**T.C.**
**SAĞLIK BAKANLIĞI**
**DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ**
**AİLE HEKİMLİĞİ**

# AİLE PLANLAMASI DANIŞMANLIĞI VERİLMESİNİN YÖNTEM SEÇİMİNE ETKİLERİ

**(Uzmanlık Tezi)**

**Dr. Hatice KURTULUŞ**

**Tez Danışmanı:**
**Uz. Dr. Esra Esim BÜYÜKBAYRAK**

**İstanbul - 2009**

# TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince yetişmemde büyük emekleri geçen, bilgi yetenek ve deneyimleriyle rehberlik eden değerli hocalarım Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü sayın Doç. Dr. Orhan Ünal'a, 1.Dâhiliye Klinik Şefi Sayın Uz. Dr. Ali Yayla'ya, 2.Genel Cerrahi Klinik Şefi sayın Prof. Dr. Mustafa Gülmen'e, 2.Çocuk Kliniği Şefi sayın Doç. Dr.Gülnur Tokuç'a, 2.Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi sayın Doç. Dr. Mehmet Cem Turan'a ve Haydarpaşa Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniği Şefi Sayın Uz. Dr. Mecit Çalışkan'a, tez danışmanım Sayın Op. Dr. Esra Esim Büyükbayrak'a, asistanlığım süresince beraber çalıştığım tüm klinik şef yardımcıları, baş asistanları, uzmanları, asistan ve hemşire arkadaşlarıma, son olarak her zaman yanımda olan ve beni destekleyen aileme teşekkür ederim.

Dr. Hatice KURTULUŞ
İstanbul–2009

# TABLOLAR

**Tablo 1** Gravida, parite, abortus ve kürtaj ortalamaları

**Tablo 2** Demografik özelliklerin dağılımı

**Tablo 3** Aile planlaması danışmanlığına ilişkin bilgilerin dağılımı

**Tablo 4** Danışmanlık öncesi kullanılan yöntem ile danışmanlık sonrası ilişkisi

**Tablo 5** Danışmanlık öncesi kullanılan yöntem ile demografik özelliklerin ilişkisi

**Tablo 6** Danışmanlık sonrası kullanılan yöntem ile demografik özelliklerin ilişkisi

**Tablo 7** Danışmanlık öncesi kullanılan yöntem ile danışmanlık sonrası kullanılan yöntem ilişkisi

# ŞEKİLLER

**Şekil 1** Aile planlamasında klinik hizmeti sunmada örgütleme modeli
**Şekil 2** Aile planlaması hizmeti veren diğer kuruluşlar
**Şekil 3** Yaş dağılımı
**Şekil 4** Eğitim durumu dağılımı
**Şekil 5** Gelir dağılımı
**Şekil 6** Gravida sayısı dağılımı
**Şekil 7** Önceden kullanılan yöntemlere göre danışmanlık sonrası görüşlerin dağılımı
**Şekil 8** Eğitim durumuna göre önceden kullanılan yöntemlerin dağılımı
**Şekil 9** Eğitim durumuna göre danışmanlık sonrası kullanılan yöntemlerin dağılımı
**Şekil 10** Gelir düzeyine göre önceden kullanılan yöntemlerin dağılımı
**Şekil 11** Gelir düzeyine göre danışmanlık sonrası kullanılan yöntemlerin dağılımı
**Şekil 12** Gravida sayısına göre önceden kullanılan yöntemlerin dağılımı
**Şekil 13** Yaşa göre önceden kullanılan yöntemlerin dağılımı
**Şekil 14** Yaşa göre danışmanlık sonrası kullanılan yöntemlerin dağılımı
**Şekil 15** Danışmanlık öncesine göre danışmanlık sonrası kullanılan yöntemlerin dağılımı

# KISALTMALAR

| | |
|---|---|
| **ABD** | Amerika Birleşik Devletleri |
| **MÖ** | Milattan Önce |
| **WHO** | Dünya Sağlık Örgütü |
| **UNFPA** | Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu |
| **JICA** | Japon Uluslararası İşbirliği Kuruluşu |
| **DMPA** | Depo Medroksi Progesteron Asetat |
| **NET-EN** | Nöretisteron Enantat |
| **DSÖ** | Dünya Sağlık Örgütü |
| **KOK** | Kombine Oral Kontraseptif |
| **RİA** | Rahim İçi Araç |
| **KS** | Kontraseptif |
| **SB** | Sağlık Bakanlığı |
| **TDH** | Türkiye Doğurganlık Hızı |
| **TNSA** | Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması |
| **LH** | Luteinizan Hormon |
| **AP** | Aile Planlama |
| **AÇSAP** | Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması |
| **PİH** | Pelvik İnflamatuar Hastalık |
| **LNG-RİS** | Levonorgestrel İçeren Rahim İçi Sistem |

# İÇİNDEKİLER


**1.** GİRİŞ VE AMAÇ 1

**2.** GENEL BİLGİLER 3

2.1. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN DÜZENLENMESİ 3

2.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Örgütü

2.1.2. Üniversiteler

2.1.3. Özel Hekimler

2.1.4. Yerel Yönetimler

2.2. DANIŞMANLIK 8

2.2.1. Tanım

2.2.2. AP Danışmanlığın Amacı

2.2.3. AP Danışmanlığın Önemi

2.2.4. AP Danışmanlık Çeşitleri

2.2.5. AP Danışmanlığın Amaçları

2.2.6. AP Danışmanlıkta "KAYNAK" Yaklaşımı

2.2.7. Örnekler

2.3. KONTRASEPTİF YÖNTEMLER 20

2.3.1. Hormonal Kontraseptifler

2.3.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)

2.3.3. Bariyer Yöntemler

2.3.4. Cerrahi Yöntemler

2.3.5. Doğal Aile Planlaması

2.3.6. Emzirme ve Gebeliğin Önlenmesi

**3.** MATERYAL VE METOD 41

**4.** BULGULAR 44

**5.** TARTIŞMA 59

**6.** SONUÇ 67

**7.** ÖZET 70

**8.** KAYNAKLAR 72

# 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kontrasepsiyonun tarihi insanlık kadar eskidir. İnsanlar gebeliğin cinsel ilişki sonrası ortaya çıktığını anladıklarından bu yana, çeşitli usullerle bunu önleme çabalarına girmişlerdir. Bu konuda yazılmış en eski belge, MÖ 2700 yılında Çin'de yazılmış olan bir tıp kitabındaki kontrasepsiyon ve düşük yaptırmaya ilişkin reçetelerdir. Mısır'daki, Kahun veya Petri Papirusu (MÖ 1850) ve Elbers Papirusunda (MÖ 1500) tanımlanan çeşitli kontraseptif tamponlar da yine konu ile ilgili tarihi belgelerdir.

Yine milattan önceki dönemlerde Arapların çölü geçerken, gebe kalmaması için develerin uterusuna taşlar koydukları da günümüze ulaşan bilgiler arasındadır. Modern çağda, özellikle toplumların fertilite kontrolünü, giderek bir insan hakkı olarak görmeye başlaması ve aşırı doğurganlıkla sağlık ve refah arasındaki ilişkinin iyi anlaşılması, konu ile ilgilenenleri, bilimsel gerçekleri ve uygun teknolojileri araştırmaya ve geliştirmeye yöneltmiştir. Örneğin kondomlarla ilgili çalışma ilk 1564'de başlamış, 1838'de ilk diyafram yapılmış, spermisitlerin kullanıma sunulması 1885' lerde gerçekleştirilmiştir.

Rahim içi araçların (RİA) ilk tanımlanması 1909 da Richter, 1929 da Grafenberg tarafından yapılmıştır.

Hormonal kontraseptiflerin ilki olan oral hapların, Roüc, Pincus ve Garcia'nın 1956 ve 1958' deki yayınlarından sonra üzerinde daha da yoğun çalışılmaya başlanılmış, daha sonraları da hormonal kontraseptiflerin implant ve enjeksiyon şekilleri, cerrahi sterilizasyonun da daha basit kolay teknikleri geliştirilmiş(1).

1984 yılında Mexico City'de yapılan Uluslararası Nüfus Konferansı'nda aile planlaması: "bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları" olarak kabul edilmiş ve bu yaklaşım uluslararası oy birliği ile güven altına alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre her 100.000 canlı doğumda 430 anne ölümü meydana gelmektedir. Bu sayı gelişmiş ülkelerde 100.000'de 27, gelişmekte olan ülkelerde 480. Türkiye'de ise 132'dir(2). Pek çok ülkede yürütülen Dünya Doğurganlık Araştırması sonuçlarına göre, anne ölümleri her yıl 1/3 oranında düşürülebilir. Bu, artık çocuk istemeyen kadınlara kontraseptif yöntemleri tanıtmak ve hizmet veren kuruluşlara ulaşmalarını sağlamakla mümkün olacaktır(3).

Türkiye'de üreme dönemindeki halen evli kadınların %62.1'i artık çocuk istememektedir. Çocuk istemeyenlerin büyük çoğunluğunu 2 ve daha fazla yaşayan çocukları olanlar teşkil etmektedir. Sonuç olarak Türkiye'de aileler çocuk sayısını kısıtlamak istemekte ve bunun için de yöntem kullanmaktadırlar. Ancak sorun, etkisiz yöntemlerin yaygın olarak kullanılması ve kontraseptif prevelansının, kadının eğitim durumu, yerleşim yerinin türü ve bölgelere göre çok farklılık göstermesidir(1).

Türkiye'de 1998 Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre her 5 doğuma karşılık 1 isteyerek düşük olması yanında her 3 doğumdan biri planlanmamış gebelik sonucu olmaktadır. Planlanmamış ve istenmemiş gebelik sonucu olan doğumlar toplamın %30'unu teşkil etmektedir. Planlanmamış gebelikler ve doğumlar Türkiye'de ailelerin aile planlaması konusunda bilinçlenmesinden çok bunu sağlamada, yani hizmete ulaşmadaki yetersizliği göstermektedir. Yalnızca bu planlamamış gebelikler ve doğumlar önlendiğinde, doğurganlığın 1/3 oranında azalacağı varsayılabilir. Hizmete ulaşmayı engelleyen faktörlerin iyi tanımlanması başarı yönünden de önemlidir. Bu faktörler; Hizmetin yetersiz verilmesin yanı sıra kadının toplumsal statüsünün düşüklüğü(özellikle eğitimin düşük, ekonomik özgürlüğün olmaması) kırsal yerleşim, bölgesel özellikler ve diğer psiko-sosyal faktörler, hizmetin yaygınlığı yanında, uygunluğu(özellikle doğum ve düşük sonu aile planlaması programlarının öncelik taşıması, değişik hizmet modellerli gibi ) ve niteliği kadar özellikle hizmet almayı engelleyen diğer faktörler de(çok seçenek sunma, doğru ve ayrıntılı bilgilendirme, personelin bilgili ve teknik olarak yeterli olması, yöntem kullananların izlenmesi gibi anahtar öğeler) hizmette çözüm bekleyen önemli unsurlardır(1).

Türkiye'de Kadın, Anne ve Çocuk Sağlığı ile ilgili göstergeler bu gurubun sağlık düzeyinin oldukça düşük olduğunu göstermektedir. Bu açıdan aile planlaması hizmetlerine ağırlık ve öncelik verilmesi, riskli gebeliklerin aile planlaması hizmetleri ile önlenerek ana çocuk sağlığı düzeyinin yükseltilmesi ayrı bir önem kazanmaktadır(1).

Aile planlaması hizmetlerinin başarıya ulaşmasında etkin bir danışmanlığın büyük rolü vardır ve bu, hizmeti verenler için en önemli görevlerden biridir. Bu nedenle çalışmamızda; etkin bir danışmanlığın aile planlaması hizmetlerindeki önemini ve danışmanlık verilmesiyle katılımcıların yöntem tercihlerine olan etkilerini belirlemeyi planladık.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1-AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN DÜZENLENMESİ

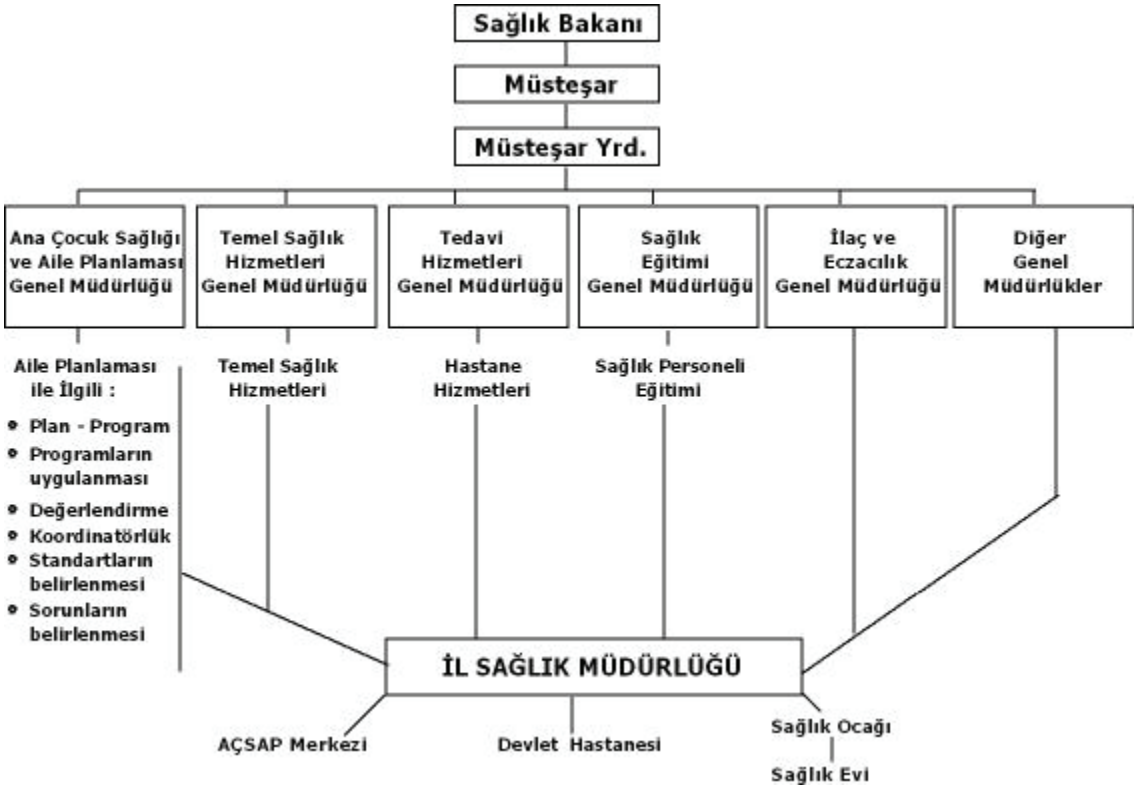
Bir aile planlaması programının başarıyla yürütülebilmesi için eğitim, hizmet, yönetim ve denetim sistemlerinin iyi işlemesi gerekir. Kırsal yörelerde, kentsel alanlarda ve özellikle gecekondu bölgelerinde halk, eldeki tüm eğitim kurumları ve olanakları kullanılarak eğitilmelidir(7).

Yapılan tüm çalışmaları koordine etmek ve denetlemek yerel sağlık ve aile planlaması yöneticilerin sorumluluğudur. Aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerini etkili bir biçimde yönetmek ve denetleyebilmek için program yöneticilerinin hem üreme sağlığı ve kontraseptif yöntemler, hem de hizmetin değerlendirilmesi konusunda eğitilmeleri gereklidir.

Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, dolayısıyla aile planlaması(AÇSAP) hizmetlerinin sorumluluğu 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile Sağlık bakanlığına verilmiştir. 665 sayılı yasa ile kurulan Ana ve Çocuk sağlığı Müdürlüğü ile 557sayılı Yasa ile kurulan nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü 1982 yılında birleştirilmiştir. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, AÇSAP hizmetlerinin ülke düzeyinde planlanması, mevcut sorunların ortaya konulması, bu sorunlara yönelik özel programların yürütülmesi, değerlendirilmesi ve denetiminden sorumludur. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğünün yanı sıra, Temel Sağlık Hizmetleri ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüklerinin de AÇSAP hizmetlerinin sunumunda doğrudan rolü ve sorumluluğu vardır.(şekil1 ve 2)

Sağlık sektörünün doğrudan sorumlu olduğu aile planlaması dahil üreme sağlığı hizmetlerinde, yani toplumun üreme sağlığı ve kontraseptiflerle ilgili bilgilendirilmesi ve klinik hizmet verilmesinde Sağlık Bakanlığı dışında üniversitelerin, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun, 1580 sayılı yasa ile yerel yönetimlerin, özel hekimlerin, çeşitli yasal düzenlemelerle de diğer kamu kurum ve kuruluşları ile gönüllü kuruluşların da çeşitli örgütlenme modelleri ile bu hizmeti sunmada doğrudan ya da dolaylı olarak sorumlukları vardır ve hizmet zincirinde yer almaktadır(şekil 2).

**2.1.1- Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Örgütü:** Sağlık Bakanlığı merkez düzeyinde, aile planlanması hizmetinin verilmesinde pek çok Genel Müdürlüğün rolü vardır. Ana ve Çocuk sağlığı ve Aile planlaması genel müdürlüğü'nün temel görevi ise konu ile ilgili sorunları ve standartları belirlemek, bunlara uygun programlar planlamak, uygulamak, uygulatmak, izlemek ve değerlendirmek, sektör içi ve sektörler arası işbirliği ve koordinasyonu sağlamaktır. Türkiye' de ki halen mevcut sistemde aile planlanmasında bilgilendirme, eğitim, danışmanlık ve klinik uygulamalar, il düzeyinde sağlık müdürlüklerine bağlı sağlık birimlerince verilmektedir. En uç birim olan sağlık evlerinde ve sağlık ocaklarında, üreme sağlığı /AP danışmanlığı, RİA, hap, kondom ve enjekte edilen kontraseptif (KS) yöntemlerle ilgili de klinik hizmet sunulmaktadır. Hastanelerdeki aile planlaması kliniklerinde RİA, hap, kondom ve enjekte edilen KS yöntemler dışında cerrahi sterilizasyon (tüp ligasyonu, vazektomi) ve gebeliğin sonlandırılması hizmetleri de verilmektedir. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinin diğer birinci basamak sağlık kuruluşlarından farkı, konu ile ilgili daha fazla eğitilmiş ve uzmanlaşmış bir kadro ile özellikle kadınların daha rahat başvurup hizmet alabildikleri birimler olmasıdır. Türkiye'de bu birimlerin hepsi aile planlaması hizmeti sunmaktadır. Sağlık evleri ve sağlık ocaklarında aile planlaması hizmetlerinin rutin olarak sunulamamasında temel neden eğitilmiş personel eksikliği iken hastanelerdeki neden, bu hizmete öncelik verilmemesidir. Aile Planlaması hizmeti sunmada kamu sektörünün rolü daha ağırlıklıdır. Örneğin 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre tüm modern yöntemlerin %56 sı kamu sektörünce verilmiştir. Uygulanan RİA'ların %72'si de kamu sektöründe uygulanmıştır. Ancak hap ve kondom temininde özel sektör daha ağırlıklıdır. Hap kullananların %74'ünde,kondom kullananların %67'sinde kaynak özel sektördür(1).




**Şekil 1.** – Aile planlamasında klinik hizmeti sunmada örgütlenme modeli (Sağlık Bakanlığı Sistemi)

Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinin, birinci basamak sağlık kuruluşlarından, diğer bir farkı da; bu birimlerin il düzeyinde konu ile ilgili diğer birimlerdeki sağlık personeline eğitim vermesi yani il düzeyinde eğitim merkezi olarak fonksiyon görmeleridir. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinin eğitim fonksiyonunun daha güçlendirilmesi ve eğitim merkezi olarak yaygınlaştırılmaları, önemli bir sorun olan sağlık personelinin üreme sağlığı ve aile planlamasında hizmet içi eğitime kalıcı bir çözüm getirecektir ki, bu da hizmet niteliğini ve kullanımını artıracak önemli bir husustur(1)

Sağlık Bakanlığının sorululuğunda sunulan AP hizmetlerinde diğer önemli bir husus da, kontraseptif malzemenin teminidir. Şöyle ki; Türkiye'de SB tarafından dağıtımı yapılan KS malzemenin %90 'ı USAID kuruluşu tarafından bağış olarak veriliyordu. Oysa 1999 yılı sonu itibariyle bu bağışlar durdurulmuştur. Bu durumun istenmeyen gebeliklerin ani artışına yol açmaması için ihtiyacı olup maddi gücü olmayanlara bu tür malzemelerin SB tarafından temin edilerek, bu hizmetin verildiği birimlerce daha önceleri olduğu gibi ücretsiz dağıtılması, maddi gücü olanlara da, özel sektöre kıyasla daha düşük maliyetle

sunulabilmesi gerekmektedir. Kullanıcıları sağlıklı kişiler olan bu hizmetin sürekliliğinde, KS malzemenin karşılanabilir maliyetle temini son derece önemlidir. Yine bu tür malzeme giderlerinin sosyal güvenlik sistemi içerisinde karşılanabilmesinde gerekli anlayış ve yasal değişiklikler için mutlaka çaba gösterilmelidir. Aksi takdirde ülkede aşırı doğurganlık ve onun olumsuz sonuçları ile ilgili olumlu giden eğilimlerin zaman içinde tersine dönmesi şaşırtıcı olmayacaktır.

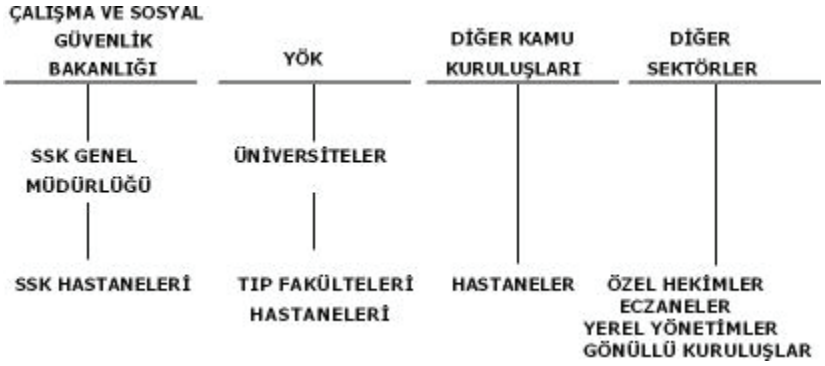
**2.1.2 - Üniversiteler:** Üniversitelerin Tıp Fakülteleri, üreme sağlığı /aile planlaması ile ilgili alanlarda hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimleri, araştırma ve klinik hizmetler sunmaktadır. 1992 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın koordinasyonunda başlatılan bir eğitim programı ile son sınıf öğrencilerin aile planlanmasında sertifika eğitimi,17 Tıp Fakültesine yaygınlaştırılmış olup halen sürdürülmektedir.

**2.1.3 - Özel Hekimler:** Aile planlaması hizmetlerinin sunumunda özel hekimlerin de önemli rolü vardır. Örneğin;1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, RİA kullananların %27,5 'i bu hizmeti özel hekimlerden almaktadır.

