



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLERİNİN AİLE PLANLAMASI
YÖNTEMLERİNDEN RAHİM İÇİ ARAÇ
YÖNTEMİYLE İLGİLİ DÜŞÜNCE, TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Emine VURAL

Antalya, 2021



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLERİNİN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNDEN RAHİM İÇİ ARAÇ YÖNTEMİYLE İLGİLİ DÜŞÜNCE, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Emine VURAL

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2021

TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitimim boyunca tecrübe ve bilgilerini benimle paylaşan hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya ve Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e,

Aile Hekimliğindeki tüm çalışma arkadaşlarım ve Dr. Melih Tansel GÖKİŞİK, Dr. Alpaslan AÇIK, Dr. Hakan IŞILDAR'a,

Bugünlere gelmemi sağlayan annem Asiye ÇAKIR'a, hayatın her alanında bana destek olan eşim Nafis VURAL'a

Teşekkürlerimle ...



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
Şekiller Dizini	vi
Çizelgeler Dizini	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Aile Planlamasının Tarihçesi	4
2.2. Aile Planlamasının Önemi	7
2.3. Aile Planlaması Yöntemi Kullanımını Etkileyen Bazı Faktörler	9
2.4. Türkiye’de Kontraseptif Yöntem Kullanımı	10
2.5. Aile Planlaması Danışmanlığı	12
2.6. Aile Planlaması Yöntemleri	13
2.6.1. Doğal Yöntemler	14
2.6.1.1. Servikal mukus yöntemi	14
2.6.1.2. Bazal vücut ısısı yöntemi	15
2.6.1.3. Servikal palpasyon yöntemi	15
2.6.1.4. Semptotermal yöntem	15
2.6.1.5. Takvim yöntemi	16
2.6.1.6. Geri çekme yöntemi	16
2.6.1.7. Laktasyonel Amenore Metodu (LAM)	16
2.6.1.8. Vajinal duş	17
2.6.2. Modern Yöntemler	17
2.6.2.1. Bariyer yöntemler	17
2.6.2.1.1. Prezervatif	17
2.6.2.1.2. Spermisid	17
2.6.2.1.3. Diyafram	18
2.6.2.1.4. Servikal başlık	18
2.6.2.1.5. Kadın prezervatifi	19

2.6.2.2. Rahim içi araçlar (RİA)	19
2.6.2.2.1. Bakırlı RİA	23
2.6.2.2.2. Levonorgestrelli RİA	24
2.6.2.3. Hormonal kontrasepsiyon	26
2.6.2.3.1. Kombine oral kontraseptifler (KOK)	26
2.6.2.3.2. Transdermal yama	27
2.6.2.3.3. Vajinal halka	28
2.6.2.3.4. Enjekte edilen hormonal kontraseptifler	29
2.6.2.3.5. Yalnız progesteron içeren haplar (mini haplar)	30
2.6.2.3.6. İmplantlar	30
2.6.2.4. Gönüllü cerrahi sterilizasyon	31
2.6.2.4.1. Kadında gönüllü cerrahi sterilizasyon	31
2.6.2.4.2. Erkeklerde gönüllü cerrahi sterilizasyon	31
2.6.2.5. Acil kontrasepsiyon	32
3. MATERYAL VE METOD	33
3.1. Anket Hazırlanması	33
3.2. Anket Uygulanması	33
3.3. Örneklem Hesaplanması	33
3.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	34
4. BULGULAR	35
4.1. Aile Hekimlerinin Sosyo-demografik Verileri	35
4.2. Aile Hekimlerinin Aile Planlaması Yöntemlerini Önermeleri ve Uygulamaları ile İlgili Bulgular	38
4.3. Aile Hekimlerinin Aile Planlaması Yöntemlerini Önermeleri ve Uygulamalarını Etkileyen Faktörler	42
4.4. Aile Hekimlerinin RİA Önermedeki Bilgi Düzeyi	45
4.5. Aile Hekimlerinin RİA Hakkında Bilgi Düzeyi	45
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇLAR	55
7. ÖZET	58

8. ABSTRACT	60
9. KAYNAKLAR	62
10. EKLER	71
Ek 1. Anket Formu	71
Ek 2. Aşgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	76



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists)
AP	Aile Planlaması
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
CDC	Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention)
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DMPA	Depo Medroksiprogesteron Asetat
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EE	Etinil Estradiol
ENG	Etogestrel
FDA	Food and Drug Administration
FSH	Folikül Stimüle Edici Hormon
GNRH	Gonodotropin Salgılatıcı Hormon
KOK	Kombine Oral Kontrasetif
LAM	Laktasyonel Amenore Metodu
LH	Luteinizan Hormon
LNG	Levonorgestrel
RIA	Rahim İçi Araç
SOGC	Kanada Obstetri ve Jinekoloji Derneği (The Society of Obstetricians and Gynaecologists of <i>Canada</i>)
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UPA	Ulipratal Asetat

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Farklı şekillerdeki rahim içi araçlar	6
2.2. Gebeliği önleyici yöntem kullanımının zaman içinde değişimi	10
2.3. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı	11
2.4. Diyafram	18
2.5. Servikal başlık	19
2.6. Vajinal ring	28
3.1. Örneklem hesaplama formülü	33
4.1. Katılımcıların cinsiyet dağılımı	35

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Aile planlaması yöntemlerinin sınıflandırılması	13
2.2. RİA'nın kontrendike olduğu durumlar	22
4.1. Katılımcıların yaş ortalaması	35
4.2. Sosyo-demografik veriler	36
4.3. Aile hekimlerinin çalıştığı iller	37
4.4. Aile hekimlerinin gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon yöntemi önerirken izledikleri yol	38
4.5. Aile hekimlerinin önerdiği aile planlaması yöntemleri	38
4.6. Aile hekimlerinin RİA uygulama yöntemleri	39
4.7. Aile hekimlerinin RİA'yı ASM'de uygulanamaz olarak görme sebepleri	40
4.8. Hekimlerin ASM'de RİA uygulanması için önerileri	41
4.9. Aile hekiminin cinsiyeti ile üreme çağındaki hastaların gebelik planını sorgulama arasındaki ilişki	42
4.10. Aile hekiminin cinsiyeti ile gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon önerilmesi arasındaki ilişki	42
4.11. Aile hekiminin unvanı ile gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon önerilmesi arasındaki ilişki	43
4.12. Gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon önerme yolu ile aile hekimlerinin cinsiyeti arasındaki ilişki	43
4.13. Aile hekimlerinin RİA önerdikleri hastaya izledikleri yol ile medeni durum arasındaki ilişki	44
4.14. Aile hekimlerinin vaka senaryolarına RİA önerisi	45
4.15. Aile hekimlerinin RİA hakkında bilgi düzeyi	46

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile planlaması, birinci basamakta verilen önemli sağlık hizmetlerinden biridir. Tüm insanlar kendi hayatları ile ilgili kararları kendileri belirlemeyi hak ederler. Çocuk sahibi olup olmamak, ne zaman ve kaç çocuğa sahip olunacağı da bu kararlardan biridir. Aile planlaması hizmeti veren sağlık çalışanları, insanlara bu kararlarını gerçekleştirmede yardımcı olmak için sorumluluk sahibidirler. Bu insan haklarının bir sonucudur ve ayrıca cinsel sağlık sonuçlarına da katkı sağlar (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye göre aile planlamasında 9 tane insan hakları ilkesi mevcuttur (1,2):

1. Ayrımcılık yapmama
2. Uygun kontraseptif bilgi- hizmetler
3. Ulaşılabilir bilgi ve hizmetler
4. Kabul edilebilir bilgi-hizmetler
5. Kalite
6. Aydınlatılmış onam
7. Hasta mahremiyeti
8. Katılım
9. Sorumluluk

Bu ilkelere göre, aile planlaması hizmeti verirken ayrımcılık yapmadan tüm hastalara eşit şekilde yaklaşım yapılması, herkesin ihtiyaçlarına, isteklerine, kişisel kararlarına saygı duyulması önerilmektedir. Hastalara ne düşündüğünün sorulması, sağlık bakımını iyileştirmek için onları dahil etmeye olanak sağlamaktadır (2).

Aile planlaması, toplum sağlığı açısından önemli bir konudur ve bireylerin istedikleri zamanda, istediği kadar çocuğa sahip olmalarını; istenmeyen gebeliklerin önlenmesini, iki gebelik arası sürenin ayarlanmasını sağlamaktadır. Ayrıca bireylerin yaş, sosyo-ekonomik özellikler gibi faktörleri göz önüne alarak çocuk sahibi olmalarına yardımcı olmaktadır. Kontrasepsiyon kavramı ise aile planlamasının bir parçasıdır ve gebelikten korunmayı ifade eden bir terimdir.

İstenmeyen gebeliklerin neredeyse yarısı düşük ile sonuçlanmaktadır. Kontraseptiflerin sosyal açıdan kullanımı iki amaca hizmet etmektedir. Bunlar üreme çağındaki kadınlarda ölümleri önlemek ve üreme için seçenek sunmaktır (3).

Kontraseptif yöntemlerin etkinliği, hem yöntemin kendi özelliklerine, hem de doğru kullanıma bağlıdır. Kullanıcıların kısa etkili yöntemlere uyum sağlayamamasından dolayı uzun etkili yöntemler daha avantajlıdır (4).

Rahim içi araç (RİA) yöntemi uzun etkili-geri dönüşlü kontraseptif yöntemlerden biridir. Tüm yaş grubundaki kadınlarda kullanılabilir ve yüksek etkilidir. Dünyada kullanım sıklığı %41'den (Çin) %0,8'e (Orta Afrika) kadar değişiklik gösterebilmektedir (5). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre Türkiye'de RİA kullanımı 2008 yılında %17 iken, 2018'de %14'e gerilemiştir (6,7).

Rahim içi araçların 2 tipi bulunmaktadır. Bunlar bakırlı rahim içi araçlar ve levonorgestrelli rahim içi araçlardır. Her iki yöntem de istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde büyük katkı sağlar. Bakırlı RİA 'T' şeklinde dikey bir sapın etrafında 380 mm² bakır yüzeyi bulunan tel içeren bir alettir (5).

Levonorgestrelli rahim içi araçlardan Mirena 52 mg levonorgestrel içerir ve günlük 20 mikrogram levonorgestrel salgılar, beş yılın sonunda ise günlük 10 mikrograma kadar düşmektedir. Skyla formu ise 13.5 mg levonorgestrel içerir ve günde 14 mikrogram levonorgestrel salgılar ve üç yılda 5 mikrograma düşer (3).

RİA'ların ana etki mekanizması fertilizasyonu önlemektir ve RİA tipine göre bunu farklı yollarla yaparlar. Bakırlı RİA'da bakır iyonları endometrial kavitede yabancı cisim reaksiyonuna yol açarak, biyokimyasal ve morfolojik değişikliklere neden olur. Bakır iyonları sperm motilitesini, transportunu, akrozomal reaksiyonu önlerler. Spermin servikal mukusa nüfuz etme yeteneğini azaltır, inflamatuvar yanıtı artırır ve sperm için toksiktir (5).

Levonorgestrelli RİA, vertikal kısmında progestin salan bir rezervuar içerir. Hız sınırlayıcı bir şekilde yavaş yavaş hormon salgılar. Zayıf bir yabancı cisim reaksiyonuna yol açar. Endometrial desidüalizasyon ve glandüler atrofi gibi değişikliklere yol açar. Primer etki mekanizması servikal mukusun miktar ve viskozitesini değiştirerek, spermin penetrasyonunu önlemektir. Endometrial

östrojen ve progesteron reseptörleri baskılanarak kontraseptif etkilere katkı sağlamakta ve kanama paterninde değişikliklere yol açabilmektedir (5).

Kontraendikasyon yoksa RİA, efektif, geri dönüşlü bir yöntem arayan ve uzun süreli korunma isteyen tüm kadınlarda uygulanabilmektedir. Hormon kullanmak istemeyen, östrojene kontrendikasyon bulunan veya emziren kadınlarda iyi bir seçenektir. Cinsel ilişkiden sonraki ilk 7 gün içinde bakırlı RİA acil kontraseptif yöntem olarak da uygulanabilir. En efektif acil kontraseptif yöntemdir (3).

Levonorgestrelli RİA, ayrıca, ağır menstrual kanamada tedavi seçeneği olarak kullanılabilir. RİA'nın diğer geri dönüşlü yöntemlerle kıyaslandığında majör avantajları, hastaya uzun süreli, etkili bir kullanım sağlaması ve hastanın kullanırken herhangi bir çaba göstermesini gerektirmemesidir. Ayrıca, hastanın gebelik planı olduğunda, kullanımı bırakıldıktan sonra fertiliteye dönüş hızlıdır (8).

Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG), istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için, postpartum erken dönemde hastaneden taburcu olmadan RİA uygulanmasını önermektedir. Nullipar ve ergen kadınlarda da kullanılabilir. Gebelik olmadığı kanıtlandığı sürece, menstrual siklusun herhangi bir döneminde uygulanabilir. İlk trimester kayıplarından sonra da güvenli bir yöntem olarak önerilebilir. Cinsel yolla bulaşan hastalık taraması yapılanlarda da test sonuçlarını beklemeden uygulanabilir. Pozitif test sonucu olması durumunda da tedavi devam ederken RİA'nın çıkarılması önerilmemektedir. Ektopik gebelik öyküsü olanlarda da önerilebilir. RİA'nın geniş bir hasta grubunda uygulanabilmesi nedeniyle birinci basamaklarda, uygun hastalara önerilmesi ve uygulanması büyük önem taşımaktadır (5,8).

Bu çalışmada RİA yönteminin, birinci basamakta uygulanma ve önerilme sıklığı ve aile hekimlerinin RİA ilgili düşünce, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Anket soruları hazırlanırken DSÖ, Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi (CDC), Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) ve Kanada Obstetri ve Jinekoloji Derneği (SOGC) önerilerinden yararlanılmıştır (2,4,5,8).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Planlamasının Tarihçesi

Günümüzde doğum kontrolü, çeşitli kontraseptif yöntemlerin kullanılması ile başarı ile sağlanmaktadır. Kontrasepsiyonun tarihçesi antik çağlara kadar uzanmaktadır. Erken kontraseptif inançlar arasında, kadının ilişki sırasında nefesini tutması veya ejakulasyonun hemen sonrasında hapşırması gibi inançlar da yer almaktadır. Kadının cinsel ilişki sonrası geriye doğru atlamasının gebeliği engelleyeceği, ileri doğru atlamasının gebelik ihtimalini artıracığı da bu inançlar arasında yer almıştır. Muska ve büyüler de gebeliği önlemek için kullanılmıştır. Bilinen en eski doğum kontrol yöntemlerinden biri de muhtemelen geri çekme yöntemidir. Takvim yöntemi, 1920'lerde ovulasyon dönemini takip etmek için, vücut ısı ölçümü 1930'larda, servikal mukus yöntemi de 1960'larda kullanılmaya başlanmıştır (9).

Antik Mısır ve Roma'da çeşitli bitki özleri, meyve suları, bal gibi maddeler, kadınların gebe kalmasını önlemek için vajinaya yerleştirilerek kullanılmıştır. Spermidler, 19. Yüzyılda köpükler, kremler gibi modern biçimlerine dönüşmüştür. Kondom benzeri bariyer yöntemler 400 yıldan fazladır, gebelikten ve enfeksiyondan korunmak için kullanılmıştır (9,10). Erkek kondomları, 18. Yüzyıldan itibaren kumaş ve hayvan derilerinden yapılmıştır. Kauçuk prezervatifler 19. Yüzyılda, modern lateks prezervatifler ise 20. Yüzyılda üretilmiştir (9).

Servikal başlık olarak kullanılan ilk uygulamalar, 18. Yüzyılda yarım limonun iç kısmı çıkarılarak, servikse yerleştirilerek kullanılırdı. Alman jinekolog Frederick Wilde 1838 yılında, kauçuktan yapılan bir servikal başlık tasarlamıştır. Servikal başlıklar 19. Yüzyılın sonunda, çeşitli şekil ve materyallerden (lateks, plastik, kauçuk, krom, gümüş vb.) üretilmeye başlanmıştır (9).

Wilhelm Mensigna tarafından 1882'de icat edilen diyafram, 1920'lere kadar popüler doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmaya devam edilmiştir. Daha etkili yöntemlerin bulunmasıyla, 1960'lardan sonra diyafram kullanımı azalmıştır (9).

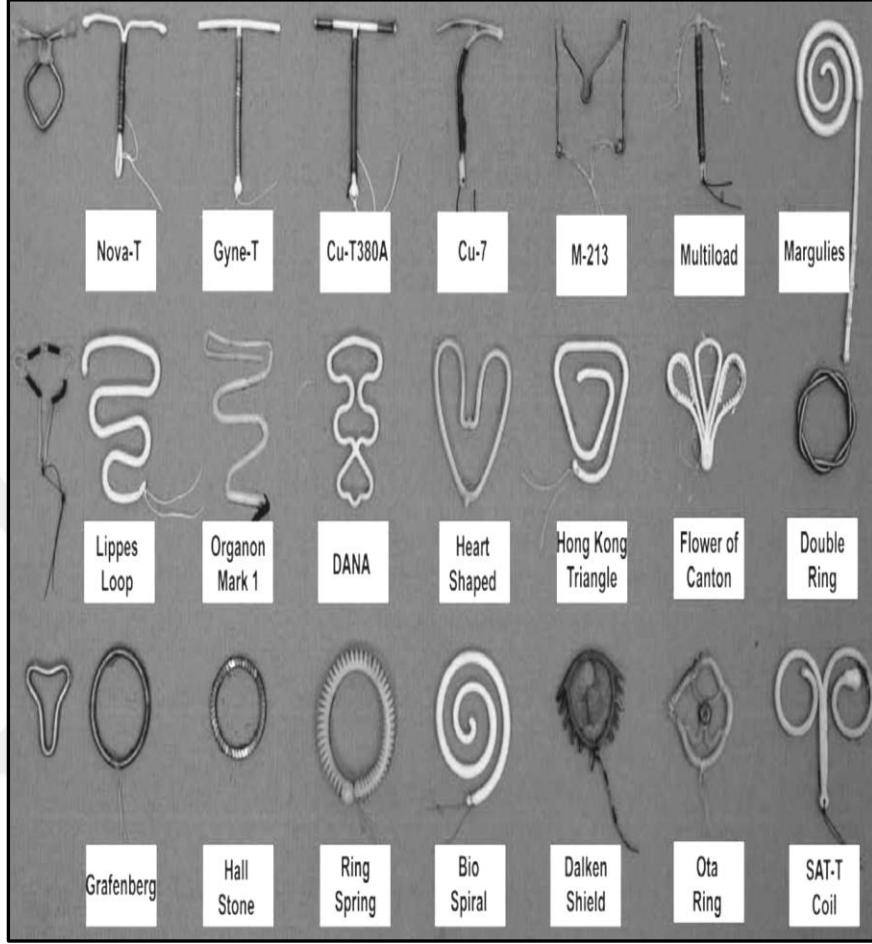
Bilinen ilk kadın kondomu 1920'lerde İngiltere'de kullanılmıştır. 1980'lerde cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı farkındalığın artmasıyla, kadın kondomlarına olan ilgi artmıştır ve günümüzde hala kullanılmaktadır (9).

Modern rahim içi araçların öncüleri olan uterovajinal cihazlar, intraservikal cihazlar ve servikal tıkaçlar 20. Yüzyılın erken dönemlerinde kullanılmaya başlanmıştır. Bu dönemlerde kötü kalite metal ve plastik aletler ve kadınların cihazları uygunsuz kullanımından dolayı, enfeksiyon ve servikal erezyonlar meydana gelmiştir. Bilinen ilk RİA, Dr Richard Richter tarafından, halka şeklinde bir cihaza sarılı kurumuş ipek böceği bağırsağı olarak tanımlanmıştır. Grafaber ring olarak bilinen gümüşten yapılan halka, 1926'ların sonunda kullanılmaya başlanmıştır. Diğer malzemelerin kullanılması, esnek plastik ve çelik vajinal halkalar, 1962 yılında gerçekleşmiştir (9). Araştırmacılar yıllar boyunca fonksiyonunu artırmak için RİA'lar için sayısız şekil denemişlerdir. M şekilli, kalp şekilli gibi farklı şekiller 1970'lerin başında kullanılmaktaydı. Yakın dönemde, RİA'ların dismenore gibi yan etkilerini azaltmak için, daha küçük şekillerde üretilmeye başlanmıştır. Cihazların küçültülmesiyle azalan etkisini artırmak için, plastik çerçeveye metal eklenmiştir. Dr. Howard Tatum, intrauterin kaviteye uygun olması için T şeklini önermiş ve bu sayede kanama ve ağrı gibi nedenlerle kullanımı bırakma da azaltılması amaçlanmıştır. Plastik T şekilli cihazlarda yüksek gebelik oranı görülmesinden sonra, çalışmalarda tavşanlarda bakır iyonlarının fertilitiyi azalttığı görülmüş ve Dr. Zipper, plastik T şekilli RİA'nın gövdesine bakır tel eklemiştir (İlk COPPER-T). Sonrasında Copper-T'nin başka model ve varyantları üretilmeye başlanmıştır. Günümüzde daha uzun kullanım süresi ve daha yüksek bakır iyonu içeren Copper-T modelleri kullanılmaktadır (9).

Progesteron içeren T şekilli RİA'lar 1960'ların sonunda kullanılmaya başlanmıştır. Progesteronlu RİA'ların kullanım süresinin 1970'lerde bir yıl gibi bir süre ile kısıtlı olduğu görülmektedir. Levonorgestrel salgılayan RİA'lar 1990 yılında üretilmeye başlanmış ve kullanım süresi 5 yıla uzatılmıştır (9).

Levonorgestrelli RİA'lar, menoraji tedavisinde kullanım gibi ek yararlar da sağlaması nedeniyle yeni bir dönemi başlatmıştır. Çerçevesiz RİA, 1984 yılında Dr. Dirk Wildemeersh tarafından tanıtılmıştır. Bu da, uterin kontür ile boyutsal

uyumu nedeniyle dismenore, menoraji gibi yan etkilerin azalmasını sağlamıştır (9). Şekil 2.1’de farklı şekilli rahim içi araçlar yer almaktadır.



