

T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ  
Koordinatör: Doç. Dr. Yüksel ALTUNTAŞ

**ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
AİLE PLANLAMASI EĞİTİM VE UYGULAMA  
MERKEZİ HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Ahmet KOLSUZ

İstanbul-2007

## İÇİNDEKİLER

1-Teşekkür	2
2-Kısaltmalar	3
3-Giriş ve Amaç	4
4-Genel Bilgiler	6
5-Gereç ve Yöntem	27
6-Bulgular	28
7-Tartışma ve Sonuç	35
8-Özet	40
9-Kaynaklar	41

## TEŞEKKÜRLER

Aile Hekimliği dalında aldığım ihtisas eğitimim süresince Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yaptığım rotasyonlarımda kliniklerinde asistan olarak çalışmaktan ve eğitim almaktan gurur duyduğum, başta Aile Hekimliği Koordinatörü ve Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği Şefi Doç. Dr. Yüksel **ALTUNTAŞ** olmak üzere, 3. Dahiliye Kliniği Şefi Uzm. Dr. Fatih **BORLU**, 2. Çocuk ve Yenidoğan Kliniği Şefi Prof. Dr. Asiye **NUHOĞLU**, 3. Çocuk Kliniği Şefi Doç. Dr. Feyzullah **ÇETİNKAYA**, 4. Çocuk Kliniği Emekli Şefi Uzm. Dr. Tülay **OLGUN**, 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi Op. Dr. Naile İnci **DAVAS**, 3. Genel Cerrahi Kliniği Şefi Prof. Dr. Mehmet **MİHMANLI** ve Psikiyatri Kliniği Şefi Doç. Dr. Oğuz **KARAMUSTAFALIOĞLU**' na; bu bölümlerde birlikte zevkle çalıştığım tüm meslektaşlarıma ve yardımcı sağlık personeline; tez çalışmalarımı yaptığım Hipertansiyon ve Lipid Metabolizması Bozuklukları Polikliniği' nde çok kıymetli yardımlarını ve sürekli desteğini gördüğüm, çalışma tarzını örnek aldığım Uzm. Dr. Levent N. **AYDIN**'a ve bu üitedeki diğer dostlarıma; zor günlerimde ve tez boyunca yardımını esirgemeyen Uzm. Dr. Cemal **BES**' e, Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezinde görev yapan Op. Dr. İsmet Gülüm **ATILGAN**' a, Dr. Gün **AKI**' ya, Dr. Filiz **TÜYSÜZ**' e, Hemsire Zühre **KESKİN**' e gösterdikleri yakınlıkla bir aile gibi kaynaşmamızı sağlayan değerli Aile Hekimliği asistanı arkadaşlarıma; duydukları sevgi ve güveni tüm hayatım boyunca hiç yorulmadan hissettiren, bugünlere gelebilmemdeki en büyük etken olan canım babama, sevgili anneme, kardeşimlere , Uzmanlık eğitimim sırasındaki desteklerinden ve fedakarlıklarından dolayı **sevgili eşim** Uzman Dr. Leyla **DABAN KOLSUZ**'a ‘‘İyiki varsın’’ dediğim aslan oğlum Mert'e, Sonsuz Teşekkürler....

**Dr.Ahmet KOLSUZ**

## KISALTMALAR

- DES: Dietilstilbesterol  
TNSA: Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırmaları  
NET-EN: Noretisteron Enantat  
WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)  
DAP:Doğal Aile Planlaması  
AP:Aile Planlaması  
MÖ : Milattan Önce  
A.B.D : Amerika Birleşik Devletleri  
AÇSAP:Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması  
KOK : Kombine Oral Kontraseptif  
OKS : Oral Kontraseptif  
DMPA : Depo Medroksi Progesteron Asetat  
RIA : Rahim İçi Araç  
LNG-RİS: Levonorgestrel içeren Rahim İçi Sistem(Mirena)  
LH : Luteinizan Hormon  
HT : Hipertansiyon  
DM : Diabetes Mellitus  
FSH: Folikül Stimülize Hormon  
AIDS : Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu  
Ca : Karsinom  
PIH : Pelvik İnflamatuar Hastalık  
Fe : Demir  
POS: Polikistik Over Sendromu  
CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık

## GİRİŞ VE AMAÇ

Aşırı doğurganlık (sık-fazla doğum) dar anlamda anne ve çocukların sağlığını, geniş anlamda toplumun genel sağlık düzeyini, ekonomik, sosyal ve kültürel gelişmesini olumsuz olarak etkilemektedir. Ülkemizin de içinde yer aldığı gelişmekte olan ülkelerde, aşırı doğurganlığa bağlı oluşan ana-çocuk sağlığı sorunları, genel sağlık sorunları arasında ilk sırada yer almaktadır. Aşırı doğurganlık anne ve çocuğun hastalık ve ölüm riskini artırmaktadır (1, 2).

Sağlık Bakanlığı'nca 1997-1998 yıllarında ülke genelini temsilen 5 ilin tüm hastanelerinde yürütülen çalışmanın sonucuna göre ana ölüm hızı yüz binde 49.2 dir ve anne ölümünün bu araştırma kapsamında tüm kadın ölümlerinin içinde 5. sırada yer alması dikkat çekicidir (3).

Anne ölüm nedenlerinin %25'i riskli gebelik, %52,1'i önlenabilir dolaylı ve doğrudan obstetrik nedenler, %4,5'i diğer nedenler, %18.4'ünün büyük kısmı ise aile planlaması hizmetlerinin eksikliği veya aksamaları sonucu görülmektedir (4).

Türkiye'de aile planlaması (AP) uygulamalarının yasallaştığı 1965 yılından bugüne kadar, ailelerin gebelikten korunma yöntemlerini kullanma oranları giderek artmıştır. Fakat bugün ulaşılan nokta istenilen düzeyde değildir. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre ailelerin % 62'si başka çocuk istememekte ve %14,0'ı bir sonraki gebeliklerini en az iki yıl geciktirmek istemektedir. Buna rağmen ailelerin yalnızca %38,0'ı etkili aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Bu durumun doğal bir sonucu olarak doğumların %26,2'si istenmeyen gebelikler sonucu olmakta, %10,1'inin ise zamanlaması uygun olmamaktadır. Ailelerin sahip olmak istediği ideal çocuk sayısı 2,1 iken doğurgan çağdaki bir kadının sahip olduğu ortalama çocuk sayısı 4,1'dir (2).

Toplam doğurganlık hızı kırsal yörelerde yaşayan kadınlar için 3,1, kentsel yörelerde 2.4' tür. Türkiye ortalaması 2,6'dır (5).

Bu veriler, ülkemizde ailelerin doğurganlıklarını planlamada yeterince başarılı olmadıklarını göstermektedir. Bu bağlamda ana ve çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetleri yeterince verilemeyen ve birinci basamak kuruluşları eksik olan bölgelere öncelik verilerek, il merkezlerinde her 100.000 nüfusa bir, merkez yerleşim nüfusu en az 30.000 olan ilçe merkezlerinde de bir adet olmak üzere, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezleri kurulmuştur (3, 6, 7). Günümüzde AP hizmeti ülke genelinde sürdürülmektedir. 1983 yılında yürürlüğe giren, halen konusunda dünyadaki en kapsamlı ve liberal yasalar

arasında bulunan, 2827 sayılı AP hizmetlerini düzenleyen yasada, getirdiği yeniliklerin yanı sıra sektörler-arası işbirliğinin gerekliliği vurgulanmıştır. Ancak günümüze kadar geniş katılımlı, verimli ve süreklilik gösteren sektörler-arası işbirliği tam olarak gerçekleşmemiştir. 2827 sayılı yasa ile getirilen yenilikler; kurs görmüş ebe ve hemşirelere rahim içi araç(RİA ) uygulama yetkisi verilmesi cerrahi kontrasepsiyon yöntem seçeneklerinin içine alınması, 10. haftaya kadar gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılması ve sektörler arası işbirliğinin zorunlu hale getirilmesidir (4, 6, 7).

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi'ne 2005 yılında başvurarak hizmet alan olguların yaş, cinsiyet, eğitim durumları, gebelik sayıları doğurduğu çocuk sayısı, düşük sayısı, son gebeliğin sonlanma şekli, son gebelik aralığı, son 3 ayda kullanılan yöntem ve aile planlaması ünitesinde yeni yöntem olarak verilen hizmetlerin retrospektif olarak incelenmesi amaçlandı.

## GENEL BİLGİLER

### AİLE PLANLAMASININ TANIMI VE TARİHÇESİ

Kısaca evli çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına yardım eden uygulamaların tümü olarak belirtilen aile planlaması uygulaması, şu şekilde tanımlanabilir: Aile planlaması bireylerin yada eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını ve sosyo-ekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine, çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür (8).

Doğum kontrol yöntemleri insanlık tarihi kadar eskidir. Bulunabilen en eski yazımlarda sünger ve tampondan bahsedilir. M.Ö:1850 yılından kalma Mısır papiruslarında tampon olarak bal, sakız ve timsah dışkısı kullanıldığı bilinmektedir. Soranus tarafından tanımlanan doğum kontrol teknikleri modern çağlara kadar yapılan en iyi tanımlamalardır (9). Soranus meyve ve fındıktan macun yapılmasını veya servikal açıklığa yumuşak ipek yerleştirilmesini önermiştir. Tarihte vagen içine yerleştirilen yöntemler izole kültürler arasında çok farklılık gösterir. Japonlar bambudan yapılmış kâğıtlar, müslüman kadınlar palmiye yaprakları, Pasifik adalarında yaşayan kadınlar deniz ürünlerini kullanmışlardır. En erken penis koruyucular Gabriello Fallopius tarafından 1564 yılında tanımlanmıştır. Ancak bu koruyucular enfeksiyondan korunmak amacı ile kullanılıyordu. Kondom orjini hakkında çok söylentiler vardır. Pek çoğu 1600'lü yıllarda İngiltere'de yaşayan Dr. Kondom ile ilgilidir. Kondom ancak 1800' lü yıllarda Avrupa'da yaygın olarak kullanılır hale gelmiştir. Spermisit ajanların keşfi ve bu ajanlarla ilgili çalışmalar 1800' lü yılların başların rastlar. 1950'lerde 90'dan fazla spermisit ilaç marketlerde pazarlanmaktaydı (10).

Servikal kapak 1860 yılında New York' lu bir jinekolog olan E. B. Foote tarafından geliştirilmiştir. Diyafram kullanımı da bu döneme rastlamaktadır. Tarihe RIA'nın ilk defa uzun seyahatlerde develerin gebe kalmaması için kervan sürücüleri tarafından develerin rahimlerine küçük taşlar yerleştirmek suretiyle kullandığı bilinir. 1800'lerde rahim için araçların öncüleri küçük düğme şeklinde araçlardı, serviks ağzını tamamen kaplıyordu ve kanala uzanan ipleri vardı (11).

1902 yılında Alman Hollveg tarafından rahime yerleştirilen bir peser doğum kontrolü amacı ile kullanıldı. Bu peser kullanıcı tarafından yerleştiriliyordu ve korkunç boyutlarda enfeksiyona yol açıyordu (12).

1930 yılında Grafenberg gümüş, altın ve çelik kaplı yüzükler denedi (13). 1934'de Japonya'da Oto bu yüzüklerin ortasına destekleyici bir yapı koydu (14). 1960'larda polietilenden yapılan araçlar geliştirildi, bu araçlara X-ışınları ile çekilen radyografilerde görülebilmesi için baryum sülfat emdirildi. Lazer Marguiles 1960 yılında rahime yerleştirilen ve orada tekrar şekil alan ilk plastik aracı geliştirdi. Bu araç büyük olduğu için kullanıcıların fazla kanama ve kramp şikayetleri oluyordu, ayrıca sert plastikten olan kuyruğu peniste irritasyona neden oluyordu. DMPA gibi içinde yalnızca progesteron bulunan enjektabl formlar 1950'li yıllarda endometriozis, endometrial kanser, dismenore, hirsutismus ve kanama düzensizliklerinin tedavisi için kullanılmaya başlandı. 1960'larda ise doğum kontrol yöntemi olarak gündeme gelmiştir (15). 1996 yılından beride ülkemizde başarıyla uygulanmaktadır. İçinde östrojen ve progesteron komponenti bulunan Mesigyna 1960'lardan beri araştırılmakta olup, 1997 yılından beri de ülkemizde kullanılmaktadır. DMPA ve Mesigyna kullanıma girmesinden sonra 1970'li yıllarda tek ince kuyruğu olan Lippes Loop geliştirildi. İlk bilinen bakırlı RIA Tantum- T'dir (T- Cu 200). Ardından 1982 yılında Cu-T 380 A otuzu aşkın ülkede kullanım imkanı buldu. Bir yıl süre ile koruma sağlayan ve yapısında progesteron bulunan Progestasert isimli rahim içi araçlar da, bakırlı rahim içi araçlarla aynı dönemlerde geliştirilmiştir ve 1976 yılından beri kullanım alanı bulmuştur. Doğum kontrol hapları son 40 yıl içinde pek çok ülkede yaygın olarak kullanılır hale gelmiştir. 1900'lü yılların başında Avustralya'da Innsbruck Üniversitesi'nde fizyoloji profesörü olarak çalışan Ludwig Haberlandt ağızdan verilen ovaryan özütlerin doğurganlığı önlediğini bildirdi. 1920'lerde Haberlandt, Otfried Otto Fellner hayvanlara steroid özütler verilerek doğurganlığın baskılandığını belirttiler. 1931 yılında Haberlandt hormon replasmanı ile doğurganlığın baskılanabileceğinden bahsediyordu. Infecundin isimli bir ilaç bu amaçla hazırlanmıştı, ancak 1932'de Haberlandt'ın erken ölümü nedeni ile kullanıma giremedi, böylece doğum kontrol haplarının kullanımı ertelenmiş oldu (16).

