

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

**BOLU DÖRTDİVAN İLÇESİ'NDE AİLE PLANLAMASI
HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

FATMA ALTUNTAŞ

**Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetmeliğinin Halk Sağlığı Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak Hazırlanmıştır.**

**TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. ATILLA SENİH MAYDA**

**DÜZCE
2010**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Halk Sağlığı Programında Y¼ksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA

¼ye : Yrd. Doç. Dr. Talat BAHEBAAşI

¼ye : Yrd. Doç. Dr. Ayla KEÇECİ

¼ye : Yrd. Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA

Onay: Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Y¼netim Kurulu kararı ile kabul edilmiştir.

İmza

Yrd. Doç. Dr. Talat Bahçebaşı
Enstit¼ M¼d¼r¼

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde büyük sabır gösteren, her aşamasında sonsuz emeği geçen çalışma süresince bana yardımcı olan değerli hocalarım Doç. Dr. Nuray YEŞİLDAL ve Yrd. Doç. Dr. Talat BAHÇEBAŞI'na, bu araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara, tez çalışmalarım boyunca sevgi, anlayış ve sabırla destek olan aileme ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Bu kesitsel çalışmanın amacı Bolu ili Dörtdivan İlçesi'nde aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi ve kadınların aile planlaması açısından risk durumlarının uygulanan anket ve 15-49 yaş izlem formlarına göre tutarlı olup olmadığının araştırılmasıdır.

Araştırmanın evreni Dörtdivan ilçesindeki 15-49 yaş grubunda olan toplam 1365 kadındır. Sistemantik örnekleme yöntemi ile nüfusla orantılı olarak araştırmaya 75 kentsel, 130 kırsal bölgeden 15-49 yaş toplam 205 kadın dahil edildi. Aile planlaması üreme sağlığı hakkında 45 sorudan oluşan anket formu Ağustos-Eylül 2009 tarihleri arasında kadınlara yüz yüze görüşülerek uygulandı.

Aile planlaması yöntem kullanma durumu; etkili yöntem kullanan kadın 109(% 53.2), etkisiz yöntem kullanan kadın 39(%19.0) ve yöntem kullanmayan kadın sayısı ise 57(%27.8)şeklindedir. Kullanılan yöntemler 205 kadından 46(%28.2)' sı kondom, 26(%16.0)'sı Ria ve hap şeklindedir. Kadınların yöntem tercih nedenleri; güvenilir olması 72 (%66.1), yan etkisinin az olması 18(% 16.5), 16(%14.7)kolay ulaşılır ve ucuz olması 1(% 0,9) kadındır. Yöntem kullanmaya başlamada kadınların 56(%50.9)'sı sağlık ocağından yardım almıştır. Kadınların 79 (%73.8)'u yöntemi temin etmede sağlık ocağını kullanmaktadır. Aile planlaması açısından riskleri hazırlanan ankette sorulan sorulara verilen cevaplara ve 15-49 Yaş Kadın İzlem fişlerine göre aynı olan kadın sayısı 146 (%86.9)'dır. Fiş ve ankete göre risk değerlendirmesi tutarlıdır(Kappa=0.76, p<0.001).

Aile planlaması yöntem kullanma sıklığı 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre Batı bölgelerden daha düşüktür. Yöntem kullanmaya başlamada kadınların yarıdan fazlasının sağlık ocağında ikna edilmeleri, yöntemi temin etmede sağlık ocağının kullanılması, Dörtdivan Toplum Sağlığı Merkezinde aile planlaması ve üreme sağlığına gereken önemin verildiğini göstermektedir. En sık kullanılan yöntemin kondom olması, sadece kadınların değil, erkeklerin de hizmete katılmış olduğunu ve halkın sağlık çalışanlarına güvendiğini göstermektedir. Fakat bu durumun daha da geliştirilmesi için çalışmalara devam edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Aile planlaması, 15-49 yaş kadın, 15-49 yaş izlem formları

SUMMARY

The aim of this cross-dsectional study was to evaluate family planning services at Dörtdivan County of Bolu City and to research if family planning risk assessment of women was consistent according to questionnaires of the study and the Charts of Observation of 15-49 Years Old Women.

The population of the study was total 15-49 years old 1365 women of Dörtdivan County. According to systematic sampling total 205 15-49 years old women, 75 women from Urban and 130 women from rural areas was included to the study. Questionnaire included 45 questions about family planning applied with face to face interview to women.

The status of family planning method usage was; women using efficacious methods were 109 (53.2%), in efficacious methods 39 (19.0%) and no family planning method was 57 (27.8%). The methods were; condom 46 (28.2%), Intra Uterine Device 26(16.0%) and Pills 26 (16.0%) women. Causes of choosing methods were; safety 72 (66.1%), slight adverse affects 18 (16.5%), easily reached and cheap 1(0,9%) woman. To begin to use a family planning method 56(50.9%) women got help from Primary Health Center and 79 (73.8%) women get methods from Primary Health Center. Risk assessment according to questionnaires and Charts of Observation of 15-49 Years Old Women was same at 146 (86.9%) women (Kappa=0.76, $p<0.001$).

The prevalence of family planning usage was just about the same as 2008 Turkey Population and Health Survey. More than half of women made decision to begin to use a family planning method at Primary Health center and get the method from there. These show that Dörtdivan Population Health Center give necessary attention family planning services. The most common method was condom and it shows that men took place beside family planning services and populations have confidence to health personnel. This situation has to be evaluated to reach better results.

Key words: Family planning, 15-49 years old women, Charts of Observation of 15-49 Years Old Women

İÇİNDEKİLER	Sayfa No:
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
İNGİLİZCE ÖZET	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
TABLolar	viii
1.GİRİŞ	1
AMAÇLAR	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Aile Planlamasının Tanımı ve Amaçları	4
2.2. Dünyada Aile Planlaması	5
2.3. Türkiye’de Aile Planlaması	8
2.4. Etkili Aile Planlaması Yöntemlerinin Yararları	11
2.5. Aile Planlaması Yöntemlerinin Etkinliği	12
2.6. Karşılanamayan Aile Planlaması Hizmetleri	14
2.7. Aile Planlaması Yöntemleri Sınıflandırması	16
2.7.1. Hormonal Kontraseptifler	17
2.7.1.1. Kombine Oral Kontraseptifler	17
2.7.1.2. Mini Haplar	24
2.7.1.3. Post Koidal Haplar	26
2.7.1.4. Enjekte Edilen Kontraseptifler	26
2.7.1.5. Deri Altı İmplantları	29
2.7.1.6.Vajinal Halkalar	31
2.7.2. Rahim İçi Araçlar	31
2.7.3. Bariyer Yöntemler	35
2.7.3.1. Kondom	35
2.7.3.2. Diyafram	37
2.7.4. Cerrahi Kontrasepsiyon	38
2.7.4.1. Tüpligasyon	39
2.7.4.2. Vazektomi	40
2.7.5. Doğal Aile Planlaması	41
3.GEREÇ- YÖNTEM	42
3.1. Araştırmanın Bölgesi	42

3.2. Araştırmanın Evreni	42
3.3. Araştırmanın Örneklemi	42
3.4. Araştırmanın Tipi	44
3.5. Araştırmanın Hipotezleri	44
3.6. Araştırmaya Katılma Kriterleri	44
3.7. Araştırmanın Katılmama Kriterleri	44
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	44
3.9. Araştırmada Kullanılacak Araç-Gereçler	44
3.10. Ön Deneme	45
3.11. Araştırmanın Analizi	45
4.BULGULAR	46
5.TARTIŞMA	57
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER	60
7.KAYNAKLAR	62
8.EKLER	
EK1. ANKET FORMU	
EK2. İZİN BELGELERİ	

KISALTMALAR

AP	: Aile Planlaması
AIDS	: Kazanılmış Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
Cu-RİA	: Bakırlı Rahim İçi Araç
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DAP	: Doğal Aile Planlaması
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KOK	: Kombine Oral Kontraseptif
LNG-RİA	: Levonorgestrel Rahim İçi Araç
MR	: Menstrüel Regülasyon
RİA	: Rahim İçi Araç
TNSA	: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması

TABLÖLAR

Sayfa No

Tablo 2.2.1. Dünyada Bazı Üreme Sağlığı Sorunları	8
Tablo 2.5.1. Aile planlaması Yöntemlerinin Etkinliği	13
Tablo 2.7.1. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması	17
Tablo 4.1. Araştırma grubundakilerin yaş gruplarına, doğum yeri ve medeni duruma göre dağılımları	46
Tablo 4.2 . Araştırma grubundaki kadınların ve eşlerinin öğrenim durumuna göre dağılımı	47
Tablo 4.3. Araştırma grubundaki kadınlarının eşlerinin meslek gruplarına göre dağılımı	48
Tablo 4.4. Araştırma grubundaki kadınların aile tipine göre dağılımı	48
Tablo 4.5. Araştırma grubundaki kadınların sosyal güvence durumlarına göre dağılımı	49
Tablo 4.6. Araştırma grubundaki kadınların gelir durumuna göre dağılımı	49
Tablo 4.7. Araştırma grubundaki kadınların doğurganlık özellikleri dağılımı	51
Tablo 4.8. Araştırma grubundaki kadınların aile planlamasına yöntem kullanma durumlarına göre dağılımı.	52
Tablo 4.9. Araştırma grubundaki kadınların yöntem kullanımına ilişkin özellikleri dağılımı	53
Tablo 4.10. Araştırma grubundaki kadınların yöntem kullanmama sebepleri dağılımı	54
Tablo 4.11. Araştırma grubundaki kadınların yakın zamanda çocuk sahibi olmak isteme durumu ile aile planlaması yöntem kullanma durumuna göre dağılımı	55
Tablo 4.12. Araştırma grubundaki kadınların yaş grubuna göre aile planlaması yöntem kullanma durumu dağılımı	55
Tablo 4.13. Anket ve 15-49 yaş kadın izlem fişlerine göre risk değerlendirmesinin tutarlılığı	56

GİRİŞ

Üreme sağlığı; üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır. Aynı zamanda insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (1).

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

Ülkemizde ana sağlığı hizmetlerinde hedef grup olan 15-49 yaş kadın sayısı, kadın nüfusunun üçte birini oluşturmaktadır. Türkiye’de 15-49 yaş grubu kadınların %95’i evlidir. Bu rakam ana çocuk sağlığı açısından risk altında olan grubun büyüklüğünü göstermektedir (2,3,4). Bolu merkezdeki 15-49 yaş kadın sayısı, kır da 40.843 kentte 88.752 dir. Bolu ili genel toplamı ise 75.041’dir. Araştırmamızı yapacağımız Bolu ilinin Dörtdivan ilçesinde ki kadın sayısı kır 868, kentte ise 497 dir(5)

Türkiye genelinde toplam doğurganlık hızı 2.2, kentsel bölgede 2.1 iken, kırsal bölgede 2.7’ dir Bölgeler arasında ise güney (2.3) ve doğuda (3.7) ülke genelinin üzerinde bir oran görülmektedir (2),. Ülke genelinde ortanca ilk doğum yaşı 1993’de 20.8 iken, 2003 de 21.8’e 2008 de ise 22.3’e çıkmıştır.(2,3,4)Yine 1993 TNSA sonuçlarına göre 0.84 olan düşük hızı, 2003’de 0.38’e 2008 yılında ise 0.29’a düşmüştür. 2008 Bolu Sağlık Müdürlüğü verilerine göre düşük hızı 77.5’ dir. TNSA ya göre perinatal ölüm hızı ise binde 43’den, binde 24’e 2008 yılında ise bu değer binde 19’a düşmüştür. Bu oranlar ülkemizde ana çocuk sağlığındaki iyileşmeye işaret etmektedir (2,3,4,5).

Ülkemizde en yaygın kullanılan modern yöntem RİA’dır (%20) ve bunu kondom takip etmektedir (%11). Geri çekme en yaygın kullanılan geleneksel yöntem olmaya devam etmektedir (%26), (1), Bolu ilinde ise en yaygın kullanılan yöntem kondumdur ve bunu RİA takip etmektedir(5,6). Araştırma bölgemiz olan Dörtdivan ilçesinde ise Bolu’daki gibidir. (6),

Sağlık Bakanlığı'na bağlı bütün sağlık ocaklarında, bölgesinde yaşayan 15-49 yaş her kadının tespit edilip doğum hikayesi, aşı, risk durumu ve şuan kullandığı aile planlaması yöntemine ilişkin bilgileri içeren izlem kartlarının Ocak ve Haziran dönemlerinde doldurulması gerekmektedir. Mevcut izlem formu sosyodemografik özellikler, son gebelik bilgisi, annelik bilgileri, sistematik hastalıklar, risk skoru kullanılan AP yöntemi, kullanmama nedenlerini içermektedir(7).

Kadın, Anne ve Çocuk Sağlığı göstergelerinin düzeyi ve yüksek riskli gebeliklerin yaygınlığı, aile planlaması hizmetlerine, diğer sağlık hizmetleri arasında öncelik vermeyi gerektirmektedir(8). Bu nedenlerden dolayı Bolu'da üreme sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi, aile planlaması yöntem kullanma sıklığının tespit edilmesi ve formların sahadan elde edilen bilgilerle tutarlılığının belirlenmesi için bu çalışma planlanmıştır.

Amaçlar:

- a) Aile planlaması yöntem kullanma sıklığının, yöntem tercih nedenlerini, yöntemi temin etme yerlerinin belirlenmesi
- b) Bolu ili Dörtdivan İlçesi Toplum Sağlığı Merkezinde 15-49 yaş kadın izlem kartları ile saha çalışması sonuçlarının risk gruplarını belirleme açısından tutarlılığı

GENEL BİLGİLER

Dünya Sağlık Örgütü doğumdan ölüme kadar, kadın ve erkeğin yaşamının bütün olarak ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır(9). Son 30 yıllık dönemde, sağlık alanında önemli gelişmeler sonucunda; beklenen yaşam süresi artmış, anne ve çocuk ölümlerinde azalma kaydedilmiştir. Ancak, bu olumlu gelişmelerden tüm insanlar eşit şekilde yararlanamamıştır, halen de yararlanamamaktadır. Bölgeler arası kıır-kent farklılığının yanı sıra, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yoksullar, sağlık riski en yüksek grubu oluşturmaktadır. Günümüzde dünya çapında, yoksulluğun giderek yaygınlaşması ve süreklilik kazanması, sosyal ve ekonomik eşitsizlikler, aşırı nüfus artışı, çevresel kirlenme gibi temel sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar bütün ülkeleri ilgilendiren ortak sorunlar olarak ortaya çıkmakta ve nüfus konusuna yönelik uluslar arası işbirliğinin arttırılması konusunda ortak bir görüş giderek yaygınlık kazanmaktadır. 1970'lerde demografik ağırlıklı yaklaşım 1980'lerde yerini sağlıkla ilgili kaygılara 1990'larda ise, artık insanların hakları ve ihtiyaçları üzerine odaklanmaya bırakmıştır. Bu süreçte; Bükreş'te (1974), Mexico City'de (1984) ve Kahire'de (1994) yapılan üç büyük konferansta, nüfus ve aile planlamasının, genel kalkınma çabalarının ayrılmaz bir parçası olduğu ortaya konmuştur(1).

1994'te Kahire'de yapılan uluslar arası nüfus ve kalkınma konferansı; kalkınmanın temel ve vazgeçilmez insan hakkı olduğunu vurgulamıştır. Toplantıda nüfus politikalarının temelinde bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedefinin yer alması, nüfus, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerin bilincinde olunması gerektiği kabul edilmiştir(9).

Konferansın sonuçları daha sonra, 1995'de Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferans'nda da bir kez daha vurgulanmış ve bu konferanstan sonra eylem planı hazırlanmıştır. Eylem planının ana konuları içinde üreme sağlığı ve aile planlaması da yer almaktadır(1).

2.1. AİLE PLANLAMASININ TANIMI VE AMAÇLARI

Aile planlaması; ailelerin tesadüfen değil, istedikleri zaman bakabilecekleri, yetiştirebilecekleri, her bakımdan sorumluluklarını taşıyabilecekleri zaman kendi iradeleri dahilinde çocuk sahibi olmaları anlamına gelmektedir.

Aile planlaması; bireylerin ya da eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına; iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını ve sosyo-ekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine; çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür (10).

Aile planlaması; üreme sağlığının bir parçası olarak; kadın ve erkeğin üreme sağlığı konusunda bilgilendirilmiş bir şekilde yetki sahibi olabilmeleri, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli ve kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağlıklarını tehlikeye sokmadan düzenlemeleridir (9).

Aile planlaması; istenmeyen gebelik, düşük ve doğumların engellenmesi, gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonların azaltılması, doğan bebeklerin dengeli beslenmesi, çocuksuz ailelerin çocuk sahibi olması, bireylerin yaşam kalitelerinin geliştirilmesi, dolayısı ile toplum sağlığına olumlu katkılarda bulunmasını amaçlar(11).

Aile planlamasının amaçları;

- Sık aralıkla, çok sayıda, çok erken ve geç yasta gebelik ve doğumun ana ve çocuk sağlığına yaptığı olumsuz etkileri önlemek.
- İstenmeyen gebelikleri önlemek.
- Toplum, aileleri ve doğurganlık çağındaki bireyleri üreme fizyolojisi ve doğum kontrolü konusunda eğitmek ve bilinçli, sağlıklı yaşamalarını sağlamak.
- Çocuk sahibi olmak isteyen ve olamayanlara tıbbi imkanlarla yardımcı olmak,
- Topluma ruhen, bedenen sağlıklı çocukların yetişmesini sağlamak.
- Kişilerin sağlık ihtiyaçları doğrultusunda kuruluşlardan yararlanmasını sağlamak.
- Hızlı nüfus artışının getirdiği sorunları bertaraf ederek, toplumun sağlıklı olmasına katkıda bulunmaktır(11).

