

T.C
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AYDIN DOĞUM EVİ AİLE PLANLAMASI
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KİŞİLERİN AİLE
PLANLAMASI HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ VE AİLE PLANLAMASI
DANIŞMANLIK HİZMETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Özlem KALAK**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Serpil AYDIN**

**Aydın
2008**

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	5
ÇİZELGELER LİSTESİ	6-7
KISALTMALAR LİSTESİ	8
ÖZET	9-10
1. GİRİŞ	11
2. GENEL BİLGİLER.....	12
2.1. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİ.....	12
2.1.1. Aile Planlamasının Tanımı.....	12
2.1.2. Aile Planlaması Hizmetlerinin Önemi.....	12
2.1.3. Aile Planlaması Hizmetlerinin Anne ve Çocuk Sağlığı Açısından Önemi.....	13
2.1.4. Aile Planlaması Hizmetlerinin Amaçları.....	14
2.1.5. Aile Planlaması Hizmetlerinin Yasalaştırılması ve Sonuçları.....	15
2.1.6. Dünyada Aile Planlaması Hizmetleri Uygulamaları.....	16
2.1.7. Türkiye’de Aile Planlaması Hizmetleri Uygulamaları.....	16
2.2. HASTA EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIK	
2.2.1. Hasta Eğitimi.....	18
2.2.2. Danışmanlık.....	19
2.2.3. Hasta Eğitimi ve Danışmanlığa Yönelik Öneriler.....	20
2.2.4. Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık.....	21
2.2.5. Aile Planlaması Danışmanlığının Önemi	22
2.2.6. Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinin Amaçları.....	22
2.2.7. Aile Planlaması Danışmanlığı Çeşitleri	22
2.2.8. Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetleri Nasıl Olmalı.....	23
2.2.9. Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinde Kalite Arttırma.....	24
2.2.10. Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinde Sağlık Personelinin Görevleri	25

2.2.11. Aile Planlaması Hizmet Sunucularının Gereksinimleri.....	25
2.3. ÖZEL GRUPLARA VERİLECEK DANIŞMANLIK HİZMETLERİ	
2.3.1. Adölesanlara Verilecek Danışmanlık Hizmetleri	26
2.3.2. Premenopozal Dönemde Verilecek Danışmanlık Hizmetleri	28
2.3.3. Erkeklerle Verilecek Danışmanlık Hizmetleri	29
2.3.4. Doğum Sonrası ya da Yasal Tahliye Sonrası Verilecek Danışmanlık Hizmetleri	30
2.3.5. Cerrahi Kontrasepsiyon Öncesi Verilecek Danışmanlık Hizmetleri	30
2.4. KONTRASEPTİF YÖNTEMLER VE DANIŞMANLIK HİZMETLERİNDE ÖNERİLMESİ GEREKEN NOKTALAR	
2.4.1. Kontraseptif Yöntemlerde Aranılan Özellikler	32
2.4.2. Kontraseptif Yöntem Kullanılmamasının Olası Nedenleri	32
2.4.3. Kontraseptif Yöntem Çeşitleri	33
2.4.3.1. Modern Olmayan Yöntemler.....	34
a) Takvim Yöntemi.....	35
b) Vücut Isısı Yöntemi.....	35
c) Servikal Mukus Yöntemi.....	35
d) Laktasyonel Amenore Metodu	36
e) Koitus İnterruptus (geri çekme)	36
f) Vajinal Duş	37
2.4.3.2. Modern Yöntemler	37
2.4.3.2.1. Bariyer Yöntemler	37
a) Kondom	37
b) Spermisid	38
c) Diyafram.....	38
d) Servikal Başlık	38
e) Kadın Kondomu	39
2.4.3.2.2. Rahim İçi Araç (RİA)	39
2.4.3.2.3. Kombine Oral Kontraseptif (KOK).....	40
2.4.3.2.4. Kombine Enjektabl Kontraseptif (KEK)	41
2.4.3.2.5. Cilt Preparatları	41
2.4.3.2.6. Vajinal Halkalar	41

2.5. Acil Kontrasepsiyon.....	41
3. AMAÇLAR.....	43
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	44
4.1. ÖRNEKLEM SEÇİMİ.....	44
4.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	45
5. BULGULAR.....	46
6. TARTIŞMA.....	70
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
8. KAYNAKLAR.....	78
9. EKLER.....	88

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, tez çalışmamda bana yol gösteren ve destek olan değerli hocam Doç. Dr. Serpil AYDIN', eğitimimde desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım, Prof. Dr. Okay BAŞAK, Doç. Dr. Güzel DİŞÇİGİL, Yrd. Doç. Dr. Ayfer GEMALMAZ ve Yrd. Doç. Dr. Serdar GÜREL'e, diğer rotasyon hocalarıma, asistan arkadaşlarım Dr. Zübeyde ANADOL, Dr. Aydın SÖYLEMEZ, Dr. Ceyda ELVEREN, Dr. Yavuz ERGÜN, Dr. Mustafa TÜRKOĞLU, Dr. Funda GÖKSOY, Dr. Halim ARVIŞ ve Dr. Ayfer Oklay BOZKAYA'ya, Aydın Doğumevi hekimleri Dr. Gülgün GEZER ve Dr. Filiz GÖNGÜR'e, hayatımın her döneminde ve her konuda bana her türlü desteği sağlayan ANNEM ve BABAM'a, bana büyük emeği geçen, sevgisini hep yanımda hissettiğim ablam MUTLU ÇETİNBAŞ'a ve bugüne kadar her konuda anlayış ve desteğinden ötürü sevgili eşim Dr. Atanur Mete KALAK'a teşekkür ve sevgilerimle...

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge Numarası ve Adı

Sayfa No

- Çizelge 1. Aile Planlaması Hizmetlerinin Amaçları
- Çizelge 2. Hasta Eğitimi ve Danışmanlığa
Yönelik Öneriler.....
- Çizelge 3. Danışmanlık İlkeleri.....
- Çizelge 4. Danışmanlık Hizmetlerinden Yararlanan Kişilerin Hakları
- Çizelge 5. Yöntem Kullanımını Etkileyebilecek Bazı Durumlar
- Çizelge 6. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....
- Çizelge 7. Katılımcıların Gebelik, Doğum ve Aile Planlaması ile İlişkili
Özellikleri.....
- Çizelge 8. Kullanılan Yönteme İlişkin Özellikler.....
- Çizelge 9. Danışmanlık Hizmetleri Öncesi ve Sonrasında İlk Akla Gelen Yöntemlerin
Karşılaştırılması.....
- Çizelge 10. Etkili/Etkisiz Yöntem Kullanımının Kullanıcıya göre Etkili/Etkisiz
Olma Durumu ile Karşılaştırılması
- Çizelge 11. İstemsiz Gebeliğin Kullanılan Yöntemlere Göre Dağılımı.....
- Çizelge 12. Öncesinde Kullanılıp Terkedilen Yöntem Varlığı ve Yöntem
Çeşitleri
- Çizelge 13. Katılımcıların Düşük, Küretaj ve Ölü Doğum Öyküleri.....
- Çizelge 14. Yöntem Kullanımı Konusunda Eş Desteği ve Sorumluluk Paylaşımı.....
- Çizelge 15. Katılımcıların Emzirme Sırasında Yöntem Kullanım Durumu ve
Bu Yöntemlerin Çeşitleri
- Çizelge 16. Danışmanlık Öncesi ve Sonrasında Acil Kontraseptif Yöntem
Hakkında Bilgi ve Acil Kontraseptif Yöntem Kullanımı
- Çizelge 17. Danışmanlık Hizmetlerinden Beklentiler ve Öneriler
- Çizelge 18. En Sık Bilinen Etkili Kontraseptif Yöntem Çeşitleri

- Çizelge 19. Yöntem Kullanımını Etkileyen Bazı Faktörlerin Karşılaştırılması**
- Çizelge 20. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Yöntem Kullanımını**
Etkileyen Bazı Faktörlerin Karşılaştırılması
- Çizelge 21. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Yöntem Kullanım Özellikleri**
- Çizelge 22. İlk Akla Gelen Yöntemlerin Kullanıcıların Eğitim Durumuna Göre**
Karşılaştırılması
- Çizelge 23. Yöntem Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Karşılaştırılması**
- Çizelge 24. Etkili/Etkisiz Yöntem Kullanımıyla Bazı Faktörlerin Karşılaştırılması ...**
- Çizelge 25. Katılımcıların Danışmanlık Öncesi Ve Sonrası Aldıkları Puan**
Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Çizelge 26. Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Acil Kontrasepsiyon Bilgi**
Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Çizelge 27. Bazı Faktörlere Bağlı Olarak Danışmanlık Öncesi Alınan Puan**
Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Çizelge 28. Yöntem Kullanımını Etkileyen Bazı Faktörler Arasındaki İlişki**

KISALTMALAR LİSTESİ

<u>Kısaltma</u>	<u>Açık Şekli</u>
AP.....	Aile Planlaması
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
TNSA- 2003	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003
DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
T.C	Türkiye Cumhuriyeti
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
PIH	Pelvik İnflamatuvar Hastalık
RİA	Rahim İçi Araç
HIV	Human İmmün Deficiency Virüs
LAM	Laktasyonel Amenore
GnRH	Gonadotrop Salgılatıcı Hormon
LH.....	Lüteinizan Hormon

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Aile Planlaması, Temel Sağlık Hizmetleri içerisinde önemli bir yere sahiptir. Gebeliği önleyici yöntemlerin yeterli düzeyde kullanılmaması durumunda, sağlık ve sosyal alanlarda pek çok sorun yaşanmaktadır. Bu çalışmada kişilerin Aile Planlamasına ilişkin bakış açılarını değerlendirmek, kadınların koruyucu yöntem tercihleri ve bunu etkileyen faktörleri tespit etmek ve verilen danışmanlık hizmetleri ile eğitimin etkinliğini belirlemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Aydın Doğum Evi Aile Planlaması Polikliniği'ne 1 Eylül 2007-30 Kasım 2007 tarihleri arasında kontraseptif yöntem malzemeleri ve danışmanlık hizmeti almak için başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden ardışık 141 kişiye, çalışmacı tarafından Aile Planlaması yöntemleri ile ilgili bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti yapıldı. Danışmanlık hizmeti öncesi 39 ve sonrasında 9 açık ve kapalı uçlu soru içeren anket formu, yine çalışmacı tarafından yüz yüze görüşülerek uygulandı. İstatistiksel değerlendirmede student t , ki kare, McNemar, fisher exact test ve korelasyon analizi kullanıldı.

BULGULAR: Katılımcıların 112'si (%79,4) herhangi bir yöntemle korunmakta iken, 29'unun (%20,6) herhangi bir yöntem kullanmadığı saptandı. Katılımcılardan 81'i (%57,4) modern yöntem kullanırken, 60'ı (%42,6) geleneksel yöntemler kullanmakta idi. En sık kullanılan yöntemler RİA, geri çekme ve prezervatif olarak bulundu. Katılımcıların danışmanlık hizmeti sonrasında aldıkları bilgi puanlarının yükseldiği görüldü.

SONUÇ: Kontraseptif yöntemlerin yaygın ve doğru bir şekilde kullanılmasını sağlayacak en önemli faktör, bu konuda yetkili, eğitilmiş sağlık personeli tarafından verilen danışmanlık hizmetleridir. Aile Planlaması danışmanlık hizmetleri, başvuran kişinin yöntemler konusunda bilgilendirilmesine, başvuranın kendisini daha güvenli hissetmesine, önerileri doğru bir biçimde uygulamasına ve sağlık hizmetlerini uygun olarak kullanmasına büyük katkılar sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Aile Planlaması, yöntem kullanımı, danışmanlık

ABSTRACT

BACKGROUND AND AİM: Family planning is an important aspect of basic health care system. Insufficient use of contraceptive methods cause a lot of problems both in social and health related areas. The aim of this study is to assess people's point of view on family planning, the contraceptive method preferences and related factors and to assess the efficiency of counselling and education.

METHODS: This study was carried out between 1 st of September 2007 and 30 th of November 2007 in the State Maternity Hospital family planning clinic of Aydın on 141 woman who attended for counselling on contraceptive methods and freeware. Information about family planning methods were given. A questionnaire was filled out by face to face interviewing method before and after counselling. Chi square, fisher's exact t test, lineer regression and one way analysis of variance (ANOVA) tests were used for statistical analysis.

RESULTS: 112 (79,4%) of participants were using a contraceptive method , whereas 29 (20,6%) were not using any method. 81'i (%57,4) of participants were using a modern contraceptive method and 60 (42,6%) of participants were using traditional methods for contraception. The most commonly used methods were IUD, coitus interruptus and preservative respectively. It was detected that counselling increased number of participants using family planning method.

CONCLUSION: The most important factor for providing frequent and appropriate usage of contraceptive methods is counselling on this subject done by well educated, authorized health care providers. Family planning counselling service would support proper usage of health care system, feeling confident and being correctly informed about methods for admitted women and correct application of suggested method .

Anahtar kelimeler: Family planning, method use, counselling

GİRİŞ

Dünya nüfusu hızla artış göstermektedir ve bu hızlı nüfus artışı karşısında doğal kaynakların dengede tutulabilmesi sorunu oluşacak ve bu durum da ekonomik gelişmenin duraklamasına sebebiyet verebilecektir. Ülkelerin politikaları, yasal engeller, kültürel ve dinsel farklılıklar Aile Planlaması (AP) programlarının uygulanmasını zorlaştırmaktadır (1).

Düzenlenmemiş doğurganlık, kadın yaşamının önemli sorunlarının başında gelmektedir (2). Doğurganlığın gönüllü kontrol edilebilmesine olan gereksinim uluslar arası düzeyde onaylanmakta ve desteklenmektedir (3). Doğurganlığın kontrolüne ilişkin olarak bilgi sahibi olunması, bu yöntemlere ulaşılması ve daha sonra da uygun bir gebeliği önleyici yöntemin zamanında ve etkili olarak kullanılması için oldukça önemli bir adımdır. Doğurganlığın düzenlenmesinde, doğurganlığı etkileyen biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etmenler, kontraseptif kullanımı ve seçimini etkileyen etmenler ile teknolojik imkanlar birlikte ele alınarak değerlendirilmelidir. (4)

AP hizmetleri, koruyucu temel sağlık hizmetleri içinde kolay, ucuz ve basit uygulanabilen sağlık hizmetlerindendir. AP programlarının ihtiyaçlara cevap verememesi, gelişmelerin takip edilememesi, sınırlı danışmanlık hizmetlerinin sunulması ve hizmetlerin diğer sağlık hizmetleriyle koordine olamaması sonucunda, kişiler üreme hedeflerine ve sağlık ihtiyaçlarına uygun AP yöntemlerini kullanamamaktadırlar. (5).

AP yöntemlerinin kullanım oranları halen istenilen düzeye ulaşamamıştır. Bu oranı artırabilmenin en önemli yollarından birisi, kişileri bilgilendirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin arttırılmasıdır. Danışmanlık AP hizmetlerinin tüm aşamalarında sürekli yapılması gerekirken, çoğunlukla göz ardı edilmektedir. Etkili bir danışmanlık, kişilerin korunma yöntemlerini anlamalarını sağlayarak kendi durumlarına en uygun koruma yöntemini seçmelerine yardımcı olacaktır (6).

II. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİ

2.1.1. Aile Planlaması'nın Tanımı

AP, kişilerin istedikleri zaman, bakabilecekleri sayıda çocuk doğurabilmeleri ve iki gebelik arasındaki zamanı ayarlamaya özgürce ve kendi iradeleriyle sahip olabilmeleri anlamına gelmektedir (7). Bu tanıma göre çiftler, ekonomik ve sosyal açıdan bakabilecekleri, fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı yetiştirebilecekleri çocukları doğurmakta hür iradeye sahiptirler (8).

AP ya da kontrasepsiyon, gebeliklerin planlanması, çocuk sayısının düzenlenmesi ve gebeliğin geçici olarak önlenmesi kavramlarını içermektedir ve bu durum ancak etkili ve özel yöntemlerin kullanılmasıyla başarılabilir (9).

Tarihte kadınların gebeliği önleyici çeşitli yöntemler kullandıkları bilinmektedir. Bunlar ilişki sonrası vajenin yıkanması, vajenin parmakla silinmesi, semenin dışarı çıkarılmasına yönelik çeşitli bedensel hareketlerin yapılması gibi uygulamalardır. Bu uygulamalar sonucunda birçok kadının enfeksiyonlar sebebiyle sağlıklarının tehlikeye girdiği bildirilmiştir (10).

2.1.2. Aile Planlaması Hizmetlerinin Önemi

Toplumda kadına verilen değer, ülkenin gelişmişlik düzeyiyle yakından ilişkilidir. Gelişmekte olan ülkelerde, doğurganlık hızı yüksek, evlilik yaşı düşüktür. AP hizmetleri, kadın sağlığını yükselten ve kadın statüsünün olumlu yönde ilerlemesine katkı sağlayan önemli hizmetlerdendir. Sağlık politikaları uygulamasına ve ana-çocuk sağlığı verilerine bakıldığında, diğer sağlık hizmetleri gibi AP hizmetlerinin de önemsenmesi gerektiği açığa çıkmaktadır (11).

AP hizmetleri, 1978'de Alma Ata Bildirgesi'nde Temel Sağlık Hizmeti (TSH) olarak benimsenmiştir. Alma Ata Konferansı'ndan sonra birçok adım atılmışsa da 'Herkes için Sağlık' hedeflerine ulaşmadaki ilerleme birçok ülkede oldukça yavaştır. Yoksulluğun getirdiği kısıtlamalar, sağlık için sektörler arası işbirliğinin sağlanamaması, kadın statüsünün

yükseltilememiş olması, insan kaynakları ve sağlık enformasyon sistemindeki zayıflık bu durumun başlıca nedenlerini oluşturabilmektedir. Ayrıca fikirlerin açıklanmasının ve ihtiyaçların karşılanmasının mümkün olmadığı ülkelerde, ulusal politikaların da olumsuz etkileriyle TSH'lerine ulaşmak oldukça güçleşmektedir (12).

Diğer TSH'leri sınıfında, beslenme, temiz su ve çevre sağlığı hizmetlerinin sağlanması, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, endemik hastalıkların denetimi, temel ilaçların temin edilmesi sayılabilir (13). TSH'lerinin ana ilkeleri, toplumsal katılım, bireylere eşit ulaşım ve kurumlar arası işbirliğidir (14). AP hizmetleri, oluşabilecek hastalıkları ve ölümleri önlemede, kolay, ucuz ve basit koruyucu TSH'lerinin başında gelmektedir. AP konusunda sağlanan politikalar ve önemli gelişmelere karşın, bu konuda karşılanamayan gereksinimlerin hala yüksek olduğu gözlenmektedir (15).

2.1.3. Aile Planlaması Hizmetlerinin Anne ve Çocuk Sağlığı Açısından Önemi

Kadınlar çok eski çağlardan beri yeterli sağlık bakımının olmaması nedeniyle, gebelik, doğum ve lohusalık sebebiyle hastalıklara yakalanıp hayatlarını kaybetmişlerdir. Bu durum pek çok toplumda kader olarak görülüp doğal karşılanmış, bu nedenle gerekli önlemler alınmamıştır (16). Gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar, doğurganlık çağındaki kadınların en önemli hastalık ve ölüm nedenlerindendir. Kadının ilk gebelik yaşı, doğumları arasında geçen süre, toplam gebelik ve doğum sayıları bu hastalık ve ölüm oranlarını etkileyen önemli faktörlerdendir. Kadının ve toplumun eğitim seviyesini yükseltmek için en önemli yol aşırı doğurganlığın kontrolünün sağlanmasıdır (17).

Gelişmekte olan ülkelere, gelişmiş ülkelere kıyasla, gebelik ve doğumla ilişkili sebepler nedeniyle ölüm oranlarının oldukça yüksek olduğu gözlenmektedir. Uluslararası çalışmalar, etkili AP programlarının kullanılması ile anne ölümlerinin ortalama %30-40 dolayında azalabildiğini göstermektedir. Bu nedenle AP uygulamalarının kadın sağlığını koruma anlamında önemli bir rol üstlendiği düşünülmektedir (18).

Çok erken ya da çok genç yaşta, çok sayıda ve sık aralıklarla oluşan gebeliklerde hastalık ve ölüm riski artış göstermektedir. Yüksek riskli grubuna giren bu gebelikler gelişmekte olan ülkelere yaygın bir sorun olarak görülmektedir (19). Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi, ülkemizde de uzun yıllardır uygulanan ana sağlığı programları, anne ölümlerini azaltabilmek için riskli gebelerin tespit edilmesine odaklanmıştır. Bu yaklaşımların anne sağlığına olumlu katkıları olmasına karşın, anne ölümlerinde istenilen ve beklenen düzeyde azalma tespit edilememiştir (20). AP hizmetlerinin yeterli ve düzenli sunumu ile ve

bu konuda verilecek danışmanlık hizmetlerinin sürekliliği ile bu oranın azaltılabileceği düşünülmektedir (21).

Dünyada gerçekleşen gebeliklerin yaklaşık yarısının istenmeyen ve planlanmayan gebelikler olduğu bilinmektedir (22). Sık ve fazla sayıda yapılan doğumlar, yalnızca anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkilemekle kalmayıp, toplumların da ekonomik, sosyal ve kültürel anlamda gelişmesini engellemektedir. AP, anne ve çocuk mortalite ve morbiditesini önlemek için önemli bir araçtır. Her yıl dünya genelinde beş yüz bin kadının gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle öldüğü bildirilmektedir (22).

Toplumda erkeklerden daha fazla cinsel şiddet ve istismara uğrayan kadınlar, çoğunlukla korunmasız ilişkiyi ve erken yaşta oluşan evlilikleri reddetme ve gebelikler arasındaki süre konusunda kararın verilmesi haklarını kullanamamaktadırlar (23). Oysaki kadınlar, uygun üreme sağlığının belirleyicileri olan doğum sayısı ve gebelik sayısını belirlemektedirler (24).

AP hizmetleri, kadın sağlığı açısından en önemli evreyi oluşturan gebelik ve doğumun güvenli hale getirilmesinde, sağlık hizmetlerinin kalitesi, bu hizmetlere ulaşılabilirlik ve hizmetlerin kullanılmasında önem taşımaktadır.

AP hizmetlerinin çocuk sağlığı üzerine de önemli olumlu etkileri bulunmaktadır. Yöntem kullanımıyla yalnızca fazla sayıdaki doğum sayısının azaltılması, gebelik aralıklarının uzatılması gibi faktörlerin düzenlenmesi sağlanmayıp, aynı zamanda yaşayan çocukların da sağlıklarına olumlu yönde katkılar yapılmaktadır.

2.1.4. Aile Planlamasının Hizmetlerinin Amaçları

Aile Planlaması hizmetlerinin temel amacı, çocuk sayısını istenen düzeyde tutmak, doğum aralıklarını çiftlerin tercihlerine göre ayarlamak ve bunun sonucunda ailelerin yaşam standartlarını yükseltmektir (25). Aile planlaması hizmetleri öncelikle aşırı doğurganlığı önleyerek nüfus ve sağlık sorunlarına çözüm bulma amaçındadır. Dünyada insan yaşamı kalitesini düşüren birçok sorunun temel çözüm yolunun, etkili AP uygulamalarının kullanılmasında olduğu bilinmektedir (26).

Bir ülkede hızlı nüfus artışı mevcut olduğunda, var olan nüfusun hayat kalitesi ve yaşam şartları olumsuz etkilenmektedir. Çünkü var olan nüfusun yaşam kalitesini arttırmak için kullanılacak kaynaklar yeni oluşan nüfusun yaşam şartlarının sağlanması için gerekli alt yapı çalışmaları için harcanmaktadır. Aynı şekilde para ve zaman gerektiren sağlık ve eğitim hizmetleri nüfus arttıkça olumsuz olarak etkilenmekte ve yeterli ölçüde hedef kitlelere ulaştırılamamaktadır.

Aşırı doğurganlığın olduğu ülkelerde; erken evlenme, adölesan gebelikler, ileri yaş gebelikleri, iki yıldan kısa aralıklarla ve çok sayıda yapılan ve istenmeyen gebeliklerin görülme sıklığının arttığı gözlenmektedir (27) Aşırı doğurganlık ve bunun getirdiği ekonomik ve sosyokültürel sorunlar, ana-çocuk sağlığını bozan önemli faktörler arasında yer almaktadır (27). AP hizmetlerinin çeşitli amaçları bulunmaktadır. Bu amaçlardan bazıları Çizelge 1’de gösterilmektedir.