Doğum kontrol hapları ile ilk deneme 1956 yılında Porto Rico'da Edris Rica-Winey tarafından yapıldı (17). Dünyada ve ülkemizde kontraseptif yöntem kullanımında son 20-30 yıl içinde önemli bir artış yaşanmasına rağmen çocuk sahibi olmayı istemeyen bir çok çift, yetersiz hizmet ya da hizmetten memnun olmama, yöntem seçeneklerinin sınırlı olması, yan etkiler ve sağlık riskleri ile ilgili endişeler gibi nedenlerle etkin kontraseptif yöntemlere ulaşamamaktadır (18).

## ORAL KONTRASEPTİFLER

Ovulasyon inhibisyonu ile gebelik ve korpus luteum arasındaki ilişki kurulması ilk olarak 1900'lerin başlarında başlarında gerçekleşmiştir. Avusturya, Innsbruck üniversitesinde fizyoloji profesörü olan Ludwig Haberland ilk olarak oral olarak verilen over ekstrelerinin fertilitiyeyi engelleyebileceğini göstermiştir. Daha sonra yapılan çeşitli çalışmalarla ilerlemeler kaydedilmiş ve 1970'lerin sonlarında bugünkü oral kontraseptiflerin ana prensipleri ortaya konmuştur (19).

Hormonal kontrasepsiyonda kullanılan östrojen ve progesteron sinerjistik etki göstererek hipotalamo-hipofizer sistem üzerinden gonadotropin sekresyonunu inhibe ederler. Progestasyonel ajan LH'ı baskılar, ayrıca endometrium, servikal mukus ve tubal fonksiyon üzerine etki ile ovumun implantasyonunu güçleştirir. Östrojenik ajan ise FSH salınımını baskılar ve progesteronun reseptör sayısını arttırarak, progesteronun etkisini destekler. Bunların sonucunda; ovarian folliküller olgunlaşmaz, çok az östradiol üretilir ve siklus ortası LH çıkışı olmaz. Ovulasyon gerçekleşmez, korpus luteum oluşmaz ve progesteron üretilmez (19).

### 1.Kombine Oral Kontraseptifler:

Değişik oranlarda östrojen ve progesteron içerirler. Östradiol en güçlü doğal östrojen ve aynı zamanda overlerden salgılanan esas östrojendir. Kontrsepsiyonda seks steroid sentezinde ana engel oral yoldan verildiklerinde inaktive olmalarıydı. 1938' de önemli bir adım olarak östradiolün 17.karbonuna bir etinil gurubunun eklenmesi ile oral olarak da aktif kalabildiği gösterildi. Etinil östradiol çok güçlü bir oral östrojendir ve bütün oral kontraseptiflerde bulunan iki östrojenden biridir. Diğer östrojen ise, etinil östrodiolün 3-metil esteri yani mestranoldür. Ancak daha sonra yapılan hayvan deneylerinde mestranolün etinil östradiolden daha zayıf etkinliği olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle günümüzdeki oral kontraseptifler etinil östradiol içermektedir. Oral kontraseptiflerin 30mcg (düşük doz)veya 50 mcg (normal doz) etinil östradiol içeren formülleri mevcuttur (19).

Projestinler doğal progesteronun etkisini taklit eden fakat yapısal olarak ondan farklı olan sentetik bileşiklerdir. Yapısal olarak testosterona benzer olan fakat 19. pozisyonunda bir karbonu eksik olan estran veya 19-nortestosteronlar ve yapısal olarak progesterona benzeyen pregnan veya 17-asetoksi bileşikleri olmak üzere iki ana sınıfı vardır. Estran bileşikleri esas olarak oral kontraseptiflerde bulunan projestinken, pregnan bileşiklerinden

biri olan medroksiprogesteron asetat enjektabl preparatlarda bulunur. 19-nortestosteronlar: Norethindron, norethindrel, norethindron asetat, etinodiol diasetat, linestrenol, norgestrel, norgestimat, desogestrel, ve gestoden'dir. Levonorgestrel ise norgestrelin aktif izomeridir. Yeni projestinler olarak anılan projestinler ; norgestimat, desogestrel, ve gestoden'dir. Bunlar daha az metabolik ve androjenik yan etkileri ile daha çok tercih edilen projestinler olmuşlardır. Drospirenon ise androjenik yan etkisi bulunmayan yeni bir projestindir. İçerdikleri östrojen ve projestin komponentlerinin dozajları periodik olarak değişen ürünler multifazik preparatlar olarak adlandırılır. Bifazik veya trifazik olabilirler. Siklus süresince sabit bir hormon düzeyi sağlayanlar ise monofazik olarak adlandırılır (19).

**Yalnız projestin içeren preparatlar:** Dolaşıma geçen projestinler daha düşük miktarda olduğundan gonadotropinler sürekli olarak baskılanmaz ve esas etki endometrium ve servikal mukus değişikliğine bağlıdır. Endometrium implantasyona uygunluğunu kaybeder, servikal mukus geçirgenliğini azalır. (Mikronor, Norod, Microval, Microlut, Neogest, Femulen, Exluton)

**Hormonal İmplantlar:** Levonorgestrel (Norplant) salan subdermal implant uzun süreli etki ile LH zirve değerlerini düşürür, ayrıca endometriumun implantasyona uygunluğunu bozar, servikal mukusun geçirgenliğini azaltır. Projestinler hücre çekirdeğinde östrojen reseptör düzeylerini azaltır ve doğal 17- $\beta$  östradiölü metabolize eden 17- hidroksisteroid dehidrojenaz aktivesini uyararak östrojenin etkisini azaltır.

**Enjekte edilen preparatlar:** Uzun etkili hormon preparatı içerirler. İçerdikleri hormon tipine göre yalnız projestin içerenler veya kombine tipte olanlar vardır. Kombine tipte olanlar yalnız projestin içerenlere göre daha yenidir. Kombine tipte olanlar 5mg östradiol valerat ve 50mg norethindron asetat içerir, aylık uygulanırlar. Yalnız projestin içerenler ise medroksiprogesteron asetat (Provera) içerenler 3 ayda bir kez, norethindron enantat (Mesigna) içerenler ise 2 ayda bir kez uygulanırlar. Bütün hormonal kontrasepsiyon yöntemleri içinde monofazik kombine oral kontraseptifler; kısa etki süresi, kolay uygulanabilirliği, östrojen ve progesteron içerikleri ile doğal siklusu en iyi taklit eden preparatlar olarak infertil grupta ovarian supresyon için en iyi seçenektirler. Monofazik kombine oral kontraseptifler;hipotalamo-hipofizer sistem üzerinden LH seviyesinde düşürür. Karaciğerden SHBP sentezini arttırarak, serum serbest androjen düzeyini azaltır (19).

**Oral Kontraseptiflerin Etkinliği :** %99.9' dur. Teorik olarak başarısızlık oranı 0'a yakındır. Ancak olağan kullanım başarısızlık oranı % 0.1 iken tipik kullanım başarısızlık oranı % 0.3'e yükselir. Başarısızlığı etkileyen faktörlerin başında kullanıcıların motivasyonu ve hapların unutulmadan alınması gelir (20). Bir hap unutulduysa; hatırlandığı an alınmalı ek korunmaya

gerek yoktur. İki hap unutulduysa; iki gün üst üste ikişer hap alınmalı, ek bir korunmaya gerek olmamasına rağmen genel konsensus takip eden 7 gün boyunca ek bir kontrasepsiyon yöntemi kullanılmalıdır. Üç hap unutulduysa; hemen başka bir yöntemle korunulmaya başlanır, paket atılıp hemen yenisine başlanır (21).

#### **Olumlu yönleri(21, 22).**

- kullanımı kolay, çok etkili, ucuz koitusdan bağımsız
- adet az, kısa ve düzenli olur.
- demir eksikliği anemisi riskini azaltır.
- POS ve endometriozis semptomlarını azaltır.
- dismenoreyi tedavi eder.
- aknelere iyi gelebilir.
- benign meme hastalıklarını azaltır.
- benign over kisti oluşumunu azaltır.
- romatoid artrit riskini azaltır.
- ektopik gebelik riskini azaltır.
- endometrium ve over ca riskini azaltır.
- pelvik enfeksiyon riskini azaltır.
- osteoporoz riskini azaltır.
- bırakıldığında fertilité kısa sürede eski durumuna döner.
- yüksek dozların uzun süre kullanımında uterin leiomyomlarda %31 azalma,
- fonksiyonel over kistlerinde % 49 azalma olur.
- etkileri ve yan etkileri çok iyi incelenmiştir.

#### **Olumsuz Yönleri(21, 23).**

- her gün hap alımının hatırlanması
- bazı kadınlarda kilo alımı
- bazen ara kanaması ve lekelenme
- bazı ilaçlarla (barbituratlar, fenitoin, fenilbutazon, rifampisin ve bazı antibiyotiklerle) etkileşimi vardır.
- çok nadiren, özellikle sigara içen kadınlarda dolaşım bozukluklarına neden olabilir
- kan basıncını yükseltebilir.
- clamidya enfeksiyonu riskini artırır.

### **Kontrendikasyonları(21, 24, 25).**

- gebelik
- nedeni bilinmeyen vaginal kanama
- meme kanseri ve hikayesi
- tromboembolik yada serebro vasküler hastalık ve hikayesi
- genital malignensi
- kalp hastalığı, koroner tıkanıklık hikayesi ve predispozisyonu
- akut karaciğer hastalığı

### **Relatif kontrendikasyonları ; sıkı izlem gerektirenler(21, 24, 25).**

- emzirenler
- 35 yaş üstü sigara içenler
- migren yada epilepsi
- depresyon
- gebeliği sırasında veya daha önce hap kullanırken hepatit geçirenler
- 40 yaş üstü diyabet, kardiyovasküler, serebrovasküler hastalık riski taşıyanlar
- HT olanlar ( KB >140/90 )
- büyük operasyon geçirenler ve 4 hafta içinde geçirecek olanlar
- uterin leiomyoma
- orak hücre hastalığı
- safra kesesi hastalığı

### **Yan Etkiler**

- bulantı
- memelerde hassasiyet
- adet kanının azalması veya adetler arası lekelenme
- baş ağrısı
- baş dönmesi
- kilo artışı

## 2)Mini Haplar

Yalnız progestin içerirler ve ara vermeden her gün aynı saatte alınırlar.

**Etki Mekanizması :** Servikal mukusu kalınlaştırır, %40-60 ovulasyonu engeller, tubal motiliteyi etkiler ve endometriumu incelterek implantasyonu engelleyerek gebeliği önler.

**Etkinlik :** Emzirenlerde %98.5, emzirmeyenlerde %96. Başarısızlık ilk yıl %1.1 –9.6 arasındadır (21,26). Başarısızlık genç kadınlarda %3.1 iken, 40 yaş üstü %0.3'dür (21, 27).

**Kullanımı :** Adetin 1. günü başlanıp her gün aynı saatte devamlı alınır, ilk 7 gün ek bir korunma yöntemi kullanılır. Kadına son 7 gün adet görebileceği hatırlatılmalıdır. Bununla birlikte adet görsün ya da görmesin, paketteki haplar bitince ara vermeden yeni bir pakete başlanmalıdır. Kadın bir hap almayı unuttuysa 3 saatten fazla geciktirdiyse, hatırlar hatırlamaz almalı ve 48 saat süreyle ek koruma yöntemi kullanılmalıdır. 2 yada daha fazla hap unutuldu ise, iki gün süre ile ikişer hap almalı ve daha sonra birer hap almaya devam etmelidir. Bu durumda bir hafta süre ile ek bir korunma yöntemi uygulanmalıdır (21, 25).

### **Endikasyonları :**

- emzirme
- ileri yaş ( 40 yaş üzeri )
- östrojenin kontrendike olduğu kadınlar

### **Kontrendikasyonları :**

- fonksiyonel over kisti
- ektopik gebelik öyküsü
- gebelik
- aktif karaciğer hastalığı
- tanı konmamış vaginal kanama
- meme kanseri

### **Yan etkileri :**

- irregüler kanama
- fonksiyonel over hastalığı
- akne

### 3) Postkoital Kontrasepsiyon

Kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİAnın düşmesi, hap alımının unutulması veya cinsel tecavüz gibi durumlarda acil kontrasepsiyon gerekir.