Şekil 2.1. Farklı şekillerdeki rahim içi araçlar (9).

Kaynak: Li R, Lo S, “Evolutionary voyage of modern birth control methods,” *Hong Kong J Gynaecol Obs Midwifery* 2005; 5(1): 40–5.

İlk oral kontraseptif, FDA tarafından 1960’ta onaylanmıştır. Mestranol ve noretisteron içermektedir. Yıllar içinde, oral kontraseptifler, etinil estradiolun azaltılıp, 17-beta estradiol ve farklı progestinler eklenerek geliştirilmiştir (11). Sadece progestin içeren sentetik mini haplar İngiltere’de 1969 yılında üretilmiştir. 1980’den bugüne, yeni progesteron içeren haplar (1982’de desogestrel, 1987’de gestoden, 1991’de norgestimate) geliştirilmiştir (12).

Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA), geliştirilen ilk enjekteabl kontraseptif yöntemdir. İlk olarak tekrarlayan düşük ve endometriozis tedavisi için kullanılmış olup, kontraseptif etkileri gözlendikten sonra 1960’larda kontraseptif olarak kullanılmaya başlanmıştır (9).

İlk kontraseptif implant olan Norplant (levonorgestrel 36 mg), 1960’larda çalışılmaya başlanmış ve 1984’te DSÖ tarafından onaylanmıştır. İmplanon (etonogestrel 68 mg) 1998’de kullanılmaya başlanmıştır. Transdermal yama Ortho-evra (norelgestromin 150 mikrogram + etinil estradiol 20 mikrogram) 2000’lerin başlarında piyasaya sürülmüştür (9).

Cerrahi yöntemlerden vazektomi yöntemi ilk olarak İngiltere’de, 19. Yüzyılın başlarında tanımlanan bir yöntemdir. Vazektomi ilk olarak, etkisi olmadığı anlaşılan kadar, epididimoorşit tedavisi için kullanılmıştır. Amerika ve İngiltere’de sterilizasyon amaçlı vazektomi, 20. Yüzyılın ilk yarısında kullanılmaya başlanmıştır (10).

Kadın sterilizasyonu, ilk olarak 1834 yılında tanımlanmıştır. Fallop tüplere klips uygulanarak ilk kadın sterilizasyonu, Dr. Evans tarafından gerçekleştirilmiştir. Laparoskopik sterilizasyon 1961’de tanımlanmış ve 2002’de histeroskopik sterilizasyon Amerika’da uygulanmaya başlanmıştır (13).

Cinsel ilişkiye girdikten sonra gebelikten korunma, eski çağlardan beri önemli bir sorun olmuştur, kadınlar vajinal yıkamayı bu amaçla kullanmışlardır. Dr. Albert Yuzpe, Amerika Birleşik Devletleri’nde 1970’li yıllarda oral kontraseptif hapları acil kontrasepsiyon amaçlı reçete etmiştir. Yuzpe yöntemi 1998’de FDA tarafından acil kontrasepsiyonda kullanılmak üzere onaylanmıştır (12). Tek doz LNG içeren acil kontrasepsiyon amaçlı tabletler, 2014 yılından beri onaylanmıştır (14).

2.2. Aile Planlamasının Önemi

Aile planlaması hizmetleri, topluma verilen temel sağlık hizmetleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Aile planlaması hizmetlerinin etkin bir şekilde verilemediği ülkelerde, aşırı doğurganlık oranları ve buna bağlı riskli gebelikler artmaktadır. Riskli gebelikler beraberinde bebek ölümlerini getirmektedir (49).

Gebelikle ilişkili sağlık sorunlarını önlemek için, özellikle adolosan yaş grubunda, iki gebelik arası sürenin iki yıldan fazla tutulması, bebek ölüm hızını azaltmaktadır. Aile planlaması, çocukların sağlığını, gelişimini olumlu yönde etkilemekte ve aşırı doğurganlığın anne sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini önlemektedir. Tüm insanların tercih ettikleri doğum kontrol yöntemlerine erişimi sağlamak, yaşama hakkı, fikir ve ifade özgürlüğü, çalışma ve eğitim hakkı dahil olmak üzere çeşitli insan haklarının uygulanmasını sağlar; sağlık ve diğer alanlarda faydalar sağlamaktadır (48,49).

Aile planlamasının sosyo-ekonomik yönden de yararları vardır. Çocukların ekonomik ihtiyaçları daha iyi karşılanmakta, eğitim imkanlarından daha fazla yararlanmaktadırlar. Bunun sonucunda da, toplum için daha yararlı ve iyi eğitilmiş bir nesil oluşmasına katkı sağlanmaktadır. Sağlık harcamalarında da düşüş olmaktadır.

Nüfus, doğal kaynakları ve ekonomik olanakları zorlayan bir şekilde artıyorsa o toplumda etkili ve yeterli aile planlamasını uygulama zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Hızlı nüfus artışının önlenmesinde ve sağlıklı bir toplumun oluşmasında aile planlamasının önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır. Eğitim fırsatlarının artması, ülkeler için sürdürülebilir nüfus artışı ve ekonomik kalkınmayı kapsayan bir dizi potansiyel sağlık dışı faydalar da sağlamaktadır (48,50).

AP hizmetleri ile, kişiler doğru bilgilendirilerek gebeliği önleyici yöntemler hakkında danışmanlık hizmeti vermek, çocuk sahibi olmak isteyen çiftlere de bu konuda bilgilendirip, yardım etmek hedeflenir. AP hizmetleri, bireyleri doğum kontrol yöntemi kullanma veya istediği zaman çocuk sahibi olma konusunda serbest bırakır (51).

İstenmeyen ve planlanmamış gebelikler, anne ve bebek morbidite ve mortalitesinde artış, sosyal yük ve maliyetlerin artması ile ilişkilendirildiği için dünya çapında majör bir sağlık problemi oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda, istenmeyen gebeliklerin yarısının düşükle sonuçlandığı gösterilmiştir. Ergen yaş grubu dahil, modern kontraseptif yöntemlerin artan kullanım oranlarına rağmen, istenmeyen gebelik oranlarının hala yüksek olduğu görülmektedir. İstenmeyen gebelikler, kontraseptif kullanım eksikliği, yanlış kullanım, yöntem başarısızlığı,

aile planlaması hizmetlerine erişim eksikliği gibi nedenlerle ortaya çıkabilir. Tüm kadınların aile planlaması danışmanlığı alabilmesi ve tercih ettikleri kontraseptif yöntemlere erişebilmesi üreme sağlığı hakkıdır (2,15).

2.3. Aile Planlaması Yöntem Kullanımını Etkileyen Bazı Faktörler

Aile planlaması hizmetlerinin kullanımını etkileyen pek çok faktör vardır. Yaşanılan yerin özellikleri, nüfus politikaları, kadının eğitim durumu, geleneksel inanışlar bunlardan bazılarıdır. Ayrıca kullanılacak olan yöntemin seçilmesinde yöntemden beklenen bazı özellikler vardır, yöntemin güvenilirliği, yan etkileri, doğurganlığın kısa süre içinde geri gelmesi, istenildiği zaman bırakılabilmesi bunlardan bazılarıdır (51).

Politika ve yasalar da bireylerin aile planlaması hizmeti almalarına etki etmektedir. Kontraseptif yöntemin reçete edilme gerekliliği, satış yeri, sağlık çalışanı tarafından uygulanması gibi konular yasalarla ilişkili konulardır. Ayrıca ulusal nüfus politikaları da bu konuda etken olabilmektedir. Ülkemizde 1950’li yılların sonuna doğru nüfus artışının ekonomik ve sosyal problemlere neden olduğu ileri sürülmüş ve nüfus artış hızını düşürücü politikalar takip edilmiştir. Günümüzde ise nüfusun yaşlanmaya başlaması ve genç nüfusun avantajlarını kaybetme gibi gerekçelerle nüfus artış hızını artırmaya yönelik politikalar benimsenmeye başlanmıştır (51,52).

Aile planlaması hizmetlerine erişilebilirlik için, yaşanılan yerleşim yerinin özellikleri de önemli olabilmektedir. Kırsal yerleşim yerlerinde, büyük şehirlere göre sağlık hizmetlerine erişim daha kısıtlıdır. Bu da AP hizmetlerine ulaşımı zorlaştırabilmektedir (16). Yapılan bir çalışmada, AP yöntem seçme nedenleri arasında ilk üç sırada, yan etkisinin olmaması, eşinin tercih etmesi ve daha önce kullandığı yöntem olması bulunmaktadır (17).

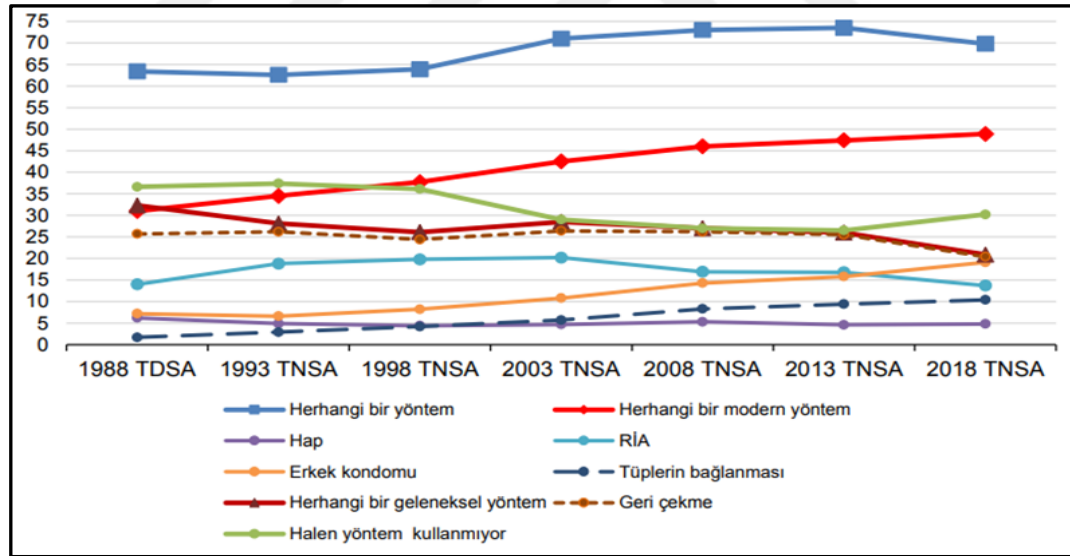
Kadınların eğitim öğretim düzeyinin artmasıyla, modern AP hizmetlerinden yararlanma oranı da artmakta ve istenmeyen gebelikler ve buna bağlı oluşabilecek anne bebek ölümleri gibi durumlar da azalmaktadır. Eğitim seviyesinde artma, evlenme yaşında artma ve ailenin istediği çocuk sayısında azalmayı da beraberinde getirebilmektedir. Eğitim kadının statüsünü, aile içinde söz sahibi

olmasını da etkilemektedir ve bilinç düzeyinin artması AP kullanımını da artırmaktadır (18).

2.4. Türkiye’de Kontraseptif Yöntem Kullanımı

Günümüzde, Türkiye’de bir kadın ortalama 2,3 çocuk doğurmaktadır. Doğurganlık, bölge ve yerleşim yerine göre değişkenlik göstermektedir, kırsal yerleşim yerinde kentsel yerleşim yerine göre oran artmaktadır. Ülkemizde 15-18 yaş grubunun %4’ü çocuk sahibi ya da gebedir. Ergen annelik güneyde en yüksek (%7) orana sahiptir. Ergen annelik düşük refah düzeyindeki hanelerde daha yüksek orana sahiptir (19).

Ülkemizde AP hizmetleri 1965 yılında yasallaşmış ve günümüze kadar kullanımı yaygınlaşmıştır. Bireylere AP hizmeti sunmak, doğurganlıkla ilgili bilinçli ve özgür karar vermelerini sağlamaktadır (20). Şekil 2.2’de AP kullanımının yıllara göre değişimi görülmektedir.



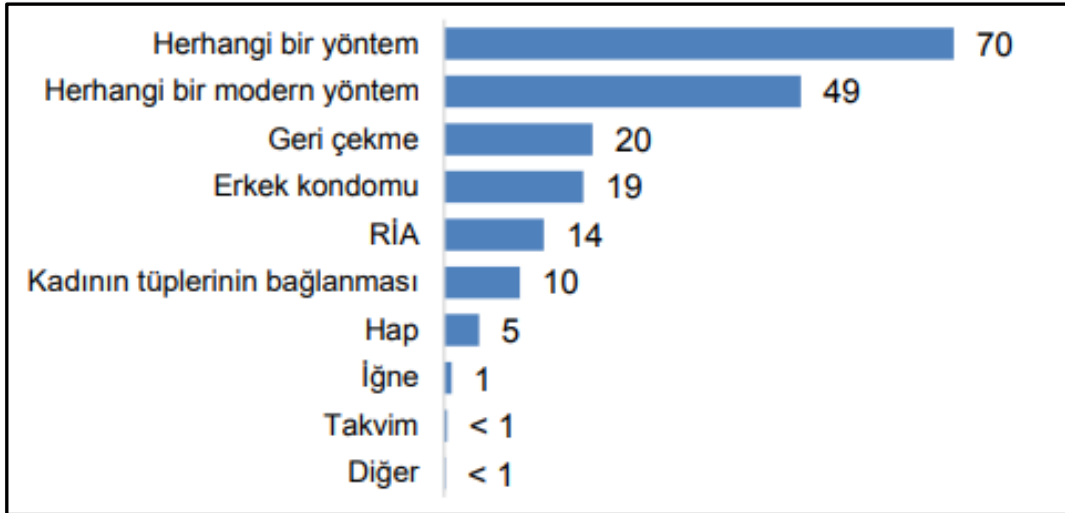
Şekil 2.2. Gebeliği önleyici yöntem kullanımının zaman içinde değişimi. (Evli kadınlar arasında halen gebeliği önleyici yöntem kullanan kadınların oranı) **Kaynak:** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması. TNSA 2018.

Türkiye’de aile planlaması yöntemleri yaygın olarak bilinmektedir, kadınların %97’sinin en az bir modern yöntem bildiği gösterilmiştir. Halen evli olan kadınların %70’i kontraseptif yöntem kullanırken, kadınların %49’unun

modern yöntem kullandığı gösterilmiştir. Modern yöntem kullanım oranı kentsel yerleşim yerinde, kırsal yerleşime göre daha yüksektir. Modern yöntem kullanımı hiç eğitim almamış veya ilkokulu bitirmemiş kadınlarda en düşük iken, eğitim seviyesi lise ve üzeri olan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Özel sektör modern yöntem kullanımının %36'sını temin ederken, devlet hastanesi ve aile hekimliği gibi kamu kurumları %52'sini karşılamaktadır (19).

Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, bir doğumdan sonra ara vermek istediği veya daha fazla doğum yapmak istemediği halde, herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayan kadınların yüzdesi olarak tanımlanır. Türkiye’de bu oran 2018 TNSA verilerine göre %12 olarak gösterilmiştir. Bu oran hanenin refah düzeyi, kadının eğitim düzeyi, yaşanılan bölge gibi özelliklere göre farklılık göstermektedir (19).

Türkiye’de halen güvenilirliği düşük geleneksel yöntem kullanımının yüksek olduğu, 2019 yılında yapılan sistematik bir derlemede gösterilmiştir. Geleneksel bir yöntem olan geri çekme yönteminin, %9,1 ile %61,3 arasında değişen oranlarda kullanılmakta olduğu gösterilmiştir. Şekil 2.3’te 2018 yılı TNSA verilerine göre, AP yöntem kullanma oranları yer almaktadır.



Şekil 2.3. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı (15-49 yaş grubundaki halen evli kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem kullanımı). **Kaynak:** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması. TNSA 2018.

Sosyal güvencesi olan, eğitilmiş, çalışan kadınların modern yöntem kullanma ve AP ile ilgili bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bireylerin inanışları, yanlış

bilgi ve tutumları, AP yöntem kullanma durumunu etkilemektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin, bireylerin bu inanış ve tutumlarını belirlemesi ve etkili AP hizmetleri için danışmanlık vermesi çok önemlidir (7,20).

2.5. Aile Planlaması Danışmanlığı

Etkili aile planlaması danışmanlığı, bireyin ya da çiftlerin kendileri için en doğru yöntemi kullanmasına olanak sağladığı için AP hizmetinin önemli bir parçasıdır (21).

AP danışmanlığı, başvuranların kendi kişisel özelliklerinin, ihtiyaçlarının farkına varıp, kendi kararlarını vermesini sağlar. Kişilerin verdikleri kararı sahiplenerek, doğru ve uzun süre uygulamalarına yardımcı olur. AP yönteminin kabul edilebilirliğinin artması, yöntemin etkili kullanılması, kullanımının devamlılığının sağlanması, sağlık personelinin zamanını etkili ve yeterli kullanmasına olanak sağlar (21).

AP yöntem seçiminden önce, genel danışmanlık ile, tüm kontraseptif yöntemler hakkında bilgi vererek, yöntemlerin olumlu- olumsuz yönleri ve olası yan etkileri hakkında bilgi verilir. Yönteme özel danışmanlıkta ise, kişinin ilgilendiği yöntem hakkında daha detaylı bilgiler verilerek bireyin ihtiyaçları doğrultusunda tavsiyelerde bulunulur (22).

İzlem danışmanlığında, kişinin yöntemi doğru kullanıp kullanmadığı, varsa yan etkilerin değerlendirilmesi, kullanıcının AP uygulama kararını güçlendirmek yer alır (22).

Etkili iletişim kurulması, kişinin mahremiyetinin korunması, haklarına saygı gösterilmesi, etkili bir AP danışmanlığının temel özelliklerini oluşturur. AP kararlarını etkileyen pek çok psikolojik, kültürel etmenler de vardır. Görüşmeyi sonlandırmadan önce, kişilerin sunulan bilgileri anladığından emin olunması, kişinin endişeleri varsa dikkate alınması, önemli bilgiler ve açıklamaların tekrar edilmesi önerilmektedir (22).

Kontraseptif yöntem seçiminde, hastanın yaşı, eşlik eden tıbbi durumların varlığı, önceki doğum ve düşük sayısı, hastanın beklentileri gibi pek çok faktör etkilidir. Hastanın tıbbi özgeçmişi, daha önce kullandığı AP yöntemleri, kişinin doğurganlık hedefleri kontraseptif yöntem seçimine yardımcı olmak için yol

gösterebilir. Genel danışmalık sırasında tüm bu bilgiler edinildikten sonra, yönetime özgü danışmanlıkta, yöntemin geri dönebilirliği, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi spesifik bilgiler verilir. İzlem danışmanlığında ise, kişinin memnuniyetini değerlendirmek, sorularını yanıtlamak, yöntem kullanımının devamlılığını sağlamak danışmanlık hedefleri arasındadır (22).

2.6. Aile Planlaması Yöntemleri

Aile planlaması yöntemleri, doğal aile planlaması ve modern aile planlaması yöntemleri olarak ikiye ayrılır. Çizelge 2.1’de aile planlaması yöntemlerinin sınıflandırılması gösterilmiştir.

Çizelge 2.1. Aile planlaması yöntemlerinin sınıflandırılması

Doğal aile planlaması yöntemleri	2. Modern yöntemler
1. Servikal mukus yöntemi 2. Bazal vücut ısısı yöntemi 3. Servikal palpasyon yöntemi 4. Semptotermal yöntem 5. Takvim yöntemi 6. Geri çekme 7. Laktasyonel amenore 8. Vajinal duş	1. Bariyer yöntemler: • Prezervatif • Spermisid • Diyafram • Servikal başlık • Kadın kondomu 2. Rahim içi araçlar (RİA) • Bakırlı RİA • Levonorgestrel içeren RİA 3. Hormonal kontrasepsiyon • Kombine oral kontraseptifler • Transdermal yama • Vajinal halka (nuvaring) • Enjekte edilen hormonal kontraseptifler • Mini haplar • İmplantlar 4. Gönüllü cerrahi sterilizasyon • Kadında gönüllü cerrahi sterilizasyon • Erkekte gönüllü cerrahi sterilizasyon 5. Acil kontrasepsiyon

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt 2 Kontraseptif Yöntemler*. 2005, L. C. Lobo R, Gershenson D, *Family Planning*, editors Rivlin K, Westhoff seventh edition, ebook, 2017 p 237-257’den yararlanılarak oluşturulmuştur.

2.6.1. Doğal Aile Planlaması

Doğal aile planlaması, çiftlerin doğurganlık bilinci ile, gebeliği önlemeyi ya da oluşturmayı sağlayan bazı kuralların birlikte uygulanması olarak tanımlanır. Bu yöntemlerin etkin olması için, çiftlerin cinsel davranışlarında düzenlemeler yapması gerekmektedir. Doğal aile planlaması yöntemleri arasında, bazal vücut ısısı yöntemi, servikal palpasyon yöntemi, servikal mukus yöntemi ve bu üç yöntemin birleşimi olan semptotermal yöntemler yer alır (23,24).

Diğer doğal aile planlaması yöntemleri de, takvim yöntemi, geri çekme, vajinal yıkama ve laktasyonel amenore olarak sayılabilir (23,24).

Tüm doğal aile planlaması yöntemleri fertil günlerin belirlenmesi esasına dayanır. Bir yılda tipik gebelik oranı yaklaşık %24 olduğundan, tek bir fertilité belirleyen yöntemin kullanımı önerilmez. Bu yöntemlerin birlikte kullanılması görece daha etkilidir (25).

2.6.1.1. Servikal mukus yöntemi

Servikal mukusu izleyerek, fertil ve infertil günlerin belirlendiği yöntem, Billings'ler tarafından geliştirildiği için, bu yöntem Billings Ovulasyon Metodu da denir. Kadın menstrüel siklus boyunca servikal mukus salgısını kontrol edip kaydeder. Menstrüel kanama bittikten sonra, çoğu kadında birkaç gün hiç mukus gözlenmez, bu günlere kuru günler denir (23).

