

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ
PROF. DR. AYTEKİN OĞUZ

**İSTEYEREK DOĞUM YAPMIŞ KADINLARLA PLANSIZ
DOĞUM YAPMIŞ KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLERİ ve AİLE PLANLAMASI BİLGİ
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**DR. BELGİN GÜVEN YILDIRIM
UZMANLIK TEZİ**

Danışman: DOÇ. DR. NEŞE YÜCEL

İSTANBUL – 2008

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ
PROF. DR. AYTEKİN OĞUZ

**İSTEYEREK DOĞUM YAPMIŞ KADINLARLA PLANSIZ
DOĞUM YAPMIŞ KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLERİ ve AİLE PLANLAMASI BİLGİ
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**DR. BELGİN GÜVEN YILDIRIM
UZMANLIK TEZİ**

Danışman: DOÇ. DR. NEŞE YÜCEL

İSTANBUL – 2008

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimi aldığım Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi Sayın Doç. Dr Rafet Yiğitbaşı'na ve Sayın Prof. Dr Hamit Okur'a saygılarımı sunarım.

Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki eğitim sürem boyunca çalışmalarımızda bizden hiçbir desteğini esirgemeyen Aile Hekimliği Koordinatörümüz, Dahiliye Kliniği Şefi Sayın Prof. Dr. AYTEKİN OĞUZ'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Asistanlık eğitimim boyunca eğitim sürecime deneyimi ve bilgi birikimleri ile büyük katkılar sağlayan çok değerli hocalarım; 4. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi Sayın Doç Dr. Neşe Yücel'e, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi Sayın Uz. Dr. Müferreret Ergüven'e, 4. Genel Cerrahi Klinik Şefi Sayın Doç. Dr. Faik Çelik'e, 4. İç Hastalıkları Klinik Şefi Sayın Uz. Dr. Yavuz Eryılmaz'a; ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi Sayın Uz. Dr. Mustafa Bilici'ye saygılarımla teşekkür ederim.

Uzmanlık tezimin hazırlanmasında başta tez danışmanım 4. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi Sayın Doç Dr. Neşe Yücel'e, her konuda bilgi, yardım, yakın ilgi ve desteklerini gördüğüm Aile Hekimliği Uzmanımız Sayın Dr. Arzu Akalın'a, Aile Planlaması Bölümü çalışanlarına ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde görevli asistan arkadaşlarıma içtenlikle teşekkür ederim.

Asistanlık süresinde eğitimime katkıda bulunan tüm şef ve şef muavinleri, uzmanlar ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarım, hemşire arkadaşlarım ile tüm sağlık personeline teşekkür ve sevgilerimi sunarım.

Verileri toplarken gösterdikleri anlayış için tüm annelere sonsuz teşekkür ederim.

Her türlü fedakarlığa katlanarak bizi büyüten, meslek sahibi olmamızı sağlayan, emeklerine minnettar olduğum canım annem Aysel Güven ve babam Hikmet Güven'e, çok sevdiğim kardeşlerim Ferit Güven ve Gül Güven Öğülmüş'e teşekkür ederim.

Benimle birlikte asistanlık sürecini yaşadığı, hoşgörüsü, sabrı ve destekleri için Eşim İlker Yıldırım'a teşekkür ederim.

Mart, 2008

Dr. Belgin Güven Yıldırım.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma planlı gebe kalan kadınlar ile gebeliğini istemeyen kadınlar arasındaki aile planlaması ve doğum kontrol yöntemleri konusundaki bilgi düzeyi farkı ve bunu etkileyen faktörleri analiz etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, İstanbul ili Anadolu yakası Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütüldü. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde loğusa servisinde yatmakta olan kadınlara AP bilgi düzeyini değerlendirmek üzere oluşturulmuş bir anket uygulandı.

Bulgular: Toplam 314 kadınla görüşüldü. Katılımcıların yaş ortalaması 27.13 ± 5.51 (16 -45) idi. Bu kadınların %3.2'si okur-yazar değilken, %4.5'i okur-yazar, %62.1'i ilkokul, %14.3'ü ortaokul, %13.1'i lise ve %2.9'u üniversite mezunuydular. Kadınların gebe kalma sayılarının ortalaması 2.22 ± 1.25 , doğum sayıları ortalaması 1.73 ± 1.11 , yaşayan çocuk sayıları ortalaması 1.85 ± 1.01 idi. Modern gebeliği önleyici yöntemlerden en fazla bilinenleri RİA (%86), hap (%81.8), kondom (%70.1) iken, en az bilinen modern yöntemler kadın kondomu (%5.4) ve acil korunma hapıydı (%2.2). Ortalama bilinen yöntem sayısı dördtü. Kadınların %61.1'i isteyerek gebe kaldığını ifade etmişlerdi. İstenmeyen gebeliklerin oranı %38.9'du. Gebe kaldıklarında hangi yöntemle korundukları sorulduğunda %47.1'i geri çekme yanıtını vermişlerdi. İsteyerek gebe kalma yaşla, gebelik sayısı, doğum sayısı, ölü doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkiliydi. İsteyerek gebe kalma aile planlaması bilgisiyle istatistiksel olarak ilişkili değildi. İsteyerek gebe kalanların aile planlaması bilgi puanı ortalamaları, istemeyerek gebe kalanların puanlarından ileri düzeyde anlamlı düşüktü ($p=0,001$) (Student t test, $p<0.01$).

Sonuç: Karşılanmayan aile planlaması ihtiyacı yüksektir. Kontraseptif yöntemler kadınlar tarafından doğru bilinmemektedirler. Sahip olunan bilgi doğurganlık tecrübeleriyle edinilmiştir. İstenilmeyen gebeliklere karşı etkili olamamıştır.

Anahtar Sözcükler: Aile planlaması, bilgi düzeyi, İstenmeyen gebelikler.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to analyze differentiation of knowledge about family planning and contraceptive methods between women with planned pregnancy and with unplanned pregnancy.

Material and Method: This is a descriptive study carried out at Goztepe Education and Research Hospital in İstanbul, Turkey. The participants of this study were women treated at perinatal service of Obstetrical and Gynecological Diseases Department of Goztepe Education and Research Hospital. A survey study applied to participants in order to evaluate their family planning knowledge level.

Findings: Of the participants, totally 314 were interviewed, their age range was between 16-45(27,13±5,51). 3,2% were unilliterate, 4,5% were literate, 62,1% primary school, 14,3 secondary school, 13,1% were high school and 2,9% were university graduates. The average of pregnancy were 2.22±1.25, the average of birth number were 1.73±1.11, average of alive children number were 1.85±1.01. While contraceptive methods used by participants were mostly as intrauterine devices (IUD) (86%), pill (81.8%), condom (70.1%), least contraceptive methods were woman condom (5.4%) and emergency contraception (EC), also known as the morning after pill (2.2%). Average known contraceptive method number were about four. 61.6% of women were expressed that they were planned and accepted their pregnancy. Unplanned pregnancy rate was 38.9%. In result of pregnancy with method of contraceptive used, total of 47,1% were coitus interruptus. In comparison, the age of planned pregnancy were significantly correlated with pregnancy rate, birth number, death birth number and alive child number. The planned pregnancy was not statistically correlated with family planning knowledge. Average level of family planning knowledge at women with planned pregnancy were significantly lower than that at women with unplanned pregnancy ($p=0,001$) (Student t test, $p<0.01$).

Results: Family planning studies are very important and needed in Turkey for purpose of health issues. Contraceptive methods still are accurately unknown subjects by women. Knowledge about family planning by women have been obtained after pregnancy or gestation by experience. Unplanned pregnancy continually occurred even though knowledge about family planning obtained by the women with experience of postgestation because of failed family planning practice.

Key Words: Family planning, level knowledge, unplanned pregnancy.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfalar</u>
Önsöz	i
Özet	ii
Abstract	iii, iv
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	vi
Tablolar Dizini	vii, viii
Şekiller Dizini	ix, x
1. Giriş ve Amaç	1 – 3
2. Genel Bilgiler	4 - 44
2.1. Dünyada Nüfus Politikası	5
2.2. Türkiye’de Nüfus Politikası	6
2.3. Dünyada Kontraseptif Kullanımı	9
2.4. Türkiye’de Kontraseptif Kullanımı	10
2.5. Aile Planlaması Kontraseptif Yöntemleri	10 - 34
2.6. Kontraseptif Yöntemler İçin DSÖ Uygunluk Ölçütleri	35 - 44
3. Gereç Ve Yöntem	45 - 47
3.1. Araştırmanın Şekli	45
3.2. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	45
3.3. Verilerin Toplanması	45
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	46
4. Bulgular	48 - 78
5. Tartışma	79 - 103
6. Sonuçlar	104 - 106
7. Kaynaklar	107 - 115
8. Ekler	
8.1. Anket Formu	116 - 119
9. Özgeçmiş	120

SİMGELER ve KISALTMALAR

AK	: Acil Kontrasepsiyon
AP	: Aile Planlaması
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması
BYKP	: Beş Yıllık Kalkınma Planı
CICs, KEEK	: Enjektabl Kontraseptifler
COCs, KOK	: Kombine Oral Kontraseptifler
Con	: Prezervatif, Kondom
Dia/CC	: Diyafram, Servikal Başlık
DMPA	: Sadece Progesteron İçeren Enjeksiyonlar
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FABM	: Fertilité Belirtilerine Dayanan Yöntemler
FS	: Kadının Cerrahi Sterilizasyonu
ICDP	: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
IUD (RIA)	: Intra Uterin Device (Rahim içi araç)
LAM	: Laktasyon Amenoresi
LNG-IUD	: Hormonlu RIA
NP	: Norplant
POCs	: Sadece Progesteron İçeren Oral Kontraseptifler
Sperm	: Spermisidler
TNSA 2003	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2003
ÜS	: Üreme Sağlığı
Vas	: Vazektomi

TABLolar DİZİNİ

Sayfalar

Tablo.1. DSÖ'nün Geri Dönüşümlü Yöntemler İçin Uygunluk Kategorileri	36
Tablo.2: DSÖ'nün Geri Dönüşümü Olmayan Yöntemler İçin Uygunluk Kategorileri	36
Tablo 3: DSÖ Uygunluk Kriterleri Özet Tablosu	37-44
Tablo 4: Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	48
Tablo 5: Kadınların Bölgesel Kökenlerine Göre Dağılımı	48
Tablo 6: Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	49
Tablo 7: Kadınların İsimlerini Bildikleri AP Yöntemlerinin Dağılımı	56
Tablo 8: Aile Planlaması Yöntemleri İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımı	57
Tablo 9: İsteyerek Gebe Kalmanın Yaş Aralıklarına Göre Dağılımı	59
Tablo 10: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Kadınların Obstetrik Özgeçmişlerinin Karşılaştırılması	63
Tablo 11: Kadınların AP Terimini Duymasının İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Karşılaştırılması	66
Tablo 12: Kadınların AP Danışmanlık Hizmeti Alma Durumunun, İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Karşılaştırılması	66
Tablo 13: AP Danışmanlık Alan Kadınların, Danışmanlık Hizmetinin Nerden Alındığı Durumunun İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Karşılaştırılması	66
Tablo 14: AP Danışmanlık Almayan Kadınların, Danışmanlık Hizmetinin Nerden Alınabileceğini Bilme Durumunun İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Karşılaştırılması	67
Tablo 15: AP Danışmanlık Almayan Kadınların, Danışmanlık Hizmetinin Hangi Kurumlardan Alınabileceğini Bilme Durumunun İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Karşılaştırılması	67

Sayfalar

Tablo 16: AP Danışmanlı Alan Kadınlara Danışmanlıkta Bahsedilen Konuların, İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Karşılaştırılması	68
Tablo 17: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Bilinen AP Yöntemlerinin Karşılaştırılması	71
Tablo 18: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre AP Yöntemleri İle İlgili Bilgi Düzeyleri Karşılaştırması	77
Tablo 19: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi	78

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfalar

Şekil 1: Kadınların Eşlerinin Meslek Gruplarına göre Dağılımı	50
Şekil 2: Kadınların Gebe Kalma Sayılarına Göre Dağılımı	51
Şekil 3: Kadınların Doğum Sayılarına Göre Dağılımı	51
Şekil 4: Kadınların Ölü Doğum Sayılarına Göre Dağılımı	52
Şekil 5: Kadınların Kendiliğinden Düşük Sayılarına Göre Dağılımı	52
Şekil 6: Kadınların Gebeliğe Son Verme Sayılarına Göre Dağılımı	53
Şekil 7: Kadınların Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	53
Şekil 8: Kadınların Çoğul Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı	53
Şekil 9: AP Danışmanlık Alma Durumuna Göre Dağılımı	54
Şekil 10: AP Danışmanlık Hizmetinin Nereden Alındığına Göre Dağılımı	55
Şekil 11: Kadınların İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Dağılımı	58
Şekil 12: İstemedenden Gebe Kalan Kadınların Gebe Kaldığında Korunma Yöntemi Kullanımına Göre Dağılımı	58
Şekil 13: İstemedenden Gebe Kalan Kadınların Gebe Kalındığında Kullanılan Korunma Yöntemi	59
Şekil 14: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Yaş Aralıklarının Dağılımı	60
Şekil 15: İstanbul'a Yerleşmeden Önce Çocuk Sahibi Olunmasının İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Dağılımı	61
Şekil 16: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre İstanbul'da Doğan Çocuk Sayısı Dağılımı	62
Şekil 17: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Gebe Kalma Sayısı Karşılaştırması	63
Şekil 18: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Doğum Sayısı Karşılaştırması	64
Şekil 19: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Ölü Doğum Sayısı Karşılaştırması	65

Sayfalar

Şekil 20: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Yaşayan Çocuk Sayısı Karşılaştırması	65
Şekil 21: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Danışmanlık Hizmetinin AÇSAP Merkezlerinden Alınmasının Dağılımı	68
Şekil 22: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Danışmanlık Hizmetinde Korunma Yöntemlerinin Yan Etkilerinden Bahsedilmesinin Dağılımı	70
Şekil 23: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Danışmanlık Hizmetinde Devamlılık Ve Kontrolde Bahsedilmesinin Dağılımı	70
Şekil 24: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Rahim İçi Araç Yönteminin Bilinmesi Dağılımı	71
Şekil 25: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Aylık İğne Yönteminin Bilinmesi Dağılımı	72
Şekil 26: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Doğum Kontrol Hapı İle İlgili Sahip Olunan Bilgi Düzeyi Dağılımı	73
Şekil 27: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Rahim İçi Araç İle İlgili Sahip Olunan Bilgi Düzeyi Dağılımı	73
Şekil 28: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Kadın Kondomu-Diyafram İle İlgili Sahip Olunan Bilgi Düzeyi Dağılımı	74
Şekil 29: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Aylık İğne İle İlgili Sahip Olunan Bilgi Düzeyi Dağılımı	74
Şekil 30: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Üç Aylık İğne İle İlgili Sahip Olunan Bilgi Düzeyi Dağılımı	75
Şekil 31: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Cilt Altı İmplantı İle İlgili Sahip Olunan Bilgi Düzeyi Dağılımı	76
Şekil 32: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Tüp Ligasyonu İle İlgili Sahip Olunan Bilgi Düzeyi Dağılımı	76
Şekil 33: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Global Aile Planlaması Bilgi Puanı Dağılımı	78

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Üreme sağlığı (ÜS) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; “yalnızca üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, üremenin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde tamamlanması” şeklinde tanımlanmaktadır (1, 2, 3). Çocuk sahibi olup olmama ya da ne zaman ve kaç çocuk sahibi olacağına karar verebilme ve bu kararı istediği gibi uygulayarak planlanmış gebelikler sonucu sağlıklı çocuklara sahip olabilme, üreme sağlığı kavramının temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır.

Mexico City’de 1984 yılında yapılan Uluslararası Nüfus Konferansı’nda aile planlaması (AP); bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumlarının arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları” olarak kabul edilmiştir. Kahire’de 1994 yılında yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda (ICPD: International Conference on Population and Development) üreme sağlığı tanımı kapsamında, insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamı olması ve üreme hakkı konusunun altı çizilmiştir. Bu tanımda aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi sahibi olma hakkının yanı sıra bu yöntemlere ulaşabilme hakkı da belirtilmiştir. Üreme sağlığı ile ilgili haklar 1995’de Pekin’de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı’nda daha kesin bir dille belirtilmiş ve bu doğrultuda ülkelerin yapması gereken düzenlemeler netleştirilmiştir (1, 4).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA 2003) Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ile beraber yapılmış olan Nüfus ve Sağlık Araştırmaları’nın sonucusudur. TNSA’nın temel amacı doğurganlık düzeyleri ve doğurganlıktaki değişimler, bebek ve çocuk ölümlülüğü, aile

planlaması, anne ve çocuk sağlığı ile beslenme konularında g¼ncel ve g¼venilir bilgi ¼retmektir.

2003 T¼rkiye N¼fus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına g¼re 15-49 yaş grubundaki evli kadınların % 69'u sahip olduğundan başka ocuk istemediklerini belirtmektedir. T¼rkiye'de kadınların tamamının en az bir etkili aile planlaması y¼ntemi ve bu y¼ntemi nereden temin edeceklerini bilmelerine karşın, her ¼ kadından sadece biri etkili y¼ntem kullanmaktadır. Aile planlaması y¼ntemi uygulayan ailelerin oranı %71.1, modern bir y¼ntem kullananların oranı ise sadece %43.0'dır. Sonuç olarak doğumların %26'sı istenmeyen gebelikler, %10'u da zamanlaması uygun olmayan gebeliklerdir. İsteyerek yapılan d¼ř¼klerin %60'ı başka ocuk sahibi olmak istemeden kaynaklanmaktadır (5, 6, 7).

¼lkemizde cinsel sağlık ve ¼reme sağlığı açısından ¼ncelikli sorunların başında anne ¼l¼mlerinin y¼ksek olması gelmektedir. D¼nyada her yıl meydana gelen anne ¼l¼mlerinin %99'u gelişmekte olan ¼lkelerde meydana gelmekte olup %90'ı ¼nlenebilir ¼l¼mlerdir. 18 yaş altında, 35 yaş ¼st¼nde, d¼rt ve d¼rt doğumdan fazla, ve iki yıldan daha sık olan gebeliklerde anne ve çocuğun hastalık ve ¼l¼m riski artmaktadır. Ařırđ doğurganlık annede "T¼kenme Sendromu"; gebelik, doğum ve doğum sonu kanamaları; toksemi, gebeliğe bağlı hipertansiyon ve doğumla ilgili enfeksiyon risklerini artırmaktadır. Araştırmalar, her doğumun en az iki yıl ara ile olması sađlandđında bebek ¼l¼mlerinde %10, bir d¼rt yaş ocuk ¼l¼mlerde ise %21 oranında azalma olacağını g¼stermektedir (39). Halen istenmeyen gebeliklerin fazla olması, reproductif çağdaki kadınların cinsel sağlık ve ¼reme sağlığı bilgi d¼zeylerinin çok d¼ř¼k olması bahsettiğimiz problemlere zemin hazırlamaktadır. Halen 15-49 yaş evli kadınların % 29'u gebeliği ¼nleyici herhangi bir y¼ntem kullanmamaktadır. Y¼ntem kullananların ise % 28, 5'i geleneksel y¼ntemlerle korunmaktadır. Bu y¼zdelere yaşlara ve b¼lgelere g¼re ciddi farklar g¼stermektedirler (5, 7, 8, 9, 10, 11, 12).

İstatistikler ve literatür doğrultusunda, aile planlaması hizmetlerini geliştirmek ve istenmeyen gebelikleri önlemek için, kontraseptif yöntemler yaygın olarak sunulmalı ve ulaşılabilir olmalıdır. Bireylerin aile planlaması ve kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgi seviyesini yükseltmede; aile planlaması hizmetlerinin yaygınlığını sağlayacak düzenlemelerin yapılması, kalitenin sağlanması ve standardize edilmesi ile danışmanlık hizmetlerinin eğitim görmüş sağlık personeli tarafından sunumu önemlidir. Bu çalışmayla hastanemizde doğum yapan kadınlardan planlı gebe kalanlar ile istenmeyen gebeliği olanlar arasındaki aile planlaması ve doğum kontrol yöntemleri konusundaki bilgi düzeyi farkı ve bunu etkileyen faktörler araştırılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Üreme hakkının sağlanabilmesi için her yaştaki, her türlü ekonomik koşuldaki ve her yerde yaşayan kadın için üreme sağlığı hizmetlerinin sağlanması gerekir. ÜS hizmetleri içinde; cinsellik, doğum kontrol yöntemleri, gebelik sonlandırma, hijyen, hastalık ve çocuk bakımı konularında bilgilendirme çalışmaları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve kısırlık da dahil olmak üzere üreme fonksiyonu ile ilgili fizyolojik ve psikolojik hastalıkların tedavisi, doğum kontrol yöntemleri hakkında yeterli bilginin yanı sıra tüm alternatiflerin her hangi bir yönlendirme olmaksızın sunulması yer alır. Bu konuda sadece bilgilendirme yeterli değildir. Gerekli aracın sağlanması ve yasal düzenlemenin yapılmış olması da önemlidir. Ayrıca bu araçların ve hizmetlerin farklı dağıtım sistemleri ile sunulması gerekir; çünkü toplumsal olanaklardan en az yararlanan kadına dahi (adolesan kız çocukları, ev kadınları, okuma yazma bilmeyenler, göçmen kadınlar örneği gibi) ulaşılması hedef olmalıdır (13).

Üreme haklarına saygının en önemli ön koşullarından biri de üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesidir. Ancak üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesi artırılarak bireylerin üreme ve cinsellikle ilgili konularda bağımsız karar alabilmelerinin koşulları sağlanabilir (14).

Aile planlaması (AP) hizmetlerinde kaliteli hizmet, kolayca ulaşılabilen ve iyi yönetilen sağlık kuruluşlarında, iyi eğitilmiş personelin sunduğu hizmettir. Kaliteli hizmette tüm kontraseptif yöntemler konusunda bilgi verilir, yöntem seçiminin bilgiye ve isteğe dayalı olması amaçlanır. Hizmet, kişilerin gereksinimlerine ve isteklerine göre düzenlenir ve sunulur. Bir hizmet sektörü olan sağlıkta kalite genel olarak kullanıcıya dönük hizmet olarak özetlenir. Burada kullanıcı sözcüğünün hasta sözcüğünden farklı ve daha geniş bir anlamı vardır. Örneğin, bir toplumun doğurgan yaştaki tüm bireyleri, aile planlaması hizmetleri açısından kullanıcı adayı olarak kabul edilir. Doğru politika, yeterli

kaynak, iyi yönetim önemlidir. Yöntem seçenekleri ne kadar fazla olursa o kadar çok kişinin gereksinimi karşılanır. Aynı zamanda aynı kişinin değişik zamanlardaki ihtiyacı da karşılanır. Kontraseptif yöntem kullanımı süreklilik kazanır. Kullanıcıların yöntemlerle ilgili bilgi seviyesinin tam olması yöntemin bilinçli seçimini sağlar. Kullanıcıların bilgilenmesinde danışmanlık da ayrıca önemlidir. Hizmeti veren personelin de teknik açıdan iyi performans göstermesi önemlidir. Kişiler arası ilişkinin de hizmetin kalitesini artırmada özel bir rolü vardır. Hizmet alanları anlama ve saygı gösterme; soru sormalarına izin vererek, dinlemeyi bilerek karşılıklı iletişim kurulmasını sağlama, hizmet sunanın temel nitelikleri arasında olmalıdır. Kişiler ancak bu şekilde hizmet sunanlara güven duyar, böyle hizmet veren kuruma yeniden gelmek ister ve başkalarına önerir. Çoğu program, başvuru olduğunda hizmet verecek şekilde düzenlenmiştir. Kaliteli hizmet sürekli olmalıdır. Hizmetin kalitesi; “Herkes tüm yöntemler tanıtılıyor mu? Hizmet verenler belli bir yöntem için destek ya da engel oluşturuyor mu? Yöntemler için kontrendikasyon olup olmadığı değerlendiriliyor mu? Hizmet verenler asepsi, doğru uygulama ve yöntem vermede yeterli mi? Seçenekler, yan etkiler, kontrendikasyonlar, izleme kuralları ve kullanım süreleri ile ilgili bilgi veriliyor mu? Öykü alınırken eski deneyimler, davranışlar, gelecekle ilgili beklentiler ve tercihler öğreniliyor mu? Yöntem değişiklikleri için olanak sunuluyor mu? İzlem ya da yöntem sağlama için belli bir tarih ve yer gösteriliyor mu? Görüşme ve muayenede mahremiyet sağlanıyor mu? Saygılı davranılıyor mu?” sorularının yanıtlanmasıyla kısaca değerlendirilebilir (15).

2.1. DÜNYADA NÜFUS POLİTİKALARI

Nüfus; bir bölge ya da ülkede yaşayan insan sayısına denir. Tüm Dünya toplumlarında nüfus artışı izlenmektedir. Türkiye, Meksika, İran gibi gelişmekte olan ülkelerdeki artış belirgindir.

Nüfus artışını doğumlar, ölümler, göçler belirlemektedir. Dünya ülkeleri nüfuslarını doğum oranını artırmayı (pronatalist), azaltmayı (antinatalist) ve nüfusu iyileştirmeyi amaçlayan politikalar izleyerek planlamışlardır.

İnsanlık tarihi boyunca nüfus politikası pronatalist olmuştur ve nüfus büyüklüğü saldırılara karşı savunma olarak sayılmıştır. Bugün dünyada hızlı nüfus artışı gelişmeye engel görülmektedir. Eski nüfus politikaları yerini aile planlamasına bırakmıştır. Bu değişim 20. yüzyılın ikinci yarısında başlamıştır. Ekonomi ve teknolojik gelişme ön plana çıkmış ve gelişmekte olan ülkelerdeki hızla artan nüfus karşısında batıda nüfus kontrolü fikri ortaya çıkmıştır. Gelişmekte olan ülkeler bu değişimin gerisinde kalmışlardır. Türkiye'nin de içinde bulunduğu pek çok ülkede farklı sosyokültürel, dini ve siyasi yaklaşımlar nedeniyle aile planlaması programları tartışılmıştır. Nüfus ve aile planlaması programları, 1960'larda, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki politikacıların tutumlarını değiştirmek üzere, uluslararası düzeyde tartışılmaya başlanmıştır. Üçüncü Dünya ülkelerindeki kalkınma hızının yavaşlığının uluslararası düzeyde yarattığı hayal kırıklığı hızlı nüfus artışı konusundaki tutum değişikliğinin ilk habercisidir. Nüfus konusunun uluslararası düzeyde tartışılmasındaki ikinci faktörde 1960-1961 nüfus sayımları ile dünya nüfusunun sanıldığından çok daha fazla arttığı tespit edilmesidir. Nüfus artış hızıyla kalkınma hızı arasındaki ters orantı çeşitli analizlerle ortaya konmuştur. Üçüncü olarak da bazı ülkeler kalkınmayı engelleyen bir unsur olarak nüfus artışını göstermişlerdir. Bu süreç içinde mevcut kontraseptiflere ilave olarak rahim içi aracın ortaya çıkması ap programlarının uygulanabilirliği konusunda dördüncü faktör olarak ülkeleri cesaretlendirmiştir. Günümüzde AP alanında politik alanda rol alan en önemli kuruluşlar; Birleşmiş Milletler politikası ve ilgili kuruluşlar, ülkelerin kendi hükümet politikaları, ve ulusal ve uluslararası gönüllü kuruluşlardır (1).

2.2.TÜRKİYEDE NÜFUS POLİTİKALARI

Türkiye'deki nüfus politikaları uluslararası gelişmelerden bağımsız ele alınamaz çünkü her zaman Türkiye'deki nüfus politikaları bu gelişmelerin etkisi altında

belirlenmektedir. Türkiye Cumhuriyeti'nde nüfus konusu ilk kez 1920 de Atatürk tarafından ele alınmıştır. Cumhuriyet döneminde uygulanan nüfus politikaları temel olarak iki dönemde incelenmiştir. Birinci dönem, Cumhuriyetin kuruluşundan 1960'lı yıllara kadar izlenen nüfusu artırıcı politikalarlardır. İkinci dönem, bu yıllarda tartışılmaya başlayan ve bugüne kadar devam eden nüfus artış hızını yavaşlatıcı politikalarlardır. Pronatalist (Nüfusun Artırılması yönünde) politikaların benimsendiği (1923-1960) dönem I. Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı sırasında özellikle erkek nüfusunun azalması ve ölüm oranlarının çok yüksek olmasıdır. Bu dönemde fazla nüfus bir ülke için siyasi ve askeri alanda bir güç olarak kabul edilmektedir. Öte yandan, ekonomiye ilişkin sebepler de vardır. Hızlı nüfus artışının ülkedeki sosyal işbölümü ile uzmanlaşmayı artırması, boş duran doğal kaynakların işletilmesini sağlaması beklenmektedir. Bu yıllardaki nüfusu artırıcı politikalar hem parti hem de hükümet programlarında ifade edilmekteydi (1, 14).

1930 yılında doğumları artırma ve kolaylaştırma görevi 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile Sağlık Bakanlığı'na verildi ve aynı kanunun "ilkaha mani veya çocuk düşürmeye vasıta olup sıhhat ve içtimai muavenet vekaletince tayin olunacak alat ve levazımın ithal ve satışı." yasak edildi. 1926 tarihli Türk Ceza Kanunu, kasten çocuk düşürmek ve düşürtmeyi suç olarak belirledi. Yasal evlenme yaşı 1938 yılında çıkarılan bir yasayla (3453 sayılı yasa) erkekler için 17, kadınlar için 15'e indirilmiştir. Oysa bu asgari yaşlar 1925'de kabul edilen Medeni Kanunda 18 ve 17 olarak belirtilmekteydi (16).

Türkiye'de hızlı nüfus artışı II. Dünya Savaşı sonrasında olmuştur. Silah altındaki erkek nüfusunun terhis olması, penisilin gibi ilaçların ülkeye bol miktarda girmesi, doğurganlığın artması ve 1950-1960 yılları arasındaki göç ile çok hızlı bir nüfus artışı ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Nüfus politikasının değiştirilmesi gerekliliğini ortaya koyan ilk girişim, 1958'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından bu konuyu incelemesi için oluşturulan komisyonun hazırladığı rapordur. Bu raporda, "çocuk düşürme" eylemine Türk Ceza

Kanununun ağır yaptırımlar getirmesine karşın çok sayıda gizli düşük yaptırıldığı, fakat bunların büyük çoğunluğunun yargıya ulaşmadığı ifade edilmektedir. Ayrıca, sağlıksız koşullarda, korku içinde, gizli yapılan bu düşüklerin bir çok kadının sağlığını çok olumsuz etkilediği ve bazı kimselerin (doktorlar dahil) bunu bir kazanç haline getirdiği vurgulanmaktadır. Bu dönemde hızlı nüfus artışının yukarıda belirtilen sağlık sorunlarının yanı sıra kentlerin düzensiz büyümesine, kentli nüfusun artması ve iş gücü ile istihdam artışları arasındaki dengesizliğe neden olduğu da tartışılmaktadır (16).

Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) 1960 yılında kurulmasından sonra DPT ve Sağlık Bakanlığı tarafından 1960 öncesi nüfus artışını teşvik eden pronatalist nüfus politikasının değiştirilmesi üzerinde tartışmalar başlatılmıştır.

1. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (BYKP) yeni bir nüfus politikasından söz edilmektedir. Hızlı nüfus artışının ekonomik gelişmeyi engellediği görüşünden hareketle, nüfus planlamasına dayalı bir nüfus politikasının gereği sunulmuştur. Bu politika antikontraseptif yasaların değiştirilmesini, sağlık personelinin nüfus planlaması konusunda, isteyenlere gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgi verilmesini kontraseptiflerin ücretsiz dağıtımını içermektedir.

2. BYKP'de ise, konuya yaklaşım açısı değişmekte, "nüfus planlaması" teriminin yerini "aile planlaması" terimi almaktadır. İkinci plan döneminde konuya bakış açısı değişirken aynı zamanda hükümetlerin ilgisinin azaldığı izlenmektedir.

3. BYKP'de ise aile planlamasının sağlık hizmetlerinden ayrılamayacağı dolayısıyla ana ve çocuk sağlığı ile aile planlaması hizmetlerinin birleştirilmesi gereği ortaya konmuş ve ilgili kuruluşlar arası işbirliğine önem verilmesi kararlaştırılmıştır.

4. BYKP'de sosyal, ekonomik ve demografik faktörlerin karşılıklı etkileri ve nüfus politikasının, sosyal ve ekonomik politikaların bir türevi olduğu vurgulanmıştır. Yüksek bebek ölüm hızının ve yetersiz ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin birer nüfus sorunu olduğu belirtilmiştir. Ayrıca aile planlamasının, ana-çocuk sağlığı hizmetleriyle birlikte ele alınması gereği üzerinde durulmuştur.

5. BYKP'de ise belirgin bir aile planlaması uygulaması dile getirilmemiştir. Temel ilkenin nüfus kalitesinin yükseltilmesi olduğu belirtilmiştir.

6. BYKP'de yüksek nüfus artışının istenen ekonomik büyüme ve sosyal gelişmeyi engellediği görüşünden hareketle, nüfus artış hızını azaltmaya yönelik politika ve programların uygulanması öngörülmüştür.

7. BYKP'de ise hızlı nüfus artışının, bireylerin refah açısından daha fazla pay alabilmesini ve ekonominin değişim sürecinin daha hızlı gelişmesini engellediği, sürdürülebilir kalkınma çabalarını güçleştirdiğini, konut, sağlık, eğitim ve altyapıya olan ihtiyacı arttırdığı belirtilmektedir. Ayrıca aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hizmet sunumunda etkinliğin artırılması ihtiyacının önemini koruduğu vurgulanmaktadır. Stratejinin temel yapısal değişim projeleri bölümünde, birey refahını daha hızlı artırabilmek için nüfus artış hızını yavaşlatmak ve kalkınma hedefleriyle uyumlu bir nüfus yapısını oluşturmak temel amaç olarak yer almıştır (17).

2.3.DÜNYADA KONTRASEPTİF KULLANIMI

Halen dünya nüfusu her gün 260.000 kişi, yılda 94 milyon artmaktadır. Dünyada 1990 verilerine göre yaklaşık 900 milyon üreme döneminde aile varken, bu değer, 2003 verilerine göre bir milyar 43 milyon 265 bin olmuştur. Bu ailelerin dünya genelinde 1990'da %43'ü gebelikten korunmakta iken, 2003 sonuçlarına göre herhangi bir yöntem kullananların oranı %60,9, modern yöntem kullananların oranı %54,0'dır. Tüm dünyada en yaygın kullanılan kontraseptif yöntem, kadın ve erkekteki cerrahi sterilizasyon olup bunu rahim içi araçlar (RİA) ve oral kontraseptifler (hap) izlemektedir. Dünyada en yaygın kullanılan kontraseptif yöntem prevalansı 2003 verilerinde toplamda %20,2 ile kadın sterilizasyonudur. Bunu RİA %13,9, hap% 7,2, kondom %4,8, erkek sterilizasyonu %3,5, enjeksiyonlar-implantlar %2,6, vajinal bariyerler %0,5, geri çekme %2,4, takvim yöntemi %3,9 ile izlemektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde doğumların %55'nin planlanmamış olduğu tahmin edilmektedir. Planlanmamış gebeliğin önemli bir belirtisi indüklenen düşük prevalansıdır (18).