**2.1.4- Yerel yönetimler;** Gerek 1580 Sayılı Yasa ve gerekse 1593 Sayılı yasa uyarınca belediyeler, özellikle büyükşehir belediyeleri ile il yerel yönetimleri bünyesinde kurulan hastanelerin aile planlaması klinikleri, belde sağlık evleri aile planlaması hizmetleri ve aile ve nüfus planlaması danışma servisleri ile hizmete katkıda bulunmaları gerekmektedir. Bu katkı, yerel yönetim kadrolarının özelliğine göre değişiklik göstermektedir(1).

Ülkemizde, aile planlaması konusunda, ulusal vakıflar, dernekler gibi gönüllü kuruluşlar da verilen hizmetlere katkıda bulunmaktadırlar.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO),Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA),UNESCO, Japon Uluslararası İşbirliği Kuruluşu (JICA),USAID, gibi uluslar arası kuruluşlarla da, aile planlaması konusunda işbirliği yapılmaktadır(1).




**Şekil 2**. – Aile planlaması hizmeti veren diğer kuruluşlar

## 2.2- DANIŞMANLIK

### 2.2.1-Tanım

Danışmanlık; **y**üz yüze konuşma sırasında bir kişinin diğerine belli bir konuda karara varmasını kolaylaştırmak için çözüm seçenekleri sunarak yardımcı olmasıdır. Aile planlaması hizmetleri veren bir kişi için danışmanlık, en önemli görevlerden biridir. Danışmanlık, bireyin kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturmasına yardımcı olacak şekilde, belli bir konuda uzmanlaşmış kişilerce aydınlatılmasıdır. Danışmanlık ikna etmek için bir araç değildir; kişiye yöntemlerle ilgili seçenekler sunarak kendisine en uygun olan yöntemi seçmesine yardım etmektir.

Danışmanlık, aile planlaması hizmetlerinin çok önemli, ancak çoğunlukla ihmal edilen bir bölümüdür. Danışmanlık aynı zamanda, bilinçli yöntem seçimini, doğru, düzenli ve uzun süreli kontraseptif kullanımını sağladığı ve böylece yöntemi bırakmak amacıyla yapılan klinik ziyaretlerini azalttığı için de önemlidir(4).

### 2.2.2-Aile Planlaması Danışmanlığın Amacı

**A**ile planlaması danışmanlığın amacı bireylere ya da çiftlere:

1. Kontraseptif yönteme gereksinim olup olmadığına karar vermelerinde
2. Kontraseptif yöntemi bilinçli olarak kabul etmelerinde
3. Seçtikleri yöntemi öğrenmelerinde
4. Seçtikleri yöntemi doğru kullanmalarında
5. Kaygıları gidermede ve sorun oluşturmada uygun karar vermelerinde yardımcı olmaktır.

Danışman bu hizmeti başvuran kişiyle birlikte mümkünse eşi ile karşılıklı konuşarak verir. Karşılıklı bilgi ve fikir alışverişi, tartışma ve görüşme danışmanlığın vazgeçilmez bir parçasıdır(4,5).

### 2.2.3 Aile Planlaması Danışmanlığının Önemi:

1. **Aile planlaması yöntemlerinin kabulünün artması:** Doğru bilgi verme, dinleme ve sözsüz iletişimle yaratılan rahat bir konuşma ortamı, kişilerin aile planlamasını kabul etmesine yardımcı olur. Böyle bir süreçte, kişinin bilinçli olarak seçtiği yöntem 'kendi yöntem'dir. Bu benimseme duygusuyla yöntemlerin kabullenilmesi ve yaygınlığı artacaktır.
2. **Uygun yöntemin gönüllü seçimi:** Danışmanlık, hizmet verenlerin ve başvuran kişilerin, kullanılacak yöntemi, her kullanıcının sağlık gereksinimine ve kişisel özelliklerine uygun ve gönüllü olarak seçmesini sağlar.
3. **Daha uzun kullanım süresi:** Bir kişi, yöntemin seçimine katkıda bulunursa, nasıl uygulandığını anlarsa ve yan etkilerle baş etmeyi öğrenirse, yöntemi sürekli kullanma olasılığı artar. Kişinin herhangi bir sorunu olduğunda yine gelebileceğini bilmesi de sürekli kullanımı artırır. Bazı durumlarda, yalnızca malzeme alımı için ne zaman gelebileceğini bilmesi yeterlidir.
4. **Yöntemin etkili kullanımı:** Danışmanlık, kişilerin yöntemi nasıl kullanacaklarını doğru anlamalarını, yöntem konusunda yanlış bilgi ve /veya söylentilerden etkilenmemelerini ve seçtikleri yöntemi etkili uygulamalarını sağlar.
5. **Personelin zamanını etkili ve verimli kullanma:** Kaliteli danışmanlık, personelin zamanını almakla birlikte, hizmetten ve yöntemden memnun olan kullanıcıların sayısında ve sürekli kullanım oranlardaki artış ve karşılaşılabilecek risklerdeki azalma nedeniyle verimi çok yüksek bir hizmet alanıdır(4,5).

İyi bir danışmanlık hizmeti sunma zor bir iş değildir ancak beceri ister. Aile planlaması danışmanlığının iki temel özelliği vardır (6).

1. Kişilere önem verildiğini göstermek. Bunun için de şunlar yapılmalıdır.
   - ✓ Anlamak: Danışman kendisini, kişilerin yerine koymalı ve onların duygularını anlamalıdır.
   - ✓ Doğru olmak: Danışman kullanılacak yöntem ile ilgili tüm gerçekleri anlatmalı ve kişilerin istedikleri tüm bilgileri onlara vermelidir.

- ✓ Danışmanlık hizmeti sunan kişinin, kendisine başvuranlara önem verdiğini göstermesi çok önemlidir. Çünkü kişiler danışman ile konuşmak ve ona güvenmek ister. Bu konuşmalar da neler hissettiklerini anlamaya çalışmalıdır.
- ✓ Saygılı olmak: Danışman, kişilere dostça yaklaşmalı, kibar olmalıdır. Konuşma sırasında, sağlık durumları gereksinimleri, aile planlaması hakkında bilgileri, endişeleri de ortaya çıkmış olur. Danışmana güvenen kişiler bir sorunla karşılaştıklarında tekrar başvuruda bulunmalarını sağlar(6).

2. Kişilere onları anlayabileceği bir dilde açık bilgiler vermek. Bu amaçla:
   - ✓ Kısa cümleler kullanılmalıdır.
   - ✓ Basit anlaşılır kelimeler kullanılmalıdır.
   - ✓ Resim ve basılı malzemelerden yararlanılmalıdır.
   - ✓ Gebeliği önleyici malzemeler gösterilmeli ve kişilerin bunlara dokunması sağlanmalıdır.
   - ✓ Zaman zaman konuşmaya ara verilerek, kişilerin anlayıp anlamadıkları sorulmalıdır.
   - ✓ Sormak istedikleri bir şey olup olmadığı araştırılmalıdır.
   - ✓ Seçilen yöntemin kullanılışı tekrar anlatılmalıdır.
   - ✓ Seçilen yöntemin kullanılışı kişiye tekrarlatılmalıdır(6).

Aile planlaması kişilerin yaşantılarında çok özeldir. Bu nedenle kişiler danışman ile konuşurken sıkılabilir, şaşkınlaşabilir, korkabilir ve endişelenebilirler. Bu hisler aile planlaması uygulama kararlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bazen de seçim yapmayı güçleştirir veya daha sonra istenilmeyecek olan bir seçimde bulunmalarına neden olabilir. Bu durum ile baş edebilmek için, kişilerin duygularını anlatabilmelerine izin vermek ve duyguları hakkında konuşabilmelerine yardımcı olmak gerekir. Kişilere etkin sorular sorulmalı ve kişiler sadece sözleri ile değil beden hareketleri ile de değerlendirilmelidir. Konuşmakta zorlananları etkin bir dinleme ve soru sorma yöntemiyle konuşturmak mümkündür.

Etkin bir soru sorma ise şu şekilde başarılabilir .

- ✓ Danışman dostça bir ses tonu kullanmalıdır.
- ✓ Her seferinde tek bir soru sorulmalı ve cevap için beklenilmelidir.
- ✓ Kişilerin aile planlaması ile ilgili gereksinimlerini öğrenmeye yönelik sorular sorulmalıdır.
- ✓ Sorular sadece evet veya sadece hayır ile cevaplanmayacak türden olmalıdır. Örneğin "Rahim içi araçları duydunuz mu? "yerine" rahim içi araçlar hakkında neler biliyorsunuz?" şeklinde sorular yöneltilmelidir.
- ✓ "Ne zaman ?" , "ya!" "ve" gibi kelimeler kullanılarak kişilerin konuşma devamlılığı sağlanmalıdır.
- ✓ "Niçin" ve "Neden" ile başlayan cümleler kullanılmamalıdır. Çünkü böyle başlayan sorular çoğu kez bir olumsuzluk taşırlar. Kişiler eleştirildiklerini sanıp, doğru cevap vermeyebilirler veya uygulamadan vazgeçebilirler.
- ✓ Soruların anlaşılmadığı şüphesi olursa, aynı sorular değişik biçimde tekrarlanmalıdır(6).

**2.2.4- Aile planlaması Danışmanlık Çeşitleri**

1. Genel danışmanlık
2. Yönteme özel danışmanlık
3. İzlem danışmanlığı

**1) Genel Danışmanlık**

AP yöntem kullanmak için başvuran kişiye yöntem seçmeden önce sunulan hizmettir.

- ▪ Başvuran kadın ve erkek üreme sisteminin anatomisi, fizyolojisi hakkında kısaca bilgi verilir.
- ▪ Tüm kontraseptif yöntemler hakkında tek tek bilgi verilir(görsel malzemeler kullanılarak), yöntemlerin olumlu ve olumsuz yönleri, yan etkileri anlatılır.

Genel danışmanlıkta başvuran kendisine uygun bir kontraseptif yöntem seçer. Genel danışmanlık bireysel ya da grup danışmanlığı şeklinde sunulabilir(4,5).

**2) Yönteme Özel Danışmanlık**

Başvuran kişinin kullanmaya karar verdiği yöntemle ilgili olarak yapılan danışmanlıktır. Belli bir kontraseptif yöntemin uygulanmasından hemen önce ve hemen sonra yapılan danışmanlıktır.

Yönteme özel danışmanlık, kişiye:

- İlgi duyduğu korunma yöntemleri konusunda sorular sormak ve deneyimini tartışmak
- İlgi duyduğu ve klinikte bulunan korunma yöntemleri konusunda daha ayrıntılı bilgi almak
- Uygun bir yöntem seçimi için yardım almak
- Yöntemin güvenli, etkili ve tatminkâr biçimde kullanılması konusunda ayrıntılı bilgi almak için fırsat verir.

Bu aşamada danışman:

- Kişiye, hangi yöntemle ilgilendiğini ve bu konuda ne bildiğini sorar. Bu da, hizmet verene, yanlış bilgileri ve söylentileri düzeltme, doğru bilgileri aktarma olanağı verir.
- Seçilen yöntemin etki mekanizmasını, etkisini olumlu ve olumsuz yanlarını kişiye anlatır, varsa sorularını yanıtlar
- Kişinin ilgilendiği yöntemin uygunluğu konusunda, onun gereksinimleri ve öyküsünü göz önüne alarak tavsiyede bulunur. Bu süreç, kontraseptif yöntemin ön seçimiyle sonuçlanır.
- Hizmet alanın daha ayrıntılı değerlendirilmesi gerekip gerekmediği konusunda karar verir. Bu konuda hizmet sunan gerekli fizik muayeneyi ve laboratuar incelemelerini yaparak seçilen kontraseptif yöntemin uygunluğunu saptar.
- Kişinin bir kontraseptif yöntemi seçmesinden ve değerlendirmesinden sonra yöntem konusunda daha ayrıntılı bilgi verilir. Bu aşamada, hizmeti veren kişi;

- ✓ Yöntemin tanımını, etki mekanizmasını, etkililiğini, olumlu olumsuz yönlerini, kullanım kurallarını ve olası yan etkilerini yalın ve anlaşılır bir dille anlatır.
- ✓ Kişinin anladığından emin olmak için, kullanım kurallarını ve uyarıları tekrarlaması ister.
- ✓ Kullanıcıya izlem gününü bildirir. Gerekli malzemeler ve bulunacağı yerler, yan etkiler konusunda uyarılar, sorunların erken tanımlanması, yöntem değiştirme, RİA'ların ve implantların çıkarılması hizmetleri gibi konular üzerinde durulabilir(4).

Hizmet veren ve hizmet alan kişinin şunları bilmesi önemlidir(4).

- Kullanıcılar hizmet verenlerle sık bağlantı kurarlarsa, yöntemi kullanmaktan vazgeçmeleri olasılığı azalır. Beklenen önemsiz yan etkiler, kişilere açık bir şekilde anlatılırsa yöntemin bırakılmasına neden olmaz
- Sık izlem güveni artırır.
- Düzenli izlem, kişinin fark edemediği sorunların (örn. İplikleri görünmeyen RİA, erken gebelik bulguları v.b )hizmet verenlerce belirlenmesini sağlar.

Yönteme özel danışmanlık yöntem öncesinde verildiğinde, kişiye yöntem hakkında ayrıntılı bilgi içeren, tıbbı müdahale gerektiren durumları tanıtan broşür verilmelidir. Eğer yöntem hemen uygulanmayacaksa, randevu gününü belirten bir kart da verilmelidir.

Yönteme özel danışmanlıkta kişiye yöntem hakkında ayrıntılı bilgi içeren, tıbbı müdahale gerektiren durumları tanıtan bir broşür verilmelidir.

**3) İzlem Danışmanlığı:**

İzlem ziyaretlerinin genel amaçları şunlardır:

- Kullanıcının aile planlama kararlarını güçlendirmek
- Kullanıcının yöntemden memnun olup olmadığını, yöntemi kullanmaya devam edip etmediğini öğrenmek,
- Kullanıcının yöntemi doğru uygulayıp uygulamadığını kontrol etmek ve kullanım kurallarını yenilemek,
- Gerekirse malzemeyi sağlamak,

- Kullanıcının sorularını yanıtlamak
- Yöntem konusunda güven vermek ve olası küçük yan etkileri tedavi etmek,
- Kullanıcının genel sağlık durumunda ve yaşam koşullarında, yöntemi değiştirmesini veya uygulamayı bırakmasını gerektiren bir değişiklik olup olmadığını saptamak(4).

İlk izlem ziyaretinin zamanı, kullanılan kontraseptif yönteme bağlıdır. Başlıca kontraseptif yöntemler için genelde aşağıdaki izlem zamanları önerilir.

| | |
|---|---|
| Oral kontraseptifler | 2-4 hafta sonra |
| RİA'lar | 1 ay sonra |
| Enjekte edilen kontraseptifler | 1 veya 3 ay(tipine bağlı) sonra |
| İmplantlar | 1hafta sonra |

Daha sonraki izlemler, kısmen kontraseptif yönteme ve verilen malzeme miktarına(örneğin kaç kutu hap veya kondom verildiğine) bağlıdır. Her kadın, yılda en az bir kez genel muayeneden geçmelidir. Bütün kadınlara, yılda en az bir kez pelvik muayne yapılması önerilir; RİA kullananlara mutlaka yapılmalıdır(4).

Tüm yöntemleri gereğince anlatabilmek için sağlam bilgi ve iyi iletişim becerisi gereklidir. Bu beceriler, bilgisizlik ve gereksiz kaygılar nedeniyle yöntemden vazgeçme olasılıklarını da azaltır. Teknik bilgi, akademik dil ve anlaşılmaz sözlerden kaçınılmalıdır. Sorular, özelikle yöntemin olumsuz yönlerine ilişkin olanlar, dürüstçe yanıtlanmalıdır

### 2.2.5- Aile Planlama Danışmanlığın Aşamaları:

**Karşılama:**

- Başvuran kişiyi karşılayın ve kendinizi tanıtın
- Aile planlaması konusunda genel bilgi verin
- Aile planlaması ile ilgili düşüncelerini sorun. Doğumlara ara vermeyi mi sınırlamayı mı düşündüğünü öğrenin
- Tüm yöntemler konusundaki yanlış bilgi ve söylentileri düzeltin.
- Yöntemlerden herhangi birini kullanmayı önleyecek düşünce ve yargılarını araştırın

**Danışmanlık:**

- Hakkında demografik bilgi(isim, adres, yaş v.b) ve öykü alın
- Gebelikten korunma seçenekleri her yöntemin risk ve yararları konusunda bilgi verin
- Kişinin gereksinimlerini, kaygılarını ve korkularını, sempatik bir yaklaşımla tartışın
- Kişinin uygun bir yöntemi seçmesine yardımcı olun

**Muayene/tedavi:**

- Gerekli uygun muayne ve laboratuar incelemelerini yapın
- Belirlenen kontraseptif yöntemi sağlayın
- Seçilen kontraseptif yöntemi nasıl kullanacağı, olası yan etkileri ve kontrol ziyareti kurallarını da kapsayan, uygulama sonrası danışmanlığı yapın
- Kullanıcının sorularını yanıtlayın
- Kullanıcı kayıtlarını tamamlayın

**İzleme/kontrol**

- Kullanıcının yöntemden memnun olduğuna emin olun
- Sorunları araştırın, yan etkiler veya herhangi bir sorun konusundaki kaygılarına ilgi gösterin
- Gerekiyorsa, kontraseptif malzeme verin ve kuralları yineleyin(5).

### 2.2.6- Aile Planlama Danışmanlığında "KAYNAK" Yaklaşımı

Danışmanlık, tüm aile planlaması hizmetlerindeki ortak öğedir. Danışmanlık süreci KAYNAK sözcüğü ile simgelenen aşağıdaki aşamalardan oluşur(1,4,5).

**Karşılayarak selamlayın:**

- Hizmet almak için gelen kişileri nazikçe karşılayın
- Kendinizi tanıtıp, nasıl yardımcı olabileceğinizi sorun
- Konuşmayı mahremiyet içinde, rahat bir yerde yapın
- Gizlilik konusunda güven verin

**Alaka göstererek soru sorun**:

- Hizmet alacak kişiye önce yaşını, medeni durumunu, gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısını sorun
- Geçmişte ve halen kullandığı aile planlaması yöntemini sorun
- Aile planlaması konusundaki gereksinimlerini, isteklerini, kuşku ve kaygılarını, sorunlarını anlatmaya, soru sormaya teşvik edin

**Yöntemler konusunda bilgi verin:**

- Yöntemler konusunda bildiklerini sorup yanlışlarını düzeltin
- Tüm yöntemlerin yararları ve yan etkileri hakkında bilgi verin
- Hangi yöntemi nereden ve nasıl elde edebileceğini anlatın

**Ne tür yöntem seçeceğine yardımcı olun**

- Kişinin gereksinimleri ve tercihlerine uyacak bir aile planlaması yöntemine karar vermesine yardım edin
- Yöntemin güvenirliğiyle ilgili bilgi verin
- Kararını kesinleştirmesine yardımcı olun

**Açıklayıcı bilgiler verin**

- Seçtiği yöntemi mümkünse hemen verin, değilse nereden ve ne zaman alabileceğini anlatın
- Yöntemi nasıl kullanacağını, yan etkilerini açıklayın, gereken yazılı materyali verin
- Gerek duyduğunda veya herhangi bir sorunu olduğunda rahatça gelebileceğini açıklayın
- Acilen tıbbı bakım için başvurmasını gerektiren durumları tekrar hatırlatın. İzlem için ne zaman geleceğini bildirin

**Kontrole(**izleme) **çağırın**

- İzlem için geldiğinde yöntemi kullanıp kullanmadığını, kullanıyorsa yöntemle ilgili bir sorunu olup olmadığını sorun
- Hafif olan yan etkilerle ilgili önerilerde bulunun. Ciddi görünen sorunlar ve yan etkiler de ise tedavi için sevk edin
- Kullanıcı yöntemi değiştirmek ya da bırakmak istiyorsa kendisine yardımcı olun

**2.2.7-Örnekler:** (6)

Selamlama karşılamanın kötü örneği:

**Danışman:"**Oturun, aile planlaması uygulaması istiyorsunuz herhalde. Öncelikle bazı tıbbı bilgileri vermem gerekiyor. Ondan sonra hangi yöntemi kullanacağınıza karar vereceğiz.

**Kişi:** "Aile planlaması uygulamak istediğimden emin değilim. Sadece merak etmiş ve bilgi almaya gelmiştim."

**Danışman: "**Şimdi sizinle uğraşacak vaktim yok. Bu broşürleri alın okuyun. Kesin kararınızı verince gelirsiniz".

Bu kötü bir örnektir. Çünkü:

- ✓ Danışman, kişiye adıyla hitap etmemiş, onu bir birey olarak örmemiş, hoş geldiniz dememiş, oturması için yer göstermemiş ve kişiye nazik davranmamıştır.
- ✓ Danışman, kişinin geliş nedeninin sadece bilgi almak olduğunu düşünmemiştir.
- ✓ Danışman sabırsız davranmış, kişinin konuşmasına izin vermemiş, ona yardımcı olmadan geri yollamıştır.
- ✓ Danışman kişiyle tartışmadan, konuyu açıklığa kavuşturmadan, kişinin özelliklerini, okuma yazma durumunu araştırmadan yazılı malzemeyi vererek kişiyi başından savmıştır.

Selamlama karşılamanın iyi örneği(6).

**Danışman:** Günaydın Ayşe Hanım hoş geldiniz. Lütfen buyurun oturun. Burada kimse bizi rahatsız etmez, rahat rahat konuşabiliriz. Size nasıl yardımcı olabilirim?

**Ayşe Hanım: "**Bizim üç çocuğumuz var ve başka çocuk istemiyoruz. Duydum ki kadınlar hap, iğne gibi yöntemlerle gebeliklerini önleyebiliyorlarmış. İşte bunlar hakkında bilgi almaya geldim."

**Danışman: "**Ayşe Hanım, sizi kutlarım. Bilgi almak için doğru yere geldiniz. Size gebeliği önleyici çeşitli yöntemlerden söz edeceğim. Hatta bazılarını gösterebilirim de. Hap ve iğnelere ek olarak rahim içi araçlar ve kondom da gebeliği önler. Hatta bazılarını gösterebilirim de. .Eğer siz ve eşiniz bir daha hiç çocuk sahibi olmamaya karar verirseniz

kısırlaştırma ameliyatı için sizi hastaneye sevk de edebilirim. Bu işlem de size ya da eşinize uygulanabilir. Biz şimdi bu yöntemler hakkında daha ayrıntılı konuşabiliriz. İsterseniz işe haplarla başlayabiliriz. Haplar hakkında ne biliyorsunuz?"

Yukarıdaki iyi bir örnektir. Çünkü:(6)

- ✓ Danışman kişiye hoş geldiniz demiş, yer göstermiş adıyla hitap etmiş konuşulanların gizli kalacağını belirtmiştir.
- ✓ Danışman kişiye geliş nedenini sormuştur.
- ✓ Danışman ne hakkında konuşacaklarını açıklamıştır.
- ✓ Danışman kişiye konu hakkındaki bilgisini sormuştur.

**Diğer Örnekler**

Kişi "Başka çocuk istemiyorum Bir arkadaşım rahim içi araç taktırdı ve çok memnun. Ben de taktırmak istiyorum."

Danışman: "Sizin gibi ne istediğini bilen biriyle karşılaşmak çok güzel. Biz burada rahim içi araç uygulayabiliyoruz size hemen takalım ."