Kuru günler sonrası mukus yapışkan ve koyu kıvamlıdır. Mukusun miktarı azdır. Ovulasyon yaklaşırken, mukus artar, inceler ve rengi berraklaşır. Çoğu kadın, bu günlerde ıslaklık hissedebilir. Bu günlere ıslak günler denir. Bu tür mukus, spermin ortalama üç gün yaşamasına ve ovuma doğru ilerlemesine imkan sağlar (23). Ovulasyondan sonra artan progesteronla birlikte mukus, yapışkan hale gelir ve vajina kuru hissedilir. Tipik siklusta kanama bittikten sonra vajinal kuruluk dönemine, ilk infertil dönem denir. İlk infertil dönemden sonra, mukusun görülmeye başlaması veya vajinal kuruluğun kaybolması ile fertil dönem başlar. Islaklık hissinin veya şeffaf mukusun en son görüldüğü gün zirve gündür. Ovum 24 saat canlı kalabildiğinden ve ovulasyon bazen zirve günden sonraki ikinci gün gerçekleştiğinden dolayı, fertil dönem zirve dönemden sonra 3 gün daha sürer. Zirve günden sonraki dördüncü günden bir sonraki menstrüel kanamaya kadar

olan gün inferil dönemdir. Bu yöntemin etkili olması, kadının servikal mukusu iyi izlemesi, kaydetmesi, değişiklikleri doğru yorumlamasına bağlı değişkenlik gösterebilir (23,26).

2.6.1.2. Bazal vücut ısısı yöntemi

Yapılan çalışmalarda, luteal fazda progesteron etkisi ile, vücut sıcaklığının 0,2- 0,5 derece arttığı saptanmıştır (23). Ovulasyondan sonra korpus luteumdan salgılanan progesteron termojeniktir, vücut ısını bir sonraki sıklusa kadar (11-17 gün) yüksek ısıda tutar. Bu da bazal vücut ısısı yönteminin esasını oluşturur. Bu yöntemde kadın her sabah vücut ısını termometre ile ölçüp kaydeder. Çiftler, menstrüel kanamanın başladığı günden, ısı artışının başladığı üçüncü günün akşamına kadar korunmasız cinsel ilişkiden kaçınırlar. Bazal vücut ısısı, hastalık, stres, düzensiz uyku, ölçüm hatası gibi pek çok durumdan etkilenebileceği için, fertil dönemleri belirlemede yetersiz kalabilir (23,24).

2.6.1.3. Servikal palpasyon yöntemi

Bu yöntem, kadının kendi kendine palpasyonla, servikste değişiklikleri tanıyıp yorumlaması esasına dayanır. İnfertil dönemde serviks serttir, eksternal servikal os kapalıdır, servikse kolay ulaşılır. Ovulasyonun yaklaşmasıyla birlikte, östrojen artışına bağlı olarak, serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir, servikal os açılır. Kadın serviksi kolayca hissettiği, serviksin sert, servikal osun kapalı olduğu ana kadar fertil sayılır. Çiftin fertil günlerde, korunmasız ilişkiden kaçınması gerekmektedir. Bu yöntemin etkililiği, kadının palpasyondaki becerisine, servikste değişiklikleri doğru tanıyabilmesine bağlı olduğundan, etkisi bireysel farklılıklar gösterebilir (23).

2.6.1.4. Semptotermal yöntem

Semptotermal yöntem, servikal mukus, bazal vücut ısısı ve servikal palpasyon yöntemlerinin birleşimidir. Servikal mukustaki ve vücut ısında meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve serviks palpasyonundaki bulgular kaydedilir. Her bir yöntemde uygulanan kurallar burada da geçerlidir. Bu yöntemde, çiftlerin her bir periyot 12-17 gün cinsel ilişkiden kaçınması gerekir ve

gebelik oranı doğru kullanımda %2, tipik kullanımda %13 olarak gösterilmiştir (24).

2.6.1.5. Takvim yöntemi

Takvim yöntemi ya da standart günler metodu, kadının adet döngüsü süresini takip etmesi ve 8. günden 19. güne kadar cinsel ilişkiden kaçınmasını gerektirir. Bu yöntemin kullanılabilmesi için menstrüel siklus uzunluğunun 26-32 gün aralığında olması gerekir. Eğer bir yıl içinde, 26 günden kısa veya 32 günden uzun süren bir siklus süresi varsa, bu metodu kullanmak önerilmemektedir (26).

Takvim yöntemi; düzenli menstrüel siklus, ovulasyonun 14. günde olduğu, ancak 11-17. günler arasında olabileceği, yumurtanın ovulasyondan sonra 14-24 saat arasında döllenebileceği varsayımı, spermin kadın vücudunda 24-72 saat canlı kalabileceği esaslarına dayanır. Fertil ve infertil günlerin belirlenmesi için 6 siklus boyunca siklus takibi yapılmalıdır. Stres ve hastalık gibi faktörler siklus süresini büyük ölçüde etkileyebilir. Çoğu kadının siklus süresini takip etmesi zor olabilir, fertil günlerin uzunluğu, çiftlerin cinsel perhize uyumunu zorlaştırabilir. Ayrıca düzensiz sikluslar nedeni ile çok genç yaştaki kadınlar, düşük ve doğum sonrası, premenopozal kadınlara önerilmemektedir (23).

2.6.1.6. Geri çekme yöntemi

Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakulatın gelmesinden önce, vajinanın dışına çıkararak ejakulatın vajina dışına boşaltılmasıdır. Geleneksel yöntemler arasındadır. Çalışmalarda 1 yıllık kullanımda 100 kadından 20'sinde gebelik görülmüştür. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumaması ve etkililiği düşük olması dezavantajları arasındadır (2).

2.6.1.7. Laktasyonel Amenore Metodu (LAM)

Laktasyonel amenore, emzirmenin fertilité üzerindeki doğal etkisine dayanan, geçici bir aile planlaması metodudur. Prolaktin gonadotropin pulsatilitesini engellediğinden, emziren kadınlar tipik olarak doğumdan sonra değişken bir süre amenoreik kalırlar. LAM metodu, 3 koşul gerektirir: annenin aylık kanamaları başlamamış olması, bebek tamamen veya neredeyse tamamen

anne sütü ile beslenmeli ve gece ve gündüz sık emzirilmeli, bebek 6 aydan küçük olmalıdır. Etkililiği kullanıcıya bağlıdır, anne bebeği tamamen veya neredeyse tamamen anne sütü ile beslemiyorsa gebelik riski artar. Her 3 LAM kriteri karşılanırsa, etkisi yüksektir. Emzirme aralığı, gündüz 4 saat, gece 6 saati geçmemelidir. Bu yöntem kullanılıyorsa, 6 aydan sonra başka bir yöntem önerilmelidir (2,27).

2.6.1.8. Vajinal duş

Pek çok kadın, vajina duvarı ve kanalındaki spermleri yıkayıp atacağı düşüncesiyle, cinsel ilişki sonrası vajinayı suyla yıkamanın gebeliği önlediğine inanır. Spermlerin birkaç saniye içinde servikal mukusu geçebileceğinden dolayı, bu yöntemin hiçbir etkisi yoktur (23).

2.6.2. Modern Yöntemler

2.6.2.1. Bariyer yöntemler

2.6.2.1.1. Prezervatif

Poliüreten ve lateks erkek kondomları, FDA tarafından onaylanmış, hem cinsel yolla bulaşan hastalıklardan, hem de gebelikten koruyan tek yöntemdir(27). Prezervatif, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruyor olsa da, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde diğer modern yöntemlerden önemli ölçüde daha az etkilidir. Prezervatif kullanım hataları daha çok, yanlış kullanım ve kullanım eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Lateks kondomun alerjik duyarlılık, kısa raf ömrü, yağ bazlı kayganlaştırıcılarla etkisinde azalma gibi olumsuz etkilerinden dolayı, poliüretan prezervatifler alternatif olarak geliştirilmiştir. Poliüretan kondomların kontraseptif etkisinin daha az olmasına rağmen, lateks alerjisi gibi durumlar için alternatif olabilir (28). Çalışmalarda, tipik kullanımda ilk bir yılda gebelik oranı 100 kadında 13 olarak gösterilmiştir (2).

2.6.2.1.2. Spermisid

Spermisidler, hızlı etkili köpük ve jeller ve gecikmeli etkili supozituar ve film şeklinde bulunabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde mevcut tek spermisid, spermin hücre zarını bozan ancak aynı zamanda vajinal epitelyumu bozabilen ve

HIV bulaşmasını artırabilen nonoksinol-9'dur (N-9). Spermisidin tek başına kullanımı, etkililiği en az olan kontraseptif yöntemlerden biridir. Tipik kullanımda bir yılda gebelik oranı %28 olarak gösterilmiştir (28,29).

2.6.2.1.3. Diyafram

Diyafram, halka üzerine modellenmiş esnek bir yay ile lateks veya silikondan yapılmış, ince, kubbe şeklinde bir zardır. Yay, aygıtın yerleştirilmek için katlanmasına izin verir ve daha sonra vajina içinde genişlemeye izin verir ve kenarı vajina duvarına oturarak vajina ve serviks arasında mekanik bir bariyer oluşturur (27). Çoğu diyaframda farklı boyutlar vardır, bu nedenle sağlık çalışanı tarafından uygulama gerektirir (2)(27). FDA tarafından onaylanmış Caya, tek boyutlu ve sağlık çalışanı tarafından uygulama gerektirmeyen diyaframdır (27).

Diyaframlar genellikle spermisidle birlikte kullanılır, spermin servikse ulaşmasını engeller. Spermisidin etkisiyle birlikte sperm ve ovumun bir araya gelmesini engeller. Spermisidle birlikte kullanımda ilk bir yılda gebelik oranı %17 olarak gösterilmiştir (2). Şekil 2.4'te diyafram şekli görülmektedir.



Şekil 2.4. Diyafram. **Kaynak:** Lobo R, Gershenson D LC. Family Planning [Internet]. Rivlin K WC, editor. 2017 [cited 2021 Jan 9]. 237–57.

2.6.2.1.4. Servikal başlık

Servikal başlık, serviksin etrafına oturan silikon veya kauçuk bir yapıda olan bir cihazdır. Servikse, bir klinisyen tarafından uygulama gerektirmektedir. Cihazın kubbesi servikse oturduğu için, vajina duvarlarına temas edecek şekilde

tasarlanmıştır. Servikal başlık da, diyafram gibi spermsidle kullanılır ve koitus sonrası en az 8 saat yerinden çıkarılmaması önerilmektedir (27). Her iki yöntemde de, üriner sistem enfeksiyonu, vajinal enfeksiyon, lateks alerjisi, toksik şok sendromu gibi yan etkiler görülebilir (2). Bu durumlarda başka bir kontraseptif yöntemle geçilmesi önerilmektedir. Şekil 2.5'te servikal başlık şekli görülmektedir.



Şekil 2.5. Servikal başlık. **Kaynak:** Lobo R, Gershenson D LC. Family Planning [Internet]. Rivlin K WC, editor. 2017 [cited 2021 Jan 9]. 237–57.

2.6.2.1.5. Kadın prezervatifi

Kadın prezervatifi, iki esnek halkalı, yumuşak bir poliüretan kılıftan oluşur (27). Lateks, nitril gibi materyallerden de üretilmektedir. Bir halkası, kapalı uçta yer alır ve vajina içindeki prezervatif için bir yerleştirme mekanizması görevi görür. Dış halka, yerleştirildikten sonra vajinanın dış bölgesinde kalır. Erkek prezervatifinde olduğu gibi, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan da koruma sağlar (27). Etkisi, kullanıcıya göre değişmektedir, tipik kullanımda gebelik oranı ilk bir yılda %21 olarak gösterilmiştir (2).

2.6.2.2. Rahim içi araçlar (RİA)

İntrauterin yöntemler, kalıcı doğum kontrol yöntemleri kadar etkili bulunmuştur (5). İntrauterin kontraseptif yöntemlerin, kontrasepsiyon dışı yararları da bulunmaktadır. Levonorgestrelli rahim içi aracın, menstrüel kan kaybını, endometriozisle ilişkili ağrıyı ve dismenoreyi önemli ölçüde azalttığı

gösterilmiştir. Levonergestrelli RİA ve bakırlı RİA endometrial kanser riskini azaltmaktadır (5,15). İntrauterin kontrasepsiyon, uzun süreli korunma isteyen kadınlarda, hormon almak istemeyen kadınlarda, östrojen kontrendikasyonu veya sensitivite olması durumunda, emziren kadınlarda iyi bir seçenek olabilir (8).

İstenmeyen gebelik oranlarının, kullanıma devam etmeme nedeniyle, kısa etkili yöntemlerde uzun etkili yöntemlerden daha fazla olduğu görülmüştür. Maliyet- etkililik açısından incelendiğinde uzun etkili yöntemlerle kısa etkili yöntemler arasında fark görülmemiştir (8).

Rahim içi araç yöntemi (RİA), uzun etkili-geri dönüşlü kontraseptif yöntemlerden biridir. Uzun etkili-geri dönüşlü yöntemler, kullanıcının tipik veya mükemmel kullanımından etkilenmez, çünkü bu kontraseptif yöntemler uygulandıktan sonra, herhangi bir kullanıcı eylemi gerektirmez. Bu da kullanıcının yöntemin etkinliğini değiştiremeyeceği anlamına gelir (30). RİA, tüm yaş grubundaki kadınlarda kullanılabilir ve yüksek etkilidir. Çocuk sahibi olan ve nullipar hastalarda da kullanılabilir (2). Dünyada kullanım sıklığı %41'den (Çin), %0,8'e (Orta Afrika) kadar değişiklik gösterebilir (5). TNSA verilerine göre Türkiye'de RİA kullanımı 2008 yılında %17 iken, 2018'de %14'e gerilemiştir (6,7). RİA'ların bir yıllık devam oranı yüksek olduğu gösterilmiştir (%80'in üzerinde) ve laparoskopik kalıcı yöntemler ile karşılaştırılabilecek çok düşük başarısızlık oranlarına sahiptir (5).

RİA, herhangi bir yaş grubunda, adölesan ve 40 yaş üstünde de uygulanabilir. Amerikan Pediatri Akademisi ve ACOG, adölesanlar için RİA kullanımını onaylamaktadır (8). CDC ergen yaş grubu ve nullipar kadınlarda RİA'yı kategori 2 olarak gruplandırmıştır (kategori 2: avantajları risklerden fazla). Yapılan sistematik bir derlemede, ergen yaş grubunda ekspulsiyon oranı %5 ile %22 aralığında olarak gösterilmiştir, daha ileri yaşta kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (8).

RİA'nın, nullipar kadınlara da uygulanabileceği önerilmektedir. Yapılan çalışmalarda, nullipar kadınlarda, ekspulsiyon oranı çocuk sahibi olanlardan düşük olarak gösterilmiştir (5,8). Nullipar kadınlarda, infertilite riskini artıracağına dair endişeler olsa da, çalışmalarda infertilite riskinde artma olmadığı gösterilmiştir (31).

CDC'ye göre emziren kadınlar için bakırlı RİA, kategori 1, LNG-RİA ise, kategori 2 olarak sınıflandırılmıştır. (kategori 1: metot için bir kısıtlama olmaması) CDC'ye göre, RİA kullanan emziren kadınlar, emzirmeyen kadınlara kıyasla, ekspulsiyon, enfeksiyon, ağrı veya kanama dahil olmak üzere RİA ile ilgili belirli advers olaylar için artmış riske sahip değildir (31).

RİA kullanan kadınlarda, pelvik inflamatuvar hastalık sıklığı, genel popülasyon ile benzer bulunmuştur (5). RİA kullanan kadında, cinsel yolla bulaşan hastalık veya, pelvik inflamatuvar hastalık ortaya çıkarsa, RİA çıkarılmadan uygun antibiyotik tedavisi başlanmalıdır (5,31). CDC ve DSÖ rehberlerine göre, RİA uygulanacak kadınlarda, rutin cinsel yolla bulaşan hastalık için tarama yapmaya gerek yoktur. Eğer cinsel yolla bulaşan hastalık riski varsa, uygulama öncesi o zaman tarama yapılması ve Clamidy veya Gonore pozitifse, tedavi başlanması önerilmektedir. RİA uygulaması öncesi, rutin antibiyotik profilaksisi yapılması önerilmemektedir (5).

CDC ve DSÖ rehberlerine göre, RİA'ların yüksek etkinliği nedeniyle ektopik gebelik riski son derece düşüktür. Bununla birlikte, bir kadın RİA kullanımı sırasında hamile kaldığında, göreceli olarak ektopik gebelik olasılığı önemli ölçüde artar (2,31).

CDC'ye göre, trikomonas vaginalis ve bakteriyel vajinozis olması, bakırlı ve LNG-RİA için, kategori 2, diğer cinsel yolla bulaşan hastalık etmenleri ise kategori 1 olarak sınıflandırılmıştır (31). HIV ile enfekte kadınlarda, 6-45 aylık takip süresinde RİA kullanımının, HIV'in ilerlemesini olumsuz etkilemediği gösterilmiştir (31). Kadının, RİA kullanımı sırasında, HIV ile enfekte olması durumunda RİA'nın çıkarılması önerilmemektedir (2).

Postpartum kadınlarda da RİA kullanımı önerilmektedir. Plasenta ayrıldıktan 10 dakika sonrası ve postpartum 4. hafta öncesi CDC'ye göre kategori 2 olarak sınıflandırılmıştır (kategori 2: Yöntemi kullanmanın avantajlarının genellikle teorik veya kanıtlanmış risklerden daha ağır bastığı bir durum). Postpartum 4. hafta sonrası ise CDC'ye göre kategori 1 olarak sınıflandırılmıştır (31) (kategori 1: kontraseptif yöntemler için herhangi bir kısıtlamanın olmadığı durum).

RİA, spontan veya isteyerek düşükten sonra uygulanabilmektedir. Düşükten hemen sonra uygulanması ile, geç uygulanması arasında komplikasyon riski açısından fark görülmemiştir. Ekspulsiyon riski, 2.trimester düşüklerinde ilk trimester düşüklerinden daha fazla görülmüştür (31).

RİA'nın kontrendike olduğu literatürde yer alan ve CDC tarafından kategori-4 olarak sınıflandırılan durumlar (kategori 4: kabul edilemez sağlık riskini ifade eden durum) Çizelge 2.2'de yer almaktadır.

Çizelge 2.2. RİA'nın kontrendike olduğu durumlar

RİA'nın Kontrendike Olduğu Durumlar
– Gebelik – Bilinen uterin kavite anatomik bozuklukları – Postseptik abortus – Nedeni bilinmeyen anormal uterin kanama – Tedavi edilmemiş servikal- endometrial kanser – Progesterin reseptör pozitif meme kanseri (LNG-RİA için) – Mevcut PID, pürülan servisit

Kaynak:

- Family Planning. A Global Handbook For Providers. Updated 3rd edition 2018 World Health Organization Department of Reproductive Health and Research. 2018.
- Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7 - Intrauterine Contraception. J Obstet Gynaecol Canada 2016 ;38(2):182–222.
- Classifications for Intrauterine Devices | CDC [Internet]. [cited 2021 Jan 24].

Uterin perforasyon, enfeksiyon, ekspulsiyon, gebelik RİA'nın olası komplikasyonları arasında yer alır (5,8). Parsiyel veya tam uterus perforasyonu nadir görülebilecek komplikasyonları arasında yer almaktadır. Yapılan prospektif bir kohort çalışmasında, perforasyon oranı LNG-RİA'da 1000'de 1.4, bakırlı RİA'da 1000'de 1.1 olarak gösterilmiştir (32). Perforasyon riski, uygulayıcının tecrübesi, postpartum durum, emzirme, uterin anatomi gibi faktörlerle değişebilmektedir (5).

Yapılan bir kohort çalışmasına göre, RİA uygulamasından sonra genital sistem enfeksiyon riskinin çoğunlukla uygulama süreciyle ilgili olduğu gösterilmiştir (33). Actinomiçes organizmaları, sıklıkla RİA bulunan kadınlarda

rutin sitolojide gösterilmiştir. Kadın asemptomatik ise, belli aralıklarla tedavisiz takip edilebileceği önerilmektedir (27).

Ekspulsiyon, nadir görülen komplikasyonlar arasında yer almaktadır. Yapılan bir çalışmaya göre, ilk bir yıl için ekspulsiyon riski %2-10 arasında olduğu gösterilmiştir(34). Yapılan diğer bir çalışmada, ekspulsiyon oranının adölozanlarda daha ileri yaşlara göre daha yüksek, nullipar kadınlarda ise doğum yapan kadınlara göre daha düşük olarak bulunmuştur (35).

Bakırlı ve LNG-RİA'da gebelik oranı ilk bir yılda %1'den az olarak gösterilmiştir (2). Çalışmalarda bildirilen kontraseptif başarısızlık oranı %0,1 ile 2,2 arasında değişmektedir (30). RİA varlığında gebelik gerçekleşmişse, ektopik gebelik dışlanması önerilmektedir.

2.6.2.2.1. Bakırlı RİA

Bakırlı RİA (TCu380A), gövde ve kolların etrafına bakır telle sarılmış T şeklinde bir polietilen cihazdır. Çalışmalar bakırlı RİA'nın kontraseptif etkisini, spermin migrasyon ve viabilitesini inhibe ederek gerçekleştirdiğini göstermiştir (8,30). Bakır iyonları motilite ve transportun yanı sıra, akrozomal reaksiyonu da önlemektedir. Bakır iyonları endometrial kavitede yabancı cisim reaksiyonuna yol açmakta ve endometriumda biyokimyasal ve morfolojik değişikliklere neden olmaktadır (5). Bu reaksiyon da, genital sistemin sıvılarında inflamatuvar yanıtı neden olarak, spermin servikal mukusa penetre olma yeteneğini azaltır (5).

