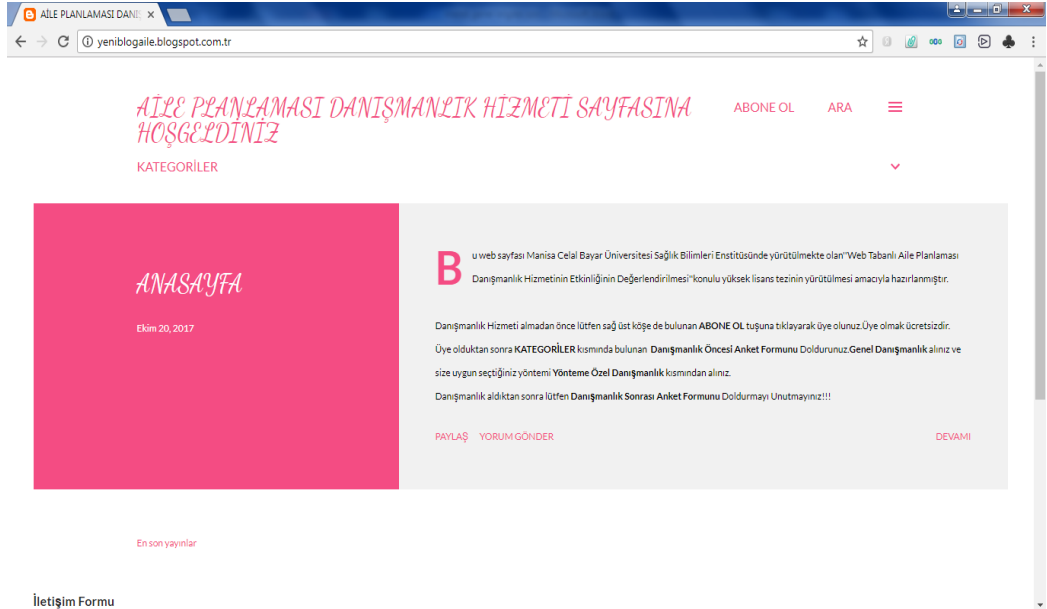
Aile planlaması danışmanlık hizmetine yönelik hazırlanan bu web sitesi Freda (2002)'nın belirttiği kriterleri taşımaktadır. Bu kriterler;

- Web sitesinden aile planlaması konusunda danışmanlık hizmeti almak isteyen ve internet kullanabilenlerin yararlanması hedeflenmiştir.

- Araştırmacı tarafından danışmanlık hizmeti almak isteyen ve çalışmaya katılmak isteyen bireylere web sitenin adı, siteye giriş için e-posta adreslerinin bulunması gerektiği bildirilmiştir.
- Sitenin konu kapsamı, kadına ait aile planlaması yöntemleri, erkeğe ait aile planlaması yöntemleri ve bu yöntemlere ait danışmanlık hizmeti olarak belirlenmiştir.
- Web sitesi 7 gün 24 saat erişime açıktır.
- Web sitesinden yararlandıktan sonra aile planlaması danışmanlık sonrası anket formu doldurularak geri bildirim alınmıştır.
- Web sitesinde yer alan ‘? soru sor?’ menüsüyle kullanıcılar araştırmacıya direk olarak soru sorabilmiş ve mesaj yazabilmiştir.

### 3.6.2 Web sayfasının görünüm ve içeriği

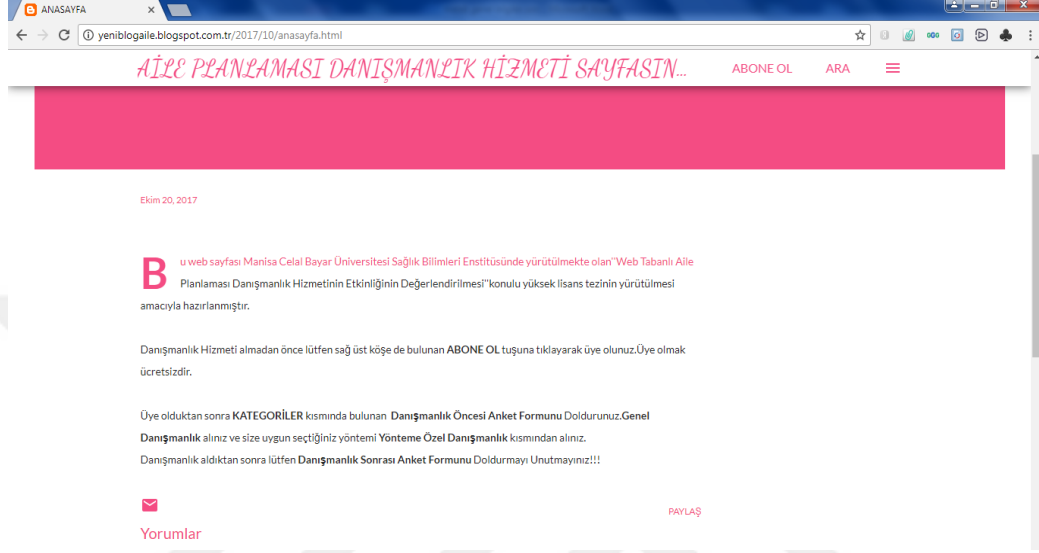
Blog sayfası açıldığında ilk olarak **Anasayfa** ekranı çıkmaktadır. Daha sonra sayfanın üzerinde sağ kısımda **Abone ol**, **Ara**, **Kategoriler** ve **Hakkında** olmak üzere dört adet menü bulunmaktadır. Sayfanın sol alt bölümünde ise **İletişim formu** bulunmaktadır.



Resim 1. Blog sayfasının açılış sayfa görüntüsü

### 3.6.2.1 Ana sayfa menüsü

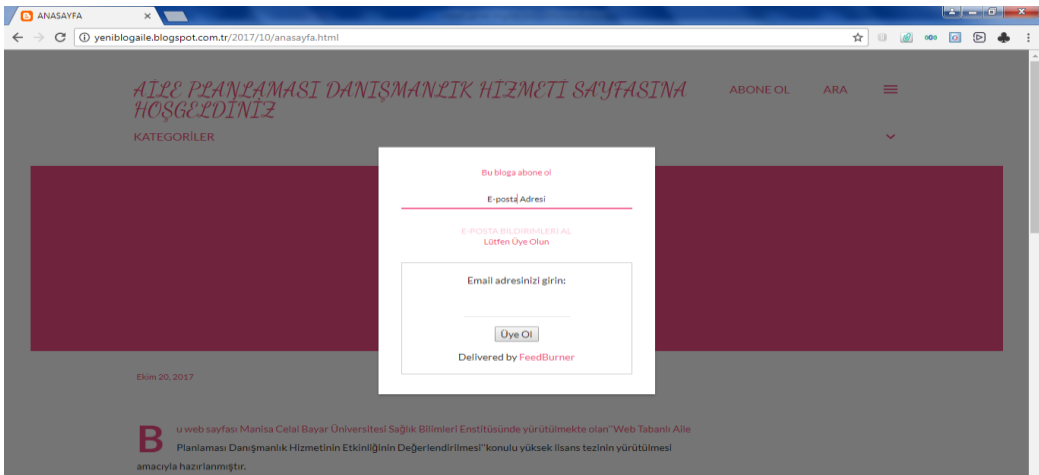
Ana sayfa menüsü kullanıcılara web sayfasının diğer bölümlerinden, tüm menülerin görüldüğü ana ekran sayfasına geçişi sağlamaktadır. Ana sayfada blog sayfasının amacını anlatan bir kısım yer almaktadır. Devamında ise blog sayfasını nasıl kullanılması gerektiği kısımlardan bahsedilmiştir.



Resim 2. Blog sayfasının ana sayfa görüntüsü

### 3.6.2.2 Abone ol menüsü

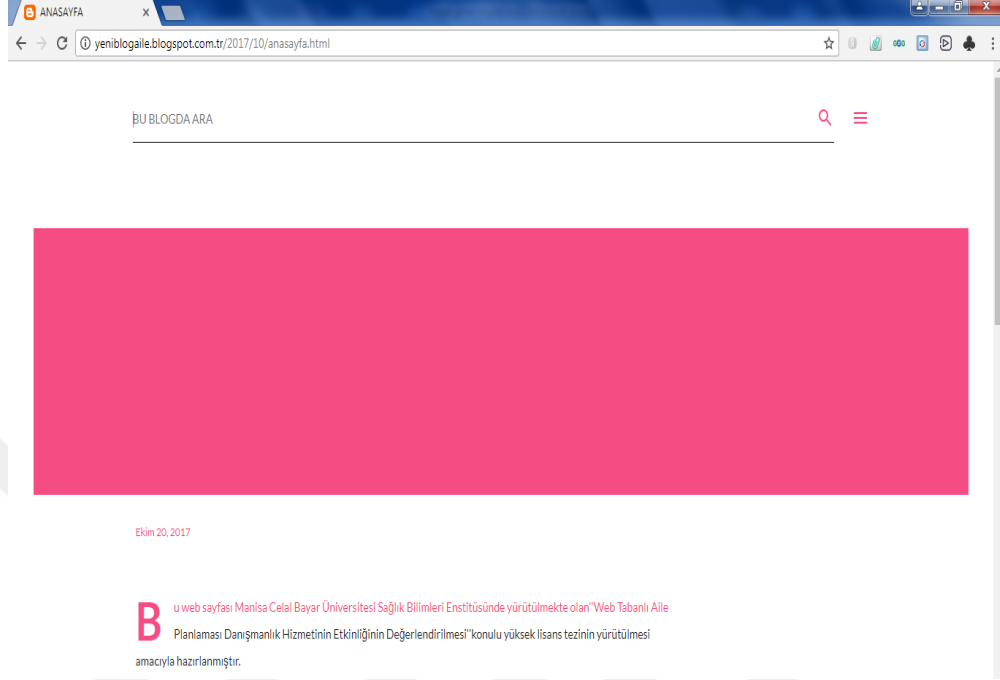
Abone ol menüsüne tıklanarak blogger sayfasına üyelik sağlanmaktadır. Üye olunması için kişilerin mail adreslerini bilmeleri ve üye ol kısmına girmeleri gerekmektedir. Mail adresini girdikten sonra üye ol butonuna tıklanıp üye olunmaktadır.



Resim 3. Blog sayfasının üye ol görüntüsü

### 3.6.2.3 Ara menüsü

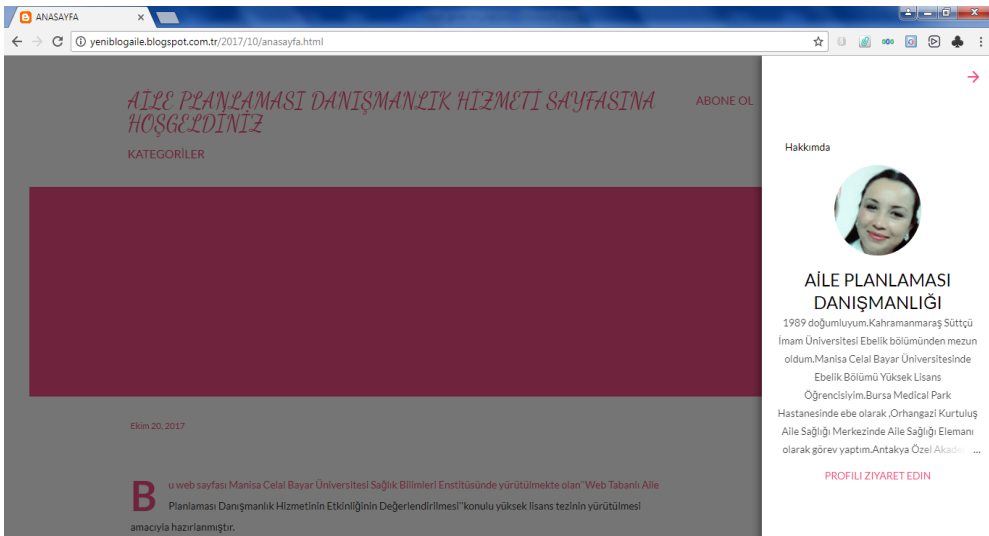
Bu bölümde ise blogger da bulmak istenen her şey yazılıp kısa yoldan bulunabilmektedir.



Resim 4. Blog sayfasının ara menü görüntüsü

### 3.6.2.4 Hakkımda menüsü

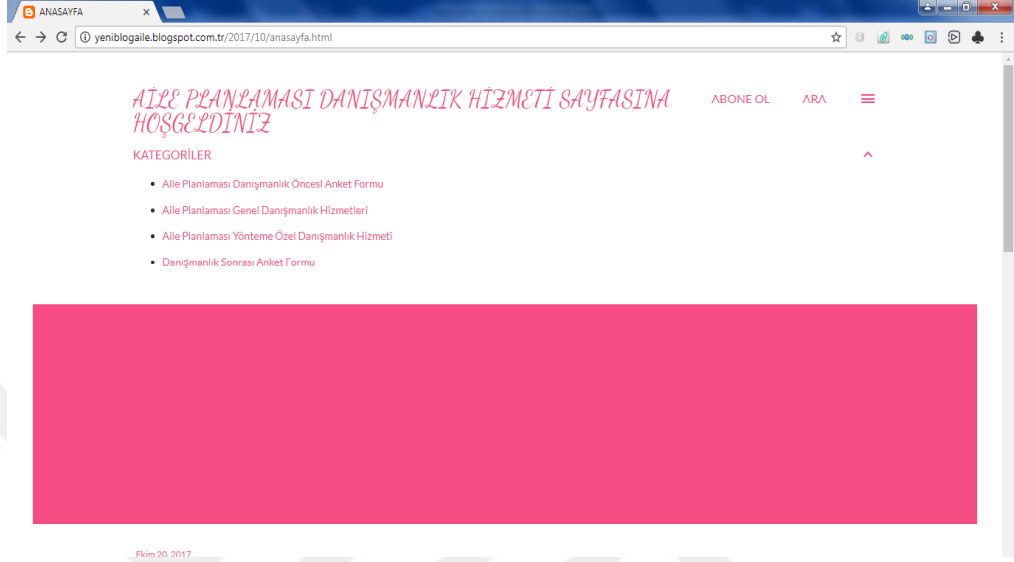
Bu menüde ise araştırmacının eğitim geçmişi, diploma, sertifika ve iş tecrübeleri ile ilgili açıklama yapılmıştır.



Resim 5. Blog sayfasının hakkında bölümü görüntüsü

### 3.6.2.5 Kategoriler menüsü

Blogger sayfasına üye olan kişiler üye olduktan sonra bu bölüme giriş yaparak gerekli danışmalığı alabilmekteler. Bu menü dört bölümden oluşmaktadır.



Resim 6. Blog sayfasının kategoriler bölümü görüntüsü

**Birinci bölümde;** Aile planlaması danışmanlık öncesi anket formu bulunmaktadır. Üye olan kişiler danışmanlık almadan önce bu anket formunu doldurup gönder butonuna basarak göndermelidirler.

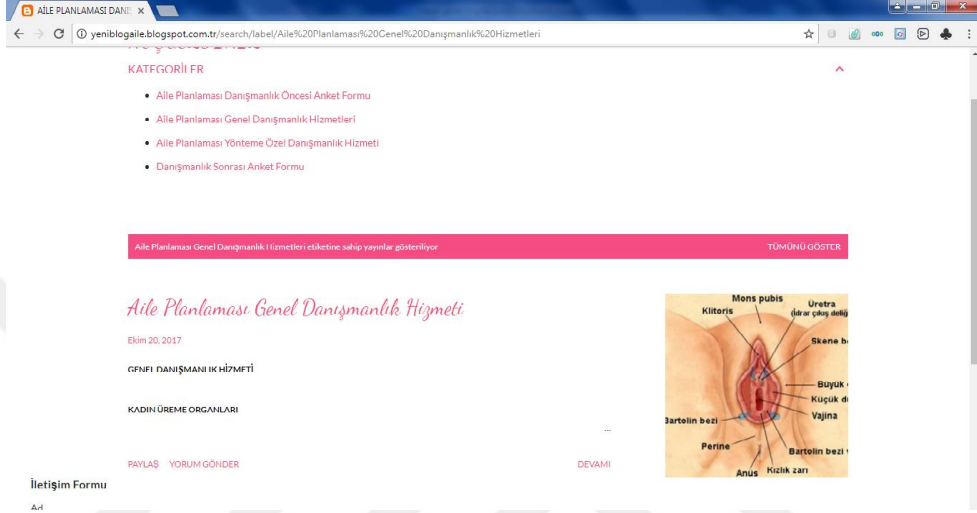
Ad Soyad(gerekli)	<input type="text"/>
E-Posta Adresi(gerekli)	<input type="text"/>
Yaşınız(gerekli)	<input type="text"/>
Cinsiyet:	<input type="radio"/> Bay <input type="radio"/> Bayan
Medeni Haliniz(gerekli)	<input type="text"/>
Eğitim durumunuz(gerekli)	<input type="text"/>
Sosyal güvenceniz var mı?(gerekli)	<input type="text"/>

Resim 7. Blog sayfasının danışmanlık öncesi anket formu bölümü görüntüsü



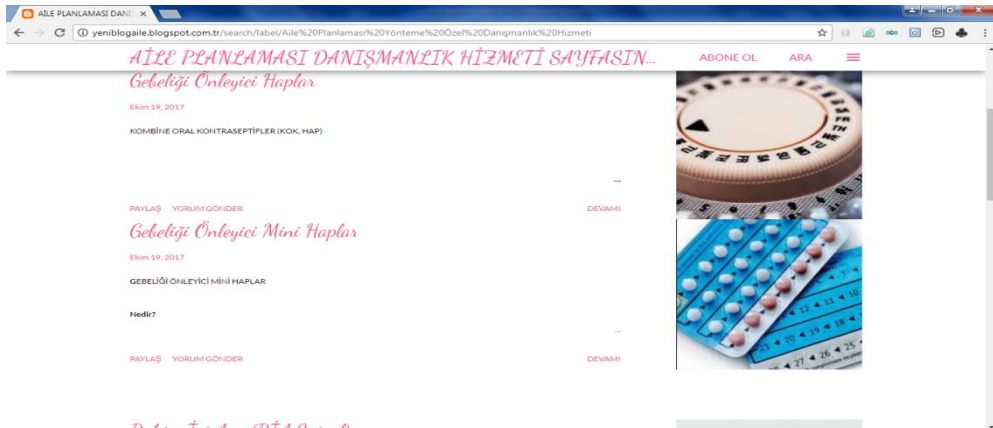
**İkinci Bölüm** ise “Aile Planlaması Genel Danışmanlık Hizmetleri”dir. Üye olan kullanıcılar danışmanlık öncesi anket formunu doldurduktan sonra bu bölümden genel danışmanlık hizmeti alabilirler. Bu bölümde yer alan danışmanlık bilgileri;

- Kadın üreme organları
- Kadına ait aile planlaması yöntemleri (Geçici ve kalıcı yöntemler)
- Erkeğe ait aile planlaması yöntemleri (Geçici ve kalıcı yöntemler)



Resim 8. Blog sayfasının aile planlaması genel danışmanlık bölümü görüntüsü

**Üçüncü bölüm** “Aile Planlaması Yönteme Özel Danışmanlık Hizmeti” dir. Bu bölümde genel danışmanlık alındıktan sonra kullanıcıların seçtiği aile planlaması yönteminin daha geniş bilgilerin içerdiği bölümdür. Seçilen yöntemin nasıl koruduğu, olumlu-olumsuz yönleri, kimler için uygun olup olmadığı ve nasıl kullanılması gerektiği hakkında daha detaylı bilgiler verilmiştir. Aynı zamanda görsel öğelerden yararlanılmıştır.



Resim 9. Blog sayfasının yönteme özel danışmanlık sayfası bölümü görüntüsü

**Kategoriler kısmının son bölümü** ise danışmanlık sonrası anket formu dur. Kullanıcılar danışmanlık hizmeti aldıktan sonra verilen hizmetin etkililiğini değerlendirmek amacıyla bu anket formunu doldurmaları gerekmektedir.

WEB TABANLI AİLE PLANLAMASI DANIŞMANLIK HİZMETİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (Danışmanlık Sonrası)

Aile planlaması danışmanlık hizmetlerini almış bulunmaktasınız. Aşağıda bu konuyla ilgili düşüncelerinizi öğrenmek amacıyla sorular yer almaktadır. Herhangi bir bilgi ölçme amacı güdümemektedir. Kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır. Teşekkürler..

Ad Soyad (gerekli)	<input type="text"/>
E-Posta Adresi (gerekli)	<input type="text"/>
Yaşınız (gerekli)	<input type="text"/>
1. Hazırlanan web tabanlı aile planlaması danışmanlığı beklentilerinizi karşılayacak düzeyde miydi?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Kısmen <input type="radio"/> Hayır

Resim 10. Blog sayfasının danışmanlık sonrası anket formu bölümü görüntüsü

### 3.6.2.6.Soru sor menüsü

Blog sayfasına erişebilen tüm internet kullanıcılarının kullanabileceği bir bölümdür. Kullanıcıların sormak istediği tüm soru ve mesajları bu bölümde araştırmacıya sorabilirler. Sorulan soru ve mesajlar araştırmacının e-posta adresine ulaşmaktadır.

En son yayınlar

İletişim Formu (Soru sor)

Ad

E-posta \*

Mesaj \*

Gönder

Diğer yayınlar

Blogger tarafından desteklenmektedir

Resim 11. Blog sayfasının iletişim formu (soru sor) bölümü görüntüsü

**Web danışmanlık hizmeti için gerekli AP bilgileri;** Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü“**Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber**” ve “**Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı**” kullanılarak hazırlanmıştır.

### **3.7 Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 15,0 istatistik programı kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylerin sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri ve aile planlamasına ait bilgi ve düşünceleri yüzdeler olarak verilmiştir. Danışmanlık öncesi ve danışmanlık sonrası AP yöntem bilgisinin karşılaştırılmasında McNemar testi ve danışmanlık sonrası AP yöntem bilgisini etkileyen değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Chi-Square testi kullanılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma web ortamında yürütüldüğünden, çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunun kadın olması eğitim ve gelir düzeyinin yüksek olması nedeniyle araştırmanın sonuçları genellenemez. Web sayfasına girenlerin sayısının daha fazla olduğu ancak, anketi dolduran kişi sayısı n=100 ile sınırlı kalmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'nun 26.05.2017 tarihli, 20478486-050 sayılı kararı ile etik kurul izni alınmıştır (Bkz. Ek-3).

Araştırmanın yöntemi gereği danışmanlık ve veri toplama basamakları web sayfası üzerinden yürütüldüğü için yalnızca gönüllü olan bireyler çalışmaya katılmıştır. Çalışmaya katılan bireylere dolduracakları formların araştırma amacıyla doldurulduğu, kişi adı kullanmaksızın yalnızca sonuçlarının araştırmada kullanılacağı maillerine gönderilen onam formunda açıklanmıştır

### 3.10. Araştırma Planı ve Takvimi

Araştırma plan ve takvimi Tablo 1’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

**Tablo 1. Araştırma planı ve takvimi**

<b>Araştırmanın Aşamaları</b>	<b>Tarih</b>
Literatür incelenmesi	Mayıs-Haziran 2016
Araştırma konusunun belirlenmesi	Temmuz-Ekim 2016
Tez önerisinin hazırlanması	Kasım-Aralık 2016
Etik kurul izninin alınması	Ocak-Mayıs 2017
Eğitim materyalinin hazırlanması	Haziran-Temmuz 2017
Eğitim materyalinin uzman görüşe sunulması	Ağustos 2017
Web sayfasının oluşturulması	Ağustos-Eylül 2017
Web sayfası üzerinden araştırmanın yürütülmesi verilerin toplanması	Ekim 2017-Mart 2018
Verilerin analizi	Mart 2018
Tez raporu yazımı	Mart-Nisan 2018

## **4.BULGULAR**

Bu bölümde, web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmeti alan bireylerin verilerinden elde edilen bulgular incelenmiştir. Bu bölüm iki kısımda incelenmiştir. Birinci bölüm de web tabanında danışmanlık hizmeti alan bireylerin tanıtıcı özellikleri ikinci bölüm de ise danışmanlık sonrası aile planlaması yöntemlerine ait bulgular yer almaktadır.

### **4.1.Web Tabanında Danışmanlık Alan Bireylere İlişkin Tanıtıcı Bulgular**

Bu bölümde web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin sosyo-demografik ve aile planlamasına ilişkin özellikleri; aile planlaması hakkında bilgi ve düşünceleri, aile planlaması yöntem ve deneyimleri hakkındaki veriler incelenmiştir.

#### 4.1.1.Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi

**Tablo 2. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=100)**

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
<b>Yaş Grubu</b> Ort±ss=27,48±7,502 Min=17, Max=49,Median=25	25 yaş ve altı	52	52,0
	26 yaş ve üstü	48	48,0
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	72	72,0
	Erkek	28	28,0
<b>Medeni durum</b>	Evli	60	60,0
	Bekâr	40	40,0
<b>Eğitim düzeyi</b>	İlkokul	9	9,0
	Ortaokul	12	12,0
	Lise	27	27,0
	Lisans	52	52,0
<b>Sosyal güvence durumu</b>	Var	86	86,0
	Yok	14	14,0
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışıyor	62	62,0
	Çalışmıyor	38	38,0
<b>Gelir durumu</b>	Gelir giderden az	35	35,0
	Gelir gidere eşit	45	45,0
	Gelir giderden fazla	20	20,0
<b>Çocuk sayısı</b>	Bir ve iki çocuk	32	69,6
	Üç çocuk ve üzeri	14	30,4
<b>Sigara kullanma durumu</b>	Kullanıyor	15	15,0
	Kullanmıyor	82	82,0
	Kullanıp bırakmış	3	3,0
<b>Kronik hastalık öyküsü</b>	Evet	2	2,0
	Hayır	98	98,0
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>	Evet	4	4,0
	Hayır	96	96,0
<b>Geçirilen ameliyat öyküsü</b>	Evet	20	20,0
	Hayır	80	80,0
<b>Geçirilen ameliyatlar</b>	Sezaryen	7	35,0
	Göz ameliyatı	1	5,0
	Mide fitiği	2	10,0
	Kemik kırığı	2	10,0
	Kadın hastalıkları	2	10,0
	Safra kesesi	2	10,0
	Yağ bezesi	1	5,0
	Varikosel	2	10,0
	Geniz eti ameliyatı	1	5,0
<b>Düşük yapma durumu*</b>	Evet	7	10,3
	Hayır	61	89,7
<b>Kürtaj sayısı*</b>	Evet	1	1,5
	Hayır	64	98,5
<b>Ölü doğum sayısı</b>	Hayır	64	100
<b>Canlı doğum sonrası ölüm öyküsü</b>	Hayır	64	100
<b>Toplam</b>		100	100

\*Sadece kadınlara sorulmuştur.

Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, danışmanlık alanların %52,0'ı 25 yaş altı, %48,0'inin ise 26 yaş üstü olduğu bulunmuştur. Danışmanlık alanların yaş ortalaması  $27,48 \pm 7,502$  olup, minimum (min): 17 maksimum (max):49'dur; yaş ortalamalarının ortanca (median) değeri 25,0'dir. Danışmanlık hizmeti alan bireylerin %72,0'ı kadın, %28,0'ı ise erkektir. Danışmanlık hizmeti alanların medeni durumları incelendiğinde %60,0'ı evli olup %40,0'ı ise bekârdır (Tablo 2). Danışmanlık hizmeti alanların eğitim durumları incelendiğinde %9,0'ının ilkokul, %12,0'ının ortaokul, %27,0'ının lise, %52,0'ının ise lisans mezunu oldukları saptanmıştır. Danışmanlık hizmeti alan bireylerin sosyal güvence, çalışma ve gelir durumlarına bakıldığında, %86,0'ının sosyal güvencesinin olduğu %14,0'ının ise sosyal güvencesinin olmadığı, %62,0'ının herhangi bir işte çalıştığı %38,0'ının ise çalışmadığı ve %35,0'ının gelirin giderden az olduğu %45,0'ının gelirinin gidere eşit olduğu ve %20,0'ının ise gelirin giderden fazla olduğu saptanmıştır. Çocuk sayılarına bakıldığında %69,6'sının bir ve iki çocuğu olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Danışmanlık alan bireylerin sigara kullanımına bakıldığında %82,0'ının sigara kullanmadığı bulunmuştur. Kronik hastalık öykülerinde ise %98,0'ının herhangi bir kronik rahatsızlığı olmadığı saptanmıştır. Sürekli ilaç kullanımına baktığımızda %96,0'ının ilaç kullanmadığı bulunmuştur. Danışmanlık alan bireylerin geçirdiği ameliyat öykülerini incelediğimizde %20,0'ının ameliyat olduğu bulunmuştur. Ameliyat olanların %35,0'ı sezeryan, %5,0'ı göz ameliyatı, %10,0'ı mide fitiği ameliyatı, %10,0'ı kemik kırığı ameliyatı %10,0'ı kadın hastalıkları ameliyatı, %10,0'ı safra kesesi ameliyatı, %5,0'ı yağ bezesi, %10,0'ı varikosel ve %5,0'ının ise geniz eti ameliyatı oldukları saptanmıştır (Tablo 2). Danışmanlık alan bireylerin düşük yapma durumu, kürtaj, ölü doğum ve canlı doğum sonrası ölüm öyküsü incelendiğinde %10,3'ünün düşük yaptığı %1,5'inin kürtaj olduğu, %100'ünün ölü doğum ve canlı doğum sonrası ölüm öykülerinin bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

#### 4.1.2.Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Öncesi Bireylerin AP Bilgi ve Düşüncelerinin İncelenmesi

**Tablo 3. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Öncesi Bireylerin Aile Planlamasına Dair Düşüncelerinin Dağılımı (n=100)**

AP ile ilgili düşünceler		Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>İdeal çocuk sayısı</b>	Bir ve iki çocuk	34	34,0
	Üç ve dört çocuk	56	56,0
	Beş çocuk ve üzeri	10	10,0
<b>İki gebelik aralığı</b>	Bir-üç yıl	66	66,0
	Dört-altı yıl	32	32,0
	Yedi yıl ve üzeri	2	2,0
<b>İlk doğum yaşı</b>	15-19 yaş	6	6,0
	20-24 yaş	52	52,0
	25-29 yaş	41	41,0
	30 yaş ve üzeri	1	1,0
<b>AP sorumluluğunun kime ait olduğu</b>	Eşlerden her ikisine	88	88,9
	Kadına	3	3,0
	Erkeğe	7	7,1
	Bilmiyorum	1	1,0
<b>AP danışmanlık hizmetlerinin gereklilik durumu</b>	Evet	86	86,0
	Hayır	1	1,0
	Bilmiyorum	13	13,0
<b>AP yöntemlerinin öğrenildiği kaynak</b>			
<b>Doktor</b>	Evet	31	31,0
	Hayır	69	69,0
<b>Ebe</b>	Evet	54	54,0
	Hayır	46	46,0
<b>Diğer sağlık personeli</b>	Evet	22	22,0
	Hayır	78	78,0
<b>Arkadaşlarım</b>	Evet	18	18,0
	Hayır	82	82,0
<b>Yakın akrabalarım</b>	Evet	13	13,0
	Hayır	87	87,0
<b>İnternet</b>	Evet	48	48,0
	Hayır	52	52,0
<b>Gazete/dergi</b>	Evet	13	13,0
	Hayır	87	87,0
<b>Toplam</b>		100	100

Web tabanlı danışmanlık hizmeti alanların danışmanlık öncesi AP ile ilgili düşüncelerine bakıldığında; danışanların %34,0'ı ideal çocuk sayısının bir ve iki olduğunu; %56,0'ının üç ve dört ve %10'nun beş çocuk ve üzerinde olduğunu belirtmiştir. İki gebelik aralığının ne kadar olması gerektiği hakkında danışanların düşünceleri incelendiğinde; %66,0'ının bir ya da üç yıl olarak belirttiği saptanmıştır. Danışmanlık hizmeti alan bireylerin ilk doğum yaşına dair düşünceleri



incelendiğinde ise; %6,0'ı 15-19 yaş, %52'si 20-24 yaş, %41,0'ı 25-29 yaş aralığında ve %1,0'ı 30 yaş ve üzerinde ilk doğumun yapılabileceğini belirtmiştir (Tablo 3).

Aile planlaması sorumluluğunun kime ait olduğuna dair danışanların düşünceleri incelendiğinde; %88,9'u aile planlamasının eşlerden her ikisine, %3,0'ı kadına, %7,0'ı erkeğe ait olduğunu belirtmiştir. Aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin gerekli olup olmadığı incelendiğinde %86,0'ı gerekli olduğunu %1,0'ı gerekli olmadığını ve %13,0'ının ise danışmanlık hizmetlerinin gerekli olup olmadığını bilmedikleri saptanmıştır (Tablo 3).

AP yöntemlerinin öğrenildiği kaynaklar incelendiğinde ilk sırayı %54,0 ile ebe almaktadır. İkinci sırayı %48,0 ile internet, üçüncü sırayı %31,0 ile doktor, dördüncü sırayı %22,0 ile diğer sağlık personeli, beşinci sırayı %18,0 ile arkadaşlarım, altıncı sırayı ise %13,0 ile yakın akrabalarım, gazete ve dergilerin olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

#### 4.1.3. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Öncesi Bireylerin AP Yöntem Bilgilerinin İncelenmesi

**Tablo 4.Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Öncesi Bireylerin AP Yöntem Bilgilerinin Dağılımı**

Özellik		Sayı (n)	Yüzde (%)
AP yöntemlerini bilme durumu	Biliyor	85	85,0
	Bilmiyor	15	15,0
Kondom	Biliyor	69	69,0
	Bilmiyor	31	31,0
Geri çekme	Biliyor	66	66,0
	Bilmiyor	34	34,0
Hap	Biliyor	57	57,0
	Bilmiyor	43	43,0
Ria/spiral	Biliyor	51	51,0
	Bilmiyor	49	49,0
Aylık iğne	Biliyor	38	38,0
	Bilmiyor	62	62,0
Üç aylık iğne	Biliyor	34	34,0
	Bilmiyor	66	66,0
Acil doğum kontrol yöntemi bilme durumu	Biliyor	30	30,0
	Bilmiyor	70	70,0
Bilinen acil doğum kontrol yöntemi*	Ria	9	33,3
	Ertesi gün hapı	16	59,3
	Her ikisi	2	7,4
Tüpligasyonu	Biliyor	29	29,0
	Bilmiyor	71	71,0
Takvim Yöntemi	Biliyor	22	22,0
	Bilmiyor	78	78,0
Vazektomi	Biliyor	19	19,0
	Bilmiyor	81	81,0
Norplant	Biliyor	16	16,0
	Bilmiyor	84	84,0
Fitil	Biliyor	15	15,0
	Bilmiyor	85	85,0
Diyafram	Biliyor	3	3,0
	Bilmiyor	97	97,0
<b>Toplam</b>		100	100

\*3 kişi yanıt vermemiştir.

Danışmanlık hizmeti alan bireylerin AP bilme durumları incelendiğinde %85,0'nın aile planlaması yöntemlerini bildiklerini, %15,0'nın ise yöntemleri bilmediklerini belirtmişlerdir. AP yöntemlerinden kondom yöntemini bilme durumu %69,0 yöntemi bilmeme durumu %31,0'dır. AP yöntemlerinden geri çekme yöntemini %66,0'ı bilmekte, %34,0'ı ise bu yöntemi bilmedikleri belirtmiş ve hap

yöntemini %57,0'ı bilmekte %43,0'ı ise bilmemektedir. Ria (spiral) yöntemini ise %51,0'ı bilmekte %49,0'ı ise bu yöntemi bilmemektedir. Aylık iğne yöntemini bilenler %32,0 bilmeyenler ise %68,0'dır. Üç aylık iğne yöntemi bilme durumuna bakıldığında %34,0'ı bu yöntemi bilmekte %66,0'ı ise bu yöntemi bilmemektedir. Acil doğum kontrol yöntemlerini bilme durumu incelendiğinde %30,0'ı bu yöntemi bilmekte %70,0'ı ise bu yöntemi bilmemektedirler. Bilinen acil doğum kontrol yöntemi %33,3 ile Ria, %59,3 ile ertesi gün hapı, %7,4 ile her ikisi olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tüpligasyonu bilme durumuna bakıldığında ise %29,0'ı bu yöntemi bilmekte %71,0'ı ise bu yöntemi bilmediklerini belirtmişlerdir. Takvim yönteminin bilme durumu %22,0 bilmeme durumu ise %78,0'dır. Vazektomi yöntemini %19,0'ı bilmekte, %81,0'ı ise bilmemektedir. Norplant yönteminin bilme durumuna bakıldığında %16,0'ı bu yöntemi bildiklerini %84,0'ı ise bu yöntemi bilmediklerini belirtmişlerdir. Fital yöntemi ise %15,0'ı bilmekte, %85,0'ı bilmemektedir. Diyafram yöntemini bilme durumu %3,0 yöntemi bilmeme durumu ise %97,0'dır. (Tablo 4).

#### 4.1.4. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Öncesi Bireylerin AP Yöntem ve Deneyimlerinin İncelenmesi

**Tablo 5. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Öncesi Bireylerin AP Yöntem Deneyimlerinin Dağılımı**

AP yöntem deneyimlerinin incelenmesi		Sayı (n)	Yüzde (%)
AP yöntemi kullanma durumu	Evet	40	40,0
	Hayır	60	60,0
Kullanılan AP yöntem çeşitleri*	Geri çekme	22	56,4
	Kılıf(kondom)	9	23,1
	Takvim yöntemi	3	7,7
	Ria (spiral)	2	5,1
	Hap	2	5,1
	Tüpligasyonu	1	2,6
Yöntemin kullanılma süresi	Yönteme yeni başlama	7	17,5
	1-2 yıl	12	30,0
	3-4 yıl	11	27,5
	5 yıldan fazla	10	25,0
Kullanılan yöntemin etkililiği	Evet	26	48,1
	Hayır	14	25,9
	Bilmiyorum	14	25,9
Bırakılan AP yöntem durumu	Evet	8	9,8
	Hayır	74	90,2
Kullanılmaktan vazgeçilen yöntem çeşitleri	Hap	1	12,5
	Kondom	1	12,5
	Ria (spiral)	4	50,0
	Enjeksiyonlar(iğne)	1	12,5
	Geri çekme	1	12,5
Yöntem kullanmayı bırakma nedeni	Güvenli olmaması	1	20,0
	Düzensiz ve aşırı kanama olması	4	80,0
AP yöntemi kullanırken oluşan istem dışı gebelik durumu	Evet	3	5,0
	Hayır	57	95,0
İstem dışı gebeliğin kullanılan yöntemlere göre oluşma durumu	Hap	1	33,3
	Kondom	1	33,3
	Geri çekme	1	33,3
Acil doğum kontrol yöntemi kullanma durumu	Evet	1	1,2
	Hayır	80	98,8
Kullanılan acil doğum kontrol yöntemi çeşidi	Ertesi gün hapi	1	100,0
Eşin AP yöntemini destekleme durumu	Evet	54	78,3
	Hayır	6	8,7
	Emin değilim	9	13,0
<b>Toplam</b>		<b>100</b>	<b>100</b>

\*1 kişi yanıt vermemiştir.

Danışmanlık hizmeti alan bireylerin aile planlaması yöntemlerinin kullanma durumları incelendiğinde %40,0'nın yöntem kullandıkları %60,0'nın ise yöntem kullanmadıkları saptanmıştır. Kullanılan aile planlaması yöntemleri incelendiğinde

ilk sırayı %56,4 ile geri çekme yöntemi almıştır. İkinci sırada %23,1 ile kondom (kılıf) üçüncü sırada %7,7 ile takvim yöntemi, dördüncü sırada %5,1 ile hap ve ria (spiral) beşinci sırada ise %2,6 ile tüpligasyonu yöntemlerinin olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Danışmanlık hizmeti alanların kullandıkları aile planlaması yöntem süreleri incelendiğinde %17,5'inin yönteme yeni başladığı %30,0'ının yöntemi bir iki yıldır kullandığı %27,5'inin yöntemi üç dört yıldır kullandığı ve %25,0'ının beş yıldan daha uzun süredir yöntemi kullandıkları bulunmuştur. Hizmet alan bireylerin kullandıkları aile planlaması yöntemin etkinliği incelendiğinde %48,1'i kullandıkları yöntemin etkili olduğunu %25,9'unun yöntemin etkili olup olmadığını bilmediklerini belirtmişlerdir. Hizmet alan bireylerin herhangi bir aile planlaması yöntemini bırakıp bırakmadıklarına baktığımızda %9,8'inin yöntemi bıraktığı bulunmuştur. Bıraktıklarını yöntem çeşitlerinde ise ilk sırayı %50,0 ile ria yöntemi olduğu saptanmıştır. Daha sonra %12,5 ile hap, kondom, enjeksiyonlar (iğne) ve geri çekme yöntemi olduğu saptanmıştır. Kullanılan yöntemi bırakma nedenleri arasında %80,0 ile düzensiz ve aşırı kanama olması %20,0 ile güvenli olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

Danışmanlık hizmeti alan bireylerin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanırken oluşan istem dışı gebelik durumu incelendiğinde %5,0'ında istem dışı gebelik olduğu saptanmıştır. İstem dışı gebeliğin kullanılan yöntemlere göre oluşma durumuna baktığımızda %33,3 ile hap, kondom ve geri çekme yöntemlerinin olduğu saptanmıştır. Hizmet alan bireylerin acil doğum kontrol yöntemi kullanma durumu incelendiğinde %1,2'si bu yöntemi kullandıklarını ve kullanılan yöntemin ertesi gün hapı olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Hizmet alan bireylerin eşlerinin aile planlaması yöntemlerini destekleme durumu incelendiğinde %78,3'ünün bu yöntemleri desteklediği %8,7'sinin desteklemediği ve %13,0'ının emin olmadıkları saptanmıştır (Tablo 5).

## 4.2.Danışmanlık Sonrası Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde danışmanlık sonrası “AP yöntemlerine dair bilgi ve düşünceler” ve “danışmanlık sonrası memnuniyet düzeylerinin” verileri incelenmiştir.

### 4.2.1.Web Tabanlı Danışmanlık Sonrası Bireylerin AP Yöntemine Dair Bilgi ve Düşüncelerinin İncelenmesi

**Tablo 6. Web Tabanlı Danışmanlık Sonrası Bireylerin AP Yöntemine Dair Düşüncelerinin Dağılımı (n=100)**

Danışmanlık sonrası AP yöntemine dair bilgi ve düşüncelerin incelenmesi		Sayı (n)	Yüzde (%)
Danışmanlık sonrası ideal çocuk sayısı	Bir-iki çocuk	33	33,0
	Üç-dört çocuk	58	58,0
	Beş çocuk ve üzeri	9	9,0
Danışmanlık sonrası iki gebelik aralığı	Bir-üç yıl	61	61,0
	Dört-altı yıl	38	38,0
	Yedi yıl ve üzeri	1	1,0
Danışmanlık sonrası ilk doğum yaşı	15-19 yaş	5	5,0
	20-24 yaş	50	50,0
	25-29 yaş	44	44,0
	30 yaş ve üzeri	1	1,0
Danışmanlık sonrası AP sorumluluğunun ait olma durumu	Eşlerden her ikisine	93	93,0
	Kadına	3	3,0
	Erkeğe	4	4,0
Danışmanlık sonrası AP danışmanlık hizmetlerinin gereklilik durumu	Evet	89	89,0
	Hayır	7	7,0
	Bilmiyorum	4	4,0
Danışmanlık sonrası kullanılan AP yöntemini değiştirme durumu*	Evet	33	33,7
	Hayır	65	66,3
Danışmanlık sonrası kullanılmak istenen AP yöntem çeşitleri**	Ria (spiral)	11	40,7
	Hap	6	22,2
	Kondom	4	14,8
	Tüpligasyonu	3	11,1
	Norplant	2	7,04
	Enjeksiyonlar (iğne)	1	3,7
<b>Toplam</b>		<b>100</b>	<b>100</b>

\*2 kişi yanıt vermemiştir.

\*\*6 kişi yanıt vermemiştir.

Web tabanlı danışmanlık sonrası bireylerin ideal çocuk sayısı hakkındaki düşünceleri incelendiğinde; %33,0'ının bir ve iki çocuk, %58,0'ının üç ve dört, %9,0'ının ise beş ve üzerinde olduğunu belirtmiştir. Danışmanlık sonrası katılımcıların iki gebelik aralığı hakkında düşünceleri incelendiğinde; %61,0'ının bir ve üç yıl, %38,0'ının dört ve altı yıl %1,0'ının ise yedi yıl üzerinde olduğunu belirttiği saptanmıştır. Danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası ideal ilk doğum yaşları hakkındaki düşünceleri incelendiğinde %50,0'ı 20-24 yaş aralığı, %44,0'ını 25-29 yaşları %5,0'ı 15-19 yaşları ve %1,0'ı 30 yaş ve üzeri olduğunu belirtmiştir (Tablo 6).

Danışmanlık sonrasında aile planlaması sorumluluğu incelendiğinde %93,0'ı eşlerden her ikisine ait olduğunu %3,0'ı kadına %4,0'ı ise erkeğe ait olduğu saptanmıştır. Danışmanlık sonrası aile planlaması danışmanlık hizmetinin gereklilik durumu incelendiğinde %89,0'ı danışmanlığın gerekli olduğunu %7,0'ının gerekli olmadığını ve %4,0'ının gerekli olup olmadığını bilmedikleri saptanmıştır. Danışmanlık sonrası kullandıkları aile planlaması yöntemi değiştirme durumları incelendiğinde %33,7'sinin yöntem değiştireceği %66,3'ünün ise yöntemi değiştirmeyecekleri saptanmıştır. Yöntemi değiştirenlerin kullanmak istediği yöntem çeşitleri ise %40,7 ile ria ilk sırada yer almaktadır. İkinci sırayı ise %22,8 ile hap üçüncü sırada %14,8 ile kondom dördüncü sırada %11,1 ile tüp ligasyonu beşinci sırada %7,04 ile norplant ve altıncı sırada ise %3,7 ile enjeksiyonların yer aldığı bulunmuştur (Tablo 6).

#### 4.2.2. Web Tabanlı Danışmanlık Sonrası Bireylerin AP Yöntemine Dair Bilgilerinin İncelenmesi

**Tablo 7. Web Tabanlı Danışmanlık Sonrası Bireylerin AP Yöntemine Dair Bilgilerinin Dağılımı (n=100)**

Danışmanlık sonrası AP yöntemlerini bilme durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)	
<b>Kondom</b>	Biliyor	86	86,0
	Bilmiyor	14	14,0
<b>Hap</b>	Biliyor	82	82,0
	Bilmiyor	18	18,0
<b>Ria (spiral)</b>	Biliyor	77	77,0
	Bilmiyor	23	23,0
<b>Geri çekme</b>	Biliyor	77	77,0
	Bilmiyor	23	23,0
<b>Aylık enjeksiyon</b>	Biliyor	73	73,0
	Bilmiyor	27	27,0
<b>Üç aylık enjeksiyon</b>	Biliyor	73	73,0
	Bilmiyor	27	27,0
<b>Tüpligasyonu</b>	Biliyor	70	70,0
	Bilmiyor	30	30,0
<b>Vazektomi</b>	Biliyor	63	63,0
	Bilmiyor	37	37,0
<b>Diyafram</b>	Biliyor	60	60,0
	Bilmiyor	40	40,0
<b>Norplant</b>	Biliyor	60	60,0
	Bilmiyor	40	40,0
<b>Danışmanlık sonrası acil doğum kontrol yöntemini bilme durumu</b>	Biliyor	56	56,0
	Bilmiyor	44	44,0
<b>Danışmanlık sonrası bilinen acil doğum kontrol yöntem çeşidi</b>	Ria (spiral)	7	13,0
	Ertesi gün hapı	22	40,7
	Her ikisi	25	46,3
<b>Takvim yöntemi</b>	Biliyor	52	52,0
	Bilmiyor	48	48,0
<b>Fitil</b>	Biliyor	51	51,0
	Bilmiyor	49	49,0
<b>Toplam</b>		100	100

Danışmanlık hizmeti aldıktan sonra aile planlaması yöntem çeşitlerini bilme durumları incelendiğinde ilk üç sırada kondom (86,0) hap (82,0) ve Ria (spiral) (77,0) yer almaktadır (Tablo 7). Daha sonra %77,0 ile geri çekme yöntemi %73,0 ile aylık enjeksiyon ve üç aylık enjeksiyon, %70,0 ile tüpligasyonu yöntemini bildikleri bulunmuştur. Vazektomi yöntemi %63,0 ve diyafram ve norplant %60,0 olarak saptanmıştır. Danışmanlık sonrası acil doğum kontrol yöntemini bilme durumu incelendiğinde %56,0'ı bu yöntemi bilmekte %44,0'ı ise yöntemi bilmedikleri



bulunmuştur. Bilinen acil doğum kontrol yöntemi incelendiğinde %13,0'ı Ria %40,7'si ertesi gün hapını ve %46,3'ünün ise her iki yöntemi de bildiği saptanmıştır. Danışmanlık sonrası takvim yöntemi bilme durumu incelendiğinde ise %52,0 bu yöntemi bilmekte fitil yöntemi ise %51,0'ı yöntemi bildiği bulunmuştur (Tablo 7).

#### 4.2.3.Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin Danışmanlık Sonrası Memnuniyetlerinin İncelenmesi

**Tablo 8. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin Danışmanlık Sonrası Memnuniyetlerinin Dağılımı (n=100)**

Danışmanlık sonrası bireylerin memnuniyetlerinin incelenmesi		Sayı (n)	Yüzde (%)	
<b>Danışmanlık sonrası AP hizmetinin beklentileri karşılama durumu</b>	Evet	89	89,9	
	Kısmen	10	10,1	
<b>Danışmanlık sonrası AP hakkındaki düşünceler</b>	AP hakkında bilinen şeyler anlatıldı	38	38,4	
	AP ile ilgili fikrim değişti	61	61,6	
<b>Danışmanlığın beğenilen yönleri</b>	Bilgiler yeterli ve açık bir şekilde anlatılmış	20	32,8	
	Başarılı ve eğitici bir sistem	3	4,9	
	Açık ve net	27	44,3	
	Kolaylıkla internet üzerinden herkesin ulaşabileceği bir uygulama	2	3,3	
	Bilmediğim yönler hakkında bilgi edindim	5	8,2	
	Dikkat çekici ve görsel anlatım mevcut	2	3,3	
	Toplumun bilinçlenmesine ve bilinçlenmenin artmasına neden olacak bir uygulama	1	1,6	
	Daha gizli ve şahıslara yönelik bir hizmet	1	1,6	
	<b>Danışmanlığın beğenilmeyen yönleri</b>	Daha fazla görsellik olabilirdi	2	50,0
		Videolu anlatım olabilirdi	2	50,0
<b>Danışmanlık sonrası eklenilmesi istenilen özellikler</b>	Bilgiler yeterli, teşekkürler	1	50,0	
	Çocuk sağlığı aşuları ve kadın hastalıkları hakkında bilgi verilebilirdi	1	50,0	
<b>Toplam</b>		100	100	

Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası aile planlaması hizmetinin beklentileri karşılama durumu incelendiğinde %89,9'unun verilen hizmetin beklenen düzeyde olduğunu %10,1'inin ise kısmen beklentilerini

karşılığını belirtmişlerdir. Danışmanlık sonrası aile planlaması hakkındaki düşünceler incelendiğinde ise %38,4'ünün AP hakkında bildiği şeylerin anlatıldığı%61,6'sının ise aile planlaması hakkındaki fikirlerinin değiştiği saptanmıştır (Tablo 8).

Verilen danışmanlık hizmetinin beğenilen yönlerini incelediğimizde %32,8'inin bilgilerin yeterli ve açık bir şekilde anlatıldığı %44,3'ünün açık ve net olduğu %8,2'sinin bilmediği yönler hakkında bilgiler verildiği %4,9'unun başarılı bir sistem olduğunu %3,3'ünün kolaylıkla herkesin internet üzerinden ulaşabileceği bir uygulamanın olduğu ve dikkat çekici ve görsel anlatımların mevcut olduğunu %1,6'sının ise toplumun bilinçlenmesine ve bilinçlenmenin artmasına neden olacak bir uygulama olduğunu daha gizli ve şahıslara yönelik bir hizmet olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Verilen danışmanlığın beğenilmeyen yönlerine baktığımızda ise %50,0'mın daha fazla görselliğin olabileceği %50,0'mın ise videolu anlatımında olabileceği bulunmuştur. Danışmanlık sonrası eklenilmesi istenilen yönler incelendiğinde ise %50,0'mın bilgilerin yeterli ve açık olduğunu %50,0'mın ise çocuk sağlığı aşuları ve kadın hastalıkları hakkında bilgilerinde olabileceği saptanmıştır (Tablo 8).