2.4.TÜRKİYE'DE KONTRASEPTİF KULLANIMI

Türkiye'de hem modern hem de geleneksel aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olunması çok yaygındır. 2003 TNSA sonuçlarına göre görüşülen kadınların neredeyse tümü en az bir yöntem hakkında bilgi sahibidirler. Hap ve RİA %98 ile en yaygın olarak bilinen yöntemler iken, kadın kondomu %14 ve acil korunma hapi %16 oranında en az bilinen modern yöntemlerdir. Türkiye'de evli kadınların, %43'ü modern, %29'u da geleneksel yöntem olmak üzere, %71'i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Evli kadınlar arasında en yaygın olarak kullanılan yöntem %26 ile geri çekme yöntemidir. Her beş evli kadından biri RİA'yı kullanırken, bunu %11 ile kondom izlemektedir. Son 10 yıl içinde, gebeliği önleyici yöntem kullanımı düzeyinde, özellikle de modern yöntemler açısından, önemli değişiklikler gerçekleşmiştir. Geleneksel yöntem kullanım düzeyi neredeyse değişmeden aynı kalırken, modern yöntem kullanımı 1993'teki %35'den 2003'te %43'e yükselmiştir. Bu dönem içindeki artışın önemli bir bölümü tüp ligasyonu ve kondom kullanımındaki artışların sonucudur (6).

2.5.KONTRASEPTİF YÖNTEMLER

A) Hormonal Kontraseptifler

- 1- Kombine Oral Kontraseptifler
- 2- Mini Haplar
- 3- Post-Koital Kontrasepsiyon
- 4- Yalnız Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler
- 5- Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler
- 6- Deri Altı İmplantları
- 7- Hormon İçeren Rahim İçi Araçlar
- 8- Vajinal Halkalar

B) Rahim İçi Araçlar

C) Bariyer Yöntemler

- 1- Kondom
- 2- Diyafram

3- Servikal Başlık

4- Spermisitler

D) Cerrahi Sterilizasyon

1- Tüp Ligasyonu

2- Vazektomi

E) Doğal Aile Planlaması

F) Emzirme İle Gebeliğin Önlenmesi

G) Geleceğin Kontraseptif Yöntemleri

A) HORMONAL KONTRASEPTİFLER

1-KOMBİNE ORAL KONTRASEPTİFLER

Kombine oral kontraseptif kullanımı (KOK) çok güvenilir bir yöntemdir. KOK'lar, östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerir. 21 ya da 28 günlük paketler halinde hazırlanmıştır. Ülkemizde 22 tablet içeren preparatlar da vardır. Monofazik (her tablette aynı miktarda östrojen ve gestajen vardır) ve multifazik preparatlar olarak ikiye ayrılır. Multifaziklerde difazik ve trifazik seklindedirler. Hapların içeriği günlere göre değişir. Difazikler ilk 11 gün östrojen, ikinci 10 gün östrojen ve progesteron içerir. Endometrium karsinom riskini artırdığı için artık kullanılmamaktadır. Trifazikler 21 gün 6+5+10 şeklinde günlere bölünür ve her tablette farklı miktarda östrojen ve gestajen vardır. Yapılan çalışmalarda iki grubun birbirinden üstün olmadığı görülmüştür

KOK'ların içerdiği sentetik östrojen ve progestin, vücuttaki doğal hormonların yapısına çok yakındır. KOK'lar içerdiği östrojene ve progesterona bağlı olarak FSH ve LH'in supresyonu ile folikül gelişimini inhibe eder. Ovulasyonu engeller. Endometriumda embriyo implantasyonunu bozacak değişiklikler yapar. Tubada ovumun transportunu hızlandırır. Serum progesteronun düşmesine bağlı luteoliz yaparak, servikal mukusun kalınlaşmasına bağlı spermatazoaların transportunu bozarak gebeliği engeller.

Östrojen komponenti: Steroidlerin kontraseptif kullanımındaki en büyük problem ağızdan alındığında etkisini yitirmesidir. Estrodiol, overlerin salgıladığı en güçlü (potent) doğal östrojendir. Ancak Estrodiol ağızdan alındığında etkisini kaybeder. Bu nedenle oral kontraseptif içinde kullanılması mümkün değildir. Ağızdan alındığında etkili olmasını sağlamak için Estrodiolün kimyasal yapısına bir etinil grubu eklenerek sentetik formu oluşturulmuştur. Etinil Estrodiol (20-200 mcg) ya da onun 3 methyl ether derivesi olan Mestranol (50 mcg)dür. Mestranol KC de oksidasyonla aktif formu olan Etinil Estrodiole dönüşmektedir (27). Tromboz, östrojene bağlı bir komplikasyon olduğundan oral kontraseptif seçiminde preparatın östrojen dozu çok önemlidir.

Progestin komponenti: Kontrasepsiyonda kullanılan sentetik progestinler karaciğer ilk geçiş eliminasyonundan daha az etkilendikleri için daha düşük dozda kullanılabilirler. Sentetik progestinler Medroksiprogesteronasetat (MPA), Hidroksiprogesteronasetat, Noretindron ve Norgestrel'dir (27). Yeni progestinlerin oluşturulmasındaki en önemli neden, eski progestinlerin özellikle kardiyovasküler sistem üzerindeki olumsuz androjenik etkileridir. Kardiyovasküler yan etkiler, östrojenin doza bağımlı olarak oluşturduğu tromboz ve progestinlerin androjenik etkileri sonucunda ortaya çıkmaktadır. Norgestrel, Desogestrel, Norgestimat, Gestodane gibi yeni progestinlerin androjenik etkileri minimal olduğu için kolesterol-lipoprotein profiline etkileri çok azdır. Hatta HDL'yi artırdıkları için olumlu yönde etki yaptıkları düşünülmektedir. Yeni progestinlerin androjenik aktivitesinin azaldığını destekleyen diğer bulgular, seks hormonu bağlayan globülin (SHBG) düzeyinin artması ve serbest testosteron düzeyinin azalmasıdır. Bu saptama, akne ve hirsutizm tedavisinde klinik önem taşır. Amenore ve ara kanamalar açısından yeni progestinler diğer düşük dozlu preparatlara benzer etki gösterir. Progestinlerin birden fazla hedef organı (uterus, karaciğer, meme) olduğu için etkisini ölçmek zordur. Önemli olan, en küçük dozda progestatif etkisi yüksek ve androjenik aktivitesi düşük olan progestinleri tercih etmektir.

KOK'lar son derece etkili, geri dönüşü olan kontraseptif yöntemlerdir. Doğru kullanıldığında %99,9 etkilidir. Kullanımın ilk yılında 1000 kullanıcıdan birinde gebelik gözlenir.

Gebe kalmak istemeyen kadınlar tarafından kullanılabilir. Doğru kullanıldığında son derece etkilidir. Kullanılması kolaydır. Cinsel ilişkiyi etkilemez. Ara vermeye gerek yoktur. Yöntemi bırakmak için sağlık personeline gerek yoktur. Yöntem bırakıldığında doğurganlık geri döner. Korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılabilir. Ektopik gebeliği önler. Premenstrüel sendromu azaltır. Endometriyozise bağlı yakınmaları azaltır. Endometriyum ca oluşumunu engeller. Uterusu çıkarılmamış kadınlarda karşılanmamış östrojen tedavisi ile endometrium ca insidansı iki - 10 kat artar ve endometrial ca riski de kullanma süresine paralel olarak artış gösterir. KOK ların en az 12 ay kullanılması ile koruyucu etki ortaya çıkmaktadır ve KOK kesildikten 10 yıl süreye kadar da bu etki sürmektedir. Bu korunma özellikle nullipar kadınlar açısından dikkat çekicidir. Her yıl Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000 kadının önceki ya da mevcut OKS kullanımına bağlı endometrium ca dan korunduğu sanılmaktadır (28). Over ca oluşumunu engeller. Over ca riski OKS kullanımının yılı başına yaklaşık % 11 düşerken, beş yıllık kullanım sonucu maximum %46 oranında risk düşer (29). BRCA 1 - BRCA 2 gen mutasyonun sahip kadınlarda over ca riski artmaktadır. OKS bu mutasyonu taşıyan kadınlarda over ca ya karşı koruyucudur (30). KOK lar overlerde retansiyon kistlerini ve folikül kistlerinin oluşumunu engeller. Pelvik inflamatuvar hastalığı engeller. Memenin fibrokistik hastalık gibi iyi huylu hastalıklarını azaltır. KOK kullananlarda menstruasyon kanamaları daha az, kısa ve düzenli olur. Demir eksikliği anemisini azaltır. Akneye iyi gelebilir. Dismenore çok azalır ya da kaybolur. KOK ile meme ca ilişkisi hakkında yakın dönemde yapılmış olan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. 35 yaşından genç KOK kullanıcısı kadınlarda meme ca tanısı alma riski biraz yüksektir. 50 yaş civarında ise kullanıcılar ile kullanmayanlar arasında kümülatif risk aynıdır ve uzun süreli

kullanım olanlarda bile meme ca riskinde bir artışa neden olduğuna dair bilgi yoktur (31).

Her gün hap almanın hatırlanması gerekir, aksi takdirde etkili değildir. Kilo artışı yapabilir. Depresyon (triptofan metabolizmasını KC de artırarak) ve cinsel istek azalması gibi ruhsal değişiklikler olabilir. Lekelenme ya da ara kanamaları görülebilir. Bazı ilaçlarla (barbitüratlar, fenitoin, fenilbutazon, rifampisin ve diğer bazı antibiyotikler) etkileşimi vardır. KOK'lar kan basıncı yüksek olan, 35 yaşın üstünde ve aynı zamanda günde 20'den fazla sigara içen kadınlarda nadiren kalp krizine ve bacak derin venlerinde tromboza neden olabilir. Derin ven trombozu, pulmoner emboli ve serebral trombozu KOK kullananlarda kullanmayanlara göre üç-beş kat daha fazla görülmüştür. KOK 'ların koagülasyon sistemi üzerine olan yan etkileri etinil estradiolün 20 mcg düzeye düşürülmesi ile sıfıra yakın düzeye indirilebilmektedir. Ancak o zamanda kırılma kanamalarının rahatsız edici etkileri artmaktadır (32,33). KOK'lar glukoz toleransında bozulma yapabilir. (projestinler insülin antogonizması oluşturabilir) Kan basıncını yükseltebilir. (östrojene bağlı renin artışı) (34). Total trigliserid ve kolesterolde artmaya bağlı ateroskleroz gelişimine katkıda bulunabilir. Servikal ca ile KOK kullanımı arasında zayıf ilişki vardır. Eğer bir kadının çoktan HPV' si varsa, KOK kullanımı sonucu servikal neoplazi riskini daha fazla arttırmamaktadır, fakat HPV negatif olan kadınlar arasında KOK kullanımı bu gibi bir lezyonun olma riskini iki katına çıkarmaktadır. KOK kullanımı klamidy, candida enfeksiyonu riskini artırır (35). HIV/AIDS dahil CYBE'lere karşı koruyucu değildir Hepatik adenom yapabilir. Anne sütünün miktarını ve niteliğini etkilediğinden emziren kadınlar için ilk 6 ayda uygun değildir. Bunların dışında bulantı kusma, ara kanamaları ve lekelenme ilk üç ayda sık görülür. Kilo artışı görülebilir sıvı tutulmasına bağlı ise östrojen ya da progestin dozu; derialtı yağ dokusunun artışına bağlı ise östrojen dozu azaltılmalıdır. Akne, baş ağrısı, memelerde hassasiyet, baş dönmesi yapabilir.

Hap kullanmaya başlamak için en uygun zaman, adet ilk günüdür. Bununla birlikte kadının adetleri düzenliyse adet ilk yedi günü içinde herhangi bir günde

başlanabilir. Eğer adet kanaması henüz bitmişse ilk ayda gebelikten korumayabileceğinden ilk yedi gün ek bir yöntem (kondom, vajinal spermisit vb) kullanılması önerilmelidir. Gebelik olmadığından emin olunan herhangi bir günde de hapa başlanabilir; ancak ilk yedi gün ek bir yöntem kullanılmalıdır. Minihap kullanan kadınlar, isterlerse siklusun herhangi bir döneminde KOK'a geçebilir. Haplar, her gün aynı saatte, yatmadan hemen önce ya da tercihan akşam yemeğiyle birlikte alınmalıdır. Böylece hatırlanması daha kolay olacak; bulantı ve diğer yan etkiler önlenilecektir. Paketteki tüm haplar bitene kadar günde bir hap alınmalıdır. 21 tabletlik hap kullanılıyorsa yedi gün, 22 tabletlik hap kullanılıyorsa altı gün ara verdikten sonra adet kanaması olsun olmasın, yeni bir pakete başlanmalıdır. Pakette 28 hap varsa hiç ara vermeden ikinci pakete geçilir. Kullanırken şiddetli karın ağrısı, şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı, şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi, kuvvet ya da his kaybı, şiddetli uyluk ya da bacak ağrısı, ani görme kaybı ya da bulanık görme, konuşma bozukluğu, deride sklerada sarılık olması hallerinde KOK kullanımı kesilmelidir (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26).

2-MİNİHAPLAR

Yalnız progesterin içeren haplar (minihap) KOK'lara alternatif olarak geliştirilmiştir. Düşük dozda progesterin bulunur ve bunlar östrojen içermez. Minihap, menstrüel siklus boyunca ve menstrüasyon sırasında alınır. Bu haplar, kadında doğal olarak oluşan servikal mukusu kalınlaştırarak spermin geçişine engel olur. Siklusların %40-60'ında ovülasyonu önler, Tubal motiliteyi değiştirir. Endometriumu inceltirerek implantasyon olasılığını azaltır. Östrojen kullanımının uygun olmadığı kadınlarda tercih edilir. Minihap emziren kadında, %100'e yakın etkilidir. Diğer zamanlarda (emzirmeyen kadınlarda ya da lohusalık dönemi dışında) güvenilirliği %96'ya düşer.

Adet kanaması miktarını ve krampları azaltır. KOK'lara oranla, kilo alma, bulantı gibi yan etkiler daha azdır. Kansere ya da kardiyovasküler hastalık riskini

artırdığını gösteren bir veri yoktur (bu nokta özellikle ileri yaştaki kadınlar için önemlidir, çünkü bu gruptaki kadınlar olası kardiyovasküler riskleri nedeniyle, kombine hapları kullanamayabilirler). Anne sütünün niteliğini değiştirmez, miktarını artırabilir. Dokuz aydan kısa bir süre önce doğum yapmış emziren kadınların çoğu için en uygun yöntemlerden biridir. Kombine haplara oranla, kan basıncını yükseltme, baş ağrısı ve depresyona neden olma riski daha azdır. Koagülasyon sistemi üzerine metabolizma üzerine etki yapma olasılığı düşüktür.

Emzirme azaldıkça ya da sona erince etkisi azalır. KOK'lara oranla ara kanaması, lekelenme, amenore ve adet düzensizlikleri daha fazla görülür. Minihaplardan birinin alınmaması durumunda gebe kalma olasılığı daha yüksektir. Bu nedenle yalnız progesterin içeren haplar, her gün aynı saatte hap alabilecek durumda olmayan kadınlar için uygun bir kontraseptif yöntem değildir. CYBE'lere karşı koruyuculuğu yoktur. Endometrium ve over ca ya karşı KOK'larda görülen azalma minihap için rapor edilmemiştir. Minihap kullanmaya başlamak için en uygun zaman, menstruasyonun ilk günüdür. Her gün aynı saatte 28 gün süreyle bir tane hap alınmalıdır (20, 21, 24, 25, 26, 36).

3- POST-KOİTAL KONTRASEPSİYON (ACİL KONTRASEPSİYON)

Bir doğum kontrol yöntemi değildir. Korunmasız cinsel ilişkiden sonra, acil beklenilmeyen durumlar (kondom rüptürü, rahim içi aracın düşmesi, KOK unutulması, tecavüze bağlı gebelikler gibi), sürdürülmesi kesinlikle istenilmeyen gebeliklerin implantasyonundan önce önlenmesidir. Hormonal acil kontrasepsiyon ve postkoital rahim içi araç uygulaması acil seçeneklerdir.

HORMONAL ACİL KONTRASEPSİYON

En çok kullanılan acil kontrasepsiyon seçeneğidir. Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saat içinde, gebelik oluşmasını önlemek amacıyla hormonal kontraseptif kullanılmasıdır (37).

Hormonal acil kontrasepsiyon da üç tür uygulama söz konusudur:

- Yüksek doz östrojen kullanımı
- Östrojen + progesteron kullanımı (ilk 72 saat içinde iki gün süreyle günde iki kez ikişer tablet yüksek dozlu oral kontraseptif kullanımı)
- Sadece progesteron kullanımı (henüz araştırma evresindedir).

Hormonal acil kontrasepsiyon siklusun herhangi bir evresinde kullanılabileceğinden, etkisi o andaki siklus evresine göre farklılık gösterir. En belirgin etki endometriyumdadır. Reseptörler ve enzimlerde oluşan değişiklikler sonucunda endometriyum implantasyona uygun olmayan bir hale gelir. Ovülasyondan önce kullanıldığında over aktivitesi etkilenir ve ovülasyon gecikir ya da önlenir. Ovülasyondan sonra verilirse lutealiz oluşup dölleme olmayacaktır. Ayrıca tübal motiliteyi de etkileyebilir. Gebelik, döllemiş ovumun endometriyuma implantasyonunun tamamlanmasından sonra başlar. İmplantasyon döllemeden sonra beşinci günde başlayıp yedinci günde tamamlanır. İmplantasyon başladıktan sonra acil hormonal kontrasepsiyon kullanımı tamamen etkisizdir. Bu yüzden yöntemin düşük amacıyla kullanılması söz konusu değildir.

Siklus süresince konsepsiyon olasılığı cinsel ilişkinin ovülasyona yakınlığına bağlıdır. Spermin yaşam süresinin üç güne kadar uzayabileceği düşünüldüğünde, korunmasız cinsel ilişkide siklus ortası konsepsiyon olasılığı %20-30'dur. Acil hormonal kontrasepsiyonun çeşitli çalışmalarda etki düzeyi %75-80 dir (38). Güvenlidir. Her yaştaki kadın kullanabilir. Korunmasız cinsel ilişkiden ya da kontraseptif kullanımı sırasında olabilecek kazalardan sonra, istenmeyen gebeliklerin daha oluşmadan önlenmesi için fırsat yaratır. Bulantı (%30 - 50), kusma (%15 - 25), baş ağrısı, sersemlik hissi, kramplar, memelerde dolgunluk, karın ağrısı gibi yan etkileri vardır. Acil olarak, en fazla üç gün içinde kullanılması gerekir. Tekrar kullanımında kontraseptif etkililiği azalır. CYBE'lerden korumaz. Nasıl kullanıldığına bakacak olursak; Sentetik Östrojen ve Progestinler (Kombine Doğum Kontrol Hapları) 100 mg Ethinyl estradiol + 1.0 mg Levonorgestrel içeren tablettten iki adet verilir 12 saat sonra doz tekrar edilir. İlk doz, korunmasız cinsel ilişkiden sonra 72 saat içinde alınmalıdır.

Levonorgestrel (Tek Başına Progestin Hapları) 0.75 mg levonorgestrel korunmasız ilişkiden sonraki 72 saat içinde verilir ve bundan 12 saat sonra da 0.75 mg dozu tekrarlanır. Levonorgestrel kullanımı yan etki açısından değerlendirildiğinde daha güvenlidir (38).

Acil kontrasepsiyon kullanıldıktan sonraki günlerde korunmasız cinsel ilişkiye girilmemelidir. Günde bir hap kullanmaya devam edilebilir ya da bariyer yöntem kullanılabilir. Etkili bir korunma yöntemine mümkün olduğunca çabuk başlanmalıdır. Korunmasız cinsel ilişki sırasında CYBE'ler açısından bir risk söz konusuysa, ek olarak koruyucu antibiyotik verilmelidir (Doxycycline 100 mg, günde iki kez, 10 gün). Gebelik acil kontrasepsiyon kullanımındaki tek kontrendikasyondur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kriterlerine göre gebelik kategori IV'tür. Acil kontrasepsiyon gebelik oluştuktan sonra etkisizdir. KOK kullanamayan kadınlarda bile (kalp hastalığı öyküsü, tromboemboli, akut fokal migren, ciddi karaciğer hastalığı gibi) uygulamanın kısa süreli olması ve az sayıda hap alınması söz konusu olduğu için bu yöntem kullanılabilir. Bu durumlar DSÖ kategori II sayılmaktadır. Yine de bu durumlarda sadece progestin içeren haplarla acil kontrasepsiyon tercih edilir (20, 21).

ACİL KONTRASEPSİYONDA RİA UYGULAMASI

Bakırlı Rahim içi araçların ilk beş gün içinde uygulanmasıyla endometriyumda yabancı cisim reaksiyonu oluşturarak implantasyonu engeller, sperm üzerinde direkt toksik etki gösterir ve blastokist için bir toksin gibi davranarak gebeliği engeller (38).%99 etkilidir.

Postkoital uygulanan RİA'nın yan etkileri, rutin RİA uygulamasından farklı değildir. Karın ağrısı, vajinal kanamada artma ve lekelenme olabilir. Ancak korunmasız ilişkiye bağlı olarak pelvik inflamatuvar hastalık ve CYBE'ler açısından risk artışı olabileceği unutulmamalıdır.

Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk beş gün içinde uygulanması tavsiye edilir. Ovülasyondan sonraki beş gün içinde, implantasyondan önce

uygulanması gerekir. Ancak ovülasyonu tam saptamak mümkün olamayacağından, ilişkiden sonraki beş gün içinde uygulanması uygundur.

MİFEPRİSTON (RU 486)

Mifepristonun dahil olduğu antiprogestinlerin de acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılması olasıdır. Progesteron reseptörlerine bağlanıp etkilerini bloke eder, ovülasyondan önce ya da sonra kullanımına bağlı olarak ya ovülasyonu durdurur ya da endometriyumun gelişmesini bozar. İlk 72 saatte tek doz 600 mg verilir.

4-YALNIZ PROGESTİN İÇEREN ENJEKTE EDİLEN KONTRASEPTİFLER

Progestin içeren iki tip enjekte edilen kontraseptif vardır: Depo Provera ve Noristerat Depo Provera 150 mg medroxyprogesteron acetate (DMPA) içerir. Noristerat ise 200 mg Norethisteron enantate (NET-EN) içerir. 150mg DMPA 12 haftada bir intramuskuler injeksiyonla verilir Ovulasyon supresyonu 13 haftadan uzun sürer. Noristerat ise iki ayda bir uygulanır. Bunlardan DMPA ülkemizde ruhsatlıdır

DMPA ve NET-EN ovülasyonu engeller, servikte spermin penetrasyonunu azaltan kalın bir mukus oluşturur. Enjekte edilen kontraseptif kullanan kadınlarda endometriyum inaktif ve sürekli kullanımla atrofik hale gelir. Enjekte edilen kontraseptifler geçici kontraseptif yöntemlerin en etkililerinden biridir. 100 kadın yılı için başarısızlık oranı %0,1'den azdır

Uygulanması kolay ve çok etkilidir. Östrojen kullanımı açısından risk taşıyan kadınlarda güvenle kullanılabilir. Pelvik enfeksiyona, endometriyum ve over kanserine karşı koruyucu etkisi vardır. Bırakıldığı zaman fertilité geri döner. (ortalama 10 ay) Ektopik gebelikleri ve demir eksikliği anemisini önler. Emziren anneler tarafından kullanıldığında emzirmeyi engellemez, süt miktarını artırabilir. Enjeksiyonlar için kliniğe gelmek gerekir. Adet düzensizliğine neden olabilir. Bazı kadınlarda, kullanım bırakıldığında adet gecikebilir. CYBE'lere karşı

koruyuculuğu yoktur. Kilo artışına neden olabilir. Bazı kadınlarda osteopeni görülebilir. HDL kolesterolde düşme yapabilir (20, 21, 24, 25, 26).

İlk enjeksiyon mümkünse adetın ilk yedi gününde yapılmalıdır. Böylece, kadının gebe olmadığından emin olunur. Adet siklusunun ilk yedi günü içinde, ancak kanaması bitmişse ya da enjeksiyona ilk yedi günden sonra başlanmışsa, bir hafta süreyle ek yöntem verilir. Bir sonraki enjeksiyon, Depo Provera kullananlarda üç ay, Noristerat'ta ise iki ay sonradır. DMPA için iki haftaya kadar, NET-EN için bir haftaya kadar gecikme kabul edilebilir. Zorunlu hallerde, DMPA en fazla dört hafta önce, NET-EN ise iki hafta önce yapılabilir.

5-KOMBİNE ENJEKTE EDİLEN KONTRASEPTİFLER

Dünyada kabul gören iki preparat bulunmaktadır: Cyclofem (5 mg estradiol cypionate + 25 mg medroxyprogesteron acetate) ve Mesigyna (5 mg estradiol valerate + 50 mg norethisteron enantate). Mesigyna 1997 yılından beri ülkemizde kullanılmaktadır. Gebelikten korumada çok etkilidir. Başarısızlık hızı yaklaşık binde bir - iki arasındadır.

Kombine enjekte edilen kontraseptifler KOK'lardan bir takım üstünlükleri vardır. Bunlar: İçerdiği östrojen doğal östrojendir. KOK' lardaki östrojen (ethinyl estradiol) ise sentetik bir steroiddir. Doğal östrojenlerin lipid metabolizması ve kardiyovasküler sistem üzerinde olumlu etkileri vardır. Enjektale olduğu için koruyucu etkisi 24 saatte başlar. KOK'larda ise overler üzerindeki baskılayıcı etkinin başlaması için en az yedi günlük bir kullanım süresinin geçmiş olması gerekmektedir. KOK kullananlarda sık rastlanan bulantı, kusma gibi yakınmalar enderdir. İntramüsküler enjeksiyon yoluyla verilen ilaç doğrudan dolaşıma geçtiği için (KOK'lar enterohepatik dolaşıma girer), ilk geçiş etkisi görülmemektedir. Bundan dolayı serum lipid düzeyi ve pıhtılaşma sistemi üzerinde istenmeyen etkilerin görülmesi çok enderdir. Karaciğer fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemediğinden, daha önce oral kontraseptif kullanımı sırasında ya da gebelikte sarılık geçirenler bu yöntemi kullanabilir. KOK'ların

koruyucu etkisinin pratikte daha düşük (%97) olmasına neden olan kullanıcı hataları (hap almanın unutulması), enjeksiyon yönteminde söz konusu olmadığı için koruyucu etki daha yüksektir (%99,9). Doğurganlığın geri dönüşünde gecikme söz konusu değildir.

Sadece progestin içeren enjekte edilen kontraseptiflerle karşılaştırıldığında: Adet siklusları daha düzenlidir. Endometriyal supresyon etkisi daha azdır. Yan etkiler daha hafiftir. Progestin dozu daha düşüktür

Ayda bir yapılma zorunluluğu kullanımı biraz zorlaştırmaktadır. Bırakıldığında adet gecikebilir. CYBE'lere karşı koruyuculuğu yoktur. Emziren anneler, doğumdan sonraki ilk altı ayda kullanamaz. Kilo artışına neden olabilir. Östrojene bağlı komplikasyonlar açısından risk grubunda olan kadınlar kullanamaz.

Adetin ilk yedi günü içinde yapılmalı 30 gün sonra tekrarlanmalıdır. Doğum sonrası dönemde: Emziriyorsa, doğum sonrası altıncı aydan sonra , emzirmiyorsa; doğum sonrası 3 - 4. haftada, düşük sonrası hemen ya da ilk yedi gün içinde ilk enjeksiyon yapılmalıdır (20, 21, 24, 25, 26).

6-DERİALTI İMPLANTLARI (IMPLANON)

Implanon (Etenogestrel) deri altına yerleştirilen ve 3 yıl süre ile yüksek oranda doğum kontrolü sağlayan tek çubuklu bir doğum kontrol implantıdır. 4 cm uzunluğunda ve 0,2 cm çapında biyolojik olarak parçalanmayan bir çubuk şeklindedir. Gerekli eğitimi almış kişiler tarafından basit bir yöntemle yerleştirilmesi ardından çubuk, etonogestrel isimli bir progestajen hormon salgılamaktadır. Bu hormon, birçok modern doğum kontrol hap, içeriğinde bulunan desogestrel isimli bir hormonun aktif bir metabolitidir. Implanon'un ortalama hormon salınımı günde 40 mikrogramdır. Bu miktar doğum kontrolünün sağlanması için yeterli bir miktardır. Implanon estrojen içermez. Bu durum estrojene tolere edemeyen veya estrojen alması sakıncalı olan bayanlar için Implanon'u tercih nedeni olmaktadır.

Progestin ovülasyonu baskılayarak ve servikal mukusu, sperm geçişini engelleyecek biçimde kalınlaştırıp azaltarak gebeliği önler. Üç yıllık bir sürede yıllık ortalama gebelik hızı %1'den azdır. Sterilizasyondan bile daha etkili ve geri dönüşümlü bir yöntemdir. Geri dönüşlüdür. Menoraji ve dismenoreyi azaltır. PID riskini azaltır. Eğitilmiş personel gerektirir. Küçük bir cerrahi işlemle yerleştirilir ve çıkarılır. Küçük cerrahi girişimlerde görülebilecek enfeksiyon, kanama, hematoma gibi riskler taşır. CYBHE'lere karşı koruyuculuğu yoktur. İrregüler kanama en çok yöntemden vaz geçme nedenidir. Baş ağrısı, kilo değişiklikleri (artma ya da azalma), depresyon ya da sinirlilik, ilk aylarda bulantı, baş dönmesi, memelerde duyarlılık yapabilir.

7-HORMONLU RİA'LAR

Levonorgestrel (LNg-20) içerenler: (LevoNova ve Mirena)“T” şeklindeki iskeleti polietilenden yapılmıştır, gövdesinde 52 mg levonorgestrel içeren bir silindir bulunur. Rahim içi sistem (RİS) olarak da adlandırılmaktadır. Günde 20 mcg levonorgestrel salarak beş yıl süreyle korur

Progesteron içerenler: (Progestasert) T” şeklindeki iskeleti etinil vinil asetat kopolimerden yapılmış bir rahim içi sistemdir. Dikey gövdesinde silikon yağ bazda 38 mg progesteron içerir. Günde 65mcg progesteron salarak bir yıl süreyle korur (23).

Progestin içeren RİA'lar ayrıca servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin uterusu geçmesine engel olur. Endometriumdaki değişikliklerle implantasyona engel olur. Progesteron T RİA kullanan kadınlarda ilk yıl başarısızlık hızları ideal kullanımda % 1,5'dir. LNg 20 kullanan kadınlarda ilk yıl başarısızlık hızları ideal kullanımda % 0.1dir. Progesteron salgılayan rahim içi araç menstruel kanamayı, krampları ve anemi riskini azaltır. Uygulanması ve çıkarılması biraz ağrılı olabilir. Bazı kadınlarda karnın alt bölgesinde rahatsızlık, adet kanamalarında artma, adet dönemleri arasında lekelenme ve kramplar olabilir. Bu yakınmalar üçüncü adet döneminden başlayarak azalır. Az da olsa

uterus perforasyonu riski vardır. RİA uterustan servikse doğru kayabilir ve vajinaya atılabilir. (istenmeyen gebelik %2-10 meydana gelebilir) RİA'lar cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucu değildir. Hatta cinsel yolla bulaşan genital yol enfeksiyonu öyküsü olan veya birden fazla cinsel eşi bulunan kadınlarda RİA, pelvik enfeksiyon riskini yükseltir. RİA kullananların %30' unun pap smearında actinomyces bulunmuştur (20, 21, 24, 25, 26).

8-HORMONLU VAJİNAL HALKALAR

Halkalar vajinaya yerleştirilerek, salınan hormonun özelliğine ve miktarına bağlı olarak kontraseptif etki sağlanır. Çoğunun 50 – 60 mm dış çapa ve 7,5 - 9,5 mm 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. İki değişik tip halka geliştirilmiştir. Birincisi 150-180mcg / gün hızında estradiol ve 250-300mcg / gün hızında levonorgestrelin salındığı estrajen ve progestajen içeren karışık tiptir. Bu halkalar özellikle üç hafta içerde, bir hafta dışarıda tutulduklarından ovulasyon düzenini oluşturmaya yöneliktirler. İkinci tip genellikle 20 mcg / 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. Yöntemin olumlu yönü kullanıcı kontrolünde olmasıdır. Ancak yöntem bırakma yönünden bu olumsuzluk olarak da görülebilir.

Hamile olmaya karşı yaklaşık olarak % 98 oranında korur. Üç hafta takılı kalabilir. Doğum kontrolünü sadece ayda bir düşünmeniz gerekir. Hormonlar karın yoluyla değil de mukoza yoluyla vücuda aktarıldığından dolayı, örneğin doğum kontrol haplarından daha az yan etki yapar. Öğrendikten sonra kullanılması kolaydır. Pahalıdır. Bulantı, nefes darlığı, baş ağrısı, lekelenme yapabilir. CYBE'lere karşı korumaz (20, 21, 24, 25, 26).

B) RAHİM İÇİ ARAÇLAR (RİA)

RİA, rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır ya da hormon içeren, küçük plastik bir cisimdir. Bakırlı RİA'lar spermin üst genital yollara ulaşmasına, ovum transportuna ve fertilizasyona engel olarak gebelikten korur. TCu 380A'nın en az on yıl, MLCu 375, Nova T 200 ve 380 Ag'nın beş yıl, MLCu 250'nin üç yıl süreyle koruyuculuğu vardır. İlk yıl başarısızlık hızları MLCu 375 için ideal kullanımda % 0.9, TCu 380A için ideal kullanımda %0.6 dır. Güvenli ve çok etkilidir. Emziren kadınlar için uygundur. Bir sorun olmadığı sürece, çıkarılması ya da değiştirilmesine kadar yılda bir kez genel sağlık kontrolü yeterlidir. Çıkarıldıktan sonra doğurganlığın dönüşünde gecikme olmaz.

Uygulanması ve çıkarılması biraz ağrılı olabilir. Bazı kadınlarda karnın alt bölgesinde rahatsızlık, adet kanamalarında artma, adet dönemleri arasında lekelenme ve kramplar olabilir. Bu yakınmalar üçüncü adet döneminden başlayarak azalır. Uygulama sırasında az da olsa uterus perforasyonu riski vardır. RİA uterustan servikse doğru kayabilir ve vajinaya atılabilir. RİA'lar CYBE'lere karşı koruyucu değildir. Hatta cinsel yolla bulaşan genital yol enfeksiyonu öyküsü olan veya birden fazla cinsel eşi bulunan kadınlarda RİA, pelvik enfeksiyon riskini yükseltir.

RİA yerindeyken oluşan gebelik (abortus sepsis olma riski artar), Ekstrauterin (ektopik) gebelik olma riski artar, Pelvik inflamatuvar hastalık (PİH) fertilité kaybıyla sonuçlanabilecek tuba-ovariyen apseler veya genel peritonit gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Uterus perforasyonu her 1000 uygulamadan 0,5 ila 1,5'inde görülür.(20)

C) BARIYER YÖNTEMLER

1- KONDOM

ERKEK KONDOMU (PREZERVATİF)

Cinsel ilişki sırasında penise takılan bir kılıftır. Spermin vajinaya girmesini engeller. Yaygın olarak kullanılan kondomlar lateks, poliüretan ya da koyun

barsağından yapılır. Lateks kondom CYBE 'lere karşı en iyi korumayı sağlar. Poliüretan ya da plastik olanlar son zamanlarda önem kazanmıştır. Bunlar latekse oranla daha ince, dayanıklı ve esnektir, temas sırasında duyarlılığı da azaltmaz. Koyun barsağından yapılan kondomlar gözenekli olduğundan mikroorganizmaların geçişini tam olarak engellemez. Kondom silindir şeklindedir ve açık ucunun kenarı, kullanımı kolaylaştırmak için kalındır. Kapalı ucunda semenin toplandığı bir yer (rezervuar) vardır.