Bakırlı RİA, DSÖ kılavuzuna göre 12 yıla kadar etkilidir (2). Çoğu ulusal sağlık otoriteleri tarafından 10 yılın üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir (30). Çalışmalarda, 35 yaş üzeri kadınlarda, 10 yılın üzerinde kullanılabileceği gösterilmiştir. Aynı cihazı, menopoza kadar kullanmayı öneren çalışmalar da bulunmaktadır (30).

Bakırlı RİA, tüm dünyada en sık kullanılan RİA tipidir (30). Bakırlı RİA'da gebelik oranı ilk bir yılda %1'den az olarak gösterilmiştir (2). Çalışmalarda bildirilen kontraseptif başarısızlık oranı %0,1 ile 2,2 arasında değişmektedir (30). Bakırlı RİA'lar düşük gebelik oranına ve ayrıca çok düşük ektopik gebelik oranına sahiptir. Ektopik gebelik riski düşük olmasına rağmen, insitu RİA varlığında gebelik gerçekleşmiş ise, bu gebeliğin %15 ila %55'i ektopik

gebelikler olduğu bildirilmiştir (5). Fertilizasyon riski büyük oranda azaldığından, kontraseptif yöntem kullanmayan kadınlara kıyasla, RİA kullanan kadınlarda, daha düşük mutlak ektopik gebelik riski olmaktadır. Ektopik gebelik riski, bakırlı RİA'ya kıyasla, levonorgestrelli RİA kullanan kadınlarda daha düşüktür (5).

Bakırlı RİA'nın en sık görülen yan etkisi, yoğun menstrüel kanama ve ağrıdır (8). İrregüler kanama ve menstrüel kanama miktarında değişikliklere neden olabilir. İrregüler kanamanın 1 yıl kullanımdan sonra azaldığı gösterilmiştir. İrregüler kanamanın, persistan olması ve pelvik ağrı eşlik etmesi durumunda bakırlı veya levonorgestrelli RİA kullanan kadında gebelik, malpozisyon, ekspulsiyon, servikal-uterin patolojilerin ekarte edilmesi önerilmektedir (5). Dismenore ve pelvik ağrı, RİA uygulandıktan sonraki birkaç gün içinde görülebilecek yan etkiler arasındadır (2,5). Yapılan çalışmalara göre, nullipar kadınlar, RİA yerleştirilmesi sırasında daha fazla ağrı bildirmişlerdir (5).

Bakırlı RİA, korunmasız cinsel ilişki sonrasında 7 güne kadar başvuran kadınlarda acil kontraseptif yöntem olarak kullanılabilir. Acil kontraseptif yöntemler içinde, en efektif olanıdır (5,27).

2.6.2.2.2. Levonorgestrelli RİA

LNG-RİA, dikey gövdesi üzerinde hız sınırlama yoluyla hormonu yavaşça salan bir progestin rezervuarı membran içerir. Endometriumda zayıf bir yabancı cisim reaksiyonuna yol açarak, glandular atrofi ve endometrial desidualizasyonu içeren değişikliklere neden olur. Primer etki mekanizması, servikal mukusun miktar ve viskozitesindeki değişiklikler yoluyla, böylece sperm penetrasyonuna bariyer görevi görür (5,8). Mevcut kanıtlar, LNG-RİA'ların gebeliği bozmadığını ve abortusa neden olmadıklarını desteklemektedir. Ovulasyon inhibe olabilse de pek çok çalışmada ovulasyonun korunduğu gösterilmiştir. Endometrial östrojen ve progesteron reseptörleri suprese olması ile, kanama paterni değişiklikleri ve kontraseptif etkileri ortaya çıkar (5).

Çalışmalarda, LNG-RİA kullanan kadınlarda, ilk yılda gebelik oranı %1'den az olarak gösterilmiştir (2). LNG-RİA'nın Mirena, Liletta, Kyleena, Skyla ve Jaydess gibi farklı markaları bulunmaktadır. Mirena ve Kyleena, 5 yıla kadar kullanım için onaylanmıştır. Çalışmalarda, Mirena'nın 7 yıla kadar yüksek

etkili kalabileceği gösterilmiştir. Liletta, Skyla ve Jaydess 3 yıla kadar kullanım için onaylanmıştır (2). Ülkemizde, LNG-RİA olarak piyasada Mirena bulunmaktadır (36). Mirena 52 mg levonorgestrel içerir ve günlük 20 mikrogram levonorgestrel salgılar. 5 yılın sonunda ise günlük 10 mikrograma kadar düşmektedir. 13.5 mg levonorgestrel içeren formu ise (skyla) günde 14 mikrogram salgılar ve 3 yılda 5 mikrograma düşer (37).

LNG-RİA, kontrasepsiyonun yanı sıra, menoraji ve hormon replasman tedavisinde de kullanım endikasyonu almıştır. Ayrıca endometriozis, endometrial hiperplaziler, adenomiyozis ve leiomyomlarda da tedavi edici özellikleri olduğu, çalışmalarda gösterilmiştir (38). Ağır menstruel kanamada, LNG-RİA'nın kan kaybını %74'ten %98'e kadar azalttığı ve hemoglobin seviyelerini olumlu etkilediği gösterilmiştir. Bu sebeple, ağır menstruel kanama kaynaklı histerektomilerde önemli ölçüde azalma sağlar (5).

Az miktarda steroid salınmasına rağmen, LNG-RİA kullanan bazı kadınlarda, baş ağrısı, göğüslerde hassasiyet, mide bulantısı, ruh hali değişiklikleri gibi hormonal yan etkiler görülebilmektedir. Akne ise nadir görülen yan etki olarak bildirilmiştir (8). LNG-RİA kullanıcıları, bakırlı RİA kullananlarla karşılaştırılabilir kilo artışı bildirilmiştir (39). LNG-RİA'nın kemik mineral yoğunluğu üzerinde olumsuz bir etkisi olmadığı veya fraktür riskini artırmadığı çalışmalarda gösterilmiştir (40). Düzensiz kanama ve lekelenme, ilk haftalarda sık görülse de, uzun süre kullanımdan sonra azalmaktadır (5). LNG-RİA'nın 24 ay kullanım sonrası kullanıcılarda, amenore %50, oligomenore %25 olarak görülmektedir (8). Bakırlı RİA kullanımı dismenorede hafif bir artışla ilişkilendirilebilirken, LNG-RİA kullanımı dismenorede bir azalma ile ilişkilendirilebilir (41).

Bakırlı RİA uygulandıktan sonra herhangi bir ek yöntem önerilmemektedir, LNG-RİA'da ise uygulandıktan sonra ilk 7 gün, prezervatif gibi bir ek yöntem önerilir (8).

2.6.2.3 Hormonal kontrasepsiyon

2.6.2.3.1. Kombine oral kontraseptifler (KOK)

Oral kontraseptifler, kombine oral kontraseptifler ve minihaplar olarak ikiye ayrılır. Kombine oral kontraseptifler, östrojen ve progesteron içeren preperatlardır. Bir kısmı 21 gün süre ve 7 gün ara vererek kullanılır, ara verilmeksizin kullanılan, ara dönemde plasebo veya demir preperatı içeren formları da bulunmaktadır. Aktif hormon alınmayan dönemde çekilme kanaması gerçekleşir ve bu şekilde siklik kanamalar sağlanır (42).

KOK'lar primer olarak gonadotropin salınımını baskılar; böylece folikül olgunlaşması, preovulatuvar luteinizan hormon artışı ve ovülasyon engellenir. Servikal mukusun vizközleşmesiyle sperm transportunu bloke eder, ovum ve sperm transportunu güçleştirir ve endometriyal atrofi ile implantasyonu engellerler (27).

Son yıllarda, irregüler kanama, bulantı, VTE gibi yan etkilerin azaltılması için, KOK rejimlerinde önemli değişiklikler yapılmıştır. Bu amaçla, etinil östrojenin dozu önemli ölçüde azaltılmıştır ve 35, 30, 20, 15 ve 10 µg içeren formlar mevcuttur. Yeni progesteronlarda, androjenik etki daha düşüktür. Bugünün KOK formülasyonlarındaki daha düşük dozların, düşük glukoz intoleransı insidansı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Östrojenin insülin direncini indüklemesi ve progestinin insülin yarı ömründeki değişiklikler, glukoz metabolizmasını etkilemektedir. Sigara kullananlarda kardiyovasküler riskte artış olabileceği, FDA tarafından bildirilmiştir, VTE riski, ilk 3 ay en yüksektir (43,44). Baş ağrısı, ruh hali değişiklikleri, akne, kilo alımı, bulantı, baş dönmesi, göğüslerde hassasiyet diğer görülebilecek yan etkiler arasındadır (2).

KOK'un etkinliği, kullanıcıya bağlı değişebilmektedir. Bir kadın yeni bir hap paketine üç veya daha fazla gün geç başladığında veya hap paketinin başlangıcına veya sonuna doğru üç veya daha fazla hapi atladığında, gebelik riski en yüksektir. Tipik kullanımda, KOK kullanan kadınlarda ilk 1 yılda gebelik oranı %7 olarak gösterilmiştir (2). Auralı migreni olan kadınlarda, strok riskini artırabileceğinden, KOK kullanımı önerilmemektedir (45). Hipertansiyonu olan kadınlarda da (sistolik 140- 159 ve diastolik 90-99 üzeri) hormonal kontraseptifler önerilmemektedir. 20 yıldan uzun süre diyabet veya mikrovasküler

komplikasyonların olduğu diyabeti olan hastalarda da, KOK kullanımı kontrendikedir. Bilinen faktör 5 leiden, protein C, protein S mutasyonu gibi ailesel trombofili olan kadınlarda da kontrendikedir. Emzirme olsun ya da olmasın postopartum ilk 21 gün, VTE riskini artırabileceğinden, KOK kullanımı önerilmemektedir. Günde 15'ten fazla sigara içen kadınlarda, kardiyovasküler hastalıklar için riski artırdığından, KOK kullanımı önerilmemektedir. İskemik kalp hastalığı öyküsü, strok öyküsü, aktif meme ca olan kadınlarda da önerilmemektedir (45,46).

KOK'ların kemik mineral dansite artışı, dismenorenin azalması, menstrüel kan kaybını ve buna bağlı aneminin azalması, hirsutizm ve aknenin azalması, fonksiyonel over kistlerini azaltması gibi kontrasepsiyon dışı yararları bulunmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumadığı ve kondom kullanılması gerektiği konusunda hastaların bilgilendirilmesi önerilmektedir (47).

Kontrendikasyon yoksa ve KOK başlanması planlanıyorsa, gebelik olmadığı kanıtlandıktan sonra KOK başlanabilir. Mensin ilk günü veya mens kanamasından sonraki ilk Pazar günü başlamak gibi yaklaşımlar, istenmeyen gebeliğe yol açabileceğinden önerilmemektedir. Ardışık 7 gün kullandıktan sonra ovulasyon inhibe olacağından, menstrüel siklusun ilk günlerinde başlanmamışsa, ilk 7 gün ek metot kullanılması önerilmektedir (47).

Prospektif bir kohort çalışmasına göre, vücut kitle indeksi 35'in üzerinde olan kadınlarda, KOK kullanımında kontraseptif başarısızlık oranında hafif bir artış olduğu görülmüştür (48). CDC, obezite olan kadınlara, KOK kullanımını, kategori-2 olarak önermektedir. Yaş tek başına KOK kullanımında kontrendike olmamakla birlikte, kardiyovasküler risk faktörü olmayan, sigara içmeyen kadınlarda, KOK kullanımı 50-55 yaşa kadar, CDC tarafından kategori-2 olarak önerilmektedir. KOK başlanması planlanan hastalarda, ayrıntılı öykü alınması ve kan basıncı ölçümü ve kilo ölçümü dahil, fizik muayene yapılması, hastaların, olası yan etkiler konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir (45,46).

2.6.2.3.2. Transdermal yama

Kombine transdermal yamalar, östrojen ve progesteron salınımı yapan, küçük, ince, esnek plastik yapıda bir maddedir. Doğrudan deri yoluyla kan

dolaşımına salınım yaparak etki gösterir. Transdermal yama, deriye uygulandıktan sonra 3 hafta boyunca aralıksız kullanıp, 1 hafta ara verilerek kullanılır ve böylece aylık menstrüel kanama meydana gelir. Primer mekanizması ovulasyonun önlenmesidir. Eritem, kaşıntı, zayıf yapışma, cilt tahrişi transdermal tedavinin başlıca yan etkileri arasındadır. Deri reaksiyonlarının yanı sıra, baş ağrısı, göğüslerde hassasiyet, bulantı, kusma, bacaklarda kramp, kilo alımı, irregüler kanama gibi sistemik yan etkiler de görülebilmektedir (2,49).

2.6.2.3.3. Vajinal halka

Kontraseptif vajinal halka, 2,7 mg etinil estradiol ve 11,7 mg etonogestrel içeren esnek, halka şeklinde bir cihazdır. Steroidler, vajinal epitelden dolaşıma katılır. Vajinal halka, (nuvaring), 21 gün vajinada tutulup, 7 gün ara verilir ve böylece geri çekilme kanaması meydana gelir. Vajinal halkanın kullanılmadığı dönem sonrasında ise, yeni bir halka yerleştirilir. Oral kontraseptiflerde olduğu gibi, temel mekanizma gonodotropinlerin inhibisyonu ve ovulasyonun önlenmesidir. KOK'lara göre daha az irregüler kanama görülmüştür, kontraseptif etkileri ise KOK'lar ile benzer bulunmuştur. Halka ekspulsiyonu nadir olarak görülebilmektedir (27). Vajinit, lökore gibi halka ile ilgili yan etkiler de görülebilir. Baş ağrısı, göğüslerde hassasiyet, bulantı gibi hormonal etkiler de beklenen yan etkiler arasındadır (47). Çalışmalarda, tipik kullanımda başarısızlık oranı %7 olarak gösterilmiştir (50). Şekil 2.6'da vajinal ring resmi görülmektedir.



Şekil 2.6. Vajinal ring. **Kaynak:** Lobo R, Gershenson D LC. Family Planning [Internet]. Rivlin K WC, editor. 2017 [cited 2021 Jan 9]. 237–57.

2.6.2.3.4. Enjekte edilen hormonal kontraseptifler

Enjekte edilen kontraseptifler, uzun etkili yöntemler arasında yaygın kullanılan bir yöntemdir. İçerdikleri hormon tipine göre yalnız progesteron içeren ve kombine (östrojen ve progesteron içeren) enjekte edilen kontraseptifler olarak 2 tipi bulunmaktadır. Yalnız progesteron içeren enjekte edilen kontraseptifler [depo medroksi progesteron asetat (DMPA), nortetisteron enantate (NET-EN)] kontraseptif etkilerinin yanı sıra, menstrüel kan kaybında azalma, endometriozise bağlı ağrının azalması, polikistik over sendromunda endometrial koruma gibi kontrasepsiyon dışı yararları nedeni ile de kullanılabilir. Yan etkilerin azaltılması için DMPA'nın doz azaltma ve daha uzun süre etki eden formunun bulunması için çalışmalar devam etmektedir (51).

Tipik kullanımda 1 yıllık gebelik oranı %6 olarak gösterilmiştir, kullanıma devam etme oranı ise 1 yıl için %54'tür (52). DMPA'nın intramusküler formu 150 mg, subkutan formu ise 104 mg'dır. Etki mekanizmaları, FSH ve LH inhibisyonu yolu ile ovulasyonu inhibe eder, servikal mukusu kalınlaştırarak sperm motilizasyonunu engeller ve endometrial atrofiye neden olur (27).

DMPA, enjekte edildikten sonra kan dolaşımına progestin salınımı başlar ve yaklaşık 24 saat sonra kontraseptif etkinliği sağlayacak seviyeye ulaşır. DMPA'nın dolaşımdan temizlenme süresinden dolayı, tek bir enjeksiyondan sonra ovulasyonun tekrar başlaması 6 aydan 1 yıla kadar uzayabilir (27).

Yan etkiler, irregüler kanama, kanama süresinde uzama, aylık kanamanın olmaması, kilo alımı, baş ağrısı, baş dönmesi, karında şişkinlik, ruh hali değişiklikleri beklenen yan etkileri arasındadır. Sigara kullanan, 40 yaş üstü veya adölesan da dahil tüm yaş grubundaki kadınlar, doğumdan 6 hafta sonra olmak üzere emziren kadınlarda da yalnız progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler kullanılabilir (2).

Progesteron ve östrojen içeren kombine enjekte edilen kontraseptifler aylık uygulama gerektirmektedir. Rutin kullanımda yıllık gebelik oranı %3 olarak gösterilmiştir. Cyclofem (estradiol cypionate 5 mg + medroxyprogesteron asetat 25 mg) ve Mesigyna (estradiol valerat 5 mg + noretisteron enantate 50 mg) kombine enjekte edilen ajanlardır. Kanama değişiklikleri gibi yan etkiler yalnız

progesteron içeren formlarla ve kombine oral kontraseptiflerle benzerdir. Emziren kadınlarda doğumdan 6 ay sonra kullanıma başlanabilir (2).

2.6.2.3.5. Yalnız progesteron içeren haplar (mini haplar)

Yalnız progesteron içeren haplar (mini haplar), kontraseptif etkiye sahip progesteron dozuna sahiptir ve ara vermeden sürekli kullanılır, her gün aynı saatte alınması önerilir. Genellikle emziren kadınlarda veya östrojenin kontrendike olduğu durumlarda kullanılır. Her bir hap, 0.35 mg norethindrone içerir. Tipik kullanımda başarı oranı kombine oral kontraseptiflerle benzer olarak bulunmuştur. Amenore, lekelenme, menstrüel siklus kısalması, kanama süresinde uzama gibi menstrüel irregülasyon ile ilgili yan etkiler en sık görülmektedir. Bunların dışında bulantı, baş dönmesi, baş ağrısı, göğüslerde hassasiyet de hormonal yan etkiler arasındadır (53).

Mini hapa, adet ilk 5 günü başlanması önerilmektedir. Gebelik olmadığı kanıtlandığı sürece menstrüel siklusun herhangi bir döneminde de başlanabilir, fakat adet ilk 5 günü başlanmamış ise, 7 gün boyunca ek metot kullanımı önerilir. Mini hapların her gün aynı saatte alınması gerekmektedir, 3 saatten daha kısa bir süre geçmişse fark edildiğinde alınmalıdır, 3 saatten fazla süre ile unutulması durumunda 48 saat boyunca ek yöntem önerilir. Mini haplar gebelik ve meme ca varlığında kontrendikedir, aktif viral hepatit, DVT veya pulmoner emboli, siroz da rölatif kontrendikasyon oluşturan durumlar arasındadır (44).

2.6.2.3.6. İmplantlar

İmplantlar uzun etkili ve geri dönüşlü yöntemler arasındadır. Kontraseptif implantların temel özellikleri, subdermal hormon salınımı ile hepatik metabolizmaya uğramamasıdır. Etonogestrel (ENG) salınımı yapan implant, 3 yıllık kullanım onayı almıştır. Etonogestrel, yüksek potenslidir ve LNG'den daha az androjen reseptör afinitesi bulunmaktadır. LNG implant ise 5 yıl için kullanım onayı almıştır ve her biri 75 mg LNG içeren iki silikon çubuktan oluşmaktadır. ENG- implantın uygulandıktan sonra 8 saat içinde etkisi başlar ve serum seviyesi 4-20 günde pik yapar. Kontraseptif implantların temel mekanizması, servikal mukusu kalınlaştırmak ve endometriumda yapısal değişikliklere yol açmaktır.

Anovulasyon, servikal mukus kalınlaşması ve endometrial supresyon her iki implantta da görülmektedir. Endometrial değişiklikler, kanama paterninde değişikliklere neden olmaktadır. Amenore, düzensiz kanamalar ve kanama süresinin uzaması görülebilmektedir (30).

2.6.2.4. Gönüllü cerrahi sterilizasyon

2.6.2.4.1. Kadınlarda gönüllü cerrahi sterilizasyon

Cerrahi sterilizasyon, kalıcı ve geri dönüşsüz bir kontrasepsiyon yöntemidir. Hormonal veya geri dönüşlü yöntemlerin kontrendike olduğu durumlarda kullanılabilir. Laparoskopik sterilizasyon teknikleri arasında, elektrokoagülasyon, tubal oklüzyon, bilateral salpenjektomi gibi yöntemler yer alır. Laparoskopinin düşük komplikasyon riski gibi avantajları vardır. Kalıcı yöntem olması nedeniyle aydınlatılmış onam alınması, paylaşılmış karar verme süreci olması önerilmektedir. Ayrıca hastaların, cerrahi öncesi intrauterin yöntemler gibi uzun etkili ve geri dönüşlü yöntemler hakkında da bilgilendirilmesi önerilmektedir. Sterilizasyon sonrası gebelik ihtimali kullanılan cerrahi yöntemle göre değişmekle birlikte yaklaşık 1000 gebelikte 13 olarak gösterilmiştir ve gebelik gerçekleşmesi durumunda ektopik gebelik olma olasılığı yüksektir (54).

2.6.2.4.2. Erkeklerde gönüllü cerrahi sterilizasyon

Vazektomi, ilk olarak 19. Yüzyılın başında İngiltere’de tanımlanmış ve 19. yüzyılın sonlarında, bu konuda hiçbir etkisi olmadığı anlaşılan kadar prostat büyümesi tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde, elektif kadın sterilizasyonu ile kıyaslandığında vazektomi sık kullanılmamaktadır. Erkek ve kadın sterilizasyonunu tercih edenler arasında, belirgin bir sosyoekonomik ve etnik farklılıklar görülmektedir. Vazektomi geri dönüşsüz, yüksek etkili bir yöntemdir, başarısızlık oranı %1’den az olarak gösterilmiştir. Vazektomi sonrası, azospermi kanıtlanana kadar, postoperatif alternatif bir kontrasepsiyon yöntemi kullanılması önerilmektedir (10,55).