- **Postkoital haplar:** Korunmasız coitusu izleyen ilk 72 saat içinde (Ethinyl Estradiol 50mcg + Norgesterol 1mg içeren) KOK'den 2 adet alınıp 12 saat sonra dozun tekrarı şeklindedir. (Aşırı bulantı yapabilir)
- **Postkoital RİA uygulaması:** Korunmasız coitusun olduğu siklusta ovulasyonu izleyen 5-7 gün içerisinde RİA uygulanması gebeliği engellemede çok etkilidir.Ancak pratik değildir.
- **RU-486:** Korunmasız coitusu izleyen ilk 72 saat içinde 600 mg RU-486' nın tek doz kullanımını etkili kontrasepsiyon sağlar. Henüz yaygın değildir.

### 4) Yalnız Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler

- Depo medroksi progesteron asetat (DMPA); 3 ayda bir 150mg im. uygulanır. Ülkemizde ruhsatlıdır .
- Noretisteron enantat (NET-EN); 2 ayda bir 200mg im. uygulanır.

**Etki mekanizması** ; servikste sperm penetrasyonunu ve implantasyonu kalın bir mukus tabakası oluşturarak engeller. Endometriumun progesteron etkisi ile inaktif ve atrofik hale gelmesi implantasyona uygunsuz bir zemin oluşturur. Dolaşımdaki progesteron miktarı yüksek olması ovulasyon öncesi LH yükselmesini etkin olarak engeller ve ovulasyon olması muhtemel değildir, bu neden ile DMPA uygulanan kadınlarda ovulasyon nadirdir (21).

**Etkinlik** : Enjektabl progestinler etkin kontraseptif yöntemlerdir.Etkinlikleri cerrahi sterilizasyondaki gibidir(28). Başarısızlık %0.1'den düşüktür.

**Kullanımı** : Efektif kontrasepsiyon sağlanması için ilk enjeksiyon adet kanamasının ilk 5 günü içinde yapılmalıdır. Bu dönemde yapılmamış ise 2 hafta süre ile ek korunma yöntemi kullanılmalıdır. Bir sonraki enjeksiyon DMPA kullanımı için 3 ay, Noretisterat' ta ise 2 ay sonradır. Doğum sonrası kadın emziriyorsa ilk enjeksiyon 6. hafta sonunda yapılmalıdır, emzirmiyorsa ilk enjeksiyon doğumdan 3-4 hafta sonra yapılabilir. Düşükten hemen sonra yada ilk 7 gün içinde enjeksiyon yapılabilir. Gebelik isteği ile yöntemi bırakan kadınlardaki

gebe kalma hızları, yöntem kullanmayan kadınlarla aynı sınırlardadır (29).

Gebe kalınması için geçen süre yaklaşık 9 aydır. Bu süre yöntem kullanma süresi ile ilişkili değildir. Son enjeksiyondan sonra 12 aydan fazla devam eden adet rötarı normal değildir ve araştırılması gerekir. İlk enjeksiyonun zamanlaması çok önemlidir. Zamanlama hatası nedeni ile gebelik olduğu zaman intra uterin gelişme geriliğine bağlı olarak yenidoğan ve infant ölümlerinde artış gözlenmiştir.

### **Endikasyonları :**

- sigara içen kadınlar
- obezler
- emzirme
- demir eksikliği anemisi
- jinekolojik obstetrik durumlar(preeklampsia öyküsü, ektopik gebelik öyküsü, uterus fibroidleri, endometrium-over Ca, gestasyonel trofoblastik hastalık, servikal ektropiyon)
- bening meme hastalıkları
- konjenital kalp hastalığı, tromboembolik hastalık geçirmiş kadınlar
- safra kesesi hastalıkları
- tiroid hastalığı
- talasemia yada orak hücreli anemi
- epilepsi
- schistosomiasis, tüberküloz, sıtma gibi enfeksiyon hastalıkları
- diğer yöntemlere uyum zorluğu olan kadınlar ( örneğin mental retarde hastalar )

### **Olumlu yönleri :**

• DMPA cinsel ilişkiden bağımsız ve uyumun kolay olduğu bir yöntemdir. Östrojen etkisi olmadığından, konjenital kalp hastalığı, orak hücre anemisi, tromboembolik hastalık geçirmiş kadınlar ve 30 yaş üzeri sigara içen kadınlarda kullanılabilir.

- Emziren annelerde sütün miktarını arttırabilir, anne sütüne çok az miktarda geçer ve bebeğin gelişimini etkilemez (30,31).

- DMPA endometrium ve over kanseri riskini azaltır (32). Menstrüel kanama miktarını azalttığı için anemi insidansını da azaltır. PID, endometriozis ve ektopik gebelikleri önler.

#### **Yan etkiler :**

- Düzensiz kanama
- Memelerde hassasiyet
- Kilo artışı
- Depresyon

Düzensiz kanama oranı ilk yıl içinde %30, sonraki yıllarda %10'dur. Enjeksiyonların arka arkaya uygulanması ile pek çok kadın tamamen amenoreye girer. İlaç vücuttan son enjeksiyondan ancak 6-8 ay sonra temizlendiğinden önemli ölçüde ağırlık artışı ve depresyon, ancak bu süre sonunda düzelebilir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından gelişmekte olan 3 ülkede, 9 yıl, kadınlar üzerinde, hastanelerde ve olgu kontrollü yapılan bir çalışmada, kullanımın ilk 4 yılında meme anersi gelişimi açısından hafif risk artışı gösterilmişse de risk artışı kullanım süresi ile rantılı değildir (WHO,1991). Bu günkü görüş; DMPA' nın meme kanseri açısından risk artışı yaratsa bile, bu risk oranının son derece düşük olduğudur. Genel kanı, DMPA'nın uzun süreli kullanımının risk artışı yaratmadığı şeklindedir (21).

#### **5) Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler**

Östrojen ve progesteronu birlikte içeren preparatlardır.

- Estradiol valerate 5mg + Noretisteron enantat 50mg; 4 haftada bir im.uygulanır.
- DMPA 25mg + Estradiol Cypionat 5mg ; 4 haftada bir im. uygulanır.

**Etki mekanizması :** Uygulama sırasında ovulasyonun supresyonu, enjeksiyon yapılan ilk 15 gün içinde plazma östradiol düzeyi düşüşüne bağlı hipoöstrojenemik ortam yaratılması ile olur. Uygulama yolu farklı olmasına karşın, içerik olarak KOK'lara benzer. Tedavi kesildikten sonra folikül aktivitesi 28 gün içinde geri döner. Tedaviden sonraki ikinci siklusta ovulasyon tamamen normal görünmektedir.

**Etkinlik :** Başarısızlık oranı %0.1–0.2 arasındadır (21, 25). Uygulaması kolay bir yöntemdir ve son derece etkilidir. Kullanıcının bir sonraki iğneyi yaptırmak dışında akılda tutması gereken hiçbir şey yoktur.

**Olumlu yönleri :**

- Pelvik enfeksiyon ve over kanserine karşı koruyucu etkisi vardır.
- Ektopik gebelik ve demir eksikliği anemisini önler. Bırakıldığı zaman doğurganlığı geri döner.
- Doğal östrojen içerdiği için lipid metabolizmasına ve kardiovasküler sistem üzerine olumlu etkileri vardır.
- Ağızdan alınmadığı için KOK'larda sık karşılaşılan bulantı, kusma yakınmaları enderdir.
- Karaciğer fonksiyonlarını olumsuz etkilemediği için KOK kullanımını esnasında yada gebelikte sarılık geçirenlerde kullanılabilir.

**Yan etkiler:**

- kanama düzensizlikleri
- baş ağrısı, baş dönmesi
- halsizlik
- memelerde gerginlik ve ağrı
- kilo artışı

**Kullanımı:** Kombine enjekte kontraseptifleri tercih eden kadınlarda yöntemi ilk uygulama; adet gören kadınlarda adetin ilk 7 günü içinde olmalıdır. Doğum sonrası önemde eğer kadın emziriyorsa, doğum sonrası 6 aydan sonra, emzirmiyorsa doğum sonrası 3-4. haftada uygulanabilir. Düşük sonrası hemen ya da ilk 7 gün içinde ilk enjeksiyon yapılmalıdır. Sonraki enjeksiyon kanamanın durumuna bakılmaksızın ilkenjeksiyondan 30 gün sonra uygulanmalıdır. İkinci ve daha sonraki enjeksiyonlar daha nceden saptanan enjeksiyon tarihinden 3 gün önce ya da 3 gün sonra yapılabilir.Enjeksiyondan sonra kullanıcıya bir sonraki enjeksiyon tarihi mutlaka hatırlatılmalıdır (25).

**6) Deri Altı İmplantları**

Sentetik bir hormon olan Levonorgestrol içeren 6 adet ince ve esnek silastik kapsülden oluşur, üstkolun iç yüzüne derialtına, adetin ilk 7 gününde yerleştirilir.

**Etkinlik :** %99 civarındadır, koruyuculuğu 5 yıl sürer (21).

**Etki mekanizması:** Sadece progestin içeren kontraseptifler gibidir. Levonorgestrel ovulasyon için gerekli olan LH salınımını inhibe eder. Siklusların %50'sinde ovulasyon inhibisyonu, servikal müküsün kalınlaşması, endometrial supresyon ile kontraseptif etkiyi oluşturur (21, 33, 34).

Norplant mevcut kontraseptiflerin en etkililerinden biridir. Güvenli, kullanımı kolay bir yöntemdir. Çıkarıldıktan sonra doğurganlık hızla geri döner. Emziren kadınlar için çok iyi bir seçimdir. Norplant yerleştirilmesi için eğitilmiş personel gerekir. Kadın kendi kendine yõteme başlayamaz ve sonlandıramaz. Deri altında fark edilir, bu bazı kadınlar ve eşleri için istenmeyen bir etkidir. Kullanıcılarda 2 yıl boyunca devam edebilecek olan adet düzensizlikleri olabilir (35).

**Yan etkiler:**

- Düzensiz kanamalar
- Baş ağrısı
- Kilo deęişiklikleri
- Depresyon, anksiyete, sinirlilik
- Akne
- Saç dökülmesi ve/veya hirsutizm
- Bulantı
- Başdönmesi
- Memelerde duyarlılık
- Vajinal sekresyon artışı

**7) Hormon İçeren RİA'lar**

**Progestasert :** Gövdesinde 38mg progesteron içerir ve 1 yıl etkinliği vardır. Servikal mukusu kalınlaştırır ve spermlerin rahime geçmesine engel olurlar. Progestasertin ektopik gebeliğe karşı etkinliği son derece azdır (21).

**L Ng-20 RİA :** 52mg Levonorgestrel içerirler ve 5 yıl etkili olan sistemlerdir. Kısmen yumurtalıklarda folikül gelişimini ve ovulasyonu da engelleyebilirler, ayrıca yabancı cisim reaksiyonu oluştururlar(21). Etkinliği oldukça yüksektir, amenore sık rastlanan yan etkidir. Şiddetli idiopatik menoraji şikayeti olan kadınlarda tedavi amaçlı uygulanabilir ve kanamaları azaltarak demir eksikliği anemisini önleyebilir. Ülkemizde Mirena ticari ismi ile kullanıma sunulmuştur.

**8) Vajinal Halkalar (RİNG)**

Halkalar vaginaya yerleştirilerek, salınan hormonun özelliğine ve miktarına bağlı olarak kontraseptif etkinlik sağlanır. Çoğunun 50-60mm dış çapa ve 7,5-9,5mm kalınlığa sahip

çok sayıda ve şekilde halka yapılmıştır. Diaframın aksine, halkaların yerleşim açısından sorunu yoktur, yalnızca konfor ve atılma olasılığı açısından büyüklük önemlidir. Ana koşul halkanın dış kenarının vajen duvarıyla temas halinde olmasıdır. Halkalar silastik yapıdadır.2 değişik tip halka geliştirilmiştir. Birincisi 150-180 hızında estradiol ve 250-300mgr/gün hızında levonorgestrelin salındığı estrajen ve progestajen içeren karışık tiptir. Bu halkalar özellikle 3 hafta içerde, 1 hafta dışarıda tutulduklarından ovulasyon düzenini oluşturmaya yöneliktirler. İkinci tip genellikle 20mgr/gün levonorgestrelin salındığı yalnızca progestajen içeren tiptir. Bu halkalar sürekli kullanılarak ve ovulasyon inhibisyonu yapmayacak şekilde dizayn edilmişlerdir ve kullananların %50'sinde ovulasyon olmuştur. Antifertilite etkilerini düşük doz progestajen etkisiyle sağlarlar (21).

## RAHİM İÇİ ARAÇLAR

Rahim içi araçlar, dünyada en yaygın olarak kullanılan geri dönüşümlü, uzun süre etkili doğum kontrol yöntemidir (36, 37). Sadece Çin'de 60 milyon kadın bu yöntemi kullanmaktadır. İlk olarak 1909'da Richter tarafından uygulanan RIA, ipek böceği bağırsağından yapılmış halka şeklinde bir araçtı(38). Günümüzde dünya çapında kullanılan üç tip RIA vardır;

1. Katkısız (inert) RIA'lar
2. Bakırlı RIA'lar
3. Hormonlu RIA'la; gövdede progesteron içeren progestasert, Levonorgesterol içeren Levo Nova , Mirena

RIA'ların nasıl etki gösterdiği tam olarak bilinmemektedir. Sperm, ovum fertilizasyon, implantasyon ve endometrium üzerine çeşitli etkileri olduğu düşünülmektedir (38).