Bu görüşmedeki hatalar şunlardır:

- ✓ Kişinin rahim içi araç hakkında bilgileri sorulmamıştır.
- ✓ Kişinin rahim içi aracı kullanabilmesi için kontrendikasyonu olup olmadığı sorgulanmamıştır.
- ✓ Kişinin diğer yöntemler hakkındaki bilgileri soruşturulmamıştır.

**Kişi: "**Başka çocuk istemiyorum. Bir arkadaşım rahim içi araç taktırdı ve çok da memnun Ben de bir tane taktırmak istiyorum".

**Danışman:** Başka çocuk istemiyor musunuz? O halde size kısırlaştırma ameliyatı uygulayalım Bu daha uygun olur. Daha rahat edersiniz.

Hatalar: (6)

- ✓ Kişinin isteği dikkate alınmamıştır
- ✓ Kişiye yöntem konusunda baskı yapılmıştır
- ✓ Diğer yöntemler anlatılmamış, yöntem seçimi serbestliği tanınmamıştır.

**Kişi** "Başka çocuk istemiyorum. Bir arkadaşım rahim içi araç taktırdı ve çok da memnun. Ben de bir tane taktırmak istiyorum."

**Danışman** "Evet rahim içi araçlar pek çok kadın için etkili bir yöntemdir. Eğer ilginizi çekerse size başka yöntemlerden de söz edebilirim."

**Kişi** "Rahim içi araç kullanmak istediğimden eminin Ama diğer yöntemlerin neler olduğunu da bilmek isterim."

**Danışman** Çok iyi. O halde ilk önce rahim içi araçlardan başlayalım. Rahim içi araçlar hakkında neler biliyorsunuz?

**Kişi** "Arkadaşım, bunların nasıl takıldığı hakkında biraz bilgi verdi. Bu işlem sırasında biraz canının acıdığını söyledi. O nedenle ben de korkuyor be endişe duyuyorum."

**Danışman** " Evet, uygulamada biraz acı verir. Ama bu çok kısa sürer. Size rahim içi aracın nasıl bir şey olduğunu göstereyim. Buyurun dokunabilirsiniz. Nasıl takıldığını da birazdan anlatacağım. Anlamadığınız bir şey olursa lütfen sorun "(6).

Yukardaki örnekte gösterildiği şekilde başlayan ve gelişen bir danışmanlık hizmeti olumludur. Çünkü:

- ✓ Danışman, kişinin kararını etkilemeye çalışmamıştır.
- ✓ Danışman kişiye başka yöntemlerin olduğunu da söylemiştir.
- ✓ Danışman kişiye rahim içi aracı gösterip ona dokunmasına izin vermiştir.
- ✓ Danışman kişinin konuyla ilgili endişelerini öğrenmiştir(9).

Sonuç olarak aile planlaması hizmetlerindeki başarı, iyi bir danışmanlık hizmetinin yerleşmesine ve yaygınlaşmasına bağlıdır. Danışmanlık becerisine sahip sağlık personelinin yetiştirilmesi, sağlık birimlerinde görevlendirilmesi, sürekli eğitimle desteklenmesi ve denetimi ile kaliteli hizmet sağlanabilir. Kaliteli aile planlaması hizmetlerinde danışmanlığın vazgeçilmez olduğu unutulmamalıdır(4).

# 2.3-KONTRASEPTİF YÖNTEMLER

**Sınıflama**

**A) Hormonal Kontraseptifler**

- kombine oral kontraseptifler (KOK)
- mini haplar
- post-koital kontrasepsiyon
- enjekte edilen yalnız progestin içeren kontraseptifler
- enjekte edilen kombine kontraseptifler
- deri altı implantları
- hormon içeren RİA'lar
- vajinal halkalar

**B) Rahim içi araçlar**

**C) Bariyer yöntemler**

- kondom
- diyafram
- servikal başlık (cap)
- spermisitler

**D) Cerrahi sterilizasyon**

- tüp ligasyonu
- vazektomi

**E) Doğal aile planlaması**

**F) Laktasyonel amenore metodu(LAM)**

**2.3.1-Hormonal Kontraseptifler**

**1) Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)**

İlk defa 1960'larda kullanıma giren kombine oral kontraseptifler yüksek etkinlikte, kullanımı kolay, yan etkisi az,kontrasepsiyon dışında bazı jinekolojik sorunların giderilmesinde tedavi edici olduğu için tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır.Tüm dünyada yaklaşık 200 milyon kadın KOK kullanmaktadır (10).

Kok'lar sentetik östrojen (Ethynyl estradiol veya Mestranol) ve çeşitli progestinlerden (norethindrone, norethindrone acetate, norgesterel, levonorgesterel, desogesterel,norgestimete) birini içerir. Günümüzde 30-35 mikrogram Östrojen içeren düşük dozlu haplar kullanılmaktadır.

Ülkemizde bulunan tüm KOK'ların içinde Ethinil estradiol vardır ve doz 20-50 mikrogram arasında değişir.

**Etki Mekanizması**: Kombine oral kontraseptifler ana olarak ovulasyonu inhibe ederler. Endometrial glandlarda atrofi meydana getirerek ve servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin uterusa geçmesini engelleyip gebeliği önler(8).

**Etkinlik:** Mükemmel kullanıcılarda ilk kullanım yılında 1000 kadında 1 tanesinde gebelik saptanmıştır. Tipik kullanıcılarda başarısızlık oranı %5'dır(7). Başarısızlığı etkileyen faktörlerin başında kullanıcıların motivasyonu ve hapların unutulmadan alınması gelir.

Bir hap unutulduysa; hatırlandığı an alınmalıdır, ek korunmaya gerek yoktur. İki hap unutulduysa; iki gün üst üste ikişer hap alınmalıdır. Ek bir korunmaya gerek olmamasına rağmen genel uzlaşma takip eden 7 gün boyunca ek bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmaktır. Üç hap unutulduysa; hemen başka bir yöntemle korunmaya başlanılmalı, paket atılıp yenisine başlanır.

**Olumlu yönleri** (8,9,10)

- Kullanımı kolay, çok etkili, ucuz, koitusdan bağımsızdır.
- Adet az, kısa ve düzenli olur.(demir eksiliği anemi riskini azaltır)
- Adet öncesi gerginlik ve endometriozis semptomlarını azaltır.
- Dismenoreyi tedavi eder.
- Aknelere iyi gelebilir.
- Benign meme hastalıklarını azaltır.
- Benign over kisti oluşumunu azaltır.

- Romatoid artrit riskini azaltır.
- Ektopik gebelik riskini azaltır.
- Endometrium ve over ca riskini azaltır.
- Pelvik yangı riskini azaltır.
- Osteoporoz riskini azaltır.
- Bırakıldığında fertilite kısa sürede eski durumuna döner.
- Yüksek dozların uzun süre kullanımında uterin leimyomlarda %31 azalma, fonksiyonel over kistlerinde %49 azalma olur.

**Olumsuz Yönleri** (8,9,10)

- Her gün hap alımının hatırlanması
- Bazı kadınlarda kilo alımı
- Bazen ara kanaması ve lekelenme
- Bazı ilaçlarla (barbituratlar, fenitoin, fenilbutazon, rifampisin ve bazı Antibiyotiklerle ) etkileşimi vardır.
- Çok nadiren, özellikle sigara içen kadınlarda dolaşım bozukluklarına neden olabilir
- Kan basıncını yükseltebilir.
- Clamidya enfeksiyonu riskini artırır.

**Kontrendikasyonları**(8,12,13)

- Gebelik
- Nedeni bilinmeyen vaginal kanama
- Meme kanseri ve hikayesi
- Tromboembolik yada serebrovasküler hastalık ve hikayesi
- Genital malignensi
- Kalp hastalığı, koroner tıkanıklık hikayesi ve predispozisyonu
- Akut karaciğer hastalığı

**Rölatif kontrendikasyonları**; sıkı izlem gerektirenler(8,12,13)

- Emzirenler
- 35 yaş üstü sigara içenler
- Migren yada epilepsi
- Depresyon
- Gebeliği sırasında veya daha önce hap kullanırken hepatit geçirenler
- 40 yaş üstü diyabet, kardiyo-vasküler, serebro-vasküler hastalık riski taşıyanlar
- HT olanlar ( KB >140/90 )
- Büyük operasyon geçirenler ve 4 hafta içinde geçirecek olanlar
- Uterin leiomyoma
- Orak hücre hastalığı
- Safra kesesi hastalığı

**Yan Etkiler**

- Bulantı
- Memelerde hassasiyet
- Adet kanının azalması veya adetler arası lekelenme
- Baş ağrısı
- Baş dönmesi
- Kilo artışı

**2)Mini Haplar**

Yalnız progestin içerirler ve ara vermeden her gün aynı saatte alınmaları gerekir(13).

**Etki Mekanizması:** Servikal mukusu kalınlaştırır, %40-60 oranında ovulasyonu engeller, tubal motiliteyi etkiler ve endometriumu incelterek implantasyonu engelleyerek gebeliği önler(13).

**Etkinlik:**

Emzirenlerde %98,5, emzirmeyenlerde %96.

Başarısızlık ilk yıl %1,1 –9,6 arasındadır.( 8,14)

Başarısızlık genç kadınlarda %3,1 iken, 40 yaş üstü %0,3'dür. (8,21)

**Kullanımı:** Adetin 1. günü başlanıp her gün aynı saatte devamlı alınır, ilk 7 gün ek bir korunma yöntemi kullanılır. Kadına son 7 gün adet görebileceği hatırlatılmalıdır. Bununla birlikte adet görsün ya da görmesin, paketteki haplar bitince ara vermeden yeni bir pakete başlanmalıdır.

Kadın bir hap almayı unuttuysa 3 saatten fazla geciktirdiyse, hatırlar hatırlamaz almalı ve 48 saat süreyle ek koruma yöntemi kullanmalıdır. İki yada daha fazla hap unutuldu ise, iki gün süre ile ikişer hap almalı ve daha sonra birer hap almaya devam etmelidir. Bu durumda bir hafta süre ile ek bir korunma yöntemi uygulanmalıdır(8,13).

**Endikasyonları**

- Emzirme
- İleri yaş ( 40 yaş üzeri
- Östrojenin kontrendike olduğu kadınlar

**Kontrendikasyonları**

- Fonksiyonel over kisti
- Ektopik gebelik öyküsü
- Gebelik
- Aktif karaciğer hastalığı
- Tanı konmamış vaginal kanama
- Meme kanseri

**Yan etkileri**

- İrregüler kanama
- Fonksiyonel over hastalığı
- Akne

**3)Postkoital Kontrasepsiyon**

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

**Postkoital haplar:**

Korunmasız coitusu izleyen ilk 72 saat içinde (Ethynyl Estradiol 50mcg + Norgesterol 1mg içeren) KOK' den 2 adet alınıp 12 saat sonra dozun tekrarı şeklindedir.

(Aşırı bulantı yapabilir).

**Postkoital RİA uygulaması:**

Korunmasız coitusun olduğu siklusta ovulasyonu izleyen 5-7 gün içerisinde RİA uygulanması gebeliği engellemede çok etkilidir. Ancak pratik değildir.

**RU-486:**

Korunmasız coitusu izleyen ilk 72 saat içinde 600 mg RU-486nın tek doz kullanımı etkili kontrasepsiyon sağlar. Henüz yaygın değildir.

**4) Yalnız Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler**

**Depo medroksi progesteron asetat (DMPA);** 3 ayda bir 150 mg im.uygulanır. Ülkemizde ruhsatlıdır.

**Noretisteron enantat (NET-EN);** 2 ayda bir 200mg im. uygulanır.

**Etki Mekanizması;** servikste sperm penetrasyonunu ve implantasyonu kalın bir mukus tabakası oluşturarak engeller. Endometriumun progesteron etkisi ile inaktif ve atrofik hale gelmesi implantasyona uygunsuz bir zemin oluşturur. Dolaşımdaki progesteron miktarı yüksek olması, ovulasyon öncesi LH yükselmesini etkin olarak engeller ve ovulasyon olması muhtemel değildir, bu neden ile DMPA uygulanan kadınlarda ovulasyon nadirdir(8).

**Ekinlik:** Enjektabl progestinler etkin kontraseptif yöntemlerdir. Etkinlikleri cerrahi sterilizasyondaki gibidir(16). Başarısızlık %0,1' den düşüktür.

**Kullanımı:** Efektif kontrasepsiyon sağlanması için adet kanamasının ilk 5 günü içinde yapılmalıdır. Bu dönemde yapılmamış ise 2 hafta süre ile ek korunma yöntemi

kullanılmalıdır. Bir sonraki enjeksiyon DMPA kullanımı için 3 ay, Noretisterat'ta ise 2 ay sonradır.

Doğum sonrası kadın emziriyorsa ilk enjeksiyon 6. hafta sonunda yapılmalıdır; emzirmiyorsa ilk enjeksiyon doğumdan 3–4 hafta sonra yapılabilir. Düşükten hemen sonra ya da ilk 7 gün içinde enjeksiyon yapılabilir.

Gebelik isteği ile yöntemi bırakan kadınlardaki gebe kalma hızları, yöntem kullanmayan kadınlarla aynı sınırlardadır(17) Gebe kalınması için geçen süre yaklaşık 9 aydır. Bu süre yöntem kullanma süresi ile ilişkili değildir. Son enjeksiyondan sonra 12 aydan fazla devam eden adet rötarı normal değildir ve araştırılması gerekir(8).

İlk enjeksiyonun zamanlaması çok önemlidir. 1992'de Pardthaisong ve arkadaşları zamanlama hatası nedeni ile gebelik oluştuğu zaman, intra uterin gelişme geriliğine bağlı olarak yenidoğan ve infant ölümlerinde artış olduğunu belirtmişlerdir(8).

**Endikasyonları**

- Sigara içen kadınlar
- Obezler
- Emzirme
- Demir eksikliği anemisi
- Jinekolojik obstetrik durumlar (preeklampsi öyküsü, ektopik gebelik öyküsü, uterus fibroidleri, endometrium – over Ca, gestasyonel trofoblastik hastalık servikal ektropiyon)
- Benine meme hastalıkları
- Konjenital kalp hastalığı, tromboembolik hastalık geçirmiş kadınlar
- Safra kesesi hastalıkları
- Tiroid hastalığı
- Thalasemia yada orak hücreli anemi
- Epilepsi
- Schistosomiasis, tüberküloz, sıtma gibi enfeksiyon hastalıkları

- Diğer yöntemlere uyum zorluğu olan kadınlar (örneğin, mental retarde hastalar )

**Olumlu yönleri:**

- DMPA cinsel ilişkiden bağımsız ve uyumun kolay olduğu bir yöntemdir. Östrojen etkisi, konjenital kalp hastalığı, orak hücre anemisi, troboembolik hastalık geçirmiş kadınlar ve 30 yaş üzeri sigara içen kadınlarda kullanılabilir.
- Emziren annelerde sütün miktarını arttırabilir, anne sütüne çok az miktarda geçer ve bebeğin gelişimini etkilemez (18,19)
- DMPA endometrium ve över kanseri riskini azaltır(28) Menstrüel kanama miktarını azalttığı için anemi insidansını da azaltır. PID, endometriozis ve ektopik gebelikleri önler.

**Yan etkiler**

- Düzensiz kanama
- Memelerde hassasiyet
- Kilo artışı
- Depresyon

Düzensiz kanama oranı ilk yıl içinde %30, sonraki yıllarda %10'dur. Enjeksiyonların arka arkaya uygulanması ile pek çok kadın tamamen amenoreye girer. İlaç vücuttan son enjeksiyondan ancak 6–8 ay sonra temizlendiğinden önemli ölçüde ağırlık artışı ve depresyon, ancak bu süre sonunda düzelebilir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından gelişmekte olan 3 ülkede, 9 yıl, kadınlar üzerinde, hastanelerde ve olgu kontrollü yapılan bir çalışmada, kullanımın ilk 4 yılında meme kanseri gelişimi açısından hafif risk artışı gösterilmişse de risk artışı kullanım süresi ile orantılı değildir (DSÖ,1991). Bu günkü görüş DMPA'nın meme kanseri açısından risk artışı yaratsa bile, bu risk oranının son derece düşük olduğudur. Genel kanı, DMPA'nın uzun süreli kullanımının risk artışı yaratmadığı şeklindedir(8)

**5) Enjekte Edilen Kombine Kontraseptifler**

Östrojen ve progesteronu birlikte içeren preparatlardır

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

**Etki Mekanizması:** Uygulama sırasında ovulasyonun supresyonu, enjeksiyon yapılan ilk 15 gün içinde plazma östradiol düzeyi düşüşüne bağlı hipoöstrojenemik ortam yaratılması iledir. Uygulama yolu farklı olmasına karşın, içerik olarak KOK'lara benzer. Tedavi kesildikten sonra folikül aktivitesi 28 gün içinde geri döner. Tedaviden sonraki ikinci siklusta ovulasyon tamamen normal görünmektedir (8).

**Etkinlik:** Başarısızlık oranı %0.1 – 0.2 arasındadır(15,22). Uygulaması kolay bir yöntemdir ve son derece etkilidir. Kullanıcının bir sonraki iğneyi yaptırmak dışında aklında tutması gereken hiçbir şey yoktur.

**Olumlu Yönleri**

- Pelvik yangı ve över kanserine karşı koruyucu etkisi vardır.
- Ektopik gebelik ve demir eksikliği anemisini önler. Bırakıldığı zaman doğurganlık geri döner.
- Doğal östrojen içerdiği için lipit metabolizmasına ve kardiovasküler sistem üzerine olumlu etkileri vardır.
- Ağızdan alınmadığı için KOK'larda sık karşılaşılan bulantı, kusma yakınmaları enderdir.
- Karaciğer fonksiyonlarını olumsuz etkilemediği için KOK kullanımı esnasında ya da gebelikte sarılık geçirenlerde kullanılabilir(16).

**Yan Etkiler:**

- Kanama düzensizlikleri
- Baş ağrısı, baş dönmesi
- Halsizlik
- Memelerde gerginlik ve ağrı
- Kilo artışı

**Kullanımı:** Kombine enjekte kontraseptifleri tercih eden kadınlarda yöntemi ilk uygulama; adet gören kadınlarda âdetin ilk 7 günü içinde olmalıdır. Doğum sonrası dönemde eğer kadın emziriyorsa, doğum sonrası 6 aydan sonra; emzirmiyorsa doğum sonrası 3-4. haftada uygulanabilir. Düşük sonrası hemen ya da ilk 7 gün içinde ilk enjeksiyon yapılmalıdır. Sonraki enjeksiyon, kanamanın durumuna bakılmaksızın ilk enjeksiyondan 30 gün sonra uygulanmalıdır. İkinci ve daha sonraki enjeksiyonlar daha önceden saptanan enjeksiyon tarihinden 3 gün önce ya da 3 gün sonra yapılabilir. Enjeksiyondan sonra kullanıcıya bir sonraki enjeksiyon tarihi mutlaka hatırlatılmalıdır(16).

**6) Deri Altı İmplantları:**

1960'lardan beri üzerinde çalışılan deri altı implantlarının günümüzde en yaygın kullanılanı "non-bidegradable" nitelikte olan norplantır. Norplant, altı adet esnek, her bir 3.4 cm uzunluk 2.4mm çapında ve ortalama 36 mg Levenorgestrol içeren silastik kapsüllerden oluşur.

Beş yıl süreyle korunma sağlayan etkili, uzun süreli ve geri dönüşümlü bir kontraseptiftir. Bu özellikleri neden ile cerrahi sterilizasyona alternatif bir yöntem olarak düşünülebilir.

İçerdiği hormon, yalnız progesteron (Levenorgestrol) olup uzun yılardır oral konrtraseptiflerin içeriğinde kullanılmaktadır. Sadece progestin'nin vücuda veriliş yolu farklıdır(1).

**Etkinlik:**%99 civarındadır. Koruyuculuğu 5 yıl sürer(8).

**Etki mekanizması:** Sadece progestin içeren kontraseptifler gibidir. Levenorgestrel ovulasyon için gerekli olan LH salınımını inhibe eder. Siklusların %50'sinde ovulasyon inhibisyonu, servikal mukusun endometrial supresyon ile kontraseptif etkiyi oluşturur(8,20,21).

Norplant mevcut kontraseptiflerin en etkililerinden biridir. Güvenli, kullanımı kolay bir yöntemdir. Çıkarıldıktan sonra doğurganlık hızla geri döner. Emziren kadınlar için çok iyi bir seçimdir. Norplant yerleştirilmesi için eğitilmiş personel gerekir. Deri altında fark edilir. Kullanıcılarda 2 yıl boyunca devam edebilecek olan adet düzensizlikleri olabilir(22) .

**Norplant Kullanımı İçin Gerçek Kontrendikasyonlar**(8,10,23)

- Aktif tromboflebit veya tromboembolik hastalık
- Tanısı konmamış genital kanama
- Akut karaciğer hastalığı
- Benign veya malign karaciğer tümör
- Meme kanseri şüphesi veya kesin tanısı konmuş meme kanseri
- Gebelik hepatozu
- Dubin-Johnson veya Rotor Sendromu
- Orak hücreli anemi
- Gebelik

**Yan Etkiler**

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

**7) Hormon İçeren RİA'lar**

**Progesteron içerenler:** Gövdesinde 38mg progesteron içerir ve 1 yıl etkinliği vardır. Servikal mukusu kalınlaştırır ve spermlerin rahime geçmesine engel olurlar. Progestasertin ektopik gebeliğe karşı etkinliği son derece azdır(8).

**Levonorgestrel içerenler:** 52 mg Levonorgestrel içerirler ve 5 yıl etkili olan sistemlerdir. Kısmen yumurtalıklarda folikül gelişimini ve ovulasyonu da engelleyebilirler, ayrıca yabancı cisim reaksiyonu oluştururlar(8). Etkinliği oldukça yüksektir, amenore sık rastlanan yan etkidir. Şiddetli idiopatik menoraji şikâyeti olan kadınlarda tedavi amaçlı uygulanabilir ve kanamaları azaltarak demir eksikliği anemisini önleyebilir. Ülkemizde Mirana Ticari ismi ile kullanıma sunulmuştur(8).

**8) Vaginal Halkalar (RİNG)**

Halkalar vaginaya yerleştirilerek, salınan hormonun özelliğine ve miktarına bağlı olarak kontraseptif etkinlik sağlanır. Çoğunun 50-60 mm dış çapa ve 7.5-9.5 mm kalınlığa sahip çok sayıda ve şekilde halka yapılmıştır. Diyaframın aksine, halkaların yerleşim açısından sorunu yoktur, yalnızca konfor ve atılma olasılığı açısından büyüklük önemlidir. Ana koşul halkanın dış kenarının vajen duvarıyla temas halinde olmasıdır. Halkalar silastik yapıdadır.2 değişik tip halka geliştirilmiştir. Birincisi 150-180 hızında estradiol ve 250 - 300 mg/gün hızında levonorgestrelin salındığı estrajen ve progestajen içeren karışık tiptir. Bu halkalar özellikle 3 hafta içerde, 1 hafta dışarıda tutulduklarından ovulasyon düzenini oluşturmaya yöneliktirler. İkinci tip genellikle 20 mg/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(8).

**2.3.2- Rahim İçi Araçlar(RİA)**

Üç tip RİA vardır.