Erkeğin spermlerinin vajinaya girmesini engeller. Doğru olarak kullanılırsa çok etkilidir. Araştırmalarda ilk yıl başarısızlık oranı olağan kullanıcılar için %14, ideal kullanımda ise %3'tür. Aile planlamasına erkeklerin katılımını sağlar. AIDS ve diğer CYBE'lere karşı korunma sağlar. Hormonal yan etkisi yoktur. Bazı çiftlerde (özellikle erkekte) duyarlılığı azaltabilir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir. Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirir. En önemli yan etkisi lateks alerjisidir. Kondom kullanımı sonrasında gelişen şiddetli kızarıklık, yanma ya da şişme yakınması alerjiyi gösterir. Ülkemizde henüz bulunmayan poliüretan ve plastik yapıdaki kondomlar lateks alerjisine neden olmaz. Kondom yırtılması sızıntı, lokal irritasyon, cinsel doyumun azalması diğer yan etkilerinden sayılabilir. Kondom, AIDS ve diğer CYBE'lerin yayılmasını önler. Kondomla birlikte ya da tek başına kullanılabilen nonoxynol-9 (spermisit) gonore, genital herpes, trikomoniasis, HIV ve sifilise karşı koruyucudur. Yapılan araştırmalar, eşlerden birisi HIV taşıyıcısı olduğunda kondomun koruyucu etkisi olduğunu göstermektedir (35). DSÖ'nün önerdiği sınıflandırma sistemine göre kondom kullanımında lateks alerjisi dışındaki tüm durumlar Kategori I (güvenle kullanılabilir) olarak belirtilmiştir (20,21,24,25,26).

KADIN KONDOMU

Vajina içini ve serviks ağzını örterek spermlerin uterus içine gitmesini önler. Kadın kondomu 17cm uzunluğunda, yumuşak ve ince bir poliüretan tabakasından yapılmış, vajinanın içini tümüyle kaplayan, tek tarafı kapalı silindir bir kılıftır. Poliüretanın özelliği nedeniyle vajinanın içine yerleştirildiğinde kısa

zamanda vajina duvarlarına sıkı bir şekilde tutunur ve vücut ısısı ile uyum sağlar. Kılıfın açık olan ucunun etrafını saran ve bir tane de kapalı olan ucun içinde serbest olarak bulunan bükülebilir iki halkası vardır. Kapalı olan kısımdaki halka serviksi (uterus ağzını) sararken, açık uçtaki halka kadının dış genital sisteminde kalıyor. Böylece dış genital kısmın en ucundan tüm vajinanın iç yüzeyini kaplayarak yukarı doğru uzanan kondom, serviksi de tümüyle kaplayarak, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan ve gebelikten korumayı sağlamaktadır. Özellikle dış genital kısmın da "örtülmüş" olması HPV' ye karşı korunmada kadın için önemli bir olumlu yön olarak görülebilir.

Tüm kadın kondomları tek kullanımlık olarak standart boyda üretilmekte ve kayganlaştırıcı madde olarak silikon kullanılmaktadır. Kadın bu kondomu ilişkiden saatlerce öncesinde (üreten firmaya göre sekiz saat öncesine kadar) takabilmektedir. Poliüretan yapısı, erkek kondomunun yapı maddesi olan lateksten yaklaşık iki kat daha kalın ve laboratuvar deneylerinde virüslere geçirgenliği çok daha düşük bulunmuş bir maddedir. Kullanım güvenliğine bakıldığında veriler, gebelik oluşma olasılığının özellikle ilk kullanımlarda erkek kondomundakinden biraz daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak teorik olarak kullanım tecrübesi arttıkça, bu kondom türünün de yaklaşık olarak erkek kondomu kadar koruyucu olması gerekmektedir.

En önemli olumlu yönü CYBE'lerden korunmada kontrolün kadında olmasıdır. Erkeklerde var olan AIDS virüsünün cinsel ilişkiyle kadına bulaşma olasılığının, kadından erkeğe bulaşma olasılığına göre 15 kat daha yüksek olduğu ve kadınlarda AIDS'in arttığı göz önünde bulundurulduğunda bunun ne kadar önemli bir avantaj olduğu daha iyi anlaşılır. Poliüretandan yapılmış olması, erkek prezervatiflerinde bulunan lateks maddesine karşı allerjik olan kadınlar (ve erkekler) için önemli bir avantajdır. Kadının adetli olduğu dönemlerde de kullanılabilir. Kadın kondomu "ilişki kalitesini" çok az etkilemektedir. Kadın kondomunu kadın ilişkiden saatlerce önce takabilmektedir. Kondomu takmak için ilişkiyi bölmeye gerek kalmamaktadır. Bu özellikle ileri yaşlardaki erkekler

için önemli bir avantajdır. Zira yaş ilerledikçe ereksiyon (penisin sertleşmesi) süresi uzuyor ve ereksiyon sağlandıktan sonra ileri yaş erkeklerin "dikkatinin başka bir noktaya odaklanması" ereksiyonu olumsuz etkileyebilmektedir. Kadın bu kondomu takmakta zorlanabilir. Kendi anatomisini iyi bilmesi gerekir. Doğru bir yerleştirme de deneyim gerektirir. Daha pahalıdır (20, 21, 24, 25, 26, 35).

2- DİYAFRAM

Diyafram serviksi örten yuvarlak, kauçuk ya da silikondan yapılmış, kenarları daha sert bir araçtır. Diyafram, serviksi spermlerin ulaşmasını engellemek üzere kapatacak şekilde vajina derinine yerleştirilen bir bariyer yöntemidir. Daha etkili olması için kontraseptif kremlerle birlikte kullanılır. Diyafram, her cinsel ilişkide doğru olarak kullanıldığında güvenilir bir yöntemdir. Diyafram üzerine yapılan az sayıdaki araştırmada ilk yıl başarısızlık hızı olağan kullanıcılar için %20, ideal kullanıcılar için %6 olarak bildirilmektedir. Diyafram kullanan kadınlarda servikal kanser riskinin azaldığı belirtilmiştir. Sistemik bir etkisi yoktur. CYBE'lere karşı az da olsa koruyuculuğu vardır. Uygun boy diyaframın belirlenmesi için pelvik muayene gerekir. Yerleştirilmesini öğrenmek zaman alabilir. Cinsel ilişkiden sonra en az altı saat yerinde bırakılması gerekir. Her cinsel ilişkiden önce kullanılması gereken spermisit krem ya da jel maliyeti artırır Toksik şok sendromu, idrar yolu enfeksiyonları, kauçuk ya da spermisid alerjisi, mesane veya rektuma basınç uygulandığında ağrı, 24 saat çıkarılmadığında genital yol enfeksiyonu, vajinal akıntı, koku gibi yan etkileri mevcuttur.

DSÖ sınıflandırma sistemine göre diyafram kullanımında: Lateks alerjisi ve toksik şok sendromu öyküsü Kategori III (sağlık riskleri yararlarından fazla) olarak belirtilmiştir. Komplike kalp kapağı hastalığı ve fazla doğum yapmış olma Kategori II (olumlu yönleri sağlık risklerinden fazla) olarak kabul edilmiştir. Diyafram kullanımı üriner enfeksiyon ve dolayısıyla endokardit riskini artırabileceği için komplike kalp kapağı hastalığı olanlarda sık izlem önerilebilir. Yapılan az sayıda çalışmada, çok doğum yapmış kadınlarda başarısızlık hızı yüksek bulunduğundan, bu kadınları izlerken doğru kullanımla ilgili kurallara uyduklarına dikkat etmek gerekir.

3-SERVİKAL BAŞLIK

Daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçük olan özel tip diyaframlardır. Servikal başlık, serviksin üzerine oturtulur, kıvrılabilen kenarlarıyla vakum oluşturarak servikse ya da üst vajinal duvara oturur. Vajinal kas tonusu azalmış ya da serviks yapısı çok uzun ya da değişik olan ve bu nedenle diyafram kullanamayan kadınlar, servikal başlığı başarıyla kullanabilir. Servikal başlık diyafram kadar etkilidir; daha küçük olduğu için estetik olması ve kenarlarının belirgin olmaması nedeniyle cinsel eş tarafından hissedilmemesi gibi üstünlükleri vardır. Araştırmalarda ilk yıl başarısızlık hızı olağan kullanıcılar için %20, ideal kullanımda ise %9 olarak bildirilmektedir. Doğum sayısı fazla olan kadınlarda başarısızlık hızı daha yüksektir. Diyaframda olduğu gibi kubbe içine spermisit krem ya da jel uygulanarak kullanılır. Kubbe içindeki boşluğun 1/3'ünü dolduracak kadar spermisit yeterli olduğundan, kullanılan spermisit miktarı daha azdır. 48 saate kadar çıkarılmadan kalabilir. Diğer özellikleri diyafram için anlatılanlarla aynıdır.

4-SPERMİSİTLER

Vajinal spermisitler, spermlerin servikse ulaşmadan etkisiz hale getirilmesi için vajina derinine yerleştirilen maddelerdir. Farklı formları vardır. Tek başına da etkilidir; ancak kondom ya da diyafram ile birlikte kullanıldığında çok daha etkili olur. Köpüren tabletler daha geniş yüzey oluşturduklarından kremlere oranla daha etkili olabilmektedir.

Kadın, cinsel ilişkiden önce spermisiti vajinaya yerleştirir. Spermisitler spermleri etkisiz hale getiren ve serviksten geçmelerini engelleyen maddeler içerir. Vajinal spermisitler enjekte edilen kontraseptifler, hap ve RİA'lara oranla daha az etkilidir. Etkili olabilmeleri, büyük oranda doğru kullanılmalarına bağlıdır. Olağan kullanıcılar da ilk yılda gebelik oranları %5-50 arasında değişmektedir. Spermisitler tek başına kullanıldığında gebe kalma riski daha yüksektir. Etkililik oranı, incelenen örnek grubun özelliklerine göre değişiklik gösterir. Spermisitle

birlikte kondom ya da diyafram kullanılması teşvik edilmelidir. Sistemik etkisi yoktur. Hemen etkilidir (krem, köpük ve jel formları için). Genellikle yan etkisi yoktur. Cinsel yolla bulaşan bazı hastalıklardan korunma sağlar. Kayganlaştırıcı etkisi vardır. Emziren ve premenopozal kadınlarda vajinadaki kuruluğu giderir. Genital organlarda yanma, irritasyona neden olabilir. Bazı tiplerinde (köpüren tablet, ovül ve film) uygulamadan sonra cinsel ilişki için 5-10 dakika beklenmesi gerekir.

DSÖ sınıflamasında spermisit kullanılmasıyla ilgili yalnızca iki durum tedavi edilmeyi bekleyen servikal kanser ve yüksek HIV riski Kategori II (olumlu yönleri sağlık risklerinden fazla) olarak belirlenirken, diğer durumların hiçbirine kısıtlama getirilmemiştir (20, 21, 24, 25, 26).

D) CERRAHİ STERİLİZASYON

Ülkemizde 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı yasaya göre, 18 yaşını tamamlamış olan herkese kendi isteğiyle, evliyse eşinin de onayı alınarak, sterilizasyon işlemi yapılabilir

1-TÜP LİGASYONU

Her iki tüp mekanik yolla kapatılır. Bu işlem iki şekilde yapılabilir: Minilaparotomi: Klasik laparotominin basitleştirilmiş bir şeklidir. Laparoskop: Tüplerin laparoskop kullanılarak bağlanmasıdır. Ovum, overlerden fallop tüplerine geçer, tüp içinde spermle karşılaşır ve döllenir. Döllenmiş yumurta, uterus içine yerleşebilirse normal gebelik oluşur. Tüp ligasyonu ile her iki tüp mekanik şekilde kapatılarak döllenme engellenir. Tüp ligasyonu en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Oral kontraseptifler, RİA ve enjekte edilen kontraseptiflerden çok daha etkilidir; başarısızlık oranı yalnızca 1000'de 1 kadardır. Gebeliği önleme etkisi hemen başlar. Başarısızlık oranı düşüktür. Eşlerin kontrasepsiyon sorununu ortadan kaldırır. Operasyon sırasında ya da hemen sonrasında kanama ve enfeksiyon riski vardır. Kesi yerinde ve alt karında ameliyat sonrası 1-2 gün ağrı olur. Geri dönüşümsüzdür. Pahalıdır. Düşük bir oranda da olsa dış gebelik olasılığı vardır. CYBE'lere karşı koruyuculuğu yoktur.

2- ERKEKTE CERRAHİ STERİLİZASYON: VAZEKTOMİ

Vaz deferenslerin bağlanıp kesilmesi sonucu spermilerin meniye geçişini engelleyen bir yöntemdir. Sperm, testislerde üretilir ve vaz deferens adlı kanal aracılığıyla penise taşınır. Vazektomide vaz deferens, skrotuma üst kısmından girilerek bulunur, kesilir ve bağlanır. Sperm daha ileriye geçemez. Vazektomi, testislerin alınması ya da çalışamaz duruma gelmesi demek olan kastrasyonla karıştırılmamalıdır.

Vazektomi en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Oral kontraseptif, RİA, enjekte edilen kontraseptif ya da kondomdan daha etkilidir; başarısızlık oranı binde bir kadardır. Gebelikler genellikle vazektomiden hemen sonra görülür. Bu yüzden yöntemi seçenlere 20 boşalma boyunca ek bir yöntemle korunması gerektiği mutlaka vurgulanmalıdır. Çok etkili, güvenli bir işlemdir. Çift bir daha asla gebelik kaygısı taşımaz. İleri dönemlerde ortaya çıkan yan etkisi yoktur. Cinsel ilişkiyi etkilemez. Girişim hastanede yatmayı gerektirmez, kısa sürede ve kolaylıkla uygulanır. İşlem sonrası ufak bir şişlik, skrotum içine kanama (hematom) ya da enfeksiyon olasılığı vardır. Hemen etkili olmaz. Tüm spermilerin atıldığından emin olabilmek için işlem sonrası iki ay (veya en az 20 ejakülasyon) boyunca başka bir kontraseptif yöntem kullanılmalıdır. Geri döndürülmesi güçtür, kalıcı bir yöntem olarak kabul edilmelidir (20, 21, 24, 25, 26).

E) DOĞAL AİLE PLANLAMASI

Dünya Sağlık Örgütü, doğal aile planlaması yöntemlerini, menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerinde, doğal belirtileri gözleyerek gebeliğin planlanması ya da gebelik istenmiyorsa, fertil dönem boyunca gebeliğin cinsel ilişkiden kaçınma yoluyla önlenmesi yöntemleri olarak tanımlamıştır

FERTİLİTE BELİRTİLERİNE DAYANAN YÖNTEMLER

Bir kadın gebe kalıp kalmayacağını, fertilitiyi gösteren üç doğal vücut belirtisini gözleyerek anlayabilir. Bunlar servikal mukus, bazal vücut ısısı ve serviksteki

değişikliklerdir. Servikal Mukus Yöntemi (Billings Ovülasyon Metodu), Bazal Vücut Isısı Yöntemi, Servikal Palpasyon Yöntemi dir.

SERVİKAL MUKUS YÖNTEMİ - BILLINGS OVÜLASYON METODU (BOM)

BOM'un temeli, mukusun farkında olmaktır. Servikal mukustan, fertil günlerin başlangıcı ve sonu belirlenebilir. BOM'un etkililiği, kadının servikal mukusu iyi izlemesine, kaydetmesine, doğru yorumlamasına, çiftin yöntemin kurallarına uymasına, danışmanın niteliğine ve yöntem konusundaki bilgisine bağlıdır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan çok merkezli bir çalışmada ovülasyon yöntemini doğru kullananlarda başarısızlık hızı %3 olarak bildirilmiştir. Son yayınlarda yöntemin başarısı %99'dan fazla, kullanım başarısı ise %98'den fazla olarak bildirilmektedir.

BAZAL VÜCUT ISISI YÖNTEMİ

Bazal vücut ısısından, ovülasyonun olduğu ve fertil günlerin bittiği anlaşılabilir. Ovülasyondan sonra korpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu, termojeniktir Yani vücut ısısını 0,2°C-0,5°C arasında yükseltir ve bir sonraki menstrüasyona kadar (yaklaşık 11-17 gün) yüksek ısıda tutar. Bu yükselişe termal kayma denir ve bu da bazal vücut ısısı yönteminin esasını oluşturur. Ovülasyon dönemi, vücut ısısı izlenerek saptanabilir. Ovülasyon, muhtemelen ilk ısı yükselişinden önceki gün gerçekleşir. Çift, menstrüel kanamanın ilk gününden infertil dönemin başladığı, ısı artışı saptanan üçüncü günün akşamına kadar cinsel perhizle gebelikten korunabilir. Bazal vücut ısısı, hastalık, stres, düzensiz uyku, antibiyotik kullanımı, ölçüm hatası ve benzeri birçok durumdan etkilenebileceğinden, fertil-infertil dönemleri belirlemede yetersiz kalabilir. Bu nedenle doğal aile planlaması danışmanları, bazal vücut ısısı yönteminin tek başına kullanılmamasını, servikal mukus ve/veya servikal palpasyon yöntemleri ile birlikte kullanılmasının daha güvenilir olduğunu belirtmelidir.

SERVİKAL PALPASYON YÖNTEMİ

Servikal değişiklikler, kadına fertil günlerin başlangıcı ve bitişı konusunda ek bilgi sağlayabilir. Bu yöntem kadının, çömelmiş ya da ayaktayken (ancak her defasında aynı konumda) kendi kendine palpasyonla serviks kıvamındaki değişiklikleri tanımlayıp yorumlaması esasına dayanır.

SEMPOTERMAL YÖNTEM

Semptotermal yöntem, servikal mukus, bazal vücut ısı ve servikal palpasyon yöntemlerinin birleşimidir. Bu yöntem, fertilitte belirtilerinin yukarıda açıklanan yöntemlerin üçünün birlikte kullanılarak gözlenmesi ve yorumlanmasına dayanır. Her üç yöntemin birleşimi olduğundan diğerlerinden daha etkilidir.

DİĞER DOĞAL AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

TAKVİM YÖNTEMİ

Takvim yöntemi, menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için altı aylık bir gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan doğal bir yöntemdir. Yöntem, fertil günlerde çiftin cinsel ilişkiden kaçınması ve güvenli günlerden yararlanması esasına dayanır.

GERİ ÇEKME

Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakülatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak menisini vajina dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir. Doğru uygulandığında gebelik oranı %9-15 dolayındadır. Ancak topluma dayalı araştırmalarda bu oranın %25 ya da daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde %24,4 oranıyla kontraseptif yöntemler arasında birinci sırada yer alan bu yöntem, bazı çiftler tarafından başarılı bir biçimde uzun yıllar kullanılabilir. Bu yöntemde başarı, kişisel etmenlere bağlıdır ve erkeğin doğurganlığı planlamadaki sorumluluğunu yansıtır. Başarıyla uygulandığında bile eşlerde bazı psikolojik ve fizyolojik sorunların gelişebileceği söylenmektedir. Ancak yine de bu bilgiyi doğrulayan herhangi bir kaynağa

rastlanmamıştır. Geri çekme CYBE'ler ve HIV'e karşı koruyucu değildir. Vajinaya sperm girişi olmadığı için teorik olarak gebelikten korunma sağlasa bile, HIV ya da diğer CYBE'ler preejakülatuvar sıvı ya da vajinal sekresyonlar yoluyla bulaşabilir.

VAJİNAL YIKAMA

Pek çok kadın, vajina duvarı ve kanalındaki spermleri yıkayıp atma düşüncesiyle cinsel

ilişkiden hemen sonra vajinayı suyla yıkamanın gebeliği önlediğine inanır. Bunun hiçbir

kontraseptif etkisi yoktur, çünkü spermler birkaç saniye içinde servikal mukusa geçebilir.

F) EMZİRME İLE GEBELİĞİN ÖNLENMESİ

Bebeğin altı aydan küçük olması, annenin adet görmemesi, bebeğin gündüz ve gece her istedikçe, sık aralıklarla günde en az 60 dakika emzirmesi, bebeğin beslenmesinin en az %85'inin anne sütüyle sağlanması gibi koşullara uyarak annenin laktasyon amenoresini bir aile planlaması yöntemi olarak kullanmasıdır.

Laktasyon üç aşamada oluşur:

1. Mamogenez: memenin büyümesi ve gelişmesi
2. Laktogenez: süt salgılanmasının başlaması
3. Galaktogenez: süt salgılanmasının devamının sağlanması

Progesteron ve plasental laktojen hormonlarının düşmesiyle postnatal laktasyon başlar. Memede başlayan süt yapımı prolaktin ve emme refleksiyle artar. Laktasyon etkisi ile kadının ovülasyonunun ve adet görmesi baskılanır gebelikten korunmasını sağlar. 100 kadında iki oranında gebelik riski olacaktır.

Doğal, ücretsiz ve kolaydır. Anne ve çocuk sağlığı açısından yararlıdır. Emzirmeyi destekler ve çocuğun gelişmesini sağlar. Yan etkisi yoktur. Belirli bir süreyle sınırlıdır; normal koşullar altında, doğumdan sonraki ilk altı ayda etkilidir.

Bütün koşullar yerine getirilmediği zaman gebeliğin önlenmesinde etkili olmaz. Altı aydan sonraki etkisi tam olarak belirlenmemiştir. alışan anne kolayca uygulayamaz. CYBE'lerden korumaz. HIV ve Hepatit anne sütüyle bulaşabilir (20,21,24,25,26).

G) GELECEĞİN KONTRASEPTİF YÖNTEMLERİ

- Erkekler için hap, enjeksiyon, implant
- Cerrahi olmayan vazektomi
- Kadınlar için antifertilite açısı
- Daha geliştirilmiş bariyer yöntemler

2.6. KONTRASEPTİF YÖNTEMLER İÇİN DSÖ UYGUNLUK ÖLÇÜTLERİ

Aile planlaması hizmetlerinde seçenek sunma, hizmetin kalitesinin geliştirilmesi ile ilgili en temel öğelerden biridir. Yöntemlerin fazlalığı kadar, bireylerin yaş grupları, cinsiyetleri, sağlık sorunları ve ilerideki doğurganlık beklentileri gibi çeşitli medikal durumlarda kendi içindeki çeşitliliği de önemlidir. Bu çeşitlilik göz ardı edilerek belli yöntemlere ağırlık verilmesi kimi grupları hizmet dışına itmektedir. Kontraseptif yöntemlerin kimlere uygun olup olmadığı ile ilgili bilgiler, farklı yayınlarda “endikasyonlar”, “kimler kullanabilir”; “kontraendikasyonlar”, “kimler kullanamaz”, ”kullanım için uyarılar” ve “rölatif kontrendikasyonlar”, “önlem gerektiren durumlar” gibi farklı başlıklar halinde verilmektedir.

Hangi başlık altında olursa olsun AP programlarınca izlenen uygunluk/uygunsuzluk listelerinde amaç, yöntemin güvenli kullanılmasını sağlamaktır. Kullanılan uygunluk listelerinin teknolojiye uygun şekilde güncellenmesi önemlidir. Aksi takdirde bu listeler hizmet alanlar için medikal bir bariyer oluşturmakta ve yürütülen programın başarısı olumsuz etkilenmektedir.

Bu kapsamda aile planlaması programlarını desteklemek ve nitelikli hizmetleri güçlendirmek üzere, kontraseptif kullanımı ile ilgili uygunluk kriterlerinin kanıta dayalı yaklaşım çerçevesinde gözden geçirildiği uluslar arası bir çalışma yapılmıştır. DSÖ tarafından 1994 yılında başlatılan iki ayrı bilimsel çalışmaya toplam 21 ülkeden uzmanlar destek vermiştir. Çalışmada yöntemlere özel araştırmalar ve program verileri titizlikle incelenerek kanıta dayalı “yeni uygunluk kriterleri” geliştirilmiştir. Hazırlanan bu rehberler aile planlaması hizmetleri için bir kilometre taşı niteliğinde olan ve üzerinde fikir birliğine varılmış kaynaklardır. Bu rehberlerin belli aralarla gözden geçirilmesi ve yeni kanıtlar doğrultusunda revize edilmesi planlanmıştır.

DSÖ'nün bu sınıflamasında kontraseptiflerin kullanımına başlayacak ya da kullanımı sürdürecektir olan kişilere uygunluk herhangi bir hastalık ya da sağlık durumun oluşturacağı sağlık riski ya da yararı açısından değerlendirilmektedir. Kişinin yöntem kullanımına uygunluğunu etkileyebilecek olan durumlar dört ayrı kategoride yer almaktadır. (Tablo 1'de DSÖ'nün Geri Dönüşümlü Yöntemler İçin Kategorileri verilmiştir) (Tablo 2'de DSÖ'nün Geri Dönüşümü Olmayan Yöntemler İçin Uygunluk Kategorileri verilmiştir) (Tablo 3'de DSÖ Uygunluk Kriterleri Özet Tablosu verilmiştir) (40,41).

Tablo.1. DSÖ'nün Geri Dönüşümlü Yöntemler İçin Kategorileri

1. Kategori	Kullanılmasında Sakınca Olmayan Durumlar
2. Kategori	Yararları Risklerinden Fazla Olan Durumlar
3. Kategori	Riskleri Yararlarından Fazla Olan Durumlar
4. Kategori	Kullanılmaması Gereken Durumlar

Tablo.2. DSÖ'nün Geri Dönüşümü Olmayan Yöntemler İçin Uygunluk Kategorileri

UYGUN	İşlemin rutin koşullarda yapılmasına hiçbir engel yoktur.
ÖNLEM	İşlem, ek hazırlıklar yapıldıktan ve önlemler alındıktan sonra yapılabilir.
ERTELE	Söz konusu olan tıbbi durum işlem yapılmadan önce tedavi edilmeli ve ortadan kalkmalıdır. Bu arada başka bir kontraseptif yöntem sunulmalıdır.
SEVK	Deneyimli bir doktor ya da personelin bulunduğu bir merkeze sevk edilmelidir. Genel anestezi olanaklarının yanı sıra tıbbi destek sağlayabilecek bir merkez seçilmelidir. Bu arada başka bir kontraseptif yöntem sunulmalıdır.

Tablo 3: DSÖ UYGUNLUK KRİTERLERİ ÖZET TABLOSU

DURUM	KOK	KEEK	P/R	POP	DMPA NET- EN	LNG/ETG Implants	Cu-RIA	LNG- RIA
B: Başlama D: Devam								
KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE ÜREME ÖYKÜSÜ								
GEBELİK	GD*	GD*	GD*	GD*	GD*	GD*	4*	4*
YAŞ	Menarş- <40=1 >40=2	Menarş- <40=1 >40=2	Menarş- <40=1 >40=2	Menarş- <18=1 18- 45=1 <45=1	Menarş- <18=1 18- 45=1 <45=2	Menarş- <18=1 18-45=1 <45=1	Menarş- <20=2 >20=1	Menarş- <20=2 >20=1
PARİTE								
a) Nullipar	1	1	1	1	1	1	2	2
b) Doğum Yapmış	1	1	1	1	1	1	1	1
EMZİRME								
a) Doğum sonrası ilk 6 hafta	4	4	4	3*	3*	3*		
b) DS 6 hafta - 6 ay (tam emzirme)	3	3	3	1	1	1		
c) DS 6. aydan sonra	2	2	2	1	1	1		
DOĞUM SONRASI (Emzirmeyen anneler)								
a) <21 gün	3	3	3	1	1	1		
b) >21 gün	1	1	1	1	1	1		
DOĞUM SONRASI (Emziren/ emzirmeyen ve sezaryen sonrası kadınlar)								
a) <48 saat							2	3
b) >48 saat- 4 hft.							3	3
c) > 4 hafta							1	1
d) Loğusa humması							4	4
DÜŞÜK SONRASI								
a) İlk trimestr	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
b) İkinci trimestr	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Septik Düşük	1	1	1	1	1	1	4	4
DIŞ GEBELİK ÖYKÜSÜ	1	1	1	2	1	1	1	1

DURUM	KOK	KEEK	P/R	POP	DMPA NET- EN	LNG/ETG Implants	Cu- RIA	LNG- RIA
B: Başlama D: Devam								
PELVİK GİRİŞİM ÖYKÜSÜ (sezaryen dahil) (Bkz doğum sonrası böl.)	1	1	1	1	1	1	1	1
SIGARA İÇME								
a) Yas < 35	2*	2	2	1	1	1	1	1
b) Yas > 35								
i) <15sigara/gün	3*	2	3	1	1	1	1	1
ii) >15sigara/gün	4*	3	4	1	1	1	1	1
OBEZİTE >30 kg/m2 vücut kitle endeksi	2	2	2	1	1	1	1	1
Tansiyon bilgileri mevcut değil	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR								
Arteriyel kardiyovask. hastalıklar için çoklu risk faktörleri (ör: yaşlılık, sigara, DM ,Hipertansiyon)	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
Hipertansiyon								
a) Tansiyonun değerlendirilemediği (gebelikte HT dahil) durumlar	3*	3*	3*	2*	2*	3*	1	2
b) Tansiyonun değerlendirilebildiği, yeterli kontrol altındaki HT	3*	3*	3*	1*	2*	1*	1	1
c) Yüksek tansiyon düzeyleri (uygun ölçümlerle)								
i) sistolik 140-159 diastolik 90-99	3	3	3	1	2	1	1	1
ii) sistolik > 160 diastolik >100	4	4	4	2	3	2	1	2
d) Vasküler hastalık	4	4	4	2	3	2	1	2

DURUM	KOK	KEEK	P/R	POP	DMPA NET- EN	LNG/ETG Implants	Cu- RIA	LNG-RIA
B: Başlama D: Devam								
GEBELİKTE YÜKSEK TANSİYON ÖYKÜSÜ (tansiyon normal ve ölçülebiliyor)	2	2	2	1	1	1	1	1
DERİN VENÖZ TROMBOZ (DVT) / PULMONER EMBOLİZM (PE)								
a) DVT/PE öyküsü	4	4	4	2	2	2	1	2
b) DVT/PE varlığı	4	4	4	3	3	3	1	3
c) Aile öyküsü (birinci derece akrabalar)	2	2	2	1	1	1	1	1
d) Büyük cerrahi girişim								
i) uzayan hareketsizlik	4	4	4	2	2	2	1	2
ii) hareketsizlik dönemi olmadan	2	2	2	1	1	1	1	1
e) Küçük cerrahi girişim	1	1	1	1	1	1	1	1
BİLİNEN TROMBOJENİK MUTASYONLAR (ör: Leiden V faktörü; protrombin mutasyon; protein S, Protein C ve antitrombin eksikliği)	4*	4*	4*	2*	2*	2*	1*	2*
YÜZEYSEL VENÖZ TROMBOZ								
a) Varis	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Yüzeysel tromboflebit	2	2	2	1	1	1	1	1
İSKEMİK KALP HASTALIKLARI ÖYKÜSÜ YA DA VARLIĞI	4	4	4	B D 2 3	3	B D 2 3	1	B D 2 3
FELÇ (serebrovasküler olay öyküsü)	4	4	4	B D 2 3	3	B D 2 3	1	2
BİLİNEN HİPERLİPİDEMİ (Kontraseptif metodların güvenle kullanılabilmesi için değerlendirme gerekli değil)	2/3*	2/3*	2/3*	2*	2*	2*	1*	2*
VALVÜLER KALP HASTALIĞI								
a) Komplikasyonsuz	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Komplikasyonlu (Pulmoner HT, atriyel fibrilasyon)	4	4	4	1	1	1	2*	2*

DURUM	KOK	KEEK	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG Implants	Cu-RIA	LNG-RIA					
B: Başlama D: Devam													
NÖROLOJİK DURUMLAR													
BAŞAĞRILARI a) migren-dışı (hafif veya şiddetli) b) migren i) aurasız Yas >35 Yas <35 ii) auralı (herhangi bir yasta)	B	D	B	D	B	D	B	D	1	B	D		
	1	2	1	2	1	1	1	1		1	1	1	
	2	3	2	3	2	3	1	2		2	2	2	
	3	4	3	4	3	4	1	2		2	2	2	
4	4	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3		
EPİLEPSİ	1		1		1		1		1		1		
DEPRESİF BOZUKLUKLAR													
Depresif Bozukluklar	1*		1*		1*		1*		1*		1*		
ÜREME YOLU ENFEKSİYONLARI VE BOZUKLUKLAR													
Vajinal Kanama a) Düzensiz, aşırı olmayan b) Aşırı ve uzayan kanamalı)										B	D		
	1		1		1		2		2		2	1	1
	1*		1*		1*		2*		2*		2*	1	2*
NEDENİ BİLİNMEYEN VAJİNAL KANAMA (Şüpheli ve ciddi durum) Değerlendirme öncesi										B	D		
	2*		2*		2*		3*		3*	4*	2*	4*	2*
ENDOMETRİYOZİS	1		1		1		1		1		2		1
BENİNG OVER TM	1		1		1		1		1		1		1

DURUM	KOK	KEEK	P/R	POP	DMPA NET- EN	LNG/ETG Implants	Cu-RIA	LNG-RIA
B: Başlama D: Devam								
ŞİDDETLİ DİSMENORE	1	1	1	1	1	1	1	1
TROFOBLASTİK HASTALIK								
a) İyi huylu gestasyonel trofoblastik hastalık	1	1	1	1	1	1	3	3
b) Kötü huylu gestasyonel trofoblastik hastalık	1	1	1	1	1	1	4	4
SERVİKAL EKTROPİYON	1	1	1	1	1	1	1	1
SERVİKAL İNTRAEPİTELİYAL NEOPLAZI	2	2	2	1	2	2	1	2
SERVİKAL KANSER (Tedavi bekleyen)	2	2	2	1	2	2	B D 4 2	B D 4 2
MEME HASTALIĞI								
a) Teşhis edilemeyen kitle	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1	2
b) İyi huylu meme hastalığı	1	1	1	1	1	1	1	2
c) Ailede kanser öyküsü	1	1	1	1	1	1	1	1
d) Kanser								
i) Kanser varlığı	4	4	4	4	4	4	1	4
ii) Kanser öyküsü ve 5 yıldır sağlıklı, belirti yok	3	3	3	3	3	3	1	3
ENDOMETRİYAL KANSER	1	1	1	1	1	1	B D 4 2	B D 4 2
OVER KANSERİ	1	1	1	1	1	1	B D 3 2	B D 3 2
UTERUS FİBRİNOİDLERİ								
a) Uterus boşluğu bozulmadan	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Uterus boşluğu bozulmuş	1	1	1	1	1	1	4	4
ANATOMİK BOZUKLUKLAR								
a) Uterus boşluğunu çarpıtan							4	4
b) Uterus boşluğunu çarpıtmayan							2	2

DURUM	KOK	KEEK	P/R	POP	DMPA NET- EN	LNG/ETG Implants	Cu-RIA		LNG-RIA	
B: Başlama D: Devam										
PELVİK ENFLAMATUVAR HASTALIK (PID) a) Geçmiş PID (CYBE risk faktörü olmadan) i) Sonrası gebelik olan ii) Sonrasında gebelik olmayan b) PID varlığı							B	D	B	D
							1	1	1	1
							2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*
CYBE'ler a) Pürülan servisit/klamidya enf. ya da gonore varlığı b) Diğer CYBE'ler (HIV ve hepatit dışında) c) Vajinit (trikomonas vag. ve bakteriel vajinozis) d) Artmış CYBE riski							B	D	B	D
	1	1	1	1	1	1	4	4		4
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	2/3*	2	2/3*	2
HIV / AIDS										
YÜKSEK HIV RİSKİ	1	1	1	1	1	1	B	D	B	D
							2	2	2	2
HIV (+)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
AIDS ARV terapi altında, klinik olarak iyileşmiş	1*	1*	1*	1*	1*	1*	3	2*	3	2*
	Antiretroviral tedavide ilaç etkileşimine dikkat edilmelidir							2	2	2
SİSTOZOMİAZİS a) Komplikasyonsuz b) Karaciğer fibrozu	1	1	1	1	1	1	1		1	
	1	1	1	1	1	1	1		1	
TÜBERKÜLOZ a) Pelvik olmayan b) Pelvik							B	D	B	D
	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1	1	1	1
	1*	1*	1*	1*	1*	1*	4	3	4	3
SITMA	1	1	1	1	1	1	1		1	

DURUM	KOK	KEEK	P/R	POP	DMPA NET- EN	LNG/ETG Implants	Cu- RIA	LNG- RIA
B: Başlama D: Devam								
ENDOKRİN HASTALIKLAR								
DİYABET								
a) Gestasyonel hastalık öyküsü	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Vasküler olmayan hastalık								
i) İnsülin bağımlı değil	2	2	2	2	2	2	1	2
ii) İnsülin bağımlı	2	2	2	2	2	2	1	2
c) Nefropati Retinopati nöropati	¾*	¾*	¾*	2	3	2	1	2
d) 20 yıldan az süren diabet veya diğer vasküler hastalıklar	¾*	¾*	¾*	2	3	2	1	2
TİROİD HASTALIĞI								
a) Guatr	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Hipertiroidi	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Hipotiroidi	1	1	1	1	1	1	1	1
GASTRO-İNTESTİNAL HASTALIKLAR								
SAFRAKESESİ HASTALIĞI								
a) Semptomatik								
i) Kolesistektomi	2	2	2	2	2	2	1	1
ii) İlaçla tedavi	3	2	3	2	2	2	1	1
iii) Güncel	3	2	3	2	2	2	1	1
b) Asemptomatik	2	2	2	2	2	2	1	1
KOLESTAZ ÖYKÜSÜ								
a) Hamilelikle ilgili	2	2	2	1	1	1	1	1
b) KOK Geçmisi	3	2	3	2	2	2	1	2
VİRAL HEPATİT								
a) Aktif	4	¾*	4*	3	3	3	1	3
b) Taşıyıcı	1	1	1	1	1	1	1	1
SIROZ								
a) Hafif (Kompanse)	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Ağır (Kompanse edilemeyen)	4	3	4	3	3	3	1	3

DURUM	KOK	KEEK	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG Implants	Cu-RIA	LNG-RIA
B: Başlama D: Devam								
KARACİĞER TÜMÖRLERİ								
a) İyi huylu (adenom)	4	3	4	3	3	3	1	3
b) Kötü huylu (hepatom)	4	3/4	4	3	3	3	1	3
ANEMİLER								
TALASEMİ	1	1	1	1	1	1	2	1
ORAK HÜCRELİ ANEMİ	2	2	2	1	1	1	2	1
DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ	1	1	1	1	1	1	2	1
İLAÇ ETKİLEŞİMİ								
Karaciğer enzimlerini etkileyen ilaçlar								
a) Rifampisin	3*	2*	3*	3*	2*	3*	1	1
b) Bazı antikonvülsanlar (fenitoin, karbamazepin, barbitürat, primidon, topiramet)	3*	2*	3*	3*	2*	3*	1	1
ANTİBİYOTİKLER								
a) Griseofulvin	2	1	2	2	1	2	1	1
b) Diğer antibiyotikler (rifampisin hariç)	1	1	1	1	1	1	1	1
Antiretroviral Terapi	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1 2/3*	C 2
							1 2/3*	C 2

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum yapan kadınlardan planlı gebe kalanlar ile istenmeyen gebeliği olanlar arasındaki aile planlaması ve doğum kontrol yöntemleri konusundaki bilgi düzeyi farkı ve bunu etkileyen faktörleri analiz eden kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmaya 14.07.2007 ve 14.10.2007 tarihleri arasında Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Doğum Kliniği lohusa servisinde yatmakta olan normal ve sezeryan ile doğum yapan, çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden 314 kadın alınmıştır.

