



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**1.BASAMAKTA ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN AİLE PLANLAMASI
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr.Emre EROL

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Şubat, 2021

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**1.BASAMAKTA ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN AİLE PLANLAMASI
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr.Emre EROL
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr.Öğr.Üyesi Hacer Hicran MUTLU

İSTANBUL
Şubat, 2021

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Emre EROL'un hazırladığı ve jüri önünde savunduğu " 1.BASAMAKTA ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN AİLE PLANLAMASI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI " başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İMZA

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran MUTLU

Üyeler:

Prof. Dr. Mehmet SARGIN

Doç. Dr. Zuhal Aydan SAĞLAM

Tez Savunma Tarihi: 02/02/2021

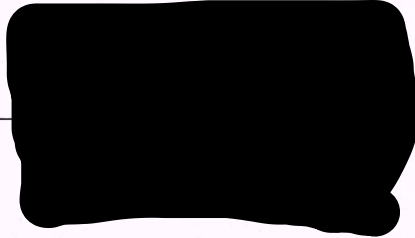
Yazar Bildirimi

"1.BASAMAKTA ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN AİLE PLANLAMASI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI" isimli uzmanlık tezinde Dr.Emre EROL;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisinde alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Şubat, 2021

İmza:



- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu tezin hazırlanmasında tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran MUTLU katkıda bulunmuştur.
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr.Emre EROL



Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini paylaşılarak yol gösterici olan, ilgi ve desteğini her zaman hissettiğim saygıdeğer danışman hocam Sn. Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran MUTLU'ya,

SAHU eğitim programı çerçevesinde çalıştığım kliniğinde, bize fırsat eşitliği sağlayarak destekleyen, İstanbul Medeniyet üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı ve Eğitim Sorumlusu saygıdeğer hocam Sn. Prof. Dr. Mehmet SARGIN'a,

Uzmanlık eğitim sürecime devam etmemde büyük katkısı olan, her zaman yardımını ve desteğini gördüğüm, tanımaktan mutluluk duyduğum saygıdeğer hocam Sn. Doç. Dr. Zuhale Aydan SAĞLAM'a,

Asistanlığım süresince beraber çalıştığım, eğitimime destek olan tüm hocalarıma, asistan, hemşire ve mesai arkadaşlarıma,

Başta, tezimin hazırlanmasında bilgi, birikim ve tecrübesi ile kitap ve notlarını paylaşan çalışma arkadaşım Özden ÖNEN TUZCUOĞLU olmak üzere, rotasyonlarım ve eğitimim süresince iş yükümü paylaşan Dumlupınar Aile Sağlığı Merkezindeki değerli çalışma arkadaşlarıma,

Hiçbir fedakarlıktan kaçınmayarak beni yetiştiren, her zaman bana inanan, evlatları olmaktan onur duyduğum annem Saadet EROL ve babam Mehmet EROL'a, her türlü zorluğuma ve sevincime ortak olan kardeşim Ece EROL'a,

Hayatıma girmesiyle tamamlandığımı anladığım güzel kızım Ada EROL'a ve hayatımın her anında olduğu gibi asistanlık eğitimimde ve tezimin her aşamasında yardım ve desteğini esirgemeyen, sevgili eşim İlknur KARADENİZ EROL'a,

Ve son olarak özgür bir ülkede yaşamamız için her türlü fedakarlığı yapan Mustafa Kemal ATATÜRK ve Silah Arkadaşlarına sonsuz teşekkürler. . .

Dr. Emre EROL

emre.erol@saglik.gov.tr/erolemredr@gmail.com

Özet

1.BASAMAKTA ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN AİLE PLANLAMASI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

AMAÇ Bu çalışmamızın amacı 1.Basamakta görev yapmakta olan Aile Hekimlerinin Aile Planlaması hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirleyerek mevcut durumu ortaya koymaktır.

YÖNTEM Çalışmada katılan 210 aile hekimine görev yaptıkları Aile Sağlığı Merkezinde Aile Planlaması uygulamaları ile ilgili olarak yeterlilik algısı ve bilgi ihtiyaçlarını değerlendiren bir anket uygulanmıştır. Anketin ilk altı sorusu Aile planlaması hizmetlerinin Aile Sağlığı Merkezinde verilmesi ile ilgili tutum ve davranışları, diğer sorular ise bilgi ihtiyacını belirlemeye yönelik olarak hazırlanmıştır. Anket çalışması Aile Hekimlerine COVID-19 pandemisi sebebiyle sadece e-posta yoluyla ulaşılarak online olarak uygulanmıştır.

BULGULAR Çalışmaya katılan Aile Hekimlerinin görev yaptığı birimlerin %98,6'sında Aile Planlaması hizmeti verilmekle beraber Aile Hekimlerinin sadece %22,9'u Aile Planlaması için yeterli zaman ayırabildiğini belirtmiştir. Aile Hekimlerinin yeterlilik algısı ortalama 6,92 (1,62+/-SD) olarak bulunmuştur. Aile Hekimlerin %49,5'i Aile Planlaması hizmeti alan kişileri Aile Sağlığı Elemanlarının takip ettiğini ve onlar yönlendirirse değerlendirdiğini belirtmiştir. Aile Planlaması için kullanılan kondom ve ilaçların dağıtımının %97,6'sının Aile Sağlığı Elemanı tarafından yapıldığı belirtilmiştir. Hekimlerin %40,5'i verilen hizmetin geliştirilmesi için birim başına düşen nüfusun azaltılması gerektiğini belirtmişlerdir. Hekimler, bilgi ihtiyacını belirlemeye yönelik hazırlanan sorularda %56,88 başarı göstermişlerdir.

SONUÇ Çalışmamızda Aile Hekimlerinin iş yoğunluğu sebebiyle Aile Planlaması hizmetlerine yeteri kadar zaman ayıramadıkları, hizmetin özellikle Aile Sağlığı Elemanlarının desteği ile ekip olarak verildiği ancak hekimlerin aktif katılımı için birim nüfuslarının azaltılması gerektiği anlaşılmıştır. Ayrıca

Aile Hekimlerinin Aile Planlaması konusunda eğitim ihtiyaçlarının olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile Planlaması, 1.Basamak Sağlık Hizmeti, Aile Hekimi



Abstract

KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIORS OF FAMILY PHYSICIANS WORKING IN THE PRIMARY HEALTH ABOUT FAMILY PLANNING

OBJECTIVE The aim of this study is to reveal the current situation about Family Planning by determining the knowledge, attitudes and behaviors of Family Physicians working in the 1st stage.

METHODS In this study, a questionnaire has been applied to 210 family physicians who work in Family Health Centers with the aim of evaluating their perception of competence and information needs regarding Family Planning practices. The first six questions of the questionnaire has been prepared to determine the attitudes and behaviors regarding the provision of family planning services in the Family Health Center, while the other questions has been prepared to determine the need for information. The questionnaire study has been applied online by reaching out to Family Physicians only via e-mail due to the COVID-19 pandemic.

RESULTS The results of the questionnaire revealed that currently 98.6% of Family Planning service is being provided at the units where the participants in the study (Family Physicians) work, whereas only 22.9% of Family Physicians have stated that they could spare enough time for Family Planning. Family physicians' perception of competence is found to be 6.92 (1.62 +/- SD) on average. On the other hand, 49.5% of the Family Physicians stated that family planning service is being proved by Family Health Staff and the physicians evaluate the patients only in the cases where the staff guide the patients. It is also stated that 97.6% of the distribution of condoms and medicines used for Family Planning is being provided by the Family Health Staff. 40.5% of the physicians stated that the population per unit is required to be reduced in order to improve the service provided. Physicians performed 56.88% success for answering the questions that are prepared to determine the need for information.

CONCLUSION This study shows that Family Physicians are not being able to devote enough time to Family Planning services due to their workload. Furthermore, the service is being provided as a team with the support of Family Health Staff, and the unit population is required to be reduced for the active participation of the physicians. In addition, this study reveals that Family Physicians need training on Family Planning.

Keywords: Family Planning, 1st Step Health Service, Family Physician



İçindekiler

Şekil Listesi	xi
Tablo Listesi	xii
Kısaltmalar	xiii
1 GİRİŞ ve AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER	6
2.1 AİLE PLANLAMASI TANIMI	6
2.2 AİLE PLANLAMASI DANIŞMANLIĞI	6
2.2.1 GENEL DANIŞMANLIK	6
2.2.2 YÖNTEME ÖZEL DANIŞMANLIK	7
2.2.3 İZLEM DANIŞMANLIĞI	7
2.3 TARİHSEL GELİŞİM	8
2.4 TÜRKİYE'DE AİLE PLANLAMASI	10
2.5 AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ	15
2.5.1 GELENEKSEL/DOĞAL YÖNTEMLER	16
2.5.1.1 GERİ ÇEKME YÖNTEMİ (COITUS INTERRUPTUS)	17
2.5.1.2 VAJİNAL YIKAMA	17
2.5.1.3 TAKVİM/KOLYE YÖNTEMİ	18
2.5.1.4 LAKTASYONEL AMENORE YÖNTEMİ (EMZİRME YÖNTEMİ)	19
2.5.1.5 SERVİKAL MUKUS YÖNTEMİ (BİLLINGS OVÜLASYON METODU)	19
2.5.1.6 BAZAL VÜCUT ISISI YÖNTEMİ	20
2.5.1.7 SERVİKAL PALPASYON YÖNTEMİ	20
2.5.1.8 SEMPTOTERMAL YÖNTEM	21
2.5.2 MODERN YÖNTEMLER	21
2.5.2.1 RAHİM İÇİ ARAÇ	21
Bakırlı RİA (Cu-RİA);	22
İlaçlı RİA (LNG-RİA);	22
2.5.2.2 HORMONAL KONTRASEPTİF YÖNTEMLER	27
Sadece Progesteron hormonu içeren Kontraseptifler .	28
Minihaplar;	28
DMPA;	29
İmplanon;	30
Norplant;	30
Progesteron ve östrojen hormonu içeren kontraseptifler	32
Oral Kombine Hormonal Kontraseptif Yöntemler:	32
Kombine Enjekte Edilen Hormonal Kontraseptif Yöntemler:	35
Kombine Hormonal Vajinal halka (Nuvaring): . .	37

2.5.2.3 SPERMİSİT	38
Sperm öldürücü köpük:	39
Doğum kontrol filmi:	39
Spermisidal jöle:	39
Tabletler veya fitiller:	40
Spermisit kremler ve jeller:	40
Doğum kontrol sünger:	40
2.5.2.4 DİYAFRAM	40
2.5.2.5 KONDOM	41
2.5.2.6 KADIN PREZERVATİFİ	42
2.5.2.7 VAZEKTOMİ	43
2.5.2.8 TÜP LİGASYONU	44
2.5.3 ACİL KONTRASEPSİYON	46
Yüksek doz östrojen	47
Östrojen ve progesteron kombine kullanımı	47
Sadece progesteron içeren haplar	47
Antiprogesteronlar (Mifepriston)	48
Androjenler (Danazol)	48
Mekanik yöntemler – Bakırlı RİA	48
3 YÖNTEM	50
3.1 ÇALIŞMANIN TASARIMI	50
3.2 ÇALIŞMA	51
3.3 İSTATİSTİK YÖNTEMLER	51
4 BULGULAR	52
5 TARTIŞMA ve SONUÇ	63
5.1 TARTIŞMA	63
5.2 TEZİN KISITLILIKLARI	69
5.3 SONUÇ	70
Kaynaklar	71
Anket Formu	82
Etik Kurul Onay Formu	86

Şekil Listesi

1.1 Yıllara göre AHB başına düşen nüfus durumu	3
2.1 Aile Planlaması Yöntemleri	16
2.2 Hormonal Kontraseptif Yöntemler	27
4.1 AP yeterlilik algısı durumu	54
4.2 Soru Doğru Cevap İstatistiği	58



Tablo Listesi

1.1 Gebeliği önleyici modern yöntemlerin temin edildiği kaynaklar . .	2
1.2 2018 Sağlık İstatistiği Yıllığı Verileri	3
1.3 AP yöntem kullanımının zaman içindeki değişimi	4
2.1 Türkiye nüfusu ve artış hızı	12
2.2 Bakırlı ve İlaçlı RİA'ların olumlu yönleri	25
2.3 Cu-RİA kullanılmayan durumlar	26
2.4 LNG-RİA kullanılmayan durumlar	26
2.5 Sadece Progesteron hormonu içeren Kontraseptifler	28
2.6 DMPA ve İMPLANON'un olumlu yönleri	31
2.7 İmplant uygulaması sonrası görülebilen yan etkiler	31
2.8 Oral Kombine Hormonal Kontraseptif Kullanım Kuralları	33
2.9 Oral Kombine Hormonal Kontraseptif Yöntemlerin Olumlu Yönleri	34
2.10 Oral Kombine Hormonal Kontraseptiflerin Olumsuz Yönleri	35
2.11 Kombine Enjekte Edilen Hormonal Kontraseptif Yöntemlerin Olumlu Yönleri	36
4.1 Katılımcı özellikleri	52
4.2 AP danışmanlığı verilme durumu	53
4.3 AP için zaman ayırma durumu	53
4.4 AP yeterlilik algısı değerlendirmesi	55
4.5 AP danışmanlığı takip durumu	55
4.6 AP yöntemlerinin dağıtım durumu	56
4.7 AP hizmetlerinin geliştirilmesi için önerilenler	56
4.8 Anketteki Soru İstatistiği	57
4.9 7-18. soruların toplu sonuçları	60
4.10 7-18. Soru p değeri tablosu	61
4.11 7-18. Soru cümleleri	62

AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Planlaması
AH	Aile Hekimi
AHB	Aile Hekimliği Birimi
AHU	Aile Hekimliği Uzmanı
AP	Aile Planlaması
ASE	Aile Sağlığı Elemanı
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
Cu-Ria	Bakırlı Rahim İçi Araç
DMPA	Depo Medroksi Progesteron Asetat
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HBV	Hepatit B Virüsü
HCV	Hepatit C Virüsü
HIV	Human Immunodeficiency Virus
KOK	Kombine Oral Hormonal Kontraseptif
LNG-RİA	Levonorgesteron Salımlı Rahim İçi Araç
RİA	Rahim İçi Araç
MÖ	Milattan Önce
MS	Milattan Sonra
SSYB	Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı

GİRİŞ ve AMAÇ

Aile planlaması(AP); “Bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olmaya, doğumlarının arasını açmaya, serbestçe ve sorumluca karar vermeleri, bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları”dır(1). AP hizmetleri kişilerin istedikleri zamanda ve arzu ettikleri sayıda sağlıklı çocuk sahibi olabilmelerine imkan sağlar. Bireylerin AP hizmetlerine erişim hakkı özellikle modern toplumlarda insan haklarının vazgeçilmez bir parçası olarak kabul edilmektedir. Günümüzde toplumsal yasalar bu esasa göre düzenlenmekte ve uygulanmaktadır. İnsanların AP hizmetlerine ulaşması yaşanan sosyo-kültürel ve ekonomik şartlara göre farklılık göstermektedir. 2019’da Dünya genelinde 1,9 milyar Üreme Çağındaki Kadın (15-49 yaş) grubundan 1,1 milyarının aile planlamasına ihtiyacı vardır. Bunlardan 842 milyonu kontraseptif yöntemler kullanmakta, 270 milyonunun ise karşılanmamış bir kontrasepsiyon ihtiyacı bulunmaktadır. Modern yöntemlerle karşılanan AP ihtiyacının oranı 2019’da küresel olarak %75,7’dir. Ancak Orta ve Batı Afrika’da AP ihtiyacının yarısından azı karşılanabilmiştir(2). Türkiye nüfus ve sağlık araştırmasının (TNSA) 2018 verilerine göre Türkiye’de halen evli kadınların %12’sinin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı bulunmaktadır(3).

Türkiye’de AP hizmetleri hem devlet hem de özel sağlık kurumları tarafından verilmektedir. 1.Basamak sağlık kuruluşlarında AP hizmetlerinin yürütülmesinden aile sağlığı merkezlerindeki (ASM) aile hekimliği biriminde (AHB) görev yapan aile hekimi (AH) ve aile sağlığı elemanı (ASE) sorumludur. ASM’de AP danışmanlığı verilmekte, devlet tarafından danışanlar için ücretsiz olarak temin edilen yöntemlerin dağıtımı (kondom, RİA, oral/enjektabl ilaçlar) ve danışan için daha uygun olacağına karar verilen özel yöntemlerin uygulaması ücretsiz olarak yapılmaktadır. Özellikle aile hekimliği sisteminin uygulanmaya başlaması ve toplum tarafından kabul görmesiyle AP hizmetleri

için ilk başvuru yeri olarak AHB'ler daha çok tercih edilmektedir. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 5 yılda bir hazırlanan TNSA raporuna göre 2018 yılında gebeliği önleyici modern yöntemlerin temin edildiği kaynaklar arasında AH (%12) ve ASM'ler (%11,1) toplamda %23,1 ile ilk sırada yer almaktadır(Tablo 1.1). Bu sebeple hem AH hem de ASE'nin AP açısından yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olması gerekmektedir. Ancak yapılan literatür taramasında 1.Basamakta görev yapan AH'lerin AP hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sağlık Bakanlığı(SB) tarafından AP konusunda eğitimler verilmekte ve gerekli materyaller dağıtılmaktadır. Ancak yoğun çalışma temposu sebebiyle AH'lerin AP hizmetlerine yeterli zaman ayırıp ayıramadığı ve bilgi ihtiyaçlarının ne düzeyde olduğuna dair bir çalışma bulunmamaktadır.

Tablo 1.1: Gebeliği önleyici modern yöntemlerin temin edildiği kaynaklar

Kaynak	Tüp Lig.	RIA	İğne	Hap	Kondom	Toplam
Kamu sektörü	65,7	75,0	79,0	49,8	27,1	52,0
Devlet hastanesi	49,8	38,5	1,0	3,2	0,3	21,9
Eğitim ve Araş. Hast.	7,2	2,9	0,0	0,0	0,1	2,4
Şehir Hastanesi	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2
Aile Hekimliği	0,0	10,7	42,8	24,0	14,9	12,0
Aile Sağlığı Merkezi	0,0	14,5	27,5	21,3	11,4	11,1
Toplum Sağlığı Mer.	0,0	2,1	4,0	1,1	0,4	0,9
Özel Sağlık Sektörü	31,8	22,4	21,0	50,2	43,9	35,5
Özel Doktor	0,2	1,7	0,0	0,0	0,0	0,5
Özel Has./Poliklinik	31,6	19,3	8,2	3,1	0,0	12,6
Eczane	0,0	1,4	12,8	47,1	43,9	22,4
Diğer Kaynaklar	2,4	2,6	0,0	0,0	29,0	12,5
Üniversite Hastanesi	1,8	0,7	0,0	0,0	0,0	0,6
Dernek/Vakıf	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Market/Dükkan	0,0	0,0	0,0	0,0	26,2	10,1
Diğer	0,6	1,9	0,0	0,0	2,8	1,7
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Kadın Sayısı	520	675	48	242	940	2.425

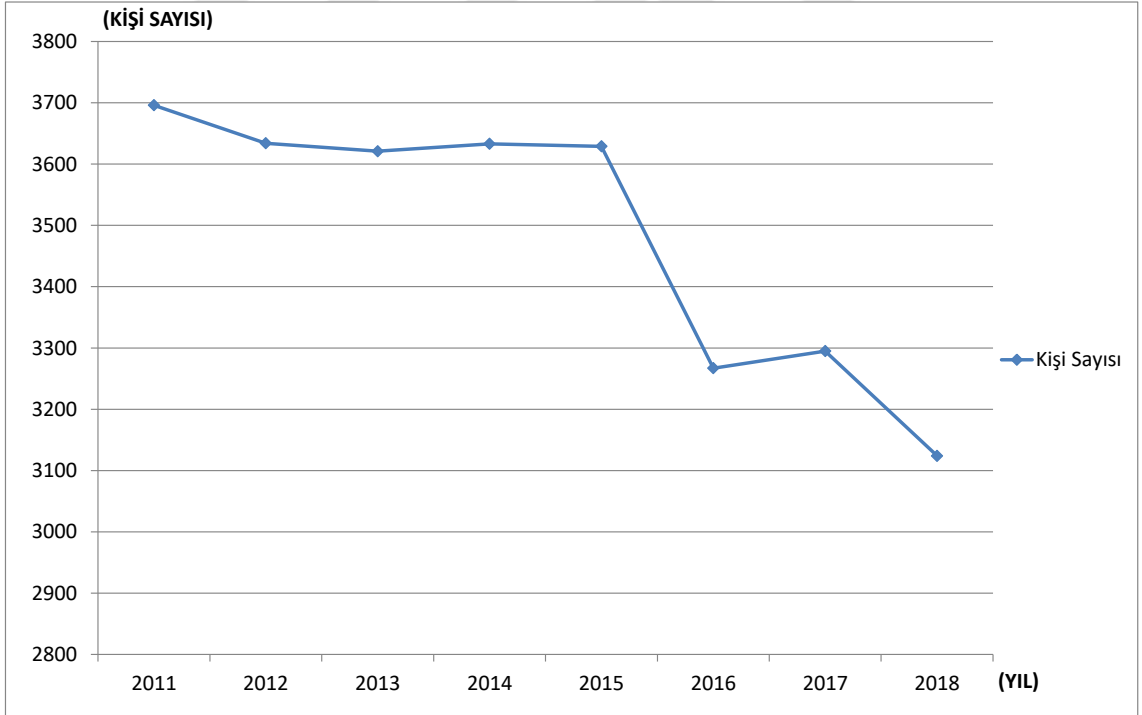
*2018 TNSA raporundan alınmıştır(3).

AP hizmetinin etkin bir şekilde danışanlara verilmesi için; uygun ortam, zaman ve materyalin bulunması gerekmektedir. Ülkemizde modern AP yöntemleri yeteri kadar halka ulaşamamıştır.

AHB'lerin günlük ortalama poliklinik sayıları Tablo 1.2'de ve birim başına düşen ortalama kişi sayısı Şekil 1.1'de verilmiştir. ASM'lerde daha etkin AP hizmeti verilmesi için koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan zaman arttırılmalıdır.

Tablo 1.2: 2018 Sağlık İstatistiği Yıllığı Verileri

Yıllık Muayene Sayısı	258.436.607
Aile Hekimliği Birimi	26.252
Birim Başına Düşen Yıllık Muayene Sayısı	9.844
Birim Başına Düşen Ortalama Nüfus	3124
Birim Başına Düşen Günlük Muayene Sayısı	41



Şekil 1.1: Yıllara göre AHB başına düşen nüfus durumu

Esma GAVAS, Sevil İNAL'ın 2019 yılında yaptığı çalışmada; 2007 ile 2017 yılları arasında yapılan AP yöntem kullanımı ile ilgili 12 çalışma derlenmiş, sonuç olarak geleneksel korunma yöntemlerinden "geri çekme"nin ilk sırada yer aldığı ve modern AP yöntemlerinin istenilen düzeyde olmadığı ortaya konmuştur(4). 2018 TNSA raporuna göre 15-49 yaş grubundaki halen evli kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem kullananların oranı Tablo 1.3'de gösterilmiş olup geri çekme ülkemizde en çok kullanılan yöntemdir(3).

Tablo 1.3: AP yöntem kullanımının zaman içindeki değişimi

AP Yöntemi	1988 TDSA	1993 TNSA	1998 TNSA	2003 TNSA	2008 TNSA	2013 TNSA	2018 TNSA
Herhangi bir yöntem	63,4	62,6	63,9	71,0	73,0	73,5	69,8
Herhangi bir modern yöntem	31,0	34,5	37,7	42,5	46,0	47,4	48,9
Hap	6,2	4,9	4,4	4,7	5,3	4,6	4,8
RİA	14,0	18,8	19,8	20,2	16,9	16,8	13,7
Erkek kondomu	7,2	6,6	8,2	10,8	14,3	15,8	19,1
Tüplerin bağlanması	1,7	2,9	4,2	5,7	8,3	9,4	10,4
Diğer	2,0	1,3	1,1	1,1	1,1	0,8	1,0
Herhangi bir geleneksel yöntem	32,3	28,1	26,1	28,5	27,0	26,0	20,9
Takvim	3,5	1,0	1,1	1,1	0,6	0,3	0,2
Geri çekme	25,7	26,2	24,4	26,4	26,2	25,5	20,4
Diğer	3,1	0,9	0,6	1,0	0,2	0,2	0,2
Halen yöntem kullanmıyor	36,6	37,4	36,1	29,0	27,0	26,5	30,2
TOPLAM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*2018 TNSA raporundan alınmıştır(3).

S.Güngör ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada geri çekme (koitus interruptus) yöntemi ile korunan kadınların %38,1'inin istenmeyen gebelik yaşadığı tespit edilmiştir(5). Modern AP yöntemlerinin doğru uygulanması sonucu oluşabilecek istenmeyen gebelik oranları ise %6'dan azdır(6). Geleneksel yöntemlere göre başarısı daha yüksek olan modern yöntemlerin kullanılmasının yaygınlaştırılarak istenmeyen gebeliklerin daha etkin önlenmesi için AP eğitimlerinin etkinliğinin artırılması, danışmanlık hizmetlerinin kişiye özel planlanması ve etkin şekilde uygulanması gerekmektedir(4). H.Kurtuluş'un yaptığı çalışmada etkin danışmanlık

sonrasında çalışmaya katılan danışanlar arasında modern AP yöntem kullanımının %58,6'dan %89'a çıktığı saptanmıştır(7).

Çalışmamız sonucunda Türkiye'de 1.Basamakta görev yapmakta olan AH'lerin AP hizmetlerinin verilmesindeki genel tutum ve davranışları ile bilgi ihtiyaçlarını ortaya koyarak, hizmet kalitesinin ve etkinliğinin artırılması konusunda yol gösterici olmak amaçlanmıştır.



GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE PLANLAMASI TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), AP'yi eşlerin istedikleri zamanda, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları veya kişisel isteklerine ve ekonomik olanaklarına göre çocuk sayılarını belirlemesi ve doğum aralıklarını istedikleri şekilde gerçekleştirmelerini sağlamaya yönelik yapılan çalışmalar olarak tanımlamaktadır.

2.2. AİLE PLANLAMASI DANIŞMANLIĞI

AP danışmanlığının amacı; başvuranların üreme sağlığı konusunda bilgilенmelerini sağlayarak, durumlarına uygun aile planlaması yöntemini bilinçli olarak seçmelerine ve bu karardan memnun olarak seçilen yöntemi etkili ve güvenli bir şekilde kullanabilmelerine yardımcı olmaktır(7).

AP danışmanlığı hizmeti üç aşamada verilmektedir;

- Genel Danışmanlık
- Yönteme özel danışmanlık
- İzlem danışmanlığı

2.2.1 GENEL DANIŞMANLIK

AP yöntemi kullanmak için başvuran kişiye “yöntem seçmeden önce” sunulan hizmettir. Başvurana ilk olarak kadın ve erkek üreme sisteminin anatomisi, fizyolojisi hakkında kısaca bilgi verilir. Kullanılmakta olan tüm kontraseptif yöntemler hakkında bilgilendirme görsel malzemeler kullanılarak yapılır. Yöntemlerin olumlu-olumsuz yönleri ve yan etkileri anlatılır. Başvuran yapılan bilgilendirme sonrasında kendisine uygun bir kontraseptif yöntemi

seçer. Genel danışmanlık “bireysel” ya da “grup danışmanlığı” şeklinde de sunulabilir(7).