2.2. DÜNYADA AİLE PLANLAMASI

Sosyal ve ekonomik faktörler, gelenek, görenek ve dinin etkisi ile nüfus planlaması ve doğum kontrolü konuları asırlardan beri tartışma konusu olmuştur. İnsanlık zaman zaman nüfusu sınırlama gereği duyarken diğer yandan toplum yapısı ve ekonomik koşullar daha fazla nüfusu gerektirmekte idi. Rönesans döneminde Fransızlar ve İngilizler Prezervatifi kullanmışlardır. On yedinci yüzyılda Hintliler gebeliği önlemek için rahim içine geçici olarak elastik ince ipler koyarlar ve böylece döllemeye engel olurlardı. Milattan Önce 1500 yıllarına ait Ebeis Papirüsünde de doğum kontrolü ile ilgili bilgilere rastlanmaktadır (12).

Gebeliği önlemeye ilişkin ilk yazılı belgelerde, M.Ö. 2700 yıllarında Çin’de çocuk düşürme metoduyla doğumların önlenmesinden bahsedilmektedir. Mısır’da M.Ö. 1850’de yazılmış Petre Papiris’ü ve M.Ö. 1550’de yazılmış Ebers Papirüslerinde ise gebeliği önlemek amacı ile vajene yerleştirilen, çeşitli maddelerden yapılmış tamponlardan ve coitus interrupts’tan söz edilmektedir (12).

Milattan önceki devirlerde Arapların çöldeki uzun yolculuklar sırasında, gebe kalmalarını önlemek amacı ile develerin uteruslarına küçük çakıl taşları yerleştirdikleri bilinmektedir. Bu yöntemin insanlarda kullanılmasına ilişkin ilk bilgilere Hipokrat’ın kadın hastalıkları konusundaki yazılarda rastlanır (12).

Bütün toplumlarda ve kültürlerde geleneksel olarak kadının doğurganlığı ile aylık adet dönemleri arasında bağ kurulmuştur (13).

Eski Yunanlılar gebeliği önlemek için kadın ve erkeğin birleşmeleri sırasında, rahim ağzını bal ve sedir yağıyla kapatarak tohumun rahme girmesini önlemeye çalışmışlardır. MS II. yüzyılda yaşamış olan Roma’nın ünlü hekimi Soranus, gebe kalmayı önlemenin daha kolay ve daha doğru olduğunu savunan ilk düşünürlerdendir. Efesli Soranus birleşmeden belirli sürelerle uzak durması savunan ilk düşünürlerdendir (12,13).

Batıda endüstri çağına giren ülkelerde, aşırı doğurganlığın kontrolü, bir halk hareketi olarak 19. yüzyılda başlamıştır. Halka aile planlaması yöntemlerinin öğretilmesini ilk savunan kişi bir İngiliz papazı olan Jerems Benthon’dur. Thomas Malthus 1824’te yazdığı “Nüfus üzerine bir görüş” adlı yayınında; gıda üretiminin aritmetik diziyle, buna karşın nüfusun geometrik diziyle çoğaldığını söyleyerek bu

gidişe son verilmediği takdirde, dünyayı açlık ve felaketlerin beklediğini savunmuştur (12,13).

Rönesans devrinde Fransızlar ve İngilizler prezervatifi kullanmışlardır. Kondom ile ilgili ilk yazılı tanım, 1564 yılında İtalyan hekim Gabriel Follapio tarafından yapılmış, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için ketenden yapılmış kılıfın losyonla kullanılmasını önermiştir. Daha sonra ise hayvan bağırsağından yapılan doğal kondomlar kullanılmaya başlanmış, 1840'ta kauçuğun yapılması ile kondom, gebeliği önlemek amacı ile kullanmıştır (12,13).

Dünyada Rahim içi araç (RİA) kullanan ilk ülke olan Çin'de "Mahuç Halkası" denilen ipliksiz, çelik yapılı halka biçiminde bir RİA kullanılmıştır. İlk RİA'ların ipek böceği bağırsağından yapıldığı ve halka şeklinde olduğu bilinmektedir. Modern RİA'lar 1960'larda kullanılmaya başlanmış 1970'lerde "Bakır T" gibi daha ufak RİA'lar kullanılmaya başlanmıştır. Takvim yöntemi, 1920'lerde Japonya'da bulunmuş, haplar ise, 1934'te saf progesteronun elde edilmesinden sonra kullanıma sunulmuştur (12).

Ekonomik, politik ve sosyokültürel değişiklikler, içinde bulunan, değişik sistemlerle yönetilen dünya ülkelerinde, aile planlamasına yönelik değişik yaklaşımlar vardır. Aile planlaması tarihsel süreç içerisinde ilk gerekçesi nüfus artışını sınırlamak idi. Ancak daha sonraları Aile Planlamasının gerekliliği tüm dünya tarafından kabul edilmiştir ve bugün aile planlaması bir insan hakkı olarak görülmektedir. 1984 yılında, uluslararası nüfus konferansında, bütün çiftlerin ve bireylerin "istedikleri sayıda çocuğa sahip ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları." Uluslararası oybirliği ile güvence altına alınmıştır (12).

Aile planlaması ve üreme sağlığı, hizmetlerinin istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin sayısını azaltmakta ve aile planlamasının önemli bir sağlık ölçütü olarak değerlendirilmesine yol açmaktadır (14).

Devlet düzeyinde ilk nüfus planlaması hareketini başlatan ülke olan Japonya'da 1948 yılında kürtaj serbest bırakılmış ve ailelerin 2-3 çocuktan fazla sayıda çocuğa sahip olmamaları istenmiştir (14).

Tüm dünyada her yıl 500.000 kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte, bunların sadece 4000 kadarı gelişmiş ülkelerde geri kalanı ise

gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Dünyada ana ölüm hızı yüz binde 430 dur. Afrika'da yüz binde 870, Japonya dışında Asya'da yüz binde 380, Avrupa'da yüz binde 36 dır (1).

Dünya genelinde ana ölümlerinin %83'ü doğumla doğrudan ilgilidir. Ana ölümlerinin 1/4 -1/3'ü güvenli olmayan düşük komplikasyonlarına bağlıdır. Dünya nüfusunun %25'i (52 ülke) düşük yasalarının oldukça katı olduğu ülkelerde yaşamaktadır. Bu da yasa dışı ve güvenli olmayan düşük işlemlerine başvuruyu artırmaktadır. Bununla birlikte dünyada 300 milyon çift, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin yanı sıra, anne ve çocuk ölümlerinin en az üçte birini önleyebilen aile planlaması hizmetlerine ulaşamamaktadır (1).

Halen dünyada 154 milyon çift Tüpligasyonu, 60 milyon çift vazektomi, 110 milyon çift RiA, 95 milyon çift oral kontraseptif, 59 milyon çift kondom, 11 milyon çift ise enjectabl, spermisid, diyafram, 120 milyon çiftin takvim, geri çekme veya diğer geleneksel yöntemlerle korundukları tahmin edilmektedir (15).

Gelişmekte olan ülkelerde aile planlaması yöntemleri kullanma hızı düşüktür. Bu düşüklüğün nedenleri arasında aile planlaması yöntemleri hakkında yeterince bilgi sahibi olamama, bilginin nereden elde edileceğini bilememe ve cinsel ilişkiyi olumsuz etkilediği yolunda bilgi eksikliği ve yanlış bilgi sahibi olma gelmektedir (1).

Dünyadaki doğurgan kadınların yarısından biraz fazlası bir kontraseptif kullanmaktadır (14).

1991 yılı sonunda dünyadaki hükümetlerin % 96'sı aile planlaması hizmetlerini destekleyen politikalar uygulamışlardır. Gebeliği önlemek için yöntem kullanma oranı 1995 yılında, tüm dünyada % 61, İngiltere'de % 82, Fransa'da % 75, İtalya'da % 78, Japonya'da % 59, İran'da % 73, Pakistan'da % 24, az gelişmiş ülkelerde % 24 gelişmekte olan ülkelerde % 59, gelişmiş ülkelerde ise % 72'dir(10).

Sağlık, eğitim ve sosyoekonomik sorunların büyük bir kısmının temel kaynağı, hızla artan nüfusun ihtiyaçlarının karşılanmaması oluşturmaktadır. Bir ailenin mutluluğu anne babanın sahip oldukları çocuklara sağlıklı yaşam ve gelecek sağlanmasına bağlıdır. Bunun sağlanması içinde eşlerin bakabilecekleri ve yetiştirebilecekleri kadar çocuk sahibi olmaları gerekir. İstemeden ve iyi bir gelecek güvencesi olmadan dünyaya gelen her çocuk hem aileye hem de topluma yüküdür(10).

Pek çok Avrupa ülkesindeki çiftlere düşen ortalama çocuk sayısı 2'nin altındadır. Düşük doğurganlık hızının ana nedeni çiftlerin daha az sayıda çocuk istemeleridir. Bazı çiftler hiçbir şekilde çocuk istememektedir, bu noktadan itibaren mevcut üretkenlik azalmakta veya hiç olmamaktadır. Eğer kadınlar çocuk sahibi olmayı daha ileri yaşlara ertelediklerinde ileri yaşın üretkenlik üzerine olumsuz etkileri ile karşılaşacaklar. Bu olumsuz etki kolaylıkla düzelecek türden olmayıp, pek çok sterilite vakasının da nedenidir. Ayrıca ileri anne yaşı tek başına spontan düşük nedenleri arasındadır. Benzer şekilde menopoz öncesi aralıklı sterilite periyotları mevcuttur. Bu sayıyı sadece çiftler sınırlamaz; şimdiki eğilim doğumu ileri yaşlara ertelemektir. Fransa da kadınlar için ortalama ilk doğum yaşı günümüzde 27 nin üzerindedir. Bu sayı 20 yıl önceye göre 3 yıl daha fazladır. Bu eğilimin çok sayıda nedeni vardır; uzamış eğitim süresi, kadınların çalışma hayatında daha aktif rol almaları, etkili ve kolay uygulanabilir doğum kontrol yöntemleri bunlardan bazılarıdır (10,15).

Tablo 2.2.1. Dünyada Bazı Üreme Sağlığı Sorunları gösterilmiştir. Bunlar; aile planlamasında karşılanamayan gereksinimi olan çiftler, infertil çiftler, anne ölümleri, perinatal bebek ölümleri ve sağlıksız koşullarda düşüklüklere (8).

Tablo 2.2.1. Dünyada Bazı Üreme Sağlığı Sorunları *

Sorun	Boyut
Aile Planlamasında karşılanamayan gereksinimi olan çift	120 milyon
İnfertil çift	60-80 milyon
Anne Ölümleri(yılda)	585 bin
Perinatal bebek ölümü(yılda)	7.2 milyon
Sağlıksız koşullarda düşük (yılda)	20 milyon

*World Health Organization,1996

2.3. TÜRKİYEDE AİLE PLANLAMASI

Ülkemizde Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında doğurganlığı destekleyici (Pronatalist) bir politika izlenirken, nüfus artış hızının artması ile 1960'lı yıllardan sonra doğurganlık hızını azaltmaya yönelik (Antinatalist) bir politika benimsenmiş, 1965 yılında 557 sayılı nüfus planlaması ile ilgili yasa yürürlüğe girmiştir. Bu yasaya göre gönüllü sterilizasyon yöntemleri hariç, bilinen kontraseptif yöntemlerin kullanımını onaylamıştır. Yine aynı yasa ile aile planlaması hizmetlerini yürütme

sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Bu kanunla modern gebeliği önleyici yöntemlerin ithaline, devletin sağlık kuruluşlarında ücretsiz aile planlaması hizmetlerini sunumuna ve çiftlerin sağlık eğitimlerinin desteklenmesine izin verilmiştir (16,17).

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı tarafından 1997- 1998'de ülke genelinde 53 ilin tüm hastanelerinde, bir yıl süreyle yürütülen çalışmanın sonucuna göre ana ölüm hızı yüz binde 49.2'dir. Ancak hastaneye başvurmayan yada getirilmeyen ana ölümleri olgularının eksik olduğu düşünüldüğünde bu rakamın daha yüksek olması beklenmektedir(1).

Anne ölümlerini azaltmak için 1983 yılında 2827 sayılı nüfus planlaması hakkındaki kanun ile de; kişinin kendi isteği ile ve tıbbi bir sakıncası olmaması halinde sterilizasyon serbest bırakılmıştır. Gebeliğin 10. haftasına kadar, anne açısından tıbbi bir sakınca yoksa, anne ve babanın isteği üzerine kürtaj yapılması serbest bırakılmıştır. Aynı yasa ile getirilen bir yenilikte kurs görmüş ebe ve hemşirelere Rahim içi Araç (RIA) uygulama yetkisi verilmiştir. Ayrıca sektörler arası işbirliğinin öngörülmesi ve uygulamalarda eğitilmiş hekim dışı sağlık personelinin yararlanılması gibi önemli iki yenilik daha yer almıştır. Bu kanun aile planlaması ile ilgili eğitimin halka yapılması için başta Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olmak üzere birçok kurum ve kuruluşa sorumluluk yüklenmiştir(2,15,16).

Planlanmamış ve istenmemiş gebelik sonucu olan doğumlar toplamın %30'unu teşkil etmektedir(2). Planlanmamış gebelikler ve doğumlar Türkiye'de ailelerin aile planlaması konusunda bilinçlenmesinden çok bunu sağlamada yani hizmete ulaşmadaki yetersizliği göstermektedir. Yalnızca bu planlanmamış gebelikler ve doğumlar önlendiğinde, doğurganlığın 1/3 oranında azalacağı varsayılabilir(16).

Türkiye de aile planlaması uygulamalarının yasallaştığı 1965 yılından bu güne kadar, ailelerin gebelikten korunma yöntemlerini kullanma oranları giderek artmıştır. Aradan geçen zaman içinde halen istenilen düzeye ulaşamamıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 sonuçlarına göre ailelerin %63.4'ü 2008'de ise %59'u başka çocuk istememekte ve 2003 ve 2008'de %14'ü bir sonraki gebeliklerini en az iki yıl geciktirmek istemektedir (2,4). Buna rağmen ailelerin 2003 çalışmasında %42.5'i ve 2008'de %46.5 etkili aile planlaması yöntemi kullanmaktadır (2,4).

Toplam aile planlaması talebinin %76 olduğu ve bu talebin %92sinin karşılındığı bildirilmiştir. Doğurganlığı sonlandırma talebi doğumların aralarını açma talebinden 3 kat daha fazladır. Türkiye de etkin kontraseptif kullananlarda RİA ve kondom dışında diğeri yöntemlerin kullanımı çok sınırlıdır (2,4,16).

Kadınlarda kontraseptif kullanımı erkeklere göre üç kat daha fazladır ve kadınların kullandığı yöntemlerin sağlık riskleri daha fazladır. Genel olarak pek çok toplumda tabu sayılan cinsellik konusunda, dünyanın çoğı yöresinde kadın ve erkek arasında büyük eşitsizlik hüküm sürmektedir (2,3,18).

TNSA-2003-2008 verilerine göre ülkemizde evli kadınların neredeyse tamamı en az bir aile planlaması yöntemini ve yine kadınların neredeyse tamamına yakını en az bir modern yöntem bildiklerini ifade etmişlerdir. Diğeri yandan evli kadınların %42'si modern, % 29'u geleneksel bir yöntem olmak üzere toplam yüzde 71'i gebeliğı önleyici bir yöntem kullanmaktadır. TNSA 2008 sonuçlarında ise modern yöntem kullanan kadın %46, geleneksel yöntemle korunan kadın oranı ise %27'dir ve toplam yöntem kullanma sıklığı %73'dür. Modern yöntemler arasında en fazla kullanılan yöntemler RİA %20, kondom %11'dir(2,4). TNSA 2008'de ise RİA %16.9, kondom %14.3 olmuştur(4). Gebeliğı önleyici yöntem kullanımı kadının yaşına göre değışiklik göstermektedir.

TNSA 2003'e göre herhangi bir yöntem kullanımı 15-19 adölesan yaş grubundaki evli kadınlar arasında en düşük düzeyde iken (%44), 30-34 yaş grubunda %81'e kadar yükselmekte, 45-49 yaş grubunda %50'ye düşmektedir (2). TNSA 2008 de ise bu, 15-19 yaş grubu adölesanlar da herhangi bir modern yöntem kullanımı 2003 de olduğı gibi en düşük düzeyde(%40.2), 35-39 yaş grubunda en yüksek(%83.8) iken, 45-49 yaş grubunda %58.9'a düşmektedir (4).

TNSA 2008 öncesindeki beş yıla ilişkin toplam düşük hızı, kadın başına 0.3'dür. İsteyerek yapılan düşüklerin önemli bir bölümü, genellikle gebeliğın ilk ayında gerçekleşmektedir.(%67) İstemli düşük sonrasındaki ilk ayda kadınların %32.3'ünün yöntem kullanmamış olması ve %21.7'sinin geri çekme kullanması ve doğurganlığı sonlandırma taleplerinin, doğumların aralarını açma talebinden 3 kat daha fazla olması aile planlamasına ilişkin gereksinime dikkat çekmektedir (4).

İlk evlenme yaşının erken olması, fertil dönemin uzun olmasına neden olmakta ve doğurganlığı etkilemektedir. Türkiye'de kadın ve erkeğın eğitim durumu

istenen çocuk sayısını etkilemektedir. Eğitim düzeyi arttıkça istenen çocuk sayısı azalmaktadır. Eğitimin yanında kentleşme ve kadının iş gücüne katılması gibi faktörlerinde etkisiyle toplumumuzda istenen çocuk sayısı ve dolayısı ile istenen aile büyüklüğü olumlu yönde değişmektedir. Türkiye’de istenen çocuk sayısı 1998-2003-2008 yılı devlet istatistik enstitüsü verilerine göre 2,5’dir. Bu rakam son 10yıl için değişmemiştir(2,3,4,8,15,19).