- **İnert (katkısız) RİA'lar:** Polietilen (Lippes Loop) veya paslanmaz çelikten (Çin'de Kullanılan halkalar) yapılmışlardır.
- **Bakırlı RİA'lar:** TCu - 380 A, TCu - 380S, TCu - 200, TCu - 200B, Multiload (ML Cu 250 ve 375) ve Nova T gibi.
- **Hormonlu RİA'lar:** Progestasert, Levonova (Mirena)

Günümüzde Cu-T 380A pek çok ülked ve ülkemizde en yaygın olarak kullanılan RİA türüdür(1).

**Etki Mekanizması:** Bütün RİA'lar etkilerini asıl olarak endometrial kavite içerisinde göstermektedir. Esas etki mekanizması uterus içerisinde spermisidal bir ortam

oluşturulmasıdır. RİA'ların ektopik gebeliklere karşı da koruyucu etkisinin olması yumurtalar üzerinde sitotoksik etkisini ya da tubal fonksiyonları bozduğunu düşündürmektedir(8)

İnert RİA' larda; uterusun yabancı cisme karşı reaksiyonu sonucu gelişen steril inflamatuar etkinin yarattığı doku harabiyeti, minör derecede olsa da spermisidaldir.Son derece az sayıda sperm fallop tüplerindeki ovuma ulaşır. Bakırlı RİA'larda; bakır salınımı endometriumda sınırlandırılmış incinme, yabancı cisim cevabı yaratarak inflamatuar reaksiyon ve biyokimyasal değişimlere yol açar. Bakırın açtığı değişimler arasında, prostoglandin yapım artışı ve farklı endometrial enzimlerin inhibisyonu vardır. Sonuç, sperm ve embriyoya toksik olan bir uterus ortamıdır. Over fonksiyonlarını etkilemezler.

**Etkinlik:** Geriye dönüşümlü, emniyetli ve kontraseptif etkisi yüksektir. Bakır miktarı yüksek olan yeni modern RİA'lafla (TCU 380 ve Multiload 375) cerrahi sterilizasyona eş istenmeyen gebelik oranları bildirilmiştir. Yapılan klinik çalışmalar sonucunda; 300 mm² üzerinde bakır içeren RİA'lar ve LNG-RİS en etkin modern RİA' lardır, istenmeyen gebeliğe yol açma oranları 5 yıl üzerindeki değerlendirmelerde 1/100 kadın yıl olarak bulunmuştur(8).

**Olumlu Yönleri:**

- Kolay uygulanır ve güvenlidir,
- Etkili ve geriye dönüşümlüdür,
- Sistemik etkisi yoktur,
- Cinsel ilişki zamanından bağımsızdır,
- Uygulandıktan sonra uzun süre etkilidir,
- Emzirenler için uygundur,
- Çıkarıldığında fertilite hemen geri döner,
- Sorun olmadığı sürece yılda bir kez kontrolü yeterlidir (11,25).

**Olumsuz Yönleri:**

- Uygulama ve çıkarılması için eğitilmiş personel gereklidir, uygulama esnasında az da olsa perforasyon riski vardır.
- Uygulanması ve çıkarılması bir miktar ağrılı olabilir.

- Cinsel yolla bulaşan hastalık riskindekiler için uygun bir yöntem değildir,cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu değildir.
- Uygulamadan sonraki bir kaç ay veya devamlı olarak adetlerde artma, ağrı ve ara kanamaları yapabilir.
- Genel olarak doğurmuş bir kadında ilk seçenek olabilse de, hiç doğum yapmamışlara uygulanmamalıdır(8,13).

**Endikasyonları:**

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

**Kontrendikasyonları:**

- Genital malignensi
- Uterin kavitede şekil bozukluğu (Konjenital aykırılık, miyom)
- Gebelik
- PIH
- Tanı konulmamış vajinal kanama

**Relatif Kontrendikasyonlar:**

- Aşırı dismenore ve/veya menoraji
- Cinsel yolla bulaşan hastalık riski
- Ektopik gebelik öyküsü
- Anemi (Hg 9 gr altı)
- Kalp kapak hastalıkları, bakteriyel endokardit
- DM

- İmmün sistem depresyonu
- Bakır alerjisi
- Wilson hastalığı
- Pıhtılaşma bozukluğu olanlar
- Nulliparite

**Uygulama Zamanı :**

**İnterval Uygulama**: Menstürel siklusun her hangi bir döneminde uygulanabilir.Gebelik kuşkusunu ekarte edebilmek için siklusun ilk 10 günü tercih edilir. Ancak adet kanamalarının arasında servikal açıklık azaldığı için uygulama biraz daha ağrılı olabilir (8).

**Post-abortus uygulama**: Enfeksiyon belirtisi olmamak kaydıyla RİA 1. trimester spontan düşük ve küretajdan hemen sonrası ya da bir hafta sonra uygulanabilir. 2. trimester düşüklerinden sonra atılma oranı yüksek olduğu için girişim ertelenebilir (26).

**Post-partum uygulama**: Plasenta atıldıktan sonra 10 dk. içinde doğumda aşırı kanama olmamış ve enfeksiyon riski yoksa uygulanabilir. Aksi halde, uterusun perfore olma riski arttığından, post-partum 6. haftada takılmalıdır(8).

**Olası Komplikasyonlar**

**Uterus perforasyonu:** Çok nadirdir. Genelde el becerisi az personel tarafından yapılır.

- **Gebelik:** RİA+gebelik söz konusu ise; gebelik istenmiyorsa sonlandırılır, isteniyorsa 1.trimesterde çekilir veya bırakılabilir, 2.trimesterde ise bırakılır.
- **PIH:** Uygulamayı izleyen ilk yılda, özellikle de ilk 4 ayda görülebilen nadir ve önemli bir komplikasyondur. Genellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar için risk altındakilerde gözlenir.
- **Kayıp RİA:** Yapılan kontrollerde RİA'nın ipi görülmeyebilir. ( ipin kıvrılması, RİA'nın yer değiştirmesi, gebelik, sessiz perforasyon? )
- **Anemi:** Bütün inert ve bakır salgılayan RİA'lar menstrüel kan kaybını RİA kullanımı boyunca arttırır. Lippes loop ile ortalama kan kaybı artışı %100'ü

bulurken bakırlı RİA'larda bu oran %50-75 arasındadır(8,27,28). Menstrüel kan kaybı kadınlarda demir eksikliğinin en sık görülen sebebidir(29).

### 2.3.3-Bariyer Yöntemler

Spermin üst genital organlara ulaşmasını engelleyen kimyasal ya da mekanik araçlardır. Etkinlikleri çiftlerin istek ve becerileri ile doğrudan ilişkilidir. Başarısızlık oranları daha yaşlı motivasyonu az çiftlerde daha düşüktür. Bu yöntemlerin sistemik etkileri yoktur, çok ender yan etkileri vardır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı ve olasıdır ki servis Ca'dan korunmada önemli yerleri vardır (8,30).

**1) Kondom**

Kondom belki de en eski doğum kontrol yöntemidir. Kontraseptif yöntemler arasında, hala kabul edilerek, yerini koruyan bir yöntemdir(8) Cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen lateks kauçuktan bir kılıftır.

Kondom spermlerin vaginaya girmesini engelleyerek etki gösterir. Her cinsel ilişkide ve doğru olarak kullanılırsa çok etkilidir, fakat çifti her cinsel ilişkide kondomu kullanmak için motive etmek gerekir. Başarısızlık riski kullananların kültür düzeylerine, çocuk istememe veya çocuk isteğini erteleme durumlarına, kullanıcıların yaşlarına göre farklılıklar göstermekle beraber ortalama %12–13 dolayındadır(8)

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

**2) Diyaframı**

Serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmış kontraseptif yöntemdir. Coitustan önce kubbe kısmına spermisit konularak uygulanır.Vajinaya doğru olarak yerleştirilen diyaframı simfizis pubisin arkası ile vajen arka forniksi arasında durur. Böylece ön vajen duvarı ve serviksi kapatır. Kontrasepsiyona üç yolla engel olduklarına inanılmaktadır.

**i)** Sperme karşı fiziksel bir bariyer oluştururlar

**ii)** Servikal mukusun vaginal asiditeyi nötralize etmesini engelleyerek spermlerin vajende barınmasını önlerler

**iii)** Spermisit kremlerin ve jellerin doğru kullanılabilmesini sağlarlar(8)

Bu yöntemin popülaritesi giderek azalmıştır. Bunda en büyük etki diyaframın neden olduğu şikayetleri yapmayan, KOK'ların ve RİA'nın bulunmasıdır(8) Diyafram güvenli bir yöntem olmasına karşın, nadiren yan etkileri de görülebilmektedir. Hastalar vagendeki kirlilikten, spermisite bağlı kokudan, irritasyondan ve diyaframın doğru yerleştirilmediğinde verdiği rahatsızlık hissinden yakınmaktadırlar. Diyafram kullananlarda idrar yolu enfeksiyonları da KOK kullananlara göre iki kat artmıştır(31).

**3) Servikal Başlık (Cap)**

Cap, bir zamanlar Avrupa'da diyafram kadar popülerdi, fakat şimdi çok az kullanılan bir yöntemdir. Diyaframa oranla daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçüktür. Serviks üzerine oturtulur, kıvrılabilen kenarları ile vakum oluşturarak servis yada üst vajinal duvara oturur. Bu yüzden vajinal tonusu azalmış kadınlar tarafından da kolayca kullanılabilir.

Kullanıcıların eğitimi çok önemlidir. Etkinliği diyaframa yakındır. 1 yılda gebelik oranı %8.4 ile %19.6 arasında değişir(8).

**4)Spermisidler**

Koitustan 10 -15 dk önce vajinaya uygulanıp sperm hareketlerini önleyen ve spermlerin ölüm spermlerin ölümünü sağlayan kimyasal ajanlardır Aerosol, krem, jel, macun, suppozituvar, köpük, tablet, film ve sünger gibi türleri vardır(32). Temel etkili madde; Nonoxynol-9, Octoxynol-9 ve Menfegol' dür.

Kullananlara önerilmesi gereken;

- ✓ Spermistler, koitustan 10- 15 dk. Önce vajene uygulanmalıdır.
- ✓ Koitustan 6-8 saat sonraya kadar vajen yıkanmamalıdır.
- ✓ Spermisid servikse olabildiğince yakın yerleştirilmelidir(1).

**Etkinlik;** bu spermisidin kolay veya zor kullanılabilirliğine ve çiftin bunu düzenli olarak her koitte kullanma motivasyonuna bağlı olarak değişir. 1 yılda başarısızlık oranı köpük supozutuvar için %0.3 iken, köpük için %31 civarındadır(8).

### 2.3.4- Cerrahi Kontrasepsiyon

Halen dünyada en yaygın olarak kullanılan en etkili kontraseptif yöntem cerrahi sterilizasyondur. Cerrahi sterilizasyon (kadında tüp ligasyonu, erkekte vazektomi) artık çocuk istemeyen aileler için uygun yöntemlerdir. Günümüzde geriye dönüşümü mümkün ancak pahalı, güç ve %100 değildir. Bu nedenle yöntem tanıtılırken ve önerilirken ayrıntılı bilgi verilmelidir. Çocuk isteği, kararsızlığı olan çiftlerde kesinlikle uygulanmamalıdır(8).

**Etki Mekanizması:** Gebeliği oluşturacak üreme hücrelerinin (ovum ve sperm) üreme kanalında yapılan cerrahi sonucunda birleşememeleri ile kontraseptif etki meydana gelir.(36)

**Etkinliği:** %99.6 (tüp ligasyonu), %99.8 (vazektomi)(32).

**Tüp Ligasyonu**

Tüplere ulaşmada üç yaklaşım vardır:

1) Vaginal (Kolposkopik, koipotomik (Kroner))

2) Transservikal (Histereskopik)

3) Abdominal; günümüzde en çok abdominal yol seçilmektedir.

Abdominal yaklaşımda tüplere ulaşmada kullanılan teknikler:

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

**Olumlu yönleri;** çok etkili ve güvenlidir, maliyeti bir kereye mahsustur ve cinsel ilişki zamanından bağımsız olup uygulama sonrası etkinlik hemen başlar. kısırlaştırma işleminden dolayı seksüel disfonksiyon bildirilen vaka yoktur. Aksine gebelik riski olmadığı için kişiler daha rahat davranmaktadır(33).

**Olumsuz Yönleri;** kalıcıdır, cerrahi komplikasyonlar olabilir, başarısızlık durumunda ektopik gebelik riski vardır(32). Tüp ligasyonu yapılan kadınların beklenenden daha fazla psikolojik sorunları ortaya çıktığı gözardı edilmemelidir(34).

**2) Vazektomi**

Erkekte, vas deferenslerin kapatılması ile spermlerin epididimden duktus ejekülatoryusa transportunun engellenmesi esasına dayanan yöntemdir(8).

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

**Olumsuz Yönleri;** kalıcıdır, cerrahi komplikasyonlar olabilir, hemen etkili olmaz (işlemden sonra 20 ejekulatta spermler mevcuttur)(32).

### 2.3.5- Doğal Aile Planlaması

Eşlerin menstruel siklusun fertil ve infertil dönemlerini, doğal olarak görülen belirtilerle saptayarak fertil dönemde cinsel ilişkide bulunmamalarını tanımlayan bir deyimdir. Bu tanımda, kontrasepsiyonun önlenmesinde ilaç, alet veya cerrahi yöntem kullanılmaz, fertil devrede cinsel temasın olmadığı kesin olarak belirtilmiştir. Günümüzde fertilite ve ovulasyonu saptamada bir takım kimyasal ve hormonal testlerden de yararlanılmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalarda, idrarda LH piki tayini, tükrük yâda servikal mukusta eğrelti otu görüntüsü bulunmasının ovulasyon gününü belirlemede etkili olduğu kanıtlanmıştır(13).

Bazal vücut ısısı takibi

Servikal mukus takibi

Servikal palpasyon yömtemi

Takvim veya ritm metodu

Geri çekme

Vaginal yıkama

**1) Bazal vücut ısısı takibi**

Ovulasyon gerçekleştikten 1-2 gün sonra, corpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu vücut ısısını 0.2ºC -0.6ºC arasında yükseltir ve bir sonraki mentruasyona kadar yüksek ısıda tutar. Ovulasyon muhtemelen ilk ısı yükselişinden önceki gün gerçekleşir. Bazal vücut ısısı artışından 3 gün sonrasına kadar ilişkiye izin verilmemelidir. 14 -16 gün kadar infertil olan dönemde ise ilişkiye izin verilir(8).

Bazal vücut ısısı bir uyku sonrası gibi kesin bir dinlenme sonrası ve yemek içmek dâhil bazı normal aktivitelerden önceki vücut ısısıdır. Ateş ölçme işlemi; özel, geniş ölçekli

civalı termometre (fertilite termometresi) kullanılarak, tercihan sabah yataktan kalkmadan önce, ortalama aynı saatlerde oral, rektal yâda vajinal olarak ölçülüp, küçük değişikliklerin rahatça işlenebileceği kartlara işlenmelidir(8).

En önemli dezavantajı bütün preovulatuvar dönemde ilişkinin yasaklanmasıdır. Bu bütün kadınlar tarafından pek benimsenmeyen bir metodudur. Ayrıca hastalık, emosyonel durum, uyku düzenindeki değişmeler ısıyı etkileyecek ve çizelgede değişikliklere neden olacaktır(8).

**2) Servikal mukus takibi**

Menstruasyondan hemen sonra kadının dolaşımındaki östrojen ve progesteron düzeyleri çok düşüktür ve çok az mukus mevcuttur. Eğer kadının vulvasında görülebilecek kadar mukus varsa bile, çok kalın, vizköz, opak ve gerilince hemen kopan karakterdedir. Seksüel temasın konsepsiyonla sonuçlanmayacağı, infertil evreyi ifade eder. Foliküler gelişim sürüp, östrojen miktarı arttıkça, mukus miktarı artar ve gittikçe daha ince, daha esnek, şeffaf ve sulu olur. Bu da fertil dönemi gösterir ve ilişkinin yasaklanması gerekir(8).

**3) Servikal palpasyon yömtemi**

Kadın çömelmiş ya da ayaktayken (her defasında aynı konumda olmalı) kendi kendine palpasyonla serviksteki değişiklikleri tanımlayıp yorumlaması esasına dayanır. İnfertil dönemde serviks serttir, eksternal os kapalıdır ve servikse kolay ulaşılır. Ovulasyona doğru, östrojen hormonu yükseldikçe serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir ve servikal os açılır. Palpasyonla servikse daha zor ulaşılır. Ovulasyonu izleyen günlerde serviks yeniden sertleşir, aşağı iner ve os kapanır. Ovulasyonun olabileceği günlerde ilişkinin yasaklanması esasına dayanır(13).

**4) Takvim veya ritim metodu**

Menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 ay- 1 yıllık gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan bir yöntemdir. Siklusun her zaman aynı olduğu farzedilerek yaklaşık 7 günlük bir fertil devre, kesin bir doğrulukla belirlenebilir(8).

Potansiyel fertil evre; son 12 siklusta, en kısa siklustan 19 çıkarılarak fertil evrenin ilk günü, en uzun siklustan 11 çıkarılarak da fertil evrenin son günü bulunarak hesaplanır(8)

Takvim yönteminde sorun, bazı kadınların düzenli siklusları olmaması ve plansız gebeliklerin meydana gelmesidir. Dolayısıyla takvim metodu, tek fertilite indeksi olarak tutarsız, güvensiz ve sıklıkla yetersiz olmuş, kullanımı sınırlı kalmıştır(8).

**5) Geri çekme**

Halk arasında bu yönteme "çekilme", "dışarı boşalma", "erkeğin korunması" gibi pek çok isim verilmiştir. Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejekulatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak menisini vajina dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir. Ülkemizde %26.2 (1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) oranıyla kontraseptif yöntemler arasında birinci sırada yer alır(8,13).

**6) Vaginal yıkama**

Pek çok kadın, vagina duvarı ve kanaldaki spermleri yıkayıp atma düşüncesi ile ilişkiden hemen sonra vajinayı suyla yıkamanın gebeliği önlediğine inanır. Efektif bir korunma yöntemi değildir, ejekulasyondan 15 saniye sonra sperm servikal kanala penetre olur. Eğer ilişki esnasında spermisit de kullanılmış ise duş sonrası gebelik risk artar(35).

### 2.3.6.Emzirme ve Gebeliğin Önlenmesi

Doğumdan hemen sonra Prolaktin hormonu yükselmeye başlar ve kadın eğer emzirmeye devam eder ise yüksek kalır. Bu yüksek seviye ovulasyonu inhibe eder. Bu inhibisyon , anne bebeğini su dahil hiçbir ek besin vermeksizin sık sık (gece dahil) ve her defasında uzun süre emziriyorsa ilk 6 ay için geçerlidir. Annenin adet kanaması görmemiş olması gerekir, ancak ovulasyon ve gebelik adet görmeden de oluşabilir.

# 3 - MATERYAL- METOD

Bu çalışma, Mart 2008- Şubat 2009 tarihleri arasında Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi kadın doğum ve aile planlaması polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran kadınlar arasında yapılmıştır. Çalışmada kadınlara aile planlaması ile ilgili danışmanlık hizmeti verilerek kadınların aile planlamasına yönelik bilgi düzeyleri ve danışmanlık sonrası aile planlamasına yönelik tutumlarının karşılaştırılması, danışmanlık hizmeti verilmesinin yöntem seçimine etkisi olup olmadığının araştırılması amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 500 kadına yüz yüze görüşme tekniğiyle 14 sorudan oluşan bir anket formu uygulanmıştır.

Ankette yaş, eğitim, gelir düzeyi gibi demografik özellikleri, kadının gebelik, canlı doğum, düşük sayıları gibi doğurganlık özellikleri ve aile planlaması ile ilgili uygulamalarına ilişkin sorular yer almıştır. Anket doldurulan her kadına aile planlaması konusunda danışmanlık hizmeti verilmiştir.

Danışmanlık esnasında kullanılmak üzere resimli aile planlaması rehberleri, aile planlaması malzemeleri örnekleri, sağlık bakanlığınca daha önceden hazırlanmış afişler bulundurulmuştur. Her danışmanlık yüz yüze iletişim becerileri kullanılarak yapılmıştır. Danışmanlıkta mahremiyetin korunmasına özen gösterilmiştir.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki- Kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Danışmanlıkta kullanılan anket formu örneği aşağıda gösterilmiştir.(form1)

**Form 1:**Çalışmada Uygulanan Anket Formu Örneği

**ANKET FORMU**

1. Ad Soyadı **G: P: A: K:**
2. Yaş
3. Eğitim Durumu:
   a) Eğitimsiz
   b) İlkokul
   c) Ortaokul
   d) Lise
   e) Üniversite
4. Gelir Düzeyi:
   a) <500 YTL
   b) 500-1000YTL
   c) 1000-2000YTL
   d) >2000YTL
5. Önceden kullandığı yöntem
6. Önceki yöntem:
   a) Başarılı
   b) Başarısız
7. Daha önce danışmanlık aldımı?
   a) Evet
   b) Hayır
8. Danışmanlık sonrası
   a) Aile planlaması ile ilgili fikrim değişti

b) Bildiğim şeyler anlatıldı.

9. Danışmanlık sonrası tercih edilen yöntem

10. Yöntemi nasıl seçtiniz

a) Danışmanın önerdiği

b) Kendi düşündüğü

c) Eşinin istediği

11. Daha önce yöntem kullandıysanız danışmanlık sonrası kullandığınız yöntemi değiştirdiniz mi?

a) Evet

b) Hayır

12. Danışmanlık hizmeti

**a)** Kendi talebi

b) Önerildi.

13. Danışmanlık öncesi aile planlaması ile bilginiz var mıydı**?**

a) Evet, yeterli

b) Evet, yetersiz

c) Hayır

14. Her hastaya sizce danışmanlık

a) Evet

b) Hayır

# 4 - BULGULAR

Çalışma yaşları 17 ile 52 arasında değişmekte olan toplam 500 olgu üzerinde yapılmıştır. Olguların ortalama yaşı 32.58 ± 6.73 yıldır(Tablo 2).