Çizelge 1. Aile Planlaması hizmetlerinin amaçları

Sık ve çok sayıda oluşacak gebeliklerden anne ve çocuk sağlığını korumak
Sağlıklı çocuklar yetiştirmek
Üreme çağındaki kadınları, üreme sağlığı konularında bilgilendirmek
Kadınların üreme çağlarını sağlıklı ve problemsiz olarak geçirmelerini sağlamak
Çiftleri gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgilendirmek
Kontraseptif yöntemlerin uygulanmasına yardımcı olmak
Çocuk sahibi olamayan çiftlerin tıbbi olanaklardan yararlanmalarını sağlamak
Hızlı nüfus artışını yavaşlatarak, toplum sağlığını geliştirmek

2.1.5. Aile Planlaması Hizmetlerinin Yasalaştırılması ve Sonuçları

Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı’na gebeliği önleyici yöntemler konusunda eğitim ve uygulama hizmetlerinin yürütülmesi görevi, 1965 yılında çıkarılan 557 sayılı kanunla verilmiştir. 1983 yılında da Nüfus Planlaması hizmetlerinin yürütülmesi görevi, Sağlık Bakanlığı adına Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü’ne verilmiştir (28). 1983 yılında 2827 sayılı kanunla yapılan düzenlemeye göre, on haftaya kadar olan gebeliklerin tahliye edilmesine izin, kadın ve erkeğe sterilizasyon yaptırabilme hakkı ve ebe ve hemşirelere kontrasepsiyon eğitim ve uygulamaları konusunda yetki verilmiştir (29). Bu yasayla birlikte kontraseptif malzeme dağıtımı, kontraseptif metodların kullanımı ve AP eğitiminin cesaretlendirilmesi serbest bırakılmıştır (22). AP hizmetleri konusunda istenilen düzeye ulaşılammış olmasına karşın, AP uygulamaları ile ilgili yasanın oluşturulmasından itibaren yöntem kullanımının önemli oranda artış gösterdiği gözlenmiştir (30).

2.1.6. Dünyada Aile Planlaması Uygulamaları

1994'de Kahire'de yapılan uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda nüfus politikalarının ana amacının, bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi olduğu görüşü benimsenmiştir. Konferansta ayrıca kadın ve erkeğin üreme konusunda bilgilendirilmesi ve doğurganlıklarını düzenleyebilme yetkilerinin olduğu görüşü ifade edilmiştir (31).

Amerika'da oral kontraseptif haplar, erkek kondomu ve kadın sterilizasyonu en çok kullanılan kontraseptif yöntemlerden olmakla birlikte, yaklaşık üç milyon kadın yöntem kullanmama nedeniyle istenmeyen gebelik riskiyle karşı karşıyadır (32). Tüm dünya ülkelerinde istenmeyen gebelikler ile bunlara bağlı olarak istemli düşükler ve doğumla ilgili komplikasyonlar, genel ve ortak sorunlar olup özellikle modern kontraseptif kullanma bilincinin yetersiz düzeylerde olduğunu göstermektedir (33).

Dünya nüfusu hızla bir artış göstermektedir. İstenmeyen gebelik oranlarının yüksek düzeyde gözlenmesinin nedenleri arasında, kontraseptif yöntemler hakkında bilgi eksikliği, yöntemle uyum eksikliği, seçilen yöntemin günlük kullanım gereksiniminin olması gibi özellikler sayılabilir. Bu nedenle kullanımı kolay, uzun etkili, yan etkilerden uzak yeni teknikler tasarlanmak durumundadır.

Dünyanın çeşitli bölgelerinde de kontraseptif yöntem kullanımı arasında farklılıklar bulunmaktadır. Kontrasepsiyon kullanımı orta ve yüksek gelirli ülkelerde yüksek iken Güney Afrika'nın bazı şehirlerinde kontrasepsiyon kullanımının en düşük düzeylerde olduğu ve AP için karşılanmamış beklentilerin çok yüksek olduğu bilinmektedir. Yöntem kullanımı dünya çapında yavaş yavaş artış göstermekle birlikte, etkin yöntem kullanımının henüz düşük oranlarda olduğu gözlenmektedir (1).

Gelişmiş ülkelerde oral kontraseptif kullanım düzeylerinin ve RİA (rahim içi araç) kullanımının, daha az oranlarda da erkek ve kadın sterilizasyonunun ön plana çıktığı bildirilmektedir (1). Son yıllarda kondom kullanımı artış göstermekte ve özellikle ilk cinsel ilişki öncesi kullanılması tavsiye edilmektedir verilen danışmanlık hizmetlerinde kondom kullanımı özendirilmektedir (34).

2.1.7. Türkiye'de Aile Planlaması Uygulamaları

Ülkemizde yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA-2003), doğurganlık düzeyi, AP, anne ve çocuk sağlığı konularında bilgi vermek amacıyla tasarlanmış bir araştırmadır. Bu araştırmada saptanan verilere göre, AP uygulamalarında saptanan eksiklikler önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Türkiye'de evli kadınların %64'ü

AP yöntemi kullanılmaktadır ancak bunların %42,5'i etkili yöntem kullanımını tercih etmektedir (35).

Bireylerin etkili yöntem kullanımı için, yeterli bilgiye sahip olmaları ve sunulan AP hizmetlerinin yaygın olması gerekmektedir. Günümüzde AP çalışmaları kapsamında güvenilir ve ulaşılabilir yöntemler olmasına ve kadınların en az bir etkin AP yöntemi ve bu yöntemi nereden temin edeceklerini bilmelerine karşın, her üç kadından sadece birinin etkin yöntem kullandığı bilinmektedir (36). Ayrıca ülkemizdeki ve dünyadaki çiftlerin önemli bir kısmının güvenilirliği düşük, geleneksel yöntemleri kullanmayı tercih ettikleri gözlenmektedir.

Bir diğer konu, ülkemizde doğumların üçte biri iki yıldan az aralıklarla oluşmaktadır (37). İki gebeliğin arasındaki sürenin iki yıldan kısa olması durumunda hem annenin hem de bebeğin sağlığı olumsuz şekilde etkilenmektedir. AP danışmanlık hizmetlerinin doğru ve etkili şekilde kullanılmasıyla bu oranın azaltılabileceği düşünülmektedir (38).

Ülkemizde yerleşmiş olan güçlü kültürel öğeler sebebiyle birçok alanda olduğu gibi AP hizmetlerinin de kullanılması ve yaygınlaştırılması engellenmektedir. Bununla birlikte otoriter ve ataerkil aile yapısı da bu duruma sebebiyet veren faktörlerden birisini oluşturmaktadır (39).

Ülkemizde doğurganlık özelliklerine bakıldığında, bölgeler arası farklılıklar olduğu gözlenmektedir. Batı bölgelerimizde toplam doğurganlık oranı 1,8 iken, Güneydoğu Anadolu bölgesinde toplam doğurganlığın 4 olduğu bildirilmektedir (40). Herhangi bir yöntemle korunan kadınların oranı, ülke genelinde %45 dolayında iken, Güneydoğu Anadolu bölgesinde bu oranın %30 olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle özellikle Güneydoğu Anadolu bölgesinde AP hizmetlerine öncelik verilmesi yerinde bir uygulama olacaktır. Ancak bu bölgede sağlık hizmetlerinden yeterli ölçüde yararlanamamanın nedenleri arasında, kişilerin sosyokültürel davranışlarının etkisinin de olabileceği düşünülmektedir (41).

Yine TNSA 2003 verilerine göre, ülkemizde kadınların eğitim düzeyinin artmasıyla, doğurganlıkta hızlı bir düşüş gözlemlendiği ve ilk doğum yaşının da yükseldiği söylenebilmektedir. Son yıllarda Türk kadınının giderek AP konusunda daha istekli davranışlar sergilediği ve bunun neticesinde modern yöntem kullanım oranlarının, geleneksel yöntem kullanım oranlarının önüne geçtiği bildirilmektedir (42).

2.2. HASTA EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIK

2.2.1. Hasta Eğitimi

Bireyin davranışlarında kendi yaşantıları yoluyla, kasıtlı olarak istenen davranışlar oluşturma sürecidir. Örgün eğitim ve yaygın eğitim olarak sınıflandırılabilir.

Örgün eğitim, okullarda ya da okul benzeri yerlerde kişiler yaşama atılmadan önceki yaşlarda yapılan eğitimidir. Halk eğitimleri, hizmet içi eğitimler yetişkin yaşlardaki kişilere verilen eğitimidir.

Hasta eğitimi, bireylerin hastalık ve sağlığını en iyi düzeyde yönetmesini sağlayan uygulamalardır. Hastanın hastalığına uyum ve kendi kendine bakımını sağlaması için, etkili eğitim programının hazırlanmasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) eksperler komitesi sağlık eğitimini şöyle tanımlamıştır: "Sağlık eğitimi, kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak; kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak; sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla, birey olarak ya da topluca karar aldırma" (43). Sağlık eğitiminin amacı; bireyin ve toplumun gereksinimlerini karşılayacak, sağlığı koruyacak ve geliştirecek, olumlu bir çevre yaratmalarını sağlayacak davranış değişikliği yaratmaktır.

Sağlık eğitimi, olumlu sağlık davranışlarını geliştirme ve heveslendirme için sağlık bakımının bir parçasını oluşturmaktadır. Hasta eğitimi, hastalar ile sağlık çalışanları arasındaki iletişimde öğretme ve öğrenme sürecidir. Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu (STFM) hasta eğitimini: "Sağlığı iyileştirmek adına hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek" olarak tanımlamaktadır (44). Amerikan Aile Hekimleri Birliğinin (AAFP) sağlık eğitim komitesi AAFP'nin birinci sıradaki görevini "Sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hasta eğitimi konularında öncülük yaparak Amerikalıların sağlığının geliştirilmesi" olarak tanımlamıştır (44).

Bireyler, aileler, kurumlar ve toplumların gereksinimleri sağlık eğitimi programlarının ana temasını oluşturmaktadır. Sağlık eğitimi, diğer sağlık hizmetlerinin doğru biçimde kullanımını arttıran önemli bir hizmettir (43).

Tedavinin planlanmasında, tüm tedavi seçeneklerinin hastaya anlatımından sonra, hastanın etki ve olası yan etkileri bilerek tedavi kararına ortak edilmesi sağlanabilir (45). Hastaların çoğu yeterli düzeyde eğitim almadıkları için, tedaviye yeterli uyum

gösterememekte, yanlış ve eksik tedavi edilmekte, iyileşme süreçleri uzamakta ve bu durum da gereksiz hastane başvurularına neden olmaktadır (46).

AP, sigara kullanımının bırakılması, egzersiz, aşılama, dengeli ve yeterli beslenme gibi konular çoğunlukla birinci basamak sağlık birimlerinde yürütülen önemli hasta eğitimi konularıdır. Yine kronik hastalıklarda yeterli bilgilendirme ile hasta memnuniyetinin ve uyumunun artarak, hastanın kendisini daha iyi hissettiği gözlenmektedir. Ayrıca hizmet kalitesinin artırılarak daha etkili iletişim kurulabilmesi için de hasta eğitimi zorunludur (44).

Ülkemizde ve tüm dünyada hasta eğitiminin istenilen düzeye getirilebilmesi için, öncelikle sağlık personeli arasında iletişim becerilerinin geliştirilmesi, hasta ve sağlık personeli arasında iletişim engellerinin onarılması, hasta ve hasta yakınlarının eğitime katılması, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesine yönelik ortam ve koşulların sağlanması gerekmektedir. Hasta eğitimi, sağlık hizmetlerinden ayrı tutulmayıp, hasta- hekim görüşme sürecinin içinde yer almalıdır.

Hasta eğitimi, hastanın inançlarının, beklentilerinin, kültürel özelliklerinin dikkate alınarak yapıldığı, hasta merkezli yaklaşım ilkesine dayanarak yapılmalıdır (47).

2.2.2. Danışmanlık

Sağlık eğitiminde bireylere ve ailelere yardımcı olmak için sık kullanılan yaklaşımlardan biri de danışmanlıktır. Danışmanlık, herhangi bir konuda kişiye güvenilir, bilgili ve konu hakkında ustalaşmış kişiler tarafından bilgi verilmesi ve kişinin bilinçlendirilerek kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturabilmesine yardım edilmesidir (43).

Danışmanlığın, hastalıkların önlenmesi, daha sağlıklı yaşam koşullarının oluşturulması açısından büyük önemi bulunmaktadır. Danışmanlık hizmetleri alan kişiler, hastalıklardan kaçınmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için, kendi gayretleriyle neler yapabileceklerini anlamış olurlar (43).

Danışmanlık hizmetleri sırasında, destek ve yardıma ihtiyacı bulunan, kendi problemlerini kendilerinin çözümülemesi konusunda güven kazanmaya ihtiyacı olan kişilerle görüşülür. Danışmanlık, büyük oranda iletişim yeteneği ile ilişkili bir konudur. Danışmanlık, herhangi bir konuda bilgi almak isteyen veya rahatsızlığı olan kişilere verilen hizmetin bir parçası olmalıdır (43).

2.2.3. Hasta Eğitimi ve Danışmanlığa Yönelik Öneriler

Eğitim her hastanın kendi koşulları göz önünde bulundurularak ve hastaların anlayabilecekleri dilde yapılmalıdır. Hasta eğitimine yönelik yapılacak önerilerden bir kısmı Çizelge 2’de gösterilmektedir.

Çizelge 2. Hasta eğitimi ve danışmanlığa yönelik öneriler

Amaçlar, beklenen etkiler konusunda hastalar bilgilendirilmelidir
Küçük değişiklikler önerilmeli ve eğitim basamaklandırılmalıdır
Uygun koşullarda yeni davranışlar, eski olanlarla birleştirilmelidir
Eğitim konusunda gönüllü sağlık kuruluşları, toplum örgütlerinden destek alınmalıdır
Hastanın hastalığını yönetmesi hedeflenmelidir
Farklı yollar denenmelidir

Danışmanlık hizmetlerinde hatırlanması gereken bazı önemli noktalar bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

Kısalık: Özellikle akılda tutulması gereken noktaların vurgulanması

Öncelik: Önemli konuların daha iyi anlaşılması için ilk planda anlatılması

Yalınlık: Kısa cümlelerin kurulması, teknik terimler yerine kolay anlaşılan sözcüklerin kullanılması

Tekrar: Önemli noktaların tekrarlanması ve hizmet alıcıya da tekrarlatılmasıdır (48).

Danışmanlık İlkeleri

Danışmanlıkta bazı kurallara uyulması, hem hizmet alanın memnuniyetini arttırmakta, hem de yöntemin uzun süreli kullanılmasına sebep olmaktadır. Bu ilkeler Çizelge 3’de belirtilmektedir.

Çizelge 3. Danışmanlık ilkeleri

Hizmet alanlara iyi muamele
İyi ve etkili iletişim
Gereksinimlere uygun bilgi verilmesi
Gereğinden fazla bilgi vermeme
Kişinin istediği yöntemi sağlama

Danışmanlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin bazı haklarının olduğu unutulmamalıdır (49). Bunlar Çizelge 4’de gösterilmektedir.

Çizelge 4. Danışmanlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin hakları

Bilgilenme	Gizlilik
Hizmetlere ulaşma	Saygınlık
Seçme	Rahatlık
Güvenlik	Süreklilik
Mahremiyet	Görüş bildirme

2.2.4. Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık:

Bireylerle ve ailelerle çalışıldığında danışmanlık hizmetleri sunumunun artması beklenmektedir. AP hizmetleri, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, sağlık ocakları, sağlık evleri ve AÇSAP birimlerinde verilmektedir (50). Danışmanlık, AP hizmetlerinin ilk adımı ve vazgeçilmez ögesidir (51). AP hizmetlerinde danışmanlığın sunulan hizmetlerin her aşamasında sürekli olarak yapılması gerekirken çoğunlukla üzerinde özenle durulmadığı gözlenmektedir (51).

AP konusunda verilecek danışmanlık hizmetleri, yöntemler konusunda bilgilenmeyi, uygun yöntemi seçebilmeyi, yöntem kullanmaya başlama ve devam ettirebilmeyi, seçilen yöntemin etkin bir şekilde kullanılmasını ve yöntemin devamı konularını kapsamalıdır. Ayrıca yöntem kullanımı sırasında oluşabilecek sıkıntılar konusunda geribildirimlerin verilmesi durumlarını da içermelidir (51)

AP danışmanlık hizmetlerinde kaliteli hizmet, kolay ulaşılabilen, yönetimin iyi olduğu kuruluşlarda ve eğitimli personel tarafından sunulan hizmettir. Hizmet alıcıya, yöntem seçiminde bilgiye ve isteğe dayalı hizmet verilmesi amaçlanır.

Danışmanlık hizmetlerine verilecek önem özellikle genç nüfusun fazla olduğu ülkelerde daha ön plana çıkmaktadır. Bunun yanında özellikle sosyoekonomik durumu ve eğitim düzeyi düşük kişilere verilecek danışmanlık hizmetleri de büyük anlam taşımaktadır. Cinsel sağlık konusundaki ihtiyaçları sağlayacak danışmanlık birimlerine, nitelikli sağlık hizmetlerine gereksinim her geçen yıl artış göstermektedir.

2.2.5. Aile Planlaması Danışmanlığının Önemi

AP danışmanlığı, etkili yöntemler konusunda bilgilенmeyi gebelik riskleri açısından kontraseptif yöntemlerin karşılaştırılmasını, yöntemlerin yan etkileri, tehlikeli durumları ve hangi durumlarda sağlık merkezine başvurmaları gerektiğini, gebeliğin yanı sıra cinsel yolla bulaşan hastalıklardan da korunmayı sağlamaktadır. AP danışmanlık hizmetleri sunumunun bazı yararları bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

-Uygun yöntem seçimi: Başvuran bireylerin sağlık gereksinimine ve kişisel özelliklerine uygun yöntemi seçmelerini sağlar.

-Kabulün arttırılması: Doğru ve eksiksiz bilgilendirme ve uygun iletişim teknikleri kullanılarak sunulan danışmanlık hizmetlerinde, bireylerin aile planlamasını kabul etme oranları artmaktadır.

-Yöntemin etkin kullanımı: Yanlış bilgi ve inanışlardan uzak, yöntemin doğru olarak nasıl kullanılacağına anlaşılmaması, sonrasında etkin kullanıma neden olmaktadır.

-Uzun kullanım süresi: Yöntemin uygulanışının doğru bir şekilde öğrenilmesi, yan etkilerinin bilinmesi ve yöntem seçimine katkı sağlanırsa uzun süreli kullanım şeklinin oluşturulmasına yardım edilmiş olur.

-Sağlık personelinin zamanının uygun şekilde kullanılması: Kaliteli bir danışmanlık hizmeti sonrasında, yan etkiler ve yöntem değişikliği nedeniyle başvurular azaltılmış ve sağlık personelinin zamanı etkin bir şekilde kullanılmış olur (51).

2.2.6. Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinin amacı

Danışmanlık, öneriler sunarak bireylerin seçim yapabilmelerine zemin oluşturmak anlamına gelmektedir (43). Sağlık görevlileri, kendi önerilerinin daha mantıklı olduğunu düşünebilirler, fakat bu öneriler kişilerin özel durumlarına uygun olmayabilir. Danışmanlıkta çeşitli önerileri alan kişinin, bunları kendi yaşam koşulları açısından sentez etmesi, önerilen konuya ilgi duyması ve sonrasında uygulamaya geçmesi gerekmektedir (43).

2.2.7. Aile Planlaması Danışmanlığı Çeşitleri

AP danışmanlığı, bireylerin sağlık görevlileriyle karşılaşmasının her aşamasında sunulması gereken hizmetlerdendir. Hizmet alan kişinin kabul edilmesi, değerlendirilmesi, konu ile ilgili eğitilmesi, yöntem sunumu ve izlemi konularının bir bütün şeklinde ele alınmasını gerektirmektedir. Danışmanlık türleri genel, yönteme özel ve izlem danışmanlığı olmak üzere üç şekilde yapılabilmektedir.

2.2.8. Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetleri nasıl olmalı

Cinsellik, kişilerin mahremiyetinin ve beraberliklerindeki özelinin en yüksek düzeyde yaşandığı oluşumdur. Bireyler, sosyokültürel ve dinsel baskıların da etkileriyle, bu konuyla ilişkili sıkıntılarını başka kişilerle paylaşma konusunda zorlanabilirler. Bu sebeple, AP'nın da içerisinde olduğu cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri çok özenli bir yaklaşım gerektirmektedir.

AP hizmetlerinde danışmanlık, ilgi ve beceri gerektirmektedir. Danışmanlık becerisi, hizmet alan kişinin kabulü, değerlendirilmesi ve izlemi açısından büyük önem taşımaktadır. AP danışmanlığının iki önemli ögesinden ilki, hizmet alıcı bireylere önem verildiğini göstermek; ikincisi ise, kişilere anlayabilecekleri dilde bilgiler verebilmektir (51).

Bireylere değer verildiğinin gösterilmesinde,

-Anlamak: Danışman, kendisini kişilerin yerine koymalı

-Doğru olmak: Kişilere kullanacakları yöntemle ilgili tüm bilgiler verilmeli ve gerçekler anlatılmalı

-Saygılı olmak: Kişilere kibar ve saygı sınırları çerçevesinde davranmalıdır.

b. Kişilere, onların anlayabilecekleri dilde bilgiler verebilmek için;

-Kısa, basit ve anlaşılır cümleler kullanmalı

-Kullanabilecekleri malzemeleri göstermeli

-Resim ve broşürlerden faydalanmalı

-Seçilen yöntemin kullanışını tekrar anlatmalı

-Sormak istedikleri bir şey olup olmadığını öğrenmelidirler.

Hizmet alan kişiler, endişeli, korkak, şaşkın tavırlar sergileyebilirler. Bu durumlar ile baş edebilmek için, kişilerin duygularını anlatmasına izin vermek, eleştirmeden, kınamadan düşüncelerini açıklamasına izin vermek gerekmektedir.

Hizmetlerde kalitenin sağlanması; hasta haklarına saygı çerçevesinde davranılması, halk eğitimlerinin arttırılması, danışmanlık hizmeti sağlanacak sağlık kuruluşlarının yeterli araç ve materyal ihtiyacının ve çalışan personelin konu ile ilgili eğitim ihtiyaçlarının giderilmesi ile olanaklıdır. Bu noktada hizmet içi eğitim çalışmaları arttırılmalıdır. Bunun yanında sistemin etkinliğinin sağlanması için sürekli değerlendirilmesi, denetlenmesi gerekmektedir (52).

AP hizmetlerinin istenilen düzeye gelebilmesi için, hizmetlerde önceliğin ihtiyacı olan bireylere yönelik tasarlanması gerekmektedir. Başta üniversite hastaneleri olmak üzere, bu konuda eğitim verilebilecek her hastanede AP merkezlerinin kurulması önerilmektedir (53). Bunun yanında, AP yöntem kullanımında uyulacak kurallar, yöntemin uygulanışında bilimsel

verilere dayanılarak oluşabilecek değişikliklerin sağlık çalışanları tarafından öğrenilmesi ve bu açılardan sağlık görevlilerinin sıkça kendi bilgilerini gözden geçirmeleri gerekmektedir.

AP danışmanlık hizmeti veren kişiler, bireylerin yöntem kullanımını etkileyebilecek her türlü durumu da göz önünde bulundurmalıdırlar. Bu durumlardan bazıları Çizelge 5’de belirtilmektedir

Çizelge 5. Yöntem kullanımını etkileyebilecek bazı durumlar

Hizmet alanın başka çocuk isteminin olup olmadığı
Planladığı gebelik aralıkları
Hizmetlere ulaşabilmesinde gereksinim duyacağı para, zaman gibi durumlar
Yöntem kullanımı sırasında gereken materyali sürekli temin edip edemeyeceği
Seçilen yöntemin olumlu olumsuz yönleri
Yöntemin geri dönüşümlü olup olmaması

2.2.9. Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinde Kalite Arttırma

Kalite, hizmet sunum sisteminin bireyler ve başvuranlara davranış biçimi olarak tanımlanmaktadır (54). Kaliteli hizmet sunumu ve başvuranlara gösterilecek özenli davranış modelleri AP programlarının temel öğelerindendir.