2.2.2 YÖNTEME ÖZEL DANIŞMANLIK

AP yöntemi kullanmak için başvuran kişinin kullanmaya karar verdiği yöntemle ilgili olarak yapılan danışmanlıktır(7). Seçilen yöntem ayrıntılı olarak tüm detaylarıyla danışana anlatılır. Kullanılacak olan yöntemin olumlu-olumsuz yönleri, yan etkileri, koruyuculuk oranı, uygulama şekli, unutulması ya da hatalı kullanılması durumunda yapılacaklar, izlem/kontrol zamanları ve acil durumlar detaylı ve danışanın aklında soru işareti kalmayacak şekilde anlatılır.

2.2.3 İZLEM DANIŞMANLIĞI

AP yöntemi kullanmakta olan danışanın daha önce belirlenen takvim dahilinde başvurması durumunda yapılan danışmanlıktır.

İzlem danışmanlığının amaçları;

- Kullanıcının aile planlaması uygulama kararını güçlendirmek,
- Kullanıcının yöntemden memnun olup olmadığını, yöntemi kullanmaya devam edip etmediğini öğrenmek,
- Kullanıcının yöntemi doğru uygulayıp uygulamadığını kontrol etmek ve gerekirse kullanım kurallarını yinlemek,
- Gerekli malzemeyi sağlamak,
- Kullanıcının sorularını yanıtlamak,
- Yöntem konusunda güven vermek ve olası küçük yan etkileri tedavi etmek,
- Kullanıcının genel sağlık durumunda ve yaşam koşullarında, yöntemi değiştirmesini veya uygulamayı bırakmasını gerektiren bir değişiklik olup olmadığını saptamaktır.

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

- Oral kontraseptifler başlangıçtan 2-4 hafta sonra,
- RİA'lar uygulamadan 1 ay sonra,
- Enjekte edilen kontraseptifler enjeksiyondan 1 veya 3 ay (içeriğine göre) sonra,
- İmplantlar işlemiden 1 hafta sonradır.

Daha sonraki izlemler, kısmen kontraseptif yöntem ve verilen malzeme miktarına (örn. kaç kutu hap veya kondom verildiğine) bağlıdır. Her kadın, yılda en az bir kez genel muayeneden geçmelidir. Bütün kadınlara, yılda en az bir kez pelvik muayene yapılması önerilir. Özellikle RİA kullanan danışanların mutlaka yılda bir kez pelvik muayeneleri yapılmalıdır.

İzlem ziyaretleri sırasında yapılan danışmanlık, ilk danışmanlıktakinden farklıdır. Sağlık personeli özellikle, sevk edilmesi gereken önemli sorunlarla, kolayca giderilebilecek küçük sorunları ayırt edebilmelidir. Malzeme almak için sağlık kurumuna gelen kişilere de izlem danışmanlığı verilmelidir(7).

2.3. TARİHSEL GELİŞİM

AP yöntemlerinin kullanılmaya başlanması ilk modern toplumların ortaya çıktığı dönemlere kadar uzanmaktadır. İlk Çağ'da daha çok bitkisel kaynaklı korunma yöntemleri ve insanların batıl inançları sonucu ortaya çıkan davranışsal yöntemler (dolunaydan kaçınma, adak adama, muska takma vs.) kullanılmıştır. Sonraki dönemlerde ise çeşitli kimyasal karışımlar, hayvansal kaynaklı malzemeler ve tamponlar gibi doğum kontrol yöntemleri kullanılarak günümüzdeki modern yöntemlere ulaşılmıştır(8). Bu konuda yazılmış en eski belge Milattan Önce 2700 yılında Çin'de bulunmuş olup kontrasepsiyon ve düşük yapmaya yardımcı reçeteleri içermektedir(7).

Mısır medeniyetine ait olarak bulunan MÖ 1800 yılına ait Petrie(Kahun) Papirusu ve MÖ 1500 yılına ait Elbers papirusunda çeşitli kontrasepsiyon yöntemleri anlatılmıştır(8). Elbers papirusu sıcak tatlı bira, kereviz ve yağ karışımı gibi gebe kalmayı engelleyen maddeler içeren bazı tarifler içerir. Eski Mısırdaki gebeliğin tespiti için gebe olduğundan şüphelenen kadınlar sabah ilk idrarını içinde buğday ve arpa olan kaplara yaparlarmış. Gebe olmayan bir

kadının aynı şekilde yaptığı idrar ile iki kap karşılaştırılır, gebelik var ise idrar yaptığı kaptaki buğday ve arpaların diğer kaptakilerden daha önce filizlenmesi beklenirmiş. Ayrıca ilk defa Kahun papirusunda gebeliğin önlenmesi için altın ya da gümüş meteryallerin rahim içine yerleştirilmesinden bahsedilmiştir(9). Arap göçebelerinde benzer yöntemi çöl şartlarında seyahat etmekte olan develerin gebe kalmasını engellemek için kullanıldığı bilinmektedir(7).

Antik Yunan medeniyetinde daha çok bitkisel çözümler (Silphium, Yarpuz Bitkisi, Sedef Çiçeği, Yabani Havuç Tohumu) ile hurafe (ayışığından kaçınma, mezarlık ziyareti) ve muskalar kullanılmıştır(8). Antik Çin'de kadınların gebeliği önlemek ve çocuk düşürmek için sıcak civa içtiği MÖ 7.yüzyılda yayınlanan Sun Ssu-Mo ya ait "1000 Altın Gebeliği Önleme Tarifi" isimli tıp kitabında anlatılmıştır(8).

Orta Çağ'a bakıldığında ise bu yöntemlere ek olarak geri çekme yönteminin, kilisenin tavsiyelerinin ve bekaret kemerinin kullanıldığı görülmektedir. İslam dinine göre ise doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması ahlaki açıdan doğru bulunmamakla birlikte geri çekme yöntemi yaygın olarak kabul görerek kullanılmıştır. Rönesans dönemiyle birlikte aydınlanma dönemi başlamış, tıp alanındaki bilimsel gelişmeyle birlikte kondom kullanılmaya başlanmıştır.

1654 yılında ünlü italyan bilgini Fallopius, kontrasepsiyon yöntemi olarak penise takılan ketenden yapılmış bir kılıf tanımlamıştır. Takip eden yıllarda bu kılıfın kullanımı kabul görmüş ve 18. yüzyılda hayvan bağırsağından yapılmış kılıflara kondom ismi verilmiştir. 1800'lü yılların ikinci yarısından itibaren sanayi devrimiyle birlikte sentetik maddelerden ya da kauçuktan imal edilmesiyle kondom kullanımı daha da yaygınlaşmıştır. İlk plastik kondom 1844'te Charles Goodyear tarafından üretilmiş ve 1930 yılından sonra lateks olarak üretilmeye başlanmıştır(10). Ayrıca bu dönemden itibaren daha gelişmiş doğum kontrol yöntemleri, rahim içi araçlar, vajina süngerleri ve diaframları gibi alternatif yöntemler geliştirilmiştir.

1838 yılında ilk diafram yapılmış, 1885 yılında ilk spermisit kullanıma sunulmuştur. Modern rahim içi araçların ilk tanımlamaları 1909 yılında Richter ve 1929 yılında Grafenberg tarafından yapılmıştır. Oral

kontraseptifler ile ilgili ilk yayın Ro c, Pincus ve Garcia tarafından 1956 yılında yayınlanmış ve sonrasında diğ er hormonal  erikli yöntemler bulunarak kullanıma girmiştir. Bu tarihlerden sonra hormonal kontraseptifler üzerinde araştırmalar devam etmiş, ilk oral kontraseptif 1960 yılında kullanıma sunulmuş, daha sonraları da hormonal kontraseptiflerin implant ve enjeksiyon şekilleri geliştirilmiştir. 1998’de postkoital kontraseptif kullanımı (acil kontrasepsiyon yöntemi) onaylanmış, 2000’lerde uzun süre etkili hormon enjeksiyonları, progesteron  erikli R A, vajinal halka, implantlar, “patch” uygulamaları ve uzun süreli kullanılabilen oral kontraseptifler geliştirilmiştir(11)(12).

Günümüzde kullanılmakta olan çok çeşitli doğum kontrol yöntemlerinin birçoğu, insanlığın geçmişten gelen bilgilerinin günümüz teknoloji ile harmanlanması sonucu ortaya çıkmıştır.

2.4. T RK YE’DE A LE PLANLAMASI

Osmanlı İmparatorluğu dönemde AP, gerek dini sebepler gerekse imparatorluğuun ihtiyaç duyduğu insan gücü sebebiyle üzerinde durulan bir konu olmamıştır. Kurtuluş savaşı sonrasında yeni kurulan cumhuriyette nüfus arka arkaya devam eden savaşlar nedeniyle azalmış, yıpranmış ve yaşlanmıştır. Bu dönemde nüfus sorununu ulusal bir politika olarak ele alan Atatürk olmuştur. Atatürk, 1920 yılında yaptđđ bir konuşmada, “Ulusumuzun sağlığının korunması ve g c lendirilmesi, ölümlerin azaltılması, nüfusun arttırılması ve bu suretle ulus bireylerinin din  ve çalışma yeteneğiyle yetiştirilmesi gereklidir” demiştir. Bu yaklaşımın o günün şartlarıyla değerlendirilmesi daha uygun olacaktır. Y z l c m  783.562 metrekaire olan, doğal kaynakları zengin, on milyon nüfuslu bir ülkede nüfusun arttırılmasını istemek doğru bir yaklaşımdır. Bu dönemde tarımda, sanayide makineleşme tam olarak gerçekleşmemiş ve ülkelerin ordularının gücü asker sayısına göre değerlendirilmekteydi. Yürütülen politikalar ve çıkarılan yasalar nüfusu gençleştirmeye hizmet etmekteydi. Yapılan düzenlemeler ile sağlık hizmetleri olabildiğince arttırılmaya ve yaygınlaştırılmaya çalışılmış, düşük ve gebeliği önleyici ilaç ile araçların kullanılması, satılması, bu konuda eğitim ve propaganda yapılması

yasaklanmıştır. Ayrıca altıdan fazla çocuklu annelere ödül ve madalya verilmesi gibi konular yasalarda yer almıştır(13).

1927-1945 yılları arasında nüfus artış oranı, yılda ortalama binde 17'ye ulaşmıştır ve bu oran, gelişmiş ülkeler arasında rastlanan en yüksek düzeydir. Türkiye gibi ulusal kaynakları oldukça zengin bir ülke için o günün şartlarında normal sayılabilir.

Beş yılda bir yapılan nüfus sayımları, nüfus artışının anormal bir eğilim gösterdiği işaretini ilk kez 1950'de vermiştir. Bu sayımda nüfus artış oranı binde 22'ye çıkmıştır. 1955 sayımı sonucu ise, durumun tehlikeli bir hal aldığı işaret etmiştir. Nüfus artış hızı 1955 sayımında binde 27,8'e, 1960 sayımında ise binde 28,5'e ulaşmıştır. Bu rakam, 1927 yılından bu yana belirlenen "en yüksek" nüfus artış hızı olmuştur. Yıllara göre Türkiye nüfus sayımı sonuçları ve nüfus artış hızları Tablo 2.1'de verilmiştir.

Hızlı nüfus artışının olumsuzlukları ülkemizde 1950'li yılların başında tam olarak anlaşılamadığı için nüfus artış verileri ileriye dönük olarak değerlendirilememiş ve zamanında gerekli önlemler alınamamıştır. İlk olarak SB bünyesinde 1952 yılında Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Birleşmiş Milletler (BM) Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) gibi milletlerarası teşekküllerden yardım temin edilerek, Ankara' da 1953'te bir Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi hizmete açılmıştır. Ancak yeterli performansı gösterememiş ve yaygınlaşamamıştır. 1955-1960 yılları arasında doğum kontrolünün yasaklanmasının ana sağlığı üzerindeki zararlı etkilerini belirten hekimlerimizin çabaları yanında, nüfus artışının olası sonuçlarını ekonomik yönden ele alan bilim adamlarının yazıları, Türkiye'de nüfus politikasının değiştirilmesine yol açan çalışmaların ilkidir(14).

Hükümet yönünden ise doğum kontrolü ilk kez Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) tarafından 1958 yılında ciddi olarak ele alınmıştır. Bakanlık, üniversite profesörlerinden ve tanınmış uzmanlardan oluşan bilimsel bir kurula sorunu inceletmiş ve bu kurul, yasalarımızdan doğum kontrolünü yasaklayan hükümlerin kaldırılmasını, bununla birlikte tıbbi zorunluluklar dışında kürtaja izin verilmemesini önermiştir. SSYB, bu değişikliklerin

yapılması için Adalet Bakanlığının görüşünü istemiş, ama olumlu bir sonuç alınamamıştır(13).