3.3. Verilerin Toplanması

Veri toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan 45 soruluk anket formu kullanılmıştır. Anket formunda:

Lohusaların sosyodemorafik özellikleri (yaş, memleket, aile tipi, eğitim, çalışma, gelir düzeyi, İstanbul'dan önce nerde oturduğu ve sahip olunan çocuk sayısı vb)

Doğurganlık özellikleri (Kaç kez gebe kaldığı, canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, isteyerek gebeliği sonlandırma sayısı, yaşayan çocuk sayısı)

Aile planlaması nedir biliyor mu? Hiç AP danışmanlığı almış mı? Bu hizmet nerelerden alınır? Danışmanlık aldıysa danışmanlıkta nelerden bahsedildi hatırlıyor mu? Hangi AP yöntemlerinin isimlerini biliyor? Soruldu.

AP ve kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgi düzeyi ölçmek için lohusalara her bir yöntem için “Yöntemin ne olduğu? Olumlu yönleri nelerdir? Yan etkilerinin neler olduğu? Nasıl kullanılacağı? Nerden temin edileceği?” soruları yöneltildi. Cevaba yeterli demek için olmazsa olmaz şartımız yöntemin nasıl kullanılacağını bilmesiydi. Her bir yöntem için sorduğumuz diğer sorulardan en az ikisine doğru cevap az yeterli, birine doğru cevap yetersiz ve yöntemle ilgili hiç fikri olmayan yanlış bilgi verene de geçersiz puan verildi. İsteyerek planlı mı gebe kalmıştı? Gebelik kimin kararıydı? Gebe kaldığında korunma yöntemi kullanıyor muydu? Hangi yöntemdi? Gibi sorular yer aldı.

Anketteki soruları yönlendirirken en az 40 dakika zaman ayrıldı. Loğusalara yöntemlerle ilgili detaylı bilgi verildi, yanlışları düzeltildi, postpartum korunma ile ilgili bilgi verildi, hastaneden taburcu sonrası aile planlaması merkezine eşiyile birlikte gelerek AP danışmanlık ve hizmetlerinden faydalanılması için çağrıldı. Aynı zamanda anne sütünün faydaları ve emzirme ile ilgili bilgiler de verildi merak ettikleri sorular cevaplandı.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

AP biliyor mu?, AP danışmanlık almış mı?, Nerelerden alınır?, AP yöntemlerini ismen biliyor mu? Sorularındaki her sorunun her bir cevabı için 1 puan verildi ve yüzyüze görüşme ile kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgi düzeyi ölçme sorularındaki cevap puanlarıyla toplandı (Yeterli 3 puan, az yeterli 2 puan, yetersiz 1 puan, geçersiz 0 puan). İsteyerek ve istemeden gebe kalanların toplam bilgi puanı karşılaştırıldı.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) _anı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student t testi; normal dağılım göstermeyen parametrelerin

gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher's Exact Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışma 14.07.2007 ve 14.10.2007 tarihleri arasında toplam 314 kadın üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılan kadınların yaşları 16 ile 45 arasında değişmekte olup; ortalaması 27.13 ± 5.51 'dir (Tablo 4 de araştırmaya katılan kadınların yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir).

Tablo 4: Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş grubu	Loğusa sayısı	%
15 – 19	18	5,7
20 – 24	93	29,6
25 – 29	110	35,0
30 – 34	57	18,2
35 ve üzeri	36	11,5
Toplam	314	100

Çalışmaya katılan kadınların %99.4'ü resmi nikahlı iken, %0.6'sı imam nikahlıydı. Memleketlerini incelediğimizde; %50'si Karadenizli iken, %18.8'i İç Anadolu, %18.2'si Doğu Anadolu, %4.8'i Marmaralı, %3.5'i Güneydoğu Anadolu, %2.5'i Akdenizli ve %2.2'si Egelidir (Tablo 5'de araştırmaya katılan kadınların bölgesel kökenlerine göre dağılımı verilmiştir). Eşlerinin bölgesel kökenleri de kadınlara benzer şekildeydi.

Tablo 5: Kadınların Bölgesel Kökenlerine Göre Dağılımı

Bölge	Loğusa sayısı	%
Marmara	15	4,8
Karadeniz	157	50,0
Ege	7	2,2
Doğu Anadolu	57	18,2
Güneydoğu Anadolu	11	3,5
Akdeniz	8	2,5
İç Anadolu	59	18,8
Toplam	314	100

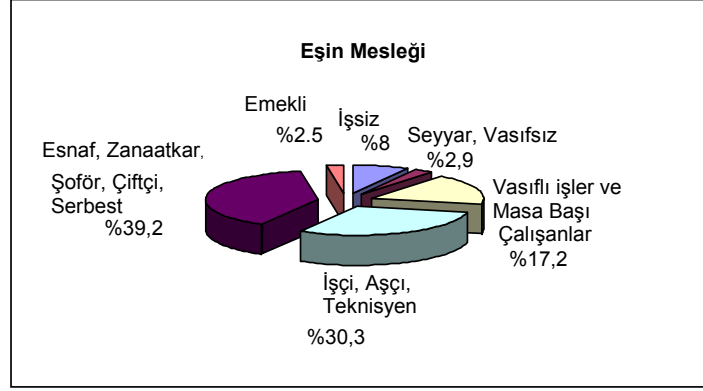
Kadınların %67.2'si eşi ve çocuklarıyla, %24.5'i eşi, çocukları ve aile büyükleri ile yaşıyordu. Bu kadınların %3.2'si okur-yazar değilken, %4.5'i okur-yazar, %62.1'i ilkokul, %14.3'ü ortaokul, %13.1'i lise ve %2.9'u üniversite mezunlardı (Tablo 6'da araştırmaya katılan kadınların eğitim durumlarına göre dağılımı verilmiştir). Kadınların eşlerinin de %54.1'i ilkokul, %16.9'u ortaokul, %23.9'u lise ve %5.1'i üniversite mezunlardı. Çalışma durumlarına baktığımızda ise kadınların %87.9'u ev kadınıydı.

Tablo 6: Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Loğusa Sayısı	%
Okur-yazar değil	10	3,2
Okur-yazar	14	4,5
İlkokul	195	62,1
Ortaokul	45	14,3
Lise	41	13,1
Üniversite	9	2,9
Toplam	314	100

Gelir dağılımlarını incelediğimizde yaklaşık beşte birinin 500 YTL aylık gelir düzeyine, üçte birinin de 500-750 YTL aylık gelir düzeyine sahip oldukları görülmüştü. %77'si bir milyar YTL den az aylık gelire sahiptiler. Grubun %93'ünün sosyal güvencesi vardı. Sosyal güvencesi olan 292 olgunun %83.6'sı SSK'lıydı. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi daha önce SSK Hastanesi olarak çalışmaktaydı. Başvuranların çoğunluğunun halen SSK lı olduğu görülmektedir. Grubun %8.2'si Yeşil Kart, %3.4'ü Bağ-Kur, %1.7'si Emekli Sandığı'ndan faydalanmaktaydı. Kadınların %8'inin eşi işsiz iken, %2.9'u seyyar-vasıfsız, %17.2'si vasıflı işler ve masa başı işlerde, %30.2'si işçi-aşçı-teknişyen, %39.2'si esnaf-zanaatkar-şoför-çiftçi-serbest ve %2.5'inin eşi de emekliydi (Şekil 1'de eşlerin mesleklere göre dağılımı gruplandırılmış olarak verilmiştir).

Şekil 1: Kadınların Eşlerinin Meslek Gruplarına göre Dağılımı



Kadınlara İstanbul'da oturma sürelerini sorduk. İstanbul'da oturma süreleri bir yıl ile 41 yıl arasında değişmekte olup; ortalama süre 12.88 ± 10.37 yıldır. Eşlerinin İstanbul'da oturma süreleri bir yıl ile 53 yıl arasında değişmekte olup; ortalaması 13.62 ± 10.06 yıldır. Grubun %66.2'si İstanbul'dan önce başka bir yerde oturduğunu söylemişti. %33.8'i İstanbul'dan önce başka bir yerde oturmamıştı. Kadınların oturdukları yerlerin dağılımı bölgesel kökenleriyle benzerdi. Kadınların %82.2'si Karadeniz'de, İç Anadolu'da ve Doğu Anadolu'da köylerde yaşamışlardı. İstanbul'dan önce başka bir yerde oturan kadınların bu yerlerde yaşama süreleri bir yıl ile 35 yıl arasında değişmekte olup; ortalaması 14.38 ± 8.34 yıldır. Doğum, çocukluk ve gençlik yıllarını kapsaması eğitim ve öğretimin şekillendiği bu yılları kırsalda geçirmiş oldukları görülmektedir.

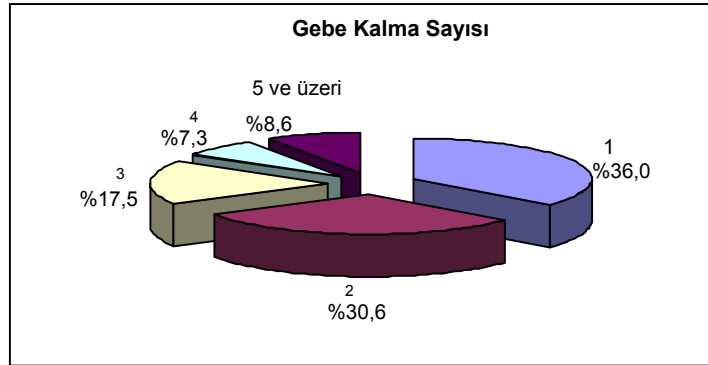
Kadınların %12.4'ü İstanbul'a yerleşmeden önce çocuk sahibi olduklarını ifade etmişlerdi; sahip olunan çocukların sayısı bir ile yedi arasında değişmekte olup; ortalaması 1.77 ± 1.16 ve medyan değeri 1'dir. Bu çocukların doğdukları yerler ailelerinin İstanbul'a gelmeden önce doğdukları ve yaşadıkları yerlerdir. İstanbul'da doğan çocukların sayısını incelediğimizde %91.7'si bir-üç arasındaydı.

Kadınlara kaç kardeşe sahip olduklarını sorduğumuzda; %6.4'ünün kardeşi yokken, %4.1'inin bir kardeşi, %16.9'unun iki kardeşi, %16.9'unun üç kardeşi, %22.3'ünün dört kardeşi varken; %33.4'ü beş ve daha fazla vardı.

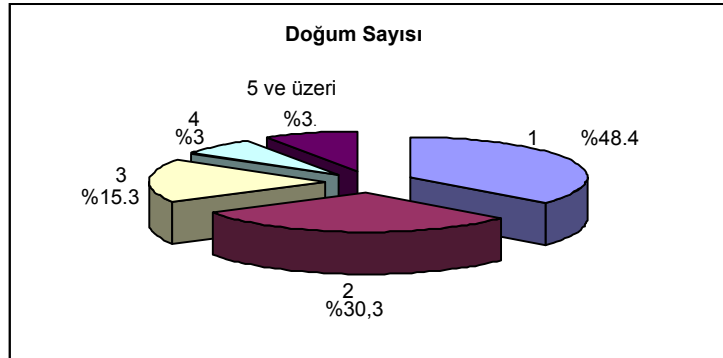
Kadınların eşlerini de sahip oldukları kardeş sayısı açısından incelediğimizde %4.1'inin eşinin kardeşi yokken, %4.1'inin bir kardeşi, %14.3'ünün iki kardeşi, %15.9'unun üç kardeşi, %21'inin dört kardeşi, %40.4'ünün beş ve üzerinde sayıda kardeşi vardı. Çok çocuklu ailelerden geldikleri görülmekteydi.

Kadınların obstetrik özgeçmişlerinde göze çarpanlar ise şunlardı: Tüm grubun, %36.5'i bir kez, %30.6'sı iki kez, %17.5'i üç kez, %7.3'ü dört kez ve %8.6'sı beş kez ve üzerinde gebe kalmıştı (Şekil 2 de araştırmaya katılan kadınların gebe kalma sayılarına göre dağılımı görülmektedir). Kadınların %48.4'ü bir kez, 30.3'ü iki kez, %15.3'ü üç kez, %2.9'u dört kez ve %3.2'si beş kez ve üzerinde doğum yapmıştı (Şekil 3 de araştırmaya katılan kadınların doğum sayılarına göre dağılımı görülmektedir).

Şekil 2: Kadınların Gebe Kalma Sayılarına Göre Dağılımı

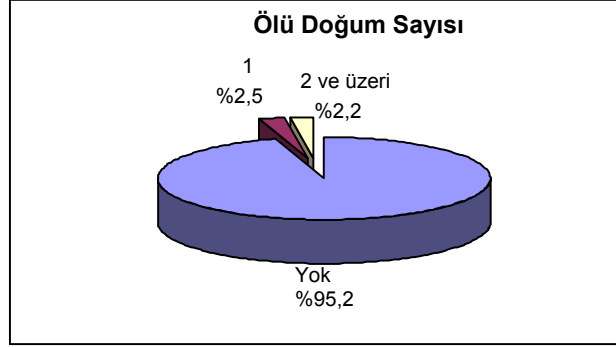


Şekil 3: Kadınların Doğum Sayılarına Göre Dağılımı



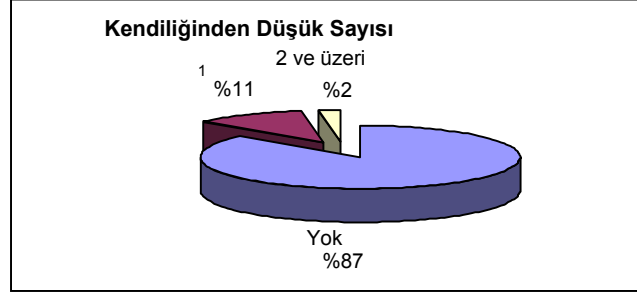
Kadınların %2.5'i bir kez, %2.2'si iki ve daha fazla sayıda ölü doğum yapmıştı (Şekil 4'de araştırmaya katılan kadınların ölü doğum sayılarına göre dağılımı görülmektedir).

Şekil 4: Kadınların Ölü Doğum Sayılarına Göre Dağılımı



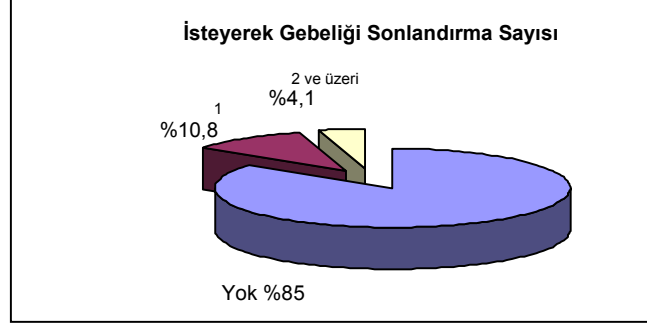
Kadınların %11.5'i bir kez, %2.2'si iki ve daha fazla sayıda kendiliğinden düşük yapmıştı (Şekil 5'de araştırmaya katılan kadınların kendiliğinden düşük sayılarına göre dağılımı görülmektedir).

Şekil 5: Kadınların Kendiliğinden Düşük Sayılarına Göre Dağılımı

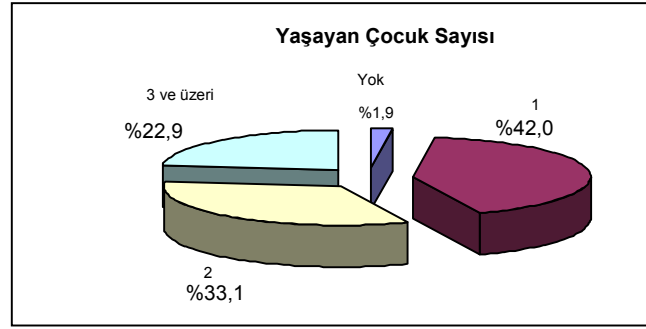


Kadınların %85'i isteyerek gebelik sonlandırmadığını ifade ederken, %10.8'i bir kez, %4.1'i iki ve daha fazla sayıda isteyerek gebeliğini sonlandırmıştı (Şekil 6'da araştırmaya katılan kadınların isteyerek doğurganlığa son verme sayılarına göre dağılımı verilmiştir).

Şekil 6: Kadınların İsteyerek Gebeliğe Son Verme Sayılarına Göre Dağılımı

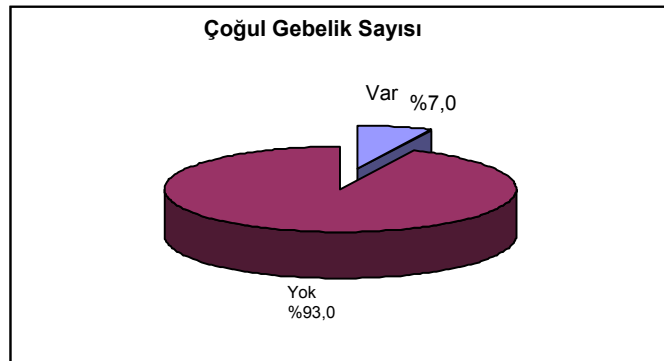


Şekil 7: Kadınların Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı



Kadınların %42'sinin bir çocuğu, %33.1'inin iki çocuğu, %22.9'unun üç ve daha fazla sayıda yaşayan çocuğu vardı (Şekil 7'de araştırmaya katılan kadınların yaşayan çocuk sayılarına göre dağılımı görülmektedir). Kadınların %7'sinin çoğul gebeliği vardı (Şekil 8'de araştırmaya katılan kadınların çoğul gebelik sayılarına göre dağılımı görülmektedir).

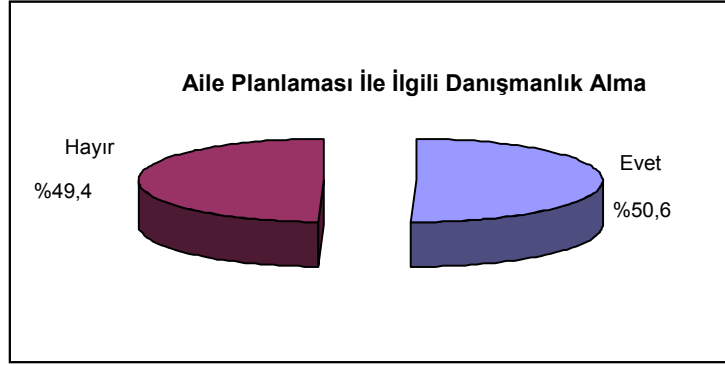
Şekil 8: Kadınların Çoğul Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı



Kadınların gebe kalma sayılarının ortalaması 2.22 ± 1.25 , medyanı 2'ydi. Doğum sayıları ortalaması 1.73 ± 1.11 , medyanı 2'ydi. Ölü doğum sayıları, kendiliğinden düşük sayıları, isteyerek gebeliği sonlandırma sayılarının medyanı 0'dı. Yaşayan çocuk sayıları ortalaması 1.85 ± 1.01 , medyanı 2'ydi.

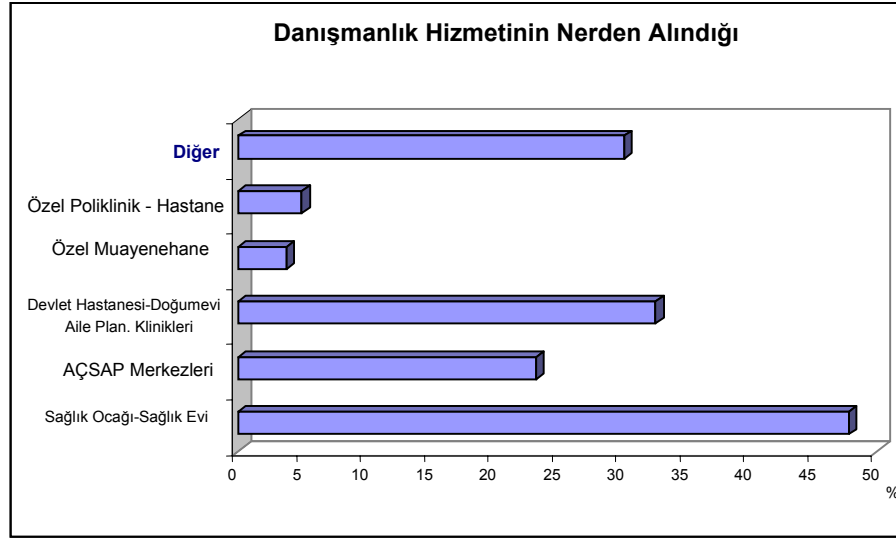
Loğusaların %89.2'si aile planlaması (gebelik kontrolü) terimini duymuştu. Loğusaların %50.6'sı aile planlaması ile ilgili danışmanlık hizmeti almıştı (Şekil 9'da araştırmaya katılan kadınların AP danışmanlık alma durumuna göre dağılımı görülmektedir).

Şekil 9: AP Danışmanlık Alma Durumuna Göre Dağılımı



Aile planlaması ile ilgili danışmanlık hizmeti alan kadınların %47.8'i sağlık ocağı-sağlık evlerinden, %23.3'ü ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezlerinden, %32.7'si devlet hastanesi-doğum evi aile planlama kliniklerinden, %3.8'i özel muayenehanelerden, %5'i özel poliklinik ve hastanelerden ve %30.2'si diğer kaynaklardan (arkadaş, komşu, eş, basın-yayın, medya, internet, eczane) danışmanlık hizmeti aldıklarını söylemişlerdi (Şekil 10'da araştırmaya katılan kadınların AP danışmanlık hizmetinin nereden alındığına göre dağılımı görülmektedir).

Şekil 10: AP Danışmanlık Hizmetinin Nereden Alındığına Göre Dağılımı



AP Danışmanlık hizmeti almadığını söyleyen 155 kadının %61.3'ü danışmanlık hizmetinin nerden alınabileceğini bilmekteydi. Bu kadınların %77.9'u sağlık ocağı-sağlık evlerinden, %46.3'ü ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezlerinden, %54.7'si devlet hastanesi-doğum evi aile planlama kliniklerinden, %8.4'ü özel muayenehanelerden, %9.5'i özel poliklinik ve hastanelerden ve %15.8'i diğer kaynaklardan danışmanlık hizmeti alınabileceğini söylemişlerdi.

AP Danışmanlık hizmeti alan kadınların %9.4'ü danışmanlıkla ilgili hangi konulardan bahsedildiğini hatırlamıyorken; %78'i korunma yöntemlerinin isimlerinden, %54.7'si korunma yöntemlerinin olumlu yönlerinden, %57.2'si korunma yöntemlerinin yan etkilerinden, %45.9'u korunma yöntemlerine nereden ve nasıl ulaşılabilirliğinden, %52.2'si korunma yöntemlerinin nasıl kullanılacağından, %45.9'u yöntem kullanılırken nelere dikkat edilmesi gerektiğinden, %37.7'si devamlılık ve kontrolden ve %5'i diğer konulardan bahsedildiğini ifade etmişti.

Kadınların bildikleri AP yöntemlerinin dağılımı incelendiğinde; birden fazla yöntemin isimlerini bildikleri görülmüştü. Grubun bildiği AP yöntemleri arasında %86.0 ile rahim içi araç başı çekiyordu. Sırasıyla bunu %81.8 ile doğum kontrol

hapı, %70.1 prezervatif, %43.6 geri çekme takip etmekteydi. En az bilinen yöntemler ise %43.3 aylık iğne, %32.5 üç aylık iğne, %28.7 tüp ligasyonu, %17.2 ciltaltı implant, %10.8 vazektomiydi Bilinen diğer yöntemler %7.6 emzirme-amenore, %7.3 takvim yöntemi, %5.4 kadın kondomu-diyafam, %5.4 vajinal yıkama, %2.2 acil kontrasepsiyon, %1.9'u minihap idi. Gebelik sonlandırma kadınların %5.4ü tarafından doğum kontrol yöntemi olarak algılanılmaktaydı.

Tablo 7: Kadınların İsimlerini Bildikleri AP Yöntemlerinin Dağılımı

Bilinen Aile Planlaması Yöntemleri	Loğusa Sayısı	%
Geri Çekme	137	43,6
Takvim Yöntemi	23	7,3
Vajinal Yıkama	17	5,4
Emzirme-Amenore	24	7,6
Doğum Kontrol Hapı	257	81,8
Minihap	6	1,9
Prezervatif	220	70,1
Kadın Kondomu	14	5,4
Aylık iğne	136	43,3
Üç aylık iğne	102	32,5
Ciltaltı implant	54	17,2
Tüp ligasyonu	90	28,7
Vazektomi	34	10,8
Acil Kontrasepsiyon	7	2,2
Diğer (Spermisid...)	29	9,2
İsteyerek Gebelik sonlandırma	17	5,4
Rahim İçi Araç	270	86,0

Çalışmaya katılan kadınların bildikleri aile planlama yöntemi sayısı 0 ile 16 arasında değişmekte olup; ortalaması 4.57 ± 2.63 ; medyanı 4'tü. Ortalama bilinen yöntem sayısı, TNSA da aile planlaması yöntemlerinin ne kadar yaygın olarak bilindiğini gösteren kaba bir gösterge olarak tanımlanmıştı. Grubumuzda AP yöntemlerin ortalama bilinme sayısının düşük olduğu görülmüştü (Tablo 7'de

araştırmaya katılan kadınların isimlerini bildikleri AP yöntemlerinin dağılımı görülmektedir).

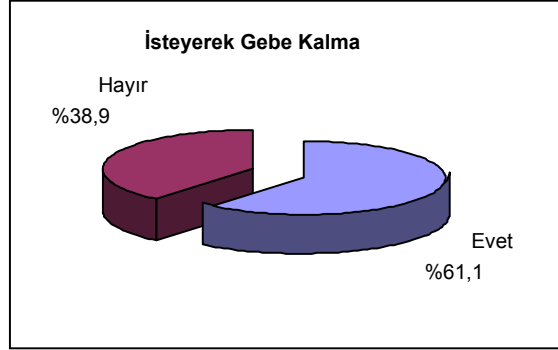
Kadınlardan yeterli bilgi düzeyine göre; en çok bilgi sahibi olunan AP yöntemi prezervatifti (%65). Görüşmelerden prezervatifin kim tarafında nasıl kullanılacağı genelde bilinmişti. Ayrıca önemini vurgulamak için CYBE'lara karşı koruyuculuğu sorulduğunda bilmeyenler çoğunlukta idi. Yeterli bilgi seviyesine sahip olunan ikinci yöntem ise RİA (%42.7) idi. AP hizmeti için sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlara danışmanlıktan çok en çok uygulanan hizmet olan RİA uygulama hizmetiydi. Buda yöntemin daha tanıdık olmasını sağlıyordu. Loğusa servisinde yatan kadınların %31.5 tüp ligasyonunu bilmekteydi. Doğum öncesi doğumhanede takip edilen normal doğum sonrası en az 24 saat serviste kalan, sezeryan sonrası en az üç ile beş gün serviste kalan kadınlar tüp ligasyonunu biliyorlardı. Özellikle sağlık personeli tarafından bilgi verilmişti. Tüp ligasyonu yapılan diğer kadınlardan da duymuş, öğrenmişlerdi. Doğum Kontrol hapı ile ilgili bilgi seviyesi beklediğimiz oranda yeterli değildi (%27.1) (Tablo 8'de kadınların aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımı görülmektedir).

Tablo 8: Aile Planlaması Yöntemleri İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

	Yeterli		Az Yeterli		Yetersiz		Geçersiz	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Doğum Kontrol Hapı	85	27,1	78	24,8	82	26,1	69	22,0
Rahim İçi Araç	134	42,7	75	23,9	71	22,6	34	10,8
Minihap	1	0,3	3	1,0	18	5,7	292	93,0
Kadın Kondomu	3	1,0	8	2,5	37	11,8	266	84,7
Aylık iğne	17	5,4	53	16,9	109	34,7	135	43,0
Üç Aylık iğne	13	4,1	49	15,6	113	36,0	139	44,3
Ciltaltı İmplant	5	1,6	21	6,7	110	35,0	178	56,7
Tüp ligasyonu	99	31,5	68	21,7	50	15,9	97	30,9
Vazektomi	25	8,0	35	11,1	78	24,8	176	56,1
Prezervatif	204	65,0	34	10,8	28	8,9	48	15,3

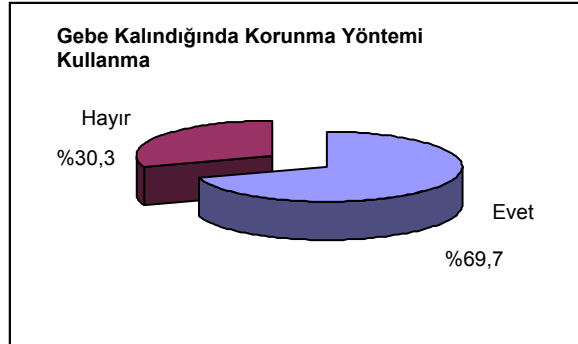
Gebeliklerin isteğe bağlı, planlanmış bir gebelik olup olmadığı sorulduğunda Kadınların %61.1'i isteyerek gebe kaldığını ifade etmişlerdi (Şekil 11'de araştırmaya katılan kadınların isteyerek gebe kalmaya göre dağılımı görülmektedir). İsteyerek gebe kaldığını söyleyen 192 kadının %9.9'u kendi isteği ile, %8.9'u eşinin isteği ile, %79.7'si eşi ile ortak karar sonucu ve %1.6'sı aile büyüklerinin isteği ile gebe kaldığını ifade etmişti. Kadınlardan gebeliğini istemediğini ifade edenlerin oranı %38.9 du.

Şekil 11: Kadınların İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Dağılımı

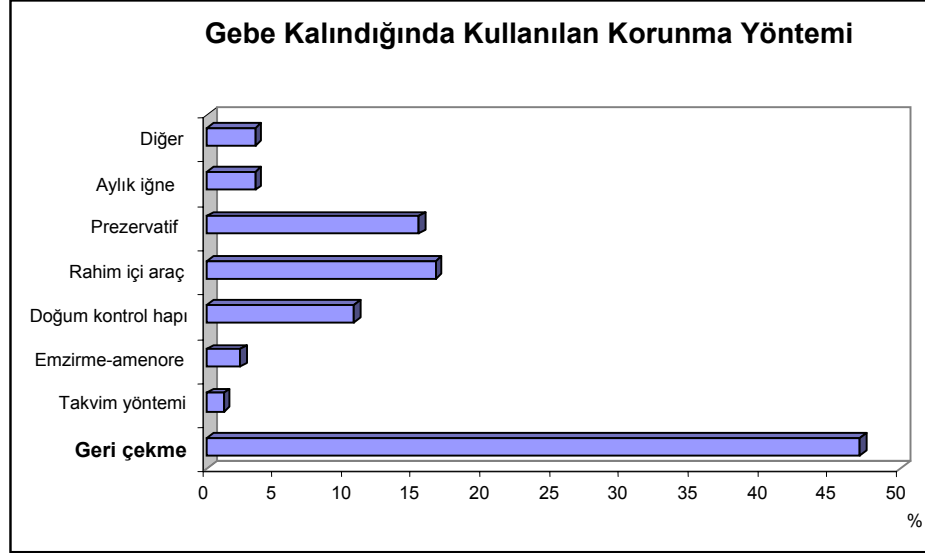


Gebeliğini istemediğini söyleyen 122 loğusanın %69.7'si gebe kaldığında korunma yöntemi kullandığını ifade etmişti (Şekil 12'de araştırmaya katılan istemeden gebe kalan kadınların gebe kaldığında korunma yöntemi kullanımına göre dağılımı görülmektedir).

Şekil 12: İstemeden Gebe Kalan Kadınların Gebe Kaldığında Korunma Yöntemi Kullanımına Göre Dağılımı



Şekil 13:



Gebe kalındığında kullanılan korunma yöntemleri incelendiğinde; 85 loğusanın %47.1'i geri çekme, %16.5'i rahim içi araç, %15.3'ü prezervatif, %10.6'sı doğum kontrol hapı, %3.5'i aylık iğne, %2.4'ü emzirme-amenore ve bir loğusa (%1.2) takvim yöntemini kullandığı görüldü (Şekil 13'de araştırmaya katılan istemeden gebe kalan kadınların kullandıkları korunma yöntemine göre dağılımı görülmektedir).