2.6.2.5. Acil kontrasepsiyon

Acil kontrasepsiyon, korunmasız cinsel ilişki sonrası gebeliği önlemek amacıyla kullanılan kontrasepsiyon yöntemlerini içerir. Acil kontrasepsiyon, kullanılan yönteme bağlı olarak cinsel ilişkiden 120 saat sonrasına kadar kullanılabilir. Acil kontrasepsiyonda, bakırlı RİA ve 3 adet oral kullanılabilecek yöntem vardır: Levonogestrel 1.5 mg, ulipratal asetat 30 mg ve yuzpe yöntemi. Yuzpe metodu, markaya bağlı olarak bir ila altı KOK tabletin bir dozunu, 12 saat sonra ikinci bir dozu içerir. Bu metot, gebelik olasılığını %75 düşürmektedir. Yeni yöntemler daha etkili olduğundan, günümüzde sık kullanılmamaktadır. Ella, selektif progesteron modölatörü olan 30 mg ullipratal asetat içerir. Korunmasız cinsel ilişki sonrası ilk 72 saatte kullanılabilmektedir, ullipratal asetat, oral metotlar arasında en efektif olan ajandır (14,27).

Bakırlı RİA, acil kontrasepsiyonda en efektif yöntemdir (5,27). Korunmasız cinsel ilişki sonrası 5 gün içinde uygulandığında, etkisinin %99 oranında olduğu bulunmuştur. Eğer hasta kullanmaya devam etmek isterse bakırlı RİA yerinde bırakılabilir, yapılan prospektif bir kohort çalışmasında bakırlı RİA'yı acil kontraseptif olarak kullanan kadınların %80'den fazlasının, primer kontreseptif yöntem olarak kullanmaya devam etmek istedikleri gösterilmiştir (56).

3. MATERİYAL VE METOD

Araştırmamız gözlemsel tanımlayıcı anket çalışması olarak planlandı. Çalışma için; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 05.02.2020 tarih ve KAEK-98 sayılı karar ile “çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığı” onayı alınmıştır.

Çalışmamızın Antalya İli genelinde yapılması planlandığından, Antalya Valiliği, İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan ‘Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu’nun 22.09.2020 tarihli toplantısında “bilimsel çalışmamızın onaylanmasına oy birliği ile karar verildiği” onayı da alınmıştır.

3.1. Anket Hazırlanması

Anket soruları CDC (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri), ACOG (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği), DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ve Canadian Contraceptive Consensus verileri ve literatür taraması yapılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Ek-1).

3.2. Anket Uygulanması

Anket uygulanmadan önce Antalya İl Sağlık Müdürlüğü’nden aile sağlığı merkezinde çalışan hekimlerden gönüllülük esasına dayanarak yüz yüze anket yapmak için izin alınmıştır. Aynı zamanda Türkiye genelindeki aile sağlığı birimlerinde çalışan hekimlerle de anketler Google Forms web adresinden online hale getirilerek uygulanmıştır. Hem yüz yüze hem de online olan anketleri uygulamadan önce hekimlerden onam alınmıştır (Ek-2).

3.3. Örneklem Hesaplanması

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2019 yılı sağlık istatistikleri verileri kullanılmıştır. Bu verilere göre Türkiye’deki 2019 yılı aile hekimliği birimi sayısı 26.476’dır (57). Bu evrene göre örneklem

büyüklüğü aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır. P değeri literatürdeki çalışmalar taranarak %20 olarak belirlenmiştir (58). Örneklem büyüklüğü 242 olarak hesaplanmıştır. Düzensiz yapılan anketler çalışmadan çıkarılmış ve sonuçta örneklem büyüklüğünden daha fazla (245) anket sayısına ulaşılmıştır.

Unlimited population: $n = \frac{z^2 \times \hat{p}(1-\hat{p})}{\epsilon^2}$ Finite population: $n' = \frac{n}{1 + \frac{z^2 \times \hat{p}(1-\hat{p})}{\epsilon^2 N}}$

Şekil 3.1. Örneklem hesaplama formülü. [N (evren) 26476, P (Popülasyon oranı) %20, z skoru güven aralığı %95 alınarak 1,96 olarak hesaplandığında örneklem sayısı n: 242 olarak hesaplanmıştır].

3.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

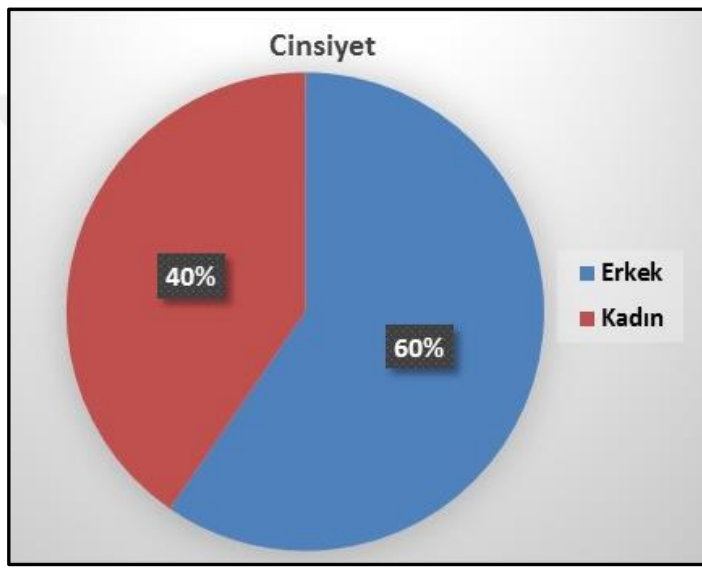
Çalışmadan elde edilen veriler SPSS-2.0 programına kaydedilerek analiz edildi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma ve ortanca değer kullanıldı. Grup karşılaştırmaları için ki-kare ve Student T testi kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık için $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi. Sağlık personellerinin bilgi düzeyini ölçen sorularda bilgi düzeyi soruların doğruluk yüzdelerinin ortalaması alınarak yapılmıştır.

4. BULGULAR

Yüz yüze ve online anket ile yapılan çalışmada toplamda 245 aile hekimine ulaşılmıştır.

4.1. Aile Hekimlerinin Sosyo-demografik Verileri

Aile hekimlerinin 146'sı (%59,6) erkek, 99'u (%40,4) kadın idi (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Katılımcıların cinsiyet dağılımı

Çalışmaya alınan hekimlerin yaş ortalaması $42,87 \pm 8,89$ (27-68) ve median yaş 43 olarak saptandı. Erkek hekimlerin yaş ortalaması $43,95 \pm 9,15$, kadın hekimlerin yaş ortalaması $41,29 \pm 8,27$ idi (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Katılımcıların yaş ortalaması ($p=0,19$)

	Yaş Ortalaması (% , standart sapma)
Erkek	43,95±9,15
Kadın	41,29±8,27
Toplam	42,87±8,89

Çalışmaya alınan hekimlerin 193'ü (%78,8) evli, 52'si (%21,2) bekardı. Hekimlerin 197'si (%80,4) pratisyen aile hekimi, 43'ü (%17,6) uzman aile hekimi ve 5'i (%2) diğer branş aile hekimidir. Aile hekimlerinin çalışma süreleri incelendiğinde hekimlerimizin 26'sının (%10,7) 0-3 yıl, 29'unun (%11,8) 3-5 yıl, 190'ının (%77,6) 5 yıldan fazla süre çalıştığı bulundu (Çizelge 4.2). Hekimlerimizin mezuniyet yıllarının ortanca değeri 2001 (1998-2020) idi.

Çizelge 4.2. Sosyo-demografik veriler

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Medeni Durum		
Evli	193	78,8
Bekar	52	21,2
Unvan		
Pratisyen Aile Hekimi	197	80,4
Uzman Aile Hekimi	43	17,6
Diğer Branş Aile Hekimi	5	2
Çalışma Süresi		
0-3 yıl	26	10,7
3-5 yıl	29	11,8
5 yıldan fazla	190	77,6

Aile hekimlerinin 138'i (%56,3) Antalya'da çalışmakta iken 107'si (%43,7) Antalya dışı illerde çalışmaktadır (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Aile hekimlerinin çalıştığı iller

İl	Sayı (n)	Yüzde (%)
Adana	3	1,2
Adıyaman	4	1,6
Afyonkarahisar	4	1,6
Ankara	19	7,8
Antalya	138	56,3
Aydın	5	2
Bitlis	4	1,6
Bursa	6	2,4
Çanakkale	2	0,8
Diyarbakır	5	2
Erzurum	1	0,4
Hatay	3	1,2
Isparta	2	0,8
İstanbul	18	7,3
İzmir	7	2,9
Kayseri	1	0,4
Kocaeli	2	0,8
Konya	2	0,8
Kütahya	3	1,2
Manisa	4	1,6
Ordu	2	0,8
Sakarya	6	2,4
Samsun	1	0,4
Şanlıurfa	3	1,2

4.2. Aile Hekimlerinin Aile Planlaması Yöntemlerini Önermeleri ve Uygulamaları ile İlgili Bulgular

Aile hekimlerine “üreme çağındaki hastalarınızın gebelik planını sorguluyor musunuz?” sorusuna 55’i (%22,4) her zaman, 91’i (%37) sıklıkla, 75’i (%30,6) ara sıra, 20’si (%8,2) nadiren, 4’ü (%1,6) hiçbir zaman şeklinde yanıt vermiştir. “Gebelik planı olmayan hastada uygun kontrasepsiyon yöntemi öneriyor musunuz?” sorusuna 68’i (%27,8) her zaman, 89’u (%36,3) sıklıkla, 67’si (%27,3) ara sıra, 20’si (%8,2) nadiren, 1’i (%0,4) hiçbir zaman şeklinde yanıt vermiştir.

Gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon yöntemi önerirken nasıl bir yol izlediklerine yönelik soruda hekimlerin 102’si (%41,6) hastalara tüm yöntemleri anlatarak danışmanlık verdiğini, 115’i (%46,9) aile sağlığı merkezinde (ASM) ebe-hemşireye yönlendirdiğini, 26’sı (%10,6) hastanın istediği yöntemle özel danışmanlık verdiğini ve 2’si (%0,8) dış merkeze yönlendirdiğini belirtti (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Aile hekimlerinin gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon yöntemi önerirken izledikleri yol

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalara tüm yöntemleri anlatarak danışmanlık vermek	102	41,6
Aile sağlığı merkezinde ebe-hemşireye yönlendirmek	115	46,9
Hastanın istediği yöntemle özel danışmanlık vermek	26	10,6
Dış merkeze yönlendirmek	2	0,8

Aile hekimlerinin kontraendikasyonu olmayan hastalara en sık önerdikleri aile planlaması yöntemlerine yönelik soruda, 95’i (%38,8) kondomu (prezervatif), 94’ü (%38,4) RİA’yı (rahim içi araç), 52’si (%21,2) OKS’yi (oral kontraseptif), 4’ü (%1,6) enjektabl kontraseptifleri önerdiğini belirtti (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5. Aile hekimlerinin önerdiği aile planlaması yöntemleri

Aile Planlaması Yöntemi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kondom (prezervatif)	95	38,8
RİA	94	38,4
OKS	52	21,2
Enjektabl kontraseptifler	4	1,6

Aile hekimlerine gebelik planı olmayan hastada kontrasepsiyon yöntemi olarak rahim içi araç (RİA) kullanılmasını önermelerine yönelik soruda, 52'si (%21,2) çoğu zaman, 95'i (%28,8) sıklıkla, 78'i (%31,8) ara sıra, 18'i (%7,3) nadiren, 2'si (%0,8) hiçbir zaman önermediğini belirtti. Hekimlere RİA önerdikleri hastalara uygulama yoluna yönelik soruda, hekimlerin 13'ü (%5,3) hastalara kendileri uyguladıklarını, 33'ü (%13,5) hastalarını ASM'de başka bir sağlık çalışanına yönlendirdiğini, 198'i (%80,8) hastalarını dış merkeze yönlendirdiğini, 1'i (%0,4) hastalara RİA önermediğini belirtti (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Aile hekimlerinin RİA uygulama yöntemleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
RİA'yı hastalarım kendim uyguladım.	13	5,3
RİA uygulanacak hastayı ASM'de başka bir sağlık çalışanına yönlendiririm.	33	13,5
RİA uygulanacak hastayı dış merkeze yönlendiririm.	198	80,8
RİA yöntemini hastalara önermiyorum.	1	0,4

Aile hekimlerinin 112'si (%45,7) RİA'nın aile sağlığı merkezinde uygulanabilir olduğunu, 133'ü (%54,3) ise uygulanabilir olmadığını belirtti. RİA'nın aile sağlığı merkezinde uygulanamayacağını düşünen hekimlere bunun nedenleri sorgulandığında, 53'ü (%21,6) ASM'nin fiziksel şartlarının yetersiz olduğunu, 35'i (%14,2) ellerinde RİA bulunmadığını, 55'i (%22,4) ASM'de sterilizasyon şartlarının yetersiz olduğunu, 43'ü (%17,5) hemşire-ebelerin RİA uygulamasını iş yükü gördüğünü, 56'sı (%22,8) ellerinde yeterli ekipman olmadığını ve bu işlem için yeterli ödenek verilmediğini, 50'si (%20,4) RİA uygulaması için eğitim almadığını, 40'ı (%16,3) ASM'de bu eğitimi almış personel olmadığını, 9'u (%3,6) hastaların bu yöntemi tercih etmediğini, 60'ı (%24,4) bu işlem uygulanması için yeterli zaman olmadığını, 64'ü (%26,1) komplikasyon riskinin yüksek olduğunu, 82'si (%33,4) malpraktis endişesinin olduğunu, 26'sı (%10,6) bu konuda güncel eğitimlerin yapılmadığını, 13'ü (%5,3) sağlık çalışanının enfeksiyon kapma riskinin bulunduğunu belirtti (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. Aile hekimlerinin RİA'yı ASM'de uygulanamaz olarak görme sebepleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
ASM'nin fiziksel şartları uygun değil (jinekolojik muayene odası vb.)	53	21,6
Elimizde RİA bulunmaması	35	14,2
ASM'de sterilizasyon şartlarının yetersiz olması	55	22,4
Hemşire ve ebelerin rahim içi araç uygulanmasını iş yükü olarak görmesi	43	17,5
Elimizde uygulama için yeterli ekipman olmaması ve bu işlem için ödenek verilmemesi	56	22,8
RİA uygulaması ile ilgili eğitim almamış olmam	50	20,4
Aile sağlığı merkezinde bu eğitimi almış sağlık çalışanının olmaması	40	16,3
Hastanın bu yöntemi tercih etmemesi	9	3,6
Bu işlemin uygulanması için yeterli zaman olmaması	60	24,4
Komplikasyon riskinin yüksek olması	64	26,1
Malpraktis endişeleri	82	33,4
Bu konuda güncelleme eğitimlerinin yapılmıyor olması	26	10,6
Sağlık çalışanının enfeksiyon kapma riskinin bulunması	13	5,3
	586*	238,8*
* Birden fazla nedenin seçilebileceği bir soru olduğu için toplam örneklem sayısı fazla çıkmıştır.		

Aile sağlığı merkezinde RİA uygulamalarının yapılabilmesi için aile hekimlerinden önerileri soruldu. Hekimlerin 101'i (%41,2) ASM'nin fiziksel şartlarının iyileştirilmesini, 121'i (%49,3) sağlık müdürlükleri tarafından ASM'lere ücretsiz RİA temin edilmesini, 124'ü (%50,6) ASM'de sterilizasyon şartlarının iyileştirilmesi ya da sağlık müdürlükleri tarafından ücretsiz olarak merkezi bir sistemle uygulanmasını, 150'si (%61,2) hemşire ve ebelerin iş yükünün azaltılması ve bu kişilere pozitif performans uygulanmasını, 124'ü (%50,6) ASM'de uygulama için yeterli ekipman bulundurulması ve bu işlem için ödenek verilmesini, 142'si (%57,9) RİA uygulaması ile ilgili eğitim almanın sıklaştırılması ve pozitif performans sağlanmasını, 62'si (%25,3) hastaların bu yöntem hakkında sosyal medya ve diğer platformlarda bilgilendirilmesinin artırılmasını, 130'u (%53) hekimlerin iş yükünün azaltılarak bu yöntem için

zaman sağlanmasını, 113'ü (%46,1) bu konuda düzenli güncelleme eğitimlerinin yapılmasını önerdi (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8. Hekimlerin ASM'de RİA uygulanması için önerileri

Öneri	Sayı (n)	Yüzde (%)
ASM'nin fiziksel şartlarının iyileştirilmeli (jinekolojik muayene odası vb.)	101	41,2
Sağlık müdürlükleri tarafından ASM'lere ücretsiz RİA temin edilmeli	121	49,3
ASM'de sterilizasyon şartlarının iyileştirilmeli ya da sağlık müdürlükleri tarafından ücretsiz olarak merkezi bir sistemle uygulanmalı	124	50,6
Hemşire ve ebelerin iş yükünün azaltılmalı ve bu kişilere pozitif performans uygulanmalı	150	61,2
ASM'de uygulama için yeterli ekipman bulundurulmalı ve bu işlem için ödenek verilmeli	124	50,6
RİA uygulaması ile ilgili eğitim almak sıklaştırılmalı ve pozitif performans sağlanmalı	142	57,9
Hastaların bu yöntem hakkında sosyal medya ve diğer platformlarda bilgilendirilmeleri artırılmalı	62	25,3
Hekimlerin iş yükünün azaltılarak bu yöntem için zaman sağlanmalı	130	53,0
Bu konuda düzenli güncelleme eğitimleri yapılmalı	113	46,1
	1067*	435,4*
* Birden fazla önerinin yapılabileceği bir soru olduğu için toplam örneklem sayısı fazla çıkmıştır.		

Aile hekimlerinin 82'sinin (%33,5) daha önce kendi veya eşi RİA kullandığını; 163'ü (%66,5) daha önce kendi veya eşinin RİA kullanmadığını bildirmiştir. Daha önce kendi veya eşi RİA kullanan aile hekimlerinin bu yöntemi tercih etme sebebine yönelik sorulan soruda 24'ü (%9,8) etkinliği yüksek olduğu için, 50'si (%20,4) uzun etkili-geri dönüşlü bir yöntem olduğu için ve 6'sı (%2,4) ek hastalıkları nedeniyle diğer yöntemler kontraendike olduğu için tercih ettiğini belirtmiştir.

Aile hekimlerine “*kendi eşinize veya çevrenize RLA yöntemini önerir misiniz?*” sorusuna 58’i (%38,7) çoğu zaman, 97’si (%39,6) sıklıkla, 67’si (%27,3) ara sıra, 18’i (%7,3) nadiren ve 5’i (%2) hiçbir zaman şeklinde yanıtladı.

4.3. Aile Hekimlerinin Aile Planlaması Yöntemlerini Önermeleri ve Uygulamalarını Etkileyen Faktörler

Üreme çağındaki hastaların gebelik planının sorgulanması ile hekimlerin cinsiyeti arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı ve **p=0,016** olarak bulundu (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9. Aile hekiminin cinsiyeti ile üreme çağındaki hastaların gebelik planını sorgulama arasındaki ilişki

Cinsiyet	Her zaman	Sıklıkla	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
Erkek (n, %)	27 %18,5	50 %34,2	49 %33,6	18 %12,3	2 %1,4
Kadın (n, %)	28 %28,3	41 %41,4	26 %26,3	2 %2	2 %2

ki-kare, **p=0,016**

Üreme çağındaki hastaların gebelik planını sorgulaması ile aile hekimlerinin medeni durumu (p=0,661), unvanı (p=0,618) ve aile hekimliğinde çalışma süresi (p=0,688) arasında istatistiksel anlamlı ilişki olmadığı görüldü.

Gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon önerilmesi ile aile hekimlerinin cinsiyeti arasında istatistiksel anlamlı ilişki görüldü ve **p=0.003** olarak saptandı (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Aile hekiminin cinsiyeti ile gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon önerilmesi arasındaki ilişki

Cinsiyet	Her zaman	Sıklıkla	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
Erkek (n, %)	34 %23,3	46 %31,5	47 %32,2	18 %12,3	1 %0,7
Kadın (n, %)	34 %34,3	43 %43,4	20 %20,2	2 %2	0 %0

ki-kare, **p=0,003**

Gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon önerilmesi ile aile hekimlerinin unvanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ve **p=0.008** olarak saptandı (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11. Aile hekiminin unvanı ile gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon önerilmesi arasındaki ilişki

Unvan	Her zaman	Sıklıkla	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
Pratisyen aile hekimi (N, %, p)	57 %28,2 1	81 %40,1 0,12	46 %22,8 0,02	17 %8,4 0,99	1 %0,5 0,99
Uzman aile hekimi (N, %, p)	11 %25,6 1	8 %18,6 0,12	21 %48,8 0,02	3 %7 0,99	0 %0 0,99
ki-kare, p=0,008					

Gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon önerilmesi ile aile hekimlerinin medeni durumu (p=0,87) ve çalışma süresi (p=0,288) arasında istatistiksel anlamlı ilişki yoktu. Gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon önerme yolu ile aile hekimlerinin cinsiyeti arasında istatistiksel anlamlı ilişki olduğu görüldü ve **p=0,004** olarak saptandı (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.12. Gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon önerme yolu ile aile hekimlerinin cinsiyeti arasındaki ilişki

Cinsiyet	Hastalara tüm yöntemleri anlatarak danışmanlık veririm	ASM'de ebe-hemşireye yönlendiririm	Hastanın istediği yönteme özel danışmanlık veririm	Dış merkeze yönlendiririm
Erkek (n, %, p)	48 %32,9 0,01	82 %56,2 0,01	15 %10,3 0,26	1 %0,7 0,03
Kadın (n, %, p)	54 %41,2 0,01	33 %33,3 0,01	11 %11,1 0,26	1 %1 0,03
ki-kare, p=0,004				

Gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon önerme yolu ile aile hekimlerinin medeni durumu ($p=0,668$), aile hekimliğinde çalışma süresi (0,076), unvanı (0,335) arasında istatistiksel anlamlı ilişki görülmemiştir.