1960 yılında, Devlet Planlama Örgütü (DPÖ) kurulmuştur(15). SSYB’de ana ve çocuk sağlığı bakımından büyük bir önemi olan doğum kontrolü sorununun çözümü ciddiyetle ele alınmıştır. SSYB ve Devlet Planlama Örgütü mensupları arasında, 1960 yılında yüksek düzeyde yapılan ilk toplantıda, aile

Tablo 2.1: Türkiye nüfusu ve artış hızı

Yıl	Nüfus	Nüfus artış hızı (‰)	Nüfus Yoğunluğu (km ²)
1927	13 648 270	-	18
1935	16 158 018	21,1	21
1940	17 820 950	17,0	23
1945	18 790 174	10,6	24
1950	20 947 188	21,7	27
1955	24 064 763	27,8	31
1960	27 754 820	28,5	36
1965	31 391 421	24,6	41
1970	35 605 176	25,2	46
1975	40 347 719	25,0	52
1980	44 736 957	20,7	58
1985	50 664 458	24,9	65
1990	56 473 035	21,7	73
2000	67 803 927	18,3	88
2007	70 586 256	13,1	91
2010	73 722 988	13,5	95
2015	78 741 053	13,5	102
2019	83.154.997	12,7	107

*BM Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi ve TÜİK verilerinden hazırlanmıştır.

planlaması konusunun "Beş Yıllık Kalkınma Planı"na alınması için fikir birliğine varılmıştır. Yeni politikanın ve uygulamasının ana hatlarını belirten yasanın Büyük Millet Meclisi tarafından kabulü kolay olmamış, bu konudaki uğraş beş yıl sürmüştür. Resmi Gazetede 10 Nisan 1965 tarihinde yayınlanarak yürürlüğe giren 557 sayılı Nüfus Planlaması Yasası, ülkemizde geniş ölçüde AP uygulamasına geçilmesine olanak sağlamıştır(14). Bu yasanın ilk iki maddesi temel hükümleri içerir.

1. Maddesinde "Nüfus planlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları demektir. Bu husus, gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanır. Tıbbi zaruretler dışında gebelik sona erdirilemez veya sterilizasyon veya kastrasyon ameliyesi yapılamaz."

2. Maddesinde "Nüfus planlaması zaruretinin halka duyurulması ve bu hususlarla ilgili eğitim, öğretim ve uygulama, SSYB tarafından hazırlanacak bir yönetmelik esaslarına göre askerî, resmî ve gönüllü teşekkülleriyle işbirliği yaparak yürütülür. Bu maksatla SSYB özel teşkilât kurmaya ve gebeliği önleyici ilaç ve araçları muhtaç olanlara parasız veya maliyetinden ucuz fiyatla vermeye veya verdirmeye veya sattırmak için tedbir almaya yetkilidir. Nüfus planlamasında kullanılacak ilaç ve araçların niteliğiyle tatbikata ait yönetmelik SSYB tarafından, aralarında tıp fakülteleri öğretim üyelerinin de bulunduğu bir komisyonun yazılı mütalaası alınmak suretiyle tesbit edilir." denilmektedir.

Diğer maddelerinde tıbbi zorunlu durumlar dışında isteğe bağlı düşük yaptırılması ya da rahmin tahliyesinin yapılması yasaklanmış ve cezai işlem uygulanacağı belirtilmiştir(14).

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Hedefleri ve Stratejisi, 10 Şubat 1967 de tamamlanarak Resmi Gazetede yayınlanmış, nüfus planlaması ekonomik, sosyal ve tıbbi bakımdan önemli bir konu olarak ele alınmıştır(16). 1960 Anayasasında sağlık ve sosyal güvenlik 48 ve 49. maddelerde devletin temel görevi olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun 1961 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu kanun ile eşit, sürekli, kademeli, öncelikli, katımlı, denetlenen, uygun, nüfusa göre ve ekip ile hizmet ilkeleri benimsenerek uygulamaya geçilmiştir(17). Kanun içeriğinde

tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin 5-10 bin kişiye sağlık ocakları, 2-3 bin kişiye sağlık evleri açılarak tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerinde bu kurumlar tarafından yürütölmesini içeriordu. Daha öncesindeki duruma bakacak olursak; 1945 yılında 8 adet olan sağlık merkezi sayısı 1950 yılında 22'ye, 1955'de 181'e, 1960 yılında ise ancak 283'e ulaşmıştır. 1963 yılında Muş ilinde ilk sağlık evi açılarak yapılan çalışmalar sonrasında 1983 yılında tüm ülkeyi kapsayacak şekilde yayılmıştır(18).

1965-1983 yılları arasında uygulanan yasa ile AP hizmetlerinde belli bir aşama sağlanmışır. Ancak buna rağmen istenmeyen gebelikler yeterince önlenememiştir. 1980 yılı nüfus verilerine göre nüfus artış hızı %23,4 gibi yüksek bir oranda seyretmeye devam etmiştir. Etkisiz korunma yöntemlerinin kullanılması veya etkili yöntemlerin yanlış kullanılmasından dolayı oluşan gebelikler sağlıksız bir biçimde sonlandırılmaya çalışılmışır. Kanunun uygulanmaya konulmasından itibaren geçen 21 yılda AP yöntemlerini uygulama yetkileri olmadığı için ebe ve hemşirelerden bu konuda yeterince yararlanılamamıştır. Bu eksiklikleri giderebilmek için 1983 yılında 557 sayılı yasa yürürlükten kaldırılarak 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun uygulamaya konulmuştur. Bu kanun ile gebelik sonlandırması işlemlerinde personelin görev ve sorumlulukları ayrıntılı esaslara bağlanmışır. Yeni yasa ile AP uygulamalarında ebe-hemşireye yetki tanınmış (3. madde), kadın ve erkekte cerrahi sterilizasyonun istek üzerine yapılabilmesi kabul edilmiş (4. madde), istenmeyen gebeliklerin 10 haftaya kadar sonlandırılmasına ve on haftalıktan büyük gebeliklerde anne hayatı riskte ya da doğacak çocukla ilgili tıbbi bir sakınca bulunmakta ise ilgili dal uzmanının raporuna dayanarak rahmin tahliyesine izin verilmiş (5. madde), AP eğitim ve uygulamalarında sektörler arası işbirliği vurgulanmıştır. İsteğe bağlı sterilizasyon ve gebeliğin sonlandırılması işlemlerinde kişi evli ise eşin rızasının alınması gerekli kılınmıştır. Yine aynı yıl çıkarılan 509 sayılı Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği ile nüfus planlaması hizmetlerinin yürütölmesi görevi SB adına Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü'ne verilmiştir. AÇSAP Genel Müdürlüğü, hizmetin plan ve programlarını yapmak, uygulamak, eğitim vermek, hizmet veren resmi ve özel kuruluşlara ilaç, araç-gereç ve bilgi desteği sağlamakla sorumludur. Nüfus planlaması

uygulama yerleri olarak nüfus planlaması klinikleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması dispanserleri, sağlık ocakları, sağlık evleri ve muayenehaneler sayılabilir. 507 sayılı yönetmelik ile AP hizmetini yürütecek personelin eğitim, görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. Kullanılacak olan ilaç ve araçların niteliğini saptamak amacıyla bakanlık bünyesinde bilimsel komisyon oluşturulmuştur(17).

1987 yılında ilk olarak yayınlanan ve 2005 yılında güncellenen Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği ile çocuk sahibi olamayan evli çiftlerin, üremeye yardımcı tedavi metodları ile çocuk sahibi olmalarının sağlanması için, uygulamanın esasları, uygulamayı yapacak merkezlerin açılması, çalışması ve denetlenmesi ile ilgili usul ve esaslar, bunların bağlı olduğu kamu kurum ve kuruluşlarının uymakla yükümlü olduğu hususlar düzenlenmiştir. Üremeye yardımcı tedavi yöntemleri, anne adayının yumurtası ile eşin spermini çeşitli yöntemlerle döllenmeye daha elverişli hale getirerek, gerektiğinde vücut dışında döllenmesini sağlayıp, gametlerin veya embriyonun anne adayının genital organlarına transferini ifade eden ve modern tıpta bir tıbbi tedavi yöntemi olarak kabul edilen uygulamalardır(17).

9/12/2004 tarih ve 25665 sayı ile resmi gazete yayınlanan Aile Hekimliği Kanununda, AP hizmetlerinin AHB'ler tarafından verilmesi planlanmıştır. Uygulama ilk olarak 2005 yılında Düzce ilinde başlayarak 2010 yılı itibariyle tüm Türkiye'ye yayılmıştır. Günümüzde AP hizmetleri etkin bir şekilde ASM'lerde, özel ve devlete bağlı sağlık kuruluşlarında verilmeye devam etmektedir. 1983 yılında 557 sayılı yasanın yürürlükten kaldırılması ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunun çıkarılması ile başlayan süreçte atılan başarılı adımlar ile Tablo 2.1'de görüldüğü gibi 1990 yılından başlayarak günümüze kadar devam eden nüfus artış hızımızda düşüş sağlanmıştır.

2.5. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

Ülkemizde ve Dünya'da bir çok geleneksel ve modern AP yöntemi kullanılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde modern yöntemler, gelişmekte olan ülkelerde ise geleneksel yöntemler çoğunlukla kullanılmaktadır.(Şekil 2.1) Az

gelişmiş ülkelerde ise insanların modern AP yöntemlerine ulaşımında sosyoekonomik zorluklar bulunmaktadır.



Şekil 2.1: Aile Planlaması Yöntemleri

2.5.1 GELENEKSEL/DOĞAL YÖNTEMLER

Doğal aile planlaması, çiftlerin doğurganlık bilinci ile gebeliği önlemeyi veya oluşturmayı sağlayan bazı kuralları birlikte uygulaması olarak tanımlanır. DSÖ Doğal Aile Planlamasını "menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerindeki doğal belirtilerin gözlemlenerek gebeliğin planlanması ya da gebelik istenmiyorsa fertil dönem boyunca gebeliğin cinsel ilişkiden kaçınma yoluyla önlenmesi yöntemi" olarak tanımlamıştır(19).

Araştırmalar; eğitim düzeyleri, kültürel ve sosyoekonomik özellikleri farklı olan kadınların, doğal aile planlaması yöntemlerini doğru eğitim aldıkları takdirde aynı oranda başarı ile uygulayabildiklerini göstermiştir(20). Doğal Aile Planlamasının avantajları olarak; vücuda yabancı bir maddenin alınmıyor olması, girişimsel bir işleme gerek duyulmaması, bilinen bir yan etkisinin olmaması, iyi eğitim ve motivasyonla etkinliğinin yükselmesi, maliyetinin düşük olması, ilk eğitimden sonra uygulamada tıbbi personel

gerektirmemesi, fertilité bilinci sağlaması, kullanıcının kendi üreme sağlığı açısından sorumluluk üstlenmesini sağlaması, sağlık iletişimini arttırması gibi özellikler sayılabilir. Dezavantajı ise etkinliğinin uygulayıcıya bağlı olarak farklılık göstermesidir. Öğrenilmesinin zaman alması, bazı kadınların kayıt tutmada zorluk çekebilmesi, çiftlerin cinsel ilişkiden kaçınma konusunda sıkıntı yaşayabilmesi, hormonal değişikliklerden ve stres dönemlerinden etkilenebilir olması, ayrıca cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumaması dezavantajları olarak özetlenebilir(21).

Geleneksel ve doğal yöntemler; fertil ve infertil dönemlerin periyodik olarak tekrarlamasına, her sıklusta tek bir yumurtanın çatlaması özelliğine, yumurtanın yaşam süresine (12-24 saat), spermin yaşam süresine (servikal mukus ve üst genital sistemde 3-5 gün), kadının kendi siklusunu takip edebilmesi ve sıklustaki günlere göre oluşan semptom ve bulguların farkına varabilmesi esasına dayanır(22).

2.5.1.1 GERİ ÇEKME YÖNTEMİ (COITUS INTERRUPTUS)

Geri çekme yöntemi cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını ejakülasyon anında vajinadan çekmesi esasına dayanır. Ejekülat vajen içerisine atılmadığı için gebeliğin oluşması beklenmez. Çok eskiden beri bilinen bir yöntemdir. İlk olarak Antik Yunan Medeniyetinde kullanıldığı bilinmekle birlikte, İbraniler ve Müslümanlar tarafından yaygın olarak uygulanmıştır. 18. ve 19. yüzyılda Avrupa da en çok kullanılan yöntemdir. Doğru uygulandığında etkisi %96, doğru ve dikkatli uygulanmadığında bu oran %73 düşmektedir. Bu yöntemle gebeliğin önlenmesi için erkeğin ejakülasyonu önceden hissetmesi gerekmektedir. Ancak erkeklerin %50'sinde ejakülatın atılımı tek seferde olmaz, aralıklı olarak akar veya atılır. Ayrıca cinsel uyarılmanın başlamasıyla üretraya kaçan spermler koitus ile birlikte üretral mukoza bezlerinin salgıladığı sıvı ile vajen içine geçerek gebeliğe sebep olabilir. Geri çekme yönteminde başarı kişisel etmenlere bağlıdır ve erkeğin doğurganlığı planlama konusundaki sorumluluğunu yansıtır(6).

2.5.1.2 VAJİNAL YIKAMA

Etkinliği olmayan, hatalı bilinen ve uygulanan yanlış bir yöntemdir. Ejekülat vajene atıldıktan çok kısa bir süre sonra spermler servikal mukozaya ulaşır ve

gebelik gerçekleşebilir.

2.5.1.3 TAKVİM/KOLYE YÖNTEMİ

Kadınların menstrüel döngüsünü baz alarak uygulanan bir yöntemdir. Menstrüel döngünün ilk gününün takvimden işaretlenmesi ile ya da siklus döngüsüne göre hazırlanan özel bir kolye ile uygulanmaktadır(23). Her kadının menstrüel döngüsü farklılık gösterebilir 26-32 günlük siklus döngüsüne sahip bayanlarda (kadınların %80'inde) 8 ile 19. günler arasında korunmasız cinsel ilişkiden kaçınmak bu yöntemde esastır(24). Diğer günlerde yumurta rahime atılmadığı için gebelikten korunulabilmektedir. Belirtilen gün aralığının belirlenmesinde cinsel ilişki sonrasında spermlerin vücutta 72 saate kadar canlı kalabildiği göz önünde bulundurulmuştur.