Tablo 9: İsteyerek Gebe Kalmanın Yaş Aralıklarına Göre Dağılımı

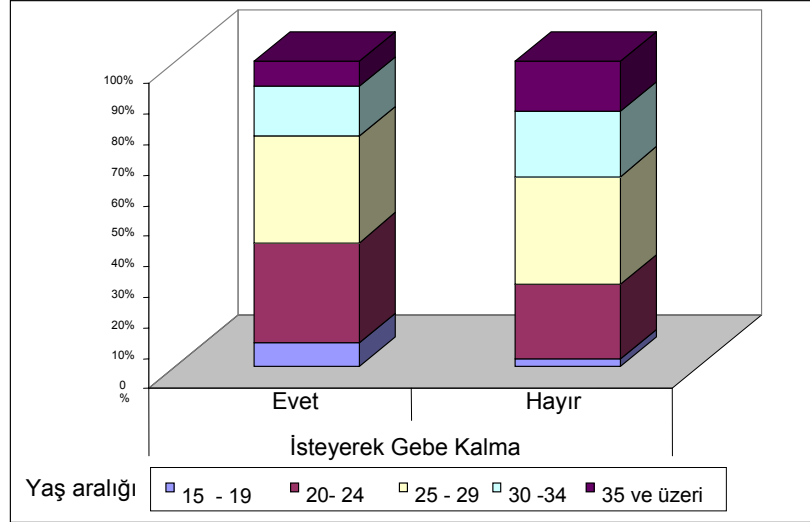
◆Yaş	İsteyerek Gebe Kalma				p
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
15 - 19	15	7,8	3	2,5	0,029*
20 - 24	63	32,8	30	24,6	
25 - 29	67	34,9	43	35,2	
30 - 34	31	16,1	26	21,3	
35 ve üzeri	16	8,3	20	16,4	

◆ Ki-kare test

* $p < 0.05$

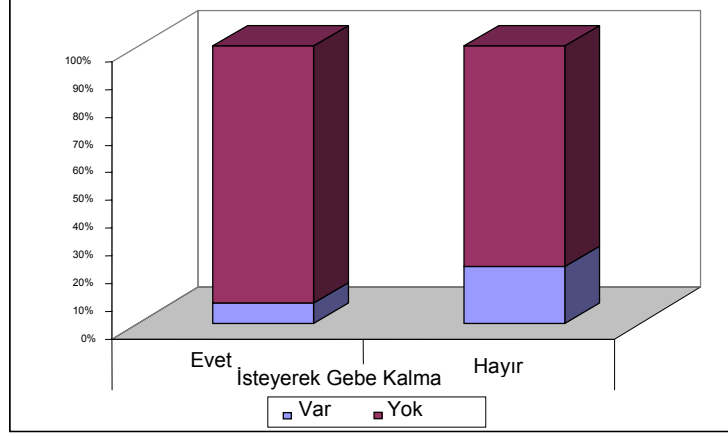
İsteyerek gebe kalma ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0.029$) (Ki kare test, $p<0.05$). İsteyerek gebe kalanların 20 - 24 yaş arasında olma oranları (%32.8), istemeden gebe kalanların 20 - 24 yaş arasında olma oranlarından (%24.6) anlamlı düzeyde yüksekti. İstemeden gebe kalanların 35 yaş ve üzeri olma oranları (%16.4), isteyerek gebe kalanların 35 yaş ve üzerinde olma oranlarından (%8.3) anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Sayısal veriler için Tablo 9'a bakınız) (Şekil 14'de İsteyerek gebe kalmaya göre yaş aralıklarının dağılımı görülmektedir.).

Şekil 14: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Yaş Aralıklarının Dağılımı



İsteyerek gebe kalınması ile medeni durum ($p=0.746$), memleket ($P=0.962$), eşin memleketi ($p=0.493$), aile tipi ($p=0.399$), eğitim durumu ($p=0.224$), eşin eğitim durumu ($p=0.945$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). İsteyerek gebe kalınması ile gelir düzeyi ($p=0,414$), çalışma durumu ($p=0,786$), sosyal güvence varlığı ($p=0,117$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Benzer şekilde İstanbul'dan önce başka bir yerde oturulması ($p=0,842$), kadınların İstanbul'da oturma süreleri ($p=0,887$) ve kadınların eşlerinin İstanbul'da oturma süreleri ($p=0,583$) arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

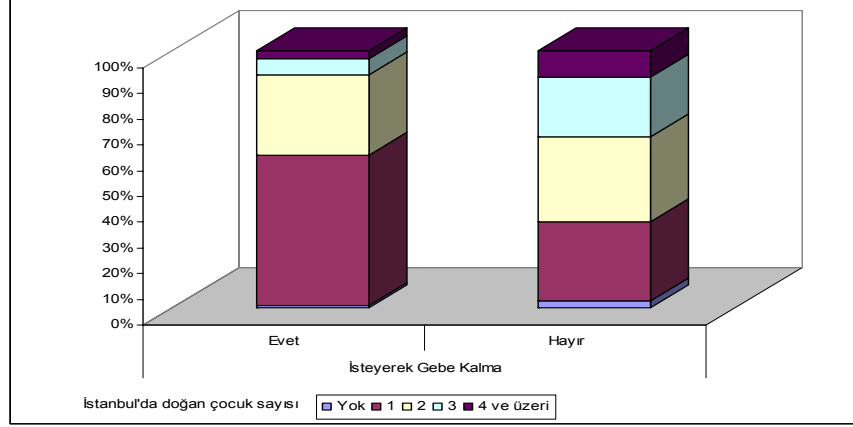
Şekil 15: İstanbul'a Yerleşmeden Önce Çocuk Sahibi Olunmasının İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Dağılımı



İsteyerek gebe kalınması ile İstanbul'a yerleşmeden önce çocuk sahibi olunması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($P=0,001$) (Ki kare test, $p<0.01$). İsteyerek gebe kalanların İstanbul'a yerleşmeden önce çocuk sahibi olma oranları (%7.3), istemeden gebe kalanların İstanbul'a yerleşmeden önce çocuk sahibi olma oranlarından (%20.5) ileri düzeyde anlamlı düşük bulundu (Şekil 15'de İstanbul'a yerleşmeden önce çocuk sahibi olunmasının isteyerek gebe kalmaya göre dağılımı görülmektedir).

İsteyerek gebe kalınması ile İstanbul'da doğan çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,001$) (Ki kare test, $p<0.01$) İsteyerek gebe kalanların İstanbul'da doğan çocuk sayısının bir olma oranları (%58.3), istemeden gebe kalanların İstanbul'da doğan çocuk sayısının bir olma oranlarından (%30.3) anlamlı şekilde yüksek bulundu. İstemeden gebe kalanların İstanbul'da doğan çocuk sayısının üç (%23) ve dört ve üzerinde (%12.3) olma oranları isteyerek gebe kalanlardan anlamlı şekilde yüksek bulundu (Şekil 16'da İsteyerek gebe kalmaya göre İstanbul'da doğan çocuk sayısı dağılımı görülmektedir).

Şekil 16: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre İstanbul'da Doğan Çocuk Sayısı Dağılımı

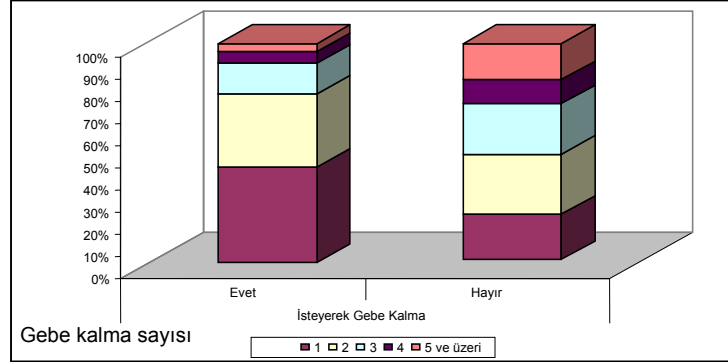


İsteyerek gebe kalınması ile sahip olunan kardeş sayısı ($p=0,103$), eşin sahip olduğu kardeş sayısı ($p=0,553$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

İsteyerek gebe kalınması ile gebe kalma sayısı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,001$) (Ki kare test, $p<0.01$) (Tablo 10'da İsteyerek gebe kalmaya göre kadınların obstetrik özgeçmişlerinin karşılaştırılması verilmiştir)

İsteyerek gebe kalanların gebe kalma sayılarının bir (%44.2) ve iki (%32.8) olma oranları; istemeden gebe kalanların gebe kalma sayısının bir (%23) ve iki (%27) olma oranlarından anlamlı şekilde yüksek bulundu. İstemeden gebe kalanların gebe kalma sayısının üç (%23), dört (%10.7), beş ve üzerinde (%16.4) olma oranları isteyerek gebe kalan olgulardan anlamlı şekilde yüksek bulundu (Şekil 17'de İsteyerek gebe kalmaya göre gebe kalma sayısı karşılaştırması görülmektedir).

Şekil 17: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Gebe Kalma Sayısı Karşılaştırması

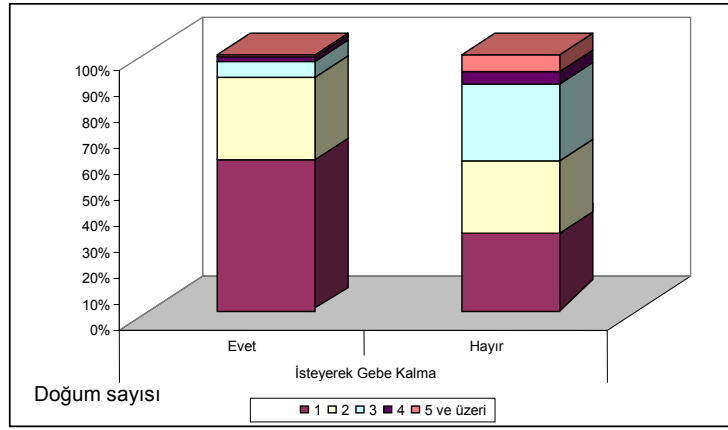


Tablo 10: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Kadınların Obstetrik Özgeçmişlerinin karşılaştırılması

Obstetrik öykü	İsteyerek Gebe Kalma				p	
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
♦Gebe Kalma Sayısı	1	85	44,2	28	23,0	0,001**
	2	63	32,8	33	27,0	
	3	27	14,1	28	23,0	
	4	10	5,2	13	10,7	
	5 ve üzeri	7	3,6	20	16,4	
♦Doğum Sayısı	1	114	59,4	38	31,2	0,001**
	2	61	31,8	34	27,9	
	3	12	6,3	36	29,5	
	4	3	1,6	6	4,9	
	5 ve üzeri	2	1,0	8	6,6	
♦Ölü Doğum Sayısı	Yok	188	97,9	111	91,0	0,019*
	1	2	1,0	6	4,9	
	2 ve üzeri	2	1,0	5	4,1	
♦Kendiliğinden Düşük Sayısı	Yok	159	82,8	112	91,8	0,074
	1	28	14,6	8	6,6	
	2 ve üzeri	5	2,6	2	1,6	
♦İsteyerek Gebelik Sonlandırma Sayısı	Yok	168	87,5	99	81,1	0,298
	1	17	8,9	17	13,9	
	2 ve üzeri	7	3,6	6	4,9	
♦Yaşayan çocuk Sayısı	1	106	55,2	26	21,3	0,001**
	2	64	33,3	40	32,8	
	3 ve üzeri	18	9,4	54	44,3	
♦Çoğul Gebelik	Var	12	6,3	10	8,2	0,510
	Yok	180	93,8	112	91,8	
♦ Ki-kare test			* p<0.05		** p<0.01	

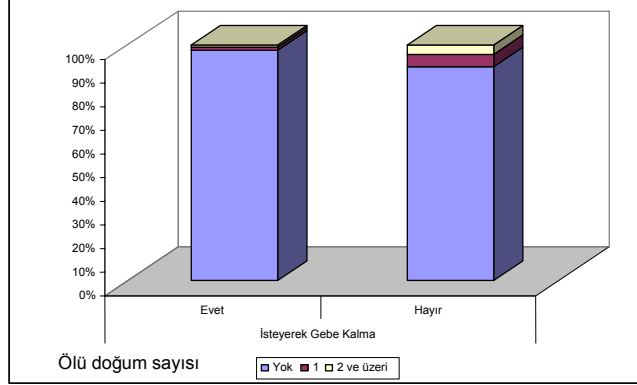
İsteyerek gebe kalınması ile doğum sayısı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,001$) (Ki kare test, $p<0.01$) İsteyerek gebe kalanların doğum sayılarının bir (%59.4) olma oranları; istemeden gebe kalanların gebe kalma sayısının bir (%31.2) olma oranlarından anlamlı şekilde yüksek, İstemeden gebe kalanların üç, dört, beş ve üzeri doğum sayıları isteyerek gebe kalanlara göre oldukça yüksek bulundu (Şekil 18'de isteyerek gebe kalmaya göre doğum sayısı karşılaştırması görülmektedir).

Şekil 18: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Doğum Sayısı Karşılaştırması



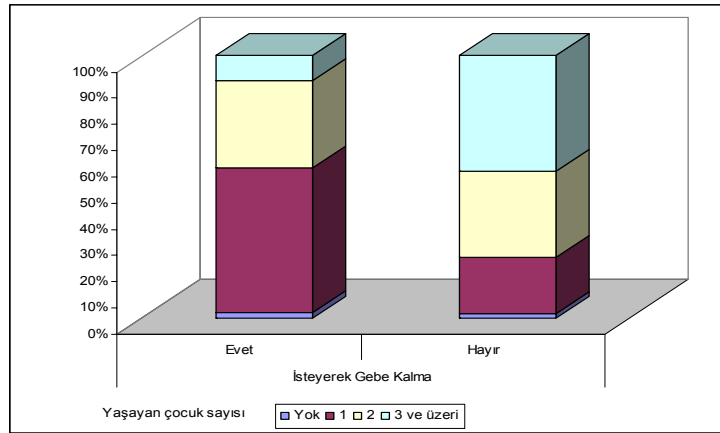
İsteyerek gebe kalınması ile ölü doğum sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,019$) (Ki kare test, $p<0.05$). İsteyerek gebe kalanların ölü doğum yapmama (%97.9) oranları; istemeden gebe kalanların ölü doğum yapmama (%91) oranlarından anlamlı şekilde yüksek bulundu (Şekil 19'da İsteyerek gebe kalmaya göre ölü doğum sayısı karşılaştırması görülmektedir).

Şekil 19: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Ölü Doğum Sayısı Karşılaştırması



İsteyerek gebe kalınması ile kendiliğinden düşük yapılması ($p=0,074$), istemli gebeliğe son verme ($p=0,298$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. ($p>0.05$). İsteyerek gebe kalınması ile yaşayan çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,001$) (Ki kare test, $p<0.01$). İsteyerek gebe kalanların yaşayan çocuk sayısının bir (%55.2) olma oranları; istemeden gebe kalanların yaşayan çocuk sayısının bir (%21.3) olma oranlarından anlamlı şekilde yüksek, İstemeden gebe kalanların yaşayan çocuk sayısının üç ve üzerinde olma oranı (%44.3); isteyerek gebe kalanlardan (%9.4) anlamlı şekilde yüksek bulundu (Şekil 20'de İsteyerek gebe kalmaya göre yaşayan çocuk sayısı karşılaştırması görülmektedir). İsteyerek gebe kalınması ile çoğul gebelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,510$) ($p>0.05$).

Şekil 20: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Yaşayan Çocuk Sayısı Karşılaştırması



Tablo 11: Kadınların AP Terimini Duymasının İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Karşılaştırılması

◆AP Terimini Duyma	İsteyerek Gebe Kalma				p
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Evet	169	88,0	111	91,0	0,410
Hayır	23	12,0	11	9,0	

◆ Ki-kare test * p<0.05 ** p<0.01

Tablo 12: Kadınların AP Danışmanlık Hizmeti Alma Durumunun, İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Karşılaştırılması

◆ AP İle İlgili Danışmanlık Hizmeti Alma	İsteyerek Gebe Kalma				p
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Evet	91	47,4	68	55,7	0,150
Hayır	101	52,6	54	44,3	

◆ Ki-kare test * p<0.05 ** p<0.01

Tablo 13: AP Danışmanlık Alan Kadınların, Danışmanlık Hizmetinin Nerden Alındığı Durumunun İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Karşılaştırılması

◆ Danışmanlık Hizmetinin Nerden Alındığı	İsteyerek Gebe Kalma				p
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Sağlık Ocağı - Sağlık Evi	38	41,8	38	55,9	0,078
Devlet Hastanesi - Doğumevi AP Klinikleri	25	27,5	27	39,7	0,104
Özel Muayenehane	4	4,4	2	2,9	1,000
Özel Poliklinik ve Hastane	6	6,6	2	2,9	0,468
Diğer	33	36,3	15	22,1	0,055
AÇSAP Merkezleri	15	16,5	22	32,4	0,019*

◆ Ki-kare test * p<0.05 ** p<0.01

Tablo 14: AP Danışmanlık Almayan Kadınların, Danışmanlık Hizmetinin Nerden Alınabileceğini Bilme Durumunun İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Karşılaştırılması

◆ Danışmanlık Hizmetinin Nerden Alınabileceğini Bilme	İsteyerek Gebe Kalma				p
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Evet	61	60,4	34	63,0	0,755
Hayır	40	39,6	20	37,0	

◆ Ki-kare test * p<0.05 ** p<0.01

Tablo 15: AP Danışmanlık Almayan Kadınların, Danışmanlık Hizmetinin Hangi Kurumlardan Alınabileceğini Bilme Durumunun İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Karşılaştırılması

◆ Danışmanlık Hizmetinin Nerden Alınabileceği	İsteyerek Gebe Kalma				p
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Sağlık Ocağı - Sağlık Evi	50	82,0	24	70,6	0,200
AÇSAP Merkezleri	27	44,3	17	50,0	0,591
Devlet Hastanesi - Doğumevi AP Klinikleri	33	54,1	19	55,9	0,867
Özel Muayenehane	4	6,6	4	11,8	0,381
Özel Poliklinik ve Hastane	6	9,8	3	8,8	0,872
Diğer	10	16,4	5	14,7	0,829

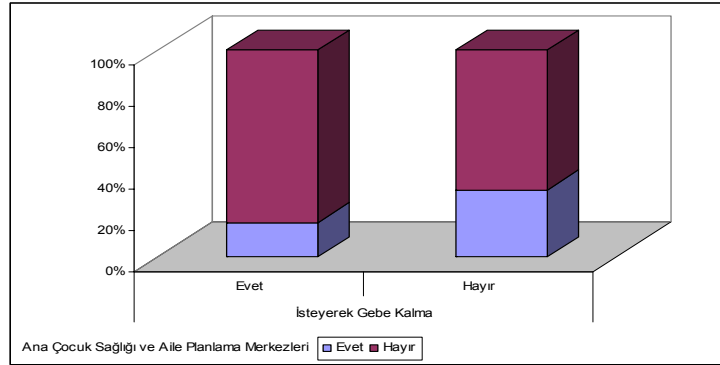
◆ Ki-kare test * p<0.05 ** p<0.01

İsteyerek gebe kalınması ile aile planlaması teriminin duyulması (p=0,410), aile planlaması ile ilgili danışmanlık hizmeti alınması (p=0,150) ve danışmanlık hizmetinin sağlık ocağı-sağlık evlerinden alınması (p=0,078) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0.05).

İstemediği gebeler kalanların danışmanlık hizmetini ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezlerinden (%32.4) alma oranları; isteyerek gebe kalanların danışmanlık hizmetini ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezlerinden alma

oranlarından (%16.5) anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,019^*$) (Ki kare test, $p<0.05$) (Şekil 21'de İsteyerek gebe kalmaya göre danışmanlık hizmetinin ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezlerinden alınmasının karşılaştırması görülmektedir).

Şekil 21: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Danışmanlık Hizmetinin AÇSAP Merkezlerinden Alınmasının Dağılımı



Tablo 16: AP Danışmanlı Alan Kadınlara Danışmanlıkta Bahsedilen Konuların, İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Karşılaştırılması

◆ Danışmanlıkta Bahsedilen Konular	İsteyerek Gebe Kalma				p
	Evet		Hayır		
	n	(%)	n	(%)	
Hatırlamıyor	9	9,9	6	8,8	0,820
AP yöntemlerinin isimleri	68	74,7	56	82,4	0,251
AP yöntemlerinin olumlu yönleri	45	49,5	42	61,8	0,123
AP yöntemine nereden ve nasıl ulaşılacağı	36	39,6	37	54,4	0,063
AP yöntemlerinin nasıl kullanılacağı	42	46,2	41	60,3	0,077
Yöntem kullanırken nelere dikkat edilmesi gerektiği	37	40,7	36	52,9	0,124
Devamlılık ve kontrol	28	30,8	32	47,1	0,036*
Diğer	3	3,3	5	7,4	0,247
AP yöntemlerinin yan etkileri	44	48,4	47	69,1	0,009**

◆ Ki-kare test

* $p<0.05$

** $p<0.01$

İsteyerek gebe kalınması ile danışmanlık hizmetinin Devlet Hastanesi-Doğumevi Aile Plan. Kliniklerinden ($p=0,10$), özel muayenehanelerden ($p=1,000$), özel poliklinik ve hastanelerden ($p=0,468$) ve diğer merkezlerden alınması ($p=0,055$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Üniversite AP kliniklerine hiç başvuru olmadığı için her iki grup arasında karşılaştırma yapılamadı. İsteyerek gebe kalınması ile danışmanlık hizmetinin nereden alınabileceğinin bilinmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

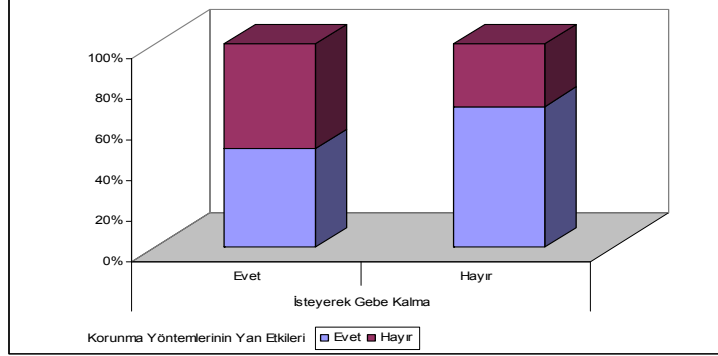
İsteyerek gebe kalınması ile danışmanlık hizmetinin sağlık ocağı - sağlık evlerinden ($p=0,200$), AÇSAP ($p=0,591$), devlet hastanesi-doğumevi ap kliniklerinden ($p=0,867$), özel muayenehanelerden ($p=0,381$), özel poliklinik ve hastanelerden ($p=0,872$) ve diğer merkezlerden alınabileceğinin bilinmesi ($p=0,829$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

İsteyerek gebe kalınması ile danışmanlıkta bahsedilen konuların hatırlanmama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0.820$) ($p>0.05$).

İsteyerek gebe kalınması ile danışmanlıkta korunma yöntemlerinin isimlerinden ($p=0.251$) ve olumlu yönlerinden ($p=0.123$), korunma yöntemine nereden ve nasıl ulaşılabileceğinden ($p=0,063$), korunma yöntemlerinin nasıl kullanılacağından ($p=0,077$), kullanılırken nelere dikkat edilmesi gerektiğinden ($p=0,124$) ve diğer konulardan ($p=0,247$) bahsedilmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

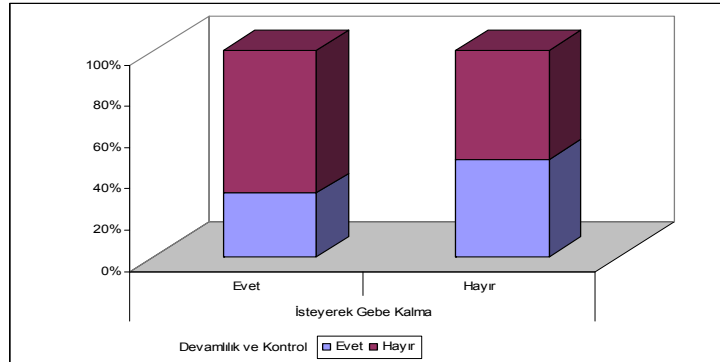
İsteyerek gebe kalınması ile danışmanlıkta korunma yöntemlerinin yan etkilerinden bahsedilmesi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,009$) (Ki kare test, $p<0.01$). İstemedi gebe kalanlarda danışmanlıkta korunma yönteminin yan etkilerinden bahsedilme oranı (%69.1); isteyerek gebe kalanlardan (%48.4) anlamlı şekilde yüksek bulundu (Şekil 22'de İsteyerek gebe kalmaya göre danışmanlık hizmetinde korunma yöntemlerinin yan etkilerinden bahsedilmesinin karşılaştırması görülmektedir).

Şekil 22: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Danışmanlık Hizmetinde Korunma Yöntemlerinin Yan Etkilerinden Bahsedilmesinin Dağılımı



İsteyerek gebe kalınması ile danışmanlıkta devamlılık ve kontrolden bahsedilmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,036$) (Ki kare test, $p<0.05$) İstemeyerek gebe kalan olgularda danışmanlıkta korunma yönteminde devamlılık ve kontrolden bahsedilme oranı (%47.1); isteyerek gebe kalan olgulardan (%30.8) anlamlı şekilde yüksek bulundu (Şekil 23'de İsteyerek gebe kalmaya göre danışmanlık hizmetinde devamlılık ve kontrolden bahsedilmesinin karşılaştırılması görülmektedir).

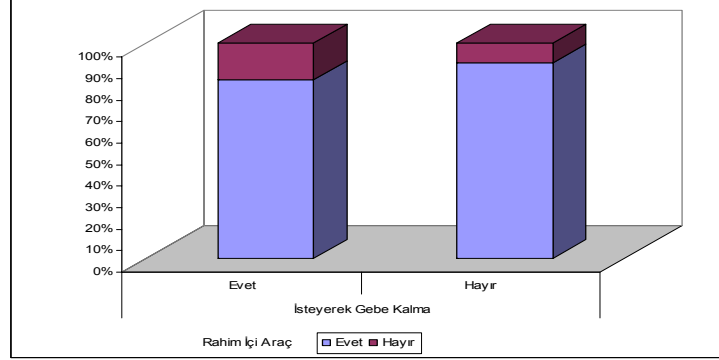
Şekil 23: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Danışmanlık Hizmetinde Devamlılık Ve Kontrolden Bahsedilmesinin Dağılımı



İsteyerek gebe kalan kadınların rahim içi araç yöntemini bilme oranları (% 82.8); istemeyerek gebe kalan kadınların bu yöntemi bilme oranlarından (% 91) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p=0,042$) (Ki kare test,

$p < 0.05$). (Şekil 24'de İsteyerek gebe kalmaya göre rahim içi araç yönteminin bilinmesinin karşılaştırması görülmektedir).

Şekil 24: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Rahim İçi Araç Yönteminin Bilinmesi Dağılımı



Tablo 17: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Bilinen AP Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Bilinen Aile Planlaması Yöntemleri	İsteyerek Gebe Kalma				p
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
♦Geri çekme	82	42,7	55	45,1	0,679
♦Takvim yöntemi	14	7,3	9	7,4	0,977
♦Vajinal yıkama	10	5,2	7	5,7	0,840
♦Emzirme-amenore	12	6,3	12	9,8	0,244
♦Doğum kontrol hapı	155	80,7	102	83,6	0,519
*Minihap	4	2,1	2	1,6	1,000
♦Prezervatif	129	67,2	91	74,6	0,163
♦Kadın kondomu-diyafraam	8	4,2	6	4,9	0,753
♦Aylık iğne	73	38,0	63	51,6	0,018*
♦Üç aylık iğne	56	29,2	46	37,7	0,115
♦Ciltaltı implant	33	17,2	21	17,2	0,995
♦Tüp ligasyonu	48	25,0	42	34,4	0,072
♦Vazektomi	16	8,3	18	14,8	0,074
*Acil kontrasepsiyon	5	2,6	2	1,6	0,710
♦İsteyerek gebeliğe son verme	9	4,7	8	6,6	0,475
♦Diğer	21	10,9	8	6,6	0,191
♦Rahim içi araç	159	82,8	111	91,0	0,042*

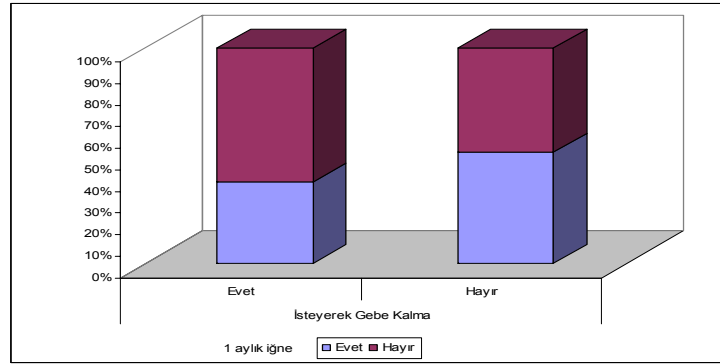
♦ Ki-kare test

+ Fisher's Exact test

$p < 0.05$

İsteyerek gebe kalan olguların aylık iğne yöntemini bilme oranları (% 38); istemeyerek gebe kalan olguların bu yöntemi bilme oranlarından (% 51.6) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu. ($p=0,018^*$) (Ki kare test, $p<0.05$) (Şekil 25'de İsteyerek gebe kalmaya göre rahim içi araç yönteminin bilinmesinin karşılaştırması görülmektedir).

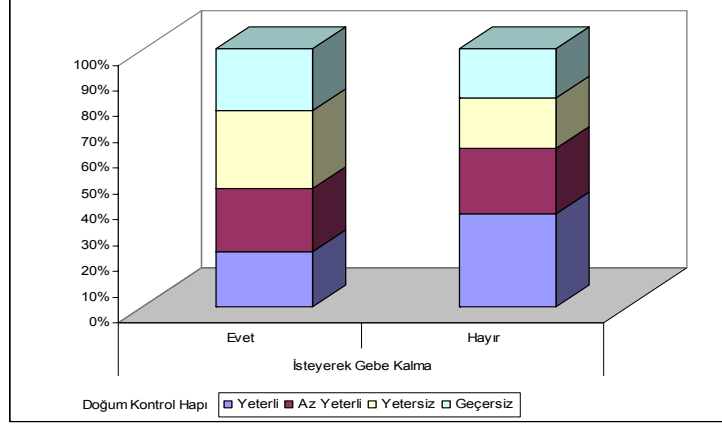
Şekil 25: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Aylık İğne Yönteminin Bilinmesi Dağılımı



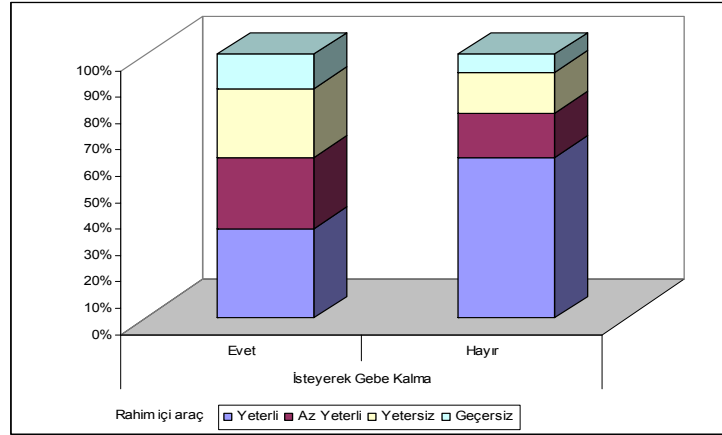
İsteyerek gebe kalınması ile rahim içi araç ve bir aylık iğne yönteminin bilinmesi ile ilgili anlamlı istatistiksel veri dışında araştırmada sorgulanan diğer yöntemlerin bilinmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

İsteyerek gebe kalınması ile doğum kontrol hapı ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,018$) (Ki kare test, $p<0.05$) İsteyerek gebe kalanların doğum kontrol hapları ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olma oranları (%21.6); istemeden gebe kalanların bu konuda yeterli bilgi sahibi olma oranlarından (%36.1) anlamlı şekilde düşük bulundu (Şekil 26'da İsteyerek gebe kalmaya göre doğum kontrol hapı ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi karşılaştırması görülmektedir).

Şekil 26: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Doğum Kontrol Hapı İle İlgili Sahip Olunan Bilgi Düzeyi Dağılımı



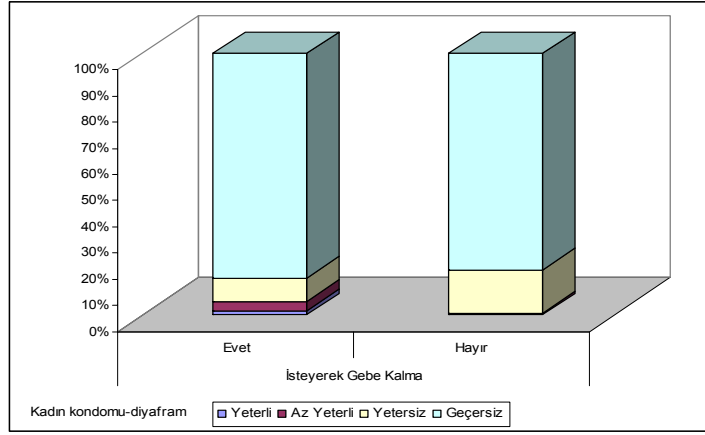
Şekil 27: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Rahim İçi Araç İle İlgili Sahip Olunan Bilgi Düzeyi Dağılımı



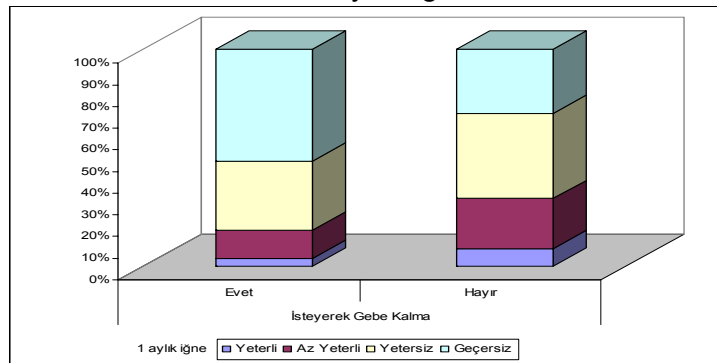
İsteyerek gebe kalınması ile rahim içi araçla ilgili sahip olunan bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,001$) (Ki kare test, $p<0,01$). İsteyerek gebe kalanların rahim içi araçları ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olma oranları (%33.9), istemeden gebe kalanların bu konuda yeterli bilgi sahibi olma oranlarından (%56.6) anlamlı şekilde düşük bulundu (Şekil 27’de İsteyerek gebe kalmaya göre rahim içi araç ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi karşılaştırması görülmektedir).

İsteyerek gebe kalınması ile kadın kondomu ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,047$) (Ki kare test, $p<0.05$). İstemeyerek gebe kalanların kadın kondomu ile ilgili yetersiz bilgi düzeyine sahip olma oranları (% 16.4); isteyerek gebe kalanların bu konuda yetersiz bilgi sahibi olma oranlarından (% 8.9) anlamlı şekilde yüksek bulundu (Şekil 28'de İsteyerek gebe kalmaya göre kadın kondomu-diyaffram ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi karşılaştırması görülmektedir).