AP danışmanlık hizmetlerinde kaliteli hizmet, kolay ulaşılabilen, yönetimin iyi olduğu kuruluşlarda ve eğitimli personel tarafından sunulan hizmettir. Yöntem kullanacak kişiye, bilgiye ve isteğe dayalı hizmet vermek amaçlanır. Ayrıca verilen hizmetlerde seçenek sunma, hizmetin kalitesinin geliştirilmesine ilişkin temel öğelerden biridir. Yöntemlerin çeşitliliği kadar, bireylerin yaşları, cinsiyetleri, olası sağlık sorunları, gelecekteki doğurganlık beklentileri ve davranışları da bu çeşitliliğin oluşmasında önemli etkenlerdendir (55).

Kaliteyi arttırmada, hizmeti sunan ya da üretenlerin, kendi eksik yönlerini, yetersiz olduklarını düşündükleri durumları geliştirmek için yapılacak planlamalarda tüketicilerden geri bildirim almaları gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının değerlendirilmesinde hasta memnuniyetinin ölçülmesi önemli bir ipucu teşkil etmektedir (56). Verilen danışmanlık hizmetlerinin sosyal ve kültürel etmenlerle çelişmemesi gerekmektedir. Yaşanılan yer, ulaşım olanakları, sağlık birimlerine uzaklık, ulaşım şekli ve süresi hizmetlerin kullanılabilirliğini arttıran diğer faktörler arasındadır. Ayrıca kullanılacak yöntemin teknolojiye ve standartlara uygun bir biçimde güncellenebilmesi gerekmektedir.

2.2.10. Aile Planlaması Danışmanlığında Sağlık Personelinin Görevleri

AP danışmanlık hizmetleri, hekim, hemşire, eğitimci veya bu konuda eğitilmiş başka bir sağlık görevlisi tarafından yapılabilir. Verilen bilgi bireylerin en iyi şekilde anlayabileceği dil ve terminoloji kullanılarak sağlanıyor olmalıdır (57). AP danışmanlık hizmetlerinde, sağlık personelinin en önemli işi eğitimidir. Verilen eğitim, bu konuda bilgi eksikliğinin giderilmesi, olumlu davranışlar kazandırılması ve uygun olmayan davranışların değiştirilmesi ana temalarını içermelidir. Yapılan araştırmalarda AP hizmetlerinin kalitesini geliştirmenin ilk adımının, hizmet alıcılara bilginin sağlanması olduğu düşünülmektedir.

Danışmanlık yapan sağlık görevlilerinin, önemle üzerinde durması gereken nokta tüm AP yöntemlerini iyi bilmeleri, başvuran kişinin mahremiyetini korumaya özen göstermeleri konusudur. Bunun için sağlık kuruluşlarında, bu hizmet için ayrılmış özel bir oda olmalıdır. Hizmet alan kişileri yargılamadan, konu hakkındaki olası endişelerini önemseyerek dinlemek ve yardımcı olmak gerekmektedir. Verilecek bilgilerde önemli noktaların vurgulanması, kısa, basit ve anlaşılır cümlelerin kullanılması, önemli bilgilerin tekrarlanması gerekmektedir. Ayrıca kişilerin verdikleri yanıtları etkileyebilecek sosyal, dini ve kültürel etmenlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (12).

Bir toplumun doğurgan yaştaki kadın, erkek her bireyinin AP danışmanlık hizmetlerinden yararlanmaya aday oldukları ve toplumdaki herkesin, AP konusunda bilgi edinme ve bunları uygulayıp uygulamama hakkı bulunmaktadır (58).

Danışmanlık veren sağlık personelinin başvuran kişiyi dikkatle dinleyerek gereksinimlerini öğrendikten sonra, gerekli bilgiyi vermesi gerekmektedir. Sağlık personeli bu konuda eğitilmiş olmalı, standartlara özen göstermeli ve uygun araç, gereç, malzeme teminini sağlamış olmalıdır. Sağlık görevlileri, AP konusunda gerekli bilgi ve bu konudaki tutum ve davranışlarını geliştirebilmeleri için hizmet içi eğitimlerle desteklenmelidir.

2.2.11. Aile Planlaması Hizmet Sunucularının Gereksinimleri

AP program uygulayıcısı ve danışmanlıkta görevli sağlık görevlilerinin de, hizmetlerini hangi koşullar altında yaptıklarının araştırılması ve verilen hizmetin yorumlanmasında ödüllendirici, destekleyici bir tutum sergilenmesi gerekmektedir. Hizmet sunanların gereksinimleri olduğu benimsenmeden, verilen hizmet kalitesinin tespiti için bir strateji oluşturulamaz. Uluslararası planlanmış hizmet sunucularının gereksinimleri şu şekilde özetlenebilir.

Eğitim gereksinimi: Hizmet sunanların tüm bilgi ve becerilere ulaşabilmeleri

Bilgi gereksinimi: Hizmet sunanların, verdikleri hizmetle ilgili konularda sürekli olarak bilgilendirilmeleri

Malzeme gereksinimi: Uygun kalite standartlarında gerekli kontraseptif yöntem ve malzemenin sürekli olarak sağlanabilmesi

Rehberlik gereksinimi: Rehberlik hizmetleri temininin sağlanması

Destek gereksinimi: Hizmet sunanlara birbirlerine destek olabilecekleri bir kurumun üyesi olduğunun hissettirilmesi

Saygı gereksinimi: Hizmet sunanların yeterlilik ve potansiyellerine ve insani gereksinimlerine saygı duyulması

Teşvik gereksinimi: Hizmet sunanlara kendi potansiyellerini geliştirmek için motivasyon sağlanması

Geri bildirim gereksinimi: Olumlu ve yapıcı bir şekilde sağlanan geribildirim de hizmet sunanların eksikliklerini tamamlamaları anlamında önem taşımaktadır (59).

2.3. ÖZEL GRUPLARA VERİLECEK DANIŞMANLIK HİZMETLERİ

2.3.1. Adölesanlara Verilecek Danışmanlık Hizmetleri

DSÖ, adölesanların 10-19 yaşlar arasındaki bireyleri temsil ettiğini bildirmektedir (60). Adölesanlar ve genç erişkinler seksüel aktif popülasyonun %25'ini oluşturmaktadırlar (61). Adölesanlar toplumun önemli bir kesimini oluşturmaya ve sosyal değişikliklerden etkilenen bir topluluk olmasına karşın, aynı zamanda en çok ihmale uğrayan gruplardan biridir (62).

Adölesan dönemde ya da erken yaşta oluşan evlilikler, erken yaşta oluşabilecek gebeliklere de zemin hazırlamaktadırlar. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde çiftler erken yaşta ya da evliliklerinin ilk yılı içinde gebeliği düşünmektedirler. Erken gebeliği ve bu dönemde çocuk sahibi olunmasının gençlerin sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı bilinmektedir. Bunlar arasında gebelik sorunları ve yasadışı ya da güvenli olmayan düşüklerin neden olduğu ölümler en başta gelenler arasında sayılabilmektedir (63). Birçok ülkede evlenme yaşının ve dolayısıyla gebelik yaşının geciktirilmesi, doğurganlık oranlarındaki azalmaya da katkıda bulunmaktadır (64).

Gelişmekte olan ülkelerde, çoğunlukla evlilik öncesi cinsel deneyim olağan karşılanmaz. Özellikle adölesan kadınlar AP danışmanlık hizmetlerinden

yararlanamayabilirler. Sağlık personelinin eleştirel tutumu, geleneklerin oluşturduğu baskılar hizmet alımını kısıtlayabilir (64).

Ülkelerin çoğunda ergenlerin gebeliği önleyici yöntem kullanmaları için pek çok engelin aşılması gerekmektedir. Hizmet sunumundan kaynaklanan engeller arasında yetersiz veya yanlış bilgilendirme, hizmetlere ulaşımındaki güçlükler, para gereksiniminin karşılanamaması ve gizliliğin sağlanamayacağına dair güven eksikliği sayılabilir (63).

Amerikan Pediatriistler Birliği, adölesanların fiziksel, duygusal ve maddi açılardan tam olarak hazır durumda olmadan cinsel birlikteliklerini ertelemesini önermektedir (65). Erkek adölesanlarda çoğunlukla kızlara göre cinsel yaşam daha erken yaşlarda başlamaktadır. Bu yaş grubunda kız ya da erkek her iki cinsiyetten bireylerin kimi zaman doğru cinsel davranış gösteremedikleri gözlenmektedir. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında bilgi ve davranış eksikliğinin bulunması gençleri bu konularda oluşan bilgi eksikliğini gidermeye ilişkin arayışlar içerisine girmeye teşvik etmektedir. Yüksek sosyo-ekonomik düzeydeki gençlerin bu arayışlarını giderme konusunda çeşitli bilgi kaynaklarını kullandıkları düşünülmektedir (66).

Adölesanlara verilecek danışmanlık hizmetlerinde dikkat edilecek noktalar şu şekilde özetlenebilir.

- Bilgilerin ustalıkla alınması
- Davranışları, eğilimleri konusunda yargılama yapılmaması
- Muayene olmayı çoğunlukla istemediklerinden, muayene sırasında incitmeden yaklaşılması

Adölesanların gebelikten korunma yöntemlerine ulaşmalarını sınırlandıran bazı etkenler bulunmaktadır. Bunlar;

- Beklenmedik bir zamanda, planlanmadan cinsel ilişki yaşayabilmeleri
- Gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi eksikliği
- Gizlilik konusunda endişe yaşanması
- Tıbbi işlemlerden korkma
- Sağlık personelinin yargılayıcı tutumu
- Ulaşım ve sağlık hizmetlerini ödeme güçleri sayılabilir.

Aile ve toplum, her konuda olduğu gibi bu konuda da gençlere gereksinimleri olacak ölçüde yardımcı olmak, kimlik kazandırmak durumundadırlar (8).

2.3.2. Premenopozal Dönemde Verilecek Danışmanlık Hizmetleri.

DSÖ tarafından yapılan tanımlamaya göre, tıbbi ve biyolojik anlamda son adet kanaması olarak adlandırılan menopoz, geriye dönüşsüz, evrensel bir olaydır (67). Menopoz öncesi klimakterik yakınmaların olduğu dönem ile menopoz sonrası bir yıla kadar olan dönem perimenopozal dönem olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde östrojene duyarlı rahatsızlıkların arttığı, doğurganlığın azalmakla birlikte sona ermediği gözlenmektedir (68). Ancak bu yaş döneminde modern kontraseptif yöntem kullanım oranları azalmaktadır. Kontraseptif yöntemlerin sadece yaş gruplarına bakılarak kullanıma uygun olup olmadıkları kararı verilemez.

Menopoz dönemine geçiş için önemli hormonal değişiklik, anovulasyona doğru geçişin gözlenmesidir. Bununla beraber anormal kanama paterni sonrasında amenore gözlenmesi, vazomotor değişiklikler, genital atrofik değişiklikler, vajinal akıntı, kaşıntı, dispareni gözlenen diğer değişikliklerdendir (69). Bu açıdan danışmanlık hizmetlerinde kontraseptif yöntem önerilmesinde, kadının menopoz yakınmaları ve bunlarla baş edebilme yeterliliği yanında, fiziksel durumu, olası kronik rahatsızlıkları, kemik yıkımı gibi birçok faktörün göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Yapılan araştırmalarda fertilitasını tamamlayan kadınların yaklaşık %60'ının istenmeyen gebelikler sonucunda indüklenmiş abortus durumlarıyla karşılaştığı gösterilmiştir (70).

Planlanmamış bir gebelikle karşılaşmak bu dönemdeki kadının ciddi psikolojik, fiziksel, sosyolojik ve ekonomik problemler yaşamasına ve hatta sosyal izolasyonuna neden olabilmektedir. Ayrıca bu yaş grubundaki gebeliklerde maternal mortalite, fetal anomali, spontan düşükler artış göstermektedir (70). Bu açıdan perimenopozal dönemde kontraseptif yöntem kullanılmasının önemi büyüktür.

Kontraseptif seçimi bu yaşlarda da reproduktif yaşlardaki gibi sosyokültürel, etnik, dini, demografik faktörlerden etkilenmektedir. Diğer yaş gruplarında olduğu gibi bu yaş grubu kişilerde de sterilizasyon, bariyer metodlar, Rahim içi araç (RİA)'lar, enjektabl preparatlar, implant ve Oral Kontraseptifler (OK)'ler seçenekler arasındadır. Gelişmiş ülkelerde bu yaş grubundaki kadınların çoğunun bariyer yöntemler başta olmak üzere RIA ve cerrahi sterilizasyonu tercih ederlerken, %10'undan azının hormonal kontraseptif yöntemleri tercih ettiğini göstermektedir (71). Ülkemizde de geleneksel yöntemlerden modern yöntemleri kullanmaya doğru bir eğilim olduğu gözlenmektedir (72).

İdeal bir kontraseptif metodun halen mevcut olmadığı, her birinin çeşitli avantaj ve dezavantajları olduğu açıktır. Birkaç kontraseptif yöntem menstrüel düzensizlikler, vajinal

kuruluk ve sıcak basması benzeri menopozal yakınmaların tedavisi için kullanılabilmektedir (73). Kişinin kalıcı sterilizasyon isteği, cinsel ilişki sıklığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı risk varlığı, menstrüel düzensizlikler ve vazomotor yakınmalar, jinekolojik kanserlerden veya osteoporozdan korunma gibi non-kontraseptif sağlık yararları konusunda istekleri sorgulanmalı ve tüm bunlar göz önünde bulundurularak danışmanlık hizmeti verilmelidir. Bununla birlikte ülkemizde TNSA 2003 verilerine göre, perimenopozal dönemdeki kadınların yarısının bir kontraseptif yöntem kullanmadığı ifade edilmektedir.

2.3.3. Erkeklerle Verilecek Danışmanlık Hizmetleri

Geleneksel olarak AP hizmetleri ve bu konuda verilen eğitim ve danışmanlık hizmetleri birçok ülkede kadına yönelik bir hizmet olarak algılanmakta ve sunulmaktadır. Ve bu sebeple dünyada birçok üreme sağlığı merkezinde yalnızca üreme çağındaki evli kadınların gözlendiği ve birçok erkeğin AP merkezine kontraseptif malzeme ve önerileri temin etmek için eşleriyle birlikte gelmedikleri bilinmektedir (74). AP hizmetlerinde başarılı olunabilmesi için, hizmet alımına erkeklerin de katılımının sağlanması gerekmektedir. AP hizmetleri konusunda erkeklerin eşlerinin yanında bulunuyor olması hizmetlerin ulaşılabilirliğini ve kullanımını arttırmış olacaktır (75).

Birçok araştırmanın sonuçlarına göre, yöntem kullanımını etkileyen faktörler arasında, kadının ve eşinin eğitim durumu, aile yapısı, seçilen yöntemin kolay, güvenilir, ulaşılabilir olması, sahip olunan çocuk sayısı gibi faktörler yanında, erkeklerin AP yöntemi kullanımına ilişkin eşlerini desteklemeleri ve AP yöntemlerine karşı gösterdikleri tutum da sayılabilmektedir (75).

Dünya çapında yapılan çeşitli çalışmalar, eğitim düzeyi yüksek erkeklerin yöntem kullanımını daha fazla onayladıklarını ve bu durumun da kadın üreme sağlığını olumlu düzeyde etkilediğini göstermektedir (76). AP danışmanlık hizmetlerinde, istenilen düzeye ulaşılabilmesi için verilecek danışmanlık hizmetlerine erkeklerin de katılımını arttırmak, erkeklerin bu konuda sorumluluk almalarına neden olacaktır. Erkeklerle yönelik verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde, danışmanlık birimlerinin artırılması amacıyla bazı öneriler bulunmaktadır. Bunlar,

- Yerel yöneticilerle, sivil toplum örgütleriyle işbirliği içerisinde olarak bu konuda gerekli birimlerin kurulması, yaygınlaştırılması
- Danışmanlık hizmetlerinin medeni durumlarından bağımsız olarak tüm erkekleri kapsayacak şekilde sunulması

- Büyük iş yerlerinin sağlık birimlerinde danışmanlık hizmetlerinin verilmesinin sağlanması
- Fazla sayıda erkek çalışanın olduğu işyerlerinde, konferans, seminer gibi eğitim çalışmalarının artırılması olarak sayılabilmektedir (75).

Son zamanlarda yapılan araştırmalar erkeklerin üreme sağlığı konusunda daha fazla bilgilenecek istediklerini ve eşlerini bu konuda daha aktif olarak desteklediklerini göstermektedir. Günümüzde erkeklerce modern olmayan bazı yöntemlerin kullanılıyor olmasına rağmen, son yıllarda erkek kontrasepsiyonunda daha güvenli, etkili ve geri dönüştürülebilir kontraseptif metodların yaygınlaştırılması hususunda üstün çabalar gösterilmektedir (77).

2.3.4. Doğum veya Küretaj Sonrası Verilecek Danışmanlık Hizmetleri:

Doğum sonrası ya da küretaj sonrası dönem annelerin kontrasepsiyon yöntemi kullanmaya en sıcak baktıkları dönemlerden biridir. Bu dönemlerde uygulanan kontrasepsiyon yöntemlerinde yöntem uyum ve yöntem kullanımının çok yüksek oranlarda olduğu bilinmektedir. Ayrıca doğumdan hemen sonra kullanılacak kontraseptif yöntemin ve doğum sonrası dönemde verilen AP eğitiminin yöntem kullanımına oldukça büyük katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

AP danışmanlığı alamayan ve etkili yöntemlere ulaşamayan doğum sonrası dönemdeki kadınların, istemeseler de bir müddet sonra tekrar gebe kalma olasılıkları bulunmaktadır. Doğumun gerçekleştiği sağlık birimlerinde, doğum sonrası taburculuk işlemleri yapılmadan AP eğitim ve danışmanlığı konusunda yeterli süre mevcuttur. Bu bakımdan bu sürenin iyi değerlendirilmesi ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesine özen gösterilmesi gerekmektedir (78).

2.3.5. Cerrahi Kontrasepsiyon Öncesi Verilecek Danışmanlık Hizmetleri:

Gönüllü cerrahi sterilizasyon işlemi erkek ve kadın her iki cinsde güvenle yapılabilmektedir. Sterilizasyon kadında tüp ligasyonu, erkekte de vazektomi işlemi olarak uygulanmaktadır. Gönüllü cerrahi kontrasepsiyon işlemi öncesi danışmanlık görüşmelerinin amacı, kişilerin konu hakkında ne kadar bilgisi olduğunu anlamak ve bu bilgiyi artırarak doğru karar vermesine yardımcı olmaktır. Danışmanlık hizmeti veren kişi başvuran kişiyi dikkatle dinlediğinde, gönüllü cerrahi kontrasepsiyon işlemi için uygunluğunu, psikolojik olarak hazır olup olmadığını belirleyebilir. Danışman, başvurana soru sorabilmesi için gerekli ortamı sağlayabilmeli ve soruların cevaplarını önyargısız, açık bir şekilde yanıtlamaya

çalışmalıdır (79). Cerrahi işlemden önceki bilgilendirme ve danışmanlık, başvuranın bu konuya ilişkin ve genel AP yöntemleri hakkında bilgisinin hangi boyutta olduğunu değerlendirmek için de bir fırsat oluşturmaktadır. İşlem hakkındaki kuşku, yanlış anlama, çelişki ve beklentilere özellikle dikkat edilmesi gerekmektedir. Yanlış anlayışlar ve korkular, yöntemin ayrıntıları, yetersizlikleri, komplikasyonları ve yan etkileri konusunda yanlış ya da eksik bilgi sahibi olunması sebebiyle oluşmaktadır (80).

Cerrahi kontrasepsiyon, kişinin çocuk sahibi olabilme yeteneğini kalıcı bir şekilde sonlandırmayı amaçlayan bir yöntem olduğundan, danışmanın, kişinin kendisi ve eşi ile ayrı ayrı görüşmesi ve bu durumu içerir rıza formu doldurması gerekmektedir. Form kişinin gönüllü ve baskı altında kalmadan karar verdiğini, işlemin riskleri, yararları ve küçük bir başarısızlığı bulundurduğunu da kapsamalıdır. Başvuranın öyküsü, fizik muayene bulguları ve işlem için uygun olup olmadığını gözden geçirdikten sonra cerrah, ameliyat öncesinde son tıbbi değerlendirmesini yapmalıdır (81). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de tüp ligasyonu yapılan olguların %40'ının postpartum dönemde uygulandığı bilinmektedir (82).

2.4. KONTRASEPTİF YÖNTEMLER VE DANIŞMANLIK HİZMETLERİNDE ÖNERİLMESİ GEREKEN NOKTALAR

Tüm dünyada 1950'li yıllarda 5,1 olan fertilité oranları 1990'larda 3,7'lere kadar düşmüştür (83). Tüm dünyada 600 milyondan fazla evli kadının kontrasepsiyon kullandığı ve bunun hemen hemen 500 milyonunu geliştirmekte olan ülkelerdeki kadınların oluşturduğu bilinmektedir (83).

Çocuk sahibi olmanın etkisi, çocukların sayı ve cinsiyetleri, yaşanan yerin durumu, yaş, çalışma koşulları, kontraseptif merkezlerin ve metodların ulaşılabilirliği kontraseptif yöntem kullanımını etkileyen faktörler arasında sayılabilmektedir (84). Ayrıca birçok ülkede etkili kontrasepsiyon kullanımının eğitilmiş kadınlar arasında daha yüksek oranda olduğu gözlenmektedir (85).

Tüm dünyada, cerrahi sterilizasyon yöntemi, her iki cinsten de en yaygın kullanılan kontraseptif yöntem olup bunu RİA ve oral kontraseptifler izlemektedir. Dünyada en yaygın kullanılan kontraseptif yöntem prevalansı 2003 verilerinde toplamda yüzde 20.2 ile kadın sterilizasyonu olup, RİA %13.9, hap %7.2, kondom %4.8, erkek sterilizasyonu %3.5, enjeksiyonlar-implantlar %2.6, vajinal bariyerler %0.5, geri çekme %2.4, takvim yöntemi %3.9 ile takip eden yöntemleri oluşturmaktadır (86,87).

Kullanılan yöntemlere ait başarısızlık, planlı düşük oranlarının artmasına ve bu işlemin zamanla yasal hale gelmesine yol açmıştır. ABD’de 1973 yılında çıkan yasaya bağlı olarak 20. gebelik haftasına kadar indüksiyon yapılabilmesine izin verilmiştir (88).

2.4.1. Kontraseptif Yöntemlerde Aranılan Özellikler

Mevcut yöntemlerin çeşitliliği, uygulanan hükümet politikaları, sağlık hizmetlerinin sağlanması, dinsel inanışlar, kontrasepsiyon bilgisi ve önceki kontrasepsiyon kullanım durumu kişilerin AP yöntem seçimini etkileyen etmenler arasında sayılabilmektedir. Kısacası doğurganlığın düzenlenmesinde kadınların algıları, inanışları ve deneyimleri önemlidir (89).

Bir kontraseptif yöntemde olması gereken özellikler; yüksek düzeyde etkin ve güvenilir olması, yan etkilerinin minimal düzeyde olması, istenildiğinde doğurganlık özelliğinin yeniden kazanılabilir olması olarak sayılabilir. Amerika’da 500 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada, %91’i kullanımı kolay, %90’ı güvenilir, %89’u etkin, %85’i az ya da hiç yan etkisi olmayan, %72’si doğal yöntemleri tercih edebileceklerini belirtmişlerdir (86). Dünyanın birçok bölgesinde, doğal/geleneksel AP yöntemleri, toplumun sosyokültürel özellikleri nedeniyle yaygın şekilde kullanılır hale gelmiştir. Bu durumun en önemli nedeni, yan etki ve komplikasyonlarının az olmasıdır (87).

Kontrasepsiyon seçiminin yaşla ilişkili olduğu, örneğin Oral Kontraseptif hapların yirmili yaşlarda, tubal ligasyonun ise kırklı yaşlarda kullanıldığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. (88). Ayrıca orta yaş grubundaki kadınların, genç yaş grubuna göre, kullandıkları kontraseptif yöntemler ve cinsel deneyimleri konusunda daha rahat konuşabildikleri gösterilmiştir (89).

AP yöntemleri, kontrasepsiyon dışında çeşitli jinekolojik problemler nedeniyle (oral kontraseptif ilaçların fazla kanamanın azaltılması, menstrüel periodların düzenlenmesi sebebiyle kullanılması ve kondomun çeşitli enfeksiyon ajanlarına karşı koruyuculuk sağlaması gibi) kullanılmaktadır. Bu tür özelliği olan kişilerin danışmanlık sırasında değerlendirilmesi, uygun yöntem seçimine ve bu yöntemlerin sürekli kullanılmasına imkan sağlayacaktır (89).