***Tablo 1: Gravida, Parite, Abortus ve Kürtaj Ortalamaları***

| | **Min-Max** | **Ort±Sd** |
|---|---|---|
| **Gravida** | 0- 11 | 2,74±1,71 |
| **Parite** | 0- 8 | 2,15±1,25 |
| **Abortus** | 0- 5 | 0,32±0,71 |
| **Kürtaj** | 0- 4 | 0,23±0,57 |

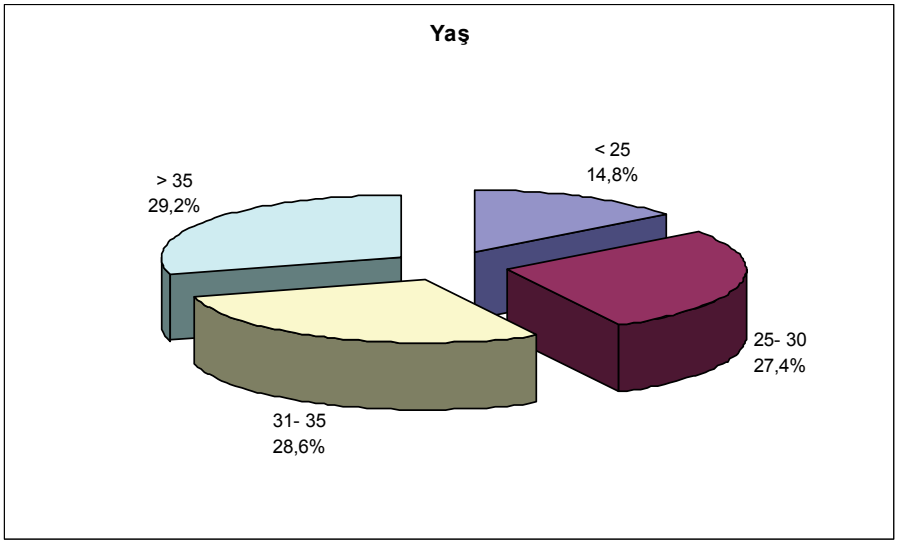
Olguların gravida sayıları 0 ile 11 arasında değişmekte olup; gravida ortalaması 2.74±1.71, medyanı 2 dir.Olguların abortus sayıları 0 ile 5 arasında değişmekte olup; abortus ortalaması 0.32±0.71, medyanı 0 dır. Olguların kürtaj olma sayıları 0 ile 4 arasında değişmekte olup; kürtaj ortalaması 0.23±0.57, medyanı 0 dır(Tablo 1).

*Tablo 2: Demografik Özelliklerin Dağılımı*

| | | N | % |
|---|---|---|---|
| **Yaş** | **< 25** | 74 | *14,8* |
| | **25- 30** | 137 | *27,4* |
| | **31- 35** | 143 | *28,6* |
| | **> 35** | 146 | *29,2* |
| **Eğitim** | **Yok** | 31 | *6,2* |
| | **İlkokul** | 306 | *61,2* |
| | **Ortaokul** | 38 | *7,6* |
| | **Lise** | 74 | *14,8* |
| | **Üniversite** | 51 | *10,2* |
| **Gelir Düzeyi** | **< 500** | 74 | *14,8* |
| | **500- 1000** | 263 | *52,6* |
| | **1000- 2000** | 124 | *24,8* |
| | **> 2000** | 39 | *7,8* |
| **Gravida** | **≤ 1** | 119 | *23,8* |
| | **2- 3** | 252 | *50,4* |
| | **≥ 4** | 129 | *25,8* |

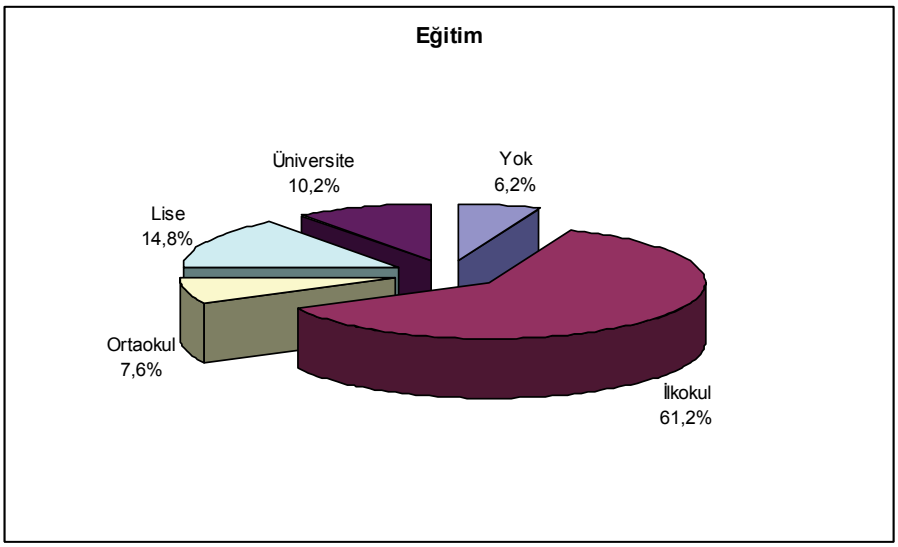
Olguların yaşlarına bakıldığında %14.8'i (n=74) 25 yaşından küçük, 27.4'ü (n=137) 25-30 yaş Aralığında, %28.6'sı (n=143) 31- 35 yaş aralığında iken %29.6'sı 35 yaşının üzerindedir

(şekil 3).



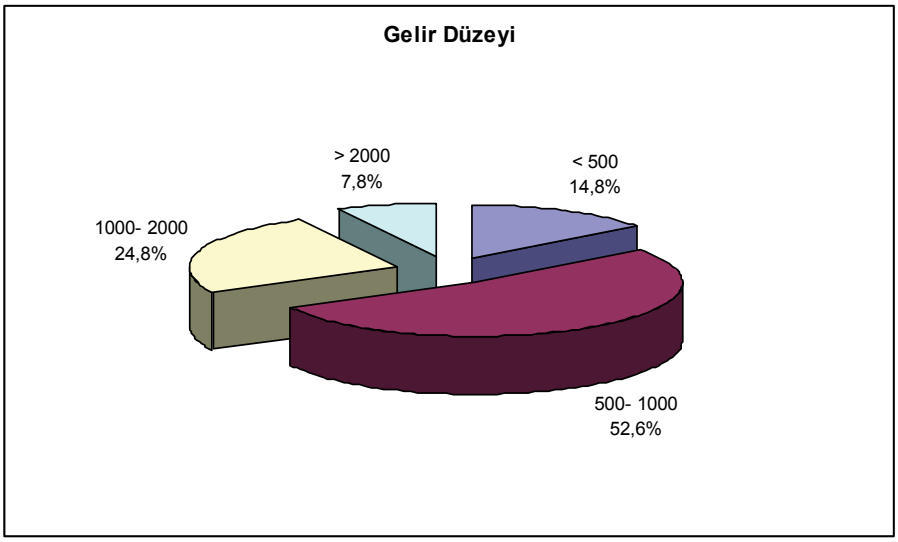

**Şekil 3:Yaş dağılımı**

Olguların %10.2'si (n=51) üniversite, %14.8'i (n=74) lise, %7.6'sı (n=38) ortaokul, %61.2'si (n=306) ilkokul mezunu iken, %6.2'si (n=31) eğitim almamıştır(şekil 4).



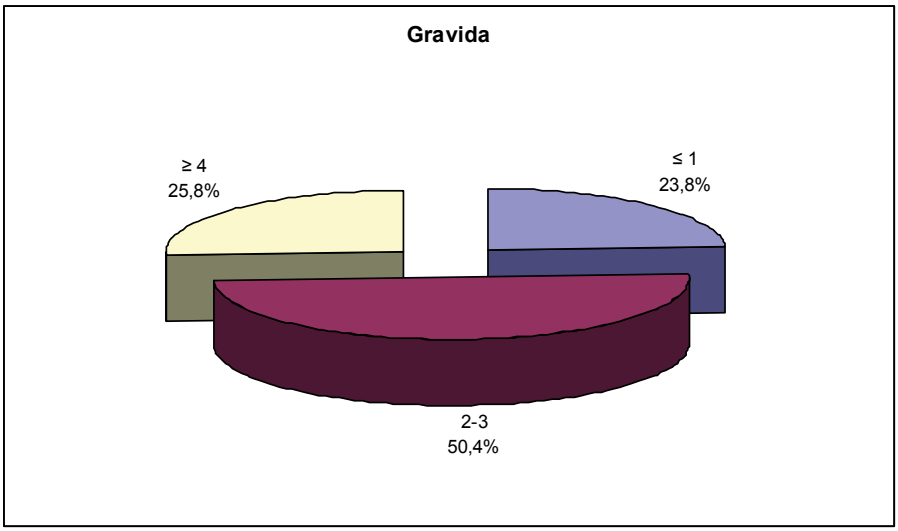

**Şekil 4: Eğitim durumu dağılımı**

Olguların gelir dağılımına bakıldığında, %14,8 olgunun (n=74) geliri 500 TL den az iken, %52.6 olgunun (n=263) 500- 1000 TL Aralığında, %24.8 olgunun (n=124) 1000- 2000 TL Aralığında, %7.8 olgunun (n=39) gelirinin 2000 TL den fazla olduğunu görmekteyiz(şekil 5).




**Şekil 5: Gelir dağılımı**

Gravida sayısına bakıldığında, olguların %23.8'inin (n=119) gravida sayısının 1 veya daha az, %50.4'ünün (n=252) 2- 3 arasında ve %25.8'inin (n=129) 4 veya daha fazla olduğu görülmektedir(Şekil 6).




**Şekil 6: Gravida sayısı dağılımı**

*Tablo 3: Aile Planlaması Danışmalığına İlişkin Bilgilerin Dağılımı*

| | | N | % |
|---|---|---|---|
| **Önce Kullanılan Yöntemler** | **Hormonal Yöntemler** | 85 | *17,0* |
| | **Bariyer Yöntemler** | 88 | *17,6* |
| | **Rahim İçi Araç** | 120 | *24,0* |
| | **Doğal Yöntemler** | 129 | *25,8* |
| | **Hiçbiri** | 78 | *15,6* |
| **Önceki Yöntemin Başarısı** | **Başarılı** | 317 | *63,4* |
| | **Başarısız** | 183 | *36,6* |
| **Daha Önce Danışmanlık Alma Durumu** | **Evet** | 274 | *54,8* |
| | **Hayır** | 226 | *45,2* |
| **Danışmanlık Sonrası** | **Fikrim Değişti** | 289 | *57,8* |
| | **Bildiklerim Anlatıldı** | 211 | *42,2* |
| **Danışmanlık Sonrası Tercih Edilen Yöntem** | **Hormonal Yöntemler** | 106 | *21,2* |
| | **Bariyer Yöntemler** | 126 | *25,2* |
| | **Rahim İçi araç** | 172 | *34,4* |
| | **Cerrahi** | 41 | *8,2* |
| | **Doğal Yöntem** | 55 | *11,0* |
| **Yöntem Seçiminde Etkili Olan Kişiler** | **Danışman Önerisi** | 73 | *14,6* |
| | **Kendi Düşündüğü** | 364 | *72,8* |
| | **Eşinin İstediği** | 63 | *12,6* |
| **Önceden Kullanılan Yöntemin Değiştirilme Durumu** | **Evet** | 261 | *52,2* |
| | **Hayır** | 239 | *47,8* |
| **Danışmanlık Hizmeti** | **Kendi Talebi ile** | 267 | *53,4* |
| | **Öneri ile** | 233 | *46,6* |
| **Danışmanlık Öncesi Aile Planlama ile İlgili Bilgi Sahibi Olma** | **Evet, Yeterli** | 126 | *25,2* |
| | **Evet, Yetersiz** | 284 | *56,8* |
| | **Hayır** | 90 | *18,0* |
| **Planlamayı Tercih Etme Sebebi** | **Kendi İsteği** | 87 | *17,4* |
| | **Eşinin İsteği** | 6 | *1,2* |
| | **İkisinin İsteği** | 407 | *81,4* |
| **Her Hastaya Danışmanlık Verilme Gerekliliği** | **Evet** | 497 | *99,4* |
| | **Hayır** | 3 | *0,6* |
| **Planlamanın Alındığı Kişi** | **Doktor** | 494 | *98,8* |
| | **Hemşire** | 6 | *1,2* |

Olguların önceden kullanmış oldukları doğum kontrol yöntemlerine bakıldığında; %17'si (n=85) hormonal yöntemler, %17.6'sı (n=88) bariyer yöntemler, %24'ü (n=120) rahim içi araç, %25.8'i (n=129) doğal yöntemler kullanıyorken; %15.6'sı (n=78) hiçbir yöntem kullanmamaktadır(Tablo 3).

Olguların %63.4'ü (n=317) önceki yöntemi başarılı buluyorken, %36.6'sı (n=183) başarısız bulmaktadır.

Olguların %54.8'i (n=274) daha önceden danışmanlık alırken, %45.2'si (n=226) daha önce danışmanlık almamıştır.

Olguların %57.8'i (n=289) danışmanlık sonrası aile planlaması ile ilgili fikrim değişti derken, %42.2'si (n=211) bildiğim şeyler anlatıldı demiştir.

Olguların danışmanlık sonrası tercih ettikleri doğum kontrol yöntemlerine bakıldığında; %21.2'sinin (n=106) hormonal yöntemleri, %25.2'sinin (n=126) bariyer yöntemleri, %34.4'ünün (n=172) rahim içi araçları, %8.2'sinin (n=41) cerrahi yöntemleri, %11'inin (n=55) ise doğal yöntemleri kullandığı görülmektedir.

Olguların %14.6'sı (n=73) yöntemi danışmanın önerisi ile seçtiklerini söylerken; %72.8'i (n=364) kendisinin düşündüğünü ve %12.6'sı (n=63) eşinin istediğini söylemiştir.

Olguların %52.2'si (n=261) danışmanlık sonrası daha önce kullandığı yöntemi değiştirirken, %47.8'i (n=239) daha önceki yöntemi değiştirmemiştir.

Olguların %53.4'ü (n=267) danışmanlık hizmetini kendi talebi ile aldığını, %46.6'sı (n=233) öneri ile aldığını söylemiştir.

Olgulara danışmanlık öncesi aile planlama ile ilgili bilgi sahibi olma durumları sorulduğunda; %25.2'si (n=126) evet yeterli bilgiye sahiptim derken, %56.8'i (n=284) yetersiz bilgiye sahip olduğunu, %18'i (n=90) ise bilgi sahibi olmadığını söylemiştir.

Olguların %17.4'ü (n=87) planlamayı kendisi isterken, %1.2'si (n=6) eşinin istediğini, %81.4'ü (n=407) eşi ile birlikte ortak olarak istediklerini söylemiştir.

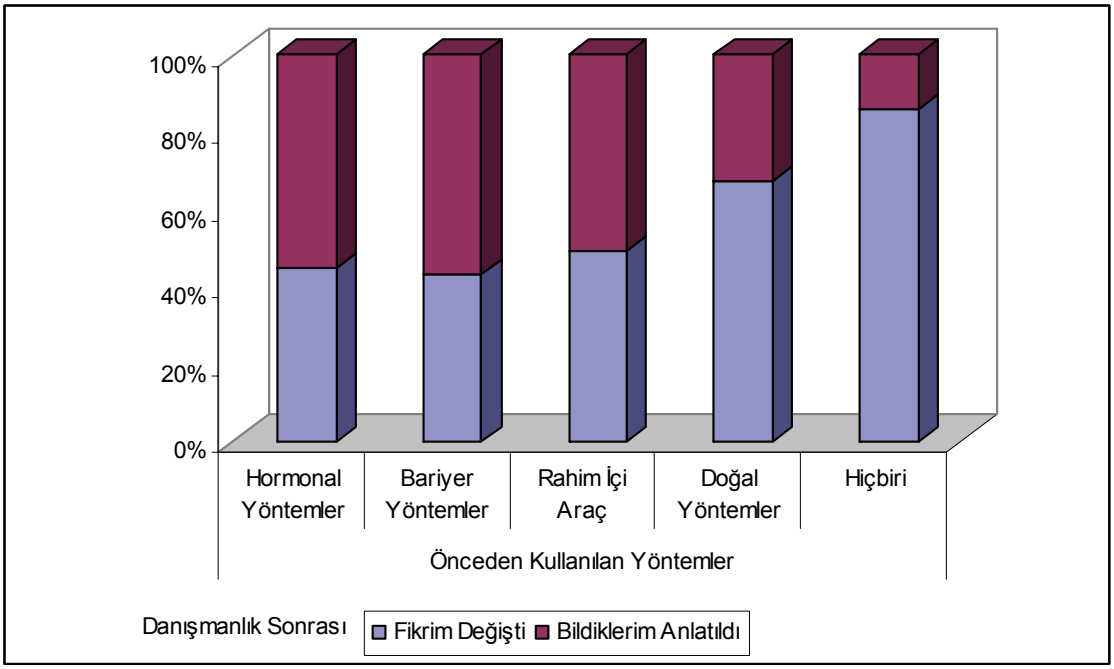
Olguların %99.4'ü (n=497) her hastaya danışmanlık verilmesi gerektiğini düşünmektedir.

*Tablo 4: Danışmanlık Öncesi Kullanılan Yöntem ile Danışmalık Sonrası İlişkisi*

| | | Önceden Kullanılan Yöntemler | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Hormonal Yöntemler n (%)** | **Bariyer Yöntemler n (%)** | **Rahim İçi Araç n (%)** | **Doğal Yöntemler n (%)** | **Hiçbiri n (%)** | ***P*** |
| **Danışmanlık Sonrası** | **Fikrim Değişti** | 38 (%44.7) | 38 (%43.2) | 59 (%49.2) | 87 (%67.4) | 67 (%85.8) | ***0,001***** |
| | **Bildiklerim Anlatıldı** | 47 (%55.3) | 50 (%56.8) | 61 (%50.8) | 42 (%32.6) | 11 (%14.2) | |

*Ki-kare testi kullanıldı* *** p<0.01*

Danışmalık öncesi kullanılan yöntem ile danışmanlık sonrası aile planlamasına ilişkin görüşler arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.01). Danışmanlık öncesi doğal yöntemleri kullananların danışmalık sonrası fikirlerinin değişme oranı, diğer yöntemleri kullananların danışmanlık sonrası fikirlerinin değişme oranlarından anlamlı şekilde yüksektir(Tablo 4).




**Şekil 7: Önceden kullanılan yöntemlere göre danışmanlık sonrası görüşlerin dağılımı**

*Tablo 5: Danışmanlık Öncesi Kullanılan Yöntem ile Demografik Özelliklerin İlişkisi*

| | | Önceden Kullanılan Yöntemler | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Hormonal Yöntemler n (%)** | **Bariyer Yöntemler n (%)** | **Rahim İçi Araç n (%)** | **Doğal Yöntemler n (%)** | **Hiçbiri n (%)** | ***P*** |
| **Eğitim Durumu** | **Yok** | 4 (%12,9) | 0 (%0,0) | 7 (%22,6) | 16 (%51,6) | 4 (%12,9) | ***0,001***** |
| | **İlkokul** | 43 (%14,1) | 53 (%17,3) | 80 (%26,1) | 84 (%27,5) | 46 (%15,0) | |
| | **Ortaokul** | 7 (%18,4) | 5 (%13,2) | 9 (%23,7) | 6 (%15,8) | 11 (%28,9) | |
| | **Lise** | 14 (%18,9) | 15 (%20,3) | 18 (%24,3) | 17 (%23,0) | 10 (%13,5) | |
| | **Üniversite** | 17 (%33,3) | 15 (%29,4) | 6 (%11,8) | 6 (%11,8) | 7 (%13,7) | |
| **Gelir Düzeyi** | **< 500** | 9 (%12,2) | 9 (%12,2) | 21 (%28,4) | 26 (%35,1) | 9 (%12,2) | ***0,003***** |
| | **500- 1000** | 40 (%15,2) | 47 (%17,9) | 65 (%24,7) | 75 (%28,5) | 36 (%13,7) | |
| | **1001- 2000** | 21 (%16,9) | 24 (%19,4) | 30 (%24,2) | 22 (%17,7) | 27 (%21,8) | |
| | **> 2000** | 15 (%38,5) | 8 (%20,5) | 4 (%10,3) | 6 (%15,4) | 6 (%15,4) | |
| **Gravida** | **≤ 1** | 27 (%22,7) | 20 (%16,8) | 21 (%17,6) | 22 (%18,5) | 29 (%24,4) | ***0,007***** |
| | **2- 3** | 34 (%13,5) | 47 (%18,7) | 72 (%28,6) | 67 (%26,6) | 32 (%12,7) | |
| | **≥ 4** | 24 (%18,6) | 21 (%16,3) | 27 (%20,9) | 40 (%31,0) | 17 (%13,2) | |
| **Yaş** | **<25** | 23 (%31,1) | 16 (%21,6) | 30 (%40,5) | 0 (%0,0) | 5 (%6,8) | ***0,001***** |
| | **26- 30** | 37 (%27,0) | 32 (%23,4) | 54 (%39,4) | 0 (%0,0) | 14 (%10,2) | |
| | **31- 35** | 35 (%24,5) | 44 (%30,8) | 42 (%29,4) | 9 (%6,3) | 13 (%9,1) | |
| | **>36** | 11 (%7,5) | 34 (%23,3) | 46 (%31,5) | 32 (%21,9) | 23 (%15,8) | |

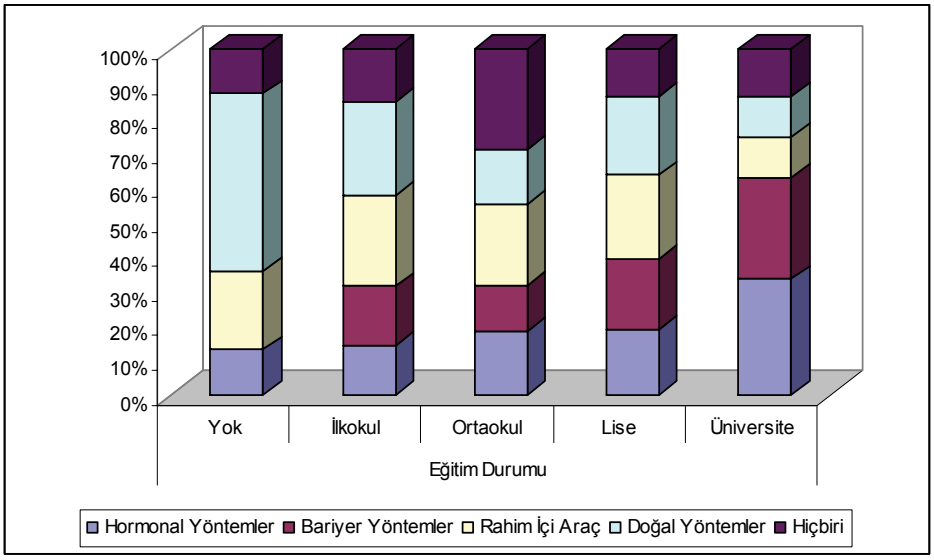
*Ki-kare testi kullanıldı* *** p<0.01*

*Tablo 6: Danışmanlık Sonrası Kullanılan Yöntem ile Demografik Özelliklerin İlişkisi*

| | | Danışmanlık Sonrası Kullanılan Yöntem | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Hormonal Yöntemler n (%)** | **Bariyer Yöntemler n (%)** | **Rahim İçi Araç n (%)** | **Cerrahi Yöntemler n (%)** | **Doğal Yöntemler n (%)** | ***P*** |
| **Eğitim Durumu** | **Yok** | 4 (%12,9) | 1 (%3,2) | 12 (%38,7) | 9 (%29,9) | 5 (%16,1) | ***0,001***** |
| | **İlkokul** | 52 (%17,0) | 75 (%24,5) | 116 (37,9) | 28 (%9,2) | 35 (%11,4) | |
| | **Ortaokul** | 10 (%26,3) | 11 (%28,9) | 15 (%39,5) | 0 (%0,0) | 5 (%5,3) | |
| | **Lise** | 22 (29,7) | 20 (%27,0) | 22 (%29,7) | 4 (%5,4) | 6 (%8,1) | |
| | **Üniversite** | 18 (%35,3) | 19 (%37,3) | 7 (%13,7) | 0 (%0,0) | 7 (%13,7) | |
| **Gelir Düzeyi** | **< 500** | 8 (%10,8) | 10 (%13,5) | 33 (%44,6) | 9 (%12,2) | 14 (%18,9) | ***0,001***** |
| | **500- 1000** | 60 (%22,8) | 63 (%24,0) | 90 (%34,2) | 23 (%8,7) | 27 (%10,3) | |
| | **1001- 2000** | 23 (%18,5) | 37 (%29,8) | 47 (%37,9) | 8 (%6,5) | 9 (%7,3) | |
| | **> 2000** | 15 (%38,5) | 16 (%41,0) | 2 (%5,1) | 1 (%2,6) | 5 (%12,8) | |
| **Yaş** | **<25** | 23 (%31,1) | 16 (%21,6) | 30 (%40,5) | 0 (%0,0) | 5 (%6,8) | ***0,001***** |
| | **26- 30** | 37 (%27,0) | 32 (%23,4) | 54 (%39,4) | 0 (%0,0) | 14 (%10,2) | |
| | **31- 35** | 35 (%24,5) | 44 (%30,8) | 42 (%29,4) | 9 (%6,3) | 13 (9,1) | |
| | **>36** | 11 (%7,5) | 34 (%23,3) | 46 (%31,5) | 32 (%21,9) | 23 (%15,8) | |