Aile Planlaması Hizmetlerinin sunumu Sağlık evleri, Sağlık Ocakları ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri de bu hizmetlerin halka ulaştırılmasında kilit rol oynamaktadır. Eczaneler de bazı gebeliği önleyici yöntemlerin (Kondom, Oral kontraseptif) halka ulaştırılmasında rol alır. Kliniğe dayalı hizmetlerin yanı sıra topluma dayalı hizmetlerden birisi olan ev ziyaretlerinde ebe ve hemşireler aile planlaması hizmetlerinin sunumunda danışman, eğitici, uygulayıcı ve araştırmacı rollerde görev alır. Devlet hastanelerinin, doğumevlerinin aile planlaması kliniklerinde de yaygın olarak hizmet sunulmaktadır(16).

2.4 ETKİLİ AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİN YARARLARI

Anne sağlığı açısından:

- ☐ Gebelik, düşük, doğum ve loğusalığa bağlı anne ölümleri azalır.
- ☐ Doğum yaşının ayarlanmasına bağlı olarak gebelik ve doğum komplikasyonlarında düşüş görülür.
- ☐ Gebelik korkusunun kalkması ile cinsel sağlık kavramı pozitif yönde güçlenecek,
- ☐ Post abortif, post-partum ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda düşüş izlenecek,
- ☐ Annede beslenme bozukluğu, anemi, toksemi, gebeliğe bağlı hipertansiyon, diyabet, jinekolojik yakınmalarda ve hastalıklarda düşüş gözlenecektir (20).

Çocuk sağlığı açısından:

- ☐ Bebek ölümleri azalır.
- ☐ Prematüre doğumlar, gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğum insidansı düşer.
- ☐ İleri yaş gebelikleri engelleneceğinden bebeklerde görülen konjenital anomaliler azalır.
- ☐ Yeterli anne sütü ile beslenmesi sonucu beslenme bozuklukları, enfeksiyonlar azalır, zeka düzeyleri gelişir(20).

Toplumsal açıdan :

- Hızlı nüfus artışının ekonomik gelişme üzerindeki olumsuzlukları azalır ve toplumun refah düzeyi yükselir.
- Sağlıklı bir toplum oluşur, tedavi giderleri azalarak kişi başına düşen gelir artar (20).

2.5. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİN ETKİNLİĞİ

Aile planlaması hizmeti sunarken ve özellikle danışmanlık verirken hizmet sunanın bilmesi gereken ve kullanıcıların da hemen daima bilmek istedikleri konuların, önemlilerinden birisi yöntemin ne kadar etkili olduğudur. Yöntemlerin etkinliklerine göre sınıflandırmada ‘ilk 12 ay kullanımda 100 kadın başına gebelik sayısı’ bir kriter olarak alınır. Buna göre ‘ilk 12 aylık kullanımda 100 kadın başına gebelik sayısı’:

0-1 ise, yöntem : Çok etkili

2-9 ise, yöntem : Etkili

10-30 ise, yöntem : Az etkili olarak değerlendirilir(16).

Tablo 2.5.1. Aile planlaması Yöntemlerinin Etkinliği(Gebeliği Önlemede Başarısızlık Oranları)(1,21)

Etkinlik	Aile Planlaması Yöntemi	ilk 12 ay kullanımda 100 kadın başına gebelik	
		Kullanıma uygun kullanılmadığında	Doğru ve düzenli kullanıldığında
Her zaman çok etkilidir.	Norplant	0.1	0.1
	Vazektomi	0.2	0.1
	Kombine enjektabl	0.3	0.3
	Depo Prevera	0.3	0.3
	Tübligasyon	0.5	0.5
	Tcu-380A IUD	0.8	0.6
	Yalnızca Progesteron içeren haplar	1	0.5
Kullanıma uygun kullanılmadığında etkilidir.	Laktosyonel amenore	2	0.5
	KOK	6-8	0.1
	Yalnızca Progesteron içeren haplar	*	0.5
Kullanıma uygun kullanıldığında etkilidir.			
Kullanıma uygun kullanılmadığında etkilidir.	Erkek kondomu	14	3
	Geri çekme	19	4
	Spermisit+diyafram	20	6
	Takvim vb.	20	1-9
	Kadın kondomu	21	5
	Spermisitler	26	6
	Servikal başlık		
Yalnızca doğru ve sürekli kullanıldığında etkilidir.	Doğum yapmış kadın	20	9
	Doğum yapmamış kadın	40	26
Yöntem kullanmama		85	85

* Emzirme dönemi dışında, yalnızca progesteron içeren haplar KOK göre daha az etkilidir

2.6. KARŞILANMAYAN AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİ

Sağlıkla ilgili veriler incelendiğinde, aile planlamasına yönelik yasalardaki değişim görülmektedir. Ancak yıllardır sürdürülen programlara, gösterilen gayretlere karşın, sağlık sorunlarının çözülmesinde aksaklıklar olduğu dikkati çekmektedir (19). Örneğin kadın bir başka gebelik istememesine karşın, herhangi bir aile planlaması yöntemi de kullanmamaktadır. Bu durum sağlık personeli ve demograflar tarafından, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olarak isimlendirilmektedir(22). Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, doğum aralıklarını uzatmak veya ilk bebeğe gebe kalmadan beklemek isteyen, ya da sahip olduğu çocuk / çocuklardan başka çocuk sahibi olmak istemeyen, fakat tüm bu isteklerine karşın gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmayan doğum yetisine sahip kadınları göstermektedir. Karşılanmayan aile planlaması ihtiyacını karşılamak ise, kontrasepsiyonda sürekliliği sağlamak, herhangi bir nedenle herhangi bir yöntem kullanmayanları ele almaktır. Çünkü gebelik istenmediği zaman bireye, aileye ve topluma birtakım olumsuz etkiler yapar. Sağlık personeli için en önemlisi, istenmeyen gebeliğe sahip olan kadının istemeden tekrarlı gebelikler yaşamasıdır. Gebeliğini sürdüren kadın ve bebeği ise anneye ait nedenlerden morbidite ve mortalitede artan sorunlar yaşamaktadır(18). Örneğin; istenmeyen gebeliklerde sağlık kuruluşuna ulaşma oranı Sahra altı Afrika ülkelerinde ortalama %7'dir. Diğer ülkelerde bu oran %19'a çıkmaktadır. İstemediği halde gebeliğini sürdüren kadının doğum sayısı artmakta ve istediği çocuk sayısından daha fazla çocuğa sahip olmaktadır. Örneğin toplam doğurganlık hızı Sahra altı Afrika ülkelerinde ortalama 5,1'dir. Kadının istediği çocuk sayısına göre belirlenen toplam doğurganlık hızı ise aynı bölge için bile 4,3 değerindedir(23). Bu değerler, kadınların istediği çocuk sayısına ulaşabilmeleri için Ürdün, Fas, Bangladeş, Filipinler, Bolivya ve Peru'da %40 oranında aile planlaması hizmeti sunulması gerekliliğini göstermektedir. Bununla birlikte birçok toplumda her bir kadına düşen canlı doğum ortalaması 15 olduğundan; eğer çift iki çocuk istiyorsa, her iki doğumda da anne ve bebek ölümlerinin %86'sından ve geriye kalan 13 doğumdan korunması gerekir. Gebelikle aile planlaması yöntemleri kullanma ve aile planlaması yöntemleri kullanmamayla düşük arasında güçlü ilişki vardır(18,25).

Dünya genelinde 1994 yılından itibaren, evli çiftler arasında aile planlaması yöntem kullanım oranları %55'den %61'e yükselmiştir. Ülkelerinin %68'inde aile

planlaması yöntem kullanımı her yıl %1 oranında artmaktadır. Aile planlaması yöntem kullanım oranı Afrika'da %25, Asya'da %65, Amerika ve Avrupa'da %70 olarak görülmektedir. Afrika'da aile planlaması yöntem kullanım oranının %25 olarak görülmesi; birçok fakir ülkenin bu kıtada yoğunlaşması ve bu ülkelerin büyük bölümünde aile planlaması yöntem kullanımının yasak olmasıyla ilişkilidir. Hükümetlerin aile planlamasına ulaşmayı kolaylaştıracak alanlar yaratmaları 1970 yılından sonra artmıştır. 2001 yılına gelindiğinde tüm ülkelerin %92'sinin aile planlaması programlarını desteklediği görülmektedir. 1990'ların ortalarında yapılan iki ayrı saha çalışmasında, 20 ülkenin aile planlaması prevalansının (%25'den %35'e) artış gösterdiği görülmüştür. Dünyanın beşte birini oluşturan en fakir 20 ülkenin 19'unda modern aile planlaması yöntem kullanımının arttığı tespit edilmiştir. Aile planlaması prevalansında artışa karşın, 137 milyon kadının hala aile planlaması yöntemlerine ihtiyacı vardır ve aile planlaması yöntem kullananlar içinde de 64 milyonu geleneksel yöntem kullanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin %29'unda kadının modern aile planlaması yöntemlerine ihtiyacı vardır. Bu yüksek oran Sahra altı Afrika ülkelerinde %46 seviyelerine çıkmaktadır. Karşılanmamış ihtiyaçlar;

- Sağlık hizmeti sunumunda sorunlar,
- Toplum ve eşler arasında iletişim eksikliği,
- Finansal sorunlar,
- Aile planlaması hizmetlerinin ulaşımındaki sınırlılıklar,
- Kadın ve ailesi için uygun yöntem seçememe,
- Aile planlaması yöntemlerinin etkililik ve güvenliği hakkında bilgi eksikliği,
- Sağlık personeli ve hizmeti alan arasındaki iletişim eksikliği,
- Toplumun veya eşin desteğinin olmaması,
- Yöntem değiştirme,
- Aile planlaması yöntemlerinin dozajının sağlanmasında izlem eksikliği,
- Yanlış bilgi ve inanışlar sonucu görülmektedir (18,22).

1999 yılı Birleşmiş Milletler İlerleme Raporunda, 1990 yılında belirlenen karşılanmayan aile planlaması ihtiyacının 2005 yılında yarıya indirilmesi, 2015 yılında ise tüm bölgelerde doğurganlığın arzulanan koşullara ulaştırılması hedeflemektedir. Sağlık personeli tarafından sunulan modern aile planlaması yöntemlerinin yıllık 7,1 milyar Amerikan Doları maliyeti vardır. Yıllık 3,9 milyar

Amerikan Dolar olan mali ihtiyacın sağlanmasıyla, 52 milyon gebelik istenilen zamana ertelenebilmektedir. İstenmeyen gebeliklerin ertelenmesiyle 23 milyon plansız doğum (%72 azalır), 22 milyon düşük (%64 azalır), 1,4 milyon yeni doğan bebek ölümü, 142 bin gebelikle ilgili ölüm (53 bini güvensiz düşük) ve 505 bin çocuğun gebelik nedeniyle annesini kaybetmesi engellenmiş olur (18).

Türkiye’de, dünya genelinde karşılanmayan aile planlaması hizmetlerine ilişkin sorunların benzer şekilde olduğu görülmektedir. Aile planlaması yöntemleri hakkında kadınların %92’sinin bilgi sahibi olduğu görülmesine karşın (2), yarıya yakınının (%47) aile planlaması yöntemlerini kullanmak istemediği, hatta sağlık personeli olan öğrenci hemşirelerin bile düşük oranda da olsa (%10) aynı paralelde tespit edilmiştir.(21) Ülke genelinde aile planlamasında etkili yöntem kullanma oranının düşük (%42,5) olduğunu değerlendirilmektedir.

Kadının güçlendirilmesine destek olmak amaçlı planlanan stratejiler, aile planlaması hizmetlerinin kullanımını arttırıcı katkılarda bulunabilir(23).

2.7. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ SINIFLANDIRILMASI

Aile planlaması hizmeti sunarken ve özellikle danışmanlık verirken hizmet sunanın bilmesi gereken ve kullanıcıların da hemen daima bilmek istedikleri bazı konular vardır. Bunlar yöntemin nasıl uygulandığı, nasıl kullanıldığı, kullanımının kolay ve zor yanları, yöntemi bıraktıktan sonra gebeliğin ne kadar zamanda gerçekleşebileceği, yöntemin cinsel yaşama etkisi, yan etkiler, sakıncalı durumlar ve yöntemin ne kadar etkili olduğu gibi konulardır(24).

Tablo 2.7.1. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması

Modern/geleneksel Yöntemler		Geri dönüşümlü/geri dönüşümsüz yöntemler		Kadın / erkek yöntemleri	
Modern	Geleneksel	Geri dönüşümlü	Geri dönüşümsüz	Kadın	Erkek
RİA	Geri çekme	RİA	Tüp ligasyonu	RİA	Geri çekme
Hap	Takvim	Hap	Vazektomi	Hap	Kondom
Kondom	Vajinal duş	Kondom		Spermisit	Vazektomi
Spermisit	Diğer	Spermisit		Diyafram	
Diyafram		Diyafram		Depo Provera	
Depo Provera		Depo Provera		Mesiygna	
Mesiygna		Mesiygna		Tüp ligasyonu	
İmplant		İmplant		İmplant	
Tüp ligasyonu					
Vazektomi					

Günümüzde kullanılan kontraseptif yöntemlerin sınıflandırılması:

1.Hormonal kontraseptifler

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

2.Rahim içi araçlar

3.Bariyer yöntemler

- Kondom
- Diyafram
- Spermisitler

4.Cerrahi Sterilizasyon

- Tüpligasyonu
- Vazektomi

5.Doğal Aile Planlaması(1, 8,9)

2.7.1. HORMONAL KONTRASEPTİFLER

2.7.1.1. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK, Hap)

Kombine oral kontraseptifler (KOK) çok güvenilir bir kontraseptif yöntemdir. KOK'lar doğal kadınlık hormonları östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerir. 21 yada 28 günlük paketler halinde hazırlanmıştır. Ülkemizde 22 tablet içeren preparatlarda vardır(1,9,26).

Türkiye' de 2003 yılında yaşayan 15-49 yaşlar arasındaki evli kadınların; % 98'i oral hormonal kontraseptifleri bir modern aile planlaması yöntemi olarak bilmektedir(1,2).

Etki mekanizması

KOK'ların içerdikleri, östrojen ve progestinin etkisi ile, ovulasyonu inhibe ederek, endometrial tabakayı etkileyerek, servikal mukusu kalınlaştırarak spermilerin uterus içerisine geçmesini engelleyerek gebeliği önler. Düzenli ve sürekli kullanıldığında etkinliği % 99.9 dur(1,8,9).

Kullanım kuralları

- Düzenli olarak her gün 1 hap yutulur,
- Tercihen her gün yaklaşık aynı saatlerde yutulmalıdır,
- 21 gün düzenli unutulmadan yutulmalıdır,
- 7 gün hap yutulmaz, ara verilir,
- 8. gün yeni kutuya başlanır(1).

DSÖ'ye göre KOK kullanımında unutulmuş hap için uyulacak kurallar

Unutulan Hapın Özelliği	KOK Kullanımı İçin Öneriler	Acil Kontasepsiyon İçin Öneriler
1-21 gün haplarından 1 tane unutulursa	Unutulan hap hatırlandığı anda yutulmalı, aynı gün normal hap saatinde de o günün hapi da yutulmalı haplar düzenli kullanmaya devam edilmelidir.	Gerekmez
yeni kutuya 2 gün veya daha geç başlanırsa	Hatırlandığı anda yeni pakete başlanmalı ve her gün 1 hap yutmaya devam edilmeli, 7 gün ek bir korunma yöntemi yada cinsel perhiz	Kadının 7 ara gününde veya hapa başladığı ilk 7günde korunmasız cinsel ilişki olmuşsa gerekir.
Hapa başlanan ilk 7gün içerisinde 2-4 Hap unutulursa;	hatırlandığı anda 1 hap yutulmalı aynı gün normal hap saatinde de o günün hapi da yutulmalı haplar düzenli kullanmaya devam edilmelidir. 7 gün ek bir korunma yöntemi yada cinsel perhiz	Kadının 7 ara gününde veya hapa başladığı ilk 7günde korunmasız cinsel ilişki olmuşsa gerekir.
Hapa başlanan 8-14. günler arasında 2-4 Hap unutulursa	hatırlandığı anda 1 hap yutulmalı aynı gün normal hap saatinde de o günün hapi da yutulmalı, düzenli kullanmaya devam edilmelidir.	Gerekmez

Unutulan Hapın Özelliği	KOK Kullanımı İçin Öneriler	Acil Kontasepsiyon İçin Öneriler
Hapa başlanan 15-21. günler arasında 2-4 Hap unutulursa	hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı,aynı gün normal hap saatinde o günün hapi yutulmalı düzenli kullanmaya devam edilmeli paket bitince ara vermeden hemen yeni pakete geçilmeli ek yöntem kullanmak gerekmez.	Gerekmez.
Hapa başlanan 1-21. günler arasında 5 ve daha fazla hap unutulursa	hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı,aynı gün normal hap saatinde o günün hapi yutulmalı düzenli kullanmaya devam edilmeli paket bitince ara vermeden hemen yeni pakete geçilmeli ek yöntem kullanmak gerekmez. 7 gün ek bir korunma yöntemi yada cinsel perhiz	kadının, 4. hapını unuttuktan sonraki 7 gün içinde korunmasız cinsel ilişki olmuşsa acil kontrasepsiyon Gerekir.
Her bir sikluluk pakette 1 veya daha fazla hap unutulursa;	Unutulan haplar atılmalıdır, Düzenli kullanmaya devam edilmeli paket bitince yeni pakete geçilmeli ek yöntem kullanmak gerekmez.	Gerekmez.

Kaynak:(8,27,28)

Olumlu yönleri:

- Kullanımı kolay, son derece etkili ve cinsel ilişki zamanından bağımsız yöntemlerdir.
- Adet kanamaları, miktarca daha az, daha kısa ve düzenli hale gelir.
- Demir eksikliği anemisi riskini azaltır.
- Premenstruel gerginlik ve endometriyozisle ilgili şikayetler azalır.
- Dismenoreyi tedavi eder.
- Aknelere iyi gelebilir.
- Benign meme hastalıklarını (Kist, Fibroadenom vb.) azaltır.
- Benign over kistlerinin oluşumunu azaltır.
- Romatoid artrit riskini azaltır.
- Ektopik gebeliği önler.
- Endometrial kanser riskini azaltır.
- Over kanseri riskini azaltır.
- Pelvik enfeksiyon riskini azaltır.
- Osteoporoz riskini azaltır
- Etkileri ve yan etkileri çok iyi incelenmiştir.
- Bırakıldığı zaman fertilité kısa sürede geri döner.
- Beklenen yaşam süresini uzatır(8,9).