2.4.2. Kontraseptif Yöntem Kullanılmamasının Olası Nedenleri

İstenmeyen gebelikler birçok nedenle oluşabilmesine karşın en yaygın olanlardan biri, AP yöntemlerinin uygun biçimde kullanılmaması olduğu düşünülmektedir (90). İstenmeyen gebeliklerin oluşmasında kişilerin fertil oldukları dönemde korunmadıkları, korunmayı bilmedikleri, kullandıkları yöntemle ilgili olumsuz bir durum yaşamaları ya da kullanmakta

oldukları yöntemi bırakmaları, kontraseptif yöntemler hakkında bilgi eksikliği, yönteme uyum eksikliği, seçilen yöntemin günlük kullanım ya da her cinsel birliktelik sırasında kullanım gerektirmesi gibi nedenler sayılabilmektedir. Bu sebeple, yeni yöntemlerin kullanılabilmesi konusunda araştırmalara gereksinim bulunmaktadır (90).

Cinsel birleşme sırasında kullanılan yöntemlerin bırakılma oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. TNSA-2003 verilerine göre, RİA'nın en düşük yöntem bırakılma oranına sahip olduğu, kondom gibi cinsel ilişki sırasında kullanılan yöntemlerin en yüksek bırakılma oranına sahip oldukları gözlenmektedir.

Yöntem seçeneklerinin sınırlılığı, danışmanlık hizmetleri konusunda yetersiz hizmet alma, hizmetten memnun olmama, yönteme ulaşamama, yönteme devamsızlık, kısa dönemde ortaya çıkarabildikleri yan etkileri ve uzun dönemde oluşturabildikleri sağlık riskleri ile ilgili endişeler, yöntem kullanmamanın olası nedenlerini oluşturmaktadır. Etkin yöntem tercih etmeme nedenleri arasında ise, kullanılan yönteme ilişkin olarak yöntem kullanıldığında günah olacağına dair inanışlar, kanser oluşumu ya da kısırlık oluşumu gibi önemli yan etkilere neden olabileceğinin düşünülmesi ve cinsel ilişkiye engel olacağı gibi yanlış inanışlar, adet kanamasının çoğalacağı ya da tamamen kesilebileceği yönünde endişeler sayılabilmektedir (35). Ekonomik nedenlerle yöntemden yararlanamama ve sağlık birimine ulaşamama gibi nedenler de yönteme başlanmasını, ya da kullanılıyorsa da devamını engelleyen nedenler arasında sayılabilmektedir (35). Ayrıca kontrasepsiyon yöntemi kullanmamanın diğer önemli engelleri arasında, cinsel eşin tutumu, geleneksel ve dinsel görüşler ile yöntemin güvenli, etkili bulunmaması sayılabilmektedir (76). Tekrar çocuk istemi nedeniyle gebe kalmanın zor olabileceğine dair görüşler, kadının emziriyor olması ve özellikle hormon içerikli kontraseptiflerde süte geçebileceği endişesi, histerektomi operasyonu geçirmiş olmak ve primer infertil durumda olmak gibi nedenler de kontraseptif kullanımını kısıtlayan diğer faktörler arasında sayılabilmektedir.

2.4.3. Kontraseptif Yöntem Çeşitleri

Yeni doğum kontrol yöntemleri hazırlanması için araştırmalar devam etmektedir. Klinik laboratuvar çalışmaları yapılarak hazırlanmaya çalışılarak yapılanlar, bilinen çeşitli yöntemlerin modifikasyonu olarak düşünülebilmektedir. Bu yöntemler, vajinal halkaların ve kontraseptif bantların da içinde bulunduğu hormonal yöntemler, vajinal sünger gibi bariyer yöntemler, irreversibl cerrahi kontrasepsiyon seçenekleri ve kontraseptif aşılarıdır.

Kullanılan kontraseptif yöntemler genel olarak iki ana başlık altında gruplandırılabilir (91):

A- Modern Olmayan Yöntemler (Etkinlik Gücü Düşük Yöntemler)

B- Modern Yöntemler (Etkinlik Gücü Yüksek Yöntemler)

2.4.3.1. Modern Olmayan Yöntemler

2.4.3.1.1. Mentrüel siklusla ilgili yöntemler

- a) Takvim Yöntemi
- b) Vücut Isısı yöntemi
- c) Servikal Mukus Yöntemi
- d) Semptotermal Yöntem

2.4.3.1.2. Ovulasyon Günü Belirleme Kitleri

2.4.3.1.3. Emzirme (Laktasyonel Amenore Yöntemi- LAM)

2.4.3.1.5. Koitus Interruptus

2.4.3.1.6. Vajinal duş

2.4.3.2. Modern Yöntemler

2.4.3.2.1. Bariyer Yöntemler

- a) Kondom
- b) Spermisid
- c) Diyafram
- d) Servikal Başlık
- e) Kadın kondomu

2.4.3.2.2. Rahim İçi Araç (RİA)

2.4.3.2.3. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK), Enjeksiyonlar, Enjeksiyonlar, Cilt Preparatları, Halkalar

2.4.3.1. Modern Olmayan (Doğal =Geleneksel) Aile Planlaması Yöntemleri

Çiftlerin her ikisi de fertil kabul edilen günlerde gebeliğin oluşmasını engellemek için, cinsel birleşmeden kaçınırlar. Diğer bir ifadeyle, doğal aile planlaması yöntemleri, doğurganlık bilinci ile gebeliği önleyici kuralların birlikte uygulanması olarak tanımlanabilir. Araştırmalar, bu yöntemlerin %98'den fazla etkili olduğunu ve güvenli kullanım aralığının %84-%98 arasında olduğunu göstermektedir (92). Bu yöntemler, bir AP seçeneği olarak Latin Amerika'da dahil dünyanın pek çok bölgesinde başarılı olduğu gösterilmiş yöntemlerdir (92). Ancak, doğal AP uygulamalarında gebelik sayısının 100 kadın yılında 10-15 olduğu bildirilmektedir.

Verilen danışmanlık hizmetleri sırasında, bu yöntemler kullanıldığında gebelik olasılığının modern yöntemlere göre yüksek olduğu, tıbbi olarak gebeliğin kesin önerilmediği durumlarda modern yöntemlere geçilmesi önerilmelidir.

a) Takvim Yöntemi

Bilinen en eski korunma yöntemlerinden olup, kadın fizyolojisinin henüz tam olarak anlaşılmadığı dönemlerde bile, kadınların vajinal salgılarının görünüşündeki farklılıklara bakarak, gebe kalmaya yatkın oldukları günleri anlamaya çalıştıkları bildirilmektedir. Fertilite bilincine dayalı yöntemlerin bilinmesinde, menstrüel siklustaki fertil günlerin bilinmesi gerekmektedir. Fertilite bilincine dayalı bu metotların uygulanmasında, kadının fertil olduğu günlerde cinsel ilişkiden kaçınılması ya da uygun bariyer yöntemin kullanılması gerekmektedir. En kısa siklus gününden 18, en uzun siklus gününden 11 çıkarılarak hesaplanır (93).

Danışmanlıkta, menstrüel siklusa oluşabilecek değişikliklerin gebe kalma olasılığını arttıracak ve günümüzde başka modern yöntemlerin koruyuculuklarının daha yüksek olduğu vurgulanarak bu yöntem önerilmemelidir.

b) Vücut Isısı yöntemi

Ovulasyonu takiben vücut ısısında 0,2-0,5 C yükselme gözlenmesi ve vücut ısısının bir sonraki menstruasyon dönemine kadar yüksek seyretmesi esasına dayanmaktadır. Ovülasyondan sonra salgılanan progesteron hormonu ısı arttırıcıdır. Yöntemin uygulanışı, en az 3 ay süre boyunca sabahları vücudun aynı bölgesinden ölçülen vücut ısısının gözlenmesi şeklindedir.

Danışmanlıkta en az ilk üç siklusa yöntemin öğretilmesi ve sonrasında da takip gerektiği söylenmelidir. Eğitimi veren ve alan kişilerin özelliğine bağlı olması, vücut ısısındaki farklı nedenlerle oluşabilecek değişiklikler nedeniyle çok güvenilir olmayabileceği danışmanlık sırasında belirtilmelidir.

c) Servikal Mukus Yöntemi

Ovulasyonun yaklaşmasıyla mukus artar, incilir ve rengi berraklaşırken; ovulasyon öncesi ve sonrası dönemlerde azalır ve yapışkan bir hal alır. Ovulasyon döneminde daha elastik ve kaygan hale gelen servikal mukus iki parmak arasında yavaşça uzatılabilmekte ve böylece, spermilerin ilerlemesi için uygun zemin oluşturulmaktadır. Mukusun atış gösterdiği bu günlerde cinsel perhiz önerilmesiyle gebelikten kaçınılmaya çalışılır.

Danışmanlık hizmetlerinde yaklaşık üç siklusta yöntemin öğretilebileceği ve sonrasında da kontrol gerekliliği vurgulanmalıdır.

d) Laktasyonel Amenore Metodu (LAM):

Bu yöntem, gelişmekte olan ülkelerde, etkili bir kontrasepsiyon yöntemi olarak düşünülebilmektedir. Ancak çeşitli nedenlerden dolayı yetersiz kullanılması etkili bir yöntem olarak kabul edilmesini engellemektedir. Bu yöntemin kullanımının geliştirilmesi için, yöntem hakkında bilgi ve eğitim verilmesi gerekmektedir (94).

LAM, yalnızca emziren kadınlar tarafından kullanılabilen yöntemdir. Emzirmenin postpartum fertilitenin geriye dönüşünü geciktirdiği uzun yıllardır bilinmesine karşın, DSÖ ve diğer bazı kuruluşlar tarafından etkili bir yöntem olarak kabul edilmesi yaklaşık 20 yıl kadar önce olmuştur. Emzirme olayı, hipotalamus tarafından salgılanan GnRH salınımını ve bu da hipofizden LH salınımını bozmaktadır. LAM, emzirmenin fizyolojik etkisine dayalı bir yöntem olup, çeşitli çalışmalarda postpartum 6 ay boyunca tam veya tama yakın emziren kadınlarda, gebe kalma olasılığının %2'nin altında olduğu ve emzirmenin ilk 6 ayı boyunca LAM'ın diğer kontraseptif yöntemlere başlarken kullanılabilirliği bildirilmiştir (95). Yine de, bir kadının emzirme sırasında gebe kalabileceği gerçeğini bilmesi gerekmektedir.

Yaşamın ilk günlerinde annenin bebeğini emzirirken gözlemlemek, tıpkı diğer fizik muayeneler gibi klinik yaklaşımın önemli bir parçası olmalıdır. Emzirme değerlendirilirken, her memenin kendiliğinden süt üreteceği, her yeni doğanın da efektif emeceğini düşünmek yanlış olur (96). Bu nedenle, bu yöntem de, emzirene ve emen bebeğe bağlı olması nedeniyle yeterince güvenilir değildir.

e) Koitus İnterruptus (Geri çekme):

Geri çekme yöntemi, tüm dünyada en sık tercih edilen, kısa süreli kullanım yöntemlerinden biridir. Eşler arasında uyum, motivasyon gerektiren bir yöntem olup, herhangi bir yöntem kullanırken gebe kalan vakalardan %58,7-60,6'sının geri çekme yöntemi kullandıkları bildirilmiştir (97).

Etkinliği tamamen kullanıcıya bağlıdır, her çift başarıyla uygulayamaz. Bu yöntemin doğru uygulanabilmesi ve cinsel ilişkinin olumsuz etkilenmemesi için iki tarafın da bu konuda istekli ve kesin kararlı olması gerekmektedir (98).

Danışmanlık hizmetleri sırasında cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğunun bulunmadığı ve ejakulat öncesi salgılanan sıvıda da bir miktar sperm

olabileceği ve bu durumda gebeliğin oluşabileceği vurgulanmalıdır. Özellikle gebeliğin tavsiye edilmediği kişilere, bu yöntemi kullanmamaları gerektiği vurgulanmalıdır.

f) Vajinal duş:

Vajinal akıntıyı temizlemek için, vajinaya basınçlı su ya da başka temizleyici maddenin uygulanması yöntemidir. Vajenin iç örtüsü, bu bölgeyi koruma altına alan özel flora ve salgılarla kaplanmıştır. Vajinal duş/yıkama bu doğal korunma örtüsünü ortadan kaldırır.

Danışmanlıkta, vajenin kendi yüzeyinin, kendine özgü flora ve salgılardan oluştuğu, vajinal duş uygulamasının, bu yüzeyin ortadan kalkmasına ve böylece enfeksiyonlar için uygun zemin oluşmasına neden olabileceği ve yöntemin etkili olmadığı belirtilmelidir.

2.4.3.2. Modern Yöntemler

2.4.3.2. 1. Bariyer yöntemler:

Spermin vajene ve uterusu ulaşmasını engelleyen yöntemlerdir. Bariyer yöntemlerden sadece erkek kondomu, erkekler tarafından kullanılırken, geri kalan kadın kondomu, diyafram, servikal başlık, vajinal sünger ve spermisit yöntemleri ise kadınlar tarafından kullanılmaktadır.

Bariyer yöntemlerin en olumlu yönü güvenli olmalarıdır. Yan etkileri ve kontrendikasyonları yok denecek kadar azdır. Çoğu bariyer yöntem reçetesiz alınabilir. Bu yöntemlerin olumsuz yönü uygulayana bağımlı olabildiği için, hormonal yöntemler, RİA ve gönüllü cerrahi sterilizasyon kadar etkili olmamalarıdır.

Danışmanlık hizmetlerinde, bariyer yöntemlerin kullanılmasında en önemli koşulun, uygun ve ideal kullanımın sağlanabilmesi, aksi halde başarısızlık oranlarının artabileceği belirtilmelidir. Bu nedenle bariyer yöntemler tavsiye edilirken danışmanlık ciddi önem kazanmaktadır (99).

a) Prezervatif (Kondom)

Prezervatif, kontrasepsiyonda çok etkilidir fakat bireylerin her cinsel ilişki sırasında motive olmaları gerekmektedir. Erkek kondomunun bir özelliği de, AP sorumluluğunun paylaşılmasına erkeğin de katılımının sağlanmasıdır.

Bariyer yöntemlerden bazıları, özellikle kondom, HIV (Human immün deficiency virüs) enfeksiyonu dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı da koruyucudur (100).

Kayıtlarda bulunan ilk kondom kullanımının, kontrasepsiyon amacıyla değil, genital enfeksiyonlardan korunmak amacıyla olduğu bildirilmektedir.

Danışmanlık hizmetleri sırasında, doğru kullanıldığında son derece güvenilir bir yöntem olduğu ancak yöntem kullanımı sırasında oluşabilecek aksaklıklar nedeniyle, tıbbi açıdan gebelik kesin olarak kontrendikeyse daha güvenilir bir yönteme geçilmesi önerilmelidir.

b) Spermisidler

Vajina içine uygulanan ilaçlar çoğunlukla vajinal supozituar (ovül) veya sıvı preparatlar formundadır. Spermisid ilaçlar köpük veya jel şeklinde olup, intravajinal yolla uygulanmaktadırlar.

Aktif komponenti, sperm motilitesinin azaltılması, spermilerin öldürülmesi veya spermin ovuma penetrasyonunu sağlayan enzimlerin bloke edilmesi yoluyla işlev görmektedir (76).

Danışmanlıkta yöntemin doğru ve ideal olarak uygulanabilmesi için yöntemler özenle anlatılmalı, gebelik kesinlikle istenmiyorsa başka yöntemler önerilmelidir.

c) Diyafram: Serviksi mekanik olarak örten ince lastik kauçuktan yapılmış kubbe şeklinde bir kontraseptif araçtır. Simphizis pubis arkası ile vajen arka forniksi arasına yerleştirilerek serviks kapatılmış olur. Spermisidlerle birlikte kullanımı önerilmektedir.

Danışmanlık verilirken, cinsel ilişki öncesinde yerleştirilip, nadir de olsa toksik şok sendromu görülebileceğinden, ilişki sonrası altı saatten fazla yerinde bırakılmaması gerektiği, doğru kullanıldığında güvenilir bir yöntem olduğu ve Cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH)'lara karşı bir miktar koruyuculuğunun olduğu vurgulanmalıdır (101).

d) CAP (Servikal başlık, takke): Bariyer kontrasepsiyonda yeni gelişme, yılda %9-27 gebeliğe neden olabilen “kollatex sponge”dur. Etkinliği diyaframa yakındır. Yine diyafram gibi içine spermisid sürülerek kullanımı uygundur. Danışmanlıkta, kesinlikle gebelik istemeyen çiftler için uygun olmadığı, takılmadan önce ve üç ay sonra smear testinin uygulanmasının doğru olacağı belirtilmelidir.

Daha güvenli, daha etkili, doktora danışılmadan kullanılabilecek yeni bariyer kontraseptifler araştırılmaktadır (102).

e) Kadın kondomu

1993 yılından günümüze kadar kullanılmakta olan kadın kondomu, cinsel ilişkinin kontrolünü kadınlara sunan bariyer yöntemlerden birisidir (103). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı izniyle Femidom adı ile kadın kondomu piyasada bulunmaktadır.

Kadın kondomu, erkek kondomuna alternatif bir yöntem olup, kadınların kendilerini CYBH'lara karşı korumalarına neden olmaktadır. Güney Afrika, Brezilya, Ghana ve Zimbabwe gibi bazı ülkelerde kullanım oranları daha iyi düzeyde olup, etkin hükümet programlarıyla talep oluşturulması ve satışlarının artması sağlanmaktadır (104).

Kadın kondomu ilişkiden sekiz saat öncesinde takılabilmektedir. Kullanım kurallarının doğru uygulanamaması ve/veya yırtık sızıntı olması halinde 72 saat içinde acil kontrasepsiyon için sağlık kuruluşuna başvuruları istenmelidir.

Danışmanlıkta, erkek kondomu gibi sadece bir kez kullanılabileceği ve kesinlikle gebelik istemeyen çiftler için uygun olmadığı belirtilmelidir. Kullanımının yaygınlaştırılması, yöntemle özel kampanyaların, eğitim programlarının yapılmasıyla, ulusal cinsel sağlık programlarında yer alması sağlanmış olmaktadır.

2.4.3.2.2. Rahim içi araç (RİA)

Rahim içi araç (RİA), dünyada ikinci sıklıkta kullanılan modern yöntemdir. Uzun etkili oluşu, güvenilirliğinin yüksek olması, cinsel ilişkiden bağımsız olması sebebiyle birçok kadın tarafından tercih edilen yöntem durumundadır. Çin'de toplam kadın nüfusunun % 30-40'ı RİA kullanırken Amerika Birleşik Devletleri'nde RİA'nın Pevik İnflamatuvar Hastalık (PIH) riskini arttırmasına ilişkin yayınların olması ve zarar görenlerin açtıkları davalar nedeniyle kullanım oranlarında düşme gösterdiği bildirilmektedir (105).

Kontrasepsiyonu nasıl sağladığı tam anlamıyla bilinmiyorsa da, intrauterin olarak inflamatuvar bir reaksiyon oluşturduğu düşünülmektedir. Bakır içeren ve hormon içeren olmak üzere iki çeşit RİA bulunmaktadır. Bakırlı RİA'ların etki mekanizması; bakır etkisi ile spermin üst genitallere transportunun engellenmesi, spermin fagosit edilmesi ve ovum transportunun engellenmesi ile fertilizasyonun engellenmesidir. Bakırlı RİA'ların kullanım süreleri uzundur.

Danışmanlık hizmeti verilerek RİA takılan kişilerde RİA takılmayanlara göre PIH gelişme riskinin bir miktar arttığı bildirilmektedir. Bu risk artışının RİA'nın takılması ya da çıkarılması ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (106). Danışmanlıkta, aşırı ve düzensiz menstrüel kanaması olanlar, CYBH riski olanlar, ektopik gebelik ve bakteriyel endokardit

öyküsü olanlar, bakır alerjisi olanlar ve yine nulliparlar ve 20 yaşından küçük kadınlarda tercih edilemeyeceği belirtilmelidir.

2.4.3.2.3. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

Kontraseptif etkinliklerinin yüksek olması sebebiyle en popüler ve yaygın kullanılan yöntem olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde ise, TNSA 2003 verilerine göre RİA'dan sonra, en fazla kullanılan AP yöntemidir (107).

Östrojen ve progesteron hormonlarının sentetik formlarını içermektedirler. Dünyada 60 milyonun üzerinde kadının kullandığı düşünülmektedir. Ovulasyonu inhibe ederek, servikal mukusu kalınlaştırarak, endometrial tabakayı etkileyerek gebeliğin önlenmesini sağlamaktadır. Gonadotrop salgılatıcı hormon (GnRH) salınımını azaltıp, Lüteinize hormon (LH) yükselmesini engelleyerek ovulasyonu baskırlar. Bu antiovlutuar etki çoğunlukla progesteron komponentine bağlıdır. KOK'ler doğru şekilde kullanıldıklarında % 99'un üzerinde koruyuculuk oranlarından bahsedilmektedir.

KOK'ler aynı zamanda yöntem bırakma hızının yüksek olduğu modern kontraseptif yöntemlerdendir. Yöntem bırakma nedeninin RİA'da olduğu gibi, yan etkiler ve yönteme bağlı sorunlar nedeniyle olduğu dikkati çekmektedir. KOK ile korunan kadınların büyük kısmının, bir yıl içinde hala korunmaya gereksinimi olduğu halde yöntem kullanmayı bırakarak geleneksel bir yönteme geçtikleri ve gebelik risklerini arttırdıkları rapor edilmektedir

Japonya'da KOK'larla ilgili 1999 yılında yapılan bir araştırmada; yeni politikaların başarılı olması için, kadınların KOK'lar ve yan etkileri konusunda bilgilendirilmesinin, kadın sağlığına önemli katkı sağlayacağı belirtilmektedir (108).

Danışmanlıkta, adet günlerini düzenlediği ve sınırladığı için, düzensiz sikluslu ve aşırı kanamalı kadınlarda özellikle önerilmelidir. Bunun yanında, kalp hastalığı olanlar, serebrovasküler hastalık öyküsü olanlar, karaciğer hastalığı ve tümörü bulunanlar, gebeler, östrojene bağımlı tümörler ve tanı konulmamış anormal uterus kanamalarında kullanılmaması gerektiği, bunların dışında diabetiklerde, sigara içenlerde, obesite, depresyonu olanlarda ve emzirenlerde bebek 6 aydan küçük ise tercih edilmeyeceği belirtilmelidir (87).

Yan etki olasılığına karşı, şiddetli karın ağrısı, şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı, şiddetli baş ağrısı, şiddetli bacak ağrısı, ani görme kaybı ya da bulanık görme oluşması durumunda derhal başvurulması gerektiği belirtilmelidir (109).

2.4.3.2.4. Kombine Enjeksiyonlar (KEK)

Aylık uygulanan ve 5 mg Estradiol ile 50 mg Noretisteron içeren enjeksiyon şeklinde kombine kontraseptiflerdir. Ayrıca medroksiprogesterone asetat 25 mg ve Estradiol Cypionate 5 mg içeren ticari formları da mevcuttur. Yan etki, endikasyon ve kontrendikasyon KOK'lar gibidir (110).

2.4.3.2.5. Kombine Cilt Preparatları

Kalça, karın bölgesi veya omuz gibi bölgelere haftada bir uygulanabilen 20 cm lik flaster şeklinde olup ovulasyonu inhibe etmektedir. 3 hafta kullanılır, bir hafta ara verilir.

Cilt reaksiyonları ve göğüs hassasiyeti istenmeyen etkileridir. 90 kg üzerindeki kadınlarda etkili olmayabilir. Bu konuda karaciğerden geçiş etkisiyle ilgili yeterli veri ve ilaç etkileşimleri ile ilgili yeterli bilgi bulunmamaktadır (110).

KOK'larla aynı kategoride kabul edilmektedir.

2.4.3.2.6. Kombine vajinal halka:

Günlük 120 mikrogram Etonogestrel ile 15 mikrogram Etinil Estradiol salgılayarak ovulasyon inhibisyonu yaparlar. Sağlıklı kadınlarda vajinal florayı değiştirmedeği, fakat düşük grade squamoz intraepitelial lezyonları kötüleştirmedeğine yönelik sınırlı sayıda yayın mevcuttur (110).