Erkek aile hekimlerinin en sık önerdiği aile planlaması yöntemi RİA (59, %40,4) iken kadın aile hekimlerinin en sık önerdiği aile planlaması yönteminin kondom/prezervatif (43, %43,3) olduğu görüldü. Ancak yapılan ki-kare analizinde istatistiksel ilişki saptanmadı ($p=0,258$).

Pratisyen aile hekimlerinin en sık önerdiği aile planlaması yöntemi RİA (78, %38,6), uzman aile hekimlerinin en sık önerdiği yöntem kondom/prezervatif (18, %41,9) idi. Ancak yapılan ki-kare analizinde istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,801$).

En sık önerilen aile planlaması yöntemi ile aile hekimlerinin medeni durum ($p=0,426$) ve çalışma süresi ($p=0,149$) arasında da istatistiksel anlamlı ilişki saptanamadı.

Gebelik planı olmayan hastaya RİA kullanımının önerilmesi ile aile hekimlerinin cinsiyeti ($p=0,932$), medeni durumu ($p=0,208$), unvanı ($p=0,65$) ve çalışması süresi ($p=0,563$) arasında istatistiksel anlamlı ilişki görülmemiştir.

RİA önerilen hastaya uygulanmasında seçilen yöntem ile aile hekimlerinin medeni durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki görülmüş ve **$p=0,004$** olarak saptanmıştır (Çizelge 4.13). Ancak RİA uygulama yöntemi ile aile hekimlerinin cinsiyeti (0,240), çalışma süresi (0,163) ve unvanı (0,521) arasında istatistiksel anlamlı ilişki görülmemiştir.

Çizelge 4.13. Aile hekimlerinin RİA önerdikleri hastaya izledikleri yol ile medeni durum arasındaki ilişki

Medeni Durum	RİA'yı hastalarım kendim uyguladım	RİA uygulanacak hastamı ASM'de başka bir sağlık çalışanına yönlendiririm	RİA uygulanacak hastayı dış merkeze yönlendiririm	RİA yöntemini hastalara önermiyorum
Evli (n, %, p)	6 %3,1 0,03	31 %16,1 0,15	155 %80,3 0,98	1 %0,5 0,97
Bekar (n, %, p)	7 %13,5 0,03	2 %3,8 0,15	43 %82,7 0,98	0 %0 0,97
ki-kare, $p=0,004$				

Aile hekimlerinin “RİA ASM’de uygulanabilir mi?” sorusuna verdikleri cevap ile aile hekimlerinin cinsiyeti (0,266), medeni durumu (0,485), çalışma süresi (0,236) ve unvanı (0,825) arasında istatistiksel anlamlı ilişki görülmemiştir.

4.4. Aile Hekimlerinin RİA Önermedeki Bilgi Düzeyi

Aile hekimlerine bazı vaka senaryoları verilip bu hastalara RİA önerip önermedikleri soruldu (Çizelge 4.14). Vaka senaryolarının hepsinin doğru cevabı “evet” idi. En çok doğru cevaplanan vaka senaryosu 195 (%80) kişi ile “antihipertansif kullanan hasta” iken en az doğru cevaplanan vaka senaryosu 11 (%4,5) kişi ile “PID (Pelvik inflamatuvar hastalık) öyküsü olan hasta” idi. Hekimlerin vaka senaryolarında doğru cevabı verme ortalamasının yani RİA önermedeki bilgi düzeyinin **%40** olduğu saptandı.

Çizelge 4.14. Aile hekimlerinin vaka senaryolarına RİA önerisi

Vaka Senaryoları	Evet	Hayır	Fikrim yok
	n (%)	n (%)	n (%)
Daha önce hiç gebelik yaşamamış olan kadın hasta	55 (22,4)	175 (71,4)	15 (6,1)
20 yaşın altındaki kadın hasta	47 (19,2)	181 (73,9)	17 (6,9)
HIV enfeksiyonu olan kadın hasta	47 (19,2)	160 (65,3)	38 (15,5)
Doğum- sezaryen sonrası ilk 48 saatte	110 (44,9)	106 (43,3)	29 (11,8)
Ektopik gebelik öyküsü olan hasta	31 (12,7)	190 (77,6)	24 (9,8)
PID (Pelvik inflamatuvar hastalık) öyküsü olan hasta	11 (4,5)	216 (88,2)	18 (7,3)
40 yaşında sigara içen hasta	195 (79,6)	35 (14,3)	15 (6,1)
Antihipertansif kullanan hasta	195 (80)	33 (13,5)	16 (6,5)
Laktasyon döneminde olan hasta	190 (77,6)	38 (15,5)	17 (6,9)
Vakaların tümünün cevabı “evet”, doğruluk ortalaması %40			

4.5. Aile Hekimlerinin RİA Hakkında Bilgi Düzeyi

Aile hekimlerine RİA hakkında bazı ifadeler verilip bunların doğru olup olmadığı soruldu (Çizelge 4.15). Bu sayede aile hekimlerinin RİA hakkındaki bilgi düzeyi ölçülmeye çalışıldı. Aile hekimlerinin 236 (%96,3) kişi ile en çok

doğru yanıtladığı ifade “RİA kullanacak olan hastalara kanama değişiklikleri, cinsel yolla bulaşan hastalık riski ve kullanım süresi ile ilgili danışmanlık verilmelidir” iken en az doğru cevaplanan ifade 94 (%38,4) kişi ile “RİA kullanan hastada cinsel yolla bulaşan hastalık tespit edilirse RİA çıkarılmalıdır” idi. Hekimlerin RİA ile ilgili ifadelere doğru cevap verme ortalamasının yani RİA hakkında bilgi düzeyinin **%72,85** olduğu saptandı (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.15. Aile hekimlerinin RİA hakkında bilgi düzeyi

RİA	Doğru	Yanlış	Fikrim yok	Doğru Cevap
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Bakırlı RİA acil kontrasepsiyonda güvenle kullanılabilir.	169 (69)	39 (15)	34 (13)	169 (69)
RİA pelvik inflamatuvar hastalıkta (PID) kontrendikedir.	204 (83,3)	18 (7,3)	22 (9)	204 (83,3)
RİA kullanımında uterin perforasyon ve enfeksiyon olasılığı çok yüksektir.	44 (18)	185 (75,5)	15 (6,1)	185 (75,5)
Yoğun menstruel kanaması ve dismenoresi olan kadınlarda levonorgestrelli RİA önerilmelidir.	202 (82,4)	9 (3,7)	33 (13,5)	202 (82,4)
RİA uygulamasından önce rutin antibiyotik profilaksisi yapılır.	15 (6,1)	210 (85,7)	18 (7,3)	210 (85,7)
Menopozal dönemde bakırlı RİA son kanamadan 12 ay sonra çıkarılmazdır.	103 (42)	30 (12,2)	110 (44,9)	103 (42)
RİA kullanan hastada cinsel yolla bulaşan hastalık tespit edilirse RİA çıkarılmalıdır	88 (35,9)	94 (38,4)	62 (25,3)	94 (38,4)
RİA kullanımı infertilite riskini artırır	14 (5,7)	210 (85,7)	20 (8,2)	210 (85,7)
RİA, gebelik olmadığı kanıtlandığı sürece menstruel siklusun herhangi bir döneminde uygulanabilir.	180 (73,5)	49 (20)	14 (5,7)	180 (73,5)
Bakırlı RİA’nın etki süresi 12, levonorgestrelli RİA’nın 5 yıldır.	143 (58,4)	56 (22,9)	44 (18)	143 (58,4)
RİA kullanacak olan hastalara kanama değişiklikleri, cinsel yolla bulaşan hastalık riski ve kullanım süresi ile ilgili danışmanlık verilmelidir.	236 (96,3)	1 (0,4)	7 (2,9)	236 (96,3)
Nedeni bilinmeyen anormal vajinal kanama RİA için kontrendikasyon oluşturur.	218 (89)	8 (3,3)	18 (7,3)	218 (89)
Levonorgestrelli RİA akne, baş ağrısı, göğüste hassasiyet, ruh hali değişikliklerine neden olabilir.	181 (73,9)	34-(13,9)	28 (11,4)	181 (73,9)
Bakırlı RİA fertilizasyonu, sperm motilitesi ve viyabilitesini önleyerek inhibe eder.	164 (66,9)	42-(17,1)	37 (15,1)	164 (66,9)
İfadelerin doğru cevabı en son sütunda verilmiştir, aile hekimlerinin bilgi düzeyi ortalaması %72,85				

5. TARTIŞMA

Aile hekimleri, kadınların koruyucu bakımında ön saflarda yer almaktadır ve doğum kontrolünün önemi gittikçe artmaktadır (59). Yüksek istenmeyen gebelik oranları, kısmen uzun etkili geridönürlü kontraseptif yöntemlerinin, özellikle de rahim içi araçların nispeten düşük kullanımının bir sonucu olabilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün kontraseptif kullanım için kanıta dayalı Tıbbi Uygunluk Kriterlerine göre, RİA yönteminin çok az kontrendikasyonu vardır ve neredeyse tüm kadınlar için uygundur. Bu avantajlar ve istenmeyen gebelik oranlarını azaltma potansiyeli nedeniyle, RİA yönteminin birinci basamak kontraseptif yöntemler olarak sunulması ve çoğu kadın için seçenek olarak teşvik edilmesi önerilmektedir (60).

Bu çalışmada RİA yönteminin, birinci basamakta uygulanma ve önerilme sıklığı ve aile hekimlerinin RİA ilgili düşünce, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmamız aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerine gönüllülük esasına dayanarak, yüz yüze ve online anket yöntemleriyle yapılmıştır.

Çalışmamıza toplamda 245 aile hekimi katılmış olup, bunların %59,6'sı erkek, %40,4'ü kadındır. Wu ve arkadaşlarının aile hekimi eğitimcilerinin RİA önerilerinin kanıta dayalı olup olmadığını araştırdığı çalışmada toplamda 1054 katılımcı olup bunların %43,2'si kadın, %56,8'i erkektir (61). Harper ve arkadaşlarının aile hekimleri ve kadın doğum uzmanları arasında kanıta dayalı RİA uygulaması hakkında yaptığı anket çalışmasında 610 katılımcı ankete cevap vermiş olup, bunların %42'si kadın, %58'i erkekti (62). Ancak bu çalışmada hekimlerin sadece 261'i aile hekimidir. Çalışmamızdaki katılımcı sayısı literatüre göre bir miktar az olsa da erkek-kadın oranı literatürle uygundur. Aynı zamanda birinci basamak hekimleri arasında yapıldığı için direkt olarak sahadaki doğru verileri yansıtmaktadır.

Çalışmaya alınan hekimlerin hepsinin yaş ortalaması 42,8, erkek hekimlerin yaş ortalaması 43,9 ve kadın hekimlerin yaş ortalaması 41,2 idi. Wu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %50,6'sı 50 yaş altı, %49,4'ü 50 yaş ve üzerindeydi (61). Harper ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimi ve

kadın doğum uzmanı hekimlerin yaş ortalaması %48 idi. Çalışmamıza katılan hekimlerin çoğunluğunu literatüre göre biraz daha genç hekimler oluşturmaktaydı.

Hekimlerin %80,4'i pratisyen aile hekimi, %17,6'sı uzman aile hekimi ve %2'si diğer branş aile hekimidir. Tyler ve arkadaşlarının nullipar kadınlarda RİA kullanımında hekimlerin tutumuyla ilgili yaptığı çalışmada katılımcıların %44,5'i kadın doğum uzmanı hekim, %55,2'si aile hekimi ve %0,3'ü ergen tıbbi hekimidir (63). Wu ve arkadaşlarının aile hekimliği eğitimcileri arasında yaptığı çalışmada hekimlerin %31,8'i asistan doktor, %32'i öğretim üyesi doktor, %24,7'si profesör doktor ve %11'i akademik kadrosu olmayan doktorlardan oluşmaktadır. Literatürdeki diğer çalışmalardan farklı olarak çalışmamız sadece aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimleri arasında yapılmıştır.

Aile hekimlerinin çalışma süreleri incelendiğinde hekimlerimizin 26'sı (%10,7) 0-3 yıl, 29'u (%11,8) 3-5 yıl, 190'ı (%77,6) 5 yıldan fazla süre çalıştığı bulundu. Schubert ve arkadaşlarının aile hekimliği asistan hekimlerinin RİA hakkındaki bilgi düzeyini ölçmek amacıyla yaptığı çalışmada katılımcıların 117'si birinci, 109'u ikinci ve 106'sı üçüncü yıl aile hekimliği asistanıdır (64). Tyler ve arkadaşlarının nullipar kadınlarda RİA kullanımında hekimlerin tutuyula ilgili yaptığı çalışmada katılımcıların %15,5'i 4 yıldan az, %34,5'i 5-14 yıl, %27,4'ü 15-24 yıl ve %22,6'sı 25 yıldan fazla mezuniyet sonrası çalışma süresine sahiptir (63).

Çalışmamızda gebelik planı olmayan hastaya aile hekimlerinin 68'i (%27,8) her zaman, 89'u (%36,3) sıklıkla, 67'si (%27,3) ara sıra, 20'si (%8,2) nadiren uygun kontrasepsiyon yöntemi önerirken 1'i (%0,4) hiçbir zaman önermediğini belirtti. Dehlendorf ve arkadaşlarının hastanın jinekolojik öyküsünün klinisyenin kontraseptif danışmanlığına etkisini araştırdığı çalışmada klisyenlerin %77,9'u sık sık, %16,2'si bazen ve %5,9'u asla veya nadiren oral kontraseptif önerdikleri saptanmıştır (65).

Kontrasepsiyon yöntemlerinden aile hekimlerinin %38,8'i kondomu (prezervatif), %38,4'ü RİA'yı (rahim içi araç), %21,2'si OKS'yi (oral kontraseptif), %1,6'sı enjekteable kontraseptifleri önerdiğini belirtti. Harper ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlere kontrasepsiyon yöntemlerinden hangilerini önerdikleri sorulduğunda, hekimlerin %96'sı oral kontraseptif ilaçları,

%90'ı enjekteble kontraseptifleri, %72'si acil kontraseptifleri ve %65'i RİA'yı önerdiklerini belirtmiştir (62). Dehlendorf ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin önerdiği kontrasepsiyon yöntemlerinden en sık olanlar sırasıyla oral kontraseptifler, vajinal halka, levonorgestrelli RİA ve bakırlı RİA olduğu bulunmuştur (65). Çalışmamızda RİA yöntemi en sık önerilen ikinci yöntem olduğu görüldü ve literatüre göre önerilme oranının daha yüksek olduğu saptandı.

Aile hekimlerine gebelik planı olmayan hastada rahim içi araç (RİA) kullanılmasını önermelerine yönelik soruda, %21,2'si çoğu zaman, %28,8'i sıklıkla, %31,8'i ara sıra, %7,3'ü nadiren, %0,8'i hiçbir zaman önermediğini belirtti. Harper ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin %76'sı yeterli zaman olduğunda, %96'sı hasta RİA öğrenmeye istekliyse ve %59'u rutin olarak RİA kullanımını önerdiğini belirtmiştir (62). Rubin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile hekimlerinin RİA önerisini beş puanlı (1=en az öneri, 5=en çok öneri) likert ölçeğiyle sıralamış ve aile hekimlerinin öneri düzeyi ortalaması 2,27-2,72 puan olarak hesaplanmıştır (58).

RİA uygulanırken hekimlerin %5,3'ü hastalara kendileri uyguladıklarını, %13,5'i hastalarını ASM'de başka bir sağlık çalışanına yönlendirdiğini, %80,8'i hastalarını dış merkeze yönlendirdiğini, %0,4 hastalara RİA önermediğini belirtti. Wu ve arkadaşlarının aile hekimleri eğitimcilerine yaptığı çalışmada katılımcıların %66,4'ü kendim uygulam, %25,1'i ASM'deki başka bir sağlık çalışanına yönlendirdiğini, %7,1'i dış merkeze yönlendirdiğini ve %1,4'ü RİA önermediğini belirtti. Literatüre göre ülkemizdeki aile hekimlerinin RİA yöntemini kendisinin uygulama oranı çok düşük olmakla birlikte, RİA uygulanacak genelde hasta dış merkeze yönlendirilmektedir. Bu düşük oranın olası nedenlerinden çalışmamızın devamında bahsedeceğiz.

Aile hekimlerinin %45,7'si RİA'nın aile sağlığı merkezinde uygulanabilir olduğunu, %54,3'ü ise uygulanabilir olmadığını belirtti. Wu ve arkadaşlarının aile hekimliği eğitimcilerine yaptığı çalışmada katılımcıların %66'sı RİA'yı tercih etmiştir (61). Nisen ve arkadaşlarının ABD'deki aile hekimlerine yaptığı anket çalışmasında RİA uygulayanların oranı %19,7'dir (66). Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin RİA'nın aile sağlığı merkezinde uygulanamaz olarak görme sebeplerinden en sık üç tanesi; malpraktis endişesi, komplikasyon riski ve işlem

için yeterli zaman olmamasıydı. Moniz ve arkadaşlarının aile hekimlerinin acil postpartum kontrasepsiyon sağlamasıyla alakalı çalışmasında aile hekimlerinin RİA'yı uygulayamama nedenlerinden en sık olanları sırasıyla; RİA'nın kurumda bulunmaması, eğitimin yetersiz olduğu, hastanın reddetmesi ve sigortanın geri ödeme endişesidir (67). Abdulghani ve arkadaşlarının Pakistan'ın Karaçi eyaletindeki aile hekimlerinin acil kontrasepsiyon hakkındaki tutumlarını araştırdığı çalışmada kontrasepsiyonun önündeki en önemli engeller deneyimsizlik, teratojenite ve yükümlülüklerdir (68). Chuang ve arkadaşları Pensilvanya'da kırsal alanda çalışan birinci basamak hekimlerine yaptığı çalışmada, aile planlamasının önündeki en büyük engelin hasta ilgisizliği diğer nedenlerin ise zaman ve kaynak eksikliği olduğunu belirlemişlerdir (69). Harper ve arkadaşlarının aile hekimleri ve jinekologlarla yaptığı çalışmada RİA'nın önündeki en büyük engelin maliyet olduğu görülmüştür (62). Çalışmamızda bulunan sonuçlar literatüre göre farklı çıkmıştır bunun nedeni ülkemizdeki hasta yükünün fazla olması ve bunun getirdikleri olabilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin RİA uygulamasının ASM'lerde daha yaygın bir şekilde uygulanabilmesi için önerilerinin en sık üç tanesi; hemşire ve ebelerin iş yükünün azaltılması ve bu kişilere pozitif performans uygulanması, RİA uygulaması ile ilgili eğitimler sıklaştırılması, yeterli ekipman bulundurulması ve bu işlem için ödenek verilmesiydi. Chuang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile planlamasını birinci basamakta artırmanın yolunun birinci basamak hekimlerinin aile planlaması için maddi ve manevi teşvik edilmesi, halkın bilinçlendirilmesi ve hekimler aile planlaması eğitimlerinin sık sık yapılmasından geçtiği sonucuna ulaştı (69). Moniz ve arkadaşları yaptığı çalışma sonucunda aile hekimlerine düzenli eğitimler verilmesi, aile hekimlerine RİA tedariki ve RİA uygulamalarının kanıta dayalı verilerle yapılmasıyla RİA uygulamasının yaygınlaştırılabileceğini savunmuştur (67). Çalışmamızın sonuçları literatürle hemen hemen paralel seyretmektedir.

Aile hekimlerinin hemen hemen üçte birinin daha önce kendisi veya eşinin RİA kullandığı öğrenildi. Aile hekimlerinin çoğunluğunun bu yöntemi tercih etme sebebi RİA'nın uzun etkili-geri dönüşlü bir yöntem olduğuydu. Harper ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin %98'i RİA'yı güvenli bir yöntem

olarak görmektedir (62). Buhling ve arkadaşlarının Alman jinekologlar arasında yaptığı anket çalışmasında hekimlerin kendi veya partnerleri için RİA'yı seçme oranı %61'dir (70). Gemzell-Danielsson ve arkadaşlarının 10 orta-yüksek gelirli ülkede yaptığı kadın doğum uzmanı ve pratisyen hekimler arasında yaptığı anket çalışmasında hekimlerin kendisi veya yakınlarına en çok tercih ettiği kontrasepsiyon yöntemi RİA idi (71). Gemzell-Danielsson'un bu çalışmasında hekimlerin RİA'yı en çok tercih sebebi "RİA'nın aile durumuyla eşleşmesi"dir (71). İspanya'da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının arasında RİA kullanımının genel popülasyonda görülen oranın neredeyse iki katı olduğu bulunmuştur (72). Çalışmamızda aile hekimlerinin kendi veya eşinin RİA kullanımı literatüre oranla daha düşük bulunmuş, tercih sebebi olarak da literatüre göre farklı bir sonuç saptanmıştır. Bu sonucun sebebi örneklemimizdeki aile hekimi popülasyonunun genç yaşta olması olabilir. Gemzell-Danielsson'un çalışmasında yaşlı olan hekimler daha çok RİA tercih ederken genç hekimlerin daha çok KOK (kombine oral kontraseptif) ve kondom tercih etmiştir (71).

Üreme çağındaki hastaların gebelik planını sorgulamak ile hekimlerin cinsiyeti arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı. Dehlendorf ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kontrasepsiyon danışmanlığı ile hekimlerin cinsiyeti arasında anlamlı fark görülmemiştir (65). Çalışmamız literatüre göre farklı sonuca ulaşmıştır bunun sebebi beşli likert ölçek kullanmamız olabilir.

Gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon önerilmesi ile aile hekimlerinin unvanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki görüldü. Dehlendorf ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kontrasepsiyon danışmanlığı ile hekimlerin unvanı arasında anlamlı fark görülmemiştir (65).