Olumsuz yönleri:

- Her gün hap alınmasının hatırlanması gerekir.
- Bazı kadınlar kilo alabilir
- Bazen ara kanaması ve lekelenme olabilir.
- Bazı ilaçlarla (barbitüratlar, fenitoin, fenilbuzaton, rifampisin ve diğer bazı antibiyotiklerle) etkileşimi vardır.
- Çok ender olmakla birlikte, özellikle sigara içen kadınlarda, dolaşım bozukluklarına neden olabilir.
- Kan basıncını yükseltebilir.
- Klamidya enfeksiyon riskini artırır(8,9).

Kullanım endikasyonları:

- Çok etkili ve geriye dönebilen kontraseptif yöntem kullanmak isteyenler.
- Aşırı adet kanaması nedeniyle anemisi olanlar.

- Adet ağrısı olanlar
- Benign over kisti öyküsü olanlar,
- Adet düzensizliği olanlar,
- Ektopik gebelik öyküsü olanlar,
- Premenstruel yakınmaları ya da siklus ortası (ovulasyon ağrısı) ağrısı olanlar,
- Ailesinde endometrial veya over kanseri öyküsü olanlar,
- Benign meme hastalıkları olanlar,
- Tekrarlayan pelvik enfeksiyon öyküsü olanlar için kombine oral kontraseptifler uygun yöntemlerdir(8,9).

Kullanım kontrendikasyonları:

- Halen gebe veya gebelik kuşkusu olanlar,
- Meme kanseri veya meme kanseri öyküsü olanlar,
- Geçmişte veya halen tromboembolik ya da diğer vasküler hastalığı (tromboflebit, felç, akciğer embolisi vb.) olanlar,
- Genital organ kanseri olanlar,
- Kalp hastalığı veya kuşkusu olanlar,
- Akut karaciğer hastalığı olanlar kombine oral kontraseptifleri kullanmamalıdır.

Kombine OK'lerin ilk seçenek olmaması gereken, kullanılıyor ise özenle ve sık izlenilmesi gereken durumlar:

- Emzirenler (bebek 6 aydan küçük ise)
- 35 ve daha ileri yaşta olup, günde 15 veya daha fazla sigara içenler.
- Nedeni bilinmeyen vajinal kanaması olanlar,
- Migren, şiddetli baş ağrısı ya da epilepsisi olanlar,
- Depresyonu olanlar
- Gebelik sırasında veya daha önce hap kullanırken sarılık geçirmiş olanlar,
- 40 yaşını geçmiş ve diyabet, kardiyovasküler, serebro-vasküler hastalık riski taşıyanlar.
- Hipertansiyonu olanlar (KB>140/90 veya tek kontrolde diyastolik 110 mmHg veya fazla ise)
- Hareketi engelleyen büyük ameliyat geçirme veya 4 hafta içerisinde böyle bir ameliyat geçirecek olanlar(8,9).

Kombine oral kontraseptif kullananlarda görülebilecek yan etkiler:

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

Yöntemi kullanacak kişiye, yukarıdaki yan etkilerden bazılarının, başlangıçta görülebileceğini, sağlık açısından hiçbirinin önemli olmadığı, bunların zamanla kendiliğinden geçeceği, danışmanlık sırasında anlatılmalı; Eğer herhangi bir endişesi olursa sağlık kuruluşuna hemen başvurabileceği belirtilmelidir. Bu durumda yöntem kullanıcı, yöntemle ilişkin kendisini daha rahat hisseder (1,8,9).

Kombine oral kontraseptif kullananlarda sağlık yönünden önemli olabilecek uyarı işaretleri:

- Şiddetli karın ağrısı
- Şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı
- Şiddetli baş ağrısı, kuvvet ya da his kaybı
- Şiddetli uyluk ya da bacak ağrısı
- Ani görme kaybı ya da bulanık görme, konuşma bozukluğu.
- Tüm bu uyarı işaretlerinin özenle değerlendirilmesi özellikle de trombo-embolik olaylar yönünden incelenmesi gerekir, bu nedenle kombine oral kontraseptif kullananlarda bu belirtilerden herhangi biri ya da gebelik kuşkusu varsa veya depresyon, sarılık, memede kitle gelişirse, kullanıcı mutlaka bir sağlık kuruluşunda incelenilmelidir(1,9).

Oral kontraseptif kullananların izlenmesi:

Yeterli bir başlangıç incelemesi ile OK başlanan kadınlar, yöntemi uzun yıllar başarılı olarak emniyetle kullanabilirler. İlk kez OK başlandığında birinci izleme yönteme başlamayı izleyen ilk 3 ay içerisinde yapılmalıdır. Bundan sonra, kullanıcının 6-12 aylık aralıklarla kontrolü yeterlidir. OK kullananlarda yılda bir kez pelvik muayene ve meme muayenesi yapılması tercih edilen uygulamalardır(1,8,9).

2.7.1.2. Mini Haplar

Yalnız progestin içerirler. Mini haplarda, kombine oral kontraseptiflere oranla daha düşük dozda progestin bulunur ve östrojen içermezler(8,9).

Etki mekanizması:

Mini haplar gebeliği;

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

Kombine OK'lere göre etkileri biraz daha düşüktür. Yine de emzirenlerde %98.5 oranında, emzirmeyenlerde %96 oranında gebeliği önler(8,9).

Kullanımı:

Mini haplar, adet 1. günü başlanır ve her gün aynı saatte 1 hap alınarak sürdürülür. Yani adet döneminde ara verilmez. OK'lerde 1 hap unutulması genellikle sorun yaratmadığı halde mini haplarda, hap almadaki 3 saatten fazla süredeki gecikme bile yöntemin etki derecesini azaltır. Bu nedenle mini hap kullanacaklara bu durum danışmanlık yapılırken iyi anlatılmalıdır. Mini haplar emzirenler için de çok uygun yöntemdir(8,9).

Hap alınması gecikti ya da unutuldu ise KOK' larda tanımlandığı gibi davranılmalı, ancak mini haplarda unutma dönemini izleyen bir hafta süre ile ek yöntem kullanılmalıdır. Kullanıcıya hapları sürekli alırken son 7 hapi aldığı dönemde adet kanamasının olacağı hatırlatılmalıdır(8).

Olumlu yönleri:

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

Olumsuz yönleri:

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

Kullanım endikasyonları:

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

Kullanım kontrendikasyonları:

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

Yan etkileri:

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

Kullananların izlenmesi:

Ülkemizde halen içerisinde etinodiol diasetat (0.5 mg) bulunan tek bir preparat bulunmaktadır. Başvuran bu yöntemi istiyor ise, herhangi bir kontrendikasyon da yoksa ilk gelişte 3 aylık daha sonra da 3'er aylık mini hap verilebilir. Danışmanlıkta özellikle adet düzensizliği ile ilgili yan etkilerin başvurana daha başlangıçta iyi açıklanması gerekir. Bu etkinin sağlık yönünden bir sakınca teşkil etmediği iyi anlatılmalıdır(8,9).

2.7.1.3. Post Koital Haplar

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

1-Post koital haplar

2-RU-486.

3-Post koital RİA

2.7.1.4. Enjekte Edilen Kontraseptifler

En yaygın kullanılan, enjekte edilen kontraseptiflerler progestin içerirler. 1960'lardan beri kullanılan depo progestinlerin özellikle son 15 yılda klinik incelemeleri ve saha uygulamaları uluslararası sağlık kuruluşlarınca iyi değerlendirilmiş, emniyetli ve etkili olarak nitelendirilmişlerdir(8,9).

Etki mekanizması:

- Ovulasyonu baskılar,
- Servikal muküsü kalınlaştırarak spermelerin geçişini engeller,
- Endometriyumunu ince, atrofik hale getirir.
- Tuba motilitesi değişerek sperm geçişi azalır.

Yukarıdaki üç etki mekanizmasının kombinasyonu sonucunda gebeliği, cerrahi sterilizasyon düzeyinde çok etkili olarak önler. (İlk kullanım yılındaki başarısızlık hızı 100 kadında 0.1 den azdır). Kontraseptif etki uygulamayı izleyen 24 saat içerisinde başlar. Yöntem bırakıldığında fertilitenin dönmesi 5-7 ay kadar gecikebilir(8,9,16).

Kullanımı: (ilk kez)

- Kadın adetinin ilk 7 günü içerisindeyse: Hemen başlanır. (ek yöntem gerekmez.)

- Kadın adetinin **8-28.** günlerinde ve gebe olmadığına emin ise enjeksiyon başlanır + 7 gün cinsel ilişkiye girilmez veya ek yöntem kullanılır.
- Doğum sonrası emziriyorsa, 6 ay sonra,
Amenorik ise: gebe olmadığına emin ise enjeksiyon başlanır + 7 gün cinsel ilişkiye girilmez veya ek yöntem kullanılır.
Adet görmeye başlamışsa: adetinin ilk 7 günü içindeyse hemen başlanır, ek yöntem gerekmez. **8-28.** günlerinde ise ve gebe olmadığına emin ise enjeksiyon başlanır + 7 gün cinsel ilişkiye girilmez veya ek yöntem kullanılır.
- Doğum sonrası emziriyorsa: **3.** haftadan (21.günden) sonra kombine oral kontraseptif başlanır,
- Düşük sonrası: ilk 7 gün içerisindeyse hemen başlanır.
- Başka bir hormonal yöntemden geçme: önceki yöntem düzenli kullanılmışsa, gebe olunmadığından kesinlikle emin ise, sonraki adet beklenmesi gerekmez, hemen başlanabilir , ek yöntem gerekmez. Önceki yöntem 3 aylık enjeksiyon ise, enjeksiyon gününde aylık enjeksiyon uygulanabilir.
- RİA' dan aylık enjeksiyona geçme: gebe olmadığından emin ise, herhangi bir zamanda aylık enjeksiyon yapılabilir, adet ilk 7 günü içinde ise, ek yöntem gerekmez, RİA hemen çıkarılabilir, adet 8. gününde ve sonrasında ise +7 gün cinsel ilişkiye girilmez veya ek yöntem kullanılır. RİA sonraki adette çıkarılır(16).

Yan etkileri:

Kullananlarda en sık olarak;

- Adet düzensizlikleri
- Baş ağrısı
- Kilo alma
- Memede duyarlılık görülebilir.

Olumlu yönleri:

- Geriye dönüşümlü kolay uygulanan, çok etkili bir yöntemdir.
- Emzirenler tarafından kullanılabilir
- İleri yaşta kadınlar tarafından kullanılabilir.
- Ektopik gebelik ve demir yetersizliği anemisini önler

-Orak hücreli anemisi olanlarda da kullanılabilir.

-Cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır.

Olumsuz yönleri:

-Adet düzensizliğine neden olabilir.

-Yöntem bırakıldığında fertilitenin dönmesi bir süre gecikebilir.

-Kilo artışına neden olabilir

-Enjeksiyon yaptırma gereği

Kullanım endikasyonları: (Çoğu mini haplarla benzerdir)

-Gebelikler arasında uzun süre isteyenler veya artık çocuk istemeyen ancak cerrahi sterilizasyon da istemeyenler.

-Cinsel ilişki zamanlamasından bağımsız yöntem isteyenler

-Emzirenler

-İleri yaştaki kadınlar

-Östrojen kullanma kontrendikasyonu olanlar.

Kullanım-kontrendikasyonları:

-Gebelik

-Akut veya kronik karaciğer hastalığı

-Aktif tromboembolik olay

-Tanı konulmamış vajinal kanama

-Meme kanseri

-Genital kanal neoplazisi

Kullanıldığında dikkatle izlenilmesi gerekenler:

-Diyabetikler

-Kan basıncı 140 mmHg ve/veya diyastolik KB'i 90 mmHg üzerinde olanlar,

-Migren türü şiddetli baş ağrıları veya epileptik olanlar.

-Depresyonu olanlar

-Fonksiyonel over kisti öyküsü olanlar.

Kullanılanların izlenmesi

Yılda bir kez meme muayenesi ve pelvik muayene yapılması planlanmalıdır(1,8,9,16).

2.7.1.5. Deri Altı İmplantları (NORPLANT, İMLANON)

Norplant; Sentetik hormon içeren yumuşak silikondan yapılmış “3.4 cm X 2.4 mm” boyutlarında, her biri 36 mg kristalize levonorgestrel içeren 6 ince ve esnek silikon polimer kapsülden oluşan, 5 yıl süre ile koruma sağlayan, uzun etkili, geri dönüşümlü, cilt altına uygulanan bir yöntemdir.

İmplanon; 68 mg etogestrel içeren, “boyu 40mmX dış çapı 2mm” boyutlarında tek çubuklu, etilenvinilasetat (EVA) polimerden oluşan taşıyıcıya dayanan, kesintisiz olarak düşük miktarda hormon salıveren, 3 yıl süre ile koruma sağlayan uzun etkili, geri dönüşümlü, cilt altına uygulanan bir yöntemdir. 3 yıldır Avrupa Birliğinde, Kanada ve Endonezya’da da kullanılmaktadır. Tek Kapsülü olduğu için Norplant göre daha kolay ve daha kısa sürede uygulanır ve çıkarılır. Koruyuculuğu %99.7’dir (16).

Etki mekanizması:

- İmpalant da diğer, sadece progestin içeren kontraseptifler gibi;
- Ovulasyonu baskılayarak,
- Servikal mukusu kalınlaştırarak, spermelerin geçişini engelleyerek
- Endometriyumu incelterek tüm bu etkilerin kombinasyonu ile gebeliği çok etkili olarak önler(8,9,16).

Kullanımı:

- Kadın adetinin ilk 5 günü içindeyse: hemen uygulanabilir. Ek yöntem gerekmez.
- Kadın adetinin **6-28.** günlerinde ve gebe olmadığından emin ise: hemen uygulanabilir, 7 gün cinsel ilişkiye girilmez veya ek yöntem kullanılır.
- Doğum sonrası : emziriyorsa, 6 hafta-6 ay arasında
Amenorik ise: herhangi bir zamanda uygulanabilir ve tam emziriyorsa ek yöntem gerekmez.
Adet görmeye başlamışsa: adetinin ilk **7** günü içindeyse hemen uygulanabilir, ek yöntem gerekmez. **8-28.** günlerinde ise ve gebe olmadığına emin ise uygulanır, +7 ek yöntem kullanılır,
- Doğum sonrası: emzirmiyorsa, doğumdan hemen sonra uygulanabilir.
- Düşük sonrası ilk **7** gün içerisindeyse: hemen uygulanabilir, ek yöntem gerekmez(16).

Yan etkileri:

- Nadiren lokal rahatsızlıklar, uygulama çıkarma esnasında enfeksiyon, çıkardıktan sonra nedbe, yara izi
- Menstrüel siklus değişiklikleri (adet kanamalarının uzun sürmesi, adetler arası kanama ya da lekelenmeler, amenore veya sürekli kanama gibi)
- Baş ağrısı, baş dönmesi,
- Akne,
- İştah ve kilo değişikliği,
- Memelerde duyarlılık
- Hirsutizm veya saç dökülmesi,
- Fonksiyonel over kisti (spontan olarak kaybolur)(9).

Olumlu yönleri:

- Gebelikten koruyucu etkisi çok yüksektir,
- Kullanılması kolaydır,
- Menarştan menopoza dek her yaşta güvenle kullanılabilir,
- Hatırlamayı gerektirmez,
- Cinsel ilişkiden bağımsızdır,
- Emzirenler, sigara içenler güvenle kullanabilir,
- Çıkarılınca doğurganlık 3 ay içinde geri döner(16).

Olumsuz yönleri:

- Uygulama ve çıkarılması küçük bir cerrahi işlem ve eğitilmiş personel gerektirir.
- Cerrahi girişime bağlı enfeksiyon, kanama, hematoma gibi komplikasyonlara ender de olsa rastlanabilir.
- Kullanıcı, kendi kendine yöntemi bırakamaz(9).

Kullanım endikasyonları:

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

Kullanım kontrendikasyonları:

- Gebelik,

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

Kullanıldığında dikkatle izlenmesi gerekenler:

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

Kullananların izlenmesi:

24 saat sonra gazlı bez açılmalı, 2-3 gün uygulama yeri kuru tutulmalı, 4-5 gün sonra, yara yeri kabuk bağlayınca, yaranın üzeri açılmalıdır. Uygulama yerini kontrol etmek için **1 hafta** içinde kontrole gelinmelidir. **3. ayda** ikinci izlem, **yılda bir** kez izlem ile devam edilir(11). Norplant uygulanacaklara ve izlemelerde pelvik muayene yapılması zorunlu değildir, ancak meme muayenesi yapılmalıdır (28).

2.7.1.6. Vajinal Halkalar (RINGLER)

Hormon içeren silastik halkalar vajene yerleştirildiğinde, salınan hormonun özelliği ve düzeyine bağlı olarak koruyuculuk sağlar. Yöntemin olumlu yönü kullanıcı kontrolünde olmasıdır. Ancak yöntem bırakma yönünden bu olumsuzluk olarak da görülebilir(8,29).

Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen, levonorgestrol içeren ve üç ay süreyle kontrasepsiyon sağlayan ringler'le ilgili çalışmalar tamamlanılmış olup üretimi için ruhsatlandırılmıştır.(8)

2.7.2. RAHİM İÇİ ARAÇLAR (RİA)

Hipokrat zamanından beri bilinmelerine karşın, gelişmeleri uzun zaman almıştır(11). Geçmişte çeşitli biçimlerde ve değişik maddelerden yapılmış RİA'lar kullanılmıştır. Halen dünyada 100 milyondan fazla kadın RİA ile gebelikten korunmaktadır. Dünyada cerrahi sterilizasyondan sonra en yaygın kullanılan kontraseptif yöntemdir(8).

Günümüzde pek çok ülkede kullanılan 2 tip RİA vardır.