### 4.3. Web Aile Planlaması Danışmanlık Eğitiminin Etkinliği

**Tablo 9. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin Danışmanlık Öncesi ve Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisinin Karşılaştırılması**

AP Yöntemleri	Web Tabanlı AP Danışmanlığı <u>Sonrası</u> Yöntem Bilgisi			X <sup>2**</sup>	p	
	Evet	Hayır	Toplam			
Geri Çekme	Evet	62(%93,9)	4 (%6,1)	66 (%100,0)	31,45	0,019
	Hayır	15 (%44,1)	19 (%55,9)	34 (%100,0)		
	Toplam*	77(%100,0)	23(%100,0)	100(%100,0)		
Takvim Yöntemi	Evet	21 (%95,5)	1 (%4,5)	22 (%100,0)	21,33	0,000
	Hayır	31 (39,7)	47 (%60,3)	78 (%100,0)		
	Toplam*	52(%100,0)	48 (%100,0)	100(%100,0)		
Fitil	Evet	15(%100,0)	0 (%0,0)	15 (%100,0)	16,95	0,000
	Hayır	36 (%42,4)	49 (%57,6)	85 (%100,0)		
	Toplam*	51(%100,0)	49 (%100,0)	100(%100,0)		
Kondom (Kılıf)	Evet	67 (%97,1)	2 (%2,9)	69 (%100,0)	22,78	0,000
	Hayır	19 (%61,3)	12 (%38,7)	31 (%100,0)		
	Toplam*	86(%100,0)	14 (%100,0)	100(%100,0)		
Vazetomi	Evet	19(%100,0)	0 (%0,0)	19 (%100,0)	13,77	0,000
	Hayır	44 (%54,3)	37 (%45,7)	81 (%100,0)		
	Toplam*	63(%100,0)	37 (%100,0)	100(%100,0)		
Diyafram	Evet	3 (%100,0)	0 (%0,0)	3 (%100,0)	2,06	0,000
	Hayır	57 (%58,8)	40 (%41,2)	97 (%100,0)		
	Toplam*	60(%100,0)	40 (%100,0)	100(%100,0)		
RİA (Spiral)	Evet	49 (%96,1)	2 (%3,9)	51 (%100,0)	21,39	0,000
	Hayır	28 (%57,1)	21 (%42,9)	49 (%100,0)		
	Toplam*	77(%100,0)	23 (%100,0)	100(%100,0)		
Norplant	Evet	16(%100,0)	0 (%0,0)	16 (%100,0)	12,69	0,000
	Hayır	44 (%52,4)	40 (%47,6)	84 (%100,0)		
	Toplam*	60(%100,0)	40 (%100,0)	100(%100,0)		
Aylık iğne	Evet	37 (%97,4)	1 (%2,6)	38 (%100,0)	18,46	0,000
	Hayır	36 (%58,1)	26 (%41,9)	62 (%100,0)		
	Toplam*	73(%100,0)	27 (%100,0)	100(%100,0)		
Üç aylık iğne	Evet	33 (%97,1)	1 (%2,9)	34 (%100,0)	15,12	0,000
	Hayır	40 (%60,6)	26 (%39,4)	66 (%100,0)		
	Toplam*	73(%100,0)	27 (%100,0)	100(%100,0)		
Hap	Evet	53 (%93,0)	4 (%7,0)	57 (%100,0)	10,83	0,000
	Hayır	29 (%67,4)	14 (%32,6)	43 (%100,0)		
	Toplam*	82(%100,0)	18 (%100,0)	100(%100,0)		
Tübligasyon	Evet	28 (%96,6)	1 (%3,4)	29 (%100,0)	13,71	0,000
	Hayır	42 (%59,2)	29 (%40,8)	71 (%100,0)		
	Toplam*	70(%100,0)	30 (%100,0)	100(%100,0)		
Acikontrepsiyon	Evet	27 (%90,0)	3 (%10,0)	30 (%100,0)	20,10	0,000
	Hayır	29 (%41,1)	41 (%58,6)	70 (%100,0)		
	Toplam*	56(%100,0)	44 (%100,0)	100(%100,0)		

\*Sütun yüzdesi alınmıştır. \*\*McNemar ki-kare.

Araştırmaya katılan bireylerin web tabanlı AP danışmanlığından sonra %93,9'unun geri çekme yöntem bilgisine sahip olduğu ve eğitim öncesine göre anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur ( $p<0,019$ ). Danışmanlık sonrası bireylerin %95,5'inin takvim yöntemini bildiğini ve danışmanlık öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ( $p<0,000$ ). Fital yönteminin danışmanlık öncesi ve danışmanlık sonrası bilme durumu karşılaştırıldığında %100,0'mın danışmanlık sonrası bu yöntemi bildiği ve danışmanlık öncesine göre anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur ( $p<0,000$ ) (Tablo 9).

Araştırmaya katılan bireylerin web tabanlı AP danışmanlığından sonra %97,1'inin kondom (kılıf) yöntemini bildiği ve eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,000$ ). Vazektomi yönteminin danışmanlık öncesi ve danışmanlık sonrası bilme durumu karşılaştırıldığında %100,0'mın danışmanlık sonrası bu yöntemi bildiği ve danışmanlık öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,000$ ) (Tablo 9).

Danışmanlık sonrası eğitim alan bireylerin %100,0'mın diyafram yöntemini bildiğini ve danışmanlık öncesi durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ( $p<0,000$ ). Ria (spiral) yönteminin danışmanlık öncesi ve danışmanlık sonrası bilme durumlarını karşılaştırdığımızda %96,1'inin bu yöntemi danışmanlık sonrası bildiğini ve danışmanlık öncesine göre aralarında anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ( $p<0,000$ ) (Tablo 9).

Web tabanlı danışmanlık alan bireylerin danışmanlık sonrası %100,0'mın norplant yöntemini bildiği ve danışmanlık öncesine göre anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ( $p<0,000$ ). Aylık iğne yönteminin danışmanlık öncesi ve danışmanlık sonrası bilme durumları karşılaştırdığında %97,4'ünün bu yöntemi danışmanlık sonrası bildiğini ve danışmanlık öncesine göre aralarında anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ( $p<0,000$ ). Danışmanlık sonrası eğitim alan bireylerin %97,1'inin üç aylık iğne yöntemini bildiğini ve danışmanlık öncesi durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ( $p<0,000$ ) (Tablo 9).

Araştırmaya katılan bireylerin web tabanlı AP danışmanlığından sonra %93,0'nın hap yöntem bilgisine sahip olduğu ve eğitim öncesine göre anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur ( $p<0,000$ ). Danışmanlık sonrası bireylerin %96,6'sının tüpligasyon yöntemini bildiğini ve danışmanlık öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ( $p<0,000$ ). Acil kontrasepsiyon yönteminin danışmanlık öncesi ve danışmanlık sonrası bilme durumu karşılaştırıldığında %90,0'nın danışmanlık sonrası bu yöntemi bildiği ve danışmanlık öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,000$ ) (Tablo 9).



**Tablo 10. Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisini Etkileyen Yaş Değişkeninin İncelenmesi**

AP Yöntemleri		Yaş		Toplam	X <sup>2</sup>	p
		Yüzde(%)				
		Biliyor	Bilmiyor			
Geri Çekme	25 yaş altı	44,0	18,0	62,0	0,088	p >0,05
	26 yaş üstü	33,0	5,0	38,0		
	Toplam	77,0	23,0	100,0		
Takvim Yöntemi	25 yaş altı	34,0	28,0	62,0	0,538	p >0,05
	26 yaş üstü	18,0	20,0	38,0		
	Toplam	52,0	48,0	100,0		
Fital	25 yaş altı	36,0	26,0	62,0	0,099	p >0,05
	26 yaş üstü	15,0	23,0	38,0		
	Toplam	51,0	49,0	100,0		
Kondom (Kılıf)	25 yaş altı	52,0	10,0	62,0	0,558	p >0,05
	26 yaş üstü	34,0	4,0	38,0		
	Toplam	86,0	14,0	100,0		
Vazektomi	25 yaş altı	39,0	23,0	62,0	1,000	p >0,05
	25yaşüstü	24,0	14,0	38,0		
	Toplam	63,0	37,0	100,0		
Diyafram	25 yaş altı	39,0	23,0	62,0	0,530	p >0,05
	26 yaş üstü	21,0	17,0	38,0		
	Toplam	60,0	40,0	100,0		
RIA (Spiral)	25 yaş altı	47,0	15,0	62,0	0,809	p >0,05
	26 yaş üstü	30,0	8,0	38,0		
	Toplam	77,0	23,0	100,0		
Norplant	25 yaş altı	37,0	25,0	62,0	1,000	p >0,05
	26 yaş üstü	23,0	15,0	38,0		
	Toplam	60,0	40,0	100,0		
Aylık iğne	25 yaş altı	46,0	16,0	62,0	0,818	p >0,05
	26 yaş üstü	27,0	11,0	38,0		
	Toplam	73,0	27,0	100,0		
Üç aylık iğne	25 yaş altı	47,0	15,0	62,0	0,489	p >0,05
	26 yaş üstü	26,0	12,0	38,0		
	Toplam	73,0	27,0	100,0		
Hap	25 yaş altı	52,0	10,0	62,0	0,596	p >0,05
	26 yaş üstü	30,0	8,0	38,0		
	Toplam	82,0	18,0	100,0		
Tübligasyon	25 yaş altı	44,0	18,0	62,0	0,825	p >0,05
	26 yaş üstü	26,0	12,0	38,0		
	Toplam	70,0	30,0	100,0		
Acilkontrasepsiyon	25 yaş altı	34,0	28,0	62,0	0,837	p >0,05
	26 yaş üstü	22,0	16,0	38,0		
	Toplam	56,0	44,0	100,0		

\*Chi-square testi

Web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntem bilgisini etkileyen değişkenlerden yaş ile geri çekme yöntemi karşılaştırıldığında 25 yaş ve altının geri çekme yöntemini %44,0 'nın bildiği, 26 yaş ve üstünün ise % 33,0'nın bu yöntemi bildikleri bulunmuştur. Yaş ile geri çekme yöntemini bilme durumu karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ( $p > 0,05$ ). Yaş ile takvim yöntemi ve fitil yöntemini bilme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Yaş ile AP yöntem bilgisi arasındaki ilişki incelendiğinde yaş ile kondom arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 10) .

Web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntem bilgisini etkileyen değişkenlerden yaş ile vazektomi yöntemi karşılaştırıldığında 25 yaş ve altının % 39,0'ı yöntemi bilir iken 26 yaş ve üstünün % 24,0'ı bu yöntemi bildikleri bulunmuştur. Yaş ile vazektomi yöntemini bilme durumu istatistiksel olarak karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ) . Yaş ile AP yöntem bilgisi arasındaki ilişki incelendiğinde yaş ile diyafram yöntemini bilme arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Danışmanlık sonrası AP yöntemini etkileyen değişkenlerden ria yöntemini 25 yaş ve altı % 47,0'ı bilmekte iken 26 yaş ve üstüne baktığımızda % 30,0'ı bu yöntemi bildiklerini belirtmişlerdir. Yaş ise ria yöntemini bilme durumu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 10).

Norplant yöntemini bilme durumuna baktığımızda 25 yaş altının % 37,0'ı bu yöntemi bilir iken 26 yaş ve üstüne baktığımızda ise %23,0'nın yöntemi bildiği görülmüştür. Yaş ile AP yöntem bilgisi arasındaki ilişki incelendiğinde yaş ile norplant ve kondom yöntemini bilme arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ). Yaş ile aylık enjeksiyon ve üç aylık enjeksiyon yöntemi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel açıdan aralarında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Yaş ile AP yöntem bilgisi karşılaştırıldığında yaş ile hap, tüpligasyonu ve acil kontrasepsiyon yöntemlerini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 11. Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisini Etkileyen Cinsiyet Değişkeninin İncelenmesi**

AP Yöntemleri	Cinsiyet			X <sup>2</sup>	p	
	Yüzde(%)		Toplam			
	Biliyor	Bilmiyor				
Geri Çekme	Kadın	57,0	15,0	72,0	0,435	p >0,05
	Erkek	20,0	8,0	28,0		
	Toplam	77,0	23,0	100,0		
Takvim Yöntemi	Kadın	43,0	29,0	72,0	0,015	<b>p&lt;0,05</b>
	Erkek	9,0	19,0	28,0		
	Toplam	52,0	48,0	100,0		
Fitil	Kadın	41,0	31,0	72,0	0,075	p >0,05
	Erkek	10,0	18,0	28,0		
	Toplam	51,0	49,0	100,0		
Kondom (Kılıf)	Kadın	63,0	9,0	72,0	0,527	p >0,05
	Erkek	23,0	5,0	28,0		
	Toplam	86,0	14,0	100,0		
Vazektomi	Kadın	50,0	22,0	72,0	0,040	<b>p&lt;0,05</b>
	Erkek	13,0	15,0	28,0		
	Toplam	63,0	37,0	100,0		
Diyafram	Kadın	46,0	26,0	72,0	0,257	p >0,05
	Erkek	14,0	14,0	28,0		
	Toplam	60,0	40,0	100,0		
RIA (Spiral)	Kadın	60,0	12,0	72,0	0,032	<b>p&lt;0,05</b>
	Erkek	17,0	11,0	28,0		
	Toplam	77,0	23,0	100,0		
Norplant	Kadın	46,0	26,0	72,0	0,257	p >0,05
	Erkek	14,0	14,0	28,0		
	Toplam	60,0	40,0	100,0		
Aylık iğne	Kadın	58,0	14,0	72,0	0,011	<b>p&lt;0,05</b>
	Erkek	15,0	13,0	28,0		
	Toplam	73,0	27,0	100,0		
Üç aylık iğne	Kadın	59,0	13,0	72,0	0,002	<b>p&lt;0,05</b>
	Erkek	14,0	14,0	28,0		
	Toplam	73,0	27,0	100,0		
Hap	Kadın	63,0	9,0	72,0	0,039	<b>p&lt;0,05</b>
	Erkek	19,0	9,0	28,0		
	Toplam	82,0	18,0	100,0		
Tübligasyon	Kadın	55,0	17,0	72,0	0,031	<b>p&lt;0,05</b>
	Erkek	15,0	13,0	28,0		
	Toplam	70,0	30,0	100,0		
Acil kontrasepsiyon	Kadın	45,0	27,0	72,0	0,045	<b>p&lt;0,05</b>
	Erkek	11,0	17,0	28,0		
	Toplam	56,0	44,0	100,0		

\*Chi-square testi



Cinsiyet ile AP yöntem bilgisi arasındaki ilişki incelendiğinde cinsiyet ile takvim yöntemini bilme arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Bu farklılığın nedeni, kadınların AP yöntem bilgisinin erkeklerden yüksek olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile fitil yöntemi karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Cinsiyet ile kondom yöntemi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ). Cinsiyet ile AP yöntem bilgisi arasındaki ilişki incelendiğinde cinsiyet ile vazektomi yöntemini bilme arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Bu farklılığın nedeni, kadınların AP yöntem bilgisinin erkeklerden daha yüksek olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 11).

Cinsiyet ile diyafram yöntemini bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ). Cinsiyet ile AP yöntem bilgisi arasındaki ilişki incelendiğinde cinsiyet ile ria yöntemini bilme arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Bu farklılığın nedeni, kadınların AP yöntemlerinden ria yöntem bilgisinin erkeklerden yüksek olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile norplant yöntemi bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur. Cinsiyet ile AP yöntem bilgisi arasındaki ilişki incelendiğinde cinsiyet ile aylık enjeksiyon ve üç aylık enjeksiyon yöntemini bilme arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Bu farklılığın nedeni, kadınların AP yöntem bilgisinin erkeklerden yüksek olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile AP yöntem bilgisi arasındaki ilişki incelendiğinde cinsiyet ile hap ve tüpligasyonu yöntemini bilme arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Bu farklılığın nedeni, kadınların AP yöntem bilgisinin erkeklerden yüksek olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile AP yöntem bilgisi arasındaki ilişki incelendiğinde cinsiyet ile acil kontrasepsiyon yöntemi bilme arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Bu farklılığın nedeni, kadınların AP yöntem bilgisinin erkeklerden yüksek olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 11).

**Tablo 12. Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisini Etkileyen Medeni Durum Değişkeninin İncelenmesi**

AP Yöntemleri		Medeni Durum			X <sup>2</sup>	p
		Yüzde(%)		Toplam		
		Biliyor	Bilmiyor			
Geri Çekme	Evli	50,0	10,0	60,0	0,090	p >0,05
	Bekâr	27,0	13,0	40,0		
	Toplam	77,0	23,0	100,0		
Takvim Yöntemi	Evli	27,0	33,0	60,0	0,104	p >0,05
	Bekâr	25,0	15,0	40,0		
	Toplam	52,0	48,0	100,0		
Fıtil	Evli	28,0	32,0	60,0	0,314	p >0,05
	Bekâr	23,0	17,0	40,0		
	Toplam	51,0	49,0	100,0		
Kondom (Kılıf)	Evli	55,0	5,0	60,0	0,075	p >0,05
	Bekâr	31,0	9,0	40,0		
	Toplam	86,0	14,0	100,0		
Vazektomi	Evli	37,0	23,0	60,0	0,834	p >0,05
	Bekâr	26,0	14,0	40,0		
	Toplam	63,0	37,0	100,0		
Diyafram	Evli	34,0	26,0	60,0	0,532	p >0,05
	Bekâr	26,0	14,0	40,0		
	Toplam	60,0	40,0	100,0		
RIA (Spiral)	Evli	49,0	11,0	60,0	0,226	p >0,05
	Bekâr	28,0	12,0	40,0		
	Toplam	77,0	23,0	100,0		
Norplant	Evli	35,0	25,0	60,0	0,835	p >0,05
	Bekâr	25,0	15,0	40,0		
	Toplam	60,0	40,0	100,0		
Aylık İğne	Evli	46,0	14,0	60,0	0,362	p >0,05
	Bekâr	27,0	13,0	40,0		
	Toplam	73,0	27,0	100,0		
Üç aylık İğne	Evli	45,0	15,0	60,0	0,648	p >0,05
	Bekâr	28,0	12,0	40,0		
	Toplam	73,0	27,0	100,0		
Hap	Evli	52,0	8,0	60,0	0,185	p >0,05
	Bekâr	30,0	10,0	40,0		
	Toplam	82,0	18,0	100,0		
Tüblig asyon	Evli	43,0	17,0	60,0	0,663	p >0,05
	Bekâr	27,0	13,0	40,0		
	Toplam	70,0	30,0	100,0		
Acil kontrasepsiyon	Evli	34,0	26,0	60,0	1,000	p >0,05
	Bekâr	22,0	18,0	40,0		
	Toplam	56,0	44,0	100,0		

\*Chi-square testi

Web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntem bilgisini etkileyen değişkenlerden geri çekme yöntemi ile medeni durum karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ). Evli olup geri çekme yöntemini bilenler % 50,0 iken bekâr olup bu yöntemi bilenler ise % 27,0'dır. Takvim yöntemini bilenlerin % 27,0' ı evli olup takvim yöntemi ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ). Danışmanlık sonrası AP yöntemlerinden fitil yöntemi (% 28,0), kondom (% 55,0), vazektomi yöntemi (%37,0) ve diyafram (% 34,0) yöntemini en fazla bilenler evli olup bu yöntemler ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ) (Tablo 12).

Ria yöntemini % 49,0 ile evli olanlar bilmekte olup bu yöntem ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ). Norplant (% 35,0), aylık iğne (% 46,0), üç aylık iğne (% 45,0), hap (% 52,0), tüpligasyonu (% 43,0) ve acil kontrasepsiyon (% 34,0) yöntemlerinden en fazla bilenler evli olup bu yöntemler ile medeni durum karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 13. Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisini Etkileyen Eğitim Değişkeninin İncelenmesi**

AP Yöntemleri		Eğitim			X <sup>2</sup>	p
		Yüzde(%)		Toplam		
		Biliyor	Bilmiyor			
Geri Çekme	İlkokul	8,0	1,0	9,0	0,097	p >0,05
	Ortaokul	8,0	4,0	12,0		
	Lise mezunu	18,0	9,0	27,0		
	Lisans	43,0	9,0	52,0		
	Toplam	77,0	23,0	100,0		
Takvim Yöntemi	İlkokul	2,0	7,0	9,0	0,003	p <0,05
	Ortaokul	3,0	9,0	12,0		
	Lise mezunu	11,0	16,0	27,0		
	Lisans	36,0	16,0	52,0		
	Toplam	52,0	48,0	100,0		
Fıtil	İlkokul	1,0	8,0	9,0	0,007	p <0,05
	Ortaokul	3,0	9,0	12,0		
	Lise mezunu	14,0	13,0	27,0		
	Lisans	33,0	19,0	52,0		
	Toplam	51,0	49,0	100,0		
Kondom (Kılıf)	İlkokul	9,0	0,0	9,0	0,249	p >0,05
	Ortaokul	9,0	3,0	12,0		
	Lise mezunu	25,0	2,0	27,0		
	Lisans	43,0	9,0	52,0		
	Toplam	86,0	14,0	100,0		
Vazektomi	İlkokul	5,0	4,0	9,0	0,141	p >0,05
	Ortaokul	5,0	7,0	12,0		
	Lise mezunu	15,0	12,0	27,0		
	Lisans	38,0	14,0	52,0		
	Toplam	63,0	37,0	100,0		
Diyafraam	İlkokul	4,0	5,0	9,0	0,049	p <0,05
	Ortaokul	5,0	7,0	12,0		
	Lise mezunu	13,0	14,0	27,0		
	Lisans	38,0	14,0	52,0		
	Toplam	60,0	40,0	100,0		
RIA (Spiral)	İlkokul	7,0	2,0	9,0	0,735	p >0,05
	Ortaokul	8,0	4,0	12,0		
	Lise mezunu	20,0	7,0	27,0		
	Lisans	42,0	10,0	52,0		
	Toplam	77,0	23,0	100,0		
Norplant	İlkokul	5,0	4,0	9,0	0,110	p >0,05
	Ortaokul	5,0	7,0	12,0		
	Lise mezunu	13,0	14,0	27,0		
	Lisans	37,0	15,0	52,0		
	Toplam	60,0	40,0	100,0		
Aylık İğne	İlkokul	8,0	1,0	9,0	0,181	p >0,05
	Ortaokul	6,0	6,0	12,0		
	Lise mezunu	19,0	8,0	27,0		
	Lisans	40,0	12,0	52,0		
	Toplam	73,0	27,0	100,0		

\*Chi-square testi

**Tablo 13. Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisini Etkileyen Eğitim Değişkeninin İncelenmesi (Devamı)**

Üç aylık iğne	İlkokul	8,0	1,0	9,0	0,181	p >0,05
	Ortaokul	6,0	6,0	12,0		
	Lise mezunu	19,0	8,0	27,0		
	Lisans	40,0	12,0	52,0		
	Toplam	73,0	27,0	100,0		
Hap	İlkokul	8,0	1,0	9,0	0,819	p >0,05
	Ortaokul	9,0	3,0	12,0		
	Lise mezunu	23,0	4,0	27,0		
	Lisans	42,0	10,0	52,0		
	Toplam	82,0	18,0	100,0		
Tübligasyon	İlkokul	7,0	2,0	9,0	0,224	p >0,05
	Ortaokul	6,0	6,0	12,0		
	Lise mezunu	17,0	10,0	27,0		
	Lisans	40,0	12,0	52,0		
	Toplam	70,0	30,0	100,0		
Acil kontra pepsiyon	İlkokul	4,0	5,0	9,0	0,169	p >0,05
	Ortaokul	4,0	8,0	12,0		
	Lise mezunu	14,0	13,0	27,0		
	Lisans	34,0	18,0	52,0		
	Toplam	56,0	44,0	100,0		

\*Chi-square testi

Web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntem bilgisini etkileyen değişkenlerden eğitim ile geri çekme yöntemi karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur (p>0,05). Takvim yöntemini % 36,0 ve fitil yöntemini %33,0 ile en fazla lisans mezunu olanların bildiği ve bu yöntemler ile eğitim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur (p<0,05). Eğitim ile kondom ve vazektomi yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 13). Web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntemlerinden diyafram yöntemini % 38,0 ile lisans mezunları bilmektedir. Eğitim ile diyafram yöntemini bilme durumu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür (p<0,05). Eğitim ile ria (%42,0), norplant (% 37,0), aylık iğne (% 40,0), üç aylık iğne (%40,0), hap (% 42,0), tübligasyonu (% 40,0) ve acil kontrasepsiyon (% 34,0) yöntemlerinden en fazla lisans mezunları bu yöntemleri bilmektedir. Eğitim ile bu yöntemleri karşılaştırdığımızda aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 13).

**Tablo 14. Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisini Etkileyen Çocuk Sayısı Değişkeninin İncelenmesi**

AP Yöntemleri		Çocuk Sayısı			X <sup>2</sup>	p
		Yüzde (%)		Toplam		
		Biliyor	Bilmiyor			
Geri Çekme	Bir ve iki çocuk	26,0	6,0	32,0	1,000	p >0,05
	Üç çocuk ve üzeri	11,0	3,0	14,0		
	Toplam	37,0	9,0	46,0		
Takvim Yöntem	Bir ve iki çocuk	14,0	18,0	32,0	0,092	p >0,05
	Üç çocuk ve üzeri	2,0	12,0	14,0		
	Toplam	16,0	30,0	46,0		
Fıtıl	Bir ve iki çocuk	16,0	16,0	32,0	0,027	<b>p &lt;0,05</b>
	Üç çocuk ve üzeri	2,0	12,0	14,0		
	Toplam	18,0	28,0	46,0		
Kondom (Kılıf)	Bir ve iki çocuk	30,0	2,0	32,0	0,574	p >0,05
	Üç çocuk ve üzeri	12,0	2,0	14,0		
	Toplam	42,0	4,0	46,0		
Vazektomi	Bir ve iki çocuk	19,0	13,0	32,0	0,349	p >0,05
	Üç çocuk ve üzeri	6,0	8,0	14,0		
	Toplam	25,0	21,0	46,0		
Diyafram	Bir ve iki çocuk	16,0	16,0	32,0	0,522	p >0,05
	Üç çocuk ve üzeri	5,0	9,0	14,0		
	Toplam	21,0	25,0	46,0		
RIA (Spiral)	Bir ve iki çocuk	27,0	5,0	32,0	0,242	p >0,05
	Üç çocuk ve üzeri	9,0	5,0	14,0		
	Toplam	36,0	10,0	46,0		
Norplant	Bir ve iki çocuk	18,0	14,0	32,0	0,337	p >0,05
	Üç çocuk ve üzeri	5,0	9,0	14,0		
	Toplam	23,0	23,0	46,0		
Aylık iğne	Bir ve iki çocuk	25,0	7,0	32,0	0,171	p >0,05
	Üç çocuk ve üzeri	8,0	6,0	14,0		
	Toplam	33,0	13,0	46,0		
Üç aylık iğne	Bir ve iki çocuk	24,0	8,0	32,0	0,301	p >0,05
	Üç çocuk ve üzeri	8,0	6,0	14,0		
	Toplam	32,0	14,0	46,0		
Hap	Bir ve iki çocuk	27,0	5,0	32,0	0,684	p >0,05
	Üç çocuk ve üzeri	11,0	3,0	14,0		
	Toplam	38,0	8,0	46,0		
Tübligasyon	Bir ve iki çocuk	22,0	10,0	32,0	0,512	p >0,05
	Üç çocuk ve üzeri	8,0	6,0	14,0		
	Toplam	30,0	16,0	46,0		
Acil kontrasepsiyon	Bir ve iki çocuk	22,0	10,0	32,0	0,004	<b>p &lt;0,05</b>
	Üç çocuk ve üzeri	3,0	11,0	14,0		
	Toplam	25,0	21,0	46,0		

\*Chi-square testi

Web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntem bilgisini etkileyen değişkenlerden çocuk sayısı ile geri çekme yöntemi karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Geri çekme yöntemini bir ve iki çocuğu olanlar % 26,0 ile bilmekte iken üç çocuk ve üzeri olanlar ise % 11,0 ile bilmektedir. Danışmanlık sonrası AP yöntemlerinden takvim yöntemini bir ve iki çocuğu olanlar % 14,0 ile bilmekte, üç çocuk ve üzeri olanlar ise % 2,0 ile bilmektedir. Çocuk sayısı ile takvim yöntemini bilme durumu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ). Fital yöntemi ise % 16,0 ile bir ve iki çocuğu olanlar bilmektedir. Çocuk sayısı ile fital yöntemi karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Bir veya iki çocuğu olanlar, üç ve daha fazla çocuğu olanlara göre fital yöntemini bilme durumları daha yüksek bulunmuştur. Kondom yöntemini % 30,0 ile bir ve iki çocuğu olanlar bilmektedir. Çocuk sayısı ile kondom yöntemini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ( $p > 0,05$ ) (Tablo 14).