Siklus aralıkları düzenli ve takvim kayıtlarını doğru tutan kadınlarda yöntemin etkinliği %95'in üstünde tipik olarak kullanıldığında ise %88'in üzerinde başarılı olduğu ortaya konmuştur(17). Amenoresi ve Polikistik Over Sendromu (PCOS) olanlar, adolesanlar, amenoresi olan emziren anneler ve postpartum kadınlar, perimenopozal kadınlar ve yakın zamanda hormonal kontrasepsiyon kullanmış olan kadınlarda adet döngüsü bu aralıkta olmadığı için bu yönetime başlamadan önce mutlaka adet döngüsü takibi yapılmalıdır. 26-32 gün aralığı dışında adet döngüsü olan kadınlar için yöntemin etkinliği düşüktür. Eğer bir yıl içinde 2 veya daha fazla sayıda 26 günden az veya 32 günden fazla adet döngüsü varsa bu yöntemi bırakıp başka bir yöntemle korunmaya başlanmalıdır(25). Düzenli siklusu olan kadınlarda (26-32 gün) takvim/kolye metodu bariyer yöntemler kadar etkindir(26).

Bolivya, Peru ve Filipinlerde düzenli menstrüel siklusu olan 478 kadınla yapılmış bir çalışmada, yöntemin tipik kullanımında bir yıl içinde gebelik oranı %12'dir. Doğru kullanımda ise gebelik oranı %4,6'dır (doğru kullanımda yöntemin etkinliği %95,4, tipik kullanımda %88)(27). Yöntemin tipik kullanımı, fertil günlerde herhangi bir yöntem kullanmama, geri çekme veya spermisid kullanmaktır; doğru kullanımı ise fertil günlerde cinsel ilişkiden kaçınmak ya da kondom kullanmaktır(19). 2010 yılında yapılmış bir diğer çalışmada 12 ayın sonunda tipik kullanımda etkinlik %90, 6. ayın sonunda yönetime devam etme oranı %89 olarak gösterilmiştir(28).

Ülkemizde yapılan Kalaça ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise memnuniyet %47, 4. ayın sonunda yönteme devam etme oranı %50, potansiyel talep ise %80,3 olarak bulunmuştur(29). 2008 yılında Kurşun Z. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise 84 kadın 13 siklus boyunca takip edilmiştir. Tipik kullanımda etkinliği %87,6, memnuniyet %63, yöntem kullanmaya devam etme oranı %51 olarak bulunmuştur(30).

2.5.1.4 LAKTASYONEL AMENORE YÖNTEMİ (EMZİRME YÖNTEMİ)

Araştırmalar yeni doğum yapan annelerde emzirmeye ilk andan itibaren başlanması durumunda emzirmenin fertilitiyi durdurduğunu ortaya koymuştur. Özellikle doğum sonrası ilk 6 aylık dönemde bebeğe sadece anne sütü verilmesi ile amenoreik olarak kalmak esastır(31). Yapılan çalışmalar mekanik pompa ya da elle sağma işleminin dahi koruyuculuğu azalttığını göstermiştir. Yöntem doğru uygulandığı taktirde ilk altı ay için gebe kalma oranı %0,5 ile 1,5 arasındadır(32)(33). Annelerin bu dönemde kaliteli bir şekilde beslenmeleri, bol sıvı almaları önemlidir. Ayrıca bebeğe biberon ve yalancı emzik verilmemelidir. Bu yöntem özellikle gelişmekte olan ülkelerde doğum aralıklarını açmak amacıyla kullanılan bir doğum kontrol yöntemidir. Araştırmalarda, çiftlerin çoğunun doğum sonrası dönemde emzirme sonucu oluşan amenoreyi bir aile planlaması yöntemi olarak etkili ve güvenilir bir biçimde kullandıkları bildirilmektedir(34) (35).

2.5.1.5 SERVİKAL MUKUS YÖNTEMİ (BİLLİNGS OVÜLASYON METODU)

Servikal sekresyonun takip edildiği en eski yöntemlerdendir. Yumurtlama Yöntemi olarak da bilinen Servikal Mukus Yöntemi ay boyunca servikal mukusta, yani rahim ağzında yer alan akıntıda görülen değişikliklerin takibini içerir. Adet döngüsünü kontrol eden hormonlar, yumurtlamadan önce ve yumurtlama sırasında bireyin mukus türünü ve miktarını da değiştirir. Adet dönemi sonrasında mukusun olmadığı birkaç gün kuru dönem olarak adlandırılır. Yumurtlama döneminde yumurta olgunlaşmaya başladığında, vajinada mukus miktarı artar ve vajinal açıklıkta görünür. Bu dönemde mukus beyaz veya sarı renkte, yapışkan kıvamlıdır. Yumurtlama gerçekleştiğinde ise mukus miktarı artar, berrak ve kaygan bir kıvam alır. Bu

dönem bireyin en doğurgan olduğu zamandır. Bu dönemden yaklaşık dört gün sonra ise mukus yapısı tekrar değişir, miktarı azalır ve tekrar yapışkan bir hal alır. Adet döneminin öncesinde ise tekrar kuru dönem izlenebilir. Mukustaki değişiklikleri bir takvim üzerinde işaretleyerek takip etmek mümkündür(36).

Servikal mukus yöntemi bazı durumlarda daha az güvenilir sonuçlar verebilir. Özellikle emziren, hap gibi hormonal doğum kontrolüne başvuran, kadın hijyen ürünleri kullanan, vajinit veya cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları olan veya serviks üzerinde ameliyat geçirmiş olan kadınların bu yönteme güvenmemesi tavsiye edilir. Bu yöntemin benzer bir çeşidi de Creighton modelidir. Bu modelde kadının bir skala ile sekresyonunu skorlaması gerekmektedir(37). 1980'lerin başında DSÖ tarafından servikal mukus yöntemi kullanan 725 kadınla yapılmış bir çalışmada yöntem doğru kullanıldığında gebelik oranı %3, tipik kullanımda ise gebelik oranı %23 olarak gösterilmiştir(38)(39). Doğru kullanım ve tipik kullanım arasındaki bu oran farkı, bu yöntemin doğru kullanımının öğrenilmesinin zor olduğunu göstermiştir.

2.5.1.6 BAZAL VÜCUT ISISI YÖNTEMİ

Bazal vücut ısısı yönteminde kadın her sabah yataktan çıkmadan önce vücut ısını hep aynı bölgeden termometre ile ölçerek not eder. Vücut ısısında bir önceki güne göre 0.5°C ile 1.0°C artış olduğunda ovülasyonun gerçekleştiği kabul edilir. Çiftler ısı artışının saptandığı günden itibaren üç gün süre ile korunmasız cinsel ilişkiden kaçınmalıdır(40).

2.5.1.7 SERVİKAL PALPASYON YÖNTEMİ

Kadının vajinal palpasyonla serviksin kıvamındaki ve serviks ağzının durumundaki değişiklikleri hissederek fertil ve infertil periyodu değerlendirmesi esasına dayanır. Bu yöntemi ilk kez kullanacak olan kadınlara serviksin durumunu doğru hissedebilmeleri için en az bir menstrüel siklus dönemi boyunca başka bir yöntem ile korunarak serviksi palpe etmeleri önerilmelidir. Serviksin sert olduğu, serviks ağzının kapalı olduğu dönem infertil dönemdir. Ovülasyondan 4-5 gün önce servikste yumuşama başlar ve serviks ağzı açılır, serviks daha ıslak ve akıntılıdır. Bu

dönem fertil dönemdir ve çiftler bu dönemde korunmasız ilişkiden kaçınmalıdır(41).

2.5.1.8 SEMPTOTERMAL YÖNTEM

Hormonal değişimler nedeniyle adet döngüsü sırasında meydana gelen servikal mukus değişikliği ve bazal vücut ısısı değişimleri gözlenerek ovülasyon zamanı belirlenir(42). Servikal mukusun ıslak, kaygan, şeffaf veya esnek olması fertil periyodun başladığını, bazal vücut ısısının artması ise fertil periyodun bittiğini gösterir. Bu nedenle bu yöntemi kullanan kadınların her gün servikal mukus kontrolü yapıp mukusun karakterini değerlendirmeleri, her sabah vücut sıcaklıklarını bir termometreyle ölçmeleri gerekmektedir. Bu yöntem kullanıcılarının her periyod yaklaşık 12-17 gün arası cinsel ilişkiden kaçınmaları gerekmektedir. Doğru kullanımda gebelik oranı %2, tipik kullanımda ise %13 olarak gösterilmiştir(43)(44). Bu yöntemin başarısı uygulayıcının bilgi, tecrübe ve dikkatine bağlıdır.

2.5.2 MODERN YÖNTEMLER

Sanayi devrimi ile ilk olarak avrupa da ortaya çıkarak kullanılmaya başlanmıştır. Etkinlikleri geleneksel ve doğal yöntemlere göre daha yüksek olan farmakolojik ya da tıbbi ürün kullanımını içeren yöntemlerdir. Günümüzde hızla gelişmeye devam etmekte yeni ürünler ve ilaçlar insanların kullanımına sunulmaktadır.

Modern yöntemlerin avantajı, kullanıcı yetenek ve özelliklerinden bağımsız (RİA, implant), gebelikten koruyuculukları yüksek, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruyucu (kondom) ve zamandan bağımsız olarak cinsel ilişkiye olanak sağlamasıdır. Dezavantajı ise bu yöntemlerin maddi kaynak gerektirmesi, düzenli kullanım şartı, vücuda yabancı madde uygulanması, komplikasyon ve yan etki oluşturabilmeleridir.

2.5.2.1 RAHİM İÇİ ARAÇ

Rahim içi araçlar (RİA) geri dönüşlü, uzun süre etkili doğum kontrol yöntemleridir. RİA, vajenden ekartörler ile girilerek serviksten bir aparat yardımıyla rahim içine yerleştirilen bakır ya da hormon içeren küçük plastik bir cisimdir.

Bakırlı RİA (Cu-RİA); bakır iyonlarının doğrudan sperm üzerine etkisi ile spermin üst genital yollara ulaşmasına, ovum transportuna ve fertilizasyona engel olarak gebelikten korur. Ayrıca endometriumu etkileyerek spermlerin hareketini azaltır, fagositozunu artırır ve implantasyonu engelleyerek gebelikten korur(6).

İlaçlı RİA (LNG-RİA); içeriğinde levonorgestrel kullanılır(45). Hormon içeren RİA'lar lokal hormonal etki gösterirler. Lokal hormonal etki ile proliferasyon engellenir ve servikal mukusu kalınlaştırarak spermin uterusu geçmesine engel olur. Hormon içeren RİA'lar ovülasyonu etkilemezler(6). Progesteron hormonu içerikli RİA, Cu-RİA'nın adet kanaması miktarını ve adet sancısı artırıcı yan etkilerini gidermek için tasarlanmıştır.

Ülkemizde Cu-RİA'lar AP polikliniklerinde ücretsiz olarak uygulandığından LNG-RİA'lara göre çok daha fazla kullanılmaktadır. RİA'lar özellikle kollarının yapıları açısından farklılık göstermektedir. Tüm RİA'larda plastik gövdenin alt ucunda tek lifli yapıda iki adet iplik bulunmaktadır. İplik RİA rahim içinden çıkarılmak istendiğinde ucundan tutulup çekilmek için takılma sonrası rahimağzından 1-2 santimetre sarkacak şekilde kesilip bırakılmalıdır. RİA'lar röntgen filmlerinde görünülebilirliği sağlamak için baryum sülfat adı verilen bir kimyasal madde içermektedir.

Sağlıklı her yaştaki kadın (nullipar veya multipar) menarştan menopoza kadar istediği süre boyunca RİA kullanabilir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar için yüksek risk altında olan kadınlara mutlaka ikili yöntem kullanmaları hatırlatılmalıdır (kendisinin birden fazla cinsel eşi olan ve/veya cinsel eşinin birden fazla cinsel eşi olan kadınlar). RİA'lar sadece istenmeyen gebeliklerden korunmada çok başarılı olup, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumamaktadır. Bu nedenle risk altındaki kadınlar mutlaka ikili yöntem kullanmalıdır.

Ülkemizdeki uygulanan RİA'ların en az 5 yıl koruyuculuğu vardır(46). RİA'ların koruyuculuk oranı oldukça yüksektir. Cu-RİA kullanan 1000 kadından bir yılda 6-8'i, LNG-RİA kullanan 1000 kadından sadece 1'i gebe kalır(6). RİA'ların %10'u ilk yıl içerisinde kendiliğinden düşer ve kadınların yaklaşık %15'i bir yıllık süre içerisinde herhangi bir nedenle RİA'nın

ıkarılmasını talep eder. Bakırlı ya da hormonlu RİA'ların etki süresinin sonunda yenilenmesi veya çıkarılması önerilir. RİA'nın çıkarılması için kadının kliniğe gelmesi gerekir. RİA çıkarıldıktan hemen sonra doğurganlık geri döner. RİA, tıbbi nedenler veya kullanıcının isteği üzerine çıkarılmadıkça ve kadın RİA kullanmaya devam etmek istiyorsa, etki süresi dolan RİA çıkarıldıktan hemen sonra, yeni bir RİA aynı anda uygulanabilir.

Cu-RİA'lar adet kanamasının başlangıcından itibaren ilk 12 gün içinde uygulanabilir. Kadının gebe olmadığından emin olunan herhangi bir zamanda uygulanabilir ve adetli olunması ya da ek bir yöntem kullanılması gerekmez.

LNG-RİA'lar adet kanamasının başlangıcından itibaren, siklusun ilk 7 günü içinde uygulanabilir. İlk 7 gün dışında ise, kadının gebe olmadığından emin olunan herhangi bir zamanda uygulanabilir. Ancak 7 gün süre ile ek bir yöntem ile korunmalı veya cinsel ilişkiden kaçınmalıdır(47).