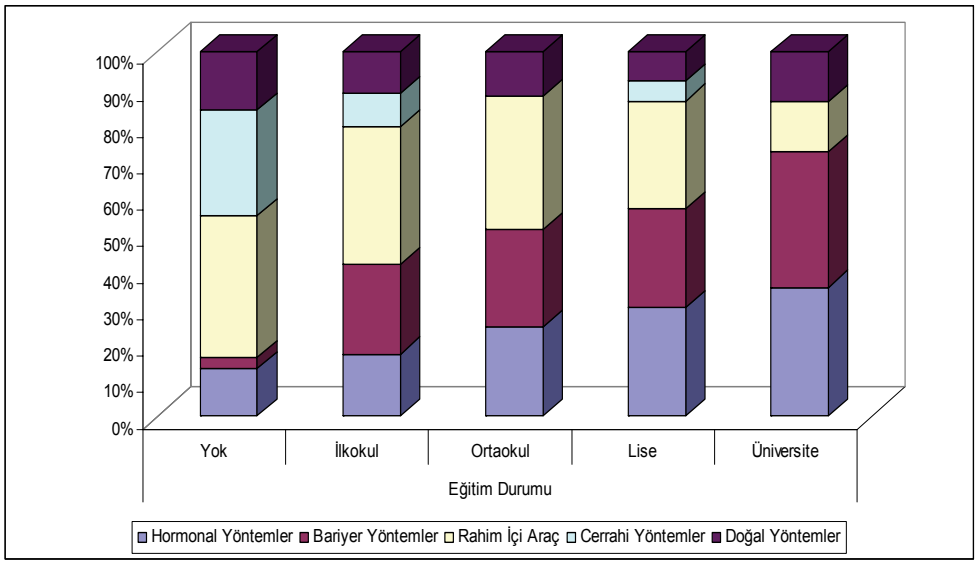
*Ki-kare testi kullanıldı* *** p<0.01*

Eğitim durumu ile danışmanlık öncesi kullanılan yöntem arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.01). Eğitimi olmayanların danışmanlık öncesi doğal yöntemleri kullanma oranları yüksekken, ortaokul mezunlarının hiçbir yöntem kullanmama oranları, üniversite mezunlarının ise hormonal yöntemleri ve bariyer yöntemleri kullanma oranları diğer eğitim düzeylerindeki kişilerden anlamlı şekilde yüksektir(Şekil 8)




**Şekil 8: Eğitim durumuna göre önceden kullanılan yöntemlerin dağılımı**

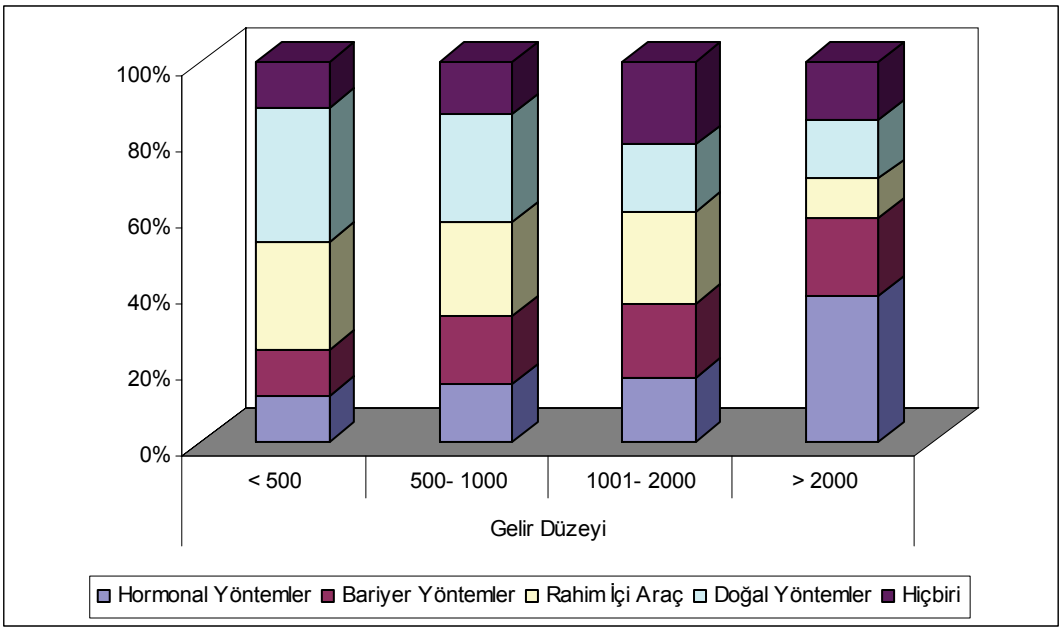
Eğitim durumu ile danışmanlık sonrası kullanılan yöntem arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). Eğitimi olmayanların danışmanlık sonrası rahim içi araç kullanma oranları yüksekken, ortaokul mezunlarının rahim içi araç kullanma oranları, üniversite mezunlarının ise hormonal yöntemleri ve bariyer yöntemleri kullanma oranları diğer eğitim düzeylerindeki kişilerden anlamlı şekilde yüksektir(şekil 9).




**Şekil 9: Eğitim durumuna göre danışmanlık sonrası kullanılan yöntemlerin dağılımı**

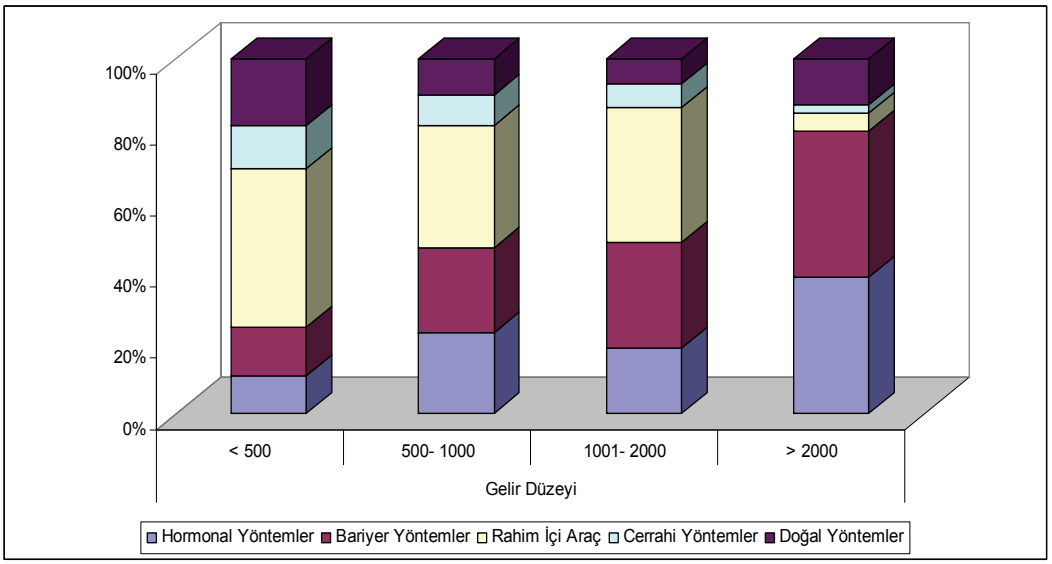
Gelir düzeyi ile danışmanlık öncesi kullanılan yöntem arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). Gelir düzeyi 500 TL'nin altında olanların danışmanlık öncesi doğal yöntemleri kullanma oranları yüksekken, gelir düzeyi

2000 TL'nin üzerinde olan kişilerin hormonal yöntemleri kullanma oranları diğer gelir düzeylerindeki kişilerden anlamlı şekilde yüksektir(Şekil 10).



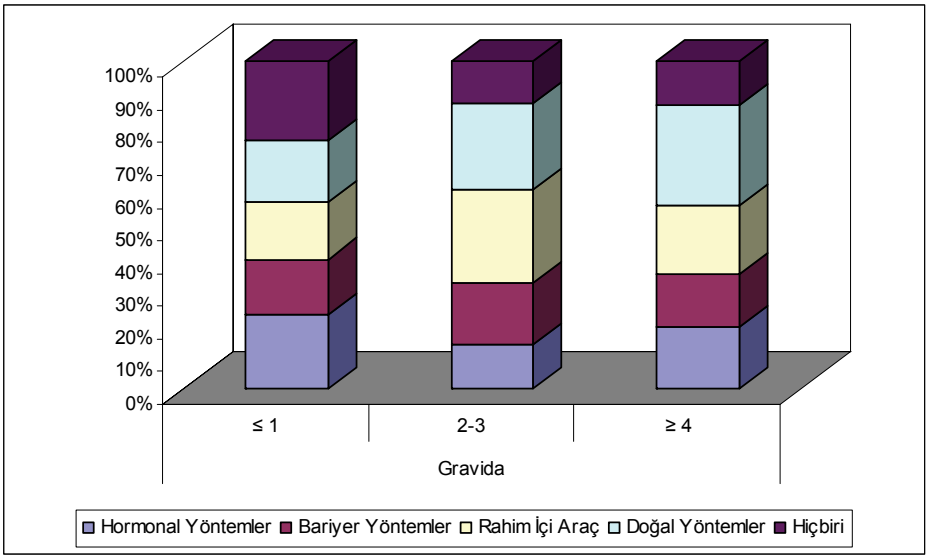

**Şekil 10: Gelir düzeyine göre önceden kullanılan yöntemlerin dağılımı**

Gelir düzeyi ile danışmanlık sonrası kullanılan yöntem arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). Gelir düzeyi 500 TL'nin altında olanların danışmanlık sonrası rahim içi araç kullanma oranları yüksekken, gelir düzeyi 2000 TL'nin üzerinde olan kişilerin hormonal yöntemleri kullanma oranları diğer gelir düzeylerindeki kişilerden anlamlı şekilde yüksektir(şekil 11).



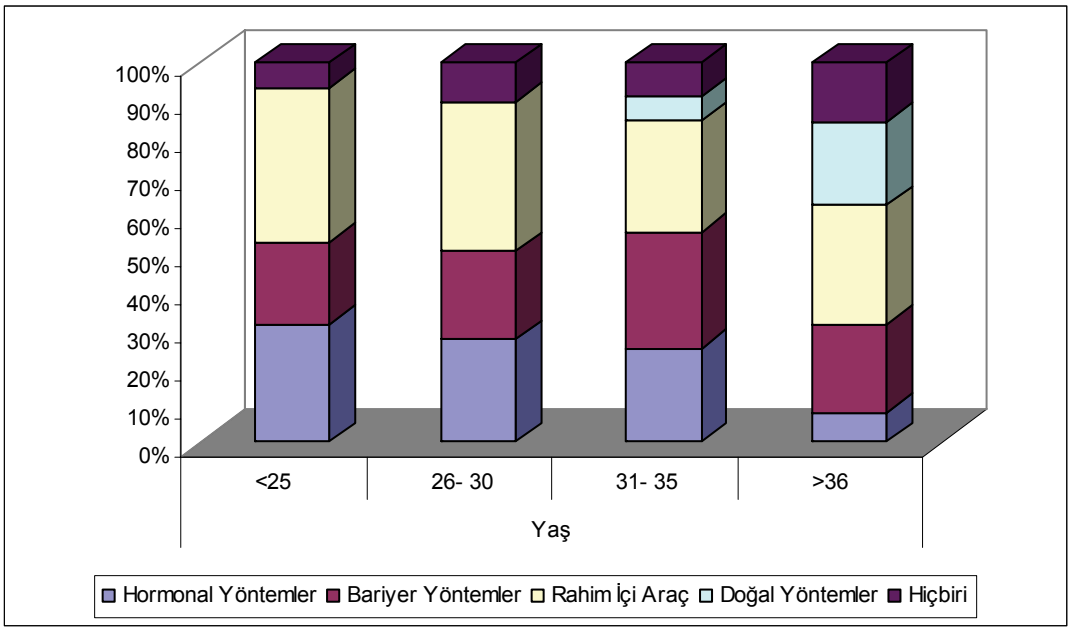

**Şekil 11: Gelir düzeyine göre danışmanlık sonrası kullanılan yöntemlerin dağılımı**

Gravida sayısı ile danışmanlık öncesi kullanılan yöntem arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). Gravida sayısı 1 ve altında olanların hormonal yöntemleri kullanma oranları yüksekken; gravida sayısı 2 ile 3 arasında olanların rahim içi araç kullanma oranları, gravida sayısı 4 ve üzerinde olanların ise doğal yöntemleri kullanma oranları anlamlı şekilde yüksektir(Şekil 12).



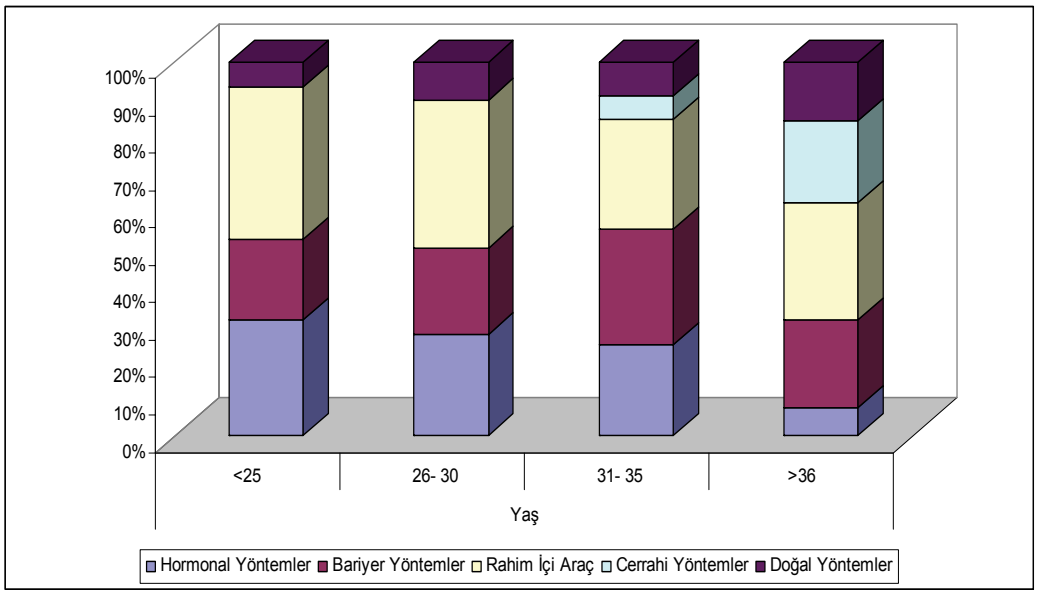

**Şekil 12: Gravida sayısına göre önceden kullanılan yöntemlerin dağılımı**

Yaş ile danışmanlık öncesi kullanılan yöntem arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). 25 yaş ve altında olanların hormonal yöntemleri ve rahim içi araç yöntemlerini, 26-30 yaş arasında olanların rahim içi araç yöntemini, 31-35 yaş arasında olanların bariyer yöntemleri kullanma oranları yüksekken; 36 yaş ve üzerinde olanların doğal yöntemleri kullanma ve hatta hiçbir yöntem kullanmama oranları yüksektir(Şekil 13).




**Şekil 13: Yaşa göre önceden kullanılan yöntemlerin dağılımı**

Yaş ile danışmanlık sonrası kullanılan yöntem arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). 25 yaş ve altında olanların hormonal yöntemleri, bariyer yöntemleri ve rahim içi araç yöntemlerini, 26-30 yaş arasında olanların hormonal yöntem ve rahim içi araç yöntemini, 31-35 yaş arasında olanların bariyer yöntemleri ile rahim içi araç yöntemi kullanma oranları yüksekken; 36 yaş ve üzerinde olanların cerrahi yöntem ve doğal yöntemleri kullanma oranları yüksektir(Şekil 14).




**Şekil 14: Yaşa Göre Danışmanlık Sonrası Kullanılan Yöntemlerin Dağılımı**

***Tablo 7: Danışmanlık Öncesi Kullanılan Yöntem ile Danışmalık Sonrası Kullanılan Yöntem İlişkisi***

| | | Önceden Kullanılan Yöntemler | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Hormonal Yöntemler n (%)** | **Bariyer Yöntemler n (%)** | **Rahim İçi Araç n (%)** | **Doğal Yöntemler n (%)** | **Hiçbiri n (%)** | ***P*** |
| **Danışmanlık Sonrası Kullanılan Yöntem** | **Hormonal Yöntemler** | **44 (%51,8)** | 7 (%8,0) | 21 (%17,5) | 18 (%14,0) | 16 (%20,5) | |
| | **Bariyer Yöntemler** | 15 (%17,6) | **61 (%69,3)** | 9 (%7,5) | 20 (%15,5) | 21 (%26,9) | |
| | **Rahim içi Araç** | 16 (%18,8) | 17 (%19,3) | **81 (%67,5)** | 32 (%24,8) | 26 (%33,4) | ***0,001*** ** |
| | **Doğal Yöntemler** | 2 (%2,4) | 0 (%0) | 1 (%0,8) | **47 (%36,4)** | 5 (%6,4) | |
| | **Cerrahi Yöntem** | 8 (%9,4) | 3 (%3,4) | 8 (%6,7) | 12 (%9,3) | 10 (%12,8) | |
| **Toplam** | | 85 | 88 | 120 | 129 | 78 | |

*Ki-kare testi kullanıldı* *** p<0.01*

Danışmalık öncesi kullanılan yöntemler ile danışmalık sonrası kullanılan yöntemler arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0.01)(Tablo 7).

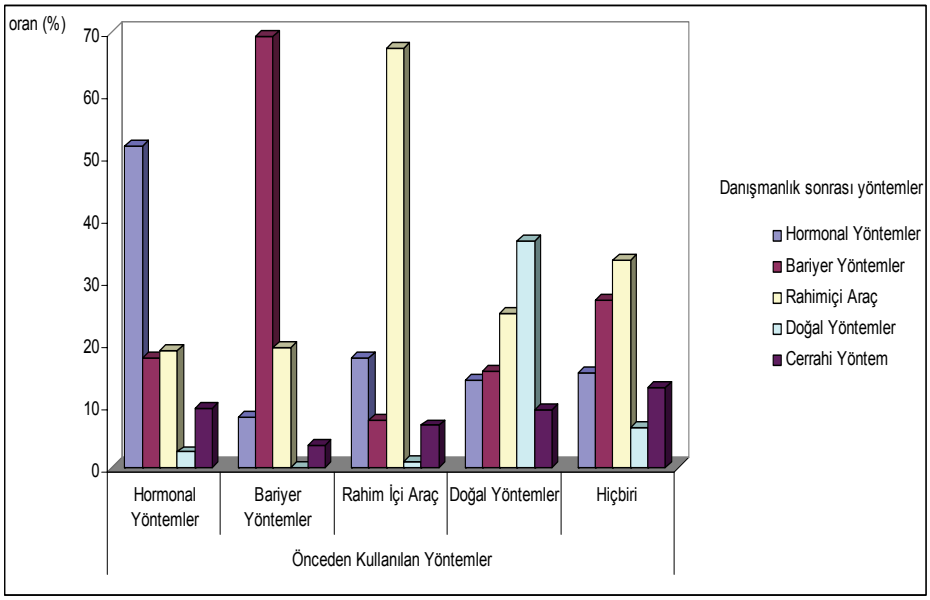
Danışmanlık öncesi hormonal yöntem kullanan 85 olgunun 44'ü (%51.8) hormonal yönteme devam etmiş; %17.6'sı bariyer yönteme geçmiş; % 18.8'i rahim içi araç taktırmış; % 2.4'ü doğal yöntem kullanmış ve % 9.4'ü cerrahi yöntemi tercih etmiştir(Şekil 15).

Danışmanlık öncesi bariyer yöntem kullanan 88 olgunun % 69.3'ü bariyer yönteme devam etmiş, %8'i hormonal yönteme geçmiş; % 19.3'ü rahim içi araç tercih etmiş; % 3.4'ü ise cerrahi yöntem seçmiştir.

Danışmanlık öncesi rahim içi araç kullanan 120 olgunun % 67.5'i rahim içi araç kullanmaya devam etmiş; % 17.5'i hormonal yönteme; % 7.52i bariyer yönteme; % 0.8'i doğal yönteme ve %6.7'ai ise cerrahi yönteme geçmiştir.

Danışmanlık öncesi doğal yöntem kullanan 129 olgunun % 36.4'ü doğal yöntemde kalmış; % 14'ü hormonal yöntem; % 15.5'i bariyer yöntem; % 24.8'i rahim içi araç ve % 9.3'ü cerrahi yöntem tercih etmiştir.

Danışmanlık öncesi hiçbirini kullanmayan 78 olgunun; %15,1'i hormonal yöntem; %26.9'u bariyer yöntem; % 33.3'ü rahim içi araç; %6.4'ü doğal yöntem ve % 12.8'i cerrahi yöntemi tercih etmiştir.




***Şekil 15: Danışmanlık Öncesine Göre Danışmalık Sonrası Kullanılan Yöntemlerin Dağılımı***

# 5 – TARTIŞMA

Ülkemizde 1965 yılından bu yana istenmeyen gebelikleri engellemek için kullanılan aile planlaması(AP) yöntemleri konusunda özellikle birinci basamak seviyesinde sağlık ocaklarında, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde ağırlıklı olacak şekilde yıllardır verilen aile planlaması hizmetlerinde önemli kazanımlar elde edilmiştir(36).

Türkiye'de doğurganlık hızında yıllara göre azalmalar görülmektedir. 1978 yılında 4,3 olan Türkiye Doğurganlık hızı(TDH), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA-2003) verilerine göre 2.23 olarak hesaplanmıştır(37). Aile planlaması hizmetlerinde yıllara göre önemli kazanımlar elde edilmesine rağmen ihtiyacı olan tüm çiftlerin etkili yöntem kullanması henüz sağlanamamıştır. Bu duruma neden olan birçok faktör arasında kişilerin yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, hizmete ulaşamamaları, hizmeti verenlerin bilgi eksiklikleri, yöntem seçeneklerinin sınırlı olması, yan etkiler ve sağlık riskleri ile ilgili endişeler gibi nedenler sayılabilir(38).

Danışmanlık hizmeti doğru ve etkin verilirse, doğum yaşı 20-29 yaş arasında, doğum aralıkları da 24 ayın üzerine çekilmek suretiyle anne ve bebek ölümleri azalacaktır(39).

Aile planlaması hizmetlerinde başarıya ulaşmada etkin bir danışmanlığın yöntem seçimine olan etkisinin belirlenmesi amacıyla yaptığımız bu çalışmada olguların sadece % 54.8'i daha önce danışmanlık aldıklarını ifade etmişlerdir. Danışmanlık verdiğimiz olguların %57.8'i danışmanlık sonrası fikrim değişti derken, % 42.2'si ise bildiklerim anlatıldı demiştir. Çalışmamızda danışmanlık öncesi kullanılan yöntem ile danışmanlık sonrası aile planlamasına ilişkin görüşler arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.($p<0.01$) Danışmanlık öncesi doğal yöntemleri kullananların danışmanlık sonrası fikirlerinin değişme oranı, diğer yöntemleri kullananların danışmanlık sonrası fikirlerinin değişme oranlarından anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda doğal yöntem kullananların %67.4'ünün, hiçbir yöntem kullanmayanların %86'ının fikri değişirken, hormonal yöntem kullananların %44.7'sinin,bariyer yöntem kullananların %43.2'sinin, RİA kullananların ise %49.2'sinin fikirlerinde değişme olduğu görülmüştür. Görüldüğü gibi aile planlaması hizmetlerinde etkin danışmanlık çok

önemlidir. Danışmanlık, özellikle doğal yöntem kullanan ya da hiçbir yöntem kullanmayanlarda fikirlerin olumlu yönde değişmesinde katkıda bulunmaktadır.

Kadınların AP danışmanlığını ülkemizde yeterince almadıklarını gösteren çalışmalar mevcuttur. Bizim araştırmamıza katılan olguların da %45.2'si daha önce danışmanlık almadığını belirtmiştir. Benzer olarak, B.Durgun ve arkadaşlarının 2001 'de yapmış oldukları bir çalışmada İzmit gurubu kadınların %78 'i, Sakarya gurubu kadınların %75'i AP konusunda danışmanlık almadıklarını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada İzmit gurubu kadınların %14'ü ve Sakarya gurubu kadınların %19 'u AP danışmanlık almak istemediklerini ifade etmişlerdir. Her iki gurupta AP danışmanlık almak istememe nedeni olarak "AP yöntemine güvenmeme" ve "Gerek görmeme" ağırlık kazanmıştır. Bunun yanında AP danışmanlık istememe nedenleri arasında sağlık ocağında aletlerin temiz olmamasını, AP çalışanlarının yaklaşımlarının uygunsuz olduğunu söyleyenler de olmuştur(40). Eryılmaz ve arkadaşlarının 1999'da yaptıkları araştırmalarında kadınların %67.4'ünün yöntem kullanmaya ilişkin bilgi aldıklarını belirtmişlerdir(41). Görüldüğü gibi aile planlaması danışmanlık hizmeti yeterli düzeyde verilmemektedir. İstanbul'un merkezinde tersiyer bir hastanede yaptığımız çalışmada başvuranların %45.2'sinin daha önce danışmanlık almamış olması bu durumu kanıtlamaktadır.

Verdiğimiz aile planlaması danışmanlık hizmetinden sonra hastaların % 89'u etkili yöntem tercih ederken sadece % 11 i etkisiz yöntem tercih etmiştir. Doğal yöntem kullananların önemli bir bölümü (%63.6) herhangi bir modern yöntem kullanmayı tercih etmiştir. Görüldüğü gibi doğru ve yeterli verilen aile planlaması danışmanlığı hasta tercihlerini önemli ve olumlu olarak değiştirmektedir. Bizim çalışmamızda danışmanlık öncesi hiçbir yöntem kullanmayanların durumuna baktığımızda 78 olgunun 75(%93.5)'i herhangi bir modern yöntem kullanmayı tercih etmişlerdir. Sadece 5(%6.4)'ü etkisiz yöntem kullanmaya devam etmiştir. Malatya'da yapılan bir çalışmada da geleneksel yöntem kullanan 182 olguya danışmanlık verildikten sonra, 143 olgunun modern yöntem kullanmaya başlamış olması etkili danışmanlık hizmetinin önemini göstermesi bakımından anlamlıdır(42). Bu konuyla ilgili literatürlere baktığımızda benzer saptamalar yapan yayınlar görülmektedir. Örneğin Burrough ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada toplumu tanıyan özel olarak eğitilmiş yüksek nitelikli danışmanlık yapabileceğini kanıtlayan sağlık personelinin özellikle ebe ve hemşirenin danışmanlık konusundaki desteği vurgulanmıştır(43). Turaman ve arkadaşlarının yapmış oldukları

çalışmada da danışmanlık hizmetinin başarısı, sağlık personelinin tüm yöntemler hakkında doğru tam bilgiye sahip olması, bu bilginin sürekli yenilenmesi ve üreme sağlığı bilgisi içinde sunulmasına bağlıdır denmiştir(40). 2006'da yayınlanan kesitsel bir çalışmada Topsever P. ve arkadaşları şunları rapor etmiştir; danışmanlık hizmeti alanlar arasında doğru bilgiye sahip olanların oranı ortalama %39 olup eğitim düzeyi yüksek kadınlarda daha yüksektir(44). Fransisko'da düşük gelir gurubundan 35 kişi üzerinden yapılan bir çalışmada, gençlerin kontraseptif seçiminin güncel olaylardan (televizyon, basın, yayın), sosyal çevreden etkilendiği belirtilmiştir. Bulgular, üreme ile ilgili sağlık programlarının gençlerin kontraseptif seçimini etkilediğini göstermiştir(45) .Bu durum bize yeterli eğitim verildiğinde kadınların modern, olumlu yeniliklere açık olduklarını göstermektedir.

Danışmanlık alan kadınlar hem daha yüksek oranda etkili yöntem kullanmakta hem de yöntem memnuniyetleri ve kontrole gitme oranları danışmanlık almayan kadınlara göre daha yüksek olmaktadır(46). Çalışmamızda danışmanlık verdikten sonraki sonuçlara baktığımızda hormonal yöntemlerin kullanım oranı %17'den %21.2'ye, bariyer yöntemler %17.6'dan %25.2'ye, RİA %24'den %34.4'e yükseldiği görülmüştür. 1996 yılında yapılmış bir bir çalışmada kadınların AP danışmanlığı hizmetleri ile yöntemlerin kullanım oranlarında kayda değer bir yükselme olduğu saptanmıştır. Örneğin RİA'nın kullanım oranı %23.6 iken AP danışmanlığı ile %33.4 'e, kondomun oranı %5.5 iken %20.3 e yükseldiği görülmüştür(40). Diğer bir araştırmada, eğitim sonrası modern yöntem kullanan kadınların oranı eğitim öncesine göre anlamlı olarak artmıştır(47). Bu konuda literatürlere baktığımızda, Keller S. arkadaşlarının ve 1997'de yaptığı araştırmada danışmanlık hizmetinin geri dönüşümsüz sterilizasyon metotlarını tercih oranlarını bile arttırdığını göstermiştir(48). Cebeci Save ve arkadaşlarının yaptığı ve 2004 de yayınlanan çalışmada hem kadın hem de erkeklerin kontrasepsiyona karşı olmadıkları ancak cerrahi metotlara oranla medikal metot kullanmaya daha yatkın oldukları rapor edilmiştir(49) . Bizim çalışmamızda da olguların yalnızca %8.2'si cerrahi yöntemi tercih etmiştir.

Araştırmamızda, olguların danışmanlık öncesi yöntem kullanım durumuna bakıldığında %58.6'sının etkili, %25.8'i geleneksel bir yöntem olmak üzere %84.4'ü herhangi bir yöntem kullanmaktadır. TNSA-03'e göre evli kadınların %42.52i etkili, %28.5'i geleneksel bir yöntem olmak üzere %71'i herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Etkili yöntem kullananların dağılımına baktığımızda, modern yöntemler içinde en sık %24 oranla RİA tercih edilirken, bunu sırasıyla kondom ve hap takip ediyordu. Geleneksel

yöntemler içinde de en çok tercih edilen geri çekme yöntemiydi. E. Balcı ve arkadaşlarının 2008'de Kayseri ili Talas ilçesinde yapmış oldukları bir çalışmada kadınların modern yöntemler arasında en sık RİA'yı, geleneksel yöntemler içinde de en sık geri çekme yöntemini tercih ettikleri görülmüştür(50) Sivas ili ana-çocuk sağlığında G.Yıldırım ve arkadaşlarının 2003 'de yaptıkları bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmişti(51). Aydın'da yapılan bir çalışmada ilk sırayı kondom, ikinci sırayı RİA, üçüncü sırayı hap almaktadır(51). TNSA-2003 verilerine göre hem evlenmiş hem de evli kadınlar arasında modern yöntemler içinde en fazla tercih edilen yöntem RİA (%48) iken, bunu hap ve kondom (sırasıyla %35 ve %38) takip etmektedir(37). A.çakmak ve arkadaşının Diyarbakır Çocuk Hastanesinde 2004'de yaptıkları bir çalışmada kadınların %42.3'ü yöntem kullanmadığını, %17.7'si etkin bir yöntem olmayan geri çekme yöntemiyle korunduğunu belirtmiştir(52). Görüldüğü gibi ülkemizde modern yöntemler içerisinde en çok tercih edilen yöntem RİA iken, geleneksel yöntemler içinde de en çok tercih edilen geri çekme yöntemidir.

Araştırmamızda danışmanlık sonrası olguların yöntem tercih durumuna baktığımızda kadınların % 34.4'ü RİA , %25.2'si bariyer yöntem , %21.2'si hormonal yöntem , %8.2 'si ise cerrahi yöntem tercih etmiştir. B.Yıldızhan ve arkadaşlarının 2000-2004 yıllarında Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesinde yapmış oldukları bir çalışmada Türkiye ortalamalarından farklı olarak en çok tercih edilen yöntem hap olmuştur, RİA ikinci sırayı alırken, vazektomi son sırada yer almıştır(53). Yine bizim çalışmamızdan farklı olarak ABD'de 35 yaşın üstündeki çiftlerin tercihi vazektomidir(53). Skouby SO yaptığı çalışmada beş farklı Avrupa ülkesinde (Fransa, Almanya, İtalya, İspanya, İngiltere) 21. yüzyılda kontraseptif metot tercihini belirlemek üzere 15-49 yaş arası onikibinden fazla rastgele seçilen kadına kullandıkları kontraseptif metotla ilgili bir anket uygulamıştır. Değerlendirme sonucunda görülmüş ki avrupada en sık oral kontraseptif kullanılmaktadır. Kırk yaş ve üstü erkek ve kadınlarda başlıca kullanılan metot ise sterilizasyondur. Çalışma gurubunda sadece %23 oranında yöntem kullanmayan kişi vardır. Etkili olmayan(bariyer, doğal yöntemler) yöntem kullanma oranı sadece %6 dır(54). ABD'de 1999 yılında yapılan bir çalışmada kadın sağlık çalışanlarının en sık kullandıkları metot bariyer yöntemiyle birlikte spermisit olduğu otaya çıkmıştır(40). Yine 2000 yılında ABD'de yapılan başka bir çalışmada da RİA kullanım oranı %65.9 olarak belirlenmiştir(40). Görüldüğü gibi farklı coğrafyalarda farklı kontraseptif yöntemler daha ön plana çıkmaktadır. Örneğin ülkemizde hormonal kontrasepsiyon yöntemleri batı toplumları ile karşılaştırıldığında oldukça düşük

oranda kullanılmaktadır. Bunun toplum içinde bilgi eksikliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Diğer önemli bir konu da geleneksel yöntemlerin hala önemli sıklıkla kullanılmasıdır. Bunların içinde en sık karşılaşılan geri çekmedir. Ülkemizde yapılmış bir çalışmada, geri çekme yöntemi uygulayanların çoğunluğu bu yöntemi etkin bir yöntem olarak düşünmektedirler(51). Bundan sonra yapılacak aile planlaması çalışmalarında üzerinde ağırlıkla çalışılacak gurup bu gurup olmalıdır. Cındoğlu D. ve arkadaşlarının 1998-2003 yılları arasında ki ulusal istatistik bilgileri temel alınarak yaptıkları 8576 kadını kapsayan kesitsel çalışmada, Türkiye'de geri çekme yöntemini tercih etmedeki belirleyici faktörler araştırılmış, sosyoekonomik statü ve eğitim başlıca belirleyici faktörler olarak bulunmuştur. Özellikle genç kadınların modern yöntemlerle ilgili olarak bilgilendirilmesi geri çekme yönteminde azalmaya sebep olacaktır sonucuna varılmış(55) .

Aile planlaması modern yöntem kullanma durumunun farklı sosyodemografik özelliklerle ilişkileri incelendiğinde Türkiye'de modern yöntem kullanma durumunun kentsel alanda kırsal alana göre, lise ve üzeri eğitim görmüş gurupta daha az eğitim görmüş guruba göre daha fazla olduğu görülmektedir(37)

Araştırmamıza katılan olguların eğitim düzeyine bakıldığında %61.2 (306)'nın ilkokul mezunu olduğu,%25 (125)'inin lise ve üzerinde eğitimli olduğu ve %6.2(31) 'sinin hiç eğitim almamış olduğu görüldü. Üç ve üzerinde doğum oranı, hiç eğitim almamışlarda %48.4 iken, ilkokul mezunlarında %32.3, lise mezunlarında %13.5, üniversite mezunlarında ise %22'dir. TDH, eğitim düzeyinin artmasıyla hızla düşüş göstermektedir. Hiç eğitim almamış kadınların toplam doğurganlık hızı 3.7 iken, lise mezunu ve üstü eğitim düzeyine sahip kadınların toplam doğurganlı hızı ise 1.4'dür(41). Görüldüğü gibi eğitim seviyesi arttıkça, yöntemleri bilme, bunları doğru uygulama sonucu doğum sayısı da azalmaktadır. Bizim çalışmamıza benzer bir başka çalışmada A.Çakmak ve arkadaşlarının 2004 yılında Diyarbakır çocuk hastanesinde yaptıkları araştırmada kadınların %57.1'inin okuryazar olmadığı görülmüştür(58). Yine aynı çalışmada okuryazar olmayan kadınların %52.4'ü yöntem kullanmazken, bu oran lise ve üzeri kadınlarda %12.5 olarak bulunmuştur. Okuryazar olmama yöntem kullanmamayı 7.7 kat artırdığı saptanmıştır(52). Bizim çalışmamızda eğitim durumu ile danışmanlık öncesi kullanılan yöntem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). Eğitimi olmayanların danışmanlık öncesi doğal yöntemleri kullanma oranları yüksekken, üniversite mezunlarının hormonal yöntemleri ve bariyer yöntemleri kullanma oranları diğer eğitim düzeylerindeki

kişilerden anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda eğitim durumu ile danışmanlık sonrası kullanılan yöntem arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). Eğitimi olmayanların danışmanlık sonrası rahim içi araç kullanma oranları yüksekken, ,üniversite mezunlarının ise hormonal yöntemleri ve bariyer yöntemleri kullanma oranları diğer eğitim düzeylerindeki kişilerden anlamlı şekilde yüksektir. TNSA-2003 verilerine göre halen aile planlaması kullanım düzeyi okula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında yüzde 57 iken ilkokul mezunu kadınlar arasında belirgin bir artış göstererek yüzde 75'e çıkmakta ve daha üst düzey eğitim guruplarında da yüzde 70 düzeyinde kalmaktadır. Ancak G.Yıldırım ve arkadaşlarının 2003 de Sivas ilinde yapmış oldukları araştırmalarında herhangi bir yöntem kullanımıyla eğitim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (51) .

Çalışmamızda gelir düzeyi arttıkça etkili yöntem kullanma sıklığını da arttığı görülmektedir. Çalışmamıza katılan olguların gelir düzeyi ile danışmanlık öncesi kullanılan yöntem ile danışmanlık sonrası kullanılan yöntem arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Danışmanlık öncesi gelir düzeyi 500 TL'nin altında olanların doğal yöntemleri kullanma oranları yüksekken, gelir düzeyi 2000 TL'nin üzerinde olan kişilerin hormonal yöntemleri kullanma oranları yüksek olduğu tespit edildi. Danışmanlık sonrası ise gelir düzeyi 500TL'nin altında olanlar RİA tercih oranları yüksekken, gelir düzeyi 2000 TL'nin üzerinde olan kişiler için ise hormonal yöntemler aynı şekilde yüksek bulunmuştur. A.S.Mayda ve arkadaşlarının 2005'de yapmış oldukları çalışma da gelir düzeyi yüksek olan kadılarda etkili yöntem kullanma oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir(56) .

Çalışmamızda yaş ile danışmanlık öncesi kullanılan yöntem ile danışmalık sonrası kullanılan yöntem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Danışmalık öncesi 36 yaş ve üzerinde olanların doğal yöntemleri kullanma ve hatta hiçbir yöntem kullanmama oranı yüksekken, danışmanlık sonrası 36 yaş ve üzerinde olanların cerrahi yöntem ve doğal yöntem kullanma oranları yüksek bulundu. TNSA-2003'e göre aile planlamasına başvurulması genç yaş gurubundaki kadınlarda daha yaygındır; evlenmiş 15-19 yaş gurubundaki kadınların yarısı gebeliği önleyici yöntem kullanmaya çocuk sahibi olmadan önce başlamışken, 45-49 yaş gurubundaki kadınlar arasında bu oran sadece %12'dir.Bu eğilimler genç yaştaki kadınların doğumlarını geciktirmek veya arasını açmak için, ileri yaşlardaki kadıların ise doğumlarına son vermek amacıyla aile planlamasını giderek daha fazla benimsediklerini göstermektedir.

Bizim çalışmamızda olguların önceki kullandıkları yöntem başarısı sorgulandığında %63.4'ü kullandıkları yöntemi başarılı bulurken,%36.6'sı başarısız olarak değerlendirmiştir. Yöntemler uygun zamanda uygun kişilere verilse bile bazı yan etkiler ortaya çıkabilir. TNSA-03 sonuçlarına göre OKS kullanan kadınların %54.2'si, RİA kullananların %10.6'sı ve kondom kullananların %44.9 'u 12 ay içinde kullandıkları yöntemi bırakmaktadır(57). E.Balcı ve arkadaşlarının Kayseri ili Talas ilçesinde 2008 de yapmış oldukları araştırmada halen kullanılan yöntemlerin ortalama kullanım süresi 3.73±3.58 yıl olarak tespit edilmiştir. Yöntemleri kullanmadan önce, bir muayeneden geçtiğini belirtenlerin oranı %48.8, yöntemin yan etkilerinin neler olabileceğine dair bilgi alanların oranı ise %64.8'dırHalen kullandıkları yöntemle ilgili şikâyeti olan kadınların oranı %31.3 olduğunu tespit etmişlerdir ve şikâyeti olan kadınların %52.4'ünün bu şikâyetlerini gidermek için herhangi bir girişimde bulunmamış olduklarını tespit etmişlerdir(50). Japonya'da oral kontraseptiflerle ilgili 1999 yılında yapılan bir araştırmada; yeni politikaların başarılı olması için, kadının bu konuda doğru bilgilendirilmesi ve özellikle yan etkileri konusunda bilinçlendirilmesinin, kadın sağlığına önemli katkısı olduğu vurgulanmaktadır. (40). Bu durum bize kadınların peryodik izleminin ve dolayısıyla izlem danışmanlığının, hizmetin ulaşılabirliğinin artırılmasının önemli olduğunu göstermektedir. Aile planlaması yönteminin seçiminde yeterli danışmanlık ve kaliteli izlemin, yöntemle ilgili şikâyetlerde ve kullanılan yöntemi bırakmada azalma sağlayacağı düşünülmektedir. Bu konuyla ilgili literatürlere baktığımızda CHİN – ve arkadaşlarının Nikaragua da yaptıkları bir çalışma da danışmanlık hizmetinin seçilen yöntemin uzun süreli kullanımında etkili olmadığını rapor etmişlerdir. Bu da izlem danışmanlığının önemini vurgulamaktadır(58) C.Schuman ve arkadaşlarının, İngiltere'de yapmış oldukları randomize bir çalışmada abort sonrası 316 kadın bir uzmandan kontrasepsiyonla ilgili danışmanlık alırken, 297 kadın abort sonrası sadece standart bakım almıştır. Tavsiye alan kadınların 271 i hastaneyi uzun etkili bir yöntemle terk ederken, standart bakım alan kadınların sadece 115 i hastaneden ancak bir metotla ayrılmıştır. İki gurup arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır. Ancak 4 ay sonra yöntem devamlılığı açısından iki gurup arasında önemli bir fark izlenmemiştir (59). Görüldüğü gibi özellikli kontrasepsiyon danışmanlığı kısa ömürlü bir etkiye sahiptir. Aslında yöntemin sürdürülebirliği yönteme başlanması kadar önemlidir. Bu yüzden yöntem bırakma hızları aile planlaması programlarının başarısı açısından yol göstericidir.

Öte yandan modern yöntemlerle ilgili şikayetlerin giderilmemesi halinde modern olmayan yöntemlere yönelme ya da yöntemsiz kalmanın kaçınılmaz olacağı da ortaya çıkmaktadır.

Aile planlaması hizmetlerinde önemli olan bir başka konu da erkek katılımının sağlanmasıdır. Dünya genelinde yapılan çalışmalar, yöntem kullanımı konusunda erkeklerin aldıkları sorumluluklarının gün geçtikçe azaldığını ortaya koymaktadır. Örneğin 1994 yılında yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda, 1987 yılında %37 olan erkeklere atfedilen aile planlaması yöntemleri kullanma hızının, 1994 yılında %31'e gerilediği bilgileri tartışılmıştır. Küresel düzeyde olan bu gerilemenin kontrasepsiyon ihtiyacının artması durumunda devam edebileceği kaygısı bulunmaktadır(60). L.Akın ve arkadaşlarını yapmış oldukları araştırmalarında aile planlaması hizmetlerinde erkek katılımının yeterli durumda olmadığını ortaya koymaktadır(61). Bizim çalışmamızda da aile planlaması isteyen erkeklerin oranı %1.2'dir. Bu nedenle kadınların toplumsal cinsiyet rollerinin erkelerle eşit hale getirilmesi konusunda yapılan çalışmaların desteklenmesi, aile planlaması hizmetlerine katkı sağlayabileceklerdir. B.Yıldızhan ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmalarında yöntem tercihi için başvuran kadınların sadece %5.97'si eşleriyle birlikte gelmişlerdir. D&C ve tubal ligasyon için çiftlerin hazır bulunmasının yasal düzenlemeyle oluşturulması gibi aile planlamasının tüm hizmetlerinde erkeğin katkısını sağlamak amacıyla düzenlemelere gidilmelidir(53). Böylece vazektomi gibi kadından bağımsız korunma yöntemlerinin de bire bir tanıtım fırsatı ve uygulamada artış sağlanabilir.