Web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntemlerinden vazektomi yöntemini % 19,0 ile bir ve iki çocuğu olanlar bilmekte iken üç çocuk ve üzeri olanlar % 6,0'ı bu yöntemi bilmemektedir. Çocuk sayısı ile vazektomi yöntemi karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ( $p > 0,05$ ). Diyafram yöntemini, bir ve iki çocuğu olanların % 16,0'ı bilmektedir. Çocuk sayısı ile diyafram yöntemini bilme durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Ria yöntemini bir ve iki çocuğu olanlar % 27,0'ı bilmektedir. Çocuk sayısı ile ria yöntemini bilme durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ). Bir ve iki çocuğu olanlar norplant yöntemini % 18,0 ile bildikleri bulunmuştur. Çocuk sayısı ile norplant yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Danışmanlık sonrası AP yöntemlerinden aylık iğne bilme durumu bir ve iki çocuğu olanlar % 25,0 ile bilmektedir. Çocuk sayısı ile aylık iğne yöntemini bilme durumu istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ). Üç aylık iğne yöntemini bir ve iki çocuğu olanlar % 24,0 ile bilmektedir.

Çocuk sayısı ile üç aylık iğne yöntemi arasında istatistiksel olarak farkın olmadığı görülmüştür ( $p > 0,05$ ). Hap yöntemini bir ve iki çocuğu olanlar % 27,0 ile bilmektedir. Çocuk sayısı ile hap yöntemini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Tüpligasyonu yöntemini bir ve iki çocuğu olanlar %22,0 ile bilmekte iken bu yöntem ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Acil kontrasepsiyon yöntemini bir ve iki çocuğu olanlar % 22,0 iken üç çocuk ve üzeri çocuğu olanların bu yöntemi bilme durumu ise % 3,0'dır. Çocuk sayısı ile acil kontrasepsiyon yöntemini bilme durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Bir ya da iki çocuğu olanların, üç ve üzeri çocuk sahibi olanlara göre acil kontrasepsiyon bilgisi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 14).



**Tablo 15. Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisini Etkileyen AP Yöntemi Kullanma Durumu Değişkeninin İncelenmesi**

AP Yöntemleri		AP yöntemi kullanma durumu			X <sup>2</sup>	p
		Yüzde(%)		Toplam		
		Kullanıyor	Kullanmıyor			
Geri Çekme	Evet	34,0	7,0	41,0	0,335	p >0,05
	Hayır	43,0	16,0	59,0		
	Toplam	77,0	23,0	100,0		
Takvim Yöntemi	Evet	15,0	26,0	41,0	0,014	<b>p&lt;0,05</b>
	Hayır	37,0	22,0	59,0		
	Toplam	52,0	48,0	100,0		
Fitil	Evet	16,0	25,0	41,0	0,067	p >0,05
	Hayır	35,0	24,0	59,0		
	Toplam	51,0	49,0	100,0		
Kondom (Kılıf)	Evet	39,0	2,0	41,0	0,039	<b>p&lt;0,05</b>
	Hayır	47,0	12,0	59,0		
	Toplam	86,0	14,0	100,0		
Vazektomi	Evet	22,0	19,0	41,0	0,141	p >0,05
	Hayır	41,0	18,0	59,0		
	Toplam	63,0	37,0	100,0		
Diyafram	Evet	19,0	22,0	41,0	0,024	<b>p&lt;0,05</b>
	Hayır	41,0	18,0	59,0		
	Toplam	60,0	40,0	100,0		
RIA (Spiral)	Evet	32,0	9,0	41,0	1,000	p >0,05
	Hayır	45,0	14,0	59,0		
	Toplam	77,0	23,0	100,0		
Norplant	Evet	20,0	21,0	41,0	0,065	p >0,05
	Hayır	40,0	19,0	59,0		
	Toplam	60,0	40,0	100,0		
Aylık iğne	Evet	29,0	12,0	41,0	0,819	p >0,05
	Hayır	44,0	15,0	59,0		
	Toplam	73,0	27,0	100,0		
Üç aylık iğne	Evet	28,0	13,0	41,0	0,493	p >0,05
	Hayır	45,0	14,0	59,0		
	Toplam	73,0	27,0	100,0		
Hap	Evet	35,0	6,0	41,0	0,599	p >0,05
	Hayır	47,0	12,0	59,0		
	Toplam	82,0	18,0	100,0		
Tüblig asyon	Evet	26,0	15,0	41,0	0,271	p >0,05
	Hayır	44,0	15,0	59,0		
	Toplam	70,0	30,0	100,0		
Acil kontrasepsiyon	Evet	22,0	19,0	41,0	0,838	p >0,05
	Hayır	34,0	25,0	59,0		
	Toplam	56,0	44,0	100,0		

\*Chi-square testi

Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntem bilgisi ile AP yöntemi kullanma durumları karşılaştırıldığında; % 34,0'ının geri çekme yöntemini bildikleri; AP yöntemi kullananlar ile geri çekme yöntem bilgisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). AP yöntem kullananların %15,0'ının takvim yöntemini bildiği ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Herhangi bir AP yöntemi kullandığını ifade edenlerin takvim yöntemini bilme oranı yöntem kullanmayanlar göre daha düşük bulunmuştur. Fital yöntemi ile AP yöntem kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). AP yöntemi kullananların % 39,0'ının kondom yöntemini bildiği bulunmuştur. AP yöntem kullanma durumu ile kondom yöntemini bilme durumu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ve AP yöntem kullananların kullanmayanlarla göre daha yüksek kondom yöntem bilgisine sahip olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). AP yöntem kullananların vazektomi yöntemini bilme oranı % 22,0'dır. AP yöntemi kullananların vazektomi yöntemini bilme durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ) (Tablo 15).

AP yöntemi kullananların % 41,0'ı, danışmanlık sonrası diyafram yöntemini bilmediğini belirtmiştir. Diyafram yöntemi bilme durumu ile AP yöntemlerini kullanma durumu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ). Herhangi bir AP yöntemi kullandığını ifade edenlerin danışmanlık sonrası diyafram yöntem bilgisi diğerlerinden daha düşük bulunmuştur. AP yöntem kullanma durumu ile ria, norplant, aylık enjeksiyon, üç aylık enjeksiyon, hap, tüpligasyonu ve acil kontrasepsiyon yöntemleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 15).

## 5.TARTIŞMA

### 5.1. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Öncesi Bireylerin AP Bilgi ve Düşüncelerinin İncelenmesi

İstenmeyen gebelikleri önlemek, doğum aralığını düzenlemek ve çocuk sahibi olmak isteyenlere gerekli danışmanlığı yapabilmek için bireylerin ideal çocuk sayısı ile ilgili kararları bilmek sağlık çalışanları için yol göstericidir (Çayan 2009; Çiftçioğlu 2009; Kaşlı 2014). Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin %34,0'ı ideal çocuk sayısının bir veya iki olduğunu, %56,0'ı üç veya dört, %10'u ise beş çocuk ve üzerinde olduğunu belirtmiştir. Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin %69,6'sı bir veya iki çocuğa sahiptir (Tablo 3). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 yılı verilerine göre bireylerin %40,0'ının ideal çocuk sayısının iki, %25,0'ının ise dört ve üzerinde olduğu bulunmuştur (TNSA 2013). Kalak'ın (2008), çalışmasında araştırmaya katılanların %77,3'ü ideal çocuk sayısının ikiden az, %22,7'si ise ikiden fazla olduğunu; katılımcıların %45,5'ünün ikiden fazla çocuğa sahip oldukları saptanmıştır (Kalak 2008). Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin belirttikleri ideal çocuk sayısı TNSA (2013) ile benzer sonuçlar göstermektedir. Kalak'ın çalışmasına katılan bireylerin neredeyse yarısı ikiden fazla çocuğa sahip olmasına rağmen; ideal çocuk sayısını ikiden az olduğunu belirtmeleri, istenmeyen gebeliklerin yaşandığına dikkat çekmektedir.

Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin %66,0'ı, iki gebelik aralığının bir ya da üç yıl olması gerektiğini belirtmiştir (Tablo 3). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 yılı verilerine göre doğumların %18'i bir önceki doğumdan “çok kısa” bir süre sonra, yani 24 aydan az bir süre sonra gerçekleşmiştir (TNSA 2013). Kalak'ın (2008) çalışmasında ise, katılımcıların %46,1'inin, iki gebelik aralığının üç yıl ve altında olması gerektiği belirtilmiştir (Kalak 2008). Çalışma sonuçları incelendiğinde; iki gebelik aralığının üç yıl ve altında olması gerektiğini düşünenlerin oranı yüksek olmasına rağmen TNSA (2013) sonuçları bu oranın düşük olduğunu göstermektedir. Gebelik aralığının iki yıldan düşük olması, anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyen bir durum olması nedeniyle istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için bu dönemde verilecek Aile Planlaması danışmanlık hizmetinin önemli olduğu düşünülmüştür.

Evliliğin geç yaşlarda olması ilk doğum yaşının yükselmesi, doğurganlık yüzdesinin azalmasına neden olacak ve böylece kadınların sosyal yaşamda daha çok yer almalarını sağlayacaktır. Danışmanlık hizmeti alan bireylerin, kadınların ilk doğum yaşına dair düşünceleri incelendiğinde; katılımcıların %52'si 20-24 yaş aralığının ilk doğum yaşı için uygun olduğunu belirtmiştir (Tablo 3). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 yılı verilerine göre 40 yaşında veya 40 yaşın üzerinde olan kadınlar ilk doğumlarını yaklaşık 22 yaşında yapmış iken; 25-29 yaş grubundaki kadınlar ilk doğumlarını daha geç, 24 yaşında yapmıştır. (TNSA 2013). Kalak'ın (2008), yaptığı çalışmada kadınların %61,7'sinin ilk doğum yaşının 20 yaş ve altı olduğu, %38,3'ünün ise 20 yaş ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Kalak'ın (2008) çalışmasında ilk doğum yaşının 20 yaş altı düzeyinin yüksek çıkması çalışmaya katılanların sosyokültürel özelliklerinin yüksek olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Kalak 2008). Bu çalışmada ise ilk doğum yaşının 20-24 yaş aralığının yüksek çıkmasının nedeni ise danışmanlık alanların eğitim seviyesinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Aktoprak'ın (2012) yaptığı çalışmada AP yönteminin öğrenildiği kaynaklardan ilk sırayı %97,2 ile sağlık personeli almaktadır (Aktoprak 2012). Bu çalışmada ise %54,0 ile ebeler ilk sırada yer almaktadır (Tablo 3). Yenal'ın (2006) çalışmasında ise bilgi kaynakları incelendiğinde %68,3'ü hekimlerinden öğrendiği; Çayan'ın (2009) çalışmasında ise %76,1'inin bilgiyi ebe-hemşireden aldığı saptanmıştır (Çayan 2009; Yenal 2006). Kalak'ın (2008) çalışmasında ise ilk sırada %77,3 ile doktor ve diğer sağlık personelinde bilgi alındığı belirtilmiştir (Kalak 2008). TNSA 2013 verilerine göre katılımcıların %23,0'ı AP yöntemi hakkında sağlık ocağı/sağlık evinden bilgi aldıkları saptanmıştır (TNSA 2013). Çalışma sonuçları, bireylerin çoğunun aile planlaması yöntemleri hakkında bilgiyi sağlık çalışanlarından aldığını göstermektedir. Sağlık çalışanlarından bilgi almak kişiyi hem doğru bilgiye ulaştırır hem de AP yöntemleri hakkında olumlu tutumun gelişmesini sağlar. Nicholson ve ark 2003 yılında yaptığı araştırmada sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarını yazılı basın, medya, internet kullanımını etkileyen faktörler incelenmiştir. İnternet kullanımının yaş, eğitim düzeyi ve gelir durumuna göre değiştiği ve medeni durumu etkilemediği tespit edilmiştir (Nicholson ve ark. 2003). Bu çalışma ile Çayan'ın (2009) çalışması arasında internette bilgi alma durumu karşılaştırıldığında; Çayan'ın çalışmasında

%1,4'ü internetten bilgi alırken, bizim çalışmamızda ise %48,0'ı internetten AP yöntemleri hakkında bilgi almıştır. Bu çalışma ile Çayan'ın (2009) çalışması benzer sonuçları göstermemektedir. Bunun nedeninin Çayan'ın(2009) çalışmasına katılanların eğitim seviyelerinin düşük olduğu kendi çalışmamızda ise eğitim seviyesinin yüksek olduğu düşünülebilir. Aynı zamanda internetin gün geçtikçe hızla ilerlemesi istenilen bilgiye kısa zamanda ulaşılması da buna neden olduğu düşünülebilir. Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin %88,9'u aile planlaması sorumluluğunun eşlere ait olduğunu belirtilmiştir. Aktoprak'ın çalışmasında bu oran %86,8 bulunmuş olup, çalışmamızla benzer sonuçları içermektedir.

## **5.2. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Öncesi Bireylerin AP Yöntem Bilgilerinin İncelenmesi**

AP yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak, kişilerin AP yöntemlerine ulaşmasını, uygun bir yöntemin zamanında ve etkili olarak kullanılmasını sağlayacak önemli bir adımdır (Aktoprak 2012). Web danışmanlık hizmeti alan bireylerin AP bilme durumları incelendiğinde %85'inin aile planlaması yöntemlerini bildiklerini, %15'inin ise yöntemleri bilmediklerini belirtmişlerdir. (Tablo 4). Aktoprak'ın (2012), yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların tamamının aile planlaması yöntemlerini bildiği bulunmuştur (Aktoprak 2012). Çayan'ın (2009), araştırmasında ise araştırmaya katılanların %98,8'inin AP yöntemlerini bildiği saptanmıştır (Çayan 2009). Aktoprak (2012) ve Çayan'ın (2009) çalışma sonuçlarına göre çalışmamızdaki AP yöntem bilme oranları düşük bulunmuştur. Çalışmaların örneklem ve yaş grubundaki farklılıklar nedeniyle bu oranların farklı olduğu düşünülmüştür. Aktoprak'ın (2012) örneklem grubunu evli kadın ve eşleri oluştururken, Çayan'ın (2009) çalışmasının örneklem grubunu ise 15-49 yaş evli kadınlar oluşturmaktadır. Bu çalışmada AP yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmanın yüksekliği yöntem kullanımını etkilemesi yönünden olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Eğitim düzeyinin yüksek olması bireylerin hem yazılı materyallere hem de internete kolaylıkla ulaşabilmesi sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağını etkileyen faktörlerden birisi olarak düşünülebilir.

AP programlarının yaygın ve doğru bir şekilde kullanılmasını sağlayacak en önemli faktörün, bu konudaki eğitilmiş sağlık personeli tarafından verilecek eğitim hizmetleridir (Kalak 2008). Bu çalışmada danışmanlık eğitimi almadan önce bireylerin AP yöntemlerini bilme durumuna baktığımızda %66,0'ı geri çekme %15,0'ı fitil yöntemini %22,0'ı ise takvim yöntemini bilmektedir (Tablo 4). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 yılı verilerine göre 15-49 yaş aralığındaki kadınların herhangi bir yöntem bilme durumlarına baktığımızda %80,0'ı geri çekme %39'u ise takvim yöntemini bildikleri saptanmıştır (TNSA 2013). Çayan'ın (2009), araştırmasında %91,1'i geri çekme, %6,0'ı fitil yöntemini ve %55,0'ı ise takvim yöntemini bildikleri bulunmuştur (Çayan 2008). Demir'in (2014), genç erkeklerin acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi ve uygulamalarının incelendiği çalışmada araştırmaya katılanların %35,5'i geri çekme yöntemini, %2,7'i fitil yöntemini ve %4,0'ı ise takvim yöntemini bildiklerini saptamıştır (Demir 2014). Çalışmamızda geri çekme, fitil AP yöntemini bilenlerin oranı diğer çalışmalarla göre oldukça yüksektir. Araştırmamıza katılan bireylerin interneti kullanmaları ve daha fazla bilgiye ulaşabilmelerinin bu oranın arttığı düşünülmüştür. Katılımcıların takvim yöntemini bilme durumları TNSA (2013), Çayan (2009) çalışma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında oldukça düşük iken; Demir (2014)'in çalışmasına göre yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada danışmanlık hizmeti almadan önce bireylerin %69,0'ı kondomu %19,0'ı vazektomi yöntemini, %3,0'ı diyaframı bilmektedir (Tablo 4). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 yılı verilerine göre tüm kadınların %86,0'ı kondomu %35,5'i vazektomi yöntemini, %29,0'ı diyafram yöntemini bildikleri bulunmuştur (TNSA 2013). Aktoprak'ın (2012) çalışmasında kadınların %95,8'i erkeklerin %96,4'ü kondomu, kadınların %42,2'si erkeklerin %33,7'si vazektomi yöntemini bildiklerini belirtmişlerdir (Aktoprak 2012). Demir'in (2014) çalışmasında araştırmaya katılan genç erkeklerin %68,2'si kondomu, %5,5'i vazektomi yöntemini bildikleri saptanmıştır (Demir 2014). Kondom yöntemini bilme durumun TNSA (2013), Aktoprak (2012), Demir (2014) çalışmamız ile benzer özellikte olup yüksek bulunmuştur. Vazektomi yöntemi ise Demir (2014) çalışmasında diğer çalışmalara ve çalışmamıza göre düşük çıkmıştır. Bunun nedeninin çalışmaların örneklem grubundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada ria yöntemini bilme durumu %51,0 iken norplant yöntemini bilme durumu ise %16,0 olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 yılı verilerine %92,1'i ria (spiral) %32,9'u ise implant yöntemini bildikleri belirtilmiştir (TNSA 2013). Bu çalışmada ria ve norplant yöntemi bilme durumu TNSA (2013) verilerine göre daha düşük çıkmıştır. Bunun nedeninin çalışmamızın örneklem grubundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Salman'ın (2014) çalışmasında kadınların %64,9'u ria yöntemini, %10,7'si ise norplant yöntemini bildiklerini belirtmişlerdir (Salman 2014). Salman (2014) çalışması ile çalışmamız benzer özellikleri göstermektedir. Aile planlaması yöntemlerinin bilinmesi kişilerin yaş cinsiyet, eğitim durumu ve medeni haline göre farklılık gösterdiği bilinmektedir.

Web tabanlı danışmanlık hizmeti almadan önce bireylerin %32,0'ı aylık iğne %34,0'ı üç aylık iğne %57,0'ı hapı %29,0'ı tüpligasyonu %30,0'ı acil doğum kontrol yöntemlerini bildikleri bulunmuştur. Bilinen acil doğum kontrol yöntemi %33,3 ile ria, %59,3 ile ertesi gün hapı, %7,4 ile her ikisi olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 yılı verilerine göre tüm kadınların %77,3'ü iğne yöntemini %95,7'sinin hapı %87,3'ünün tüpligasyonunu ve %42,0'ının acil korunma hapını bildiklerini belirtmişlerdir (TNSA 2013). Yapılan çalışmalar aile planlaması yöntem çeşitleri hakkında kişilerin bilgi sahibi olduklarını göstermiştir. TNSA 2013 verilerine göre en çok bilinen yöntemlerin başında hap ve ria gelmektedir. Araştırmamızda ise kondom ve geri çekme yöntemi en çok bilinen yöntemler arasında yer almaktadır.

### **5.3. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Öncesi Bireylerin AP Yöntem ve Deneyimlerinin İncelenmesi**

AP hizmetlerinin başarısının değerlendirilmesinde aile planlaması yöntem kullanma düzeyi yol göstericidir. Aile planlaması yöntemlerinin seçimi çok önemli bir karardır. Etkili olmayan bir yöntemin kullanılması istenmeyen gebeliklerin oluşmasına neden olabilmektedir. Kişinin yaşam şekline ve sosyal değerlerine uygun olmayan yöntemi kullanması, kişiye kısa zamanda yöntemi bırakmasına ve yöntemden fayda sağlamamasına neden olmaktadır (Kalak 2008).

Aile planlaması kullanımındaki başarısızlık doğurganlığı etkileyen önemli faktörlerdendir (Salman 2014). Web danışmanlık hizmeti alan bireylerin %40'ı aile planlaması yöntemini kullanmakta iken %60'ı yöntem kullanmadıkları bulunmuştur (Tablo 5). Kalak'ın (2008), çalışmasında %79,4'ünün aile planlaması yöntemi kullandıkları %20,6'sının ise yöntem kullanmadıkları bulunmuştur (Kalak 2008). Çiftçioğlu'nun (2009) çalışmasında ise AP yöntemi kullananlar %58,8 AP yöntemi kullanmayanlar ise %41,2'dir (Çiftçioğlu 2009). Çelik'in (2006) çalışmasında AP kullanma durumu %94,2 iken yöntem kullanmama durumu ise %5,8'dir (Çelik 2006). Demir'in (2014) çalışmasında ise AP yöntemini kullananlar %75,1 iken yöntemi kullanmayanlar ise %24,9 dur (Demir 2014). Aile planlaması yöntem kullanma durumu Çiftçioğlu (2009) ile çalışmamız benzer özellikte olup bu benzerliğin çalışmaya katılanların ilk doğum yaşına bağlı olduğu düşünülmektedir. Kalak (2008), Çelik (2006) ve Demir (2014) çalışmaları ile AP yöntem kullanma durumu karşılaştırıldığında çalışmamızın bulguları daha düşük çıkmıştır. Bunun çalışmalardaki örneklem grubundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kullanılan AP yöntemlerinde ilk sırada %56,4 ile geri çekme yöntemi ikinci sırada %23,1 ile kondom (kılıf) üçüncü sırada %7,7 ile takvim yönteminin olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Giray ve ark.'ının (2006), yaptığı çalışmada ilk üç sırada %40,8 ile ria, ikinci sırada %32,3 ile geri çekme ve %6,3 ile kondom yer almaktadır (Giray ve ark. 2006). Çalışmamızda da kondom ve geri çekme kullanılan yöntemler arasında ilk üç sırada yer almıştır. Çiftçioğlu'nun (2009), çalışmasında ise ilk üç sırayı %42,0 ile ria, %36,0 ile oral kontraseptifler ve %22,0 ile kondom yer almıştır (Çiftçioğlu 2009). Aktoprak'ın (2012), çalışmasında kullanılan AP yöntemlerinden ilk üç sırayı %47,3 ile kondom %25,2 ile ria ve %9,1 ile geleneksel yöntemler yer almıştır (Aktoprak 2012). Çelik'in (2006) çalışmasında ilk üç sırayı geri çekme, kondom ve ria (%83,2, %33,5, %31,2) almıştır (Çelik 2006). Kaya ve ark (2008) çalışmasında ilk üç sırayı geri çekme, ria ve kondom (%23,1, %21,5, %19,8) almaktadır (Kaya ve ark. 2008). Kalak'ın (2008), yaptığı çalışmada ise kullanılan AP yöntemlerinden ilk sırayı %23,4 ile ria, %20,6 ile geri çekme %16,3 ile kondom yer almıştır (Kalak 2008). William ve ark.'ının (2010) yaptığı araştırmada Amerika Birleşik Devletleri'nde 1982-2008 yılları arasındaki kontrasepsiyon kullanımını değerlendirmiştir.



Birinci sırayı 10,7 milyon kadın tarafından kullanılan hap, ikinci sırayı ise 10,3 milyon kadın tarafından kullanılan sterilizasyon işlemi almaktadır (William ve ark. 2010). Yapılan birçok araştırmada kullanılan aile planlaması yöntemlerinin ilk üç sırasında dia, kondom ve geri çekme yöntemlerinin olduğu görülmüştür. Ülkemizde AP hizmetlerinin ücretsiz sunulması ve kolay ulaşılabilmesine rağmen hala etkin olmayan geri çekme yöntemi ilk üç sırada yer almaktadır. Geri çekme yöntem kullanımının fazla olması istenmeyen gebeliklerin artmasına, sık doğumlara anne bebek ölümlerine neden olarak kadın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Salman 2014). Hem çalışmamızda hem de yapılan diğer çalışmalarda geri çekme yöntemini ilk sıralarda yer alması bu yöntemin diğer yöntemlere göre daha kolay kullanılması ve yan etkisinin olmayacağı düşüncesinin olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda danışmanlık hizmeti alanların kullandıkları aile planlaması yöntem sürelerine baktığımızda %17,5'inin yöntem yeni başladığı %30,0'ının yöntemi bir iki yıldır kullandığı %27,5'inin yöntemi üç dört yıldır kullandığı ve %25,0'ının beş yıldan daha uzun süredir yöntemi kullandıkları bulunmuştur (Tablo 5). Salman'ın (2014) yılında yaptığı çalışmasında %50,5'inin yöntemi dört yıldır kullandığı %19,8'inin ise beş ve dokuz yıldır yöntemi kullandıklarını saptamıştır (Salman 2014). Kalak'ın (2008), çalışmasında ise %20,6'sı yöntem kullanmaya yeni başladıkları %26,2'sinin bir iki yıldır %17,1'si üç-dört yıldır %14,9'u ise beş yıldan daha uzun süre kullandıkları saptanmıştır (Kalak 2008). Çalışmamızdaki AP yöntem kullanma süreleri Kalak'ın (2008) çalışması ile benzer bulguları göstermektedir. Doğru seçilen AP yönteminin kullanım süresini arttırdığı düşünülmektedir. Çalışmamızda hizmet alan bireylerin kullandıkları aile planlaması yöntemin etkinliği incelendiğinde %48,1'i kullandıkları yöntemin etkili olduğunu %25,9'unun yöntemin etkili olup olmadığını bilmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 5). Kalak'ın (2008), yaptığı çalışmada ise katılımcıların %53,2'si kullandığı yöntemin etkili olduğunu belirtmişlerdir (Kalak 2008). Buda çalışmamızla benzer özelliği taşımaktadır.

Kullanılan AP yöntem çeşidine göre yöntem bırakma durumları değişmektedir. Cinsel ilişkiye bağlı yöntemlerin bırakma oranının daha yüksek olduğu bilinmektedir (Kalak 2008). Çalışmamızda hizmet alan bireylerin herhangi bir aile planlaması yöntemini bırakıp bırakmadıklarına baktığımızda %9,8'inin yöntemi bıraktığı

bulunmuştur. Bıraktıklarını yöntem çeşitlerinde ise ilk sırayı %50,0 ile ria yöntemi olduğu saptanmıştır. Daha sonra %12,5 ile hap, kondom, enjeksiyonlar (iğne) ve geri çekme yöntemi olduğu saptanmıştır. Kullanılan yöntemi bırakma nedenleri arasında %80 ile düzensiz ve aşırı kanama olması %20 ile güvenli olmadığı saptanmıştır (Tablo 5). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 yılı verilerine göre yöntem bırakma hızı %48 ile hap %34 ile geri çekme ve %33 ile kondom olmuştur. Yöntem bırakma hızı en düşük ise ria olmuştur (TNSA 2013). Ria uzun süreli kullanılan yöntem olması gerekirken çalışmamızda bırakılan yöntemdeki ilk sırayı almıştır. Bunun nedenleri arasında düzensiz ve aşırı kanamalara neden olduğu belirtilmiştir. Bırakılan yöntemler arasında etkili yöntemlerin bırakılma oranı daha fazla olup bu yönde verilen danışmanlık hizmetinde yöntemler, yan etkileri hakkında yeterince bilgi verilmediği ve bir süre sonra yöntemlerin bırakıldığı gösterilebilir.

Danışmanlık hizmeti alan bireylerin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanırken oluşan istem dışı gebelik oranı %5,0 olduğu bulunmuştur. İstem dışı gebeliğin kullanılan yöntemlere göre oluşma durumuna baktığımızda %33,3 ile hap, kondom ve geri çekme yöntemlerinin olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Kalak'ın (2008), çalışmasında araştırmaya katılan kişilerin %26,2'sinde istem dışı gebeliğin oluştuğu ve oluşan istem dışı gebeliğin %17,7 ile geri çekme ve %5,0 oranıyla kondom yöntemi ile korunurken oluştuğu saptanmıştır (Kalak 2008). Bizim çalışmamızda etkili yöntem kullanırken istem dışı gebelik oluşmuştur. Danışmanlık eğitimlerinin ve kişilerin eğitimlerine yönelik çalışmaların artırılması ile istenmeyen gebeliklerin azalmasına olumlu sonuçlar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Ülkemizdeki aile içi ilişkilerdeki otoriter ve ataerkil yapı nedeniyle aile planlaması yöntemi kullanılma konusunda erkeğin onayının olma zorunluluğu yer almaktadır (Çiftçioğlu 2009). AP hizmetleri kadın ve erkeğin eşit düzeylerde ve birlikte rol üstlenmesini gerektirmektedir. Soyun devamını sağlayan üreme olayında hem erkek hem de kadının birlikte rol aldığı gerçeğinden yola çıkılarak sorumluluğu her ikisinin paylaşması gerektiği bilinmelidir (Kalak 2008). Çalışmamızda hizmet alan bireylerin eşlerinin aile planlaması yöntemleri konusunda %78,3 ile desteklediği %8,7'sinin desteklemediği ve %13,0'ının emin olmadıkları bulunmuştur (Tablo 5).

Kalak'ın (2008), çalışmasında ise yöntem kullanımı konusunda eş desteğinin %72,4 olduğu bulunmuştur (Kalak 2008). Çalışmamızla Kalak'ın (2008) çalışması benzer bulguları göstermektedir. Eşlerin daha çok AP yöntemlerine katılımları sağlanmalı ve eşlere verilecek olan danışmanlık eğitimlerinde desteklenmelidir.

#### **5.4. Web Tabanlı Danışmanlık Hizmeti Alan Bireylerin Danışmanlık Sonrası Memnuniyetlerinin incelenmesi**

Web tabanlı eğitim; internet üzerinden sunulan eğitimidir. Web tabanlı eğitimde amaç, insanların zaman ve mekân kısıtlaması olmadan istedikleri zaman ve istedikleri yerde kendini geliştirmek istediği tüm konularda eğitim almasıdır (Yenal 2006). Son yıllarda teknolojiye gelişmelerin artmasıyla birlikte sağlık alanındaki web tabanlı eğitim ve uygulama örnekleri de ciddi artış göstermiştir (Karakuş 2015). Çalışmamızın bulgularını konuyla ilgili benzer araştırma sonuçları ile karşılaştırılmak üzere yapılan literatür taramasında web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmetinin etkinliğinin değerlendirilmesi adı altında herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırma sonuçlarımızın literatürde bu alanla ilgili eksikliğin giderilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrasında %89,9'unun verilen hizmetin beklenen düzeyde olduğunu %10,1'inin ise kısmen beklentilerini karşıladığını belirtmişlerdir (Tablo 8). Kalak'ın (2008) yaptığı çalışmada araştırmaya katılanlara verilen danışmanlık hizmetinin beklentileri karşılama oranı %95,7 iken karşılamama oranı ise %4,3 olarak saptamıştır (Kalak 2008). Akdemir'in (2011) çalışmasında uygulamaya katılan öğrencilerin %66,7'sinin verilen web tabanlı hemşirelik eğitimden memnun olduğunu, %30,0'ının ise kısmen memnun kaldığını belirtmişlerdir (Akdemir 2011). Kalak (2008), Akdemir (2011) ve bu çalışmamızda web tabanlı verilen eğitimden memnun olma bulguları benzerlik göstermektedir. Literatürler incelendiğinde web tabanlı verilen hizmetlerin etkili uygulamalar olduğu görülmektedir. Devineni ve Blanchard'ın 2005 yılında yaptığı araştırmada kronik baş ağrısı olan bireylere web ortamında danışmanlık verilmiş ve verilen bu eğitim geleneksel klinik tedaviden daha etkili olduğu saptanmıştır (Devineni ve ark. 2005). Kim JS'nin 2005 yılında yaptığı araştırmasında interneti kullanan primipar gebelere annelik rolü için web tabanlı bir program geliştirilmiştir.

Geliştirilen web tabanlı program ile primiparlara gerekli desteği sağladığı ve maternal rolünün geliştirilmesinde etkili olduğu tespit edilmiştir (Kim 2005). Herman ve ark. 2005 yılında yaptığı araştırmada düşük gelirli Amerika ve Afrikalı gebelere web üzerinden sosyal destek sağlanmıştır. Bu araştırmaya yeni gebe olan 19 Amerikalı Afrikalı kadın katılmış ve web sitesini kullanmayı kolayca öğrenmişler. Gebelik ile ilgili konularda danışmanlık almışlardır (Herman ve ark. 2005). Web ortamında verilen eğitim ve danışmanlıkların kişileri bilinçlendirdiği ve zaman kısıtlaması olmadan istedikleri zaman ve yerde bilgi alabileceği yönünden faydalı bir sistem olduğu düşünülebilir.

Web sitesi hazırlanırken eğitim ve öğrenme içeriğine ilişkin verilerin ulaşılabilir olması, bilginin akıcı bir şekilde, belli bir düzen içinde kısa ve öz olarak, örnekler eşliğinde verilmesi gerekmektedir (Uslu 2011). Bu bilgiler kapsamında hazırlanan web sitemize ilişkin görüşlerin olumlu yönde olduğu bulunmuştur. Web tabanında verilen danışmanlık hizmetinin beğenilen yönlerine baktığımızda %32,8'inin bilgilerin yeterli ve açık bir şekilde anlatıldığını, %44,3'ünün açık ve net olduğunu, %8,2'sinin bilmediği yönler hakkında bilgiler verildiğini, %4,9'unun başarılı bir sistem olduğunu %3,3'ünün kolaylıkla herkesin internet üzerinden ulaşabileceği bir uygulamanın olduğu ve dikkat çekici ve görsel anlatımların mevcut olduğunu, %1,6'sının ise toplumun bilinçlenmesine ve bilinçlenmenin artmasına neden olacak bir uygulama olduğunu daha gizli ve şahıslara yönelik bir hizmet olduğu bulunmuştur (Tablo 8). Yenal'ın (2006) çalışmasında ise web ortamında eğitim almada beğenilen yönler sorulduğunda %53,1'i yöntemi yararlı bulduklarını %40,6'sı akılda soru bırakmadığını ve %32,1'i istediği zaman sorularına yanıt alabildiğini belirtmiştir (Yenal 2006). Uslu'nun (2011) çalışmasında ise hemşirelerin web sitesini %80,0' açık ve anlaşılır olduğu %64,0'ı kullanımının kolay olması, %60,0'ı tasarımın sade ve dikkat çekici olması %52,0'ı bilimsel bilgi içeriyor olması yönünden beğendiklerini belirtmişlerdir (Uslu 2011). Web sitesinin beğenilen yönleri bu çalışmada, Yenal (2006) ve Uslu'nun (2011) çalışmalarındaki sonuçlar ile benzer bulguları içermekte olup web tabanlı verilen eğitimden memnun kaldıkları ve birçok beğenilen yönlerinin olduğu görülmektedir.

Web tabanında verilen danışmanlık hizmetinin beğenilmeyen yönlerine baktığımızda %50,0'ı daha fazla görsellik olabileceği, %50,0'ı videolu anlatımın olabileceğini belirtmişlerdir (Tablo 8). Uslu'nun (2011) çalışmasında ise %60,0'ı beğenmediği bir özelliğinin olmadığı %32,0'ı sitenin görsel ve işitsel yönünü zayıf bulmuş %20,0'ı konunun yalnızca hasta-hemşire ilişkileri ile sınırlı olmasından hoşnut olmadığını belirtmişler (Uslu 2011). Bu çalışmada ve Uslu'nun (2011) çalışmasında görsellik açısından zayıf bulunmuş olup benzer özelliği taşımaktadır. Web tabanlı hazırlanan sitelerin video, resim gibi görsel materyallerle zenginleştirilmesi ile web sayfalarının başarısını artıracığı düşünülmektedir.

Web tabanında verilen danışmanlık sonrasında eklenilmesi istenilen yönler incelendiğinde ise %50,0'ının bilgilerin yeterli ve açık olduğunu %50,0'ının ise çocuk sağlığı aşuları ve kadın hastalıkları hakkında bilgilerinde olabileceği bulunmuştur (Tablo 8). Yenal'ın (2006) çalışmasında siteye eklenmesi istenilen yönlere baktığımızda %15,6'sı "forum eklenebilir", %9,3'ü "egzersizler geliştirilebilir", %9,3'ü "daha fazla görsel materyal olabilir" ifadeleri saptanmıştır (Yenal 2006). Uslu'nun (2011) çalışmasında hemşirelerin %40'ının web sitesini şimdiki hali ile yeterli bulmasına karşın %28'i diğer meslektaşları ile iletişim kurabilecekleri ve deneyimlerini paylaşabilecekleri bir forum sayfasının olması gerektiğini, %24'ü farklı mesleki konulara da yer verilmesi gerektiğini, %20'si videolu anlatımların olması gerektiğini ifade etmiştir (Uslu 2011). Yapılan çalışmalar sonucunda web sitelerine eklenilmesi istenen konuların olduğu ve bu konuların çalışmaların örneklem grubuna göre değiştiği düşünülebilir.

### **5.5. Web Tabanlı Aile Planlaması Danışmanlık Eğitiminin Etkinliğinin İncelenmesi**

Araştırmaya katılan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntemleri hakkında bilgilerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmeti alanların, danışmanlık öncesinde geri çekme yöntemi hakkında bilgisinin düşük düzeyde olduğu, danışmanlık hizmeti sonrasında bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlılık ifade eden artış bulunduğu saptanmıştır.

Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası, danışmanlık öncesine göre en yüksek oranda bilgilerinde artış görülen AP yöntemleri fitil, vazektomi, diyafram ve norplant yöntemidir. Bu yöntemleri danışmanlık sonrası %100,0'ının bildiği ve danışmanlık öncesine göre anlamlı farkın olduğu görülmüştür (Tablo 9). Toplumda kullanımı oldukça nadir olan bu yöntemlere dair bireylerin danışmanlık öncesinde yeterli bilgiye sahip olmadığı bulunmuştur. Danışmanlık sonrası katılımcıların hepsinin bu yöntemleri bildiğini ifade etmesi, verilen AP danışmanlık hizmetinin etkinliğini gösteren önemli sonuçlardan biridir.

Çiftçioğlu'nun (2009) çalışmasında kadınların eğitim öncesi ve sonrası aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çiftçioğlu 2009). Sanogo ve ark 2003 yılında yaptığı araştırmada iyi bir aile planlaması danışmanlık alanların almayanlara göre daha iyi yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir (Sanogo ve ark 2003). Verilen AP danışmanlığı Çiftçioğlu (2009), Sanogo ve ark (2003) ve bu çalışmada benzer özellikleri göstermekte olup danışmanlığın etkili olduğu görülmektedir. Web ortamında verilen aile planlaması danışmanlık hizmetinin etkili olduğu düşünülebilir.

#### **5.6. Danışmanlık Sonrası AP Yöntem Bilgisini Etkileyen Bazı Değişkenlerin İncelenmesi**

Sağlık Bakanlığı tarafından 15-49 yaş aralığı doğurganlık dönemi olarak belirlenmiştir. Doğurganlık çağındaki kadınlarda yaş etkili aile planlaması yöntemlerini kullanmada önemli bir veridir (Ayhan 2016). Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntem bilgisini etkileyen değişkenlerden yaşın AP yöntem bilgisi ile aralarında anlamlı bir farkın olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ) (Tablo 10). Gür'ün (2017) çalışmasında yaş ile kullanılan yöntem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Gür'ün (2017) çalışmasında yaş ile yöntem kullanımı arasındaki anlamlı farkın olmasının nedenin eş faktörünün yöntem seçiminde etkili olduğu düşünülmektedir (Gür 2017). Kadının statüsü geleneksel aile yapısı nedeniyle kadınların aile planlaması yöntemi kullanmada çok fazla söz sahibi olmamaktadırlar (Ayhan 2016). Web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmeti alan bireylerde cinsiyet değişkeni AP yöntem kullanımında farklılıklar göstermiştir. Cinsiyet ile takvim yöntemi, vazektomi, ria,

aylık enjeksiyon, üç aylık enjeksiyon, hap, tüp ligasyonu ve acil kontrasepsiyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 11).Kadınların AP yöntem bilgi erkeklerle oranlara daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyete göre kullanılan AP yöntem çeşitlerinin farklılık gösterdiği ve bu çalışmada örneklem grubunda daha çok kadınların olması kullandıkları AP yöntemleri arasında farkın anlamlı olmasına neden olduğu düşünülebilir. Ayrıca toplumsal cinsiyetçi bakış açısıyla AP yöntem kullanma sorumluluğunun halen kadınlara atfedilmesi ve yöntemlerinin çoğunun kadınların kullanımı için üretilmiş olması da bu sonucun nedeni ile ilişkilendirilebilir. Web tabanlı aile planlaması danışmanlığında medeni durum ile bilinen AP yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı görülmüştür (Tablo 12).

Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen en önemli faktörlerden biri de eğitim düzeyidir (Ayhan 2016). Bu çalışmada eğitim durumu ile AP yöntemlerinden geri çekme, vazektomi, dia, kondom, norplant, aylık enjeksiyon, üç aylık enjeksiyon, hap, tüpligasyonu ve acil kontrasepsiyon yöntemlerini karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 13). Ayhan'ın (2016) çalışmasında da eğitim durumu ile gebeliği önleyici yöntem kullanımı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Ayhan 2016). Bunun nedeninin çalışmaya katılan kadınların eğitim düzeyinin düşük ve birbirinden çok farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu çalışmada eğitim durumu ile takvim yöntemi, fitil ve diyafram yöntemi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görülmüştür ( $p < 0,05$ ) (Tablo 13). Gür'ün (2017) çalışmasında eğitim ile herhangi bir yöntem kullanma durumu arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Gür 2017). Seybou'nun (2014) çalışmasında Niamey'de yaşayan kadınlarda yürütülen araştırmada kadınların eğitim düzeyi ile AP yöntem kullanma oranları arasında olumlu bir ilişki olduğu saptanmıştır (Seybou 2014). Hem bu çalışmada hem Gür'ün (2017) hem de Seybou'nun (2014) çalışmasında eğitim durumu arttıkça bilinen AP yöntemlerinin de arttığı görülmektedir.

Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntem bilgisini etkileyen değişkenlerden çocuk sayısı ile acil kontrasepsiyon arasında anlamlı bir fark bulunmuş, fakat diğer AP yöntemleri arasında ise anlamlı bir farkın

olmadığı tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 14). Ayhan'ın (2016) çalışmasında ise çocuk sayısı gebeliği önleyici modern yöntem kullanım oranında fark yaratmamıştır (Ayhan 2016). Bu çalışma ve Ayhan'ın (2016) çalışması benzer bulguları göstermektedir. Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntem bilgisini etkileyen değişkenlerden AP yöntemi kullanma durumu ile takvim yöntemi, kondom ve diyafram yöntemi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Tablo 15). Herhangi bir AP yöntemi kullandığını ifade eden bireylerin danışmanlık sonrası takvim yöntemi ve diyafram yöntemi hakkında bilgisi daha düşükken, AP yöntemi kullanmayanların danışmanlık sonrası takvim ve diyafram bilgisi daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun, AP yöntemi kullanmayan bireylerin, danışmanlık hizmeti alırken, tüm AP yöntem bilgilerine olan ilgisinin, AP yöntem kullananlara göre daha homojen dağılım gösterebileceği ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.



## 6.SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

1. Aile planlaması danışmanlık hizmeti alan bireylerin %86,0'ı aile planlaması danışmanlığının gerekli olduğunu, %1,0'ı gerekli olmadığını ve %13,0'ının ise danışmanlık hizmetlerinin gerekli olup olmadığını bilmedikleri saptanmıştır. Danışmanlık sonrası ise; katılımcıların %89,0'ı aile planlaması danışmanlık hizmetinin gerekli olduğunu, %7,0'ının gerekli olmadığını ve %4,0'ının gerekli olup olmadığını bilmedikleri bulunmuştur.
2. Danışmanlık hizmeti alan bireylerin %85,0'ı aile planlaması yöntemlerini bildiklerini, %15,0'ının ise yöntemleri bilmediklerini belirtmişlerdir. Bilinen AP yöntemlerinden ilk sırada %69,0 ile kondom, ikinci sırada %66,0 ile geri çekme, üçüncü sırada ise %57,0 ile oral kontraseptif yöntem bulunmaktadır.
3. Web tabanlı danışmanlık hizmeti aldıktan sonra bireylerin aile planlaması yöntemlerinden en yüksek oranda (%86,0) bildikleri yöntem kondomdur. Daha sonra sırasıyla en fazla bilinen yöntemler hap (%82,0), geri çekme ve ria (%77,0), aylık ve üç aylık enjeksiyonlar (%73,0), tüpligasyonu (%70), vazektomi (%63,0), diyafram ve norplant (%60,0), takvim yöntemi (%52,0), ve fitil (%51,0) olarak bulunmuştur.
4. Araştırmaya katılan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntemleri hakkında bilgilerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).
5. Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası aile planlaması hizmetinin beklentileri karşılama durumu incelendiğinde %89,9'unun verilen hizmetin beklenen düzeyde olduğunu %10,1'inin ise kısmen beklentilerini karşıladığını belirtmişlerdir.
6. Web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntem bilgisini etkileyen değişkenlerden yaş, medeni durum ile AP yöntem çeşitleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ( $p > 0,05$ ).
7. Web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntem bilgisini etkileyen değişkenlerden cinsiyet ile takvim yöntemi, vazektomi, ria, aylık enjeksiyon, üç aylık enjeksiyon, hap,

tüpligasyonu ve acil kontrasepsiyon yöntem bilgileri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

8. Web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmeti alan bireylerin çocuk sayısı ile danışmanlık sonrası acil kontrasepsiyon bilgisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).
9. Web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmeti alan bireylerin eğitim durumu ile danışmanlık sonrası AP yöntemlerinden takvim yöntemi, fitil, diyafram bilgisi arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).
10. Web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmeti alan bireylerin danışmanlık sonrası AP yöntem bilgisini etkileyen değişkenlerden çocuk sayısı ile acil kontrasepsiyon bilgisi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
11. Web tabanlı danışmanlık hizmeti alan bireylerin herhangi bir AP yöntemi kullanma durumu ile danışmanlık sonrası AP yöntemleri bilme durumları karşılaştırıldığında, takvim yöntemi, kondom ve diyafram yöntem bilgilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ( $p<0,05$ ).

## 6.2. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- Aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin gerekli olduğu ve bu doğrultuda eğitim ve danışmanlığın artırılması gerektiği görülmektedir. Sağlık eğitiminin web ortamına girmesi ve web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin artırılması gerekmektedir.
- Web tabanlı verilen danışmanlık hizmetinde görsel materyallerin yanında videolu anlatımlarında olabileceği ve bu şekilde verilen eğitimin daha etkili olacağı düşünülmektedir.
- İnterneti kullanan, eğitim ve danışmanlık almak isteyen tüm bireylerin istedikleri zaman ve yerde AP danışmanlığı alabileceği web tabanlı danışmanlık hizmetine ulaşılabilirlik artırılabilir.
- Web ortamında verilen danışmanlık hizmetinde, bireylerin daha rahat olduğu, yüz yüze yapılan görüşmelerde sağlık çalışanlarına sormadığı soruları sorabilmeleri ve zaman kısıtlaması olmadan istediği konuyu defalarca açıp okuyabilmektedir.

- Web tabanlı aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi; sağlık eğitimi ile ilgili web ortamında verilecek hizmetlerin arttırılması önerilebilir.
- Web tabanlı danışmanlık hizmetlerinin etkinliği ile ilgili kanıt temelli çalışmaların yapılmasına gereksinim duyulmaktadır.



## 7.KAYNAKLAR

Akar N. Kars/Digor İlçesinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Hakkında Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Tutumlarının Değerlendirilmesi. K. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Kars (Danışman: Doç. Dr. S. E. Yıldız).

Akdemir A. Web Tabanlı Öğrenmenin Temel Hemşirelik Becerileri Üzerine Etkisi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2011, İzmir (Danışman: Prof. Dr. L. Khorshid).

Aktoprak M. Evli Kadınlar ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve İlişkili Faktörler, S. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Konya (Danışman: Doç. Dr. B. Akın).

Arık G, Seferoğlu S.S. Bloogların e-öğrenmede rolü. Akademik Bilişim 2015;4-6 Şubat 2015

Aslan D, Işık Yavuz C. Web tabanlı araştırmalar ve halk sağlığı alanında kullanımı. Turk J Public Health 2013; 11: 2

Aydın R. Engelli Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi, M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Mersin (Danışman: Yrd. Doç. Dr. D. Vefikuluçay Yılmaz).

Ayhan S. Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri, Tercih Nedenleri ve Etkileyen Faktörler. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Şanlıurfa (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F. Gözükara).

Babadağlı D. B, Şahin S. Sakarya doğum ve çocuk bakımevi ile SSK İzmit hastanesinde doğurganlık dönemi kadınların aile planlaması ve danışmanlığı konusunda bilgi ve tutumlarının karşılaştırılması. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1: 2.

Çapık C. Web Destekli Eğitim Ve Danışmanlığın Prostat Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnancı, Bilgi Düzeyi Ve Taramalara Katılmaya Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2010, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. S. Gözüm).

Çayan A. 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler İle İlişkisi, A. M. Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Aydın (Danışman: Doç. Dr. Z. Karaçam).

Çelik R. İsteyerek Düşük Yapmak İsteyen Kadınların Acil Kontrasepsiyon İle İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Mersin (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N.Akan).

Cetişli E. N, Top E. D, Arkan G, Kaba F, Ertop F. Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Cinsel Yaşam ve Benlik Saygısına Etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016; 13: 2: 101-106.

Churchill D. Web 2,0 in education: a study of the explorative use of blogs with a post graduate class. Innovations in Education and Teaching International, 2011; 48: 149-158.

Çiftçioğlu G. İleri Doğurganlık Yaşındaki Evli Kadınları ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Bu Konuda Verilen Eğitimin Etkisinin Değerlendirilmesi (Mardin/Kızıltepe Örneği), M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Mersin (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B.Karataş).

Çoban İ. Aile Planlaması ve Evrimi. B. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. M. F. Gezgin).

Çömez S. Meme Kanseri Olan Kadınlar ve Eşleri İçin Oluşturulan Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi. D. E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ö. Karayurt).

Creanga A, A, Gillespie D, Karklins S, Tsui OA. Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue. Department of Population, Family and Reproductive Health 2011

Darroch E. J. Trends in contraceptive use. 2013; 87: 3: 259

Demir G. Genç Erkeklerin Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi ve Uygulamaları, A. M. Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Aydın (Danışman: Doç. Dr. S. Özsoy).

Demir Y, Gözüm S. Sağlık Eğitiminde Yeni Yönelimler: Web Destekli Sağlık Eğitimi. DEUHYO ED 2011; 4: 4: 196-203

Devineni T, Blanchard E. B. A randomized controlled trial of an internet-based treatment for chronic headache. Behaviour Research and Therapy, 2005; 43: 3: 277-292.

Do M, Kurimoto N. Women's Empowerment and Choice of Contraceptive Methods in Selected African Countries. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2012; 38: 1: 23-33

Doğan G. Kontrasepsiyon Amaçlı Başvuran Kadınların Erkek Kontrasepsiyonuna Bakış Açısı, A. K. Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Afyon (Danışman: Doç. Dr. M. Yılmaz).

Doğu Ö. Web Tabanlı Uzaktan Eğitim ve Danışmanlığın Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylerin Tedaviye Uyumu Ve İyilik Durumuna Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. H. Kaya).

Ejder Apay S, Nazik E, Özdemir F, Pasinlioğlu T. Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13: 3.

Erbil N, Pasinlioğlu N. Planlı eğitim ve danışmanlığın kadınların aile planlaması hizmetlerinden memnuniyet düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2018; 11: 2.

Erkan D. Ö. Web Tabanlı Hemşirelik Tanıları Mobil Öğrenme Sistemi. A. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, Antalya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Zayim).

Eryılmaz N. Doğum sonu dönemdeki kadınların aile planlaması konusundaki tutumları ve ilişkili faktörler. S. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Konya (Danışman: Doç. Dr. E. Ege).

Freda M.C. Perinatal patient education a practical guide with education handouts for patients. Lippincott Williams and Wilkins 2002; 21-31

Giray H, Keskinoglu P. Işıkent sağlık ocağına başvuran 15-49 yaş evli kadınların etkili aile planlaması yöntemi kullanımı ve etkileyen etmenler. STED 2006; 15: 2: 23-26.

Gözükara F, Kabalcıoğlu F, Ersin F. Şanlıurfa ilinde kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Journal of Harran University Medical Faculty) 2015; 12: 1

Gür F. Gaziantep İlinde El Beceri Kurslarına Gelen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik, Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. G. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Gaziantep (Danışman: Yrd. Doç. Dr. R. Sohbet).

Hamidanoğlu M. Şanlıurfa'da Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Şanlıurfa (Danışman: Yrd. Doç. Dr. İ. Koruk).

Herman J, Mock K, Blackwell D, Hulsey T. Use of Pregnancy Support Web Site by Low-Income African American Women. JOGNN 2006; 34: 713-720.

Kalak Ö. Aydın Doğum Evi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kişilerin Aile Planlaması Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının ve Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. A. M. Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2008, Aydın (Danışman: Doç. Dr. S.Aydın).

Karabağ Aydın A. Web Tabanlı Öğretimin Hemşirelik Öğrencilerinin Aritmetik Ve İlaç Dozu Hesaplama Becerilerine Etkisinin İncelenmesi. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2013, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. L. Dinç).

Karakuş Er Z. Akciğer Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Web Destekli Hasta Eğitiminin Semptom Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Antalya, (Danışman: Prof. Dr. Z. Özer, Prof. Dr. H. Bozcuk).

Karaman S, Yıldırım S, Kaban A. Öğrenme 2,0 Yaygınlaşıyor: Web 2,0 Uygulamalarının Eğitimde Kullanımına İlişkin Araştırmalar ve Sonuçları, Türkiye’de İnternet Konferansı Bildirileri, 22-23 Aralık 2008 Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara

Kaşlı F. Aile Planlaması, B. Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. M. F. Gezgin).

Kaya H, Tatlı H, Açık Y, Deveci S. E. Bingöl ili uydu kent sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanım düzeyinin belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2008; 22: 4: 185-191.

Kim J.S. Development and Evaluation of a Web Based Support Program for the Maternal Role of Primiparas. Taehan Kanho Hakhoe Chi, 2005; 35: 165-176.

Kirschning S, Kardorff, E. The use of internet by women with breast cancer and men with prostate cancer results of online research. Journal of Public Health 2008; 16: 2: 133-143.

Milli Eğitim Bakanlığı. Aile Planlaması, Ankara; 2012.

Mosher WD , Jones J . Use of contraception in the United States: 1982-2008. Vital and Health Statistics. Series 23, Data From the National Survey of Family Growth 2010; 29: 1-44

Nicholson W.K, Grason H.A, Powe N.R. The Relationship of Race to Women’s. American Journal of Obstetric Gynecology, 2003; 188: 2: 580-585.

Örsal Ö. Ankara Belediye Sınırları İçinde Yaşayan Bireylerin Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2006, Ankara (Danışman: Prof. Dr. G. Kubilay).



Örsal Ö, Kubilay G. Aile planlaması tutum ölçeğinin geliştirilmesi. İ. Ü. F. N. Hem. Dergisi 2007; 15: 60: 155-164.

Özarslan M, Kubat B, Bay Ö.F. Uzaktan eğitim için entegre ofis dersinin web tabanlı içeriğinin geliştirilmesi ve üretilmesi. Akademik Bilişim'07-IX. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri 31 Ocak-2 Şubat 2007 Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.

Özaydın AN, Gül R, Şahin EÖ. Kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterleri. Aile planlaması için bir DSÖ temel kaynağı 4. basım, UNFPA Türkiye ofisi, Ankara; 2009, s: 1-122

Özer Z. Aile Planlaması Polikliniklerindeki Hizmet Kalitesinin Memnuniyet Üzerine Etkisi. K. Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Kars (Danışman: Doç. Dr. S. Eliş Yıldız).

Özüdoğru Ş. Bir Web 2.0 uygulaması olarak bloglar: Blogların dinamikleri ve blog alemi. The Turkish Online Journal of Design, Art and Communication-TOJDAC, 2014: 4: 1

Öztürk D. Web Destekli Öğretimin Öğrencilerin Mesane Kateterizasyonunu Öğrenmelerine Etkisi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2013, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. L. Dinç).

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2010, s: 1-50.

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı No: 3-B. Ankara; 2010.

Salman Z. Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları. S. D. Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2014, Isparta (Danışman: Prof. Dr. H. B. Oral).

Sanogo D, Rama R. S, Jones H et al. Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal. African Journal of Reproductive Health 2003; 7: 2: 57-73.

Scherrer-Bannerman A, Fofonoff D, Minshall D, Downie S, Brown M, Leslie F, McGowan P. Web based education and support for patients on the cardiac surgery waiting list. Journal of Telemedicine and Telecare 2000; 6: 2:72-74.

Seybou A. A. Nijer'in Başkenti Niamey'de Aile Planlaması Hizmetlerinin Durumu ve Bu Hizmetleri Etkileyen Faktörler, T. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Edirne (Danışman: Prof. Dr. G. Ekuklu).

Skouby SO. Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive Study across five European countries. Contracept Reprod Health Care 2004; 9: 2: 57-68.

Şafak F. Kadınların Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezinin Vermiş Olduğu Aile Planlaması Hizmetini Değerlendirmeleri Üzerine Bir Pilot Araştırma. İ. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. S. Kurtuluş).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2014.

T.C. Resmi Gazete. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. 10.04.1965. Sayı:11976 Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. 27.0.1983. Sayı:18059 Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Uslu E. Hemşireler İçin Web Tabanlı İletişim Eğitimi Programının Hazırlanması Ve Kullanımının Değerlendirilmesi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Antalya, (Danışman: Prof. Dr. K. Buldukoğlu, Yrd. Doç. Dr. N. Zayim).

Ünsal Avdal E. Web Tabanlı Verilen Diyabet Eğitiminin Bakım Sonuçlarına Etkisi Randomize Kontrollü Çalışma. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2010, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Kızılcı).

Vural E. Z. T, Gönenç I, Aka N, Köse G. Doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı ve sonuçları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2004; 8: 4: 153-156.

Weisman CS, Maccannon DS, Henderson JT et al. Contraceptive counseling managed care: Preventing unintended pregnancy adults. Womens Health Issues 12 2002; 2: 79-95.

Yenal K. Web Ortamında Yapılan Eğitim Programının Gebelerin Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisinin İncelenmesi. E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2006, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Ü. Sevil).

Yıldızhan B, Yıldızhan C, Adalı E, Şahin S, Ataman O, Süer N. 2000-2004 yıllarında İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Aile Planlaması Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi 2008; 15: 4: 104-106.

Yiğit Y, Yıldırım S, Özden M.Y. Web tabanlı internet öğreticisi: Bir durum çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2000; 19: 166-176.

Yurdakul M, Çobaner A. A. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin aile planlaması hizmetlerinde değişen rolü üzerine nitel bir çalışma. JASCD 2016; 6.

## 8.EKLER

### Ek-1: ANKET FORMU

#### WEB TABANLI AİLE PLANLAMASI DANIŞMANLIK HİZMETİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ(Danışmanlık Öncesi)

#### SOSYO-DEMOGRAFİK SORULAR

1. Yaş .....

2. Cinsiyet a)Kadın b)Erkek

3. Medeni hal: a)Evli b)Evli değil

4. Eğitim durumu:

a) Okur yazar b) İlkokul c) Orta okul mezunu d)Lise mezunu e)Lisans f) Lisansüstü

5. Sosyal güvenceniz var mı? a) Evet b)Hayır

6. Çalışıyor musunuz? a) Evet b)Hayır

7.Aylık ortalama gelir durumunuz?

a)Gelir giderden az

b)Gelir gidere eşit

c)Gelir giderden fazla

8. Çocuğunuz varsa, çocuk sayınız nedir?.....

9. Sigara kullanıyor musunuz?

a)Evet günde .....adet ve .....yıldır kullanıyorum.

b)Hayır kullanmıyorum.

c)Kullandım ve .....yıl önce bıraktım.

10. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi ya da hangileri sizde var?

a)Hipertansiyon b)Şeker hastalığı c)Guatr d) Astım e)Kalp hastalığı

f)Karaciğer hastalığı g) Böbrek hastalığı h)Diğer, belirtiniz...

11. Sürekli kullanmakta olduğunuz ilaçlar var mı?

a)Evet,.....ilaçları kullanıyorum b)Hayır

12. Bugüne kadar geçirmiş olduğunuz ameliyat var mı? Varsa belirtiniz.

a)Evet .....b)Hayır

## AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ VE DENEYİMLER

**13. Sizce ideal çocuk sayısı kaç olmalıdır?.....**

**14. Sizce iki gebelik aralığı ne kadar olmalıdır?(Yıl/ay.....)**

**15. Sizce kadınlarda ilk doğum yaşı kaç olmalıdır?**

a)15-19 b)20-24 c)25-29 d)30 yaş ve üzeri

**16. Aşağıdaki aile planlaması yöntemlerini biliyor musunuz(hiç duydunuz mu)?**

**Bildiğiniz yöntemleri işaretleyiniz.**

a)Geri çekme

b)Takvim yöntemi

c)Fital

d)Kılıf(kondom)

e)Vazektomi

f)Diyafam

g)Ria (spiral)

h)Norplant

ı)Aylık enjeksiyon(iğne)

i)Üç aylık enjeksiyon (iğne)

j)Hap

k)Tüpligasyon

l)Hiçbir yöntemi duymadım

**17. Aile planlaması yöntemlerini hangi kaynaklardan öğrendiniz?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)**

a)Doktor

b)Ebe

c)Diğer sağlık personeli (hemşire, sağlık memuru vs.)

d)Arkadaşımdan

e)Yakınlarım/akrabalarım

f) İnternet

g) Gazete, dergi, TV vs.

**18. Sizce Aile Planlaması sorumluluğu kime aittir?**

a)Eşlerden her ikisine

b)Kadına

c)Erkeğe

d)Bilmiyorum

**19. Bildiğiniz acil doğum kontrol yöntemi var mı?**

a)Evet , .....yöntemini biliyorum b)Hayır

**20. Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinin gerekli olup olmadığı konusunda ne düşünüyorsunuz?**

a)Evet b)Hayır c)Bilmiyorum

**21. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?**

a)Evet b) Hayır

**22. Kullanıyorsanız, hangi yöntem olduğunu belirtir misiniz?**

a)Geri çekme

b)Takvim yöntemi

c)Fital

d)Kılıf(kondom)

e)Vazektomi

f)Diyafraam

g)Ria (spiral)

h)Norplant

ı)Aylık enjeksiyon(iğne)

i)Üç aylık enjeksiyon (iğne)

j)Hap

k)Tüpligasyon

Diğer.....

**23. Kullanıyorsanız kaç yıldır aynı yöntemi kullanıyorsunuz?**

a)Yeni başladım b)1-2 yıl c)3-4 yıl d)5 yıldan fazla

**24. Sizce kullanmakta olduğunuz Aile Planlaması yöntemi etkili bir yöntem midir?**

a)Evet b)Hayır c)Bilmiyorum

**25. Kullanmayı bıraktığınız yöntem/ yöntemler oldu mu?**

A)Evet B)Hayır

**26.(25. Sorunun cevabı evet ise) Hangi yöntem/yöntemleri kullanmayı bıraktınız? Bırakma nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

1. Hap ( ) bırakma nedeniniz.....
2. Kondom ( ) bırakma nedeniniz.....
3. Ria (Spiral) ( ) bırakma nedeniniz.....
4. Enjeksiyonlar(iğne) ( ) bırakma nedeniniz.....
5. Takvim yöntemi ( ) bırakma nedeniniz.....
6. Geri çekme ( ) bırakma nedeniniz.....
7. Diğer.....bırakma nedeniniz.....

**27. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanırken istem dışı gebeliğiniz oluştu mu?**

- a)Evet, .....yöntemi kullanırken oluştu. b)Hayır

**28. Hiç düşük, kürtaj, ölü doğum ve canlı doğum sonrası ölüm öykünüz var mı?**

- a)Evet .....adet düşük,  
b).....adet kürtaj,  
c)....adet ölü doğum  
d).....canlı doğum sonrası ölüm öyküm var.  
e)Hayır

**29. Acil doğum kontrol yöntemi kullandınız mı?**

- a)Evet, .....yöntemini kullandım b)Hayır

**30. Eşiniz/Partneriniz aile planlaması yöntemleri kullanmanızda sizi destekliyor mu?**

- a)Evet b)Hayır c)Emin değilim

## **WEB TABANLI AİLE PLANLAMASI DANIŞMANLIK HİZMETİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (Danışmanlık Sonrası)**

Aile planlaması danışmanlık hizmetlerini almış bulunmaktasınız. Aşağıda bu konuyla ilgili düşüncelerinizi öğrenmek amacıyla sorular yer almaktadır. Herhangi bir bilgi ölçme amacı güdülmemektedir. Kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır. Teşekkürler.

**1. Hazırlanan web tabanlı aile planlaması danışmanlığı beklentilerinizi karşılayacak düzeyde miydi?**

- a) Evet                      b) Kısmen                      c) Hayır

**2-Danışmanlık sonrası aile planlaması hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?**

- a) Aile planlaması hakkında bildiğim şeyler anlatıldı.  
b) Aile planlaması ile ilgili fikrim değişti.

**3. Sizce ideal çocuk sayısı kaç olmalıdır?.....**

**4. Sizce iki gebelik aralığı ne kadar olmalıdır?(Yıl/ay.....)**

**5. Sizce kadınlarda ilk doğum yaşı kaç olmalıdır?**

- a) 15-19                      b) 20-24                      c) 25-29                      d) 30 yaş ve üzeri

**6. Aşağıdaki aile planlaması yöntemlerini biliyor musunuz (hiç duydunuz mu)? Bildiğiniz yöntemleri işaretleyiniz.**

- a) Geri çekme  
b) Takvim yöntemi  
c) Fitol  
d) Kılıf(kondom)  
e) Vazektomi  
f) Diyafram  
g) Ria(spiral)  
h) Norplant  
ı) Aylık enjeksiyon(iğne)  
i) Üç aylık enjeksiyon (iğne)  
j) Hap  
k) Tüpligasyon  
l) Hiçbir yöntemi duymadım



**7. Aile planlaması yöntemlerini hangi kaynaklardan öğrendiniz?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)**

- a)Doktor
- b)Ebe
- c)Diğer sağlık personeli (hemşire, sağlık memuru vs.)
- d)Arkadaşımdan
- e)Yakınlarım/akrabalarım
- f) İnternet
- g) Gazete, dergi, TV vs.

**8. Sizce Aile Planlaması sorumluluğu kime aittir?**

- a)Eşlerden her ikisine
- b)Kadına
- c)Erkeğe
- d)Bilmiyorum

**9. Bildiğiniz acil doğum kontrol yöntemi var mı?**

- a)Evet , .....yöntemini biliyorum
- b)Hayır

**10. Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinin gerekli olup olmadığı konusunda ne düşünüyorsunuz?**

- a)Evet
- b)Hayır
- c)Bilmiyorum

**11-Danışmanlık sonrası kullanmak istediğiniz yöntem değişti mi?**

- a)Evet (Hangi yöntemi kullanmak istiyorsunuz?.....)
- b)Hayır

**12-Web ortamında aldığınız aile planlaması danışmanlığının beğendiğiniz yönlerini kısaca belirtiniz.**

**13- Web ortamında aldığımız aile planlaması danışmanlığının beğenmediğiniz yönlerini kısaca belirtiniz.**

**14-Web ortamında aldığımız aile planlaması ile ilgili eklenmesini istediğiniz özellikler var mı? Varsa neler kısaca belirtiniz?**

## **Ek-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

### **CALIŞMANIN ADI**

**Web Tabanlı Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi**

*Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu mail adresinize gönderilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz.*

### **CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:**

Son yıllarda bilişim teknolojisi alanında yaşanan gelişmeler dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli değişimlere neden olmuş, internet gün geçtikçe artan, değişen ve gelişen bilgiyi yayma konusunda önemli bir araç haline gelmiştir. Tüm dünyada birçok insan sağlık bilgi kaynağı olarak web sayfalarını kullanmakta ve internet üzerinden ulaştığı bilgilere göre karar vererek bakımlarını planlamaktadır.

İnternetin en sık kullanıldığı alanlardan birisi de sağlıkla ilgili konularda bilgi arayışıdır. Bu çalışmanın amacı, internet ortamında verilen aile planlaması danışmanlığının etkinliğini değerlendirmektir.

### **CALIŞMA İŞLEMLERİ:**

Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizde, sizden danışmanlık öncesi konuyla ilgili bilgi ve beklentilerinizi içeren bazı soruların olduğu anketi doldurmanız istenecektir. Danışmanlık bittikten sonra ise danışmanlık hizmetinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla cevaplamanızı isteyeceğimiz sorular olacaktır. Anket sorularını doldurmanız en fazla 10 dakikanızı alacaktır. Soruları içtenlikle cevaplamanız çalışmanın amacına ulaşabilmesi için oldukça önem taşımaktadır.

### **CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Bu çalışmaya katılarak; internet ortamında hiçbir ücret ödmeden aile planlaması danışmanlık hizmeti alacaksınız. Aile planlaması ve yöntemleri hakkında istediğin soruyu sorabilirsiniz. Danışmanlık hizmetinin etkinliğinin değerlendirildiği çalışma sonuçları size internet ortamında daha iyi bir hizmetin sunulmasında katkı sağlamak amacıyla kullanılabilir.

### **GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?**

Çalışmaya katılmanın herhangi bir zararının olabileceği düşünülmemektedir.

## **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Kişisel bilgileriniz çalışma haricinde başka hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Ayrıca bu bilgiler araştırma dışında herhangi bir neden için kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır.

## **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:**

1-Melek AÇIK

0553 619 0279- [melek\\_seyfo\\_2011@hotmail.com](mailto:melek_seyfo_2011@hotmail.com)

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık<sup>1</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		




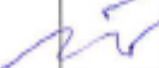






<i>Araştırmacı<sup>2</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1:Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

**Ek-3: T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
YEREL ETİK KURUL ONAYI**

T.C.  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİHİ / NO	24 / 05 / 2017 / 20.478.486-				
ARAŞTIRMANIN ADI	Web Tabanlı Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Selda İLDAN ÇALIM - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yüksek lisans öğrencisi Melik Apık				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS-DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	17 / 04 / 2017 / Tarih ve 17379 sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir				
Özveri/İhtisap	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Tipleninde Katılmayan Üye	Ünvanı /Mab./Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Tipleninde Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Aygen TÜRETI YILDIRIM Çocuk Hematolojisi BD		<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD		<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		<input type="checkbox"/>	Mukadder YELMAZER Avukat		<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		<input type="checkbox"/>	İhsan AICI Sivil Üye		<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Sendar TOK BESYO		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lazımı Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenilebilir, Araştırma Başvuru Formunun Tzabhdüname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p>					
 Prof. Dr. Zeki ARI Başkan					

## **Ek-4. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ**

### **(AP DANIŞMANLIK HİZMETİNDE VERİLEN BİLGİLER)**

#### **Kadına Ait Yöntemler**

##### **1- Geçici yöntemler (Bırakıldığında gebe kalınabilen yöntemler)**

- Gebeliği önleyici haplar
- Rahim içi araç (spiral)
- Gebeliği önleyici iğneler
- Deri altı kapsülleri (implantlar)
- Kadın kondomu
- Diyafram
- Fital

##### **2- Kalıcı yöntemler (Uygulandıktan sonra artık gebe kalınamayan yöntemler)**

- Tüplerin bağlanması (tüpligasyonu)

#### **Erkeğe Ait Yöntemler**

##### **1- Geçici yöntemler (Bırakıldığında gebe kalınabilen yöntemler)**

- Kondom (kaput, kılıf, prezervatif)
- Geri çekme

##### **2- Kalıcı yöntemler (Uygulandıktan sonra artık gebe kalınamayan yöntemler)**

- Kanalların bağlanması (vazektomi)

#### **Kadına Ait Yöntemler**

##### **1-Geçici yöntemler (Bırakıldığında gebe kalınabilen yöntemler)**

###### **Gebeliği önleyici haplar:**

-Kombine oral kontraseptifler (kok, hap):Östrojen ve progesteron içeren haplardır.

-Mini Haplar: progesteron içeren haplardır.

###### **-Kombine oral kontraseptifler (KOK, Hap)**

**Nedir:** Kadınlık hormonlarını (**östrojen ve progesteron**) içeren haplardır. Her gün düzenli olarak kullanıldığında gebelikten korur (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber, 2010).

KOK'lar doğal kadınlık hormonları olan östrojen ve progesteronun sentetik hali olup küçük haplar şeklinde **21, 22 ve 28 günlük** paketler olarak hazırlanmıştır. Genelde 21 ve 28 günlük olan haplar tercih edilmektedir. 21 gün olan Kok'lar hormon içerir ve hepsi aynı renktedir, ama 28 günlük olanlar ise 21 günü hormondan kalan 7 günü ise farklı renkte olup demir ve vitamin içerirler (Kaşlı 2014). Ülkemizde 30 mikrogram etinil östradiol içeren ve 21 günlük olan haplar Sağlık Bakanlığı kurumlarında ücretsiz olarak verilmektedir (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber, 2010). Kombine oral kontraseptifler %99 güvenilirdir (Aydın 2013).

**Nasıl korur:** Kadının yumurtalıklarından yumurta hücresinin gelişip atılmasını engelleyerek korur. Rahim ağzındaki salgıyı koyulaştırarak erkek tohum hücrelerinin rahmin içine geçmesini önler (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

#### **Olumlu yönleri nelerdir?**

Cinsel ilişkiyi etkilemez ve ilk adetten menapoza kadar her yaşta kullanılabilir (Kaşlı 2014).

Bırakıldığı anda doğurganlık geri döner.

Âdeti ve kanama miktarını düzenler, kansızlığı azaltır (Çayan 2009; Kaşlı 2014).

Adet öncesi gerginliği ve dismenoreyi azaltır.

Rahim iç tabakası, yumurtalık kistleri ve kanserinden korur, meme kanserine karşı korur ve riskini azaltır.

Ektopik yani dış gebelikten korur ve azaltır.

Korunmasız cinsel ilişki sonrasında acil kontrasepsiyon olarak kullanılabilir.

Kolon kanseri riskini ve romatoid artriti azaltır, yüzdeki akneyi azaltır (Çayan 2009; Kaşlı 2014).

Osteoporozu ve buna bağlı oluşan kemik kırılmalarını önler (Aktoprak 2012).

Pelvik enfeksiyon riskini azaltır (Kaşlı 2014).

#### **Olumsuz yönleri nelerdir?**

Her gün içilmesi kişiye zor gelebilir, bu yüzden yeni başlanan ilk üç ayda bulantı, kusma, adet siklusunda değişiklik, azalma ya da adetler arası lekelenme kanamaları olması, kilo artışı olabilir.

Göğüslerde ağrı ve gerginlik şikâyetleri olabilir, baş ağrısı, baş dönmesi, olabilir.

Tansiyonu yükseltebilir (140/90 üzeri), tansiyonu yüksek olan, 35 yaş üstü ve günde 20'den fazla sigara içen kadınlarda nadiren de olsa kalp krizine neden olabilir ve bacak venlerinde tromboza neden olabilir.

Bazı ilaçlarla etkileşebilir (barbitüratlar, fenitoin, fenilbutazon, rifampisin ve diğer bazı antibiyotikler) ve etkisini azaltabilir. Bu ilaçları kullananlarda dozajı yüksek olan KOK'ların kullanması sağlanır.

İlk altı ay emziren annelerde sütün miktarını etkilediği ve süte geçtiği için kullanımı uygun değildir (Kaşlı 2014).

### **Kimler için uygundur?**

Her gün hap almayı hatırlayabilecek kadınlar

Adet kanamaları fazla miktarda ise ve düzensiz, aşırı ağrılı olan kadınlarda

Adet öncesi rahatsızlık yaşayanlar (gerginlik, baş ağrısı, vücutta sıvı tutulması)

Kürtaj olmuş veya kendiliğinden düşük geçirmiş kadınlarda

Yeni doğum yapmış emzirmeyen kadınlar (üç haftadan sonra kullanabilirler) (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010)

### **Kimler için uygun değildir?**

Meme kanseri, tanısı ya da şüphesi olanlar

Nedeni bilinmeyen vajinal kanaması olanlar

Günde 15'den fazla sigara içen ve 35 yaş üzerinde olan kadınlar

Damar sertliği, damar tıkanıklığı, yüksek tansiyonu (kan basıncı >160/100 mm/hg) ve felç öyküsü olanlar

Karaciğer hastalığı olanlar (hastalık devam ettiği sürece)

Şeker hastaları, safra kesesi hastalığı olanlar

Yeni ameliyat geçirmiş ya da ameliyata hazırlananlar

Emziren anneler

Migren

AIDS olup anti retroviral tedavi alanlar (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

**KOK Kullanımı: Her gün aynı saatte alınması unutulmaması açısından önemlidir.**

Örneğin gece yatmadan önce, adet kanamasının birinci ya da beşinci günü başlanır

(hap kullanımına başlanan ilk ayda eğer KOK'a beşinci gün başlanmışsa sadece o ay için ek yöntem kullanılır).

- Her gün bir adet KOK alınır, bitene kadar içilir, **21 günlük hap** kullanılıyorsa bitiminde **7 gün ara** verilir, bu ara verilen 7 gün içinde adet kanaması görülür. Adet kanaması başlasın ya da başlamasın hap hangi gün bitmişse haftaya o gün tekrar başlanır, örneğin Perşembe günü bitti bir hafta sonra Perşembe günü yani sekizinci gün tekrar başlanır.

Kişi eğer **22 günlük hap** kullanılıyorsa bitiminde **altı gün ara** verilir ve bu altı günde adet kanaması görülür. Tıpkı 21 günlük hap gibi adet devam etsin ya da etmesin yedinci gün diğer pakete başlanır. Örn, perşembe günü bitti ise bir hafta sonra Çarşamba günü yani yedinci gün yeni pakete başlanır,

- Kişi **28 günlük hap** içiyorsa ara vermeye gerek olmadan her gün düzenli olarak bitene kadar içilir(beyaz renkli olanlardan başlanır zaten o yedi günlük renkli demir ve vitamin hapları adet kanaması dönemine rastlar) ve paket bitince diğer pakete devam edilir.

- Kişi **eğer emziriyorsa altı aydan önce KOK** kullanımına başlayamaz.

Oral kombine hormonal kontraseptif yöntem kullanan kişi hapi bıraktınca ne zaman tekrar gebe kalabilir? Sorunun cevabı ise; Hap bırakıldığında **HEMEN** gebe kalınır (CS/ÜS 2010).

### **Dikkat!**

Hap kullanan kişi de şiddetli göğüs ağrısı, karın ağrısı, bacak ağrısı, baş ağrısı ve görmede bulanıklık olursa, adet kesilmesi ya da beklenmeyen vajinal kanama olursa **derhal bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır** (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Gebeliği önleyici mini haplar**

**Nedir:** Kadınlık hormonlarından progesteron içeren haplardır. Her gün düzenli olarak aynı saatte alındığında gebelikten korur (Aktoprak 2012). Yalnız progesterin içeren minipil de denen doğum kontrol haplarıdır. Mini haplar 28 günlük olup KOK'a oranla daha düşük dozlu progesterin içerir ve östrojen içermezler (Kaşlı 2014).



**Nasıl korur:** Rahim ağzındaki salgıyı koyulaştırarak erkek tohum hücrelerinin rahmin içine geçmesini önler. Kadının yumurtalıklarından yumurta hücresini gelişip atılmasını engeller (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

**Olumlu yönleri nelerdir?**

Doğru kullanıldığında %98'etkilidir.

Bırakıldığında tekrar gebe kalınabilir.

Emziren annelerde çok etkilidir.

Anne sütünün kalitesini bozmaz. Miktarını artırabilir.

Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.

Rahim ve yumurtalık kanserlerine karşı koruyucudur (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

**Olumsuz yönleri nelerdir?**

Ara kanaması, lekelenme, amenore ve adet düzensizlikleri görülür (Kaşlı 2014).

Her gün aynı saatte alınması gerekmektedir (özellikle emzirmeyenlerde). Düzenli alınmazsa, gebelik oluşabilir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Kombine haplara göre kontraseptif etkisi daha azdır (Çayan 2009).

**Kimler için uygundur?**

Her gün aynı saatte hap almayı hatırlayabilecek kadınlar

Emziren anneler (altıncı haftadan sonra)

Henüz kürtaj olmuş veya kendiliğinden düşük geçirmiş kadınlar

Sigara içen kadınlar

Yaşı 16'dan büyük her yaştaki kadınlar (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

**Kimler için uygun değildir?**

Bebeği altı haftadan küçük olan emziren anneler

Tanısı konulmamış vajinal kanaması olanlar

Aktif karaciğer hastalığı olanlar (hastalık devam ettiği sürece)

Meme kanseri öyküsü, tanısı ya da şüphesi olanlar

Tüberküloz (verem) ve epilepsi (sara) tedavisi görmekte olanlar için kullanımı uygun değildir (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

**Mini Hap Kullanımı:** Mini haplar kolaylık açısından her gün aynı saatte bir hap alınması gerekir, 35 Mini hapa âdetin birinci günü ya da adet başlangıcının ilk beş günü içinde başlanması uygundur. Hapa başlanan ilk yedi gün tam etkili olmadığı için ek yöntem ihtiyacı vardır.

**Doğum sonrasında mini hapa başlanacaksa;** kadın emziriyorsa doğumdan altı hafta sonra mini hap başlanır, emzirdiği için adet görmeyen kadına ikinci aydan sonra başlanacaksa gebelik bakılmalıdır. Kadın emzirmiyorsa hemen ya da doğum sonrası ilk dört hafta içinde mini hap başlanır, emzirmeyen ve adet görmeyen kadına doğum sonrası dört hafta sonra başlanacaksa gebelik bakılmalıdır.

**Mini hap 28 gün** boyunca her gün düzenli olarak alınmalı ve kadına son yedi mini hapi kullanırken adet göreceği söylenmelidir. Hapın bitiminde adet görsün ya da görmesin paket bitince ara vermeden yenisine başlanmalıdır. Bebeğine sadece anne sütü veren kadınlarda doğum sonrası **ilk dört-altı ay** ovulasyon olmayabilir. Anne bebeğine ek gıda veriyorsa az emzirdiği için ovulasyon başlar ve minihap kullanımının **ilk yedi günü ek yöntem kullanılmalıdır** (Kaşlı 2014).

**Mini hap alımında unutma olursa;** düzenli ve sürekli kullanımın önemi anlatılmalı, alınması gereken zamanın üzerinden birkaç saat dahi geçse lekelenme ya da çekilme kanamasına sebep olur ve daha önemlisi gebelik riski artar. Kadın alması gereken hapi unuttu ya da kusma nedeniyle çıkardıysa, üzerinden üç saatten fazla zaman geçtiyse aklına geldiği anda mini hapi almalı ve 48 saat süreyle ek yöntem kullanılmalıdır. İki ya da daha fazla mini hap almadıysa iki gün üst üste ikişer mini hap alınmalı ve daha sonraki günler birer hap almaya devam edilmelidir. Ancak bu unutulmuş bir haftalık sürede ek yöntem kullanılmalıdır. Hap unutuldu ya da üç saatten uzun süre geçtikten sonra içilmişse ve bu süre içinde ilişki yaşanmışsa kadında gebelik riski yüksektir (Karakuş 2015).

### **Dikkat!**

Mini hap kullanan kadınlarda hap almaya başladıktan sonra;

Şiddetli adet kanaması (daha önceki adet süresinin veya miktarının iki misli olması)

Şiddetli baş ağrısı, sarılık, adetlerde kesilme veya karında şiddetli ağrı (dış gebelik) varsa **derhal bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır** (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Rahim içi araç (Ria, alet, spiral)**

**Nedir:** Ria insana zarar vermeyen, geri dönüşümlü, uterusu uygun şekillerde üretilen doğum kontrol yöntemlerindedir. Dünya çapında kullanılan üç tip ria vardır.

**İnert (katkısız) ria'lar:** Polietilen (LippesLoop) ya da paslanmaz çelikten yapılmış Çin Halkası (Mahua Halkası) araçlardır.

**Hormonlu ria'lar:** Gövdesinde Progesteron içeren Progestasert ile Levonorgestrel (LNg 20) içeren Levo Nova ve Mirena.

**Bakırlı ria'lar:** TCu 380A, TCu 200, TCu 200B, TCu 220C, Multiload (MLCu 250 ve 375) ve Nova T (TCu 200Ag ve 380Ag) gibi ria'lar vardır.

**İnert ria'lar:** İnert rialardan Lippes Loop önceki yıllarda Türkiye'de ve tüm dünyada, Çin'de ise daha çok Mahua Halkası kullanılmaktaydı. Ancak bu İnert riaların etki düzeyinin düşük olmasından dolayı uluslararası dağıtımdan ve kullanımdan kaldırılarak yerini Bakırlı rialara bırakmaktadır. Son yıllarda geliştirilen Hormonlu riaların kullanımı yaygınlaşmaktadır.

**Hormonlu ria'lar:** Hormonlu rialardan Progesteron içeren Progestasert, 'T' şeklinde olup iskeleti etinil vinil asetat kopolimerden yapılmıştır. Dikey gövde kısmında silikon yağ bazında 38 mg progesteron içerir. Günde 65 mg progesteron salınarak bir yıl korur. Levonorgestrel (LNg 20) (LevoNova ve Mirena), 'T' şeklinde olup polietilenden yapılmış, gövdesinde 52 mg levonorgestrel içeren silindir vardır ve **Rahim İçi Sistem** olarak adlandırılır. Türkiye'de Mirena kullanılmaktadır. Günde 20 mg levonorgestrel salınarak beş yıl korur.

**Bakırlı ria'lar:** Multiload (MLCu 250 ve 375) atnalı şeklinde kenarları tırtıklı 250 veya 375 mm<sup>2</sup> bakır telle sarılmış riadır. Nova T(TCu 200Ag ve 380Ag) 'T' **harfine** benzer ve poliüretandan yapılmış, gövdesi gümüş çekirdekle stabilize edilmiş 200 veya 380 mm<sup>2</sup> bakır tel sarılmış riadır. TCu 380A 'T' harfine benzer ve poliüretandan yapılmış, gövde kısmına 314mm iki bakır tel ve her iki yatay kolda 33'er mm iki lik bakır bant (toplam 380 mm<sup>2</sup>) bulunmaktadır. Ria'nın kollarını saran bantlar, bakırın uterus fundusunun üst düzeylerinde çözünmesini sağlar ve etkisini

artırır. Türkiye’de ve dünya çapında en çok bakırlı rialar kullanılmaktadır (Kaşlı 2014).

**Nasıl korur:** Erkek tohum hücrelerinin kadın yumurta hücresini döllemesini engeller (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

**Olumlu yönleri nelerdir?**

Uzun süre gebelikten korur ve güvenilirliği %98 oranındadır.

Bakırlı olan riaların koruyuculuğu 10 yıldır. Bir kere uygulanınca gebelikten korunmak için başka bir şey gerektirmez.

Çıkartıldığında hemen gebe kalınabilir.

Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.

Hiçbir ilaçla etkileşim göstermez (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Emziren kadınlarda güvenle kullanılabilir ve anne sütünü etkilemez.

Bir sorun olmadığı sürece, takıldıktan sonraki ilk üç ay içinde bir kez ve sonra yılda bir kez sağlık kontrolü yeterlidir (CS/ÜS 2010).

**Olumsuz yönleri nelerdir?**

Mutlaka bir sağlık kuruluşunda uygulanması gereklidir.

Bazı kadınlarda uygulama ve çıkarma işlemi ağrılı olabilir.

Uygulandıktan sonraki ilk aylarda kasık ağrısı, lekelenme ve adet miktarında artma veya adet süresinde uzama olabilir (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Uygulamadan sonraki ilk altı ve 12 hafta, kanamalı gün sayısı artar (CS/ÜS 2010).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

**Kimler için uygundur?**

Uzun süre korunmak isteyenler

İleri yaşta olup sterilizasyon istemeyenler

Yeni doğum yapmış emziren kadınlar

Kürtaj olmuş ya da kendiliğinden düşük yapmış kadınlar

Diğer yöntemleri kullanmakta zorluk çekenler (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Kimler için uygun değildir?**

Gebeler ya da gebelik şüphesi olanlar

Kısa (bir yıldan az) sürede yeniden çocuk sahibi olmak isteyenler

Adetleri aşırı ağırlı ve adet kanaması çok fazla olan kadınlar

Rahminde veya diğer üreme organlarında kronik iltihap bulunanlar

Rahminde veya diğer üreme organlarında yapısal bozukluğu olanlar

Rahminde veya diğer üreme organlarında kanser olanlar

Birden fazla cinsel eşi olanlar (kendisinin veya eşinin) (Aktoprak 2012).

AIDS varlığı veya yüksek CYBE/HIV riski olanlarda Cu-RİA kullanılamaz (CS/ÜS 2010).

**Ria kullanımı:** Adet siklusunun herhangi bir gününde uygulanabilir. Ama daha çok **ilk yedi gün** tercih edilir. Kadının gebe olmadığı herhangi bir günde de uygulanabilir. Doğum sonrasında plesantanın ayrılmasından sonra ilk 10 dakika içinde ya da doğum sonrası ilk iki gün içinde uygulanabilir. Bu dönem geçmişse uygulama yapılırken uterusun perfore yani delinme riski olduğundan dördüncü hafta sonuna ertelenir. Düşük sonrasında ise eğer enfeksiyon belirtileri örn; Ateş, uterusu hassasiyet, kötü kokulu vajinal ve servikal akıntı yoksa MR'den ilk ya da ikinci trimestirspontan düşükten ya da kürtajdan hemen sonra veya ilk hafta uygulanabilir. İkinci trimestir düşüklerden sonra rianın atılma olasılığından dolayı ertelenebilir. Daha sonraki uygulamalar için gebelik araştırılmalıdır (Kaşlı 2014).

### **Dikkat: Ria ile korunurken:**

Karında aşırı ağrı,

Anormal (renkli kokulu) vajinal akıntı,

Normal âdetin iki misli kanama veya düzensiz kanamalar

Aracın düştüğünden veya kısmen rahimden hazneye doğru çıktığından şüpheleniliyorsa,

Beklenen adette 10 günden fazla gecikme varsa, **derhal bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır** (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Üç aylık koruyucu iğne (DMPA)**

**Nedir:** Düzenli olarak **üç ayda bir kez** iğne şeklinde uygulanır ve kadınlık hormonlarından birini (progesteron) içerir (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber, 2010). Uzun etkili, içinde yalnızca progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler 1950 yıllarında geliştirilmiştir. İlk başlarda endometriyozis, endometrial kanser, dismenore, hirsutizm ve kanama düzensizliklerinin tedavisi için kullanılmış ama 1960'lı yıllarda kontraseptif olarak kullanılmaya başlanmıştır (Kaşlı 2014).

**Nasıl korur:** Rahim ağzındaki salgıyı koyulaştırarak erkek tohum hücrelerinin rahmin içine geçmesini önler ve kadının yumurtlamasını engeller (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

#### **Olumlu yönleri nelerdir?**

Doğru ve düzenli uygulandığında güvenilirliği %99'dur.

Kadın isterse kullandığı bu yöntemi daha kolaylıkla gizleyebilir.

Östrojen kullanamayan kadınlar da kullanılabilir.

Rahim ve yumurtalık kanserlerine karşı koruyucudur.

Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.

Emziren anneler kullanabilir ve süt miktarını artırabilir (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

İleri yaştaki kadınlar kullanabilir (Kaşlı, 2014).

Dış gebelikten korur ve demir eksikliği anemisini önler (Aktoprak, 2012; Kaşlı 2014).

#### **Olumsuz yönleri nelerdir?**

Adet kanamalarında artma, azalma, lekelenme ve kesilme yapabilir.

Kilo artışı görülebilir.

Doğurganlığın geriye dönüşü gecikebilir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu değildir (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Enjeksiyon için sağlık kuruluşuna gitmek gerekir (Kaşlı 2014).

#### **Kimler için uygundur?**

En az iki yıl gebe kalmak istemeyen kadınlar

Yaşı 35 ve üzerinde olan ve sigara içen kadınlar,

Yaş aralığı 18-45 arasındaki kadınlar

Emziren kadınlar (altı haftadan sonra)

Henüz kürtaj olmuş veya kendiliğinden düşük geçirmiş olan kadınlar (ilk yedi gün içerisinde)

Adet düzensizliği ve amenoreden (adetten kesilme) rahatsızlığı duymayacak kadınlar  
Östrojen hormonu içeren yöntemleri kullanamayanlar

Tüberküloz (verem) veya epilepsi (sara) tedavisi görmekte olanlar

HIV ve AIDS olup anti retroviral tedavi olanlar (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Kimler için uygun değildir?**

Meme kanseri, tanısı ya da şüphesi olanlar

Nedeni bilinmeyen vajinal kanaması olanlar

Karaciğer hastalığı olanlar (hastalık devam ettiği sürece)

Kalp krizi ve felç geçirmiş olanlar

Damar tıkanıklığına bağlı kalp hastalığı (koroner arter hastalık) ve ağır hipertansiyonu olanlar

Yirmi yıldan uzun süredir göz, böbrek veya sinir sistemi hasarıyla birlikte şeker hastalığı (diyabet) olanlar

Hipertansiyonu olanlar için uygun yöntem değildir (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

**Üç aylık koruyucu iğne kullanımı:** İlk enjeksiyona âdetin ilk yedi günü içinde başlanmalı ve gebe olmadığından emin olunmalıdır. Enjeksiyona adet siklusunun ilk yedi gününde kanama devam ederken başlanıyorsa ek korunma yöntemine gerek yoktur. Âdeti olurken yedinci gününden ve kanaması bittikten sonra başlanıyorsa ilk bir hafta ek yöntemle korunur. Doğum sonrası kadın emziriyorsa; ilk enjeksiyon altıncı haftanın sonunda başlanır. Doğum sonrası kadın emzirmiyorsa; ilk enjeksiyon doğumdan üç ve dört hafta sonra başlanır, dördüncü haftadan sonra başlanacaksa gebe olmadığı belirlenmelidir, ilk hafta ek yöntem önerilir. Düşükten **hemen sonra veya ilk yedi gün** içinde uygulanabilir. DMPA enjeksiyonu yapılırken kol ve kalça kaslarından en derin olanına **I.M.** olarak uygulanır. İlacın cilt altına verilmemesine dikkat edilmelidir (Kaşlı 2014).

### **Dikkat: Üç aylık iğne kullananlarda**

İğne yerinde ağrı ya da kızarıklık,

Aşırı adet kanaması

Şiddetli baş ağrısı,

Şiddetli karın ağrısı olursa, **derhal bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır** (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Aylık koruyucu iğneler**

**Nedir:** Düzenli olarak ayda bir kez uygulanır ve kadınlık hormonlarını (östrojen, progesteron) içerir (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber, 2010). Uzun etkili östrojen ve progesteron içeren kontraseptiflerdir. 1960'lerden beri araştırılmaktadır. Halen dünyada kabul gören iki çeşit kombine enjekte edilen kontraseptif vardır. **Cyclofem™** (5mg estradiol cypionate+25mg medroxy progesteronacetate) ve **Mesigyna™** (5mg estradiol valerate+50mg norethisteronenantate). Bunlardan Mesigyna 1997 yılından beri ülkemizde kullanılmaktadır. Ayda bir kere uygulandığı içinde aylık enjeksiyon adımı almıştır (Kaşlı 2014).

**Nasıl korur:** Kadının yumurtlamasını engeller. Rahim ağzındaki salgıyı koyulaştırarak erkek tohum hücrelerinin rahmin içine geçmesini önler.

### **Olumlu yönleri nelerdir?**

Doğru uygulandığında etkililiği %99'dur.

Kadın isterse kullandığı bu yöntemi daha kolaylıkla saklayabilir.

Adet düzeninde üç aylık iğnelere göre daha az değişiklik yapar.

Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Over kistleri ve kanserinden korur.

Men arştan menapozu kadar kullanılabilir, ileri yaştaki kadınlarda kullanabilir (sigara içmiyorlarsa).

Dış gebelikten ve demir eksikliği anemisinden korur (Kaşlı 2014).

### **Olumsuz yönleri nelerdir?**

İlk aylarda ara kanaması yapabilir

Baş ağrısı, baş dönmesi, göğüslerde hassasiyet ve kilo artışına neden olabilir.



Anne sütünün miktarını azaltıp, kalitesini bozabilir.

Her ay iğne yaptırmak gerekir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumaz (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Kilo alınabilir, östrojene bağlı komplikasyonlar görülebilir (Kaşlı 2014).

### **Kimler için uygundur?**

Ayda bir düzenli olarak iğne yaptırabilecek olanlar

Adet düzensizliği olmasından rahatsızlık duymayanlar

Henüz kürtaj olmuş veya kendiliğinden düşük geçirmiş olanlar (ilk yedi gün içinde)

Emzirmeyen kadınlar (doğumdan üç dört hafta sonra)

Emziren kadınlar (doğumdan altı ay sonra) (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Kimler için uygun değildir?**

Meme kanseri, tanısı ya da şüphesi olanlar

Nedeni bilinmeyen vajinal kanaması olanlar

Yaşı 35 ve daha yukarı olup günde 15'den fazla sigara içenler

Damar sertliği, damar tıkanıklığı, yüksek tansiyonu (kan basıncı >160/100 mm/Hg) ve felç öyküsü olanlar

Karaciğer hastalığı olanlar (hastalık devam ettiği sürece)

Şeker hastaları, safra kesesi hastalığı olanlar

Yeni ameliyat geçirmiş ya da ameliyata hazırlananlar

Emziren anneler

Östrojen alması sakıncalı olan kadınlar

Migren

HIV ve AIDS olup anti retroviral tedavi olanlar (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

**Aylık Enjeksiyon Kullanımı:** Menstruasyon(adet) gören kadınlarda ilk enjeksiyon adetinin ilk yedi günü içerisinde başlanır. Doğum sonrası dönemde; emziriyorsa altıncı aydan sonra, emzirmiyorsa doğumdan dört hafta sonra kullanılır. Düşük sonrası hemen yada ilk yedi gün içinde aylık enjeksiyon uygulanabilir.

İlk enjeksiyon sonrası adet kanamasının enjeksiyondan iki hafta sonra olacağı anlatılmalı ve 30 gün sonra ikinci enjeksiyon yapılması söylenmelidir. Saptanan

enjeksiyon tarihlerinden üç gün önce ve üç gün sonra uygulanabilir. Uygulama kolaylığı ve kadının karıştırmaması için her ayın aynı tarihinde yaptırması söylenir. Örn. İlk enjeksiyonu 10 Ocak'ta yapılmışsa, 10 Şubat, 10 Mart ve 10 Nisan gibi.

### **Dikkat!**

Aylık iğnelerin ilk yapılışından sonraki adet kanaması 15-20 gün sonra olur.

İğneyle korunan kişilerde;

Şiddetli karın ağrısı,

Şiddetli göğüs ağrısı, öksürük, nefes darlığı,

Şiddetli baş ağrısı,

Bulanık görme,

Şiddetli bacak ağrısı,

Sarılık,

Aşırı adet kanaması varsa **derhal bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır** (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Deri altı implantlar**

#### **Norplant**

**Nedir:** Sentetik progestin hormonu içeren silikondan yapılmış kristalize levonorgestrel içeren altı ince ve esnek silikon kapsülden oluşmuştur. Beş yıl koruma süresi vardır. Küçük bir cerrahi girişimle üst kolun iç kısmına eğitimini almış kişiler tarafından derinin hemen altına yerleştirilen geri dönüşümlü bir yöntemdir (Kaşlı 2014).

**Nasıl korur:** Norplant ovulasyonu baskılayarak, servikte kalın bir mukus oluşturur ve spermin geçişini engeller. Endometriyum tabakası incelendiği içinde implantasyon olmaz. En etkili aile planlaması yöntemlerindedir.

**Norplant olumlu etkileri:** Son derece etkili ve kullanımı kolaydır, uygulandıktan sonra kliniğe çıkartmak için gelir, beş yıl korur. Geri dönüşümlü olup cinsel ilişkiyi etkilemez.

**Norplant olumsuz etkileri:** Eğitimli personel uygular ve çıkarır, deri altında hissedilir, fark edilebilir. Uygulama yerinde enfeksiyon, kanama ve hematom oluşabilir. CYBE'lara karşı koruyuculuğu yoktur.

**Norplant kullanımı:** Âdetinin ilk yedi günü içinde, düşük sonrası hemen veya ilk yedi gün içinde, emzirme döneminde doğumdan altı hafta sonra, kadının gebe olmadığından emin olunan siklusun herhangi bir döneminde uygulanabilir (Kaşlı 2014).

### **İmplanon**

**Nedir:** İmplanon, deri altına yerleştirilen ve üç yıl süre ile yüksek oranda doğum kontrolü sağlayan bir çubuktur. İmplanon dört cm uzunluğunda ve 0,2 cm çapındadır. Eğitim almış hekim veya ebe/hemşire tarafından basit bir yöntemle üst kola yerleştirilir (Aktoprak 2012). Dünyada 1998 yılından beri, Türkiye’de ise 2002 yılından itibaren kullanılmaya başlanmıştır (Kaşlı 2014).

**Nasıl korur:** Kadının yumurtalıklarında yumurta hücresinin gelişip atılmasını engeller. Rahim ağzındaki salgıyı koyulaştırarak erkek tohum hücrelerinin rahim içine girmesini engeller. Rahim iç tabakasını incelterek gebeliğin yerleşmesini engeller (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Olumlu yönleri nelerdir?**

Gebelikten koruyucu etkisi en yüksek yöntemdir.

Kullanılması kolaydır (Üç yılda sadece bir kez uygulanması yeterlidir).

Menarştan menopoza dek her yaşta güvenle kullanılabilir.

Hatırlamayı gerektirmez.

Cinsel ilişkiden bağımsızdır.

Östrojene bağlı yan etki olmaz.

Çıkarılınca doğurganlık üç ay içinde geri döner.

Anne sütünün kalitesini ve miktarını etkilemez (Çayan2009; Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Olumsuz yönleri nelerdir?**

Adet düzeninde aksama, düzensiz ve uzamış kanamalar ilk yıl görülebilir, uygulamadan bir yıl sonra hiç adet olmaması da görülebilir.

Uygulama için eğitilmiş personel gereklidir.

Küçük bir cerrahi işlemle yerleştirilir ve çıkarılır.

Bu işleme bağlı enfeksiyon, hematoma görülebilir.

Deri altında fark edilebilir.

Kullanıcı yöntemi kendi kendine bırakamaz.

CYBE'lere karşı koruyuculuğu yoktur (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Kimler için uygundur?**

Uzun ya da sürekli korunma isteyen menarştan menopoza kadar tüm kadınlar

İstediği kadar çocuğu olup sterilizasyon istemeyen kadınlar

Östrojen içeren aile planlaması yöntemlerini kullanamayan kadınlar

Emziren anneler (altıncı haftadan sonra)

Sigara içen kadınlarda kullanımı uygundur.

### **Kimler için uygun değildir?**

Meme kanseri varsa

Tanı konulmamış vajinal kanama (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Emziren annelerde doğum sonrası ilk altı hafta aktif ya da kronik karaciğer hastalığı olanlar (Kaşlı 2014)

Tüberküloz, epilepsi, iskemik kalp hastalığı ve hipertansiyon olanlar (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Tromboembolisi olanlarda kullanım uygun değildir (Kaşlı 2014).

**İmplanon kullanımı:** Menstrüasyon siklusunun birinci ve beşinci günleri arasında kullanılır. İlk trimestır düşük sonrası aynı gün, doğum sonrası emzirmiyorsa, doğum sonrası 21-28.günler arasında (bu dönem sonrası uygulanacaksa gebelik araştırılmalıdır) kullanılır. Doğum sonrası emziriyorsa, doğumdan altı hafta sonra, KOK kullanımı sonrası; son hap alımından sonra, yalnız progestin içeren haplar ve enjeksiyonlar sonrası, bir sonraki enjeksiyon zamanı ve implant çıkarıldıktan sonra kullanılır. Norplant ya da implanon uygulanan kişiler bir hafta sonra uygulama yerini kontrol ettirmek için kontrole gitmelidir. Üçüncü ayda ikinci izleme ve yılda bir kez olmak üzere kontrollere gidilmelidir. Yukarıda yer alan uyarılardan herhangi biri olacak olursa derhal sağlık kuruluşuna başvurmak gerekir. Üç yıl ya da beş yıl sonra çıkarılacağı tarih hatırlatılmalıdır (Kaşlı 2014).

## **Kadın için bariyer yöntemler**

### **Diyafram ve servikal başlık**

**Nedir:** Serviksi kapatan yuvarlak kubbe biçiminde kauçuk ya da silikondan yapılmış kenarları daha sert kontraseptif yöntemlerdendir. Türkiye’de AP yöntemi olarak bilinmesine karşın sınırlı sayıda ve ünite de bulunmaktadır (Kaşlı 2014).

**Nasıl korur:** Erkek tohum hücrelerinin haznedenden rahme geçmesini engeller (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Olumlu yönleri nelerdir?**

Doğru kullanıldığında güvenilirliği %94’dür.

Uygulanması konusunda eğitilen kadınlar, kendi kendilerine uygulayabilir.

Cinsel yolla bulaşan karşı kısmen koruyucudur.

Sadece cinsel ilişki sırasında kullanılması gerekir.

Cinsel ilişkiden altı saat öncesinden yerleştirilebileceği için ilişkiyi kesintiye uğratmaz.

Emziren kadınlar da kullanabilir.

Aynı diyaframı iki yıl süreyle kullanmak mümkündür (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Kadınlar kendi anatomik yapılarını ve üreme organlarını tanırlar.

Herkes yaş sınırı olmadan güvenle kullanabilir (Kaşlı 2014).

### **Olumsuz yönleri nelerdir?**

Koruma etkisi riya, hap, iğne, norplant gibi modern yöntemlerden daha düşüktür.

Önceden yerleştirilmediği takdirde cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.

Kadının parmaklarını haznesine sokması gerekir (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Yeni kullanıcılar için yerleştirilmesini ve çıkarılmasını öğrenmek zaman alır.

Her uygulama sırasında spermisit kullanılacağı için maliyeti yükselebilir (Kaşlı 2014).

### **Kimler için uygundur?**

Yerleştirme tekniğini öğrenebilen kadınlar

Diğer yöntemleri uygulamakta zorluk çeken kadınlar (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Kimler için uygun değildir?**

Hazne, rahim ya da rahim ağzında şekil ya da pozisyon bozukluğu olan kadınlar

Mesanesi ve rahmi aşağı sarkmış olan kadınlar

Sık sık mesane iltihabı geçiren kadınlar

Kauçuk ya da spermisite alerjisi olan kadınlar

Son altı hafta içinde doğum yapmış olan kadınlar

Toksik şok sendromu öyküsü olan kadınlar.

**Nasıl Kullanılır:** Diyafram kullanmaya başlamadan önce bir sağlık kuruluşundan mutlaka danışmanlık alınmalıdır. Eğitilmiş sağlık personeli tarafından kadına en uygun olan diyafram boyu belirlenir. Nasıl uygulanacağı öğretilir. Kadın cinsel ilişkiden önce (**en fazla altı saat**), tercihen spermisitle birlikte diyaframı hazne içine rahim ağzını kapatacak şekilde uygular. İlişkiden sonra diyaframın en az altı saat (en çok 24 saat) kalması gerekir. Çıkartıldıktan sonra diyafram, yıkanmalı, kurulanmalı ve kutusunda saklanmalıdır. Spermisitle birlikte kullanıldığında diyaframın koruyuculuğu artar.