KOK'lara benzer özellikler göstermektedir.

Acil Kontrasepsiyon:

Acil kontrasepsiyon, korunmasız cinsel ilişki sonrasında ya da belirlenmiş kontraseptif başarısızlığından sonra, ilaç ya da intrauterin araç kullanarak gebeliğin önlenmeye çalışılması olarak tanımlanabilir. Böylelikle istenmeyen gebelik, implantasyon öncesi önlenmiş olur (111).

Güvenilir koşullarda yapılmayan düşükler, gelişmemiş ve az gelişmiş ülkelerin önemli halk sağlığı problemidir. Acil kontrasepsiyon kullanımının yaygınlaştırılmasını sağlamak, düşüklerle ilişkili morbidite ve mortalitenin önemli oranlarda azaltılmasına yardımcı olabilecektir. Bu yöntemin, modern yöntem kullanım düzeyinin düşük, küretaj oranlarının yüksek olduğu ülkelerde yüksek öneme sahip olduğu görülmektedir (112).

Yöntemin başarısızlık oranları % 0,2-3 arasındadır. Acil kontrasepsiyon için kullanılan çeşitli araçlar bulunmaktadır. Bunlar, hormonal kontraseptif haplar (ertesi sabah hapi), intrauterin kontraseptif araçlar ve mifepristondur (112).

Acil kontrasepsiyonun kullanıldığı durumlar; korunmasız cinsel ilişkiler, yöntem kullanımı sırasında oluşabilecek hatalar ve bir kadının tecavüze uğraması durumunda olası gebeliğin engellenmesi amacıyla kullanımıdır (113).

Acil kontrasepsiyonun daha kullanışlı ve etkin olduğu düşünülerek, diğer yöntemlerin kullanılması bırakılabilir ya da ertelenebilir. Bu durumu engellemek için, verilecek danışmanlık hizmetlerinde, bu yöntemin bir AP yöntemi olmadığı vurgulanmalıdır. Aynı zamanda verilen danışmanlık hizmetleri sırasında, günlük, düzenli olarak kullanılan hormonal yöntemlerdeki hormon düzeylerinin daha düşük düzeylerde olduğu ve bulantı, kusma gibi yan etki oluşturabilme oranlarının daha seyrek rastlanan bir durum olduğu belirtilmelidir. Danışmanlık sırasında, acil kontrasepsiyonun bir doğum kontrol yöntemi olmadığı, ancak istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde bir ikinci şans yöntemi olabileceği vurgulanmalıdır.

3. AMAÇLAR

Doğumların gönüllü kontrolüne olan gereksinim uluslararası düzeyde kabul görmektedir. Bu anlamda AP, dünyanın pek çok yerinde duyarlı ve önemli bir konu olma özelliği taşımaktadır.

AP, uygulanacak yöntemlerin seçimi, tercihlerin bilinçli yapılması, gebelikler arasındaki süre gibi konular sağlık düzeyinin bireysel ve toplumsal açıdan belirlenmesinde rol oynamaktadır.

Üremeye ilişkin hastalıklar, iki cinsiyet arasında eşit olmayan koşullarda dağılım göstermektedir. Ayrıca kadınlarda kontraseptif yöntem kullanımı erkeklere göre yüksek oranlarda olup kadınlar yöntemlerle ilgili daha fazla riskle karşılaşmaktadır. Bu eşitsizlikler, AP yöntem sorumluluğunun her iki cins arasında paylaşılmasıyla ve bu konuda kişilerin bilinçlendirilmesiyle giderilebilir.

Gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda yaşanan önemli sosyodemografik değişiklikler, mevcut AP ve üreme sağlığı programlarını uygulanamaz hale getirebilmektedir. AP yöntemlerini etkileyen faktörlerin bilinmesi, bu konuda toplumdaki eğilimleri, kişilerin gelecekteki kontraseptif kullanma durumlarını bildirerek verilecek eğitim ve hizmet programlarına ışık tutması anlamında önem taşımaktadır.

Bu çalışmada amaç, kontraseptif kullanımını etkileyen faktörleri tespit etmek, verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yöntem kullanımına etkisini araştırmak ve toplumun bu konuya ilgisini çekmek olarak belirlendi.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

Örneklem seçimi:

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi AP Polikliniği 1988 yılından itibaren AP konusunda hizmet sunmaktadır. Verilen hizmet, nüfusun her kesimi ve il genelinde bilinmekte ve kabul görmektedir. AP polikliniği bünyesinde, bir muayene ve bir görüşme odası mevcut olup muayene odasında fizik muayene, jinekolojik muayene ve RİA uygulaması yapılmaktadır. Poliklinikte, 08.00- 16.00 saatleri arasında 2 pratisyen hekim, 1 hemşire ve 1 sekreter görev yapmakta ve aynı zamanda hizmetiçi eğitimler verilmektedir. AP hizmetleri için başvuran herkese danışmanlık, seçtiği yöntem ile ilgili eğitim verilmekte ve kayıtlar düzenli tutulmaktadır. Hizmete kolay erişebilme, labaratuvar ve konsultan uzman hekim desteğiyle AP hizmeti için optimal şartlar sağlanmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Aydın ili İl Sağlık Müdürlüğü ve Aydın Doğum Evi Başhekimliği'nden izin alınmıştır. AP Polikliniği sorumlu hekimi ile görüşülerek AP Polikliniği'ne 1 Eylül 2007-30 Kasım 2007 tarihleri arasında, AP konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti almak için başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden ardışık 141 kişi çalışmaya alındı. Çalışma, polikliniğe başvuran kişilerin AP hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek ve bu konuda verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin etkisini değerlendirmek için yapılmış, tanımlayıcı, kesitsel bir araştırmadır.

Çalışma grubuna eğitim ve danışmanlık hizmeti öncesi birebir ve yüzyüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır. Anket formu, konu ile ilgili literatür taraması yapıldıktan sonra hazırlanmıştır. Anket uygulanabilirliğinin sınanması ve eksikliklerinin değerlendirilmesi amacıyla önce 20 kişiye uygulanmış, sonrasında gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Anket uygulandıktan sonra, tez sahibi tarafından çalışma grubundaki her bir bireye AP yöntemlerinin anlatıldığı yaklaşık 20 dakika süren danışmanlık hizmeti verilmiştir. Birinci anket formu, katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin (yaş, eğitim durumu, çalışıp çalışmadıkları, sosyal güvence, yaşayan çocuk sayısı, obstetrik öykü, ailenin net aylık geliri) sorgulandığı bölümden oluşmaktaydı. Anketin devam eden soruları, tıbbi özgeçmişlerinin, gebelik ve doğum özelliklerinin, kontraseptif kullanma öykülerinin ve katılımcıların bildikleri ve kullanmakta oldukları AP yöntemlerini sorgulayan 39 adet kapalı

ve açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Sonrasında eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin etkisinin değerlendirildiği, 12 benzer sorudan oluşan ikinci anket formu uygulanmıştır.

İstatistiksel analiz:

İstatistiksel değerlendirmede verilerin analizi SPSS 13,0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak gerçekleştirildi. $P < 0,05$ değeri, istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

İstatistiksel değerlendirmede, Student t, Mc-Nemar, Ki-kare, fisher exact testi ve korelasyon analizi uygulandı.

5. BULGULAR

Araştırmamıza yaş ortalaması $29,5 \pm 7,3$ olan 141 kişi dahil edildi. Katılımcıların 134(%95)'ü evli, 7 (%5)'si ise evli değildi. Katılımcıların öğrenim durumlarına bakıldığında, %4,3'ünü (s=6) okur-yazar olmayan, %0,7'sini (s=1) okur-yazar, %48,2'sini (s=68) ilkokul, %19,1'ini (s=27) ortaokul, %18,4'ünü (s=26) lise, %9,2'sinin ise (s=13) üniversite mezunu olduğu görüldü. Öğrenim gördükleri yıl ortalaması 7,5 yıl olduğundan bu ortalamanın altında kalanlar eğitimsiz, üstündekiler ise eğitilmiş olarak ikinci kez kategorize edildiğinde %53,2'sinin (s=75) eğitimsiz, %46,8'inin (s=66) eğitilmiş olduğu saptandı. Katılımcıların büyük çoğunluğunun sosyal güvencesi mevcut (%95,7) ve büyük çoğunluğu (%80,9) çalışmıyor idi. Ayrıca büyük çoğunun aylık gelir düzeyi 1500 YTL ve altında (%83,7) idi. Katılımcıların büyük bir kısmı (%80,9) kentsel bölgede yaşamakta idi. Araştırma grubumuzun sosyodemografik özellikleri Çizelge 6'da gösterilmektedir.

Katılımcılardan 37 kişi (%26,2) sigara kullanıyorken, 104 (%73,8) kişi kullanmamaktaydı. Araştırma grubumuzun %78'i (s=110) geçmişte herhangi bir ameliyat öyküsü geçirmediğini ifade ettiler. Grubun %68,1'inin (s=96) herhangi bir kronik hastalığı bulunmamaktaydı. Tüm katılımcıların 46'sı (%32,6) sürekli bir ilaç kullanmaktaydı. İki ve daha az çocuk sahibi olan kişiler grubun %27'sini (s=38) oluşturmakta iken 2'den fazla çocuk sahibi kişiler grubun %45,4'ünü (s=64) oluşturmaktaydı. Katılımcıların özgeçmişlerine ait özellikler Çizelge 7'de gösterilmektedir.

Çizelge 6. Katılımcıların sosyo demografik özellikleri

Medeni durum	Sayı (%)
Evli	134 (95,0)
Evli değil	7 (5,0)
Toplam	141 (100,0)
Eğitim durumu	
Eğitimsiz	75 (53,2)
Eğitimli	66 (46,8)
Toplam	141 (100,0)
Sosyal güvence	
Yok	6 (4,3)
Var	135 (95,7)
Toplam	141 (100,0)
Meslek	
Çalışmıyor	114 (80,9)
Çalışıyor	27 (19,1)
Toplam	141 (100,0)
Aylık gelir	
1500 YTL altı ve altı	118 (83,7)
1500 YTL üzeri	23 (16,3)
Toplam	141 (100)
Yaşadığı yer	
Kentsel	114 (80,9)
Kırsal	27 (19,1)
Toplam	141 (100)
Sigara kullanımı	
Kullananlar	37 (26,2)
Kullanmayanlar	104 (73,8)
Toplam	141 (100)

Çizelge 7. Katılımcıların Özgeçmişi

Operasyon öyküsü bulunması	Sayı (n)
Var	31 (22)
Yok	110 (78)
Toplam	141 (100)
Kronik hastalık öyküsü	
Var	45 (31,9)
Yok	96 (68,1)
Toplam	141 (100)
Sürekli ilaç kullanımı	
Var	46 (32,6)
Yok	95 (67,4)
Toplam	141 (100)

Araştırma grubumuza düşündükleri ideal çocuk sayısı sorulduğunda, %77,3'ü (s=109) 2'den az, %22,7'si (s=32) 2'den fazla çocuk sahibi olmayı ideal olarak bildirmişti. Katılımcıların %45,4'ünün (s=64) 2'den fazla çocuğu, %27'sinin (s=38) 2 ve daha az çocuğu bulunmakta idi. Olması gereken iki gebelik aralığı sorgulandığında, %46,1'i (s=65) 3 yıl ve altı, %53,9'u (s=76) 3 yıl üzeri olarak ifade etmişlerdi. Katılımcıların %61,7'si (s=87) ilk doğum yaşını 20 yaş altı olarak belirtirlerken, %38,3'ü (s=54) 20 yaş üzerini bildirmekte idiler. Katılımcıların gebelik, doğum ve AP ile ilişkili özellikleri Çizelge 8'de verilmektedir.

Çizelge 8. Katılımcıların gebelik, doğum ve AP ile ilişkili özellikleri

Önerilen ideal çocuk sayısı	Sayı (%)
2 ve altı çocuk	109 (77,3)
2 üzeri çocuk	32 (22,7)
Toplam	141 (100)
Yaşayan çocuk sayısı	Sayı (%)
2 ve daha az çocuk	38 (27,0)
2'den fazla çocuk	64 (45,4)
Toplam	141 (100,0)
İki gebelik aralığı	Sayı (%)
3 yıl ve altı	65 (46,1)
3 yıl üzeri	76 (53,9)
Toplam	141 (100)
İlk doğum yaşı	Sayı (%)
20 yaş altı	87 (61,7)
20 yaş ve üzeri	54 (38,3)
Toplam	141 (100)
Aile Planlaması yöntemlerini öğrendiği kaynak	Sayı (%)
Doktor ve diğer sağlık personeli	109 (77,3)
Diğer kişiler, Gazete, dergi, TV, internet	32 (22,7)
Toplam	141 (100,0)

Katılımcılar arasında herhangi bir yöntem kullanma durumu incelendiğinde %79,4'ünün (s=112) yöntem kullandığı, %20,6'sının (s=29) yöntem kullanmadığı tespit edildi. En çok kullanılan yöntemin (23,4) oranıyla (s=33) spiral, %16,3 oranıyla (s=23) prezervatif ve %12,1 oranıyla (s=17) hap olduğu görüldü. Yöntem kullanımının ne kadar süredir olduğuna bakıldığında, %26,2'sinin (s=37) 1-2 yıldır, %20,6'sının (s=29) yeni başladığı belirlendi. 5 yıl ve uzun süredir aynı yönteme devam etme oranının %14,9 oranıyla (s=21) alt sıralarda olduğu saptandı. Çizelge 9'de kullanılan yönteme ilişkin özellikler verilmektedir.

Çizelge 9. Kullanılan yönteme ilişkin özellikler

Herhangi bir yöntem kullanma durumu	Sayı (%)
Kullananlar	112 (79,4)
Kullanmayanlar	29 (20,6)
Toplam	141 (100,0)
Kullanılan yöntemin hangisi olduğu	Sayı (%)
Prezervatif	23 (16,3)
Hap	17 (12,1)
Spiral	33 (23,4)
Enjektabl yöntem	5 (3,5)
Geri çekme	29 (20,6)
Takvim yöntemi	2 (1,4)
Tüp ligasyonu	3 (2,1)
Yöntem kullanmayanlar	29 (20,6)
Toplam	141 (100)
Kullanılan yönteme ne kadar süredir devam ettiği	Sayı (%)
Yöntem kullanımına yeni başlama	29 (20,6)
1-2 yıl	37 (26,2)
3-4 yıl	25 (17,7)
5 yıl ve üzeri	21 (14,9)
Herhangi bir yöntem kullanmayan	29 (20,6)
Toplam	141 (100,0)

İlk akla gelen kontraseptif yöntem sorulduğunda, danışmanlık hizmetleri öncesi ilk akla gelen yöntemin %58,2 oranıyla (s=82) hap, ikinci kontraseptif yöntemin %23,4 oranıyla (s=33) spiral, üçüncü yöntemin ise %12,8 oranıyla (s=18) prezervatif olduğu görüldü. Danışmanlık hizmetleri sonrasında %48,2 oranıyla (s=68) hap, %27 oranıyla (s=38) spiral ve üçüncü yöntem olarak %19,9 oranıyla (s=28) prezervatif olduğu tespit edildi. Danışmanlık hizmetleri öncesinde ve sonrasında ilk akla gelen yöntemlerin dağılımı Çizelge 10'da gösterilmektedir.

Çizelge 10. Danışmanlık hizmetleri öncesi ve sonrasında ilk akla gelen yöntemlerin karşılaştırılması

Danışmanlık hizmetlerinden önce ilk akla gelen yöntem	Sayı (%)
Prezervatif	18 (12,8)
Hap	82 (58,2)
Spiral	33 (23,4)
Enjektabl yöntem	2 (1,4)
Geri çekme	6 (4,3)
Toplam	141 (100,0)
Danışmanlık hizmetlerinden sonra ilk akla gelen yöntem	Sayı (%)
Prezervatif	28 (19,9)
Hap	68 (48,2)
Spiral	38 (27,0)
Enjektabl yöntem	4 (2,8)
Geri çekme	1 (0,7)
Tüp ligasyonu	2 (1,4)
Toplam	141 (100,0)

Katılımcılar arasında etkili yöntem kullananların oranı % 57,4 (s=81) iken, etkisiz yöntem kullananların oranı %42,6 (s=60) idi. (Çizelge 20). Kullanıcıya göre kullanılan yöntemin etkili olup olmadığına bakıldığında, katılımcıların %53,2'si (s=75) kullandığı yöntemi etkili, %16,3'ü (s=23) kullanmakta oldukları yöntemi etkisiz olarak ifade etmişlerdi. Etkili/Etkisiz yöntem kullanımının kullanıcıya göre Etkili/Etkisiz olma durumu ile karşılaştırılması Çizelge 11'de gösterilmektedir.

Çizelge 11. Etkili/Etkisiz yöntem kullanımının kullanıcıya göre Etkili/Etkisiz olma durumu ile karşılaştırılması

	Etkili olduğunu düşünenler n (%)	Etkisiz olduğunu düşünenler n (%)	Toplam n (%)
Etkili yöntem kullananlar	77 (52,9)	4 (28,1)	81 (40)
Etkisiz yöntem kullananlar	15 (39,1)	45 (20,9)	60 (60)
Toplam	92 (92)	49 (49)	141 (100)

Araştırmaya katılan kişilerin, %73,8'inin (s=104) herhangi bir yöntemi kullanırken istem dışı gebelik öykülerinin olmadığı, %26,2'sinin (s=37) istem dışı gebelik öykülerinin olduğunu saptadık. Oluşan istem dışı gebeliğin en çok %17,7 (s=25) oranıyla geri çekme ve %5 oranıyla (s=7) prezervatif yöntemi ile korunurken oluştuğunu belirledik. İstem dışı gebeliğin kullanılan yöntemlere göre oluşma durumu Çizelge 12'de verilmektedir.

Çizelge 12. İstem dışı gebeliğin kullanılan yöntemlere göre oluşma durumu

İstem dışı gebeliğin kullanılan yöntemlere göre oluşma durumu	Sayı (%)
Prezervatif	7 (5,0)
Hap	2 (1,4)
Spiral	3 (2,1)
Geri çekme	25 (17,7)
İstem dışı gebeliği yok	104 (73,8)
Toplam	141 (100,0)

Katılımcıların %59,6'sında (s=84) öncesinde kullanıp bıraktıkları bir yöntem bulunmakta idi. Önceden kullanılıp en sık olarak bırakılan yöntem %20,6 oranıyla (s=29) hap idi. Yöntemin bırakılma sebeplerini, en çok, %37,6 ile (s=53) oluşan istenmeyen gebelikler ve %22 ile (s=31) yöntemin yan etkileri oluşturmakta idi. Öncesinde kullanılıp terkedilen yöntem varlığı ve yöntem çeşitleri Çizelge 13'de gösterilmektedir.

Çizelge 13. Öncesinde kullanılıp terkedilen yöntem varlığı ve yöntem çeşitleri

Öncesinde kullanılıp terk edilen yöntem	Yöntem bırakma sebebi			
	Yan etki oluşumu	İstenmeyen gebelik	Yöntem bırakmayanlar	Toplam
Prezervatif	0 (0)	22 (100)	0 (0)	22 (100)
Hap	16 (55,2)	13 (44,8)	0 (0)	29 (100)
Spiral	13 (68,4)	6 (31,6)	0 (0)	19 (100)
Enjektabl yöntem	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0)	3 (100)
Geri çekme	0 (0)	10 (100)	0 (0)	10 (100)
Takvim yöntemi	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1 (100)
Yöntem bırakmayanlar	0 (0)	0 (0)	57 (100)	57 (100)
Toplam	31 (22)	53 (37,6)	57 (40,4)	141 (100)

Çalışmamızda küretaj, düşük, ölü doğum öyküsü olan kişiler %68,8 oranıyla (s=97) çoğunluğu oluşturmakta idi. Bunların da 21,3 oranıyla (s=30) çoğunluğunu küretaj öyküsü olanlar oluştururken, gebelikleri düşükle sonlananlar %7,8'ini (s=11) oluşturmaktaydı. Katılımcıların düşük, küretaj, ölü doğum öykülerinin bulunması durumu Çizelge 14'de verilmektedir.

Çizelge 14. Düşük, küretaj, ölü doğum öykülerinin bulunması durumu

Düşük, küretaj, ölü doğum öyküsü durumu	Sayı (%)
Düşük öyküsü var	11 (7,8)
Küretaj öyküsü var	30 (21,3)
Ölü doğum öyküsü var	1 (0,7)
Düşük+ küretaj öyküsü var	2 (1,4)
Yok	97 (68,8)
Toplam	141 (100)

Yöntem kullanımı konusunda eş desteği bulunanların %72,4'ü (s=76) yöntem kullanımı konusunda sorumluluğun eşlerden her ikisine, %19'u (s=20) kadına ve %8,6'sı (s=9) erkeğe ait olduğunu ifade ettiler. Yöntem kullanımı konusunda eş desteği olmayanların %63,9'u ise, yöntem kullanımı konusunda sorumluluğun eşlerden her ikisine de ait olduğunu ifade ettiler. Yöntem kullanımı konusunda eş desteğinin olup olmaması ve yöntem kullanımı konusunda sorumluluk paylaşımının karşılaştırılması Çizelge 15'de verilmektedir.

Çizelge 15. Yöntem kullanımı konusunda eş desteği ve sorumluluk paylaşımı

Yöntem kullanımında eş desteği durumu	Yöntem kullanımı konusunda sorumluluk paylaşımı			
	Eşlerden her ikisine	Kadına	Erkeğe	Toplam
Yöntem kullanımı konusunda eş desteği olanlar	76 (72,4)	20 (19)	9 (8,6)	105 (100)
Yöntem kullanımı konusunda eş desteği olmayanlar	23 (63,9)	6 (16,7)	7 (19,4)	36 (100)
Toplam	99 (70,2)	26 (18,4)	16 (11,3)	141 (100)

Katılımcıların %39,7'si (s=56) emzirme sırasında herhangi bir yöntem kullandıklarını ve en çok kullandıkları yöntemin %12,8 (s=18) oranıyla prezervatif, ikinci en sık kullandıkları yöntemin %12,1 (s=17) oranıyla geri çekme yöntemi ve üçüncü olarak %9,9 (s=14) oranıyla RİA olduğunu ifade ettiler. Katılımcıların emzirme sırasında yöntem kullanım durumu ve kullandıkları yöntemlerin çeşitleri Çizelge 16'da gösterilmektedir.

Çizelge 16. Katılımcıların emzirme sırasında yöntem kullanım durumu ve kullandıkları yöntemlerin çeşitleri

Emzirmede kullandığı yöntem	Sayı (%)
Prezervatif	18 (12,8)
Hap	3 (2,1)
Spiral	14 (9,9)
Enjektabl yöntem	4 (2,8)
Geri çekme	17 (12,1)
Kullanmayanlar	85 (60,3)
Toplam	141 (100)

Danışmanlık hizmetleri öncesinde acil kontrasepsiyon yöntemi hakkında bilgi durumu sorulduğunda, katılımcıların sadece küçük bir kısmının (%7,8) acil kontraseptif yöntemini bildikleri, verilen danışmanlık hizmetleri sonrasında ise bu oranın %73'e (s=103) çıktığı gözlemlendi. Acil kontrasepsiyon kullanma durumu incelendiğinde, grubun çoğunluğunun acil kontraseptif yöntemleri kullanmamış olduğu belirlendi. Danışmanlık öncesi ve sonrasında acil kontraseptif yöntem hakkında bilgi durumları ve acil kontraseptif yöntem kullanma durumları Çizelge 17'de gösterilmektedir.

Çizelge 17. Danışmanlık öncesi ve sonrasında acil kontraseptif yöntem hakkında bilgi ve acil kontraseptif yöntem kullanm durumları

Danışmanlık hizmetleri öncesi acil kontrasepsiyon konusunda bilgi durumu	Sayı (%)
Acil kontrasepsiyonu biliyor	11 (7,8)
Acil kontrasepsiyonu bilmiyor	130 (92,2)
Toplam	141 (100,0)
Danışmanlık hizmetleri sonrasında acil kontrasepsiyon konusunda bilgi durumu	Sayı (%)
Acil kontrasepsiyon biliyor	38 (27,0)
Acil kontrasepsiyon bilmiyor	103 (73,0)
Toplam	141 (100,0)
Acil kontrasepsiyon kullanma durumu	Sayı (%)
Acil kontrasepsiyon kullanmış	3 (2,1)
Acil kontrasepsiyon kullanmamış	138 (97,9)
Toplam	141 (100)

Katılımcıların danışmanlık hizmetlerinin daha iyi düzeyde olabilmesi için önerileri Çizelge18’de gösterilmiştir.