Çalışmamızın sonuçlarına göre gebelik planı olmayan hastaya kontrasepsiyon önerisi sırasında erkek hekimler daha çok ASM'deki ebe-hemşireye yönlendirirken kadın hekimler daha çok bizzat kendisi kontrasepsiyon önerisinde bulunduklarını belirtti ve istatistiksel olarak anlamlı sonuca ulaşıldı. Dehlendorf ve arkadaşlarının kontrasepsiyon önerisi ile hekim özellikleri arasında yaptığı çalışmada kontrasepsiyon önerme yolu ile cinsiyet arasında böyle bir fark görülmemiştir (73). Çalışmamız literatüre göre farklı sonuçlanmıştır bunun sebebi kadın hekimlerin hemcinsi olan hastalarla daha çok empati kurabilmesi olabilir.

Pratisyen aile hekimlerinin en sık önerdiği aile planlaması yöntemi RİA iken uzman aile hekimlerinin en sık önerdiği yöntem kondom/prezervatif olduğu görüldü ancak istatistiksel anlamlı değildi. Dehlendorf ve arkadaşlarının jinekologlar ve aile hekimleri arasında yaptığı çalışmada hekimlerin unvanları ile kontrasepsiyon önerileri arasında istatistiksel anlamlı bağlantı olmadığı görüldü (65). Aile hekimleri ve jinekologlar arasında yapılan başka bir çalışmada jinekologların aile hekimlerine göre RİA'yı daha çok uyguladığı görülmüştür (73). Bu bağlamda çalışmamız literatürle benzer sonuca ulaşmıştır.

Çalışmamızda en sık önerilen kontrasepsiyon yöntemi ile hekimlerin yaşları ve çalışma süreleri arasında istatistiksel anlamlılık yoktu. On ülkede yapılan uluslararası bir çalışmada genç hekimler daha çok KOK (kombine oral kontraseptif) ve kondom tercih ederken yaşlı hekimler daha çok RİA'yı tercih etmektedir (71). Çalışmamız literatürden farklı sonuca ulaşmıştır bunun nedeni çalışmamızın az sayıda hekimle yapılmasından kaynaklı olabilir.

RİA önerilen hastaya uygulanmasında seçilen yöntem ile aile hekimlerinin medeni durumu arasında anlamlı ilişki görüldü. Cantu ve arkadaşlarının hekimlerin kontrasepsiyon tutumlarını araştırdığı bir çalışmada evli hekimlerin kontrasepsiyon yöntemlerini daha fazla kullandığı görülmüştür (74). Hekimlerin medeni durumu ve kontrasepsiyon uygulama yöntemi ilişkisiyle alakalı literatür kısıtlıdır.

Çalışmamızda hekimlerin vaka senaryolarında doğru cevabı verme ortalamasının yani RİA önermedeki bilgi düzeyinin **%40** olduğu saptandı. En çok doğru cevaplanan vaka senaryosu “antihipertansif kullanan hasta” iken en az doğru cevaplanan vaka senaryosu “PID (Pelvik inflamatuvar hastalık) öyküsü olan hasta” idi. Harper ve arkadaşlarının aile hekimi uzmanı ve kadın doğum uzmanı hekimlere çeşitli vakalarda RİA'yı önerip önermeyecekleri sorulduğunda her iki grubunda RİA önermedeki farkındalık düzeyi düşük çıkmıştır (62). Bu çalışmada hekimlerin %12'si RİA'yı nullipar adölesana önereceklerini, %39'u evlenmemiş 24 yaşındaki nullipar bireye ve %71'i 24 yaşında evli bireye önereceklerini bildirdiler (62). Çalışmada aile hekimlerince en az önerilen vaka ise yine bizim çalışmamızla benzer şekilde PID öyküsü olan vakalar oldu. Wu ve arkadaşlarının çalışmasında vaka senaryolarına RİA önermede CDC kılavuzuna göre doğruluk oranı %60 olarak bulundu. Bu çalışmada en az önerilen vaka PID öyküsü olurken

en çok önerilen vaka antihipertansif kullanan hasta oldu (61). Schubert ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimleri asistanlarının en az doğru bildiği vaka senaryoları sırasıyla son 6 ayda cinsel yolla bulaşan enfeksiyon öyküsü olması, ektopik gebelik öyküsü olması, son bir yılda pap smear olmaması veya hastanın tek eşli bir ilişki içinde olmaması ve PID öyküsü olmasıdır (64). Saint Luis’de yapılan bir çalışmada hekimlere hasta özellikleri ve RİA’nın uygunluğu sorulduğunda, %62’si nullipar bir kadın için, %30,7’si ergen bir hasta için, %45,3’ü son 2 yılda CYBE (cinsel yolla bulaşan enfeksiyon) olan bir hasta için, %36,5’i son 5 yılda PID olan bir hasta için ve %36,5’i tek eşli olmayan bir ilişki içinde olan bir hasta için uygun olabileceğini bildirmiştir (75). Çalışmamıza katılan hekimlerin RİA önermedeki bilgi düzeyi literatürle benzerlik göstermektedir hatta yapılan bazı çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan hekimlerin RİA hakkındaki bilgi düzeyinin **%72,85** olduğu saptandı. Aile hekimlerinin en çok doğru yanıtladığı bilgi “RİA kullanacak olan hastalara kanama değişiklikleri, cinsel yolla bulaşan hastalık riski ve kullanım süresi ile ilgili danışmanlık verilmelidir” iken en az doğru cevaplanan bilgi “RİA kullanan hastada cinsel yolla bulaşan hastalık tespit edilirse RİA çıkarılmalıdır” idi. Yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin RİA hakkındaki bilgi düzeyinin kadın doğum uzmanlarına göre daha düşük olduğu tespit edildi. Bu çalışmada aile hekimlerinin yarısından daha azı obezite, diyabet ve sigara kullanımı durumunda RİA’yı önerdi (62). Aile hekimliği asistanları arasında RİA bilgi düzeyini ölçen bir çalışmada katılımcılar beş bilgi sorusu üzerinde iyi performans göstermişler ve büyük çoğunluğu (%88,8) beş sorudan en az dördünü doğru yanıtlamıştır (64). Pakistan’da yapılan bir çalışmada sağlık personelinin RİA konusunda eğitiminin eksik olmasının uygulamanın önündeki en büyük engel olduğu görülmüştür (76). Gana’da sağlık çalışanlarına yapılan anket çalışmasında katılımcıların %77’si kontraseptif danışmanlık konusunda daha önce eğitim aldığını bildirirken çok azı RİA uygulama konusunda yeteneklerinden emindir (77). Güney Afrika’da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %91’i RİA hakkında daha fazla eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir (78). Çalışmamızda bulduğumuz sonuca göre ülkemizdeki hekimlerin bilgi düzeyi literatürdeki bazı

kaynaklarla benzerlik gösterirken sağlık hizmetinin kısıtlı olduğu b6lgelede yapılanlara g6re ise daha y6ksek bulunmuştur.



6. SONUÇLAR

1. Çalışmamıza 245 aile hekimi katılmıştır. Aile hekimlerinin 146'sı (%59,6) erkek, 99'u (%40,4) kadın idi.
2. Aile hekimlerinin yaş ortalaması $42,87 \pm 8,89$ (27-68) ve median yaş 43 olarak saptandı. Erkek hekimlerin yaş ortalaması $43,95 \pm 9,15$, kadın hekimlerin yaş ortalaması $41,29 \pm 8,27$ idi.
3. Aile hekimlerinin 193'ü (%78,8) evli, 52'si (%21,2) bekardı.
4. Hekimlerin 197'si (%80,4) pratisyen aile hekimi, 43'ü (%17,6) uzman aile hekimi ve 5'i (%2) diğer branş aile hekimidir.
5. Aile hekimlerinin 26'sının (%10,7) 0-3 yıl, 29'unun (%11,8) 3-5 yıl, 190'nın (%77,6) 5 yıldan fazla çalışma süresi vardı.
6. Aile hekimlerinin mezuniyet yıllarının ortanca değeri 2001 (1998-2020) idi.
7. Aile hekimlerinin 138'i (%56,3) Antalya'da; 107'si (%43,7) Antalya dışı illerde çalışmaktaydı.
8. Üreme çağındaki hastaların gebelik planını aile hekimlerinin 55'i (%22,4) her zaman, 91'i (%37) sıklıkla, 75'i (%30,6) ara sıra, 20'si (%8,2) nadiren sorguluyorken 4'ü (%1,6) hiçbir zaman sorgulamıyordu.
9. Gebelik planı olmayan hastada uygun kontrasepsiyon yöntemini aile hekimlerinin 68'i (%27,8) her zaman, 89'u (%36,3) sıklıkla, 67'si (%27,3) ara sıra, 20'si (%8,2) nadiren önerirken 1'i (%0,4) hiçbir zaman önermiyordu.
10. Gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon yöntemi önerirken nasıl bir yol izlediklerine yönelik soruda hekimlerin 102'si (%41,6) hastalara tüm yöntemleri anlatarak danışmanlık verdiğini, 115'i (%46,9) aile sağlığı merkezinde (ASM) ebe-hemşireye yönlendirdiğini, 26'sı (%10,6) hastanın istediği yönetime özel danışmanlık verdiğini ve 2'si (%0,8) dış merkeze yönlendirdiğini belirtti.
11. Aile hekimlerinin kontraendikasyonu olmayan hastalara en sık önerdikleri aile planlaması yöntemlerine yönelik soruda, 95'i (%38,8)

kondomu (prezervatif), 94'ü (%38,4) RİA'yı (rahim içi araç), 52'si (%21,2) OKS'yi (oral kontraseptif), 4'ü (%1,6) enjektabl kontraseptifleri önerdiğini belirtti.

12. Gebelik planı olmayan hastada kontrasepsiyon yöntemi olarak rahim içi araç (RİA) kullanılmasını aile hekimlerinin 52'si (%21,2) çoğu zaman, 95'i (%28,8) sıklıkla, 78'i (%31,8) ara sıra, 18'i (%7,3) nadiren önerirken 2'si (%0,8) hiçbir zaman önermediğini belirtti.
13. Hekimlere RİA önerdikleri hastalara uygulama yoluna yönelik soruda, hekimlerin 13'ü (%5,3) hastalara kendileri uyguladıklarını, 33'ü (%13,5) hastalarını ASM'de başka bir sağlık çalışanına yönlendirdiğini, 198'i (%80,8) hastalarını dış merkeze yönlendirdiğini, 1'i (%0,4) hastalara RİA önermediğini belirtti.
14. Aile hekimlerinin 112'si (%45,7) RİA'nın aile sağlığı merkezinde uygulanabilir olduğunu, 133'ü (%54,3) ise uygulanabilir olmadığını belirtti.
15. Aile hekimleri RİA'yı ASM'de uygulanamaz olarak görmelerinin en yaygın nedenini malpraktis endişesi (%33,4) olarak bildirdi.
16. Aile hekimlerinin ASM'de RİA uygulanması için en çok destekledikleri öneri hemşire ve ebelerin iş yükünün azaltılması ve bu kişilere pozitif performans uygulanması (%61,2) idi.
17. Aile hekimlerinin 82'si (%33,5) daha önce kendi veya eşi RİA kullanırken 163'ü (%66,5) daha önce kendi veya eşi RİA kullanmamıştır.
18. Daha önce kendi veya eşi RİA kullanan aile hekimlerinin 24'ü (%9,8) etkinliği yüksek olduğu için, 50'si (%20,4) uzun etkili-geri dönüşlü bir yöntem olduğu için ve 6'sı (%2,4) ek hastalıkları nedeniyle diğer yöntemler kontraendike olduğu için tercih ettiğini belirtti.
19. Aile hekimlerine “*kendi eşinize veya çevrenize RİA yöntemini önerir misiniz?*” sorusuna 58'i (%38,7) çoğu zaman, 97'si (%39,6) sıklıkla, 67'si (%27,3) ara sıra, 18'i (%7,3) nadiren ve 5'i (%2) hiçbir zaman şeklinde yanıtladı.

20. Üreme çağındaki hastaların gebelik planının sorgulanması ile hekimlerin cinsiyeti arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı ($p=0,016$).
21. Gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon önerilmesi ile aile hekimlerinin cinsiyeti arasında istatistiksel anlamlı ilişki görüldü ($p=0.003$).
22. Gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon önerilmesi ile aile hekimlerinin unvanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki görüldü ($p=0.008$).
23. Gebelik planı olmayan hastaya uygun kontrasepsiyon önerme yolu ile aile hekimlerinin cinsiyeti arasında istatistiksel anlamlı ilişki olduğu görüldü ($p=0,004$).
24. RİA önerilen hastaya uygulanmasında seçilen yöntem ile aile hekimlerinin medeni durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki görülmüş ($p=0,004$).
25. Aile hekimlerin vaka senaryolarında doğru cevabı verme ortalamasının yani RİA önermedeki bilgi düzeyinin **%40** olduğu saptandı. En çok doğru cevaplanan vaka senaryosu “antihipertansif kullanan hasta” iken en az doğru cevaplanan vaka senaryosu “PID (Pelvik inflamatuvar hastalık) öyküsü olan hasta” idi.
26. Aile hekimlerin RİA hakkındaki bilgi düzeyinin **%72,85** olduğu saptandı. Aile hekimlerinin en çok doğru yanıtladığı bilgi “RİA kullanacak olan hastalara kanama değişiklikleri, cinsel yolla bulaşan hastalık riski ve kullanım süresi ile ilgili danışmanlık verilmelidir” iken en az doğru cevaplanan bilgi “RİA kullanan hastada cinsel yolla bulaşan hastalık tespit edilirse RİA çıkarılmalıdır” idi.

7. ÖZET

Aile Hekimlerinin Aile Planlaması Yöntemlerinden Rahim İçi Araç Yöntemiyle İlgili Düşünce, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Aile planlaması, birinci basamakta verilen önemli sağlık hizmetlerinden biridir. Rahim içi araç (RİA) yöntemi uzun etkili-geri dönüşlü kontraseptif yöntemlerden biridir. Tüm yaş grubundaki kadınlarda kullanılabilir ve yüksek etkilidir. Bu çalışmada RİA yönteminin, birinci basamakta uygulanma ve önerilme sıklığı ve aile hekimlerinin RİA ilgili düşünce, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Materyal ve Metod: Araştırmamız gözlemsel tanımlayıcı anket çalışması olarak planlandı. Çalışmanın evrenini Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2019 yılı sağlık istatistikleri verilerinde kayıtlı olan birinci basamakta çalışan aile hekimleri oluşturmuştur. Araştırma kapsamında aile sağlığı merkezinde çalışan toplamda 245 aile hekimine ulaşılmıştır. Veriler araştırmaya katılmaya gönüllü olan hekimlere yüz yüze anket görüşmesi ve Google Forms web adresinden online anket yöntemiyle toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 245 aile hekimi katılmıştır. Rahim içi araç yönteminin aile hekimlerinin en sık ikinci (%38,4) önerdiği aile planlaması yöntemi olduğu bulunmuştur. Aile hekimlerinin 112'si (%45,7) RİA'nın aile sağlığı merkezinde uygulanabilir olduğunu, 133'ü (%54,3) ise uygulanabilir olmadığını belirtmiştir. Aile hekimlerinin RİA'yı ASM'de uygulanamaz olarak görmelerinin en yaygın nedeni malpraktis endişesidir (%33,4). Aile hekimlerinin ASM'de RİA Uygulanması için en çok destekledikleri öneri hemşire ve ebelerin iş yükünün azaltılması ve bu kişilere pozitif performans uygulanmasıdır (%61,2). Aile hekimlerin RİA önermedeki bilgi düzeyinin **%40** ve RİA hakkındaki bilgi düzeyi **%72,85** olduğu bulundu.

Sonuç: Çalışmamızın sonucuna göre birinci basamakta çalışan aile hekimlerini bilgi düzeyi literatüre göre yeterli olmasına rağmen RİA uygulama

oranı literatüre göre düşük bulunmuştur. Bunun en büyük sebebinin malpraktis endişesi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile Planlaması, Rahim İçi Araç, Aile Hekimi



8. ABSTRACT

Evaluation of Family Physicians' Thoughts, Attitudes and Behaviors Regarding the Intrauterine Device Method one of the Family Planning Methods

Introduction and Aim: Family planning is one of the important health services provided in primary care. The intrauterine device (IUD) method is one of the long-acting-reversible contraceptive methods. It can be used in women of all age groups and is highly effective. In this study, it is aimed to evaluate the frequency of application and recommendation of the IUD method in primary care and the thoughts, attitudes and behaviors of family physicians about IUD.

Material and Method: Our research was planned as an observational descriptive survey study. The universe of the study consisted of family physicians working in primary care, who were registered in the 2019 health statistics data of the Ministry of Health of the Republic of Turkey. Within the scope of the research, a total of 245 family physicians working in the family health center were reached. The data were collected from the physicians who volunteered to participate in the research by face-to-face survey and online survey method from the Google Forms website.

Results: A total of 245 family physicians participated in our study. It was found that the intrauterine device method was the second most frequently (38,4%) family planning method recommended by family physicians. Of the family physicians, 112 (45,7%) stated that the IUD was applicable in the family health center, and 133 (54,3%) stated that it was not. Malpractice concern (33,4%) was the most common reason for family physicians to consider the IUD as inapplicable in family health center. The most supported recommendation by family physicians for IUD Application in family health center was reducing the workload of nurses and midwives and applying positive performance to these individuals (61,2%). It was found that the level of knowledge of family physicians in recommending IUD was 40% and the level of knowledge about IUD was 72,85%.

Conclusion: According to the results of our study, although the level of knowledge of family physicians working in primary care is sufficient compared to the literature, the rate of IUD application was found to be low compared to the literature. It was concluded that the biggest reason for this was malpractice concern.

Key Words: Family Planning, Intrauterine Device, Family Physician



9. KAYNAKLAR

1. Cahill N, Sonneveldt E, Stover J, Weinberger M, Williamson J, Wei C, et al. Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative: a systematic analysis using the Family Planning Estimation Tool. *Lancet* 2018; 391(10123): 870–82. doi: 10.1016/S0140-6736(17)33104-5
2. Family Planning. A Global Handbook For Providers. Updated 3rd edition 2018 World Health Organization Department of Reproductive Health and Research 2018.
3. Textbook of Family Medicine. (Eds; Rakel RE, Rakel DP.) 2015 [cited 2020 Jul 5]. 491-502. Available from: <https://www.elsevier.com/books/textbook-of-family-medicine/rakel/978-0-323-23990-5>
4. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Reports* 2016 [cited 2020 Jul 23]; 65(3): 1–103. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6503a1.htm>
5. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7 - Intrauterine Contraception. *J Obstet Gynaecol Canada* 2016; 38(2): 182–222. doi: 10.1016/j.jogc.2015.12.002
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması. TNSA 2008. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ozet_Rapor-tr.pdf
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması. TNSA 2018. [cited 2020 Jul 26]; Available from: <http://dspace.ceid.org.tr/xmlui/handle/1/323>
8. ACOG. Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. *ACOG Pract Bull* 2011; 121(539): 983–8. Available from:

- <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2017/11/long-acting-reversible-contraception-implants-and-intrauterine-devices>
9. Li RHW, Lo SST. Evolutionary voyage of modern birth control methods. Hong Kong J Gynaecol Obs Midwifery 2005; 5(1): 40–5. <https://www.hkjgom.org/sites/default/files/pdf/V05N1-p40-GYN4.pdf>
 10. Kogan P, Wald M. Male contraception: History and development. Urol Clin North Am 2014; 41(1): 145–61. doi: 10.1016/j.ucl.2013.08.012
 11. Christin-Maitre S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2013; 27(1): 3–12. doi: 10.1016/j.beem.2012.11.004
 12. Planned Parenthood Federation of America. A History of Birth Control Methods 2012. Available from: https://www.plannedparenthood.org/files/2613/9611/6275/History_of_BC_Methods.pdf
 13. Contraception: past, present and future factsheet - Factsheets - FPA [Internet]. [cited 2020 Oct 3]. Available from: <https://www.fpa.org.uk/factsheets/contraception-past-present-future>
 14. Batur P, Cleland K, McNamara M, Wu J, Pickle S, EC Survey Group. Emergency contraception: A multispecialty survey of clinician knowledge and practices. Contraception 2016; 93(2): 145–52. doi: 10.1016/j.contraception.2015.09.003
 15. Bahamondes L, Fernandes A, Monteiro I, Bahamondes MV. Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2020; 66: 28–40. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.12.002
 16. Yağmur Y, Ulukoca N. Eşlerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu ve Etkileyen Etmenler. Sted Derg 2010; 10(6): 229-33.
 17. Erenel AŞ, Kavlak T, Bingöl B. Kadınların Doğum Sonrası Altı Ay Sonunda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu. Van Tıp Derg 2011; 18(2): 68-76.
 18. Başkaya Z, Ozkılıç F. Türkiye’de Doğurganlıkta Meydana Gelen Değişimler (1980-2013). J Int Soc Res 2017; 10(54): 404–23. doi: 10.17719/jisr.20175434605

19. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması. TNSA 2018. [cited 2021 Mar 12]. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018_TNSA_Ozet_Rapor.pdf
20. Gavas E, İnal S. Türkiye’de kadınların aile planlaması yöntemleri kullanma durumları ve tutumları: Sistematik derleme. Sağlık ve Yaşam Bilim Derg 2019; 1(2). doi: <https://doi.org/10.33308/2687248X.201912118>
21. SB Ana Çocuk Sağ ve Aile Plan Gen Md. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. 2009. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/327>
22. SB Ana Çocuk Sağ ve Aile Plan Gen Md. Aile Planlaması Yöntemi Uygulama Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/322>
23. SB Ana Çocuk Sağ ve Aile Plan Gen Md. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Cilt 2 Kontraseptif Yöntemler 2005. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/ulusaile_plan_hizmet_rehberi2_cilt.pdf
24. Özçelik E. Natural family planning methods. J Turkish Fam Physician 2016; 7(3): 45–53. doi: 10.15511/tjtfp.16.00345
25. Clinical Obstetrics and Gynaecology. Eds; Thomson A, Oweh P, Magowan B. 4th Ed, Elsevier 2018
26. Simmons RG, Jennings V. Fertility awareness-based methods of family planning. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2020; 66: 68–82. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.12.003
27. Rivlin K, Westhoff CL. Family Planning (Book Chapter). Comprehensive Gynecology 2017; 13: 237–57.e1.
28. Glasier A. Chapter 134- Contraception. Endocrinology: Adult and Pediatric (Seventh Ed) 2016. 2297-2309.e2 <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-18907-1.00134-7>