### **Dikkat!**

Diyafram uygulamadan önce eller mutlaka sabunla yıkanmalıdır.

Yüksek ateş, genital bölgede kızarıklık, irritasyon veya kaşıntı hissedilirse **derhal bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır** (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010). Servikal başlık bilinmesine rağmen Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na desteklenmemekte olup Sağlık Bakanlığı AP malzemeleri arasında yer almaz. Eczanelerde ve diğer satış edilen yerlerden temin edilebilmektedir (Kaşlı 2014).

### **Kadın kondomu**

**Nedir:** Kadınlar tarafından kullanılan 17 cm uzunluğunda, yumuşak ve ince poliüretan tabakasından yapılmış, haznenin içini tümüyle kaplayan, iç ve dış olarak iki değişik boyda halkası olan tek taraflı kapalı silindir bir kılıftır.

**Nasıl korur:** Kadın kondomu, hazne içini ve rahim ağzını örterek, cinsel ilişki sırasında erkekten atılan meni içerisindeki erkek tohum hücrelerinin kadının rahmi içine girmesini önler. Doğru kullanıldığında güvenilirliği %95’dir (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

**Olumlu yönleri nelerdir:** AIDS ve diğer CYBE’ya karşı koruyucudur. Poliüretandan yapıldığı için lateks alerjisi olanlar kullanabilir, daha az alerjeniktir. Kadının adetli

olduğu dönemde de kullanılabilir. İlişkiden saatler önce takılabilir (Kaşlı 2014). Reçete ve tıbbi izlem gerektirmez (Aktoprak 2012).

### **Olumsuz yönleri nelerdir?**

Kadın takmakta zorlanabilir. Bu kondomu kullanmak için kadının kendi anatomisini iyi bilmesi gerekmektedir. Doğru bir yerleştirme deneyim gerektirir. Fiyatı erkek prezervatifine göre nispeten daha pahalıdır (Babadağlı ve Şahin 2006; Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Kimler için uygundur?**

Gebelikten korunmak isteyen üreme çağındaki kadınlar

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak isteyen kadınlar

Seyrek cinsel ilişkide bulunanlar

Başka yöntem kullanamayanlar

### **Kimler için uygun değildir?**

Poliüretan alerjisi olanlar

**Nasıl kullanılır:** Kadın kondomu kullanmaya başlamadan önce bir sağlık kuruluşundan mutlaka danışmanlık alınmalıdır. Her tür cinsel ilişkide kondom kullanılmalıdır ve her ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır. Kondomun kullanım tarihine dikkat edilmelidir. Kullanım süresi geçmiş kondomlar kullanılmamalıdır. Kondom su bazlı kayganlaştırıcılarla kullanılabilir. Vazelin, bebek yağı veya yağlı kremlerle kullanılmamalıdır; bu maddeler kondomun zedelenmesine ve koruyuculuğunun bozulmasına neden olur. Kondom paketini açmak için diş ya da kesici bir alet, makas vb. kullanılmamalıdır, kondom yırtılabilir. Tırnakların zarar vermemesine dikkat edilmelidir. İlişkinin en başında cinsel sıvılar birbirine değmeden kondom kullanılmalıdır. Eğer ilişkinin herhangi bir yerinde kondomun zarar gördüğü hissedilirse kondom hemen değiştirilmelidir. İç halka baş ve işaret parmağıyla sıkıştırılmalıdır. Kondomun kapalı ucu vajinaya girecektir. İç halka tutularak vajinanın içine itilmelidir. İç halka olabildiğince derine yerleştirilmelidir. Dış halka vajinanın girişinde durmalıdır. Ayrıca dış halka vajina girişini cinsel ilişki süresince kaplamalıdır. Cinsel ilişki bitiminde, kondomun dış halkası kendi etrafında çevrilerek, içindekilerin dökülmesi engellenerek ve çekilerek çıkarılmalıdır.

Kondom sperm saçmayacak şekilde çöpe atılmalıdır(Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

## **Dikkat!**

Kadın kondomu kullanıldıktan sonra delik olup olmadığı kontrol edilmelidir. Yırtık, sızıntı varsa, ilk 72 saatte hemen en yakın sağlık kuruluşuna “acil korunma” için başvurulmalıdır.

## **Fitil, köpük, tablet ve diğer sperm öldürücüler**

**Nedir:** Hazneye konularak uygulanan fitil, köpük ve tabletlerdir.

**Nasıl korur:** Erkek tohum hücrelerini hazne içinde öldürerek gebeliği önlerler.

### **Olumlu yönleri nelerdir?**

Doğru kullanıldığında %94 etkilidir.

Kadın kendi kendine uygulayabilir.

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı kısmen koruyucudur.

Önceden uygulandığında (en çok bir saat) ilişkiyi kesintiye uğratmaz.

Haznenin kayganlığını artırır.

Kullanmak için sağlık personeline muayene olmak gerekmez.

Emziren kadınlar da kullanabilir.

### **Olumsuz yönleri nelerdir?**

Koruma etkisi riya, hap, iğne, norplant gibi modern yöntemlerden daha düşüktür.

Önceden yerleştirilmediği takdirde cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.

Kadının parmaklarını haznesine sokması gerekir.

Sıcak havada eriyebilir.

**Kimler için uygundur:** Geçici korunma isteyenler

**Kimler için uygun değildir:** Fitillerin içerdiği kimyasal maddelere alerjisi olanlar

Cinsel ilişkiden hemen sonra hazneyi yıkama alışkanlığı olanlar

Hazne ya da rahim ağzında şekil bozukluğu olanlar.

**Nasıl kullanılır:** Fitil, tablet, köpük ve diğer sperm öldürücüler kullanılmaya başlamadan önce bir sağlık kuruluşundan mutlaka danışmanlık alınmalıdır. Fitil ve diğer sperm öldürücüler (spermisitler) her cinsel ilişkiden 15 dakika önce hazneye bir adet (olabildiğince derine) yerleştirilir. Koruyucu etkileri bir saat sürer. Uygulamadan sonra bir saat geçmişse ya da ikinci kez cinsel ilişki olacaksa yeniden spermisit uygulanmalıdır. İlişkiden sonra spermisiten etkili olabilmesi için altı saat süreyle hazne yıkanmamalıdır. Spermisit uygulamadan önce eller sabunla yıkanmış



ve kuru olmalıdır. Her ilişki için yeni bir spermisit kullanılmalıdır (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Dikkat!**

Genital bölgede kızarıklık, iritasyon veya kaşıntı hissedilirse **derhal bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.**

## **2- Kalıcı yöntemler** (Uygulandıktan sonra artık gebe kalınamayan yöntemler)

### **-Tüplerin bağlanması (Tüpligasyonu)**

**Nedir:** Tüpligasyon doğurganlıklarını sona erdirmek ve başka çocuk istemeyen ya da sağlık sorunları nedeniyle gebe kalmasında sakınca olan çiftler için uygun bir AP yöntemidir (Kaşlı 2014). Kadında yumurtayı taşıyan tüplerin ameliyatla bağlanmasıdır. Uygulandıktan sonra artık gebe kalınmaz.

**Nasıl korur:** Kadınlarda yumurtalıktan atılan yumurta hücresi tüplerden geçerek rahme ulaşır. Tüpler kapatılınca, kadının yumurta hücresi erkek tohum hücresiyle birleşemediğinden dölleme olmaz.

### **Olumlu yönleri nelerdir?**

Yaklaşık %100 etkilidir. Gebe kalma olasılığı yok denecek kadar azdır (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Gebeliği önleme etkisi **hemen** başlar (CS/ÜS 2010).

Kolay bir ameliyatla, kadını ömür boyu gebelikten kesin bir şekilde korur.

Anne sütüne zararlı etkisi yoktur.

Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Başarısızlık oranı çok düşüktür, istenmeyen gebeliklerden çok etkili olarak korur (CS/ÜS 2010).

### **Olumsuz yönleri nelerdir?**

Kalıcıdır, geri dönüşü çok pahalı ve zordur.

Uygulanması için ameliyathane ve uzman gerektirir.

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucu değildir (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Düşük bir oranda da olsa gebelik görülebilir ve bunun da dış gebelik olma olasılığı da vardır.

Operasyonu izleyen birkaç gün süresince kesi yerinde ve alt batında ağrı olabilir (CS/ÜS 2010).

### **Kimler için uygundur?**

Bu işlemi yaptırmaya bilinçli ve gönüllü olarak karar veren çiftler

Kesinlikle bir daha çocuk sahibi olmak istemeyenler

Çocuk sahibi olması sakıncalı olanlar.

### **Kimler için uygun değildir?**

İstedığı sayıda çocuğu olmayanlar

Kendisi ya da eşi, ileride başka çocuk isteyebilecek olanlar

Kararından emin olmayanlar

Baskı altında karar vermiş olanlar (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Nasıl Uygulanır?**

Tüpligasyonunda her iki fallop boruları da laparoskopik ya da açık cerrahi işleme tabi tutulur. Bu işlem iki şekilde yapılır.

1-**Minilaparotomi yöntemi:** Pubis üzerinde(pubik kıl çizgisi üzerinden) küçük bir kesi ile yapılan uygulamadır.

2- **Laparoskopi yöntemi:** Göbek altından laparoskopi ile karın içine girilerek yapılan uygulamadır (Kaşlı 2014).

Bu uygulama için hastanede yatmaya gerek yoktur. Uygulamadan sonraki birkaç gün, uygulama yerinde hafif ağrı olabilir. Gebe olunmadığından emin olunan herhangi bir zamanda ya da doğumdan hemen sonra uygulanabilir.

### **Dikkat!**

Tüpleri bağlanan kadınlarda, uygulamadan sonraki günlerde aşırı karın ağrısı, ateş ve kanama olursa, **derhal bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır**. Çok seyrek olarak, yumurtalık kanalları kendiliğinden açılabilir ve gebelik oluşabilir. Bu nedenle, adet gecikmesi olursa **derhal bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır** (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

## Erkeğe Ait Yöntemler

### 1- Geçici Yöntemler (Bırakıldığında gebe kalınabilen yöntemler)

-Kondom (Kaput, kılıf, prezervatif)

-Geri çekme

#### **Kondom (Kaput, Kılıf, Prezervatif)**

**Nedir:** Erkekler tarafından kullanılan, bir çeşit kauçuktan yapılmış, çok ince ve esnek bir kılıftır (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010). Kondomlar lateks, poliüretan ya da koyun bağırsağından yapılır. Lateks olanları CYBE'lara karşı koruyucu olduğu için daha çok tercih edilir. Latekse oranla daha ince, dayanıklı ve esnek olan poliüretan ve plastik olanlar da son zamanlarda çok kullanılmaktadır. Koyun bağırsağından yapılanlar gözenekli olduğu ve mikroorganizma dâhil geçici engellemediği için kullanılmamaktadır (Kaşlı 2014).

**Nasıl korur:** Cinsel ilişki sırasında erkekten atılan meni içerisindeki erkek tohum hücrelerinin kadının haznesine dökülmesini engelleyerek gebelikten korur (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

**Olumlu yönleri nelerdir:** Doğru kullanıldığında %97 etkilidir.

Eşleri cinsel ilişki ile bulaşan enfeksiyonlardan (AIDS, frengi, bel soğukluğu gibi) korur.

Erkeklerin aile planlamasına katılımını sağlar.

Kullanmak için muayeneye gerek olmayıp, reçetesiz olarak eczane ve büyük alışveriş merkezlerinden kolayca satın alınabilir.

Sağlığa hiçbir zararı yoktur, her yaştaki erkekler kullanabilirler (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

#### **Olumsuz yönleri nelerdir?**

Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.

Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirebilir.

Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılması gerekir.

Yeterli miktarda kondom bulundurulması önceden planlanmalıdır (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

#### **Kimler için uygundur?**

Korunmak isteyen her yaştaki erkekler

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak isteyenler

Başka yöntemleri kullanamayanlar

Seyrek cinsel ilişkide bulunanlar

Vazektomi sonrası geçici olarak korunması gerekenler.

**Kimler için uygun değildir:** Kauçuğa alerjisi olanlar

**Nasıl kullanılır:** Her cinsel ilişki için **yeni** açılan bir kondom, sertleşmiş erkeklik organına, kadının haznesine hiç temas etmeden önce takılır. Çünkü boşalmadan önceki salgıda aktif erkek tohum hücresi bulunabilir. Kondomun ucunda meninin dolacağı rezervuarın, başparmak ve işaret parmağı arasında sıkıştırılarak havası alınmalıdır. Diğer elin baş ve işaret parmakları ile kondomun kenarı penis köküne doğru yuvarlatılarak katları açılmalıdır. Kondomun kaymasıyla içindeki semenin dışarı çıkmaması için ereksiyon kaybolmadan önce, kondom parmaklarla tutularak penis haznedden dışarı çekilmelidir. Kondom bir kere kullanıldıktan sonra atılmalıdır. Yedek kondom bulundurulmalıdır. Kondomu kayganlaştırmak için, herhangi bir yağ, yağlı madde veya vazelin kullanılmamalıdır. Bu maddeler birkaç saniye içinde kondomun bozulmasına neden olur. Kondom serin ve karanlık bir yerde saklanmalıdır. Sıcak yerde saklanan kondomlar bozulabilir ve kullanım sırasında spermleri sızdırabilir. Kondomun ambalajı kullanılacağı zaman açılmalıdır. Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır.

**Dikkat:** Kondomu kullandıktan sonra delik olup olmadığı, kontrol edilmelidir. Yırtık veya sızıntı olduğu fark edilirse, acil önlem alınması için **en geç 72 saat içinde bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır** (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Geri çekme (Dışarı Boşalma)**

**Nedir:** Cinsel ilişki sırasında boşalma olayından önce erkeğin organını haznedden çıkararak dışarıya boşalmasıdır (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010). Çok eskiden beri bilinen AP yöntemlerindedir. İlk kez İbraniler tarafından kullanıldığı, daha sonra Müslümanlar tarafından ise **azl** adıyla AP yöntemi olarak kullanıldığı bilinir. Cinsel ilişki sırasında erkeğin sperm boşalmadan önce dışarı çıkışına ve spermlerin vajina dışına boşaltılmasına denir. Halk arasında çekilme, dışarı boşalma, dikkatli olma, erkeğin korunması gibi isimler verilmiştir (Kaşlı 2014).

**Nasıl korur:** Erkeğin menisi hazne dışına boşaldığı için erkek tohum hücreleri kadının yumurtasını dölleyemez.

**Olumlu yönleri nelerdir?**

Yan etkisi yoktur.

Erkeğin aile planlamasına katılımını sağlar.

**Olumsuz yönleri nelerdir?**

Koruyuculuğu modern yöntemlere oranla çok daha azdır.

Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratar.

Çiftin sürekli gebe kalma endişesi yaşamasına neden olur.

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korumaz.

**Kimler için uygundur?**

Bu yöntemi daha önce başarı ile kullanmış olanlar

İlişki sırasında boşalmasını kontrol edebilen erkekler

**Kimler için uygun değildir?**

Daha önce bu yöntemle korunurken istenmeyen bir gebelik yaşamış olan çiftler

**Nasıl uygulanır:** İlişki sırasında erkek boşalacağını fark ettiğinde organını (penis) haznedenden dışarıya çıkarır ve dışarıya boşalır.

**Dikkat!**

Geri çekme koruyuculuğu düşük olan bir yöntemdir. Bu yöntemi kullanan çiftler (özellikle başarısızlığa uğrayıp istenmeyen bir gebelik yaşamışlarsa) modern aile planlaması yöntemlerini kullanmak için danışmanlık almalıdırlar (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

**2- Kalıcı yöntemler (Uygulandıktan sonra artık gebe kalınamayan yöntemler)**

**Kanalların bağlanması (Vazektomi)**

**Nedir:** Vazektomi, kendisinin ve eşinin başka çocuk istemediğinden ya da eşinin sağlık sorunları nedeniyle gebe kalmasında sakınca olan çiftler için uygun, kalıcı bir yöntemle korunmak isteyen erkekler için uygun bir AP yöntemidir. Erkeğin tohum kanallarının ameliyatla bağlanmasıdır. Uygulandıktan sonra erkek artık gebe bırakamaz.

**Nasıl korur:** Erkeklerde hayalarda oluşan erkek tohum hücreleri, tohum kanalları bağlanıp kesildiği için, cinsel ilişki sırasında boşalan sıvıya (meniye) geçmez ve kadının yumurtasını dölleyemez. Erkek tohum hücreleri vücut tarafından emilir.

**Olumlu yönleri nelerdir?**

Yaklaşık **%100 etkilidir.**

Gebe bırakma olasılığı yok denecek kadar azdır (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Etkili, güvenli, kısa sürede ve kolaylıkla uygulanır (15dk), hastanede yatmaya gerek yoktur.

Cinsel ilişkiyi etkilemez, çift gebelik kaygısı duymaz ve ileriki dönemde ortaya çıkan bir yan etki yoktur (Kaşlı 2010).

**Olumsuz yönleri nelerdir?**

Kalıcıdır, geri dönüşü çok pahalı ve zordur.

Koruyuculuğun başlaması hemen olmaz, zaman alır. 20 boşalma sonrası tam etkili olur (Kaşlı 2010; Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korumaz (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

**Kimler için uygundur?**

Bu işlemi yaptırmaya bilinçli ve gönüllü olarak karar veren çiftler

Kesinlikle bir daha çocuk sahibi olmak istemeyenler

Çocuk sahibi olması sakıncalı olanlar

**Kimler için uygun değildir?**

İstediği sayıda çocuğu olmayanlar

Kendisi ya da eşi, ileride başka çocuk isteyebilecek olanlar

Kararından emin olmayanlar

Baskı altında karar vermiş olanlar

**Nasıl uygulanır:** Geri dönüşü olmayan bir aile planlaması yöntemi olduğundan ileride pişmanlık duyulmaması için işlemden önce mutlaka danışmanlık hizmeti alınmalı, bilinçli olarak karar verilmeli ve rıza formu her iki eş tarafından imzalanmalıdır. Vazektomi çok küçük bir ameliyattır. Hayaları örten deri uyuşturularak, ön yüzünde küçük bir delik açılır. Buradan tohum kanalları bulunarak bağlanır ve kesilir. İşlem 10-15 dakika sürer. Deride hiç iz kalmaz. Bu uygulama için

hastanede yatmaya gerek yoktur, kişi hemen evine veya işine dönebilir. İşlem yapıldıktan sonraki ilk 20 boşalma süresince (yaklaşık üç ay) ek bir yöntemle korunulmalıdır. Çünkü tohum kanallarında kalan erkek tohum hücreleri gebeliğe neden olabilir. Yirmi boşalmadan sonra mümkünse vazektomi uygulanan klinikte erkek tohum hücresi sayımı yaptırmak gerekir. Sayımda erkek tohum hücresi görülüyorsa artık başka bir ek yöntemle korunmaya gerek yoktur.

### **Dikkat!**

Vazektomi olanlarda,

İşlem yerinde şiddetli ağrı, kızarıklık, ateş ve hassasiyet olursa,

Erkeğin eşinde adet gecikmesi olursa derhal bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

### **Takvim yöntemi**

Takvim yöntemi, menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için **altı aylık bir gözlem süresi** sonunda matematiksel formüllere dayanan doğal bir yöntemdir. Yöntem, **fertil günlerde çiftin cinsel ilişkiden kaçınması** esasına dayanır. Fertil dönemin hesaplanması için daha önceki **altı menstrüel siklus süresinin** bilinmesi gerekir. Yöntemin dayandığı temeller şunlardır:

Düzenli menstrüel siklus;

Ovülasyonun genellikle bir sonraki menstrüel periyoddan **önceki 14. Günde** olduğu, ancak **11. ve 17. günler** arasında da olabileceği varsayımı;

Normalde yumurtanın ovülasyondan sonraki **14-24 saat** arasında döllenebileceği varsayımı;

Spermin, kadının vajinal kanalı ve/veya uterusunda ancak **24-72 saat** canlı kalabileceği varsayımına dayanır.

Bir örnekle açıklamak gerekirse, 30 günde bir düzenli adet gören bir kadının ovülasyonu, beklediği adetten 11-17 gün öncedir; yani gördüğü âdetin başlangıcından ( $30 - 17 = 13$ ;  $30 - 11 = 19$ ) 13-19 gün sonradır. Buna göre âdetin başladığı gün birinci gün sayılırsa, âdetin başlangıcından sonraki  $13 - 3 = 10$ . gün ile  $19 + 1 = 20$ . gün arası, dölllenme için en riskli dönemi oluşturmaktadır. Bu dönemde cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır. Fertil dönem normalden uzun kabul edildiğinden, uzun süre cinsel perhiz uygulamasını gerektirir ve bu da çifti zorlayabilir. Ayrıca düzensiz sikluslar nedeniyle çok genç yaştaki kadınlarda, düşük ve doğum sonrasında ve menopoza yakın dönemlerde asla önerilmemelidir.

### **Takvim Yöntemini kimler kullanabilir?**

**26 ila 32 gün** uzunluğunda siklusu olan kadınlar

Her siklusun sekiz ve 19.'uncu günlerinde korunmasız cinsel ilişkiden kaçınabilen eşler

Cinsel yönden bulaşan enfeksiyonlara maruz kalmayan çiftler (CS/ÜS 2010).

### **Acil kontrasepsiyon**

Korunmasız cinsel ilişkiden sonra oluşabilecek gebeliği önlemek için ilk birkaç gün içinde kullanılan yöntemlere Acil kontrasepsiyon yada post-koital kontrasepsiyon denir (Demir 2014). Kullanılan kondomun yırtılması, delinmesi, ria'nın düşmesi, hap alımının unutulması ve tecavüz durumlarında istenmeyen gebeliklerin oluşmaması için acil kontrasepsiyon kullanılır. Daha önce post-koital kontrasepsiyon, ertesi gün hapi gibi terimler kullanılmış ancak, aciliyeti temsil etmediği düşünülerek Acil Kontrasepsiyon terimi daha uygun bulunmuştur (Kalak 2008; Kaşlı 2014). Acil kontrasepsiyonda mevcut seçenekler:

1. Hormonal acil kontrasepsiyon (Ertesi gün hapi),ilk 72 saat içerisinde uygulanmalıdır.

2. İlişki sonrası ria uygulaması, ilk beş gün içerisinde uygulanmalıdır (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

### **Nasıl korur?**

1. Hormonal acil kontrasepsiyon, döllenmiş yumurtanın rahim içine yerleşmesini önler. Yumurtlamadan önce kullanıldığında yumurta oluşumunu engeller. %75-80 etkilidir.

2. İlişki sonrası ria uygulaması, döllenmeyi ve döllenmiş yumurtanın rahime yerleşmesini önler ve %99 etkilidir.

**Hormonal Acil Kontrasepsiyon:** En çok kullanılan acil kontrasepsiyon olup, korunmasız cinsel ilişki sonrası ilk 72 saat içinde, gebeliğin engellenmesi için kullanılmasıdır. En çok **Yuzpe** rejimine uygun olan östrojen+progesteron içeren haplar kullanılmaktadır. Tüm sağlıkçıların bildiği üzere %99 etkilidir.

**Yan etki olarak;** bulantı, kusma olabilir, normal kontraseptif yöntem olarak kullanılmamalıdır.



**Yuzpe yöntemine göre (östrojen+progesteron);** korunmasız cinsel ilişkiyi izleyen ilk 72 saat içinde KOK'lardan 50 mcg Ethinylestradiol içerenlerden iki adet ya da 30 mcg Ethinylestradiol içerenlerden dört adet hap 12 saat ara ile kullanılır. Örn, sabah 10'da içilmişse akşam 22'de içilir. İlk ya da ikinci dozdan sonraki ilk iki saatte kusma olursa, doz tekrarlanır (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

Sadece progestin içeren acil hormonal haplar, post-koital kontrasepsiyon olarak levonorgestrol yaygın olarak kullanılmıştır. Adetleri aksattığı için post-koital kullanımı kolay değildir. Bir kerelik ya da seyrek aralıklarla acil kontrasepsiyon olarak kullanılabilir. DSÖ'ne göre 750 mcg Levonorgestrol içeren haplar ilk 72 saat içinde etkili olduğu için alınır ve 12 saat sonra doz tekrarlanır (Kaşlı 2010).

**Acil Kontrasepsiyonda Ria Uygulaması:** Acil kontrasepsiyon amacıyla ria kullanımı 1976 yılında başlamıştır. Ria'lar kontraseptif yöntem olarak kullanıldığında fertilizasyonu önler. Acil kontrasepsiyon amacıyla kullanıldığında, bakır iyonlarının etkisiyle implantasyonu önler ve %99 etkilidir.

**Yan etki olarak** normal ria uygulamasında olduğu gibi karın ağrısı, vajinal kanamada artış ve lekelenme kanamaları olabilir. Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk beş gün içinde uygulanması önemlidir. CYBE riski yüksek olan durumlarda; yeni bir eşle korunmasız cinsel ilişki, tecavüz, hiç doğum yapmamış birine ve CYBE açısından zaten riskli olan kişiye acil kontrasepsiyonla ria uygulaması önerilmez (Çelik 2006;Kaşlı 2014).

#### **Dikkat!**

Acil kontrasepsiyon kullanıldıktan sonraki günlerde korunmasız cinsel ilişkiye girilmemelidir. Etkili bir aile planlaması yöntemine mümkün olduğunca çabuk başlanmalıdır. Acil kontrasepsiyon, rutin bir korunma yöntemi olarak kullanılamaz.

**Acil Kontrasepsiyonda Uyarı İşaretleri:** Kadına aşağıdaki durumlar olursa kliniğe gelmesi söylenmelidir. Âdetinde değişiklik olduğunda, beklenenden daha az miktarda ya da daha kısa süren adet kanaması (gebelik olasılığı), dört hafta içinde adet olmazsa (gebelik olasılığı), alt karın ya da kasıklarda şiddetli ağrı olursa (ektopik gebelik olasılığı), CYBE semptomları gelişirse (artan vajinal akıntı, dizüri gibi) (Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber 2010).

## 9. ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Melek	<b>Soyadı</b>	AÇIK
<b>Doğum Yeri</b>	HATAY	<b>Doğum Tarihi</b>	10.08.1989
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>Tel</b>	05536190279
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:melek_sevfo_2011@hotmail.com">melek_sevfo_2011@hotmail.com</a>		

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
<b>Yüksek Lisans:</b>		
<b>Lisans:</b>	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	2011
<b>Lise:</b>	Merkez Lisesi	2005

### İş deneyimi

Görev	Kurum	Süre
<b>Ebe</b>	Bursa Medical Park Hastanesi	2 yıl
<b>Aile sağlığı elemanı</b>	Kurtuluş 3 nolu ASM Bursa	2 yıl
<b>Sorumlu Ebe</b>	Akademi Hastanesi Hatay	2 yıl

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

### Yabancı Dil Sınav Notu

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	42,50							
		<b>Sayısal</b>		<b>Eşit Ağırlık</b>		<b>Sözel</b>		
<b>ALES Puanı</b>		65,39		66,21		62,39		
<b>(Diğer)</b>								

### Bilgisayar bilgisi

Program	Kullanım Becerisi
Microsoft Office	İyi