Çizelge 18. Danışmanlık hizmetlerinde beklentiler ve bunlara ilişkin öneriler

	Beklentileri karşılananlar	Beklentileri karşılanmayanlar	Toplam
Toplum eğitimi verilmesi	14 (93,3)	1 (6,7)	15 (100)
Eşlerin her ikisine hizmet verilmesi	10 (100)	0 (0)	10 (100)
Gençlere okullarda hizmet verilmesi	9 (100)	0 (0)	9 (100)
Yeni evli çiftlere hizmet verilmesi	9 (100)	0 (0)	9 (100)
Fikri olmayanlar	85 (94,4)	5 (5,6)	90 (100)
Vakit sorunu	5 (100)	0 (0)	5 (100)
Diğer nedenler	3 (100)	0 (0)	3 (100)
Toplam	135 (95,7)	6 (4,3)	141 (100)

Danışmanlık hizmetleri sonrasında söylenilen ilk etkili kontraseptif yöntemin %42,6 (s=60) oranıyla hap, %24,1 (s=34) oranıyla enjektabl yöntem ve %19,1 (s=27) oranıyla spiral olduğu ifade edilmiştir. Danışmanlık hizmetleri sonrasında ikinci olarak söylenilen etkili kontraseptif yöntem katılımcıların %34’ünde (s=48) hap, %31,2’sinde (s=44) spiral ve %21,3’ünde (s=30) enjektabl yöntem olduğu saptandı. Danışanlar tarafından belirtilen etkili kontraseptif yöntem çeşitleri çizelge 19’da gösterilmektedir

Çizelge 19. Söylenilen ilk etkili kontraseptif yöntem çeşitleri

Yöntemler	İlk söylenilen etkili yöntem	İkinci söylenilen etkili yöntem
Prezervatif	7 (5)	9 (6,4)
Hap	60 (42,6)	48 (34)
Spiral	27 (19,1)	44 (31,2)
Enjektabl yöntem	34 (24,1)	30 (21,3)
Geri çekme	1 (0,7)	
Tüp ligasyonu	11 (7,8)	9 (6,4)
Tüm yöntemler etkili	1 (0,7)	
Vazektomi		1 (0,7)
Toplam	141 (100)	141 (100)

Katılımcıların aylık gelir durumuyla herhangi bir yöntem kullanıp kullanmama durumu incelendiğinde, gelir durumu düşük olanlarda daha fazla yöntem kullanma oranı görülmesine rağmen, her iki grup arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Katılımcıların yaşayan çocuk sayıları ile herhangi bir yöntemle korunup korunmadıkları karşılaştırıldığında, 2 ve altında çocuk sahibi olanların yöntem kullanımının daha fazla olduğu, fakat aradaki farkın anlamlı olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Yöntem kullanımını etkileyen bazı faktörlerin karşılaştırılması Çizelge 20’de gösterilmektedir.

Çizelge 20. Yöntem Kullanımını Etkileyen Bazı Faktörlerin Karşılaştırılması

Yaşayan çocuk sayısı	Yöntem kullanıyor	Yöntem kullanmıyor	Toplam	
2 ve daha az çocuk	89 (77,4)	26 (22,6)	115 (100,0)	p=0,286
2’den fazla çocuk	23 (88,5)	3 (11,5)	26 (100,0)	
Toplam	112 (79,4)	29 (20,6)	141 (100,0)	
Aylık gelir durumu				
1500 YTL ve altı	96 (81,4)	22 (18,6)	118 (100)	p=0,201 $\chi^2= 1,638$
1500 YTL üzeri	16 (69,6)	7 (30,4)	23 (100)	
Toplam	112 (79,4)	29 (20,6)	141 (100)	
Sosyal güvence durumu				
Yok	6 (100)	0 (0)	6 (100)	p=0,203
Var	106 (78,5)	29 (21,5)	135 (100)	
Toplam	112 (79,4)	29 (20,6)	141 (100)	

Katılımcıların eğitim durumları ile yöntem kullanımı konusunda eş desteği olup olmaması durumunun karşılaştırılmasında, eğitilmiş olanlarda eş desteğinin biraz daha fazla olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı görüldü. ($p > 0,05$). AP yöntemleri hakkında bilgiyi nereden öğrendikleri sorgulandığında, eğitimsiz olanların doktor ve diğer sağlık personelinin öğreniminin biraz daha fazla olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı gözlemlendi ($p > 0,05$). Katılımcıların eğitim durumuna göre yöntem kullanımını etkileyen bazı faktörlerin karşılaştırılması Çizelge 21’de verilmektedir.

Çizelge 21. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Yöntem Kullanımını Etkileyen Bazı Faktörlerin Karşılaştırılması

Eş desteği durumu	Eğitimsiz	Eğitimli	Toplam	
Destekliyor	48 (45,7)	57 (54,3)	105 (100)	p=0,003
Desteklemiyor	27 (75)	9 (25)	36 (100)	
Toplam	75 (53,2)	66 (46,8)	141 (100)	
Yöntemler konusunda bilgi edinme kaynağı				
Doktor ve diğer sağlık personeli	65 (59,6)	44 (40,4)	109 (100)	p= 0,005
Diğer kişiler, TV, internet	10 (31,3)	22 (68,8)	32 (100)	
Toplam	75 (53,2)	66 (46,8)	141 (100)	

Katılımcıların eğitim durumuna göre, acil kontrasepsiyon yöntemi hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları karşılaştırıldığında, eğitimli kişilerin (%90,9) oranıyla acil kontraseptif yöntemi daha iyi bildikleri ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı kaydedildi ($p>0,05$). Eğitim durumuna göre acil kontrasepsiyon kullanma durumlarına bakıldığında, eğitimli kişilerin %66,7 oranıyla kullandıkları, eğitimsiz kişilerin %33,3 oranıyla acil kontrasepsiyon kullandıkları, ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$). Eğitimsiz kişilerin %53,8'inin hormonal yöntem kullanmadığı, eğitimli kişilerin %46,2'sinin hormonal yöntem kullanmadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediği bulundu. Eğitim durumu ile istem dışı gebelik öyküsü ilişkisine baktığımızda, eğitimsiz kişilerin %67,6'sının istem dışı gebeliğinin olduğunu ve eğitimli kişilerin %32,4'ünün istem dışı gebeliğinin olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptadık. ($p<0,05$). Katılımcıların eğitim durumlarıyla ilk doğum yaşı karşılaştırıldığında, eğitimsiz kişilerin %67,8'inin 20 yaş altında ve eğitimli kişilerin %32,2'sinin 20 yaş altında doğum yaptığını ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0,000$) saptandı. Öngörülen iki gebelik aralığını eğitimli ve eğitimsiz kişiler arasında karşılaştırdığımızda, eğitimsizlerin %58,5'inin iki gebelik aralığını 3 yıl ve altı, eğitimlilerin %41,5'inin 3 yıl ve altı olarak belirttiğini ve aradaki farkın istatistiksel olarak

anlamli olmadigini ($p>0,05$) saptadik. Katilimcilarin egitim durumuna gore yontem kullanimini etkileyen bazı faktörlerin karşılaştırılması Çizelge 22’de gösterilmektedir.

Çizelge 22. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Yöntem Kullanım Özellikleri

	Eğitimsiz	Eğitimli	Toplam	
Acil kontrasepsiyon yöntemi hakkında bilgi durumu				
Biliyor	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (100)	$p=0,237$
Bilmiyor	74 (56,9)	56 (43,1)	130 (100)	
Toplam	75 (53,2)	66 (46,8)	141 (100)	
Acil kontraseptif yöntemi kullanma durumu				
Kullanıyor	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)	$p= 1,000$
Kullanmıyor	74 (53,6)	64 (46,4)	138 (100)	
Toplam	75 (53,2)	66 (46,8)	141 (100)	
Hormonal yöntem kullanma durumu				
Kullanıyor	11 (50)	11 (50)	22 (100)	$p= 0,744$ $\chi^2=0,107$
Kullanmıyor	64 (53,8)	55 (46,2)	119 (100)	
Toplam	75 (53,2)	66 (46,8)	141 (100)	
İstem dışı gebelik öyküsü				
Var	25 (67,6)	12 (32,4)	37 (100)	$p= 0,04$ $\chi^2=4,164$
Yok	50 (48,1)	54 (51,9)	104 (100)	
Toplam	75 (53,2)	66 (46,8)	141 (100)	
İlk doğum yaşı				
20 yaş altı	59 (67,8)	28 (32,2)	87 (100)	$p= 0,000$ $\chi^2= 19,51$
20 yaş ve üzeri	16 (29,6)	38 (70,4)	54 (100)	
Toplam	75 (53,2)	66 (46,8)	141 (100)	
Düşünülen iki gebelik aralığı				
3 yıl ve altı	38 (58,5)	27 (41,5)	65 (100)	$p= 0,246$ $\chi^2= 1,345$
3 yıl üzeri	37 (48,7)	39 (51,3)	76 (100)	
Toplam	75 (53,2)	66 (46,8)	141 (100)	

Katılımcılar arasında eğitim durumuyla ilk akla gelen yöntem karşılaştırıldığında prezervatif ve diğer yöntemlerin söylenmesinin eğitim durumuyla istatistiksel olarak anlamlı bir fark taşımadığı saptandı ($p>0,05$). Eğitim durumu ile ilk akla gelen yöntemin hap ve diğer yöntemler olması durumu karşılaştırıldığında, hapın eğitilmişler arasında %57,3 oranıyla ilk akla gelen yöntem olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlılık ifade ettiği bulundu ($p=0,003$). RİA'nın eğitilmişler ve eğitimsizler arasında ilk akla gelen yöntem olması açısından, istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediği saptandı. İlk akla gelen yöntemlerin kullanıcıların eğitim durumuna göre karşılaştırılması Çizelge 23'de gösterilmektedir.

Çizelge 23. İlk Akla Gelen Yöntemlerin Kullanıcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Eğitimsiz	Eğitilmiş	Toplam	
İlk akla gelen yöntem				
Kondom	12 (66,7)	6 (33,3)	18 (100)	$p= 0,220$ $\chi^2= 1,505$
Diğerleri	63 (51,2)	60 (48,8)	123 (100)	
Toplam	75 (53,2)	66 (46,8)	141 (100)	
İlk akla gelen yöntem				
Hap	35 (42,7)	47 (57,3)	82 (100)	$p= 0,003$ $\chi^2= 8,692$
Diğerleri	40 (67,8)	19 (32,2)	59 (100)	
Toplam	75 (53,2)	66 (46,8)	141 (100)	
İlk akla gelen yöntem				
Spiral	22 (66,7)	11 (33,3)	33 (100)	$p= 0,076$ $\chi^2= 3,142$
Diğerleri	53 (49,1)	55 (50,9)	108 (100)	
Toplam	75 (53,2)	66 (46,8)	141 (100)	

Araştırmamıza katılan kişilerin yöntem kullanma durumuyla yaş grupları arasındaki farka bakıldığında 30 yaş üzeri kişilerin, 30 yaş altındaki kişilere göre daha yüksek oranda yöntem kullanımının olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0,001$) . Yöntem kullanımıyla yaşayan çocuk sayıları karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p>0,05$). Medeni durumla yöntem kullanımı karşılaştırıldığında, evli olanların %82,8'inin yöntem kullandığı, evli olmayanların %14,3'ünün yöntem kullandığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$). Katılımcıların herhangi bir işte çalışmayan bölümünün %82,5'inin yöntem kullandığı ($s=94$), herhangi bir işte çalışanların ise, %66,7'sinin ($s=18$) yöntem kullanmakta olduğu ve arada istatistiksel olarak anlamlılık ifade eden farkın bulunmadığı saptandı ($p>0,05$). Kentsel bölgede yaşayanların %79,8'inin ($s=91$) yöntem kullandığı, kırsal bölgede yaşayanların %77,8'inin ($s=21$) yöntem kullanmakta olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediği saptandı. ($p>0,05$) Yöntem kullanımına göre bazı faktörlerin karşılaştırılması Çizelge 24'de gösterilmektedir.

Çizelge 24. Yöntem kullanımına etki eden faktörlerin karşılaştırılması

	Yöntem kullananlar	Yöntem kullanmayanlar	Toplam	
Kişi yaş grupları				
30 yaş ve altı	83 (74,1)	29 (25,9)	112 (100)	p=0,001
30 yaş üstü	29 (100)	0 (0)	29 (100)	
Toplam	112 (79,4)	29 (20,6)	141 (100)	
Çocuk sayısı				
2 ve altı çocuk	89 (77,4)	26 (22,6)	115 (100)	p= 0,286
2 üzeri çocuk	23 (88,5)	3 (11,5)	26 (100)	
Toplam	112 (79,4)	29 (20,6)	141 (100)	
Medeni durum				
Evli	111 (82,8)	23 (17,2)	134 (100)	p < 0,001 $\chi^2= 19,135$
Evli değil	1 (14,3)	6 (85,7)	7 (100)	
Toplam	119 (79,4)	29 (20,6)	141 (100)	
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	94 (82,5)	20 (17,5)	114 (100)	p= 0,068 $\chi^2=3,331$
Çalışıyor	18 (66,7)	9 (33,3)	27 (100)	
Toplam	112 (79,4)	29 (20,6)	141 (100)	
İlk doğum yaşı				
20 yaş altı	50 (57,5)	37 (42,5)	87 (100)	p = 0,417 $\chi^2= 0,659$
20 yaş ve üzeri	31 (57,4)	23 (42,6)	54 (100)	
Toplam	81 (57,4)	60 (42,6)	141 (100)	
Yaşadığı yer				
Kentsel	91 (79,8)	23 (20,2)	114 (100)	p= 0,813 $\chi^2=0,056$
Kırsal	21 (77,8)	6 (22,2)	27 (100)	
Toplam	112 (79,4)	29 (20,6)	141 (100)	

Katılımcıların yaşayan çocuk sayıları ile etkili ya da etkisiz yöntem kullanım durumu karşılaştırıldığında, 2'den fazla çocuk sahibi olanların %65,4 oranıyla daha fazla etkili yöntem

kullandıkları; ikiden az çocuk sahibi olanların %55,7'sinin etkili yöntem kullanımını tercih ettikleri ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediğini saptadık ($p=0,365$). Kişi yaş grupları ile etkili ya da etkisiz yöntem kullanma durumları incelendiğinde arada istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını saptadık ($p>0,05$). Etkili yöntem kullanımı ile sosyal güvence durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlılık olmadığı saptandı ($p>0,05$). Katılımcıların büyük çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadığı ve yöntem kullanımı ile bir işte çalışıyor olma arasında istatistiksel olarak farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$) İlk doğum yaşı ile etkili yöntem kullanımı arasındaki farka bakıldığında istatistiksel olarak anlamlılık olmadığı ve kentsel ve kırsal bölgede yaşamayla etkili ya da etkisiz yöntem kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlılık olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Etkili ya da etkisiz yöntem kullanımıyla bazı faktörlerin karşılaştırılması Çizelge 25'de verilmektedir.

Çizelge 25. Etkili ya da etkisiz yöntem kullanımına etki eden faktörlerin karşılaştırılması

	Etkili yöntem kullananlar	Etkisiz yöntem kullananlar	Toplam	
Yaşayan çocuk sayısı				
2 ve altı çocuk	64 (55,7)	51 (44,3)	115 (100)	p = 0,365 $\chi^2 = 0,822$
2 üzeri çocuk	17 (65,4)	9 (34,6)	26 (100)	
Toplam	81 (57,4)	60 (42,6)	141 (100)	
Kişi yaşları				
30 yaş ve altı	60 (53,6)	52 (46,4)	112 (100)	p = 0,067 $\chi^2 = 3,346$
30 yaş üzeri	21 (72,4)	8 (27,6)	29 (100)	
Toplam	81 (57,4)	60 (42,6)	141 (100)	
Sosyal güvence varlığı				
Yok	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (100)	p = 1,000 $\chi^2 = 0,218$
Var	77 (57)	58 (43)	135 (100)	
Toplam	81 (57,4)	60 (42,6)	141 (100)	
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	65 (57)	49 (43)	114 (100)	p= 0,83 $\chi^2=0,045$
Çalışıyor	16 (59,3)	11 (40,7)	27 (100)	
Toplam	81 (57,4)	60 (42,6)	141 (100)	
İlk doğum yaşı				
20 yaş altı	50 (57,5)	37 (42,5)	87 (100)	p = 0,994 $\chi^2 = 0,000$
20 yaş ve üzeri	31 (57,4)	23 (42,6)	54 (100)	
Toplam	81 (57,4)	60 (42,6)	141 (100)	
Yaşadığı yer				
Kentsel	67 (58,8)	47 (41,2)	114 (100)	p = 0,513 $\chi^2 = 0,428$
Kırsal	14 (51,9)	13 (48,1)	27 (100)	
Toplam	81 (57,4)	60 (42,6)	141 (100)	

Araştırma grubumuzun danışmanlık hizmetleri öncesi aldıkları puan ortalamaları $2,4 \pm 0,6$ danışmanlık hizmetleri sonrasında aldıkları puan ortalamaları ise $2,8 \pm 0,4$ olarak saptandı. Arada istatistiksel olarak anlamlılık taşıyan farklılık mevcuttu ($t = -6,413$, $p < 0,05$). Katılımcıların danışmanlık öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Çizelge 26’da verilmektedir.

Çizelge 26. Katılımcıların danışmanlık öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Puan ortalamaları	Ortalama $\pm$ SS	
Danışmanlık öncesi verilen puan ortalamaları	$2,48 \pm 0,616$	$p < 0,001$ $t = -6,413$
Danışmanlık sonrası verilen puan ortalamaları	$2,82 \pm 0,407$	

Danışmanlık öncesi ve sonrasında acil kontrasepsiyon bilgi düzeyleri ortalamaları karşılaştırıldığında, arada istatistiksel olarak anlamlılık bulunduğu saptandı ($p < 0,001$, $\chi^2 = 25,037$). Danışmanlık öncesi ve sonrası acil kontrasepsiyon bilgi ortalamalarının karşılaştırılması çizelge 27’de verilmektedir.

Çizelge 27. Danışmanlık öncesi ve sonrası acil kontrasepsiyon bilgi ortalamalarının karşılaştırılması

Acil kontrasepsiyon bilgisi	Ortalama $\pm$ SS	
Danışmanlık öncesi acil kontrasepsiyon bilgisi	$1,92 \pm 0,269$	$p < 0,001$ $\chi^2 = 25,037$
Danışmanlık sonrası acil kontrasepsiyon bilgisi	$1,73 \pm 0,445$	

Katılımcılardan 2 ve daha az çocukluların danışmanlık hizmetleri öncesinde aldıkları puan ortalamaları $2,5 \pm 0,6$ iken, 2’den fazla çocuğu olanların aldıkları puan ortalaması, $2,3 \pm$

0,6 olarak belirlendi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlılık taşıyan farklılık saptanmadı. AP hakkında bilgi öğrenim kaynağının doktor ve diğer sağlık personeli olduğunu söyleyenlerin danışmanlık hizmetleri öncesinde aldıkları puan ortalamaları $2,47 \pm 0,63$ iken, öğrenim kaynağı olarak sağlık personeli dışı kişiler, TV, internet olduğunu söyleyenlerin aldıkları puan ortalamaları $2,53 \pm 0,57$ idi. Bu durum istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmiyordu ($>0,05$). Eğitim durumu düşük olan kişilerin, danışmanlık hizmetleri öncesinde aldıkları puan ortalamaları $2,32 \pm 0,66$ iken, eğitim durumu yüksek olan kişilerin aldıkları puan ortalaması $2,67 \pm 0,51$ olarak saptandı. İki grup arasında istatistiksel anlam taşıyan farklılık vardı ($p=0,001$). Bazı faktörlere bağlı olarak danışmanlık öncesi alınan puan ortalamalarının karşılaştırılması Çizelge 28’de gösterilmektedir.

Çizelge 28. Bazı faktörlere bağlı olarak danışmanlık öncesi alınan puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Danışmanlık öncesi alınan puan Ortalama$\pm$SS	
Sahip olunan çocuk sayısı		
2 ve daha az çocuklu	$2,51 \pm 0,618$	$p= 0,264$ $t= 1,121$
2’den fazla çocuklu	$2,38 \pm 0,609$	
Aile planlaması hakkında bilgi öğrenim kaynağı		
Doktor ve diğer sağlık personeli	$2,47 \pm 0,632$	$p= 0,611$ $t= - 0,510$
Sağlık personeli dışı kişiler, TV, internet	$2,53 \pm 0,567$	
Eğitim durumu		
Eğitim durumu düşük	$2,32 \pm 0,661$	$p= 0,001$ $t= - 3,460$
Eğitim durumu yüksek	$2,67 \pm 0,506$	

Sahip olunan çocuk sayısı ile ilk doğum yaşı arasında pozitif yönlü kuvvetli derecede korelasyon saptandı. İlk doğum yaşı arttıkça sahip olunan çocuk sayısı artmakta idi ($r =0,414$, $p<0,05$). İlk doğum yaşı ile ideal çocuk sayısı arasında negatif yönlü zayıf derecede korelasyon saptandı. İlk doğum yaşı arttıkça ideal çocuk sayısı azalmakta idi ($r = -0,265$,

$p < 0,05$). İki gebelik aralığı ile sahip olunan çocuk sayısı arasında bir ilişki saptanmadı. İki gebelik aralığı ile ideal çocuk sayısı arasında negatif yönlü zayıf derecede korelasyon saptandı. İki gebelik aralığı arttıkça ideal çocuk sayısı azalmakta idi ($r = - 0,211$, $p < 0,05$).Yöntem kullanımını etkileyen bazı faktörler arasındaki ilişki çizelge 29’da verilmektedir.

Çizelge 29. Yöntem kullanımını etkileyen bazı faktörler arasındaki ilişki

	Sahip olunan çocuk sayısı	İdeal çocuk sayısı
İlk doğum yaşı	$r = 0,414$ $p < 0,001$	$r = - 0,265$ $p = 0,001$
İki gebelik aralığı	$r = 0,096$ $p = 0,259$	$R = - 0,211$ $p = 0,001$

6. TARTIŞMA

AP yöntemlerinin kullanılması ile, hem ailelerin uygun zaman ve kendi belirledikleri aralıklarda çocuk sahibi olmaları sağlanabilir, hem de kendilerinin ve çocuklarının sağlıkları korunabilir. AP programlarının başarılı şekilde planlanması ve yürütülebilmesi için, hizmet, eğitim ve denetim kurumlarının uygun ve yeterli bir şekilde işlemesi gerekmektedir. Bu amaç için halk, eldeki tüm olanaklarla eğitilmek durumundadır. AP programlarının yaygın ve doğru bir şekilde kullanılmasını sağlayacak en önemli faktör, bu konuda yetkili, eğitilmiş sağlık personeli tarafından verilecek eğitim hizmetleridir. Eğitim ve sağlık alanında faaliyeti olan kamu kuruluşları, sivil toplum örgütleri ve diğer özel kuruluşlar bu kurumlardan bazılarını oluşturmaktadır.

Doğurganlığın düzenlenmesinde, kontrasepsiyon kullanımı ve seçimini etkileyen faktörler ile biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenler ve kontrasepsiyon konusunda gelişen teknolojiler birlikte ele alınmalıdır.

AP hizmetlerinin başarısının değerlendirilmesinde günümüz koşullarında gebeliği önleyici yöntem kullanma düzeyi yol göstericidir. AP yöntemlerinin doğru bir şekilde kullanılmasının demografik etkileri yanında, yöntem bırakma oranlarının belirlenmesi, politika üreticilerine ve hizmet sunuculara hizmet kalitesinin artırılmasında katkıda bulunacaktır (107).

Kontraseptif yöntemlerin seçimi çok önemli bir karardır. Olması gereken düzeyde etkili olmayan bir yöntem, istenmeyen gebeliklere neden olabilmektedir. Kullanıcı için uygun olmayan yöntem de ciddi yan etkilerin ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Kullanıcının yaşam şekline ve sosyal değerlerine uygun düşmeyen bir yöntem ise, genellikle doğru ve sürekli olarak kullanılmamakta, yöntemden beklenen fayda görülememektedir (114).