Doğum sonrası dönemde plasentanın ayrılmasından sonraki ilk 10 dakika içinde ya da ilk 2 gün (48 saat) içinde Cu-RİA uygulanabilir. Postpartum RİA uygulanmışsa, doğum sonrası kanama bitene kadar cinsel ilişkiden kaçınması önerilmektedir(48). Doğum sonu erken dönem geçtikten sonra (ilk 48 saat geçmiş ise), uterusun perfore olma riski arttığından uygulama, sezeryanda dahil, doğumdan dört hafta sonrasına ertelenmelidir. Düşük sonrası dönemde enfeksiyon belirtisi (örneğin ateş, uterusta hassasiyet, pürülan veya kötü kokulu vajinal ya da servikal akıntı) yoksa menstrüel regülasyondan (MR), ilk ya da ikinci trimester spontan düşüktten ya da kürtajdan hemen sonra veya ilk hafta içinde uygulanabilir. Daha sonraki uygulamalarda gebelik olasılığı ekarte edilmelidir. İkinci trimester düşüklenden sonra RİA'nın atılma olasılığı yüksek olduğu için girişim ertelenebilir(49) (50).

RİA çıkarılmak istendiğinde; gebelik istendiği için çıkarılıyorsa siklusun herhangibir gününde, gebelik istenmiyorsa cinsel ilişkinin olmadığı 7 günlük sürenin sonunda çıkarılmalıdır.

RİA uygulaması; sertifikalı hekim, ebe, hemşirenin bulunduğu SB'ye bağlı bütün ASM, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri, Devlet Hastaneleri, Doğumevleri, Üniversite Hastaneleri, Özel Klinik ve Polikliniklerin AP Kliniklerinde, "Aile

Planlaması Sertifika Eğitim Programı"na katılarak sertifika ile bunu belgelemiş olan Pratisyen Hekim, Ebe, Hemşire ve Uzman Hekimler tarafından yapılabilir. Mevcut yasa ve yönetmeliklere göre (1983 yılı 2827 Sayılı Yasa), Pratisyen hekimler sertifika aldıktan sonra tazeleme eğitimi almaksızın hizmet sunumlarına devam edebilirlerken, ebe ve hemşirelerin sertifikalarını (RİA uygulama bilgi ve becerilerini) her beş yılda bir kez tazelemeleri gerekmektedir.

Cu-RİA ve LNG-RİA'ların olumlu yönleri Tablo 2.2'de verildiği üzere güvenli ve çok etkili göğüm kontrol yöntemleridir. Uzun süre koruyuculukları devam eder. Cu-RİA'nın 10 yıl, LNG-RİA'nın 5 yıl koruyuculuğu mevcuttur. Emziren kadınlar için uygun olup çıkarıldıktan hemen sonra gebe kalınabilir. İstenilen zamanda cinsel ilişkiye imkan verir. Menoraji yakınması olan bayanlarda LNG-RİA kullanılması kanamayı azaltır. Cu-RİA SB tarafından AP hizmeti veren kurumlarda uygun olan bireylere ücretsiz olarak uygulanmaktadır. LNG-RİA ise ödeme kapsamı dışında olup uygun bireylere reçete edildiğinde yine aynı merkezlerde uygulanmaktadır.

Cu-RİA'ların Olumsuz Yönleri:

- Bazı kadınlarda karının alt bölgesinde rahatsızlık, adet kanamalarında süre ve miktar olarak artma, dismenore, adet dönemleri arasında lekelenme ve kramplar olabilir. (Bu yakınmalar üçüncü adet döneminden başlayarak azalır.)
- RİA uterustan servikse, vajinaya doğru kayabilir ve dışarıya atılabilir. Atılma genellikle ilk 1 yıl içinde, ilk yılda ise ilk 3 ay içinde olabilir. Atılıp farkedilmeyen RİA kullanıcıları gebe kalabilir.
- RİA'lar cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu değildir. Cinsel yolla bulaşan, genital yol enfeksiyonu öyküsü olan veya birden fazla cinsel eşi bulunan kadınlarda RİA, kadın veya erkek kondomu ile birlikte kullanılmalıdır.
- Uygulama sırasında az da olsa uterus perforasyonu riski vardır (binde birden azdır). Bu risk, doğru uygulama tekniğiyle en aza indirilebilir (emziren kadınlarda erken dönemde uygulamada görülebilir).
- Uygulanması ve çıkarılması hafif ağrılı olabilir.

Tablo 2.2: Bakırlı ve İlaçlı RİA'ların olumlu yönleri

	Cu-RİA	LNG-RİA
Güvenli ve çok etkilidir	✓	✓
Uzun süre korur	✓	✓
Bırakılınca doğurganlık hemen geri döner	✓	✓
Sistemik yan etkileri yoktur	✓	✗
Cinsel ilişkiden bağımsızdır	✓	✓
Emziren kadınlar için uygundur	✓	✓
İlaçlarla etkileşimi yoktur	✓	✗
Menoraji yakınmasını tedavi eder	✗	✓
Adetlerde kan kaybını %90 azaltır	✗	✓
Dış gebelik riskini azaltır	✗	✓
Pelvik enfeksiyonu azaltır	✗	✓
Ucuzdur	✓	✗

LNG- RİA'ların Olumsuz Yönleri:

- Adet düzensizliği yapar; Uygulamadan sonraki ilk 6-12 hafta, kanamalı gün sayısı artar.
- İlk 1 yılda kullananların %65'inde amenore ve hipomenore görülür.
- Adetler arası kanama; ilk 12 aya dek uzayabilir.

Cu-RİA'ya bağlı yan etkilerin çoğu ciddi değildir. Özellikle menstrüel kanamanın miktar ve süresinde artış olması ile menstrüel düzenin bozulması en sık görülen yan etkilerdir. Buna ek olarak, ilk birkaç siklus boyunca adet sancıları (dismenore) artabilir(51).

LNG-RİA'larda sistemik yan etki olarak memelerde dolgunluk, akne, ruhsal durum değişikliği, karında şişlik, baş ağrısı görülebilir. RİA kullanımına bağlı görülen önemli sağlık sorunları arasında; RİA yerindeyken oluşan gebelik,

Tablo 2.3: *Cu-RİA kullanılmayan durumlar*

-
- Tanı konulmamış vajinal kanama
 - Mevcut, aktif PEH
 - Pelvik tüberküloz
 - İyi ve kötü huylu trofoblastik hastalık öyküsü
 - Tedavi edilmemiş over/serviks/endometriyum kanseri
 - Mevcut düşük sonu/doğum sonu sepsis
 - AIDS varlığı veya yüksek CYBE/HIV riski olanlar
-

ekstrauterin (ektopik) gebelik, pelvik enfeksiyon, uterus perforasyonu sayılabilir(52).

Tablo 2.4: *LNG-RİA kullanılmayan durumlar*

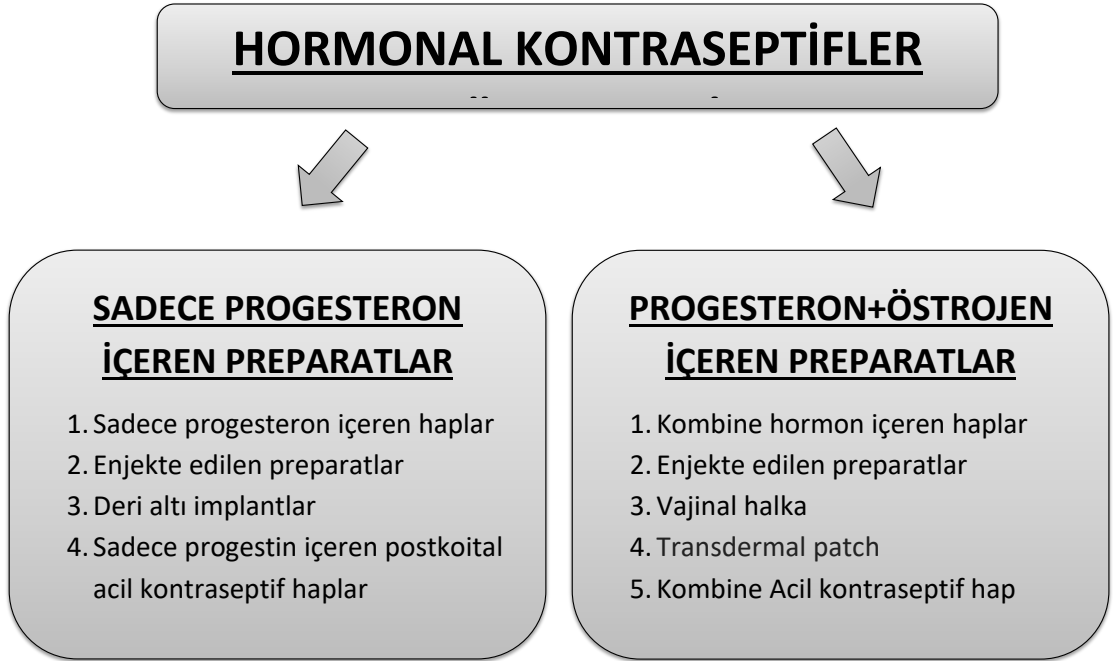
-
- Migren tipi baş ağrısı
 - Mevcut/aktif tromboembolik hastalık
 - Mevcut-aktif pürülan servisit, gonore, klamidya
 - Tanı konulmamış vajinal kanama
 - Mevcut, aktif pelvik enflamatuvar hastalık
 - Aktif viral hepatit/Dekompanse siroz
 - Karaciğer tümörleri
 - Pelvik tüberküloz
 - İyi ve kötü huylu trofoblastik hastalık öyküsü
 - Mevcut ve geçirilmiş, son 5 yıldır bulgusu olmayan meme kanseri
 - Tedavi edilmemiş over kanseri/serviks/endometriyum kanseri
 - Mevcut düşük sonu/doğum sonu sepsis
 - AIDS varlığı veya yüksek CYBE/HIV riski olanlar
-

Cu-RİA ve LNG-RİA'ların kullanılmadığı durumlar Tablo 2.3 ve Tablo 2.4'da verilmiştir. RİA uygulaması öncesinde detaylı anamnez alınması ve fizik muayene yapılması çok önemlidir.

2.5.2.2 HORMONAL KONTRASEPTİF YÖNTEMLER

Hormonal kontraseptifler temelde ovülasyonu inhibe ederek etki gösterirler. Progestin (progesteron) fraksiyonu primer olarak Luteinizan Hormonu (LH), estrogen (östrojen) fraksiyonu ise Folikül Stimulan Hormonu (FSH) baskılayarak dominant folikül gelişmesini engeller. Yine progestin (progesteron) etkisine bağlı olarak endometriyal glandlarda atrofi olur, servikal mukus kalınlaşarak sperm geçişine engel olur ve tubal peristaltizmde azalma görülür. Kombine hormon içeren preparatlar yapay bir corpus luteum gibi düşünülebilir(53).

Kontraseptif bir yöntem olarak kullanılan hormon içerikli preparatları sadece progesteron içerenler ve progesteron+östrojen içerenler olarak iki başlık altında incelemek daha uygun olacaktır (Şekil 2.2).



Şekil 2.2: Hormonal Kontraseptif Yöntemler

Sadece Progesteron hormonu içeren Kontraseptifler :

Sadece Progesteron hormonu içeren kontraseptifler ile ovulasyon baskılanır, progesteronun etkisiyle servikal mukus kalınlaşarak spermilerin geçişi engellenir, endometriyum incelerek implantasyona elverişsiz hale gelir.

Tablo 2.5: *Sadece Progesteron hormonu içeren Kontraseptifler*

1. Sadece progesteron içeren haplar (minihaplar)
2. Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA®)
3. Noretisterone enantate (NET-EN®)
4. Levonorgestrel implants (Norplant® ve Jadelle®)
5. Etonogestrel implants (Implanon®)
6. Nestorone (Elcometrine®)
7. Nomegestrol acetate (Uniplant®, Surplant®)

Türkiye’de kullanılmakta olan formları sadece progesteron içeren haplar (minihaplar), depo medroksiprogesteron asetat (DMPA), etonogestrel implants (Implanon) ve levonorgestrel salıcı implantdır(Norplant). Tablo 2.5’de sadece progesteron içeren preparatlar verilmiştir.

Sağlıklı her yaştaki kadın (nullipar veya multipar) menarştan menopoza dek istediği sürece sadece progesteron içeren hormonal kontraseptifleri kullanabilir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar için yüksek risk altında olan kadınlara mutlaka ikili yöntem kullanmaları hatırlatılmalıdır (kendisinin birden fazla cinsel eşi olan ve/veya cinsel eşinin birden fazla cinsel eşi olan kadınlar). Herhangi bir sağlık sorunu olan ve/veya geçirilmiş ciddi sağlık sorunları olan kadınların çoğu da sadece progesteron içeren hormonal kontraseptif yöntemleri kullanabilirler. Sadece progesteron içeren hormonal kontraseptifler, sigara içen, obez, emzikli ve östrojen kullanması sakıncalı olan kadınlar gibi pek çok özel koşula sahip kadında da güvenle kullanılabilir.

Minihaplar; Noretisteron, norgestrel, levonorgestel, etinodiol diasetat ve lynetrenol gibi farklı progestinleri içeren çok sayıda preparat mevcuttur. Oral

kullanılır. Her gün aynı saatte, düzenli olarak bir tane hap yutulur. Ara vermeden 28 gün sürekli kullanılır.

Minihaplar; doğru kullanıldığında %98 etkilidir. Bırakıldığında tekrar gebe kalınabilir. Emziren anneler kullanabilir. Anne sütünün kalitesini bozmaz, miktarını artırabilir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz. Rahim ve yumurtalık kanserlerine karşı koruyucudur. Geçici olarak ilk aylarda lekelenme, düzensiz adet görme ve adet görmeme olabilir.