Şekil 28: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Kadın Kondomu-Diyaffram İle İlgili Sahip Olunan Bilgi Düzeyi Dağılımı



Şekil 29: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Aylık İğne İle İlgili Sahip Olunan Bilgi Düzeyi Dağılımı

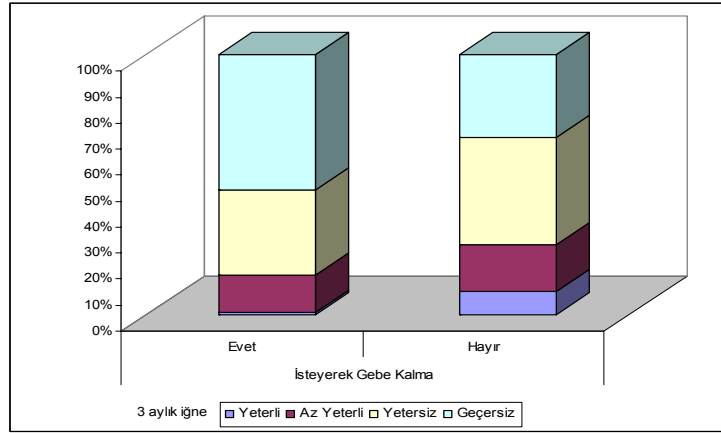


İsteyerek gebe kalınması ile bir aylık iğne ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0.001^{**}$) (Ki

kare test, $p<0.01$). İsteyerek gebe kalan olguların aylık iğne ile ilgili geçersiz bilgi düzeyine sahip olma oranları (%51.6); istemeden gebe kalan olguların bu konuda yetersiz bilgi sahibi olma oranlarından (%29.5) anlamlı şekilde yüksek bulundu (Şekil 29'da İsteyerek gebe kalmaya göre aylık iğne ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi karşılaştırması görülmektedir).

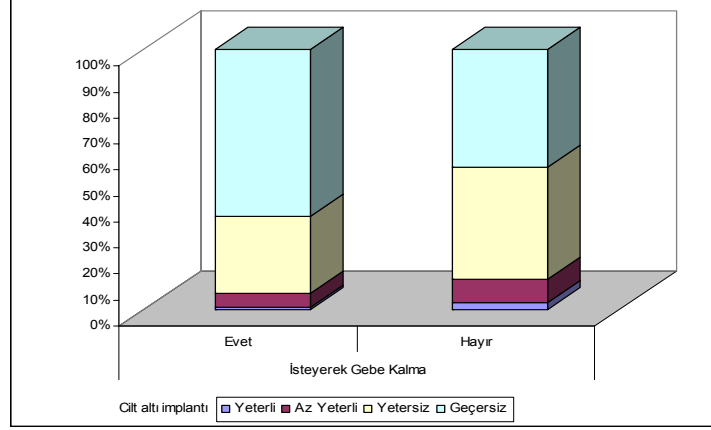
İsteyerek gebe kalınması ile üç aylık iğne ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0.001$) (Ki kare testi, $p<0.01$). İsteyerek gebe kalanların üç aylık iğne ile ilgili geçersiz bilgi düzeyine sahip olma oranları (%52.1); istemeden gebe kalanların bu konuda geçersiz bilgi sahibi olma oranlarından (%32) anlamlı şekilde yüksek bulundu (Şekil 30'da İsteyerek gebe kalmaya göre 3 aylık iğne ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi karşılaştırması görülmektedir).

Şekil 30: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Üç Aylık İğne İle İlgili Sahip Olunan Bilgi Düzeyi Dağılımı



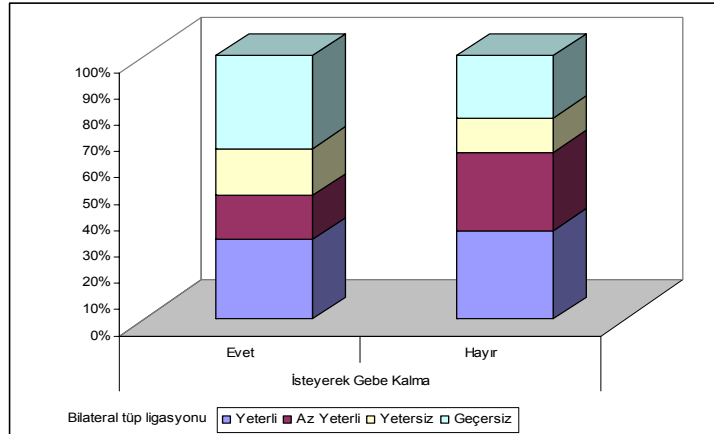
İsteyerek gebe kalınması ile cilt altı implantı ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0.010$) (Ki kare testi, $p<0.05$). İsteyerek gebe kalanların cilt altı implantı ile ilgili geçersiz bilgi düzeyine sahip olma oranları (%64.1), istemeden gebe kalanların bu konuda geçersiz bilgi sahibi olma oranlarından (%45.1) anlamlı şekilde yüksek bulundu (Şekil 31'de İsteyerek gebe kalmaya göre cilt altı implantı ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi karşılaştırması görülmektedir).

Şekil 31: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Cilt Altı İmplantı İle İlgili Sahip Olunan Bilgi Düzeyi Dağılımı



İsteyerek gebe kalınması ile tüp ligasyonu ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0.017^*$) (Ki kare test, $p<0.05$). İsteyerek gebe kalanların tüp ligasyonu ile ilgili geçersiz bilgi düzeyine sahip olma oranları (% 35.4); istemeden gebe kalanların bu konuda geçersiz bilgi sahibi olma oranlarından (% 23.8) anlamlı şekilde yüksek bulundu (Şekil 32'de İsteyerek gebe kalmaya göre tüp ligasyonu ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi karşılaştırması görülmektedir).

Şekil 32: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Tüp Ligasyonu İle İlgili Sahip Olunan Bilgi Düzeyi Dağılımı



İsteyerek gebe kalınması ile minihap (p=0.816), prezervatif (p=0.203) ve vazektomi (p=0.279) ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0.05).

Tablo 18: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre AP Yöntemleri İle İlgili Bilgi Düzeyleri Karşılaştırması

AP yöntemleri	İsteyerek Gebe Kalma				p	
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
♦Doğum kontrol hapsi	Yeterli	41	21,4	44	36,1	0,018*
	Az Yeterli	47	24,5	31	25,4	
	Yetersiz	58	30,2	24	19,7	
	Geçersiz	46	24,0	23	18,9	
♦Rahim içi araç	Yeterli	65	33,9	69	56,6	0,001**
	Az Yeterli	52	27,1	23	18,9	
	Yetersiz	50	26,0	21	17,2	
	Geçersiz	25	13,0	9	7,4	
♦Minihap	Yeterli	1	0,5	-	-	0,816
	Az Yeterli	2	1,0	1	0,8	
	Yetersiz	12	6,3	6	4,9	
	Geçersiz	177	10,8	115	94,3	
♦Prezervatif	Yeterli	116	60,4	88	72,1	0,203
	Az Yeterli	23	12,0	11	9,0	
	Yetersiz	19	9,9	9	7,4	
	Geçersiz	34	17,7	14	11,5	
♦Kadın kondomu-diyafraam	Yeterli	3	1,6	-	-	0,047*
	Az Yeterli	7	3,6	1	0,8	
	Yetersiz	17	8,9	20	16,4	
	Geçersiz	165	85,9	101	82,8	
♦Aylık iğne	Yeterli	7	3,6	10	8,2	0,001**
	Az Yeterli	25	13,0	28	23,0	
	Yetersiz	61	31,8	48	39,3	
	Geçersiz	99	51,6	36	29,5	
♦Üç aylık iğne	Yeterli	2	1,0	11	9,0	0,001**
	Az Yeterli	27	14,1	22	18,0	
	Yetersiz	63	32,8	50	41,0	
	Geçersiz	100	52,1	39	32,0	
♦Ciltaltı implant	Yeterli	2	1,0	3	2,5	0,010*
	Az Yeterli	10	5,2	11	9,0	
	Yetersiz	57	29,7	53	43,4	
	Geçersiz	123	64,1	55	45,1	
♦Tüp ligasyonu	Yeterli	58	30,2	41	33,6	0,017*
	Az Yeterli	32	16,7	36	29,5	
	Yetersiz	34	17,7	16	13,1	
	Geçersiz	68	35,4	29	23,8	
♦Vazektomi	Yeterli	14	7,3	11	9,0	0,279
	Az Yeterli	19	9,9	16	13,1	
	Yetersiz	43	22,4	35	28,7	
	Geçersiz	116	60,4	60	49,2	

♦ Ki-kare test

* p<0.05

** p<0.01

Tablo 19: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi

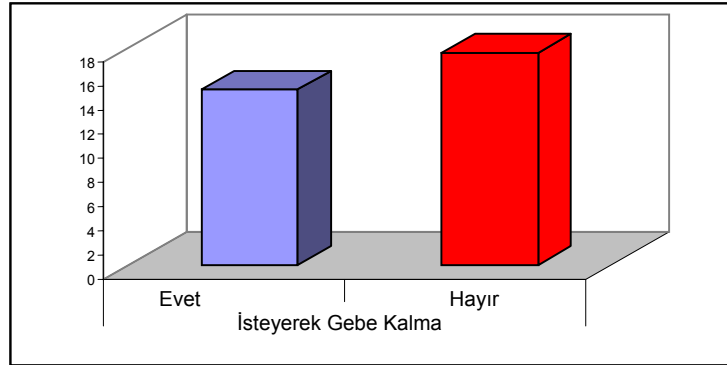
	Gebe Kalma		<i>p</i>
	İsteyerek Ort±SD	İstemeden Ort±SD	
●Aile Planlaması Bilgi Puanı	14,54±8,03	17,60±7,69	0,001**

● *Student t test*

** *p<0.01*

İsteyerek gebe kalanların aile planlaması bilgi puanı ortalamaları, istemeyerek gebe kalanların puanlarından ileri düzeyde anlamlı düşüktü ($p=0,001$) (Student t test, $p<0.01$) (Şekil 33'de İsteyerek gebe kalmaya göre global aile planlaması bilgi puanlarının karşılaştırması görülmektedir).

Şekil 33: İsteyerek Gebe Kalmaya Göre Global Aile Planlaması Bilgi Puanı Dağılımı



5. TARTIŞMA

Bu çalışmayla Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde loğusa servisinde yatmakta olan kadınlarda planlı gebe kalanlar ile istenmeyen gebeliği olanlar arasındaki aile planlaması ve doğum kontrol yöntemleri konusundaki bilgi düzeyi farkı ve bunu etkileyen faktörler araştırılmıştır. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgulara ilişkin tanımlayıcı veriler bu bölümde tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan 314 loğusa kadının yaşları 16 ile 45 arasında değişmekte olup; yaş ortalaması doğurganlığın yüksek olduğu 27.13 ± 5.51 idi. Kadınların %29,6'sı 20 – 24 yaş arası, %35'i 25 – 29 yaşlarında çoğunlukta idi. Doğurganlık yaşının yirmili yaş gruplarında olması anne ve yeni doğan sağlığı açısından son derece önemlidir. Çalışmamıza katılan kadınların yaş ortalaması da gebelik için ideal yaşlardı. TNSA 2003 verilerine bakıldığında %19.3'ünün 15 - 24 yaş grubu arasında, %29 u 15 yaş altı olması dikkat çekiciydi. Türkiye genelinde halen adölesan yaş grubu gebelikler yaygındı (6). TNSA 2003'e göre İstanbul nüfusunun %94.3 ü 15 - 64 yaş arsında genç nüfus olup yaş ortalaması 26.5 dur. Bizim çalışmamıza katılan kadınların benzer yaş ortalamasına sahip olduğu görülmekteydi. Tokuç B ve arkadaşları tarafından 2001 de Edirne il merkezinde 15- 49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri ve yöntem kullanım oranlarını incelediği çalışmasında kadınların yaş ortalaması 32.5 ± 7.3 dü. TNSA ve bizim çalışmamıza göre ileri yaş ortalamasıydı. Bizim çalışmamıza katılan kadınlar doğum sonu loğusa servisinde yatan kadınlardı %66.6'sı bir ve iki gebelik yaşayanlar %78.7'ide bir ve iki doğum yapanlardı. Zaten ileri yaş loğusaların oranı düşüktü (42).

Bizim çalışmamıza katılan kadınların %3.2'si okur-yazar değilken, %4.5'i sadece okur-yazar, %62.1'i ilkokul, %14.3'ü ortaokul, %13.1'i lise ve %2.9'u

üniversite mezunuydu. Her ne kadar okur-yazarlık oranı yükselse de üniversite mezunlarının oranı çok düşüktü. Bu rakamlar Türkiye geneli ile karşılaştırıldığında orta, hatta düşük seviyede kalmaktaydı. TNSA 2003 sonuçlarına göre erkekler arasında okur yazar oranı % 90 iken, bizim çalışmamızdaki kadınların eşleri arasında okur yazar olmayana rastlanılmamıştı. En az ilkokul bitirmişlerdi (%54.1). Türkiye geneliyle karşılaştırılınca oldukça sevindiriciydi. Mao ve ark tarafından Hindistan'da evli çiftlerin AP bilgi tutum ve davranışlarını inceledikleri çalışmada kadınların %24 ü okur-yazar değildi Bizim çalışmamızdaki oranın sekiz katı kadar yüksek ve üzücü bir sonuçtu (43).

Eğitim durumunu karşılaştırmak için Tokuç B ve arkadaşlarının çalışmasına bakacak olursak incelenen kadınların %4.2'si okuma-yazma bilmemekteydi, %1.7'si okur-yazardı, %46.2'si ilkokulu bitirmişti, %11'i ortaokulu bitirmişti, %17.4'ü lise bitirmişti, %19.5'i yüksekokul bitirmişti. Lise ve üstü eğitim oranı bizim çalışmamıza göre yüksek orandaydı. Edirne'nin Türkiye'nin batısında, sosyo-ekonomik yönden görece daha kalkınmış bir bölge olan Trakya bölgesinde olması ve okullaşma oranının Türkiye ortalamasından daha yüksek olması bu sonucu kısmen açıklamaktaydı (42). İstanbul'da sonuçta Trakya bölgesinde okullaşmanın yüksek olduğu bir ilimiz ancak grubumuzun çoğunluğu eğitim sürçlerini tamamladıktan sonra buraya yerleşmişlerdi.

Çalışmamıza katılan kadınların %87.9'u çalışmamaktaydı. Tamamının eşleri gelir getiren bir işte çalışmaktaydı. %93'ünün sosyal güvencesi vardı. Grubun %20'si 500 YTL, %33.8'inin 500 ile 750 YTL arasında gelir seviyesine sahipti. Türkiye'de aylık hane gelir düzeyi ortalaması 775 YTL olduğu düşünülürse çalışmamıza katılan kadınların hane gelir düzeyi oldukça düşüktü. DPT verilerine göre yoksulluk, özellikle çok çocuklu haneler, eğitim seviyesi düşükler, yevmiyeliler, işsizler, kendi hesabına çalışanlar, ücretsiz aile işçileri ile tarım ve inşaat sektörlerinde çalışanlar arasında yaygındır. DPT tespitine dört kişilik hane halkının aylık sadece gıda için yoksulluk sınırı 2005 yılında 190 YTL gıda ve gıda dışı harcamalar için 487 YTL dir. Bizim çalışma grubumuz unda

çoğunluğu asgari ücretle geçimini sürdürmekteydi (44, 45). Mao ve ar çalışmasında da çoğunluğu işçi ve çiftçi olan grubun bizim çalışmamıza benzer şekilde gelir düzeyleri düşüktü (43).

Çalışmaya katılan kadınların %50'si, benzer şekilde eşlerinin de %52.2'si Karadenizliydi. %67.2'si çekirdek aile tipiydi. Aile büyükleri ile beraber yaşama azımsanmayacak orandaydı (%24.5). Şahin S'nin 2005 yılında postpartum dönemde anneye verilen aile planlaması eğitiminin etkin kontraseptif yöntem seçimi üzerine etkisini araştırdığı yüksek lisans tezinde çalışmaya katılan olguların aile tipi %58.3 çekirdek aile tipiydi. Çalışma Sakarya'da yapılmıştı ve loğusalarda yapılması açısından bizim çalışmamıza benzerlik taşımaktaydı. Bizim çalışmamızda bu oran daha yüksekti. Birbirine yakın bu iki yer arasındaki farklılığı İstanbul'un metropol yaşantısının toplum üzerindeki etkisiyle açıklayabiliriz (46).

Çalışmamıza katılan kadınların İstanbul'da oturma süreleri ortalama 12.88 ± 10.37 yıldır. Eşlerinin İstanbul'da oturma süreleri ortalama 13.62 ± 10.06 yıldır. Çalışmamıza katılan kadınların %66.2'si İstanbul'dan önce başka bir yerde oturduğunu söylemişlerdi. Bu yerlerde yaşama süreleri bir yıl ile 35 yıl arasında değişmekte olup; ortalaması 14.38 ± 8.34 yıldır. % 44.2'si Karadeniz'de yaşamışlardı. Türkiye İstatistik Kurumu verilerini doğrulamaktaydı. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre NUTS 1 Bölgelerine Göre (İstanbul, Batı Marmara, Ege, Doğu Marmara, Batı Anadolu, Akdeniz, Orta Anadolu, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu) 2000 ve 2006 Yılları Nüfus hareketleri incelendiğinde İstanbul bölgesi %17,15 lik bir artış ile en fazla nüfus artış oranını göstermekteydi. (Güneydoğu Anadolu %12,28, Akdeniz %10,22, Ege %6,9luk bir artış göstermiştir.) Negatif yönde değişim gösteren bölge Batı Karadeniz (%4,6) dir. İstanbul'a göçün en fazla olduğu bölge Karadeniz bölgesiydi (47).

Çalışmaya katılan kadınların %12.4'ü İstanbul'a yerleşmeden önce çocuk sahibi olduklarını söylerken; sahip olunan çocukların sayısı bir ile yedi arasında değişmekteydi. %47.5'inin İstanbul'da doğan çocuk sayısı bir, %31.5'inin iki,

%12.7'sinin üç ve %6.7'sinin dört ve üzerindedir. Kadınların %16.9'unun iki kardeşi, %16.9'unun üç kardeşi, %22.3'ünün dört kardeşi varken; %33.4'ü beş ve üzerinde sayıda kardeşe sahipti. Kadınların eşlerinin %21'inin dört kardeşi, %40.4'ünün beş ve üzerinde sayıda kardeşi vardı.

Ege ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin yaş ortalaması 22.4 olup %75.9'unun Doğu Anadolu bölgesinden olduğu belirlenmişti. Öğrencilerin %51.7'sinin iki - dört arası kardeşe sahip olduğu, %44.8 inin beş ve üzeri kardeş sayısına sahip olduğu ifade edilmişti. İlerde istedikleri çocuk sayısına bakıldığında bir diyenler %31, iki diyenler %62.1 ydi. % 50 sinden fazlasının Karadenizli olduğu bizim çalışmamızdaki oranlar daha düşük görünmekteydi. Kendilerinin kardeş sayıları fazla olsa da sahip oldukları çocuk sayısı düşüktü. Buda büyük şehirde yaşama ile ilişkilendirilmiştir. Doğanadolu Bölgesi'nin AP tutumları Karadeniz'e göre farklılık göstermekteydi (48).

Toker'in çalışmasında yaş ortalaması 21 ± 1.32 ydi. Öğrencilerin %70.3'ünün kardeş sayısı iki ila üç arasında değişmekteydi. Bölgeler arası fark Ege ve Toker in yaptığı çalışmalarda görülmektedir. Bizim çalışmamızda da % 55.7 si 4 ve üzeri kardeşe sahiptiler. Karadeniz ve Doğanadoludan göç etmiş bir grubu oluşturmasıyla izah edebiliriz (49).

Çalışmamızdaki kadınların obstetrik geçmişleri incelendiğinde gebe kalma sayılarının ortalaması 2.22 ± 1.25 , medyanı 2'ydi. Doğum sayıları ortalaması 1.73 ± 1.11 , medyanı 2'ydi. Yaşayan çocuk sayıları ortalaması 1.85 ± 1.01 , medyanı 2'ydi. TNSA ya göre doğum sayısı ortalaması benzer, yaşayan çocuk sayısı ortalaması yüksekti. Ölü doğum sayıları, kendiliğinden düşük sayıları, isteyerek gebeliği sonlandırma sayılarının medyanı 0'dı ve TNSA ya göre son derece düşük ve sevindiriciydi.

Zerrin Kurşun'un çalışmasında kadınların obstetrik öykülerini sorgulamış; yaşayan çocuk sayısı %25.9 bir, %39,9 iki, %32'si üç ve üzeriydi. %15.9'u dört ve üzeri doğum yapmıştı. %19.0'u iki ve üzeri istemli gebeliğini sonlandırmıştı Bizim çalışmamızda bir kez isteyerek gebeliğini sonlandırma oranı % 10.8 di. Kurşun bunu eğitim seviyesinin düşüklüğüne bağlamıştı. Düşük sonrası AP

hizmet açığının varlığını belirtmişti (50). Aynı bölgedeki birbirine uzak olmayan bu iki grubun doğurganlık farklılıkları dikkate değerdı. Benzer çalışmalar verileri desteklemektedir (51, 52). Bizim çalışmamıza katılan kadınların beş ve üzerindeki gebelik sayısının, isteyerek gebeliği sonlandırma sayısının ve ölü doğum sayısının düşük olması sevindiricidir.

Çalışmamıza katılan kadınların aile planlaması terimini duydunuz mu sorusuna %89'u evet demişlerdi. %10.8 de hayır cevabını vermişlerdi. Kadınların %50.6 sı AP ile ilgili danışmanlık almış, %49.4'ü almamıştı. Danışmanlık aldığı halde aile planlaması terimini duymamış olanlarda vardı. %47.8 sağlık ocağından, %23.3 AÇSAP'dan %32.7 Devlet hastanesi AP kliniğinden hizmet almıştı. AP hizmeti alımında 2.basamak sağlık kuruluşunun yüksek oranda kullanıldığı dikkat çekmekteydi. %8.8 özel sağlık kuruluşu cevabını vermişti. %30 oranda da diğer başlığı altında arkadaş, komşu, tv, internet, kitap, broşürlerden korunma yöntemleriyle ilgili bilgi edindiğini söyleyenler oldu. TNSA-2003 sonuçları, aile planlaması yöntemlerinin temininde kamu sektörünün önemini koruduğunu göstermekteydi. Modern aile planlaması yöntemlerini kullananların yüzde 58'i yöntemi kamu sektöründen sağladıkları belirlenmişti. Özel sektör aile planlaması yöntemlerinin yüzde 40'ını karşılarken, tıbbi olmayan dükkan ve marketler de %2 oranında paya sahipti. Kamu sektörüne bakıldığında, modern yöntem kullanıcılarının %33'ünün yöntemi sağlık ocağı veya AÇSAP merkezlerinden, %11'inin devlet hastanelerinden ve %6'sının ise SSK hastanelerinden temin ettiği görülmekteydi. Bizim çalışmamızda özele başvuru Türkiye geneliyle karşılaştırılınca oldukça düşüktü. Grubumuzun gelir seviyenin düşüklüğü özel kuruluşlara başvuru imkanını düşürmekteydi (6). Kadınların %93'ünde sosyal güvence altında olduğu düşünülürse özel sağlık hizmetlerine başvuru gereksinimi yoktu.

Şahin S çalışmasında kadınların %35'i ap hizmeti almış, %65'i almamıştı. AP hizmetinin nerden alabileceğini bilenlerin oranı %61.3 dü. Kimden aldıkları sorulduğunda %53.3 ebe hemşire ve doktordan almışlardı. %46.7 diğer diye

tanımlanan gruptan almışlardı (46). Bizim çalışmamızda AP danışmanlık alma daha yüksekti. AP hizmeti almakla danışmanlık alma aynı anlama gelmemektedir. Her iki çalışmada da kamu sektörü önemini korumaktaydı. Pek çok çalışmada AP ye ilişkin bilgiyi çoğunlukla sağlık personelinde alındığı belirtilmiştir. Süleymanoğlu Mermer'in yapmış olduğu çalışmada kadınların %60.0'ının aile planlamasına ilişkin bilgiyi sağlık personelinde aldığını belirtmişti. Şahin'in çalışmasına benzerdi (53).

Birçok çalışmada bilgi kaynağı olarak basın, yayın, medya, internet, eczane, eş ve komşu görülmekteydi. Uzun ve ark çalışmasında acil kontrasepsiyonla ilgili bilgiyi nerden aldınız sorusuna yöntemi duyanlardan %22.4'ü basın yayın, medya ve internet den, %14.4'ü eczanelerde bulunan broşürden, %1.5 doktordan, %9.5 çevreden, sağlık kuruluşundan cevabını vermişlerdi (54). Aynı şekilde Mayda ve arkadaşlarının Düzce ilinde yaptıkları çalışmada yöntem kullanmaya nasıl başladınız sorusuna %8 komşudan gördüm, %20.3 sağlık ocağı önerdi, %50.3 eşimle görüştüm cevabını vermişlerdi, kullandığı yöntemi kim önerdi sorusuna ise %12.3 sağlık ocağı, %55.6 eş, %10.2 komşum cevabını vermişlerdi, bu sorulara %13-17 doktor cevabı maalesef düşük oranda verilmişti (55).

Bazı çalışmalarda kırsal ve kentsel alanlardaki AP bilgi edinme kaynaklarının farklılığını ortaya konmuştu. Güler Şahin ve arkadaşlarının Van ili yöresinde AP yöntemleri kullanmama nedenlerini araştırdığı çalışmada kadınların aile planlaması konusunda hangi kaynaklardan bilgi aldıkları incelendiğinde köy grubu ile kent grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı. Kentte yaşayan kadınlar %48,3 oranında doktor, ebe ve hemşire gibi sağlık personelinde aile planlaması bilgisi alırken kırsal kesimde bu oran %37,9'da kalmakta idi. Köyde yaşayan kadınlar daha çok anne, eş ve arkadaşın bilgilerine başvurmuşlardı. Bizim çalışmamızda ki kadınlarda kentte yaşayıp kırsal alanla benzer şekilde tutum ve davranışlar sergilemekteydi (56).

Erkekler üzerinde yapılan çalışmalarda da durum değişmemektedir. Günay ve arkadaşlarının erlerde yaptığı çalışmada AP yöntemleri konusunda bilgi kaynakları sırasıyla yazılı-görsel basın ve kitap (%34.5), arkadaşlar (%30.4), okul (%21.3), sağlık personeli ve aileydi. Sağlık kuruluşunun rolü çok azdı (57).

Pek çok çalışma göstermektedir ki; bilgi edinilen kaynaklar incelendiğinde arkadaş, komşu, eş, basın-yayın, medya, internet, eczane, sağlık kuruluşu ve sağlık personelinin önüne geçmektedir. Bizim çalışmamızda da sonuç değişmemektedir.

Bizim çalışmamızdaki kadınların AP hizmetini nerden alacağını bilme ve faydalanma oranları yüksekti. Ancak nerden alabileceğini bildiği halde başvuru oranı düşüktü. Üniversitelerden AP hizmeti alınabileceğini öngörebildiğimiz bir sonuç olarak hiç kimse bilmemektedir.

Çalışmamızda AP Danışmanlığı alanlara hangi konulardan bahsedildiğini sorulduğunda kadınların yarısından daha çoğunun danışmanlık hizmetine başvurduğu halde yöntemlerle ilgili etkili ve akılda kalıcı bilgilendirilmiş olmadığı anlaşılmaktaydı.

AP danışmanlığının etkili olup olmadığını araştıran pek çok çalışma vardı. TNSA - 2003 kapsamında araştırma tarihinde modern bir aile planlaması yöntemi kullanan kadınlara, yöntemin olası yan etkilerinden bahsedilip edilmediği, yan etkinin ortaya çıkması durumunda ne yapması gerektiğinin anlatılıp anlatılmadığı ve diğer yöntemler hakkında bilgilendirilip bilgilendirilmediği sorulmuştu. Sonuçlar, kadınların %55'ine yöntemlerin olası yan etkilerinin anlatıldığını, %44'üne yan etkiler ortaya çıktığında ne yapması gerektiği hakkında bilgi verildiğini, üçte birine ise diğer kullanılabilir yöntemler hakkında bilgi aktarıldığını göstermekteydi (6).

Yeliz Doğan'ın çalışmasında kadınların hizmete yönelik beklentileri ve beklentilerinin karşılanma durumu araştırılmıştı. Kadınların %29.3'ü 20-24 yaş

arası, %72'si ilk öğretim mezunu, %78,72'si çalışmayan, %53.3'ü iki – üç gebelik sayısı, %51,3'ü iki – üç canlı doğum, %24.7'si isteyerek gebeliği sonlandırma oranlarına sahiptiler. Bizim çalışmamızdaki kadınlarla benzerlik göstermekteydiler. Kuruma başvurunun %60.7 sebebi AP danışmanlığı almaktı. %50,' si daha önce etkili AP yöntem kullanmayan kadınlardı. Etkili AP yöntem kullananların %55.4 daha önce en fazla RIA kullanmıştı ve %91.9'u danışmanlık almıştı. Danışılan kişi %97 sağlık personeli idi. Bizim çalışmamızda danışmanlık alanlardan %70'i sağlık kurumları ve personelini ifade etmişlerdi. Doğan'ın çalışmasına katılanların %10.7'si AP hizmetinden memnun değildi. Memnuniyetsizliğin %71.4 nedeni yetersiz bilgi verilmesi idi. Yöntemi uygulamayla ilgili hata yapma nedeni %41.2 yeterli bilgiye sahip olmama olarak ifade edilmişti. Yöntemle ilgili problem yaşandığı zaman danıştıkları kişi %68.1 sağlık personeli,%22.2 komşu cevabı idi. Danışılan kişiyi seçme nedeni %68.6 daha bilgili olmasıydı. Danışmanlık konularına yönelik beklentiye baktığımızda %95.3 yöntemin etkililiği ve yan etkileri alma isteği ilk sırada ifade edilmişti. Kullanma şekilleri %56, yöntemi sağlama koşulu %51.3 ikinci ve üçüncü sıradadır. AP yöntemle ilgili yeterli bilgi sahibi olma yöntem kullanımında hata payını azaltmada son derece önemliydi. Yan etkiler ve komplikasyonlar çıktığı zaman kullanıcının dikkatli davranması bakımından da gerekliydi. Bizim çalışmamızda yöntemin sunumuyla ilgili memnuniyet değerlendirme soruları yer almamaktaydı (58).

Çalışmamıza katılan kadınların tamamı evliydi. Hangi AP yöntemlerini bildikleri sorulduğunda; modern gebeliği önleyici yöntemlerden en fazla bilinenleri RIA (%86), hap (%81.8), kondom (%70.1) iken, en az bilinen modern yöntemler kadın kondomu (%5.4) ve acil korunma hapıydı (%2.2). En fazla bilinen modern yöntemler sıralaması TNSA – 2003 ile uyumluydu. Geleneksel yöntemler arasında geri çekme en fazla bilinen yöntemdi (%43.6). TNSA – 2003'e göre daha düşüktü. TNSA - 2003'e göre a göre de geleneksel yöntemler arasında hem evlenmiş hem de evli kadınlarda geri çekme en fazla bilinen yöntemdi (%94). Çalışmamıza katılan kadınların çoğu geri çekmenin geleneksel

ve düşük koruyuculuğu olan bir yöntem olduğunu bilmekteydi. %5.4 isteyerek gebelik sonlandırmayı doğum kontrol yöntemi olarak bilmekteydi. Acil kontrasepsiyonu (AK) bilenlerin oranı %2.22ydi. Uzuner ve ark çalışmasında acil kontrasepsiyon duyma oranı % 31.7 iken ancak yarısı amacını bilmekteydi. TNSA - 2003'de de bu oran %16.1 di. Loğusa kadınların acil kontrasepsiyonu bilme oranları diğer çalışmalara göre oldukça düşüktü (54).

TNSA 2003 sonuçlarına göre evlenmiş ve evli kadınların neredeyse tamamı en az bir aile planlaması yöntemini bilmekteydi. Yine görüşme yapılan kadınların neredeyse tamamı en az bir modern yöntem bildiklerini ifade etmişlerdir Evli kadınlar arasında gebeliği önleyici modern yöntemlerden en fazla bilinenleri bizim çalışmamıza benzer oranda RİA (%98), hap (%98), kondom (%90), tüp ligasyonu (%90) ve enjeksiyon (%83) yöntemleri iken, en az bilinen modern yöntemler kadın kondomu (%13) ve acil korunma hapıydı (%16). Geleneksel yöntemler arasında geri çekme, gene bizim çalışmamıza benzer şekilde en fazla bilinen yöntemdi. (Hem evlenmiş hem de evli kadınlarda yüzde 94). TNSA da ortalama bilinen yöntem sayısı, aile planlaması yöntemlerinin ne kadar yaygın olarak bilindiğini gösteren kaba bir gösterge olarak tanımlanmıştı. Evlenmiş ve evli kadınların ortalama olarak bildikleri yöntem sayısı 8,5'du. Bizim Çalışmamızda kadınların bildikleri aile planlama yöntemi sayısı 0 ile 16 arasında değişmekte olup; ortalaması 4.57'di. Türkiye geneliyle karşılaştırılınca AP yöntemlerinin yaygın bilinme oranı yarı yarıya düşüktü (6).

Toplumun pek çok kısmında AP yöntemlerinin ne kadar bilindiği merak edilmiş; liselerde, askerlerde, evli erkeklerde hatta ürologlarda bazı çalışmalar yapılmıştı.

Topbaş ve arkadaşlarının Trabzon ilinde bazı liselerde gençlerin AP ve CYBE konusundaki bilgi seviyelerini tespit etmek için Haziran 2001- Aralık 2002 tarihleri arasında gerçekleştirdiği çalışmada araştırmaya katılan adolesanların %95.0'ının (n=1570) en az bir AP yönteminin adını bilmekteydiler. Öğrencilerin adını bildikleri AP yöntemleri sorgulandığında, en çok hap (%77.4; n=1280) ve kondom (prezervatif) (%68.7; n=1135) olarak yanıtını vermiştiler. Kız

öğrencilerin %90.3'i (n=892) hap ve %69.1'i (n=683) RIA bildiklerini söylemişlerdi. Yaş ortalamasının 16 il 19 arasında değiştiği grubun AP yöntem bilgisi bizim çalışmamıza ve TNSA - 2003'e benzerdi (59). Şankazan ve arkadaşlarının çalışmasında evli erkeklerden %46.2'si hiçbir aile planlaması yöntemi bilmemekte, %18.5'i herhangi bir modern yöntem, %21.5'i herhangi bir geleneksel yöntem bilmekte, %13.8'i hem geleneksel hem de modern yöntemlerden birini bilmekteydi. Eşlerinin AP yöntemi seçimine karışan erkeklerin AP yöntem bilgisinin son derece düşük olduğu görülmekteydi. Bizim çalışmamızda da istemeden gebe kalanların %47.1 geri çekme yöntemi kullanmaktaydı ve etkili modern yöntem kullanmama gerekçesi olarak eşlerinin korunduğunu belirtmekteydiler. Çoğunun kırsaldan göç ettiği grubumuzun eşlerinin AP bilgi seviyesinin düşük olduğu görülmekteydi. Kadınların etkili yöntem seçimine karışarak istenmeyen gebeliğe maruz kalmaktaydılar. Çiftler aslında çocuk istemedikleri halde meydana gelen gebelikleri sanki istenen gebelikmiş gibi doğumla sonuçlandırmaktaydılar (60).

Asan ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmaya katılan ürologların (n=193) en çok tercih ettiği doğum kontrol yöntemleri %23,3 (n=45) ile kadın doğum kontrol hapi, %21,8 ile kondom (n=42), %15,0 (n=29) ile geri çekme olarak belirlendi. Üroloji uzman ve asistanlarının vazektomiyi tercih etmedikleri görüldü (%0). Hastalara doğum kontrol yöntemi olarak da; %22,8 oranında kondom, %16,6 vazektomi, %16,1 kadın doğum kontrol ilaçları önerildiği saptandı. Cerrahi yöntemlerden tüp ligasyonunun %13,5 oranında önerildiği gözlenmişti. Doktorların vazektomi olmayı kabul etmeyeceğini belirtilmişti. Vazektomiyi kabul etmeyenlerin %43,6'sı geri dönüşümsüz olması, %40,3'ü invaziv olması, %6,7'si başka yöntemleri kullanabilecek kültür düzeyinde olduklarını belirtmeleri ve %4,7'si prostat kanseri ile arasındaki ilişkinin tam aydınlatılmamış olmasını sebep göstermişlerdi. AP yöntemi bilgilerini yüksek olduğu düşünülen çalışma grubunun AP rolünü kadına atf etmesi düşündürücüydü. Bizim çalışmamızda da vazektomi bilinme oranı %10.8 di. Kadınların %90'nı vazektomiyi bilmiyorlardı. Vazektomi nasıl yapılır sorusuna ise

%8 oranında yeterli cevap vermişlerdi. Erkeklerin AP na katılımı eğitim sevişyesi düşük olan bizim çalışma grubumuz tarafından da benimsenmiş bir düşünce değildi (61). Günay ve arkadaşlarının erlerde yaptığı çalışmada erlerin %75.8'i herhangi bir yöntem biliyordu (57).

Değişik çalışmalarda farklı yöntemler ilk sırada bilinmekteydi. Adinma ve arkadaşlarının 308 Nijeryalı kadında yaptığı çalışmada kadınlar tarafından en iyi bilinen yöntem %59.1 prezervatifti (62). Martins ve arkadaşlarının Brazilya'da 2003 de 1594 adölasanda yaptığı çalışmada özel okulda okuyanların %84.3 devlet okulunda okuyanların %74.2 si prezervatifi bilmekteydi. Sırayla en çok bilinen yöntemler hap, kadın kondomu idi (63). Yöntemlerin bilinmesi bakımından şaşırtıcı sonuçlarda vardı. Mao ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlar tarafından bilinen en popüle yöntem kadın sterilizasyonu yada tubektomiydi. Sonraki en çok bilinen method ise vazektomiydi. Ülkenin ap politikalarıyla alakalı olduğu düşünöldü (43).

Çalışmamıza katılan kadınların modern yöntemlerle ilgili bilgi sevişesine baktığımızda sırasıyla; en çok %65 prezervatif, %42.7 RİA, %31.5 tüp ligasyonu, %27.1 hap, %8.0 vazektomi, %5.4 aylık iğne. %4.1üç aylık iğne, %1.6 cilt altı implant, %1.0 kadın kondomu, %0.3 de minihap hakkında yeterli bilgiye sahiptiler. Yöntemlerden %93.0 de minihap, %84.7 kadın kondomu, %56.7 cild altı implant, %56.1 vazektomi, %44.3 üç aylık iğne, %43.0 aylık iğne,%30.9 tüp ligasyonu, %22.0 hap, %10.8 RİA, % 15.3 prezervatif hakkında geçersiz bilgiye sahiptiler. İsimlerinin daha önceden bilinmesine rağmen yöntemler hakkındaki bilgi sevişesi son derece yetersizdi. Bizim yeterli bilgi demek için olmazsa olmaz şartımız yöntemin nasıl kullanılacağıının bilinmesiydi.

Tüzün ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin (n=167), aile planlaması yöntemleri hakkındaki bilgi düzeylerini %39.8'i yeterli, %52.4'ü az yeterli, %7.8'i ise hiç yeterli değil olarak değerlendirmişlerdi. Aile planlaması tanımlarının %47.9'u bakabileceği kadar çocuk sahibi olma, % 24.3'ü sağlıklı çocuk edinme cevabı oluşturmaktaydı. % 98,8 ile en çok var olduğunu

duydukları yöntem doğum kontrol hapi iken bunu % 97.5 ile kondom, % 76.5 ile rahim içi araç takip etmekteydi. Bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak öğrenciler bilgi seviyelerini kendikendilerine değerlendirmişlerdi. Tüzün ve arkadaşları öğrencilerin Aile planlamasının tanımı sorusuna; en yüksek oranda verilen yanıtın bakabileceği sayıda çocuk sahibi olması en düşük oranda verilen yanıtın ise nüfus azaltma olması konuya genel bakış açısının doğru olduğunu savunmuşlar ve değerlendirme yapmışlardı. Doğum kontrol hapıyla ilgili daha ayrıntılı bilgi seviyesi değerlendirmesi bizim çalışmamıza göre doğru bilgi düzeyi doğal olarak daha yüksekti (64).

Çalışmamıza katılan kadınların %61.1'i isteyerek gebe kalmıştı. Bunlardan %79.7'si eşi ile ortak karar vererek gebe kalmıştı. İstemedен gebe kalanların oranı %38.9'du ve oldukça yüksek karşılanmamış AP ihtiyacını göstermekteydi İstemedен gebe kaldığını söyleyen 122 kadının %69.7'si (n=85) gebe kaldığında korunma yöntemi kullandığını ifade etmişti. İstemedен gebe kalan bu kadınların %47.1'i geri çekme, %16.5'i rahim içi araç, %15.3'ü prezervatif, %10.6'sı doğum kontrol hapi, %3.5'i aylık iğne, %3.5'i diğer yöntemleri, %2.4'ü emzirme-amenore ve 1 kadın (%1.2) takvim yöntemini kullandığını söylemişler. TNSA – 2003 Araştırmadan önceki son beş yılda yöntem bırakma nedenlerini incelemiş kullanırken gebe kalanların dağılımını vermişti. Geri çekme %35.2, RİA %4.9, Hap %12.4 Kondom %16.8,diyafram %18.7 ve tüm yöntemler için kullanırken gebe kalma oranı %22.1 di. Geri çekme yöntemi ile gebe kalma bizim çalışmamızda daha yüksekti. RIA kullanırken gebe kalma oranı yüksekti. TNSA 2003 sonuçları özetlendiğinde; karşılanmamış AP İhtiyacı şu şekilde ifade edilmişti. Toplam AP talebinin %76 olduğu ve bu talebin %92'sinin karşılandığı bulunmuştu. Doğurganlığı sonlandırma talebi doğumların aralarını açma talebinden üç kat daha fazlaydı (sırasıyla %58 ve %18). Önceki iki araştırma sonuçlarından daha düşük olarak halen evli kadınlar arasında karşılanmamış ihtiyaç %6ydı. Karşılanmamış AP ihtiyacı yüksek olan grubumuzun etkili ve güvenli modern kontrseptif yöntem kullanmadıkları veya modern yöntemleri doğru kullanamadıkları görülmüştü.

İnce ve arkadaşlarının aile planlaması hizmeti almak için gelen kadınlarla, yapmış oldukları çalışmada geri çekmeyi bir kez bile kullananların oranı %62.8 tespit edilmiş, geri çekme uygularken gerçekleşen gebelik oranı %28.6 (n:200) bulunmuştu. Kadınların % 31.9 (n:223)'u herhangi bir gebelikten korunma yöntemini kullanırken gebe kalmıştı. Bu gebeliklerin %57.8'i geri çekme, %17.5'i hap, %9.9'u kondom, %3.6'sı RİA, %3.6'sı emzirme, %0.4'ü diyafram, %1.3'ü takvim ve %5.9'u diğer (İlişkiden sonra 11 kadın su ile, 2'si idrarla vaginal lavaj yapıyordu) yöntemler uygulanırken gerçekleşmişti. 10 yıl gibi uzun süre geçmesine rağmen karşılanmayan AP ihtiyacının değişmemesi birtakım acil önlemlerin alınması gerektiğini düşündürmekteydi. Halen geri çekme etkili bir AP yöntemi gibi algılanmaktaydı. İstenmeyen gebeliklere sebep olması ailelerin tutum ve davranışlarını değiştirmedeği yıllar içinde yapılan çalışmalarda görülmüştü (65).

Güngör ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınların kullandıkları kontrasepsiyon yöntemleri değerlendirildiğinde, en sık tercih edilen yöntem, %68.6 ile geri çekmeydi (n=324). Geri çekme yöntemini ilk tercih olarak kullananların oranı ise %22.8 (n=108)'di. Çalışmaya katılan 117 kadın kontrasepsiyon yöntemlerinden herhangi birini kullanırken gebe kalmıştı. Bu kadınlar incelendiğinde geri çekme yöntemi kullanırken gebe kalanların oranı %35.1'di (66).

Bizim çalışmamızla karşılaştırdığımızda başvuran kadınlardan altı – 11 yıl eğitim görenlerin oranının %52.9 ve en az 12 yıl eğitim görenlerin oranının %32.5 olduğuna dikkat edersek eğitilmiş bir grup için %35.1 oranında geri çekmeyle gebe kalma yüksek düzeydeydi. Güngör'ün çalışmasında 12 yıldan daha fazla eğitim almış kadınlarda, 5 yıl ve daha kısa süreli eğitim almış gruba göre, yöntemin etkinliği açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştu. Eğitilmiş grup geri çekme yöntemini başarı ile uygulamıştı. Bizim çalışmamızda da kadınların %70'inin beş yıldan daha az eğitim aldığı ve eşlerinin de %71'inin 8 yıldan az eğitim aldıkları tespit edilmişti. Çiftlerin geri çekme yöntemini başarısız

uyguladıkları görülmekteydi. Bu durum Güngör'ünde belirttiği gibi eğitim seviyesinin düşük olmasıyla açıklanabilirdi (66).

Tüm dünyada istenmeyen gebelikler, üreme sağlığını tehdit eden önemli bir sorundur ve aile planlamasında karşılanamayan gereksinim olarak ifade edilir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlar çocuk sahibi olmak istemedikleri halde etkili kontraseptif yöntem kullanmamaktadırlar Literatüre baktığımızda; Delbanco ve arkadaşlarının 1994-1995 de üç ülkede halkın korunma yöntemleri ve plansız gebeliklerle ilgili bilgi ve tutumlarını araştırdıkları çalışmada önemli sorunları beraberinde getiren plansız gebelikler Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) %60, Kanada'da %36 ve Hollanda'da % 6 orandaydı. Bu oran ABD'de diğer gelişmiş ülkelere göre daha fazla olduğu görülmüştü (67).

ABD'de oranlar dalgalanma göstermekle beraber karşılanmayan AP ihtiyacı yüksekti. Lawrence ve ark 2001 yılında yaptığı çalışmada Amerika Birleşik Devletlerindeki gebeliklerin %49'u istenmeyen gebeliklerdi.1994 den beri değişik oranlar saptanmıştı. 2001 yılında 18 - 24 yaş arası, evlenmemiş, düşük gelirlili, azınlık kadınlarda oran yükselmekteydi. İstenmeyen gebeliği olan kadınların %40'ında konteraseptif yöntem kullanmaktayken gebe kalmıştı (68). Bizim çalışmamızda evli olmayıp istenmeyen gebeliği olan yoktu. Literatürde istenmeyen gebelik oranları farklı çalışmalarda verilmişti. Mosher ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 2002 yılında ABD'de en az bir kontraseptif yöntem kullanan kadınların oranı %98 ve yalnızca %7.8 hiç yöntem kullanmayan kadınlar plansız gebelik riski altındaydılar (69). Sözeri ve ark çalışmasında gebeliklerin %20 6 sı plansızdı (70). Sedgh ve ark çalışmasında kadınların % 28 istenmeyen gebeliğe sahipti (71). Mensch ve ark çalışmasında kadınların % 29 unun gebeliği planlanmamıştı (72).Erol ve ark çalışmasında istenmeyen gebelik oranı %56.6'ydı (73). Gebeliklerin %87.9'unun nasıl sonuçlanacağına çift birlikte karar vermişti. İstenmeyen gebeliklerle sahip olanlarda o anda kullandıkları yöntem %47 geri çekme yöntemi idi. Keskinöğlü ve ark çalışmasında adölesan gebeliklerin %31.6 sı istenmeyen gebelik, gebelik nedeninin korunma

yöntemlerini bilmeme olduğu belirtilmişti (74). Sağsöz ve ark yaptığı çalışmada plansız gebelik oranı ise %27.7 idi (75).

Bizim çalışmamızda İsteyerek gebe kalma ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştu ($p=0.029$) (Ki kare test, $p<0.05$). İsteyerek gebe kalanların 20 - 24 yaş arasında olma oranları (%32.8), istemeden gebe kalanların 20 - 24 yaş arasında olma oranlarından (%24.6) anlamlı düzeyde yüksekti. İstemeden gebe kalanların 35 yaş ve üzeri olma oranları (%16.4), isteyerek gebe kalanların 35 yaş ve üzerinde olma oranlarından (%8.3) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştu. TNSA 2003'e göre gebeliğini istememiş, isteyerek düşük yapmış evlenmiş kadın yüzdesinin 25 yaş altında %5'ten az bir değerden başlayıp, 30 yaş ve üstü kadınlarda dikkat çekici şekilde artarak 45-49 yaş grubu kadınlar arasında %41'e yükseldiği gösterilmişti. TNSA 2003 e göre araştırma tarihinden önceki beş yıl içindeki doğumlar incelendiğinde 40-44 yaşdakilerin %51.2 si, 45-49 yaşdakilerin %74.7 ü istenmeyen gebeliklerdi (6).

Atar Güler ve arkadaşlarının çalışmasında istemeden gebe kalma oranı ileri yaş gebelerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştu. İleri yaş gebelerin %72.7'si bu gebeliği planlamadığını ifade ederken bu oran 35 yaş altındaki gebelerde %28.4 orandaydı. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$). Otuzbeş yaş ve üzerindeki gebelerde eğitim düzeyi anlamlı olarak düşük bulunmuştu. Otuzbeş yaş ve üzerindeki gebelerin yarısından fazlası (%54.6) okuma yazma bilmezken bu oran otuzbeş yaş altındaki gebelerde %29.4 bulunmuştu ($p<0.05$) Bizim çalışmamızdan farklı olarak eğitim faktöründe istatistiksel olarak anlamlıydı (76). Benzer çalışmalarda da anlamlı farklılıklar görülmekteydi. Sedgh ve ark çalışmasında da istenmeyen gebelik ileri yaşlarda daha fazla olduğu görülmekteydi (71). Goto ve arkadaşlarının çalışmasında da, 35-49 yaş arasındaki kadınların neredeyse yarısının istenmeyen gebelikle karşı karşıya kaldıkları belirlenmiştir. Kadınların yaşı ilerledikçe istenmeyen gebeliklerle karşılaşma oranı artmaktaydı (77).

Bütün bu veriler bizim çalışmamızla uyumluydu. Ülkemizde ilk evlenme yaşınının 20 olması ve genç kadınların istedikleri sayıda çocuğa daha erken yaşlarda sahip olmaları etkili yöntemlerin kullanılmamasıyla meydana gelen daha ileri yaşlardaki gebeliklerini istememelerine sebep olmaktadır. Literatürde bizim çalışmamızın tersine adolesan yaş grubu evlenmemiş kadınlarda istenmeyen gebelik oranlarında artığını gösteren çalışmalar vardı.

Lawrence ve ark çalışmasında ABD'de istenmeyen gebelikler <15 yaş, evlenmemiş, birlikte yaşayan, düşük gelirli, yüksek eğitimi tamamlamamış, zenci kadınlarda artmıştı (68). Küçük yaş olmasına rağmen evli olmama ve düşük gelir seviyesi gebeliği istememe nedeniydi. AB ve ark Kanadada 200 doğum sonu kadında yaptığı çalışmada istenmeyen gebeliğe sahip kadınlar daha genç, yalnız yaşayan, daha çok çocuk sahibi olan, kontraseptif yöntem kullanmayan yada kontraseptif yöntem başarısızlığı yaşayan kadınlardı (78). SK ve ark çalışmasında istenmeyen gebelikler 18-24 yaşda, evlenmemiş, düşük gelirli, zenci yada İspanyol ırkından kadınlarda artmıştı (79). Y ve ark çalışmasında evlenmemiş kadınlarda ciddi indüklenmiş düşük oranı % 33'tü. Bu kadınlar birden fazla düşük yapmış genç kadınlardı. 2000 li yıllarda dahi planlanmamış gebelikler ve kontraseptif kullanımını etkisiz olduğunun göstergesi olması açısından önemli bir veriydi (80). İstenmeyen gebelikler dünyanın her tarafında önemli problemdi.

Bizim çalışmamızda İsteyerek gebe kalınması ile medeni durum, memleket, eşin memleketi, aile tipi, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence, İstanbul'dan önce başka yerde oturma, İstanbul'da oturma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktaydı ($p>0.05$). Literatürde anlamlı sonuçlar tespit edilmişti. Sedgh ve ark çalışmasında düşük gelir düzeyli kadınların % 30 u istenmeyen gebeliğe sahipti. Eğitim seviyesi artıkça istenmeyen gebelik oranı artmıştı (Üniversite %32.1). Kırsalda yaşayanlarda yüksekti (%29.7). Gebeliğini istemeyen kadınların oranı evlenmemiş olanlarda (%33) evli olanlardan (%26) daha

yüksekti. Hiç kontraseptif yöntem kullanmayanda (%49) yada halen kullananda (%24) istenmeyen gebelik oranı yüksekti (71).

Bizim çalışmamızda isteyerek gebe kalınması ile İstanbul'a yerleşmeden önce çocuk sahibi olunması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştu ($p=0.001$ Ki kare test, $p<0.01$). İsteyerek gebe kalan kadınların İstanbul'a yerleşmeden önce çocuk sahibi olma oranları (%7.3), istemeden gebe kalanların İstanbul'a yerleşmeden önce çocuk sahibi olma oranlarından (%20.5) ileri düzeyde anlamlı düşüktü. Benzer şekilde İsteyerek gebe kalınması ile İstanbul'da doğan çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştu ($p=0.001$ Ki kare test, $p<0.01$). Gebeliğini isteyenlerin İstanbul'da doğan çocuk sayısının bir olma oranları (%58.3), gebeliğini istemeyenlerin İstanbul'da doğan çocuk sayısının bir olma oranlarından (%30.3) anlamlı şekilde yüksekti. İstemeden gebe kalanların İstanbul'da doğan çocuk sayısının üç (%23) ve dört ve üzerinde (%12.3) olma oranları isteyerek gebe kalan olgulardan anlamlı şekilde yüksekti. Bu veriler TNSA – 2003 ve literatür verileriyle uyumluydu. Gebeliklerin istenme yada istenmeme durumu İstanbulda olmasıyla ilgili değil kaçınıcı gebelik olduğuyla ilgiliydi. Doğum sayısı artıkça istenmeyen gebelik oranının artmasından başka bir şey değildi.

TNSA 2003 verilerine bakacak olursak doğum sırası ile doğumların planlanma durumu arasında oldukça güçlü bir ilişki vardı. Gebelikleri sırasında istenmiş oldukları söylenen doğumların oranı doğum sırasının artmasıyla birlikte azalmakta ve istenmemiş olduğu söylenen doğumların oranı da artmaktaydı. İlk doğumların %89'u gebelikleri sırasında istenmiş olan gebelikler iken, dördüncü veya daha sonraki sıradaki doğumların yarıdan fazlası istenmeyen gebeliklerin sonucuydu TNSA 2003 e göre doğum sırasına göre gebeliğini istememe oranları sırayla; 1.doğum %0.9, 2.doğum %7.6, 3.doğum %31.2, 4.doğum %56.3 olarak belirlenmişti (6). Sedgh ve ark çalışmasında planlanmayan gebelikler çok gebelik geçirenlerde çocuğu olmayanlara oranla yüksekti (71). Erol ve ark çalışmasına katılan gebelerin %37.8'i (n=260) hiç istenmeyen gebelik, %18.8'i (n=129) yanlış

zamanlama nedeniyle istenmeyen gebelik iken gebeliklerin ancak %43.4'ü istenen gebelikti. Hiç istenmeyen gebeliklerin en sık istenmeme nedenleri %66.1 ile çocuk sayısının yeterli olması, %15.3 ile ekonomik sıkıntıydı (73). Pek çok çalışmada istenmeyen gebeliklerin nedenleri araştırılmıştı. Goto ve ark Japonya'da premenopozal kadınların doğurganlık öyküleri üzerine yapılan bir çalışmada incelenen 1255 gebelik içinde zamanlaması yanlış olanların %51.2'si ve hiç istenmeyenlerin %25.9'u AP yöntem kullanmamaktan dolayı gerçekleşmişti (81).

Bizim çalışmamızda İsteyerek gebe kalınması ile gebe kalma sayısı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktaydı ($p=0.001$ Ki kare test, $p<0.01$). İsteyerek gebe kalan kadınların gebe kalma sayılarının bir (%44.2) ve iki (%32.8) olma oranları; istemeden gebe kalan kadınların gebe kalma sayısının bir (% 23) ve iki (% 27) olma oranlarından anlamlı şekilde yüksekti. İstemeden gebe kalan kadınların gebe kalma sayısının üç (%23), dört (%10.7), beş ve üzerinde (%16.4) olma oranları isteyerek gebe kalan kadınlardan anlamlı şekilde yüksekti. Literatür sonuçlarıyla benzerdi. Kadınların gebeliklerini planlayabilmesi sahip olacakları ideal çocuk sayısını belirlemek açısından önemlidir. Öyleki loğusalarda yeni evli olupta henüz çocuk sahibi olmayı düşünmemesine rağmen gebe kalanlar ve gebeliklerini doğumla sonlandıranlar vardı. İlk gebeliğin zamansız olduğu ve istenmediği ifade edildi. Benzer şekilde Sedgh ve ark çalışmasında 1-3 doğum sayısında %30 istenmeme, 3 ve üzeri %28.9 istenmeme oranı vardı (71).

Bazı çalışmalarda kadınların çalışıp çalışmama durumuda gebeliklerin istenmesinde etkili olduğu gösterilmişti. Güleğül ve ark çalışmasında çalışmayan kadınlar ilk istemsiz gebeliklerinde %34.5, çalışan kadınlar ise % 45.6 oranında isteyerek gebeliğini sonlandırmıştı Bu oran ikinci ve üçüncü istemsiz gebelikte sırasıyla %63, %81 ve %61.3, %100 olarak bulunmuştur. Bu bize ilk gebeliklerin istenmeme oranının düşük olduğunu göstermekteydi bizim çalışmamıza benzerlik gösteriyor aynı zamanda çalışmayan grubun istenmeyen

gebeliklerle karşı karşıya kaldığında gebelik sonlandırma yerine doğumu, çalışan grubun ise daha çok gebelik sonlandırmayı tercih ettiğini göstermekteydi. Bizim çalışmamızdan farkı kadınların tamamının gebeliğini istememesiydi. Grubumuzda isteyerek gebe kalmaya göre çalışma durumu karşılaştırması kadınların %90'a yakını ev kadını olduğu için yapılmadı(82).

Yukardakine paralel olarak isteyerek gebe kalınması ile doğum sayısı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktaydı ($p=0.001$ Ki kare test, $p<0.01$). İsteyerek gebe kalan kadınların doğum sayılarının bir (%59.1) olma oranları; İstemedenden gebe kalan kadınlarda gebe kalma sayısının bir (%31.2) olma oranlarından anlamlı şekilde yüksekti. Planlanan gebelikler istenen gebeliklerdi ve doğumla sonuçlanmaktaydı. İsteyerek gebe kalınması ile ölü doğum sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktaydı. ($p=0.019$ Ki kare test, $p<0.05$). İsteyerek gebe kalan kadınların ölü doğum yapmama (%97.9) oranları; istemedenden gebe kalan kadınlarda ölü doğum yapmama (%91) oranlarından anlamlı şekilde yüksektir. Bizim çalışmamızda %4.7 ölü doğum oranı mevcut bu TNSA 2003'dekinden yüksek bulunmuştur. Güler'in çalışmasında vurguladığı gibi istenmeyen gebeliklerin ileri yaş grubunda daha fazla olması maternal ve fetal riskleri artırmaktaydı (76).

İsteyerek gebe kalınması ile yaşayan çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktaydı. ($p=0.001$ Ki kare test, $p<0.01$). İsteyerek gebe kalan kadınların yaşayan çocuk sayılarının bir (% 55.2) olma oranları; istemedenden gebe kalan kadınlarda yaşayan çocuk sayısının bir (%21.3) olma oranlarından anlamlı şekilde yüksekti. Gebeliğini istemeyenlerde yaşayan çocuk sayısının üç ve üzerinde olma oranı (%44.3); isteyerek gebe kalanlardan (% 9.4) anlamlı şekilde yüksekti. Çalışmaya katılanların %85 inde isteyerek gebeliği sonlandırma öyküsü olmadığı, bilinen ap yöntemlerinden ancak %5.5 i bağlı gebelik sonlandırma dediği dikkate alınırsa anlamlı sonuç çıkmaması sevindiriciydi. Kadınlar isteyerek gebelik sonlandırmanın doğum kontrol yöntemi olmadığını bilmekteydiler.

Güलगül Köken ve ark yaptığı çalışmada kadınların %44'ünün en az bir kez istemsiz gebelik geçirdiği saptanmıştı. Kadınların %84.1'i aile planlaması (AP) yöntemi kullanırken, %15.9'u herhangi bir yöntem kullanmamaktaydı. Çalışmayan kadınlarda istemsiz gebelik oranı %53.2, çalışan kadınlarda %34.7'dir. En fazla istenmeyen gebelik durumu %66.7 ile okur-yazar olmayan grupta görülmekteydi. Üniversite mezunu kadınlarda ise istenmeyen gebelik sıklığı %28.9'du. Kadınların istenmeyen gebelik sonuçları değerlendirildiğinde birinci istemsiz gebeliklerin %44'ü canlı doğumla sonuçlanırken, ikinci ve üçüncü istemsiz gebeliklerin daha yüksek oranda sonlandırıldığı saptanmıştı. Çalışmayan kadınlarda iki ve üç üzeri gebeliğini sonlandırma çalışan kadınlara göre iki kat daha yüksek saptanmıştı. AP yöntem konusunda çalışmayan kadınların bilgi seviyesinin daha düşük olduğu söylenebilirdi. Bizim çalışmamıza katılan kadınların %38.9 gebeliğini istemediği halde tamamı canlı doğumla sonuçlanmıştı (82).

Vural ve ark çalışmasında kadınların tamamı gebeliklerini istemiyorlardı. Kadınların toplam gebelik sayısı 4.58 ± 2.14 , doğum sayısı 2.80 ± 1.64 , abortus sayısı 0.24 ± 0.32 , yasal tahliye sayısı 2.05 ± 1.57 yaşayan çocuk sayısı 2.65 ± 1.45 idi. Yasal tahliye isteyenlerden hiç çocuğu olmayan oranı %8.7 idi. 1 olgunun 9 yaşayan çocuğu vardı. Kadınları %64.4'ü geri çekme yöntemini kullanıyordu. Bizim çalışmamıza göre bu oran çok yüksekti. Yaş ortalamasının yüksek olması eğitim seviyesinin bizim çalışmamıza göre daha düşük olması neden olabilir (83).

Beştepe ve ark çalışmasında istenmeyen gebeliği olanların oranı %35.5'ti %70.4'ünün bir istenmeyen gebeliği olduğu, geri kalan %29.6'nın iki ve üç istenmeyen gebeliği olduğu görülmektedir. Kadınları %28.5 dört ve üzeri gebelik sayısına %12 si dört ve üzeri yaşayan çocuk sayısına sahiptiler. Bu oranlar bizim çalışmamızla kıyaslanınca yüksekti. Araştırma grubundaki kadınların %38.0 hiçbir aile planlaması yöntemi ile korunmamaktaydı. Korunan %62'lik

bölümden ise %37.2'si etkin bir koruma yöntemi olmayan geri çekmeyi kullanmaktaydılar (84).

Bizim çalışmamızda istemeden gebe kalanların danışmanlık hizmetini ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezlerinden (%32.4) alma oranları; isteyerek gebe kalanların danışmanlık hizmetini ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezlerinden alma oranlarından (% 16.5) anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.019$ Ki kare test, $p<0.05$). Bu durum bize AÇSAP merkezlerinde AP danışmanlık hizmetinin geri plana düşündürmekteydi. Nitekim Kişioğlu ve ark Ispartada yaptığı çalışmada ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezlerine başvuran kadınlara verilen hizmet dağılımı incelendiğinde sırasıyla kondom verilmesi (%47.7), RIA işlemleri (uygulaması %15.4, kontrolü %15.1 ve sonlandırılması %8.2) (%38.7) ilk sıralarda yer almaktaydı (85) Hap verilmesi %9.4, muayene işlemleri %1.2 oranında takip etmekteydi. Ap danışmanlığı verilme oranı % 0.3 ile en alt sırada yer almaktaydı (86). Bu çalışmanın tespitleri bizim düşüncemizi doğrulamaktaydı. Gemalmaz ve ark Aydın da AÇSAP merkezinde yaptığı çalışmada Merkez'in AP polikliniğinde verilen hizmetlerinin dağılımı incelendiğinde; kondom verilmesi (%55.6), ilk sırada yer almaktaydı. Hap verilmesi %37, RIA takılması %5.2, RIA çıkarılması (%2.3) düşük oranda verilen hizmetlerdi. Danışmanlık hizmetinden hiç bahsedilmemekteydi (86). Doğan'ın çalışmasında ap ünitesine başvuran kadınlara gelme nedenlerini sorduğunda % 60.7 AP danışmanlık almak olduğunu söylemişlerdi. %71,4 de yetersiz bilgi verilmesinden memnuniyetsizliklerini belirtmişlerdi (58).

İsteyerek gebe kalınması ile danışmanlıkta korunma yöntemlerinin yan etkilerinden bahsedilmesi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştu ($p=0.009$ Ki kare test, $p<0.01$). İstemeden gebe kalanlara danışmanlıkta korunma yönteminin yan etkilerinden bahsedilme oranı (%69.1); isteyerek gebe kalanlardan (% 48.4) anlamlı şekilde yüksekti. Yan etki kaygısıyla etkili korunma yöntemi kullanmayanlarda istenmeyen gebelikler gözlenmekteydi.

TNSA 2003 verilerine göre yan etkiler ve sağlık kaygısı modern yöntemlerin bırakılmasında oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Yan etki ve sağlık kaygısı ile yöntem bırakma oranları Hap için %40.1, RIA için % 35.8, Diafram için %7.8, Condom için %1.3, geri çekme için %1.1, enjeksiyon, takvim yöntemi ve diğerleri için %16.1 di. Yan etkilerin yaşanması bilinmesi ve diğer kullanıcılarda gözlenmesi o yöntemden vazgeçmeye, yöntem kullanmamaya sebep olabilmekte ve istenmeyen gebeliklerle sonuçlanabilmektedir. TNSA 2003 e göre gebeliği önleyici yöntem kullanmak istememe nedenleri arasında yan etki korkusu ve sağlık kaygısı yer almaktadır. Benzer veriler Uncu ve ark çalışmasında Çivi ve ark çalışmasını referans göstererek kadınlar arasında, gebelikten korunma yöntemlerinin kullanılmamasının ilk nedeni yöntemlerin yan etkileri konusunda yanlış bilgi sahibi olunmasının ciddiye alınması gerektiğinin altı çizilmişti (87).

Literatürü incelediğimizde aile planlaması korunma yöntemleriyle ilgili bilgi seviyesi artıkça istenmeyen gebeliklerde azalma ilişkisinin önemi vurgulanmıştı. Kontraseptif methotları yetersiz bilme istenmeyen gebeliklere yol açmaktaydı (88). Bizim çalışmamızda AP yöntemlerinin bilinme oranı düşüktü. Kadınların ortalama isimlerini bildikleri yöntem sayısı dörttü. Bunlarında başında RIA, hap ve prezervatif gelmekteydi. Birinci sırada en çok bilinen yöntem olan RIA nın gebeliğini isteyen kadınlarla istemeyen kadınlar arasında bilinme durumu karşılaştırıldığında sonuç literatürle çelişiyordu. Aylık iğne içinde durum benzerdi.

İsteyerek gebe kalan kadınların RIA yöntemini bilme oranları istemeyerek gebe kalan kadınların bu yöntemi bilme oranlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü ($p=0,042$ Ki kare test, $p<0.05$). Stanwood ve arkadaşlarının çalışmasında yaş ortalaması 20 olan 190 kadının kontraseptif geçmişleri, planları ve bilgileri araştırılmıştı. Bu kadınların %27'si lise ve üstü eğitim almıştı. Bir kez doğum yapanların oranı %47'ydi. Bunların %91'i gebeliğini hiç planlamamıştı. %27'si bir daha asla gebe kalmak istemiyorlardı. Kontraseptif

yöntem seçimindeki en önemli faktör sorulduğunda; yöntemin güvenli ve etkili olması cevabını vermişlerdi. Kadınların %50'si RİA'yı duymuştu. %25'i kullanan birinin varlığından haberdardı. RİA ı duyan kadınların %71 i RİA 'ın güvenilir olduğunu, %58'i etkili bir yöntem olduğunu bilmiyordu. %55 de RİA ın bir yıldan daha fazla kullanılabileceğini biliyordu. Bir yıldan daha fazla kullanılacağını bilen kadınlar 19 ve 21 yaş arası en az bir ve üzeri doğum tecrübesi olan kadınlardı. Bunu bilmeyen kadınlardan eğitim yönünden aralarında fark yoktu. Bizim çalışmamızla paralellik göstermekteydi. Dünyanın en gelişmiş ülkelerinden biri olan Amerika Bileşik devletlerinde halen istenmeyen gebelikler yüksek düzeydeydi. Bu çalışmada da RİA bilinmekte ancak buna rağmen istenmeyen gebelikler önlenememekteydi (89).

İsteyerek gebe kalınması ile doğum kontrol hapı ve RİA ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktaydı. İsteyerek gebe kalanların doğum kontrol hapları ($p=0,018$ Ki kare test, $p<0.05$) ve RİA ($p=0,001$ Ki kare test $p<0.01$).ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olma oranları; istemeden gebe kalanların bu konuda yeterli bilgi sahibi olma oranlarından anlamlı şekilde düşüktü. Gebeliğini istemeyenlerin yeterli bilgiye sahip olmaları yani hap ve RİA'nın nasıl kullanıldığını bilmemelerini öncelikle düşündürmekteydi. Ancak diğer gruba göre daha bilgili olmalarına rağmen farklı yöntem kullanmaktaydılar ve yöntem başarısızlığı yaşamışlardı. Literatürle çelişkiliydi. Literatürde oral kontraseptif kullanan kadınların yetersiz bilgiye sahip olunmasıyla istenmeyen gebelikler arasında ilişkinin önemini vurgulayan çalışmalar vardı (90). Araştırmamızın sonucunu destekleyen çalışmalarda vardı. Gene haplarla ilgili bilginin acil korunmadaki rolünü inceleyen çalışmalar vardı. Yöntemi bilmek demek başarılı kullanmak anlamına gelmiyordu (91, 92, 93, 94, 95)

İsteyerek gebe kalınması ile kadın kondomu ile ilgili sahip olunan bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktaydı ($p=0,047$ Ki kare test, $p<0.05$). İstemeyerek gebe kalanların kadın kondomu ile ilgili yetersiz bilgi düzeyine sahip olma oranları; isteyerek gebe kalanların bu konuda yetersiz

bilgi sahibi olma oranlarından anlamlı şekilde yüksektir. Kadın kondomunun nasıl kullanıldığını bilen üç kadın vardı. Zaten tüm grup yöntemi tanımiyordu. Belkide iki grup arasında karşılaştırma yapmak gereksizdi. Sonuç literatürle uyumluydu.

Aylık iğne, üç aylık iğne, cilt altı implant ve tüplerin bağlanması da her iki grup tarafından yeterli bilinmeleri düşüktü ancak isteyerek gebe kalanların geçersiz bilgi oranları gebeliğini istemeyenlerden anlamlı sonuç çıkacak derecede yüksekti. Bu yöntemlerin istenildiği zaman geri dönmesi hatta geri dönüşsüz olması yöntemle ilgili ve az tercih edilmesine sebebi. Kadınlar kullandıkları yöntemi daha iyi tanıyorlardı. Gebeliğini isteyenler, gebeliğini istemeyenlerden nerdeyse üç kat fazla geçersiz cevap vermişlerdi. Gebeliğini istemeyenlerin diğer gruba göre tüplerin bağlanmasını görece olarak daha iyi bilmesi belki de yöntemi son çare olarak düşünmeleri ve merak edip öğrenmeleriydi.

Bu iki grup arasında anlamlı bulunan değişkenler kadınların yaşı, gebelik, doğum, ölü doğum, yaşayan çocuk sayısı ve doğan çocukların sırasıydı. Gebeliği planlamada pozitif yönde etkili olmuşlardı. AP danışmanlık alma gebeliği planlamada etkili olamamıştı. %30'nun AP danışmanlığı komşu, eş, tv, gibi etkili olmayan kaynaklardan aldığı görülmüştü. Bu kaynaklardan bilgi edinen gebeliğini isteyen kadınların oranı sayıca diğerlerinden yüksekti. Yöntemler hakkında bilgi düzeyleri eğitim yönünden farklı olmayan diğer gruptan düşüktü.

Diğer yöntemler içinde sonuç değişmedi ve global olarak bilgiyi değerlendirdiğimizde İsteyerek gebe kalanların aile planlaması bilgi puanı ortalamaları, istemeyerek gebe kalanların puanlarından ileri düzeyde anlamlı düşük bulundu ($p=0,001$ Student t test, $p<0.01$). Yöntemler hakkında bilgi sahibi olma gebeliği planlamada etkisiz kalmıştı. İstenen gebelikler genç ve sahip olunan çocuk sayısının düşük olduğu kadınlarda görülmüştü. Bu kadınların kontraseptif yöntemlerle ilgili deneyimleri düşüktü. Yöntemleri tanımiyorlardı. Gebeliğini istemeyenler diğer gruba göre ileri yaş ve doğurganlık geçmişleri

vardı. Ap yöntemleri tanımalarına rağmen etkili yöntemi kullanmıyorlardı yada yöntem başarısızlığına uğramışlardı.

Pek çok çalışma kontrasepsiyon bilgisinin önemini vurgulamıştı. Tountas ve ark çalışmasında üreme sağlığının iyi olması büyük oranda insanların kontrasepsiyon hakkında bilgilendirilmiş olmasına bağlanmıştı (96).

6. SONUÇLAR

Çalışmaya alınan kadınların genel özelliklerine baktığımızda; 16 ile 45 yaş grubundan, düşük eğitilmiş, düşük geliri ve çoğunluğu ev kadınıydılar. Kadınların kökenleri ağırlıklı olarak Karadeniz ve Doğu Anadolu bölgesindedir. %83.6'nın sosyal güvencesi Sosyal Sigortalar Kurumu'dur. %66.2'si İstanbul'a sonradan göç etmiştir. Kalabalık ailelerden gelmekteydiler. %99.4'ü resmi nikahlıydı ve %67.2'si çekirdek aile düzeninde yaşıyorlardı. Kadınların eşleride köken olarak kadınlara benzemektedir. Daha eğitilmişlerdir. Çoğunluğu işçi, esnaf, zanaatkar, şoför, serbest gibi işlerde çalışmaktaydı.

Kadınların %89.2'si aile planlaması terimini duymuştu. Grubun %50.6'sı AP danışmanlık almıştı ve en çok başvurular devlet kurumlarına olmuştu. Devlet kurumlarının başında da Sağlık ocağı – sağlık evleri gelmekteydi. Daha önce danışmanlık almayanların (%49.4) %61.3'ü AP danışmanlık hizmetini nereden alabileceğini bilmekteydi. Sağlık ocağı – sağlık evleri çoğunluk tarafında bilinmişti. Kadınların danışmanlık hizmeti sırasında en çok akıllarında kalan korunma yöntemlerinin isimleriydi. Ortalama bilinen yöntemlerin sayısı dörttü ve TNSA 2003 e göre yarıyarıya düşüktü ve Türkiye geneliyle uyuşmuyordu. Rahim içi araç kadınlar tarafında en fazla bilinen doğum kontrol yöntemiydi. Yöntemlerle ilgili bilgi düzeyine baktığımızda prezervatifin yeterli oranda bilinmesi birinci sıradaydı bunu rahim içi araç izlemekteydi. Loğusalık dönemine giren kadınların çoğunluğu minihapı duymamıştı.

Gruba isteyerek gebe kalıp kalmadıklarını sorduğumuzda 38.9'u bu doğumu istememişti. İstemeden gebe kalanların %69.7'si korunmaktaydı.

İstemedenden gebe kalanların %47.1'i geleneksel, etkili bir yöntem olmayan geri çekmeyi kullanmışlardı.

Kadınların gebeliklerini isteme durumu yaş faktörüne bağımlı çıkmıştı. İleri yaş gebelikleri istenmeyen gebeliklerdi. İstanbul'a yerleşmeden önce çocuk sahibi olmayanların gebeliklerini isteme durumları daha yüksekti. Kadınların ve eşlerinin sahip oldukları kardeş sayısının gebeliklerini isteme üzerine etkili olmadığı görüldü. Doğum sırası ile doğumların istenmesi arasındaki ilişki kuvvetliydi. Gebeliklerini planlayabilenlerin genellikle bir ve iki çocuk sahibi olmak istedikleri görüldü. Doğum sayıları ve yaşayan çocuk sayılarında benzer şekildedir. İsteyerek gebe kalanların maternal ve fetal risklerden daha uzak oldukları görüldü. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da istemedenden gebe kalanların bir, iki ve üzerinde isteğe bağlı gebeliklerini sonlandırma sayıları isteyerek gebe kalanlardan yüksekti. Gebeliğini istemeyenlerin etkili doğum kontrol yöntemlerinden yeterince faydalanamadıkları görüldü. İstemedenden gebe kalanların AP danışmanlık hizmetini ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezlerinden daha yüksek oranda almışlardı. Bu bize AÇSAP merkezlerinin danışmanlık hizmetini geri planda sunduğunu düşündürdü. Ancak İsteyerek gebe kalanların aile planlaması bilgi puanı ortalamaları, istemeyerek gebe kalanların puanlarından ileri düzeyde düşük olması çelişkiliydi. Ayrıca İstemedenden gebe kalanlara danışmanlıkta korunma yönteminin yan etkilerinden bahsedilme oranı, isteyerek gebe kalanlardan anlamlı şekilde yüksek olması konunun pek çok yönden değerlendirilmesi gereğini bize göstermişti.

Araştırmamızda karşılanmayan AP ihtiyacı oranını azaltmak ve etkili modern yöntem kullanımını artırmak için yeni yaklaşımlar belirlenmesi gereği sonucu çıkmıştır. İstenilmeyen gebeliklerin önlenmesinde AP danışmanlığının rolü önemlidir. Yapılan pek çok çalışma AP eğitimi ile bireylerin etkili yöntem kullanması tutumlarındaki artış gösterilmiştir. Sağlık personelinin eğitilmesi gerekmektedir. Kadın sağlığını çok yakından ilgilendiren aile planlaması

konusunda AP danışmanlık ve uygulama hizmetleri reproduktif çağdaki tüm bireyleri kapsayacak şekilde yaygınlaştırılması ve sürekli olması sağlanmalıdır.

Kontraseptif yöntemlerin en çok öğrenildiği kaynaklar dikkate alınarak, varolan aile planlaması hizmetlerini duyurmak ve toplumu bilinçlendirmek için bilgilendirme, eğitim ve iletişim çalışmalarına yaygınlık ve yoğunluk kazandırılmalıdır

7. KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Ankara, 1997.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Cilt I Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, Ankara, 2000.
3. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara 2005.
4. "Aile Planlaması Hizmetlerinin Ücretlendirilmesi" Uygulamaları Konusundaki Toplantı Raporu (27 Eylül 2001).
5. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejiler Ve Eylem Planı 2005 – 2015.
6. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara 2003 (TNSA 2003). T.C Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Macro International İnc.
7. Hafize Öztürk, Hale Okçay. İstenmeyen Gebelikler ve İstemli Düşükler. Aile ve Toplum Dergisi, Sayı:6, Cilt:2, Yıl:5, Ekim - Aralık 2003.
8. Ahmet Reşit Ersay, Gülbu Tortumluoğlu. Türkiye’de Ergen ve Gençlerde Üreme Sağlığı Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi ISSN: 1303 – 5134.
9. Mürüvvet Başer. Adölesan Cinselliği ve Gebelik C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000, 4 (1).

- 10.** Dünya Sağlık Raporu 2005 (WHO).
- 11.** Ayşe Akın, Funda Sevensan. Türkiye’de Kadın Sağlığının Düzeyi ve Aile Planlaması Uygulamalarının Durumu Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006, 2(13):1-14.
- 12.** Reproductif Healt Program İn Turkey.
- 13.** Kadın 2000: 21. Yüzyıl İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma ve Barış” (Pekin+5), Ankara.
- 14.** Ebru Özberk .” Nüfus Politikaları ve Kadın Bedeni Üzerindeki Denetim” TC Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı, Ankara 2003.
- 15.** Aile Planlaması Hizmetlerinde Kalitenin Sağlanması Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt 2, Kontraseptif Yöntemler. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2000.
- 16.** Adnan Güriz, Türkiye’de Nüfus Politikası ve Nüfus Düzeni, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları.
- 17.** Ersin Güngördü, Türkiye’nin Nüfus Projeksiyonları ve Nüfus Politikaları Kastamonu Education Journal October 2003 Vol:11 No:2 p:481 - 486 Ankara.
- 18.** Ali Koyuncuer, Kontrasepsiyon ve Türkiyede Durum, Sted, cilt: 13 sayı :12 s:455 Bolu 2004.
- 19.** Aylin Gürbay, Belma Giray, Filiz Hıncal, Combined Oral Contraceptives: Risks And Benefits, T Klin Tıp Bilimleri 1997 Ankara.
- 20.** T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Cilt 2 Kontraseptif Yöntemler, 2005.
- 21.** Novak Jinekoloji, 2004, Aile planlaması, 231 – 293.

22. Melanie Mintzer, Pregnancy Prevention And Contraception Essentials of Family Medicine, p 109.
23. Jeffrey P Levine, Contraception, Textbook of Family Practise Rakel p 688-689, 692.
24. Contraception Women's Gynecologic Health, 2006
25. Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use, Third Edition, 2004, WHO, Geneva.
26. Selected Practice Recommendations For Contraceptive Use, Second Edition 2005, WHO, Geneva.
27. Lippincott Farmakoloji, Nobel Tıp Kitapevi, 1998.
28. Williamst. Creasman, Te Linde 'S Operatif Gynecology, p 1316-1317.
29. John Rvan Nagell , Te Linde'S Operatif Gynecology, p 1353-1354.
30. RR Balise et all, Oral Contraceptive Use And Ovarian Cancer Risk Among Carriers of BRCA1 or BRCA2 Mutations, British Journal of Cancer, (2004), 1– 5.
31. Victoria L.Green, Te Linde 'S Operatif Gynecology, p 1097.
32. Jinekoloji, İstanbul, 2001, Nobel Kitap Evi.
33. Selim İsbir, Venöz Tromboemboli Prolifaksisi:Güncel Kılavuz Bilgileri Kronik Venöz Yetersizlik, Sempozyum Dizisi No: 56 Nisan 2007; s. 57-70.
34. ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2007 Kılavuzu.
35. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Tanı ve Tadavi Rehberi, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 3.Baskı, 2006, İstanbul.
36. A Clinical Guide For Contraception, Third Edition, Nobel 2001.
37. Emergency Contraception Journal Of Family Planning And Reproductive Health Care, 2006; 32 (2) : 121 - 128.
38. Sadiye Eren, Semih Tuğrul, Gazi Yıldırım, Acil Kontrasepsiyon, Zeynep Kamil Woman And Children's Health Education And Research Hospital, İstanbul, Turkey Turkish German Gynecol Assoc, Vol. 6(1); 2005: 13 - 16 13.
39. Gebeliklerin Düzenlenmesi ve Anne Sağlığı, Pediatri, Cilt 1, 3.Baskı, Nobel 2002.

40. Eligibility Criteria For Contraseptive Methods Of The Who.
41. Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2005.
42. Burcu Tokuç, Muzaffer Eskiocak, Galip Ekuklu, Dr. Ahmet Saltık Edirne İl Merkezinde 15 - 49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri Ve Yöntem Kullanım Oranları, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
43. John Mao, Knowledge, Attitude and Practice of Family Planning, The Internet Journal of Biological Anthropology, 2007. Volume 1 Number 1.
44. [www.işkanunu.com/kanunlar/kanun-ve-yönetmelikler/asgari-ücret yönetmeliği](http://www.işkanunu.com/kanunlar/kanun-ve-yönetmelikler/asgari-ücret-yönetmeliği)
45. Devlet Planlama Teşkilatı Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007 - 2013).
46. Sevil Şahin, "Postpartum Dönemde Anneye Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Etkin Kontraseptif Yöntem Seçimi Üzerine Etkisi" Yüksek Lisan Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005.
47. Türkiye İstatistik Kurumu (Www.Tuik.Gov.Tr), 2007.
48. Emel Ege, Sermin Timur, Handan Zincir, The Evaluation Of The Educational Activitres Of Pregraduate Midwifery Students On Family Planning Methods, 3. Uluslararası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresinde Poster Bildiri Olarak Sunulmuştur. Sted 2005 Cilt 14 Sayı 9 S:202 – 207.
49. Sencer Ozan Toker, Ege Üni. Mediko-Sosyal Sağlık Birimi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Aile Planlaması Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Aile Ve Toplum Dergisi, Sayı:8, Cilt:2, Yıl:7, Ocak-Mart 2005.
50. Zerrin Kurşun, "Ümraniye Merkez Sağlık Ocağı Ap Ve Üs Ünitesine Başvuranların Kontraseptif Kullanımı Ve Fertilité Özellikleri, Yüksek Lisan Tezi,' Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD, İstanbul, 2000.
51. Berna Ilgın, "İkinci Basamak Sağlık Kuruluşunun Ap Polikliniğine Kürtaj (İstemli Düşük) Olmak Üzere Başvuran Kadınların Demografik Özellikleri",

Yüksek Lisan Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD, İstanbul, 2001.

52. Stanley K. Henshaw, Unintended Pregnancy in the United States, Family Planning Perspectives, Volume 30, Number 1, January/February 1998.

53. Gülelgül Süleymanoğlu Mermer, Esin Çeber Türkistanlı, Belgin Sarper, Emine Gerçek, 15 - 49 Yaş Evli Kadınlara Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Etkinliğinin Belirlenmesi.

54. Arzu Uzuner, Perma Ünalın, Üreme Çağındaki Kadınların Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi Düzeyi, Türk Aile Hek Derg, 2005; 9(3):105 – 112.

55. Atilla S. Mayda, Düzce İli Kalıcı Konutlar Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Yöntem Kullanma Oranları Ve Tercih Nedenleri Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ad, Düzce Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005: 4 (5) 265.

56. H. Güler SAHİN, Van İli Yöresinde Aile Planlaması Yöntemleri Kullanmama Nedenleri, T Klin Jineköl Obst, 2002, 12:265 – 268.

57. Türkan Günay, Bülent Kılıç, Mesut Kartal, Ayhan Şahin, Erkeklerin Aile Planlamasına Katılımını Artırmak İçin Bir Adım: Erlere Yönelik Aile Planlaması Eğitimi, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 2007, 17:283-291.

58. Yeliz Doğan Yüksek Lisan Tezi Yöntem Seçmek Üzere Aile Planlaması Ünitesine Başvuran Kadınların Hizmete Yönelik Beklentileri Ve Bu Beklentilerinin Karşılama Durumu, MÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul 2005.

59. Murat Topbaş, Gamze Çan, Mehmet Kapucu, Trabzon'da Bazı Liselerdeki Adölesanların Aile Planlaması Ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Gülhane Tıp Dergisi 45 (4) : 331 - 337 (2003).

60. Şükran Şankazan, Ayşe Yıldız, Ankara İli Deliler Köyündeki Evli Erkeklerin Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışları Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 55, Say 1, 2002 41-50.

61. Çağrı Asan, Yusuf Ateşçi, M. İlker Gündüz, Bilal Gümüş, Murat Lekili, The Preference Of Urologists About Contraception, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Manisa Türk Üroloji Dergisi: 30 (1): 103-105, 2004

62. J.I.B.Adinma et all Family Planning Knowledge And Practice Among Nigerian Women Attending An Antenatal Clinic, Journal:Advances In Contraception Page 335-344.

63. Laura B Motta Martins et all, Knowledge Of Contraceptive Methods Among Adolescent Students, Rev. Saúde Pública Vol.40, No.1,São Paulo Jan./Feb.2006.

64. Hakan Tüzün, Fatma İlhan, Mustafa Nuri Ceyhan, Işıl Maral, Bir Tıp Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Ve Tutumları, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği Dergisi Yıl: 2005 Cilt: 2 Sayı: 3 197-203 Ankara, Türkiye.

65. Nurhan İnce, Bedia Ayhan Özyıldırım, İstanbul'da Bir İlçede Geri Çekme Yönteminin Kullanımı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Çapa, İstanbul, The European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care, Volume 8, Issue 1 March 2003

66. Sadettin Güngör, İskender Başer, Ümit Göktolga, Eşber Özkömür, Uğur Keskin, Koitus İnterruptus (Geri Çekme) Yönteminin Etkinliği Ve Eğitim Seviyesinin Önemi, Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 8-10

67. Suzanne Delbanco et al, Public Knowledge And Perceptions About Unplanned Pregnancy And Contraception In Three Countries, Family Planning Perspectives, Mar/Apr 1997.

68. Lawrence B. Finer, Stanley K. Henshaw, Disparities In Rates Of Unintended Pregnancy In The United States, 1994 And 2001, Perspectives On Sexual And Reproductive Health, 2006, 38(2):90–96.

69. Mosher Wd et all, Use Of Contraception And Use Of Family Planning Services İn The United States, 1982–2002. Advance Data From Vital And Health Statistics; No 350. Hyattsville, Maryland: National Center For Health Statistics. 2004.

70. Cefariye Sözeri, Reyhan Cevahir, Sevil Şahin, Olcay Semiz, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:1, Sayı:2 (2006) 94.

71. Gilda Sedgh et all, Unwanted Pregnancy And Associated Factors Among Nigerian Women, International Family Planning Perspectives Volume 32, Number 4, December 2006.

72. Barbara S Mensch Et All, Avoiding Unintented Pregnancy İn Peru, International Family Planning Perspectives 23 : 21-27,1997.

73. Nermin Erol, Işıl Ergin, Banu Döner, Raika Durusoy Onmuş, Nermin Şakru, Üzeyir Kırca, İzmir Konak Doğumevi'ne İstemli Düşük İçin Başvuran Kadınların Doğurganlık Öyküleri Ve Aile Planlaması Davranışları, Ege Tıp Dergisi 42 (3): 155-160, 2003.

74. Pembe Keskinöğlü, Metin Pıçakçıefe, Nurcan Bilgiç, Bülent Kılıç, 2001 Yılında İnönü Sağlık Ocağı Bölgesinde Gerçekleşen Adölesan Gebelikler

75. Nevin Sağsöz, Merih Bayram, Mansur Kamacı, Kırıkkale İli Ve Çevresinde Kullanılan Kontraseptif Yöntemler, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2000, 10:266-269.

76. Sebahat Atar Güler, Hulusi Gürel, Yalçın Şimşek Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Abd Perinatoloji Dergisi 1996; 4(2):123-125

77. Goto A et all, Association Of Pregnancy Intention With Parenting Difficulty İn Fukushima, Japan. J Epidemiol. 2005; 15: 244- 6.

78. Denton AB, Scott KE, Unintended and unwanted pregnancy in Halifax: the rate and associated factors. Can J Public Health. 1994 Jul-Aug;85(4):234-8.

79. Henshaw Sk, Unintended Pregnancy In The United States, Fam Plann Perspect. 1998 Jan-Feb;30(1):24-9, 46.

80. cheng Y et all, Repeat Induced Abortions And Contraceptive Practices Among Unmarried Young Women Seeking An Abortion In China. Int J Gynaecol Obstet. 2004 Nov;87(2):199-202.

81. Aya Goto et all, Factors Associated With Unintended Pregnancy In Yamagata, Japan, Social Science & Medicine Volume 54, Issue 7, April 2002, p 1065 - 1079.

82. Gülelgül Köken et all, The Frequency Of Unintended Pregnancies At Working And Unworking Women: Why Don't They Want To Become Pregnant? Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2007; 4(3):190-194.

83. E. Zeynep Tuzcular Vural et all, Yasal Tahliye Sonrası Seçilen Kontraseptif Yöntemler Ve Gelişen Komplikasyonlar, Turkish Journal Of Family Practice 2004; 8(4): 162 - 165.

84. Gülbahar Beştepe ve ark, Aile Planlaması konusunda Özellikler: Afyon'dan Bir Kesit, Sted, 2003, Cilt 12, Sayı 5, 181.

85. A. Nesimi Kişioğlu Ve Ark, Isparta İli Sadık Yağcı Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin Aile Planlaması Polikliniğine 2000 Yılında Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi.

86. Ayfer Fırat Gemalmaz, Aydın İli 1 Nolu AÇSAP Merkezi Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi STED 2005, cilt 14, sayı 4 s 80.

87. Yeşim Uncu Et All, Evaluation Of Effectiveness Of Family Planning Education In Bursa Military Air Transportation School, Türk Aile Hek Derg 2003; 7(3): 112-116.

88. A.A. Shaheen, Et All Unintended Pregnancy In Egypt: Evidence From The National Study On Women Giving Birth In 1999 Healt Journal Volume 13 No. 6 November - December, 2007.

89. Nancy L. Stanwood, et all, Young Pregnant Women's Knowledge of Modern Intrauterin Devices *Obstetrics & Gynecology* 2006;108:1417-1422

90. Paul Little, "Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial" *British Medical Journal* 1998 June 27; 316(7149): 1948 - 1952

91. Harper et all, The emergency contraceptive pill: A survey of knowledge and attitudes among students at Princeton University. *General Obstetrics And Gynecology American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 173(5):1438 - 1445, November 1995.

92. Blair H. Smith et all, Emergency contraception: a survey of women's knowledge and attitudes, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* Volume 103 Issue 11 Page 1109-1116, November 1996, Abstract

93. Gunilla Aneblom, et all, Knowledge, use and attitudes towards emergency contraceptive pills among swedish women presenting for induced abortion *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* Volume 109 Issue 2 Page 155-160, February 2002 Abstract

94. Fariyal F. Fikree, et all, "A quality of care issue: Appropriate use and efficacy knowledge of five contraceptive methods: Views of men and women living in low socioeconomic settlements of Karachi, Pakistan" *JPMA* 55:363;2005.

95. Rasch et al "Contraceptive attitudes and contraceptive failure among women requesting induced abortion in Denmark." *Hum. Reprod.*2007; 22: 1320 - 1326

96. Y. Tountas, et all "Information sources and level of knowledge of contraception issues among Greek women and men in the reproductive age: a country-wide survey" *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, Volume 9, Issue 1 March 2004 , pages 1 – 10

8. EKLER

8.1. EK.1: ANKET FORMU

Vaka No:

Kontrol:

Kodlama:

Veri Girişi:

Merhaba, ben Dr. Belgin Güven Yıldırım. Aile planlaması ile ilgili bilgi düzeyinizi değerlendirmeyi amaçlayan, sonuçlarını uzmanlık tezimde sunmayı düşündüğüm anket sorularını, izninizle size yöneltmek istiyorum. Cevap vermek zorunda değilsiniz ancak, katılırsanız çalışmamı desteklemiş olacaksınız. Sonuçlar araştırma makalesi için kullanılacak ve kişisel bilgileriniz kesinlikle saklı tutulacaktır. Onayınızın olması durumunda aşağıya imzanızı atmanızı rica ederim. Teşekkür ederim.

Tarih :

İmza:

Telefon No :

1- Doğum tarihi	
2- Nerelisiniz	
3- Medeni durumu	1- <input type="checkbox"/> Resmi nikahlı 2- <input type="checkbox"/> İmam nikahlı 3- <input type="checkbox"/> Dul 4- <input type="checkbox"/> Boşanmış 5- <input type="checkbox"/> Anlaşmalı beraberlik 6- <input type="checkbox"/> Bekar 7- <input type="checkbox"/> Diğer (açıklayınız)
4- Eşiniz nereli	
5- Aile tipi	1- <input type="checkbox"/> Ben ve eşim 2- <input type="checkbox"/> Ben eşim ve çocuklar 3- <input type="checkbox"/> Ben, eşim, çocuklar ve aile büyükleri 4- <input type="checkbox"/> Diğer (açıklayınız)
6- Eğitim durumunuz (En son bitirdiği okul)	1- <input type="checkbox"/> Okur-yazar değil 2- <input type="checkbox"/> Okur-yazar 3- <input type="checkbox"/> İlkokul 4- <input type="checkbox"/> Ortaokul 5- <input type="checkbox"/> Lise 6- <input type="checkbox"/> Üniversite 7- <input type="checkbox"/> Diğer (açıklayınız)
7- Eşinizin eğitim durumu (En son bitirdiği okul)	1- <input type="checkbox"/> Okur-yazar değil 2- <input type="checkbox"/> Okur-yazar 3- <input type="checkbox"/> İlkokul

	4- <input type="checkbox"/> Ortaokul 5- <input type="checkbox"/> Lise 6- <input type="checkbox"/> Üniversite 7- <input type="checkbox"/> Diğer (açıklayınız)
8- Eşiniz ne iş yapıyor	
9- Ailenizin aylık gelir düzeyiniz	1- <input type="checkbox"/> 500 YTL'den az 2- <input type="checkbox"/> 500-750 YTL 3- <input type="checkbox"/> 750-1.000 YTL 4- <input type="checkbox"/> 1.000-1.500 YTL 5- <input type="checkbox"/> 1.500 YTL'den fazla
10- Çalışıyor musunuz?	1- <input type="checkbox"/> Evet 2- <input type="checkbox"/> Hayır
11- Sosyal güvenceniz var mı? Nedir?	1- <input type="checkbox"/> Yok 2- <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı 3- <input type="checkbox"/> SSK 4- <input type="checkbox"/> Bağ-Kur 5- <input type="checkbox"/> Yeşil Kart 6- <input type="checkbox"/> Özel Sağlık Sigortası 7- <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)
12- Siz ve eşiniz kaç yıldır İstanbul'da yaşıyorsunuz?	
13- İstanbul'dan önce en son oturduğunuz yer ve süresi	
14- İstanbul'a yerleşmeden önce doğan çocuk sayısı ve yerleri	
15- İstanbul'da doğan çocuk sayısı	
16- Sizin kaç kardeşiniz var?	
17- Eşinizin kaç kardeşi var?	
18- Kaç kez gebe kaldınız?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ve üstü
19- Kaç doğum yaptınız?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ve üstü
20- Kaç ölü doğum yaptınız?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ve üstü
21- Kaç kendiliğinden düşük yaptınız?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ve üstü
22- Kaç kez isteyerek gebeliğinize son verdiniz?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ve üstü
23- Kaç yaşayan çocuğunuz var?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ve üstü
24- Çoğul gebelik	1- <input type="checkbox"/> Evet 2- <input type="checkbox"/> Hayır
25- Aile planlaması = gebelik kontrolü terimini duydunuz mu?	1- <input type="checkbox"/> Evet 2- <input type="checkbox"/> Hayır 3- <input type="checkbox"/> Kararsız
26- Bu güne kadar aile planlaması ile ilgili danışmanlık aldınız mı?	1- <input type="checkbox"/> Evet -2- <input type="checkbox"/> Hayır 3- <input type="checkbox"/> Hatırlamıyor
27- (26. soruya cevabınız evet ise) Aile planlaması danışmanlık hizmetini nereden aldınız?	1- <input type="checkbox"/> Sağlık Ocağı- Sağlık Evi 2- <input type="checkbox"/> Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Plan. Merkezleri 3- <input type="checkbox"/> Devlet Has.-Doğumevi Aile Plan. Klinikleri 4- <input type="checkbox"/> Üniversite Aile Planlaması Klinikleri 5- <input type="checkbox"/> Özel muayenehane 6- <input type="checkbox"/> Özel poliklinik ve hastane 7- <input type="checkbox"/> Diğer (açıklayınız)
28- 26. soruya cevabınız hayır ise nereden alabileceğinizi biliyor musunuz?	1- <input type="checkbox"/> Evet 2- <input type="checkbox"/> Hayır
29- 28. soruya cevap evet ise nereler?	1- <input type="checkbox"/> Sağlık Ocağı- Sağlık Evi 2- <input type="checkbox"/> Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Plan. Merkezleri 3- <input type="checkbox"/> Devlet Has.-Doğumevi Aile Plan. Klinikleri

	4- <input type="checkbox"/> Üniversite Aile Planlaması Klinikleri 5- <input type="checkbox"/> Özel muayenehane 6- <input type="checkbox"/> Özel poliklinik ve hastane 7- <input type="checkbox"/> Diğer (açıklayınız)
30- Danışmanlıkla ilgili hangi konulardan bahsedildi?	1- <input type="checkbox"/> Hatırlamıyorum 2- <input type="checkbox"/> Korunma yöntemlerinin isimleri 3- <input type="checkbox"/> Korunma yöntemlerinin olumlu yönleri 4- <input type="checkbox"/> Korunma yöntemlerinin yan etkileri 5- <input type="checkbox"/> Korunma yöntemine nereden ve nasıl ulaşılacağı 6- <input type="checkbox"/> Korunma yöntemlerinin nasıl kullanılacağı 7- <input type="checkbox"/> Yöntem kullanırken nelere dikkat edilmesi gerektiği 8- <input type="checkbox"/> Devamlılık ve kontrol 9- <input type="checkbox"/> Diğer (açıklayınız)
31- Hangi aile planlaması yöntemlerini biliyorsunuz?	1- <input type="checkbox"/> Geri çekme 2- <input type="checkbox"/> Takvim yöntemi 3- <input type="checkbox"/> Vajinal yıkama 4- <input type="checkbox"/> Emzirme – amenore 5- <input type="checkbox"/> Doğum kontrol hapi 6- <input type="checkbox"/> Rahim içi araç 7- <input type="checkbox"/> Minihap 8- <input type="checkbox"/> Prezervatif 9- <input type="checkbox"/> Kadın Kondomu-diyafraam 10- <input type="checkbox"/> Aylık iğne 11- <input type="checkbox"/> 3 aylık iğne 12- <input type="checkbox"/> Ciltaltı implant 13- <input type="checkbox"/> Bileteral tüp ligasyonu 14- <input type="checkbox"/> Vazektomi 15- <input type="checkbox"/> Acil kontrasepsiyon 16- <input type="checkbox"/> İsteyerek gebeliği sonlandırma 17- <input type="checkbox"/> Diğer
32- Doğum kontrol hapi ile ilgili bilgi düzeyi	1- <input type="checkbox"/> Yeterli 2- <input type="checkbox"/> Az yeterli 3- <input type="checkbox"/> Yetersiz 4- <input type="checkbox"/> Geçersiz
33- Rahim içi araçla ilgili bilgi düzeyi	1- <input type="checkbox"/> Yeterli 2- <input type="checkbox"/> Az yeterli 3- <input type="checkbox"/> Yetersiz 4- <input type="checkbox"/> Geçersiz
34- Minihap ilgili bilgi düzeyi	1- <input type="checkbox"/> Yeterli 2- <input type="checkbox"/> Az yeterli 3- <input type="checkbox"/> Yetersiz 4- <input type="checkbox"/> Geçersiz
35- Prezervatif ile ilgili bilgi düzeyi	1- <input type="checkbox"/> Yeterli 2- <input type="checkbox"/> Az yeterli 3- <input type="checkbox"/> Yetersiz 4- <input type="checkbox"/> Geçersiz
36- Kadın Kondomu ile ilgili bilgi düzeyi	1- <input type="checkbox"/> Yeterli 2- <input type="checkbox"/> Az yeterli 3- <input type="checkbox"/> Yetersiz 4- <input type="checkbox"/> Geçersiz
37- Aylık iğne ile ilgili bilgi düzeyi	1- <input type="checkbox"/> Yeterli 2- <input type="checkbox"/> Az yeterli 3- <input type="checkbox"/> Yetersiz 4- <input type="checkbox"/> Geçersiz
38- 3 Aylık iğne ile ilgili bilgi düzeyi	1- <input type="checkbox"/> Yeterli 2- <input type="checkbox"/> Az yeterli 3- <input type="checkbox"/> Yetersiz 4- <input type="checkbox"/> Geçersiz
39- Ciltaltı implantı ile ilgili bilgi düzeyi	1- <input type="checkbox"/> Yeterli 2- <input type="checkbox"/> Az yeterli 3- <input type="checkbox"/> Yetersiz 4- <input type="checkbox"/> Geçersiz
40- Bileteral tüp ligasyonu ile ilgili bilgi düzeyi	1- <input type="checkbox"/> Yeterli 2- <input type="checkbox"/> Az yeterli 3- <input type="checkbox"/> Yetersiz 4- <input type="checkbox"/> Geçersiz
41- Vazektomi ile ilgili bilgi düzeyi	1- <input type="checkbox"/> Yeterli 2- <input type="checkbox"/> Az yeterli 3- <input type="checkbox"/> Yetersiz 4- <input type="checkbox"/> Geçersiz
42- İsteyerek mi gebe kaldınız?	1- <input type="checkbox"/> Evet (ise 43. sorudan devam edin) 2- <input type="checkbox"/> Hayır (ise 44. sorudan devam edin)
43- (42. soruya cevabınız evet ise) Gebelik kararını kim verdi?	1- <input type="checkbox"/> Ben istedim 2- <input type="checkbox"/> Eşim istedi 3- <input type="checkbox"/> Eşimle beraber karar verdik 4- <input type="checkbox"/> Aile büyükleri

	5- <input type="checkbox"/> Diğer (açıklayınız)
44- (42. soruya cevap hayır ise) Gebe kaldığınızda herhangi bir korunma yöntemi kullanıyor muydunuz?	1- <input type="checkbox"/> Evet 2- <input type="checkbox"/> Hayır (ise anket bitti)
45- (44. soruya verilen cevap evet ise) Gebe kaldığınızda hangi korunma yöntemini kullanıyordunuz?	1- <input type="checkbox"/> Geri çekme 2- <input type="checkbox"/> Takvim yöntemi 3- <input type="checkbox"/> Vajinal yıkama 4- <input type="checkbox"/> Emzirme – amenore 5- <input type="checkbox"/> Doğum kontrol hapi 6- <input type="checkbox"/> Rahim içi araç 7- <input type="checkbox"/> Minihap 8- <input type="checkbox"/> Prezervatif 9- <input type="checkbox"/> Kadın Kondomu-diyafam 10- <input type="checkbox"/> Aylık iğne 11- <input type="checkbox"/> 3 aylık iğne 12- <input type="checkbox"/> Ciltaltı implant 13- <input type="checkbox"/> Bileteral tüp ligasyonu 14- <input type="checkbox"/> Vazektomi 15- <input type="checkbox"/> Acil kontrasepsiyon 16- <input type="checkbox"/> İsteyerek gebeliği sonlandırma 17- <input type="checkbox"/> Diğer

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı, Soyadı: Belgin Güven Yıldırım
Doğum: Bolu, 20.08.1973
Email: Belgingy@hotmail.com

ÖĞRENİM

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi / Kayseri 1991 - 1999
Eğirdir Lisesi 2. ve 3. sınıf Eğirdir / Isparta 1989 - 1991
Siverek Lisesi 1.sınıf / Siverek / Ş.Urfa 1988 – 1989
Siverek Ortaokulu 2. ve 3.sınıf / Siverek / Ş.Urfa 1986 - 1988
Atatürk Lisesi Ortaokul 1.sınıf / Kayseri 1985 - 1986
Birlik Mesucat İlkokulu / Kayseri 1980 - 1985

ÇALIŞTIĞI KURUMLAR

SB İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2004 - 2008
SB İstanbul Büyükkada Devlet Hastanesi 1999 -2004
Ağva Sağlık Ocağı / Şile Sağlık Grup Başkanlığı 1999

YABANCI DİL: İngilizce

ALDIĞI EĞİTİMLER:

Çocuk İleri Yaşam Desteği Kursu Kasım, 2007
Travma ve Resüsitasyon Kursu Ekim, 2007
Temel Yaşam Desteği Kursu Nisan, 2007