Kontraseptif yöntemler ile ilgili çalışmalar doğurganlığın en aktif olduğu 20-35 yaş grubundaki kişilerde yapılmaktadır. Bu yaş grubundaki kadınların kontraseptif yöntem kullanmaya daha fazla gereksinim duydukları gerçektir. Araştırmamızda katılımcıların yaş ortalaması, yapılmış çalışmalarla paralellik göstermektedir (11). Çalışmamızda 30 yaş üstü bireylerin yöntem kullanımının daha yüksek oranlarda olduğunu ve bunun istatistiksel olarak anlamlılık ifade ettiği saptandığı halde, modern yöntem kullanımıyla yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır.

Araştırma grubumuzda kişilerin büyük çoğunluğu evli olduklarını ifade etmişlerdir. Bu durum ailenin toplumun en küçük birimini oluşturması ve ailenin toplumumuzda özendirilmesi gereken bir toplum yapı taşını temsil etmesi sebebiyle önemlidir. Ancak çalışma grubumuzun aynı zamanda AP yöntemleri hakkında eğitim ve danışmanlık hizmetleri almak üzere başvuran kişilerden oluştuğu düşünüldüğünde evli olmayan kişilerin, gençlerin katılımının yüksek olması arzu edilen bir durum olabilirdi. Katılımcılar arasında evli olanların, bekar olanlara göre yüksek oranlarda yöntem kullanımının olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlılık ifade ettiğini saptadık.

Yapılan bir çalışmada ilkokul ve altı öğrenimlilerde dörtten fazla gebelik oranı, diğer öğrenim gruplarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Eğitimin benzer etkisi başka çalışmalarda da gösterilmiştir (115,116). Bizim çalışmamızda da, kadınların eğitim düzeyi arttıkça yöntem kullanımının, özellikle etkili yöntem kullanımının arttığını tespit ettik. Bu sonuçtan anlaşıldığı üzere, kız çocuklarının okula gönderilmesiyle, kadının meslek sahibi yapılmaya çalışılması aynı zamanda AP yöntem kullanma oranlarının yükselmesine de olumlu katkı sağlayacaktır (117).

Yapılan bazı araştırmalarda herhangi bir sosyal güvenceye sahip kişilerin herhangi bir yöntem kullanma ve modern yöntem kullanma sıklıklarının, hiç sağlık güvencesi bulunmayan kişilere göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (118). Sosyal güvencesi olmayan kişilerin, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini kullanma oranlarının, sosyal güvencesi bulunmayan kişilere göre, daha düşük seviyelerde olma ihtimali yükselmektedir. Temel bir sağlık hizmeti olan AP hizmetlerinin de benzer şekilde etkilenmiş olması düşünülebilir. Hizmetlerin kullanım düzeylerini arttırmak için, kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğini arttırmak önemli bir yaklaşımdır (119). Bizim çalışmamızda da katılımcıların büyük çoğunluğunun (%95,7) sosyal güvencesinin bulunduğu saptanmış olup, sosyal güvence durumu ile yöntem kullanımı ya da etkili/etkisiz yöntem kullanımı arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır.

Yapılan çalışmalarda kadınların genellikle herhangi bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir (120). Araştırma grubumuzda da kadınların büyük bir kısmının ev hanımı olduğu, az bir bölümünün ise bir işte çalıştığı tespit edilmiştir. Araştırmamızda, çalışan kadınlarla çalışmayan kadınların herhangi bir yöntem kullanımı ya da etkili yöntem kullanmaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediğini saptadık.

Çalışma grubumuzdaki kişilerin %83,7'sinin aylık gelir düzeyinin 1500 YTL ve altında olduğu ve bunun Türkiye geneliyle paralellik gösterdiği, bu durumun yapılmış diğer

alışmalarla uyumlu olduğu belirlendi. Aylık gelir durumuyla yöntem kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlılık ifade eden farklılık saptamadık.

Karşılanamayan AP gereksinimleri ülkemizde yüksek oranlarda olup, bu durum lkemizin Güneydoğu Anadolu bölgesinde daha yüksek oranlarda gözlenmektedir. Kırsal alanlarda sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve verilen hizmetlerin ulaşılabirliğinde karşılaşılan engeller her alanda olduğu gibi AP yöntemlerinin kullanılmasını da olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan birçok çalışmada kırsal alanda AP yöntem kullanım sıklıklarının kentsel bölgelere göre daha düşük bulunmuştur (121,122). Bizim alışmamızda kırsal ve kentsel alanda yöntem kullanımı ve etkili yöntem kullanımı arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Bunda, alışmamızın Türkiye'nin batı bölgesindeki bir ilde yapılıyor olması ve doğu bölgesindeki illere kıyasla sosyokültürel olanakların daha fazla olmasının rolü olduğu düşünülebilir. Ayrıca Aydın ilinde kırsal ve kentsel yerleşim yerlerinin birbirine yakın olması bu durumu etkilemiş olabilir.

Dünya lkelerinde yapılan çeşitli çalışmalara bakıldığında son 20 yılda sahip olunan ortalama çocuk sayısı 4,5'ten 2,5'e düşmektedir (123). Bu sonuçlarda AP yöntemlerinin kullanılıyor olmasının etkisi büyük gözükmektedir. Yapılan bir araştırmada yaşayan çocuk sayısına göre yöntem kullanımına bakıldığında, çok ocukluların daha iyi düzeylerde korunması beklense de böyle olmadığı görülmüştür. AP yöntemlerini en çok iki ve üç çocuklu ailelerin kullandıkları tespit edilmiştir (29). Bizim sonuçlarımız da bu çalışmayla uyumludur. Çalışma grubumuzda ideal çocuk sayısının iki ve altında olması gerektiğini düşünenler çoğunlukta olup bununla uyumlu olarak şu anda iki çocuğu olan bireyler de çoğunluktaydı. Ancak sonuçlarımıza göre yöntem kullanımı ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlılık yoktu.

Ülkemizde doğumların üçte biri iki yıldan az aralıklarla gerçekleşmektedir (124). Bu konuda danışmanlık yaparken rutin 2-3 yıl gibi süre söylemek yerine, çok sayıda parametre dikkate alınarak, bireysel olarak tavsiyede bulunulmalıdır. Gebelik aralığı ile ilgili tavsiyede bulunurken dikkate alınması gereken parametreler: annenin yaşı, eğitimi, genel sağlık durumu, ailenin ekonomik gücü, önceki gebeliğin sonucu ve üzerinde çok az durulan kadının en son olarak ne kadar süre ile emzirdiği gibi konular olmalıdır. Ülkemiz için gebelik aralığının ideal aralığa uzaması anne ve bebek sağlığı üzerindeki önemli katkılarının yanısıra etkili AP ile genel ülke ekonomisi üzerine de önemli faydalar sağlayacaktır. Araştırmamızda, katılımcılara göre iki gebelik arasındaki ideal sürenin ortalama 3 yıl olduğu, yöntem ve eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında bu sürenin değişmediğini görüldü.

Evlilik yaşının ve buna paralel olabilecek ilk doğum yaşının yükseltilmesi, doğurganlık yüzdelerini azaltarak, kadınların sosyal yaşamda daha çok yer almalarına neden olacaktır. Araştırmamızda kadınların büyük bir çoğunluğunun ilk doğum yaşını 25 yaş altı olarak belirttikleri, ancak eğitim düzeyi ile ilk doğum yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirten farklılık olmadığı saptanmıştır. Bu da grubumuzun sosyokültürel özelliklerinin yüksek düzeylerde olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Bir ülkede yıllar içerisinde oluşacak AP gereksinimleri konusunda plan yapabilmek için, karar veren ve program yürüten kurumların mevcut kontraseptif kullanımı, yöntemler hakkında kişilerin tutumları ve gelecekte yöntem kullanımına ilişkin görüşleri ile ilgili bilgisi olmalıdır. Yöntem kullanma sıklığı, oluşturulacak program uygunluğunun değerlendirilmesi için iyi bir ölçüttür. TNSA 2003 sonuçlarında, kadınların %29'unun herhangi bir korunma yöntemi kullanmadıkları, %43'ünün modern, %29'unun geleneksel bir yöntem olmak üzere toplam %71'inin gebeliği önleyici bir yöntem kullanmakta olduğu bildirilmiştir (107). Çalışma grubumuzun yöntem kullanım oranları, TNSA 2003 sonuçlarından daha iyi düzeydedir. Bunun çalışmamızın bir AP polikliniğinde yapılıyor olmasından ve verilen danışmanlık hizmetlerinin ülke genelinden daha iyi düzeyde olmasından kaynaklanıyor olabilir.

TNSA 2003'de en çok kullanılan ilk üç AP yöntemi geri çekme, RİA ve kondom olarak saptanmıştır. Üner ve arkadaşlarının Haseki Hastanesi AP Polikliniği'ne başvuran kadınlarda yaptıkları çalışmada ilk üç sıra kullanılan AP yöntemleri olarak RİA, geri çekme ve oral kontraseptif haplar belirlenmiştir (125). Aydın'da yapılan bir çalışmada ilk sırayı kondom, ikinci sırayı RİA almakta ve bunu hap kullanımı takip etmektedir (126). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar saptanmıştır. Ülkemizde TNSA 2003 Raporu'nda son yıllarda geleneksel ve etki derecesi sınırlı yöntemlerin kullanımından, modern (etki derecesi yüksek) yöntemleri seçmeye doğru bir eğilim olduğu gösterilmiştir (127). Bizim çalışmamızda da modern yöntemlerin kullanımının yüksek olması, TNSA-2003 verileriyle uyumludur.

Türkiye'de evli kadınların %99'unun en az bir AP yöntemi bildiği belirlenmiş olup en çok bilinen yöntemlerin başında hap ve RİA gelmektedir (128). Araştırma grubumuzda da benzer sonuçlar elde edilmiş olup hap ve RİA en çok bilinen yöntemlerdir.

Toplumdan topluma, kişiden kişiye pek çok durum nedeniyle, kadınların istenmeyen gebelik oranları da artış göstermektedir ve bu durum da istenmeyen gebeliklerini küretajla sonlandırmalarına neden olmaktadır. Ülkemizde son beş yıl içinde oluşan doğumların %19'u istenmeyen, %11'i ise zamanı bakımından planlanmamış doğumları oluşturmaktadır (128).

Bir çalışmada kadınların dörtte birinin en son gebeliklerinin istenmeyen gebelik olduğu sonucuna varılmıştır (129). İstenmeyen gebeliklerin tespit edilmesi, hizmet çeşitliliğinin artırılması ve yöntem devamsızlığı gibi durumların nedenlerinin araştırılması ve çözümlenmesi için önlemlerin alınmasına sebebiyet vermektedir. Danışmanlık hizmetleri ve hasta eğitime yönelik çalışmaların artırılması ile olumlu sonuçlar sağlanabilir (11). Bizim araştırmamızda istenmeyen gebelikler tüm gebeliklerin yaklaşık üçte birini oluşturmaktaydı ve bu durumun eğitim seviyesi düşük kişilerde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptandı ve çalışmamızda istenmeyen gebeliklerin en çok geri çekme yöntemi kullanılırken meydana geldiği görülmektedir.

Ülkemizde AP yöntemleri ve yöntemlerin kullanım oranları yöreler arasında bazı değişiklikler göstermektedir. Bu sergilenen tutum değişikliklerinin önemli nedenini sosyoekonomik koşullarda oluşan farklılıklar oluşturmaktadır. Ancak geri çekmenin tüm yöreler arasında en çok kullanılan etkisiz yöntem olduğu görülmüştür (130). Bunda yöntemin diğer yöntemlere göre, kullanımının kolay olarak kabul edilmesi ve yan etki oluşturmayaacağı düşüncesi sorumlu tutulabilir. Ayrıca yapılan çalışmalarda ülkenin batısından doğusuna, güneyinden kuzeyine doğru gidildikçe, etkili yöntem kullanma sıklığının azaldığı gözlenmektedir (130). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada, geri çekme yöntemi kullananların büyük bir çoğunluğu bu yöntemin etkin bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir (131). Bizim çalışmamızda ise, geri çekme yöntemi %13,8 oranında etkili bir yöntem olarak belirtildi. Bu durum bizim çalışmamızın bir AP poliklinik ünitesinde yapıyor olmasından ve katılımcılar tarafından geleneksel bir yöntemin düşük oranlarda etkili bir yöntem olarak kabul edilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Türkiye’de herhangi bir yöntem kullanmaya başlayanların önemli bir bölümünün, kullanımı izleyen on ikinci aya kadar yöntemi terk ettikleri bildirilmektedir. Kullanılan yönteme göre yöntem bırakma hızlarının değiştiği saptanmıştır. Kısa dönemli bir yöntem olarak düşünülmeyen RİA’nın yöntem bırakma hızı, düşük düzeydedir. Bununla birlikte, cinsel ilişkiye bağımlı yöntemlerin, bırakma oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Kondom kullananların yüzde %45’i başladıktan on iki ay sonra yöntemi bırakmaktadır. TNSA 2003’e göre, yöntem başarısızlığı nedeniyle yöntemi bırakmada geri çekme birinci sırada olup bunu diğer geleneksel yöntemler ve hap izlemektedir. Yapılan bir çalışmada en sık yöntem bırakma sebebinin kişinin gebe kalma isteği olduğu, daha sonra ise kullanılan yöntemin yan etki yapması, sonrasında da kullanılan yöntemden etkili bir yöntem kullanımına geçme isteği olarak söylenildiği belirtilmiştir (86). TNSA 2003’e göre diğer en sık yöntem bırakma sebebinin, yöntem başarısızlığı ve sosyal nedenler oluşturmakta iken, modern

yöntemlerin bırakılma sebebi olarak yöntemin oluşturduğu yan etkiler ve sağlık endişelerinin olduğu saptanmıştır (107). Yöntem başarısızlığı nedeniyle yöntem bırakılmasının özellikle emzirme, takvim ve geri çekme yöntemi gibi geleneksel yöntemler kullananlar arasında daha yaygın olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda öncesinde kullanılıp da bırakılan yöntemlerin olduğunu söyleyenlerin oranı yüksek düzeyde olup, en çok bırakılan yöntemin hap olduğu, bunu prezervatif ve spiralın takip ettiği saptandı. Geri çekme yöntemi daha az oranda bırakılan yöntemi oluşturmaktaydı. Bu durum etkili yöntemlerin bırakılma oranlarının yüksek düzeylerde olduğunu, buna neden olarak verilen danışmanlık hizmetlerinde kişilere yöntemler ve yan etkileri nedeniyle yeteri kadar bilgi verilmediği ve bir müddet sonra kullanılan yöntemin terk edildiğini gösterilebilir.

Bizim çalışmamızda da kullanıcıların en sık yöntem bırakma nedeni, istenmeyen gebelikler ve kullanılan yöntemin yan etki geliştirmesi olarak saptandı. Ülkemizde, yöntem bırakanların yaklaşık yarısının bırakma sonrasında başka bir yönteme geçtiği belirtilmektedir.

Araştırma grubumuzda, verilen danışmanlık hizmetlerinden sonra, ilk akla gelen etkili kontraseptif yöntemin hap, ardından gelen yöntemin enjektabl yöntem ve üçüncü yöntem olarak da spiral olarak belirtildiği saptandı. Tüp ligasyonu ve prezervatif daha az oranlarda akla gelen etkili kontraseptif yöntemlerdendi. Katılımcıların sadece çok az bir kısmının verilen danışmanlık hizmetleri sonrasında, geri çekme yöntemini etkili bir AP yöntemi olarak belirtmeleri verilen danışmanlık hizmetlerinin olumlu sonuçlarını göstermektedir.

Samsun merkez ilçede yapılan bir araştırmada 15-49 yaş evli kadınların yöntem seçimine büyük oranında eşleri ile birlikte karar verdikleri saptanmıştır (132). AP hizmetleri üreme sağlığı hizmetlerinin bir parçası olarak kadın ve erkeğin eşit düzeylerde ve birlikte rol üstlenmesini gerektirmektedir. Soyun devamını sağlayan üreme olayında hem erkek, hem de kadının birlikte rol aldığı gerçeğinden hareketle sorumluluk paylaşımı özendirilmelidir (133). Çalışma grubumuzun büyük bir kısmının, eşlerinin yöntem kullanımı konusunda kendilerine destek verdikleri ve AP sorumluluğunun her ikisine ait olduğunu belirttikleri görülmüştür. Bu durumda, eşlerin hizmete katılımının artırılması ve eşlere verilecek eğitim hizmetlerinin desteklenmesi gerekmektedir.

Yapılan bir çalışmada kadınların AP'na ilişkin bilgileri yüksek oranda sağlık ocağından aldıkları saptanmıştır (134). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışma grubumuzda eğitim düzeyi düşük kişilerin büyük bir kısmının AP ile ilgili bilgileri, doktor ve diğer sağlık personelinde aldıklarını, eğitim düzeyi yüksek olanların ise sağlık personeli medyadan temin ettiklerini ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlılık ifade ettiğini saptadık.

Çalışma grubumuzun büyük bir kısmı emzirme sırasında yöntem kullanmadıklarını ve emzirme sırasında yöntem kullananların büyük çoğunluğunun prezervatif ve geri çekme yöntemiyle korundukları saptandı. Emzirme sırasında etkili, modern yöntemlerin kullanım oranlarının düşük düzeylerde olduğu, oysa emzirmenin belirli koşullar dışında etkin bir kontraseptif yöntem olmadığı ve bunun danışmanlık hizmetleri sırasında özellikle vurgulanması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırma grubumuzdaki kişilerin danışmanlık hizmetleri öncesinde ve sonrasında acil kontrasepsiyon hakkında bilgi durumlarının yetersiz düzeylerde olduğu ve eğitim düzeyi düşük olanlarla, eğitim düzeyi daha yüksek olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlılık ifade eden farklılığın olmadığını saptadık. Acil kontraseptif kullanma durumu bakımından da, eğitim seviyesi düşük kişilerle, eğitim seviyesi daha yüksek kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadığını belirledik. Araştırmamızda danışmanlık hizmetleri öncesinde acil kontraseptif yöntem hakkında bilgi düzeyinin düşük düzeylerde olduğu, danışmanlık hizmetleri sonrasında bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlılık ifade eden artış bulunduğu saptanmıştır. Bunda verdiğimiz danışmanlık hizmetlerinin olumlu etkisinin olduğu görülmektedir. Her kadına danışmanlık hizmetleri sırasında acil kontrasepsiyon hakkında bilgi verilmesi, hangi durumlarda nerelerden temin edileceğinin anlatılması ve kondom, diyafram gibi yöntemleri kullananlara böyle bir durumla karşılaştıklarında önceden acil kontraseptif hapların verilmesi yerinde bir uygulama olacaktır. Ancak acil kontraseptif yöntemlerin bir acil durum olduğunu belirtmek, bu uygulamanın kesinlikle bir AP yöntemi olmadığını danışmanlık hizmetleri sırasında vurgulamak gerekmektedir.

Öğrenciler üzerinde yapılmış bir çalışmada hap, RİA ve kondom en çok bilinen AP yöntemleri olarak saptanmıştır (66). Bizim çalışmamızda da katılımcılara en çok bilinen yöntemler sorulduğunda RİA, hap ve kondom yanıtını vermişlerdir. Verdiğimiz danışmanlık hizmetleri sonrasında en çok söylenen ilk üç yöntemin yine RİA, hap ve kondom olduğu saptanmıştır. Eğitim sonrasında tüp ligasyonu, vazektomi ve implantların da söylendiği ve danışmanlık hizmetleri sırasında verilen eğitimlerin AP seçeneklerini çeşitlendirdiğini göstermektedir.

Katılımcılar arasında kullanılmakta olan yöntemlerin hormonal içerikli yöntem olup olmadığı değerlendirildiğinde, büyük bir bölümünün hormonal yöntem kullanmadığı ve özellikle eğitim düzeyi düşük kişilerin hormonal içerikli olmayan yöntem tercihlerinin daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınlar aynı zamanda yöntemin gebelikten korunma dışındaki etkilerinden de faydalanmakta, bu da kadınların sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. AP hizmetlerinin kullanılması ile, hem ailelerin uygun zaman ve kendi belirledikleri aralıklarda çocuk sahibi olmaları sağlanabilir, hem de kendilerinin ve çocuklarının sağlığı korunabilir. Ülkemizde AP programlarında ağırlıklı olarak RİA ve doğum kontrol haplarının kullanımının yaygınlaştırılması özendirilmekte, bu yöntemlerin dışındaki yöntemlerin kullanımlarının yaygınlaştırılmasına aynı oranlarda özen gösterilmemektedir. Yapılan çalışmalarda hedef, mümkün olduğunca diğer yöntemlerin de kullanılmasının sağlanması olmalıdır.

Gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaya karar vermiş kişilerin koruyuculuğu yüksek oranlarda olan modern yöntemleri daha fazla tercih etmelerine olanak verecek çalışmaların arttırılmasına ihtiyaç vardır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı kapsamında çalışan hemen hemen tüm sağlık kuruluşlarında “Aile Planlaması” hakkında eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi ve bu konuda tasarlanacak çalışmaların desteklenmesi uygun olacaktır. Bu sebepten doğum kontrolü yöntem sunumunda hizmet sunucuların yenilikleri yakından takip etmesi önemli ve kaçınılmazdır.

AP polikliniklerini yakınması olan bireylerin kabullerinin yapılarak değerlendirildiği birimler olarak ele almak yerine, üreme sağlığı ile ilgili yenilikçi, kapsamlı, eğitici programlar geliştirilmeli, bu programlara adölesanların ve erkeklerin katılımının sağlanması hedeflenmelidir.