Her gün aynı saatte alınması gerekmektedir. Düzenli alınmazsa, gebelik oluşabilir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz. Her gün aynı saatte hap almayı hatırlayabilecek kadınlar, emziren anneler (6. haftadan sonra), henüz kürtaj olmuş veya kendiliğinden düşük geçirmiş kadınlar, sigara içen kadınlar için uygundur. Ancak bebeği 6 haftadan küçük olan emziren anneler, nedeni bilinmeyen vajinal kanaması olanlar, aktif karaciğer hastalığı olanlar, meme kanseri tanısı ya da şüphesi olanlar için uygun değildir.

Hap adetin ilk 5 günü içinde alınmaya başlanmalıdır, bu durumda ek yöntem gerekmez. Hap alımı üç saatten daha fazla geciktirilirse gebelik riski artar. Hap alınması üst üste 2 gün unutulursa gebe kalma riski çok arttığından cinsel ilişki gerçekleştiyse acil kontrasepsiyon, cinsel ilişki olmadıysa yedi gün süre ile ek yöntem kullanılarak iki tablet beraber alındıktan sonra ilaç alımına devam edilmesi uygundur(47).

DMPA; Depo-provera, 150 mg medroksiprogesterone asetat içerir. 3 ayda bir intramuskuler yolla uygulanır. Uygulama zamanı tatil gününe denk geliyor ise bir kaç gün öncesinde yapılabilir. Uygulama öncesi/sonrası dönemde ± 15 gün ek yöntem kullanmak gerekmez. Enjeksiyon tarihini 15 günden fazla geçmiş ise ve gebe olmadığından emin ise enjeksiyon yapılabilir ancak 7 gün süre ile cinsel ilişkide bulunulmamalı veya 7 gün süre ile ek yöntem kullanılmalıdır. Bu süre içinde cinsel ilişki olursa, acil kontrasepsiyon uygulanabilir.

Düzenli ve kullanım kurallarına uyularak kullanıldığında çok yüksek oranda koruyucudur(%99.7 oranında). 1 yıl süre ile kullanan bin kişiden sadece 3'ünde gebelik oluşabilir. DMPA kullanan kadınlarda doğurganlığın geri dönüşü gecikebilir. Kullanılan süreden bağımsız olarak son enjeksiyondan

sonra medyan süre 10 ay kadardır. Adet düzensizlikleri, amenore sık görülür ve endometriyum atrofisine bağlıdır, tedavi gerektirmez(54). Genellikle ilk enjeksiyondan sonra lekelenme veya az kanama, fazla veya uzamış kanama görülebilir. Kilo artışı olabilir.

İmplanon; 68 mg etogestrel içeren, 40mm boyunda ve 2mm çapında tek çubuklu, etilenvinilasetat (EVA) polimerden oluşan taşıyıcıya dayanan, kesintisiz olarak düşük miktarda hormon salıveren (30g etonogestrel/gün), 3 yıl süre ile koruma sağlayan uzun etkili, geri dönüşümlü, cilt altına uygulanan bir yöntemdir. Zayıf androjenik, anabolik aktivite, kuvvetli anti-östrojenik aktivitesi vardır(55).

Üç yılda bir kez cilt altına uygulanır. Üç yıl sonra etkisi tamamen bitmemekle birlikte koruyuculuğu azaldığı için yenilenmelidir. Düzenli ve kullanım kurallarına uyularak kullanıldığında çok yüksek oranda koruyucudur(%99.9 oranında). 1 yıl süre ile kullanan bin kişiden sadece 1'inde gebelik oluşabilir. Implanon kullanan kadınlarda doğurganlığın geri dönüşü gecikebilir(56). Yapılan çalışmalarda çıkarıldıktan sonra doğurganlık 3 ayda geri dönmektedir(57).

Adet düzeninde aksama, düzensiz ve uzamış kanamalar ilk yıl sık görülür. Amenore, uygulamadan bir yıl sonra, sıklıkla görülebilmektedir. Nadiren lokal rahatsızlıklar; uygulama ve çıkarma esnasında enfeksiyon, çıkardıktan sonra nedbe, yara izi kalabilir. Baş ağrısı, baş dönmesi, akne, alt karın ağrısı, memelerde dolgunluk, implant uygulanan yerde ağrı ve kilo alma izlenebilir(58).

Norplant; hormon içeren altı adet küçük kapsülün deri altına yerleştirilmesi ile gebelikten korunmayı sağlayan "cilt altı implant yöntemi"dir.

Cilt altına yerleştirilen altı adet kapsülden her gün belirli miktarda progesteron hormonu salgılanmakta ve bu şekilde yumurtlama engellenmektedir(59).

Salınan progesteron hormonu, beyin hipofiz bezinden salgılanan ve yumurtlamayı sağlayan LH'yi baskılayarak etki eder. Ayrıca rahim içi dokusunu inceltir ve rahim ağzı mukusu kalınlaştırarak spermilerin içeriye geçişini engeller.

Tablo 2.6: DMPA ve İMPLANON'un olumlu yönleri

	DMPA	İMPLANON
-Gebelikten koruyucu etkisi çok yüksektir	✓	✓
-Kullanılması kolaydır	✓	✓
-Emzirenler güvenle kullanabilir	✓	✓
-Sigara içenler de kullanabilir	✓	✓
-Pelvik enfeksiyonlardan korur	✓	✗
-Cinsel ilişkiden bağımsızdır	✓(3ay)	✓(3yıl)

Norplant 5 yıl süre ile gebelikten korur. Sonra cerrahi bir kesi ile norplantın çıkarılması gereklidir. Etkinliği beş yıl boyunca %100'e yakındır(42).

Norplantın görülen en sık yan etkileri; özellikle ilk yıl içinde görülen adet düzensizlikleri (%60), baş ağrısı, memelerde ağrı (mastalji), memeden süt gelmesi (galaktore), kilo alma veya verme, akne, depresyon, tüylenme (hirsutism), adetten kesilme, uygulandığı cilt bölgesinde renk değişikliği ve yumurtalık kistleridir.

Norplant ve İmplanon gibi cilt altı implantları; emzirenler, doğum kontrol hapi kullanamayanlar ve ileri yaştaki bayanlar için uygun bir korunma alternatifi olabilir(60).

Tablo 2.7: İmplant uygulaması sonrası görülebilen yan etkiler

- Adet kanamasında azalma
- Adet dışında ara kanamalar ya da lekeler
- Baş ağrısı, baş dönmesi
- Bulantı
- Kilo artışı
- Ciltte sivilcelenme
- Saç dökülmesi

İmplant uygulamaları;

- Meme kanseri geçmişi, tanısı ya da şüphesi olan
- Nedeni belirsiz vajinal kanaması olanlar
- Hastalık devam ettiği sürece karaciğer hastalığı olanlar
- Tüberküloz ya da sara (epilepsi) tedavisi görenler için uygun değildir.

Progesteron ve östrojen hormonu içeren kontraseptifler :

Oral ve enjekte edilen kombine hormonal kontraseptif yöntemler bulunmaktadır. Etki mekanizması olarak; öncelikle ovulasyon baskılanır (bu etkidenden daha çok östrojen sorumludur), progesteronun etkisiyle de servikal mukus kalınlaşarak spermilerin geçişi engellenir, endometriyum incelerek implantasyona elverişsiz hale gelir ve tuba motilitesi değişerek sperm geçişi azalır.

Enjekte edilen kontraseptifler, uzun etkili hormon preparatı içeren kontraseptif yöntemlerdir. Oral formları ise günlük kullanım gerektirmektedir(43). Sağlıklı her yaştaki kadın (nullipar veya multipar) menarştan menopoza dek istediği sürece kombine hormonal kontraseptifleri kullanabilir. 35 yaş ve üzerinde olup günde 15 ve daha fazla sigara içen kadınların hem oral, hem de enjekte edilen kombine hormonal kontraseptif yöntemleri kullanmamalıdır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar için yüksek risk altında olan kadınlara mutlaka ikili yöntem (hap+kondom) kullanmaları hatırlatılmalıdır (kendisinin birden fazla cinsel eşi olan ve/veya cinsel eşinin birden fazla cinsel eşi olan kadınlar); Kombine hormonal kontraseptif yöntemler sadece istenmeyen gebeliklerden korunmada çok başarılı olup, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumamaktadır. Bu nedenle risk altındaki kadınlar mutlaka ikili yöntem kullanmalıdır. Herhangi bir sağlık sorunu olan geçirilmiş ciddi sağlık sorunları olan, ve/veya başka ilaç kullanmak zorunda olan kadınların çoğu da hem oral hem de enjekte edilen kombine hormonal kontraseptif yöntemleri kullanabilirler(61).

Oral Kombine Hormonal Kontraseptif Yöntemler: Kombine oral kontraseptifler (KOK) doğal kadınlık hormonları olan östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerirler: Etinil östrodiol içeriği, düşük doz KOK'larda 30 g ve daha az, diğer KOK'larda; 50 g.dır(62). 21, 22 ve 28 günlük

paketler halinde hazırlanmıştır. Monofazik ve multifazik preparatlar olarak ikiye ayrılır: monofazik KOK'ların içeriği her hap için aynıdır. Multifaziklerde ise hapların içeriği günlere göre değişir. Yapılan çalışmalarda iki grubun birbirinden üstün olmadığı görülmüştür(63).

Tablo 2.8: *Oral Kombine Hormonal Kontraseptif Kullanım Kuralları*

-
- Düzenli olarak, her gün 1 hap yutulur
 - Tercihan her gün yaklaşık aynı saatlerde, (akşam yemeğinden sonra veya gece yatmadan önce, yutulmalıdır)
 - 21 gün düzenli-unutulmadan yutulur.
 - 7 gün hap yutulmaz, ara verilir,
 - 8. gün yeni bir kutuya başlanır.
-

Oral kombine hormonal kontraseptif yöntemlerin kullanımında “Hap yutulması unutulduğunda ne yapılmalıdır?”(64)

1. “30-35 mcg etinil östrodiol içeren haptan 1 veya 2 hap” unutulduysa ve “20 mcg etinil östrodiol içeren haptan 1 hap” unutulduysa;
 - Hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı, “o günün” hapı da yutulmalı (2 hap/gün) ve düzenli olarak her gün 1 hap yutulmaya devam edilmelidir.
 - Ek yönteme gerek yoktur.
2. “30-35 mcg etinil östrodiol içeren haptan 3 veya daha fazla hap” unutulduysa ve “20 mcg etinil östrodiol içeren haptan 2 veya daha fazla hap” unutulduysa;
 - Hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı, “o günün” hapı da yutulmalı (2 hap/gün) ve düzenli olarak her gün 1 hap yutulmaya devam edilmelidir.
 - İlaveten 7 gün içinde cinsel ilişkiye girilmemeli veya ek yöntem kullanılmalıdır.

- Siklusun ilk haftası içinde unutulmuşsa ve bu süre içinde ek yöntem kullanılmaksızın cinsel ilişkiye girilmişse acil kontrasepsiyon gerekir.
- Siklusun üçüncü haftası içinde unutulmuşsa, hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı, aynı gün normal hap saatinde de o günün hapi yutulmalı, kullanılmakta olan paket bitirilmeli, hiç ara verilmeden yeni pakete başlanmalıdır. Ek yöntem gerekmez.

Düzenli ve kullanım kurallarına uyularak kullanıldığında çok yüksek oranda gebelikten koruyucudur. %99.7 oranında korur, sadece bin kişiden 3'ünde gebelik oluşabilir. Ancak düzenli ve doğru kullanılmaz ise, koruyuculuğu %92'ye düşer(64).

Tablo 2.9: *Oral Kombine Hormonal Kontraseptif Yöntemlerin Olumlu Yönleri*

-Bırakıldığında hemen gebe kalınabilir,
-Adetleri düzenler,
-Anemi riskini azaltır,
-Adet öncesi gerginlik ve dismenoreyi azaltır,
-İyi huylu meme hastalıklarından korur,
-Over kistlerinden, over kanserinden korur
-Endometriyum kanserinden korur,
-Akneyi azaltır,
-Kolon kanseri riskini azaltır,
-Osteoporoz ve buna bağlı kemik kırılmalarını önler,
-Romatoid artriti azaltır.
-Bırakıldığında hemen gebe kalınır

Oral kombine hormonal kontraseptif yöntem kullanırken hap kullanmaya başlanan ilk 3 ayda; bulantı, kusma, baş ağrısı, memelerde hassasiyet, adet kanamasında azalma, adetler arasında lekelenme ve venöz tromboemboli (ilk 4 ayda) görülebilir. (65)

Tablo 2.10: Oral Kombine Hormonal Kontraseptiflerin Olumsuz Yönleri

- Her gün hap almanın hatırlanması gerekir.
- Kilo artışı olabilir.
- Depresyon ve cinsel istek azalması gibi ruhsal değişiklikler olabilir.
- Lekelenme ya da ara kanamaları görülebilir.
- Bazı ilaçlarla(barbitüratlar, fenitoin, fenilbutazon, rifampisin) etkileşimi vardır.
- Kan basıncı yüksek olan,35 yaşın üstünde ve aynı zamanda günde 20'den fazla sigara içen kadınlarda nadiren kalp krizine ve bacak derin venlerinde tromboza neden olabilir.
- Kan basıncını yükseltebilir.
- Klamidya enfeksiyonu riskini artırır.
- Anne sütünün miktarını ve niteliğini etkiler.
- Emziren kadınlar için uygun değildir.
- HIV/AIDS dahil CYBH'lere karşı koruyucu değildir.

KOK başlandıktan sonra ilk kez 1 ay sonra kontrole gelinmelidir. Her kontrole gelindiğinde “izlem danışmanlığı” yapılmalıdır. İlk kullanım için 1 paket/blister hap verilirken, kontrol ziyaretlerinde 2’şer blister verilebilir. Hiç bir yakınma olmasa da her yıl bir kez kontrole gelinmelidir(66).

KOK kullanırken; şiddetli baş ağrısı olursa, şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı olursa, şiddetli karın ağrısı olursa, şiddetli uyluk, bacak ağrısı olursa, görme, konuşma bozukluğu olursa, sarılık olursa, adet olmazsa veya adet kanaması az olursa kontrol tarihi beklenmeksizin bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır(67).

Kombine Enjekte Edilen Hormonal Kontraseptif Yöntemler: Doğal östrojen ve progestogen olarak “östradiol valerate 5 mg + noretisteron enantate 50 mg” (Mesigyna®) ve “östradiol cypionate 5 mg + medroxyprogesteron asetat 25 mg” (Cyclofem) içeren iki preparatı bulunmaktadır. Bunlardan Mesigyna 1997 yılından beri ülkemizde

kullanılmaktadır. “Her ayın aynı günü” enjeksiyona gelinmeli, tatile denk geliyorsa birkaç gün önce gelinmelidir. Düzenli olarak, 4 haftada bir kez kombine –aylık- enjeksiyon uygulanır. Uygulama zamanından önce/sonra ± 7 gün ve bu 7 gün için ek yöntem kullanmak gerekmez. Enjeksiyon tarihini 7 günden fazla geçmiş ise ve gebe olmadığından emin ise enjeksiyon yapılabilir. Ancak 7 gün süre ile cinsel ilişkide bulunulmamalı veya 7 gün süre ile ek yöntem kullanılmalıdır. Bu süre içinde cinsel ilişki olursa, acil kontrasepsiyon uygulanabilir. Düzenli ve kullanım kurallarına uyularak kullanıldığında çok yüksek oranda gebelikten korunur(%99.95). Sadece onbin kişiden 5’inde gebelik oluşabilir. Ancak düzenli ve doğru kullanılmaz ise, koruyuculuğu %97’ye düşer(68).

Tablo 2.11: *Kombine Enjekte Edilen Hormonal Kontraseptif Yöntemlerin Olumlu Yönleri*

- Gebelikten koruyucu etkisi çok yüksektir,
- Bırakıldığında hemen gebe kalınabilir,
- Kullanılması kolaydır(ayda 1 enjeksiyon)
- Menarştan menopoza kadar kullanılabilir,
- Over kistlerinden, over kanserinden korur,
- Safra kesesi hastalığı olanlar da kullanabilir.
- Bırakıldığında hemen gebe kalınır.

Kombine enjekte edilen hormonal kontraseptif yöntem kullanırken; adet düzeninde aksama, baş ağrısı, baş dönmesi, halsizlik, yorgunluk, memelerde hassasiyet ve kilo artışı görülebilir(69).

İlk olarak 1 ay sonra, yeni enjeksiyon için gelinmelidir. Tercihan her ayın aynı günü gelinmesi hatırlamayı kolaylaştıracaktır. Ancak tatile denk geldiğinde veya kullanıcı için uygun olmadığına, birkaç gün önceden (enjeksiyonların arası 28 gün ± 7 gün) enjeksiyona gelinebilir. Yönteme uyumun değerlendirilebilmesi için 3 ay sonra ilk kontrol, ardından yılda bir kez rutin kontrol önerilir(70).

İğne yapılan yerde ağrı, kızarıklık, şişlik olursa, şiddetli baş ağrısı olursa, şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı olursa, şiddetli karın ağrısı olursa, şiddetli uyluk, bacak ağrısı olursa, görme, konuşma bozukluğu olursa, adet olmazsa veya adet kanaması az olursa kontrol tarihi beklenmeksizin bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır(64).

Kombine Hormonal Vajinal halka (Nuvaring): Nuvaring, uygulaması kolay, güvenilir, hormon içeren, ince, yuvarlak, esnek bir gebelikten korunma halkasıdır(71). Nuvaring gebelikten korunma (kontrasepsiyon) amacıyla vajina içine adet ilk günü yerleştirilir, adet 21. günü ise içeriden alınır(72). Vajina içine kolay bir şekilde derine yerleştirilen Nuvaring cinsel ilişki sırasında erkek eş tarafından da hissedilmemektedir(73).

Aynı ağızdan alınan doğum kontrol hapları (oral kontraseptifler) gibi, fakat daha düzenli bir şekilde hormon salınımı yaparak bir ay boyunca gebelikten koruyucu özelliğe sahiptir. Her gün dengeli hormon salınımı nedeni ile doğum kontrol haplarındaki gibi ara kanama riski çok daha düşük alternatif bir korunma yöntemidir.

Düzenli hormon salınımı nedeni ile doğum kontrol haplarındaki adet düzensizlikleri Nuvaring ile olmamaktadır. Çünkü 24 saatte bir alınan doğum kontrol haplarında bazen adet düzensizliği şikayetleri ortaya çıkmaktadır(71).

NuvaRing etonogestrel ve etinilestradiol içerir. Etonogestrel 19-nortestosteron türevi bir progestajendir ve hedef organlarda progesteron reseptörlerine yüksek afinite ile bağlanır. Etinilestradiol kontraseptif ürünlerde yaygın olarak kullanılan bir estrojendir. NuvaRing'in kontraseptif etkisi en önemlisi ovulasyon inhibisyonu (yani yumurtlamayı önleyici) olan çeşitli mekanizmalara dayanmaktadır(74).

NuvaRing, oral kombine kontraseptiflere benzer şekilde hamileliğe karşı koruma sağlamanın yanında, doğum kontrolü yöntemi kararında yararlı olabilecek çeşitli olumlu özelliklere de sahiptir. Siklüs daha düzenlidir ve menstruasyon sıklıkla daha az ağrılı ve kanama daha hafiftir. Kanamanın azlığı demir yetersizliği oluşumunu azaltabilir. Yine aynı şekilde KOK'ların endike ve kontraendike oldukları durumlar vajinal halka içinde geçerlidir(75).

2.5.2.3 SPERMİSİT

Spermisit, spermin hücre zarını parçalayarak hamileliği önleyen bir doğum kontrol şeklidir. Sperm için toksik etki yaratan nonoksinol-9 adı verilen bir kimyasal içerir. Kimyasal, spermi durdurur ve yumurtayı döllemesini önler(76).

Spermisit olarak bilinen kimyasal madde, cinsel ilişkiden hemen önce kullanıldığında spermilerin yumurta hücrelerine ulaşmasını engellemektedir. Değişik formlarda bulunabilen bu yöntemin kullanım oranı giderek artmaktadır.

Spermisitler; jel, köpük, krem gibi çok çeşitli formülasyonlar içinde bulunabilir. Cinsel ilişkiden kısa bir süre önce vajina yoluyla rahim ağzı yakınlarına spermisit yerleştirilebilir. Spermisitler düşük maliyetlidir ve temin edilmesi kolaydır. Aynı zamanda, hormonal doğum kontrolü ile ilişkili yan etkilerden kaçınmaya izin verir(77).

Spermisit, genellikle sperm öldürücü olarak bilinse de spermileri öldürme etkisine sahip değildir. Yalnızca, spermilerin yavaşlamasını sağlayarak yumurtaya ulaşma kabiliyetini azaltmaktadır(78).

Spermisit cinsel birleşmeden yaklaşık 20-25 dakika önce kullanılmalıdır. Çünkü spermisit en fazla bir saat kadar etkin kalabilir. Bir saat sonra cinsel birleşme devam ediyorsa ya da tekrar ilişkiye girilecekse yeniden kullanılmalıdır. Cinsel birleşme bittikten sonra en az 5 saat vajen yıkanmamalıdır. Vajinal yıkama spermisitin etkisini etkisini azaltacak hatta yok edecektir. Spermisit kullanılmadan önce hijyene çok dikkat edilmelidir. Eller iyi bir şekilde sabunla yıkanmalı ve daha sonra kurulanmalıdır. Uygulama işlemi kuru elle yapılmalıdır. Yeni ilişkiler için yeni spermisitler kullanılmalıdır. Doğru kullanıldığında %94 etkilidir. İlk yıl başarısızlık oranı 100 kadın için 10-25'dir.

Her ilişki için yeni bir spermisit kullanılmalıdır. Spermisitler ilişkiden önce uygulanmalı ve ilişkiden 6-8 saat sonraya kadar hazne (vajen) içinde kalmalıdır. Bu süre içinde vajinal duş yapılmamalıdır. Sık spermisit kullanımı

irritasyona neden olabilir. Kadının, spermisitlerde bulunan kimyasal maddelerden herhangi birine karşı allerjisi varsa kullanılmaz.

Spermisitin etkin maddesi olan nonoksinol-9, özellikle günde birkaç kez kullanıldığı takdirde genital dokuları tahriş edebilir. Bu tahriş, HIV ve diğer enfeksiyonların oluşma riskini artırır. Ayrıca, bazı insanların spermisit içerisinde bulunan maddelere karşı allerjisi bulunmaktadır. Cinsel ilişki sonrası vajinada veya peniste acı ve tahriş olma hissi oluşuyorsa, duyarlılık ihtimali değerlendirilmelidir. Spermisit çeşidini ya da markasını değiştirmek işe yaramazsa, başka bir doğum kontrol yöntemi tercih edilmelidir(79).

Spermisitlerin tek bir doğum kontrol yöntemi olarak tercih edilmesi önerilmemektedir. Ancak, herhangi bir kontrasepsiyon ile birlikte kullanılması daha uygundur(80).

Sperm öldürücü köpük: Kontraseptif köpük, aplikatör ile birlikte gelir. Kutuyu en az 30 saniye çalkaladıktan sonra, aplikatörün ucu aşağı doğru bastırılmalıdır. Kadın uzanırken, aplikatör vajinaya birkaç santimetre sokulmalı ve köpüğün aktarılması için piston itilmelidir. Köpük hemen aktif hale geleceği için, 30 dakika içerisinde cinsel aktivite tamamlanmalıdır.

Doğum kontrol filmi: Vajinal kontraseptif film, ince bir tabakadır. Kullanım esnasında önce ikiye, sonra tekrar ikiye katlanmalı ve işaret parmağın ucuyla rahim ağzına yerleştirilmelidir. Sperm öldürücü film, vajinal salgıları emerek kalın bir jel kıvamına gelir ve böylece spermin hareketsiz kalmasını sağlar. Tamamen çözülmesi ve etkili bir şekilde çalışması için cinsel ilişkiden en az 15 dakika önce yerleştirilmelidir. Her cinsel ilişkide yeni bir kontraseptif film parçası kullanılmalıdır. Tek bir uygulama yaklaşık 1 saat boyunca etkilidir.

Spermisidal jöle: Kontraseptif jöle, spermisitlerin başka bir şeklidir. Jöleler, tüp içerisinde bulunur ve genellikle bir diyafram veya servikal kapakla birlikte kullanılır. Spermisidal jöle aplikatöre sıkıştırılır, daha sonra vajinaya yerleştirilir. Cinsel ilişki bir saatten uzun sürerse veya tekrarlanırsa, başka bir sperm öldürücü jöle dozu uygulanmalıdır. Bir diyaframla kullanıldığında, koruma altı saate kadar artabilir.

Tabletler veya fitiller: Bu yöntemler bir köpük halinde eriyen katı spermisit biçimleridir. Tablet ve fitiller yaklaşık birkaç santimetre uzunluğundadır. Fitol, mümkün olduğu kadar rahim ağzına yakın bir bölgeye yerleştirilmeli ve çözünmesini sağlamak için 10 ile 15 dakika beklemelidir. Her cinsel ilişki esnasında yeni bir fitil kullanılmalıdır.

Spermisit kremler ve jeller: Bu tür spermisitler, sperm öldürücü jöle ile aynı şekilde kullanılır ve kayganlaştırıcı özelliği de vardır. Krem ve jeller farklı dokularda gelir. Diğer spermisitlere oranla damlama veya sızma olasılığı daha düşüktür. Aplikatör spermisit tüpünün ucuna takılmalı krem veya jel ile doldurulmalıdır. Vajina içerisine ve rahim ağzına iletildiğinde maddeyi serbest bırakmak için pistona bastırılmalıdır. Jel ve kremler cinsel ilişkiden hemen önce aktifleşir, etkinlik süresi 30 dakikadır(81).

Doğum kontrol sünger: Kontraseptif sünger; çapı yaklaşık 5 cm olan, yumuşak, yuvarlak bir bariyer cihazıdır. Katı poliüretan köpükten yapılmıştır ve sökölmesi için tabana bağlı bir düğüm bulunmaktadır. Sünger önce su ile nemlendirilmeli ve cinsel ilişkiden önce vajinaya yerleştirilmelidir.

2.5.2.4 DİYAFRAM

Diyafram katlanabilir bir kenarı olan silikon bir kaptır. Rahmin girişini (rahim ağzı) kaplar ve sperm hücrelerinin yumurta hücresine erişmesine engel olur.

İstenmeyen gebeliklere karşı % 94 etkilidir. Diyafram, cinsel ilişkiye girmeden yaklaşık 1 saat önce yerleştirilebilir ve cinsel ilişki sonrası en az 6 saat boyunca yerinde kalmalıdır. 24 saatten fazla bir süre vajinada bırakılmamalıdır. Kullanıcı 6 saat içinde yeniden cinsel ilişkiye girecek olursa, diyaframı çıkarmadan vajinaya daha fazla sperm öldürücü yerleştirmelidir(82).

Diyafram doğum kontrolünün hemen etkili ve geri döndürülebilir bir şeklidir. Diyaframlar çeşitli tiplerde ve boyutlarda olabilir(83).

Diyafram kullanması uygun olmayan kadınlar:

- Vajina ve vulvaya dokunmaktan rahatsızlık duyanlar,
- Lateks, silikon veya spermisit duyarlılığı olanlar,

- Uterus veya vajinal anormalliği olanlar,
- Diyaframın yerleştirilmesi çok zor olanlar,
- