



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE PLANLAMASI
KONUSUNDAKİ GÖRÜŞ, ÖNERİ VE
TERCİHLERİ**

NİLGÜN SERBEST
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Hatice YILDIZ ERYILMAZ

İSTANBUL-2008



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE PLANLAMASI
KONUSUNDAKİ GÖRÜŞ, ÖNERİ VE
TERCİHLERİ**

NİLGÜN SERBEST
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Hatice YILDIZ ERYILMAZ

İSTANBUL-2008

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Tez Sahibi : Nilgün SERBEST

Tez Başlığı : Sağlık Çalışanlarının Aile Planlaması Konusundaki Görüş, Öneri ve Tercihleri.

Sınav Yeri : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Sınav Tarihi : 30.12.2008

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/~~Doktora~~ Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Yrd. Doç. Dr. Hatice Yıldız ERYILMAZ M.Ü

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Yrd. Doç. Dr. Nimet Sevgi GENÇALP M.Ü

Yrd. Doç. Dr. Ayşe YIDIZ M.Ü

Kurumu

İmza

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 08.01.2009 tarih ve 5. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Nimet GENÇOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

I. BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

30.12.2008

NİLGÜN SERBEST



II. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam süresince, desteği, ilgisi ve etkin yönlendirmeleri için tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Hatice Yıldız ERYILMAZ' a, eğitimimde emeği geçen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Hediye ARSLAN' a, Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ' ye, Yrd. Doç. Dr. Nimet Sevgi GENÇALP' e ve araştırmamızı yapmamızda bize kolaylık sağlayan Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Bakırköy Yenimahalle Doğumevi, Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi' nde çalışan sağlık personellerine ve verilerimin istatistiksel değerlendirilmesinin yapılmasında bana destek veren Araş. Gör. İmran KURT' a ve Öğr. Gör. Hatice YORULMAZ' a, hayatımın her aşamasında benden desteğini eksik etmeyen aileme (Ersin SERBEST' e, Gülsüm SERBEST' e ve Sezen Ece Önal' a) ve biricik eşim Adnan AVCI' ya

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

III. İÇİNDEKİLER

	Sayfa
I. BEYAN.....	iii
II. TEŞEKKÜR.....	iv
III. İÇİNDEKİLER.....	v
IV. KISALTMALAR.....	vii
V. TABLOLAR LİSTESİ.....	ix
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Üreme Sağlığının Tanımı ve Amacı.....	6
4.2.Aile Planlamasının Tanımı ve Amacı.....	8
4.3.Aile Planlaması Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	11
4.4.Aile Planlamasının Anne - Çocuk ve Toplum Sağlığı Açısından Önemi.....	13
4.5. Aile Planlaması Hizmetlerinin Düzenlenmesi ve Yönetimi.....	16
4.5.1.Türkiye’ de Aile Planlaması Politikaları.....	19
4.6. Aile Planlaması Yöntemleri.....	25
4.7.Aile Planlamasında Yeni Yaklaşımlar.....	33
4.8. Aile Planlaması ve Etik.....	38
4.9. Aile Planlaması Hizmetinin Sunumunda Sağlık Çalışanlarının Yeri.....	40
4.9.1.Aile Planlaması Hizmet Sunumunda Sağlık Çalışanlarının Sorumlulukları.....	47
4.10.Aile Planlamasında Danışmanlık.....	53
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	57
5.1. Araştırmanın Tipi.....	57
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	57
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	58
5.4. Veri Toplanma Aracı.....	60
5.5.Verilerin Toplanması.....	60
5.5.1.Ön uygulama.....	60

	Sayfa
5.5.2.Çalışmanın uygulama aşaması.....	60
5.6.Verilerin Değerlendirilmesi.....	61
5.7.Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Durumlar.....	61
6.BULGULAR.....	62
7.TARTIŞMA ve SONUÇ.....	103
8. KAYNAKLAR.....	130
9.EKLER.....	137
10.ÖZGEÇMİŞ.....	145
11.İZİN YAZILARI.....	148

IV. KISALTMALAR:

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması

AP: Aile Planlaması

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

DAP: Doğal Aile Planlaması

DAPA: Depo Medroksiprogesteron Asetat

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICDP : Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı

KOK: Kombine Oral Kontraseptif

LNG: Levonorgestrel

M.Ö.: Milattan Önce

MPA: Medroksi progesteron asetat

NET-EN: Norethindrone Enanthate

NP: Nüfus Planlaması

OK: Oral Kontraseptif

PATH: Program for Approved Technology in Health

RISUG: Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance

RIA: Rahim İçi Araç

SB: Sağlık Bakanlığı

SD: Standart Deviasyon

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri

TU: Testosteron Undecanoate

USAID: United States Agency for International Development

V. TABLO LİSTESİ:

	Sayfa
Tablo 1: Tanımlayıcı Özellikleri.....	63
Tablo 2: Evlilik ve Obstetrik Özellikleri.....	65
Tablo 3: Kullandıkları ve Kullanmakta Oldukları Kontraseptif Yöntemler.....	68
Tablo 4: Sağlık Çalışanlarının Kullandıkları Yöntemleri Tercih Etme ve Bırakma Nedenleri.....	69
Tablo 5: Sağlık Çalışanlarının Aile Planlaması Hizmetlerini Temin Ettikleri / Etmeyi Düşündükleri Yerler.....	70
Tablo 6: Sağlık Çalışanlarının Aile Planlaması Konusunda Bilgi ve Beceri Düzeyi, Gelişmeleri Takip Etme ve Konuya İlişkin Çalışma Yapma Durumu.....	71
Tablo 7: Sağlık Çalışanlarının AP Ünitesinde Hizmet Verme, AP Hakkında Eğitim / Danışmanlık Verme Durumu.....	72
Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının Kendilerinin Tercih Ettiği veya Etmediği Yöntemler ve Başkalarına Kontraseptif Yöntem Seçiminde Öneride Bulunma Durumu	73
Tablo 9: Sağlık Çalışanlarının KOK' a İlişkin Görüş ve Önerileri.....	74
Tablo 10: Sağlık Çalışanlarının Enjekte Edilen Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Görüş ve Önerileri.....	75
Tablo 11: Sağlık Çalışanlarının Deri Altı İmplantlara İlişkin Görüş ve Önerileri.....	76
Tablo 12: Sağlık Çalışanlarının RİA' ya İlişkin Görüş ve Önerileri.....	77
Tablo 13: Sağlık Çalışanlarının Kondoma İlişkin Görüş ve Önerileri...	78
Tablo 14: Sağlık Çalışanlarının Tüpligasyona ve Vazektomiye İlişkin Görüş ve Önerileri.....	79
Tablo 15: Sağlık Çalışanlarının Geri Çekmeye İlişkin Görüş ve Önerileri.....	80

	Sayfa
Tablo 16: Olguların Bir Kontraseptif Yöntemde Önemli Olan Faktörlere ve Yöntemin Yaşam Kalitesi ile Cinselliğe Etkilerine İlişkin Görüşleri	82
Tablo 17: Sağlık Çalışanlarının Yeni Bir Kontraseptif Yönteminde Olması Gerekenlere Yönelik Görüş ve Önerileri.....	84
Tablo 18: Sağlık Çalışanlarının Yeni Bir Kontraseptif Yönteminin Sağlığa ve Cinselliğe Etkilerine Yönelik Beklentileri.....	85
Tablo 19: Sağlık Çalışanlarının Yeni Bir Kontraseptif Yönteminin Temin Edileceği Yer ve Kullanımının Arttırılması Hakkındaki Görüşleri.....	86
Tablo 20: Sağlık Çalışanlarının Kontraseptif Yöntem Kullanımının Kadına ve Erkeğe Yüklelediği Rol ve Sorumluluklara İlişkin Görüşleri.....	87
Tablo 21: Sağlık Çalışanlarının AP Hizmetinin Verilmesinde Kimin Görev Alması ve Sahip Olması Gereken Özelliklere İlişkin Görüşleri.....	88
Tablo 22: Sağlık Çalışanlarının Daha Etkin Aile Planlaması Hizmeti İçin; Hizmeti Verenlere, Hizmet Sunumuna, Ortama ve Olanaklara İlişkin Görüşleri.....	89
Tablo 23: Sağlık Çalışanlarının Ülkemizdeki Aile Planlaması Politikalarına, Hizmetlerine ve Hizmetin İstenilen Düzeyde Olmama Nedenlerine İlişkin Görüş ve Önerileri.....	90
Tablo 24: Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre Aile Planlamasına İlişkin Bilgi, Beceri Düzeyleri ile Yöntemi Tercih Etme Nedenleri	92
Tablo 25: Sağlık Çalışanlarının Öğrenim Durumlarına Göre AP' na İlişkin Bilgi, Beceri Düzeyleri, Bilimsel Yayınları Takip Etme ile Görüş ve Öneri Paylaşma Durumları.....	93
Tablo 26: Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Sahip Oldukları Çocuk Sayısı, Görev Aldıkları Birim ve AP' na İlişkin Bilgi, Beceri Düzeyleri	94

	Sayfa
Tablo 27: Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre AP Hakkında Bilimsel Yayınları Takip Etme, Araştırma Yapma ve Hizmet Verme Durumu	95
Tablo 28: Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre AP Hakkında Öneri ve Görüş Paylaşma ile Hizmeti Veren Özellikleri	96
Tablo 29: Sağlık Çalışanlarının Görev Aldıkları Birimlere Göre AP' na İlişkin Bilgi Beceri Düzeyleri, Araştırma Yapma ile Danışmanlık Verme Durumu.....	97
Tablo 30: AP Hizmetlerini Hekim ya da Hemşire / Ebe Vermesi Yönünde Görüşlere Göre Nedenlerinin Dağılımı	99
Tablo 31: Sağlık Çalışanlarının AP' na İlişkin Bilgi, Beceri Düzeylerine Göre AP veya Kontrasepsiyon Konusunda Danışmanlık Verme ile Öneride Bulunma Durumu	101
Tablo 32: Sağlık Çalışanlarının AP ile İlgili Bir Birimde Hizmet Verme Durumlarına Göre Yöntem Seçiminde Öneri Bulunma, Danışmanlık Verme ile AP Hizmetinin İstenilen Seviyede Olmama Nedenleri	102

1. ÖZET:

Aile planlaması (AP), ailenin üreme sağlığını sürdürmesinde en önemli unsurlardan biridir. Bunun için donanımlı ve yeterli sağlık personeli, yeterli hizmet, ortam ve olanakların sağlanması gerekmektedir. Sağlık çalışanları hem hizmeti veren hem de hizmeti kullanan kişiler olduğu için AP hakkındaki görüş, öneri ve tercihleri önemlidir. Çünkü, onların da etkili, modern bir kontraseptif yöntemi kullanması sağlık personelinin yaptığı işe inandığını gösterecek ve toplumun daha sağlıklı bir hale gelmesini sağlayacaktır. Çalışmamız, sağlık çalışanlarının aile planlaması konusundaki görüş, öneri ve tercihlerini belirlemek amacı ile 18.12.2006 - 17.04.2008 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SB. Bakırköy Yenimahalle Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bakırköy Acıbadem Hastanesi' nin tüm birimlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının (hemşire, ebe, hekim) tamamı, örneklemini ise; belirlenen hastanelerde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 450 sağlık çalışanı oluşturdu. Araştırma verilerinin elde edilmesinde; konuya ilişkin literatür bilgileri taranarak araştırmacılar tarafından geliştirilen 35 soruluk anket formu kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik ve ki-kare testi kullanıldı. Çalışmamızda; olguların %72.7' sinin kadın, %68.5' inin üniversite mezunu, %50.8' inin hekim, %47.3' ünün kadın hastalıkları ve doğum servislerinde görev yaptığı, %36.6' sının AP hakkında çok yeterli düzeyde bilgi sahibi olduğunu ifade ettikleri saptandı. Sağlık çalışanlarından özellikle hekim grubunun hemşire ya da ebelere göre AP' na ilişkin bilgi, beceri konusunda kendilerini daha yüksek oranda "çok yeterli" düzeyde gördükleri (p:0.000) belirlendi. Ayrıca, hekim grubunun daha yüksek oranlarda bilimsel yayınları takip ettiği, araştırma yaptığı, ilgili birimde hizmet verdiği, AP hakkında görüş ve öneri paylaştığı (p₁:0.000, p₂:0.000, p₃:0.011, p₄:0.051) saptandı. Sonuç olarak; aile planlaması hizmetlerinin meslekten etkilendiği görüldü.

Anahtar Kelimeler: aile planlaması, görüş, öneri, sağlık çalışanı ve tercih.

2. SUMMARY:

OPINIONS, SUGGESTION AND PREFERENCE OF HEALTH WORKERS ABOUT FAMILY PLANNING

Family planning is the most important component of maintaining family's reproduction health. So, it is necessary to supply sufficient duty, atmosphere, possibilities and personnel who has rigging. Health workers are both convey duties and use duties. For this reason their opinions, suggestion and preference are significant about family planning. Because if they use an effective modern contraceptive methods, it will be showed to believe their work. And, it will be maintained health societies. This study was planned to be descriptive and aimed to determine the opinions, suggestion and preference of health workers. The study was performed about family planning between December 18th 2006 – April 17th 2008 in Haseki Hospital, Yenimahalle Maternity Hospital and Bakırköy Acıbadem Hospital. The participants were 450 health workers admitted to these hospitals. Prepared by investigator in conjunction with literature a questionnaire of 35 questions was used. Percentage and chi-square were used for analysis of data. Of the 450 health workers determined 72.7% were female, 68.5% were university graduated, 50.8% were doctor, 47.3% were working in women disease and birth services and 36.6% were well-informed. It was indicated that there has been a meaningful relation among health worker's knowledge and their sex ($p:0.009$), the position of education ($p:0.000$), job ($p:0.000$) and the state of working ($p:0.000$). In conclusion, knowledge is effected by job and the position of education. And also, there is a relation between the state of working and counseling duty.

Key Words: family planning, health worker, opinion, preference and suggestion.

3. GİRİŞ VE AMAÇ:

Üreme sağlığı; yalnızca üreme sisteminin işlevlerine ve işleyiş şekline ilişkin alanlarda bir hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur. Üreme sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları demektir. Cinsel sağlığın ve üreme sağlığının esasını, bireyin ve çiftin, çocuk sayısı, çocuk yapma zamanı ve aralığı konusunda hiçbir baskı ve zorlamaya maruz kalmaksızın, özgürce ve sorumluluk taşıyarak bilinçli tercih yapması anlamına gelen temel insan hakları oluşturur (4,8,14,48,65).

Dünyanın her ülkesinde aile sağlığında önemli bir yeri olan Aile Planlaması, (AP) özellikle annelerin ve çocukların daha sağlıklı olabilmeleri için alınan önlemleri kapsayan bir sağlık hizmetidir. Yapılan araştırmalar, anne ve çocuk mortalite ve morbidite riskinin, daha çok 18 yaşın altında, 35 yaşın üzerinde, dört doğumdan fazla ve iki yıldan sık aralıklarla olan gebeliklerde yüksek olduğunu göstermektedir (44).

Sağlık Bakanlığı'nca (SB) Avrupa Birliği desteğinde yürütülen ve toplam 39 milyon nüfusa sahip 29 ildeki 16 bin 139 yerleşim yerinde bulunan kişileri kapsayan araştırmanın sonuçlarına göre, Türkiye' de gebeliğe bağlı ölüm oranının 100 bin canlı doğumda 38.3 ($\pm$ 2.8) olduğu bulunmuştur. Avrupa ülkelerinde ise, bu oran 100 bin canlı doğumda 24' dür.

2005 yılında yapılmış olan bir çalışmada, gebelik, düşük, doğum ve doğum sonuna bağlı nedenlerden ölmekte olan dünyadaki 585 bin kadının % 25-33' ünün yaşamını kurtarabileceği, obstetrik morbiditeye bağlı sorunların birçoğunu ve illegal düşüklerin de 50 binden fazlasını önleyebileceği belirtilmektedir. Bugün dünyada, kadınların %75 den fazlası gebelikten korunmak istemesine karşın, herhangi bir etkin yöntem kullanmayan yaklaşık 300 milyon çift vardır. Araştırmalara göre halen evli kadınlardan başka çocuk istemeyenlerin oranı %68.8 olup, gebeliği önleyici yöntemler yaygın olarak (%99.1) bilinmesine karşın, kontraseptif kullanımı %63 olarak belirtilmiştir (27). Karaoğlu ve arkadaşlarının (31) bir tıp merkezinde çalışan evli kadınlar üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada ortalama ideal çocuk sayısı

1.9±0.01 olarak bulunmuş ve kadınların %33.3' ünün de (48 kadın) başka çocuk sahibi olmak istemedikleri bildirilmiştir.

Ülkemizdeki sağlık hedeflerinden biri 2020 yılına kadar 15-49 yaş kadınlarda modern aile planlaması yöntemi kullanımının %70' e çıkarılmasıdır. Bu hedefe ulaşmak ancak aile planlaması hizmetlerinin kalitesine dolayısıyla, danışmanlık hizmetinin varlığına ve niteliğine bağlıdır. Canbaz ve arkadaşlarının (21) gerçekleştirdiği çalışmada kadın sağlık çalışanlarının %42.4' ünün gebelik öncesinde yöntem kullanmadığı, %48.9' unun modern, %8.7' sinin geleneksel yöntem kullandığı, gebelik sonrası ise, %29.4' ünün yöntem kullanmadığı, %68.5' inin modern, %1.1' inin geleneksel yöntem kullandığı belirtilmiştir. Karaoğlu ve arkadaşlarının (31) gerçekleştirdiği çalışmada bir tıp merkezinde çalışan evli kadınların %80.6' sının gebeliği önleyici herhangi bir yöntem, %70.8' inin herhangi bir modern yöntem ve %9.7' sinin herhangi bir geleneksel yöntem kullanmakta olduğundan söz edilmiştir. Bu sonuçlar göstermektedir ki, aile planlaması ve kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarının diğer kesimlere göre yöntem kullanım oranı daha fazla olmasına rağmen beklenen düzeyin altındadır.

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarında, kadınların %55.0' ine yöntemlerin olası yan etkilerinin anlatıldığı, % 44.0' üne yan etkiler ortaya çıktığında ne yapması gerektiği hakkında bilgi verildiği, üçte birine ise diğer kullanılabilecek yöntemler hakkında bilgi aktarıldığı gösterilmiştir. Bu bulgular, Türkiye' de aile planlaması hizmetlerinin ülke çapında geliştirilmesi için halen atılması gereken önemli adımlar olduğunu göstermektedir (68).

Üreme Sağlığı hizmetleri; tüm yaşam boyu, herkesi hedefleyen, birey ve toplumun gereksinimlerine uygun kontraseptif seçenekler sunan, insanların bilinçli-özgür seçim yapmalarını sağlayan, hizmet veren ve alan arasında etkileşimi olası kılan, üreme hedeflerinin gerçekleştirilmesine yardımcı, üreme organları ve işlevleri ile ilgili hastalık ve yaralanmaları kapsayan hizmetlerdir. Bu hizmetlerin niteliğini de hizmet sunumunda işin doğru yapılması belirlemektedir. Bunun için hizmet verenin; zarar vermeden, tıbbi bilgisini kullanarak, belirlenmiş standartlara göre çalışması, hizmet alanın da; gereksinimlerini doğru zamanda, doğru uygulamalarla, doğru maliyetle karşılaması gerekir (5,19).

AP hizmetleri, temel sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü olan Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri içinde ele alınan üreme sağlığı hizmetlerinin en önemlilerinden biridir. Aile planlaması hizmetlerinin amacı; anne, çocuk ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir. Bu da, bireyin kendisine uygun kontraseptif yöntemi seçmesi ile olur. Bu aşamada sağlık çalışanları ve sağlık çalışanlarının danışmanlık rolü devreye girmektedir. Danışmanlık, başvuranın karar vermesi veya sorununu çözmesi için, yüz yüze konuşma sırasında belli bir konuda kişinin daha kolay karara varmasına çözüm seçenekleri sunarak yardımcı olunmasıdır. Danışmanlık, hizmet alanın gönüllü ve bilinçli bir seçim yapmasını sağlar (19,30,33,35,44,57,63,66).

Kaliteli bir aile planlaması hizmetlerinde; hizmeti sunan sağlık personelinin bilgi ve beceri düzeyi önemli bir faktördür. Ülkemizde aile planlaması hizmetleri konusunda hem eğitim, hem de uygulama yapmakta olan sağlık personellerinin; aile planlaması ile ilgili bilgileri kadar, bu bilgiyi kendi yaşamlarına uygulamaları da, aldıkları eğitimin göstergesi olması yönüyle önem taşımaktadır. Ayrıca, sağlık personelinin kendisinin de etkili modern bir aile planlaması yöntemi kullanması onların yaptıkları işe inandığını gösterecektir (1).

Ülkemizde 1923 yılında toplam 554 hekim ve 69 hemşire görev yapmaktayken, günümüzde bu sayılar 77344 hekim ve 69246 hemşire şeklindedir. Doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin toplumla temasta olup topluma örnek teşkil eden bir grup olduğu düşünöldüğünde, hizmetin etkinliğinde sağlık çalışanlarının eğitilmiş olmalarının yanında; iyi bir danışman olmaları, yöntemlere ilişkin görüşleri, önerileri, yeni yöntemlerden beklentileri ve yöntem kullanımlarında rol oynamaktadır (6,11).

Sonuç olarak araştırmamızın amacı; toplumun tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşam sürdürmelerine, özgürce ve sorumluluk taşıyarak üremelerine karar vermelerine yardımcı olan aile planlaması hizmetlerinin; sağlık çalışanları tarafından kullanılma durumunu, yöntemlere ilişkin görüş ve önerilerini, yeni yöntemlerden beklentilerini ve aile planlaması hizmetlerinde aldıkları rolleri değerlendirmek ve elde edilen sonuçları aile planlaması hizmetlerinde kullanmaktır.

4. GENEL BİLGİLER:

4.1.ÜREME SAĞLIĞININ TANIMI VE AMACI

Kahire’ de toplanan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’ nda (International Continental Scientific Drilling Program– ICPD' 94) kalkınma ve nüfusla ilişkili gerçekçi politikaların gelişmesinin temelleri atılmıştır. Üreme sağlığı hizmetlerinin ve vazgeçilmez bir insan hakkı olarak nüfus politikalarının temelinde; bireylerin yaşam kalitesini yükseltme hedefinin yer alması gerektiği vurgulanmış, insanların sadece bugün değil, gelecekteki refahının güvence altına alınması için de nüfus, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerin bilincinde olunması ilkeleri kabul edilmiştir (48). Bir yıl sonra Pekin’ de yapılan 4. Dünya Kadın Konferansı’ nda bu konu daha detaylı olarak ele alınmış ve konuya ilişkin politikalar benimsenmiştir. Ancak çalışma yöntemleri, konuya yaklaşım stratejileri 1996 yılında Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu’ nun önderlik ettiği, resmi, sivil vb. çeşitli kuruluşların toplantılarında oluşturulmuştur (8).

ICPD' 94 de aksiyon programının VII. Bölümü; Üreme Sağlığı ve Üreme Hakları başta olmak üzere aile sağlığına yeni yaklaşımın çerçevesini çizmiştir. Bu bölüm Dünya Sağlık Örgütü’ nün (DSÖ) üreme sağlığı tanımı ile başlamaktadır (8).

“Üreme sağlığı” tıbbi literatürümüzde 1994’ den beri yeni yeni duyulmaya başlanan bir kavramdır. Bireylerin güvenli ve doyurucu bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine, bu yeteneği kullanıp kullanmama ve kullanacaksa ne zaman ve ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlüğüne sahip olması olarak tanımlanmaktadır (8).

Üreme sağlığının amaçları arasında; aile planlamasında karşılanamayan gereksinimi azaltmak ve istenmeyen gebelikleri önlemek de yer almaktadır.

Üreme sağlığına yönelik birinci basamak sağlık kurumlarının hedefleri yaşam siklusu kavramı içinde ele alındığında;

- Kontrasepsiyon öncesi, gebelik ve doğuma ilişkin koruyucu ve tedavi edici hizmetleri sunmak,
- Aile planlaması hizmetlerini yaygınlaştırmak,

- Riskli gebelikleri önlemek,
- Doğum öncesi nitelikli bakım vermek,
- Sağlıklı doğum koşullarından herkesi yararlandırmak,
- İstenmeyen gebelikleri önlemek,
- İstemli düşüklerin sağlıklı koşullarda yapılmasını sağlamaktır (4,27).

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı ICDP' de ele alınan diğer kavram ise "üreme haklarıdır". Üreme hakları içerisinde,

- Herkesin evlenip evlenmeme, aile kurma ya da kurmama,
- Bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu olarak karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye ulaşabilme ve eğitilme,
- En yüksek üreme ve cinsel sağlık standartlarına ulaşabilmeleri,
- Şiddet, baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri ve özellikle adolesan dönemden başlayarak, postmenapozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının, insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır (8,48).

Üreme Sağlığı hizmetleri ise; tüm yaşam boyu, herkesi hedefleyen, birey ve toplumun gereksinimlerine uygun kontraseptif seçenekler sunan, insanların bilinçli-özgür seçim yapmalarını sağlayan, hizmet veren ve alan arasında etkileşimi olası kılan, üreme hedeflerinin gerçekleştirilmesine yardımcı, üreme organları ve işlevleri ile ilgili hastalık ve yaralanmaları kapsayan hizmetlerdir. Bu kapsamda;

- Bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgürce ve sorumlu olarak karar verme, bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilme,
- En yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilme,
- Şiddet, baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilme ve özellikle adolesan dönemden başlanarak, postmenapozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanabilme haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gerekmektedir (8,48,57,65).

Kadın ve erkek herkesin tüm yaşamlarında normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık ihtiyaçları vardır. Bu yaklaşımda, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması

gerektiği; yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlık gelişiminin birçok faktörün etkisiyle oluştuğu vurgulanmaktadır.

Üreme sağlığı alanında doğru işin doğru olarak yapılması sunulan hizmetin niteliğini belirler. Bunun için: hizmet verenin; zarar vermeden, tıbbi bilgisini kullanarak, belirlenmiş standartlara göre çalışması, hizmet alanın; gereksinimlerini doğru zamanda, doğru uygulamalarla, doğru maliyetle karşılaması gerekir.

Nitelikli hizmetin sağlanması için aile planlaması ve üreme sağlığında yaygın hizmet sunulmalı, sağlık çalışanlarının bilgi ve becerisi yeterli olmalı, hizmet sunumunda duyarlı davranılmalı, sürekli hizmet içi eğitim verilmesi, hizmette standardizasyon sağlanmalıdır (33).

Ayrıca; uygun fizik koşullar, teknik yeterlilik, güvenli hizmet, başvuranın memnuniyeti, ulaşılabilirlik, uygun maliyet, kabul edilebilirlik, sürdürülebilirlik, etkililik, verimlilik, kanıta-dayalı tıp uygulamaları sağlanmalı, bilgi-eğitim-iletişim yöntemleri kullanılmalı, nitelikli danışmanlık verilmeli, başvuranın ve çalışanın haklarına saygı gösterilmelidir (33).

Hizmet sunanların; eğitilme, bilgilenme, cesaretlendirilme, kendini ifade edebilme, saygınlık, desteklenme, rehberlik ve geri bildirim hakları karşılanmalıdır. Hizmet alanların ise; bilgilenme, saygınlık, kendini rahat hissetme, sürekli hizmet alma, görüşlerini bildirme, vazgeçebilme hakları yerine getirilmelidir (33).

Üreme sağlığı hizmeti yaşam siklusu kavramı içinde ele alınmalıdır. Çünkü, konsepsiyondan yaşamın sonuna dek yaşanan sağlık deneyimleri ve benimsenen yaşam biçimleri izleyen dönemlerdeki yaşam kalitemizi belirler. Üreme Sağlığı: bireyden toplum düzeyine kadar etkili, yaşam kalitesini belirleyen, sağlığın her basamağında, herkes tarafından paylaşılması gereken ortak sorumluluğumuzdur (33).

4.2.AİLE PLANLAMASININ TANIMI VE AMACI

1974 yılında Bükreş’ de ilki yapılan Dünya Nüfus Konferansı’ ndan başlayarak dünya gündemine oturan ve tıbbi olmaktan çok sosyal, ekonomik ve belki bir o kadar da politik olan “nüfus planlaması” çalışmalarına hız verilmiştir. Gelişmekte olan birçok ülkeye dikte ettirilen bu çalışmalar, beklenen sonucu vermemiştir (8,52).

1984’ de Meksika’ nın ev sahipliği yaptığı 2. Dünya Nüfus Konferansı’ nda nüfus planlaması programlarının sonuçları değerlendirilmiş, sosyoekonomik ve politik baza oturan bu programlardan uzaklaşarak daha insancıl olan ve insan sağlığına ilişkin kaygılar da taşıyan yeni bir yaklaşım tarzı benimsenmiştir. Böylece nüfus planlamasından isteyen istediği kadar sağlıklı çocuk yapmasını hedefleyen “aile planlaması” anlayışına geçiş yapılmıştır. Bu yeni anlayışla eyleme konan, anne ve çocukları sağlıklı yaşatma uğraşlarını da kapsayan yaygın programlar, “ana çocuk sağlığı ve aile planlaması” kavramı ile ifade edilmeye başlanmıştır (8,52).

AP Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, ailelerin sağlığını ve refahını daha iyiye götürerek ülkenin sosyo-ekonomik gelişimine katkıda bulunmak için kişiler ve çiftler tarafından benimsenen düşünce ve yaşam şekli olarak tanımlanmıştır. Bir başka tanıma göre, aile planlaması; fertlerin istedikleri sayı ve sıklıkta çocuk sahibi olmalarıdır. Bu açıdan aile planlaması hizmetleri; doğum aralığını uzatmak isteyen ve çocuk sahibi olmak isteyen bireylere götürülen bir hizmet olmasının yanı sıra istenmeyen gebeliklerin önlenmesi amacıyla da kullanılan bir hizmettir (4,19,20,34,52,61).

Aile planlaması; sadece kadın ve çocukların sağlık düzeylerini yükseltmek için anahtar bir müdahale değil, aynı zamanda uluslar arası toplantılarda ve “Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi” (CEDAW) sözleşmesinde de ortaya konduğu gibi bir insan hakkıdır. 1984’ de 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 edilmiştir (20,27,28,37,50).

1994’ de Kahire’ de yapılan ICPD’ da; üreme sağlığı tanımı kapsamında, insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamı olması ve üreme hakkı konusunun altı çizilmiştir. Bu tanımda aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi sahibi olma hakkının yanı sıra bu yöntemlere ulaşabilme hakkı da belirtilmiştir. Üreme sağlığı ile ilgili haklar 1995’ de Pekin’ de yapılan 4. Dünya Kadın Konferansı’ nda daha keskin bir dille belirtilmiş ve bu doğrultuda ülkelerin yapması gereken düzenlemeler netleştirilmiştir. Bu konferanstan 5 yıl sonra 2000 yılında yapılan ”Pekin+5” olarak

bilinen süreçte ülkelerin durumları değerlendirilerek raporları Birleşmiş Milletler' e sunulmuştur (38).

Üreme Sağlığı hizmetlerinin en önemlilerinden biri olan Aile Planlaması hizmetleri, temel sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü olan Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri içinde ele alınmaktadır.

Temel amacı; anne, çocuk ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir (4). Amaçlarına detaylı olarak değinecek olursak;

- Bireyleri üreme ile ilgili konularda sağlıklı olarak bilgilendirmek, aile planlamasının esaslarını kavratmak ve korunma yöntemleri hakkında bilgi vermek; ayrıca, bu bilgileri uygulama olanağı sağlamak,
- Annenin doğum için en uygun yaşta ve doğum aralığında olmasını sağlayarak çok sayıda veya sık olan gebelikler ve doğumlar nedeniyle olabilecek ana çocuk sağlığı sorunlarını asgari düzeye indirmek ve olabilecek sakıncalı durumları önlemek,
- Ailelerin arzu ettikleri sayıda ve sağlıklı çocuklar yetiştirmelerine yardım etmek,
- Arzu ettiği halde çocuğu olmayanlara yardım ederek onların tıbbi imkanlardan yararlanmasını sağlamak,
- Özellikle istenmeyen gebeliklerin tehlikeli yollarla giderilmesini önleyerek, annelere gebelikten korunmanın modern ve tıbbi yollarını öğretmek,
- Hızlı nüfus artışını yavaşlatarak nüfusun niteliğini iyileştirmek; böylece, toplumun sağlıklı, mutlu, iyi eğitilmiş ve ekonomik olanakları yeterli bireylerden oluşmasını sağlamak,
- Cinsel yaşamın sağlıklı sürdürülmesini temin etmektir (20,44).

Aile Planlaması Hizmetlerinin Önemi;

- Birey ve çiftin üreme sağlığı ile ilgili konularda bilgilendirmelerini sağlar.
- Gebelik ve doğumların uygun yaş, aralık ve sıklıkta yapılmasını sağlayarak cinsel ilişkinin korkusuzca yaşanmasını, istenmeyen ve planlanmayan gebelikleri, annenin ve bebeğin gebelik ve doğum nedeniyle hastalanma ve ölüm riskini azaltır.

- Anne ve çocukların sağlığını koruyarak ailenin ve toplumun sağlığına, mutluluğuna ve ekonomisine, mutlu ve refah içinde yaşıyan ailelerin oluşmasına katkıda bulunur.
- İstediği halde çocuk sahibi olmayan çiftlere yardımcı olur ve onların tıbbi olanaklardan yararlanmalarını sağlar.
- Çocukların gereksinimlerinin (eğitim, sağlık, beslenme, barınma giyim vb.) daha kolay karşılanmasını sağlar (74).

4.3.AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

İstenmeyen gebelikleri ya da doğumları engellemek için insanlar çağlar boyunca çeşitli yöntemler uygulamışlardır. Bugün kadın ve erkekler için geliştirilmiş olan güvenilir ve sağlığa zararı olmayan yöntemler bulunmaktadır. Buna rağmen dünyada ve ülkemizde halen güvenilirliği düşük ve sakıncalı yollarla doğum kontrolü yapmaya çalışılmaktadır (7).

Kontrasepsiyonun tarihi eskidir; ancak fertilitenin istemli kontrolü modern toplumda daha da önemlidir. Bu konuda yazılı en eski belge, Milattan önce (M.Ö) 2700 yılında Çin' deki bir tıp kitabındaki kontrasepsiyon ve düşük yaptırmaya ilişkin reçetelerdir. Mısır' daki, Kahun veya Petri papirusu M.Ö. 1850' de ve Elbers papirusunda M.Ö. 1500' de tanımlanan çeşitli vajinal kontraseptif tamponlar da yine konu ile ilgili tarihi belgelerdir.

İnsanlarda kontrasepsiyon amacıyla kullanılan yöntemlere ait bilgiler XI. yüzyılda İbn-i Sina tarafından bildirildi. XIX. yüzyılın sonlarına kadar "kalay" gibi kolay bulunan materyalden yapılan ya da elmas işlemeli platin gibi özel aletler kullanılmaktaydı. Bu araçların tepesi vajinada olup sadece sap kısmı serviks kanalından uterus boşluğuna uzanmaktaydı. Hallwig, 1902' de uterus içerisine de uzanan kadının kendisinin uygulayabileceği bir peser tasarlamış ama yüksek enfeksiyon riski nedeniyle bu alet fazla kabul görmedi (18).

Modern ve etkili kontraseptiflerden olan Rahim İçi Araçların (RİA) tarihçesi oldukça eskidir. Gebeliğin oluşumunu engellemek için uterus boşluğu içine yabancı cisimler konulmasına dair en eski bilgilere Aristo ve Hipokrat' ın eserlerinde rastlanılmaktadır. 2000-3000 yıl önce Arapların, çölü geçerken dişı develerin gebe

kalmalarını önlemek için uteruslarına çakıl tası konulduğu bilinmektedir. Belki de bunlar RİA' ların ilk modelleridir. Rahim içi araçların geliştirilmesi uzun zaman almıştır (18).

İlk gerçek anlamda RİA 1909' da Alman doktor Richter tarafından planlandı. Araç bükülebilen bir halka şeklinde olup ipek böceği barsağından yapıldı. Daha sonra 1929' da Ernst Grafenberg, ipek daha sonra da gümüşten yapılmış RİA' ları tanımlamıştır. 1959' da RİA' lara ilişkin olumlu verileri içeren 20 yıllık uygulama sonuçları yayınlanmıştır. 1960' lardan 1980' lere kadar, dünyada en çok kullanılan RİA, Buffalo' dan Dr. Lippes' in geliştirdiği Lippes-Loop olmuştur. Bakır içeren RİA' ların geliştirilmesi ve etki mekanizmaları ile ilgili çalışmalar 1960' da başlamıştır ve ilk kez 1968' de Zipper ve arkadaşları bakır ve çinko içeren RİA' larla ilgili bildiri yayınlamışlardır. Bakır içeren RİA' larla ilgili çalışmalar 1970' lerden sonra hız kazanmıştır. Halen dünyada 100 milyondan fazla kadın RİA ile gebelikten korunmaktadır (18).

Cinsel ilişki sırasında kondom kullanımına yönelik bir erkeğe ait bilinen en eski resim (12000 ile 15000 yıl öncesine ait) Fransa' da bir mağara duvarında bulunmuştur. Bilinen en eski kondomlar ise, İngiltere' de Dudley Kalesi' nde bulunmuştur ve hayvan bağırsağından yapılmış olan bu kondomların tarihi 1640' ılı yıllara dayanmaktadır. 18. yüzyılda ünlü Casanova' nın ketenden yapılmış kondomlar kullandığı bilinmektedir. Lastik kondomların seri üretimi ise, Charles Goodyear' ın lastiğin vulkanizasyonu patentini almasından 5 yıl sonra 1843' de başlamıştır. 1924' lerde ise, kondom en çok önerilen doğum kontrolü yöntemi olmuştur (18).

Aile planlaması hizmetinde kontraseptif amaçlı ilk olarak kullanılma sunulan yöntem kombine oral kontraseptiflerdir. Oral kontraseptiflerin insanda kullanımına ilk kez 1956 yılında Porto Rico' da başlanmıştır. 1960 yılında Amerika Birleşik Devletleri' nde oral kontraseptif kullanımının onaylanmasından bu yana birçok prospektif ve retrospektif çalışma yapılmıştır. İlerleyen zamanlarda hormonal kontraseptiflerin implant ve enjeksiyon şekilleri, cerrahi sterilizasyonun daha basit-kolay teknikleri geliştirilmiştir (28,70).

4.4.AİLE PLANLAMASININ ANA - ÇOCUK VE TOPLUM SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ

Dünyanın her ülkesinde aile sağlığında önemli bir yeri olan Aile Planlaması, özellikle annelerin ve çocukların daha sağlıklı olabilmeleri için alınan önlemleri kapsayan bir sağlık hizmetidir. Yapılan bir araştırma, anne ve çocuğun hastalık, ölüm riskinin; 18 yaşın altında, 35 yaşın üzerinde, dört doğumdan fazla ve iki yıldan sık aralıklarla olan gebeliklerde en yüksek olduğunu göstermektedir (34).

Bugün dünyada, kadınların %75' den fazlası gebelikten korunmak istemesine karşın, herhangi bir etkin yöntem kullanmayan yaklaşık 300 milyon çift vardır. Araştırmalara göre, ülkemizde 15-49 yaş grubu kadınların %61' i gebeliğe maruzdur ve halen evli kadınlarda başka çocuk istemeyenlerin oranı %68.8 olup, gebeliği önleyici yöntemler yaygın olarak (%99.1) bilinmesine karşın, kontraseptif kullanımı %63' tür. Bunun %35' i etkin ve modern, %28' i doğal yöntemlerdir. Şayet etkin yöntem kullanılırsa ülkemizdeki anne ölümlerinin %50 azalacağı bildirilmiştir. AP' nın kadına bireysel gelişimi, eğitimi, ekonomiye katkıda bulunması vb. durumlar için gereken zamanı elde etmesinde yardımcı olacağı ve kadının yaşam kalitesini arttıracığı bildirilmektedir (25).

Dünyada her bir dakikada 380 kadın gebe kalmakta bunun %90' ı planlanmış ya da istenmeyen gebelik olmakta, 110 kadında gebeliğe bağlı komplikasyon gelişmekte, 40 kadın sağlıksız düşük yapmakta ve bir kadın ölmektedir (21,61).

Anne-bebek mortalite ve morbidite oranları, ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde anne ölüm hızı yüz bin canlı doğumda 30, bebek ölüm hızı binde 5' dir. Anne ve bebek sağlığının en iyi düzeyde olduğu İsveç' de ise bebek ölüm hızı binde 3, anne ölüm hızı yüz binde 5' dir. Gelişmekte olan ülkelerde, anne ölüm hızı yüz bin canlı doğumda 420, bebek ölüm hızı binde 62' dir. Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan ülkemiz de ise, anne ölüm hızı yüz bin canlı doğumda 49.2, bebek ölüm hızı binde 29' dur. Kadının doğurganlığının artması, özellikle üçüncü ve daha sonraki doğumlarda, gebelik ve doğuma ilişkin komplikasyonları artırarak anne-bebek mortalite ve morbidite oranlarını yükseltmektedir (55,61).

Aile planlaması, ailelerin isteklerine göre gebelik sayısı ve aralıklarını kontrol edebilmeleridir. Kadın sağlığı için tehlikeli olan çok erken, çok geç, çok sık ve çok sayıda doğumlar, çocuk sağlığı için de tehlike oluşturmaktadır. Etkili kontraseptif yöntem kullanımı özellikle doğum aralıklarının uzatılmasında, anne-bebek ve çocukların yaşam şansının artırılmasında önemlidir (21,61).

Her yıl, %99' u geliştirmekte olan ülkelerde olmak üzere, yarım milyondan fazla kadın bu türden komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu nedenle, kadınların gebelik ve doğum evrelerinin güvenli hale getirilmesi, sağlık hizmetlerine kolaylıkla ulaşabilmesi, hizmetlerin kaliteli ve kullanılabilirliğini ve aile planlaması hizmetlerinden en iyi bir şekilde yararlanmalarını sağlamak için gerekli ekonomik ve sosyal destek sağlanmalıdır (34).

Aile planlaması hizmetleri, sadece kadınlara özel hizmetler olmamakla birlikte, tüm dünyada kadınlarda kontraseptif kullanımı erkeklere göre 3 kat daha fazladır. Bu nedenle kadınların istedikleri kadar çocuk sahibi olma özgürlüğünü sağlayan AP hizmetlerinin, kadın sağlığına, yaşam kalitesine ve kadının kimliğini kazanmak için yürüttüğü mücadeleye önemli katkıları vardır. Ancak aile planlaması programları ve hizmetlerinin başarılı olabilmesi için yöntemlerin kolay ulaşılabilir, etkili, yan etkisiz ve bireyler tarafından talep ediliyor olması gerekir (56).

Sonuç olarak; dünyada anne ve bebek ölümlerini, kadın ve çocuk sağlığı açısından pek çok sağlık sorununu önlemede basit, kolay ve ucuz bir koruyucu sağlık hizmeti olan aile planlaması hizmetleri aynı zamanda ülkelerde nüfus-kalkınma ilişkisinin temel eksenini de oluşturmaktadır.

Bu nedenle, anne ölümlerini 2000 yılında yarıya indirmek için, DSÖ' nün öncülüğünde sağlıkla ilgili uluslararası kuruluşların da işbirliği ile 1987 yılında Nairobi' de bir toplantı yapılmış ve "Güvenli Annelik" programı başlatılmıştır. Güvenli annelik 1994 ICPD (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı) eylem planında da bir hak olarak yer almıştır. Bugüne kadar yüzden fazla ülkede uygulanan bu program Türkiye' de 1994 yılında pilot uygulamalar şeklinde başlamıştır. Güvenli annelik programı ile amaç; istenmeyen ve yüksek riskli gebelik sayısının azaltılması, obstetrik komplikasyonların azaltılması, komplikasyon gelişen kadınlarda ölüm riskinin azaltılmasıdır. Güvenli annelik programında sunulması gereken hizmetler anne ve bebek paketi olarak belirtilmektedir. Anne ve bebek paketi; uygun yaşta ve

aralıklarla gebelik için AP hizmetlerini, gebelik öncesi ve sırasında anneye verilmesi gereken hizmetleri, temiz ve güvenli doğumu ve doğum komplikasyonların da acil bakımı, doğum sonrası anneye ve yenidoğana sunulması gereken hizmetleri içermektedir (34).

Anne ve yenidoğan bebek ölümlerinin önlenmesi ileri teknoloji gerektirmemektedir. Anne ölümlerini, hastalık ve sakatlıklarını azaltmak için oluşturulan güvenli annelik müdahaleleri maliyet açısından son derece etkindir. Anne-bebek paketi uygulandığında; kanamaya bağlı ölümlerde %55, sepsise bağlı ölümlerde %75, eklemisiye bağlı ölümlerde %80, yenidoğanda ise doğum asfiksisine bağlı ölümlerde %40–50, tetanoza bağlı ölümlerde %80, doğum travmasına bağlı ölümlerde %40–60 oranında azalma meydana geldiği araştırmalarla ortaya konmuştur. Ancak; temel sağlık hizmetleri kapsamında yer almakta olan, anne-bebek paketi içerisindeki bu girişimlerin entegre bir yaklaşımla kadınlara ulaştırılması ve hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması önemlidir (34).

Gebelik ve doğum nedeniyle olan anne ölümlerinin temelinde, daha gebe kalmadan kadının sağlığını olumsuz yönde etkileyen, eğitimsizlik, ekonomik güçsüzlük, temel sağlık hizmetlerine ulaşmada eşitsizlikler yatmaktadır. Bu nedenle, anneliğin güvenli hale getirilmesi için, sorunu bu bütünlük içerisinde ele alarak, kadının güçlendirilmesi, eğitilmesi ve toplumdaki statüsünün yükseltilmesi gerekmektedir.

2003 TNSA sonuçlarına göre, isteyerek düşük yapan kadınların toplam olarak %57,7' sinin başka çocuk istememeleri ya da önceki gebeliğin yeni sonuçlanmış olması nedeniyle bu yolu seçtikleri belirlenmiştir. Diğer yandan toplam doğurganlık hızı (2.2) ile istenen doğurganlık hızı (1.6) arasındaki fark toplumun aile planlaması hizmetlerine olan talebinin göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Türkiye' deki ana çocuk sağlığı göstergelerinin düzeyi ve yüksek olan nüfus artış hızı, sağlık hizmetleri arasında önceliği aile planlaması hizmetlerine vermeyi gerektirmektedir (67).

Aile Planlamasının anne, çocuk ve toplum sağlığına etkileri kısaca özetlenecek olursa:

I- Anne sağlığına yararları:

a) Gebelik, düşük, kürtaj ve doğum sayıları ile bunlara bağlı anne ve bebek ölümleri ya da komplikasyonları azalır

b) Annedeki gebe kalma korkusuna bağlı sorunlar, jinekolojik Şikayetler ve diğer hastalıklar azalır.

c) Kullanılan kontraseptif yönteme bağlı gebeliği  nleme dışında birçok yararları vardır.

d) Aile Planlaması hizmetleri, Ana  ocuk Sağlığı hizmetleri ile bağlantılı olarak yürütülürse, yüksek riskli gebelikler belirlenir ve özel bakım için sevk edilebilir.

II-  ocuk sağlığına yararları:

a) Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı, konjenital anomalili bebekler, bebek ölümleri, bulaşıcı hastalıklar ve beslenme bozuklukları azalır, çocukların zeka düzeyleri gelişir.

b)  ocuk sayılarının az olması ile anne çocuklarına daha fazla zaman ayırabilir, çocuklar arası kıskançlık ve rekabet azalır.

c) Bütün bunların sonucunda bedenlen ve ruhen sağlıklı çocukların yetiŐtirilmesi sağlanır.

III-Toplum sağlığına yararları:

a)Hızlı nüfus artıŐının ekonomik gelişme üzerindeki olumsuz etkilerini azaltarak toplumun, beslenme, konut, eğitim ve  evre koşulları iyileŐtirilir.

b) Sağlıklı anne ve çocukların sayısını arttırarak toplumun refah düzeyini y ksettir ve sağlıklı bir toplum oluşturur.

4.5.AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN DÜZENLENMESİ VE YÖNETİMİ

Bir aile planlaması programını başarıyla yürütülebilmesi için eğitim, hizmet, yönetim ve denetim sistemlerinin iyi işlemesi gerekir. Öncelikle gereksinimlerin yüksek olduğu kırsal alanlarda, gecekondu bölgelerinde ve kentsel alanlarda halk, eldeki tüm eğitim kurumları ve olanakları kullanarak eğitilmelidir. Bu kurumlar arasında, eğitim ve sağlık alanında faaliyeti olan tüm kamu kuruluşları, sivil toplum kuruluşları ve diğer özel kuruluŐlar sayılabilir (63).

Yapılan tüm çalışmaları koordine etmek ve denetlemek yerel sağlık ve aile planlaması yöneticilerinin 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. Ancak böylelikle AP hizmetlerinin hedeflenen amaca ulaşması sağlanabilir (63).

Doğurganlığın düzenlenmesi; üreme sağlığının bir parçası olarak kadın ve erkeğin üreme konusunda bilgilenmiş bir şekilde yetki sahibi olmalarını, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli, uygun kontraseptif yöntemlerle sağlıklarını tehlikeye sokmadan doğurganlıklarını düzenlemeleridir. Doğurganlığın düzenlenmesinde, doğurganlığı belirleyen biyolojik, psiko-sosyal ve kültürel belirleyiciler, kontraseptif kullanımı ve seçimini etkileyen faktörler ile kontraseptif teknoloji birlikte ele alınarak değerlendirilir (49).

Aile planlaması hizmetleri 1978’ de Almaata’ da tüm dünya tarafından kabul edilen Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Bildirgesi’ nde bir temel sağlık hizmeti olarak belirtilmiştir. TSH Bildirgesi önerilerinin 5. maddesinde minimal bakım kriterleri adında her ülke için en azından sunulması gereken ve öncelikli olan hizmetleri belirlemiştir. Sağlık hizmetlerinde vazgeçilemeyecek bu hizmet alanlarından biri ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleridir (7,52).

Türkiye’ de aile planlaması hizmetlerinin temelleri 1965 yılında çıkarılan “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” ile atılmış ve aile planlaması politikalarının yürütülmesi, hizmetlerin örgütlenmesi ve geliştirilmesi sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’ na (SB) verilmiştir (1965). Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili mevzuatta da il düzeyindeki aile planlaması hizmetleri, ilk basamak sağlık ocağı ekip hizmetlerinin üst basamaklarla bütünleştirilmesiyle ele alınmış, özellikle sektörler arası işbirliği, toplum eğitimi ve katılımı vurgulanmıştır (1961). 1983 yılında ise, Nüfus Planlaması Hakkındaki Yasa yeniden düzenlenmiş, sterilizasyon hizmetleri ile gebelik sonlandırması işlemleri ve personelin görev ve sorumlulukları ayrıntılı esaslara bağlanmıştır (1983). Yapılan bu düzenleme ile nüfus planlaması hizmetlerinin yürütülmesi görevi SB adına Ana ve Çocuk Sağlığı Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü’ ne verilmiştir. AÇSAP Genel Müdürlüğü, hizmetin

plan ve programlarını yapmak, uygulamak, hizmet veren resmi ve özel kuruluşlara ilaç, araç-gereç ve bilgi desteği sağlamakla sorumlu kılınmıştır (1983) (7,21).

AÇSAP Merkezi; ana ve çocuk sağlığı ve üreme sağlığı (AP dahil) hizmetleri yeterince verilemeyen ve birinci basamak sağlık kuruluşları eksik olan bölgelere öncelik verilerek, il merkezlerinde her 100.000 nüfusa bir, merkezi yerleşim nüfusu en az 30.000 olan ilçe merkezlerinde de bir adet olmak üzere kurulur (34).

Hizmetlerin tanıtımını, hizmetlerden eşit yararlanmayı, çiftlerin sağlıklı bir bebeğe sahip olabilmeleri için en iyi koşulların sağlanmasını, uygun sağlık bakım hizmetlerinden yararlanma hakkını sağlar (33).

Antenatal bakım, doğum ve doğuma hazırlık, doğum sonrası bakım, yenidoğan bakımı, ergenlik dönemi, sağlam kadına yaklaşım, aile planlaması, menopoza, infertilite, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, beslenme hizmetleri birinci basamak kuruluşlarının yapılması gereken üreme sağlığı hizmetleridir (33).

Doğurganlığı etkileyen faktörler arasında kontraseptif kullanımının yaygınlığı, yöntem çeşitliliği, kullanılan yöntemin dağılımı, yöntemlerin başarısızlığı, yan etkileri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin varlığı ve ulaşılabilirliği doğurganlıkta belirleyici olmaktadır (49).

Kontraseptif seçiminde yöntemin etkinlik ve başarısızlık hızları, güvenilirliği, komplikasyonları, gebelik riski ve doğurganlığın geri dönüşü, yan etkiler, kontraseptif olmayan ikincil yararları, yöntemi uygulamak veya uygulamak için kliniklere bağımlı olma durumu belirleyici olmaktadır. Bunlardan başka kontraseptif hizmetlere kolay ulaşabilme, kontraseptiflerin maliyeti, cinsel ilişkiyle ilgisi kontraseptifleri kabul edilebilirliğini etkilemektedir (49).

1965' de nüfus planlaması ile ilgili yasa çıktığından beri AP malzemeleri uluslararası yardımlar ile sağlanmıştır, bu amaçla SB bütçesinden harcama yapmamıştır. Kontraseptif malzeme bağı 2000 yılına kadar başta United States Agency for International Development (USAID) olmak üzere bazı uluslararası yardım kuruluşları tarafından karşılanmıştır. USAID yaptığı malzeme yardımını 1995-1999 yılları arasında aşamalı olarak keseceğini bildirmiş ve AÇSAP Genel Müdürlüğü' ne yaptığı aile planlaması malzeme yardımı 2000 yılında tamamen kesilmiştir. Yardımın kesilmesi üzerine SB aile planlaması malzemelerinin satın alımlarına başlamıştır.

Aile planlaması malzeme yardımının kesilmesi üzerine SB AÇSAP Genel Müdürlüğü Adana, Mersin gibi illerde “Aile Planlaması Önceliklendirme Planı” pilot uygulamayı başlatmıştır. Pilot uygulamadan sonra proje 12 ile yaygınlaştırılmıştır.

Yaygınlaştırmaya çalışılan bu proje öncelikle 224 Sayılı yasanın ve Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Bildirgesi’ nin ilkelerine ters düşmektedir. Aile planlaması hizmetleri koruyucu hizmetlerin en önde gelenlerinden biridir ve tüm ülkeler için vazgeçilmez minimal bakım hizmetlerindendir. AP hizmetlerine gereksinimi olan yüksek riskli kişiler özellikle sosyoekonomik durumu kötü olanlar ve eğitimsiz olanlardır. AP hizmetlerinin çok az da olsa ücret alınarak verilmesinin düşük sosyoekonomik durumda olanların hizmet kullanımını azaltacağı ve risk düzeylerini daha da artacağı bildirilmektedir. Bu durum 224 sayılı yasanın eşitlik ilkesine aykırıdır. Bunun dışında böyle bir uygulama SB’ nin en temel koruyucu hizmetleri terk etmesi anlamına geleceği de vurgulanmaktadır. Bu uygulama hizmetlerin özel sektöre kaymasına neden olacak bu da AP hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamına gelecektir denmektedir.

AP hizmetlerinin ücretli hale getirilmesi ile her ne kadar ödeme gücü olmayandan para alınmayacak bile olsa, yöntem kullanımını azalacağı ve uzun dönemde istenmeyen gebeliklerin artacağını öngörmek çok kolaydır. Temelde kadın sağlığı koruyucu hizmetler kapsamındadır bu nedenle bu uygulama kadın sağlığında riskleri ve eşitsizliği arttıracaktır. Mersin ve Adana’ da yapılan pilot uygulama sonucunda AP hizmetlerinin ücretli hale getirilmesinden sonra yöntem kullanımının %20 azaldığı bildirilmektedir. Böyle bir uygulama sağlık personeli ile (özellikle ebe ve hemşire vb) kadınlar arasında güvensizlik ortamı yaratacaktır öngörüsünde belirtilmektedir.

4.5.1. Türkiye ' de Aile Planlaması Politikaları

Türkiye Cumhuriyeti’nin 1923’ te kurulmasından itibaren nüfus politikaları gündeme gelmiştir. Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı sürecindeki ağır insan kayıpları nedeniyle Cumhuriyet’ in ilk yıllarında doğurganlığın arttırılmasının ihtiyaç olduğu kabul edilmişti. Çünkü, yeni kurulan bir devletin cumhuriyetin bağımsızlığını koruyabilmesi için güçlü bir askeri güce ihtiyacı vardır. Ayrıca o dönemde insan gücüne dayalı tarımsal üretimin yaygın olması ve ölüm oranının yüksek ve ölüme

neden olan verem, frengi, sıtma vb. gibi hastalıkların yaygın olması ve yüksek bebek ve çocuk ölümlülüğü hızları da Türkiye'yi 1950' lerin sonuna kadar pronatalist bir nüfus politikası izlemeye yönlendirdi (2,19,20,52).

Nüfus artısını sağlamak için, 17 Şubat 1926 tarihinde kabul edilen Türk Medeni Kanunu ile evlenme yaşı, kadınlar için 15, erkekler için 17 olarak belirlenmiş, düşük yapma ve yaptırma, sağlık nedenleri dışında gebeliği önleyici ilaç ve araçları satma, kullanma, bu konuda propaganda yapma yasaklanmış ve bunlara uymayanlar için de cezai hükümler getirilmiştir. Bu mevzuatlara göre, 5 ve daha fazla sayıda çocuk sahibi kadınlara altın madalya, para ödülü, vergi indirimi gibi teşvikleri de içermektedir (2,52).

1950' lilerde nüfus artış hızlarının çok yüksek düzeylere ulaşması, istenmeyen gebeliklerin artmasına, artan sayıda yasal olmayan yollarla yapılan gebelik sonlandırmalarının, yasa dışı kürtajların sonucu pek çok annenin hayatını kaybettiği bilim insanının ve sağlıkçıların dikkatini çekerek, nüfus konusunun politik gündem içinde yer almasına yol açmıştır ve bu da Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı' nda yer alan antinatalist görüşün nüfus politikalarının doğurganlığın azalması yönünde değiştirilmesi gereğini ortaya koymuştur (2,20,52).

1965 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi' ndeki uzun tartışmalardan sonra doğurganlığın azaltılması yönünde (antinatalist) bir politika benimsenmiş ve 557 nolu ilk nüfus planlaması yasası kabul edilmiştir. Bu yasaya göre aşağıda sayılanlar ülkede yasal hale gelmiştir:

- Gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili bilgi ve eğitim verilmesi
- Cerrahi sterilizasyon yöntemleri hariç tüm gebeliği önleyici yöntemlerin sunulması
- Yalnızca tıbbi nedenlerle isteyerek düşüklere ve cerrahi sterilizasyona izin verilmesi.

Bu yasa temelinde Türkiye'de yıllar boyu sağlanan aile planlaması hizmetleri ancak belli bir düzeye ulaşabilmiştir. Bu yasadan sonra kontraseptif yöntem kullanımı artmıştır. Ancak yasal olmamasına karşın isteyerek düşüklere giderek arttığı görülmüştür. Provoke düşüklere bağlı anne ölümleri görülmeye devam etmiştir. 1981 yılında 450 bin kadının düşük yaptığı ve bunun neredeyse 300 bininin isteyerek düşük olduğu tahmin edilmektedir. Bu da 1965'de yürürlüğe giren yasanın

Türkiye’de isteyerek düşüğü önlemekte yetersiz kaldığını göstermektedir. 1983’de 2827 nolu ikinci “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” kabul edilmiş, ancak uygulamaya 1984’de geçirilebilmiştir. Halen günümüzde bu yasa geçerlidir. Bu yeni yasa ile birlikte;

- 10 haftaya kadar olan gebelikler isteğe bağlı olarak sona erdirilebilir
- 10 haftanın üzerindeki gebelikler tıbbi nedenlerle sona erdirilebilir
- Hastanelerde ve AÇSAP Merkezlerinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının denetimi altında eğitimli genel pratisyenler menstrüel regülasyon hizmeti verebilirler
- Erkek ve kadınlara gönüllü cerrahi sterilizasyon uygulanabilir
- Eğitimli doktor, hemşire ve ebeler RIA gibi etkili gebeliği önleyici yöntemleri uygulayabilirler.
- Yasada, aile planlaması konusunda sektörler arası işbirliği sağlanması da vurgulanmaktadır (2,19,20,37,52).

“2827” sayılı yasanın ardından kısa bir süre isteyerek düşük hızları artmaya devam etmiş ancak 1990 yılından sonra azalmaya başlamıştır. İsteyerek düşük hızları “100 gebelikte” 1983 yılında 12.1 iken, 1988’ de 23.6, 1993’ de 18, 1998’ de 14.5 ve 2003’ de 11.3’ tür (2).

1926 Medeni Kanunu, dönemin en çağdaş yasası kabul edilmiş, uzun yıllar türk toplumu tarafından kullanılmıştır. Ancak 20. yüzyılın sonlarına doğru toplumun ihtiyaçlarına cevap veremez hale gelmiştir. Bu nedenle 2001 yılı sonunda kanuna yönelik değişiklikler tamamlanmış ve Yeni Türk Medeni Kanunu 1 Ocak 2002 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Yeni medeni kanunda evlenme yaşı kadın ve erkek için eşitlenerek yükseltilmiştir. Aile izni ile evlenme halinde 17 yaşını doldurmak, mahkeme kararı ile evlenme durumunda 16 yaşını doldurma şartı getirilmiştir. Her iki halde de kişi 18 yaşını doldurmadığı için ailenin veya yasal temsilcinin onayı alınmadan evlenme işlemi yapılamamaktadır. Medeni kanundaki bu değişikliklerle birlikte, AP’ nda gebelik yönünden riskli grup olan 18 yaş altı gebeliklerin azaltılması hedeflenmiştir (52).

1983 yılında yürürlüğe giren, halen konusunda dünyadaki en kapsamlı ve liberal yasalar arasında bulunan, 2827 sayılı AP hizmetlerini düzenleyen yasada, getirdiği

yeniliklerin yanı sıra sektörler arası işbirliğinin gerekliliği vurgulanmıştır. Ancak günümüze kadar geniş katılımlı, verimli ve süreklilik gösteren sektörler arası işbirliği tam olarak gerçekleşmemiştir. 2827 sayılı yasa ile getirilen yenilikler; Kurs görmüş ebe ve hemşirelere uygulama yetkisi verilmesi, cerrahi kontrasepsiyonun yöntem seçenekleri içine alınması, 10 haftaya kadar gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılması ve yukarıda belirtilen sektörler arası işbirliğinin zorunlu hale getirilmesidir. Yine bu kanunla, hizmetin hangi sağlık kurumlarında, kimler tarafından, kime ve ne şekilde verileceğinin belirlenmesiyle hizmetler yaygınlaşmıştır. Bu kanun kapsamında, 509 sayılı Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği' nde SB dışındaki sağlık kurumlarında da aile planlaması kliniklerinin açılması ve bu kliniklere bakanlıkça araç, gereç, ilaç ve eğitim desteği sağlanması yasallaştırılmıştır. Bu yönetmeliği inceleyecek olursak (21,31,34).

509 Sayılı Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği

6 Ekim 1983 tarih ve 18183 sayılı Resmi Gazete' de yayınlanmıştır.

Amaç:

MADDE 1. Bu yönetmeliğin amacı, kişilerin istedikleri sayıda, istedikleri zaman çocuk sahibi olmalarını sağlamak için nüfus planlaması eğitim; öğretim ve uygulama hizmetlerinin SB' nin koordinatörlüğünde ülke düzeyinde yürütülmesini sağlamaktır.

Nüfus Planlaması Kliniği:

MADDE 13.Bakanlıkça tespit edilecek yataklı tedavi kurumlarında "Nüfus Planlaması Kliniği" açılır. Bu kliniklerin personel ve diğer harcamaları, yataklı tedavi kuruluşunun bağlı olduğu kurumca karşılanır.

1) Bu klinikte çalışan personel aşağıda belirtilmiştir.

A- Bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı,

B- Eğitim görmüş ve yeterlik belgesi almış 2 pratisyen hekim,

C- Eğitim görmüş ve yeterlik belgesi almış iki yardımcı sağlık personeli (hemşire, ebe-hemşire, ebe),

D- Bir sekreter,

E- Bir hizmetli.

2) Bakanlık dışındaki diğer kurum ve kuruluşlara bağlı kliniklere Bakanlık, gerektiğinde araç-gereç, ilaç verir ve eğitim desteği sağlar.

3) Nüfus planlaması klinikleri aşağıda belirtilen görevlerden tümünü veya kliniğin durumuna göre 11. maddenin 1. fıkrasına göre belirlenen görevleri yürütür.

A- Gebeliği önleyici yöntemler hakkında halk ve personel eğitimi yapar,

B- Bu yöntemlerden gerekeni uygular veya gerekli açıklama yaparak kendilerine gebeliği önleyici ilaç ve araçları verir,

C- On haftaya kadar olan gebeliklerin rahim tahliye hizmetlerini yürütür,

D- On haftadan fazla olan gebeliklerde tüzükte belirtilen esaslara göre rahim tahliye hizmetlerini yürütür,

E- Acil durumlarda rahim tahliye hizmetlerini yapar,

F- İsteyen kadın ve erkeğe sterilizasyon ameliyatlarını yapar,

G- Kliniğin yürüttüğü hizmetlerle ilgili bilgileri toplar zamanında Sağlık Müdürlüğü' ne gönderir.

4) Bir klinikte bulunması gereken araç-gereç, ilaç ve personel standardı tüzük ekinde verilmiştir. Kliniğin belirlenen hizmetine göre bu standartta belirtilen araç-gereç, ilaç ve personelin klinikte bulunması gereklidir.

AÇSAP Dispanserleri:

MADDE 14.- AÇSAP Dispanserlerinde yürütülecek nüfus planlaması hizmetleri aşağıda gösterilmiştir.

1) Nüfus planlaması konusunda halkı belirli bir programa göre eğitir.

2) Gebeliği önleyici ilaç ve araçların halka parasız olarak dağıtımını sağlar.

3) Kurs görmüş ve "yeterlik belgesi" almış bulunan hekim, hemşire ve ebeler, kurumlarında rahim içi araç uygulamasını parasız olarak yürütür.

4) İlde bulunan hastane ve sağlık ocaklarıyla işbirliği yapar.

5) Nüfus planlaması hizmetleriyle ilgili tüm bilgi ve istatistikleri zamanında Sağlık Müdürlüğü' ne verir.

Sağlık Ocakları:

MADDE 15.Sağlık ocaklarında yürütülecek nüfus planlaması hizmetleri aşağıda gösterilmiştir.

1) Her yıl bölgesindeki onbeş ile kırkdokuz yaş grubundaki kadın ve erkekleri tespit eder.

2) 1. bende göre tespit edilen kadın ve erkekleri eğitim programlarına göre ev ziyaretleri sırasında veya sağlık ocağında eğitir.

3) Gebeliği önleyici ilaç ve araçların halka parasız olarak dağıtımını sağlar.

4) Kurs görmüş ve "yeterlik belgesi" almış bulunan hekim, hemşire ve ebeler, kurumlarında rahim içi araç uygulamasını parasız olarak yürütür.

5) İlde bulunan hastane ve AÇSAP Dispanseri ile işbirliği yapar.

6) Nüfus planlaması hizmetleriyle ilgili tüm bilgi ve istatistikleri zamanında Sağlık Müdürlüğü' ne verir.

Sağlık Evleri:

MADDE 16.Sağlık evlerinde yürütülecek nüfus planlaması hizmetleri aşağıda gösterilmiştir.

1) Her yıl bölgesindeki onbeş ile kırkdokuz yaş grubundaki kadın ve erkekleri tespit eder.

2) 1. bende göre tespit edilen kadın ve erkekleri ev ziyaretleri sırasında veya sağlık evinde eğitir.

3) Gebeliği önleyici ilaç ve araçların halka parasız olarak dağıtımını sağlar.

4) Kurs görmüş ve "yeterlik belgesi" almış bulunan sağlık evi ebesi, bağlı bulunduğu sağlık ocağının denetimi altında RİA uygulamasını parasız olarak yürütür.

5) Nüfus planlaması hizmetleriyle ilgili tüm bilgi ve istatistikleri zamanında sağlık ocağına verir.

Muayenahaneler:

MADDE 17.Gebeliği önleyici ve sonlandırıcı yöntemleri muayenahanelerinde uygulayacak yetkili olan hekimler, tüzükte belirtilen gerekli koşulları sağlamak ve araç gereçleri bulundurmak zorundadırlar (37,63).

4.6.AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

Gebelikten korunma yöntemlerinin tümünün işleyiş esası, kadının yumurta hücresi ile erkeğin üreme hücresinin (sperm) buluşmasını ve birleşmesini engellemektir.

Günümüzde kullanılan kontraseptif yöntemler sınıflandırıldığında:

I. Hormonal kontraseptifler

- a) Kombine oral kontraseptifler (KOK)
- b) Mini haplar
- c) Depo enjeksiyonlar
- d) Deri altı implantlar
- e) Hormon içeren Rahim İçi Araçlar

II. Rahim içi araçlar (RIA)

III. Bariyer yöntemler

- a) Kondom
- b) Diyafram
- c) Spermisitler

IV. Cerrahi Sterilizasyon

- a) Tüp ligasyonu
- b) Vazektomi

V. Doğal aile planlaması

VI. Laktasyonel amenore metodudur (3,10,52,62,64,71).

a)KOK

Tanım

Oral kontraseptifler birçok ülkede son 20 yıl içinde en yaygın kontraseptif yöntem haline gelmiştir. Oral kontraseptiflerin insanda kullanımına ilk kez 1956 yılında Porto Rico’ da başlanmıştır. Her yönü ile ayrıntılı olarak incelenmiş, etkili ve emniyetli kontraseptif yöntemlerdir. Kombine oral kontraseptifler sentetik östrojen (Ethinyl estradiol veya mestranol) ve çeşitli progestinlerden (norethindrone, norethindrone acetate, ethynodiol diacetate, norgestrel, levonorgestrel, norethynodrel, desogestrel, norgestimate) birini içermektedir. 21 ya da 28 günlük

paketler halinde hazırlanmıştır. Ülkemizde 22 tablet içeren preparatlar da vardır. Monofazik ve multifazik preparatlar olarak ikiye ayrılır. Monofazik KOK'ların içeriği her gün için aynıdır. Multifaziklerde ise, hapların içeriği günlere göre değişir. Yapılan çalışmalarda iki grubun birbirinden üstün olmadığı görülmüştür (20,36,71).

Etki Mekanizması ve Etkinliği

Sentetik östrojen ve progestin ovülasyonu baskılayarak, servikal mukusu spermilerin geçişini engelleyecek şekilde kalınlaştırarak ve endometrial tabakanın incelmesine neden olup ovumun transportunu yavaşlatarak gebeliği önler. Doğru kullanıldığında %99,9 oranında etkilidir.

Olumlu Yönleri

Doğru kullanıldığında son derece etkili, kullanılması kolay, etkileri ve yan etkileri çok iyi incelenmiş, cinsel ilişkiyi etkilemez, kadın gebe kalmak istemediği sürece kullanabilir, gebe kalma korkusu olmadan cinsel ilişkiye girmek, ilişkiden alınan zevki artırır, ara vermeye gerek yoktur, menarjdan menopoza kadar her yaşta kullanılabilir, yöntemi bırakmak için sağlık personeline gerek yoktur, yöntem bırakıldığında doğurganlık geri döner, korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılabilir, adet kanamaları miktarca az, daha kısa süreli ve düzenli hale gelir, demir eksikliği anemisi riskini azaltır, endometriyozise bağlı yakınmaları azaltır, benign meme hastalıklarını (kist, fibroadenom vb,) azaltır, benign over kistlerinin oluşumunu azaltır, romatoid artrit riskini azaltır, endometrial kanser oluşumunu azaltır, over kanseri riskini azaltır, pelvik enfeksiyon riskini azaltır, osteoporoz riskini azaltır, premenstrüel gerginlik ve endometriyozisle ilgili şikayetler azalır, dismenoreyi tedavi eder, ektopik gebeliği önler, aknelere iyi gelebilir (20).

Olumsuz Yönleri

Her gün hap almanın hatırlanması gerekir, kilo artışı olabilir (± 1 kg.) lekelenme veya ara kanamaları görülebilir, bazı ilaçlarla (barbitüratlar, fenitoin, fenilbuzaton, rifampisin ve diğer bazı antibiyotiklerle) etkileşimi vardır, çok ender olmakla birlikte, kan basıncı yüksek olan, 35 yaşın üstünde ve aynı zamanda günde 20'den

fazla sigara içen kadınlarda, dolaşım bozukluklarına neden olabilir, depresyon ve cinsel istek azalması gibi ruhsal değişiklikler olabilir, kan basıncını yükseltebilir, klamidya enfeksiyon riskini artırır, anne sütünün miktarını ve niteliğini etkilediğinden emziren kadınlar için uygun değildir, Cinsel yolla bulaşan hastalıklara (CYBH) karşı koruyucu değildir ve yöntemle devam etmek için en az 1 aylık fazla hap bulundurulmalıdır.

Yan etkileri

Bulantı, ara kanamaları ve lekelenme, kilo artışı, amenore, memelerde duyarlılık, baş ağrısı ve baş dönmesi (20).

b)Mini Haplar

Sadece progesteron içeren haplar küçük dozda progestin içeren ve her gün ara verilmeden kullanılan bir oral kontraseptif çeşididir. Kullanılan progestin dozu düşük olduğu için minihap adını alır. Minihaplar 1960'lı yılların ortalarında geliştirilmiş ve 1970'den itibaren FDA onayı alarak yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (70). Ancak günümüzde kullanımları oldukça sınırlıdır.

c)Enjekte Edilen Kontraseptifler

Tanım

Endonezya, SriLanka, Tayland ve Meksika'da 40 yıldır kullanılan, emniyet etkililik ve kabul edilebilirliği hakkında en fazla çalışma yapılmış uzun etkili hormonal kontraseptif preparatlardan biridir. Halen en yaygın kullanılan; Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA) 150 mg DMPA 3 ayda bir ve Noretisteron enantat (NET-EN) 200 mg NET-EN içerir ve 2 ayda bir uygulanmaktadır. Cerrahi sterilizasyon düzeyinde etkili bir yöntemdir. Yöntem bırakıldığında fertilitenin dönmesi 5–7 ay kadar gecikebilmektedir (5,71).

Etki Mekanizması ve Etkinliği

Ovulasyon supresyonu, servikal mukusun kalınlaştırarak spermilerin geçişini engellenmesi ve endometriyumun ince, atrofik hale getirerek etki göstermektedir. Ayrıca, endometrial değişikliklere ek olarak LH pikini bloke ederek ovulasyonu

engeller. İlk kullanım yılındaki başarısızlık hızı 100 kadın yılında 0,1' den azdır. Kontraseptif etki uygulamayı izleyen 24 saat içerisinde başlar.

Olumlu Yönleri

Geriye dönüşümlü kolay uygulanan, çok etkili bir yöntemdir, emzirenlerde uygulanabilir, ileri yaştaki kadınlar tarafından kullanılabilir, pelvik enfeksiyon ve over kanserlerine karşı koruyucudur, ektopik gebelik ve demir eksikliği anemisini önler, orak hücreli anemisi olanlarda kullanılabilir ve cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır.

Olumsuz Yönleri

Adet düzensizliğine neden olabilir, yöntem bırakıldığında fertilitenin dönmesi bir süre gecikebilir, kilo artışına neden olabilir ve enjeksiyon yaptırmaya gereği.

Yan etkileri

Adet düzensizlikleri, baş ağrısı, kilo alma, memede duyarlılık, mizaç değişikliği (sinirlilik) ve depresyon.

d)Deri Altı İmplantlar (NORPLANT®,İMLANON)

1990'da FDA onayı alan ilk kontraseptif deri altı implantı olan Norplant® altı çubuktan oluşuyordu. Ancak kanama düzensizliklerine yol açması en önemli yöntem bırakma nedeni oldu. Daha sonra çubuk sayısını ve yan etkileri azaltma ve özellikle emzirme sırasında güvenle kullanabilmeye yönelik çabalar başlatıldı. Bu çalışmalar sonucunda tek çubuktan oluşan ve İmplanon® olarak adlandırılan deri altı implantı oluşturuldu. 1998' den beri çeşitli ülkelerde kullanıma giren deri altı implant 2002' den beri de Türkiye' de piyasaya verilmiştir (71).

e)Hormon İçeren RİA'lar

Halen gövdesinde progesteron içeren (progestasert) ve Levonorgestrol içeren (L Ng-20) türleri vardır. Progestasert'te, total 38 mg progesteron mevcuttur ve günde 75 mcg progesteron uterus içerisine salınır. Yöntem 1 yıl süre ile etkilidir. Levonorgestrol RİA'dan ise (L Ng-20) günde 20 mcg levonergestrol uterus içerisine

salınır. Yöntem 5 yıl süre ile etkilidir. Hormon içeren RİA'ların etki düzeyi, RİA'ların ve içerdği hormonun kombine etkisi nedeni ile yüksektir. İçerdikleri progesteron nedeni ile menstruasyon düzensizlikleri özellikle amenore sık rastlanan yan etkilerindendir. Kullananlarda adet miktarının azalması aneminin önlenmesi yönünden olumludur (16,17,45,56,71).

II.Rahim İçi Araçlar

Tanım

Rahim içi araç (RİA) dünyada 187 milyon kadın, diğer bir deyişle ise üreme çağındaki kadınların %18'i tarafından tercih edilen, sterilizasyonu takiben ikinci sıklıkta kullanılan modern bir yöntemdir. Geriye dönüşümlü, emniyetli ve kontraseptif etkisi çok yüksek olan yöntemlerdir. Bakır T-380 A'larda bu hızın %1'den az olduğu bildirilmektedir.

Halen kullanımda olan rahim içi araçlar;

- a) İnert RİA: Polietilen veya paslanmaz çelikten yapılmışlardır
- b) Bakırlı RİA: Cu T-380 A, Cu T 200 C, Multiload ve Nova T
- c) Hormonlu RİA: Günümüzde Cu-T 380 A pek çok ülkede ve ülkemizde en yaygın olarak kullanılan RİA türüdür
- d) Bakır T 380 A: T harfi biçiminde olan plastik kısmına, T'nin üst kollarına ve gövdesine yüzey alanı 380 mm² olan bakır eklenmiştir (71).

Etki Mekanizması

Üst genital kanala sperm migrasyonunu, ovum transportunu, hormonal etkilerle ve fertilizasyonu inhibe ederek gebeliği engellemektedir. Genel olarak başarısızlık hızı ilk kullanım yılı için 100 kadında 3-5 arasındadır.

.

Olumlu Yönleri

Güvenli ve çok etkili, geriye dönüşümlü yöntemlerdir, yöntemin kullanımı cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır, kullanımı kolaydır, uygulandıktan sonra uzun süre etkilidir, sistemik yan etkisi yoktur, ucuz, emzirenler için uygundur ve çıkarıldığında fertilitenin dönmesi gecikmez.

Olumsuz Yönleri

Uygulama ve çıkarılması konu ile ilgili eğitilmiş sağlık personeli gerektirir, CYBH riskinde olanlar için uygun bir yöntem değildir, uygulamadan sonra birkaç ay adetlerde artma, ağrı ve ara kanamaları yapabilir, RİA' nın atılması veya yer değişikliği nedeniyle istenmeyen gebelik ve uygulama sırasında perforasyon riski.

Yan etkileri

Kanama ve anemi, kramp ve ağrı, enfeksiyon, perforasyon, ektopik gebelik, gebelik ve atılma veya yer değişikliği.

III.Bariyer Yöntemler

a)Erkek ve Kadın Kondomu:

Tanım

Cinsel ilişki sırasında kondom kullandığı görülen bir erkeğe ait bilinen en eski resim (12000 ile 15000 yıl öncesine ait) Fransa'da bir mağara duvarında bulunmuştur. Bilinen en eski kondomlar ise, İngiltere' de Dudley Kalesi' nde bulunmuştur ve hayvan bağırsağından yapılmış olan bu kondomların tarihi 1640' lı yıllara dayanmaktadır. 18. yüzyılda ünlü Casanova' nın ketenden yapılmış kondomlar kullandığı bilinmektedir. Lastik kondomların seri üretimi ise, Charles Goodyear' ın lastiğin vulkanizasyonu patentini almasından 5 yıl sonra 1843' de başlamıştır. 1924' lerde ise, kondom en çok önerilen doğum kontrolü yöntemi olmuştur.

Erkek kondomu, cinsel ilişki sırasında penise takılan, kadın kondomu da, iki ucu halka halinde olan ve vajene yerleştirilen bir kılıftır. Erkeğin sperminin vajinaya ve dolayısıyla uterusu girmesini engellemektedir. Yaygın olarak kullanılan kondomlar lateks, poliüretan veya koyun barsağından yapılmaktadır. Lateks kondomlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı en iyi korumayı sağlamaktadır, ancak poliüretan veya lastik olanlar son zamanlarda önem kazanmıştır. Çünkü bunlar latekse oranla daha ince, dayanıklı ve esnektirler, ayrıca cinsel temas sırasında duyarlılığı da azaltmadığı anlaşılmıştır. Koyun barsağından yapılmış olan kondomlar ise gözenekli olduklarından mikroorganizmaların geçişini tam olarak engellemezler (71).

Etki Mekanizması ve Etkinliği

Penis ve vajen arasında bir bariyer oluşturarak, spermin vajene girmesini engellemektedir. Ayrıca penisin temasının engellenmesine bağlı olarak CYBH' ın geçişini de engellemektedir. Araştırmalarda ilk yıl başarısızlık oranı olağan kullanıcılar için %15, ideal kullanımda ise %2' dir.

Olumlu Yönleri

Kondom kullanımının muhtemelen servikal kanser oluşmasında koruyucu bir etkisi vardır, gebelik kontrolü sorumluluğunu eşlerin paylaşmasını sağlar, ucuz ve kolay bulunur, dağıtım kolaydır, sağlık kuruluşları, eczaneler ve topluma dayalı dağıtım programları ile dağıtımı sağlanabilir, eşlerin sağlık personelinden bağımsız kontraseptif kullanmalarını sağlar, CYBH' dan korunmada en etkili yöntemlerden biridir, cinselliğin kalitesi arttırır, reğete ve tıbbi izlem gerektirmez, güvenli ve hormonal yan etkisi yoktur.

Olumsuz Yönleri

Bazı çiftlerde (özellikle erkekte) duyarlılığı azaltabilir, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir, bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirebilir, yeterli miktarda kondom bulundurulması gereği vardır ve kullanımdan sonra yok edilmesi sorun olabilir.

a)Diyafram

Diyafram, serviksi spermlerin ulaşmasını engellemek üzere kapatacak şekilde vajen derinine yerleştirilen bir bariyer yöntemidir. Daha etkili olması için kontraseptif kremlerle veya spermisitlerle birlikte kullanılmaktadır (71).

b)Spermisitler

Vajinal spermisitler, spermlerin servikse ulaşmadan etkisiz hale getirilmesi için vajen derinine yerleştirilen maddelerdir. Tek başına da etkilidir; ancak kondom veya diyafram ile birlikte kullanıldığında çok daha etkili olur (71).

IV.Cerrahi Kontrasepsiyon

a)Tüp Ligasyonu

Tanım

Kadında cerrahi sterilizasyon, histerektomi gibi daha büyük operasyonlar sonucu oluşturulmakla birlikte, kontraseptif amaçla tüp ligasyonu yapılmaktadır. Cerrahi girişim, interval, postpartum veya postabortus dönemlerinde yapılabilmektedir (71).

Olumlu Yönleri

Çok etkili, güvenli, maliyeti bir defaya mahsustur, cinsel ilişkinin zamanlamasından bağımsızdır ve uygulamadan sonra kontraseptif etkisi hemen başlar.

Olumsuz Yönleri

Kalıcı bir yöntemdir, küçükte olsa cerrahi bir işlemle yapılmaktadır ve buna bağlı komplikasyon riski olabilir ve başarısızlık durumunda ektopik gebelik riski az da olsa vardır.

Yan Etkileri

Abdominal ağrı, omuz veya göğüste ağrı, bulantı, kusma.

b)Vazektomi

Tanım

Erkeklerde vas deferenslerin kapatılması ile sperm transportunun engellenmesi olarak tanımlanan vazektomi; basit, kolay bir işlemle gerçekleştirilir. Artık çocuk istemeyen aileler için son derece etkin ve güvenli bir yöntemdir (71).

Olumlu Yönleri

Kolay, basit, kısa sürede uygulanan çok etkili, güvenli bir yöntemdir, cinsel ilişkiyi etkilemez ve uzun dönemde olabilecek sağlık riski taşımaz.

Olumsuz Yönleri

Kalıcı bir yöntemdir, küçükte olsa cerrahi bir işlemdir buna bağlı bazı sorunlar

olabilir ve işlemten sonra ilk 20 ejakölasyonda sperm mevcuttur.

V.Doğal Aile Planlaması

Doğal Aile Planlaması (DAP); Eşlerin menstruasyon siklusunun fertil ve infertil dönemlerini, doğal olarak görülen belirtilerle saptayarak, fertil dönemde cinsel ilişkide bulunmamalarını tanımlayan bir deyimdir. Doğal aile planlaması yöntemler; takvim yöntemi, geri çekme ve vajinal yıkamadır. Takvim yöntemi; ovulasyon gününün matematiksel hesaplanması esasına dayanır. Geri çekme (Coitus Interruptus); etkisi sınırlı, çok yaygın kullanılan bir yöntemdir. Özellikle ülkemizde geleneksel kontraseptif yöntemler arasında en yaygın kullanılanıdır. Yöntemin esası, cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını ejakölasyondan önce vajenin dışına çekmesidir. Başarısızlık oranı ve buna bağlı yöntem kullananlarda isteyerek düşük oranı yüksektir. Vajinal yıkama; etkisiz, geleneksel yöntemlerdendir. Koitustan hemen sonra vajenin yıkanması esasına dayanır. Bu yöntem kontraseptif amaçla kullanılmamalıdır (71).

VI.Laktasyonel Amenore Metodu

Emzirmenin infertilite etkisi uzun zamandan beri bilinmektedir. Ancak bu etkinin derecesi bazı ön koşullara bağlıdır. Bu koşullar tam olarak sağlanmazsa yöntemin güvenli olduğundan söz edilmesi imkansızdır (71).

4.7.AİLE PLANLAMASINDA YENİ YAKLAŞIMLAR

Transdermal Korunma

1. Kombine deri bantları: Amerika Birleşik Devletleri' nde (ABD) Ortho- Evra® diğer ülkelerde Evra® adıyla bilinen deri bandı günde progestin olarak 150 µg norelgestromin ile estrogen olarak 20 µg etinil estradiol salınımı yapar. Kullanıcı her hafta yenilemek üzere 3 hafta birer bant yapıştırır. 4. hafta ise bantsız dönemdir. Başlangıçta siklusun ilk 5 günü içinde uygulama yapılır. Etkisini ovulasyonun inhibisyonu, servikal mukusun kalınlaşması ve endometrial gelinmenin baskılanması (hipoplazi) yoluyla yapar. Krem, yağ, pudra veya makyaj uygulanmış yüzeylerde deri bandı açılacak ve etkisi görülmeyecektir.

20 yas altı kadınlarda kombine deri bandı kullanımının siklusların %89' unda doğru olarak yapıldığı, OK' lerin ise ancak siklusların %68' inde doğru alındığı gösterilmiştir. Doğru kullanımda 100 kadından 0.6-1.1'inin kullanımın ilk yılında gebe kaldığı ortaya konulmuştur. Tipik kullanımda ise bu risk 0.8-1.3' e çıkar.

Yan etkileri arasında cilt tahrişi veya döküntü %20 kadar olguda görülmektedir. Kullanıcıların %18' inde ise, kullanımın ilk ayında kırılma kanaması ve lekelenme saptanmıştır. Ancak ikinci aydan sonra bu kanama düzensizlikleri KOK kullanıcılarıyla aynı düzeye inmektedir. Bir başka kombine deri bandı ise, klinik çalışmaları devam eden, günde 50 µg gestodene ile 18 µg EE2 salınımı yapması öngörülen bir preparattır.

2. Sadece nestorone içeren transdermal korunma: Nestorone, deri bandı, sprey ya da jel formunda transdermal olarak kullanılabilir. Sprey formunda Nestorone ölçülür. Doz Transdermal Sistem' in klinik çalışmaları yapılmaktadır. Ayrıca üç ay süreyle günlük olarak 1.2 mg dozda cilde sürülen Nestorone Jel, ovülasyonu %83 baskılamaktadır. Sprey ve jel formunda hormon hızla ve tam olarak absorbe edilmektedir (72).

Vajinal Halkalar

Vajinal halkalar, vajene yerleştirilen özel bir halka aracılığıyla kadında kan dolaşımına hormon uygulamanın yeni bir yoludur. Vajen içinde olabildiğince derine yerleştirilir. Tam gün ve gece boyunca yerinde kalır. Bu sırada hormon salınımı yapar. İstenirse cinsel ilişki veya vajen temizliği sırasında, üç saate yakın süre için çıkarılabilir. Estrojen + progestin içeren kombine halkalar olduğu gibi sadece progestin içerenler de vardır (72).

Kombine Vajinal Halkalar

Halen klinik çalışmaları sürmektedir. Günde 150 µg yeni bir progestin olan Nestorone® ile 15 µg etinil estradiol salınımı yapar. Aynı halkayı kullanıcı 3 hafta vajende tutup 1 hafta çıkarmak suretiyle bir yıl kullanabilir. Progestasyonel ve antiovülatuar etkinlik açısından Nestorone en potent progestinlerden biridir. Kombine halkalar, ovülasyonu inhibe ederek, servikal mukusu kalınlaştırarak ve endometrial gelişimi baskılayarak etkinliklerini gösterirler.

Kombine halka kullanımında bazı yan etkiler nadir de olsa görülebilir. Bunlar, kanama düzensizlikleri, bas ağrısı, vajinit, kilo artışı, bulantı, duygu durum değişiklikleri, memelerde duyarlılık, uterin kramplar ya da akne oluşumudur (72).

Sadece Progestin İçeren Vajinal Halkalar

Henüz üzerinde klinik çalışmalar sürdürülen bu halkalar günde 50, 75 veya 100 µg Nestorone salınımı yapacak şekilde tasarlanmıştır. Emziren kadınlarda bir yıla kadar korunma sağlar.

Sadece progestin içeren vajinal halkalar temel olarak servikal mukusu kalınlaştırarak etki gösterirler. Ayrıca ovülasyonu önleme ve endometrium yapısını etkileme (hipoplazi) gibi ikincil etkileri de vardır. Estrogen içermedikleri için süt yapımını azaltmazlar, emziren kadınlarda tercih edilirler (72).

Transservikal Kadın Sterilizasyonu

Laparoskopi veya loperotomiyle tüp ligasyonuna göre daha kolay ve güvenli yollarla, kalıcı kontrasepsiyon girişimleri transservikal yolla sterilizasyon üzerinde yoğunlaşmaktadır.

1. Mikroinsert histeroskopik sterilizasyon: Essure® (Conceptus) adıyla geliştirilen mikro makara sistemi, her iki tubaya transservikal yolla (histeroskopik olarak) yerleştirilen bir sistemdir. Mikroinsert kesintisiz histeroskopik sterilizasyon da denir. Uygulamadan sonraki üç ayda aletin içine doğru skar dokusu gelişir ve tubalar bloke olmuş olur. Yerleştirme %90-95 oranında başarılı bulunmuş olup tubal obstrüksiyon veya stenoz olan olgularda yerleştirme başarısızdır. Uygulamadan üç ay sonra yerleştirmenin başarılı olup olmadığı, röntgen ya da USG ile gösterilmelidir. İlk üç ayda ek korunma yöntemleri kullanmak gereklidir. Skar dokusu oluşuktan sonra yöntem artık geri dönüşlü değildir. Avrupa, Avustralya, Kanada, Endonezya, Singapur, Türkiye ve ABD' de onaylanmıştır.

2. Quinacrine Kullanılarak Sterilizasyon: Quinacrine pelletlerin siklusun 6-14 günleri arasında uterus içine uygulanması tubal skarlaşmaya ve kalıcı sterilizasyona yol açar. Aynı uygulama sonraki siklusta da tekrar edilir. Endometriumda fibrozis ve skarlaşma olmaz, zira endometriumda yüksek düzeyde bulunan çinko, quinacrine-DNA kompleksleri oluşumunu ve fibrozis gelişimini önler. Sıtma ilacı olarak bilinen

quinacrine tubal sterilizasyon amacıyla 20 yıldır araştırılmaktadır. Güvenlik ve toksikolojik çalışmaları halen sonuçlanmamıştır. Cerrahi sterilizasyona göre gebelik görülme hızları daha yüksek bulunmuştur. Bir çalışmaya göre iki yıllık kullanımda 100 kadında 1-2 gebelik, bir başka çalışmaya göre de 5 yıl kullanımda 9.8 gebelik görülmüştür.

Uygulama sonrası yan etkiler arasında alt karın bölgesinde ağrı, baş ağrısı, baş dönmesi, sırt ağrısı, vajinal kasıntı, iritasyon, vajinal akıntı ve ateş sayılabilir. Ayrıca menstrüel kanamada azalma da bildirilmiştir.

3. Adiana İşlemi: Histeroskopik bir girişimle tubalara kateter yardımı ile düşük düzeyde radyofrekans enerjisi verilerek yüzeysel bir lezyon oluşturmaya dayanır. Aynı seansta tubalara matriks denilen gözenekli bir plastik implant yerleştirilir. Tuba içinde bırakılan matrikslerin içine doğru 12 hafta içinde oluşan doku gelişimi tubal bloğun oluşmasını sağlar. Henüz klinik çalışmaları süren bir yöntemdir (72).

Erkeklerde Kontrasepsiyon

1. Erkeklerde Hormonal Kontrasepsiyon

a. Sadece Testosteron İçeren Formüller: WHO' nun iki çalışmasında testosteron enanthate 200mg/hafta uygulaması ile erkeklerde azoospermi / oligozoospermi oluşturulması sonucu kontraseptif etki oluşturulabileceği gösterilmiştir. Halen Çin' de bin erkek üzerinde yürütülen bir çalışmada haftalık değil de aylık ve iki aylık enjeksiyona olanak veren yeni bir testosteron türevi olan testosteron undecanoate (TU) iki yıl süreyle kullanılmaktadır. TU, başlangıçta 1000 mg daha sonra 4-6 haftada bir 500mg uygulanmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre de, erkeklerde hormonal kontrasepsiyon kullanılabilir. Testosteron ile sperm yapımının baskılanması Asya kökenlilerde başarılı olurken, Asya dışı kökenli erkeklerde aynı derecede başarılı değildir.

b. Kombine Formüller: Testosteron' un progestinlerle ve GnRH analoglarıyla birleşik kullanımı ile sperm yapımının baskılanması daha etkili ve hızlı olduğu gibi, daha az dozda testosteron kullanılacağından, testostereona bağlı yan etkilerin daha az görülmesini sağlayacaktır. Testosteron ile birleşik uygulama için en uygun hormon progestin gibi görülmektedir. Ancak kadınlardakinin aksine farklı ilaç gönderme yolları kullanılmaktadır. Örneğin progestinler için hap, enjeksiyon transdermal bant

ya da implant sistemleri denenmektedir. TU/NET-EN birleşimiyle Faz II çalışmalarına yakında başlanacaktır.

Son zamanlarda testosteron yerine potent sentetik bir hormon olan MENT® (7 alfa metil 19 nortestosteron) gerek kontrasepsiyon gerek replasman amaçlı çalışmalarda kullanılmaktadır. 5 alfa redüktaza dirençli olduğundan prostat ve diğer androgene bağımlı dokularda daha az potenttir.

Erkeklerde hormonal kontraseptiflerin cinsel arzu yada agresif davranış üzerine yan etkisi olmadığı kabul edilmektedir. Progestinle testosteron birleşik kullanımında azalan akne, kilo alma, HDL' nin baskılanması, enjeksiyon yerinde ağrı gibi yan etkiler, sadece testosteron kullanıldığında daha belirgindir.

Kontraseptif etkinlik için kombine formüllerde hedef, ejakülasyondaki sperm sayısını 1 milyon/ ml' nin altına çekmektir. Bu düzey, yöntemi kullanan 100 erkeğin eslerinde 1.4 gebelik oluşmasına karşı gelen kabul edilebilir bir düzeydir.

Kadın kontrasepsiyonunda potansiyel yan etkiler, istenmeyen bir gebelik ve doğumu önlemenin getirdiği büyük yararlarla karşılaştırılmakta ve dolayısıyla minör kalmakta; buna karşı erkek kontrasepsiyonundaki potansiyel yan etkiler, erkekte gebelik ve doğumun risklerini taşımadığı için, göreceli olarak büyük hale gelmektedir (72).

2. Vas Bloğu için iki yeni yöntem

a. Intravasal kontraseptif RISUG (Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance): Hindistan' da geliştirilen bu yöntemde RISUG (styrene maleic anhidrid-SMA yapılı polimer jel ile dimetil sülfoksit-DMSO karışımı), vas deferens içine enjekte edilir. RISUG' da kısmi blok yapar ve ayrıca sperm membran hasarı ile sperm hareketini bozar. Güvenlik ve toksikoloji çalışmaları devam etmektedir.

b. Vas içi Araç (VIA): Her bir vas içine ikişer tıkaç implante edilmesiyle reversibl bir kontrasepsiyon sağlanabilir. Kesisiz vazektomi yapılan her birimde uygulanabilir. Klinik çalışmaları devam etmektedir (72).

Kontraseptif Aşılar

Kontraseptif aşılar, günümüzdeki mevcut kontraseptif yöntemlere çok önemli seçenek oluşturabilirler. Kontraseptif aşı geliştirmede araştırılan moleküller, gamet

yapımını (LHRH/GnRH, FSH), gamet işlevlerini (sperm antijenleri ve oosit zona pellucida-ZP) ve gamet akıbetini (HCG) hedeflemektedir. Gamet yapımını hedefleyen kontraseptif aşıların etkinliği değişik derecelerde olmuştur. Ancak ya seks steroidlerine etkiyle impotansa yol açmışlardır ve/veya gametogenezi kısmen ya da tamamen inhibe edici bir etkileri olmuştur. LHRH/ GnRH temelli aşilar ise, hayvan kastrasyonunda kullanılmak üzere ve prostat hipertrofisi ve kanserinde terapötik amaçlı olarak geliştirilmektedir. Bu aşilar, uterin myomlar, PCOS, endometriosis ve puberte prekoks gibi artmış seks steroidlerinin inhibisyonunu gerektiren klinik durumlarda da uygulanabilir.

Gamet işlevlerinde rol oynayan sperm antijenleri ve ZP proteinleri gibi molekülleri hedefleyen aşilar oldukça heyecan vericidir. Aşilar için tabii ki en vaadkar ve heyecan verici hedef spermlerdir. Bu amaçla çeşitli, sperme özgü antijenler üzerinde çalışılmaktadır. Yine çalışmalarda uygun sperme özgü epitoplara odaklanılmakta, aşilar üzerindeki immünojenisite ve etkinlik artırılmaya gayret edilmektedir. Antisperm antikorların (ASA) aracılık ettiği immünoinfertilite, bir aşının insanlarda nasıl işlev yapabileceğini gösteren doğal bir modeldir. ZP proteinlerini temel alan aşilar kontraseptif etki oluşturmada çok etkili ise de, ooforitise yol açarak, seks steroidlerini etkilemektedirler. Bunlar hayvanlar üzerinde başarıyla kullanılmaktadır. İnsanlarda uygulanabilmesi için halen çalışmalarda infertilite bağlantılı epitopların (B-hücre epitopları) ooforitis oluşturan epitoplardan (T-hücre epitopları) ayrılmasında yoğunlaşmıştır.

Gametlerin nihai sonucunu hedef alan aşilar ise, HCG molekülüne odaklanılmaktadır. HCG aşısı insanlarda Faz I ve II klinik çalışmalarından geçen ilk aşıdır. Gerek etkinliği gerek immünopatoloji yokluğu oldukça iyi bir şekilde ortaya konulmuştur. Halen doğum kontrol aşısının immünojenisitesini ve etkinliğini artırma ve çeşitli HCG salgılayan tümörlerdeki klinik uygulamalarını inceleme çalışmaları sürdürülmektedir (72).

4.8.AİLE PLANLAMASI VE ETİK

Etik, insan eylemlerini konu alır. Etiğin konusunu her türlü insan eylemi değil, öncelikle ahlakiliği vurgulayan eylemler oluşturur. Etik bir eylemi ahlaki açıdan iyi

yapan niteliksel durumu sormakta, bir bağlamda ahlak, iyi, ödev, gereklilik, müsaade gibi kavramları ele almaktadır. Tıp etiği, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ortaya çıkan değer sorunları ile ilgilidir. Tıp etiğinin önemli soruları arasında aile planlaması da yer almaktadır (24).

Sağlık çalışanı aile planlaması yöntemlerinden birini çift adına seçebilir mi? Ya da bu seçimi olanaklı kılan koşullar olabilir mi? Ailedeki çocuk sayısını belirleme konusunda sağlık çalışanının danışana bilgi verme sorumluluğunun sınırları var mı? Bu gibi sorular etik karakterli sorulardır ve derin temelli açıklamalara gereksinim duyar (24).

AP kavram ve içeriği bir etik değerlendirme yapmak için iyi bir örnek oluşturmaktadır. AP tanımı gereği önce insanla doğrudan ilgilidir. Mikroetiğin (Bireye yönelik) uğraş alanı içinde yerini alır. Nüfus politikalarının tüm dünyadaki gelişimi hatırlandığında nüfusun artış/azalmasının desteklenmesi, doğumların rasyonelleştirilmesi, optimum nüfusa ulaşabilmesi şüphesiz makroetik (Daha geniş insan toplulukları ile ilgili) açıdan bir değerlendirmeyi de gerekli kılmaktadır (24).

Hekim önerileri gerek hasta ve gerekse hekimler dünyasında tartışmasız izlenmesi gerekli emirler olarak alışılmalıdır. Danışanlar da kendileri için en doğru kararı vereceklerine inandıkları danışmanlarına böyle bir sorumluluk yükler ve çözümü onlardan bekler biçimde davranabilmektedirler. Unutulmamalıdır ki; danışanlar eğer kendi seçtikleri yöntemleri kullanmak durumunda olabilirlerse, bu seçim onların yaşam döngüleri ile uyumlu ise AP' den beklenen hedefe varmak çok da zor olmayacaktır (24).

Ancak günümüzde bu durum yerini hasta özerkliğine saygı ilkesini öncelikle benimseyen bir iletişim biçimine bırakmaktadır.

Toplumdaki herkesin kendisi ve ailesi için AP konusunda bilgi edinme ve AP uygulayıp uygulamamaya karar verme hakkı vardır. Korunma yöntemi kullanmak isteyenlere yöntemin uygunluğu saptandıktan sonra, istedikleri yöntemi seçme hakkı verilmelidir (24).

AP programları ön yargısız, bilgi, eğitim ve danışmanlık ve yeterli çeşitlilikte yöntem seçeneği sağlayarak insanların bilinçli bir yöntem seçimi yapmalarına yardımcı olmalıdır.

Sağlık alanında adalet ilkesi mevcut kaynakların gereksinim sahibi kişilere, onların ihtiyaçlarına göre dürüstçe paylaşımı öngörür. AP hizmetlerinin planlanması, hizmetin verileceği birimin düzeni, yönetimi, hizmet gereksinimi olanlara ulaşması adalet ilkesinin gereklerindendir (24).

4.9.AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YERİ

Yaşamın temel bir bileşeni olmasına karşın cinsellik hakkında bilgilenme, ülkemizde olduğu gibi dünyada da bireyler için olan eğitim bir yana, sağlık çalışanlarının eğitiminde bile ihmal edilen bir durumdur. Araştırmalarda, üreme sağlığı hizmetlerinin sunumunda çalışanların cinsel sağlık bilgilerinin sınırlı olduğu ve eğitim programlarında cinsellikle ilgili konuların yer almadığı belirlenmektedir. Oysa; ergenlikte gelişme, gebelik, doğum, doğum sonu dönem, gebelikten korunma, gebelik sonlandırma, infertilite, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, cinsel işlev bozuklukları ve cinsel taciz gibi üreme sağlığı hizmetlerinde görev alan ve çoğu ilk basamakta görevli olan sağlık çalışanları etkili hizmet sunabilmek için cinsellik konusunda bilgilenmiş olmalıdır (13).

Kadınların, sağlık görevlileri sorarlarsa, cinsel yaşamları hakkında bilgi vermeye ve sorunlarına çözüm aramaya hazır oldukları bilinmektedir. Oysa sağlık görevlileri, kimi zaman bilgisizlikleri nedeniyle kimi zaman da üreme sağlığı hizmeti verseler de, cinselliğin işleri ile ilgili bir konu olduğunun yeterince farkında olmamalarına bağlı olarak, cinsel davranışlar hakkında öykü almaktan çekinirler. Oysa ki, cinsellikle ilgili bilgiler sorgulanmadan etkin aile planlaması hizmeti verilemez (13).

Kolay ulaşılabilen, danışmanlık becerisine sahip, bilgili ve eğitilmiş kişiler tarafından verilen etkili ve nitelikli bir aile planlaması hizmeti, istenmeyen gebelikler ve doğumları önemli ölçüde azaltacaktır. Etkili aile planlaması kullanma oranının yükseltilerek, bireylerin istenmeyen gebeliklerden sağlıklı ve güvenli olarak korunmaları için, aile planlamasına yönelik tam ve doğru bilgi sağlanması gerekmektedir. Bu noktada, sağlık personeli tarafından topluma sunulan aile planlaması konusundaki eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin önemi ortaya çıkmaktadır. SB tarafından yürütülen aile planlaması hizmetlerinde aile planlaması

programlarının desteklenmesinin sürdürülmesi, çalışmalarda bulunacak kuruluşlarda öncelikle sağlık personeline sonrasında ise halka verilecek eğitimlerin düzenlenmesi önem taşımaktadır (2,58).

Örneğin, Birleşmiş Milletler’ de 42 milyonun üzerinde üretken yaşta kadın vardır. Her 10 kadından 7’ si cinsel olarak aktiftir ve gebe kalmayı istememektedir. Orta yaştaki kadınlar 2 çocuk istemektedir ve bu ancak onların yaklaşık olarak 30 yıl kontaseptif yöntem kullanmasıyla mümkündür. Üretken yaştaki kadınlardan geri dönüşümlü yöntem kullananlar %61.0’ dir. Her yıl 3 milyon planlanmamış gebelik meydana gelmektedir. Bu gebeliklerin %47.0 ‘si yöntem kullanmayan kadınlarda görülmüştür. Planlanmamış gebeliklerin geri kalan %53.0’ lük kısmı ise kadınların yanlış yöntem kullanmalarından kaynaklanmaktadır (39). Yanlış yöntem kullanımına bağlı gebeliklerde sağlık personelinin bilgi eksikliği ön plana çıkmaktadır. Bunun için sağlık personelinin de AP yöntemleri hakkında eğitim ihtiyaçları olduğu ve olacağı düşünülerek, AP ile ilgili hizmet veren diğer sağlık kurumlarıyla işbirliğinin artırılması ve her sağlık ocağında bulunması gereken AP sorumlu personelinin eğitim ve motivasyonunda da rol oynaması gerekmektedir (34).

Hizmet sunumunda görev alacak sağlık personelinin danışmanlık hizmeti verebilmesi için sürekli eğitimlerle desteklenmesi gerekmektedir. Böylece aile planlaması hizmetlerinin etkinliği, kalitesi artacak, toplumun sağlık düzeyi yükselecektir (42).

Oman’ daki kadınların özerkliğinin, eğitiminin ve çalışma durumunun kontraseptif kullanımına etkisini inceleyen araştırmada (N:1830) eşin yöntem kullanıp kullanmamaya karar vermekte olduğundan, %1.0’ den daha azının ilk çocuğundan önce yöntem kullanmakta ve evliliklerinin ilk yılında gebe kalmayı ummakta olduğundan söz edilmiştir. Oman’ da sağlık ve eğitim alanında 1970’ lerden beri çok büyük değişimlerin olduğuna ve 1994’ den beri hükümetin 1. basamak sağlık merkezlerinden tüm evli çiftlere ücretsiz kontrasepsiyon sağladığı ancak sosyo-ekonomik gelişmelerin hızlı olmasına rağmen doğurganlık oranının 2001’ de %4.2 olduğundan bahsedilmiştir. Ayrıca kadınların statüsünde eğitim önemli bir anahtar olduğundan, kadınların kontraseptif ihtiyacının yaklaşık %25.0 oranla gebelik meydana geldikten sonra olduğundan fakat eğitim seviyesi ve çalışma durumu ile bunun önemli ölçüde azaldığından bahsedilmiştir (6).

Sri Lanka’ daki kadınların gebeliği sonlandırma çalışmaları, düşük ve aile planlaması arasındaki bilgi, ilgi ve davranışlarına yönelik çalışmada ise, kadınların %96.0’ sının düşüğün zararlarının farkında olmadığı, %78.0’ inin en az bir aile planlaması yöntem kullanımı hakkında bilgili olmasına rağmen yalnızca %16.3’ ünün düzenli olarak yöntem kullandığı belirlenmiştir (50).

Nijerya’ daki 480 kadın arasındaki kontraseptif değişimlere yönelik yapılan çalışmada, %89.0’ unun en az bir kontraseptif yöntem bildiği, %50.7’ sinin enjekte edilen, %22.5’ inin RİA, %13.9’ unun Norplant ve %10.3’ ünün KOK kullandığı saptanmıştır. %34.5’ inin yöntem seçiminde ebelere, %25.6’ sının hemşirelere başvurduğu belirlenmiştir (41).

1994 Türkiye Durum Analizi Çalışmasında sağlık kuruluşlarının sadece %57.0’ sinde düşük yaptıran kadınların bir yöntemle kuruluştan ayrıldıklarını ortaya koymaktadır. Kadınlardan %24.0’ ünün aslında istedikleri yöntemi almadıklarını ifade ettiği, bu kadınların %50.0’ sinin ise, hizmet sunanın bu yöntemi onlar için uygun olmadığını söylememesi nedeniyle istedikleri yöntemleri alamadıkları bildirilmiştir. Ayrıca, ayaktan hizmet veren kurumların yarısından fazlasında görsel materyaller olmasına karşın danışmanlık hizmeti sırasında bunların çoğunlukla kullanılmadığı belirlenmiştir. Bu durumun nedeninin de sağlık personellerinin sadece beşte birinin bilgi, eğitim ve danışmanlık becerileri eğitimi almalarındandır (51).

AP ile ilgili yapılan çalışmalarda, bu konuda sunulan sağlık eğitimi ile, bireylerin hem bilgi düzeylerinde hem de etkili yöntem kullanma davranışlarında bir artış olduğu gösterilmektedir. Güncel bilgiler de sağlık ekibi üyeleri tarafından toplumla paylaşılmalıdır. Böylece yöntemlere ilişkin yanlış inanışların ve söylentilerin önüne geçilebilir. Halka verilecek eğitim ile çiftlerin kendisine en uygun yöntemi seçmesi sağlanacak, seçtiği yöntemle ilgili kadınlar tam ve doğru bilgilendirildiklerinde yöntemi doğru kullanacaklardır. Verilecek eğitimle hizmetin kalitesi, dolayısıyla kullanıcı memnuniyeti artacaktır (2).

Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı ve memnuniyeti etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bunların en başında halkın sosyoekonomik durumu, ulaşılabilirlik ve sağlık kuruluşlarının fiziki yeterliliğidir. Ülkemizde, bu faktörlerin yanı sıra, halkın sağlık ocaklarında çalışan personele güvenmemesi, çalışanların sadece tanı ve tedavi

hizmetlerine ağırlık vererek yapması gereken diğer uygulamaları ihmal etmesi de memnuniyeti etkilemektedir (47).

Ülkemizdeki sağlık hedeflerinden biri de 2020 yılına kadar 15-49 yaş kadınlarda modern aile planlaması yöntemi kullanımının %70' e çıkarılmasıdır. Bu hedefe ulaşmak ancak aile planlaması hizmetlerinin kalitesine dolayısıyla, danışmanlık hizmetinin varlığına ve niteliğine bağlıdır. 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 (42).

AP hizmetlerinde istendik düzeye ulaşmak için iyi eğitilmiş kişiler tarafından danışmanlık yapılmalıdır. Danışmanlık, aile planlaması hizmetlerinin çok önemli, ancak çoğunlukla ihmal edilen bir bölümüdür. Ayrıca bireyleri ikna etmek için bir araç değildir, yöntemlerle ilgili seçenekler sunarak, kendisine en uygun yönteme karar verebilmesi için kişinin konunun uzmanınca aydınlatılmasıdır (22).

Hizmet alan kişilerin sorgulanan durumlarla ilgili olarak her zaman kesin bilgisi olmayabilir. Bu nedenle, sağlık personeli verilen bilgilerin doğruluğunu değerlendirebilmeli ve gerekiyorsa soruları değişik biçimlerde tekrar sormalıdır. Kadının ve eşinin yanıtlarını etkileyebilecek sosyal, kültürel ve dini faktörleri de göz önünde bulundurmalıdır. Ayrıca, danışman standartlar özen göstermeli; yeterli klinik ortam, araç/gereç-malzeme sağlanmalı ve izlem/süreklilik desteklenmelidir (57).

Kadın ve çocuk sağlığında, aile planlaması hizmetlerinde, sağlık ekibi önemlidir. Bu nedenle, sağlık çalışanları ve bireyler arasında iletişimin iyi olması, bireylere verilen hizmetlerden hoşnutluğunun yüksek olması, hizmetten yararlanma açısından önemlidir. Ancak bu aşamada sağlık çalışanları yönlendirici olmamalıdır. Örneğin, dünyanın pek çok yerinde sağlık personelinin bireylerin kullanacağı doğum kontrol yöntemine karar vermektedir (7,40).

Tüm sağlık çalışanlarının aile planlaması konusunda eğitilmiş olması, kendilerinin de uygun ve etkili bir aile planlaması yöntemi kullanmalarını sağlayacaktır. Ayrıca, sağlık personelinin kendisinin de etkili modern bir aile planlaması yöntemi kullanması sağlık personelinin yaptığı işe inandığını gösterecektir (21,44).

Sağlık hizmetleri değişik alanlarda eğitim görmüş, dolayısıyla değişik bilgi ve becerileri olan kişilerden oluşan bir ekip tarafından verilebilecek kadar geniş boyutludur. Ekipteki üyelerin hizmetlerinin toplama sağlık hizmetlerinin bütününe ortaya çıkarır. Bu ekip anlayışı içerisinde ebe, hemşire ve hekimin önemi büyüktür. Dolayısı ile de bu meslek gruplarının mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimleri önem kazanmaktadır. Sağlık personellerinin büyük bir kısmı temel sağlık hizmeti sunan sağlık ocaklarında görev yapacaklardır. Sağlık ocaklarında koruyucu ve I. Basamak tedavi edici hizmetler ile rehabilitasyon hizmetleri birlikte verilmektedir. Sağlık ocaklarında verilen koruyucu hizmetlerin başında ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri gelir. Sağlık ocaklarında bu hizmetlerin hemen hepsi ebe, hemşire ve hekim tarafından sunulmaktadır.

Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan öğrencilerin Hap, Kondom ve RİA dışındaki yöntemleri bilme oranlarının düşük olduğu ve cerrahi sterilizasyon, enjektör ve geri çekme yöntemini bilme oranlarının ebeler, hemşirelik ve sağlık memurluğu bölümlerinden daha iyi olduğu bildirilmiştir (1).

Ukrayna'daki tıp öğrencilerinin üreme sağlığı hakkındaki deneyim, ilgi ve bilgileri ile ilgili çalışmada kız öğrencilerin %59.0'unun erkeklerin %83.0'ünün cinsel birleşmeyi deneyimlediği, erkeklerin 15.7 yaşında kızların ise 16.6 yaşında ilk cinsel deneyimlerini yaşadığı, cinsel deneyimi olanların %32'sinin ilk deneyimlerinde yöntem kullanmadığı ve %19.0'unun en son deneyiminde bile yöntem kullanmadığı belirlenmiştir (38).

Ayrıca, öğrenciler arasında en sık kullanılan yöntemlerin sırasıyla kondom, geri çekme, KOK olduğu, yaklaşık %6.0'sının CYBH geçirdiği ve %10.0'unun düşük deneyimlediği belirlenmiştir (38).

Singapur'daki tıp öğrencilerinin AIDS ve seksüel davranış arasındaki ilişkiyi değerlendirmesine yönelik çalışmada, öğrencilerin %40.0'ünün seksüel ilişkilerini günlük partnerlerle ve hayat kadınlarıyla yaşadıkları ancak sadece %20.0'sinin en son cinsel ilişkileri sırasında kondom kullandığı ve %30.0'unun gelecek seferki ilişkisinde kullanmayı planladığı belirlenmiştir (55).

Mexico City'deki büyük bir devlet üniversitesinde okuyan 1.sınıf tıp öğrencileri arasında düşük, kontraseptif kullanımı ve adolesan gebeliklere ilişkin çalışmada öğrencilerin %22.0'sinin cinsel yönden aktif olduğu bunlardan kadın olanların

%83.0' ünün bazen yöntem kullandığı diğerlerinin ise gebe olduğu belirlenmiştir. Gebe olanların yarıdan fazlasının (%52.6) gebeliğinin düşükle sonlandığı belirlenmiştir (43).

Dinç' in Elazığ' da görev yapan ebe ve hemşireler üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada, eğitimden önce hemşire ve ebelerin %93.3' ünün hapı, %94.4' ünün RİA' yı, %88.3' ünün Kondomu, %49.4' ünün cerrahi sterilizasyonu %11.7' sinin takvim yöntemini, %66.7' sinin geri çekmeyi, %49.4' ünün spermisiti bildiğini saptamıştır (19).

Güner ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada; “hangi yöntemi kullanıyorsunuz” sorusuna, ilk sırada kondom (%10.1) dedikleri ve bunu hap, RİA ve diğer yöntemlerin izlediği, geri çekme yöntemini kullananların oranının %2.1 olduğu, “Bugüne kadar sizin veya kız arkadaşınızın istemeden gebe kaldığı oldu mu” sorusuna %1.7 oranında ‘evet’ dediği, “Bu gebeliği sonlandırdınız mı” sorusuna ise %1.4 oranında ‘evet’ yanıtı verdiği görülmüştür. Grubun “istenmeyen gebeliklerle karşılaştaysanız ne yapardınız” sorusuna %30 oranında ‘evlilik dışı ise sonlandırılmalıdır’, %22.0 oranında ‘evlilik ilişkisiyle doğurulmalıdır’ yanıtını verdiği, öğrencilere istenmeyen gebeliği sonlandırmak istediğinizde ilk başvuracağınız yer neresi olurdu diye sorulduğunda %53.1’inin özel hekim ya da hastane dediği bildirilmiştir. Araştırma grubumuzdaki öğrencilerin %96.1' i cinsel partnerinin olduğunu belirtmiş ancak % 83.6' sı cinsel ilişki sırasında korunup korunmadığı sorusuna cevap vermemiştir. Bu hala cinselliğin konuşulmadığını bir kanıtı sayılmalıdır. Sağlık Bilgi Erişim Merkezi Akademik Makalelere <http://www.sabem.saglik.gov.tr>. adresinden ulaşılabilir (Erişim tarihi: 30.12.2008)

Temel sağlık hizmetlerinde ebe ve hemşireler, üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde kilit personeldir. Ülkenin en uç kesimine hizmet götürmeleri nedeniyle ebe ve hemşireler yalnız hastanede değil, toplum içinde de aileyi ve bireyleri kendi ortamlarında ve doğal etkileşimler içinde değerlendirerek bu grupların ihtiyacı olan yardımı sunabilirler (73).

Yapılan çalışmada kadınların %60.5' inin modern aile planlaması yöntemlerinin olumsuz etkilerinin olmadığını düşündüğü, olumsuz etkisi var diyenlerin ise; sağlığa

zararlı, gebelikten etkili korumaz, dini yönden sakıncalı, kısırlığa neden olur ve cinsel sağlığı bozar şeklinde görüş bildirdiği belirlenmiştir (73).

Kenya' nın batı illerindeki sağlık merkezlerinde çalışan personelin aile planlaması konusundaki bilgi, yaklaşım ve tecrübelerine yönelik çalışmada personelden 25-34 yaş arasında olanların bazı kontraseptif yöntemleri bildiği ancak %20' sinin düzensiz ve %2' sinin düzenli olarak kullandığı belirlenmiştir (32).

Ayrıca erkeklerin yöntem kullanmadığı çünkü erkeklere yönelik olan yöntemlerin sınırlı ve etkin olmadığını düşündükleri belirlenmiştir. Hem kadınlar hem erkekler kontrasepsiyonun kadının sorumluluğunda olduğuna inanmaktadır (32).

Toplumun üreme sağlığı konularında ve bulaşıcı hastalıklardan nasıl korunulacağına ilişkin bilgilendirilmesi sürecinde ve danışmanlık hizmetleri verilmesinde, hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu konulara ilişkin eğitim çalışmalarında hemşirelerin etkili ve başarılı olabilmeleri için yeterli düzeyde bilgi ve eğitim becerisine sahip olmaları gereklidir. Hemşirelerin ve diğer tüm sağlık çalışanlarının aile planlaması konusunda eğitilmiş olması, kendilerinin de uygun ve etkili bir aile planlaması yöntemi kullanmalarını sağlayacaktır. Ayrıca, sağlık personelinin kendisinin de etkili modern bir aile planlaması yöntemi kullanması sağlık personelinin yaptığı işe inandığını gösterecektir. Aile planlaması hizmetlerinin tıbbi ve psiko-sosyal olmak üzere iki yönü bulunmaktadır. Tıbbi yön aile planlaması araçlarının kullanılması, takılması gibi konuları ilgilendirir. Bu aşamada sorumlu kişiler hekimler, hemşireler, ebelerdir. Aile planlamasının psiko-sosyal yönü ele alındığında öncelikle doğumların denetimiyle ilgili olarak halkı aydınlatmak, konuyu bilmeyen toplum kesimlerine gereken bilgileri sunmak öncelik taşır (59).

Birleşmiş Milletler' deki kadın hekimlerin kontraseptif kullanımına ilişkin çalışmada hekimlerin yaş aralığı 30-44' tür. Hekimlerin diğer kadınlara oranlar RİA, diyafram, kondom ve cerrahi sterilizasyonu daha fazla kullandığı belirlenmiştir. Genç kadın hekimler özellikle sürekli kullanım gerektirmeyen metodları kullanmıştır. Genellikle spermisit ile bariyer yöntemi kombine ederek kullanıyorlar. Kadın hekimlerin kontraseptif kullanımları genel popülasyondan farklı. Hekimlerin kişisel özelliklerinin hastalarına tavsiye ettiği uygulamaları ve onların kontrasepsiyonla ilgili görüş ve davranışlarını etkilediğini göstermektedir. Kadın

hekimlerin klinikte tavsiyeleri kendi uygulamalarından farklı olmasına rağmen onların tercihleri hastalarını etkileyebiliyor (26).

Ülkemizde 1923 yılında toplam 554 hekim ve 69 hemşire görev yapmaktayken, günümüzde bu sayılar 77344 hekim ve 69246 hemşire şeklindedir. Doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin toplumla temasta olup topluma örnek teşkil eden bir grup olduğu düşünüldüğünde bu durumun önemi yadsınamaz (14,31).

4.9.1.AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SORUMLULUKLARI

507 Sayılı Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütecek Personelin Eğitimi. Görev, Yetki ve Sorumlulukları Hakkında Yönetmelik

10 Eylül 1983 Tarih ve 18161 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır.

Konusu :

Bu yönetmelik, aile planlaması hizmetlerini yürütecek personelin eğitimi, görevlendirme esas ve usulleri ile uygulamadaki yetkilerini ve aile planlaması hizmetlerinde kullanılan ilaç ve araçların niteliğini saptayan " Bilimsel Komisyonun" kuruluş ve işleyiş esaslarını kapsamaktadır.

Amaç:

MADDE 1.Bu yönetmeliğin amacı, nüfus planlaması hizmetlerini yürütecek personelin eğitim ve görevlendirme esas ve usulleri ile uygulamadaki yetkilerini belirlemek, bu hizmetin yürütülmesi sırasında kullanılacak ilaç ve araçların niteliğini saptayacak olan Bilimsel Komisyonun kuruluş ve işleyiş esaslarını tespit etmektir.

Eğitim Merkezlerinin Kurulması:

MADDE 7.Eğitim Merkezleri aşağıda belirtilen yerlerde kurulur.

1) Bakanlıkça uygun görülen devlet hastanelerinin kadın hastalıkları ve doğum bölümlerinde,

- Doğumevlerinin NP kliniklerinde,

- Tıp fakültelerinin kadın hastalıkları ve doğum bölümlerinde,
- İl merkezlerindeki sağlık ocakları ile AÇSAP Dispanserlerinde.

Eğitim Merkezlerinin Fizik Koşulları:

MADDE 8. 7. maddede belirtilen eğitim merkezlerinde aşağıda belirtilen koşulların bulunması gereklidir.

- 1) Muayene ve uygulama için 2-4 adet oda,
- 2) Eğitim için toplantı odası ya da salonu,
- 3) Eğitim ve uygulamalar için ekte belirtilen araç-gereçler.

Eğitim Merkezlerinin Yönetimi ve Personel Koşulu:

MADDE 9. 7. maddenin 1, 2, 3. bendlerinde sözü edilen (tıp fakülteleri dışındaki) eğitim merkezlerini bir uzman hekim, 4. bendinde sözü edilen eğitim merkezlerinde uzman hekim olmadığı takdirde, eğitim görmüş ve yeterlik belgesi almış pratisyen hekim yönetir. Kurulacak olan eğitim merkezlerinin yöneticisi, AÇSAP Genel Müdürlüğünün teklifi üzerine Bakanlıkça tayin edilir.

1) Nüfusu 500 bine kadar olan yerlerdeki eğitim merkezlerinde çalışacak personel aşağıda belirtilmiştir.

- A- Bir pratisyen hekim (eğitim görmüş ve yeterlik belgesi almış),
- B- Sağlık yüksek öğrenim mezunu bir ebe veya hemşire,
- C- Eğitim görmüş iki yardımcı sağlık personeli (ebe, ebe-hemşire veya hemşire),
- D- Bir sekreter,
- E- Bir hizmetli.

2) Nüfusu 500 bini aşan yerlerde açılacak eğitim merkezlerinin personel durumu 9. maddenin 1. bendine göre tespit edilir.

Personel Eğitimi:

MADDE 11. Gebeliği önleyici ve sonlandırıcı yöntemler ile sterilizasyon konularında uzman hekim, pratisyen hekim ve hekim dışı sağlık personeline hizmet öncesi ve hizmet içi teorik ve uygulamalı eğitim, Bakanlıkça açılacak veya gösterilecek eğitim merkezlerinde verilir.

1) Eğitimden geçirilen personelin almış olduğu eğitimin konusu ve süresi personelin siciline işlenir.

2) Aldıkları NP eğitim konusuna göre başarılı olan personele bakanlıkça "Yeterlik Belgesi" verilir.

3) Uzman ve pratisyen hekimlerin yeterlik belgesi kendilerine verilir. Yardımcı sağlık personelinin yeterlik belgeleri çalıştıkları sağlık kurumundaki dosyalarında saklanır.

4) Uzman hekimler asistanlıkları sırasında NP konularıyla ilgili bilgi ve beceri kazandıklarını belgeledikleri takdirde kendilerine yeterlik belgesi verilir.

5) Eğitime alınacak uzman, pratisyen hekim ve yardımcı sağlık personeline uygulanacak eğitimin konusu ve süresi AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından tespit edilir.

6) Yardımcı sağlık personelinin yeterlik belgesinin geçerlilik süresi 5 yıldır.

7) Yeterlik belgesi almış olan yardımcı sağlık personeli 5 yıl sonunda bakanlığın göstereceği eğitim merkezlerinde değerlendirmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme sonunda başarısız olanlar iki hafta süre ile eğitime alınırlar. Bu süre sonunda başarısız olanların yeterlik belgeleri bakanlıkça iptal edilir.

Uzman Hekimlerin Eğitimi:

MADDE 12. NP Kanununun öngördüğü hizmetlerin yürütülmesiyle ilgili konularda uzman hekimlere 11. madde hükümlerine göre eğitim programı hazırlanır ve uygulanır.

Pratisyen Hekimlerin Eğitimi:

MADDE 13. NP Kanununun öngördüğü hizmetlerin yürütülmesiyle ilgili pratisyen hekimlere 11. madde hükümlerine göre eğitim programı hazırlanır ve uygulanır. Bu eğitim en az aşağıdaki konuları içerir.

- 1) Nüfus planlaması hizmetlerinin kişi, aile ve toplum yönünden önemi,
- 2) Bu hizmetlerin sağlık örgütü içinde en etkin veriliş biçimi,
- 3) Hizmet sonuçlarının değerlendirilmesi ile ileriye yönelik plan ve program yapılması,
- 4) Üreme sisteminin anatomi ve fizyolojisi,

- 5) Gebeliği önleyen yöntemlerin etki mekanizmaları ve yan etkileri,
- 6) Pelvik muayeneyi değerlendirme,
- 7) RİA uygulama,
- 8) Modern ve etkili yöntemlerde uygun vaka seçimi,
- 9) On haftaya kadar olan gebeliklerde rahim tahliyesi,
- 10) Erkeklerde sterilizasyon ameliyatı.

Yardımcı Sağlık Personelinin Eğitimi:

MADDE 14. Nüfus Planlaması eğitimini yürüten ve yürütecek olan ebe, ebe-hemşire ve hemşirelere 11. madde esaslarına göre görev, yetki ve sorumlulukları dikkate alınarak eğitim programı hazırlanır ve uygulanır. Bu eğitim en az aşağıdaki konuları içerir.

- 1) NP hizmetlerinin kişi, aile ve toplum yönünden önemi,
- 2) Bu hizmetlerin sağlık örgütü içinde en etkin veriliş biçimi ,
- 3) Üreme sisteminin anatomi ve fizyolojisi,
- 4) Gebeliği önleyen yöntemlerin etki mekanizmaları ve yan etkileri,
- 5) Pelvik muayeneyi değerlendirme,
- 6) RİA uygulama,
- 7) Bu hizmetlerle ilgili kayıt sistemi ve değerlendirme.

Uzman Hekimlerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları:

MADDE 17. Uzman hekimler nüfus planlaması hizmetlerinin uygulanmasından, görevli bulundukları yerlerdeki pratisyen hekimlerle yardımcı sağlık personelinin nüfus planlaması konusunda eğitimlerinden, uygulamanın denetlenip değerlendirilmesinden ve bu hizmetlerin geliştirilmesinden sorumludurlar. Uzman hekimlerin nüfus planlaması hizmetleriyle ilgili görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

- 1) Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları

A- Gebeliği önleyici hapları, yeni uygulanacaklar için başlatmak ve buna uygun vakaları seçmek ve kullananları izlemek,

B- RİA, diyafram uygulamak ve bunları izlemek,

C- On haftaya kadar ve tıbbi zorunluluğa bağlı olan on haftadan sonraki rahim tahliyelerini yapmak,

D- Kadınlarda sterilizasyon ameliyatını yapmak,

E- Erkeklerde sterilizasyon ameliyatı yapmak,

F- Sorumlu olduğu sağlık kuruluşu veya bölgenin nüfus planlaması hizmetlerini organize etmek, denetlemek ve değerlendirmek,

G- Yürüttükleri hizmetlerin geliştirilmesi ile ilgili geleceğe dönük planlar yapmak,

H- Yöntem kullananlarda ve yapılan müdahalelerde olabilecek komplikasyonları tedavi etmek,

I- Pratisyen hekim ve yardımcı sağlık personeli tarafından gönderilen vakaları tedavi etmek,

J- Bu hizmetler için gerekli araç- gereç ilaç ve tıbbi malzemeyi hazır bulundurmak.

2) Üroloji Uzmanları

A- Erkeklerde sterilizasyon ameliyatını yapmak,

B- Yürüttükleri hizmetlerle ilgili geleceğe yönelik planlar yapmak,

C- Bu hizmeti yürüten ve yeterlik belgesi almış pratisyen hekimleri desteklemek,

D- Bu hizmeti yürüten ve yeterlik belgesi almış pratisyen hekim tarafından gönderilen vakaları tedavi etmek.

3) Genel Cerrahi Uzmanları

Kadında ve erkeklerde sterilizasyon ameliyatlarını yapmak.

Kurs Görmüş ve Bakanlıkça Yeterlik Belgesi Verilmiş Pratisyen Hekimlerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları:

MADDE 18. Pratisyen hekimlerin görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

1) Gebeliği önleyici hapları yeni uygulanacaklar için bağlatmak ve buna uygun vakaları seçmek ve kullananları izlemek,

2) RİA ve diyafram uygulamak ve kullananları izlemek,

- 3) Kondom önermek ve dağıtmak,
- 4) Takvim yöntemi ve spermisitlerin doğru kullanılmasını sağlamak,
- 5) Topluma nüfus planlaması eğitimi yapmak ve geleneksel metodlar hakkında bilgi vermek,
- 6) Sorumlu olduğu sağlık kuruluşu veya bölgenin nüfus planlaması hizmetlerini değerlendirmek,
- 7) Yöntem kullananlarda görülen yan etkileri tedavi etmek, uzman tedavisine gerek görülenleri uzmana göndermek,
- 8) Kendi kuruluşunda bulunan yardımcı sağlık personelinin nüfus planlaması konusunda eğitimini yapmak,
- 9) On haftaya kadar olan gebeliklerde rahim tahliyesini Menstrüel Regülasyon yöntemi ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının kontrol ve denetiminde yapmak,
- 10) Üroloji uzmanlarının denetiminde erkekte sterilizasyon ameliyatını yapmak,
- 11) Bu hizmet için gerekli araç-gereç, ilaç ve tıbbi malzemeyi hizmete hazır bulundurmak.

Yardımcı Sağlık Personelinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları:

MADDE 19. Bakanlıkça eğitilen ve yeterlik belgesi verilen hemşire, ebe-hemşire ve ebeler gebeliği önleyici yöntem uygulama çalışmalarını yetkili hekimin denetim ve gözetimi altında resmi kurum ve kuruluşlarda yürütürler. Bu personelin görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

- 1) Hap kullanacaklarda uygun vakayı seçme, kullananları yan etki açısından izlemek,
- 2) Pelvik muayene yapmak, normal vakalara RİA uygulamak,
- 3) RİA kullananların belli aralıklarla kontrollerini yapmak,
- 4) Pelvik muayene ve izlemelerde patolojik bulunanları yetkili hekime göndermek,
- 5) Kondom dağıtmak, kondom ve spermisitlerin doğru kullanılması için halkı eğitmek,
- 6) Topluma nüfus planlaması eğitimi yapmak ve geleneksel metodlar hakkında bilgi vermek,

7) Çalıştığı kurumda gerekli araç-gereç, ilaç ve tıbbi malzemeyi kullanmaya hazır bulundurmak,

8) Yürüttüğü nüfus planlaması hizmetleri ile ilgili bilgileri toplamak, kaydetmek ve zamanında yetkililere ulaştırmak (20,63).

4.10.AİLE PLANLAMASINDA DANIŞMANLIK

Türkiye’ de aile planlaması konusunda, son otuz yılı aşkın bir süredir, riskli gebelikleri önleyerek kadın ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan, ailelere gerekli bilgi ve hizmeti sunarak doğurganlıkları ile ilgili özgür ve bilinçli seçim yapmalarını sağlayan politikalar izlenmiştir. Bu politikaların olumlu sonuçları demografik ve sağlık göstergelerimize yansımakla birlikte, aile planlaması konusunda karşılanamayan gereksinimin hala yüksek olması dikkat çekicidir ve sorun günümüzde de önemini korumaktadır. Bu durumda sunulan aile planlaması programları ve gebelikten korunma hizmetlerinin yanı sıra, bu hizmetlerin etkinliği tartışılmaktadır (53).

Kaliteli bir aile planlaması hizmeti, kolay ulaşılan ve uyum içinde yönetilen sağlık kuruluşlarında eğitilmiş personel tarafından danışmanlıkla sunulan hizmettir. Başarılı bir danışmanlık yaklaşımıyla hizmet verirken tüm kontraseptifler hakkında bilgi verilir, yöntem seçimi bilgiyle ve isteğe göre yapılır. Kaliteli bir hizmet için eldeki kaynaklara göre olabilecek en iyi bakım iyi ilişkilerle verilmelidir. Kalitenin sağlanmasında kişiler arası ilişkilerin özel bir önemi vardır. İyi yönetilen ve her bir yöntemle ilgili teknik bilgisi ve becerisi olan personel tarafından sunulan bir hizmette bile, karşılıklı ilişkilere gereken önem verilmezse beklenen sonuçlar elde edilemez. Danışmanlık, herhangi bir konuda bireye güvenilir, bilgili ve konu hakkında tecrübe sahibi kişiler tarafından bilgi ve beceri verilmesi ve kişinin bilinçlendirilerek kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturmasına yardım edilmesidir (2,23,30,33,45,53,64,66).

Danışmanlık ikna etmek için bir araç değildir; kişiye yöntemlerle ilgili seçenekler sunarak, kendisine en uygun olan yöntemi seçmesine yardım etmektir. Başvuran kişi, danışman ile bilgi ve duygularını paylaştığında, daha doğru karar verir. Çünkü, başvuranların bazıları aile planlaması yöntemlerinden birini seçmek isterken, bir diğeri cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmayı, genç başvuranlar

ise aktif cinselliklerini geciktirmek isteyebilir. Başvuranların farklı gereksinimleri ve sorunları vardır. Danışmanlık hizmeti ile daha doğru kararlar alabilirler (33,60,66).

Özellikle AP hizmetlerinde “danışmanlık” hem hizmeti alan hem de veren açısından en önemli bölümü oluşturur. Mutlaka eksiksiz yerine getirilmelidir. Danışmanlık, AP hizmetlerinin çoğunlukla ihmal edilen bir bölümüdür. Rahat bir ortamda sağlanan etkili danışmanlık, kişilerin kontraseptif yöntemleri daha iyi anlamalarına yardımcı olur ve en uygun yöntemi seçmelerinde yol gösterir. Danışmanlık bilinçli yöntem seçimini doğru, düzenli, uzun süreli kontraseptif kullanımını sağladığı ve yöntemi bırakmak amacıyla yapılan klinik ziyaretlerini azalttığı içinde de önemlidir (3,20,22,30,44,60,63,66).

Ancak, 2003 TNSA sonuçlarına göre, kadınların %55' ine yöntemlerin olası yan etkilerinin anlatıldığını, % 44' üne yan etkiler ortaya çıktığında ne yapması gerektiği hakkında bilgi verildiğini, üçte birine ise diğer kullanılabilecek yöntemler hakkında bilgi aktarıldığını göstermektedir. Bu bulgular, Türkiye’ de AP hizmetlerinin ülke çapında geliştirilmesi için halen atılması gereken önemli adımlar olduğunu göstermektedir (67).

Aile Planlaması Danışmanlığını Kimler Verebilir

Aile planlaması danışmanlığını, bu konuda eğitim almış, bilgi ve beceri sahibi olmuş hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru vb. sağlık personeli verebilir (30,66).

Başvuranın Özgür ve Bilinçli Seçim Yapmasında Danışmanın Rolü:

Danışman;

- karar vermeye yardımcı olması açısından yöntemlerin olumlu ve olumsuz yönlerini anlatarak,
- tarafsız ve doğru bilgi vererek,
- başvuranın kendi durumunu ve gereksinimini ortaya koyup aile planlaması hakkında kendi kararını vermesini sağlayarak,
- başvurana kullanmak istediği yöntemi elde etmesine yardımcı olarak başvuranın özgür ve bilinçli bir seçim yapmasını sağlar (2).

Aile Planlaması Danışmanlığının İlkeleri:

1. Başvuranlara iyi davranma: Danışman her zaman nazik ve saygılı olmalıdır. Bu, başvuranda güven duygusu ve duyarlı konularda bile açıkça konuşabilme rahatlığı uyandırır. Danışman açık bir dille konuşur; soruları sabırla ve tam olarak yanıtlar. Başvuran, konuşulanların o odada kalacağından emindir; mahremiyeti önemsenir.

2. Güçlü bir etkileşim-iletişim kurma: Başvuran herkes farklıdır. Danışman dinler, öğrenir ve başvurana yanıt verir. Başvuranın ihtiyaçlarını, kaygılarını ve durumunu anlamak için onu konuşmaya ve soru sormaya teşvik eder.

3. Başvuranın gereksinimine uygun bilgi verme: Danışman başvuranı dinlerken onun için en önemli bilginin ne olduğunu anlamaya çalışır. Verdiği bilgilerle başvuranın gereksinimleri arasındaki ortak paydayı bulur ve vereceği bilgiyi onun koşullarına uyarlar. Bilginin kişiye göre anlatılması, başvuranın gereksinimi ve bilgisi arasındaki aralığı kapatan bir köprü görevi yapar.

4. Gereğinden fazla bilgi vermekten kaçınma: Başvuranlar, karar vermeden önce bilgiye gereksinim duyarlar. Kimse, öğrendiği tüm bilginin tamamını kullanamaz. Gereğinden fazla bilgi vermek, önemli olan bilginin hatırlanmasını engeller. başvuranın ihtiyacı olan, öğrenmek istediği, kişiye özel bilgiyi verin. danışman, tüm zamanının bilgi aktarımı için kullanırsa, başvuranın soruları, kaygıları ve düşüncelerini öğrenmesi için zaman kalmaz.

5. Başvuranın seçtiği ve istediği hizmeti almasını sağlama: Danışman başvuranın seçimine saygı duyar. Çoğunlukla hizmet almaya gelenlerin bir ön yargıları vardır. İyi bir danışman, verdiği hizmetin olumlu ve olumsuz yönlerini, verdiği hizmetin kurallarının anlaşılıp anlaşılmadığını öğrenir. Başvuranın seçtiği hizmete uygunluğunu belirler ve hizmeti verir. Kişiler kendi kararlarını daha uzun süre benimserler.

6. Başvuranın anlamasına, hatırlamasına yardım etme: İyi bir danışmanlıkta,

- danışmanlığını kısa tutulması,
- bilinen sözcüklerin kullanılması,
- en önemli mesajlara öncelik verilmesi,
- bilginin bir düzen içinde aktarılması,
- önemli noktaların tekrarlanması,
- anlaşıldığının kontrol edilmesi,

·bilginin açık ve özgöl olmasının sağlanması konunun hatırlanmasını kolaylaştırır (2,30,63).

İyi Bir Danışmanlık Ortamı:

a. Olumlu Ortam:

Güvenlik, mahremiyet, gizlilik, saygınlık, rahatlık sunan” pozitif” bir görüşme ortamının temin edilmesi, görüşmenin kesintiye uğramadan sürdürölmesini sağlayacak koşulların hazırlanması (sık sık telefonun çalması, kapının açılıp kapanması vb.)

b. Fiziksel koşullar:

1. Danışmanlık ısıtma, aydınlatma koşulları uygun, hizmet ile ilgili malzeme, rehber, broşür, poster, afis ile donatılmış, başvuranın ve danışmanın oturacağı yer ve bir masanın bulunduğu temiz bir ortamda verilmelidir. Bu danışmanlığın verileceğı ayrı bir oda olacağı gibi koşullara bağılı olarak sağıık kurumundaki her hangi bir odanın bir bölümü olabilir.

2. Koşullar uygun ve yeni bir danışmanlık odası planlanıyorsa, kültüre uygun, başvuranlarca kabul edilebilecek bir dekorasyon yapılmalı,

3. Araya bariyer koymaksızın, başvuran ile danışmanın aynı seviyede göz teması kurabilecekleri, 90° açı ile veya yüz yüze, birbirinin mahrem alanına girmeden (30-50 cm) oturabilecekleri bir oturma düzeni olmalıdır (2,20).

5. GEREÇ ve YÖNTEM:

5.1. Araştırma Tipi ve Zamanı:

Sağlık çalışanlarının aile planlaması konusundaki görüş, öneri ve tercihlerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanıp uygulanan çalışma 18.12.2006 - 17.04.2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Araştırma, İstanbul ili Avrupa yakasında bulunan Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SB. Bakırköy Yenimahalle Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi ve Bakırköy Acıbadem Hastanesi' nin tüm birimlerinde gerçekleştirilmiştir.

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1539 yılında Mimar Sinan tarafından yaptırılmıştır. Kurum 550 yatak kapasitesine sahiptir. Ayrıca kurumda tüm tıbbi birimler hizmet vermektedir. Kurumda **180 hemşire/ebe ve 225 hekim** görev yapmaktadır.

SB. İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1952'den bu yana sadece İstanbul'a değil, hemen hemen Türkiye'nin her iline hizmet vermektedir. Hastane, 464' ü kadın, 536' sı çocuk yatağı olmak üzere 1000 yatak kapasitesine sahip Türkiye'nin en büyük kadın ve çocuk hastanesidir. Kurumda **220 hemşire/ebe ve 225 hekim** görev yapmaktadır.

Acıbadem Sağlık Grubu Acıbadem Bakırköy Hastanesi, Avrupa yakasının genel amaçlı en büyük özel hastanelerinden birisidir. Kurum 130 yatak kapasitesine, 5 ameliyathane ve 1 acil müdahale ameliyathanesine, 4 ayrı yoğun bakım ünitelerine sahiptir. Ayrıca kurumda tüm tıbbi birimler hizmet vermektedir. Kurumda **200 hemşire/ebe ve 150 hekim** görev yapmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın yapılabileceği kurumları belirlemek için İstanbul Avrupa yakasındaki devlet ve özel hastaneler, İl Sağlık Müdürlüğü' nün resmi sitesinden alınarak listelendi. Toplam 28 devlet hastanesi ve 97 özel hastane olduğu saptandı. Devlet hastaneleri için en az alınması gereken hastane sayısı evren sayısına göre formüle edildi ve 2 hastanenin alınması gerektiği saptandı. Özel hastaneler için ise, hastanelerin yatak kapasitesine bakılarak 100 ve üzeri yatak kapasitesine sahip olan hastaneler saptandı. Bu özelliklere sahip hastanelerin sayısının 13 olduğu belirlendi. Özel hastaneler için de en az alınması gereken hastane sayısı evren sayısına göre formüle edildi ve 1 hastanenin alınması gerektiği saptandı. Sonuca göre; 2 devlet hastanesi ve 1 özel hastane olmak üzere toplam 3 hastanenin örnekleme alınmasına karar verildi.

Ardından devlet hastaneleri 1' den 28' e, özel hastaneler de 1' den 13' e kadar numaralandırılarak listelendi. Rastgele Sayılar Tablosu kullanılarak basit rastgele örnekleme yöntemi ile 2 devlet, 1 özel hastane belirlendi. Bu hastaneler:

- Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Özel Acıbadem Bakırköy Hastanesiydi.

Araştırmanın evrenini, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SB. Bakırköy Yenimahalle Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bakırköy Acıbadem Hastanesi' nin tüm birimlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının (hemşire, ebe, hekim) tamamı oluşturdu.

Araştırmanın Örneklemi: Evren kapsamına alınan 3 hastanenin genelinde toplam **600 hemşire/ebe ve 600 hekim** hizmet vermekteydi. Buna göre; örnekleme yer alacak hemşire/ebe ve hekim sayılarının hesaplanması için aşağıdaki formülden yararlanıldı;

Evrendeki eleman sayısı biliniyorsa;

$$n = \frac{N t^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq}$$

N= Evrendeki kişi sayısı

n= Örneklem alınacak kişi sayısı

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenen olayın görüşmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesince ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılması istenen $\pm$ sapma, olarak simgelenmiştir.

$$n = \frac{(600).(1.96)^2.(0.80).(0.20)}{(0.05)^2.(599) + (1.96)^2.(0.80).(0.20)}$$

$$n = \frac{368}{2.1}$$

n= **175** bulunur.

Formüle göre, örneklem en az **175** hemşire/ebe ve en az **175** hekim alınması gerektiği saptandı.

Sonuçta çalışmayı kabul eden 222 hemşire/ebe ve 228 hekim olmak üzere toplam 450 sağlık çalışanı örneklem kapsamına alındı.

5.4. Veri Toplama Aracı:

Araştırmada verilerinin elde edilmesinde; konuya ilişkin literatür bilgileri taranarak araştırmacı tarafından geliştirilen 35 soruluk anket formu kullanıldı. Bu formda; sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri, evlilik ve obstetrik hikayeleri, kontraseptif yöntem kullanımına ilişkin tercihleri, aile planlaması konusundaki bilgi durumları ve aile planlaması yöntemlerine ilişkin görüş ve önerilerini sorgulayan sorulara yer verildi.

5.5.Verilerin Toplanması:

5.5.1. Ön uygulama:

Araştırmacı tarafından geliştirilen anket formunun ön uygulaması, Bakırköy Acıbadem Hastanesi' nde çalışan 10 hemşire / ebe ve 10 hekimden oluşan 20 sağlık çalışanı üzerinde gerçekleştirildi.

Ön uygulamada; soruların anlaşılabilirliği, cevaplandırma süreleri, eklenmesi ya da çıkartılması gereken soruların belirlenmesi gibi temel olarak anket formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği sınıandı. Elde edilen görüş ve öneriler sonucunda bazı sorular revize edilmiştir. Sonuçta da 35 sorudan oluşan anket formunun son şekline karar verildi.

5.5.2. Çalışmanın uygulama aşaması:

Çalışmamızda, yapılan ön uygulama sonrası araştırma verilerinin toplanmasına geçildi.

- Çalışmanın uygulaması, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SB. Bakırköy Yenimahalle Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bakırköy Acıbadem Hastanesi' nin tüm birimlerinde çalışan sağlık çalışanlarına (hemşire, ebe, hekim) belirtilen tarihler içerisinde yapıldı.

- Öncelikle sağlık çalışanlarına çalışmanın amacı hakkında bilgi verildi.
- Sağlık çalışanlarından gönüllü olup araştırmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya alındı.

- Çalışma kapsamına alınanların soruları rahatlıkla doldurabileceği uygun zaman ve ortam sağlandığında anket formlarını doldurmaları istendi.

- Formlar çalışanların kendisine verilerek doldurmaları istendi. Doldurulan formlar araştırmacı tarafından geri alındı. Zamanları uygun olmayan bazı çalışanların formları kendilerine bırakılarak, bir-iki gün sonra yine kendilerinden alındı.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 16.0 (Statistical Program For Social Sciences) programı kullanılarak değerlendirildi. Değerlendirmede yüzdelik ve ki-kare testi kullanıldı.

5.7. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Durumlar:

5.7.1. Olumlu durumlar:

- Uygulamanın yapılması için onay alınan üç kurumun çalışmayı desteklemesi.
- Sağlık çalışanlarının işbirlikçi bir yaklaşım sergilemesi.

5.7.2. Olumsuz durumlar:

- Araştırma kapsamına alınan hastanelerden bir tanesinin başhekim ve başhemşiresinin değişmesi ve yeni gelen yöneticilerin araştırmanın anket sorularının cevaplanması sürmesinde sağlık çalışanlarının yapması gereken işlerini aksatacağı gerekçesi ile araştırmanın ortasında yapılmasını durdurması.

- İl sağlık müdürlüğünden kurumlara gitmesi gereken izin yazısının 6 ay süre ile kurumlara gönderilmemesi nedeni ile, araştırmanın planlanan tarihlerden daha uzun sürmesi.

- Finansal yönden kaynağın araştırmacının kendisinin olması.

6. BULGULAR :

Sağlık çalışanlarının aile planlaması konusundaki görüş, öneri ve tercihlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmamızın bulguları;

1. Tanımlayıcı ve obstetrik özelliklerine,
2. Kontraseptif yöntem kullanımına ve AP ilişkin bilgi / bilgilenme düzeylerine,
3. AP yöntemleri hakkında görüş ve önerilerine

İlişkin veriler olmak üzere 3 grup altında sunulmuştur.

6.1. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Veriler:

Bu başlık altında; olguların yaşına, eğitim durumuna, mesleğine, görev yaptığı birimlere, obstetrik özelliklerine ve evlilik özelliklerine ilişkin veriler verilmiştir.

Tablo 1: Tanımlayıcı Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	N:450			
	n		%	
Yaş grupları				
• 25 yaş ve altı	43		9.6	
• 26-29 yaş	127		28.2	
• 30-34 yaş	117		26.0	
• 35-39 yaş	84		18.6	
• 40 yaş ve üzeri	79		17.5	
Cinsiyet				
• Kadın	327		72.7	
• Erkek	123		27.3	
Meslek				
• Hekim	228		50.8	
• Hemşire	199		44.3	
• Ebe	22		4.9	
Öğrenim durumu				
• Lise	90		20.0	
• Üniversite	308		68.5	
• Master	29		6.4	
• Doktora	23		5.1	
Görev alınan birim				
• Dahili servisler	77		17.1	
• Cerrahi servisler	70		15.6	
• Kadın doğum servisleri	213		47.3	
• Çocuk servisleri	59		13.1	
• Yoğun bakım	19		4.2	
• Poliklinik	12		2.7	
	Min.	Max.	Mean	SD
Yaş ortalaması	19.0	59.0	32.86	0.31
Çalışma süresi ortalaması /yıl	1.0	38.0	9.50	0.35

Çalışma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (%72.7) kadın, %50.8' inin hekim, %49.2' sinin hemşire/ebe (ebeler %4.9) ve %68.5' inin üniversite mezunu oldukları belirlendi. %47.3 ile çoğunluğunun kadın hastalıkları ve doğum servislerinde görev yaptığı, genel olarak görev sürelerinin ortalamasının (yıl olarak) 9.50 , SD: 0.35, yaş ortalamalarının da 32.86, SD: 0.31 olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 2: Evlilik ve Obstetrik Özellikleri

Evlilik ve Obstetrik Özellikler		N:450			
		n	%		
Medeni durum					
• Bekar		189	42.0		
• Evli		251	55.8		
• Dul		10	2.2		
Sahip oldukları çocuk sayısı					
• Hiç çocuğu olmayan		269	59.8		
• 1-2		167	37.1		
• 3 ve üzeri çocuk		14	3.1		
Sahip olmak istedikleri çocuk sayısı					
• Hiç çocuk istemeyen		39	8.7		
• 1 çocuk		200	44.4		
• 2 çocuk		188	41.8		
• 3 ve üzeri çocuk		23	5.1		
Gebelik yaşama durumu					
• Hiç gebelik yaşamayan		259	57.6		
• Gebelik yaşayan		191	36.4		
Son gebeliklerinin sonlanma şekli (n:191)					
• Doğum		163	85.3		
• Düşük		5	2.6		
• Kürtaj		20	10.5		
• Ölü doğum		3	1.6		
Obstetrik özellikleri (n:191)*	N	Min.	Max.	Mean	SD
Gravida sayısı	191	1.0	7.0	1.85	1.03
Para sayısı	179	1.0	4.0	1.61	0.66
Abortus sayısı	17	1.0	3.0	1.23	0.66
Kürtaj sayısı	35	1.0	3.0	1.17	0.51
Ölü doğum sayısı	5	1.0	2.0	1.20	0.44
Evlilik süresi /yıl	261	1.0	38.0	9.24	0.46

* Olgular birden fazla obstetrik özellik yaşadıklarından birden fazla yanıt vermişlerdir.

Çalışmamızda olguların %55.8' inin evli olduğu, yarıdan fazlasının (%59.8) çocuk sahibi olmadığı, toplamda çoğunluğunun (%86.2) bir ya da iki çocuğunun olmasını istediği ve gebelik deneyimleyenlerin (%36.4), son gebeliklerinin genelde (%85.3) doğumla sonuçlandığı ancak %10.5' inin kürtaja başvurduğu tespit edildi. Obstetrik özellikler açısından; gravida sayısı ortalamasının 1.85, SD: 1.03 (min:1, max: 7), para 1.61, SD: 0.66 (min:1, max: 4), abortus 1.23, SD: 0.66 (min:1, max: 3), kürtaj 1.17, SD: 0.51 (min:1, max: 3), ölü doğum 1.20, SD: 0.44 (min:1, max: 2) olarak bulundu. Evlilik süresi ortalamalarının da 5.36, SD: 0.34 yıl olduğu belirlendi (Tablo 2).

6.2. Sağlık alışanlarının Kontraseptif Yöntem Kullanımına ve AP İlişkin Bilgi / Bilgilenme Düzeyleri:

Bu başlık altında; sağlık çalışanlarının kullandıkları ve kullanmakta oldukları kontraseptif yöntemlere, kullanılan yöntemlerin kullanım sürelerine, kullandıkları yöntemleri tercih etme ve bırakma nedenlerine, aile planlaması hizmetlerini temin ettikleri / etmeyi düşündükleri yerlere, aile planlaması konusundaki bilgi ve beceri düzeylerine, gelişmeleri takip etme ve konuya ilişkin çalışma yapma durumlarına ilişkin veriler verilmiştir.

Tablo 3: Kullandıkları ve Kullanmakta Oldukları Kontraseptif Yöntemler

Kullandıkları ve Kullanmakta Oldukları Kontraseptif Yöntemler	N:450	
	n	%
Daha önce herhangi bir yöntem kullanma durumu		
• Hiç yöntem kullanmayan	332	73.8
• Yöntem kullanan	118	26.2
Kullanılan yöntemlerin dağılımı*		
• Kondom kullanan	117	26.0
• RİA kullanan	85	18.9
• KOK kullanan	79	17.6
• Geri çekme yöntemini kullanan	21	4.7
• Takvim yöntemini kullanan	15	3.3
• Depo-Provera kullanan	14	3.1
• Mesigyna kullanan	7	1.6
• İmplanon kullanan	4	0.9
Çalışmanın yapıldığı süreçte yöntem kullanma durumu		
• Kullanan	237	52.7
• Kullanmayan	213	47.3
Çalışmanın yapıldığı sırada kullanılan yöntemler		
• RİA kullanan	72	30.5
• KOK kullanan	64	27.0
• Kondom kullanan	60	25.3
• Geri çekme yöntemini kullanan	12	5.0
• Depo-Provera kullanan	9	3.8
• Mesigyna kullanan	5	2.1
• İmplanon kullanan	3	1.3
• Takvim yöntemini kullanan	3	1.3
• Diğer yöntemleri kullanan	9	3.8
Kullanılan yöntemlerin kullanım süreleri / ay	Mean	SD
• Total yöntem kullanım süresi	16.38	1.69
• Çalışma süresinde kullandıkları yöntemin süresi	17.39	1.61

* Olgular birden fazla yöntem deneyimlediklerinden birden fazla yanıt vermişlerdir.

Sağlık çalışanlarının %26.2' sinin daha önceden herhangi bir kontraseptif yöntem kullandığı ve kullandıkları yöntemlerde ilk sırayı %26.0 ile kondomun aldığı, çalışmanın yapıldığı sırada yöntem kullananların oranının %52.7 olduğu ve bu yöntemler içerisinde RİA' nın %30.5 ile ilk sırada yer aldığı bulundu. Genelde yaşamlarında ortalama / ay 16.38, SD: 1.69 (ay) süreden bu yana yöntem kullandıkları, çalışmanın yapıldığı sırada kullandıkları yöntemin ortalamasının da 17.39, SD: 1.61 (ay) süredir kullandıkları belirlendi (Tablo 3).

Tablo 4: Sağlık Çalışanlarının Kullandıkları Yöntemleri Tercih Etme ve Bırakma Nedenleri

Yöntemi Tercih Etme ve Bırakma Nedenleri*	N:450	
	n	%
Yöntemi tercih etme nedenleri*		
• Etkin ve güvenli olması	193	42.8
• Kullanımının kolay olması	85	18.9
• Yan etkisinin olmaması	46	10.2
• Kolay ulaşılabilir / ucuz olması	31	6.9
• Cinsel ilişkiden bağımsız olması	16	3.6
• Doğal olması	12	2.7
• Olumlu etkilerinin varlığı	11	2.4
• CYBH koruyor olması	11	2.4
• Geri dönüşümlü olması	6	1.3
• Hijyenik olması	4	0.9
• Diğer	46	10.2
Yöntemi bırakma nedenleri*		
• Gebe kalma isteği	33	7.3
• Yan etkileri yaşama	31	6.9
• Riskli (sigara kullanımı) / istenmeyen gebelik olması	26	5.8
• Kullanımının zor olması	15	3.3
• Eşin isteği / istemiyor olması	13	2.9
• Cinsel ilişkiyi kesintiye uğrattığı olması	8	1.8
• Diğer	11	2.4

* Olgular birden fazla yanıt vermiştir.

Sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun (%42.8) yöntemi öncelikle etkin ve güvenli olması nedeniyle seçtiği ve yöntem kullananların %7.3' ü ise yöntemi gebe kalmak istemesi nedeniyle bırakmış oldukları belirlendi (Tablo 4).

Tablo 5: Sağlık Çalışanlarının Aile Planlaması Hizmetlerini Temin Ettikleri / Etmeyi Düşündükleri Yerler

Yöntemin Temin Edildiği / Edileceği Yerler	N:450	
	n	%
• Eczane	118	37.5
• Kendi kurumundan (kadın-doğum hekimi / AP ünitesi)	78	24.7
• Sağlık ocakları / AÇSAP merkezleri	65	20.6
• Herhangi bir AP ünitesi	23	7.3
• Özel hastane / özel hekim	21	6.7
• Market	10	3.2

Sağlık çalışanlarının kontraseptif yöntemleri temin ettikleri ya da temin etmeyi düşündükleri yerler sorulduğunda; çoğunluğunun (%37.5) ilk olarak eczane dediği saptandı (Tablo 5).

Tablo 6: Sağlık Çalışanlarının Aile Planlaması Konusunda Bilgi ve Beceri Düzeyi, Gelişmeleri Takip Etme ve Konuya İlişkin Çalışma Yapma Durumu

Bilgi ve Beceri Düzeyi, Gelişmeleri Takip Etme ve Konuya İlişkin Çalışma Yapma Durumları	N:450	
	n	%
AP hakkındaki bilgi ve beceri durumu		
• Çok yeterli	165	36.6
• Yeterli	189	42.0
• Orta	84	18.7
• Yetersiz	12	2.7
AP ile ilgili yayın ve gelişmeleri takip etme		
• Düzenli takip eden	245	54.4
• Bazen takip eden	126	28.0
• Takip etmeyen	79	17.6
AP ile ilgili çalışma yapma		
• Yapan	117	39.3
• Yapmayan	273	60.7

Çalışmamızda; araştırmaya katılanların hemen hemen hepsinin %78.6' sinin AP konusundaki bilgi ve beceri durumunu çok yeterli-yeterli dediği, yarıdan fazlasının (%54.4) düzenli olarak AP ile ilgili yayın ve gelişmeleri takip ettiği ve yarıya yakınının (%39.3) AP ile ilgili çalışma yaptığı saptandı (Tablo 6).

6.3. Sağlık Çalışanlarının Aile Planlaması AP Yöntemleri Hakkında Görüş ve Önerilerine İlişkin Veriler:

Bu başlık altında; sağlık çalışanlarının AP ünitesinde hizmet verme, AP hakkında eğitim / danışmanlık verme durumlarına, kendilerinin tercih ettiği, başkalarına önerdiği kontraseptif yöntemler ve tercih etmediği yöntemler hakkında danışmanlık verme durumlarına, yöntemlere ilişkin öneride bulunma durumuna, yöntemlerdeki önemli olan faktörlere, yöntemin yaşam kalitesine ve cinselliğe

etkisine, tüm kontraseptif yöntemlere ve yeni aile planlaması yöntemine ilişkin görüş ve önerilerine, aile planlaması hizmet sunumuna, hizmeti vermesi istenen kişiye, aile planlaması politikalarına, hizmetlerine ve eksikliklerin giderilmesine yönelik yapılacaklara ilişkin veriler verilmiştir.

Tablo 7: Sağlık Çalışanlarının AP Ünitesinde Hizmet Verme, AP Hakkında Eğitim / Danışmanlık Verme Durumu

Hizmet Verme, AP Hakkında Eğitim / Danışmanlık Verme Durumları	N:450	
	n	%
AP ilgili bir birimde hizmet verme durumu		
• Veren	220	48.9
• Vermeyen	230	51.1
AP hakkında eğitim / danışmanlık verme durumu		
• Veren	296	65.8
• Vermeyen	154	34.2

Çalışma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının %48.9 gibi yarıya yakın bir kısmının çalışma yaşamında AP ünitesinde hizmet verdiği, %65.8' inin de çalıştığı birim ne olursa olsun gereksinimi olan bireylere AP hakkında eğitim / danışmanlık verdikleri saptandı (Tablo 7).

Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının Kendilerinin Tercih Ettiği veya Etmediği Yöntemler ve Başkalarına Kontraseptif Yöntem Seçiminde Öneride Bulunma Durumu

Tercih Ettiği, Önerdiği Kontraseptif Yöntemler ve Danışmanlık Verme Durumu	N:450	
	N	%
Kendilerinin tercih ettikleri yöntemler*		
• Kondom	132	26.3
• RİA	118	26.2
• KOK	96	21.3
• Enjekte Edilen Kontraseptifler	27	6.0
• Cerrahi Sterilizasyon	10	2.2
• Deri altı implantları	8	1.8
• Diğer	25	5.6
Yöntem seçiminde öneride bulunma durumu		
• Öneride bulunan	122	27.1
• Bazen öneride bulunan	185	41.1
• Öneride bulunmayan, seçimi onlara bırakan	143	31.8
Önerdikleri kontraseptif yöntemler*		
• RİA	246	54.7
• Kondom	191	42.4
• KOK	183	40.7
• Enjekte Edilen Kontraseptifler	100	22.2
• Cerrahi Sterilizasyon	32	7.1
• Deri altı implantları	20	4.4
• Diğer	26	5.8
Kendisinin tercih etmediği yöntemler hakkında danışmanlık verme durumu		
• Genelde veren	245	54.4
• Bazen veren	79	17.6
• Vermeyen	126	28.0

* Olgular birden fazla yanıt vermişlerdir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının %26.3 ile öncelikle kondomu tercih ettiği belirlendi. Yarıdan fazlasının (%68.2) başkalarına yöntem seçiminde öneride bulunduğu ve çoğunun da (%54.7) RİA' yı önerdiği saptandı. %72.0' sinin kendisinin tercih etmediği yöntemler hakkında danışmanlık verdiği tespit edildi (Tablo 8).

Tablo 9: Sağlık Çalışanlarının KOK' a İlişkin Görüş ve Önerileri

KOK Hakkında Görüş ve Öneriler	N:450	
	n	%
Görüş bildirme durumu		
• Bildiren	64	14.2
• Bildirmeyen	386	85.8
Bildirilen görüşlerin dağılımı* (n:64)		
• Etkin ve güvenilir	40	62.5
• Yan etkisi az/yok	9	14.0
• Kullanımı / ulaşılabilirliği kolay	7	10.9
• Cinsel hayatı etkilemiyor / olumlu	4	6.3
• Olumlu etkileri var	4	6.3
Yönteme ilişkin öneride bulunma durumu		
• Bulunan	246	54.7
• Bulunmayan	204	45.3
Belirtilen önerilerin dağılımı* (n:246)		
• Yan etkileri azaltılmalı	53	11.8
• Eğitimli / bilinçli kişiler kullanılmalı	39	8.7
• Eğitim verilerek bilinçlendirilmeli	8	1.8
• Şart değilse farklı yöntem kullanılmalı	5	1.1
• Dikkatli/düzenli kullanılmalı	5	1.1
• Öneri ifade etmeyip önerilen bir yöntem diyen	112	24.9
• Öneri ifade etmeyip önerilmeyen bir yöntem diyen	23	5.1

* Olgular birden fazla yanıt vermişlerdir.

Çalışma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun (% 85.8) KOK ile ilgili görüş bildirmediği, görüş bildirenlerin de (n:64) çoğunun (%62.5) “etkin ve güvenilir” ifadesini kullandığı belirlendi. Olguların yarıdan fazlasının (%54.7) KOK’ a ilişkin öneride bulunduğu görüldü. Önerilerin içerisinde (%24.9) “kullanılması önerilen bir yöntemdir” ve (11.8) “yan etkileri azaltılmalı” ifadelerinin yer aldığı belirlendi (Tablo 9).

Tablo 10: Sağlık Çalışanlarının Enjekte Edilen Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Görüş ve Önerileri

Enjekte Edilen Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Görüş ve Öneriler	N:450	
	n	%
Görüş bildirme durumu		
• Bildiren	169	37.6
• Bildirmeyen	281	62.4
Bildirilen görüşlerin dağılımı* (n:169)		
• Etkin ve güvenilir	72	42.6
• Yan etkisi az/yok	34	20.1
• Kullanımı / ulaşılabilirliği kolay	26	15.4
• Olumlu etkileri var	19	11.2
• Yan etkileri fazla	12	3.6
• Etkin ve güvenilir değil	6	7.1
Yönteme ilişkin öneride bulunma durumu		
• Bulunan	125	30.0
• Bulunmayan	315	70.0
Belirtilen önerilerin dağılımı* (n:125)		
• Yan etkileri azaltılmalı	19	14.1
• Eğitim verilerek bilinçlendirilmeli	27	20.0
• Pahalı olamamalı	18	13.3
• Dikkatli/düzenli kullanılmalı	11	8.1
• Şart değilse farklı yöntem kullanılmalı	9	6.7
• Ulaşılabilirliği artırılmalı	5	3.7
• Öneri ifade etmeyip önerilen bir yöntem diyen	15	11.1
• Öneri ifade etmeyip önerilmeyen bir yöntem diyen	31	23.0

* Olgular birden fazla yanıt vermişlerdir.

Araştırmaya katılanların yarısından fazlasının (% 62.4) enjekte edilen kontaseptif yöntemler ile ilgili görüş bildirmediği, görüş bildirenlerin ise yarıya yakınının (%42.6) etkin ve güvenilir dediği tespit edildi. Çoğunluğunun (%70.0) enjekte edilen kontaseptiflere ilişkin öneride bulunmadığı, öneride bulunanların da öncelikle %20.0 oranında “eğitim verilerek bireyler bilinçlendirilmeli” önerisini belirttiği saptandı (Tablo 10).

Tablo 11: Sağlık Çalışanlarının Deri Atı İmplantlara İlişkin Görüş ve Önerileri

İmplanona İlişkin Görüş ve Öneriler	N:450	
	n	%
Görüş bildirme durumu		
• Bildiren	40	8.9
• Bildirmeyen	410	91.1
Bildirilen görüşlerin dağılımı* (n:40)		
• Kullanımı zor	15	37.5
• Yaygın değil / tercih edilmiyor	12	30.0
• Yan etkileri fazla	6	15.0
• Kullanımı kolay	3	7.5
• Etkin ve güvenilir değil	3	7.5
• Etkin ve güvenilir	1	2.5
Yönteme ilişkin öneride bulunma durumu		
• Bulunan	41	8.1
• Bulunmayan	409	90.9
Belirtilen önerilerin dağılımı* (n:41)		
• Pahalı olmamalı	19	46.3
• Ulaşılabilirliği artırılmalı	5	12.2
• Yan etkileri azaltılmalı	4	9.8
• Eğitim verilerek bilinçlendirilmeli	3	7.3
• Öneri ifade etmeyip önerilen bir yöntem diyen	3	7.3
• Öneri ifade etmeyip önerilmeyen bir yöntem diyen	7	17.1

***Olgular birden fazla şık işaretlemiştir.**

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun (% 91.1) deri altı implant ile ilgili görüş bildirmediği, görüş bildirenlerin %37.5’ inin kullanımı zor dediği belirlendi.

Ayrıca sadece %8.1’ inin deri altı implanta ilişkin önerisinin olduğu ve öneride bulunanların öncelikle yarısına yakınının (%46.3) “pahalı olmamalı” önerisini belirttiği saptandı (Tablo 11).

Tablo 12: Sağlık Çalışanlarının RİA’ ya İlişkin Görüş ve Önerileri

RİA’ ya İlişkin Görüş ve Önerileri	N:450	
	n	%
Görüş bildirme durumu		
• Bildiren	157	34.9
• Bildirmeyen	293	65.1
Bildirilen görüşlerin dağılımı* (n:157)		
• Etkin ve güvenilir	49	31.2
• Kullanımı / ulaşılabilirliği kolay	31	19.7
• Kullanımı yaygın	24	15.3
• Yan etkileri fazla	21	13.4
• Emzirenler için uygun	18	11.5
• Cinsel hayatı etkilemiyor / olumlu	10	6.4
• Geri dönüşümlü	4	2.5
Yönteme ilişkin öneride bulunma durumu		
• Bulunan	95	21.1
• Bulunmayan	355	78.9
Belirtilen önerilerin dağılımı* (n:95)		
• Yan etkileri azaltılmalı	15	15.8
• Herkes kullanabilmeli / kullanmalı	14	14.7
• Şart değilse farklı yöntem kullanılmalı	6	6.3
• Dikkatli/düzenli kullanılmalı	6	6.3
• Öneri ifade etmeyip önerilen bir yöntem diyen	42	44.2
• Öneri ifade etmeyip önerilmeyen bir yöntem diyen	12	12.7

***Olgular birden fazla şık işaretlemiştir.**

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının (% 65.1) RİA ile ilgili görüş bildirmediği, görüş bildirenlerin de %31.2’ sinin etkin ve güvenilir ifadesini kullandığı belirlendi. Ayrıca %78.9’ unun RİA’ ya ilişkin önerisinin

olmadığı ve önerisi olanların ilk sırada %15.8 oranında kullanım yan etkileri azaltılmalı önerisinde bulunduğu belirlendi (Tablo 12).

Tablo 13: Sağlık Çalışanlarının Kondoma İlişkin Görüş ve Önerileri

Kondoma İlişkin Görüş ve Öneriler	N:450	
	n	%
Görüş bildirme durumu		
• Bildiren	89	19.8
• Bildirmeyen	361	80.2
Bildirilen görüşlerin dağılımı* (n:89)		
• Etkin ve güvenilir	25	28.1
• Kullanımı / ulaşılabilirliği kolay	15	16.9
• Yan etkisi az/yok	14	15.8
• CYBH için iyi	9	10.1
• Cinsel hayatı etkilemiyor / olumlu	8	9.0
• Etkin ve güvenilir değil	8	9.0
• Geri dönüşümlü	5	5.6
• Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratan	3	3.3
• Kullanımı yaygın değil / tercih edilmiyor	2	2.2
Yönteme ilişkin öneride bulunma durumu		
• Bulunan	41	8.1
• Bulunmayan	409	90.9
Belirtilen önerilerin dağılımı* (n:41)		
• Dikkatli / düzenli kullanılmalı	31	25.2
• Eğitimli / bilinçli kişiler kullanılmalı	14	11.4
• Eğitim verilerek bilinçlendirilmeli	14	11.4
• Herkes kullanabilmeli / kullanılmalı	10	8.1
• Erkeğin katılımını sağlamalı	10	8.1
• Pahalı olmamalı	7	5.7
• Öneri ifade etmeyip önerilen bir yöntem diyen	19	15.5
• Öneri ifade etmeyip önerilmeyen bir yöntem diyen	18	14.6

* Olgular birden fazla yanıt vermişlerdir.

Sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (%80.2) kondom ile ilgili görüş bildirmediği saptandı. Görüş bildirenlerin en çok %28.1 ile etkin ve güvenilir şeklinde görüş bildirdiği tespit edildi. Olguların büyük çoğunluğunun (%90.9) kondoma ilişkin

önerisinin olmadığı ve önerisi olanların en çok (%25.2) “dikkatli / düzenli kullanım gerektirir” dediği belirlendi (Tablo 13).

Tablo 14: Sağlık Çalışanlarının Tüpligasyona ve Vazektomiye İlişkin Görüş ve Önerileri

Tüpligasyona ve Vazektomiye İlişkin Görüş ve Öneriler	N:450			
	Tüpligasyon		Vazektomi	
	n	%	n	%
Görüş bildirme durumu				
• Bildiren	26	5.8	52	11.6
• Bildirmeyen	424	94.2	398	88.4
Bildirilen görüşlerin dağılımı*				
• Etkin ve güvenilir	14	53.8	0	0.0
• Yan etkisi az / yok	8	30.8	0	0.0
• Doğum sonrası dönem için uygun	4	15.4	0	0.0
• Kullanımı / ulaşılabilirliği kolay	0	0.0	23	44.2
• Etkin ve güvenilir değil	0	0.0	3	5.8
• Kullanımı yaygın değil/tercih edilmiyor	0	0.0	26	50.0
Yönteme ilişkin öneride bulunma durumu				
• Bulunan	35	7.8	107	23.8
• Bulunmayan	415	92.2	343	76.2
Belirtilen önerilerin dağılımı**				
• Çiftin ortak kararı ile uygun aileler için ideal	15	42.9	47	42.9
• Eğitim verilerek bilinçlendirilmeli	7	20.0	27	25.2
• Şart değilse farklı yöntem kullanılmalı	4	11.5	9	8.5
• Pahalı olmamalı	3	8.6	0	10.3
• Herkes kullanabilmeli	0	0.0	11	0.0
• Öneri ifade etmeyip önerilen bir yöntem diyen	3	8.6	13	12.1
• Öneri ifade etmeyip önerilmeyen bir yöntem diyen	3	8.6	0	0.0

(* ve **) Olgular birden fazla yanıt vermişlerdir.

* tüpligasyon n:26, vazektomi n:52 ve ** tüpligasyon n:35, vazektomi n:107

Sağlık çalışanlarının tamamına yakınının (94.2) tüpligasyona ilişkin, çoğunluğunun da (% 80.2) vazektomiye ilişkin görüş bildirmediği saptandı. Tüpligasyona ilişkin görüş bildirenlerin yarıdan fazlasının (%53.8) etkin ve güvenilir, vazektomiye ilişkin görüş bildirenlerin ise, yarısının (%50.0) kullanımı yaygın değil / tercih edilmiyor şeklinde görüş bildirdiği belirlendi. Ayrıca, %92.2’

sinin tüpligasyona ilişkin ve %72.2' sinin de vazektomiye ilişkin önerisinin olmadığı tespit edildi. Tüpligasyona ve vazektomiye ilişkin önerisi olanların yarısına yakınının (%42.9) “çiftin ortak kararı ile uygun aileler için ideal” önerisini belirttiği görüldü (Tablo 14).

Tablo 15: Sağlık Çalışanlarının Geri Çekmeye İlişkin Görüş ve Önerileri

Geri Çekmeye İlişkin Görüş ve Öneriler	N:450	
	n	%
Görüş bildirme durumu		
• Bildiren	114	25.3
• Bildirmeyen	336	74.7
Bildirilen görüşlerin dağılımı* (n:114)		
• Etkin ve güvenilir değil	93	81.6
• Etkin ve güvenilir	8	7.0
• Kişisel tercih	7	6.1
• Yan etkileri az / yok	6	5.3
Yönteme ilişkin öneride bulunma durumu		
• Bulunan	158	35.1
• Bulunmayan	292	64.9
Belirtilen önerilerin dağılımı* (n:158)		
• Şart değilse farklı yöntem kullanılmalı	23	14.6
• Dikkatli / düzenli kullanılmalı	14	8.8
• Eğitim verilerek bilinçlendirilmeli	7	4.4
• Eğitimli/bilinçli kişilerin kullanmalı	4	2.6
• Diğer (Nadir cinsel ilişki + ek yöntem kullanımı)	14	8.8
• Öneri ifade etmeyip önerilmeyen bir yöntem diyen	96	60.8

* Olgular birden fazla yanıt vermişlerdir.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (% 74.4) geri çekme ile ilgili görüş bildirmediği, görüş bildirenlerin ise tamamına yakınının (%81.6) etkin ve güvenilir değil şeklinde görüş bildirdiği belirlendi. Yarıdan fazlasının (%64.9) geri çekmeye ilişkin önerisinin olmadığı ve önerisi olanların %14.6 ile en çok “kullanım şart değilse farklı yöntem kullanılmalı” önerisini belirttiği saptandı (Tablo 15)

Tablo 16: Olguların Bir Kontraseptif Yöntemde Önemli Olan Faktörlere ve Yöntemin Yaşam Kalitesi ile Cinselliğe Etkilerine İlişkin Görüşleri

Kontraseptif Yöntemde Önemli Olan Faktörlere ve Yöntemin Yaşam Kalitesi ile Cinselliğe Etkilerine İlişkin Görüşler	N:450	
	n	%
Kontraseptif Yöntemde Önemli Olan Faktörler*		
• Etkin ve güvenilir olması	424	94.2
• Yan etkisinin olmaması	395	87.8
• Kullanımının kolay olması	217	48.2
• Cinsel sağlığa olumlu etkisinin olması	206	45.8
• Geri dönüşümlü olması	203	45.1
• Her yaşta kullanılabilir olması	260	35.6
• Ucuz olması	154	34.2
• Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaması	154	34.2
• Kolay ulaşılabilir olması	140	31.1
• Emzirmeye etkisinin olmaması	82	18.2
• Erkeğe yönelik olması	40	8.9
• Kadına yönelik olması	18	4.0
Yaşam Kalitesine Etkisine Yönelik Yorumlar**		
• Pozitif yönde etkiler	325	72.2
• Herhangi bir etkisi olmaz	32	16.7
• Negatif yönde etkiler	75	7.1
• Bireysel farklar olabilir	17	3.8
Cinsel Sağlığı Etkilerine Durumuna İlişkin Görüşler		
• Olumlu yönde etkiler	252	56.0
• Pek etkisi olmaz	162	36.0
• Olumsuz yönde etkiler	36	8.0
Cinsel Fonsiyonlara Etkisine İlişkin Görüşler***		
• Cinsel isteği artırır	229	50.9
• Cinsel isteği azaltır	34	7.6
• Uyarılmayı artırır	57	12.7
• Uyarılmayı azaltır	24	5.3
• Orgazmı artırır	69	15.3
• Orgazmı azaltır	7	1.6
• Disparoniye artırır	19	4.2
• Disparoniye azaltır	63	14.0

*** Olgular birenden fazla yanıt vermişlerdir.**

****1 olgu yanıt vermemiştir.**

*****Olgular birden fazla görüş belirtmişlerdir.**

Sağlık çalışanlarının tamamına yakınının (%94.2) kontraseptif yöntemlerde önemli olan faktörlerin başında etkin ve güvenilir olması geldiğini belirttiği saptandı. Olguların %72.2' sinin yaşam kalitesini, %56.0' sının cinsel sağlığı kontraseptiflerin olumlu yönde etkilediğini düşündükleri bulundu. Kontraseptiflerin %50.9 oranında cinsel isteği, %12.7 oranında uyarılmayı, %15.3 oranında orgazmı arttırdığı ve %14.0 oranında dispareniyi azalttığı görüşlerinde bulundukları belirlendi (Tablo 16).

Tablo 17: Sağlık Çalışanlarının Yeni Bir Kontraseptif Yöntemde Olması Gereken Özelliklere Yönelik Görüş ve Önerileri

Yeni bir yöntemde olması gerekenlere ilişkin görüş ve öneriler	N:450	
	n	%
Kullanım Şekline Yönelik* - Hap, enjekteable olsun - Bant, jel, krem, sprey şeklinde olsun - Fark etmez yeter ki etkin olsun - Takılıp çıkartılabilir olsun - Basit bir yöntem olsun - Cerrahi olsun - Lokal / bariyer olsun	173 104 21 18 14 13 11	38.4 23.1 4.7 4.0 3.1 2.9 2.4
Yöntemin Özelliklerine Yönelik* - Yan etkisi az / yok - Kolay ulaşılabilir / ucuz - Kullanımı kolay - Etkin ve güvenli - Depo şeklinde - Geri dönüşümlü - Lokal - Herkes kullanabilmeli	77 60 59 35 25 8 8 7	17.1 13.3 13.1 7.8 5.6 1.8 1.8 1.6
Etki Mekanizmasına Yönelik* - Fark etmez yeter ki etkin olsun - Sperm üzerine etkisi olsun - Ovulasyon üzerine etkisi olsun - Hormonsuz olarak etki etsin - Bariyer olarak etki etsin - Servikal mukus üzerine etkisi olsun - Cerrahi olarak etki etsin ve geri dönüşsüz olsun	158 98 58 29 12 5 3	35.1 21.8 13.1 6.4 2.7 1.1 0.7
Etki Süresine Yönelik* - Aylık / 3-6 aylık - Kullanım süresince / isteğe bağlı olsun - Sürekli / hayat boyu - Cinsel aktif dönem süresince menopoza kadar kullanılabilen 1-2 yıl olsun 5-10 yıl olsun - Yanıt vermeyen	70 148 62 29 16 12 113	34.7 32.9 13.8 6.4 3.6 2.6 25.1
Kullanacak Kişiye Yönelik* - Kadın - Erkek	279 159	62.0 35.3

* Olgular birden fazla yanıt vermişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının yeni bir kontraseptif yöntemin öncelikle %38.4 oranında tablet veya draje gibi ağızdan alınabilir ya da enjekte edilebilir şeklinde olmasını, %17.1 oranında yan etkilerinin az ya da yok, %35.1 oranında etki mekanizması nasıl olursa olsun yeter ki yöntem etkin olsun dedikleri saptandı. Etki süresini %34.7 oranında öncelikle kısa süreli “aylık / 3-6 aylık” olarak düşündükleri ve %62.0 oranında bu yöntemin kadına yönelik olması gerektiğini ifade etikleri belirlendi (Tablo 17).

Çalışmamızda; yeni kontraseptif yönteminin kullanımı için uygun yaş aralığı ilgili soruya araştırmaya katılanların %25.1’ inin yanıt vermediği, yanıt verenlerin (%74.9) yarıdan fazlasının (%58.2) cinsel aktif dönem yani doğurganlık süresince ve %16.7’ sının ise, hayat boyu kullanılabilir olsun dediği belirlendi.

Tablo 18: Sağlık Çalışanlarının Yeni Bir Kontraseptif Yönteminin Sağlığa ve Cinselliğe Etkilerine Yönelik Beklentileri

Yeni Bir Kontraseptif Yöntemin Sağlığa ve Cinselliğe Etkilerine Yönelik Beklentiler	N:450	
	N	%
Sağlığa Etkisine Yönelik Beklentiler*		
• Sağlığı olumsuz etkilememeli	268	59.6
• Kronik hastalığı olanlar / sigara kullananlar / emzirenler kullanabilmeli	46	10.2
• Sağlığa minimal etkisi olmalı	26	5.8
Cinselliğe Etkisi		
• Olumlu etkisi olsun	148	32.9
• Olumlu – olumsuz bir etkisi olmasın	193	42.9
• Yanıt yok	109	24.2

*** Olgular birden fazla yanıt vermişlerdir.**

Olguların büyük çoğunluğunun (%59.6) çok doğal olarak yeni kontraseptif yöntemin sağlığa olumsuz etkisi olmaması gerektiğini ifade etmişlerdir. Cinsellik açısından ise, yarıya yakınının (%42.9) cinselliğe olumlu ya da olumsuz bir etkisi olmamasını ifadesini kullandıkları belirlendi (Tablo 18).

Tablo 19: Sağlık Çalışanlarının Yeni Bir Kontraseptif Yönteminin Temin Edileceği Yer ve Kullanımının Arttırılması Hakkındaki Görüşleri

Yeni Bir Kontraseptif Yönteminin Temin Edileceği Yer ve Kullanımının Arttırılması Hakkındaki Görüşler	N:450	
	n	%
Temin Edileceği Yere ilişkin görüşler*		
• Sağlık ocağı / AÇSAP merkezleri	77	17.1
• Hastaneler	16	3.6
• Eczane	148	32.9
• Market	23	5.1
• Tüm sağlık kurumları	186	41.3
• Her yer (tüm sağlık kurumları + eczane + market)	17	3.8
Kullanımının Arttırılmasına Yönelik Öneriler*		
• Eğitim ve bilinçlendirme arttırılmalı	216	48.0
• Medya desteği sağlanmalı / reklam arttırılmalı	111	24.7
• Ücretsiz / ucuz hizmet sağlanmalı	81	18.0
• Süreklilik sağlanmalı	33	7.3
• Görsel materyallerin kullanımı arttırılmalı	18	4.0
• Danışmanlık hizmetleri arttırılmalı	17	3.8
• Ulaşılabilirlik sağlanmalı	9	2.0
• Hükümet desteği sağlanmalı	10	2.2

*** Olgular birden fazla yanıt vermişlerdir.**

Sağlık çalışanlarının yarıya yakını (%41.3) yeni bir kontraseptif yöntemin tüm sağlık kurumlarından, %32.9' u ise eczanelerden temin edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Kullanımının arttırılması yönünde öncelikle (%48.0) “eğitim ve bilinçlendirmenin arttırılması” gerektiğini ifade etmişlerdir (Tablo 19).

Tablo 20: Sağlık Çalışanlarının Kontraseptif Yöntem Kullanımının Kadına ve Erkeğe Yükllediği Rol ve Sorumluluklara İlişkin Görüşleri

Kontraseptif Yöntem Kullanımının Kadına ve Erkeğe Yükllediği Rol ve Sorumluluklara İlişkin Görüşler	N:450	
	n	%
Kadına Yönelik*		
• Tam sorumluluk gerektirir	132	29.3
• Sorumluluğu arttırır	85	18.9
• Bilgili bilinçli davranmaya zorlar	59	13.1
• Endişeli cinsel ilişkiye sebep olur	23	5.1
• Baskı oluşturur	23	5.1
• Eksta özen gerektirir	10	2.2
• Olumlu etkiler	8	1.8
Erkeğe Yönelik*		
• Sorumluluk almıyorlar o nedenle etkilemez	148	32.9
• Bilinçlenmelerini sağlar	60	13.7
• Sorumluluğu arttırır	59	13.1
• Destek olmaya zorlar	45	10.0
• Bilgili bilinçli davranmaya zorlar	24	5.3
• Endişeli cinsel ilişkiye sebep olur	13	2.9
• Olumlu etkiler	8	1.8

*** Olgular birden fazla yanıt vermişlerdir.**

Araştırma kapsamına alınan olguların kontraseptif yöntem kullanımının kadına yönelik olduğunu %29.3 oranında tam sorumluluk getirdiğini, %18.9 oranında sorumluluğu arttırdığını ifade etmişlerdir. Erkekler açısından ise, öncelikle (%32.9) “sorumluluk almıyorlar, o nedenle etkilenmezler” ifadesini vurguladıkları belirlendi (Tablo 20).

Tablo 21: Sağlık Çalışanlarının AP Hizmetinin verilmesinde Kimin Görev Alması ve Sahip Olması Gereken Özelliklere İlişkin Görüşleri

AP Hizmetinin verilmesinde Kimin Görev Alması ve Sahip Olması Gereken Özelliklere İlişkin Görüşler	N:450	
	N	%
• Hekim • Ebe • Hemşire	297 146 106	66.0 32.4 23.6
Görev Alanın Sahip Olması Gereken Özelliklerine İlişkin Görüşler* • Daha bilgili / güvenilir olan • Tecrübeli / uzman olan • Bayan olan • Halk üzerindeki etkisi daha fazla olan • Eğitilmiş olduğu için hepsi verebilir • İş yoğunluğu daha az olan • Eğitici rolleri olan • Muayene edebilen	215 70 32 30 26 24 22 22	47.8 15.6 7.1 6.7 5.8 5.3 4.9 4.9

*** Olgular birden fazla yanıt vermişlerdir.**

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının (%66.0) AP hizmetlerinde öncelikle hekimin görev alması gerektiğini düşündüğü belirlendi. Yarısına yakınının (%47.8) hizmetin daha bilgili ya da güvenilir olan kişiler tarafından vermesi gerektiğini ifade etikleri görülmüştür. (Tablo 21).

Tablo 22: Sağlık Çalışanlarının Daha Etkin Aile Planlaması Hizmeti İçin; Hizmeti Verenlere, Hizmet Sunumuna, Ortama ve Olanaklara İlişkin Görüşleri

Aile Planlaması Hizmetini Verenlere, Hizmet Sunumuna, Ortama ve Olanaklara İlişkin Görüşler	N:450	
	n	%
Hizmeti Verenlerin Özelliklerine Yönelik Görüşler*		
• Bilgili / eğitimli / eğitici / öğretici olmalı	282	62.7
• İyi bir iletişimci olmalı	92	20.4
• Olumlu kişisel özellikleri olmalı	43	9.6
• İkna edici olmalı	42	9.3
• Mesleğinin gereklerini yerine getiriyor olmalı	38	8.4
• İyi bir danışman olmalı / yönlendirmemeli	28	6.2
• Tecrübeli / becerikli olmalı	19	4.2
• Bayan olmalı	4	0.9
Hizmetin Sunumuna İlişkin Görüşler*		
• Yeterli olmalı	225	50.0
• Bireye özel olmalı	143	31.8
• Tekrar edilerek / soru cevap şeklinde verilmeli	28	6.2
• İkna edici / inandırıcı olmalı	24	5.3
• Kısa ve basit anlatımla verilmeli	23	5.1
• Medya ve okulların desteği olmalı	16	3.6
• Grup halinde verilmeli	13	2.9
Hizmetin Sunulduğu Ortama ve Olanaklara İlişkin Görüşler*		
• Mahremiyete saygılı, rahat, sakin ve özel ortam	264	58.7
• Yeterli olanaklar sağlanmalı	115	25.6
• Her ortamda verilebilmeli	28	6.3
• Hükümet ve basın desteği ile	16	3.6

*** Olgular birden fazla yanıt vermişlerdir.**

Sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının (%62.7) AP hizmetini vereceklerin bilgili, eğitimli, eğitici, öğretici olması gerektiğini, %9.3' ünün ikna edici olması ayrıca %6.2' sinin iyi bir danışman olmalı ya da yönlendirmemeli ifadelerini kullandıkları görülmüştür. Yarısının hizmet sunumunda öncelikle (%50.0) hizmetin sunumunun yeterli olması, %5.3 oranında ise ikna edici ya da inandırıcı olması gerektiği belirtmişlerdir. Yarısından fazlasının öncelikle (%58.7) hizmetin sunulduğu ortam ve olanaklar açısından mahremiyete saygılı, rahat, sakin ve özel bir ortamda hizmet verilmeli şeklinde ifade verdikleri belirlendi (Tablo 22).

Tablo 23: Sağlık çalışanlarının Ülkemizdeki Aile Planlaması Politikalarına, Hizmetlerine ve Hizmetin İstenilen Düzeyde Olmama Nedenlerine İlişkin Görüş ve Önerileri

AP Politikalarına, Hizmetlerine ve Hizmetin İstenilen Düzeyde Olmama Nedenlerine İlişkin Görüş ve Öneriler	N:450	
	n	%
AP Politikalarına Yönelik		
Görüşler;*		
• Çok yetersiz / yetersiz	266	59.1
• Yeterli	24	5.3
Öneriler;*		
• Daha iyi olmalı	61	13.6
• Hükümet politikası değil devlet politikası olmalı	32	7.1
• Gereken önem ve destek verilmeli	19	4.2
• İnsanlar eğitilmeli / bilinçlendirilmeli	17	3.8
• Tüm kesimlere uygulanmalı	16	3.6
• Tanımına uygun davranılmalı	11	2.4
• Medyanın desteği alınmalı	8	1.8
• Anti- natalist olmalı	5	1.1
Aile Planlaması Hizmetlerine Yönelik		
Görüşler;*		
• Çok yetersiz / yetersiz	200	44.4
• Gelişmeler durdurulmaya çalışılıyor	86	19.1
• Eğitimsizlik / bilgisizlik hakim	60	13.3
• Hizmet yeterli	13	2.9
Öneriler;*		
• Yeterli personel ve teknik olanaklar sağlanmalı	67	14.9
• Daha iyi olmalı	64	14.2
• Tüm kesimlere yayılmalı	62	13.8
Hizmetlerin İstenilen Düzeyde Olmama Nedenlerine Yönelik		
Görüşler*		
• Halkın eğitim seviyesinin düşük olması / bilinçsizlik / batıl inanışlar	241	53.6
• Danışmalık hizmetlerinin ve servislerinin yetersizliği	81	18.0
• Hükümetin yanlış yönlendirmesi	40	8.9
• Yeterli olanak ve planlamanın olmaması	38	8.4
• Personelin yetersizliği ve bilgi eksikliği	28	6.2
• Halkın aile planlaması konularından çekiniyor olması ve bu nedenle bildiğini yapması	18	4.0
• Kurumların desteklememesi	15	3.3
• Yeterli düzeyde yaygın	6	1.3

*** Olgular birden fazla yanıt vermişlerdir.**

Olguların aile planlaması politikalarını %59.1 oranında öncelikle çok yetersiz ya da yetersiz bulduklarına ilişkin görüş belirttikleri ve %13.6 oranında daha iyi olmalı şeklinde öneride bulundukları belirlendi. Yarısına yakınının öncelikle (%44.4) aile planlaması hizmetlerinin çok yetersiz ya da yetersiz olduğuna ilişkin görüş belirttikleri ve %14.9' unun yeterli personel ve teknik olanaklar sağlanmalı, %13.8' inin hizmet tüm kesimlere yayılmalı şeklinde önerilerde bulundukları saptandı. Ayrıca, yarıdan fazlasının (%53.6) hizmetlerin istenilen düzeyde olmama nedenlerine ilişkin olarak ilk sırada “halkın eğitim seviyesinin düşük olması, bilinçsizlik, batıl inanışların etkili” olduğunu, %18.0' inin “danışmanlık hizmetinin ve servislerinin yetersiz” olduğuna ve sadece %1.3' lük kısmının hizmetin yeterli düzeyde yaygın olduğuna ilişkin görüş bildirdikleri belirlendi (Tablo 23).

Tablo 24: Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre Aile Planlamasına İlişkin Bilgi, Beceri Düzeyleri ile Yöntemi Tercih Etme Nedenleri

AP ile ilgili bilgi, beceri düzeyleri ve tercih etme nedenleri	Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri				X ²	p
	Kadın (n: 327)		Erkek (n:123)			
	n	%	n	%		
AP’ na ilişkin bilgi, beceri düzeyleri - Çok yeterli - Yeterli - Orta - Yetersiz	106	32.4	59	48.0	11.558	.009
	142	43.4	47	32.8		
	68	20.8	16	13.0		
	11	3.4	1	0.8		
Kullanılan yöntemler* - KOK - RIA - Kondom - Geri çekme - Diğer	45	26.6	19	27.9	1.363	.851
	55	32.5	19	27.9		
	43	25.4	17	25.0		
	9	5.3	3	4.4		
	17	10.1	10	14.7		
Cerrahi sterilizasyonu tercih etme durumu - Eden - Etmeyen	10	3.1	0	0.0	3.847	.050
	317	96.9	123	100.0		

*(kadın n:169, erkek için n:68)

Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile aile planlamasına ilişkin bilgi ve beceri düzeyleri karşılaştırıldığında, erkeklerin kadınlara göre kendilerini anlamlı düzeyde daha yüksek oranda çok yeterli düzeyde gördüklerini ifade ettikleri saptanmıştır (p:0.009). araştırmanın yapıldığı süreçte kullanılan yöntemlerin cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir (p:0.851). Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre cerrahi sterilizasyon yöntemlerini tercih etme durumu karşılaştırıldığında, erkeklerin hiç tercih etme düşüncesinde olmadıkları belirlenmiştir. Bu farkın da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (p:0.050) (Tablo 24).

Tablo 25: Sağlık Çalışanlarının Öğrenim Durumlarına Göre AP' na İlişkin Bilgi, Beceri Düzeyleri, Bilimsel Yayınları Takip Etme ile Görüş ve Öneri Paylaşma Durumları

AP' na İlişkin Bilgi, Beceri Düzeyleri, Bilimsel Yayınları Takip Etme ile Görüş ve Öneri Paylaşma Durumları	Sağlık Çalışanlarının Öğrenim Durumları								X ²	p
	Lise (n: 90)		Üniversite (n:308)		Master (n:29)		Doktora (n:23)			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
AP' na ilişkin bilgi, beceri düzeyleri										
• Çok yeterli	13	14.4	130	42.2	16	55.2	6	26.1	42.306	.000
• Yeterli	43	47.8	126	40.9	8	27.6	12	52.2		
• Orta	28	31.1	49	15.9	4	13.8	3	13.0		
• Yetersiz	6	6.7	3	1.0	1	3.4	2	8.7		
Bilimsel yayınları takip etme durumu										
• Takip eden	37	41.1	176	57.1	19	65.5	13	56.5	20.660	.002
• Bazen takip eden	23	25.6	89	28.9	7	24.1	7	30.4		
• Takip etmeyen	30	33.3	43	14.0	3	10.3	3	13.0		
AP' ye ilişkin görüş, öneri paylaşma durumu										
• Paylaşan	37	41.1	75	24.4	2	6.9	8	34.8	20.188	.003
• Bazen paylaşan	27	30.0	97	31.5	10	34.5	9	39.1		
• Paylaşmayan	27	28.9	136	44.2	17	58.6	6	26.1		

Sağlık çalışanlarının öğrenim durumuna göre aile planlaması konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olma durumu karşılaştırıldığında, master düzeyinde eğitilmiş olanların diğerlerine oranla çok yüksek düzeyde (%55.2) kendilerini “çok yeterli” olarak gördükleri, çarpıcı olarak ise doktora düzeyinde eğitilmiş olanların bu oranı %26.1 bulunmuş ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği bulunmuştur (p:0.000). Eğitim düzeyi yükseldikçe aile planlaması konusundaki bilimsel yayınları veya gelişmeleri takip etme oranının da anlamlı düzeyde arttığı belirlendi (p:0.002). Bireylere danışmanlık verirken sağlık çalışanlarının kendi görüş ve önerilerini paylaşma durumunun özellikle lise ve doktora düzeyinde eğitimi olanlarda yüksek olduğu (sırasıyla %41.1 ve %34.8) bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (p:0.003) (Tablo 25).

Tablo 26: Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Sahip Oldukları Çocuk Sayısı, Görev Aldıkları Birim ve AP’ na İlişkin Bilgi, Beceri Düzeyleri

Sahip oldukları çocuk sayısı, görev aldıkları birim ve AP’ na İlişkin Bilgi, Beceri Düzeyleri	Sağlık çalışanlarının meslekleri				X ²	p
	Hekim (n: 228)		Hemşire / Ebe (n:222)			
	n	%	n	%		
Sahip oldukları çocuk sayısı - Hiç çocuğu olmayan 1-2 çocuğu olan 3 ve üzeri çocuğu olan	155	68.0	114	51.4	15.108	.001
	70	30.7	97	43.7		
	3	1.3	11	5.0		
Görev aldıkları birimler - Dahili bilimler - Cerrahi bilimler - Kadın doğum - Çocuk - Yoğun bakım - Poliklinik	39	17.1	38	17.1	13.365	.020
	34	14.9	36	16.2		
	122	53.5	91	41.0		
	19	8.3	40	18.0		
	10	4.4	9	4.1		
	4	1.8	8	3.6		
AP’ na ilişkin bilgi, beceri düzeyleri - Çok yeterli - Yeterli - Orta - Yetersiz	103	45.2	62	27.9	20.101	.000
	92	40.4	97	43.7		
	30	13.2	54	24.3		
	3	1.3	9	4.1		

Çalışma kapsamına alınan sağlık çalışanlarından hekimlerin %53.5' inin, hemşire / ebelerin %41.0' inin kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili alanlarda hizmet verdikleri, özellikle hekim grubunun AP' na ilişkin bilgi, beceri konusunda kendilerini daha yüksek oranda (%45.2) “çok yeterli” düzeyde gördükleri ve hemşire grubuna göre daha az sayıda çocuk sahibi oldukları tüm bu farklılıkların da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir ($p_1:0.020$, $p_2:0.000$, $p_3:0.001$) (Tablo 26).

Tablo 27: Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre AP Hakkında Bilimsel Yayınları Takip Etme, Araştırma Yapma ve Hizmet Verme Durumu

AP hakkında bilimsel yayınları takip etme, araştırma yapma ve hizmet verme durumu	Sağlık çalışanlarının meslekleri				X ²	p
	Hekim (n: 228)		Hemşire / Ebe (n:222)			
	n	%	n	%		
Bilimsel yayınları takip etme durumu - Takip eden - Bazen takip eden - Takip etmeyen	148	64.9	97	43.7	20.420	.000
	49	21.5	77	34.7		
	31	13.6	48	21.6		
Araştırma yapma durumu - Yapan - Yapmayan	125	54.8	52	23.4	46.479	.000
	103	45.2	170	76.6		
AP ile ilgili bir birimde hizmet verme durumu - Veren - Vermeyen	125	54.8	95	42.8	6.516	.011
	103	45.2	127	57.2		

Aile planlaması konusundaki bilimsel yayınları takip etme, araştırma yapma ve ilgili birimde hizmet vermenin hekim grubunda daha yüksek oranlarda olduğu (sırasıyla %64.9, %54.8 ve %54.8) ve bu sonuçların istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir ($p_1:0.000$, $p_2:0.000$ ve $p_3:0.011$) (Tablo 27).

Tablo 28: Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre AP Hakkında Öneri ve Görüş Paylaşma ile Hizmet Veren Özellikleri

AP Hakkında Öneri ve Görüş Paylaşma ile Hizmet Veren Özellikleri	Sağlık çalışanlarının meslekleri				X ²	p
	Hekim (n: 228)		Hemşire /Ebe (n:222)			
	n	%	n	%		
AP hakkında öneri ve görüş paylaşma durumu - Paylaşan - Bazen paylaşan - Paylaşmayan	52	22.8	70	31.5	5.962	.051
	71	31.1	72	32.4		
	105	46.1	80	36.0		
Geleneksel yöntemlerin önerilme durumu - Öneren - Önermeyen	24	10.5	2	0.9	19.143	.000
	204	89.5	220	99.1		

AP hizmeti alanlara hizmet hakkında görüş ve öneri paylaşmamanın %46.1 ile geleneksel yöntemleri önerme durumunun ise %10.5 ile hekim grubunda daha yüksek oranlarda olduğu ve bu sonuçların da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği bulunmuştur (p:0.051, p:0.000) (Tablo 28).

Tablo 29: Sağlık Çalışanlarının Görev Aldıkları Birimlere Göre AP' na İlişkin Bilgi Beceri Düzeyleri, Araştırma Yapma ile Danışmanlık Verme Durumu

AP' na İlişkin Bilgi, Beceri Düzeyleri ile Araştırma Yapma Durumu	Sağlık Çalışanlarının Görev Aldıkları Birimler												X ²	p	
	Dahili (n:77)		Cerrahi (n:70)		Kadın Doğum (n:213)		Çocuk (n:59)		Yoğun Bakım (n:19)		Poliklinik (n:12)				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
AP' na ilişkin bilgi, beceri düzeyleri															
• Çok yeterli	10	13.0	7	10.0	134	62.9	13	22.0	1	5.3	0	0.0	187.806	.000	
• Yeterli	31	40.3	34	48.6	75	35.2	32	54.2	11	57.9	6	50.0			
• Orta	32	41.6	27	38.6	3	1.4	12	20.3	7	36.8	3	25.0			
• Yetersiz	4	5.2	2	2.9	1	0.5	2	3.4	0	0.0	3	25.0			
Araştırma yapma durumu															
• Yapan	4	5.2	5	7.1	161	75.6	6	10.2	0	0.0	1	8.3	223.505	.000	
• Yapmayan	73	94.8	65	92.9	52	24.4	53	89.8	19	100.0	11	91.7			
Danışmanlık verme durumu															
• Veren	32	41.6	28	40.0	194	91.1	31	52.5	6	31.6	5	41.7	118.866	.000	
• Vermeyen	45	58.4	42	60.0	19	8.9	28	47.5	13	68.4	7	58.3			
Tercih etmediği yöntemlere ilişkin danışmanlık verme durumu															
• Veren	5	6.5	5	7.1	43	20.2	12	20.3	2	10.5	0	0.0	39.551	.001	
• Bazen veren	7	9.1	12	17.1	36	16.9	12	20.3	3	15.8	2	16.7			
• Vermeyen	23	29.9	12	17.1	71	33.3	15	25.4	5	26.3	3	25.0			
• Yanıt vermeyen	42	54.5	41	58.6	63	29.6	20	33.9	9	47.4	7	58.3			

Özellikle kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili alanlarda hizmet veren sağlık çalışanlarının diğer alanlarda çalışanlara göre; AP' na ilişkin bilgi beceri düzeylerinin daha fazla oranda (%62.9) çok yeterli gördükleri, araştırma yaptıkları (%75.6) ve konuya ilişkin danışmanlık verdikleri (%91.1) belirlenmiş ve bu farklılıklar ileri düzeyde ($p:0.000$) anlamlı bulunmuştur. Ayrıca kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk birimlerinde çalışanların tercih etmediği yöntemlere ilişkin danışmanlık hizmetini daha fazla oranlarda (%20.2, %20.3) verdikleri bununda $p:0.001$ düzeyinde anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 29).

Tablo 30: AP Hizmetlerini Hekim ya da Hemşire / Ebe Vermesi Yönünde Görüşlere Göre Nedenlerinin Dağılımı

Nedenler	AP Hizmeti Vermesi Önerilen Sağlık Çalışanları						X ²	p
	Hekim (n:208)		Hemşire / Ebe (n:85)		Hepsi (n:89)			
	n	%	n	%	n	%		
Bilgili / güvenilir olma								
Hayır	35	21.0	83	49.7	49	29.3	166.250	.000
Evet	173	80.5	2	0.9	40	18.6		
Eğitimli olma								
Hayır	206	57.9	84	23.6	66	18.5	66.296	.000
Evet	2	7.7	1	3.8	23	88.5		
Tecrübeli / uzman olma								
Hayır	207	66.3	51	16.3	54	17.3	97.160	.000
Evet	1	1.4	34	48.6	35	50.0		
Halk üzerinde etkin olma								
Hayır	190	54.0	85	24.1	77	21.9	11.326	.003
Evet	18	60.0	0	0.0	12	40.0		
Eğitici rolde olma								
Hayır	207	57.5	72	20.0	81	22.5	26.626	.000
Evet	1	4.5	13	59.1	8	36.4		
Muayene gerektiriyor olma								
Hayır	187	51.9	85	26.3	88	24.4	15.927	.000
Evet	21	95.5	0	0.0	1	4.5		
Bayan olma								
Hayır	208	59.4	59	16.9	83	23.7	73.963	.000
Evet	0	0.0	26	81.3	6	18.8		
İş yoğunluğu az olma								
Hayır	208	58.1	69	19.3	81	22.6	37.755	.000
Evet	0	0.0	16	66.7	8	33.3		

AP hizmetlerini hekimin vermesi yönünde görüş bildirenlerin bilgili / güvenilir olma (%80.5), halk üzerinde etkin olma (%60.0) ve muayene gerektiriyor olması (%95.5) nedeniyle hekimi tercih ettiklerini belirttikleri ve aralarındaki ilişkilerin ise anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir ($p_1:0.000$, $p_2:0.003$, $p_3:0.000$). Hemşire veya ebenin vermesi yönünde görüş bildirenlerin eğitici rolde olma (%59.1), bayan olma (%81.3) ve iş yoğunluğu az olma (%66.7) nedeniyle onları seçtikleri ve aralarındaki ilişkilerin de anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir ($p:0.000$). Hekim, hemşire veya ebenin (hepsinin) vermesi yönünde görüş bildirenlerin ise, eğitilmiş olma (%88.5) ve tecrübeli / uzman olma (%50.0) nedeniyle onları seçtikleri ve aralarındaki ilişkilerin de anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir ($p:0.000$) (Tablo 30).

Tablo 31: Sağlık Çalışanlarının AP' na İlişkin Bilgi, Beceri Düzeylerine Göre AP Danışmanlığı Verme ve Yöntem Seçiminde Öneride Bulunma Durumu

AP Danışmanlığı Verme ve Yöntem Seçiminde Öneride Bulunma Durumu	Sağlık Çalışanlarının AP' na İlişkin Bilgi, Beceri Düzeyleri								X ²	p
	Çok yeterli (n: 165)		Yeterli (n:189)		Orta (n:84)		Yetersiz (n:12)			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Danışmanlık verme - Veren - Vermeyen	24	14.5	68	36.0	52	61.9	10	83.3	70.092	.000
	141	85.5	121	64.0	32	38.1	2	16.7		
Yöntem seçiminde öneride bulunma - Bulunan - Bazen bulunan - Bulunmayan	45	27.3	68	36.0	9	10.7	0	0.0	32.578	.000
	42	25.5	62	32.8	36	42.9	3	35.0		
	78	47.3	59	31.2	39	46.4	9	75.0		

AP hakkındaki bilgi ve beceri düzeyini çok yeterli ya da yeterli olarak gören sağlık çalışanlarının daha fazla oranda (%85.5, %64.0) AP danışmanlık hizmeti vermediği buna karşın orta %61.9, yetersiz düzeyde diyenlerin %83.3' ünün AP danışmanlığı verdiği ve farklılığın ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (p:0.000). AP konusunda bilgi ve becerisini çok yeterli ya da yeterli düzeyde gören sağlık çalışanlarının kontraseptif yöntem seçiminde öneride bulunma oranlarının özellikle yetersiz düzeyde bilgi ve becerisi olanlara göre daha fazla olduğu, yetersiz diyenlerin ise %75.0 oranında yöntem önerisinde bulunmadığı ve bu farklılığın da ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği bulunmuştur (p:0.000) (Tablo 31).

Tablo 32: Sağlık Çalışanlarının AP ile İlgili Bir Birimde Hizmet Verme Durumlarına Göre Yöntem Seçiminde Öneri Bulunma, Danışmanlık Verme ile AP Hizmetinin İstenilen Seviyede Olmama Nedenleri

Yöntem Seçiminde Öneri Bulunma, Danışmanlık Verme ile AP Hizmetinin İstenilen Seviyede Olmama Nedenleri	Sağlık çalışanlarının AP ile İlgili Bir Birimde Hizmet Verme Durumları				X ²	p
	Veren (n: 220)		Vermeyen (n:230)			
	n	%	n	%		
AP hakkında öneri ve görüş paylaşma durumu • Paylaşan • Bazen paylaşan • Paylaşmayan	75	34.1	47	20.4	11.962	.023
	58	26.4	85	37.0		
	87	39.5	98	42.6		
Tercih etmediği yöntemlere ilişkin danışmanlık verme durumu • Veren • Bazen veren • Vermeyen • Yanıt yok	47	21.4	20	8.7	26.689	.000
	38	17.3	34	14.8		
	70	31.8	59	25.7		
	65	29.5	117	50.9		
AP hizmetlerinin “halkın eğitim seviyesinin düşük olması” nedeniyle istenilen düzeyde olmadığını düşünenler • Evet • Hayır	131	59.5	110	47.8	6.209	.013
	89	40.5	120	52.2		

Sağlık çalışanlarından AP ile ilgili bir birimde hizmet verenlerin daha fazla oranlarla yöntem seçiminde öneride bulunup kendi görüşlerini paylaştığı (%34.1), tercih etmediğiniz / kullanmayı düşünmediğiniz yöntemlere yönelik danışmanlık hizmeti verdiği (21.4) ve halkın eğitim seviyesinin düşük olması-bilinçsizlik-batıl inanışlar nedeniyle AP hizmetlerinin istenilen düzeyde olmadığını düşündüğü (%59.5) bunların da anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir (p₁:0.023, p₂:0.000, p₃:0.013) (Tablo 32).

7.TARTIŞMA

Bu bölümde, çalışmamız ile ilgili bulguların tartışılması, bulgularımız paralel bölümler halinde sunuldu.

7.1. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması:

Bu başlık altında; olguların yaşına, eğitim durumuna, mesleğine, görev yaptığı birimlere, obstetrik özelliklerine ve evlilik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılmasına yer verildi.

Aile planlaması; fertlerin istedikleri sayı ve sıklıkta çocuk sahibi olmalarıdır. Bu açıdan aile planlaması hizmetleri; doğum aralığını uzatmak isteyen ve çocuk sahibi olmak isteyen bireylere götürülen bir hizmet olmasının yanı sıra istenmeyen gebeliklerin önlenmesi amacıyla kullanılan bir hizmettir (4,5,14,19,20,34,52,61). Bu hizmetin en sık kullanıldığı dönem ise, doğurganlık çağıdır. Yöntem kullanımının yaşla ilişkisini belirlemek amacıyla sağlık çalışanlarının yaşları gruplandırıldı. Çalışma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması; 32.86 ± 0.31 /yıl ve %28.2' sinin 26-29 yaş aralığında olduğu belirlendi (Tablo 1). Dünder ve arkadaşlarının (2005) evli ebelerde yaptıkları çalışmada yaş ortalaması 34.4 ± 5.6 yıl olarak bildirildi. Bu sonuç, bizim çalışmamızın sonuçlarına yakın bir değerdir. Bizim çalışmamızda hekim, hemşire ve ebeler alındı. Hekimlerin eğitim ve uzmanlık süreleri ile çalışma kapsamına aldığımız hemşire ve ebelerin çoğunluğunun lisans mezunu olduğu göz önüne alındığında çoğunluğunun doğurganlık dönemi içerisinde ve belirtilen yaş aralığında toplanması beklenen bir sonuçtur.

Kontraseptif yöntem kullanımının toplum geneline bakıldığında çoğunlukla kadınlar tarafından kullanıldığı, hatta kadınların rol ve sorumluluğunda olduğu düşünüldü. Bu nedenle çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine bakıldı ve %72.7' sinin kadın olduğu belirlendi (Tablo 1). Çalışma kapsamına aldığımız sağlık çalışanlarından hekim grubundakilerin çoğunluğunun kadınların oluşturması ayrıca hemşire ve ebelerin de ülkemiz gerçeklerine göre tamamına yakınının kadın olması bizim çalışma sonucumuzdaki kadın oranının yüksekliğini açıklayan bir durumdur.

Bireylerin üreme sağlığını sürdürmelerinde AP ve kontrasepsiyon hizmetleri önemli unsurlardandır. Bu bağlamda hizmetlerin etkin olarak yürütülmesi sağlık personelinin eğitiminden, mesleğinden, hizmet verdiği birimden, vb. geçmektedir (22). Çalışma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının %50.8' inin hekim, %49.2' sinin hemşire/ebe (ebeler %4.9) olduğu, bunların %47.3 ile çoğunluğunun kadın hastalıkları ve doğum servislerinde görev yaptığı ve hizmet sürelerinin ortalama 9.50 ± 0.35 / yıl olduğu görüldü (Tablo 1). Çalışmamız kapsamındaki sağlık çalışanlarının yarıya yakınının kadın hastalıkları ve doğuma ilişkin birimlerde ve de ortalama 9 yıldır kendi alanlarında aktif olarak hizmet veriyor olmaları bilgi ve becerileri doğrultusunda bizim çalışmamızın içeriği ve amacına görüş ve önerileri ile daha fazla katkı sağlamış olabileceğini düşündürdü. Karaoğlu ve arkadaşlarının (2005) Malatya' daki bir tıp merkezinde çalışan evli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların %30.6' sının doktor, %32.6'sının hemşire, %9,7' sinin diğer sağlık personeli, %27.1' inin idari personel olduğu bildirildi.

Eğitim düzeyi bireylerin doğurganlık özelliklerini, kontraseptif seçimlerini ve kullanımlarını etkileyen bir durumdur. Bu nedenle sağlık çalışanlarının öğrenim durumları incelenmiş ve %68.5' inin üniversite mezunu olduğu görüldü (Tablo 1). Çalışma grubundakilerin yarısının hekim olması, bunun yanı sıra ülkemizde son yıllarda hemşire ve ebe eğitiminin de lisans düzeyinde olması çalışmada elde ettiğimiz eğitim düzeyi sonucunu üniversite yönünde etkiledi. Dündar ve arkadaşlarının (2005) evli ebelerin aile planlaması yöntemi kullanma durumlarına ilişkin çalışmasında %66.4' ünün yüksekokul / üniversite mezunu olduğu ve Karaoğlu ve arkadaşlarının (2005) Malatya' daki bir tıp merkezinde çalışan evli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada da %81.2' sinin üniversite mezunu olduğu bildirildi. Bu sonuçlar da, bizim verilerimizi destekler niteliktedir.

Üreme Sağlığı hizmetleri; tüm yaşam boyu, herkesi hedefleyen, birey ve toplumun gereksinmelerine uygun kontraseptif seçenekler sunan, insanların bilinçli-özgür seçim yapmalarını sağlayan hizmetleri içermektedir. Üreme sağlığı hizmetleri bireylerin medeni durumlarına bakmaksızın hizmet vermeyi amaçlasa da toplumumuzun cinselliğe ilişkin bazı tabularının olduğu bilinmektedir. Bu tabuların başında da evlilik dışı cinsel birlikteliğin onay görmemesi gelmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının medeni durumları sorgulandı ve olguların %55.8' inin evli ve

evlilik süresi ortalamaları da 9.24 ± 0.46 olduğu saptandı (Tablo 2). Aile planlaması yöntemlerinin ağırlıklı olarak evli kişiler tarafından kullanılıyor olması ve çalışmamızdaki evli oranının yüksek olması, yöntem kullanma deneyimini de arttıracığından bu deneyimlerin yöntemlere ilişkin görüş ve öneriler konusundaki verilere anlamlı katkı sağlamış olabileceğini düşündürdü.

Kontraseptif yöntemler, annenin doğum için en uygun yaşta ve doğum aralığında olmasını sağlayarak çok sayıda veya sık olan gebelikler ve doğumlar nedeniyle olabilecek ana çocuk sağlığı sorunlarını asgari düzeye indirmek ve olabilecek sakıncalı durumları önlemektedir (46,47). Kontraseptif yöntem kullanımının fazla ve kötü obstetrik özelliklerin az olmasını düşündüğümüz sağlık çalışanlarının, obstetrik hikayeleri sorgulandı ve gravida sayısı ortalamasının 1.85 ± 1.03 , para 1.61 ± 0.66 , abortus 1.23 ± 0.66 , kürtaj 1.17 ± 0.51 , ölü doğum 1.20 ± 0.44 olarak bulundu (Tablo 2). Sonuçlar, evlilik süreleri de göz önüne alındığında normal ve beklenen değerler içerisinde görülmesine karşın kürtaj oranının %4.4 (n:35) ve 1 ile 3 kez deneyimlenmiş olması düşündürücüdür. Canbaz ve arkadaşlarının (2005) kadın sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada %87.6' sının araştırma tarihine kadar en az bir defa gebe kaldığı ve katılımcıların toplam gebelik, canlı doğum, ölü doğum, düşük ve yaşayan çocuk ortalamalarının sırasıyla 2(0-4), 1(0-3), 0(0-4), 0(0-2) ve 1(0-3) olarak bulundu. Ayrıca, %3.3' ünün son gebeliğinin istemli düşük ile sonlandığı, %27.2' sinin ise gebeliğinin planlı olmayan gebelik olduğu bulundu. Karaoğlu ve arkadaşlarının (2005) gerçekleştirdiği çalışmada ise, kadınların ortalama gebelik sayısı 1.6 ± 0.1 , canlı doğum sayısı 1.1 ± 0.01 , ölü doğum sayısı 0.02 ± 0.01 , kendiliğinden düşük sayısı 0.15 ± 0.03 , isteyerek düşük sayısı 0.24 ± 0.01 , ölen çocuk sayısı 0.02 ± 0.01 , yaşayan çocuk sayısı 1.1 ± 0.1 bulundu. Elde ettiğimiz veriler, belirtilen çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Özellikle Canbaz ve arkadaşlarının kürtaja ilişkin sonuçları da bizim çalışmamızın sonuçlarına çok yakın değerdedir. 2003 TNSA bulgularına göre, ülkemizde genel olarak evli kadınların ortalama canlı doğum sayısının 2.6, yaşayan çocuk sayısının 2.4, ölü doğum sayısının 0.1' den az, kendiliğinden düşük sayısının 0.3 ve isteyerek düşük sayısının 0.4 olduğu bildirildi. Bizim verilerimiz bu sonuçlardan çok farklı olmamanın yanında verilerimizdeki kürtaj oranının Türkiye genelinden yüksek olması düşündürücüdür.

Sahip olunan çocuk sayısı ve sahip olmak istenilen çocuk sayısının kontraseptif yöntem kullanımları ile ilişkili olduğu, özellikle çocuk sahibi olmak istemeyenlerde etkin, güvenli kontraseptif yöntem kullanımının daha fazla tercih edildiği bildirildi. Çalışmamızda olguların yarıdan fazlasının (%59.8) çocuk sahibi olmadığı, toplamda çoğunluğunun (%86.2) bir ya da iki çocuğunun olmasını istediği bulundu (Tablo 2). Çalışmamızdaki sağlık çalışanlarının eğitim seviyelerinin, etkin yöntem kullanım oranlarının yüksek olması, çalışma şartlarının ağır ve yorucu olması gibi nedenlerle sahip oldukları ve sahip olmak istedikleri çocuk sayısı oranı beklendiği gibi düşük seviyededir. Karaoğlu ve arkadaşlarının (2005) Malatya' daki bir tıp merkezinde çalışan evli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada ortalama ideal çocuk sayısı 1.9 ± 0.01 olarak bildirildi ve kadınların %33.3' ünün (48 kadın) başka çocuk sahibi olmak istemedikleri belirtildi. Verilerimiz Karaoğlu' nun verileri ile benzer niteliktedir.

7.2. Sağlık Çalışanlarının Kontraseptif Yöntem Kullanımına ve AP İlişkin Bilgi / Bilgilenme Düzeylerine Yönelik Bulguların Tartışılması:

Bu başlık altında; sağlık çalışanlarının kullandıkları ve kullanmakta oldukları kontraseptif yöntemlere, kullanılan yöntemlerin kullanım sürelerine, kullandıkları yöntemleri tercih etme ve bırakma nedenlerine, aile planlaması hizmetlerini temin ettikleri / etmeyi düşündükleri yerlere, aile planlaması konusundaki bilgi ve beceri düzeylerine, gelişmeleri takip etme ve konuya ilişkin çalışma yapma durumlarına ilişkin bulguların tartışılmasına yer verildi.

Gebelik istemeyen bireyler için her cinsel ilişki risk ifade eder ve kaygıyı artırır. Kaygılı cinsel ilişkinin yaşanmaması için de bireylerin etkin ve güvenli modern yöntem seçimleri gerekmektedir. Bu görüşle sağlık çalışanlarının kullandıkları ve kullanmakta oldukları yöntemler sorgulandı. Olguların %26.2' sinin önceden herhangi bir kontraseptif yöntem kullandığı ve bu yöntemler arasında ilk üç sırayı etkin yöntemlerin aldığı (%26.0-kondom, 18.9-RİA ve %17.6-KOK) belirlendi. Araştırmanın yapıldığı süreçte sağlık çalışanlarının %52.7' sinin kontraseptif yöntem kullandığı ve ilk üç sırada sıralama farklı olsa da yine etkin yöntemlerin yer aldığı (%30.5-RİA, %27.0-KOK ve %25.3-kondom) saptandı. Sonuçlar, kontrasepsiyon konusunda bilgi sahibi olan sağlık çalışanları için normal olmakla birlikte araştırmanın yapıldığı sırada olguların %5.0' inin geri çekme ve %1.3' ünün takvim

yöntemini kullanıyor olması dikkat çekicidir (Tablo 3). Canbaz ve arkadaşlarının (2005) kadın sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada %42.4' ünün son gebelikleri öncesi yöntem kullanmadığı, %48.9' unun modern, %8.7' sinin geleneksel yöntem kullandığı bildirildi. Karaoğlu ve arkadaşlarının (2005) bir tıp merkezinde çalışan evli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada %80.6' sının gebeliği önleyici herhangi bir yöntem, %70.8' sinin herhangi bir modern yöntem ve %9.7' sinin herhangi bir geleneksel yöntem kullanmakta olduğundan söz ettiği bildirildi. Çalışmada elde ettiğimiz veriler belirtilen çalışmalardaki sonuçlarla yakın oranlardadır. TNSA' a göre (2003) ülkemiz genelindeki halen evli kadınların %28.5' inin geleneksel yöntemlerden birini kullandığı bildirildi. Bizim çalışma sonucumuzda bulunan %6.3' lük geleneksel yöntem kullanımı toplum genelinden düşük olmakla birlikte kontrasepsiyon konusunda bilgisine güvenilmesi gereken sağlık çalışanları için halen yüksek bir oran olduğunu düşündürdü.

AP hizmetlerinde etkin ve güvenli kontaseptif yöntemlerin seçimi kadar, bu yöntemlerin etkin şekilde kullanımları ve süresi de önemlidir. Sağlık çalışanlarının yöntem kullanım sürelerini belirlemek amaçlı sorguladığımızda genelde yaşamlarında ortalama 16.38 ± 1.69 /aydan bu yana yöntem kullandıkları, çalışmanın yapıldığı süreçte kullandıkları yöntemi ise ortalama 17.39 ± 1.61 /aydır kullanmakta oldukları belirlendi (Tablo 3). Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının yaş ortalamaları ve evli olanların sayısının düşük olması ve evli olanların da evlilik yılı ortalamalarının 9.24 ± 0.46 olmasının yöntem kullanım süresini etkilediğini düşündürdü.

Aynı amaca hizmet eden kontraseptif yöntemlerin, tercih edilme ve bırakılma nedenleri bireysel faktörlerden etkilenmektedir. Çünkü başvuranların farklı gereksinimleri ve sorunları vardır. Başvuranların bazıları aile planlaması yöntem seçiminde özellik aramazken bazıları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmayı, genç başvuranlar ise aktif cinselliklerini etkilemeyecek bir yöntem kullanmayı isteyebilirler (33,60). Çalışmamızda; yöntem kullanan sağlık çalışanlarının yöntemi tercih etme nedenleri sorgulandığında çoğunluğunun (%42.8) yöntemi öncelikle etkin ve güvenli olması nedeniyle seçtiği belirlendi. Yöntem kullanımını bırakma nedeni olarak da; %7.3' ünün gebe kalmak istemeleri, %6.9' unun yan etkiler nedeniyle yöntemi bırakmış oldukları belirlendi (Tablo 4). Çalışmamız kapsamındaki

sağlık çalışanlarının yöntemlere ilişkin bilgilerinin yeterli olması yöntem seçme ve bırakma nedenlerine ilişkin sorularımıza anlamlı yanıtlar vermelerini sağladı. Dündar ve arkadaşlarının (2005) evli ebelerin aile planlaması yöntemi kullanma durumlarına ilişkin çalışmasında “Geçmişte kullandıkları yöntemleri neden bıraktıkları” sorusuna en sık “gebe kalmak istediğimden” (%39.2) yanıtını verdiği bildirildi. Bu ve bizim çalışmamızda sağlık çalışanlarının olgu olarak ele alınmış olması, beklenen yönde bir sonuç olan “gebe kalma isteği” nedeniyle yöntem bırakmanın ilk sırada olmasına neden oldu. TNSA’ ya göre (2003) de geçmişte kullanılan yöntemlerin bırakma nedenleri “gebe kalmak isteme”, “yöntem kullanırken gebe kalma” ve “kullanılan yöntemin yan etki yapması” olarak sıralandı. Çalışma sonucumuz TNSA verileri ile de uyumludur. Gebe kalma isteği nedeni ile yöntemin bırakılması kişinin kendi kararı ve isteği doğrultusunda ve çok doğal bir gerekçe ile yöntemi bıraktığını, aynı zamanda bilinçli bir kullanıcı olduğunu gösterdi.

Kontraseptif yöntem seçiminde danışmanın özellikleri kadar hizmetin verildiği ortam ve olanaklar da önemlidir. Rahat bir ortamda olması ve bu ortamda etkili danışmanlık, kişilerin kontraseptif yöntemleri daha iyi anlamalarına yardımcı olmakta ve en uygun yöntemi seçmelerinde yol göstermektedir. Sonuçta danışmanlık, bilinçli yöntem seçimini, doğru, düzenli ve uzun süreli kontraseptif kullanımını sağladığı ayrıca yöntemi bırakmak amacıyla yapılan klinik ziyaretlerini azalttığı için önemlidir (3,21,22,60). Sağlık çalışanlarının kullandıkları kontraseptif yöntemleri nereden temin ettikleri veya temin etmeyi düşündüklerine ilişkin soruya, araştırmaya katılanların öncelikle %37.5 oranında eczaneden, sadece %24.7’ sinin çalıştığı kurumdaki kadın- doğum hekimi / aile planlaması ünitesinden, %20.6’ sının da sağlık ocakları / AÇSAP merkezlerinden yöntem temin ettikleri belirlendi (Tablo 5). AP hizmetlerini veren sağlık çalışanlarının hizmet temini için öncelikli olarak eczaneleri tercih etmesi AP ve kontraseptif yöntem hakkında bilgilerinin var olması ve buna bağlı olarak da eğitim ya da danışmanlık gereksinimini hissetmemelerinden kaynaklanabilir. Bunun yanı sıra sağlık çalışanlarının kullandıkları yöntemin, mesai arkadaşlar/meslektaşları tarafından bilinmesi yönünde de çekincesi olabilir ve bu da onları farklı kaynaklara yönlendirmiş olabilir.

Sağlık çalışanlarının aile planlaması ve kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi-beceri düzeylerini, hizmet verdikleri birimler ile hizmet süreleri etkilemektedir.

Çalışmamızda; sağlık çalışanlarının aile planlaması ve kontrasepsiyon konusunda sahip oldukları bilgi ve beceri düzeyleri sorgulandığında; %36.6' sının çok yeterli, %42.0' sinin yeterli, %18.7' sinin orta ve %2.7' sinin yetersiz olarak tanımladığı belirlendi (Tablo 6). Olgularımızın çoğunluğunun kadın sağlığı ve doğum ile ilgili birimlerde hizmet veriyor olması AP ve kontrasepsiyon konusundaki bilgi- beceri düzeylerinin fazla olmasını gerektirdiğinden “çok yeterli” ve “yeterli” olarak değerlendirme oranındaki yüksekliği açıklamaktadır. Üner ve arkadaşlarının (2005) birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin verilen hizmetlere yönelik öz değerlendirmelerinin incelendiği çalışmada; hekimlerin %38,8' inin tıp fakültesinde aldıkları eğitimin birinci basamak uygulamaları açısından “yeterli düzeyde” olduğunu ifade ettikleri bildirildi. Birinci basamaktaki hekimlik uygulamaları açısından da hekimlerin %22,2' sinin kendilerini yetersiz, %30,8' inin orta düzeyde yeterli ve %47,0' sinin yeterli gördüğünü belirttikleri ve hekimlerin %50.8' inin kendilerini birinci basamak uygulamaları açısından genelde yetersiz gördüklerini ifade ettikleri bildirildi. Aydın ve arkadaşlarının (2004) Kırklareli' ndeki eğitim gereksiniminin belirlenmesi için sağlık çalışanlarının eksiklerinin giderilmesine yönelik çalışmasında; eğitim yapılması istenen konulardan birinin de %21.1 ile aile planlaması, evlilik öncesi danışmanlık olduğu bildirildi. Çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler ile belirtilen çalışmalardaki sonuçlar birbirini desteklemektedir. Bunun nedeninin de, bizim çalışmamızdaki sağlık çalışanlarının çoğunluğunun kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili birimlerde hizmet veren ve konuya ilişkin uzmanlıkları nedeni ile bilgi ve becerisi fazla olan kişiler oluşturduğundan kaynaklanmış olabileceğini düşündürdü.

Sağlık sektörü sürekli değişen ve gelişen bir birim olduğu için, sağlık çalışanları da sürekli olarak kendilerini bilimsel yayınları takip ederek ve araştırma yaparak geliştirmek zorundadır. Buna rağmen tüm sağlık çalışanlarının her alanda bunu yapabilmesi mümkün değildir. Ancak, aile planlaması hizmetlerinin halkın tamamını ve bireyin kendisini de ilgilendirebilecek bir alan olması, ayrıca farklı alanlarda hizmet veriyor olsalar da hastalarının bu konuda gereksinimleri olabileceğinden bu alandaki sağlık gelişmelerini yakından takip etmesi beklenmektedir. Bu nedenlere dayanarak çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının konuya ilişkin yayın takip etme, araştırma yapma durumları sorgulandı ve yarıdan fazlasının (%54.4) düzenli olarak,

%28.0' inin de bazen AP ile ilgili yayın ve gelişmeleri takip ettiği ve yarıya yakınının (%39.3) AP ile ilgili çalışma yaptığı saptandı (Tablo 6). Bu oranların yüksek olması sevindiricidir. Çalışmamızdaki olguların çoğunluğunun kadın sağlığıyla ilgili birimlerde hizmet vermesi de konuya ilişkin daha çok yayın izleme, yenilikleri takip etme ve bu alanda çalışma yapmayı arttırmıştır.

7.3.Sağlık Çalışanlarının Aile Planlaması AP Yöntemleri Hakkında Görüş ve Önerilerine İlişkin Bulguların Tartışılması:

Bu başlık altında; sağlık çalışanlarının AP ünitesinde hizmet verme, AP hakkında eğitim/danışmanlık verme durumları. Kendilerinin tercih ettiği yöntemler ve tercih etmediği yöntemler hakkında danışmanlık verme durumları. Başkalarına kontraseptif yöntem önerisinde bulunma durumu. Kontraseptif yöntemlerdeki önemli olan faktörler, yöntemin yaşam kalitesine ve cinselliğe etkisi, mevcut kontraseptif yöntemler ve yeni planlanacak yöntemlere ilişkin görüş ve önerileri. Aile planlaması politikaları, hizmet sunumu ve eksikliklerin giderilmesine yönelik yapılacaklara ilişkin bulguların tartışılmasına yer verildi.

AP hizmetlerinde “danışmanlık” hem hizmeti alan hem de veren açısından en önemli bölümü oluşturur. Danışman, görevi ve görev aldığı birim ne olursa olsun danışmanlık hizmeti vermekle yükümlüdür. Mutlaka eksiksiz yerine getirilmesi gereken danışmanlık hizmetleri çoğunlukla ihmal edilir (2,17,19,41). Çalışma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının %48.9 gibi yarıya yakın bir kısmının çalışma yaşamında AP ünitesinde hizmet verdiği, %65.8' inin de çalıştığı birim ne olursa olsun gereksinimi olan bireylere AP hakkında eğitim/danışmanlık verdikleri saptandı (Tablo 7). Olgularımızın yarıya yakınının (%47.3) kadın sağlığı ile ilgili birimlerde hizmet vermesi, AP ünitelerinde hizmet verme oranını açıklamaktadır. Doğal olarak bu ünitelerde çalışma, alana ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetini vermeyi de beraberinde getirecektir. Bu oranın dışında kalan % 18' lik gibi bir oranda da, çalıştığı birim kadın sağlığı dışında da olsa sağlık çalışanlarının bu konuda eğitim/danışmanlık yaptıklarını göstermektedir. Kişioğlu ve arkadaşlarının (2003) AÇSAP Merkezi' nin aile planlaması polikliniğine başvuran hastaların değerlendirilmesi yönelik yaptığı çalışmada, AP danışmanlık hizmetlerinin %0.3

oranyla en düşük oranda verilen hizmet olarak görüldüğü bildirildi. Eryılmaz ve arkadaşlarının (1999) kullandıkları kontraseptif yöntemlerin eşler üzerindeki etkileri ve kullanım hatalarına yönelik yaptığı çalışmasında, olguların %76.6' sının da kontraseptif yöntem seçiminde, yöneme karar verirken bir danışma merkezine gereksinim duyduklarını ifade ettikleri bildirildi. AP' nin temelini oluşturan danışmanlık hizmetinin Kişioğlu ve Nacar' ın çalışmalarında da sağlık çalışanları tarafından atlandığı belirtildi. Eryılmaz' ın çalışmasında ise, halkın danışmanlık hizmetlerine ve servislerine ne kadar büyük oranlarda ihtiyaç duydukları görülmektedir. Bizim çalışmamızda AP yönelik eğitim/danışmanlık hizmeti verme oranının, kadın doğuma ilişkin hizmet verilen alanların dışındaki çalışanlarda düşük oranda olduğu görülmüştür. Kadının sağlık hizmeti aldığı alan bir tek obstetrik ve jinekoloji olmadığı, diğer her alanda da sağlık sorunu yaşayabileceği ve bu sağlık sorunlarının doğurganlığı ile de bağlantılı olabileceği düşünüldüğünde, AP ilişkin hizmetlerin tüm sağlık çalışanları tarafından bilinmesi ve gerekli danışmanlığın verilmesinin önemini ortaya çıkmaktadır.

Tüm sağlık çalışanlarının aile planlaması konusunda eğitilmiş olması, kendilerinin de uygun ve etkili bir aile planlaması yöntemi kullanmalarını sağlayacaktır. Ayrıca, sağlık personelinin kendisinin de etkili modern bir aile planlaması yöntemi kullanması bu işe inandığını gösterecek, model oluşturacaktır (30). Bu nedenle sağlık çalışanlarının tercih ettikleri kontraseptif yöntemler sorgulanmış ve tercih ettiği yöntemlerden ilk sırayı %26.3 ile kondomun, ikinci sırayı %26.2 ile RİA' nın, üçüncü sırayı %21.3 ile KOK' un aldığı bulundu (Tablo 8). Sağlık çalışanlarının ilk üç sırada da etkin yöntemleri tercih etmesi beklenen ve istendik bir sonuçtur. Asan ve arkadaşlarının (2004) doğum kontrol yönteminde ürologların tercihinine ilişkin gerçekleştirdiği çalışmada, en çok % 23,3 ile KOK' un, % 21,8 ile kondomun, %15,0 ile koitus interruptusun tercih edildiği, vazektomiyi ise tercih etmedikleri belirlendi. Dündar ve arkadaşlarının (2005) evli ebelerin aile planlaması yöntemi kullanma durumlarına ilişkin çalışmasında ise; %39.6' sının kondom, %31.7' sinin RİA ve %11.9' unun tüp ligasyon kullandıkları belirtildi. Tüzün ve arkadaşlarının (2005) tıp fakültesi birinci sınıf öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada şimdiye kadar herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmış olanların %83.3' ünün kondom kullandığı bildirildi. Asan,

Dündar ile Tüzün' ün sağlık çalışanlarının yöntem tercihlerine ilişkin yaptıkları çalışmalarda bizim çalışmamızdaki gibi çoğunlukla modern yöntem kullanıyor olması olumlu ve beklenen bir sonuçtur. Ancak Asan' ın çalışmasında ürologların geri çekme yöntemini de 3. sırada kullanıyor olması düşündürücüdür.

Kaliteli bir AP hizmeti, kolay ulaşılabilen, eğitimli personel tarafından sunulan hizmettir. Bu hizmetin sunumunda görev alacak personelin danışmanlık becerisine sahip, bilgili ve eğitimli kişiler olması gerekmektedir (37). Ancak bu aşamada sağlık çalışanları yönlendirici olmamalıdır. Örneğin, dünyanın pek çok yerinde sağlık personelinin bireylerin kullanacağı doğum kontrol yöntemine karar verdiği bildirildi (5,57). Çalışmamızda da sağlık çalışanlarının yöntem seçiminde öneride bulunma durumları değerlendirilmiş ve yarıdan fazlasının (%68.2) başkalarına yöntem seçiminde öneride bulunduğu ve çoğunun da (%54.7) yöntem olarak RİA' yı önerdiği saptandı. Sağlık çalışanlarının %28.0' inin de kendisinin tercih etmediği yöntemler hakkında danışmanlık hizmeti vermediği tespit edildi (Tablo 8). Toplumumuzun yapısı göz önüne alındığında; kadının sosyo-kültürel, ekonomik statüsünün düşük olması, AP hizmeti alma ya da hizmet alsa da izlem kontrollerine gelmede ki yetersizlik, yöntem kullanımına karar vermede kadının kendisinden çok eşin kararının etkin olması, genelde geri çekme yönteminin ilk sıralarda tercih ediliyor olması ve etkin yöntemlerin daha az oranlarda kullanılması ve doğurganlığın, istenmeyen gebeliklerin hala istendik düzeyin üzerinde olması vb ülke gerçeklerinden dolayı, sağlık çalışanlarının yöntem önerme, özellikle de etki süresi en uzun ve güvenilirliği yüksek olan RİA' yı ilk sırada önerme oranının yüksek olmasına neden olduğunu düşündürdü.

Danışmanlık hizmeti vermekle yükümlü olan sağlık çalışanlarının kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgisinin olması beklenmektedir. Ancak çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğu yöntemlere ilişkin görüş ve öneride bulunmadığı belirlendi. Bu sonuç, nedenleri düşünüldüğünde hayli düşündürücüdür. Sağlık çalışanlarının yöntemlere ilişkin görüş ve önerilerini içeren soruya verdikleri cevaplar şu şekildedir:

- KOK' a ilişkin görüş ve öneride bulunan sağlık çalışanlarından %62.5' inin **“etkin ve güvenilir”** şeklinde görüşünü ifade ettiği, %24.9' unun **“kullanılması önerilen bir yöntemdir”** ve %11.8' inin **“yan etkileri azaltılmalı”** şeklinde

öneride bulundukları belirlendi (Tablo 9). KOK etkin, doğru kullanıldığında gerçekte son derece güvenilir bir yöntemdir ve sağlık çalışanlarının ilk sırada bunu belirtmesi de beklenen bir sonuçtur. KOK' lar her bireyde farklı olsa da istenmeyen ve hatta bırakılmasına kadar gidebilen yan etkilere sebep olabilmektedir. Bu sorunlarla ve konuya ilişkin sorularla sık sık karşılaşan sağlık çalışanlarının önemli sayılabilecek bir oranda yan etkilerinin azaltılması gerektiğini belirtmeleri, yan etkilerinin azaltılmasına yönelik çalışmaların önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

- Araştırmaya katılanlardan enjekte edilen kontaseptif yöntemler ile ilgili görüşlerine bakıldığında yarıya yakınının (%42.6) **“etkin ve güvenilir”** dediği, öneride bulunanların da öncelikle %20.0 oranında **“eğitim verilerek bireyler bilinçlendirilmeli”** önerisini belirttiği saptandı (Tablo 10). Enjekte edilen yöntemlerin kullanımı ülkemizde daha düşüktür (enjekte edilen yöntemler TNSA 2003' e göre diğer yöntemler arasına girmekte ve %1.1' lik dilimde yer almaktadır). Bunun yanı sıra yan etkilerinden ya da yeterli danışmanlık hizmeti verilerek bireyler bilgilendirilmediğinden dolayı kısa sürede yöntemi bırakma gerçekleşebilmektedir. Sağlık çalışanlarının “eğitim verilerek bireyler bilinçlendirilmeli” önerisinde bulunması, bu gerçeklerin bilincinde olarak bu öneride bulunduklarını ve konunun önemi açısından da önemli bir veri olduğunu düşündürdü.

- Araştırmaya katılanlardan deri altı implantlar ile ilgili görüş bildirenlerin %37.5' inin **“kullanımı zor”** dediği, öneride bulunanların öncelikle yarisına yakınının (%46.3) **“pahalı olmamalı”** önerisini belirttiği saptandı (Tablo 11). Bu sonuçlar, yöntemin kullanımını etkileyen faktörler açısından bilinen gerçeklerdir ve sağlık çalışanlarının bilinen bu sorunları ifade etmesi, vurgulaması beklenen bir sonuçtur.

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından RİA ile ilgili görüş bildirenlerin %31.2' sinin **“etkin ve güvenilir”** ifadesini kullandığı, önerisi olanların ilk sırada %15.8 oranında **“kullanım yan etkileri azaltılmalı”** önerisinde bulunduğu belirlendi (Tablo 12). Çalışmamızda sağlık çalışanlarının en fazla önerdikleri yöntem olan RİA için az sayılabilecek bir oranda etkin ve güvenilir ifadesinin yer alması düşündürücüdür.

- Sağlık çalışanlarından kondom ile ilgili görüş bildirenlerin en çok %28.1 ile **“etkin ve güvenilir”** şeklinde görüş bildirdiği ve önerisi olanların en çok (%25.2)

“dikkatli / düzenli kullanım gerektirir” dediği belirlendi (Tablo 13). Kondomun etkinliğinin azalmasında en etkili faktörün kullanım hataları olduğu göz önüne alındığında, sağlık çalışanlarının önemli bir oranının “düzenli ve dikkatli kullanılması gerekir” önerisinde bulunmaları, hizmeti verenler olarak bu sorunla sık karşılaşmış olduklarını ve de sorunun farkında olduklarını düşündürdü.

- Sağlık çalışanlarının tüpligasyona ilişkin görüş bildirenlerin yarısından fazlasının (%53.8) **“etkin ve güvenilir”**, vazektomiye ilişkin görüş bildirenlerin ise, yarısının (%50.0) **“kullanımı yaygın değil / tercih edilmiyor”** şeklinde görüş bildirdiği belirlendi. Ayrıca, tüpligasyona ve vazektomiye ilişkin önerisi olanların yarısına yakınının (%42.9) **“çiftin ortak kararı ile uygun aileler için ideal”** önerisini belirttiği görüldü (Tablo 14). Sonuçlar hizmeti veren kişiler olarak sağlık çalışanlarının bu yöntemlere ilişkin var olan gerçeklerin bilincinde olduklarını göstermiştir.

- Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarından geri çekme ile ilgili görüş bildirenlerin tamamına yakınının (%81.6) **“etkin ve güvenilir değil”** şeklinde görüş bildirdiği ve önerisi olanların %14.6 ile en çok **“kullanım şart değilse farklı yöntem kullanılmalı”** önerisini belirttiği saptandı (Tablo 15). Sağlık çalışanlarının yöntemlere ilişkin görüş ve önerilerinin literatürlerin yöntem özelliklerinde gördüğümüz olumlu-olumsuz özellikleriyle ve halkın yöntem kullanımları sonuçları ile aynı doğrultudadır.

Sonuç olarak; sağlık çalışanlarının tüm kontraseptif yöntemler hakkındaki görüş ve önerileri; kontraseptif yöntemler hakkındaki gerçekleri bildiklerinin, konuya ilgili olduklarının ve gelişmeleri, sonuçları takip ettiklerinin de bir göstergesi olarak yorumlandı.

Bireylerin cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, evlilik süreleri, çalışma koşulları, meslekleri, sahip oldukları ya da sahip olmak istedikleri çocuk sayıları, vb. faktörler tercih ettikleri kontraseptif yöntemi etkilemektedir. Kontraseptif yöntemin tercih edilmesinde bireysel farklılıklar olabilmesine karşın çoğunlukla yöntemin gebelikten koruması ilk sırada gelmektedir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının da önceliklerini belirlemek için sorulan soruya tamamına yakınının (%94.2) kontraseptif yöntemlerde önemli olan faktörlerin başında “etkin ve güvenilir” olması geldiğini belirttiği saptandı (Tablo 16). Bu sonuç da, kontraseptif yöntemi hem

kullanan / kullanacak olan hem de danışmanlık veren / verecek olan kişilerin de literatür bilgileriyle paralel ve doğru olarak düşündüklerini gösterdi.

Bireylerin doğuştan kazanmış olduğu cinsellik ile ilgili özellikleri birbirinden farklı olmasına rağmen, cinsel dürtü baskılanmadığı, bastırılmadığı sürece herkes için önemlidir. Bu dürtüyü kullanılan kontraseptif yöntem olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Örneğin, geri çekme yöntemi, cinsel ilişkinin plato fazında yarıda kesilmesine neden olacağından eşlerin cinsel doyumları azalacağı bildirilmiştir. Kondom kullanan erkeklerde de yeterli tensel temasın olmamasına bağlı olarak cinsel istekte azalma görülebilmektedir. Hormon içeriği olan yöntemlerin ise, kadınlarda depresyona yatkınlığı artırması ve seksüel fonksiyonların devamlılığını ile libidonun düzenlenmesinde görevli olan androjenlerin de salınımının azaltmasına bağlı olarak mood değişiklikleri olacak ve sonuçta cinselliğe olan ilgi de azalacağı belirtilmektedir. Bu bağlamda yapılan değerlendirmede; olguların %72.2' si kontraseptiflerin yaşam kalitesini, %56.0' sı da cinsel sağlığı olumlu yönde etkilediğini düşündükleri bulundu. Kontraseptiflerin %50.9 oranında cinsel isteği, %12.7 oranında uyarılmayı, %15.3 oranında orgazmı arttırdığı ve %14.0 oranında dispareniyi azalttığı görüşlerinde bulundukları belirlendi (Tablo 16). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının kontraseptif yöntemlerin genel anlamda bireylerin yaşam kalitesine ve cinsel sağlığına olumlu katkılar sağladığı görüşünde olduklarını göstermektedir.

Ülkemizde aile planlaması hizmetleri konusunda hem eğitim, hem de uygulama yapmakta olan sağlık çalışanlarının; aile planlaması ile ilgili bilgileri kadar, bu bilgiyi kendi yaşamlarına uygulamaları da aldıkları eğitimin göstergesi olması yönüyle önem taşımaktadır (18). Sağlık çalışanlarının üstlendiği bu sorumluluklara dayanarak yeni bir kontraseptif yöntem oluşturulsa yöntemin özelliklerine ilişkin olarak neler istediği sorgulandı ve şu sonuçlar elde edildi: Sağlık çalışanlarının yeni bir kontraseptif yöntemin öncelikle %38.4 oranında “tablet veya draje gibi ağızdan alınabilir ya da enjekte edilebilir” şeklinde, %17.1 oranında “yan etkilerinin az ya da yok”, %35.1 oranında “etki mekanizması nasıl olursa olsun yeter ki yöntem etkin olsun” şeklinde görüş bildirdikleri belirlenmiştir. Yöntemin etki süresini %34.7 oranında öncelikle “kısa süreli “aylık / 3-6 aylık” olarak düşündükleri ve %62.0 oranında bu yöntemin “kadına yönelik” olması gerektiğini ifade ettikleri saptandı

(Tablo 17). Sonuçta, sağlık çalışanlarının yeni yöntemin ilk üç sırada tercih ettikleri ve önerdikleri yöntem şeklinde ve kadına yönelik olmasını istedikleri söylenebilir. Yöntemin tercih edilmesinde “etkin olması”nın önemli olduğunu düşünen sağlık çalışanlarının yeni yöntemin de etki mekanizmasından çok etkin olması gerektiği yönünde görüş bildirdikleri görüldü. Ayrıca, yöntem bırakma nedenleri arasında sayılan yan etkilerin de yeni yöntemde en az düzeyde hatta hiç olmaması gerektiğine ilişkin istekleri olduğu belirlendi. Yöntemlerin kullanım şekli, özellikleri açısından ise; şu anda var olan yöntemlerin yani alışılmışın dışına çıkılmadığı, var olanlara benzer şekilde olmasının istendiğini görüldü. Araştırma kapsamındaki kadın oranının yüksek olmasına rağmen yeni yöntemin de kadınlara yönelik olmasının istenmesi, erkeklerin yöntem kullanmayı istememelerinin yanı sıra kadınların erkeklere güvenmiyor olmalarını da düşündürdü.

Olguların büyük çoğunluğunun (%59.6) yeni kontraseptif yöntemin sağlığa “olumsuz etkisi olmamasını”, yarıya yakınının (%42.9) da cinselliğe “olumlu – olumsuz bir etkisi olmamasını” belirttiği saptandı (Tablo 18). Kullanılan yöntemlerin yaşam kalitesine ve cinsel sağlığa olumlu katkıları olduğunu düşünen sağlık çalışanlarının yeni yöntemde de bu özellikleri araması beklenen bir sonuçtur.

Sağlık çalışanlarının yarıya yakını (%41.3) yeni bir kontraseptif yöntemin tüm sağlık kurumlarından, %32.9’u ise eczanelerden temin edilmesi gerektiğini belirtti. Kullanımının arttırılması yönünde öncelikle (%48.0) “eğitim ve bilinçlendirmenin arttırılması” gerektiğini ifade ettiler (Tablo 19). Kendilerinin kullandıkları / kullanacakları kontraseptif yöntemleri öncelikle eczaneden almayı tercih eden sağlık çalışanlarının kontraseptif yöntem kullanımının arttırılması için önemli olan - danışmanlık hizmetinin verildiği ve böylelikle yöntemlere ilişkin bilgi alındığı sağlık kurumlarından yöntem temininin sağlanmasını istemesi beklenen bir sonuçtur.

Sağlık çalışanlarına yöntem kullanımının arttırılmasına için yapılacaklar yönünde önerileri sorulduğunda; öncelikle (%48.0) “eğitim ve bilinçlendirmenin arttırılması” gerektiğini ifade ettikleri belirlendi (Tablo 19). Bireylerin bilgilendirme haklarının varlığı bilinmektedir. Bu bilgilendirmeyi sağlayacak olan kurumlar ve özellikle hizmeti veren sağlık çalışanları üzerlerine düşen sorumluluğu yerine getirmelidirler. Tabi bilinçlenme sadece hizmet alanı değil hizmet vereni de kapsamalıdır. AP ile ilgili hizmet veren diğer sağlık kurumlarıyla işbirliğinin

artırılarak her iki kesimin de bilinçlenmesi arttırılmalıdır. Elde ettiğimiz veriler, sağlık çalışanlarının AP hizmetlerinde eğitim ve danışmanlığın öneminin, eksikliğinin ve gereksiniminin bilincinde olduklarını vurgular niteliktedir.

Kullanımda olan kontraseptif yöntemlerin ağırlıklı olarak kadınlar yönelik olması, erkeklerin yöntem kullanmak istememeleri ve toplumun bu yükü kadının üstlenmesi gerektiğine ilişkin görüşleri nedeniyle yöntem kullanımı kadına aitmiş gibi düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının bu yöndeki düşünceleri sorgulandığında, %29.3' ünün aile planlaması yöntem kullanımının öncelikli olarak “kadınlara tam sorumluluk getirir” dediği ve %32.9' unun da “erkeklerin sorumluluk almadıkları için etkilenmeyeceklerini” düşündüklerini ifade ettikleri belirlendi (Tablo 20). Şankazan ve arkadaşlarının (2002) evli erkeklerin aile planlaması ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarına ilişkin çalışmada erkeklere aile planlamasının sorumluluğunun ait olduğu eş sorulmuş ve araştırma grubunun % 56.9' unun bu sorumluluğun eşlerden her ikisine, % 32.3' ünün kocaya, % 10.8' inin ise kadına ait olduğu bildirildi. Çalışmamızın verileri literatür bilgileri ve Şankazan' ın çalışma sonuçları ile paralellik göstermemektedir. Çalışmamız kapsamındaki sağlık çalışanlarının çoğunluğunun kadın olması ve yöntem kullanımının kadınlarda daha fazla olması bu sonucu etkilemektedir. Ayrıca, toplumun erkeklere yüklediği roller nedeniyle yöntem kullanma kadınların sorumluluğunda gibi görülmektedir.

AP hizmetleri, bu konuda eğitim almış, bilgi ve beceri sahibi olmuş tüm sağlık çalışanları (hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) tarafından verilebilmekle birlikte sağlık çalışanlarının hizmeti kimin vermesini istediği sorgulandı ve olguların yarıdan fazlasının (%66.0) AP hizmetlerinde öncelikle “hekimin” görev alması gerektiğini düşündükleri belirlendi (Tablo 21). Çalışmamızdaki olguların yarısının hekim olması bu sonucun da hekim lehine olmasına neden olduğunu düşündürdü.

Aile Planlaması hizmetlerinde kalitenin ve hizmetten yararlanma ile memnuniyetin artırılmasında, hizmet sunumunda rol alan sağlık personelinin bilgi ve beceri düzeyi, halkın sosyoekonomik durumu, ulaşılabilirlik ve sağlık kuruluşlarının fiziki yeterliliği en önemli faktörlerdendir. Ülkemizde, bu faktörlerin yanı sıra, halkın sağlık ocaklarında çalışan personele güvenmemesi, çalışanların sadece tanı ve tedavi hizmetlerine ağırlık vererek yapması gereken diğer uygulamaları ihmal etmesi de memnuniyeti etkilemektedir (30,34). Buna dayanarak

sağlık çalışanlarının AP hizmetini verecek olan kişinin sahip olması gereken özellikleri sorgulandığında, yarıya yakınının (%47.8) hizmeti verenin “bilgili ya da güvenilir”, %7.1’ inin de “halk üzerinde etkisi fazla olan” kişiler tarafından verilmesi gerektiğini ifade ettikleri görüldü (Tablo 21). Çoğunun AP danışmanlığı veren ve konusunda kendisini çok yeterli ya da yeterli düzeyde bilgi- beceriye sahip olarak gördüğü olguların doğru bir danışmanlık hizmetinin verilmesinde öncelikle danışmanın bilgili veya güvenilir olmasını istemesi beklenen bir sonuçtur.

İyi bir danışman öncelikle bilgili ve becerikli olmalıdır. Ayrıca, insanlarla birlikte çalışma ve onlara yardım etme isteği olmalı, yaptığı işin önemine inanmalı, insanlara ve onların kendileri adına karar verme hakkına saygılı olmalı, cinsellik konusunda rahat olmalı, duygularını kolaylıkla ifade edebilmeli, kendi değerlerinin ve sınırlarının farkında olmalı, farklı yaş, etnik kimlik, dini inanç, ırk, sınıf, eğitim ve cinsiyetteki gruplara karşı tarafsız bir tutum içinde olmalı, kendi değerlerinden farklı değerlere karşı hoşgörülü olmalı, başvuranların duygu ve düşüncelerini anlayabilmeli, başvuranlara karşı destekleyici bir tutum içinde olmalı, özel konularda gizliliği sağlayabilmeli, aktardığı bilgileri tarafsız değerlendirebilmeli ve danışmanlık eğitimi almış olmalıdır (1,17). AP hizmetlerinde danışman kadar hizmetin doğru sunulması da gerekmektedir. İyi bir danışmanlıkta hizmet sunumu öncelikle yeterli koşullarda olmalı ve danışmanın danışmanlığını kısa tutulması, bilinen sözcükleri kullanması, en önemli mesajlara öncelik vermesi, bilginin bir düzen içinde aktarılması, önemli noktaların tekrarlanması, anlaşıldığının kontrol edilmesi ve bilginin açık olmasını sağlanması gerekmektedir. Bu konunun hatırlanmasını kolaylaştırır (1). Tüm bu nedenlere dayanarak sağlık çalışanlarına da AP hizmeti veren kişiyi sahip olması gereken özellikler soruldu ve yarıdan fazlasının (%62.7) AP hizmetini vereceklerin “bilgili, eğitilmiş, eğitici, öğretici” olması gerektiğini, %9.3’ ünün “ikna edici” olması, ayrıca %6.2’ sinin “iyi bir danışman olmalı ya da yönlendirmemeli” ifadelerini kullandıkları görüldü (Tablo 22). Sonuçlar, literatür bilgileri ile paralellik göstermekle birlikte sağlık çalışanlarından bazılarının ikna edici özelliğe sahip olmalı yönünde görüş bildirmeleri düşündürücüdür. Ayrıca, sağlık çalışanlarının hizmet sunumuna ilişkin görüşleri alındı ve yarısının hizmet sunumunda öncelikle (%50.0) hizmet sunumunun “yeterli

olması”, %5.3 oranında ise, “ikna edici ya da inandırıcı olması” gerektiği düşündükleri belirtildi (Tablo 22). Bu sonuç da literatür bilgisi ile paraleldir.

AP hizmetlerinde danışman kadar hizmetin sunulduğu ortam ve olanakların da iyi olması gerekmektedir. Bunlar için de, güvenlik, mahremiyet, gizlilik, saygınlık, rahatlık sunan” pozitif” bir görüşme ortamının temin edilmesi, görüşmenin kesintiye uğramadan sürdürülmesini ve gerekli fiziksel yeterlilik sağlanmalıdır. Sağlık çalışanlarının konuya ilişkin görüşlerine başvuruldu ve yarıdan fazlasının öncelikle (%58.7) hizmetin sunulduğu ortam ve olanaklar açısından “mahremiyete saygılı, rahat, sakin ve özel bir ortamda” hizmet verilmeli şeklinde ifade verdikleri belirlendi (Tablo 22). AP hizmeti veren sağlık çalışanı oranının yüksek olduğu çalışmamızda, etkin, nitelikli AP hizmeti verilebilecek bir ortamın literatür bilgileri ile paralellik gösterir şekilde, yeterli ve pozitif bir ortamda olması gerektiğini düşünmesi beklenen ve istendik bir sonuçtur.

Bir aile planlaması programını başarıyla yürütülebilmesi için eğitim, hizmet, yönetim ve denetim sistemlerinin iyi işlemesi gerekir. Öncelikle gereksinimlerin yüksek olduğu kırsal alanlarda, gecekondu bölgelerinde ve kentsel alanlarda halk, eldeki tüm eğitim kurumları ve olanakları kullanarak eğitilmelidir. Tüm bunlar AP politikalarının iyi düzenlenmesi ve doğru yönetilmesiyle gerçekleştirilebilir. Sağlık çalışanlarının AP politikalarına ve hizmetlerine ait görüş ve önerileri alındı ve %59.1 oranında öncelikle “çok yetersiz ya da yetersiz” bulduklarına ilişkin görüş belirttikleri ve %13.6 oranında “daha iyi olmalı” şeklinde öneride bulundukları belirlendi. Yarısına yakınının öncelikle (%44.4) aile planlaması hizmetlerinin “çok yetersiz ya da yetersiz” olduğuna ilişkin görüş belirttikleri ve %14.9’ unun “yeterli personel ve teknik olanaklar sağlanmalı”, %13.8’ inin “hizmet tüm kesimlere yayılmalı” şeklinde önerilerde bulundukları saptandı (Tablo 23). AP hizmet sunumunda görev alan sağlık çalışanlarının AP politikaları ve hizmetlerine ilişkin görüş ve önerilerinde belirttikleri AP’ nın işlerliği, sürekliliği, aksaklıkları ve yapılması gerekenleri gözler önüne serdiği için dikkate alınması gerektiği düşünüldü.

Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile aile planlamasına ilişkin bilgi ve beceri düzeyleri karşılaştırıldığında, erkeklerin kadınlara göre kendilerini anlamlı düzeyde daha yüksek oranda çok yeterli düzeyde gördüklerini ifade ettikleri saptandı (p:0.009) (Tablo 24). Ataerkil bir yapıdan gelen Türk toplumunun erkeğe yüklediği

rollerin onların daha yüksek öz güvenle yetişmesine ve her alanda kendisini daha bilgili görmesine neden olduğu düşünüldü.

Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre cerrahi sterilizasyon yöntemlerini tercih etme durumu karşılaştırıldığında, erkeklerin hiç tercih etme düşüncesinde olmadıkları belirlenmiştir. Bu farkın da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($p:0.050$) (Tablo 24). Erkeklerin erkeklığe yükledikleri anlam çok farklı olduğundan geri dönüşümü zor olan cerrahi yöntemlerin tercihi onlar için her şeyin bitişi olarak algılanabilmektedir. Bu nedenle de, erkeklığe verilen değerin cerrahi yöntem tercihlerini zıt orantılı olarak etkilediğini düşündürdü.

Sağlık çalışanlarının öğrenim durumuna göre aile planlaması konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olma durumu karşılaştırıldığında, master düzeyinde eğitilmiş olanların diğerlerine oranla çok yüksek düzeyde (%55.2) kendilerini “çok yeterli” olarak gördükleri, çarpıcı olarak ise doktora düzeyinde eğitilmiş olanların bu oranı %26.1 bulundu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı ($p:0.000$) (Tablo 25). Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuç, master düzeyinde eğitilmiş olanların kendilerini her konuda çok dolu hissetmelerini oysa, doktora düzeyinde olanların daha doğru bir şekilde kendisini değerlendirerek sadece kendi branşlarıyla ilgili konularda yeterli olduklarını açık bir şekilde belirtebilecek olgunlukta olduklarını düşündürmektedir.

Eğitim düzeyi yükseldikçe aile planlaması konusundaki bilimsel yayınları veya gelişmeleri takip etme oranının da anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ($p:0.002$) (Tablo 25). Sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının üniversite mezunu ve hekim olduğu düşünülürse, eğitimin öneminin ve gerekliliğinin farkında olan kişilerin gelişim için de bilimsellikten uzaklaşamayacağını düşünmesi beklenen bir durumdur.

Çalışma kapsamına alınan sağlık çalışanlarından hekimlerin %53.5’ inin, hemşire / ebelerin %41.0’ inin kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili alanlarda hizmet verdikleri, özellikle hekim grubunun AP’ na ilişkin bilgi, beceri konusunda kendilerini daha yüksek oranda (%45.2) “çok yeterli” düzeyde gördükleri ve hemşire grubuna göre daha az sayıda çocuk sahibi oldukları tüm bu farklılıkların da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği belirlendi ($p_1:0.020$, $p_2:0.000$, $p_3:0.001$) (Tablo 26). Bu sonuçların, hekimlerin kendilerine daha fazla güvenmelerinden,

eğitim süreçlerinin daha uzun olmasından ve kişisel gelişimlerine daha fazla önem vermelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Aile planlaması konusundaki bilimsel yayınları takip etme, araştırma yapma ve ilgili birimde hizmet vermenin hekim grubunda daha yüksek oranlarda olduğu (sırasıyla %64.9, %54.8 ve %54.8) ve bu sonuçların istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği belirlendi ($p_1:0.000$, $p_2:0.000$ ve $p_3:0.011$) (Tablo 27). Kadın doğum birimlerinde hizmet verme oranlarının yüksek olması AP hakkında bilimsel yayın takip etme ve araştırma yapmanın da yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

AP hizmeti alanlara hizmet hakkında görüş ve öneri paylaşmamanın %46.1 ile geleneksel yöntemleri önerme durumunun ise %10.5 ile hekim grubunda daha yüksek oranlarda olduğu ve bu sonuçların da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği bulunmuştur ($p:0.051$, $p:0.000$) (Tablo 28).

Özellikle kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili alanlarda hizmet veren sağlık çalışanlarının diğer alanlarda çalışanlara göre; AP' na ilişkin bilgi beceri düzeylerinin daha fazla oranda (%62.9) çok yeterli gördükleri, araştırma yaptıkları (%75.6) ve konuya ilişkin danışmanlık verdikleri (%91.1) belirlendi ve bu farklılıklar ileri düzeyde ($p:0.000$) anlamlı bulundu (Tablo 29). Kendi alanları dahilinde olan AP konusunda kadın doğum biriminde çalışanların bilgi-beceriye sahip olmaları durumlarının, konuya ilişkin araştırma yapma ve danışmanlık hizmeti vermenin daha fazla olması beklenen bir durumdur.

Kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk birimlerinde çalışanların tercih etmediği yöntemlere ilişkin danışmanlık hizmetini daha fazla oranlarda (%20.2, %20.3) verdikleri bununda $p:0.001$ düzeyinde anlamlılık gösterdiği belirlendi (Tablo 29). AP yöntem danışmanlığı bireyleri yönlendirmeden yapılması gereken bir süreçtir. Bu bağlamda, AP danışmanlığının daha fazla verildiği düşünülen kadın doğum ve çocuk birimlerinde çalışanlar tarafından daha doğru bir şekilde hizmet verdiğini düşündürmektedir.

AP hizmetlerini hekimin vermesi yönünde görüş bildirenlerin “bilgili / güvenilir olma” (%99.1), “eğitici olma” (%96.2), “halk üzerinde etkin olma” (%100.0) ve “muayene gerektiriyor olması” nedeniyle hekimi tercih ettiklerini belirttikleri ve aralarındaki ilişkilerin ise anlamlılık gösterdiği belirlendi ($p_1:0.000$, $p_2:0.001$,

p₃:0.000, p₄:0.001) (Tablo 30). Çalışmamızdaki hekim sayısının fazla olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Ebenin vermesi yönünde görüş bildirenlerin eğitimli olma (%92.3), tecrübeli / uzman olma (%95.7), bayan olma (%100.0) ve iş yoğunluğu az olma (%95.8) nedeniyle onu seçtikleri ve aralarındaki ilişkilerin de anlamlılık gösterdiği belirlendi (p:0.000) (Tablo 30). Bu sonuçlara göre; ebelerin bayan olmaları nedeniyle hizmet vermelerinin istenmesinin yanında, onların tecrübeli ve uzman olarak görülüyor olması güzel bir gelişmedir.

Hemşirenin vermesi yönünde görüş bildirenlerin ise, “eğitimli olma” (%88.5), “eğitici rolde olma” (%95.5) ve “bayan olma” (%100.0) nedeniyle onu seçtikleri ve aralarındaki ilişkilerin de anlamlılık gösterdiği belirlendi (p:0.000) (Tablo 30). Bu sonuçlarda da, hemşirelerin bayan olmasının yanında eğitimli ve eğitici rollerinin olduğunun düşünülmesi güzel bir gelişmedir.

Sağlık çalışanlarından AP hakkındaki bilgi ve beceri düzeyini çok yeterli olarak görenlerin diğerlerine göre daha fazla oranda (%83.3) konuya ilişkin danışmanlık hizmeti vermediği ve aralarında anlamlılık olduğu bulundu (p:0.000) (Tablo 31). Bu sonucun hekimlerin eğitici rollerini hemşire ve ebeler kadar kullanmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kendisini çok yeterli ve yeterli görenlerin daha yüksek oranla yöntem seçimlerinde öneride bulunup kendi görüşlerini paylaştığı ve aralarında anlamlılık olduğu görüldü (p:0.000) (Tablo 31).

Sağlık çalışanlarından AP ile ilgili bir birimde hizmet verenlerin daha fazla oranlarla yöntem seçiminde öneride bulunup kendi görüşlerini paylaştığı (%34.1), tercih etmediğiniz / kullanmayı düşünmediğiniz yöntemlere yönelik danışmanlık hizmeti verdiği (%21.4) ve halkın eğitim seviyesinin düşük olması-bilinçsizlik-batıl inanışlar nedeniyle AP hizmetlerinin istenilen düzeyde olmadığını düşündüğü (%59.5) bunların da anlamlılık gösterdiği belirlendi (p₁:0.023, p₂:0.000, p₃:0.013) (Tablo 32). Bu sonuçlar neticesinde, danışmanlık hizmetini veren sağlık çalışanlarının ikna edici olarak yöntem seçimi etkilemesi üzücüdür. Ancak, diğer sonuçlar danışmanlık hizmeti veren kişilerin doğru değerlendirmeler yaptığını göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER:

Sağlık çalışanlarının aile planlaması konusundaki görüş, öneri ve tercihlerini belirlemek amacı ile 18.12.2006 - 17.04.2008 tarihleri arasında İstanbul ili Avrupa yakasında bulunan Sağlık Bakanlığı' na bağlı 2 ve 1 özel olmak üzere toplam 3 hastanenin tüm birimlerinde çalışan 450 sağlık çalışanı üzerinde gerçekleştirilen çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi:

- Çalışma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının yarısı (%50.8) hekim, %49.2'si hemşire/ebe (ebeler %4.9), çoğunluğu (%72.7) kadın, yaş ortalamaları 32.86 ± 0.31 idi ve %68.5'inin eğitimi üniversite düzeyindeydi. %47.3 ile yarıya yakını kadın hastalıkları ve doğum servislerinde görev yapmaktaydı. Hekimlerin %53.5'inin hemşire/ebelerin ise %41.0'ının kadın doğum ile ilgili alanlarda hizmet verdikleri belirlendi. Genel olarak görev sürelerinin ortalaması 9.50 ± 0.35 /yıldı.

- Çalışmamızda olguların %55.8'inin evli olduğu, yarıdan fazlasının (%59.8) çocuk sahibi olmadığı, toplamda çoğunluğunun (%86.2) bir ya da iki çocuğunun olmasını istediği ve gebelik deneyimleyenlerin (%36.4), son gebeliklerinin %85.3 oranıyla doğumla sonuçlandığı, ancak %10.5 gibi önemli sayılabilecek oranının kürtaja başvurduğu tespit edildi. Evlilik süresi ortalamalarının da 9.24 ± 0.46 /yıl olan olguların obstetrik özellikleri: gravida sayısı min:1, max:7 olmak üzere ortalama 1.85 ± 1.03 , para (min:1, max: 4) 1.61 ± 0.66 , abortus (min:1, max: 3) 1.23 ± 0.66 , kürtaj (min:1, max: 3) 1.17 ± 0.51 , ölü doğum (min:1, max: 2) ortalama 1.20 ± 0.44 dü.

- Çalışmanın yapıldığı süreçte kontraseptif yöntem kullananların oranının %52.7 olduğu ve bu yöntemler içerisinde RİA'nın %30.5 ile ilk sırada yer aldığı bulundu. Bu yöntemden önce kullandıkları yöntemlerden ilk sırada kondomun olduğu belirlendi. Genelde yaşamlarında ortalama 16.38 ± 1.69 /ay süreden bu yana yöntem kullandıkları, çalışmanın yapıldığı sırada kullandıkları yöntemi de ortalama 17.39 ± 1.61 /ay süredir kullandıkları belirlendi.

- Sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun (%42.8) yöntemi öncelikle etkin ve güvenli olması nedeniyle seçmiş oldukları belirlendi. Kontraseptif

yöntemleri temin ettikleri ya da temin etmeyi düşündükleri yerler olarak öncelikle (%37.5) eczaneyi belirttiği saptandı.

- Araştırmaya katılanların çoğunluğunun (%78.6) AP konusundaki bilgi ve beceri durumunu “çok yeterli-yeterli” olarak gördüğü, yarıdan fazlasının (%54.4) düzenli olarak AP ile ilgili yayın ve gelişmeleri takip ettiği ve yarıya yakınının (%39.3) AP ile ilgili çalışma yaptığı saptandı.

- Çalışma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının %48.9 gibi yarıya yakın bir kısmının iş yaşamında AP ünitesinde hizmet verdiği, %65.8’ inin de çalıştığı birim ne olursa olsun gereksinimi olan bireylere AP hakkında eğitim / danışmanlık verdikleri belirlendi.

- Yarıdan fazlasının (%68.2) başkalarına yöntem seçiminde öneride bulunduğu ve çoğunun da (%54.7) RİA’ yı önerdiği saptandı. %72.0’ sinin kendisi tercih etmese dahi o yöntemler hakkında danışmanlık verdiği ya da verebileceğini ifade ettikleri tespit edildi.

- Çalışma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının yöntemlere ilişkin görüş ve önerileri incelendiğinde; yöntemlere göre değişmekle birlikte yarısının ya da yarıdan fazlasının (görüş %62.4-%94.2 aralığında, öneri %55.3-%92.2 aralığında) hiç bir görüş belirtmediği, öneride bulunmadığı saptandı. Görüş ve önerilerde; KOK, enjekte edilen yöntemler, RİA, kondom ve tüp ligasyonda öncelikle “etkin ve güvenilir” yöntem olduklarına yönelik görüş bildirildiği (sırasıyla %62.5, %42.6, %31.2, %28.1 ve %53.8) saptandı. Deri altı implantları için “kullanımı zor”, vazektomi için “kullanımı yaygın değil / tercih edilmiyor” ve geri çekme için “etkin ve güvenilir değil” şeklinde görüş bildirdikleri görüldü. Önerilerin içerisinde (%24.9) “kullanılması önerilen bir yöntemdir” ve (11.8) “yan etkileri azaltılmalı” ifadelerinin yer aldığı belirlendi. Ayrıca, KOK’ a ilişkin “eğitim verilerek bireyler bilinçlendirilmeli”, enjekte edilen yöntemlere ilişkin “pahalı olmamalı”, deri altı implantlara ilişkin “yan etkileri azaltılmalı”, RİA’ ya ilişkin “dikkatli / düzenli kullanım gerektirir”, tüp ligasyona ve vazektomiye ilişkin “çiftin ortak kararı ile uygun aileler için ideal” ve geri çekmeye ilişkin kullanım şart değilse farklı yöntem

kullanılmalı” (sırasıyla %20.0, %46.3, %15.8, %25.2, %42.9 ve %14.6) önerilerinde bulundukları saptandı.

- Sağlık çalışanlarının tamamına yakınının (%94.2) kontraseptif yöntemlerde önemli olan faktörlerin başında etkin ve güvenilir olması geldiğini belirttikleri görüldü. Olguların %72.2’ si kontraseptiflerin yaşam kalitesini, %56.0’ sının cinsel sağlığı olumlu yönde etkilediğini düşündükleri bulundu. Kontraseptiflerin cinsel sağlık açısından; %50.9 oranında cinsel isteği, %12.7 oranında uyarılmayı, %15.3 oranında orgazmı arttırdığı ve %14.0 oranında disparoniye azalttığı görüşlerinde bulundukları belirlendi.

- Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının yeni bir kontraseptif yöntemin öncelikle %38.4 oranında tablet veya draje gibi ağızdan alınabilir ya da enjekte edilebilir şeklinde olmasını istedikleri belirlendi. Yine yeni yöntemde öncelikle (%35.1) “etki mekanizması nasıl olursa olsun yeter ki yöntem etkin olsun” ifadesini kullandıkları saptandı. Yeni yöntemin etki süresi açısından da; %34.7 oranında öncelikle kısa süreli “aylık ya da 3-6 aylık” olarak düşündükleri tespit edildi ve yine yeni yöntemin %62.0 oranında kadına yönelik olması gerektiğini ifade ettikleri görüldü. Çalışmamızda; yeni kontraseptif yönteminin kullanımı için uygun yaş aralığı olarak katılanların %25.1’ inin yanıt vermediği, yanıt verenlerin (%74.9) yarısından fazlasının (%58.2) “cinsel aktif dönem yani doğurganlık süresince” ve %16.7’ sının ise, “hayat boyu kullanılabilir olsun” ifadelerini kullandıkları belirlendi. Olguların yarısından fazlasının (%59.6) çok doğal olarak yeni kontraseptif yöntemin “sağlığa olumsuz etkisi olmaması gerektiğini”, “cinselliğe olumlu ya da olumsuz bir etkisi olmaması” gerektiğini (%42.9) belirttikleri saptandı.

- Sağlık çalışanlarının kontraseptif yöntemlerin kullanımının artırılması yönünde öncelikle (%48.0) “eğitim ve bilinçlendirmenin artırılması” gerektiğini ifade ettikleri tespit edildi.

- Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının (%66.0) AP hizmetlerinde öncelikle hekimin görev alması gerektiğini düşündüğü belirlendi. Yarısına yakınının (%47.8) hizmetin daha bilgili ya da güvenilir olan kişiler tarafından vermesi gerektiğini ifade ettikleri görüldü.

- Sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının (%62.7) AP hizmetini vereceklerin “bilgili, eğitilmiş, eğitici, öğretici olması” gerektiğini belirttikleri, sadece %6.2’ sinin “iyi bir danışman olmalı ya da yönlendirmemeli” ifadelerini kullandıkları saptandı. Hizmetin sunumunda öncelikle (%50.0) hizmetin “yeterli olması” gerektiğinin vurgulandığı, yine yarısından fazlasının da (%58.7) hizmetin sunulduğu ortam ve olanaklar açısından mahremiyete saygılı, rahat, sakin ve özel bir ortamda hizmet verilmeli şeklinde görüş belirttikleri tespit edildi.

- Olguların aile planlaması politikalarının %59.1 oranında ve hizmetlerinin %44.4 oranında “çok yetersiz ya da yetersiz” bulduklarına ilişkin görüş belirttikleri ve %13.6 oranında “daha iyi olmalı”, %13.8’ inin hizmet tüm kesimlere yayılmalı şeklinde önerilerde bulundukları saptandı. AP hizmetlerinin istenilen düzeyde olmama nedenlerine ilişkin olarak; ilk sırada (%53.6) “halkın eğitim seviyesinin düşük olması, bilinçsizlik, batıl inanışların”, %18.0 oranında da “danışmanlık hizmetinin ve servislerinin yetersiz” olmasının neden olduğu görüşlerinin yer aldığı belirlendi.

- Erkek sağlık çalışanlarının AP’ na ilişkin bilgi ve beceri açısından kadın çalışanlara göre kendilerini daha yüksek oranda “çok yeterli” düzeyde gördüklerini ifade ettikleri saptandı (p:0.009). Erkek sağlık çalışanlarının cerrahi sterilizasyon yöntemlerini sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre “cerrahi sterilizasyon yöntemlerini hiç tercih etme düşüncesinde olmadıkları” cinsiyetlere göre bu farkın da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı (p:0.050).

- Master düzeyinde eğitilmiş olan sağlık çalışanlarının diğerlerine oranla yüksek düzeyde (%55.2) kendilerini AP konusunda “çok yeterli” olarak gördükleri, doktora düzeyinde eğitilmiş olanlarda ise, bu oranın %26.1’ e düştüğü belirlendi ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği bulundu (p:0.000). Eğitim düzeyi yükseldikçe aile planlaması konusundaki bilimsel yayınları veya gelişmeleri takip etme oranının da anlamlı düzeyde arttığı tespit edildi (p:0.002). Bireylere danışmanlık verirken sağlık çalışanlarının kendi görüş ve önerilerini paylaşma durumunun özellikle lise ve doktora düzeyinde eğitimi olanlarda yüksek olduğu (sırasıyla %41.1 ve %34.8) bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı (p:0.003).

- Özellikle hekim grubunun AP' na ilişkin bilgi, beceri konusunda kendilerini daha yüksek oranda (%45.2) ve anlamlı düzeyde ($p:0.000$). “çok yeterli” düzeyde gördükleri belirlendi.

- Aile planlaması konusundaki bilimsel yayınları takip etme, araştırma yapma ve ilgili birimde hizmet vermenin hekim grubunda daha yüksek oranlarda olduğu (sırasıyla %64.9, %54.8 ve %54.8) ve bu sonuçların istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği belirlendi ($p_1:0.000$, $p_2:0.000$ ve $p_3:0.011$).

- Özellikle kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili alanlarda hizmet veren sağlık çalışanlarının diğer alanlarda çalışanlara göre; AP' na ilişkin bilgi beceri düzeylerinin daha fazla oranda (%62.9) çok yeterli gördükleri, araştırma yaptıkları (%75.6) ve konuya ilişkin danışmanlık verdikleri (%91.1) belirlenmiş ve bu farklılıklar ileri düzeyde ($p:0.000$) anlamlı bulunmuştur.

- AP hizmetlerini hekimin vermesi yönünde görüş bildirenlerin “bilgili / güvenilir olma” (%80.5), “halk üzerinde etkin olma” (%60.0) ve “muayene gerektiriyor olması” (%95.5) nedeniyle anlamlı düzeyde ($p_1:0.000$, $p_2:0.003$, $p_3:0.000$) hekimi tercih ettiklerini belirttikleri, hemşire veya ebe nin vermesi yönünde görüş bildirenlerin de “eğitici rolde olma” (%59.1), “bayan olma” (%81.3) ve “iş yoğunluklarının az olması” (%66.7) nedeniyle anlamlı oranlarda bu yönde görüş bildirdikleri gösterdiği belirlendi ($p:0.000$). Hekim, hemşire ya da ebe yönünde görüş bildirenlerin ise, eğitilmiş olma (%88.5) ve tecrübeli / uzman olma (%50.0) nedeniyle onları seçtikleri ve aralarındaki ilişkilerin de anlamlılık gösterdiği saptandı ($p:0.000$).

- AP hakkındaki bilgi ve beceri düzeyini “çok yeterli ya da yeterli” olarak gören sağlık çalışanlarının %85.5, %64.0 gibi yüksek oranlarda AP' da danışmanlık hizmeti vermediği, buna karşın “orta” (%61.9), “yetersiz” düzeyde diyenlerin (%83.3) daha çok AP danışmanlığı verdiği ve farklılığın ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği saptandı ($p:0.000$). AP konusunda bilgi ve becerisini “çok yeterli ya da yeterli” düzeyde gören ve AP ile ilgili bir birimde hizmet veren sağlık çalışanlarının, kontraseptif yöntem seçiminde kişilere daha fazla oranda ve anlamlılık gösterecek düzeyde öneride bulundukları saptandı ($p:0.000$).

Tüm bu sonuçlara dayanarak; kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili birimlerde çalışan, eğitimi üniversite olan, hekim ve kadın oranları yüksek olan çalışmamızda, sağlık çalışanlarının tüm kontraseptif yöntemler hakkında bilgi sahibi oldukları, yeni yöntemi de bu bilgileri doğrultusunda istedikleri, AP politikaları, hizmetleri ve kullanımının arttırılması yönündeki düşüncelerinin gerçeği yansıtması onların konuya ilgili olduklarını ve gelişmeleri takip ettiklerini düşündürdü.

Yapılan çalışmanın sonuçlarına göre aşağıdaki öneriler ileri sürülmüştür:

- Sağlık çalışanlarına verilecek hizmet içi eğitimlerle aile planlaması konusunda daha bilinçli olması sağlanarak topluma iyi bir örnek teşkil etmesi için gerekli çalışmalar yapılmalı,
- Sağlık çalışanlarının da kullanım hatalarının olabileceği unutulmamalı,
- Hemşire ve ebelerin de hekimler gibi bilimsel yayınları takip etmeye ve araştırmacı rollerini kullanarak çalışma yapmaya teşvik edilmesi sağlanmalı,
- Tüm sağlık çalışanlarının eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve sürekli eğitim programları ile eğitim eksikleri giderilmeli ayrıca, yeniliklerden haberdar olmaları sağlanmalı,
- Tüm sağlık çalışanlarının danışmanlığın tanımı ve gereklerini yerine getirmeleri için teşvik edilmesi sağlanmalı,
- Sağlık çalışanlarının danışmanlıktaki rolünün sadece kişiye uygun yöntem seçimine yardımcı olması olduğu hatırlatılmalı,
- Aile planlaması hizmetlerindeki, politikalarındaki ve işleyişindeki eksikler belirlenerek giderilmeye çalışılmalıdır.

8. KAYNAKLAR:

1. Açık Y, Polat A. (2002). Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu son sınıf öğrencilerinin ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konusundaki bilgi düzeyleri. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 33(3):163-170.
2. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı (2005). T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.
3. Akı G. (2003). Doğum Sonrası Aile Planlaması Danışmanlığı Alan Kadınların Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. B Özyıldırım).
4. Akın A, Sevincen F. (2006). Türkiye’ de kadın sağlığının düzeyi ve aile planlaması uygulamalarının durumu. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi*, 2(13):1-14.
5. Aktün LH. (2006). Enjekte edilen kontraseptifler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi*, 2(22):17-23.
6. Al Riyami A, Afifi M, Mabry RM. (2004). Women’ s autonomy, education and employment in Oman and their influence on contraceptive use. *Reproductive Health Matters*, 12(23):144-54.
7. Asan Ç, Ateşçi Y, Gündüz Mİ, Gümüş B, Lekili M. (2004). Doğum kontrol yönteminde ürologların tercihi. *Türk Üroloji Dergisi*, 30(1):103-105.
8. Aydın S. (2000). Erkek üreme sağlığı. *Van Tıp Dergisi*, 7(3):117-119.
9. Başak O, Atay E, Polatlı D. (2002). Birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği: Pratisyen hekimlerin yaklaşımları. *Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Dergisi*, 6(1):36-41.
10. Başaran M. (2004). Anahtar Kadın Hastalıkları & Doğum. Pelin Ofset Matbaacılık Sanayi ve Tic. Ltd. Şti., Ankara, s.405-422.
11. Baykan Z, Özkan S, Maral I. (2004). Ana-çocuk sağlığı aile planlaması merkezine başvuran kadınların hizmetten memnuniyet durumları. *Erciyes Tıp Dergisi*, 26(3):98-104.
12. Beşparmak A. (2004). Kayseri İl Merkezi Argıncık Sağlık Ocağı Bölgesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kullanımını Etkileyen Faktörler. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, (Danışman: Ü Seviğ).
13. Bulut A, Ortaylı N. (2004). Bir araştırmanın düşündürdükleri: Cinsel sağlık ama nasıl?. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(2):60-63.

14. Canbaz S, Sünter AT, Süren C, Peşken Y. (2005). Kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri, gebelik ve doğum sonu dönemdeki çalışma koşulları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 6:39-44.
15. Çakmak A, Ertem M. (2005). Aile planlaması eğitimi için önemli bir fırsat: Bir çocuk hastanesine yatan hastaların anneleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 32(4):190-195.
16. Çoban AB, Cerit Ç. (2004). GPE eğitimcilerinin etkinlikleri: Kırklareli ilinde sürekli tıp eğitimi günleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(2):72-63.
17. Daş Z. (1998). Kadınlara Doğum Sonu Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Etkin Yöntem Kullanmalarına Etkisi. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Sezgin).
18. Dilbaz B. (2006). Rahim içi araç. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi*, 2(22):51-59.
19. Dinç E. (1996). Elazığ İl Merkezi ve Merkez İlçeye Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Düzeyleri. F.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Elazığ, (Danışman: Doç Dr. M Bostancı).
20. Doğan Y. (2005). Yöntem Seçmek Üzere Aile Planlaması Ünitesine Başvuran Kadınların Hizmete Yönelik Beklentileri ve Bu Beklentilerin Karşılama Durumu. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç Dr. NS Gençalp).
21. Dünder C, Kaynar E, Peşken Y. (2005). Samsun ili merkez sağlık ocaklarında çalışan evli ebelerin aile planlaması yöntemi kullanma durumları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(4):243-246.
22. Ege E, Timur S, Zincir H. (2005). Ebelik son sınıf öğrencilerinin aile planlaması eğitimi etkinliğinin değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14(9):202-207.
23. Elçioğlu ÖS, Ünlüoğlu İ, Özalp S. (2000). Aile planlaması danışmanlık hizmetleri ve kalite. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 10(3):3-7.
24. Elçioğlu ŞÖ, Ünlüoğlu İ. (2006). Aile planlamasında etik. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi*, 2(13):29-36.
25. Eryılmaz YH, Arslan H, Kömürcü N. (1999). Kullandıkları kontraseptif yöntemlerin eşler üzerindeki etkileri ve kullanım hataları. *Hemşirelik Forumu*, 2(3):114-118.

26. Frank E. (1999). Contraceptive use by female physicians in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 94(5):666-17.
27. Gemalmaz FA, Okyay P, Doyuran E, Başak O, Beşer E. (2005). Aydın ili 1 nolu AÇSAP merkezi aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14(4):80-86.
28. Giray H, Keskinoglu P. (2006). Işıkent Sağlık Ocağı' na başvuran 15-49 yaş evli kadınların etkili aile planlaması yöntemi kullanımı ve etkileyen etmenler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(2):23-26.
29. Giray H, Kılıç B. (2005). Bekar kadınlar ve üreme sağlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(8):286-289.
30. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. (1997). Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti., Ankara, s.35-56.
31. Karaoğlu L, Çetin F, Ilgar M, Tekiner S, Güneş G, Genç MF, Eğri M, Pehlivan M. (2005). Turgut Özal Tıp Merkezi' nde çalışan evli kadınların doğurganlık özellikleri ve gebeliği önleyici yöntem kullanımları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(2):93-97.
32. Khasiani SA. (1991). Family planning knowledge, attitudes and practices among health centre personel in western province of Kenya. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Eastern Central Africa*, 9(1):30-6.
33. Kırca Ü. (2001). Üreme sağlığı ve birinci basamak. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 10(12):463.
34. Kişioğlu AN, Öztürk M, Uskun E, Kırbıyık S. (2003). Isparta ili Sadık Yağcı Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi' nin aile planlaması polikliniğine 2000 yılında başvuran hastaların değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 13(1):68-74.
35. Koyuncuer A. (2004). Kontrasepsiyon ve Türkiye' de durum. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(12):455-459.
36. Köseli A. (2006). Kombine oral kontraseptifler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi*, 2(22):1-9.
37. Kurşun Z. (2000). Ümraniye Merkez Sağlık Ocağı Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Ünitesi' ne Başvuranların Kontraseptif Kullanımı ve Fertilite Özellikleri. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. H Harmancı).

38. Mogilevkina I, Tyden T, Odland V. (2001). Ukrainian medical students experiences, attitudes and knowledge about reproductive health. *The Journal of American College Health*, 49(6):269-272.
39. Murphy PA, Morgan K, Likis FE. (2006). Contraception. In: Women' s Gynecologic Health. Eds: Schuiling KD, Likis FE, Hardcover, United States, p. 169-217.
40. Naçar M, Çetinkaya F, Öztürk Y. (2004). Kayseri ilinde 15-49 yaş grubu kadınların sağlık ocağından yararlanma durumu ve beklentileri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(3):106-109.
41. Niger J. (2007). Contraceptive choices among women in Zaria, Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 10(3):205-7.
42. Ocaktan ME, Özdemir O, Çalışkan D, Özyurda F, Çöl M, Tümay E. (2003). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı' nda yürütülmekte olan aile planlaması danışmanlığı ve rahim içi araç uygulama kursunun değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 56(3):141-146.
43. Ortiz-Ortega A, Torre GG, Galvan F, Cravioto P, Paz F, Diaz-Olavarrieta C et all. (2003). Abortion, contraceptive use, and adolescent pregnancy among first-year medical students at a Major Public University in Mexico City. *The Pan American Journal of Public Health*, 14(2):125-130.
44. Ozan TS. (2005). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin aile planlaması hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Aile ve Toplum Bilim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 8(2), Yıl:7.
45. Önder ÖR, Ağır A. (1995). Aile planlaması konusunda sağlık meslek lisesi ebelik, hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin bilgi ve tutumları. *Ankara Sağlık Müdürlüğü Dergisi*, 29-32.
46. Özcan D. (1997). Geleneksel Yöntemle Korunan Kadınların Modern Yönteme Geçişinde Eğitimin Etkisi. E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kayseri, (Danışman: Prof. Dr. Y Öztürk).
47. Öztürk A, Gün İ, Mazıcıoğlu MM. (2002). Kayseri' de halkın sağlık ocaklarından yararlanımı ve memnuniyet durumu. *Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Dergisi*, 6(3):114-120.
48. Öztürk H, Okçay H. (2003). İstenmeyen gebelikler ve istemli düşükler. *Aile ve Toplum Bilim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 6(2), Yıl:5.
49. Özvarış ŞB. (1998). Doğurganlığın düzenlenmesi. *Sağlık ve Toplum*, Yıl 8(3-4):45-48.

50. Perera J, Silva T, Gange H. (2004). Knowledge, behaviour and attitudes on induced abortion and family planning among Sri Lankan women seeking termination of pregnancy. *The Ceylon Medical Journey*, 49(1):14-7.
51. Pile JM: Aile Planlaması Hizmetlerinde Yönetici Olarak Sağlık Personelinin Yeri. AVSC_(Audio Visual Service Center) Working Paper, AVSC International, 87-96.
52. Sapcı H. (2004). Almus Merkez Sağlık Ocağı Aile Planlaması Danışma Ünitesi'nin Etkinliğinin Araştırılması. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Sivas, (Danışman: Prof. Dr. HH Polat).
53. Saydam BK, Ertopçu K, Dönmez A. (2006). Aile planlaması hizmetlerinde memnuniyeti etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(1):197-210.
54. Saygılı P. (2006). Aile planlaması hizmetlerinde hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi*, 2(13):37-44.
55. Singh K, Fong YF, Ratnam SS. (1992). Attitudes to AIDS and sexual behaviour among a cohort of medical students in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 33(1):58-62.
56. Şahin HG, Şahin HA, Zeteroğlu Ş, Kolusarı A. (2002). Van ili yöresinde aile planlaması yöntemleri kullanmama nedenleri. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi*, 12(3):265-268.
57. Şahin HN, Bayram BS. (2004). Kontraseptif yöntemler için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün uygunluk ölçütleri. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 1:37-41.
58. Şankazan Ş, Yıldız A. (2002). Ankara ili deliler köyündeki evli erkeklerin aile planlaması ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 55(1):41-50.
59. Toker SO. (2005). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin aile planlaması hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 8(2):101-110.
60. Turan N. (1997). İsteğe Bağlı Küretaj Yaptıran Kadınların Etkin ve Güvenli Bir Aile Planlaması Yöntemi Seçebilmelerinde Danışmanlığın Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. S Erdoğan).
61. Türk R. (2006). 2-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirmeyi Aile Planlaması Yöntemi Olarak Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç.Dr. F Terzioğlu, Ortak Tez Danışmanı: Prof.Dr. K Eroğlu)

62. Türkistanlı E. (1998). Aile Planlaması Konusunda Kaçırılmış Fırsatların Yakalanmasında Hemşirenin Danışman Rolü. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. A Bayık).
63. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2000a). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Cilt 1, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti., Ankara, s.1-84.
64. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2000b). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Cilt 2, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti., Ankara, s.311-565.
65. Tüzün H, İlhan F, Ceyhan MN, Maral I. (2005). Bir tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi ve tutumları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2(3):197-203.
66. Uyar H. (1999). Muğla İli Merkezinde Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Seçimi ve Kullanımını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. H Karanisoğlu).
67. Ünal T, Koç İ, Tezcan S. (2003). Aile planlaması. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Kitabı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, s.61-80.
68. Ünal T, Yavuz S. (2003). Doğurganlık tercihleri. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Kitabı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, s.99-108.
69. Üner S, Özvarış ŞB, Turan S, Arıöz U, Odabaşı O, Elçin M, Sayek İ. (2005). Ankara’ da birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin sunulan hizmetlere ilişkin öz değerlendirmeleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14(7):143-156.
70. Vural TZ, Gönenç I. (2006). Sadece progesteron içeren haplar. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi*, 2(22):10-16.
71. Wheeler L. (2002). Nurse-Midwifery Handbook. 2nd ed, Oregon, s.293-336.
72. Yıldırım A. (2006). Aile planlamasında yenilikler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi*, 2(13):63-72.
73. Yurdakul M, Vural G. (2001). Geleneksel yöntem kullanma nedenleri ve hemşirenin aile planlaması hizmetinde etkinliği. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 11(1):42-48.

74. Yüksel H, Odabaşı AR, Kafkas S, Onur E, Çetinşahin M. (2001). Aydın’ da yasal gebelik tahliyesi amacıyla başvuranların korunma biçimi ve tahliye sonrası için düşündükleri korunma yöntemi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(3):5-8.

9. EKLER:

Ek-1: Anket Formu

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının aile planlaması konusundaki görüş, öneri ve tercihlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anketin amacına ulaşabilmesi için soruların içtenlikle, doğru ve eksiksiz olarak cevaplandırılması; çalışma sonucunda elde edilecek verilerin güvenilirliği ve sonuçlar doğrultusunda yapılacak önerilerin geçerliliği açısından son derece önemlidir. Bu konuda göstereceğiniz hassasiyete inanıyor ve katkılarınız için teşekkür ediyorum.

Nilgün SERBEST

Marmara Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi

SORU NO	SORU İÇERİĞİ
1	Yaşınız;
2	Cinsiyetiniz; ()1. Kadın ()2. Erkek
3	Öğrenim durumunuz; ()1. Lise ()3. Master ()2. Üniversite ()4. Doktora/uzmanlık
4	Mesleğiniz; ()1. Hekim ()2. Hemşire ()3. Ebe
5	Kaç yıldır mesleğinizi sürdürüyorsunuz?
6	Görev aldığınız birim; ()1. Dahili bilimler ()2. Cerrahi bilimler ()3. Kadın hastalıkları ve doğum ()4. Çocuk sağlığı ve hastalıkları ()5. Anestezi ve reanimasyon ()6. Radyoloji ()7. Diğer (belirtiniz)
7	Medeni durumunuz; ()1. Bekar ()2. Evli ()3. Dul
8	Evlilik süreniz;
9	Sahip olduğunuz çocuk sayısı; ()1. Hiç çocuğu olmayan ()2. 1-2 çocuğa sahip olan ()3. 3 ve üzeri çocuğa sahip olan

SORU NO	SORU İÇERİĞİ
10	Sahip olmak istediğiniz çocuk sayısı; ☐ 1. hiç istemeyen ☐ 4. 3 ☐ 2. 1 ☐ 5. 4 ve üzeri ☐ 3. 2
11	Obstetrik hikayeniz; Gravida;..... Küretaj ;..... Para ;..... Dış gebelik;..... Abortus;..... Ölü doğum;.....
12	Son gebeliğiniz ne şekilde sonlandı; ☐ 0. Hiç gebelik yaşamayan ☐ 1. Doğum ☐ 2. Düşük ☐ 3. Küretaj ☐ 4. Ölü doğum ☐ 5. Diğer (belirtiniz.....)
13	Şuana kadar kullandığınız kontraseptif yöntem/yöntemler; (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) ☐ 1. KOK ☐ 11. Tüp ligasyon ☐ 2. Mini hap ☐ 12. Vazektomi ☐ 3. Depo-provera ☐ 13. Laktasyon amenoresi ☐ 4. Mesigyna ☐ 14. Geri çekme ☐ 5. İmplanon ☐ 15. Acil korunma ☐ 6. RİA ☐ 16. Takvim yöntemi ☐ 7. Kondom ☐ 17. Bazal vücut ısısı ☐ 8. Kadın kondomu ☐ 18. BOM(Billings ovulasyon metodu) ☐ 9. Diyafram ☐ 19. Hiç yöntem kullanmayan ☐ 10. Sipermisit
14	Kontraseptif yöntem kullanıyorsanız şu anda kullanmakta olduğunuz yöntem nedir? Belirtiniz;

SORU NO	SORU İÇERİĞİ																				
15	Daha önce kullandığınız ve şuan kullanmakta olduğunuz konfazeptif yöntemlerinizi, kullanım sürelerinizi ve yöntemi tercih etme ve bırakma nedenlerinizi belirtiniz. <table border="1"> <thead> <tr> <th>YÖNTEM</th><th>KULLANIM SÜRESİ</th><th>TERCİH NEDENİ</th><th>BIRAKMA NEDENİNİZ</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	YÖNTEM	KULLANIM SÜRESİ	TERCİH NEDENİ	BIRAKMA NEDENİNİZ																
YÖNTEM	KULLANIM SÜRESİ	TERCİH NEDENİ	BIRAKMA NEDENİNİZ																		
16	Kendinizle ilgili aile planlaması hizmetlerini/yöntemlerini nereden temin ediyorsunuz? ()1. Aile planlaması ünitelerinden ()2. Sağlık ocakları/AÇSAP merkezlerinden ()3. Özel hastanelerden/özel hekimlerden ()4. Çalıştığım kurumdaki kadın-doğum hekimi/aile planlaması ünitesinden ()5. Eczanelerden ()6. Diğer (belirtiniz)																				
17	Kendinizi aile planlaması konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olarak değerlendirme durumunuz; ()1. Çok yeterli ()4. Yetersiz ()2. Yeterli ()5. Çok yetersiz ()3. Orta																				
18	Aile planlaması konusundaki bilimsel yayınları, haberleri veya gelişmeleri takip ediyor musunuz? ()1. Evet ()2. Hayır ()3. Bazen																				
19	Aile planlaması veya kontraseptif yöntem kullanımına ilişkin herhangi bir araştırma veya çalışma yaptınız mı? ()1. Evet ()2. Hayır																				
20	Çalışma süreniz içerisinde aile planlaması ile ilgili bir bölüm/birimde hizmet verdiniz mi? ()1. Evet ()2. Hayır																				

SORU NO	SORU İÇERİĞİ																
21	Çalıştığınız birim ne olursa olsun hizmet verdiğiniz hasta/sağlıklı bireylere ya da çevrenizdeki kişilere aile planlaması/kontrasepsiyon konusunda eğitim/danışmanlık hizmetinde bulunuyor musunuz / bulundunuz mu? ()1. Evet ()2. Hayır																
22	Aile planlaması hizmeti almak isteyen bireylere, yöntem seçiminde kararı onlara bırakır mısınız? Yoksa öneride bulunur musunuz? ()1. Evet, öneride bulunurum ()2. Hayır, öneride bulunmam. Seçimi onlara bırakırım ()3. Bazen öneride bulunurum																
23	En çok hangi yöntem/yöntemleri önerirsiniz / öneriyorsunuz? Sizin tercih ettiğiniz yöntemler nelerdir? (önceliklerinize göre numaralandırınız). <table border="1"> <thead> <tr> <th>Önerdiğiniz Yöntemler</th><th>Tercih Ettiğiniz Yöntemler</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(...)KOK</td><td>(...)KOK</td></tr> <tr> <td>(...)Enjekte edilen kontraseptifler</td><td>(...)Enjekte edilen kontraseptifler</td></tr> <tr> <td>(...)İmplanon</td><td>(...)İmplanon</td></tr> <tr> <td>(...)RİA</td><td>(...)RİA</td></tr> <tr> <td>(...)Kondom</td><td>(...)Kondom</td></tr> <tr> <td>(...)Cerrahi sterilizasyon</td><td>(...)Cerrahi sterilizasyon</td></tr> <tr> <td>(...)Diğer(belirtiniz.....)</td><td>(...)Diğer(belirtiniz.....)</td></tr> </tbody> </table>	Önerdiğiniz Yöntemler	Tercih Ettiğiniz Yöntemler	(...)KOK	(...)KOK	(...)Enjekte edilen kontraseptifler	(...)Enjekte edilen kontraseptifler	(...)İmplanon	(...)İmplanon	(...)RİA	(...)RİA	(...)Kondom	(...)Kondom	(...)Cerrahi sterilizasyon	(...)Cerrahi sterilizasyon	(...)Diğer(belirtiniz.....)	(...)Diğer(belirtiniz.....)
Önerdiğiniz Yöntemler	Tercih Ettiğiniz Yöntemler																
(...)KOK	(...)KOK																
(...)Enjekte edilen kontraseptifler	(...)Enjekte edilen kontraseptifler																
(...)İmplanon	(...)İmplanon																
(...)RİA	(...)RİA																
(...)Kondom	(...)Kondom																
(...)Cerrahi sterilizasyon	(...)Cerrahi sterilizasyon																
(...)Diğer(belirtiniz.....)	(...)Diğer(belirtiniz.....)																
24	Tercih etmediğiniz / kullanmayı düşünmediğiniz yöntemlere yönelik danışmanlık hizmeti verir misiniz / veriyor musunuz? ()1. Evet ()2. Hayır ()3. Bazen																
25	Şu anda kullanımda olan aile planlaması kontraseptif yöntemlere ilişkin görüş ve önerileriniz neler olabilir. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Yöntem</th><th>Görüşleriniz</th><th>Önerileriniz</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>KOK</u></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td><u>Enjekte edilen kontraseptifler</u></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Yöntem	Görüşleriniz	Önerileriniz	<u>KOK</u>			<u>Enjekte edilen kontraseptifler</u>									
Yöntem	Görüşleriniz	Önerileriniz															
<u>KOK</u>																	
<u>Enjekte edilen kontraseptifler</u>																	

	<u>İmplanon</u>		
	<u>RIA</u>		
	<u>Kondom</u>		
	<u>Tüpligasyon</u>		
	<u>Vazektomi</u>		
	<u>Geri çekme</u>		
26	Sizce bir kotraseptif yöntemde önemli olan nedir/ne olmalıdır? (önem sırasına göre sıralayınız) (...) Etkin olması (...) Her yaşta kullanılabilmesi (...) Yan etkisinin olmaması (...) Cinsel sağlığı olumlu etkilemesi (...) Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaması (...) Doğurganlığın geri dönüşünün kolay olması (...) Emzirmeye etkisinin olmaması (...) Kullanımının/uygulanmasının kolay olması (...) Kadına yönelik olması (...) Erkeğe yönelik olması (...) Maliyetinin az olması (...) Ulaşılabilirliğinin kolay olması (...) Diğer (belirtiniz)		
27	Sizce kontraseptif yöntem kullanımı bireylerin yaşam kalitesini etkiler mi? Düşünceniz nedir? ()1. Evet, pozitif yönde etkiler ()2. Evet, negatif yönde etkiler ()3. Hayır, herhangi bir etkisi olduğunu düşünmüyorum ()4. Diğer (belirtiniz)		

SORU NO	SORU İÇERİĞİ																
28	Size göre kontraseptif yöntem kullanımı cinsel sağlığı, fonksiyonu etkiler mi?Etkilerse nasıl ve ne yönde etkiler? <table border="1"> <thead> <tr> <th>Etkileme durumu</th><th>Etkilenen cinsel fonksiyonlar</th><th>Etkilenme şekli</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>()1. Evet ()2. Hayır</td><td>()1. Cinsel isteği arttırır ()2. Cinsel isteği azaltır ()3. Uyarılmayı arttırır ()4. Uyarılmayı azaltır ()5. Orgazmı arttırır ()6. Orgazmı azaltır ()7. Disparoniyi arttırır ()8. Disparoniyi azaltır ()9. Diğer(belirtiniz.....)</td><td>()1. Olumlu ()2. Olumsuz ()3. Nötr ()4. Diğer(belirtiniz (.....))</td></tr> </tbody> </table>	Etkileme durumu	Etkilenen cinsel fonksiyonlar	Etkilenme şekli	()1. Evet ()2. Hayır	()1. Cinsel isteği arttırır ()2. Cinsel isteği azaltır ()3. Uyarılmayı arttırır ()4. Uyarılmayı azaltır ()5. Orgazmı arttırır ()6. Orgazmı azaltır ()7. Disparoniyi arttırır ()8. Disparoniyi azaltır ()9. Diğer(belirtiniz.....)	()1. Olumlu ()2. Olumsuz ()3. Nötr ()4. Diğer(belirtiniz (.....))										
Etkileme durumu	Etkilenen cinsel fonksiyonlar	Etkilenme şekli															
()1. Evet ()2. Hayır	()1. Cinsel isteği arttırır ()2. Cinsel isteği azaltır ()3. Uyarılmayı arttırır ()4. Uyarılmayı azaltır ()5. Orgazmı arttırır ()6. Orgazmı azaltır ()7. Disparoniyi arttırır ()8. Disparoniyi azaltır ()9. Diğer(belirtiniz.....)	()1. Olumlu ()2. Olumsuz ()3. Nötr ()4. Diğer(belirtiniz (.....))															
29	Yeni bir aile planlaması yöntemi oluşturulacak olsa bu konuyla ilgili olarak neler düşünür ve nasıl bir aile planlaması yöntemi olmasını isterdiniz. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriterler</th><th>Kriterlere yönelik görüş ve önerileriniz</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Çeşit ve özellikleri</u></td><td></td></tr> <tr> <td><u>Etki mekanizması</u></td><td></td></tr> <tr> <td><u>Kime yönelik</u></td><td></td></tr> <tr> <td><u>Etki süresi</u></td><td></td></tr> <tr> <td><u>Kullanımı için uygun Yaş aralığı</u></td><td></td></tr> <tr> <td><u>Kullanım şekli</u></td><td></td></tr> <tr> <td><u>Endikasyonlar ve kontrendikasyonlar açısından sağlığa etkileri</u></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Kriterler	Kriterlere yönelik görüş ve önerileriniz	<u>Çeşit ve özellikleri</u>		<u>Etki mekanizması</u>		<u>Kime yönelik</u>		<u>Etki süresi</u>		<u>Kullanımı için uygun Yaş aralığı</u>		<u>Kullanım şekli</u>		<u>Endikasyonlar ve kontrendikasyonlar açısından sağlığa etkileri</u>	
Kriterler	Kriterlere yönelik görüş ve önerileriniz																
<u>Çeşit ve özellikleri</u>																	
<u>Etki mekanizması</u>																	
<u>Kime yönelik</u>																	
<u>Etki süresi</u>																	
<u>Kullanımı için uygun Yaş aralığı</u>																	
<u>Kullanım şekli</u>																	
<u>Endikasyonlar ve kontrendikasyonlar açısından sağlığa etkileri</u>																	

	<u>Cinselliğe etkisi</u>	
	<u>Temin edilecek yerler</u>	
	<u>Yöntemin kullanımının artırılması ve sürekliliğinin sağlanması</u>	
30	Sizce kadın ve erkeğe yönelik aile planlaması yöntemlerinin kullanımı bireylere ne gibi roller ve sorumluluklar yüklemektedir?	
	Kadın açısından	
	Erkek açısından	
31	Size göre daha etkin aile planlaması hizmeti için hizmet sunumu nasıl olmalıdır?	
	Hizmeti verenlerin özellikleri açısından	
	Hizmetin sunumu açısından	
	Hizmetin sunulduğu ortam / olanaklar açısından	
32	Sizce aile planlaması ünitelerinde kontraseptif yöntemin sunulmasında hizmeti öncelikli olarak kim / kimler vermelidir, neden?	
	Vermesi önerilen kişi	Nedeni
	(...) Hekim	
	(...) Hemşire	
	(...) Ebe	

SORU NO	SORU İÇERİĞİ
33	Ülkemizde uygulanan aile planlaması politikaları ile ilgili görüşleriniz nelerdir?
34	Ülkemizde verilen aile planlaması hizmetlerini nasıl değerlendirirsiniz?
35	Aile planlaması kaynak açısından en fazla destek alan bilim dalı olmasına rağmen, ülkemizde halen etkin aile planlaması yöntemleri istenilen düzeyde yaygınlaşmamıştır. Size göre bunun nedeni / nedenleri neler olabilir?

10. ÖZGEÇMİŞ:

Kişisel Bilgiler

Adı	Nilgün	Soyadı	SERBEST
Doğum Yeri	İstanbul	Doğum Tarihi	11.07.1983
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	TC Kimlik No	37879599502
E-mail	serbestn@gmail.com	Tel	0538 987 66 26

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi	2008
Lisans	Haliç Üniversitesi	2005
Lise	Şehremini Süper Lisesi	2001

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	Haliç Üniversitesi	2006-...
2.	Yoğun Bakım Hemşiresi	Acıbadem Sağlık Grubu Acıbadem Bakırköy Hastanesi	2005-2006
3.	Yoğun bakım Hemşiresi	Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi	2005-2005

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	İyi	İyi
Almanca	Zayıf	Zayıf	Zayıf

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	75.395	69.250	73.124

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Word	Çok iyi
Microsoft Office Excel	Çok iyi
Microsoft Office PowerPoint	Çok iyi
SPSS Paket Programı	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Uluslararası ve Ulusal Yayınları /Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer

Sayı	Çalışma Adı	Yayınlandığı Yer
1	Fiziksel İhmale Uğrayan 0-6 Yaş Grubu Çocukların ve Ailelerinin Değerlendirilmesi	1. Ulusal Ebelik Kongresi Ebko 2007 Kongre Özet Kitabı (20-22 Haziran 2007)
2	Bir Vakıf Üniversitesi 1. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Özet Kitabı "Uluslararası Katılımlı" (26-29 Haziran 2007)
3	Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği ile İlgili Görüşleri	6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Özet Kitabı "Uluslararası Katılımlı" (26-29 Haziran 2007)
4	Hasta Yakınlarının Ameliyat Öncesi ve Sırasındaki Kaygı Düzeyleri	6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Özet Kitabı "Uluslararası Katılımlı" (26-29 Haziran 2007)
5	Lefkoşe Devlet Hastaneleri' nde Çalışan Hemşirelerin Kurumlara ve Sorumluluk Düzeylerine Göre İş Etkinliğinin Değerlendirilmesi	6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Özet Kitabı "Uluslararası Katılımlı" (26-29 Haziran 2007)
6	Bir Kamu Kuruluşunda Çalışan Servis Hemşirelerinin Motivasyon Düzeyleri	6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Özet Kitabı "Uluslararası Katılımlı" (26-29 Haziran 2007)
7	Hastanede Çalışan Hemşirelere Uygulanan Hizmet İçi Eğitimin Değerlendirilmesi	6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Özet Kitabı "Uluslararası Katılımlı" (26-29 Haziran 2007)
8	Kemoterapi Alan Hastaların Yaşadıkları Yan Etkilerden Etkilenme Durumları	6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Özet Kitabı "Uluslararası Katılımlı" (26-29 Haziran 2007)

Sayı	Çalışma Adı	Yayınlandığı Yer
9	Bir Vakıf Üniversitesi' ne Bağlı Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Meslek ile İlgili Düşünceleri	6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Özet Kitabı "Uluslararası Katılımlı (26-29 Haziran 2007)
10	Gebelikte İdrar Yapmayla İlgili Görülen Sorunlar ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi	1_.Pelvik Taban Sağlığı ve İşeme Bozuklukları Kongresi Kongre Özet Kitabı (30 Ekim – 03 Kasım 2007)
11	Klimakterium Dönemindeki Kadınların Hormon Replasman Tedavisi Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi	7. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Özet Kitabı "Uluslararası Katılımlı" (25-27 Haziran 2008)

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile Marmara Üniversitesi
Üniversitesi/Hastanesi Hemşirelik Okulu
Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş Bakırköy Kadın Doğum C.A.H. ve
Haseki E.A.H. dir.

Çalışmanın adı: Sağlık Çalışmalarının Aile Planlaması Konusundaki Gözetim,
Ölçü ve Tercihleri.

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kişiler NİLGÜN SERBEST dir.

Konusu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi: Başlangıç 18.12.2006 /Bitiş 18.03.2007

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülecek çözülecektir.

Yürürlük:

Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilir.

Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır. Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğü ilgili şubesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü 3 ay süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

11.12.2006

Ünvanı-Adı-Soyadı

NİLGÜN SERBEST



OLUR

12.12.2006

Vali a.

Uz.Dr.Mehmet BAKAR
Sağlık Müdür Vekili

18.12.2006

Ünvanı-Adı-Soyadı

Uzm. Dr. Özgü Kesmezler



EK - PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile Marmara Üniversitesi
Üniversitesi/Hastanesi Hemşirelik Yüksek Okulu
Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş Bakırköy Kadın Hastalıkları
ve Doğum Hastanesi
Çalışmanın adı Sağlık Çalışanlarının Aile Planlaması Konusundaki
Görüş, Öneri ve Tercihleri

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kişiler Nilgün Serbest
Denişman Yrd. Doç. Dr. Hatice Yıldız Eryılmaz

Konusu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi: Başlangıç 17.01.08 /Bitiş 17.04.08

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülecek çözülecektir.

Yürürlük:

Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilir.

Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır. Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğü ilgili şubesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü Ü.Ş. Ö.Y. süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

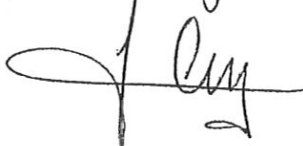
Ek Bilgi:

Taraflar:

06.10.2008

Ünvanı-Adı-Soyadı

Amoş. GSn. Nilgün Serbest



OLUR

06.10.2008

Vali a.

Uz.Dr.Mehmet BAKAR
Sağlık Müdürü

06.10.2008

Ünvanı-Adı-Soyadı

Uz.Dr. Handan AKPINAR KAZAK