Endometrium'da atipik inflamasyona yol açarlar. Endometrial sıvı, mukoza ve daha az ölçüde stroma ile miyometriumda lokositler birikir. Lokositlerin fertilize ovuma zararlı bir ortam yarattıkları öne sürülmüştür (36). Bu arada bakırın ,östrojenin endometrium üzerindeki etkilerini engellediği düşünülmektedir. RIA'lar lokal olarak prostaglandin yapımını arttırarak tubalarda motilite artışına yol açar ve ayrıca implantasyonu engeller (38).

Bakırlı RİA'nın dölllenmiş ovumun endometriuma implantasyonunu engellediği, fallop tüpünün ovumun iletim hızını azalttığını ve endometrial kavitede sperm migrasyonunu engellediği bilinmektedir ( 39, 40, 41, 42, 43).

RIA kullanımının ileride primer ve sekonder tubal infertiliteye yol açıp açmadığı, 1985'te Daling ve Crome tarafından incelenmiştir. Risk, bakır içermeyen RIA kullanan nullipar kadınlarda, bakırlı RIA kullanan multipar kadınlara göre daha yüksek bulunmakla birlikte her iki grupta kontrol grubu ile kıyaslandığında anlamlı fark bulunamamıştır(38).RIA'nın yerleştirilmesi için en uygun zaman menstrasyon zamanıdır(36, 37, 38). Çünkü bu dönemde servikal kanal iyice genişlemiştir ve yerleştirme esnasında hastanın gebe olma olasılığı en azdır. Bununla birlikte, hasta tarafından istenirse veya o hasta için daha güvenili olduğu düşünülürse yerleştirme, siklusun başka bir döneminde de gerçekleştirilebilir. Postpartum RIA yerleştirilmesi, postpartum kontrol ziyaretinde, doğumdan 4-8 hafta sonra yapılabilir (37, 44). Bakırlı RİA 10 yıla kadar devam eden kontrasepsiyon etkisi nedeniyle yerinde bırakılır. Fakat RİA'lar bütün kadınlar için ideal değildir. CYBH riskindeki kadınlar için RİA iyi bir kontraseptif yöntem değildir. Bu kadınlara RİA yerleştirilmesi pelvik enfeksiyona yol açabilir. RİA yerleştirilmesi kanama, ağrı komplikasyonlarına da yol açabilir. CYBH'a maruz kalmayan kadınlarda RİA yerleşiminden sonra pelvik enfeksiyon riski çok düşüktür ( 39, 45, 46, 47).

Bu yöntem aseptik şartlar altında deneyimli sağlık personeli tarafından yerleştirilmelidir. RİA uygulaması nullipar kadınlarda zor olabilir. Bu kadınları enfeksiyondan korumak için RİA yerleştirmeden önce antibiyotik verilmektedir ( 48, 49).

RIA uygulanımının kontrendikasyonları ;

- Gebelik
- Dış gebelik anamnezi
- Ağır servisit
- Genital organların malign lezyonları
- Kesin tanısı konmamış positif veya şüpheli vajinal smear
- Sebebi bilinmeyen vajinal kanamalar
- RIA'nın yerleştirilmesine engel genital organ
- malformasyonları
- Servikal kanal stenozu
- Akut veya subakut salpenjitis (38).

**Relatif kontrendikasyonlar;**

- Multiple seksual partner
- Orta veya şiddetli dismenore
- Nulliparite
- Cinsel yolla bulaşan hastalık anamnezi
- 25 yaşından genç olması
- Valvular kalp kapak hastalığı
- Demir eksikliği anemisi (36).

25 yaşından genç olması, Klamidya enfeksiyonuna yatkınlık oluşturması açısından relatif kontraindikasyonlar içinde yer almaktadır(36).RIA kullanımına bağlı olarak izlenen komplikasyonlar; gebelik, RIA'nın çıkması (expulsion), kanama ağrı, pelvik enfeksiyonlar sayılabilir (36).

**Etkinlik :** Geriye dönüşümlü, emniyetli ve kontraseptif etkisi yüksektir. Bakır miktarı yüksek olan yeni modern RIA'larla ( TCU 380 ve Multiload 375 ) cerrahi sterilizasyona eş istenmeyen gebelik oranları bildirilmiştir. Yapılan klinik çalışmalar sonucunda; 300mm<sup>2</sup> üzerinde bakır içeren RIA'lar ve LNG-RİS en etkin modern RIA'lardır, istenmeyen gebeliğe yol açma oranları 5 yıl üzerindeki değerlendirmelerde 1/100 kadın yıl olarak bulunmuştur (21).

**Olumlu Yönleri :**

- Kolay uygulanır ve güvenlidir
- Etkili ve geriye dönüşümlüdür
- Sistemik etkisi yoktur
- Cinsel ilişki zamanından bağımsızdır
- Uygulandıktan sonra uzun süre etkilidir
- Emzirenler için uygundur
- Çıkarıldığında fertilitate hemen geri döner
- Sorun olmadığı sürece yılda bir kez kontrolü yeterlidir (21, 24).

**Olumsuz Yönleri :**

- Uygulama ve çıkarılması için eğitilmiş personel gereklidir, uygulama esnasında az da olsa perforasyon riski vardır.
- Uygulanması ve çıkarılması bir miktar ağrılı olabilir
- Cinsel yolla bulaşan hastalık riskindekiler için uygun bir yöntem değildir, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu değildir

- Uygulamadan sonraki bir kaç ay veya devamlı olarak adetlerde artma, ağrı ve ara kanamaları yapabilir.
- Genel olarak doğurmuş bir kadında ilk seçeneğe olabilsede de, hiç doğum yapmamışlara uygulanmamalıdır (21, 25).

#### **Endikasyonları :**

- Gebeliklerinin arasında uzun süre olmasını isteyenler ve/veya artık çocuk istemeyenler
- Hormonal kontraseptifler için uygun olmayanlar
- Emzirenler
- Coitustan bağımsız yöntem isteyenler.
- Bir veya daha çok çocuğu olanlar.  
Acil, post-coital kontrasepsiyona gereksinimi olanlar

#### **Olası komplikasyonlar**

- Uterus perforasyonu : Çok nadirdir. Genelde el becerisi az personel tarafından yapılır.
- Gebelik : RİA+gebelik söz konusu ise; gebelik istenmiyorsa sonlandırılır, isteniyorsa 1.trimesterde çekilir veya bırakılabilir, 2.trimesterde ise bırakılır.
- PIH : Uygulamayı izleyen ilk yılda, özellikle de ilk 4 ayda görülebilen nadir ve önemli bir komplikasyondur. Genellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar için risk altındakilerde gözlenir.
- Kayıp RİA : Yapılan kontrollerde RİA'nın ipi görülmeyebilir. (ipin kıvrılması,RİA'nın yer değiştirmesi, gebelik, sessiz perforasyon )
- Anemi : Bütün inert ve bakır salgılayan RİA'lar menstrüel kan kaybını RİA kullanımı boyunca artırır. Kan kaybı artışının fibrinolitik aktivite artışı, endometriumda lokal olarak prostasiklin/tromboksan dengesi değişimi nedenine bağlı olduğu düşünülmektedir. Lippes loop ile ortalama kan kaybı artışı %100'ü bulurken bakırlı RİA'larda bu oran %50-75 arasındadır (21, 50, 51). Menstrüel kan kaybı kadınlarda demir eksikliğinin en sık görülen sebebidir (52).

### **BARİYER YÖNTEMLERİ**

Spermin üst genital organlara ulaşmasını engelleyen kimyasal ya da mekanik araçlardır. Etkinlikleri çiftlerin istek ve becerileri ile doğrudan ilişkilidir. Başarısızlık oranları daha yaşlı motivasyonu az çiftlerde daha düşüktür. Bu yöntemlerin sistemik etkileri yoktur, çok ender yan etkileri vardır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı ve olasıdır ki serviks Ca'dan korunmada önemli yerleri vardır (21, 53).

### **1) Kondom**

Kondom belki de en eski doğum kontrol yöntemidir. Kontraseptif yöntemler arasında, hala kabul edilerek, yerini koruyan bir yöntemdir (21).

Cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen latex kauçuktan bir kılıftır. Kondom spermelerin vaginaya girmesini engelleyerek etki gösterir. Her cinsel ilişkide ve doğru olarak kullanılırsa çok etkilidir, fakat çifti her cinsel ilişkide kondomu kullanmak için motive etmek gerekir. Başarısızlık riski kullananların kültür düzeylerine, çocuk istememe veya çocuk isteğini erteleme durumlarına, kullanıcıların yaşlarına göre farklılıklar göstermekle beraber ortalama %12-13 dolayındadır (21).

Kondomun hormonal yan etkisi yoktur. Reçete yada tıbbi izlem gerektirmez. Ucuz ve kolayca temin edilebilir. Hava, su ve mikroorganizmalar kondom sayesinde geçemezler. Serviks Ca'dan koruyucu etkisi vardır, AİDS dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmada en etkili yoldur. Kondom diğer korunma yöntemlerine göre en eski ve en kolay olmasına karşın, erkeklerin yanlış kullanımlarından kaynaklanan riskleri vardır ve bu konuda eğitilmeleri gereği bulunmaktadır (21).

### **2) Diyafram**

Serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmış kontraseptif yöntemdir. Coitustan önce kubbe kısmına spermisit konularak uygulanır. Vajinaya doğru olarak yerleştirilen diyafram simfizis pubisin arkası ile vajen arka forniksi arasında durur. Böylece ön vajen duvarı ve serviksi kapatır. Kontrasepsiyona üç yolla engel olduklarına inanılmaktadır. Sperme karşı fiziksel bir bariyer oluşturular, servikal mukusun vaginal asiditeyi nötralize etmesini engelleyerek spermelerin vajende barınmasını önlerler, spermisit kremlerin ve jellerin doğru kullanılabilmesini sağlarlar (21).

Bu yöntemin popülaritesi giderek azalmıştır. Bunda en büyük etki diyaframın neden olduğu şikayetleri yapmayan, KOK'lerin ve RİA'nın bulunmasıdır (21).

Diyafram güvenli bir yöntem olmasına karşın, nadiren yan etkileri de görülebilmektedir. Hastalar vagendeki kirlilikten, spermisite bağlı kokudan, irritasyondan ve diyaframın doğru yerleştirilmediğinde verdiği rahatsızlık hissinden yakınmaktadırlar. Diyafram kullananlarda idrar yolu enfeksiyonları da KOK kullananlara göre iki kat artmıştır(54).

### **3) Servikal Başlık (Cap)**

Cap, bir zamanlar Avrupa'da diafram kadar popülerdi, fakat şimdi çok az kullanılan bir yöntemdir. Diyaframa oranla daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçüktür. Serviks üzerine

oturtulur, kıvrılabilen kenarları ile vakum oluşturarak serviks yada üst vajinal duvara oturur. Bu yüzden vajinal tonusu azalmış kadınlar tarafından da kolayca kullanılabilir. Kullanıcıların eğitimi çok önemlidir. Etkinliği diyaframa yakındır. 1 yılda gebelik oranı %8,4 ile %19,6 arasında değişir (21).

#### **4)Spermisidler**

Koitudan 10 -15 dk önce vajinaya uygulanıp sperm hareketlerini önleyen ve spermlerin ölümünü sağlayan kimyasal ajanlardır. Aerosol, krem, jel, macun, suppozituar, köpük, tablet, film ve sünger gibi türleri vardır. Temel etkili madde; Nonoxynol-9, Octoxynol-9 ve Menfegol'dür.Spermisidler, etkili olabilmeleri için bazı kurallara uyarak kullanılmalıdır

- .Spermisid, sevikse olabildiğince yakın yerleştirilmelidir
- Serviks ve üst vajene dağılması için , koitten önce, önerilen süre kadar beklenilmelidir
- Her koit için bir miktar daha spermisid uygulanmalıdır
- Koitten, en az 6 saat sonrasına kadar duş alınmamalıdır

**Etkinlik :** Bu spermisidin kolay veya zor kullanılabilirliğine ve çiftin bunu düzenli olarak her koitte kullanma motivasyonuna bağlı olarak değişir. 1 yılda başarısızlık oranı köpük suppozituar için %0,3 iken, köpük için %31 civarındadır (21).

## **COİTUS İNTERRUPTUS**

Günümüzde geleneksel ve modern birçok kontrasepsiyon yöntemi, çiftler arasında korunma amaçlı kullanılmaktadır. Dünyada, çiftler arasında kısa süreli kullanımda en sık tercih edilen kontrasepsiyon yöntemlerinden biri de, geri çekme yöntemidir (55).Gelişmekte olan diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında, geri çekme yöntemi Türkiye'de daha sık olarak tercih edilmektedir (56).