29. Nelson AL. Family Planning: Reversible Contraception, Sterilization, and Abortion (Chapter 26). Hacker & Moore's Essent Obstet Gynecol 2015; 27: 327-35. <https://clinicalgate.com/family-planning/>
30. Bahamondes L, Fernandes A, Monteiro I, Bahamondes MV. Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2020; 66: 28–40. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.12.002
31. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Classifications for Intrauterine Devices. Available from: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/appendixb.html>
32. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Do Minh T. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. Contraception 2015; 91(4): 274–9. doi: 10.1016/j.contraception.2015.01.007
33. Sufrin CB, Postlethwaite D, Armstrong MA, Merchant M, Wendt JM, Steinauer JE. Neisseria gonorrhea and Chlamydia trachomatis Screening at Intrauterine Device Insertion and Pelvic Inflammatory Disease. Obstet Gynecol 2012; 120(6): 1314–21. doi: 10.1097/aog.0b013e318273364c
34. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2004; 70(2): 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2004.03.009>
35. Madden T, McNicholas C, Zhao Q, Secura GM, Eisenberg DL, Peipert JF. Association of age and parity with intrauterine device expulsion. Obstet Gynecol 2014; 124(4): 718–26. doi: 10.1097/AOG.0000000000000475
36. Aile planlaması kalite araştırmaları raporu. Google Akademik [Internet]. [cited 2021 Feb 2]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=.%20Aile+planlaması+kalite+araştırmaları+raporu.%20TC+Sağlık+Bakanlığı+Ana+Çocuk+Sağlığı+ve+Aile+Planlaması+Genel+Müdürlüğü+Management+Sciences+for+Health+%28Türkiye+Temsilciliği%29+Ağustos+2000+&btnG=

37. Harper DM, Wilfling LE, Blanner CF. Contraception. In: Rakel RE, Rakel DP, eds. Textbook of Family Medicine. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier 2016; chap 26.
38. Şenkaya A, Töz E, Öztekin DC, Özcan A, Sancı M. Levonorgestrelli rahim içi araç kullanan kadınlarda uygulama öncesi ve sonrasındaki pap smear sonuçlarının karşılaştırılması. Tepecik Eğit ve Ürş Hast Derg 2016; 26(1): 35-40. doi:10.5222/terh.2016.035
39. Vickery Z, Madden T, Zhao Q, Secura G, Allsworth JE, Peipert JF. Weight change at 12 months in users of three progestin-only contraceptive methods. Contraception 2013; 88(4): 503-8. doi: 10.1016/j.contraception.2013.03.004
40. Bahamondes M, Monteiro I, Castro S, Espejo-Arce X, Bahamondes L. Prospective study of the forearm bone mineral density of long-term users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. Hum Reprod 2010; 25(5): 1158-64. doi: 10.1093/humrep/deq043
41. Kelekci S, Kelekci KH, Yılmaz B. Effects of levonorgestrel-releasing intrauterine system and T380A intrauterine copper device on dysmenorrhea and days of bleeding in women with and without adenomyosis. Contraception 2012; 86(5): 458-63. doi: 10.1016/j.contraception.2012.04.001
42. Demir C, Tıraş B, Gökmen O, Dilbaz B, Yeniel Ö. Oral Kontrasepsiyon Kılavuzu. Ed; Prof. Dr. İsmail Mete İtil. Cortex İletişim Hizm İstanbul 2012.
43. De Leo V, Musacchio MC, Cappelli V, Piomboni P, Morgante G. Hormonal contraceptives: Pharmacology tailored to women's health. Hum Reprod Update 2016; 22(5): 634-46. doi: 10.1093/humupd/dmw016
44. Demir C, Tıraş B, Gökmen O, Dilbaz B, Yeniel Ö. Oral Kontrasepsiyon Kılavuzu. Ed; Prof. Dr. İsmail Mete İtil. Cortex İletişim Hizm İstanbul 2012.
45. ACOG Practice Bulletin No. 206: Use of Hormonal Contraception in Women with Coexisting Medical Conditions. Obstet Gynecol 2019; 133(2): e128-50. doi: 10.1097/AOG.0000000000003072

46. Classifications for Combined Hormonal Contraceptives | CDC [Internet]. [cited 2021 Feb 14]. Available from: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/appendixd.html>
47. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. No. 329-Canadian Contraception Consensus Part 4 of 4 Chapter 9: Combined Hormonal Contraception. *J Obstet Gynaecol Can* 2017; 39(4): 229-268.e5. doi: 10.1016/j.jogc.2016.10.005
48. Dinger J, Do Minh T, Buttmann N, Bardenheuer K. Effectiveness of Oral Contraceptive Pills in a Large U.S. Cohort Comparing Progestogen and Regimen. *Obstet Gynecol* 2011; 117(1): 33–40. doi: 10.1097/AOG.0b013e31820095a2
49. Aranson JK. In: Meyler's side effect of drugs. 16th Ed. Elsevier Sci 2016; 141–3. Available from: <https://www.clinicalkey.com#!/content/book/3-s2.0-B9780444537171007022?scrollTo=%23hl0001010>
50. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011; 83(5): 397–404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021
51. Schivone G, Dorflinger L, Halpern V. Injectable contraception: Updates and innovation. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2016; 28(6): 504–9. doi: 10.1097/GCO.0000000000000329
52. Upadhyay UD, Zlidar VM, Foster DG. Interest in self-administration of subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate in the United States. *Contraception* 2016; 94(4): 303–13. doi: 10.1016/j.contraception.2016.06.006
53. Horvath S, Schreiber CA, Sonalkar S, Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, et al. Contraception. Endotext (Internet) 2018. PMID: 25905371
54. Stuart GS, Ramesh SS. Interval Female Sterilization. *Obstet Gynecol* 2018; 131(1): 117–24. doi: 10.1097/AOG.0000000000002376
55. Sharlip ID, Belker AM, Honig S, Labrecque M, Marmar JL, Ross LS, et al. Vasectomy: AUA guideline. *J Urol* 2012; 188(6): 2482–91. doi: 10.1016/j.juro.2012.09.080

56. Wu S, Godfrey EM, Wojdyla D, Dong J, Cong J, Wang C, von Hertzen H. Copper T380A intrauterine device for emergency contraception: A prospective, multicentre, cohort clinical trial. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2010; 117(10): 1205–10. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02652.x>
57. TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Gen Md. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. <https://www.saglik.gov.tr/TR,82386/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-yayinlanmistir.html>
58. Rubin SE, Fletcher J, Stein T, Segall-Gutierrez P, Gold M. Determinants of intrauterine contraception provision among US family physicians: A national survey of knowledge, attitudes and practice. *Contraception* 2011; 83(5): 472–8. doi: 10.1016/j.contraception.2010.10.003
59. Rosenstock L. Clinical Preventive Services for Women: Closing the Gaps. Testimony provided by the Institute of Medicine Committee on Preventive Services for Women 2012. Available from: www.healthcare.gov.
60. ACOG Committee Opinion no. 450: Increasing use of contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. *Obstet Gynecol* 2009; 114: 1434–8. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181c6f965
61. Wu JP, Gundersen DA, Pickle S. Are the Contraceptive Recommendations of Family Medicine Educators Evidence-Based? A CERA Survey. *Fam Med* 2016; 48(5): 345–52. PMID: 27159092
62. Harper CC, Henderson JT, Raine TR, Goodman S, Darney PD, Thompson KM, et al. Evidence-based IUD practice: Family physicians and obstetrician-gynecologists. *Fam Med* 2012; 44(9): 637–45. PMID: 23027156
63. Tyler CP, Whiteman MK, Zapata LB, Curtis KM, Hillis SD, Marchbanks PA. Health care provider attitudes and practices related to intrauterine devices for nulliparous women. *Obstet Gynecol* 2012; 119(4): 762–71. doi: 10.1097/AOG.0b013e31824aca39

64. Schubert FD, Herbitter C, Fletcher J, Gold M. IUD knowledge and experience among family medicine residents. *Fam Med* 2015; 47(6): 474–7. PMID: 26039766
65. Dehlendorf C, Ruskin R, Darney P, Vittinghoff E, Grumbach K, Steinauer J. The effect of patient gynecologic history on clinician contraceptive counseling. *Contraception* 2010; 82(3): 281–5. doi: 10.1016/j.contraception.2010.02.006
66. Nisen MB, Peterson LE, Cochrane A, Rubin SE. US family physicians' intrauterine and implantable contraception provision: Results from a national survey. *Contraception* 2016; 93(5): 432–7. doi: 10.1016/j.contraception.2016.01.004
67. Moniz MH, McEvoy AK, Hofmeister M, Plegue M, Chang T. Family physicians and provision of immediate postpartum contraception: A CERA study. *Fam Med* 2017; 49(8): 600–6. PMID: 28953291
68. Abdulghani HM, Karim SI, Irfan F. Emergency contraception: Knowledge and attitudes of family physicians of a teaching hospital, Karachi, Pakistan. *J Heal Popul Nutr* 2009; 27(3): 339–44. doi: 10.3329/jhpn.v27i3.3376
69. Chuang CH, Hwang SW, McCall-Hosenfeld JS, Rosenwasser L, Hillemeier MM, Weisman CS. Primary Care Physicians' Perceptions of Barriers To Preventive Reproductive Health Care In Rural Communities. *Perspect Sex Reprod Health* 2012; 44(2): 78–83. doi: 10.1363/4407812
70. Buhling KJ, Klovekorn L, Daniels B, Studnitz FSG, Eulenburg C, Mueck AO. Contraceptive counselling and self-prescription of contraceptives of German gynaecologists: Results of a nationwide survey. *Eur J Contracept Reprod Heal Care* 2014; 19(6): 448–56. doi: 10.3109/13625187.2014.945164
71. Gemzell-Danielsson K, Cho S, Inki P, Mansour D, Reid R, Bahamondes L. Use of contraceptive methods and contraceptive recommendations among health care providers actively involved in contraceptive counseling - Results of an international survey in 10 countries. *Contraception* 2012; 86(6): 631–8. doi: 10.1016/j.contraception.2012.06.002

72. Lete I, Pérez-Campos E. Differences in contraceptive use between Spanish female healthcare providers and Spanish women in the general population aged 23 to 49 years: the HABITS Study. *Eur J Contracept Reprod Heal Care* 2014; 19(3): 161–8. doi: 10.3109/13625187.2014.893424
73. Dehlendorf C, Grumbach K, Vittinghoff E, Ruskin R, Steinauer J. A Study of Physician Recommendations for Reversible Contraceptive Methods Using Standardized Patients. *Perspect Sex Reprod Health* 2011; 43(4): 224–9. doi: 10.1363/4322411
74. Cantu JM, Hernandez A, Alvarez R, Margain JC, Armandares S. Attitude of the physician forwards anticoncepcion. *Gynecol Obstet Mex* 1975; 37(222): 171–83. PMID: 1140588
75. Madden T, Allsworth JE, Hladky KJ, Secura GM, Peipert JF. Intrauterine contraception in Saint Louis: a survey of obstetrician and gynecologists' knowledge and attitudes. *Contraception* 2010; 81(2): 112–6. doi: 10.1016/j.contraception.2009.08.002
76. Khan A, Shaikh BT. An all time low utilization of intrauterine contraceptive device as a birth spacing method - A qualitative descriptive study in district Rawalpindi, Pakistan. *Reprod Health* 2013; 10(1): 10. doi: 10.1186/1742-4755-10-10
77. Rupley DM, Morhe ESK, Moyer CA, Dalton VK. Maternity care provider knowledge, attitudes, and practices regarding provision of postpartum intrauterine contraceptive devices at a tertiary center in Ghana. *Int J Gynecol Obstet* 2015; 128(2): 137–40. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.09.010
78. Gutin SA, Mlobeli R, Moss M, Buga G, Morroni C. Survey of knowledge, attitudes and practices surrounding the intrauterine device in South Africa. *Contraception* 2011; 83(2): 145–50. doi: 10.1016/j.contraception.2010.07.009

10. EKLER

Ek 1. Anket Formu

AİLE HEKİMLERİNİN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNDEN RAHİM İÇİ ARAÇ YÖNTEMİYLE İLGİLİ DÜŞÜNCE, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz

1. Kadın

2. Erkek

3. Medeni durumunuz

1. Evli

2. Bekar

4. Unvanınız

1. Pratisyen aile hekimi 2. Aile hekimliği uzmanı aile hekimi

3. Diğer branş aile hekimi

5. Çalıştığınız il.....

6. Mezuniyet yılınız.....

7. Aile hekimliğinde çalışma süreniz:

1. 1 yıldan az 2. 1-3 yıl 3. 3-5 yıl 4. 5 yıldan fazla

8. Üreme çağındaki hastalarınızın gebelik planını sorguluyor musunuz?

1. Her zaman 2. Sıklıkla 3. Ara sıra 4. Nadiren 5. Hiçbir zaman

9. Gebelik planı olmayan hastada uygun kontrasepsiyon yöntemi öneriyor musunuz?

1. Her zaman 2. Sıklıkla 3. Ara sıra 4. Nadiren 5. Hiçbir zaman

10. Gebelik planı olmayan hastada uygun kontrasepsiyon yöntemi önerirken nasıl bir yol izliyorsunuz?

1. Hastalara tüm yöntemleri anlatarak danışmanlık veririm.

2. ASM'de ebe-hemşireye yönlendiririm.

3. Hastanın istediği yönetime özel danışmanlık veririm.

4. Dış merkeze yönlendiririm.

5. Diğer (lütfen açıklayınız)

11. En sık önerdiğiniz aile planlaması yöntemi nedir? (kontrendikasyon olmadığı varsayılarak cevaplanmalıdır)

a) Kondom/Prezervatif

b) Rahim içi araç (RIA)

c) Oral Kontraseptifler (OKS)

d) Enjektabl Kontraseptifler

e) Cilt altı implantlar

f) Cerrahi Sterilizasyon

g) Spermisit, Diyafram, Servikal başlık

h) Geri Çekme Yöntemi

i) Takvim, Servikal Mukus, Vücut ısısı yöntemleri

12. Gebelik planı olmayan hastada kontrasepsiyon yöntemi olarak rahim içi araç kullanmasını öneriyor musunuz?

1. Çoğu zaman 2. Sıklıkla 3. Ara sıra 4. Nadiren 5. Hiçbir zaman

13. Rahim içi araç (RİA) önerdiğiniz hastalarla ilgili ile ilgili size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

1. RİA'yı hastalarım kendim uygulamam
2. RİA uygulanacak hastamı ASM'de başka bir sağlık çalışanına yönlendiririm.
3. RİA uygulanacak hastayı dış merkeze yönlendiririm
4. RİA yöntemini hastalara önermiyorum.

14. Sizce Rahim İçi Araç ASM'de uygulanabilir bir yöntem midir?

1. Evet 2. Hayır

15. Soruya yanıtınız hayır ise nedeni nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

1. ASM'nin fiziksel şartları uygun değil (jinekolojik muayene odası vb)
2. Elimizde rahim içi araç bulunmaması
3. ASM'de sterilizasyon şartlarının yetersiz olması
4. Hemşire-ebelerin rahim içi araç uygulanmasını işyükü olarak görmesi
5. Elimizde uygulama için yeterli ekipman- araç olmaması ve bu işlem için ödenek verilmemesi
6. RİA uygulaması ile ilgili eğitim almamış olmam
7. Aile sağlığı merkezinde bu eğitimi almış sağlık çalışanının olmaması
8. Hastanın bu yöntemi tercih etmemesi
9. Bu işlemin uygulanması için yeterli zaman olmaması
10. Komplikasyon riskinin yüksek olması
11. Malpraktis endişeleri
12. Bu konuda güncelleme eğitimlerinin yapılmıyor olması
13. Sağlık çalışanının enfeksiyon kapma riskinin bulunması
14. Diğer nedenler (Lütfen belirtiniz)

16. Aile sağlığı merkezinde RİA uygulamalarının yapılabilmesi için önerileriniz nelerdir? (birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

1. Asm'nin fiziksel şartlarının iyileştirilmesi (jinekolojik muayene odası vb)
2. Sağlık müdürlükleri tarafından asmlere ücretsiz rahim içi araç temin edilmesi
3. Asm'de sterilizasyon şartlarının iyileştirilmesi ya da sağlık müdürlükleri tarafından ücretsiz olarak merkezi bir sistemle uygulanması
4. Hemşire-ebelerin işyükünün azaltılması ve bu kişilere pozitif performans uygulanması
5. Asm'de uygulama için yeterli ekipman- araç bulundurulması ve bu işlem için ödenek verilmesi
6. Ria uygulaması ile ilgili eğitim almanın sıklaştırılması ve pozitif performans sağlanması
7. Hastaların bu yöntem hakkında sosyal medya ve diğer platformlarda bilgilendirilmesinin artırılması
8. Hekimlerin iş yükünün azaltılarak bu yöntem için zaman sağlanması
9. Komplikasyon durumlarında hastalara ve çalışanlara sağlık müdürlükleri tarafından gerekli maddi ve hukuki desteğin sağlanması
10. Bu konuda düzenli güncelleme eğitimlerinin yapılması
11. Diğer nedenler (lütfe açıklayınız)

17. Daha önce kendiniz veya eşiniz bu yöntemi kullandınız mı?

- 1.Evet 2. Hayır

18. Daha önce kullanmış iseniz kendinizde RİA'yı tercih etme nedeniniz nedir?

1. Etkinlięinin yüksek olması
2. Uzun etkili- geri dönüşlü bir yöntem olması
3. Ek hastalık nedeniyle oral kontraseptif veya diğer yöntemlerin kullanımının kontrendike olması
4. Diğer nedenler.....

19. Kendi çevrenize- eşinize RİA yöntemini önerir misiniz?

1. Çoğu zaman 2. Sıklıkla 3. Ara sıra 4. Nadiren 5. Hiçbir zaman

Bu kısımda 9 farklı cümle göreceksiniz. Öncelikle lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyunuz ve daha sonra cevabınızı aşağıdaki açıklamaya göre yapınız. Eğer cümle;

Sizin için tamamen/kısmen doğruysa: **Evet**

Cümleye dair bir fikriniz yoksa: Fikrim yok

Sizin için tamamen/kısmen yanlışsa: Hayır

seçeneklerinden, en uygun olanını işaretleyiniz. Lütfen hiçbir soruyu atlamamaya özen gösteriniz.

20. RİA'yı aşağıda özellikleri verilmiş olan vaka senaryolarındaki hastalara önerir misiniz?

	Evet	Hayır	Fikrim yok
Daha önce hiç gebelik yaşamamış olan kadın hasta			
20 yaşın altındaki kadın hasta			
HIV enfeksiyonu olan kadın hasta			
Doğum- sezaryen sonrası ilk 48 saatte			
Ektopik gebelik öyküsü olan hasta			
PID (Pelvik inflamatuvar hastalık) öyküsü olan hasta			
40 yaşında sigara içen hasta			
Antihipertansif kullanan hasta			
Laktasyon döneminde olan hasta			

21. Aşağıda yer alan ifadelerde size en uygun olan yanıtı işaretleyiniz

	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
Bakırlı RİA acil kontrasepsiyonda güvenle kullanılabilir.			
RİA pelvik inflamatuvar hastalık (PID) de kontrendikedir.			
RİA kullanımında uterin perforasyon ve enfeksiyon olasılığı çok yüksektir.			
Yoğun menstruel kanaması ve dismenoresi olan kadınlarda levonorgestrelli RİA önerilmelidir.			
RİA uygulamasından önce rutin antibiyotik profilaksisi yapılır.			
Menopozal dönemde bakırlı RİA son kanamadan 12 ay sonra çıkarılmazdır.			
RİA kullanan hastada cinsel yolla bulaşan hastalık tespit edilirse RİA çıkarılmalıdır			
RİA kullanımı infertilite riskini artırır			
RİA, gebelik olmadığı kanıtlandığı sürece menstruel siklusun herhangi bir döneminde uygulanabilir.			
Bakırlı RİA'nın etki süresi 12, levonorgestrelli RİA'nın 5 yıldır.			
RİA kullanacak olan hastalara kanama değişiklikleri, cinsel yolla bulaşan hastalık riski, kullanım süresi ile ilgili danışmanlık verilmelidir.			
Nedeni bilinmeyen anormal vajinal kanama RİA için kontrendikasyon oluşturur.			
Levonorgestrelli RİA akne, baş ağrısı, göğüste hassasiyet, ruh hali değişikliklerine neden olabilir.			
Bakırlı RİA fertilizasyonu sperm motilitesi ve viabilitesini önleyerek inhibe eder.			

Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Adı: Aile Hekimlerinin Aile Planlaması Yöntemlerinden Rahim İçi Araç Yöntemiyle İlgili Düşünce, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi
- b. Araştırmanın İçeriği: Aile planlaması yöntemlerinden Rahim İçi Araç yönteminin araştırılması
- c. Araştırmanın Amacı: 1. Basamakta aile planlaması yöntemlerinden rahim içi araç yönteminin uygulanma oranı ve hekimlerin düşünce, tutum davranışlarının araştırılması hedeflenmiştir
- d. Araştırmanın Nedeni:
Tez çalışması
- e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 11 ay
- f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 182
- g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:
Konuyla ilgili literatür taraması yapıldıktan sonra anket oluşturulup etik kurul onayı alınacak. Etik kurul onayı sonrası İl Sağlık Müdürlüğü onayı alınacak. Belirtilen sayıda hekime anket yapılarak veriler istatistik programına girilecek ve tez yazım aşamasına geçilecek.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Risk yok

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

1. basamakta aile planlaması hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sağlamak

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Emine VURAL Telefon: 0507 622 42 58



5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr. Öğr. Gör. Hasan Hüseyin AVCI tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
 - Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
 - Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / Katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

Tarih:



Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı: Emine Vural

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih: