

GİRİŞ VE AMAÇ

Aile Planlaması (AP); bireylerin ya da eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını ve sosyoekonomik durumlarını göz önüne alarak istedikleri sayıda çocuğa, istenilen zamanda sahip olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümü olarak tanımlanabilir (1). Aile Planlaması hizmetlerinin temel amacı; aşırı doğurganlığı önleyerek anne ve çocuk sağlığı düzeyini yükseltmektir (2). Gebelik ve doğum bir kadının önceliklerini, davranışlarını ve yaşam biçimini değiştirmektedir. Doğum öncesi ve sonrasında takip/danışmanlık hizmeti vermek, gebelik önleyici yöntemler (GÖY) hakkında eşlerin bilgi sahibi olup, seçimlerini kişisel ihtiyaçlarına uygun yapmalarını sağlamak bakımından önemli bir fırsat sunmaktadır. Bu popülasyonun ihtiyaç ve beklentileri iyi bilindiğinde, verilen gebelik önleyici yöntemler danışmanlığı geliştirilebilir.

Aile Planlaması hizmetlerinin istenen düzeyde olmamasını etkileyen pek çok faktör arasında doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetleri içerisinde gebelik önleyici yöntemle danışmanlığına yer verilmemesi ve postpartum dönemde kontraseptif hizmet veren rutin programların uygulanmaması da sayılabilir (3). Ülkemizde doğum yapmış kadınların %95'i postpartum dönemde bir kontraseptif yöntem kullanmak istemelerine rağmen doğum için başvuran on kadından ancak biri yöntem olarak sağlık kuruluşundan ayrılmaktadır. Doğum sonrası bakım hizmeti sunan sağlık personelinin %79'u postpartum gebelik önleyici yöntemler danışmanlığı eğitimi almamıştır. Dolayısıyla bu konudaki eksiklik danışmanlık hizmetlerinin yeterince verilememesine neden olmaktadır. Yine doğum öncesi dönem kadının gebelik önleyici yöntemler ile ilgili eğitime en açık olduğu dönemdir. Bu nedenle danışmanlık, antenatal dönemden başlatılmalıdır (4).

Doğum öncesi izlem sırasında çiftleri GÖY konusunda bilgilendirmek çok önemlidir. Erken postpartum dönemde gebelik önleyici yöntem eğitimi ve hasta memnuniyeti ile ilgili birçok çalışma yapılmışsa da antenatal dönemde verilen GÖY eğitimlerini değerlendiren çok az çalışma vardır(5). İyi bir postpartum kontrasepsiyon cevabı alabilmek için GÖY danışmanlığına, antenatal dönemden itibaren başlanmalıdır(6). Doğum yapan ve ya istediği çocuk sayısına ulaşan kadınların çoğu

bir daha gebe kalmak istememektedirler. Bu kadınların doğum kliniğinden bir yöntemi uygulamaya başlamış veya bir yöntemi kullanmaya karar vermiş olarak ayrılmaları gerekir(3). Bunun için doğum öncesinde verilen danışmanlık eğitimi önem kazanmaktadır.

Bu konuda literatüre katkıda bulunmak ve antepartum dönemde modern eğitim yöntemleri ile bilgilendirilmiş olan kadınların postpartum dönemde gebelik önleyici yöntemlerle ilgili bilgi, tutum ve davranışlarındaki olası değişiklikleri karşılaştırmak amacı ile bu tanımlayıcı çalışma planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE PLANLAMASININ TANIMI VE AMAÇLARI

Aile Planlaması; Ailenin sağlığı ve refahını korumak için ailelerin istediği sayıda çocuğa ulaşırken doğumların anne için uygun yaş, uygun sayı ve uygun aralıklarla yapılmasını sağlamak amacıyla danışmanlık verme ve hizmet sunma olarak tanımlanır (1).

Aile planlamasının amaçları; istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, hızlı nüfus artışını önleyerek toplumun sağlıklı, mutlu, iyi eğitilmiş ve ekonomik olanakları yeterli kişilerden oluşmasının sağlanması, çiftlere gebeliği önlemede etkili yöntemler hakkında bilgi verilmesi ve bu yöntemlerin uygulanmasının sağlanmasıdır. Ayrıca en sağlıklı annenin bile; iki gebeliği arasında en az iki yıllık süre bulunmasının sağlık açısından ideal olduğunu ve Aile Planlamasının gebelik aralıklarını ayarlamak için en etkin yol olduğunun öğretilmesi şeklinde belirlenmiştir (2,6).

2.2. AİLE PLANLAMASININ SAĞLIĞA OLAN ETKİLERİ

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 araştırmalar, anne ve çocuğun hastalık ve ölüm riskinin, 18 yaşın altında, 35 yaşın üzerinde, dört doğumdan fazla ve iki yıldan sık aralıklarla olan gebeliklerde en yüksek olduğunu göstermektedir (5).

Gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar, dünyanın gelişmekte olan pek çok ülkesinde halen doğurgan yaştaki kadınların en önemli hastalık ve ölüm nedenlerinden biridir. Her yıl, %99'u gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, yarım milyondan fazla kadın bu türden komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Kadınların gebelikteki yaşı, doğumlar arasındaki süre, toplam gebelik sayısı ve içinde yaşanan sosyo-kültürel ve ekonomik koşullar, annelerin hastalık ve ölüm oranlarını etkilemektedir. Maternal nedenler, kadınlara doğurganlık dönemlerinde oldukça büyük bir hastalık yükü getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütünün 1994' teki verilerine göre toplam hastalık yükü içerisinde 15-44 yaş grubunda, üremeye ilişkin hastalık yükü hesaplandığında erkekler için %12,3, kadınlar için %36,6'dır. Kadınlarda %18

maternal nedenler, %8,9 cinsel yolla bulaşan hastalıklar, %2,5 anemi, %0,6 servikal kanser nedenler arasındadır (7).

Kadın sağlığı açısından en önemli evre, hem kadını hem de bebeğin sağlığını doğrudan etkileyen gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdir. Bu nedenle bu devrede gebelik ve doğumun güvenli hale getirilmesinde, kadının yararlandığı sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi, hizmetlerin kalitesi ve hizmetleri kullanımı önem taşımaktadır (8). Üreme çağındaki kadınların yeterli doğum öncesi bakım almaları, güvenli ve sağlıklı bir ortamda doğum yapmaları, doğum sonrası bakım ve Aile Planlaması hizmetlerinden en iyi bir şekilde yararlanmaları için gerekli ekonomik ve sosyal destek sağlanmalıdır (9).

Anne ölümlerini 2000 yılında yarıya indirmek için, Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülüğünde 1987 yılında sağlıkla ilgili uluslararası kuruluşların da işbirliği ile Nairobi'de yapılan bir toplantı ile "Güvenli Annelik" programı başlatılmıştır. Güvenli annelik 1994 International Conference on Population and Development (ICPD) eylem planında da bir hak olarak yer almıştır. Bugüne kadar yüzden fazla ülkede uygulanan bu program Türkiye'de 1994 yılında pilot uygulamalar şeklinde başlatılmıştır (10). 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 Aile Planlaması 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.

Anne ve yenidoğan bebek ölümlerinin önlenmesi ileri teknoloji gerektirmemektedir. Anne ölümlerini, hastalık ve sakatlıklarını azaltmak için oluşturulan Güvenli Annelik müdahaleleri, son derece maliyet-etkindir. Anne-bebek paketi uygulandığında; kanamaya bağlı ölümlerde %55, sepsise bağlı %75, eklampsiye bağlı ölümlerde %80, yenidoğanda ise doğum asfiksisine bağlı ölümlerde %40-50, tetanoza bağlı %80, doğum travmasına bağlı %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 (10).

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.

Aile Planlaması uygulamalarının, kadın, anne ve çocuk, morbidite ve mortalitesini azaltmasının yanı sıra yaşam niteliğini yükseltici, çocukların daha iyi eğitilmelerinin sağlanması, ailenin kişi başına düşen ekonomik imkanların artması, kadının statüsünü dolaylı olarak artırması gibi olumlu etkileri de bulunmaktadır (11).

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

I- Anne sağlığına yararları (1,2,12-14):

- a) Gebelik, düşük ve doğuma bağlı ana ölümleri azalır
- b) Annenin jinekolojik şikayetleri azalır
- c) Gebelik ve doğum komplikasyonları azalır
- d) Düşük ve kürtaj sayısı azalır
- e) Annelerin gebe kalma korkusu ile psikolojik bunalıma girmesi önlenir, ailede huzur ve rahatlık sağlanır
- f) Annedeki diğer hastalıklar azalır
- g) Kullanılan kontraseptif yönteme bağlı gebeliği önleme dışında birçok yararları vardır
- h) Aile Planlaması hizmetleri, Ana Çocuk Sağlığı hizmetleri ile bağlantılı olarak yürütülürse, yüksek riskli gebelikler belirlenir ve özel bakım için sevk edilebilir

II- Çocuk sağlığına yararları:

- a) Bebek ölümleri azalır
- b) Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebekler az görülür
- c) Çocukların bulaşıcı hastalıklara yakalanma sıklığı azalır

- d) Beslenme bozukluğu azalır ve buna bağlı olarak zeka düzeyleri gelişir
- e) Konjenital anomaliler azalır
- f) Çocuk sayılarının az olması ile anne çocuklarına daha fazla zaman ayırabilir, çocuklar arası kıskançlık ve rekabet azalır
- g) Bütün bunların sonucunda bedenlen ve ruhen sağlıklı çocukların yetiştirilmesi sağlanır

III-Toplum sağlığına yararları: (2,15)

- a) Sağlıklı anne ve çocukların sayısı artar
- b) Hızlı nüfus artışının ekonomik gelişme üzerindeki olumsuz etkileri azaltılır
- c) Toplumun, beslenme, konut, eğitim ve çevre koşulları iyileştirilir
- d) Bütün bunların sonucunda toplumun refah düzeyi yükselir, sağlıklı bir toplum oluşur

2.3. AİLE PLANLAMASININ TARİHÇESİ

Kontrasepsiyonun tarihi eskidir; ancak fertilitenin istemli kontrolü modern toplumda daha da önemlidir (16). 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 (17,18). Modern çağda, özellikle toplumların fertilitate kontrolünü, giderek bir insan hakkı olarak görmeye başlaması ve aşırı doğurganlıkla sağlık ve refah arasındaki ilişkinin iyi anlaşılması, konu ile ilgilenenleri, bilimsel gerçekleri ve uygun teknolojileri araştırmaya ve geliştirmeye yöneltmiştir. Kondomlarla ilgili çalışma ilk 1564'de başlamış ve 1838'de ilk diyafram yapılmış, spermisitlerin kullanıma sunulması 1885'lerde gerçekleştirilmiştir (19).

Modern ve etkili kontraseptiflerden olan Rahim İçi Araçların (RİA) tarihçesi oldukça eskidir. Rahim içine yerleştirilecek bazı maddelerin gebeliği önleyeceği Hipokrat zamanından beri bilinmektedir. Milattan önceki dönemlerde Arapların, çölü geçerken develerin uterusuna gebe kalmamaları için uyguladıkları yuvarlak küçük

taşlar belki de RİA'ların ilk modelleridir. Rahim içi araçların geliştirilmesi uzun zaman almıştır (17).

Tıp literatüründe uygulanabilir ilk RİA tanımı 1909'da Almanya'da yapılmıştır. Richard Richter bir yanında, ipekten yapılmış halka biçimindeki bir RİA'nın kontrasepsiyon amacı ile kullanıldığını belirtmiştir (11). Daha sonra 1929'da Ernst Grafenberg, ipek daha sonra da gümüşten yapılmış RİA'ları tanımladı. Japon hekimi Ota, modifiye ettiği Grafenberg halkasını kullanıyordu. 1959'da RİA'lara ilişkin 20 yıllık uygulama sonuçları yayınlandı. Bu sonuçlar olumlu idi. 1960'lardan bu yana, dünyada en çok kullanılan RİA, Buffalo'dan Dr. Lippes'in geliştirdiği Lippes-Loop'tur. Bakır içeren RİA'ların geliştirilmesi ve etki mekanizmaları ile ilgili çalışmalar daha da yenidir. İlk kez 1968'de Zipper ve arkadaşları bakır ve çinko içeren RİA'larla ilgili bildiri yaptılar. Bakır içeren RİA'larla ilgili çalışmalar 1970'lerden sonra hız kazanmıştır. Halen dünyada 100 milyondan fazla kadın RİA ile gebelikten korunmaktadır. Cerrahi sterilizasyondan sonra en yaygın olarak kullanılan yöntemdir (13).

Hormonal kontraseptiflerin ilki olan oral hapların, Rock, Pincus ve Garcia'nın 1956 ve 1958'deki yayınlarından sonra üzerinde daha da yoğun çalışılmaya başlanılmıştır. İlerleyen zamanlarda hormonal kontraseptiflerin implant ve enjeksiyon şekilleri, cerrahi sterilizasyonun daha basit-kolay teknikleri geliştirilmiştir (11).

2.4. DÜNYADA AİLE PLANLAMASI UYGULAMALARI

Halen dünyada çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere yaklaşık 900 milyon üreme döneminde aile mevcuttur. Bu ailelerin dünya genelinde %43'ü gebelikten korunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu oran %42 iken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran Çin hariç sadece %27'dir (20). Tüm dünyada en yaygın kullanılan kontraseptif yöntem, kadın ve erkekteki cerrahi sterilizasyon olup bunu RİA ve Oral Kontraseptifler izlemektedir.

Kontraseptif kullanmanın da, tüm yaşam olaylarında olduğu gibi belli bir riski vardır, ancak bu risk, kontraseptif kullanılmadığında olabilecek anne ölüm riski ile kıyaslanamayacak kadar azdır. Aile Planlaması hizmetlerinde, yeterli danışmanlık yapılarak uygun kişiye en uygun yöntemin uygulanması sağlandığı zaman,

kontraseptiflerin riski yok denecek düzeydedir (11). Mexico City’de 1984 yılında yapılan Uluslararası Nüfus konferansında 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. Uluslararası oy birliği ile bu yaklaşım güvence altına alınmıştır (1).

Dünyadaki hükümetlerin %96’sı 1991 yılı sonunda Aile Planlaması hizmetlerini doğrudan destekleyen politikalar uygulamışlardır (20). Gebeliği önlemek için yöntem kullanma oranı, 1999 yılında, tüm dünyada %61, İngiltere’de %82, Fransa’da %75, İtalya’da %78, Japonya’da %59, İran’da %73, Pakistan’da %24, az gelişmiş ülkelerde %24, gelişmekte olan ülkelerde %59, gelişmiş ülkelerde ise; %72’dir (12). Halen dünyada 154 milyon çift tüp ligasyonu, 60 milyon çift vazektomi, 110 milyon çift RİA, 95 milyon çift oral kontraseptif, 59 milyon çift kondom, 11 milyon çift ise; enjektabl, spermisit, diyafram, 120 milyon çiftin takvim, geri çekme veya diğer geleneksel yöntemlerle korundukları tahmin edilmektedir (2).

2.5. TÜRKİYEDE AİLE PLANLAMASI UYGULAMALARI

Planlı kalkınma döneminin başladığı 1960’li yıllarda ülkemizde, önceki yıllardan farklı bir nüfus politikası uygulanmaya başlanmıştır. Daha önceleri pronatalist politika uygulanırken bu yıllardan itibaren Türkiye’de nüfus sorunları tartışmaya açılmış ve tartışmalar sonucu Türkiye Büyük Millet Meclisinin 10.4.1965 tarihinde kabul ettiği 577 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu ile kişilerin istediği zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olma özgürlüğü tanınmıştır (1,21). Bu yasada, Aile Planlamasıyla ilgili toplumun bilgilendirilmesi ve eğitimi, geriye dönebilen kontraseptif yöntemlerin uygulanması serbest bırakılmış, isteyerek düşük ve cerrahi sterilizasyona ise sadece tıbbi nedenlerin varlığında izin verilmiştir.

İlk üç planda hızlı nüfus artışının ekonomik kalkınma üzerindeki etkileri belirtilmiş ve bu etkileri ortadan kaldırarak ekonomik kalkınmanın sağlanması için çözüm yolları aranmış ve nüfus planlaması ekonomik bir refah aracı olarak düşünülmüştür (21).

Dördüncü, beşinci ve altıncı beş yıllık kalkınma planlarında ise ekonomik kalkınma yerine, ana-çocuk sağlığı ve Aile Planlaması hizmetlerinin temel sağlık

hizmetleri ile birlikte götürülmesine önem verilerek, konu tamamen sağlık açısından ele alınmıştır. Ayrıca 1982 Anayasası bir reform anlayışı ile 41.maddede nüfus politikasına bir açıklık kazandırmıştır. Ailenin korunması başlığı altında Anayasa'nın 41.maddesinde; ailenin Türk toplumunun temeli olduğu belirtilmektedir. "Devlet ailenin huzur ve refahı ile özellikle annenin ve çocukların korunması ve Aile Planlamasının öğretilmesi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar" diyerek, konunun anayasal bir hak olduğunu ve ne kadar önem taşıdığını açıkça ortaya koymaktadır (21).

Kalkınma planları çerçevesinde 1965 yılından beri ailelerin kendi istek ve iradeleri esas alınarak götürülen hizmetlerin sonucu, Aile Planlamasından yararlananların sayısında büyük artışlar kaydedilmiştir. Bu artışlara rağmen istenen sonuca ulaşıldığı söylenemez. Bu nedenle, yaklaşık 30 yıldır uygulanan yasanın güncelleştirilmesi, gebeliği önleyici yöntemlerin ülke düzeyinde yaygınlaştırılması ve istenmeyen gebeliklerin sağlıklı bir biçimde sonlandırılabilmesi, dolayısı ile isteyerek düşüklere bağlı meydana gelebilecek anne ölümlerinin engellenmesi için 1983 yılında mevcut yasada değişiklik yapılarak daha kapsamlı ve daha liberal hale getirilmiştir (11,22). Yapılan değişiklikler; etkili Aile Planlaması yöntemlerinin uygulanmasında eğitim sonu sertifikalandırılmış ebe ve hemşirelerden de yararlanılması, kadında ve erkekte istek üzerine cerrahi sterilizasyon uygulanması, gebeliklerin 10 haftaya kadar istek üzerine sonlandırılmasını içermektedir. Ayrıca erken dönemde menstrüel regülasyon (MR) yöntemi ile gebeliğin sonlandırılmasında, uzman hekim denetiminde eğitim sonu sertifikalandırılmış pratisyen hekimlerden, yararlanılması, hizmetleri için sektörler arası işbirliğinin arttırılmasıdır (11).

Aile planlaması hizmetleri ülkemizde Temel Sağlık Hizmetlerinin önemli bir bölümü olan Ana ve Çocuk sağlığı hizmetleri içinde ele alınır. Temel amacı ana ve çocuk sağlığının düzeyini yükseltmektir (23). Türkiye'deki Ana çocuk sağlığı göstergelerinin düzeyi ve yüksek olan nüfus artış hızı, Aile Planlaması hizmetlerine ve diğer sağlık hizmetleri arasında öncelik vermeyi gerektirmektedir. Eğer Türkiye'de riskli gruplara yönelik başarılı Aile Planlaması hizmetleri verilebilirse, mevcut anne ve bebek ölümlerimizin en az üçte birinin bu yaklaşımla önlenilebileceği de hatırd tutulması gereken diğer önemli bir noktadır (23). Aşırı doğurganlık gelişmekte olan ülkelerin çoğunda olduğu gibi ülkemizde de öncelikli sağlık sorunlarından birisidir.

Aşırı doğurganlık kapsamında gebelik ve doğum için uygun olmayan anne yaşı, gebelik aralıklarının sık olması ve fazla sayıda doğum sorunları yer alır (1). Aşırı doğurganlığı önlemek için, Aile Planlaması yöntemlerinin kullanılması gereklidir.

Ülkemizde Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması İle İlgili Sağlık Bakanlığı Tarafından Yürütülen Rutin Programlar (24):

- 1.Aile Planlaması hizmetleri: Danışmanlık ve yöntem uygulama hizmetleri
- 2.Lojistik destek
- 3.Eğitim hizmetleri (Halk ve personel eğitimi)
- 4.Eğitim araçları üretimi

Her gebenin, gebeliğin başlangıcından itibaren tespit edilerek, en az altı kez ebe ve en az bir kez de hekim tarafından izlenmesi hedef alınarak yürütülmektedir. Ayrıca doğum sonu dönemde anne ile yenidoğan birlikte en az 3 kez izlenerek değerlendirilmektedir. Doğum öncesi ve sonrası izlemlerde özellikle önem verilen danışmanlık konularından birisi de Aile Planlamasıdır. Anne bilgilendirilerek, doğum sonrasında kendisine en uygun yöntemi seçmesi ve uygulaması sağlanmaktadır. Türkiye’de faal olan her sağlık ocağında en az iki yöntem (hap ve kondom) dağıtımı yapılmakta, danışmanlık hizmeti verilmektedir.

Sağlık ocaklarının çoğunda sertifikalandırılmış ebe, hemşire ve hekimler tarafından ilave olarak RİA uygulamaları, enjektabl hormonal kontraseptif uygulamaları yapılmaktadır. Türkiye genelinde 162’si il merkezinde, 123’si ilçe merkezinde olmak üzere toplam 285 Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi (AÇSAP) merkezi bulunmaktadır (25). Bu Merkezlerde, Sağlık Ocaklarının verdiği hizmetler, Kadın Doğum Uzmanının bulunduğu daha eğitimli sağlık ekibi tarafından sunulmaktadır. Kadın Doğum uzmanlarının bulunması, kontraseptif hizmetlere ilaveten, isteğe bağlı gebelik sonlandırılması, hemen düşük sonrası modern Aile Planlaması yöntemi uygulamasının yapılmasına imkan sağlamaktadır. Bu merkezlerinden 4 tanesi “Bağımsız Aile Planlaması Kliniği” olarak daha kapsamlı hizmet sunmaktadır. Bu merkezlerde isteğe bağlı, kalıcı kontraseptif metotlardan “tüp ligasyonu ve vazektomi” hizmetleri sunulmaktadır. Birinci basamak kurumlarına ilaveten, ikinci basamak kuruluşların Aile Planlaması kliniklerinde tüm

hizmetleri sunulmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı mevcut olan 346 hastanenin 267'sinde yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar dışında, Askeri, özel klinik ve hastanelerde, üniversite tıp fakültelerinin uygulama hastanelerinin Aile Planlaması kliniklerinde hizmet sunulmaktadır (26). Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırmalarının 1998 sonuçlarına göre yıllara göre Aile Planlaması yöntemi kullanma durumu modern yöntemler için; RİA %19,8, Hap %4,4, kondom %8,2, cerrahi sterilizasyon %4,2 olarak saptanmıştır. Geleneksel yöntemlerden geri çekme %24,4 oranında en fazla kullanılan gebelik önleyici yöntem olarak yer almaktadır. Aile Planlanmasında karşılanamayan gereksinim %35,6 olarak önceki yıllara göre azaldığı görülmüştür (27).

Aile Planlaması programlarının hizmet kalitesinin artırılabilmesi için, gebeliği önleyici yöntem kullanımını bırakmanın nedenleri ve yöntemi bırakma hızlarının bilinmesi son derece önemlidir. Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırmalarının 2003 sonuçlarına göre, araştırma tarihinden önceki beş yılda, gebeliği önleyici yöntem kullanan her beş kadından ikisi yöntemi kullanmaya başladıktan sonraki 12 ay içinde kullandıkları yöntemi bırakmaktadır. İğne için %79'a kadar yükselen yöntem bırakma hızı, Kombine oral kontraseptifte(KOK) %54, geri çekmede %41'dir. Aile Planlaması yöntemlerini bırakanların yaklaşık %50'si bırakma sonrasında başka bir yönteme geçmektedir (28).

Gebe kalma isteği ile yöntem bırakanların, tüm yöntem bırakanlar içinde 1/5'lik bir paya sahip olduğu görülmektedir. Yan etkiler ve sağlık kaygısı, modern yöntemlerin bırakılmasında oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Geri çekme yöntemi kullananlarda yöntem kullanırken gebe kalma, %35 modern yöntem kullananlara göre daha fazladır. Bununla birlikte, kondom kullananların %17'si, KOK kullananların %12'si bu yöntemleri kullanırken gebe kalmışlardır (28).

Her 100 gebelikten sadece biri ölü doğumla, 11'i isteyerek düşük olmak üzere toplam 21'i düşükle sonlanmıştır. Kadınların yarısından fazlası doğurganlıklarını sonlandırmak ya da doğurganlıklarına ara vermek amacıyla isteyerek düşük yapmıştır. Bunların dışında neden belirten kadınların çoğunluğu gebeliklerini ekonomik ya da ailevi nedenlerle sonlandırdıklarını belirtmişlerdir (28). Bu sebeple

doğurganlık çağındaki kadınlara daha gebe kalmadan önce alınacak önlemlerle istenmeyen gebeliklerin önüne geçilebilir. Kadınların 3/4' ü doğumları sonlandırmak, %58 doğumların arasını açmak ve %18 Aile Planlaması hizmeti talebinde bulunmuştur. Bu talebin %92'si karşılanmaktadır. Toplam Aile Planlamasında hizmet-talep açığı TNSA-1993'deki oranın %12'ye inmiştir; günümüzde, halen evli kadınların %6'sının hizmet ihtiyacı karşılanmamıştır. Aile Planlamasındaki hizmet-talep açığı, artan yaş ile birlikte azalan bir eğilim göstermektedir. Doğumların arasının açmak istenmesinden kaynaklanan hizmet-talep açığı genç yaş grubundaki kadınlar arasında daha yüksek, doğurganlığın sonlandırılmasını amaçlayan çok ileri yaş grubundaki kadınlarda yoğunlaşmıştır. Hizmet-talep açığı, 15–29 yaşındaki kırsal alanlarda yaşayan kadınlarda daha yüksektir. Hizmet-talep açığı, Batı'da yaşayan kadınlarda %3'den Doğu'da yaşayan kadınlarda %15'e kadar bölgesel değişiklik göstermektedir. Eğitimli kadınların, eğitimsiz kadınlara göre gebeliği önleyici yöntemleri kullanma eğiliminin daha yüksek olması nedeniyle, hizmet-talep açığı düşmekte ve karşılanan talep yüzdesi yükselmektedir (28).

2.6. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

Günümüzde kullanılan kontraseptif yöntemlerin sınıflandırılması (11):

- I. Hormonal kontraseptifler
 - a) Kombine oral kontraseptifler
 - b) Mini haplar
 - c) Depo enjeksiyonlar
 - d) Deri altı implantlar
 - e) Hormon içeren RİA'lar
- II. Rahim içi araçlar
- III. Bariyer yöntemler
 - a) Kondom
 - b) Diyafram
 - c) Spermisitler
- IV. Cerrahi Sterilizasyon
 - a) Tüp ligasyonu
 - b) Vazektomi

- V. Doğal aile planlaması
- VI. Laktasyonel amenore metodu
- VII. Geleceğin kontraseptif yöntemleri

2.6.1. Hormonal Kontraseptifler

2.6.1.1. Kombine Oral Kontraseptifler (2,29,30)

Her yönü ile ayrıntılı olarak incelenmiş, etkili ve emniyetli kontraseptif yöntemlerdir. Kombine oral kontraseptifler sentetik östrojen (Ethynyl estradiol veya mestranol) ve çeşitli progestinlerden (norethindrone, norethindrone acetate, ethynodiol diacetate, norgestrel, levonorgestrel, norethynodrel, desogestrel, norgestimate) birini içermektedir.

Östrojen ve progestinin etkisi ile ovulasyon inhibisyonu, endometrial tabakanın incilmesi, servikal mukusun kalınlaşması yolu ile spermilerin uterin kaviteye geçmesini engelleyerek gebeliği önlemektedir. Doğru kullanıldığında %99,9 oranında etkilidir.

2.6.1.1.1. Avantajları

- a) Doğru kullanıldığında son derece etkilidir
- b) Cinsel ilişkiyi etkilemez
- c) Menstrüel regülasyonu sağlar
- d) Demir eksikliği anemisi riskini azaltır
- e) Premenstrüel gerginlik ve endometriyozisle ilgili şikayetler azalır
- f) Dismenoreyi tedavi eder
- g) Aknelere iyi gelebilir
- h) Benign meme hastalıklarını (Kist, Fibroadenom vb.) azaltır
- i) Benign over kistlerinin oluşumunu azaltır
- j) Romatoid artrit riskini azaltır
- k) Ektopik gebeliği önler
- l) Endometrial kanser riskini azaltır
- m) Over kanseri riskini azaltır
- n) Pelvik enfeksiyon riskini azaltır
- o) Osteoporoz riskini azaltır

- p) Etkileri ve yan etkileri çok iyi incelenmiştir
- q) Yöntem bırakıldığında doğurganlık geri döner
- r) Beklenen yaşam süresini uzatır

2.6.1.1.2. Dezavantajları

- a) Her gün hap almanın hatırlanması gerekir
- b) Kilo artışı olabilir
- c) Lekelenme veya ara kanamaları görülebilir
- d) Bazı ilaçlarla (barbitüratlar, fenitoin, fenilbuzaton, rifampisin ve diğer bazı antibiyotiklerle) etkileşimi vardır
- e) Çok ender olmakla birlikte, özellikle sigara içen kadınlarda, dolaşım bozukluklarına neden olabilir
- f) Kan basıncını yükseltebilir
- g) Klamidya enfeksiyon riskini artırır

2.6.1.1.3. Endikasyonları

- a) Çok etkili ve geriye dönebilen yöntem kullanmak isteyenler
- b) Hipermenoreye bağlı anemi
- c) Dismenore
- d) Benign over kisti öyküsü
- e) Adet düzensizliği
- f) Ektopik gebelik öyküsü
- g) Premenstrüel yakınmaları ya da siklus ortası ağrısı
- h) Ailede endometriyal veya over kanseri öyküsü
- i) Benign meme hastalıkları
- j) Tekrarlayan pelvik enfeksiyon öyküsü

2.6.1.1.4. Kontrendikasyonları

- a) Gebelik veya gebelik şüphesi
- b) Meme kanseri veya meme kanseri öyküsü
- c) Tromboembolik ya da diğer vasküler hastalığı öyküsü
- d) Genital organ kanseri

- e) Kalp hastalığı veya şüphesi
- f) Akut karaciğer hastalığı

2.6.1.1.5. Yan etkileri

- a) Bulantı
- b) Ara kanamaları ve lekelenme
- c) Kilo artışı
- d) Amenore
- e) Akne
- f) Memelerde duyarlılık
- g) Baş ağrısı
- h) Baş dönmesi

2.6.1.2. Mini Haplar (3,11,30,31)

Mini haplarda, KOK'lere oranla daha düşük dozda progestin ihtiva etmesinin yanında östrojen içermezler.

2.6.1.2.1. Etki mekanizması

Mini haplar; servikal mukusu kalınlaştırarak spermilerin geçişini ve %40–60 oranında ovulasyonu engellemektedir. Tubal motiliteyi etkileyerek, endometriyumu inceltip implantasyonu önlemektedir.

Kombine oral kontraseptiflere göre etkileri biraz daha düşüktür. Emzirenlerde %98,5 oranında, emzirmeyenlerde %96 oranında gebeliği önler.

2.6.1.2.2. Avantajları

- a) Östrojen içermedikleri, progestin miktarı da çok düşük olduğu için endikasyonları daha geniştir
- b) Emzirenler için uygundur, anne sütünün miktarını azaltmaz, niteliğini değiştirmez
- c) İleri yaş grup kadınlara da çok uygundur
- d) Kombine oral kontraseptiflere göre yan etkileri daha azdır
- e) Adet miktarını azaltır

- f) Metabolik etkileri azdır
- g) Cinsel ilişkinin zamanından bağımsız yöntemlerdir

2.6.1.2.3. Dezavantajları

- a) Emzirme dışındaki koruyuculuğu daha azdır
- b) Ara kanaması, lekelenme, amenore ve adet düzensizliği daha sıklıkla görülür
- c) Mini hap alınması geciktirilirse veya unutulursa gebelik olasılığı artar

2.6.1.2.4. Endikasyonları

- a) Emzirme
- b) Östrojenin yan etkisi nedeni ile hap kullanamayanlar
- c) İleri yaş

2.6.1.2.5. Kontrendikasyonları

- a) Fonksiyonel over kisti
- b) Ektopik gebelik öyküsü
- c) Gebelik
- d) Aktif karaciğer hastalığı
- e) Tanı konulmamış vajinal kanama
- f) Meme kanseri tanısı

2.6.1.2.6. Yan Etkileri:

- a) Amenore
- b) Kanama/lekelenme
- c) Baş ağrısı
- d) Pelvik ağrı
- e) Memede duyarlılık
- f) Göğüs ağrısı

- g) Sarılık
- h) Bulantı/baş dönmesi

2.6.1.3. Enjektable kontraseptifler (3,11,32)

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. İlk kullanım yılındaki başarısızlık hızı 100 kadın yılında 0,1' den azdır. Kontraseptif etki uygulamayı izleyen 24 saat içerisinde başlar. Yöntem bırakıldığında fertilitenin dönmesi 5–7 ay kadar gecikebilmektedir.

2.6.1.3.1. Etki mekanizması

Ovulasyon supresyonu, Servikal mukusun kalınlaştırarak spermilerin geçişini engellenmesi ve Endometriumun ince, atrofik hale getirerek etki göstermektedir.

2.6.1.3.2. Avantajları

- a) Geriye dönüşümlü kolay uygulanan, çok etkili bir yöntemdir
- b) Emzirenlerde uygulanabilir
- c) İleri yaştaki kadınlar tarafından kullanılabilir
- d) Pelvik enfeksiyon ve over kanserlerine karşı koruyucudur
- e) Ektopik gebelik ve demir eksikliği anemisini önler
- f) Orak hücreli anemisi olanlarda kullanılabilir
- g) Cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır

2.6.1.3.3. Dezavantajları

- a) Adet düzensizliğine neden olabilir
- b) Yöntem bırakıldığında fertilitenin dönmesi bir süre gecikebilir
- c) Kilo artışına neden olabilir
- d) Enjeksiyon yaptırma gereği

2.6.1.3.4. Endikasyonları

- a) Gebelikler arasında uzun süre isteyenler, artık çocuk istemeyen ancak cerrahi sterilizasyon da istemeyenler
- b) Cinsel ilişki zamanlamasından bağımsız yöntem isteyenler
- c) Emzirenler
- d) İleri yaştaki kadınlar
- e) Östrojen kullanma kontrendikasyonu olanlar

2.6.1.3.5. Kontrendikasyonları

- a) Gebelik
- b) Aktif veya kronik karaciğer hastalığı
- c) Aktif tromboembolik olay
- d) Tanı konulmamış vajinal kanama
- e) Meme kanseri
- f) Genital kanal neoplazisi

2.6.1.3.6. Yan Etkileri

- a) Adet düzensizlikleri
- b) Baş ağrısı
- c) Kilo alma
- d) Memede duyarlılık

2.6.1.4. Deri Altı İmplantlar (NORPLANT®,İMLANON) (3,11,33,34)

Deri implantları ile ilgili çalışmalar 1960'lerden beri sürmektedir. Çeşitli tiplerde implantlarla deneme yapılmaktadır. Bunlar arasında uzun süre önce geniş çapta kullanıma sunulan ve en yaygın olarak kullanılan implant Norplant'tır. Sentetik hormon içeren 6 ince ve esnek kapsülden oluşan bir kontraseptiftir. Kapsüllerin her biri 3,4cm uzunluğunda, 2,4mm çapındadır ve ortalama 36 mg kristalize levonorgestrol içerir. İmplanon: Tek implant olup 3-ketodesogestrel içermektedir.

2.6.1.4.1. Etki Mekanizması

Norplant, sadece progestin içeren kontraseptifler gibi; Ovulasyon süpresyonu, servikal mukusun kalınlaşması, spermelerin geçişinin önlenmesi ve Endometriyumu incelterek tüm bu etkilerin kombinasyonu ile gebeliği etkili olarak önler.

Deri altına yerleştirilen silastik kapsüllerden, düşük düzeyde ancak sürekli salınan levonorgestrol beş yıl süre ile çok etkili bir kontrasepsiyon sağlamaktadır. Beş yıllık sürede Norplant için yıllık ortalama gebelik hızı %1'den daha azdır.

2.6.1.4.2. Avantajları

- a) Geriye dönüşümlü, uzun süreli ve çok etkilidir
- b) Kullanımı kolay ve rahattır, cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır

2.6.1.4.3. Dezavantajları

- a) Uygulama ve çıkarılması küçük bir cerrahi işlem ve eğitilmiş personel gerektirir
- b) Cerrahi girişime bağlı enfeksiyon, kanama, hematom gibi komplikasyonlara ender de olsa rastlanabilir
- c) Kullanıcı, kendi kendine yöntemi bırakamaz

2.6.1.4.4. Endikasyonları

- a) Gebelikler arasında uzun süre isteyenler veya artık çocuk istemeyen ancak cerrahi sterilizasyon da istemeyenler
- b) Cinsel ilişki zamanlamasından bağımsız yöntem isteyenler
- c) Östrojen kullanma kontrendikasyonu
- d) Emzirenler
- e) İleri yaş

2.6.1.4.5. Kontrendikasyonları

- a) Gebelik
- b) Akut ve kronik karaciğer hastalığı

- c) Tanı konmamış anormal vajinal kanama
- d) Tromboembolik olay
- e) Koroner arter veya serebro vasküler hastalık
- f) Orak hücreli anemi
- g) Meme ve diğer hormon bağımlı kanserler

2.6.1.4.6. Yan Etkileri

- a) Baş ağrısı, baş dönmesi
- b) Akne
- c) İştah ve kilo değişikliği
- d) Memelerde duyarlılık
- e) Hirsutizm veya saç dökülmesi
- f) Fonksiyonel over kisti
- g) Menstrüel siklus değişiklikleri

2.6.1.5. Hormon İçeren RİA'lar (3,11,35,36)

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 levonorgestrol uterus içerisine salınır. Yöntem 5 yıl süre ile etkilidir.

Hormon içeren RİA'ların etki düzeyi, RİA'ların ve içerdiği 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.

2.6.2. Rahim İçi Araçlar (3,11,36,37)

Geriye dönüşümlü, emniyetli ve kontraseptif etkisi çok yüksek olan yöntemlerdir. Genel olarak başarısızlık hızı ilk kullanım yılı için 100 kadında 3–5 arasındadır. 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

2.6.2.1. Etki Mekanizması

Üst genital kanala sperm migrasyonunu, Ovum transportunu ve Fertilizasyonu inhibe ederek gebeliği engellemektedir.

2.6.2.2. Avantajları

- a) Güvenli ve çok etkili, geriye dönüşümlü yöntemlerdir
- b) Yöntemin kullanımı cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır
- c) Kullanımı kolaydır
- d) Uygulandıktan sonra uzun süre etkilidir
- e) Emzirenler için uygundur
- f) Çıkarıldığında fertilitenin dönmesi gecikmez

2.6.2.3. Dezavantajları

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

2.6.2.4. Endikasyonları

- a) Gebeliklerin arasında uzun süre olmasını isteyenler ve/veya artık çocuk istemeyenler

- b) Hormonal KS'ler için uygun olmayanlar
- c) Emzirenler
- d) Koitustan bağımsız yöntem isteyenler
- e) Bir veya daha çok çocuğu olanlar
- f) Acil, postkoital kontrasepsiyona gereksinimi olanlar

2.6.2.5. Kontrendikasyonları

2.6.2.5.1. Mutlak kontrendikasyonlar

- a) Uterus, serviks, over veya diğer pelvik organ kanseri
- b) Uterin kaviteyi ilgilendiren şekil bozukluğu
- c) Gebelik
- d) Akut veya tekrarlayan pelvik enfeksiyon
- e) Tanı konmamış vajinal kanama

2.6.2.5.2. Relatif kontrendikasyonlar

- a) Aşırı dismenore ve/veya menoraji
- b) Cinsel yolla bulaşan hastalık riski
- c) Ektopik gebelik öyküsü
- d) Anemi
- e) Kalp kapak hastalığı veya bakteriel endokardit öyküsü
- f) Diyabet
- g) Immun sistem depresyonu
- h) Bakır allerjisi veya Wilson hastalığı
- i) Pıhtılaşma bozukluğu olanlar

Nulliparite RİA uygulanması için mutlak kontrendikasyon değildir. Ancak nadiren RİA'ya bağlı pelvik enfeksiyon riski nedeni ile gelecekteki fertilitenin etkilenebileceği göz önüne alınarak RİA ilk seçenek olmamalıdır.

2.6.2.6. Uygulama Zamanı

Interval uygulama: Rahim içi araçlar menstrüel siklusun herhangi bir gününde uygulanabilir. Gebelik kuşkusunun ekarte edilmesi için en uygun uygulama zamanı siklusun ilk 10 günüdür.

Postabortus uygulama: Enfeksiyon belirtisi olmamak koşulu ile 1.trimester spontan düşük, MR ve kürtajdan hemen sonra uygulanabilir.

Postpartum uygulama: Normal vajinal doğum sonrası plasenta atıldıktan sonraki on dakika içerisinde, aşırı kanama ve enfeksiyon riski yoksa uygulanabilmektedir. Doğum sonu hemen uygulama yapılmadı ise ilk hafta içerisinde uygulanabilir (ilk 2 gün tercih edilmelidir). Aksi halde RİA uygulanması, perforasyon riski nedeni ile postpartum 6.haftaya bırakılmalıdır. Sezaryen sonrası RİA uygulaması, sezaryen sırasında ya da postoperatif 8.haftada yapılabilir.

Rahim İçi Araç uygulama sürecinde sözü edilen her basamağın ayrı önemi vardır ve özenle hepsi yerine getirilmelidir. Uygulama aşamasında üzerinde durulması gereken en önemli nokta enfeksiyon kontrolü için tüm koşulların sağlanmış olmasıdır.

2.6.2.7. Yan Etkileri

Uygun vaka seçildiğinde son derece emin ve emniyetle kullanılabilecek kontraseptif yöntemlerdendir. Kullanımı izleyen ilk aylarda adet miktarında artma, dismenore, adetler arası lekelenme görülebilir. Bu belirtiler genellikle 3–4 ay sonra kendiliğinden geçer.

RİA uygulanmasının üzerinden 6 ay geçmesine rağmen yukarıda belirtilen semptomlar kullanıcıyı rahatsız edecek ölçüde devam ediyorsa vaka özenle değerlendirilmelidir.

2.6.3. Bariyer Yöntemler

Genellikle vajene uygulanan, spermlerin üst genital kanala geçmesini engelleyen Kondom, Diyaframlar ve Spermisitlerden oluşmaktadır.

Bariyer yöntemler için mutlak kontrendikasyon teşkil eden durum yoktur. Bariyer yöntemin içeriğinde bulunan maddeye karşı allerji, duyarlılık, kişinin yöntemi kullanmadaki becerisinin yetersizliği, yöntem başarısızlığındaki gebeliğin,

medikal yönden yüksek risk grubunda olması dışında rölatif kontrendikasyon bulunmamaktadır.

2.6.3.1. Kondom (3,11,33,38)

Halen dünyada yaklaşık 50 milyondan fazla çift kondom kullanmaktadır. Doğru kullanıldığında çok etkili olduğu halde, kullanım etkililiği çok daha düşüktür. İlk kullanım yılı için başarısızlık hızı %12 olarak bildirilmektedir.

Kondom cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen lateks kauçuktan yapılmış ince kılıftır. Kontrasepsiyon sorumluluğunu erkeklerin de paylaşmasını sağlayan bir yöntemdir. Kondom spermisitle birlikte düzenli kullanıldığında koruyuculuğu daha da artar.

2.6.3.1.1. Avantajları

- a) Kondom kullanımının muhtemelen servikal kanser oluşmasında koruyucu bir etkisi vardır
- b) Gebelik kontrolü sorumluluğunu eşlerin paylaşmasını sağlar
- c) Ucuz ve kolay bulunur
- d) Dağıtım kolaydır, sağlık kuruluşları, eczaneler ve topluma dayalı dağıtım programları ile hatta posta ile dağıtımı sağlanabilir
- e) Eşlerin sağlık personelinin bağımsız kontraseptif kullanmalarını sağlar
- f) Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan korunmada en etkili yöntemlerden biridir

2.6.3.1.2. Kontrendikasyonları

- a) Erkeklerde ereksiyonla ilgili sorunlar
- b) Eşlerden birinde kauçuk alerjisi

2.6.3.2. Diyafram (3,11,33)

Serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmıştır. Koitusdan önce kubbe kısmına spermisit konularak uygulanır. Böylece mekanik ve kimyasal bariyer etkilerinin kombinasyonu sonucu spermilerin üst genital kanala

geçmeleri engellenerek oldukça yüksek düzeyde kontrasepsiyon sağlamış olur. Yöntemi kullanmak isteyenlere aşağıdaki önerilerde bulunulmalıdır.

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

2.6.3.2.1.Kontrendikasyonlar

Bariyer yöntemlerin daha önce belirtilen genel endikasyon ve kontrendikasyonlarına ek olarak diyaframa özel;

- a) Kauçuk ya da spermisit allerjisi
- b) Vajene diyaframı doğru yerleştirmeyi öğrenememe
- c) Anatomik yapının diyaframın iyi yerleşmesini engellediği durumlar
- d) Tekrarlayan üriner enfeksiyonlar

2.6.3.2.2. Yan Etkileri

- a) Ender olarak allerjik reaksiyon
- b) Üriner enfeksiyonların tekrarlama
- c) Vajinal akıntı
- d) Vajen duvarında basıya bağlı lezyon

2.6.3.3. Spermisitler (3,11,33,39)

Vajinal spermisitler beş bin yıldan beri kontraseptif amaçla kullanılmaktadır. Modern yöntemlerle hazırlanan kimyasal preparatlar dışında, günümüzde bile yöresel olarak uygulanan, sirke, oksijenli pamuk, aspirin, sabun, limon bu yöntem için halen kullanılan örneklerdir. Spermisitlerdeki temel etkili madde, nonoxynol-9, octoxynol-9 ve menfegol'dür. Aerosol, krem, jel, macun, supozotuar, vajinal köpük tablet ve vajinal sünger gibi türleri vardır.

Spermisitlerin, kondom veya diyafram gibi mekanik bariyer yöntemlerle birlikte kullanıldığında koruyuculuğu tek başına kullanılmalarına kıyasla çok daha fazladır. Köpük spermisitler dışındakilerin tek başına kontrasepsiyon amaçla kullanımı önerilmemektedir. Doğru, zamanında ve her koitusta kullanılmaları önemlidir.

2.6.3.3.1. Endikasyonları

Bariyer yöntemlerin genel endikasyonlarına ek olarak spermisitlere özel;

- a) Diyafram ve kondom kullananlar
- b) Fertilitesi yaş veya laktasyon nedeni ile azalanlar
- c) Gebeliğin mediko-sosyal yönden yüksek risk oluşturdıkları
- d) Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon riski taşıyanlar (kondomla birlikte önerilmeli)

2.6.3.3.2. Yan Etkileri

Ender ve önemsizdir. Kimyasal maddeye karşı duyarlılık ve allerji sonucu lokal irritasyon olabilir.

2.6.4. Cerrahi Kontrasepsiyon (3,11,29,30,33,40,41)

Halen dünyada en yaygın olarak kullanılan en etkili kontraseptif yöntem cerrahi sterilizasyon olup toplam 200 milyondan fazla çift bu yöntemle korunmaktadır.

Cerrahi sterilizasyon kadında tüp ligasyonu, erkekte vazektomi; artık çocuk istemeyen aileler için uygundur. Günümüz teknolojisi ile pahalı ve güç olan yöntemin geriye dönüşümü sağlanabilmektedir ve başarı şansı da %100 değildir. Bu nedenle cerrahi sterilizasyon yöntemleri kişilere “geriye dönüşümü olmayan, kalıcı yöntemler” olarak tanıtılmalıdır.

Kullanıcılar, tüp ligasyonu veya vazektomiyi yeterli düzeyde bilgilendirildikten sonra bilinçli ve gönüllü olarak kendi kararları ile seçmelidir.

Özellikle gönüllülük unsuru kalıcı yöntemlerde çok önemlidir. Bunu vurgulamak amacı ile cerrahi sterilizasyon için çoğu kez, “Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon” deyiimi kullanılır.

Gebeliği oluşturacak üreme hücrelerinin, üreme kanalında cerrahi olarak yapılan engelleme sonucu kontraseptif etki meydana gelir. Vazektomi ve tüp ligasyonundan sonra her iki cinsiyette, cinsel fonksiyonlarda değişiklik meydana gelmez. İlk kullanım yılı için başarısızlık hızı tüp ligasyonunda %0,4 ve vazektomi için daha da düşük olup %0,2 olarak bildirilmektedir.

2.6.4.1. Tüp Ligasyonu (3,11,33,40,41)

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

2.6.4.1.1. Avantajları

- a) Çok etkili, güvenli
- b) Maliyeti bir defaya mahsusdur
- c) Cinsel ilişkinin zamanlamasından bağımsızdır
- d) Uygulamadan sonra kontraseptif etkisi hemen başlar

2.6.4.1.2. Dezavantajları

- a) Kalıcı bir yöntemdir
- b) Küçükte olsa cerrahi bir işlemle yapılmaktadır ve buna bağlı komplikasyon riski olabilir
- c) Başarısızlık durumunda ektopik gebelik riski az da olsa vardır.

2.6.4.1.3. Endikasyonları

- a) Artık çocuk istemeyen aileler
- b) Gebeliğin medikal yönden yüksek risk taşıdığı durumlar
- c) Artık KS yöntem kullanma ayrıntısı ile uğraşmak istemeyenler

2.6.4.1.4. Kontrendikasyonları

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

2.6.4.1.5. Yan Etkileri

Yöntemin yapılış işlemine bağlı abdominal ağrı, omuz veya göğüste ağrı, bulantı, kusma gibi semptomlar görülebilir.

2.6.4.1.6. Komplikasyonları

Cerrahi işleme bağlı, enfeksiyon, kanama, organ yaralanması, anesteziye bağlı solunum depresyonu veya kan basıncında düşme gibi hemen müdahale gerektiren durumlar ortaya çıkabilir.

2.6.4.2. Vazektomi (3,11,33)

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.

2.6.4.2.1. Avantajları

- a) Kolay, basit, kısa sürede uygulanan çok etkili, güvenli bir yöntemdir
- b) Cinsel ilişkiyi etkilemez
- c) Uzun dönemde olabilecek sağlık riski taşımaz

2.6.4.2.2. Dezavantajları

- a) Kalıcı bir yöntemdir
- b) Küçükte olsa cerrahi bir işlemdir buna bağlı bazı sorunlar olabilir
- c) İşlemden sonra ilk 20 ejakülasyonda sperm mevcuttur

2.6.4.2.3. Endikasyonları

- a) Artık çocuk istemeyenler
- b) Gebeliğin eşi için yüksek risk oluşturduğu durumlar
- c) Sonradan özen gerektirmeyen bir yöntem isteyenler için uygundur

2.6.4.2.4. Kontrendikasyonları

Kesin medikal kontrendikasyon olmamakla birlikte aşağıdaki durumlarda, işlemden önce özel önlem alınması gerekir.

- a) Diyabet, anemi, kalp hastalığı gibi
- b) Inguinal herni, hidrosel, intraskrotal kitle, büyük varikosel
- c) Lokal deri enfeksiyonu (skrotumda) veya genital yol enfeksiyonu
- d) Psikolojik sorunlar

2.6.5. Doğal Aile Planlaması (3,11,42-44)

Doğal Aile Planlaması (DAP); Eşlerin menstruasyon siklusunun fertil ve infertil dönemlerini, doğal olarak görülen belirtilerle saptayarak, fertil dönemde cinsel ilişkide bulunmamalarını tanımlayan bir deyimdir. Fertil dönemde (Ovulasyonda); Servikal mukus miktarı artar. Mukus bol berrak, iki parmak arasında tutulduğunda uzayan, elastik niteliktedir. Fertil dönem süresince bu mukus özelliği devam eder. Bu sürede koitus olmamalıdır. Bazal vücut ısısı $0,2^{\circ}\text{C}$ ile $0,5^{\circ}\text{C}$ artar ve gelecek adete kadar yüksek devam eder. Isı yükselmesini izleyen ilk 3 gün koitustan kaçınılmalıdır. Fertil dönemde servikal mukus miktarı artmış vücut ısısı yüksektir yani semptomal bulgular pozitifdir. Serviks palpe edildiğinde, yumuşak ve yüksektir, servikal os açık ve genel olarak ıslaktır. Bu yöntem herhangi bir nedenle diğer mekanik, farmakolojik kontraseptifleri kullanamayanlarca tercih edilebilir. Doğal aile planlaması yöntemler; takvim yöntemi, geri çekme ve vajinal yıkamadır.

Takvim yöntemi; ovulasyon gününün matematiksel hesaplanması esasına dayanır. Adetleri düzenli olan kadında ovulasyon beklenen adetten 12–14 gün önce olduğu varsayılmaktadır. Bu yöntemde ovumun 12–24 saat, spermelerinde kadının

genital kanalında 24–72 saat canlı kalabileceği eklendiğinde, matematiksel olarak hesaplanabilmektedir. Sonuç olarak adet siklusu 30 gün olan bir kadının adetin 13–20. günleri arası fertil dönemidir, gebelikten korunmak için bu dönemde cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır.

Takvim yöntemi düzenli siklusları olan kadınlarda bir kaç ay siklusların izlenmesi ve diğer fertilité belirtileri ile ovulasyon dönemi doğru saptanabilirse başarılı kullanılabilir. Aksi takdirde başarısızlık hızı yüksektir.

Geri çekme (Coitus Interruptus); etkisi sınırlı, çok yaygın kullanılan bir yöntemdir. Özellikle ülkemizde geleneksel kontraseptif yöntemler arasında en yaygın kullanılandır. Yöntemin esası, cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını ejakülasyondan önce vajenin dışına çekmesidir. Başarısızlık oranı ve buna bağlı yöntem kullananlarda isteyerek düşük oranı yüksektir.

Ailelerin geri çekme ile korunmaları, Aile Planlamasına motive oldukları halde etkili yönteme ulaşamadıklarının göstergesidir. Bu gruba, etkili yöntemlere ilişkin hizmetler özel ve öncelikli olarak sunulmalıdır.

Vajinal yıkama; etkisiz, geleneksel yöntemlerdendir. Koitustan hemen sonra vajenin yıkanması esasına dayanır. Bu yöntem kontraseptif amaçla kullanılmamalıdır.

2.6.5.1. Avantajları

- a) Yöntem gebe kalmak veya gebeliği önlemek için kullanılabilir
- b) Hiçbir fizik yan etkisi yoktur
- c) Eşlerin üreme fonksiyonlarını daha iyi anlamalarına yardımcı olur
- d) Eşler arası iletişim ve işbirliğini artırır
- e) Yönteme devam, sağlık personeline bağımlı değildir
- f) Maliyeti yoktur

2.6.5.2. Dezavantajları

- a) Yöntemle ilgili fizyolojik ayrıntıların belirlenmesi başlangıçta yaklaşık 3 ay alır
- b) Kullanıcılara eğitilmiş sağlık personeli tarafından öğretilmelidir
- c) Eşlerin her ikisinin de işbirliği gerekir

- d) Kullanıcının fertilite belirtileri ile ilgili günlük kayıt tutması gerekir
- e) Yöntem bazen eşler arasında emosyonel stres yaratabilir
- f) Bazı kadınların yöntemi öğrenmesi güçtür
- g) Vajinal enfeksiyonlar da semptomların yorumu güçleşir

2.6.5.3. Endikasyonları

Diğer yöntemleri kullanmak istemeyenler veya kullanamayanlar için uygundur.

2.6.5.4. Kontrendikasyonları

Kesin kontrendikasyonu yoktur. Ancak gebeliğin kesin olarak önlenmesi gerekenler ve yöntemi öğrenemeyenler DAP yöntemini kullanmamalıdır. Menarş ve adolesanlar, premenapoz, postpartum dönemler ovulasyon düzensizlikleri nedeni ile DAP, uygun bir kontraseptif yöntem değildir.

Fertil dönem belirtisi olan bulguların kullanıcı tarafından çok iyi değerlendirilebilmesi gerekir. Tüm bunların başlangıçta, konu ile ilgili eğitilmiş olan bir sağlık personeli tarafından kadına öğretilmesi, yöntemin başarısı için temel koşuldur. Doğal Aile Planlaması uygulayanların özel olarak izlenmeleri gerekmemekle birlikte, eşlerin Aile Planlaması hizmeti veren birimlere ihtiyaç duydukları her an başvurmaları desteklenmeli, teşvik edilmelidir.

2.6.6. Laktasyonel Amenore Metodu (3,11,45-47)

Emzirmede, anne sütü ile bebeğin beslenmesi çocuk sağlığında temel unsurdur. Emzirmenin infertilite etkisi uzun zamandan beri bilinmekte, hatta pratikte bu geleneksel yönetime gereğinden fazla güvenilmektedir.

Emzirmenin gerçekten de kontraseptif etkisi vardır. Ancak bu etkinin derecesi bazı ön koşullara bağlıdır. Eğer doğumdan sonra, laktasyon amenoresi sürüyor, anne bebeğini su dahil hiç bir ek gıda vermeksizin sık sık ve her defasında uzun süre olmak üzere sadece anne sütü ile besliyor ise emzirmenin kontraseptif etkisi, ilk 6 ay için oldukça yüksektir. Tanımlanan koşulların tam olarak varlığında ilk 6 ay için emziren annenin gebe kalma riski sadece %2'dir. Sözü edilen koşulların hepsi birlikte değilse emzirme asla güvenilir bir kontraseptif yöntem gibi düşünülmemelidir.

2.6.6.1. Etki Mekanizması

Plasentanın atılmasından sonra, kandaki östrojen ve progesteron düzeyi hızla düşer ve prolaktin düzeyi yükselir. Bunu izleyen 24–48 saat içerisinde laktasyon başlar. Emzirme, yüksek olan prolaktin düzeyinin etkisi ile ovulasyonu inhibe eder, adet görmeyi geciktirir. Bu etki özellikle ilk 6 ay için söz konusudur. Altı aydan sonra amenore devam etse de ovulasyon her an başlayabilir.

2.6.6.2. Avantajları

- a) Kontraseptif etki dışında anne ve çocuk sağlığı yönünden yararlıdır
- b) Ücretsizdir
- c) Cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır

2.6.6.3. Dezavantajları

- a) Gebelikten koruyuculuğu ön koşullara bağlıdır
- b) 6 aydan sonra güvenilir bir yöntem değildir
- c) Bazı toplumlarda emzirmenin kontraseptif etkisine abartılı ölçüde inanılır

2.6.7. Geleceğin Kontraseptif Yöntemleri (3,11,48)

Geliştirilen tüm modern kontraseptif yöntemlere rağmen günümüzde hala, ideal anlamda herkes için uygun olabilecek yan etki ve komplikasyonları olmayan bir kontraseptif yöntem mevcut değildir.

Konu ile ilgili çalışmalar sürdürülmekte olup yeni yöntemleri kullanıma sunma ve mevcut yöntemleri daha da iyileştirme çalışmaları devam etmektedir. Yarının kontraseptif yöntemleri arasında; erkekler için hap, enjeksiyon ve implantlar dahil hormonal yöntemler ve aşı, cerrahi olmayan vazektomi, hormon salan vajinal halkalar, Biodegradable hormon içeren implantlar, kadınlar için antifertilite aşısı, kadınlar ve erkekler için daha da geliştirilmiş bariyer yöntemler, ayda bir adet başlatıcı haplar yer alacaktır.

2.7. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNDE EĞİTİM VE DANIŞMANLIK

Danışmanlık, Aile Planlaması hizmetlerinin kalitesini sağlamada temel bir unsur ve hizmetlerin tüm aşamalarına entegre edilmesi gereken bir süreçtir. Danışmanlık, hizmet alanın gönüllü ve bilinçli bir seçim yapmasını sağlar(3,11).

Özellikle Aile Planlaması hizmetlerinde “danışmanlık” hem hizmeti alan hem de veren açısından en önemli bölümü oluşturur. Mutlaka eksiksiz yerine getirilmelidir. Danışmanlık, Aile Planlaması 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(49). Danışmanlık bilinçli yöntem seçimini doğru, düzenli, uzun süreli kontraseptif kullanımını sağladığı ve yöntemi bırakmak amacıyla yapılan klinik ziyaretlerini azalttığı içinde önemlidir (50).

Danışmanlık süreci KAYNAK sözcüğü ile sembolize edilen aşağıdaki aşamalar izlenerek yapılmalıdır.

- a) **Karşılayarak selamlayınız.** Kendinizi başvuran kişiye adınızla tanıtır. Dostça, rahat bir ortam yaratarak özel ilgi gösterin. Ziyaretinin ve alacağı hizmetin gizliliği ve benzeri konularla ilgili kurallarınızı açıklayın. Başvuran kişiye, Aile Planlaması konusundaki düşüncelerini ve varsa kaygılarını sorun; genel bilgi verin.
- b) **Alaka göstererek sorular sorun.** Yaşı, evlilik durumu, gebelik sayısı, tıbbi öz geçmişi ve Aile Planlaması ile ilgili öyküsünü sorun. Bu aşamada kişiyi tanıyın. Diğer aşamaları kişinin gereksinimine göre izleyin.
- c) **Yöntemlere ilişkin bilgi verin.** Başvuran kişinin kaygılarını da göz önüne alarak Aile Planlaması konusunda bilgi verin. Sunulabilecek tüm yöntemleri, kullanımlarını, olumlu, olumsuz yönlerini anlatın. Bu aşamada resimli rehber, broşürler, yöntem örnekleri gibi malzemeler de kullanarak anlattıklarınızın, iyi anlaşılmasını sağlayın.
- d) **Nasıl bir yöntem seçeceğine yardımcı olun.** Yöntem seçmede başvuranın adına karar vermeyin; yöntemi seçmesine izin verin. Yöntem seçiminde endişesi varsa zaman tanıyın. Seçilen yöntem için daha fazla bilgi verin ve verdiğiniz bilgileri size tekrarlamasını isteyin. Bir yöntem seçildikten sonra, hizmeti veren gerekli tıbbi değerlendirmeyi yaparak, yöntemin uygunluğunu belirler böylece yöntem kesinleştirilir.
- e) **Açıklayıcı bilgilerle yöntemin kullanılmasını öğretin.** Kullanıcıya, seçilen yöntemin kullanım kurallarını açıklayın ve bunları tekrarlamasını isteyin.

Ayrıca, soru sorması ve kaygı duyduğu noktalar varsa bunları dile getirmesi için cesaretlendirin.

- f) **Kontrol** için gelmesini önerin. İzleme için kontrol gününü belirleyin; kontrole gelmesini destekleyin.

İyi bir danışmanlık için altı ilkenin yerine getirilmesi önemlidir. Bu ilkeler aşağıda belirtilmiştir (3,11)

- a) Hizmet alanlara iyi davranma
- b) Güçlü bir etkileşim-iletişim kurma
- c) Hizmet alanın gereksinimine uygun bilgi verme
- d) Gereğinden fazla bilgi vermekten kaçınma
- e) Hizmet alanın seçtiği ve istediği yöntemi sağlama

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Zonguldak Karaelmas Üniversitesi (ZKÜ) Uygulama ve Araştırma Hastanesi Gebe Polikliniği'ne başvurarak Ocak 2005 ve Nisan 2006 tarihleri arasında antenatal takip alan toplam 132 gebe üzerinde yapılmıştır. Çalışma, antenatal dönemde verilen GÖY danışmanlığının postpartum dönemde yöntem kullanımına etkisini inceleyen, tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır.

3.1. Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri

Zonguldak, ülkemizin kuzeybatısında yüzölçümü 3.481 km² olan bir maden ve sanayi şehirdir. Karadeniz kıyısından başlayan il toprakları kuzeybatıda Bartın, doğuda Karabük, güneyde Bolu ve batıda Düzce illeri ile çevrilidir. 2000 yılı sayımına göre 632.936 olan toplam il nüfusunun 208.713'ü merkez ilçe belediyesi sınırları içinde yaşamaktadır. Kilometrekareye 181 kişi düşmektedir. Merkez nüfusunun %49,4'ü erkek, %50,6'sı kadındır (51,52).

Zonguldak İli merkez ilçede 4 adet hastane bulunmakta olup bunlar 602 yataklı Atatürk Devlet Hastanesi, 280 yataklı Zonguldak Devlet Hastanesi, 108 yataklı Uzun Mehmet Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve araştırmanın yapıldığı 220 yataklı ZKÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi'dir. Hastanemiz Ekim 2003 tarihinde hizmete girmiş olup Zonguldak - Ereğli karayolunun 8. km' sinde Kozlu ilçesine bağlı Esenköy mevkiindedir.

ZKÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda Ocak 2005-Nisan 2006 arasında toplam 517 doğum gerçekleşmiştir. Bu doğumların 194 tanesi normal spontan vajinal yolla (NSVY), 323 tanesi sezaryen operasyonu (C/S) ile yapılmıştır.

Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan bilgilere göre ilin demografik verileri Tablo 1'de, 15-49 yaş grubu kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. Zonguldak İline ait bazı demografik veriler*

	%
Kaba Doğum Hızı	7.22
Genel Doğurganlık Hızı	24.55
Kaba Ölüm Hızı	0.83
Bebek Ölüm Hızı	3.36
Beş Yaş Altı Bebek Ölüm Hızı	0.53

*Zonguldak İli Sağlık Müdürlüğü İstatistik Şubesi'nden alınmış olan 2005 yılı verilerinden alınmıştır.

Tablo 2. Zonguldak İlinde 15–49 yaş arasındaki evli kadınların GÖY kullanma durumları*

	n (%)
Kondom	12192 (59,2)
KOK	6122 (29,7)
RİA	1556 (7,5)
Tüp Ligasyonu	675 (3,2)
Enjeksiyon	3 (0.15)

*Zonguldak ili Sağlık Müdürlüğü İstatistik Şubesi'nden alınmış olan 2005 yılı verilerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Yukarıdaki tabloda belirtilen veriler, yalnızca modern GÖY'lerden bir kısmı ile ilgili olup, yine modern yöntemlerden olan implant, spermisit, diyafram ve vazektomi kullanımı ile geleneksel yöntem kullanma oranlarına dair Zonguldak İline ait veri bulunamamıştır.

Oral kontraseptifler, minihap, enjekte edilen kontraseptifler, implantlar, RİA, kondom, spermisitler, diyafram, tüp ligasyonu ve vazektomi yöntemleri etkili ya da modern GÖY olarak, geri çekme, emzirme ve takvim yöntemleri ise etkisi sınırlı veya geleneksel GÖY olarak kabul edilmiştir (11).

3.2. Örneklem seçimi ve uygulama

Araştırmanın yürütülebilmesi için ZKÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 22.09.2005/2005/06 nolu toplantının 8 numaralı kararı ile izin alınmıştır. Tüm katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır (Ek 1). Çalışma başlatılmadan önce 10 bireyden oluşan bir gebe grubu üzerinde ön uygulama yapıldıktan sonra, eğitim uygulamamız, eğitici broşürümüz ve anket sorularımız üzerinde gerekli değişiklikler yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2005–2006 yılları arasında ZKÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi Gebe Polikliniği'nde takip edilen ardışık gebelerden seçilen bir grup oluşturmuştur. Çalışma ve kontrol gruplarımızdaki gebelerin seçilme kriterleri sırasıyla Tablo 3 ve Tablo 4'de belirtilmiştir.

Tablo 3. Çalışma grubundaki (Antenatal danışmanlık alan) gebelerin seçilme kriterleri:

Zonguldak içinde oturan ve sonraki 24 hafta içerisinde taşınmayı planlamayan,
Doğumunu hastanemizde yapacak olan,
Gebe polikliniğimizde takip edilip antepartum kontraseptif danışmanlık hizmeti almak isteyen,
Kendisine ulaşılabilir bir telefonu olan,
Önceki doğumu sezaryen operasyonu (C/S) ile olup tüp ligasyonu bulunmayan,
Ciddi gebelik ve doğum komplikasyonu olmayan,
Kronik hastalığı bulunmayan gebeler dahil edilmiştir.*

*Kronik hastalık tanımı içinde; diyabetes mellitus, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hiper veya hipotiroidi, kronik böbrek yetmezlikli olgular v.b. kabul edilmiştir.

Tablo 4. Kontrol grubundaki (Postpartum danışmanlık alan) gebelerin seçilme kriterleri:

Zonguldak içinde oturan ve son 24 hafta içinde hastanemizde doğum yapmış olan,
Kendisine postpartum standart kontraseptif danışmanlık hizmeti verilmiş olan,
Kendisine ulaşılabilir bir telefonu olan,
Ciddi gebelik ve doğum komplikasyonu olmayan,
Doğumunu C/S ile yapıp tüp ligasyonu bulunmayan,
Kronik hastalığı bulunmayan gebeler dahil edilmiştir.*

*Kronik hastalık tanımı içinde; diyabetes mellitus, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hiper veya hipotiroidi, kronik böbrek yetmezlikli olgular v.b. kabul edilmiştir.

Çalışma grubuna eğitim öncesi yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır (Ek 2). Anket verildikten sonra araştırmacı, çalışma grubundaki bireylere gebelik, doğum, emzirme ve gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili yaklaşık 20 dakika süren bireysel danışmanlık hizmeti vermiştir. Kullanılan eğitim teknikleri Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Çalışma grubunda kullanılan eğitim teknikleri:

İnteraktif slayt sunumu (Ek 8)
Antepartum bilgilendirme broşürü (Ek 9),
Kontraseptif örneklerinin katılımcılara incelettirilmesi (Ek 10)

Eğitim düzeyi ve okuma alışkanlığı çeşitli düzeylerde olan katılımcılar dikkate alınarak görsel materyale ağırlık verilmiştir (53). Kontraseptiflere ait örnekler, gebelere gösterilerek tanıtılmıştır (Ek 10). Eğitim sonrasında katılımcılara bu çalışma için hazırlanmış olan Antepartum Bilgilendirme Broşürü (Ek 9) verilmiştir.

Kontrol grubundaki bireylerle, yüz yüze veya telefonla görüşme yolu ile anket formu doldurulmuştur (Ek 5). Bu gruptaki katılımcıların tümü postpartum birinci günde Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi’nde görevli ebeler tarafından GÖY konusunda eğitilmişler ve kendilerine bilgilendirme formları verilmiştir (Ek 11).

Çalışma ve kontrol gruplarındaki bireylere, postpartum 16. ve 24. haftalarda tekrar ulaşılarak verilen eğitimin etkinliği bir anket aracılığı ile test edilmeye çalışılmıştır (Ek 3, Ek 4, Ek 6, Ek 7). Altı aylık dönem sonunda, katılımcıların verdikleri telefon numaralarından ulaşılamaması, katılımcının 16. ve 24. haftalarda sorulara cevap vermek istememesi veya doğumunu başka bir hastanede yapması gibi nedenlerle bir kısım katılımcı çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Daha önce belirtildiği üzere on farklı tipte modern GÖY belirlendi. Çalışma grubundaki katılımcılardan, eğitim öncesinde ve eğitim sonrası 16.haftada bildikleri modern GÖY çeşitlerini saymaları istenerek verdikleri cevaplar kayıt edildi. Katılımcıların söyleyebildikleri her bir modern GÖY için kendilerine bir puan verildi. Maksimum bilgi skoru on puan olarak kabul edildi. İki farklı zamanda elde edilen bu bilgi skorlarının ortalamaları karşılaştırılarak aradaki fark istatistiksel olarak incelendi.

Eğitim ncesi ankette, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, tıbbi özgeçmişlerini, gebelik ve kontraseptif kullanma anamnezlerini, bildikleri GY ve bu gebelikleri ile ilgili görüşlerini sorgulayan sorular vardır (Ek 2).

Eğitim sonrası 16. (Ek 3, Ek 6) ve 24. haftada (Ek 4, Ek 7) verilen anketlerle katılımcıların gebelik ve GY kullanma anamnezleri sorgulanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların tümünün ev adreslerine çalışma bitiminde posta ile bilgilendirme broşürü gönderilmiştir.

3.3. Verilerin deđerlendirilmesi

Araştırmanın verileri aile planlaması ile ilgili literatür ve gözlemlerden yararlanılarak hazırlanan formlara kayıt edilmiştir. Veriler bilgisayarda SPSS 11.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) paket programı ile değerlendirilmiştir ve tablolardaki veriler aksi belirtilmediği sürece ortalama $\pm$ Standart Deviasyon (SD) olarak, metin içinde geçen veriler ise yüzde ve (n=Birey sayısı) olarak yazılmıştır. İstatistiksel analizlerde ki-kare, bağımlı ve bağımsız student-t testi kullanılmış olup, p değer için anlamlılık sınırı 0.05'in altı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan katılımcılardan çalışma grubu 95, kontrol grubu ise 44 kadından oluşmuştur. Katılımcılarımızın tümü evli ve sosyal güvencesi olan bayanlardı.

Çalışma grubundaki 4 katılımcıya verdikleri telefon numaralarından ulaşılamamış, 3 katılımcı ise başka hastanede doğum yapmıştır. Bu nedenlerle çalışma grubunda toplam ulaşılma oranı %92.63 (n=88) olmuştur. Katılımcıların ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri Tablo 6’de verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri:

	Çalışma Grubu (n=88)	Kontrol Grubu (n=44)	p
Katılımcıların yaşları	26.93±4.71	28.36±3.38	0.75*
Meslek n(%) Çalışan Ev hanımı	66 (75,0) 22 (25,0)	16 (36,4) 28 (63,6)	0.001**
Eğitim durumu n(%) İlköğretim Orta ve yüksek	41 (46,6) 47 (53,4)	7 (15,9) 37 (84,1)	0.001**
Eşinin Yaşı	30.30±4.96	31.20±3.81	0.294*
Eşinin mesleği n(%) Memur Serbest meslek	74 (84,1) 14 (15,9)	35 (79,5) 9 (20,5)	0.627**

*Student T test

**Fisher’in kesin ki-kare testi

Çalışma ve kontrol grupları arasında katılımcı yaşları, eşlerin yaşları ve eşlerin çalışma durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi. Çalışma grubumuzdaki katılımcıların eğitim düzeyi ve meslek sahibi olma oranları kontrol grubumuza göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulundu ($p<0.01$).

Çalışma ve kontrol grubundaki katılımcıların gebelik anamnezleri değerlendirildiğinde her iki grup arasında toplam gebelik sayısı ($p>0.05$), canlı doğum sayısı ($p>0.05$), yaşayan çocuk sayısı ($p>0.05$), abortus ($p>0.05$) ve küretaj ($p>0.05$) sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Çalışma grubundaki katılımcıların %75'inden fazlasının ($n=68$) gravidası iki ve altındaydı. Son gebelik, çalışma grubu katılımcılarının %54,5'unun ($n=48$) ilk gebeliği, ilk doğumu ve ilk yaşayan çocuğu idi. Sadece bir katılımcı D/C operasyonu geçirmiş ve katılımcıların %7,0'sinin ($n=15$) abortus hikayesi vardı.

Kontrol grubundaki katılımcıların %75'inin ($n=33$) gravidası iki ve altındaydı. Son gebelik, kontrol grubu katılımcılarının %54,5'unun ($n=24$) ilk gebeliği, ilk doğumu ve ilk yaşayan çocuğu idi. Bu gruptaki katılımcıların %9,1'i ($n=4$) D/C operasyonu geçirmişti. Kontrol grubu katılımcılarının %18,2'sinin ($n=8$) abortus hikayesi vardı.

Çalışma grubundaki katılımcıların %59,1'i ($n=52$) NSVY ile %40,1'i ($n=36$) C/S ile doğurmuş olup kontrol grubunda bu oranlar sırası ile %47,7 ($n=21$) ve %52,3 ($n=23$) olarak bulundu. Çalışma grubunda NSVY doğumların daha fazla olduğu görülmekle beraber istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Çalışma grubundaki katılımcıların %21,6'sının ($n=19$), kontrol grubundaki katılımcıların ise %18,2'sinin ($n=8$) son gebeliklerini planlamadıkları tespit edildi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Her iki grup birlikte ele alındığında katılımcıların toplam %20,5'i ($n=27$) son gebeliklerinin planlı olmadığını belirttiler.

Katılımcıların son gebeliklerinden sonra başka çocuk isteyip istemedikleri sorgulandığında çalışma grubundakilerin %54,6'sı ($n=48$), kontrol grubundakilerin ise %45,5'i ($n=20$) olumsuz cevap verdiler. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).

Çalışma grubumuzda katılımcılarımızın %81,8'i ($n=72$), kontrol grubundaki katılımcılarımızın ise %97,7'si ($n=43$) ideal çocuk sayısının iki çocukla sınırlanması gerektiğini belirttiler.

Çalışma grubumuzdaki katılımcıların %92'si (n=81) en fazla iki çocuk isterken; %95,4 (n=84) ideal çocuk sayısını en fazla iki çocuk olarak düşünmekteydi. Kontrol grubunda en fazla iki çocuk isteyenlerin oranı %97,8 (n=43) olarak görülürken bu gruptaki tüm katılımcılar ideal çocuk sayısının iki olduğunu belirttiler.

Tablo 7. Çalışma ve kontrol grubundaki katılımcıların eğitim öncesinde bildikleri modern GÖY'ler

	Çalışma Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)
KOK	79 (89,8)	39 (88,6)
RIA	77 (87,5)	42 (95,5)
Kondom	56 (63,6)	37 (84,1)
Enjektabllar	32 (36,4)	26 (59,1)
Norplant	27 (30,7)	24 (54,5)
Tüp ligasyonu	21 (23,9)	22 (50,0)
Vazektomi	9 (10,2)	9 (20,5)
Fitil köpük	5 (5,7)	5 (11,4)
Minihap	2 (2,3)	1 (2,3)
Diyafram	1 (1,1)	2 (5,5)

Tablo 8. Çalışma grubundaki katılımcıların eğitim öncesinde bildikleri geleneksel GÖY'ler

	n (%)
Geri çekme	47 (53,4)
Takvim	13 (14,8)
Emzirme	7 (8,0)

Tablo 9. Kontrol grubundaki katılımcıların bildikleri geleneksel GÖY'ler

	n (%)
Geri çekme	21 (47,7)
Takvim	14 (31,8)
Emzirme	5 (11,4)

Her iki gruptaki katılımcılara daha önce herhangi bir zamanda GÖY kullanıp kullanmadıkları sorulmuş ve aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 10. Çalışma ve kontrol grubundaki katılımcıların daha önce kullandıkları GÖY'ler

	Çalışma Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)
KOK	17 (19,3)	11 (25,0)
Kondom	14 (15,9)	7 (15,9)
Enjektabl	2 (2,3)	2 (4,5)
RIA	4 (4,5)	3 (6,8)
Birden fazla etkili yöntem	8 (9,1)	8 (18,2)
Geri çekme	11 (12,5)	3 (6,8)
Hiç kullanmadım	32 (36,4)	10 (22,7)
Toplam	88 (100,0)	44 (100,0)

Çalışma grubundaki katılımcıların %10,2'si (n=9), kontrol grubundaki katılımcıların ise %11,4'ü (n=5), doğum sonrasında emzirmenin gebelikten koruduğuna dair görüş bildirdiler.

Çalışma grubundaki katılımcıların %92,0'si (n=81) doğumdan sonra herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmak istediğini, %5,7'si (n=5) ise henüz karar veremediğini belirttiler. Kontrol grubundaki katılımcıların %97,7'si (n=43) doğumdan sonra GÖY kullanmak düşüncesinde olduklarını belirtmişlerdir.

Doğum sonrası 16. haftada elde edilen bulguları; çalışma ve kontrol gruplarındaki katılımcıların hiçbirinin doğum sonrası 16. haftada gebeliği olmadı. Çalışma ve

kontrol grubundaki katılımcıların postpartum 16. haftada kullandıkları GÖY'ler Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Çalışma ve kontrol grubundaki katılımcıların postpartum 16. haftada kullandıkları GÖY'ler

	Çalışma Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)
Kondom	37 (42,0)	14 (31,8)
RİA	11 (12,5)	8 (18,2)
Tüp ligasyonu	7 (8,0)	1 (2,3)
İmplant	6 (6,8)	1 (2,3)
Enjektabl	3 (3,4)	-
KOK	2(2,3)	2 (4,5)
Toplam	66 (75,0)	26 (59,1)

Çalışma grubundaki katılımcıların %20,5'i (n=18) geri çekme yöntemi ile korunmaktayken, %4,5'i (n=4) herhangi bir GÖY kullanmıyor ve daha sonra da kullanmayı düşünmediğini ifade ediyordu.

Kontrol grubundaki katılımcıların %11,4'ü (n=5) geri çekme yöntemi ile korunmaktayken, %29,5'i (n=13) herhangi bir GÖY kullanmıyor ve daha sonra da kullanmayı düşünmediğini ifade ediyordu.

Çalışma ve kontrol gruplarında bulunan katılımcıların tümü GÖY eğitimi aldıklarını postpartum 16.haftada hatırladılar.

Çalışma grubundaki katılımcılarımızın eğitim öncesi sorgulamada elde edilen cevaplara göre ortalama bilgi skoru $3,53 \pm 1,77$, eğitim sonrası 16. haftada ise ortalama bilgi skoru $5,73 \pm 1,60$ olarak bulundu. İki skor arasındaki fark anlamlı idi ($p < 0.01$).

Çalışma grubundaki katılımcıların %80,7'i (n=71) antepartum aldıkları GÖY eğitiminin postpartum yöntem kullanmalarına neden olduğunu belirtirken bu oran kontrol grubunda %36,4 (n=16) olarak tespit edildi.

Çalışma grubunun %38,6'sı (n=34) doğum sonrasında daha önce kullanmış olduğu gebelik önleyici yöntemi değiştirdi. Bu değişikliğin nedenleri sorgulandığında

katılımcıların % 19,3'ü (n=17) yan etkilerini, %5,7'si (n=5) kısa etkili olmasını, %5,7'si (n=5) etkili bir yöntem olmayışını ve %8,0'i (n=7) güvenilir olmayışını gösterdi.

Kontrol grubunun %27,3'ü (n=12) doğum sonrasında daha önce kullanmış olduğu GÖY'i değiştirdi. Bu değişikliğin nedenleri sorgulandığında katılımcıların %18,2'si (n=8) yan etkilerini, %4,5'i (n=2) etkili bir yöntem olmayışını, %2,3'ü (n=1) kısa etkili olmasını ve %2,3'ü (n=1) güvenilir olmayışını gösterdi.

Katılımcıların doğum sonrası dönemde kullandıkları yöntemi tercih etme nedenleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir. Katılımcıların bir bölümü cevap vermekten çekinmiş bir bölümü ise zaten yöntem kullanmayı düşünmediklerini belirttiler.

Tablo 12. Katılımcıların herhangi bir yöntemi tercih etme nedenleri

	Çalışma grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)
Yan etkisi az olduğu için	28 (31,8)	16 (36,4)
Etkili olduğu için	24 (27,3)	9 (20,5)
Eşinin isteği üzerine	15 (17,0)	3 (6,8)
Güvenilir olduğu için	10 (11,4)	2 (4,5)
Uygulaması kolay olduğu için	4 (4,5)	-
Toplam	81 (92,0)	30 (68,1)

Araştırmada doğum sonrası 16.haftada GÖY kullanma durumlarına bakıldığında çalışma grubunda %92 (n=81) oranında etkili bir yöntem kullanma oranı saptanırken, kontrol grubunda %75 (n=33) oranında etkili bir aile planlaması yöntemi kullanıldığı saptandı.

Araştırmada çalışma grubunun %87,5'u (n=77), antepartum dönemde GÖY'e ait bilgi almanın faydalı olduğunu bildirdi.

Katılımcıların postpartum 16. haftada emzirme durumları Tablo 13'de sunulmuştur.

Tablo 13. Postpartum 16. haftada emziren katılımcılar

	Çalışma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)
Halen emziriyor	84(92,0)	42(70,5)
Halen emzirmiyor	4(8,0)	2(29,5)
Toplam	88(66,7)	44(33,3)

p>0.05

Doğum Sonrası 24. Hafta Bulguları; çalışma ve kontrol gruplarındaki katılımcıların hiçbirinin doğum sonrası 24. haftada gebeliği olmadı. Postpartum 24. haftada katılımcıların GÖY kullanma durumu aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 14. Postpartum 24. haftada GÖY kullanan katılımcılar

	Çalışma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)
Yöntem Kullanıyor	81 (92,0)	31 (70,5)
Yöntem Kullanmıyor	7 (8,0)	13 (29,5)

P<0.01

Katılımcıların postpartum 24. haftada emzirme durumları Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15. Postpartum 24. haftada emziren katılımcılar

	Çalışma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)
Halen emziriyor	84 (63,6)	42 (31,8)
Halen emzirmiyor	4 (3,0)	2 (1,5)
Toplam	88 (66,7)	44 (33,3)

P>0.05

TARTIŞMA

Erken postpartum dönemde GÖY eğitimi ve hasta memnuniyeti ile ilgili birçok çalışma yapılmışsa da antenatal dönemde verilen GÖY eğitimlerini değerlendiren çok az çalışma olduğundan, antepartum dönemde modern eğitim yöntemleri ile bilgilendirilmiş olan kadınların postpartum dönemde gebelik önleyici yöntemlerle ilgili bilgi, tutum ve davranışlarındaki olası değişiklikleri karşılaştırmak amacı ile bu çalışma planlanmıştır (5).

Çalışmaya 2005 Ocak ayında başlanmış olmasına rağmen katılımcıların eğitime ya da anket uygulamasına katılmada, örneğin zamanlarının kısıtlı olduğunu neden göstererek, isteksiz davranmaları, aynı zamanda daha sonraki zamanlarda da katılanlara ulaşmada karşılaşılan güçlükler ve doğum kontrol yöntemleri ile ilgili soruların katılımcılar tarafından telefonda cevaplanmasının güçlüğüle kabul edilmesi sonucunda örneklem sayısı kısıtlı kalmıştır. Bu nedenlerle takip süresi 24 hafta gibi kısa bir zaman dilimini kapsamıştır.

Kontrol grubu örneklemine oluşturmak için daha önce doğum yapmış olan hastalara telefonla ulaşma veya mümkün olanlarla hastanede yüz yüze görüşme yapmanın yolları denenmiş ve tüm yeni doğum yapacak olan gebeler çalışma grubuna alınmıştır. Bu nedenle kontrol grubundaki gebelere postpartum GÖY eğitimi verilmeden önce bilgi skorlarını saptamak için anket yapma şansımız kalmamıştır. Yine aynı nedenle bazı değişkenler için istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Kontrol grubumuzdaki bireyler çalışma grubuna göre daha çok orta ve yüksek öğrenim görmüş kadınlardan oluşmaktaydı. Bunun dışında iki grup arasında diğer demografik bulgular, gebelik anamnezi ve doğum şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Son gebelikler, hem çalışma hem de kontrol grubunda çoğunlukla ilk veya ikinci gebeliklerdi. Buna rağmen önemli sayıda katılımcı GÖY kullanmak istediğiydi.

Her iki grup birlikte ve ayrı ayrı değerlendirildiğinde son gebeliklerin yaklaşık beşte birinin plansız olarak gerçekleştiği görülmüştür. Bu sonuç göz önüne alındığında her iki grubun bundan sonraki gebeliklerinin de plansız olması fazla uzak bir ihtimal değildir. Burada antepartum GÖY eğitimleri sırasında plansız gebeliklerin risklerinden de bahsedilmesinin yöntem kullanımını arttırıcı yararlı bir uygulama

olacağı düşünülebilir. Bizim verdiğimiz eğitimde de riskli gebeliklerden söz edilmiştir.

Katılımcılarımızın yaklaşık yarısı son gebeliklerinden sonra başka çocuk istemediklerini ve %90'dan fazlası da son doğumlarından sonra GÖY kullanmak istediklerini ifade etmişlerdir. Buna göre gebeliklerinin de plansız olmasını istemeyecekleri ve bu konuda eğitimcilerle üst düzeyde işbirliği yapacakları akla yakındır. Hedef kitlemizde plansız gebelikleri önlemek ve çocuk sayılarını ve aralıklarını planlayabilmek için eğitim verilmesi gereği görülmektedir. Çalışma grubundaki katılımcıların bir bölümü %5,7 postpartum GÖY kullanımı konusunda kararsız kalmışlardır. Oysa hem kontrol hem çalışma gruplarında katılımcıların önemli bir bölümü ikinci çocuktan sonra başka çocuk istemediğini ve ideal çocuk sayısının da iki çocuk olduğunu bildirmişlerdir. Bu kararsızlığın nedenleri araştırılıp küçük te olsa bu kararsız grubun GÖY kullanmaya başlaması sağlanabilir.

Çalışma grubundaki katılımcıların eğitim öncesi sorgulamada, kontrol grubundaki katılımcıların ise 16. haftadaki sorgulamada en çok bahsettikleri üç modern GÖY'den biri KOK, ikincisi RİA, üçüncüsü kondom olmuştur. Bu yöntemler TNSA 2003'de birinci sırada RİA, ikinci sırada KOK, üçüncü sırada kondom olarak yer almıştır. Her iki grupta önemli sayıda katılımcı etkisiz yöntemleri de modern GÖY arasında belirtmişlerdir. 16.hafta sorgusunda çalışma grubundaki katılımcıların beşte birinin geri çekme yöntemi kullandıkları tespit edildiğinden, eğitimler sırasında bu yöntemin diğer etkin olmayan yöntemler ile birlikte vurgulanması gerektiği düşünülmüştür.

Etkisi sınırlı olan GÖY'ler konusunda uygun zamanlama ile verilecek eğitimlerin, modern ve etkili yöntemleri halkın bilincine yerleştirmede yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Hem çalışma hem kontrol grubundaki bireylerin daha önce kullandıkları modern yöntemler KOK, kondom, enjektabl preparatlar ve RİA'lar olmuştur. Bu durum literatür ile uyumludur. Ülkemizde evli kadınların % 84'ünün daha önce gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullandığı, en sık kullanılanların ise sırasıyla RİA, kondom ve KOK olduğu tesbit edilmiştir (13).

Postpartum 24. haftalık takip süresince hiçbir katılımcının planlı veya plansız gebeliği olmamıştır. Ancak bu kısa takip süresi yeterli olmaktan uzaktır. İki yıla kadar

uzanan geniş bir dönemde takip ile verilen eğitimin etkinliği daha iyi değerlendirilebilir.

Son gebelikten önceki dönemler incelendiğinde her iki gruptaki katılımcıların daha çok KOK, kondom, enjektabl preparatlar ve RİA yöntemlerini tercih ettikleri görülürken eğitim sonrasında tüp ligasyonu ve implantların da kullanıma girdiği göze çarpmaktadır. Bu da eğitimlerin aile planlaması seçeneklerini çeşitlendirdiğini göstermektedir.

Kontrol grubunun 16. hafta verilerinde geri çekme yöntemi çalışma grubuna göre daha az tercih edilmekteyken, neredeyse grubun 1/3'ünün herhangi bir GÖY kullanmadığı bulgusu da bizi şaşırtmıştır. Bu durum, daha önce bahsedilen nedenlerden, verilen cevapların samimi olmaması sonucu olabileceği gibi gerçek de olabilir. Gerçek olduğunu kabul ettiğimizde kontrol grubuna verilen postpartum eğitimin etkisinin az olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızdaki önemli bir bulgu, çalışma grubuna eğitim öncesi ve sonrasındaki 16. haftada yapılan anketlerde GÖY'e ait bilgi skorlarının anlamlı ölçüde arttığı bulgusudur. Eğer çalışma daha uzun sürelerle uzatılıp bilgi skorlarının plansız gebeliklerle ilişkisi hem çalışma hem de kontrol gruplarında gösterilebilirse antepartum eğitimi destekleyen önemli sonuçlara varılacağı düşünülmüştür. Üstelik çalışma grubundaki katılımcılar aldıkları antepartum eğitimin, postpartum GÖY kullanmalarına neden olduğu görüşündedirler.

Verilen eğitim sonucunda, hem çalışma hem de kontrol grubu katılımcıları çeşitli nedenlerle kullanmakta sıkıntı çektikleri GÖY'i farklı seçeneklerle değiştirdiklerini belirtmişlerdir. Modern GÖY kullanma oranı çalışma grubunda daha yüksek görülmektedir. Bunlar eğitimlerin dolaylı faydaları arasında değerlendirilebilir.

Çalışma grubundaki katılımcılar kontrol grubuna göre daha yüksek oranda, antepartum dönemde aldıkları eğitimin postpartum GÖY kullanmalarına etkili olduğu görüşündedirler. İki grubun aldıkları farklı eğitimlere göre karşılaştırılması daha önce belirtilen nedenlerden ötürü mümkün olmadığından fark istatistiksel olarak değerlendirilemese bile önemlidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Antepartum GÖY eğitimi verilmesi postpartum yöntem kullanımını büyük ihtimalle etkilemektedir.

Bir veya iki doğumu olmuş gebelerin önemli bir kısmı GÖY kullanma arzusundadırlar. İkinci gebeliklerin plansız olma ihtimali önemli sayılabilecek düzeydedir. Bu nedenle antepartum GÖY eğitimleri tüm gebelere doğum öncesi bakımın bir parçası olarak verilmelidir.

Yirmi dört haftalık takip sonucunda hiçbir katılımcının planlı veya plansız gebeliği olmamıştır.

Katılımcılarımızın sıklıkla tercih ettikleri yöntem çeşitleri literatürde belirtilen yöntemlerle uyumludur.

Etkisiz yöntemler, katılımcılar tarafından halen modern GÖY'lerle karıştırılmaktadır.

Eğitim sonrasında katılımcıların kullandıkları GÖY çeşitliliği artmıştır. Çeşitli nedenlerle kullandıkları yöntemlerden memnun olmayan katılımcılar da kendilerine daha uygun yöntemlere geçme fırsatı bulmuşlardır.

Çalışma grubunun örneklem hacminin genişletilmesi için araştırmanın daha uzun bir zaman dilimi boyunca yürütülmesi faydalı olabilir.

Takip süresinin iki yıla kadar uzatılabilmesi için gebelerin postpartum sağlam çocuk polikliniğinden takipleri veya evlerinde anketör tarafından ziyaret edilmeleri seçenekleri akla daha yakın görünmektedir.

Çalışma grubunda postpartum GÖY kullanıp kullanmama konusunda kararsız olan bir grup mevcuttur. Bu grubun karar vermesinde yardımcı olmak amacı ile antepartum eğitimlerin her DÖB sırasında tekrarlaması faydalı olabilir.

Eğitimler sırasında modern ve geleneksel GÖY çeşitleri ayrı ayrı vurgulanarak güvenli ve etkin olan modern yöntemlerin kullanımı teşvik edilmelidir.

Kontrol grubuna da bilgi skorlaması yapabilmek için çalışmanın ileride daha uzun zamana yayılarak gebelerin basit rastgele örnekleme yöntemi ile çalışma ve kontrol gruplarına ayrılarak eğitim öncesi ve sonrası bilgi skorları ile her iki gruptaki bireyleri istatistiksel açıdan karşılaştırmak mümkün olabilir.

Çalışma süresinin postpartum birinci ve ikinci yıllara uzatılması halinde doğurganlık durumunun değişebileceği düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı Ana ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile Planlamasında Genel Bilgiler İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı İstanbul 1997. ss 122–40
2. Hatcher RA, Kowal D, Guest F et al. Kontraseptif Yöntemler. Uluslararası Basım, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını No:1, Ankara 1990.ss 4–81.
3. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi –Kontraseptif Yöntemler, Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Ankara, 2000
4. Postpartum Kontrasepsiyon. Op. Dr. Kenan Ertopçu. SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi İzmir. Neden Doğum Sonrası Kontrasepsiyon? [www.tjod.org/ modules](http://www.tjod.org/modules).
5. Cwiak C, Gellasch T, Zieman M. Peripartum contraceptive and practices. *Contraception* 2004;70: 383–86.
6. Smith KB, van der Spuy ZM, Cheng L, Elton R, Glasier AF. Is postpartum advice given antenatally of value? *Contraception* 2002;65: 237–43
7. Daş Z. Kadınlara doğum sonu dönemde verilen aile planlaması eğitiminin etkin yöntem kullanmalarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi. Sivas 1998.
8. Dr. Şevkat Bahar Özvarış, Dr.Ayşegül Esin Ertan. Üreme Sağlığında Yaşam boyu Yaklaşımı 2001; s:18
9. World Health Organization, Strategic Action Plan For The Health Of Women in Europe, Copenhagen, 5-7 February 2001.pp.10
10. Akın A. Güvenli annelik, Sağlık ve Toplum Dergisi, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını Yıl:8 Sayı:3–4, Ankara, Temmuz-Aralık, 1998, s:33.
11. Dersin Adı: AİLE PLANLAMASI. Dersin Sorumluları: Prof. Dr. Ayşe Akın. Doç. Dr. Şevkat Bahar Özvarış. Dersin Amacı: Tıp Fakültesi Dönem III öğrencileri, www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3649.doc
12. UNİCEF The State Of the World's Children 2001.Oxford University Press, New York 1996. pp 118–21
13. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Makro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık ARAŞTIRMASI 1998.Ankara 1999. ss: 13–118

14. Neyzi O,Uzel N, Bulut A ve ark. Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. UNICEF-Sağlık Bakanlığı 2. baskı. Ankara 1992.ss 126–128.
15. UNICEF. Türkiye’de Ana ve Çocukların Durum Analizi. Ankara 1996.ss 119–39.
16. Haymes NE. Medikal history of contraception. New York: Gamut Pres,1963.
17. Dirican R, Bilgel N. Toplum Hekimliği. Uludağ Üniversitesi Basımevi. Bursa 1993. ss:246–50.
18. Tekin N, Coşkun A, Özsoy S. Aile Planlaması Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi, Ebe ve Hemşirenin Değişen Sorumlulukları. Hemşirelik Bülteni 1990; 3(12):8–11.
19. Öztürk Y.Organize Sağlık Hizmetleri ve Aile Planlaması. Sağlık Dergisi 1985; 5(9):1–37
20. Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Sağlık Raporu 1998, (Çev. Edu: Metin B.Akın A. Güngör İ. Ankara 1998. ss 112–7
21. Dirican R. Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-II, Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması. Ankara 1998. ss177–81
22. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Nüfus Planlaması Hizmetleri Hakkında Kanun Tüzük ve Yönetmelikler. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt I. Ankara 1994. ss:1–23.
23. Bertan M,Güler Ç,Halk Sağlığı Temel Bilgiler 119–155, 1997
24. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı, Ankara, Tisamat Basım,1998, s:1998,s:23–40
25. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Mevzuatı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Kanun no:224. Hacettepe Yayın Birliği. Ankara 1987. ss: 216–23.
26. Avrupa Birliği Ülkeleri İle Türkiye’de Kadına Ve Kadın Sağlığına Genel Bir Bakış.SeherÜlger.Ankara,2001.İçindekiler.I.Giriş.www.un.org.tr/who/EU/6butenavbirkadin.html - 292k
27. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık

- Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa birliği, Ankara, Türkiye
28. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa birliği, Ankara, Türkiye
 29. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığında Temel Bilgiler, Güneş Kitapevi Yayını, Ankara 1995. ss:117–56.
 30. World Health Organization. Post Partum Care of the Mother and Newborn: A Practical Guide. Geneva 1998. ss:3–34
 31. World Health Organization. Task force for Epidemiological Research on Reproductive Health. Progestron Only Contraceptives During Lactation: I-II. Infant Development Contraception 1994; 50(2):35–68.
 32. The Johns Hopkins University. New Era for Enjectables. Population Reports 1995; 23(2) 1–13.
 33. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R et al. The Essentials of Contraceptive Technology. Baltimore, John Hopkins School of Public Health, 1997. ss:3–15.
 34. Arowojolu AO, Ladipo OA. Nonmenstrual adverse events associated with subdermal contraceptive implants containing norgestrel and levonorgestrel. Afr J Med Med Sci. 2003 Mar;32(1):27–31.
 35. Celen S, Moroy P, Sucak A, Aktulay A, Danışman N. Clinicil Out Comes of Early Postplecental Insertion of İntrauterin Contraceptive Devices. Contaception 2004;69: 279–82
 36. Mohammed SA, Kamel MA, Shaaban OM, Salem HT. Acceptability for the use of postpartum intrauterine contraceptive devices: Assiut experience. Med Princ Pract. 2003 Jul-Sep;12(3):170–5.
 37. Van Os WA. The intrauterine device and its dynamics. Adv Contracept. 1999;15(2):119–32.
 38. The John Hopkins University. Closing the condom gap. Population reports 1999;27(1): 1–4

39. Tepleman, MD, Cook, GoldSMITH, Powell, Hertweck, Postpartum Contraceptive Use Among Adolescent Mothers. Baillieres Clin Obstet Gynaecol. 1996 Apr;10(1):25–41.
40. Kennedy KI. Post-partum contraception. Family Health International, Research Triangle Park, NC 27709, USA
41. Chi IC, Thapa S. Postpartum tubal sterilisation: an international perspective on some programmatic issues. J Biosoc Sci. 1993 Jan;25(1):51–61.
42. Al-Ateeg FA. Natural family planning revisited. Saudi Med J. 2004 Mar;25(3):285–93.
43. Mikolajczyk RT, Stanford JB, Rauchfuss M. Factors influencing the choice to use modern natural family planning. Contraception. 2003 Apr;67(4):253–8.
44. Yurdakul M, Vural G, "Geleneksel Yöntem Kullanma Nedenleri ve Aile Planlaması Hizmetlerinde Etkinliği", Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını, Ankara Sayı:1 Ocak-Mart 2002 s:44
45. Vander wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD001329.
46. Townsend S. Breastfeeding as a Postpartum Contraceptive Method. Network. 1990 Aug;11(3):16.
47. Kennedy KI, Kotelchuck M. Policy Considerations for the Introduction and Promotion of Lactational Anemorrhea Mmethod: Advantages and Disadvantages of LAM. J Hum Lact 1998; 14(3): 191–203.
48. Richard J, Fehring RN. New low-and high-tech calender methods of family planning. J Midwifer & Women's Health vol ;50 issue; 1 january 2005 pages: 31-8
49. Özvarış, Dervişoğlu, Yıldırım, Antenatal Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Postpartum Dönemde Yöntem Kullanmaya Etkisi, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi sayı:3, sayfa:8–9–15, 1993
50. Önder R.Ö. Sarp N. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Hastanesi Doğum Servisindeki Gebe Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi ve Tutumları Yönünden İncelenmesi. Sağlık ve Toplum. 8.2;11–4, 1998.
51. <http://www.zonguldak.gov.tr>
52. <http://www.zonguldak.saglik.gov.tr>

53. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
Aile Planlaması Eğitimi için Resimli Rehber. UNFPA-TUR/91/PO3
Bilgilendirme eğitim iletişim desteği projesi. Ankara 1992.

EK 1:ONAM FORMU**KABUL; İSTEK VE RIZA FORMU:**

Ben ;

başvurduğum klinikte (Gebe polikliniği), doğum öncesi ve doğumumdan sonra bana doğum kontrol yöntemleri konusunda verilecek bilgiler ve sorulacak sorularla ilgili ayrıntılı açıklama yapıldığını onaylıyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel bir çalışmada ismim kullanılmaksızın değerlendirilmesini kabul ediyorum. Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Bu rıza formunu okudum ve anladım.

İmza:

..... / ...

Tarih: /

Şahidin Adı-Soyadı:

İmza:

EK:2 ÇALIŞMA GRUBUNUN EĞİTİM ÖNCESİ ANKETİ**TARİH:**

ZONGULDAK KARAEELMAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BÖLÜMÜ
POSTPARTUM KONTRASEPSİYON YÖNTEMLERİ UYGULAMA
ANKET FORMU

1-Hastanın Adı-Soyadı:**2-Barkodu:****3-Yaşı:****4-Mesleği:**

- a-Çalışmıyor
- b-Yarım gün çalışıyor
- c-Bütün gün çalışıyor

5-Medeni durum:

- a-Evli
- b-Birlikte yaşıyor
- c-Tek

6-Eğitim Durumu:

- a-Okuma yazma yok
- b-Okur yazar
- c-İlkokul
- d-Orta
- e-Lise
- f-Yüksek

7-Eşinin Yaşı:**8-Mesleği:****9-İkameti:****Telefon:****10-Doğurganlık bilgileri: Gravite: Parite: Kürtaj: Abortus:****Yaşayan:****11-Doğum şekli:**

- a-Normal spontan vajinal doğum
- b-Sezaryen
- c-Forseps vs.

12-Şimdiki gebelik:

- a-Planlı
- b-Plansız

13-Başka çocuk istiyor musunuz?

- a-Evet
- b-Hayır
- c-Kararsız

14-İstedığınız çocuk sayısı nedir?:**15-Sizce ideal çocuk sayısı nedir?:****16-Bildiğiniz doğum kontrol yöntemleri nelerdir?**

a-Spiral	1-Biliyor	2-Bilmiyor
b-Hap	1-Biliyor	2-Bilmiyor
c-Kondom	1-Biliyor	2-Bilmiyor
d-Fitil-köpük	1-Biliyor	2-Bilmiyor
e-Tüp ligasyonu	1-Biliyor	2-Bilmiyor
f-Vazektomi	1-Biliyor	2-Bilmiyor
g-Norplant,		
İmplanon	1-Biliyor	2-Bilmiyor
ı-Minihap	1-Biliyor	2-Bilmiyor
j-İğne	1-Biliyor	2-Bilmiyor
k-Diyafram	1-Biliyor	2-Bilmiyor
l-Geri çekme	1-Biliyor	2-Bilmiyor
m-Emzirme	1-Biliyor	2-Bilmiyor
n-Takvim	1-Biliyor	2-Bilmiyor
o-Diğer	1-Biliyor	2-Bilmiyor

17-Daha önce doğum kontrol yöntemi uyguladınız mı?

- a-Evet
- b-Hayır

18-Daha önce kullandığınız doğum kontrol yöntemleri nelerdir?

- a-Spiral
- b-Hap
- c-Kondom, kılıf, prezervatif
- d-İğne
- e-Diğerleri
- f-Hiç kullanmadım

17-Doğum sonrası yöntem kullanmayı düşünüyor muydunuz?

- a-Evet
- b-Hayır
- c-Kararsız

19-Doğum sonrası emzirme gebelikten korur mu?

- a-Evet
- b-Hayır
- c-Bilmiyorum

20-Doğum sonrası yöntem kullanmayı düşünüyor musunuz?

- a-Evet
- b-Hayır
- c-Kararsız

21- Bilinen hastalık (Kansızlık, migren, damar hastalığı, şeker vs...):**EK:3 ÇALIŞMA GRUBUNUN DOĞUM SONRASI 16. HAFTA DEĞERLENDİRME FORMU****TARİH:****1-Doğumdan sonraki 16.haftada doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz?**

- a-Evet
- b-Hayır

2- Şu anda kullandığınız gebelik önleyici yöntemler nelerdir?

- a-Hap
- b-Spiral
- c-Kondom, kaput, kılıf, prezervatif
- d-Diğerleri(Cevaplar arasında geçmeyen ancak uyguladığınız herhangi bir yöntem var mı?
- emzirme, geri çekme, takvim yöntemi gibi)
- e-İğne
- f-Hiçbir şey
- g-Birkaç yöntemi değişik zamanlarda kullandım.
- ı- Hiç kontraseptif kullanmadım ve kullanmayı düşünmüyorum.
- i- Kontraseptif yöntemler konusunda hiç bilgim yok.
- j- Hiç kontraseptif kullanmıyorum ve gebe kalmayı düşünmüyorum.
- k-Hiç kontraseptif kullanmıyorum ve gebe kalmayı düşünüyorum.

3-Gebelik önleyici yöntem ile ilgili danışmanlığı ne zaman aldınız?

- a-Antenatal
- b-Postpartum hastanede
- c-Postpartum evde
- d-Postpartum 6 hafta sonra
- e-Eğitim almadım

4-Aldığınız eğitim yöntem kullanmanıza neden oldu mu?

- a-Evet
- b-Hayır
- c-Bilmiyorum

5-Daha önce aile planlaması eğitimi verildi mi?

- a-Evet
- b-Hayır

6-Bildiğiniz doğum kontrol yöntemleri nelerdir?

a-Spiral	1-Biliyor	2-Bilmiyor
b-Hap	1-Biliyor	2-Bilmiyor
c-Kondom	1-Biliyor	2-Bilmiyor
d-Fitil-köpük	1-Biliyor	2-Bilmiyor
e-Tüp ligasyonu	1-Biliyor	2-Bilmiyor
f-Vazektomi	1-Biliyor	2-Bilmiyor
g-Norplant, İmplanon	1-Biliyor	2-Bilmiyor
ı-Minihap	1-Biliyor	2-Bilmiyor
j-İğne	1-Biliyor	2-Bilmiyor
k-Diyafram	1-Biliyor	2-Bilmiyor
l-Geri çekme	1-Biliyor	2-Bilmiyor
m-Emzirme	1-Biliyor	2-Bilmiyor
n-Takvim	1-Biliyor	2-Bilmiyor
o-Diğer	1-Biliyor	2-Bilmiyor

7-Kullandığınız yönteme ne zaman başladınız?.....gün

8- Doğumdan sonra eski kullandığınız yöntemi değiştirdiyseniz sebebi nedir?

- a-Yan etkisi
- b-Fiyatı
- c-Uzun etkili koruma sağlamaması
- d-Etkin bir yöntem olmayışı
- e-Bir daha çocuk istememek
- f-Anne ve çocuk için daha güvenilir bir gebelik önleyici yöntem kullanmak
- g-Uzun dönemli kontrasepsiyon isteği

9-Şu anda kullandığınız yöntemi neden tercih ettiniz?

- a-Etkili
- b-Güvenilir
- c-Yan etkisi az
- d-Eşi istemiş
- e-Ucuz
- f- Kolay temin
- g-Ağrısız
- e-Diğer.....

10-Doğum öncesi dönemde size doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bilgi verildiğini hatırlıyor musunuz?

- a-Evet
- b-Hayır

11- Doğum öncesi dönemde doğum kontrol yöntemlerini tartışmanın size bir faydası oldu mu?

- a-Evet

b-Hayır

12-Şu anda emziriyor mu?

a-Evet

b-Hayır

c-Bir süre aya kadar emzirdim.

**EK:4 ÇALIŞMA GRUBUNUN DOĞUM SONRASI 24. HAFTA
DEĞERLENDİRME FORMU**

TARİH:

1-Doğumdan sonraki 24. haftada doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz?

a-Evet

b-Hayır

2-Doğumdan sonraki 6 ay içinde gebe kaldınız mı?

a-Evet

b-Hayır

Bu soruya evet cevabı verdiyseniz 16. soruyu cevaplayınız.

3-Gebeliğiniz isteyerek mi oluştu?

a-Evet

b-Hayır

4-Gebeliğiniz devam ediyor mu?

a-Evet

b-Hayır

5-Şu anda emziriyor mu?

a-Evet

b-Hayır

c-Bir süre aya kadar emzirdim.

EK: 5 KONTROL GRUBUNUN İLK ANKETİ

ZONGULDAK KARAEELMAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BÖLÜMÜ
POSTPARTUM KONTRASEPSİYON YÖNTEMLERİ UYGULAMA
ANKET FORMU

1-Hastanın Adı-Soyadı:**2-Barkodu:****3-Yaşı:****4-Mesleği:**

- a-Çalışmıyor
- b-Yarım gün çalışıyor
- c-Bütün gün çalışıyor

5-Medeni durum:

- a-Evli
- b-Birlikte yaşıyor
- c-Tek

6-Eğitim Durumu:

- a-Okuma yazma yok
- b-Okur yazar
- c-İlkokul
- d-Orta
- e-Lise
- f-Yüksek

7-Eşinin Yaşı:**8-Mesleği:****9-İkameti:****Telefon:****10-Doğurganlık bilgileri: Gravite: Parite: Kürtaj: Abortus:****Yaşayan:****11-Doğum şekli:**

- a-Normal spontan vajinal doğum
- b-Sezaryen
- c-Forseps vs.

12-Son gebelik:

- a-Planlı
- b-Plansız

13-Başka çocuk istiyor musunuz?

- a-Evet
- b-Hayır
- c-Kararsız

14-İstedığınız çocuk sayısı nedir?:

15-Sizce ideal çocuk sayısı nedir?:

16-Bildiğiniz doğum kontrol yöntemleri nelerdir?

a-Spiral	1-Biliyor	2-Bilmiyor
b-Hap	1-Biliyor	2-Bilmiyor
c-Kondom	1-Biliyor	2-Bilmiyor
d-Fitil-köpük	1-Biliyor	2-Bilmiyor
e-Tüp ligasyonu	1-Biliyor	2-Bilmiyor
f-Vazektomi	1-Biliyor	2-Bilmiyor
g-Norplant, İmplanon	1-Biliyor	2-Bilmiyor
ı-Minihap	1-Biliyor	2-Bilmiyor
j-İğne	1-Biliyor	2-Bilmiyor
k-Diyafram	1-Biliyor	2-Bilmiyor
l-Geri çekme	1-Biliyor	2-Bilmiyor
m-Emzirme	1-Biliyor	2-Bilmiyor
n-Takvim	1-Biliyor	2-Bilmiyor
o-Diğer	1-Biliyor	2-Bilmiyor

17-Daha önce doğum kontrol yöntemi uyguladınız mı?

- a-Evet
- b-Hayır

18-Daha önce kullandığınız doğum kontrol yöntemleri nelerdir?

- a-Spiral
- b-Hap
- c-Kondom, kılıf, prezervatif
- d-İğne
- e-Diğerleri
- f-Hiç kullanmadım

19-Doğum sonrası yöntem kullanmayı düşünüyor muydunuz?

- a-Evet
- b-Hayır
- c-Kararsız

20-Doğum sonrası emzirme gebelikten korur mu?

- a-Evet
- b-Hayır
- c-Bilmiyorum

21- Bilinen hastalık (Kansızlık, migren, damar hastalığı, şeker vs...):

EK: 6 KONTROL GRUBUNUN 16. HAFTA ANKETİ

TARİH:

Doğum sonrası 16. hafta değerlendirme formu

1-Doğumdan sonraki 16.haftada doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz?

a-Evet

b-Hayır

2- Şu anda kullandığınız gebelik önleyici yöntemler nelerdir?

a-Hap

b-Spiral

c-Kondom, kaput, kılıf, prezervatif

d-Diğerleri(Cevaplar arasında geçmeyen ancak uyguladığınız herhangi bir yöntem var mı?

emzirme, geri çekme, takvim yöntemi gibi)

e-İğne

f-Hiçbir şey

g-Birkaç yöntemi değişik zamanlarda kullandım.

ı- Hiç kontraseptif kullanmadım ve kullanmayı düşünmüyorum.

i- Kontraseptif yöntemler konusunda hiç bilgim yok.

j- Hiç kontraseptif kullanmıyorum ve gebe kalmayı düşünmüyorum.

k-Hiç kontraseptif kullanmıyorum ve gebe kalmayı düşünüyorum.

3-Gebelik önleyici yöntem ile ilgili danışmanlığı ne zaman aldınız?

a-Antenatal

b-Postpartum hastanede

c-Postpartum evde

d-Postpartum 6 hafta sonra

e-Eğitim almadım

4-Aldığınız eğitim yöntem kullanmanıza neden oldu mu?

a-Evet

b-Hayır

c-Bilmiyorum

5-Daha önce aile planlaması eğitimi verildi mi?

a-Evet

b-Hayır

6-Bildiğiniz doğum kontrol yöntemleri nelerdir?

a-Spiral	1-Biliyor	2-Bilmiyor
b-Hap	1-Biliyor	2-Bilmiyor
c-Kondom	1-Biliyor	2-Bilmiyor
d-Fitil-köpük	1-Biliyor	2-Bilmiyor
e-Tüp ligasyonu	1-Biliyor	2-Bilmiyor
f-Vazektomi	1-Biliyor	2-Bilmiyor
g-Norplant, İmplanon	1-Biliyor	2-Bilmiyor
ı-Minihap	1-Biliyor	2-Bilmiyor
j-İğne	1-Biliyor	2-Bilmiyor
k-Diyafram	1-Biliyor	2-Bilmiyor
l-Geri çekme	1-Biliyor	2-Bilmiyor
m-Emzirme	1-Biliyor	2-Bilmiyor
n-Takvim	1-Biliyor	2-Bilmiyor
o-Diğer	1-Biliyor	2-Bilmiyor

7-Kullandığınız yönteme ne zaman başladınız?.....gün**8- Doğumdan sonra eski kullandığınız yöntemi değiştirdiyseniz sebebi nedir?**

- a-Yan etkisi
- b-Fiyatı
- c-Uzun etkili koruma sağlamaması
- d-Etkin bir yöntem olmayışı
- e-Bir daha çocuk istememek
- f-Anne ve çocuk için daha güvenilir bir gebelik önleyici yöntem kullanmak
- g-Uzun dönemli kontrasepsiyon isteği

9-Şu anda kullandığınız yöntemi neden tercih ettiniz?

- a-Etkili
- b-Güvenilir
- c-Yan etkisi az
- d-Eşi istemiş
- e-Ucuz
- f- Kolay temin
- g-Ağrısız
- e-Diğer.....

10-Emziriyor mu?

- a-Evet
- b-Hayır
- c-Bir süre aya kadar emzirdim.

EK: 7 KONTROL GRUBUNUN 24. HAFTA ANKETİ

TARİH:

1-Doğumdan sonraki 24. haftada doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz?

a-Evet

b-Hayır

2-Doğumdan sonraki 6 ay içinde gebe kaldınız mı?

a-Evet

b-Hayır

Bu soruya evet cevabı verdiyseniz 16. soruyu cevaplayınız.

3-Gebeliğiniz isteyerek mi oluştu?

a-Evet

b-Hayır

4-Gebeliğiniz devam ediyor mu?

a-Evet

b-Hayır

5-Su anda emziriyor mu?

a-Evet

b-Hayır

c-Bir süre aya kadar emzirdim.

EK:8 İNTERAKTİF SLAYT SUNUMU

EK 8: İnteraktif Slayt Sunumu

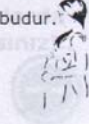


**Gebelik ve
Doğum Sonrası
Aile Planlaması
Yöntemleri**

YARD. DOÇ DR. AYKUT BAKUR
YARD. DOÇ DR. ERDOĞAN AKTUĞ
DR. ŞENİZ KAVAYAK

ZKÜTF KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM VE AİLE HEKİMLİĞİ AD
2005

Bir canlıyı içinde büyütme ve onu dünyaya getirmek bir mucizedir. İnsan ürettiği sürece, dünyaya katkısı olduğunu hissettiği sürece mutludur. Belki de mutlu olmanın sırrı budur. ÜRETMEK!...



Kadın Hayatının Evreleri

- ✓Bebeklik
- ✓Çocukluk
- ✓Ergenlik
- ✓Doğurganlık
- ✓Menopoz



DOĞUM

1-NORMAL DOĞUM
2-ANLİ YATILMA DOĞUM



Gebe kaldığınızı anladığınız zaman, düzenli olarak kontrollerinize gidin. Doktorunuz tarafından yapılan önerilere sadık olun.

- Gebelik süresi boyunca almanız gereken kilo 10-12 kg arasındadır
- Bol su için
- Fazla hamur işleri ve tuz tüketmeyin
- Bol taze sebze ve meyve tüketin
- Günde en az 1 bardak süt için

DOĞUM SONRA

- Gebelik boyunca dışarıdan almanız gereken ilaç folik asit ve demir preparatlarıdır.
- Gerektiğinde kalsiyum da alabilirsiniz.



RİSKLİ GEBELİKLER

- Bebeğinizin göbeğini alkol ile temizleyin
- Bezini değiştirdikten sonra pudra dökmeyin
- Bebeğinizi mevsime göre giyindirir



13

**İlk 6 ay içinde
bebeğinize anne sütü
dışında su dahil hiçbir
ek gıda VERMEYİNİZ.**



GEBELİKTE RİSKLİ OLAN DURUMLAR

- KANAMA
- YÜKSEK ATEŞ
- BULANIK YA DA BOZUK GÖRME
- ŞİDDETLİ BAŞAĞRISI
- İNATÇI KUSMA
- İDRAR YAPARKEN YANMA, AZ İDRAR YAPMA
- ELLERDE, AYAKLARDA YA DA YÜZDE ŞİŞME

15

Kadın üreme sistemi



Doğum Kontrol Yöntemleri

✓İstenmeyen gebeliği önlemek ?

✓Anne ve bebek sağlığını korumak?

✓Hastalıklardan korumak?

✓Keyifli bir cinsel yaşam?



Doğum Sonrası Gebelikten Korunma

Lohusa dönemindeki kadınların

1-Vücutlarının yeniden eski fizyolojik özelliklerini kazanabilmesi

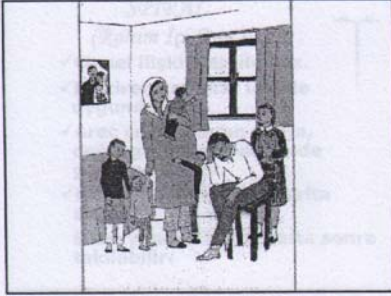
2-Çok kısa bir dönemde istenmeden yeni bir gebeliğin olmaması için

Gebelikten Korunma Gereklidir.



RİSKLİ GEBELİKLER

- ✓ 18 YAŞINDAN KÜÇÜK
- ✓ 35 YAŞ ÜSTÜ
- ✓ 4'DEN FAZLA DOĞUM YAPANLAR
- ✓ İKİ DOĞUM ARASI 2 YILDAN AZ OLANLAR

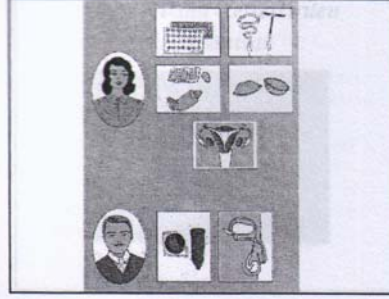


Doğum Sonrası Kullanılan Yöntemler

- 1-SPIRAL (Rahim İçi Araç)
- 2-Hormon İçeren İğneler, Haplar, Deri Altı İmplantları
- 3-Bariyer Yöntemleri
- 4-Cerrahi yöntemlerle erkekte ve kadında tüplerin bağlanması
- 5-Doğal Aile Planlaması Yöntemleri
- 6-Emzirme

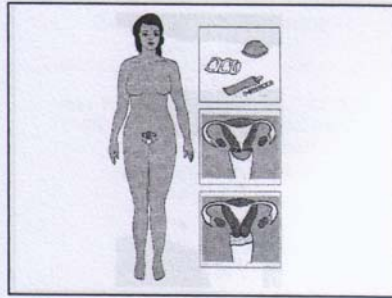
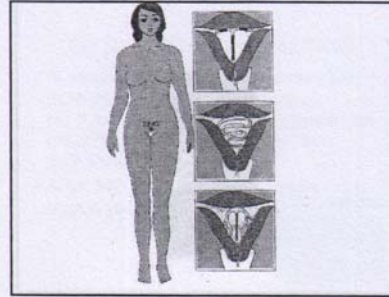
KÜRTAJ ASLA BİR DOĞUM KONTROL YÖNTEMİ DEĞİLDİR!...





SPIRAL
(Rahim İçi Araç)

- ✓ Cinsel ilişkiyi etkilemez.
- ✓ Emziren kadınlar için de uygundur.
- ✓ Araç çıkarıldıktan sonra, doğurganlığın dönüşünde gecikme olmaz.
- ✓ Normal doğumdan 6 hafta sonra, Sezaryenden ise; 8 hafta sonra takılabilir.

Hormon İçeren İğneler

İçerdikleri hormon tipine göre:

- ✓ Tek hormon içeren iğneler : (3 aylık)
- ✓ Kombine hormon içeren iğneler: (1 aylık)



Kombine Hormon İçeren Haplar

- ✓ 21 tabletlik kutulardadır.
- ✓ Her gün bir hap alınması gerekir.
- ✓ Haplar bırakıldığında doğurganlık geri döner.

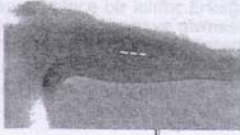


Deri Altına Yerleştirilen İmplantlar



3-Kondom (Kılıf)

- ✓ Cinsel ilişki sırasında sertleşmiş penis üzerine geçirilen kısıktan yapılmış bir kılıftır. Erkeğin sperm dökmesini önler.



Cerrahi Olarak Kısırlaştırma

- ✓ Kısırlaştırma yumurtayı yumurtalıkla bağlayan tüpü, emeliyle bağlanan bir bölgedir. Erkeğin sperm dökmesini önler.
- ✓ Artık hiç çocuk sahibi olamaz.



Bariyer Yöntemler

- 1-DİYAFRAM VE SERVİKAL BAŞLIKLAR
- 2-SPERM ÖLDÜRÜCÜLER
- 3-KONDOM (KILIF,PRESERVATİF)



1-Diyafram ve Servikal Başlık

- ✓ Belirli bir süre kullanılması gerekir.
- ✓ Doğum sonrası altıncı haftadan önce kullanılmamalıdır.
- ✓ Ailenin başlanmasını engeller.
- ✓ Doğumdan sonra 5 aydan uzun bir süre geçmemiş olmalıdır.

2-Sperm Öldürücüler

Sperm öldürücüler ,cinsel ilişkiden 10-15 dakika önce kadının haznesine uyguladığı ,sperm hareketlerini önleyen kimyasal ajanlardır.Cinsel ilişkiden bir süre haznede kalması gereklidir.
Aeresol,krem,jel,köpük gibi türleri vardır.

3-Kondom (Kılıf)



- ✓ Cinsel ilişki sırasında sertleşmiş penis üzerine geçirilen kauçuktan yapılmış ince bir kılıftır.Erkeğin spermlerinin hazneye girmesini engelleyen bir bariyer yöntemidir.
- ✓ Her cinsel ilişki sırasında kullanılırsa çok etkilidir.

Cerrahi Olarak Kısırlaştırma

- ✓ Kısırlaştırma, kadınlarda yumurtayı yumurtalıktan rahime taşıyan tüpü,ameliyatla kapatarak yapılan bir işlemdir.Erkeklerde de kanalların bağlanması işlemidir.
- ✓ Artık hiç çocuk istemeyen aileler için uygun bir yöntemdir.



Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

BU YÖNTEMLER, ETKİLİ AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ ARASINDA DEĞİLDİR. GEBE KALMA RİSKİ ÇOK FAZLADIR!...

Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

- ✓ Bazal vücut ısısı yöntemi
- ✓ Servikal mukus yöntemi
- ✓ Takvim yöntemi
- ✓ Vaginal duş
- ✓ Geri çekme ETKİLİ BİR YÖNTEM DEĞİLDİR, gebe kalma yüzdesi çok fazladır!...

EMZİRME YÖNTEMİ

- ✓ Bebeğin beslenmesinin en az %85'inin gece ve gündüz düzenli emzirmeye sağlanması,
- ✓ Annenin henüz adet görmeye başlamamış olması,
- ✓ Doğumdan sonra 6 aydan uzun bir süre geçmemiş olması



**Tüm bu şartlar sağlansa da
EMZİRME tek başına koruma
sağlamaz.**

**Yanında ek bir koruma yöntemi
mutlaka kullanılmalıdır!...**

Emziren Anneler İçin Korunma Yöntemleri

- 1-Doğumdan sonra hemen SPİRAL (Rahim İçi Araç) takılması
- 2-Tek hormon içeren iğne (3 AYLIK İĞNE)
- 3-Deri Altı İmplantı takılabilir.
- 4-Sperm öldürücüler kullanılabilir.
- 5-Eşinin tüpleri bağlanabilir.
- 6-Eşi kondom kullanabilir.
- 7-Kadının tüpleri bağlanabilir.



**Sağlıkla kalın. . .
Korunmasız kalmayın ! ! !**



EK 9: ANTEPARTUM BİLGİLENDİRME BROŞÜRÜ

KADINA ÖZGÜ KORUNMA YÖNTEMLERİ



ERKEĞE ÖZGÜ KORUNMA YÖNTEMLERİ



HASTA BİLGİ FORMU



DOĞUM KONTROL YÖNTEMLERİ



ERKEK KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANA BİLİM BİLİMİ

ERKEK KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANA BİLİM BİLİMİ

NEDEN LOHUSALIK DÖNENİNİZDE GEBELİKTEN KORUNMAK ÖNEMLİDİR.

- 1- İstenmeyen gebeliklerinizi önlemek,
- 2- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan sizi korumak,
- 3- Keyifli bir cinsel yaşam sürmenizi sağlamak,
- 4- Sizin ve bebeğinizin sağlığını korumak,
- 5- Doğum sonrasında vücudunuzun normal özelliklerine geri dönebilmesine zaman tanıyabilmek için ÖNEMLİDİR.

LOHUSALIK DÖNENDE KULLANILABİLECEK DOĞUM KONTROL YÖNTEMLERİ

- 1- SİRAL (Rahim içi Araç)
- 2- Hormon içeren İğneler, Haplar, Deri Altı İmplantları
- 3- Bariyer Yöntemleri
- 4- Cerrahi Yöntemlerle Eşinizin veya Sizin Tüpüleriniz Bağlanabilir.
- 5- Doğal Aile Planlaması Yöntemleri
- 6- Emzirme

1- SİRAL İLE KORUNMAK :

- Emziren anneler için uygundur.
- Kanama, ağrı veya akıntı şikayetiniz olmazsa yılda bir kez doktor kontrolüne gitmeniz yeterlidir.
- Keyifli bir cinsel yaşam sürmenize ENGEL DEĞİLDİR.
- Spiral çıkartıldıktan hemen sonra GEBE KALINABİLİR.

2- HORMON İÇEREN İĞNELER, HAPLAR, DERİ ALTI İMPLANTLARI

İçerdikleri hormon tipine göre;

- 1- Tek hormon içeren iğneler (3 aylık) : Emziren anneler kullanabilir.
- 2- Kombine hormon içeren iğneler : 1 aylık .

- KOMBİNE HORMON İÇEREN HAPLAR

- Kullanımı kolay, etkili bir yöntemdir.
- Adet kanamalarınızın miktarı daha az, kanama süresi daha kısa ve düzenli hale gelir
- Bebeğinizi emziriyorsanız bu yöntemi kullanamazsınız..

- DERİ ALTI İMPLANTLARI :

Sol kolunuzun iç kısmına yerleştirilen hormon içeren ince bir çubuktur. Bebeğinizi emziriyorsanız bu yöntemi kullanabilirsiniz.

3- BARIYER YÖNTEMLER

- DİYAFRAM VE SERVİVAL BAĞLIK
- Doğumdan 6 hafta sonra uygulanabileceğiniz size özgü aile planlaması yöntemidir.

- SPERMİ ÖLDÜRÜCÜ KREMLER

Sperm öldürücü, cinsel ilişki 10 - 15 dakika önce kendi haznenize uyguladığınız, sperm hareketini önleyen kimyasal maddelerdir. Aneşol, krem, jel, köpük gibi türleri vardır.

- KONDOM (PREZERVATİF, KİLİF, KAPUT)

- Cinsel ilişki sırasında eşinizin sertleştiği erkeklik organı üzerine geçirilen kauçuktan yapılmış ince bir kılıf.
- Erişkin menisinin hızıyla ve rahme girmesini önleyen bir doğum kontrol yöntemidir.
- Her ilişki sırasında değiştirilmelidir.

KONDOM (PREZERVATİF, KİLİF, KAPUT)

Siz cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı KORUYUCUDUR...

4- KADINDA TÜPÜLERİN BAĞLANMASI

- Kadınlarda yumurtalardan rahme taşıyan tüpün ameliyalla bağlanması yöntemidir.
- Kalıcı bir doğum kontrol yöntemidir.
- Adet düzenini ETKİLEMEZ ve dış görünümünüzde bir değişiklik YARATMAZ.
- Keyifli bir cinsel yaşam sürmenize ENGEL DEĞİLDİR.

- ERKEKTE TÜPÜLERİN BAĞLANMASI

- Erkekte vas deferens adı verilen kanalları bağlanarak spermelin meniyeye geçişini engellendiği bir kısıtlatma yöntemidir.
- Erişkin dış görünümünde bir değişiklik YARATMAZ
- Hastanede ve zorunda erkeğe yapılabilir.
- Erkek % 100'e yakındır.
- Kalıcı bir doğum kontrol yöntemidir.

5- DOĞAL AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ :

BU YÖNTEMLER, ERKEK AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ ARASINDA DEĞİLDİR.

GEBE KALMA RİSKİ ÇOK FAZLADIR...

- Vücut ısının takibi yöntemi
- Servikal mukus takibi yöntemi
- Takvim yöntemi
- Vaginal duş
- Gele çekme

6- EMZİRME İLE KORUNMAK İÇİN

- Bebeğiniz su dahil hiç bir ek gıda ile beslememeniz gerekmektedir.
- Doğumdan sonra adet gövdüğünüz bu yöntemin koruyuculuğu sağlamaz demektir
- Doğumdan itibaren en çok 6 ay süreyle koruyucu olan bir yöntemdir.

Tüm bu şartlar sağlanırsa ERKEKTE tek başına koruma sağlanmaz. Yarımda ek bir koruma yöntemi mutlaka kullanmanız gerekmektedir.

ERKEĞİNİZİ ERKEKİZİYORSANIZ KULLANILABİLECEĞİNİZ DOĞUM KONTROL YÖNTEMLERİ

- 1- Doğumdan sonra hemen SİRAL (rahim içi araç) takabilirsiniz.
- 2- Tek hormon içeren iğne kullanabilirsiniz (3 ay korur)
- 3- Sperm öldürücü kullanabilirsiniz
- 4- San tüplerinizi bağlanabilir.
- 5- Erişkin kondom (prezervatif, Kıl, Kaput) kullanabilirsiniz.
- 6- Erişkin tüpünü bağlanabilir.

EK 10:Kontraseptif Örneklerinin Katılımcılara İncelettirilmesi