8. KAYNAKLAR

1. Prata, N. The Need for family planning, *Popul Environ* (2007) 28:212–222
2. Şahin, S., Cevahir, S., Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne İsteğe Bağlı Kürtaj İçin Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006; 1(1)
3. Türkistanlı, E.Ç., Mermer, G., Evka-4 Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş Evli Kadınların Kontraseptif Kullanımı ve Bu durumu etkileyen faktörler, *Sağlık ve Toplum*, 2003, 13(1)
4. Özvarış, Ş.B., Doğurganlığın Düzenlenmesi, *Sağlık ve Toplum*, 1998, 8(3-4)
5. Özaydın, N., Akın, A., İstenmeyen Gebelikler ve Düşüklerin Kadın Sağlığına Etkileri, *Sağlık ve Toplum*, 1998, 8(3-4).
6. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi içinde, Bölüm 3, Danışmanlık, 2000 s:67-83
7. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile Planlamasında Genel Bilgiler, İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1997, s:122-140
8. Hassa H., Gençlik Cinsellik ve Korunma Yöntemleri. Anadolu Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Merkezi Yayınları. s:1-17
9. Eryılmaz, G. The evaluation of family planning services given in Erzurum mother-child health and family planning center in Eastern Turkey. *The Euro Journ of Contracep and Reprod Health Care* 2006;11(2):146-50
10. Toker, S. O. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Aile Planlaması Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2005;2(8)
11. Gemalmaz, F. A., Okyay, P., Aydın İli 1 Nolu AÇSAP Merkezi Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, *STED* 2005; 14(4): 80-86
12. Nahhaee, N., Mirahmadizadeh, A.R., Iranian women's perceptions of family-planning services quality: A client-satisfaction survey, *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2005;10(3):192–198
13. Gökkoca, Z. U., Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler Koruyucu *STED* 2001; 10(10): 371-374

14. Bülbül, S.H., Bin Yıl Hedefleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48:1-7
15. Pınar, G., ktem, M., Sağlık Personelinin acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi görüş ve uygulamaları, 2005; 2(3): 204-209
16. Bilgel N. Aile Hekimliği. Medikal Tıp Kitabevi. Bursa, 2006; syf: 89
17. Toker, S. O., Sağlık Yüksekokulu ğrencilerinin Aile Planlaması Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Aile ve Toplum Dergisi, Sayı:8, Cilt:2, Yıl:7, Ocak-Mart 2005
18. Erci, B., Turkish women's satisfaction with family planning services, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2002;7: 227–233
19. Stubblefield PG. (Çeviri Turan H). Aile Planlaması. Ed. Berek JS. Çev. Ed. Erk A. Novak Jinekoloji içinde. kaçınıcıbasım Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2004. S: 231-293
20. Türkiye reme Sağlığı Programı Acil Obstetrik Bakım, Destek Personel Uyum Eğitimi Katılımcı Rehberi, Ankara 2007
21. Erci, B., Turkish women's satisfaction with family planning services, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2002;7: 227–233
22. Baksu et. al, Change in contraceptive choices and the effect of education on use of contraception at the family planning clinic of şişli Etfal Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care June 2005;10(2)::98–104
23. Gençlik ve Cinsellik Bilgilendirme Dosyası Basın Bülteni, İstanbul, 2007
24. Kaddour et al. Women's Perceptions of Reproductive Health in Three Communities around Beirut, Lebanon, Reprod Health Matters. 2005 May ; 13(25): 34–42.
25. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı. 5. Baskı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.AÇşAP Genel Müdürlüğü Yayını, 1992: 135-152.
26. Gökkoca, Z.,U.,Topluma Dayalı Aile Planlaması Hizmet Programları ve bu programları değerlendirme yöntemleri, Sağlık ve Toplum 1999;9(4):15-25
27. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi ile SSK İzmit Hastanesi'nde Doğurganlık Dönemi Kadınların Aile Planlaması ve Danışmanlığı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Karşılaştırılması, Babadağlı, B., şahin, S., Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006, 1(2) 52

28. Tokuç, B., Eskiocak, M., Edirne Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yöntem Kullanım Oranları, STED 2005; 14(1): 8-14
29. Açıkalın İ., Türkiye’de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. STED 2001, 10(5);176-9.
30. Yıldırım G, Turaçlar N, Bakır A, Özdemir L. Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 25(3): 99-104
31. Akın A., Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş, Aktüel Tıp Dergisi, 2001; 6 (1): 4-8.
32. Timothy Clenney, M.D., New Contraceptive Options, American Family Physician, 2004; 4 (69): 853-60
33. Who Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health, Reproductive Health/ Pregnancy Programme, Denmark 2001
34. Trends in Contraceptive use in the United States; 1982-1995 Family Planning Perspectives, 1998; 30(1): 4-10
35. Countdown 2015. A publication of Population Action Int., Family Care Int. and International Planned Parenthood Federation, Eason Associates Inc., Washington, DC – USA Babadağlı, B., Şahin, S., Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi ile SSK İzmit Hastanesi’nde Doğurganlık Dönemi Kadınların Aile Planlaması ve Danışmanlığı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Karşılaştırılması, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006; 1(2), 2004
36. Babadağlı, B., Şahin, S., Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi ile SSK İzmit Hastanesi’nde Doğurganlık Dönemi Kadınların Aile Planlaması ve Danışmanlığı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Karşılaştırılması, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006; 1(2)
37. Önder R.Ö., Sarp N. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hast. Hast. Doğum Servisindeki Gebe Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi ve Tutumları Yönünden İncelenmesi. Sağlık ve Toplum. 1998, 8:2;11- 4.
38. Aile Planlaması Konusunda Özellikler: Afyon’dan Bir Kesit STED 2003; 12(5): 180-183
39. Depe, Y., Erenel A.Ş., Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüş ve Davranışları, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006, 10 (3)

40. Koç İ, Özdemir E. Doğurganlık. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Nüfus Etütleri Enstitüsü yayını, 2003:45-60
41. Çakmak, A., Ertem, M., Aile Planlaması Eğitimi İçin Önemli Bir Fırsat: Bir Çocuk Hastanesine Yatan Hastaların Anneleri, Diyarbakır-2004, Dicle Tıp Dergisi, 2005; 32(4): 190-195
42. Özdemir, İ., Yıldırım, U., Düzce’de Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Kontraseptif Yöntemi Kullanma ve Kullanmama Nedenleri, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 4 (3): 19-22
43. Öztürk, Y., Çetinkaya, F., Temel Sağlık Bakımında Sağlık Eğitimi El Kitabı, Sağlık davranışı ve sağlık eğitimi, Kayseri, 1999
44. Özer, C., Şahin, E.M., Birinci Basamakta Hasta Eğitimi, STED, 2002; 11(1):11-14
45. Kelly RB, Falvo DR. Patient Education. In: Rakel RE (ed). Textbook of Family Practice. 6th ed. Saunders Com, Philadelphia. 2002; 253-61.
46. Bulut, H., Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi, Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2006;12(4):288-298
47. Hasta Hakları. Mart 1994 Amsterdam Bildirgesi. ; K: 4:Therapeutic Patient Education, World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen, Report of a WHO Working Group, 1998.
48. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, Cilt I, Ankara 2000
49. Huezo, Diaz, S., Quality of Care in Family Planning: Clients’ Rights and Providers’ Needs, Advances in Contraception, 1993; 9: 129-39
50. Akın A, Özvarış ŞB. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. İçinde: Bertan M, Güler Ç.(Edi) Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi; 1995. s:133
51. Bilgel N. Aile Hekimliği. Medikal Tıp Kitabevi. Bursa, 2006; syf: 88
52. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Destek Personel Uyum Eğitimi, Katılımcı Rehberi, Ankara, 2007
53. Polat ve ark, Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine başvuran kadınların doğurganlık özellikleri ve kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri, Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 2000; 7(3)
54. Bruce, Judith., Fundamental Elements of the Quality of Care: A sample Framework, Studies in Family Planning, 1990, 21; 2: 61-91

55. Hotun, N., Bulduk, S., Kontraseptif Yöntemler İçin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Uygunluk Ölçütleri, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 1: 37-41
56. Baykan, Z., Özkan, S., Ana-çocuk sağlığı aile planlaması merkezine başvuran kadınların hizmetten memnuniyet durumları, Erciyes Tıp Dergisi, 2004; 26 (3): 98-104
57. Emniyetli ve Gönüllü Cerrahi Kontrasepsiyon, Hizmet Programları için Rehber Bilgiler, Gönüllü Cerrahi Kontrasepsiyonu Geliştirmek için Dünya Sağlık Kuruluşları Federasyonu, 1988, R&A Reklamcılık Tanıtım ve Matbaacılık, Danışmanlık Görüşmesi ve Bilgilendirme Sonucu Karar verenlerin seçilmesi, syf:2
58. Grimes, D.A., Evidence-based family planning-the paradigm fort he third millennium, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2000;5:287-294
59. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nde Toplam Kalite Yönetimi, Editör: Çoruh Mithat, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1996, Bölüm 4, Kalite İyileştirme Çalışmaları Yurt İçi Uygulama Örnekleri, Pile, J.M., Aile Planlaması Hizmetlerinde Yönlendirici Olarak Sağlık Personelinin Yeri, syf:91
60. Muhomadieve, S., Social factors determining the development of reproductive behaviour in adolescent, Entrenous, 40-41; 14-15
61. Global epidemiology of sexually transmitted diseases Asian J Androl. 2008 Jan;10(1):110-4
62. Trabzon'da bazı liselerdeki adölesanların aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri, Gülhane Tıp Dergisi, 2003; 45(4): 331-337
63. Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneği'nden: Gençlik ve Cinsellik; 8. Bilgilendirme dosyası basın bülteni; İstanbul, 2007
64. Başer, M., Adölesan cinselliği ve gebelik, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000 4(1)
65. Diaz, A., Bylthe, MJ., Contraception and adolescents, American Academy of Pediatrics Committee on Adolessance, Pediatrics, 2007; 120(5): 1135-48
66. Gemalmaz A, Aydın S, Sensoy N. Reproductive/sexual health knowledge, opinions and attitudes of university students. MEJFM 2008;6(1):17-21).
67. Giacobbe M., Neto M.P, Paiva I.h et al., "Ovarian Volume, Age and Menopausal Status",Menopause, 2004 11 (2): 180-185
68. Contraception during the perimenopause Presse Med. 2003 Apr 12;32(14):647-54.

69. Kailas, N.A., Sifakis, S., Contraception during perimenopause, *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* March 2005;10(1):19–25
70. Ergül Ş., Temel, A.B., Premenopozal Dönemde Değişen Gereksinimler ve Kontrasepsiyon, *Aile ve Toplum Dergisi*, 2006
71. Carr BD. The transition from hormonal contraception to HRT. *Menopause Management* 1994; 1: 11
72. İnal, M., Yıldırım, Y., Ege Doğumevi ve kadın hastalıkları Eğitim ve araştırma hastanesi, Aile Planlaması bölümü'ne 2001-2005 yılları arasında başvuran perimenopozal kadınlar tarafından kullanılan kontraseptif yöntemler, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2006; 7(2) : 13 - 16
73. Contraception in perimenopause *Ther Umsch.* 2000 ;57 (10): 613-6
74. The role of men in family planning decision-making in rural and urban Nigeria, Orji et al, *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* March 2007;12(1):70–75
75. Depe, Y., Erenel, A., Erkeklerin aile planlamasına ilişkin görüş ve davranışları, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 10 (3)
76. H. Sangi-Haghpeykar et al., Disparities in contraceptive knowledge, attitude and use between Hispanic and non-Hispanic whites, *Contraception* 74 (2006) 125– 132
77. Current status and future perspectives in male contraception *Minerva Ginecol.* 2007 Jun;59(3):299-310
78. Naçar, M., Öztürk, A., Öztürk, Y., Doğum sonrası dönemde verilen aile planlaması eğitiminin yöntem kullanmaya etkisi, *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* 25 (3) 122-130, 2003
79. Emniyetli ve Gönüllü Cerrahi sterilizasyon, Önsöz: Aktuna, Y., Ek A, Gezici Hizmetlerin Sağlanması, syf:1
80. Cori Baill, I., Cullins, V.E., Counseling Issues in Tubal Sterilization, *American Family Physician*, 2003; 6 (67): 1287-94
81. Emniyetli ve Gönüllü Cerrahi sterilizasyon, Önsöz: Aktuna, Y., Ek A, Gezici Hizmetlerin Sağlanması, Danışmanlık Görüşmesi ve Preoperatif Değerlendirme syf: 79
82. Hatcher, R.A., Guest F et al: *Contraceptive Technology: International Edition.* Çeviri Editörü: Dervişoğlu, A.A., Gönüllü cerrahi kontrasepsiyon (Sterilizasyon); Demircioğlu Matbaacılık, Yayın No:1. Ankara 234-64, 1990

83. Benagiano *et al.*, Contraception Today, Annals New York Academy of Sciences, 2006; 1092: 1-32
84. Kridli et al., Contraception in Jordan: a cultural and religious perspective, 2001 International Council of Nurses, International Nursing Review, 48, 144–151
85. Attitudes and behavior towards contraception among Greek women during reproductive age: a country-wide survey, Y. Tountas et al. / European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 116 (2004) 190–195
86. Koyuncuer, A., Kontrasepsiyon ve Türkiye’de durum, STED, 2004; 13(12): 455-59
87. Kişnişçi. Aile planlaması, Genel Bilgiler, Akın A., Kadın ve Doğum Hastalıkları 1:6;137-166
88. K Beck W.W. Aile Planlaması: Kontrasepsiyon ve Komplikasyonları, National Medical Series For Independent Study (NMS), Çeviri Editörü: Asena U. 1998; 241-
89. Mills, A., Barclay, L., None of Them Were Satisfactory: Women’s Experiences with Contraception, Health Care for Women International, 2006; 27:379–398
90. Webb, A., What do women want? Counselling in contraception, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2002; 7:150–154
91. Aydın, S., Aile Planlaması ve Yöntemleri-I, 2007; 1-3: 84-90
92. C.J. Leonard et al. / Survey of attitudes regarding natural family planning in an urban Hispanic population, Contraception 74 (2006) 313–317
93. Günalp, T., Kontrasepsiyon. Kadın hastalıkları ve doğum tanı ve tedavi içinde. Ed. Günalp, S., Tucer, ZS. Pelikan yayınları. Ankara, 2004. s:603-629
94. Lopez Martinez et al., Acceptance of lactational amenorrhoea for family planning after postpartum counseling, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care December 2006; 11(4):297–301
95. Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi, 2006; 2(22):60-67
96. Neifert MR. The optimization of breastfeeding in the perinatal period, Clinics in perinatology 1998; 25:303-326
97. İnce, N., Özyıldırım, B.A., Gebelikten korunmada geri çekme yöntemi. Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2003; 17: 180-182
98. Başer, İ., Güngör, S., Koitus interruptus (geri çekme) yönteminin etkinliği ve eğitim seviyesinin önemi, Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 8-10
99. İnal, M.M., Bariyer kontraseptif yöntemler, Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006, 2(22):41-50

100. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, 1997, Bölüm 14
101. Gökmen O, Çiçek N; Günümüzde Kontrasepsiyon, Bariyer Kontrasepsiyon, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001, syf: 319.
102. Gökmen, O., Çiçek N., Günümüzde Kontrasepsiyon, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001, Bariyer Kontrasepsiyon, SYF: 254
103. WHO The female Condom: A
guideforplanningandprogramming.www.who.int/reproductivehealth/publications/RHR_00_8/PDF/female_condom_guide_planning_programming.pdf
104. Hoffman S., Mantell, J., The Future of the Female Condom, International Family Planning Perspectives, 2004; 3: 139-45
105. Rahim içi araçlar. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi içinde. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000 s:453-521
106. Rahim içi araç kullanan kadınlarda servikal sitolojik değişiklikler Turgut Özal Tıp dergisi, 2000; 7 (3)
107. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2004; 61-65
108. Goto at all., Oral cotraceptives and women's health in japan", **Jama** 1999; 282 (22): 2173-7.
109. Oral kontraseptifler. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi içinde. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000 s:367-401
110. Medical eligibility criteria for contraceptive use.
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf> (en son 25.02.2008 tarihinde erişilmiştir)
111. Allen RH, Goldberg AB, Emergency Contraception. A clinical review, Clin Obstet Gynecol, 2007; 50(4): 927-36
112. Kongyuy E.Y., Ngassa, P., A survey of knowledge, attitudes and practice of emergency contraception among university students in Cameroon, BMC Emergency Medicine, 2007; 7: 7
113. Acil korunma. Info page of Willows Foundation about emergency contraception, <http://www.willowsfound.org/index>.

114. Toker, S.O., Aile Planlanması alışmaları kapsamında erkeklerde gönüllü cerrahi sterilizasyon ; ve vazektominin daha cazip hale getirilmesi, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi 1994;2(1):36-41
115. Kişioğlu AN, ztrk M, Uskun E, Kırbıyık S. Isparta İli Sadık Yağcı Ana-ocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin Aile Planlaması Polikliniğine 2000 Yılında Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2003; 13(1): 68-74.
116. Kazeeroni T., Talci AR., Sadeghi-Hassanabadi A., Arasteh MM., Saalabian J. Reproductive Behavior in Women in Shiraz. East Mediterr Health J 2000; 6(2-3):517-21.
117. Mayda, A.S., Arslan, T., Düzce ili kalıcı konutlar bölgesinde 15-49 yaş arası kadınlarda yöntem kullanma oranları ve tercih nedenleri, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005: 4 (5)
118. Aslan D, ner S.Türkiye'nin sağlık durumu. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, 2001.
119. Dikbayır G, Karaduman TA. Women and health insurance: the situation of women as dependants in Turkey. Presented at the Seminar Social and Economic Patterning of Health among Women on January 20-22, 2000, http://www.cicred.ined.fr/sante_femm es/actes/Com_Dikbayir.pdf
120. Tokuç, B., Eskiocak, M., Edirne Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınlarn Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yöntem Kullanım Oranları, STED 2005; 14(1)
121. Ozgur S, Bozkurt AI, Sahinoz S, Ozcirpici B, Sahinoz T, Saka G, et al. Family planning in the Southeast Anatolian Project Region. Eur J Contracept Reprod Health Care, 2004;9:78-88. ; Thang NM, Huong VT. Changes in contraceptive use in Vietnam. J Biosoc Sci, 2003;35:527-43.
122. Thang NM, Huong VT. Changes in contraceptive use in Vietnam. J Biosoc Sci, 2003;35:527-43.
123. Bulatao A.R.,Casterline J.B. Ed. Global Fertility Transition A Supplement to 27. Population and Development Review. Population Council. New York. 2001
124. nder R.., Sarp N. Dr. Zekai Tahir Burak Kadınl Hastl. Hast. Doğum Servisindeki Gebe Kadınlarn Aile Planlaması Konusunda Bilgi ve Tutumları Yönünden Yncelenmesi. Sağlyk veToplum. 8;2;11-4.1998.

125. Dündar C, Süren C, Ordulu F ve ark. Samsun İl Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı 2003;Cilt-1:163-166
126. Yurdakul M, Vural G. Etki derecesi sınırlı yöntem kullanma nedenleri ve hemşirenin aile planlaması hizmetlerinde etkinliği. Sağlık ve Toplum. 2001; 11: 42-45
127. Akın, L., Özaydın, N., Türkiye'de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler, Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 63-69
128. Hacettepe Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü "Nüfus ve Sağlık Araştırması" 1998. Ankara 1999
129. Önder R.Ö., Sarp N. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastl. Hast. Doğum Servisindeki Gebe Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi ve Tutumları Yönünden İncelenmesi. Sağlık ve Toplum. 8:2;11-4.1998.
130. Özgür S, Bozkurt AI, Sahinoz S, Ozcirpici B, Sahinoz T, Saka G, et al. Family planning in the Southeast Anatolian Project Region. Eur J Contracept Reprod Health Care, 2004;9:78-88. ; Thang NM, Huong VT. Changes in contraceptive use in Vietnam. J Biosoc Sci, 2003;35:527-43.
131. Yurdakul M,Vural G. Etki derecesi sınırlı yöntem kullanma nedenleri ve hemşirenin aile planlaması hizmetlerinde etkinliği. Sağlık ve Toplum. 2001; 11: 42-45
132. Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN. ve ark. Isparta'da Çalışan Kadınların Kontraseptif Kullanımı ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum 2001; 11 (4): 56-61.
133. Aydın, S., Erkek Üreme Sağlığı, Van Tıp Dergisi, 2000, 7 (3): 117-9
134. Kılıç, D., Ezmeci, T., Erzurum il merkezinde 15-49 yaş grubu annelerin sağlık ocakları tarafından verilen ana çocuk sağlığı hizmetlerini kullanma durumları ve etkileyen faktörler. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, 1303-45

9. EKLER

Ek. 1. AİLE PLANLAMASI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KİŞİLERİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ (Danışmanlık Öncesi)

Bu anket formu aile planlaması konusunda bilgi, tutum ve davranışları araştırmak amacıyla hazırlanmıştır. Herhangi bir ölçme amacı güdülmemektedir. Kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır.

1. Yaş

Adı Soyadı:

2. Medeni hal: ☐ Evli

☐ Evli değil

3. Eğitim durumu: ☐ Okur yazar değil

☐ Okur yazar

☐ İlkokul

☐ Orta okul mezunu

☐ Lise mezunu

☐ Yüksek okul

4. Sosyal güvence:

- Yok

- Yeşil kart

- Emekli sandığı

- Bağ-Kur

- SSK

- Diğer

5. Mesleğiniz:

6. Eşinizin mesleği:

7. Eşiniz ile akrabalık var mı?

☐ 2. dereceden akrabam (kardeş çocukları vs)

☐ 3. dereceden akrabam (kardeş torunları vs)

☐ Uzak akrabam

☐ Hayır

8. Ailenizin bir aylık geliri nedir?

☐ 500 YTL altı

☐ 500-1500 YTL

☐ 1501-3000

☐ 3000 YTL üzeri

9. Çocuk sayınız nedir?

10. Nerede yaşıyorsunuz?

☐ İl merkezi

☐ İlçe merkezi

☐ Belde-köy

11. Kaç yıldır aynı bölgede yaşıyorsunuz?

☐ 1 yıldan az

☐ 1-10 yıl

☐ 11-20 yıl

☐ 20 yıldan fazla

12. Sigara kullanıyor musunuz?

☐ Evet gündeadet veyıldır kullanıyorum.

☐ Hayır kullanmıyorum.

☐ Kullandım ve yıl önce bıraktım.

13. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi ya da hangileri sizde var?

☐ Hipertansiyon

☐ Şeker hastalığı

☐ Guatr

☐ Astım

☐ Kalp hastalığı

☐ Karaciğer hastalığı

☐ Böbrek hastalığı

☐ Diğer, belirtiniz....

14. Sürekli kullanmakta olduğunuz ilaçlar var mı?

☐ Evet,..... ilaçları kullanıyorum

☐ Hayır

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

☐ Evet

☐ Hayır

16. Sizce ideal çocuk sayısı kaçtır?

17. Sizce iki gebelik aralığı ne kadar olmalıdır?

18. Gebelik aralığı sizce neden böyle olmalı?

☐ Anne sağlığı açısından

☐ Çocuk sağlığı açısından

☐ Her ikisinin sağlığı açısından

☐ Bilmiyorum

19. Sizce kadınlarda ilk doğum yaşı kaç olmalıdır?

☐ 15-19

☐ 20-24

☐ 25-29

☐ 30 yaş ve üzeri

20. İlk aklınıza gelen doğum kontrol yöntemlerini yazınız?

☐

☐

☐

☐

21. Aile planlaması yöntemlerini hangi kaynaklardan öğrendiniz?

☐Doktor

☐Diğer sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru vs.)

☐Diğer kişiler

☐Gazete, dergi, TV, internet...

22. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?

☐Evet

☐Hayır

23. Kullanıyorsanız hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

24. Sizce kullanmakta olduğunuz aile planlaması yöntemi geleneksel bir yöntem midir, yoksa modern bir yöntem midir?

26. Kullanıyorsanız kaç yıldır aynı yöntemi kullanıyorsunuz?

☐Yeni başladım

☐1-2

☐3-4

☐5 yıldan fazla

27. Daha öncesinde kullanıp da bıraktığınız aile planlaması yöntemi var mı? Varsa belirtiniz.

☐Evet

☐Hayır

28. Varsa hangi sebeple bıraktınız, lütfen açıklayınız.

.....

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

☐Evet, yöntemi kullanırken oluştu.

☐Hayır

30. Hiç düşük, küretaj, ölü doğum ve canlı doğum sonrası ölüm öykünüz var mı?

☐Evetadet düşük,

☐.....adet küretaj,

☐....adet ölü doğum

☐..... canlı doğum sonrası ölüm öyküm var.

☐ Hayır

31. Eşiniz aile planlaması yöntemleri kullanmanızda sizi destekliyor mu?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Emin değilim

32. Sizce Aile Planlaması sorumluluğu kime aittir?

☐ Eşlerden her ikisine

☐ Kadına

☐ Erkeğe

☐ Bilmiyorum

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

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

34. Emzirme sırasında herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullandınız mı?

☐ Evet, yöntemi kullandım

☐ Hayır

35. Acil doğum kontrol yöntemi nedir biliyor musunuz?

☐ Evet, yöntemini biliyorum

☐ Hayır

36. Acil doğum kontrol yöntemi kullandınız mı?

☐ Evet, yöntemini biliyorum

☐ Hayır

37. Üreme organlarınızla ilgili geçirdiğiniz bir rahatsızlığınız oldu mu?

☐ Evet, rahatsızlığım oldu

☐ Hayır

38. Aşağıda verilen bilgileri doğru ise 'D', yanlış ise 'Y' harfi ile değerlendiriniz?

☐ Emzirme gebelikten koruyucudur.

☐ Doğum kontrol ilaçları uzun süre kullanıldığında kanser yaparlar.

☐ 'Geri çekme', etkili bir Aile Planlaması yöntemidir

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

Ek 2. AİLE PLANLAMASI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KİŞİLERİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ (Danışmanlık Sonrası)

Yaş:

Adı Soyadı:

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

1. İlk aklınıza gelen doğum kontrol yöntemlerini sayınız.
2. Sizce kullanmakta olduğunuz Aile Planlaması yöntemi etkili bir yöntem midir?
3. Acil doğum kontrol yöntemi nedir, lütfen açıklayınız.
4. Aşağıda verilen bilgileri doğru ise ‘D’, yanlış ise ‘Y’ harfi ile değerlendiriniz.
 - Emzirme gebelikten koruyucudur.
 - Doğum kontrol ilaçları uzun süre kullanıldığında kanser yaparlar.
 - ‘Geri çekme’, etkili bir Aile Planlaması yöntemidir.
5. Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinin gerekli olup olmadığı konusunda ne düşünüyorsunuz?
6. Sizce etkili aile planlaması yöntemleri hangileridir, lütfen açıklayınız.
7. Danışmanlık hizmeti beklentilerinizi karşıladı mı?
8. Karşılamadıysa daha iyi olması için neler yapılabilir?
9. Aldığınız danışmanlık hizmeti konuyla ilgili bilgi ve düşüncelerinizi nasıl ve ne yönde etkiledi?