Günümüzde kadınların %34,5'i modern kontrasepsiyon metodlarından birini kullanırken, %28.1'i halen geleneksel korunma yöntemlerini tercih etmektedir (57).Geri çekme yöntemi, eşler arasında uyum, disiplin ve motivasyon gerektiren bir yöntemdir. Herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanırken gebe kalan olgulardan %58.7-%60.6'ının geri çekme yöntemini kullandıkları bildirilmiştir (58, 59).

Türkiye'de geri çekme yönteminin kullanımı yıllar arasında önemli farklılıklar gözlenmekte olup; Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırmaları (TNSA) verilerinde, bu yöntemin kullanım oranı 1983'de %30,1, 1998'de ise %24,4 olarak bildirilmiştir (60).

## DOĞAL AİLE PLANLAMASI (DAP)

Doğal Aile Planlaması (DAP); Eşlerin menstruasyon siklusunun fertil ve infertildönemlerini, 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. (61, 62, 63, 64).

## CERRAHİ KONTRASEPSİYON

Halen dünyada en yaygın olarak kullanılan en etkili kontraseptif yöntem cerrahi sterilizasyondur. Cerrahi sterilizasyon (kadında tüp ligasyonu, erkekte vazektomi) artık çocuk istemeyen aileler için uygun yöntemlerdir. Günümüzde geriye dönüşümü mümkün ancak pahalı, güç ve %100 değildir. Bu nedenle yöntem tanıtılırken ve önerilirken ayrıntılı bilgi verilmelidir. Çocuk isteği, kararsızlığı olan çiftlerde kesinlikle uygulanmamalıdır.

**Etki Mekanizması** : Gebeliği oluşturacak üreme hücrelerinin (ovum ve sperm) üreme kanalında yapılan cerrahi sonucunda birleşmemeleri ile kontraseptif etki meydana gelir.

**Etkinliği** : %99.6 (tüp ligasyonu), %99.8 (vazektomi).

### 1) Tüp Ligasyonu

Tüplere ulaşmada üç yaklaşım vardır:

- a) Vaginal (Kolposkopik, koipotomik(Kroner))
- b) Transservikal (Histeroskopik)

Abdominal; günümüzde en çok abdominal yol seçilmektedir.

Abdominal yaklaşımda tüplere ulaşmada kullanılan teknikler :

- Laparoskopik (klip, koter)

- Mini laparotomik ( Pomeroy, Irving, Parkland, klip, silikon band )
- Laparotomik

**Olumlu yönleri** ; çok etkili ve güvenlidir, maliyeti bir kereye mahsustur ve cinsel ilişki zamanından bağımsız olup uygulama sonrası etkinlik hemen başlar. Kısırlaştırma işleminden dolayı seksüel disfonksiyon bildirilen vaka yoktur. Aksine gebelik riski olmadığı için kişiler daha rahat davranmaktadır (65).

**Olumsuz Yönleri** ; kalıcıdır, cerrahi komplikasyonlar olabilir, başansızlık durumunda ektopik gebelik riski vardır. Tüp ligasyonu yapılan kadınların beklenenden daha fazla psikolojik sorunları ortaya çıktığı göz ardı edilmemelidir (66).

## 2) Vazektomi

Erkeklerde, vas deferenslerin kapatılması ile spermelerin epididimden duktus ejakulatoryusa transportunun engellenmesi esasına dayanan yöntemdir.

**Olumlu yönleri**; kolay, basit ve kısa sürede uygulanır, cinsel ilişkiye etkisi yoktur.

**Olumsuz Yönleri**; kalıcıdır, cerrahi komplikasyonlar olabilir, hemen etkili olmaz (işlemden sonra 20 ejakulatta spermeler mevcuttur).

## MENSTRUEL REGULASYON

Düşük basınçlı cihazlarla implante olmuş gebeliği sonlandırılmasıdır. Menstruel regulasyonu sağlamak için 50 cc.'lik enjektör (Karman Enjektörü) ve yumuşak-fleksibl bir kanülden oluşan ekipman ile vakum aspirasyon yapılmaktadır ( 64, 65 ). Araştırmalar gebeliği sonlandırmak için düşük yapmış çoğu kadında suçluluk hissi, öfke, günah işleme veya buna benzer hislerin ortaya çıktığını gösteriyor. Ayrıca küretajdan sonra tekrar gebe kalma korkusu da cinsel hayatlarını olumsuz etkilemektedir. Aynı zamanda istenmeyen gebelikler için uygulanan küretaj ve doğal düşükler sonucu ilaçlara karşı alerjik reaksiyonlar, uterus atonisi, perforasyon ve enfeksiyon gibi ciddi sağlık problemleri artış göstermektedir (67, 68, 69).

Kimi kadınlar gebeliklerini sonlandırmak istediklerinden son derece emindir ve karar verirken rahattır ancak çoğu kadın bu kararı en yakınındaki kişilerle tartışmak ister. Böyle bir günde bir erkeğin desteğine sahip olmak çok şeyi değiştirebilir ancak birçok kadının böyle bir seçeneği olmayabilir. Kadının isteyerek düşük ile ilgili düşünceleri bunu neden istediğine bağlıdır. Kesinlikle çocuk istemeyen bir kadının durumu ile çocuk istediği halde maddi ya da başka nedenlerden şu anda bunu gerçekleştiremeyecek olan

kişinin durumu birbirinden farklıdır. İsteyerek düşük, kadının yetiştiği ahlaki ya da dinsel kurallara aykırıysa, durum daha da zorlaşacaktır ( 69, 71, 72, 73, 74).

Menstruel regülasyon için eğitilmiş sağlık personeli ve özel araç-gereç gerekmektedir. Anestezi ya da servikal dilatasyon gerektirmez. 510 sayılı Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzüğe göre Bakanlıkça açılan eğitim merkezlerinde kurs görerek yeterlilik belgesi almış pratisyen hekimler, kadın hastalıkları ve doğum uzmanının denetim ve gözetiminde menstrüel regülasyon yöntemiyle rahim tahliyesi yapabilirler. Pratisyen hekimler menstrüel regülasyon yöntemiyle rahim tahliyesini resmi tedavi kurumlarında yaparlar (75, 76, 77, 78, 79).

## GEREÇ VE YÖNTEM

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi' nin 2005 yılı kayıtları retrospektif olarak incelendi. Bu süre içinde polikliniğe başvuran 3269 kişinin aldıkları hizmetler ile AP yöntemi kullanma durumu ve bu durumu etkileyen faktörler değerlendirildi. Poliklinik kayıt defterinde soru olarak sorulan başvuran kişilerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu), doğurganlık özellikleri (gebelik sayısı, doğurduğu çocuk sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, son gebeliğin sonlanma durumu, son gebelik aralığı) kontrasepsiyon özellikleri (son 3 aydaki kullandığı korunma şekli) hakkında bilgiler elde edildi. Bu retrospektif çalışmada elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikleri ortalama±standart sapma şeklinde, kategorik verilerin analizinde ise ki kare testi uygulanarak sonuçlar %95 güven aralığı içinde ve p değeri <0,05 olması anlamlı kabul edilerek verilmiştir.

### **ÇALIŞMAYA ALINMA KRİTERLERİ**

**1-15 ve üzeri yaştaki bayan hasta**

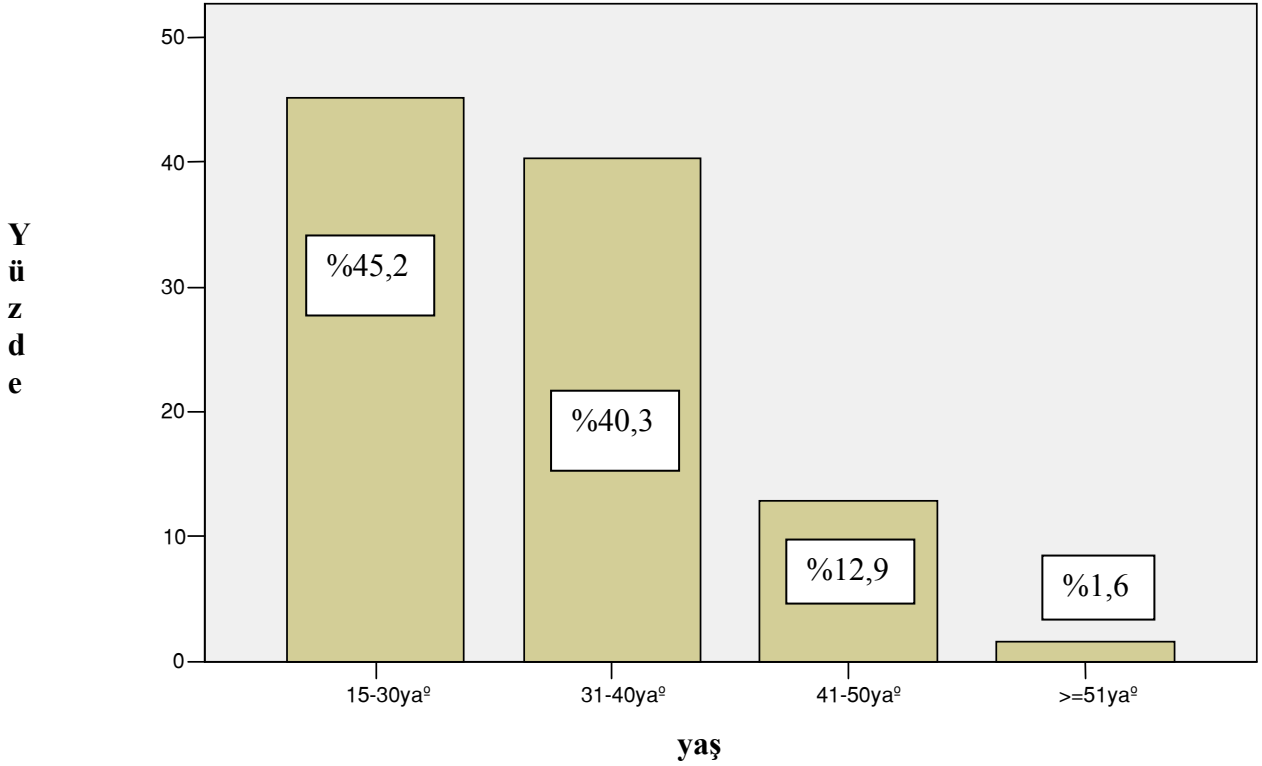
**2-Herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanan ve kullanmayan aile planlaması polikliniğine 2005 tarihinde başvuran bayan hasta**

## BULGULAR

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi'ne 2005 yılında başvurarak hizmet alan 3269 kişinin bulguları aşağıdaki grafik ve tablolarda özetlenmiştir.

Başvuran 3269 kişinin 1477'si (% 45,2) 31 yaş grubu altındaydı. 3216'sı (%98,4) fertil çağdaydı. Yaşlara göre dağılım grafik 1'de verilmiştir.

**Grafik 1.** Yaş Gruplarına Göre Dağılım



Başvuran 3269 kişinin 172'si (%5,3) nullipardı. 2576'sının (%78,8) 3 ve altında doğumu vardı.246'sının (%6,8) 5'in üzerinde doğumu vardı. Doğum sayısına göre dağılım Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** Doğum Sayısına Göre Dağılımı

Doğum Sayısı	N(Sayı)	Frekans(%)
0	172	5,3
1	700	21,4
2	1194	36,5
3	682	20,9
4	275	8,4
5	121	3,7
6	68	2,1
7	23	0,7
8	13	0,4
9	7	0,2
10	13	0,4
11	1	0,0
Toplam	3269	100

Başvuran 3269 kişinin 2417'si (%73,9) ilkokul ve altı eğitimliydi. 1963'ü (%60) ilkokul mezunu, 191'i (%5,8) üniversite mezunuydu. Eğitim durumuna göre dağılım Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2.** Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim	N(Sayı)	Frekans(%)
Okur yazar değil	454	13,9
ilkokul	1963	60,0
ortaokul	221	6,8
lise	440	13,5
üniversite	191	5,8
Toplam	3269	100,0

Başvuran 3269 kişinin 120'sinin (%3,7) hiç gebeliği yoktu ve 2 gebeliği olan 756 kişi(%23,1) birinci sırayı oluştuyordu. 420 kişinin (% 12,8) 6 ve üzerinde gebeliği vardı. Toplam gebelik dağılımı Tablo 3'de verilmiştir.

**Tablo 3.** Toplam Gebelik Dağılımı

Toplam Gebelik	N(Sayı)	Frekans(%)
yok	120	3,7
1	487	14,9
2	756	23,1
3	710	21,7
4	490	15,0
5	286	8,7
>=6	420	12,8
Toplam	3269	100,0

Başvuran 3269 kişinin 2156'sı (%68,8) son gebeliklerinde canlı doğum yaptı. 955 kişinin (%30) son gebeliği kürtaj ile sonuçlandı. Son gebeliklerin nasıl sonlandığı Tablo 4'de görülmektedir.