Sonuç olarak diyebiliriz ki AP hizmetlerinin başarıya ve hedefine ulaşmasında etkin bir danışmanlığın önemli bir rolü vardır. Özellikle bu hizmeti verenler için en önemli görevlerden biridir. AP metotları, tedavisi, sürekli değiştiğinden dolayı sağlık çalışanları sık sık kendi bilgilerini değiştirmek zorundadır. Danışmanlık AP hizmetlerinin tüm aşamalarında sürekli yapılması gerekirken, çoğunlukla göz ardı edilmektedir. Rahat bir ortamda sağlanan etkili bir danışmanlık, kişilerin korunma yöntemlerini anlamalarını sağlayarak kendi durumlarına en uygun korunma yöntemi seçmelerine yardımcı olur. Hizmetin başarısı, ortamın fizik koşulları bir yana bırakılırsa, belki de sağlık personelinin iletişim becerisinden daha önemli olarak, tüm yöntemler hakkında doğru ve tam bilgiye sahip olması, bu bilginin sürekli yenilenmesi ve üreme sağlığı bilgisi içinde sunulmasına bağlıdır. Danışmanlık hizmeti doğru ve etkin verilirse, anne ve bebek ölümleri de azalacaktır.

# 6. SONUÇLAR

1- Olguların ortalama yaşı 32.58 ± 6.73'tür, %61.2'si ilkokul mezunu olup gelir düzeyi açısından %52.6'sı 500- 1000 TL aralığındadır.

2- Olguların %63.4'ü (n=317) önceki yöntemi başarılı buluyorken, %36.6'sı (n=183) başarısız bulmaktadır.

3- Olguların %54.8'i (n=274) daha önceden danışmanlık alırken, %45.2'si (n=226) daha önce danışmanlık almamıştır.

4- Olgulara danışmanlık öncesi aile planlama ile ilgili bilgi sahibi olma durumları sorulduğunda; %25.2'si (n=126) evet yeterli bilgiye sahiptim derken, %56.8'i (n=284) yetersiz bilgiye sahip olduğunu, %18'i (n=90) ise bilgi sahibi olmadığını söylemiştir

5- Olguların %57.8'i (n=289) danışmanlık sonrası aile planlaması ile ilgili fikrim değişti derken, %42.2'si (n=211) bildiğim şeyler anlatıldı demiştir.

6- Olguların %52.2'si (n=261) danışmanlık sonrası daha önce kullandığı yöntemi değiştirirken, %47.8'i (n=239) daha önceki yöntemi değiştirmemiştir.

7- Olguların %17.4'ü (n=87) planlamayı kendisi isterken, %1.2'si (n=6) eşinin istediğini, %81.4'ü (n=407) eşi ile birlikte ortak olarak istediklerini söylemiştir.

8- Olguların %99.4'ü (n=497) her hastaya danışmanlık verilmesi gerektiğini düşünmektedir.

9- Olguların önceden kullanmış oldukları doğum kontrol yöntemlerine bakıldığında; %17'si (n=85) hormonal yöntemler, %17.6'sı (n=88) bariyer yöntemler, %24'ü (n=120) rahim içi araç, %25.8'i (n=129) doğal yöntemler kullanıyorken; %15.6'sı (n=78) hiçbir yöntem kullanmamaktadır.

10- Olguların danışmanlık sonrası tercih ettikleri doğum kontrol yöntemlerine bakıldığında; %21.2'sinin (n=106) hormonal yöntemleri, %25.2'sinin (n=126) bariyer yöntemleri, %34.4'ünün (n=172) rahim içi araçları, %8.2'sinin (n=41) cerrahi yöntemleri, %11'inin (n=55) ise doğal yöntemleri kullandığı görülmektedir.

11- Danışmanlık öncesi doğal yöntemleri kullananların danışmalık sonrası fikirlerinin değişme oranı, diğer yöntemleri kullananların danışmanlık sonrası fikirlerinin değişme oranlarından anlamlı şekilde yüksektir.

12- Eğitimi olmayanların danışmanlık öncesi doğal yöntemleri kullanma oranları yüksekken, ortaokul mezunlarının hiçbir yöntem kullanmama oranları, üniversite

mezunlarının ise hormonal yöntemleri ve bariyer yöntemleri kullanma oranları diğer eğitim düzeylerindeki kişilerden anlamlı şekilde yüksektir.

13- Eğitimi olmayanların danışmanlık sonrası rahim içi araç kullanma oranları yüksekken, ortaokul mezunlarının rahim içi araç kullanma oranları, üniversite mezunlarının ise hormonal yöntemleri ve bariyer yöntemleri kullanma oranları diğer eğitim düzeylerindeki kişilerden anlamlı şekilde yüksektir.

14- Gelir düzeyi 500 TL'nin altında olanların danışmanlık öncesi doğal yöntemleri kullanma oranları yüksekken, gelir düzeyi 2000 TL'nin üzerinde olan kişilerin hormonal yöntemleri kullanma oranları diğer gelir düzeylerindeki kişilerden anlamlı şekilde yüksektir.

15- Gelir düzeyi 500 TL'nin altında olanların danışmanlık sonrası rahim içi araç kullanma oranları yüksekken, gelir düzeyi 2000 TL'nin üzerinde olan kişilerin hormonal yöntemleri kullanma oranları diğer gelir düzeylerindeki kişilerden anlamlı şekilde yüksektir.

16- Danışmanlık öncesi 25 yaş ve altında olanların hormonal yöntemleri ve rahim içi araç yöntemlerini, 26–30 yaş arasında olanların rahim içi araç yöntemini, 31–35 yaş arasında olanların bariyer yöntemleri kullanma oranları yüksekken; 36 yaş ve üzerinde olanların doğal yöntemleri kullanma ve hatta hiçbir yöntem kullanmama oranları yüksektir.

17- Danışmanlık sonrası 25 yaş ve altında olanların hormonal yöntemleri, bariyer yöntemleri ve rahim içi araç yöntemlerini, 26–30 yaş arasında olanların hormonal yöntem ve rahim içi araç yöntemini, 31–35 yaş arasında olanların bariyer yöntemleri ile rahim içi araç yöntemi kullanma oranları yüksekken; 36 yaş ve üzerinde olanların cerrahi yöntem ve doğal yöntemleri kullanma oranları yüksektir.

18- Danışmanlık öncesi hormonal yöntem kullanan 85 olgunun 44'ü (%51.8) hormonal yönteme devam etmiş; %17.6'sı bariyer yönteme geçmiş; % 18.8'i rahim içi araç taktırmış; % 2.4'ü doğal yöntem kullanmış ve % 9.4'ü cerrahi yöntemi tercih etmiştir.

19- Danışmanlık öncesi bariyer yöntem kullanan 88 olgunun % 69.3'ü bariyer yönteme devam etmiş, %8'i hormonal yönteme geçmiş; % 19.3'ü rahim içi araç tercih etmiş; % 3.4'ü ise cerrahi yöntem seçmiştir.

20- Danışmanlık öncesi rahim içi araç kullanan 120 olgunun % 67.5'i rahim içi araç kullanmaya devam etmiş; % 17.5'i hormonal yönteme; % 7.52i bariyer yönteme; % 0.8'i doğal yönteme ve %6.7'ai ise cerrahi yönteme geçmiştir.

21- Danışmanlık öncesi doğal yöntem kullanan 129 olgunun % 36.4'ü doğal yöntemde kalmış; % 14'ü hormonal yöntem; % 15.5'i bariyer yöntem; % 24.8'i rahim içi araç ve % 9.3'ü cerrahi yöntem tercih etmiştir.

22- Danışmanlık öncesi hiçbirini kullanmayan 78 olgunun; %15.1'i hormonal yöntem; %26.9'u bariyer yöntem; % 33.3'ü rahim içi araç; %6.4'ü doğal yöntem ve % 12.8'i cerrahi yöntemi tercih etmiştir.

# 7 - ÖZET

Çalışmamızdaki katılımcıların çoğunluğu aile planlamasıyla ilgili yeterli bilgiye sahip değildir, daha önce danışmanlık hizmeti almamıştır. Danışmanlık sonrası katılımcıların çoğunun fikri değişmiş ve yöntem değiştirmiştir. Ayrıca katılımcıların %99.4'ü her hastaya danışmanlık verilmesi gerektiğini düşünmektedir.

Danışmanlık öncesi doğal yöntemleri kullananların danışmalık sonrası fikirlerinin değişme oranı, diğer yöntemleri kullananların danışmanlık sonrası fikirlerinin değişme oranlarından anlamlı şekilde yüksektir. Verdiğimiz danışmanlık hizmetinden sonra doğal yöntem kullananların %63.6'sı herhangi bir modern yöntem kullanmayı tercih etmiştir. Yapılacak aile planlaması çalışmalarında üzerinde ağırlıkla çalışılacak gurup bu gurup olmalıdır.

Eğitimi olmayanların danışmanlık öncesi doğal yöntem kullanma oranları yüksekken, danışmanlık sonrası RİA tercih etmeleri yüksek bulundu. Üniversite mezunlarının ise danışmanlık öncesi ve sonrası hormonal ve bariyer yöntemleri kullanma oranları diğer eğitim düzeyindeki kişilerden anlamlı derecede yüksek bulundu. Bu durum bize eğitim düzeyi yüksek olan kadınların daha modern yöntemleri tercih ettiklerini göstermektedir.

Gelir düzeyi 500 TL'nin altında olanların danışmanlık öncesi doğal yöntemleri kullanma oranları yüksekken, danışmanlık sonrası rahim içi araç kullanma oranları yükselmiştir. Gelir düzeyi 2000 TL'nin üzerinde olan kişilerin danışmanlık öncesi ve sonrası hormonal yöntemleri kullanma oranları diğer gelir düzeylerindeki kişilerden anlamlı şekilde yüksektir. Bu durum bize gelir düzeyi arttıkça hormonsal yöntem tercihinin de arttığını göstermektedir.

Danışmanlık öncesi 30 yaş ve altında olanların hormonsal yöntemleri ve rahim içi araç yöntemini, 31-35 yaş arasında olanların bariyer yöntemleri kullanma oranları yüksekken; 36 yaş ve üzerinde olanların doğal yöntemleri kullanma ve hatta hiçbir yöntem kullanmama oranları yüksektir. Danışmanlık sonrası 35 yaş altının tercihlerinde belirgin fark olmazken 36 yaş ve üzerinde cerrahi yöntem tercihi belirgin olarak artmıştır. Bu da etkili danışmanlık hizmeti ile geri dönüşümsüz yöntem tercihinde bile artış olduğunu göstermektedir.

Özetle; çalışmamızda etkin ve yeterli şekilde verilen AP danışmanlık hizmetlerinin kadınların AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve tutumlarının artırılmasında olumlu etkisi

olduğu belirlenmiştir. Etkin danışmanlık verilmesiyle modern yöntem kullanımının arttığı görülmektedir. Danışmanlık öncesi etkili yöntem kullanma oranı % 58.6'iken danışmanlık sonrası bu oran %89'a çıkmıştır. Özellikle doğal yöntem kullananların büyük çoğunluğu herhangi bir modern yöntem kullanmayı tercih etmiştir.

Çalışmamıza katılan olguların eğitim ve gelir düzeyi arttıkça modern yöntem kullanmalarının da arttığı görülmektedir.

Aile planlaması yönteminin seçiminde yeterli danışmanlık ve kaliteli izlemin, modern yöntem kullanımını arttırdığını görmekteyiz. AP hizmetlerinde başarıya ulaşmak için modern yöntemlerle ilgili şikâyetlerin azaltılması gerekmektedir. Bunun için kadınların peryodik olarak izlenmesi ve yöntemin sürdürülebilmesinin sağlanması gerekmektedir. Modern yöntemlerle ilgili şikâyetlerin giderilmemesi halinde modern olmayan yöntemlere yönelme ya da yöntemsiz kalma kaçınılmaz olacaktır.

# 8. KAYNAKLAR


1. Dr.Ayşe Akın. "Aile Planlaması" . Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi kitabından. Güneş Tıp Kitapevi,Ankara , 2008. 2. baskı (109-139).
2. Işık Gönenç, E.Zeynep Tuzcular Vural, Güntekin Köse, Nurettin Aka Turkısh Journal of Famıly Practice (Türkiye Aile Hekimliği Dergisi), cilt:8 sayı:3. 2004.
3. Center for Cominication Programs, Johns Hopkins University.Complications of abortion in developing countries. Population Reports, Series: F, Number: July 1980.
4. http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/AP_D_1.pdf Cinsel sağlık / üreme sağlığı katılımcı el kitabı. T.C Sağlık Bakanlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara. 2005.
5. Dervişoğlu AA, Bulut A, Gökmen O. Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1995.
6. Aile Hekimliği, N.Bilgel, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Medikal tıp Kitabevi. 2006.
7. Prof. Dr. G.Serdar Günalp, Prof. Dr. Z. Selçuk Tuncer. Kontrasepsiyon. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı-Tedavi Kitabından. İstanbul, Pelikan yayınları, 1. Baskı 2004.
8. Gökmen O, Çiçek N. Günümüzde Kontrasepsiyon. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2001, 319.
9. Cancer and Steroid Hormon Study. Center for Disease Control and the National Instute of chıld health and Human Development: Oral contracptive use and risk of breast cancer. N.Elgin, J Med.1986;315: 405.
10. Özalp S. Cerrahi Tıp Bilimleri Jinekoloji Obsterik. Türkiye Klinikleri, Ankara, 2006;1-6.
11. Cates W Jr, Stone KM. Family planning sexually transmitted diseases an contracetive choice; A literature update Part II. Family Planning Respect. 1992; 24: 122.
12. Speroff L, GlassRH, Kâse NG. Clinical Gynecologic Endocrinology and İnfertility. 5. Edition, Baltimore, Williams and Wilkins. 1994; 678-806.
13. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Bölüm 11–18, 3. Basım, Cilt II. Ankara, Damla Matbaacılık, Reklâmcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şirketi, 2000 311- 561.

**14.** Trussell J, Hatcher RA, Cates W Jr, Stewart FH, Kost K. Contraceptive failure in the United States: an update. Stud Fam Plan. 1990; 21: 51.

**15.** Vessey MP, Lawless M, Yeates D, Mc Pherson K; Progestagen only contraceptive: findings in a large prospective study with special reference to effectiveness. Br J Fam Plan. 1985; 10: 117.

**16.** WHO, Amulticentered phase III comparative clinical trial of depotmetroxyprogesterone acetate given three-monthly at doses of 100 mg or 150 mg: Contraceptive efficiency and side effects. Contraception. 1986; 34: 223.

**17.** Pardthaisong T; Return of fertility after use of the enjectable contraceptive Depo Provera: updated analysis, J Biosoc SCi. 1984; 16: 23.

**18.** Jimenez J, Ochoa M, Soler MP, Portales P; Long-term follow-up of children breast fed by mothers receiving depot-metroxyprogesterone acetate. Contraception. 1984; 30,5232.

**19.** Pardthaisong T, Yenchit C, Gray R. The long-term growth and development of children exposed to Depo-Provera during pregnancy or lactation. Contraception. 1992; 45: 313.

**20.** CroxattoHB, Diaz S, Salvatierra AM, Morales P,Ebenspreger C,Brandes A;Treatment with Norplant supdermal implants inhibits sperm penetration through cervical mucus in vitro. Cntracepcion.1987;36.193

**21.** Segal SJ, Alvarez-Sanchez F, Brache V, Faundes A, Vilja P, Tuohimaa P; Norplant implants the mechanizm of contraseptive action. Fertil Steril. 1991;56.273.

**22.** Darney PD, Klaisle CM, Taner ST, Alvarado AM. Sustained release contraceptives. Curr Prob Obstet Gynecol Fertil. 1990;13.87

**23.** Speroff L, Frıtz MA.Clinical Gynecologıc Endocrınology And Infertility. Lippincott Wılllıams Wılkıns. USA, 2005; 948-75.

**24.** Trussell J, Hatcher RA, Cates W Jr, Stewart FH, Kost K. Contraceptive failure in the United States: an update. Stud Fam Plan. 1990; 21: 51.

**25.** Vessey MP, Lawless M, Yeates D, Mc Pherson K; Progestagen only contraceptive: findings in a large prospective study with special reference to effectiveness. Br J Fam Plan. 1985; 10: 117.

**26.** Farr G, Rivera R. Interaction between IUD use and breast-feeding status at time of IUD insetion analysis of T Cu-380 A acceptors in developing countries. Am J Obstet Gynecol. 1992; 167: 144.

**27.** Larsson G, Milson I, Jonasson K, Lindstedt G, Rybo G. The long term effects of copper surface area on menstrual blood loss and iron status in women fitted with an IUD. Contraception. 1993; 48: 471-80.

**28.** Ylikorkola O, Viinikka L. Comparison between antifibrinolytic and antiprostaglandin treatment in the reduction of increased menstruel blood loos in women with intrauterine contraceptive device. Br J Obstet Gynecol 1983; 90: 78–83.

**29.** Hallberg L, et al. Menstrual blood loss and iron deficiency. Acta Obstet Gynecol Scand 1966; 45: 320.

**30.** Kelaghan J, Rubin GL, Ory HW, Layde PM; Barrier method conrtraceptives and pelvic inflammatory disease. JAMA 1982; 248: 184.

**31.** Fihn SD, Latham RH, Roberts P, Running K, Stamm WE. Association between diafragm use and urinary tract infection. JAMA. 1985; 254: 240.

**32.** Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı. Ankara, Atlas Kitapçılık, 2005; 346–8.

**33.** Kjer J. Sexual adjustment to tubal sterilization. Eur J Obstet Gynecol 1990; 35 211.

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

**35.** Grafenberg E An intrauterine contraceptive method; in Sanger M, Stone HM, editors, The Pratice of Contraception: Proceedings of the 7th International Birth Control Conference, Zurich, Switzerland, Williams&Wilkins, Baltimore Maryland, 1930, 33–47.

**36.** Seval Akgün, Coşkun Bakar. Üreme Sağlığı Epidemiyolojisi: Türkiye'de Doğurganlık ve Aile Planlaması. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2006 cilt:3 sayı:1 sayfa: 9–18

**37.** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(2004) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA–2003 ) Ankara, 2004.

**38.** Urman B. Kontraseptif Teknolojide Son Gelişmeler, Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul 1997; 8191-194.

**39.** B.Yıldızhan, R.Yıldızhan, E.Adalı, S.Şahin, O.Ataman, N.Süer. 2000–2004 yıllarında İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Aile Planlaması Yöntemlerinin değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi; 15(4):104-106,2008

**40.** B.D.Babadağlı, S.Şahin. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi ile SSK İzmit Hastanesi'nde Doğurganlık Dönemi Kadınların Aile Planlaması ve Danışmanlığı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Karşılaştırılması. Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu ve Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu. 2001.

**41** Y. Eryılmaz. H.Arslan ve N. Kömürcü .Kullandıkları kontraseptif yöntemlerin eşler üzerindeki etkileri ve kullanım hataları, Hemşirelik Forumu, 1999 2(3):114-118

**42**. Tekiler S, Çelik Ö, Hasçalık Ş, Burak F. Aile planlaması polikliniğine başvuran olguların danışmanlık öncesi ve sonrası kontraseptif yöntem kullanma durumlarının karşılaştırılması .I. Uluslararası & II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya, 2000 s: 89.

**43.** Broughs, A. Leifer G. The Nurse's role in conraseptive education,Maternity Nursing. Eighth edition, W.B.Saunders Company yayınları. 2001.

**44.** P.Topsever, M.Filiz, N.Aladağ N, R.Topalli, O.Ciğerli, S.Görpelioğlu. Kocaeli Üniversitesi Fakulty of Medicine Department of Family Medicine, Kocaeli, Turkey 2006 Aug 6;12.

**45.** Kuiper H.Miller S.Martinez E.Loeb L.Darney P.Urban adolecent females views on the implant and contraceptive decision-making: a double paradox. Fam Plann Perspect 1997;29(4):167-72.

**46.** M.E. Ocaktan, O.Özdemir, D.Çalışkan, F.Özyurda, M.Çöl, E.Tümay .Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yürütülmekte Olan AP Danışmanlığı ve RİA Kursunun Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, cilt 56, sayı 3, 2003.

**47.** Sargın S. Bir tekstil fabrikasında çalışan kadın işçilerde eğitimin aile planlaması konusundaki bilgi tutum ve davranışlarına etkisinin araştırılması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora Tezi, Ankara 1998. ss: 36–45.

**48.** Keller S. Counseling encourages voluntary choice. Network 1997 Fall;18.18–20.Pubmed. Result. htm. 13.02.2009.

**49**. Cebeci Save D, ErbayderT, Kalaca S, Harmancı H, Cali S, Karavus M. Resistance against Contraception or medical contraceptive methods: a qualitative study on women and man in İstanbul. Contracept Reprod Health Care ,2004 ; 9(2):94 -101

**50.** E.Balcı, A.Öztürk, İ.Gün, Y.Öztürk Sağlık Bilimleri Dergisi.Kayseri İli Talas İlçesindeki 15-49 yaş kadınlarda kullanılan AP yöntemiyle ilgili şikâyetlerin değerlendirilmesi. 17(1) 54-62, 2008.

**51.** G.Yıldırım, N.Turaçlar, ABakır, L.Özdemir. Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi Sivas ili Ana- Çocuk Sağlığı Merkezine başvuran kadınların AP yöntem tercihleri ve etkileyen faktörler. 25 (3):99-104, 2003.

**52.** A.Çakmak, M.Ertem Aile planlaması eğitimi için önemli bir fırsat: Bir çocuk hastanesine yatan hastaların anneleri, Diyarbakır-2004.. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Dicle Tıp Dergisi, 2005 cilt:3 sayı:4 (190-195).

**53.** B. Yıldızhan, R.Yıldızhan, E.Adalı, S.Şahin, O.Ataman, N.Süer. 2000-2004 yıllılarında İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Aile Planlaması Yöntemlerinin değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi; 2008 15(4):104-106.

**54.** Skouby SO. Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. Contrasept Reprod Health Care. 2004 jun ;9(2):57-68.

**55.** **C**indoğlu D. Sirkeci I. Sirkeci RF. Determinants of choosing withdrawal over modern contraceptive methods in Turkey. Department of Political Science, Bilkent University, Ankara, Turkey, 2008; 13(4):412-21.

**56.** Yrd. Doç. Dr. A.S.Mayda, T.Arslan, H.B.Bozkurt, İ.Dedeli, M.Ö. Özkan. Düzce ili Konıtlar Bölgesinde 15-49 yaş arası Kadınlarda Yöntem Kullanma Oranları ve Tercih Nedenleri. Düzce Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Düzce 2005.

**57.** Ünalan T. Koç İ. Tezcan S. Aile Planlaması. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 Kitabında. Hacettepe Ünversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara 2004 ss 61-80.

**58.** Chin-ques DS, Janowitz B, Otterness C. Counseling tools alone do not improve method contination: further evidence from the decision –making tool for family planning clients and providers in nicaragua. Contraception. 2008; 77(5):386.

**59.** Schunmann and Anna Glasier. Specialist contraceptive counselling and provision after termination of pregnancy improves uptake of long -acting methods but does not prevent repeat abortion: a randomized trial CLothian NHS Family Planning and Well Woman Services 2 Department of Clinical Science and Community Health

University of Edinburgh, Scotland and 3 Department of Public Health and Policy, University of London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK.

**60.** Ringhem K. Reversing the downward trend in men's share of contraceptive use. Reprod Health 1999; 7 83-96.

**61.**. L.Akın, N.Özaydın, D.Aslan. Türkiye'de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48.63-69.