1. Bakırlı RİAlar: TCu 380A, Multiload(MLCu 250 ve 375) ve Nova T(TCu 200Ag ve 380Ag) gibi bakırlı araçlar.
2. Hormonlu RİAlar: Gövde kısmında progesteron içeren Progestasert ile levenorgestrol (LNg 20) içeren Levonava ve Mirena.

Türkiye’de Kullanılmakta olan Bakırlı RİAlar:

TCu 380-A: “ T” harfine benzer. Poliüretandan yapılmıştır. Gövde kısmına sarılmış 314mm² bakırın yanı sıra, her iki kolda 33’er mm²’lik iki bakır bant bulunmaktadır. Kolları saran bantlar, bakırın uterus üst düzeylerinde çözünmesini sağlayarak, etkiyi arttırlar. Kullanım süresi 10 yıldır.

Multiload(MLCu 250 ve 375): Üzerinde dikensi çıkıntıları olan atnalı şeklinde iki kol ve dikey gövdeden oluşur; polietilen yapılmıştır. Gövde kısmına 250 ya da 375mm² bakır tel sarılmıştır. 3-5 yıl süre ile gebelikten korur.

Nova T(TCu 200Ag ve 380Ag): “ T” harfine benzer. Poliüretandan yapılmıştır. Gövde kısmına gümüş çekirdekle stabilize edilmiş 200 ya da 380mm² bakır tel sarılmıştır. 3-5 yıl süre ile gebelikten korur.

Türkiye’de kullanılmakta olan Hormonlu RİAlar:

Ülkemizde hormonlu RİA olarak “Mirena®” piyasada bulunmaktadır. Levonorgestrol (LNg 20) içerenler; “T” şeklindeki iskeleti polietilenden (LevoNova® ve Minera®) yapılmıştır, gövdesi 52mg Levonorgestrel içeren bir silindir bulunur. Rahim içi sistem (RİS) olarak adlandırılır. 5 yıl süre ile gebelikten korur (16).

Etki mekanizması:

Bakırlı RİAlar,

- a. Bakır iyonlarının doğrudan sperm üzerine etkisi ile;
 - Spermin üst genital yollara ulaşmasına,
 - Ovum transportuna
 - Fertilizasyona engel olarak gebelikten korur.
- b. Endometriumu etkileyerek;
 - Spermlerin hareketini engelleyerek

- Spermleri fagosit ederek,
- İmplantasyonu engelleyerek gebelikten korur.

Levonorgestrel içeren RİA'lar,

- Asıl etki hormon-lokal etkilidir.
- Endometriyal proliferasyon engellenir,
- Servikal mukusu kalınlaştırarak spermilerin uterusu geçmesine engel olur.
- (Ovulasyonu etkilemez.) (16).

Uygulama zamanı:

İnterval: Cu-RİA adet kanamasının başlangıcından itibaren ilk **12 gün** içinde uygulanabilir. Adetli olması gerekmez. Ek bir yöntem kullanmak gerekmez.

Cu-RİA, kadın gebe olmadığından emin olunan herhangi bir zamanda uygulanabilir.

LNG-RİA, adet kanamasının başlangıcından itibaren, siklusun ilk **7 günü** içinde uygulanabilir. Ek bir yöntem kullanmak gerekmez.

İlk 7 gün dışında ise, kadının gebe kalmadığından emin olunan herhangi bir zamanda uygulanabilir. Ancak 7 gün süre ile ek bir yöntem ile korunmalı veya cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır.

Doğum sonrası dönem, plesantanın ayrılmasından sonra ilk 10 dakika içerisinde ya da ilk 2 gün (48 saat) içinde Cu-RİA uygulanabilir. Postpartum RİA uygulanmışsa, doğum sonrası kanama bitene kadar cinsel ilişkiden kaçınılması önerilir. Doğum sonrası erken dönem geçtikten sonra (48 saat), uterusun perfore olma riski arttığından uygulama, sezaryen dahil, doğumun 4. hafta sonuna kadar ertelenmelidir.

Düşük sonrası dönem, Enfeksiyon belirtisi yoksa Menstrüel regülasyondan(MR), ilk ya da ikinci trimester spontan düşüktü ya da kürtajdan hemen sonra veya ilk hafta içinde uygulanabilir. Daha sonraki uygulamalarda gebelik olasılığı ekarte edilmelidir. İkinci trimester düşüktü sonra RİA'nın atılma olasılığı yüksek olduğundan dolayı girişim ertelenebilir.

Çıkarma zamanı; gebelik istendiği için çıkarılıyorsa siklusun herhangi bir gününde çıkarılabilir, gebelik istenmiyorsa cinsel ilişkinin olmadığı 7 günlük sürenin sonunda çıkarılabilir(8,16).

Olumlu yönleri:

- Güvenli ve çok etkili, geriye dönüşümlü yöntemlerdir.
- Yöntemin kullanımı cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır.
- Kullanımı kolaydır
- Uygulandıktan sonra uzun süre etkilidir.
- Emzirenler için uygundur.
- Çıkarıldığında fertilitenin dönmesi gecikmez(8,9).
- İlaçlarla etkileşimi yoktur(16).

Olumsuz yönleri:

- Uygulama ve çıkarılması konu ile ilgili eğitilmiş sağlık personeli gerektirir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalık riskinde olanlar için uygun bir yöntem değildir.
- Uygulamadan sonra birkaç ay adetlerde artma, ağrı ve ara kanamaları yapabilir(8,9).

Kullanım endikasyonları:

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

Kesin olarak RİA uygulanılmaması gerekenler:

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

Kullanım süresi tamamlanmış RİA'yı yenisi ile değiştirirken ara verilmesi gereksizdir. Kullanıcıya medikal bir yarar sağlamadığı gibi kadını istenmeyen gebelik riskine sokar(9).

Yan etkileri:

Cu-RİA'ların yan etkileri: RİA'ya bağılı yan etkiler ve diğler sorunların çoğı ciddi değıildir. Özellikle menstrüel kanamanın miktar ve süresinde artış olması ile menstrüel düzenin bozulması en sık görülen yan etkilerdir. Buna ek olarak, ilk birkaç siklus boyunca adet sancıları (dismenore) artabilir.

LNG-RİA'ların sistematik yan etkileri: Memelerde dolgunluk, akne, ruhsal durum değıişikliğı, baş ağrısı, Ektopik gebelik, pelvik enfeksiyon, uterus perforasyonu gibi etkileri görülebilir(16,30,31).

RİA kullanıcıları için uyarı işaretleri:

- Adet gecikmesi, gebelik kuşkusu
- Aşırı vajinal kanama
- Halsizlik, ateş, titreme, devam eden kramp tarzında alt karın ağrısı
- Anormal vajinal akıntı
- İplerin kaybolması, ele kısa ya da uzun gelmesi
- RİA'nın atılması
- Karın ağrısı, cinsel ilişki sırasında ağrı

Yukarıdaki durumların herhangi birinde hemen bir sağıık kuruluşuna başvurulmalıdır(16).

2.7.3. BARIYER YÖNTEMLER

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

- Kondomlar
- Diyaframlar
- Spermisitler dir.

Bariyer yöntemler için kesin kontrendikasyon teşkil eden durum yoktur.

2.7.3.1. Kondom

Halen dünyada yaklaşık 50 milyondan fazla çift kontraseptif amaçla kondom kullanmaktadır. Doğru kullanıldığında çok etkili olduğı halde, kullanım etkililiğı çok daha düşüktür. İlk kullanım yılı için başarısızlık hızı %12 olarak bildirilmektedir. Kondom cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen lateks kauçuktan

yapılmış ince kılıftır. Bayanlar için olan poliüretandan yapılmış ve cinsel kadın organına takılan kılıftır. Kontrasepsiyon sorumluluğunu erkeklerin de paylaşmasını sağlayan bir yöntemdir. Kondom spermisitle birlikte düzenli kullanıldığında koruyuculuğu daha da artar(8,9).

Kondomun etkinliği kurallar uygun olarak kullanıldığında erkek kondomu ile istenmeyen gebeliklerden korunma başarı oranı % 97 iken, doğru kullanılmadığında % 86'ya kadar azalmaktadır. Kadın kondomu ile doğru kullanıldığında oran % 95 iken, doğru kullanılmadığında % 79'lara dek düşmektedir.

Erkek kondomunun olumlu yönleri:

- Aile planlamasına erkelerinde katılımını sağlar.
- Güvenlidir.
- Ucuzdur ve kolay bulunur.
- AIDS ve CYBE' lere karşı korunma sağlar.
- Erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir.
- Reçete ve tıbbi izlem gerektirmez.

Erkek kondomunun olumsuz yönleri:

- Cinsel ilişkiye bağımlıdır.
- Yeterli miktarda kondom bulundurulması önceden planlanmalıdır.
- Bazı çiftlerde duyarlılığı azaltabilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Bazı erkelerde ereksiyonu güçleştirir.
- Kullanımdan sonra yok edilmesi sorun olabilir.
- Lateks materyal yırtılabilir ya da sıyrılabilir.
- Her cinsel ilişkide yeni bir tane kullanmak gerekir. Buda ek maliyet getirmektedir.

Kadın kondomunun olumlu yönleri:

- AIDS ve CYBE' lere karşı korunma sağlar.
- Poliüretandan yapılmış olması; daha az alerjiktir.
- Kadının adetli olduğu dönemlerde de kullanılmaktadır.
- İlişki kalitesini çok az etkilemektedir.
- Kadın ilişkiden saatlerce önceden takabilmektedir.
- İlişkiyi bölmek gerekmez.

Kadın kondomunun olumsuz yönleri:

- Kadın takmakta zorlanabilir.
- Bu kondomu kullanmak için kadının kendi anatomisini iyi bilmesi gerekir.
- Doğru bir yerleştirme deneyim gerektirir.
- Fiyatı erkek kondomuna göre daha pahalıdır(16).

2.7.3.2. Diyafram

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

Koitusdan önce kubbe kısmına spermisit konularak uygulanır. Böylece mekanik ve kimyasal bariyer etkilerin kombinasyonu sonucu spermilerin üst genital kanala geçmeleri engellenerek oldukça yüksek düzeyde kontrasepsiyon sağlamış olur. Çeşitli türleri geliştirilmiştir, çapları farklı ölçülerde diyaframlar mevcuttur(8,9).

Yöntemi kullanmak isteyenlere:

- Genel ve yöneme özel danışmanlık yapılmalıdır.
- Pelvik muayene ile hem jinekolojik değerlendirme yapılmalı hem de hangi boy diyaframın uygun olduğu tuşe ile, arka forniks-pubis altı arası ölçülerek karar verilmelidir.
- Karar verilen boydaki diyaframın doğru olarak uygulanışı yapılarak ve kullanacak kişiye de yaptırılarak öğretilmelidir.
- İzleme muayenesine gelirken yöntemi kliniğe gelmeden uygulaması istenmeli, böylece yöntemin doğru uygulanıp uygulanmadığı kontrol edilebilir.
- Bariyer yöntemlerin diğerlerine ek olarak diyaframa özel;

Kontrendikasyonlar:

- Kauçuk ya da spermisit allerjisi olması,
- Vajene diyaframı doğru yerleştirmeyi öğrenememe,
- Anatomik yapının diyaframın iyi yerleşmesini engellediği durumlar,
- Tekrarlayan üriner enfeksiyonlar.

Yan etkileri:

- Ender olarak allerjik reaksiyon,
- Üriner enfeksiyonların tekrarlama,
- Vajinal akıntı (Diyafram vajende gereğinden uzun süre tutulursa)
- Vajen duvarında bası nedeni ile lezyon.

Diyaframın kontroldeki durumu önemli olmakla birlikte her 2 yılda bir kullanılan

diyafram bir yenisi ile değiştirilmelidir.

Diyafram kullananların yılda bir kez izlenilmesi yeterlidir(8,9,16).

2.7.3.3 Spermisit

Vajinal spermisitler beş bin yıldan beri kontraseptif amaçla kullanılmaktadır. Modern yöntemlerle hazırlanan kimyasal preparatlar dışında, günümüzde bile yöresel olarak uygulanan, sirke, oksijenli pamuk, aspirin, sabun, limon bu yöntem için halen kullanılan örneklerdir. Spermisitlerin, kondom veya diyafram gibi mekanik bariyer yöntemlerle birlikte kullanıldığında koruyuculuğu tek başına kullanılmalarına kıyasla çok daha fazladır.

Spermisit türleri:

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

Kullanım endikasyonları:

Bariyer yöntemlerin genel endikasyonlarına ek olarak spermisitlere özel;

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

Yan etkileri:

Ender ve önemsizdir. Kimyasal maddeye karşı duyarlılık ve allerji sonucu lokal irritasyon olabilir (8,9).

2.7.4. CERRAHİ KONTRASEPSİYON

Halen dünyada en yaygın olarak kullanılan en etkili kontraseptif yöntem cerrahi sterilizasyon olup toplam 200 milyondan fazla çift bu yöntemle gebelikten korunmaktadır. Cerrahi sterilizasyon (kadında tüpligasyonu, erkekte vazektomi) artık çocuk istemeyen aileler için uygun yöntemlerdir. Günümüz teknolojisi ile yöntemin geriye dönüşümü sağlanabilirse de bu işlem pahalı ve güçtür. Aynı zamanda başarı şansı da yüzde yüz değildir. Bu nedenle cerrahi sterilizasyon yöntemleri topluma, kişilere hizmetler sunulurken “geriye dönüşümü olmayan, kalıcı yöntemler” olarak

tanıtılmalıdır. Kalıcı nitelikleri nedeni ile, yöntemlerin sunumundaki danışmanlık daha da önemlidir. Kullanıcılar, tüpligasyonu veya vazektomiye yeterli düzeyde bilgilendirildikten sonra bilinçli ve gönüllü olarak kendi kararları ile seçmelidir. Özellikle gönüllülük unsuru kalıcı yöntemlerde çok önemlidir. Hiç bir koşulda bu unsur göz ardı edilmemelidir. Bunu vurgulamak amacı ile cerrahi sterilizasyon için çoğu kez, “Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon” deyimini kullanılır.

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

Etki mekanizması:

Gebeliği oluşturacak üreme hücrelerinin (ovum ve sperm), üreme kanalında cerrahi olarak yapılan engelleme sonucu birleşmemeleri ile kontraseptif etki meydana gelir.

Vazektomi ve tüpligasyonundan sonra her iki cinsiyette de, cinsel fonksiyonlarda hiçbir değişiklik, etkilenme meydana gelmez. Sadece artık çocukları olmaz. Danışmanlıkta bu husus özellikle vurgulanmalıdır. Kalıcı, çok etkili yöntemlerdir. İlk kullanım yılı için başarısızlık hızı tüpligasyonunda %0.4 vazektomi için daha da düşük olup %0.2 olarak bildirilmektedir.

2.7.4.1. Tüpligasyon (Kadında Tüplerin Bağlanması, TL)

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

Tüplere ulaşmada üç yaklaşım vardır:

- Vajinal (kolpotomi, kuldoskopi)
- Transservikal (histeroskopi)
- Abdominal

Olumlu yönleri:

- Çok etkili, güvenli bir yöntemdir.
- Maliyeti bir defaya mahsustur.
- Cinsel ilişkinin zamanlamasından bağımsızdır.

-Uygulamadan sonra kontraseptif etkisi hemen başlar.

Olumsuz yönleri:

-Kalıcı bir yöntemdir.

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

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

Endikasyonları:

-Artık çocuk istemeyen aileler.

-Gebeliğin medikal yünden yüksek risk taşıdığı durumlar,

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

Kontrendikasyonları:

Tüpligasyonu için sürekli ve kesin medikal kontrendikasyon yoktur. Tüpligasyonu işleminin hemen yapılmasını engelleyen durumlar vardır. Ancak tüpligasyonu için en önemli sosyal kontrendikasyon eşlerin ileride çocuk arzusu konusunda emin olmamalarıdır.

2.7.4.2. Vazektomi (Erkeklerde kanalların bağlanması)

Erkeklerde vasdeferenslerin kapatılması ile sperm transportunun engellenmesi olan vazektomi, basit, kolay bir işlemle gerçekleştirilir. Son derece etkili ve emniyetli bir yöntemdir. Artık çocuk istemeyen aileler için uygundur. Tüpligasyonuna kıyasla hem işlem daha kolay ve basittir hem de işleme bağlı yan etki ve komplikasyonlar daha azdır.

Olumlu yönleri:

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

-Cinsel ilişkiyi etkilemez.

-Uzun dönemde olabilecek sağlık riski taşımaz.

Olumsuz yönleri:

-Kalıcı bir yöntemdir.

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

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

Endikasyonları:

-Artık çocuk istemeyenler,

- Gebeliğin eşi için yüksek risk oluşturduğu durumlar,
- Sonradan özen gerektirmeyen bir yöntem isteyenler için uygundur.

Vazektomi olanların hormon yapımında hiçbir değişiklik meydana gelmez. Yönteme bağlı pişmanlığı önlemede en önemli uygulama, yöntemi isteyenlere yeterli ve kapsamlı danışmanlık verilmesidir. Bu asla ihmal edilmemelidir(8,9,16).

2.7.5.DOĞAL AİLE PLANLAMASI (DAP)

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

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

Doğal aile planlaması bir kontraseptif yöntem olmayıp, fertil periyodu saptayan bir tekniktir. Gebeliği önleyen, fertil dönemde cinsel ilişkide bulunulmamasıdır. Bu yöntem herhangi bir nedenle diğer mekanik, farmakolojik kontraseptifleri kullanamayanlarca tercih edilebilir(8,9,16)

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesi :

Araştırma Bolu iline 45.km uzaklıkta ki Dörtdivan ilçesinde yapılmıştır.. Dörtdivan ilçe nüfusu 8158'dir. 15-49 yaş kadın nüfusu 1365'dir. 2 merkez mahallesi ve 32 köyü vardır. Merkezde 1 toplum sağlığı merkezi, 2 aile hekimliği birimi bulunmaktadır. İlçede 2 tane eczane bulunmaktadır. Eczanelerden de halk aile planlaması hizmeti almaktadır.

Bolu merkez'e ulaşım gün içinde saat başı otobüsler hareket etmektedir, köyler Dörtdivan merkezine yakın olduğu için burada yaşayanlar yürüyerek ya da kendi araçları ile ulaşım sağlanmaktadır.

İlçede kışları azalan nüfus, yaz mevsiminde artmaktadır. Köyler ve mahalleler burada iç içe geçmiş durumdadır ve insanların yaşam biçimleri arasında fark bulunmamaktadır.

Dörtdivan ilçesinde 15-49 yaş kadın izlemleri yılda iki kere yapılmaktadır. Bolu Sağlık Müdürlüğü verilerine göre Dörtdivan İlçesinde 15-49 yaş kadın başına ortalama izlem sayısı 1.4'dür (5).

3.2.Araştırmanın evreni: Dörtdivan ilçesindeki 15-49 yaş grubu 1365 kadın

3.3.Araştırmanın örnekleme: Örneklem büyüklüğü Bolu Sağlık Müdürlüğü Dörtdivan Toplum Sağlığı Merkezi 15-49 yaş kadın bildirim formuna göre toplam kadın sayısı 1365 (6), aile planlaması etkili yöntem kullanma sıklığı %49.3(5), en az kabul edilebilecek sıklığı %43 alındığında Epi Statcalc programında 205 olarak hesaplandı. Kent ve kırsal dağılımı 497/868 göz önüne alındı. Buna göre kentten 75 ve kırsal bölgeden 130 kadın araştırmaya dahil edildi. Araştırmaya alınacak kadınlar sistematik örnekleme yöntemi ile belirlendi. Buna göre 6 kadından biri araştırmaya dahil edildi. Kırsal- kent nüfusuna göre örnekleme alınan kadın sayısı dağılımı tablo3.3.1. ile gösterilmiştir.

Tablo 3.3.1. Araştırmaya alınan köylerdeki toplam ve örnekleme alınan kadın sayıları

KIR/KENT ADI	KADIN SAYISI	ÖRNEKLEME ALINAN KADIN SAYISI
Kadılar mahallesi	245	36
Çavuşlar mahallesi	252	39
Kılıçlar köyü	20	3
Kurucaköy	25	4
Bayramlar köyü	32	5
Çitler köyü	12	2
Doğancılar köyü	65	10
Yayalar köyü	16	2
Deveciler köyü	26	4
Hacetler köyü	20	3
Adaköy	8	1
Çardak köyü	13	2
Göbüler köyü	19	3
Gücükler köyü	59	9
Ömerpaşalar köyü	32	4
Adakınık köyü	33	5
Süleler köyü	18	3
Seyitaliler köyü	6	1
Yalacık köyü	28	4
Düğer köyü	36	5
Sorkun köyü	44	6
Yukarısayık köyü	8	1
Aşağı Düğer köyü	28	4
Aşağısayık köyü	22	3
K.bayramlar köyü	63	10
Yağbaşlar köyü	29	4
Ortaköy	14	2
Tekkedere köyü	28	4
Aydıncık köyü	19	3
Cemaller köyü	48	8
Bünüş köyü	25	4
Çalköy köyü	28	4
Dülger köyü	20	3
Çetikören köyü	24	4
Toplam	1365	205

3.4.Araştırmanın tipi: Kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.5.Araştırmanın hipotezleri:

- 1) Bolu’da aile planlaması kullanma yöntem kullanma sıklığı Batı Karadeniz Bölgesi’nin sıklığına göre daha yüksektir.
- 2) Kullanılan 15-49 yaş formları risk değerlendirmesi ile anket risk değerlendirmesi tutarlı çıkacaktır.
- 3) Aile planlaması yöntem sıklığı öğrenim durumuna göre değişmektedir.

3.6.Araştırmaya katılma kriterleri: 15-49 yaş arasında kadın olmak

3.7.Araştırmaya katılmama kriterleri: Araştırmaya katılmayı reddetmek

3.8.Araştırmanın değişkenleri (bağımlı ve bağımsız değişkenler):

Bağımlı değişken : Aile planlaması yöntem kullanma durumu, Aile planlaması açısından risk durumu

Bağımsız değişkenler: yaş, doğum aralığı, sistemik hastalığının olması, doğum öyküsü, başka çocuk isteyip istemediği, 15-49 yaş kadının öğrenim düzeyi, kadının kocası ile akrabalık durumu, toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, düşük sayısı, ölü doğum sayısı, ölen çocuk sayısı, bölgede oturma süresi, aile planlaması yöntem kullanma durumu,

3.9.Araştırmada kullanılacak araç ve gereçler: Anket Formu ve 15-49 yaş kadın izlem formu

Anket formu 45 sorudan oluşmaktadır. Oluşturulan anket formu ile sosyodemografik özelliklerle ilgili 18, annelik bilgileri, son gebelik bilgileri, başka çocuk isteyip istemediği ile ilgili 15, aile planlaması yöntem bilgisi, kullanımı, ve risk durumu ile ilgili 12 soru soruldu.

15-49 yaş kadın izlem formunda ise kişi adı-soyadı, doğum tarihi, mesleği, öğrenim durumu, annelik bilgileri, sistemik hastalığı, son gebelik bilgileri, aile planlaması kullanmama nedenleri, eşinin adı, mesleği akrabalık derecesi, kullandığı aile planlaması yöntemi ve risk durumu yer almaktadır.

3.10. Ön-deneme: Anket Formu 5 kişiye yüz yüze uygulandı. Ön deneme sonrası anket formuna son hali verildi.

3.11.Araştırmanın uygulanması: Köylerin girişinden başlanarak her altı evden birine gidildi. İlk hangi eve gidileceği 1-6 arasında kura çekilerek belirlendi. Anket 15-49 yaş kadınlara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

Her bir anketin uygulanması yaklaşık olarak 15 dk sürdü. Daha sonra, görüşülen kadınların sağlık ocağında izlem kartları olup olmadığı araştırıldı ve kartı olanların kartlarındaki risk durumu bilgileri ile ankette buna denk gelen bilgiler arasında tutarlılık bakıldı. Anket formu ile kart bilgisi aynı olanlar tutarlı aynı olmayanlar tutarsız olarak değerlendirildi.

3.12.Araştırmanın analizi: Elde edilen bulgular bir istatistik programı ile analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler hesaplandı, kategorik değişkenlere göre aile planlaması yöntem kullanma sıklığının farklılık gösterip göstermediği ki-kare testi ile, ölçümle belirtilen değişkenlerin karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, iki eş arasındaki farkın önemlilik testi ve parametrik test varsayımlarının karşılanamadığı durumlarda parametrik olmayan karşılıkları, izlem formları ile anketten elde edilen risk durumunun tutarlı olup olmadığı Kappa testi ile değerlendirildi.

4. BULGULAR

Araştırma grubundaki kadınların bazı demografik özellikleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Kadınların yaş gruplarına göre dağılımı 30-34 yaş grubunda 43 (%21.0), 35-39’de 42 (%20.5), 25-29’da 41 (%20.0), 20-24’de 28 (%13.7), 40-44’de 26 (%12.7), 15-19’da 15 (%7.3), 45-49’da 10 (%4.9) kadın; doğum yerlerine göre dağılımları, köy 138 (%67.3), İlçe 55 (%26.8), il merkezi 12 (%5.9) kadın ve medeni durumlarına göre dağılımı ise evli 163 (%79.5), bekar 37 (%18.0), boşanmış 4 (%2.0), dul 1 (%0.5) kadın şeklindedir.

Tablo 4.1. Araştırma grubundakilerin yaş gruplarına, doğum yeri ve medeni duruma göre dağılımları.

Yaş Grubu	Sayı	%
15-19	15	7.3
20-24	28	13.7
25-29	41	20.0
30-34	43	21.0
35-39	42	20.5
40-44	26	12.7
45-49	10	4.9
Doğum Yeri		
İl Merkezi	12	5.9
İlçe	55	26.8
Köy	138	67.3
Medeni Durum		
Evli	163	79.5
Bekar	37	18.0
Boşanmış	4	2.0
Dul	1	0.5
Toplam	205	100.0

Tablo 4.2’de araştırma grubundaki kadınların ve eşlerinin öğrenim durumları gösterilmiştir. Buna göre kadınların öğrenim durumuna göre dağılımı; ilkokul mezunu 150(%73.2), Lise 24(%11.7), ortaokul 18(%8.8),okur-yazar olmayan 6(%2.9), okur- yazar olan 3(%1.5) Üniversite 3 (%1.5), belirtmeyen 1(% 0.5) şeklindedir. Eşlerinin öğrenim durumuna göre dağılımı ise ilkokul mezunu 88(%42.9), Lise 36 (%17.6), ortaokul 21(%10.2), Üniversite 19 (%9.3), okur- yazar olan 3(%1.5) şeklindedir.

Tablo 4.2 . Araştırma grubundaki kadınların ve eşlerinin öğrenim durumuna göre dağılımı

Öğrenim durumu	Kadınlar		Eşleri	
	Sayı	%	Sayı	%
Okur yazar değil	6	2.9	-	-
Okur yazar	3	1.5	3	1.5
İlkokul	150	73.2	88	42.9
ortaokul	18	8.8	21	10.2
Lise	24	11.7	36	17.6
Üniversite	3	1.5	19	9.3
Belirtmeyen	1	0.5	-	-
Toplam	205	100.0	205	100.0

Ortalama öğrenim yılı kadınların 5.4 ± 0.2 , erkeklerin ise 7.8 ± 0.3 dür. Erkeklerin ortalama öğrenim yılı kadınlardan daha fazladır ($t=-9.5$, $p<0.001$).

Araştırma grubundakilerin mesleğe göre dağılımı ev hanımı 166 (%81.0), ev kızı 28 (%13.7), öğrenci 6(%2.9), öğretmen 2(%1.0), işçi, laborant ve acil tıp teknisyeni 1’er kadın (%1.5) şeklindedir.

Araştırma grubundaki 168 evli kadının ilk evlilik yaşı ortancası 19.5 ve 14 ile 40 arasında değişmektedir. Ortalaması ise 20.3 ± 0.3 yaşıdır. İlk evlilik yaşı 18’in altında olanların sayısı 41(%24.4) dir.

Tablo 4.3’ de araştırma grubundaki kadınlarının eşlerinin meslek gruplarına göre dağılımı gösterilmiştir. Buna göre esnaf 82 (% 40.0), işçi 33(16.1), memur 25(% 12.2), çiftçi 19(% 9.3), işsiz 5 (%2.4) ve emekli 4 (% 2.0) şeklindedir.

Tablo 4.3. Araştırma grubundaki kadınlarının eşlerinin meslek gruplarına göre dağılımı

Eş mesleği	Sayı	%
Esnaf	82	40.0
İşçi	33	16.1
Memur	25	12.2
Çiftçi	19	9.3
İşsiz	5	2.4
Emekli	4	2.0
Toplam	168	100.0

Araştırma grubundaki kadınların akraba evliliği durumları 152 (% 90) kadın akraba evliliği yapmamış, 16'sı (% 10) akraba evliliği yapmış şeklindedir.

Araştırma grubunda evde yaşayan kişi sayısı 2 ile 11 arasında değişmekte, ortancası 5 ortalaması ise 5.3 ± 0.1 kişidir.

Tablo 4.4.'de araştırma grubundaki kadınların aile tipine göre dağılımı gösterilmiştir. Buna göre geniş aile tipi 110(%53.7) ve 95(%46.3) çekirdek aile tipi şeklindedir.

Tablo 4.4. Araştırma grubundaki kadınların aile tipine göre dağılımı

Aile tipi	Sayı	%
Geniş aile	110	53.7
Çekirdek aile	95	46.3
Toplam	205	100.0

Araştırma grubundakilerin sosyal güvence durumlarına göre dağılımı Tablo 4.5'de gösterilmiştir. Araştırma grubundaki kadınların sosyal güvenceleri; SSK 71(%34.6), Bağ-kur 52(%25.4), Yeşil kart 28(%13.7), Emekli Sandığı 22(%10.7) ve sosyal güvencesi olmayanlar ise 32(%15.6) şeklindedir.

Tablo 4.5. Araştırma grubundaki kadınların sosyal güvence durumlarına göre dağılımı

Sosyal güvence türü	Sayı	%
SSK	71	34.6
Bağ-kur	52	25.4
Sosyal güvencesi olmayan	32	15.6
Yeşil kart	28	13.7
Emekli sandığı	22	10.7
Toplam	205	100.0

Araştırma grubundaki kadınların göç durumları; 168(%82.0) göç yok, 36(% 17.6) göç var şeklindedir.

Araştırmaya katılan kadınların gelir durumlarına göre dağılımı Tablo 4.6’da gösterilmiştir. Buna göre kadınların; 136(%66.3) gelir durumunun orta olduğu, 62(%30.2) gelir durumunun düşük olduğu, 7(%3.4) ise yüksek olduğu şeklinde yanıtlamıştır.

Tablo 4.6. Araştırma grubundaki kadınların gelir durumuna göre dağılımı

Gelir durumu	Sayı	%
Düşük	62	30.2
Orta	136	66.3
Yüksek	7	3.4
Toplam	205	100.0

Araştırmaya katılan kadınların sistemik hastalık durumlarına bakıldığında; 191(%93.2) kadının sistemik hastalığının olmadığı, 14(%6.8) kadının ise sistemik bir hastalığının olduğu şeklinde yanıtlamıştır. Ayrıca kadınların özür durumuna bakıldığında; 204(%99.5) kadının özür durumu olmadığı, 1(%0.5) kadının ise özür durumu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların son doğumlarından itibaren geçen zaman; 5 yıl ve üzeri olan kadın sayısı 102(%65.4), 2 ve 4 yıl arasında kadın sayısı, 33(%21,2),

doğum yapalı bir yıldan az ve bir yıl olan kadın sayısı 21(%13.5) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.7’de araştırma grubunun doğurganlık özellikleri gösterilmiştir. Buna göre evli olup hiç gebe kalmayan kadın 8(%4.8), bir kez gebe kalan 32(%19.2), 2-4 arasında gebeliği olan 96(%57.5), 5 ve üzeri gebeliği olan 31(%7.8) dir. Canlı doğum sayısına bakıldığında hiç canlı doğum yapmamış kadın 8(% 5.0), sadece 1 kez canlı doğum yapmış kadın 36(%21.6), 2-4 arası 111(% 66.5), 5 ve üzeri ise 7(%4.2) dir. Yaşayan çocuk sayısı 1 olan 35(% 21.7), 2-4 arasında olan 112(% 69.6), 5 ve üzeri yaşayan çocuğu olan kadın sayısı 6 (%3.7) olarak belirtilmiştir. Kadınların düşük yapma durumu sorulduğunda 109(% 92.2) hiç düşük yapmadığı, 58(34.7) kadının düşük öyküsü olduğu, 13(% 7.8) canlı doğup ölen bebek sayısı olduğu, 9 (% 5.4) kadının ise ölü doğum yaptığı belirlenmiştir. Kadınlara başka çocuk isteme durumu sorulduğunda 144(% 86.7) kadın hayır, 22(%13.3) evet cevabı verdiği belirlenmiştir. İdeal çocuk sayısı sorulduğunda 1 çocuk cevabı veren 6(%2.9), 2-4 arası 196(% 95.5), 5 ve üzeri ise 3(% 1.5) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Araştırma Grubundaki kadınların doğurganlık özellikleri dağılımı

Doğurganlık özellikleri	Sayı	%
Toplam gebelik sayısı(n=167)		
0	8	4.8
1	32	19.2
2-4	96	57.5
5 ve üzeri	31	18.6
Canlı doğum sayısı(n=167)		
0	13	7.8
1	36	21.6
2-4	111	66.5
5 ve üzeri	7	4.2
Yaşayan çocuk sayısı(n=161)		
0	8	5.0
1	35	21.7
2-4	112	69.6
5 ve üzeri	6	3.7
Düşük(n=167)		
Yok	109	65.3
Var	58	34.7
Canlı doğup ölen çocuk(n=167)		
Yok	154	92.2
Var	13	7.8
Ölü doğum(n=167)		
Yok	158	94.6
Var	9	5.4
Başka çocuk isteme durumu(n=167)		
Evet	22	13.3
Hayır	144	86.7
İdeal çocuk sayısı(n=205)		
0	0	0.0
1	6	2.9
2-4	196	95.5
5 ve üzeri	3	1.5

Tablo 4.8’de Araştırma grubundaki kadınların aile planlamasına yöntem kullanma durumlarına göre dağılımı gösterilmiştir. Buna göre etkili yöntem kullananlar; hap 26(% 16.0), kondom 46(% 28.2), Ria 26(% 16.0), depo prv 4 (% 2.5), Tüpligasyon 3(%1.8), enjeksiyo3(%1.8) n, hap+ kondom kullandığı 2(%1.2) kadın şeklindedir. Etkisiz yöntem olarak sadece geri çekmenin 39(%19.0) kadın tarafından kullanıldığı belirlenmiştir. Hiçbir yöntem kullanmayan kadın sayısı ise 57(% 27.8) dir.

Tablo 4.8. Araştırma grubundaki kadınların aile planlamasına yöntem kullanma durumlarına göre dağılımı.

Yöntem	Sayı	%
Etkili yöntem	109	53.2
Kondom	46	28.2
Hap	26	16.0
Ria	26	16.0
Depo prv	4	2.5
Tüpligasyon	3	1.8
Enjeksiyon	3	1.8
Hap+ kondom	2	1.2
Etkisiz yöntem		
Geri çekme	39	19.0
Yöntem kullanmayanlar	57	27.8
Toplam	205	100.0

Yöntem kullanma durumu medeni duruma göre değerlendirildiğinde evli olan 163 kadından 107'sinin (%65.6) etkili yöntem 39'unun (%23.9) etkisiz yöntem kullandığı, 17 evli kadının ise(%10.4) yöntem kullanmadığı görülmüştür. Bekar olan 37 kadının hiç biri yöntem kullanmamaktadır. Boşanmış olan 4 kadından 1'i (%25) etkili yöntem kullanmakta diğer 3'ü (%75.0) yöntem kullanmamaktadır. Dul olan 1 kadın ise etkili yöntem kullanmaktadır.

Tablo 4.9'da araştırma grubundaki kadınların yöntem kullanımına ilişkin özellikleri dağılımı gösterilmiştir. Kadınların 72(% 66.1) güvenilir, 18(% 16.5) yan etkisi düşük ve 16(% 14.7) kolay ulaşılır olduğu için etkili yöntemi tercih etmişlerdir. Yöntem kullanmaya başlamada yardımcıları olarak 56(% 50.9) sağlık ocağı, 29(%26.4) eşi ile görüşerek, 13(% 11.8) komşu- arkadaşı olduğunu belirtmiştir. Kadınlar yöntemi temin ederken 79(73.8) sağlık ocağını, 17(%15.9) eczaneleri kullanmaktadır.

Tablo 4.9. Araştırma Grubundaki Kadınların Yöntem Kullanımına İlişkin Özellikleri Dağılımı

Tercih etme nedeni	Sayı	%
Güvenilir	72	66.1
Kolay ulaşılır	16	14.7
Yan etkisi az	18	16.5
Ucuz	1	0.9
Diğer	2	1.8
Yöntem kullanmaya başlamada yardımcıları		
Sağlık ocağı	56	50.9
Eşi ile görüşerek	29	26.4
Komşu-arkadaş	13	11.8
Doktor önerisi	8	7.3
Kendi kararı	4	3.6
Yöntemi temin etme		
Sağlık ocağı	79	73.8
Eczane	17	15.9
Özel doktor	11	10.3
Toplam	205	100.0

Tablo 4.10’da toplam 205 kadından etkili yöntem kullanan 109 kadın hariç etkisiz yöntem kullanan ve hiç yöntem kullanmayan 96 kadının yöntem kullanmama sebeplerinin dağılımı gösterilmiştir. Bu tabloya göre kadınların 38’i (%39.6) cinsel yaşamları olmadığı için yöntem kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Bu 38 kadının 37’si bekardır. Yöntem kullanmama nedeni olarak ikinci sıklıkla kendi istememesi 21(% 21.9) ve daha sonra eşi istememesi 14(%14.6), gösterilmiştir. 11(% 11.5) kadın ise çocuk istediği için yöntem kullanmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.10. Araştırma Grubundaki Kadınların Yöntem Kullanmama Sebepleri Dağılımı

Yöntem kullanmama sebepleri	Sayı	%
Cinsel yaşamı yok	38	39.6
Kendi istemiyor	21	21.9
Eşi istemiyor	14	14.6
Çocuk istiyor	11	11.5
Boşanmış	3	3.1
Gebe-emzikli	2	2.1
Neden belirtmeyen	2	2.1
Histerektomi	1	1.0
Eşi başka yerde	1	1.0
Ulaşımı zor	1	1.0
Menopoz	1	1.0
Kısırlık	1	1.0
Toplam	96	100.0

Araştırma grubundaki kadınların ortalama bilinen yöntem sayısı, 5.02 ± 0.1 'dir. Araştırmaya katılan kadınların bildikleri korunma yöntem sayısına göre dağılımı; sekiz yöntem bilen 12(%5.9), altı yöntem bilen 72(%35.3), beş yöntem bilen 33(%16.2), üç yöntem bilen 26(%12.7) şeklindedir.

Tablo 4.11'de araştırma grubundaki kadınların yakın zamanda çocuk sahibi olmak isteme durumu ile aile planlaması yöntem kullanma durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Çocuk isteyen 22 kadından 5'i (%22.7) etkili yöntem kullanmakta, 6'sı (%27.3) etkisiz yöntem kullanmakta, 11'i (%50.0) yöntem kullanmamakta iken; istemeyen 144 kadından 102'si (%70.8) etkili yöntem, 33'ü (%22.9) etkisiz yöntem ve 9 (%6.3) kadın yöntem kullanmamaktadır. Kadınların çocuk isteyip istememelerine göre yöntem kullanma durumu farklılık göstermektedir ($\chi^2=28.5$, $p<0.001$).

Tablo 4.11. Araştırma Grubundaki Kadınların Yakın Zamanda Çocuk Sahibi Olmak İsteme Durumu ile Aile Planlaması Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Çocuk isteme durumu	Etkili		Etkisiz		Kullanmıyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İstiyor	5	22.7	6	27.3	11	50.0	22	100.0
İstemiyor	102	70.8	33	22.9	9	6.3	144	100.0
Toplam*	107	64.5	39	23.5	20	12.0	166	100.0

$\chi^2=28.5$, $p<0.001$ *Her iki soruya da cevap verenler arasında analiz yapılmıştır.

Tablo 4.12’de araştırma grubundaki kadınların yaş grubuna göre aile planlaması yöntem kullanma durumu dağılımı gösterilmiştir. Buna göre 35-44yaş grubunda etkili yöntem kullanma sıklığı en fazladır ($\chi^2=56.9$, $p<0.001$).

Aile planlaması yöntem sıklığı ile öğrenim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 4.12. Araştırma Grubundaki Kadınların Yaş Grubuna Göre Aile Planlaması Yöntem Kullanma Durumu Dağılımı

Yaş grubu	Etkili		Etkisiz		Kullanmıyor		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
15-24	10	23.3	2	4.7	31	72.1	43	21.0
25-34	47	56.0	19	22.6	18	21.4	84	41.0
35-44	48	70.6	14	20.6	6	8.8	68	33.0
45 ve üzeri	4	40.0	4	40.0	2	20.0	10	5.0
Toplam**	109	53.2	39	19.0	57	27.8	205	100.0

$\chi^2=56.9$, $p<0.001$ * Sütun yüzdesi ** Satır Yüzdesi

Tablo 4.13’de anket ve 15-49 Yaş Kadın İzlem fişlerine göre risk değerlendirmesinin tutarlılığı gösterilmiştir. Ankete ve fişe göre riskleri aynı işaretlenmiş olan kadın sayısı 146 (%86.9)’dır. Fiş ve ankete göre risk değerlendirmesi tutarlıdır (Kappa=0.76, $p<0.001$).

Tablo 4.13. Anket ve 15-49 Yaş Kadın İzlem fişlerine göre risk değerlendirmesinin tutarlılığı

Fişe göre risk	Ankete göre risk						Toplam
	1		2		3		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1	54	96.4	2	3.6	0	0.0	56
2	14	14.3	84	85.7	0	0.0	98
3	3	21.4	3	21.4	8	57.1	14
Toplam	71	42.3	89	53.0	8	4.8	168

Kappa=0.76, p<0.0

5. TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan 205 kadının %21.0 30-34 yaş grubundadır. Kadınların ilk evlenme yaşı ortancası 19.5 ve 14 ile 40 arasında değişmektedir. Ortalaması ise 20.3 ± 0.3 yaştır. TNSA 2003 sonuçlarına göre kadınların ilk evlilik yaşı 20, 2008 TNSA' ya göre ise 20.8 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki veriler TNSA 2003 ve 2008 ile uyumludur.

Kadınların %73.2' si ilkokul mezunudur. Bu rakam Türkiye'deki 15-49 yaş evli kadınlarda %61.1'dir(2). Ankara' da yarı kentsel bir bölgede yapılan bir çalışmada ilkokul mezunu 15-49 yaş kadın %68.6 bulunmuştur. Çalışmamızdaki eğitim düzeyi Türkiye geneli ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi İl merkezine olan yakınlığı ve köylerin merkeze olan ulaşım kolaylığı olmasına bağlanabilir. Ayrıca Bolu ili olarak eğitime verilen önemi ve temel eğitim olanaklarından yararlanmış olduğunu düşünülebilir.

Kadınların % 81.0'i ev hanımıdır. Aile planlaması hakkında yapılan çalışmalarda kadınların çoğunun ev hanımı olduğu belirlenmiştir(17,35,32).

Kadınların %53.7'sinin geniş aileye sahip oldukları saptanmıştır.(Tablo4.4) Türkiye'de kentleşmeyle birlikte giderek çekirdek aile yapısının artmasına rağmen, kırsal alanda geniş aile dediğimiz geleneksel aile yapısı hakimdir.

Kadınların evde yaşayan kişi sayısı ortalaması 5.3 ± 0.1 'dir. Türkiye'de hane halkı büyüklüğü 4.0'dır. Kentsel alanlarda 3.8 kişiye düşen ortalama hane halkı büyüklüğü,kırsal alanlarda 4.2 kişiye yükselmektedir(4). Her on haneden üçünde ise 5 veya daha fazla kişi yaşamaktadır. Bolu ili Dörtdivan İlçesi'nde hane halkı büyüklüğü Türkiye ortalamasının üzerindedir.

Sosyal güvencenin olması sağlık bakımından önemli bir etkidir. Araştırma kapsamına alınan kadınların % 84.4'ünün sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır. (Tablo4.5).

Kadınların %66.3'ü gelirin gidere eşit ekonomik koşullara sahip oldukları saptanmıştır.(Tablo6) Mahmoudi'nin 2001 yılında yapmış olduğu çalışma, Mayda ve arkadaşları ile Düzce İlinde yapılan çalışma ile paralellik göstermektedir(35,46).

Kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması 2.8 bulunmuştur. Türkiye'de ise ortalama 2.2'dir. (2). Isparta'da 2006 yılında yapılan bir çalışmada 2.2 Sivas'da 2003 yılında yapılan bir çalışmada ortalama 3.3, Bingöl'de 2008 yılında yapılan

çalışmada 2.7 olarak saptanmıştır.(17,34,40) Bu çalışmada bulunan sonuç Türkiye ortalamasının üzerinde bulunmuştur. Araştırmada, canlı doğum sayısı ise 2.18 bulunmuştur. TNSA 2008 verilerine göre ülke genelinde evli kadınlarda ortalama canlı doğum sayısı 2.49, Bingöl’de yapılan araştırmada 2.56 olarak bulunmuş ve bu çalışmada düşük bulunmuştur. Yaşayan çocuk sayısı ise ortalaması 2.2 bulunmuştur. Manisa’da 2006 yılında yapılan çalışmada 2.4, Sivas’da 2001 yılında yapılan çalışmada 2.5 bulunmuş(4,34,39,40).

Ülkemizde istenmeyen gebeliklerin fazla olması, anne sağlığı için risk oluşturan düşük oranlarının artışına neden olmaktadır. Çalışmamızda kadınların %65.3’ü hiç düşük yapmamış,% 34.7’si düşük yapmıştır. TNSA 2003 verilerine göre 15-49 yaş evli kadınlarda düşük oranı %23.9 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada bulunan düşük oranı Türkiye’nin üzerindedir.

Araştırmaya katılan kadınların %86.7’si başka çocuk istemediği belirlenmiştir.(tablo 4.7) Başka çocuk istemeyenlerin hem yöntem kullanma hem de modern yöntem kullanma oranının daha yüksek olabileceği düşünülebilir.

Kadınların % 95.5’inin ideal çocuk sayısı 2-4 çocuktur.(tablo 4.7) ortalaması 2.4’dür. Türkiye genelinde ideal çocuk sayısı ortalaması 2.5, Batısında ideal çocuk sayısı ortalaması 2.3’dür(2). Nevşehir’de 2005 yılında yapılan çalışmada 2.4 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ideal çocuk sayısı Türkiye geneli ve Batısı ile paralellik göstermekte, Nevşehir’de yapılan çalışma ile bire bir örtüşmektedir(9). Ayrıca araştırmaya katılan kadınların Türkiye geneline göre daha küçük bir aile istedikleri anlaşılmaktadır.

Çalışmada, incelenen kadınların % 72.2’si herhangi bir yöntem kullanmaktadır. 2003–2008 TNSA verileri karşılaştırıldığında herhangi bir yöntem kullanma oranı %71’den %73’e, hangi bir modern yöntem kullanma oranı %42.0’den % 46’ya yükselmiştir. Bu oran zaman içinde yükselmesine rağmen gelişmiş ülkeler düzeyine ulaşamamıştır (2,4,16). Bolu 2008 sağlık ölçütlerine göre ise % 58.9 dur. Batı Karadeniz bölgesinde yöntem kullanma oranı %77.5’dir. 2006 yılında Isparta’da yapılan bir araştırmada 15-49 yaş izlem fişlerine göre aile planlaması kullanım oranı %84.3 (17), 2004 yılında Manisa kent merkezinde yapılan bir çalışmada ise kadınların % 72.3’ü yöntem kullanmaktadır(39),2006 yılında İzmir’de yapılan başka bir çalışmada ise %59.2’dir(33). Bolu iline ve TNSA 2003 verilerine

göre çalışmamızda yöntem kullanma oranı yüksek, TNSA 2008 verilerine ve Batı Karadeniz bölgesine göre düşük çıkmıştır. Etkili yöntem kullanma oranı ise %53.2'dir. Batı Karadeniz bölgesinde bu oran % 46.0'dir. Çalışmamız da etkili yöntem kullanma oranı Batı Karadeniz bölgesine göre daha yüksek çıkmıştır(2,4,5).

Aile planlaması için kullanılan yönteme bakıldığında % 28.2 ile kondom, % 16.0 ile Ria ve hap oluşturmaktadır. Bolu ili ile Batı bölgesinde yöntem kullanma durumuna bakıldığında kondom ilk sırada gelmektedir. Bu durum bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. TNSA 2008 verilerine göre en fazla kullanılan yöntem Ria % 16.0 şeklindedir ve bu durum çalışmamızla paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni olarak kişilerin güvenilir ve yan etkisinin az olması nedeni ile tercih etmiş olmaları olabilir. Aynı zamanda gelişmiş ülkelerde en çok tercih edilen kontraseptif yöntem KOK ve kondomdur. İstanbul 2005 yılında Baksu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, Kayseri ilinde 2002 yılında Balcı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, Sivas'da 2001 yılında Yıldırım ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ve buna benzer birçok çalışmada etkili yöntem kullanımı ilk sırada RİA, ikinci sırada kondom gelmektedir. Aydın'da yapılan bir çalışmada ilk sırayı ise kondom almaktadır. Araştırmamız Aydın' da yapılan çalışmayı desteklemekte, diğer çalışmalar ile ayrılmaktadır.(4,40,41,45,47) Çalışmamızda etkisiz yöntem olarak sadece geri çekme kullanılmaktadır(%19.0). TNSA 2008 verilerine göre geri çekme %26.2'lik kullanım oranı ile en sık kullanılan geleneksel yöntemdir(4).

Aile planlaması yöntemlerini tercih etme nedenlerine bakıldığında %66.1'i güvenilir, %16.5'i yan etkisi az, % 14.7'si kolay ulaşılır buldukları için bu yöntemleri seçtiklerini belirtmişlerdir. Bu bulgu 2008 Bingöl Uydukent'te ve 2005 Düzce İlinde yapılan çalışma ile aynı dağılımı göstermektedir.(34,35).Nijerya'da yapılan bir çalışmada da kadınların yaygın olarak kullandıkları yöntemi güvenilir (%28.7) olduğu için tercih ettiği belirlenmiştir(48).

Kadınların yöntem kullanmaya başlamada yardımcı olarak % 50.9 oranında sağlık personelinin yararlanması olumlu fakat geliştirilmesi gereken bir sonuçtur. Düzce İlinde yapılan bir çalışmada yöntem kullanmaya başlamada yardımcı olarak eşi ile görüşerek %50.3 ve sağlık personeli önerisi ile de %20.3 olarak bulunmuş ve bu durum çalışmamızla paralellik göstermemektedir(35). Kadınların aile planlaması

ile ilgili yöntem başlamada yardımcı olarak sağlık personelinin birinci sırada yer alması, aile planlaması eğitiminde sağlık personelinin başarı düzeyinin olumlu yönde olmasından kaynaklanmasıyla yorumlanabilir.

Yöntem kullanan kadınların %79'u aile planlaması yöntemlerini sağlık ocağından, %17'si eczanelerden ve %11'i özel doktordan temin ettikleri belirlenmiştir. TNSA 2008 verilerine göre temin edilen yerlerin başında %61 ile kamu gelmektedir. Burada da %33 ile sağlık ocakları, %15 ile hastaneler ve %7 ile doğumevleri şeklinde sıralanmaktadır. Bunu %35 ile özel sektör, %23.3 ile eczaneler takip etmektedir. Araştırmamızda ise sağlık ocağı ilk sırada bunu da eczane takip etmektedir. Bunun nedeni İlçe şartlarına göre sağlık ocaklarında bu hizmetin ücretsiz olmasından ve gerekli bilgi eksikliklerini sağlık personelinin yeterli düzeyde karşılanabiliyor olmasından kaynaklamakta şeklinde yorumlanabilir.

Kadınların yöntem kullanmama nedenlerine bakıldığında 21 kadın(%21.9) kendi istemediği için, 14 kadın(%14.6) kadın ise eşi istemediği için yöntem kullanmadığını ifade etmiştir. Van'da yapılan bir çalışmada %55.2'si aile büyükleri izin vermediği için, aynı çalışmada %30'u günah olduğunu düşündüğü için, Balıkesir'de ve Çanakkale'de yapılan çalışmalarda %22.8'i eşi istemediği için yöntem kullanmadıkları ortaya çıkmıştır(49,50).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bolu İli Dörtdivan İlçesinde aile planlaması yöntem kullanma sıklığını belirlemek ve aile planlaması açısından kadınların risk durumunun; 15-49 Yaş Kadın İzlem Fişleri ile anketten elde edilen bilgilere göre tutarlı olup olmadığının araştırılması amaçlanan bu çalışmada aile planlaması yöntem kullanma sıklığı % 72.2 olarak bulundu. Bu sıklık TNSA 2008 araştırmasının Batı Karadeniz Bölgesi verileri ile uyumludur.

Araştırma grubundaki kadınların ortalama bilinen yöntem sayısı, 5.02 ± 0.1 'dir. Etkili yöntem kullanan 109 kadından 72 (%66.1)'si güvenilir, 18(% 16.5) yan etkisi düşük ve 16(% 14.7) kolay ulaşılır olduğu için etkili yöntemi tercih etmişlerdir. Yöntem kullanmaya başlamada yardımcıları olarak 56(% 50.9) sağlık ocağı, 29(%26.4) eşi ile görüşerek, 13(% 11.8) komşu- arkadaşı olduğunu belirtmiştir. Kadınlar yöntemi temin ederken 79(73.8) sağlık ocağını, 17(%15.9) eczaneleri kullanmaktadır.

Yöntem kullanmayan 96 kadın bunun nedenlerini; 38 kadın (%39.6) cinsel yaşamları olmadığı, kendi istememesi 21(% 21.9) ve daha sonra eşi istememesi 14(%14.6), şeklinde saymıştır. Çocuk istediği için yöntem kullanmadığını belirten kadın sayısı ise 11(% 11.5)'dir. Yöntem kullanmama ve düşük oranının yüksek olmasının nedenlerini ortaya koymak için ileri araştırmalar yapılabilir.

Anket ve 15-49 Yaş Kadın İzlem fişlerine göre risk değerlendirildiğinde; ankete ve fişe göre riskleri aynı olan kadın sayısı 146 (%86.9)'dır. Fiş ve ankete göre risk değerlendirmesi tutarlıdır (Kappa=0.76, $p<0.001$).

Aile planlaması yöntem kullanma sıklığı 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre Batı bölgelerden daha düşüktür. Yöntem kullanmaya başlamada kadınların yarısından fazlasının sağlık ocağında ikna edilmeleri, yöntemi temin etmede sağlık ocağının kullanılması, Dörtdivan Toplum Sağlığı Merkezinde aile planlaması ve üreme sağlığına gereken önemin verildiğini göstermektedir. En sık kullanılan yöntemin kondom olması, sadece kadınların değil, erkeklerin de hizmete katılmış olduğunu ve halkın sağlık çalışanlarına güvendiğini göstermektedir. Fakat bu durumun daha da geliştirilmesi için çalışmalara devam edilmelidir.

7. KAYNAKÇA

1. A.,Özvarış ŞB, Özgüner N, Dilbaz B, Özaydın NG. Üreme Sağlığına Giriş.1 Baskı, Ankara: Ankamat Matbaacılık Sanayi Ltd.Şti.,2007:4-13
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü :Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara,2003: 59-158
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü :Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara,1998:
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü :Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara,2008: 60-129
5. <http://www.bolusaglik.gov.tr/>
6. <http://tsim.saglik.gov.tr/tsim>
7. Sağlık Bakanlığı Formları, 15-49 yaş kadın izlem fişi
- 8.Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara :ISBN, 2006: 248-301
9. Karataş N. Nevşehir Konak Kasabasında yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların Aile Planlaması uygulamaları, Yüksek lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2005.
10. Dirican R. ve Bilgen N. Halk Sağlığı. 11. Baskı. Bursa. Uludağ Üniversitesi, 1992: 377-390

- 11.** Karacaoğlu EN. Çukurova Üniversitesi Bağlı Değişik Fakültelerde Okuyan Öğrencilerin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi ve Tutumları, Bilim Uzmanlığı Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana 1996.
- 12.** Naçar M,. Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Kullanmaya Etkisi, Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri, 2002.
- 13.** Alacalıoğlu F. Elmadağ İlçesindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi ve Tutum Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2002.
- 14.** Durak H. Sosyo Ekonomik Düzeyi Farklı iki Lisede Lise 2. Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Bilgi Düzeyleri ve Etkili faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1998.,
- 15.** Öztürk Y. Kayseri İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlamasına İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi,Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Kayseri,2006.
- 16.** Özaydın Gülersoy AN, Debay M. Aile Planlaması Danışmanlığı. 1. Baskı, Ankara: Buşuş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri., 2006: 2-187
- 17.** Uzun E, Kişioğlu M, Nayir T, Öztürk M, Kişioğlu N. Isparta Keçiborlu Eğitim Ve Araştırma Bölgesi'nde 2006 Yılı 15-49 Yaş Kadın İzlem Fişlerine Göre Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2007,16(12): 181-186
- 18.** Örsal Ö. Ankara Belediye Sınırları İçerisinde Yaşayan Bireylerin Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2006.

- 19.** Westoff CF; Trends In The Demand For Family Limitation In Developing Countries. International Family Planning Perspectives, Jun; 26(2): 56-62, 97, 2000
- 20.** Cengiz L. Kontraseptif yöntemlerde yenilikler. 1.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi 2001:3-25
- 21.** Şahin N H, Bulduk S, Kontraseptif Yöntemler İçin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Uygunluk Ölçütleri, İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 1: 37-41.
- 22.** The State Of World Population 2004 The Caire Consensus At Ten:Population, Reproductive Health And The Global Effort To End Poverty,UNFPA, Chapter 6, Reproductive Health And Family Planning, p: 37-39, Erişim: online <http://www.un.org.tr>
- 23.** Willamson ML,. Parkes A,.Wight D,. Petticrew M,.Hart GJ,. Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research,2008: 1-12
- 24.** Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi Katılımcı Rehberi, dağıtım: 5_15_ A
- 25.** Marston C., Cleland J., “Relationships Between Contraception And Abortion: A Review Of The Evidence”, International Family Planning Perspectives, September, 29 (1): 6-13, 2003.
- 26.** T.C. Sağlık Bakanlığı. (1995). Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı. 6.Baskı (147-160)

27. World Health Organization (WHO) . Selected practice recommendations for contraceptive use. Geneva, Switzerland: WHO, 2002 Erişim: http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/updates.html

28. Akın A., Uluslararası Karalar Panelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye’deki Uygulamalar. Sağlık ve Toplum Dergisi, Kadın sağlığı özel sayısı yıl:8 sayı 4: Temmuz -Aralık 1998:16-22

29. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2000). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Cilt 2. 3. Baskı. Ankara. Yapı Kredi Yayınları (350-440).

30. History of IUD: <http://www.contraceptiononline.org/>

31. David A,G rimes MD. The Contraception Report, February 2004 Volume 14, No. 4 , 9-12

32. Nesanır N, Alper AS, İpek S, Akovalı B, Yılmaz H, Baysan NP, Eser E. Manisa 4 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Kadın İzlem Kartı Tutarlılığı ve Tutarlılığı Etkileyen Faktörler, Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007,6(5): 336-340.

33. Giray H, Kekinoğlu P. Işıkkent Sağlık Ocağı’ na Başvuran 15-49 yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı Ve Etkileyen Etmenler, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2006,15(2): 23-26

34. Kaya H, Tatlı H, Açıık Y, Deveci SE. Bingöl İli UyduKent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2008, 22(4): 185-191

35. Mayda AS, Arslan T, Bozkurt HB, Dedeli İ, Özkan MÖ. Düzce İli Kalıcı Konutlar Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Yöntem Kullanma Oranları Ve

Tercih Nedenleri, Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005,4(5): 265-279.

36. Karaçomak Z, Ertem M, Ceylan A, Saka G. Diyarbakır Şehitlik Sağlık Ocağı Bölgesinde Kadınların Aile Planlaması Kullanım Sıklıkları Ve Bunu Etkileyen Faktörler, 2004, www.halksagligi.org, Mart-2009

37. Altıntaş H, Beyhun NE, Aykun G, Azboy D, Balıkoğlu M, Balsak D, Barın H. Emine Fahri Uçar Açs-Ap 13 Merkezi Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bazı Bilgi, Görüş Ve Davranışları, Sağlık ve Toplum Dergisi,2004, 14(4):48-54

38. Şimşek Z, Kurçer MA, Ersin F, Gözükar F, Kayahan M. Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesi 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgi Ve Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörler, Sağlık ve Toplum Dergisi, 2003, 13(1):75-80.

39. Altınparmak S, Adıgüzel Z. Manisa’da yaşayan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemleri İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları; Kırsal Alan Örneği, Jinekoloji Ve Obstetrik Dergisi, 2006, 20(3): 142-149.

40. Yıldırım G, Turaçlar N, Bakır , 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

41. Balcı E, Öztürk A, Gün İ, Öztürk Y. Kayseri İli Talas İlçesindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Kullanılan Aile Planlaması Yöntemiyle İlgili Şikayetlerin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, 2008, 17(1): 54-62

42. Williamson LM, Parkers A, Wight D, Petticrew M, Hart GJ. Limits To Modern Contraceptive Use Among Young Women In Developing Countries: A Systematic Review Of Qualitative Research, Reproductive Health, 2009, 6(3): 1-12

43. Gakidou E, Vayena E. Use of Modern Contraception by the Poor Is Falling Behind, PLoS Medicine, 2007, 4(2):381- 390

- 44.** Hong R, Montana L, Mishra V. Family planning services quality as a determinant of use of IUD in Egypt, BMC Health Services Research, 2006, 6(79):1-8
- 45.** Parkes A, Wight D, Henderson M, Stephenson J, Strange V. Contraceptive Method At First Sexual Intercourse And Subsequent Pregnancy Risk: Findings From A Secondary Analysis Of 16-Year- Old Girls From The Ripple And Share Studies, The Journal of Adolescent Health, 2009 January ; 44(1): 55–63
- 46.** Mahmoudi M.F, 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumu ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir,2001
- 47.** Baksu A, Güneş G, Akı G, Tüysüz F, Göker N. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Merkezinde Kontraseptif kullanımı ve yaş Gruplarına Göre Kontraseptif Tercihler, Kadın Doğum Dergisi,2005,3(4): 595-599
- 48.** Adinma JI, Agbai AO, Nwosu BO. Contraceptive choices among Nigerian woman attending an antenatal clinic, Adv Contracept,1998 Jun,14: 131-145.
- 49.** Karadağ N, Aslantekin F, Balıkesir Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş Kadınlarda Aile Planlaması Hizmetlerinin ve Yöntemlerinin Kullanılabilirliği, Hemşirelik Forumu,Ocak-Şubat 2005:50-53
- 50.** Tanrıverdi G, Özkan A, Şenveli S, Çanakkale’de kadınların Aile planlaması yöntemlerini Tercih Nedenleri, Fırat Tıp Dergisi,2008,13(4):251-254

8.Ekler:

8.1.Anket formu:

ANKET FORMU

Adı- Soyadı:

Adres :

Tarih:

Telefon:

1. Doğum tarihiniz
2. Doğum yeriniz nedir? 1. İlçe merkez() 2. Köy ()
3. Kaç yıl okula gittiniz?yıl
4. Mesleğiniz nedir?.....
5. Medeni durumunuz nedir?
1.Evli () 2. Bekar () 3. Boşanmış () 4. Dul ()
6. İlk evlenme yaşınız nedir?.....
7. Eşiniz kaç yıl okula gitmiştir?yıl
8. Eşinizin mesleği nedir?.....
9. Eşiniz ile akrabalığınız var mı?
1.Evet()..... 2.Hayır()
10. Evde yaşayan kişi sayısı nedir?.....
1.Çekirdek aile () 2.Geniş aile ()
11. Sosyal güvenceniz nedir?
1. SSK () 2. Bağ-Kur () 3.Emekli sandığı() 4. Yeşil-kart() 5.Diğer ()
12. Göç ettiniz mi? 1. Evet () 2. Hayır ()
13. Göç tarihiniz nedir?.....
14. Nereden göç ettiniz?.....
15. Oturduğunuz ev kendinize mi ait? 1. Evet() 2. Hayır ()
16. Gelir durumunuz nedir?
1. Gelir giderden az() 2. Gelir gidere eşit() 3.Gelir giderden fazla()
17. Sistemik hastalığınız var mı? 1. Evet ()..... 2. Hayır ()
18. Bedensel özürlünüz var mı? 1. Evet ()..... 2. Hayır ()
19. En son doğum yapalı kaç yıl oldu?
20. Toplam gebelik sayınız?
21. Canlı doğum sayısı?.....
22. Ölü doğum sayısı?.....
23. Yaşayan çocuk sayısı? Kız () Erkek ()
24. Düşük sayısı?.....
25. Ölen çocuk sayısı?
26. Öldüğünde ne kadardı?(ay/yıl)
27. Özürlü çocuğunuz var mı? 1. Evet()..... 2. Hayır()
28. Son gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?
1. Canlı doğum() 2. Ölü doğum() 3. Düşük() 4.Diğer()
29. Son doğumunuzu nasıl yaptınız?
1. Normal (vajinal) () 2. Sezaryen ()
30. Şuanda gebe misiniz? 1. Evet () 2. Hayır()
31. Süt emzirdiğiniz çocuğunuz var mı? 1. Evet () 2. Hayır()
32. Yakın zamanda çocuk sahibi olmak istiyor musunuz? 1. Evet() 2. Hayır ()

33. Sizce bir ailenin kaç çocuğu olmalıdır?
34. Aileler çocuk sahibi olmak istemiyorlarsa bazı yöntemlerle gebelik engellenebilir. Bu Yöntemlerin hangileri olduğunu biliyor musunuz?
 1. Hap() 2. Kondom() 3. RİA() 4. Depo prv() 5. Norplant()
 6. Tüpligasyon() 7. Vazektomi () 8. Enjeksiyon ()
35. Şu anda kullandığınız etkili aile planlaması yöntemi nedir?
 1. Hap() 2. Kondom() 3. RİA() 4. Depo prv() 5. Norplant()
 6. Tüpligasyon() 7. Vazektomi () 8. Enjeksiyon ()
36. Kullanıyorsanız kullandığınız etkisiz aile planlaması yöntemleri nedir?
 1. Geri çekme() 2. Takvim yöntemi () 3. Diğer (.....)
37. Ne zamandan beri bu yöntemi kullanıyorsunuz?.....
38. Aile planlaması kullanmama nedeniniz?
 1. Gebelik-emzikli() 2. Eşi başka yerde () 3. Kısırlılık()
 4. Eşi istemiyor() 5. Kendim istemiyorum() 6. Diğer(.....)
39. Yöntem kullanmaya nasıl başladınız?
 1. Komşudan gördüm() 2. Sağlık ocağından önerdiler()
 3. Eşi ile görüşerek () 4. Diğer(.....)
40. Bu yöntemi tercih etme nedeniniz nedir?
 1. Güvenilir() 2. Kolay ulaşılır() 3. Ucuz() 4. Yan etkisi az ()
 5. Diğer(.....)
41. Yöntemi nereden temin ediyorsunuz?
 1. Sağlık ocağı () 2. Diğer(.....)
42. Daha önce kullandığınız yöntem var mıydı?
 1. Evet(.....yıl.....kullandım.) 2. Hayır
43. Bu yöntemi neden değiştirdiniz?
44. Son 1 yıl içinde yöntem başlayıp bıraktığınız oldu mu?
 1. Evet () 2. Hayır ()
45. Aşağıdaki risk gruplarından hangisine giriyor?

<u>Risk Derece1</u>	<u>Risk Derece 2</u>	<u>Risk Derece3</u>
Yaşı 18'den küçük olanlar	4 ve daha az çocuk doğuranlar	Son doğum yapalı 5 yıldan çok olanlar
Yaşı 35 ve daha fazla olanlar	Başka çocuk istemeyenler	Eşi başka yerde olanlar
5 ve daha fazla doğum yapanlar	Güvenilir korunma yöntemi kullanmayanlar	Güvenilir korunma yöntem kullananlar
Sistematik hastalığı olanlar		Çocuğu olmayanlar
Kötü gebelik ve doğum öyküsü		

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.TSH.0.20.00.01
Konu : Anket Uygulama İzni

26.06.2009/19410

BOLU VALİLİĞİ
(İl Sağlık Müdürlüğüne)

İlgi: 11.05.2009 tarih ve 164/007592 sayılı yazınız.

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma ALTUNTAŞ' ın tez çalışması kapsamında, iliniz Dörtdivan İlçesinde "Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi" konulu 15-49 yaş grubu 250 kadına anket çalışması uygulanarak veri toplanacak araştırmanın yapılmasında Genel Müdürlüğümüzce bir sakınca bulunmamaktadır.

Araştırmanın ara ve sonuç raporlandırılma aşamalarının İl Sağlık Müdürlüğünüze ve Genel Müdürlüğümüze bildirilmesi hususunda;

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

21521

BOLU VALİLİĞİ EVRAK BÜROSU	
Havale Tarihi	02.07.2009
Havale Ed. Yer	Sağlık Müd. Müd.
Veli	
Y.İmza	


Dr. Halil EKİNCİ
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

BOLU SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	
Tarih.	Sayı: 02.07.2009
02.07.2009*016266	

DM
03.07.2009
Yazdır.

K: 614
03.07.2009

Aile Hekimliği Daire Başkanlığı Uygulama Şubesi
Sağlık Bakanlığı Ek Binası
Atatürk Bulvarı No:65 Kızılay/ANKARA

Tel. : (0 312) 4355868, 4304492, 4331350
Faks : (0 312) 4322956
e-posta adresi : aile@saglik.gov.tr



**T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü**

Şube: B.10.4.ISM.4.14.00.23/010- ~~249~~ - 03.07.2009*010620
Konu: Anket Uygulama İzni

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
DÜZCE**

İlgi: a)29.04.2009 tarih ve 68 sayılı yazınız.

b)11.05.2009 tarih ve 7591 sayılı yazınız.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Üniversitenize bağlı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma ALTUNTAŞ'ın tez çalışması kapsamında "Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi" konulu anket çalışması uygulamasında bir sakınca görmemiştir.

Araştırmanın ara ve sonuç raporlandırılma aşamalarının Müdürlüğümüze bildirilmesi hususunda; Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Mustafa ÖZCAN
Vali a.
Sağlık Müdürü V.

Eki: 1

Adres: Borazanlar Mah. Hattat Emin Barın Cad. No:108 BOLU Ayrıntılı bilgi için Eğt.Şb.Sağ.Mem. S.TAŞKIN
Telefon: 0374 21 50340/41 Fax: 03742151252 e-posta: bolu.es@sağlık.gov.tr Elektronik ağı: <http://www.bolu.saglik.gov.tr>

“Sağlıklı nesiller için ilk 6 ay sadece ANNE SÜTÜ”