**Tablo 4 .**Son Gebeliklerin Sonlanma Durumu

Son gebelik	N(Sayı)	Frekans(%)
doğum yok	138	4,2
doğum	2156	66,0
kürtaj	955	29,2
düşük	20	0,6
Toplam	3269	100,0

Başvuran 3269 kişinin 810'u (%24,8) 1 kez, 454'ü (%13,9) 2 kez, 177'si (%5,4) 3 kez, 71'i (%2,2) 4 kez ve 57'si (%1,6) 5 ve üzerinde doğum dışı sonuçlanan gebeliği mevcuttu.Doğum dışı sonuçlanan gebelikler Tablo 5'da verilmiştir.

**Tablo 5.** Doğum dışı Sonuçlanan Gebelikler

Doğum dışı	N(Sayı)	Frekans(%)
0,00	1700	52,0
1,00	810	24,8
2,00	454	13,9
3,00	177	5,4
4,00	71	2,2
5,00	27	0,8
6,00	14	0,4
7,00	6	0,2
8,00	8	0,2
9,00	1	0,0
10,00	1	0,0
11,0	1	0,0
Toplam	3269	100,0

Başvuran 3269 kişinin 871'i (%26,6) son üç aydır korunmuyor, 675'i (%20,7) güvenilir olmayan bir yöntemle korunuyor, 1723'i (%52,7) güvenilir bir yöntemle korunuyordu. . Son 3 Aylık korunma yöntemine göre dağılım Tablo 6'de verilmiştir.

**Tablo 6.** Son 3 Aylık Korunma Yöntemine Göre Dağılım

Yöntem	N(Sayı)	Frekans(%)
Korunmuyor	871	26,6
Coitus interruptus	283	8,7
Hormonal yöntem	552	16,9
RIA	1171	35,8
Bariyer yöntemi	392	12,0
Toplam	3269	100,0

Başvuran 3269 kişinin 1185'ine (36,2) sadece danışmanlık hizmeti verildi. 603'üne (18,4) RIA uygulandı. 405'ine (%12,4) kondom verildi. 256'sına (% 7,8) MR uygulandı. Yapılan işleme göre dağılım Tablo 7'de verilmiştir.

**Tablo 7 .Yapılan İşleme Göre Dağılım**

Yapılan işlem	N(Sayı)	Frekans(%)
Kontrol ve danışmanlık	1185	36,2
Hormonal yöntem	498	15,2
RIA	603	18,4
Condom	405	12,4
RIA+inplanon iptal	322	9,9
MR uygulama	256	7,8
Toplam	3269	100,0

Başvuran 3269 kişinin yaş ortalamaları  $32,5\pm 8,1$  okur yazar olmayan 454 kişinin  $32,2\pm 8,2$  ve üniversite mezunu olan 191 kişinin  $35,7\pm 9,7$ 'ydi. Doğum ortalamaları toplamda  $2,36\pm 1,48$ 'ydi. okur yazar olmayanlarda  $3,73\pm 2,07$  ve üniversite mezunlarının  $1,09\pm 0,82$ 'ydi. Doğum dışı ortalamaları toplamda  $0,88\pm 1,24$ ; okur yazar olmayanlarda  $0,98\pm 1,53$ , üniversite mezunlarının  $0,64\pm 1,09$ 'du. Gebelik ortalaması toplamda  $3,2\pm 2,08$ ; okur yazar olmayanlarda  $4,71\pm 2,69$ , üniversite mezunlarında  $1,74\pm 1,58$ 'di. Son doğum sonrası geçen süre ortalaması toplamda  $6,5\pm 6,08$  ; okur yazar olmayanlarda  $5,57\pm 5,14$  ve üniversite mezunu olanlarda  $6,75\pm 9,82$  olarak bulundu. Yaş, doğum dışı sonlanan gebelik, gebelik, son doğum sonrası süre ortalamalarının eğitim ile olan ilişkisi Tablo 8'da verilmiştir.

**Tablo 8.** Yaş, Doğum Dışı Sonlanan Gebelik, Gebelik, Son Doğum Sonrası Sürenin Eğitimle Olan ilişkisi .

	Eğitim Durumu	N(Sayı)	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	o.yazar değil	454	32,2643	8,21272
	ilkokul	1963	32,5736	7,65742
	ortaokul	221	31,0317	8,67252
	lise	440	32,0114	8,71034
	üniversite	191	35,7801	9,74808
	Toplam	3269	32,5381	8,13320
Doğum	o.yazar değil	454	3,7313	2,07008
	ilkokul	1963	2,4417	1,22995
	ortaokul	221	1,6697	0,86573
	lise	440	1,4773	0,95428
	üniversite	191	1,0995	0,82433
	Toplam	3269	2,3604	1,48653
Doğum dışı sonlanan	o.yazar değil	454	0,9868	1,53970
	ilkokul	1963	0,9450	1,23285
	ortaokul	221	0,8054	1,17286
	lise	440	0,6250	0,93420
	üniversite	191	0,6440	1,09974
	Toplam	3269	0,8807	1,24007
Gebelik	o.yazar değil	454	4,7181	2,69736
	ilkokul	1963	3,3851	1,88249
	ortaokul	221	2,4751	1,45713
	lise	440	2,1023	1,41453
	üniversite	191	1,7487	1,58602
	Toplam	3269	3,2404	2,08663
Doğum sonrası süre	o.yazar değil	141	5,5745	5,14259
	ilkokul	630	6,8746	5,55863
	ortaokul	64	7,1719	5,84877
	lise	155	5,6968	6,82754
	üniversite	65	6,7538	9,82508
	Toplam	1055	6,5384	6,08215

MR için başvuran 256 kişinin %48,8 ile 31-40 yaş grubu ilk sırada yer alırken 15-30 yaş grubu %41,8 ile ikinci sırada yer alıyordu. Yaş gruplarına göre yapılan işlemler tablo 9'de görülmektedir.

**Tablo 9.** Yaş Gruplarına Göre Yapılan İşlemler

İŞLEM	YAŞ GRUBU				TOPLAM
	15-30	31-40	41-50	>=51	
Kontrol	520	439	185	41	1185
Hormonal yöntem	253	226	18	1	498
RIA	327	216	60	0	603
condom	154	178	70	3	405
Ria ve inplanon çıkarma	116	134	64	8	322
MR	107	125	24	0	256

MR için başvuran 256 kişinin %80,1'ini ilkökul ve altı eğitimliler oluşturuyordu. %3,1'ini üniversite mezunları oluşturuyordu. Yapılan işlemlerin eğitim durumu ile karşılaştırılması tablo 10'de verilmiştir.

**Tablo 10.** Yapılan İşlemlerin Eğitim Durumu ile Karşılaştırılması.

YAPILAN İŞLEM	Okur yazar değil	ilkokul	ortaokul	lise	üniversite	Toplam
Kontrol ve danışmanlık	172	701	67	162	83	1185
Hormonal yöntem	69	309	37	59	24	498
RIA	74	361	43	88	37	603
Condom	38	232	40	64	31	405
Ria ve inplanon çıkarma	59	197	18	40	8	322
MR uygulama	42	163	16	27	8	256

MR için başvuran 256 kişiden %23,8 ile ilk sırayı 3 gebeliği olanlar, %18,8'ile 4 gebeliği olanlar ikinci sırayı oluşturuyordu.. Yapılan işlemlerin gebelik sayısı ile karşılaştırılması tablo 11'de verilmiştir

**Tablo 11.** Yapılan İşlemlerin Gebelik Sayısı ile Karşılaştırılması

YAPILAN İŞLEM	GEBELİK SAYISI							TOPLAM
	YOK	1	2	3	4	5	>=6	
Kontrol ve danışmanlık	64	143	262	244	190	120	162	1185
Hormonal yöntem	24	96	115	105	65	35	58	498
RIA	4	111	162	125	91	49	61	603
Condom	23	62	101	106	45	28	40	405
Ria ve inplanon çıkarma	3	37	76	69	51	28	58	322
MR uygulama	2	38	40	61	48	26	41	256

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Aile planlaması bireylerin yada eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını ve sosyo-ekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine, çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür (8).

Aşırı doğurganlık (sık-fazla doğum) dar anlamda anne ve çocukların sağlığını, geniş anlamda toplumun genel sağlık düzeyini, ekonomik, sosyal ve kültürel gelişmesini olumsuz olarak etkilemektedir. Ülkemizin de içinde yer aldığı gelişmekte olan ülkelerde, aşırı doğurganlığa bağlı oluşan ana-çocuk sağlığı sorunları, genel sağlık sorunları arasında ilk sırada yer almaktadır. Aşırı doğurganlık anne ve çocuğun hastalık ve ölüm riskini artırmaktadır (1, 2).

Bu araştırma Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi'ne 2005 yılında başvurarak hizmet alan olguların yaş, cinsiyet, eğitim durumları, gebelik sayıları doğurduğu çocuk sayısı, düşük sayısı, son gebeliğin sonlanma şekli, son gebelik aralığı, son 3 ayda kullanılan yöntem ve aile planlaması ünitesinde yeni yöntem olarak verilen hizmetlerin retrospektif olarak incelenmesi amaçlandı.

Bu araştırmaya göre şu sonuçlar elde edilmiştir; 2005 yılında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi' ne başvuran kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması  $3,24 \pm 2,08$  bulundu. Gemlik Bölgesindeki yapılan bir araştırmada bu oran  $2,8 \pm 1,3(80)$ , Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması  $3,30 \pm 1,9(87)$ , Isparta İli Sadık Yağcı Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin Aile Planlaması Polikliniğine 2000 Yılında başvuran kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması ise  $2,5 \pm 1,5$  olarak hesaplanmıştır (70). Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması ise  $3,7 \pm 2,2$  olarak saptanmıştır(81). Araştırmamızdaki gebelik sayısı ortalaması bölgelere göre kadınların sahip oldukları çocuk sayısı ortalamasının batıda 3,5, doğuda 7,3, Türkiye genelinde ise 4,6 olduğu verisini desteklemektedir(4).

Araştırmamızda, kadınların doğurduğu çocuk sayısı ortalaması  $2,36 \pm 1,48$  olarak hesaplanmıştır. 1998 TNSA Türkiye'nin doğurganlık hızını 2,6 olarak göstermektedir(4). Araştırmamız Türkiye genelindeki doğurduğu çocuk sayısı ortalaması ile uyumlu çıkmıştır.

2005 yılında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi' ne başvuran kadınların son gebeliklerinin %7,8'i isteyerek düşükle sonlanmıştır ve bunlardan 61 (%23,8) hastayla 3 gebeliği olanlar ve 125 (%48,8) hastayla 31-40 yaş grubu ilk sırayı oluşturuyordu. Isparta İli Sadık Yağcı Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin Aile Planlaması Polikliniğine 2000 Yılında Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi sonucunda yapılan çalışmalarda da son gebelikler %11,8 isteyerek düşükle sonlanmıştır (70). Bu oranlar Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınlarda yapılan çalışmada son gebelikler %8,1 isteyerek düşükle sonlanmıştır(87). Ülkemizde isteyerek düşük hızı %14,5 olarak bilinmektedir (88). İsteyerek düşük oranımız Sivas ilinde yapılan çalışmayla uyumlu, Isparta ili ve Türkiye ortalamasının altındadır. Bunu Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi'nin aile planlama eğitimini daha iyi bir seviyede verdiğini düşünebiliriz, ikinci bir ihtimal maddi imkanı iyi olanların özel muayenehane ve hastaneleri tercih ettiğininide düşünebiliriz.

İsteyerek düşüklerin ileri yaş grubunda, üç ve üzerinde çocuğu olanlarda, dört ve üzerinde gebeliği olanlarda daha fazla saptanması isteyerek düşüğün hala bir AP yöntemi olarak görüldüğünü ve istenmeyen gebeliklerin sorun olmaya devam ettiğini göstermektedir. Ülkemizde isteyerek düşüklerin %67,8'i doğurganlığın sınırlanması ya da doğum arasının açılması nedenine dayanmaktadır (88). Bu durum AP hizmetlerine olan gereksinimi açıkça göstermektedir. AP hizmetlerinde riskli gruplara hizmet sunumu çok önemlidir. Erken yaşta (18 yaşın altında), çok sayıda (dört doğumdan fazla), çok geç yaşta (35 yaşından sonra) ve çok sık olan gebeliklerde (iki yıldan sık aralıkla) anne ve çocuğun hastalık ve ölüm riskinin en yüksek düzeyde olduğu bilinmektedir (89). İstenmeyen gebeliklerin varlığı hizmet çeşitliliğinin artırılması ve yöntem devamsızlığı gibi sorunların nedenlerinin araştırılması ve çözülmesi için önlemlerin alınmasını gerekli kılmaktadır. Danışmanlık hizmetleri ve hasta eğitimine yönelik çalışmaların artırılması ile bu konuda olumlu sonuçlar sağlanabilir.

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi' ne başvuran kadınların son gebelik aralığı ortalaması  $6,53\pm 6,08$  yıl olarak hesaplanmıştır. Isparta İli Sadık Yağcı Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin Aile Planlaması Polikliniğine 2000 Yılında Başvuran Hastaların son gebelik aralığı  $5,09\pm 5,22$  yıl(70), Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kadınların değerlendirilmesinde ise 33,7 ay olarak bulunmuştur (81). Türkiye genelinde ortanca doğum aralığı üç yılın biraz üstündedir (37 ay) (82). Türkiye genelinde de doğumların %26'sı iki yıldan kısa aralıklarla meydana gelmektedir (88). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi' ne başvuran kadınların son gebelik aralığının

Türkiye genelinden daha uzun çıkması Araştırmanın AP merkezinde yapılmış olmasından kaynaklanmıştır.

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi' ne başvuran kadınların yaş ortalaması  $32,53 \pm 6,68$  idi ve grubun çoğunluğu %85,5'i 15-40 yaş grubunda bulunuyordu. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi' ne başvuran kadınların eğitim durumlarına bakıldığında çoğunluğun (%73,9) ilkokul ve altı eğitilmiş olduğu görüldü. Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran ve Isparta İli Sadık Yağcı Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin Aile Planlaması Polikliniğine 2000 yılında başvuran hastaların ilkokul ve altı eğitilmiş olanların değerlendirilmesi sonucunda yapılan çalışmalarda da aynı yaş grubu için benzer sonuçlar bulunmuştur (sırası ile %61,2 ve %67,3), (87, 70). TNSA 1998'de bu oran %69,7'dir. (4). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi' ne başvuran kadınların eğitim durumları Isparta ili, Sivas ili ve TNSA verileriyle uyumludur.

TNSA 1998 verilerine göre ülkemizde herhangi bir yöntem kullanma oranı %63,5, etkili yöntem kullanma oranı % 38, etki derecesi sınırlı yöntem kullanma oranı % 25,5'dir. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi' ne başvuran kadınların herhangi bir yöntem kullanma oranı % 73,4, etkili yöntem kullanma oranı % 60,8'dür. Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların ve Isparta İli Sadık Yağcı Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin Aile Planlaması Polikliniğine 2000 Yılında Başvuran Hastaların Değerlendirilmesinde benzer çalışmalarda bu oranlar sırası ile %89,5- %63,3 ve %96,1- %56,6 olarak bulunmuştur (87, 70). TNSA 1998 verilerine göre Türkiye'de etkili yöntem kullanma oranı batıda % 40,5, doğuda % 26,7'dir (4, 83). Bizim araştırmamızda etkili yöntem kullanma oranı Sivas ve Isparta illeriyle uyumlu çıkmıştır. Etkili yöntem kullanma sıklığının Türkiye ortalamasından yüksek olma nedeni araştırmanın AP merkezinde yapılmış olmasından kaynaklanmıştır.

TNSA 1998 verilerine göre etkili yöntemler içinde de rahim içi aracın ilk sırayı aldığı görülmektedir (84). Bizim araştırmamız da bu sonuçları desteklemektedir. Çalışmamızda son üç ay içerisinde kullanılan AP yöntemleri arasında RIA en yüksek oranda (%35,8) tercih edilirken, geri çekme ile korunanların oranı %8,7 idi. Aydın İlinde ana sağlığı ve aile planlaması merkezinde da yapılan bir çalışmada son üç ay içerisinde kullanılan AP yöntemleri arasında kondom en yüksek oranda (%53,6) tercih edilirken, geri çekme ile korunanların oranı %8,8 idi (85). Araştırmamızda etki derecesi sınırlı yöntem kullanma oranı %20,7 iken ; Aydın İlinde ana sağlığı ve aile planlaması merkezinde % 27,8 olarak

bulunmuştur (88).Ülkemizde geri çekme ile korunma oranları %24.4 'dir. (88).Çalışmanın yapıldığı bölgede etkisiz AP yöntemi kullanma oranının ülke genelinden düşük olması sevindiricidir ve bu konuda etkili eğitim yapıldığını düşündürmektedir. Ülkemizde kadınlar arasında en çok kullanılan etkili AP yöntemi %19,8 oranı ile RİA'dır (88).

Dünyada insanların yaklaşık % 60'ı etkili kontraseptif yöntemlerle korunmasına rağmen tahminen 350 milyon çiftin AP yöntemleri hakkında bilgilerinin olmadığı veya bu hizmetlere nasıl ulaşacaklarını bilmedikleri düşünülmektedir (70). Ülkemizde kullanılan etki derecesi sınırlı yöntemlerin büyük çoğunluğunu (%95,7) geri çekme yöntemi oluşturmaktadır. Geri çekme gibi etki derecesi sınırlı yöntemlerde % 30 başarısızlık oranı olduğu bilinmektedir.

Ülkemizde yapılmış bir çalışmada, geri çekme yöntemi uygulayanların çoğunluğu bu yöntemi etkin bir yöntem olarak düşünmektedirler (85). Bu nedenlerle erkeklerin AP ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetlerinden yararlandırılması etkin yöntemlerle birlikte etki derecesi sınırlı yöntemlere ilişkin bilgilendirme yaygınlaştırılmalıdır. İzmir gibi gelişmiş bir batı ilimizde yapılmış çalışmada erkeklerin pek çok yöntemi tanımakta olduğu ancak onlara ilişkin bilgilerinin yanlış olabildiği görülmüştür (70). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi' ne başvuran kadınlara verilen hizmetlere bakıldığında kondom verilmesi %12.4'lük oranla üçüncü sırada , oral kontraseptif (OKS) verilme oranı %15,2'ile ikinci sırada, RIA takılma oranı ise 18,4'ile ilk sırada yer alırken Aydın İlinde ana sağlığı ve aile planlaması merkezinde da yapılan bir çalışmada başvuranlara verilen hizmetlere bakıldığında kondom verilmesi %55,6'lık oranla ilk sırada yer alırken, oral kontraseptif (OKS) verilme oranı %37, RIA takılma oranı ise %5,2 olarak saptandı (85). Isparta İli Sadık Yağcı Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin Aile Planlaması Polikliniğine 2000 Yılında Başvuran Hastaların Değerlendirilmesinde bu oranlar sırasıyla kondom verilmesi %47,6,oral kontraseptif %9.4 ve RIA takılması %15,4 olarak bulunmuştur(70). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi'nde yapılan çalışmada RIA takılma işlemi Isparta ili ile uyumlu ve Aydın ilinden yüksek orandaydı.

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi' ne başvuran kadınlara verilen hizmetler değerlendirildiğinde herhangi bir yöntem kullanımıyla eğitim arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Isparta'da yapılan araştırmadaki eğitim durumuna göre etkili yöntem kullanımı ilkokul ve altı öğretim görenlerde daha yüksek bulunmuştur (5). Bu durum araştırmanın bir AP merkezinde yapılmasının yanı sıra kontrasepsiyon hizmet sunumunda başvuranların bu konuda

bilgilendirildikleri şekilde açıklanmıştır. (8). TNSA 1998 verilerine göre evli kadınların eğitim durumu, yöntem kullanımında da belirleyici özelliğini korumaktadır. Araştırmamıza göre başvuran kadınların % 20,7'si etki derecesi sınırlı yöntemle korunmaktadır. Bu bağlamda çalışmanın yapıldığı AP polikliniğinin İstanbul ilinde çok önemli bir ihtiyacı karşıladığı görülmektedir. AP ile ilgili hizmet veren diğer sağlık kurumlarıyla işbirliğinin ve erkeklerin de AP' na etkin katılımının artırılması önerilebilir. Üniversite mezunu olarak başvuran 191 kişinin (%5,8); korunmama ve bariyer yöntemleri tercihleri okur yazar olmayan 454 kişiyle (%13,9) karşılaştırınca yüksekti. Üniversite mezunlarının korunmamasının yüksek olmasını yaşlarının ileri olması sebebiyle gebelik istediklerine ve doğum sayıları düşük olduğu için etkili bir yöntem tercih etmedikleri sonucuna varabiliriz. Okur yazar olmayan 454 kişinin (%13,9) yaş ortalaması  $32\pm 8,1$ , doğum ortalaması  $3,7\pm 2,0$  iken üniversite mezunu 191 kişinin (%5,8) yaş ortalaması  $35,7\pm 9,74$ , doğum ortalaması  $1,09\pm 0,8$  olarak bulundu. AP'na başvuran okur yazar olmayanlar üniversite mezunlarına göre yaş ortalaması olarak anlamlı düşüktü ( $p<0,05$ ). Gebelik sayısı üniversite mezunlarında okur yazar olmayanlara göre anlamlı düşüktü ( $p<0,05$ ). Doğum sayıları üniversite mezunu olanlarda okur yazar olmayanlardan anlamlı olarak düşüktü ( $p<0,05$ ). Gebeliğin doğum dışı sonlanması okuryazar olmayanlarda üniversite mezunlarından anlamlı yüksek bulundu ( $p<0,05$ ) Araştırmamızda eğitim düzeyi azaldıkça gebelik, doğum ve gebeliğin doğum dışı sonlanma sayısı anlamlı olarak artmaktaydı. Bizim araştırmamızda, eğitim durumunun gebelik aralığını etkilemediği bulunmuştur. Benzer sonuç Nevşehir Devlet Hastanesinde yaptıkları bir çalışmada da saptanmıştır (86). Bu nedenle, eğitime bakılmaksızın tüm kadınlara ana-çocuk sağlığı açısından, gebelik aralığı konusunda eğitim verilmelidir.

## ÖZET

**Giriş:** Aile planlaması bireylerin yada eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını ve sosyo-ekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine, çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür(8).

**Amaç:** Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Uygulama Merkezi'ne 2005 yılında başvurarak hizmet alan olguların incelenmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi'nin 2005 yılı kayıtlarının retrospektif olarak incelendi. Bu süre içinde polikliniğe başvuran 3269 kişinin aldıkları hizmetler ile AP yöntemi kullanma durumu ve bu durumu etkileyen faktörler değerlendirildi. Bu retrospektif çalışmada elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikleri ortalama±standart sapma şeklinde, kategorik verilerin analizinde ise ki-kare testi uygulanarak sonuçlar %95 güven aralığı içinde ve p değeri <0,05 olması anlamlı kabul edilerek verilmiştir.

**Bulgular:** Çalışma kapsamına alınan 3269 kadının kayıtlarından ulaşılan sonuçlara göre; olguların yaş ortalaması 32,5±8.1 idi. Kadınların 2417'si(%73,9) ilkokul ve altı eğitimli, 852'si (%26,1) ortaokul ve üstü eğitimli idi. Aile planlaması hizmeti için başvuran kadınlardan 120'si (%3,7) hiç gebe kalmamıştı, 6 ve üzerinde gebeliği olanlar 420 kişiydi (%12,8). Gebelik ortalaması 3,2±2,08 ,doğum ortalaması 2,3±1,48 ve son doğum sonrası süre ortalaması 6,5±6,08'di. Doğum dışı gebelik ortalaması 0,88±1,24'di. Başvuranların son üç ay içerisinde kullandıkları aile planlaması yöntemleri değerlendirildiğinde kadınların %73,4'i herhangi bir yöntemle korunuyordu ve etkili yöntem kullanma oranı %60,8 idi. Verilen hizmetlerinin dağılımı incelendiğinde; ria takılması %18,4 ile ilk sırada yer almaktadır.

**Sonuç:** Bu veriler, ülkemizde ailelerin doğurganlıklarını planlamada yeterince başarılı olmadıklarını göstermektedir. Bu bağlamda ana ve çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetleri yeterince verilemeyen ve birinci basamak kuruluşları eksik olan bölgelere öncelik verilerek, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezleri kurulmalıdır. Günümüzde AP hizmeti ülke genelinde sürdürülmeli ve eğitim seviyesi fark etmeden anne ve baba adaylarına eğitimler verilmeli ve bilgilendirilmelidirler.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi, aile planlaması yöntemleri

## KAYNAKLAR

- 1-Mihciokur S, Akın A. Dünyada ve Türkiye’de anne ölümleri. Sağlık ve Toplum. 1998; 8: 41-37.
- 2- Yaşer Y, Balkan E. Türkiye’de nüfus ve sağlık 1999 . Yeni Türkiye. 2001; 451-2.
- 3-Akın A, Aslan D. Kadın sağlığı. Yeni Türkiye. 2001; 529.
- 4- Açıklın İ. Türkiye’de ana sağlığı ve aile planlaması. Yeni Türkiye. 2001; 443-58.
- 5- Gökmen O, Özcan S. Dünyada ve Türkiye’de üreme sağlığı. Yeni Türkiye. 2001; 486-6.
- 6-Akın A, Aslan D. Cumhuriyet ve kadın. Sağlık ve Toplum.1998; 8: 7.
- 7- Bilgili N, Akın A. Uluslararası kararlarda kadın konusu. Sağlık ve Toplum. 1998; 8: 13-12.
- 8-Dirican R, ve Bilgen N. (1992). Halk Sağlığı. 11. Baskı. Bursa. Uludağ Üniversitesi (377-390).
- 9-Coker AL, Hukla BS, Mc Cann MF, Walton LA. Barrier methods of contraception and cervical neoplasia, Contraception. 1992; 45: 1.
- 10-Schwartz B, Gaventa S, Broome CV, Reingold AL, Hightower AW, Perlman JA, Wolf PH. Nonmenstruel toxic shock syndrome associated with barrier contraceptives, report of case study Dis 11 (suppl 1): 543, 1989.
- 11-Huber SC, Piatrow PT, Orleans B, Dommer G. Intrauterine devices, Popul Reports, Series B, No.2, 1975.
- 12-Richter R. Ein mittel zur Verhütung der Konzeption, Deutsche Med Wochenschr 1909; 35: 1525
- 13-Grafenberg E. An intrauterine contraceptive method, in Sanger M, Stone HM, editors, The Praticice of Contraception: Proceedings of the 7th International Birth Control Conference,Zurich, Switzerland, Williams&Wilkins, Baltimore, Maryland, 1930, pp 33-47.
- 14-Ota T. Study on birth control with an intrauterine instrument, Jpn J Obstet Gynecol. 1934; 17:210.
- 15-The Population of Turkey, 1923-1994. Demografik Structure and Development, Devlet İstatistik Enstitüsü-Ankara, Nisan 1995.
- 16-Hatch RA et al. Contaceptive Technology 16th revised edition. New york; Irrington Publishers 1994.
- 17-Golziher JW. Pharmacology of Contraceptive steroids. Shoupe D, Haseltire FP(eds). Contraception New York; Springer Verlag, 1999.

- 18- Urman B. Kontraseptif Teknolojide Son Gelişmeler. Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Nobel Tıp Kitabevi Ltd Şti.İstanbul,1997; 191, 194
- 19- Sperof L, Glass RH, Kas NG,eds. Clinical. Endocrinology and Infertility . Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility.6th edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins,1999:487-522 and 1013-1132.
- 20- Keith L, Berger G, Moss W. Prevalances of gonorrhoea among women using various methods of contraception, Br J Venereal Dis. 1975; 51:307.
- 21-Gökmen O, Çiçek N. Günümüzde Kontrasepsiyon, Nobel Tıp Kitabevleri,İstanbul, 2001, 319.
- 22- Cancer and Steroid Hormone Study, Center for Disease Control and the National Institute of child health and Human Development: Oral contraceptive use and the risk of breast cancer. N Engl J Med. 1986; 315: 405.
- 23- Cates W Jr, Stone KM. Family planning sexually transmitted diseases and contraceptive choice; A literature update Part II. Family Planning Respect. 1992;24: 122.
- 24- Speroff L, GlassRH, Kase NG. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 5. Edition, Baltimore, Williams and Wilkins. 1994; 678-806.
- 25- Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi (Cilt II), Bölüm 11-18, 3. Basım, Cilt II. Ankara, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şirketi, 311-21
- 26- Trussell J, Hatcher RA, Cates W Jr, Stewart FH, Kost K. Contraceptive failure in the United States: an update. Stud Fam Plan. 1990; 21: 51.
- 27-Vessey MP, Lawless M, Yeates D, Mc Pherson K. Progestagen only contraceptive: findings in a large prospective study with special reference to effectiveness. Br J Fam Plan. 1985; 10: 117.
- 28-WHO Amulticentered phase III comparative clinical trial of depotmetoxyprogesterone acetate given three-monthly at doses of 100mg or 150 mg:I.Contraceptive efficiency and side effects. Contraception. 1986; 34: 223.
- 29- Pardthaisong T. Return of fertility after use of the enjectable contraceptive Depo Provera: updated analysis, J Biosoc Sci 1984; 16: 23.
- 30- Jimenez J, Ochoa M, Soler MP, Portales P. Long-term follow-up of children breast fed by mothers receiving depot-metoxypogesterone acetate.Contraception. 1984; 30: 5232.
- 31- Pardthaisong T, Yenhit C, Gray R. The long-term growth and development of children exposed to Depo-Provera during pregnancy or lactation. Contraception.1992; 45: 313.

- 32-WHO collaborative study of Neoplasia and Steroid Contraceptive Depotmetoxyprogesterone acetate (DMPA) and risk of endometrial cancer. *Int j Cancer*. 1991; 49: 186.
- 33- Croxatto HB, Diaz S, Salvatierra AM, Morales P, Ebenspreger C, Brandes A. Treatment with Norplant supdermal implants inhibits sperm penetration through cervical mucus in vitro. *Contraception*. 1987; 36: 193.
- 34- Segal SJ, Alvarez-Sanchez F, Brache V, Faundes A, Vilja P, Tuohimaa P. Norplant implants the mechanism of contraceptive action. *Fertil Steril*. 1991; 56:273.
- 35- Darney PD, Klaisle CM, Taner ST, Alvarado AM; Sustained release contraceptives. *Curr Prob Obstet Gynecol Fertil*. 1990; 13: 87.
- 36- Sivin I, Schmidt F. Effectiveness of IUDs: A review. *Contraception* 1987;36:55.
- 37- Çiçek MN, Akyürek C , Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi 2004;566
- 38- Atasü T, Şahmay S. *Jinekoloji*,2000 ; 689
- 39-Möröy P. Günümüzde Kontrasepsiyon, “Postkoital Kontrasepsiyon”, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2001; 187-196
- 40-Ingelfinger G, Polin B. Gelligs and Kagans Current Pediatric Therapy, “Contraception”, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2002; 1081-1083.
- 41-Barta AL. *Jinekoloji ve Obstetri Sırları*, “Kontrasepsiyon,”. Çev. Editörü Ata B., İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2001; 61-65.
- 42-Taşkın L. Aile Planlaması. IIV. Baskı.Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2005:469-481.
- 43-Clima CS. Emergenc Contraception for Midwifery Practice. *Journal of Nurse-Midwifery*, 1998;43(3):182-187.
- 44- Farley TMM, Rosenborg Mj, Rowe PJ, et al. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1991; 330:785.
- 45- Farrar SC, Yenari J, Gherman B .Emergency Contraception: A “Fire Extinguisher”for Unintended Pregnancies, *Obstetrics and Gynecology*, 2003;10(6):284-287
- 46-PC Ho, OS Tang. E.H.Y. Ng. Emergency Contraception. *Reviwes in Ginekological Practise*, 2003;3:98-102.
- 47-Trussell J, Ellertson C, Stewart F, Raymond EG, Shochet T. The Role of Emergency Contraception, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004; 190:130.8.
- 48-Bello A. Emergency Contraception. *International Journal of Obstetrics and Gynaeocology*, 2003; (110):339-354.

- 49-Croxatto HB, Devoto L, Durand M., Ezcurra E, Larrea F, Nagle C, Ortiz M.E, Vantman D, Vega M, Herten H. Mechanism of Action of Hormonal Preparation used for Emergency Contraception: A Review of The Literature, *Contraception* .2001; 63: 111-121.
- 50- Larsson G, Milson I, Jonasson K, Lindstedt G, Rybo G. The long term effects of copper surface area on menstrual blood loss and iron status in women fitted with an IUD. *Contraception*. 1993; 48: 471-80.
- 51- Ylikorkola O, Viinikka L. Comparison between antifibrinolytic and antiprostaglandin treatment in the reduction of increased menstrual blood loss in women with intrauterine contraceptive device. *Br J Obstet Gynecol*. 1983; 90:78-83.
- 52- Hallberg L, et al . Menstrual blood loss and iron deficiency. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1966; 45: 320.
- 53- Kelaghan J, Rubin GL, Ory HW, Layde PM. Barrier method contraceptives and pelvic inflammatory disease. *JAMA*. 1982; 248: 184.
- 54- Fihn SD, Latham RH, Roberts P, Running K, Stamm WE. Association between diafragm use and urinary tract infection. *JAMA*. 1985; 254: 240.
- 55- Mc Laren A. A history of contraception: from antiquity to the present day. Oxford: Basil Blackwell Press, 1990.
- 56- UN (2000). Levels and trends in contraceptive use as assessed in 1998. New York: United Nations. Department of Economic and Social Affairs, ST/ESA/SER.A/190.
- 57- Özvarış SB, Dervişoğlu AA. Operational research for an effective information and training approach for surgical contraception knowledge and attitude in Turkey. *Nüfus Bilim Dergisi* 1996; 17-18: 41-53.
- 58- İnce N, Özyıldırım BA. Gebelikten korunmada geri çekme yöntemi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2003; 17: 180-182.
- 59- Ünsal A, Öner SD, Nuhoglu S, İnan O, Metintaş S. Eskişehir’de 15-49 yaş grubunda evli kadınların aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Klinik Bilimler& Doktor* 1999; 5: 36-41.
- 60 Akın A, Enünlü T. Türkiyede isteyerek düşükler. Türkiye’de ana sağlığı aile planlaması hizmetleri ve isteyerek düşükler. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları. Akın A (ed). Hacettepe Üniversitesi, TAP Vakfı ve UNFPA 86, 2002.
- 61-T.C. Sağlık Bakanlığı. (1995). Ana Sağlığı ve Aile Panlaması El Kitabı. 6.Baskı (147-160).
- 62-T.C. Sağlık Bakanlığı. (1997). Aile Planlaması Hizmetlerinde Güncel Bilgiler. Ankara.

Tisimat Basım Sanayi (1-75).

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

64-T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması GenelMüdürlüğü.(2000). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Cilt 1. 3. Baskı. Yapı Kredi Yayınları (65-80).

65-Kjer J. Sexual adjustment to tubal sterilization. Eur J Obstet Gynecol. 1990; 35:211.

66-Vessy M, Huggins G, Lawles M, Mc Pherson K, Yeates D. Tubal sterilization; findings in a large prospective study. Br J Obstet Gynecol. 1983; 90: 203.

67- Soğukpınar N, Türkistanlı EC, Saydam B.K. POSTCOITAL CONTRACEPTION in TURKEY. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2003;80:159-164.

68-Erbil N, Top F. İstemli Küretaj Olacak Kadınların Aile Planlaması ve İstemli Küretaja İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları . KONGRE 3.uluslararası üreme sa ğlığı ve aile planlaması kongre kitabı, Ankara, 20-23 nisan 2003:213

69-Koçoğlu GO. İsteyerek Düşüklerde Yeni Bir Yaklaşım. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 2000;4:

70- Kışioğlu AN, Öztürk M, Uskun E, Kırbıyık S. Isparta İli Sadık Yağcı Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin Aile Planlaması Polikliniğine 2000 Yılında Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2003; 13(1): 68-74.

71- Dölen İ. Abortuslarda Etik ve Yasal Sorunlar. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 2005:125.

72- Adalığı B, Pamukçu A, Tüfek MÖ. Kadın Sağlığı, "Doğum Kontrolünü Seçmek", Ankara: Arkadaş Yayınları, 2001; 60-68.

73-Uysal Aynur, Ertem Gül. Düşük Yasalarına Global Bir Bakış. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 2003;234.

74- Dünya'da ve Türkiye'de Üreme Sağlığı" Erişim: <http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul4/ureme.HTM>. " Dünya'da ve Türkiye'de Üreme Sağlığı" Gökmen O. Özcan S.Temmuz, 2001 Erişim Tarihi: 14.11.2006

75- Özyayın N, Akın A. İstenmeyen Gebeliklerin ve Düşüklerin Kadın Sağlığına Etkileri. Sağlık ve Toplum, 1998; 8(3-4):55-60.

76- Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. TC Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü. 3. Basım, Ankara:Damla Matbaacılık, 2000; 591-600.

77- Çelik Ç. Günümüzde Kontrasepsiyon. Menstruel Regülasyon. Editörler: Oya Gökmen, M. Nedim Çiçek. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi ,2001;225-229.

- 78- Uysal Aynur, Ertem Gül. Düşük Yasalarına Global Bir Bakış. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 2003;234.
- 79- Gürler Ç. Günümüzde Kontrasepsiyon. Septik Düşükler. Editörler: Oya Gökmen, M. Nedim Çiçek. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi ,2001:19-28.
- 80- Aytekin NT, İrgil ME, Pala K. Gemlik Bölgesindeki Gebelerin Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2001;11(1): 37-41.
- 81- Polat SA, Açık Y, Gürateş B. Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi. 2000; 7(3): 260-5
- 82- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; Ekim 1999.
- 83- Meteoğlu D. 2001 yılında Aydın İlinde ana sağlığı ve aile planlaması. Sağlık ve Toplum. 2002; 12: 35.
- 84- Yaşer Y, Balkan E. Türkiye’de nüfus ve sağlık 1999 . Yeni Türkiye. 2001; 451-2.
- 85- Yurdakul M, Vural G. Etki derecesi sınırlı yöntem kullanma nedenleri ve hemşirenin aile planlaması hizmetlerinde etkinliği. Sağlık ve Toplum. 2001; 11: 42-45.
- 86- Diker J, Erkoç A, Karataş N, Dr. İ. Şevki Atasagun. Nevşehir Devlet Hastanesinde MR(Menstrüel Regülasyon) Yöntemi ile Gebeliği Sonlandırılan Hastaların Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2003;13(2): 67-72.
- 87-. Yıldırım G, Turaçlar N, Bakır A, Özdemir L. Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 25(3): 99-104.
- 88-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; Ekim 1999.
- 89- Özvarış ŞB. Aile Planlaması. Sağlık ve Toplum. 1998; 8(3-4): 49-54.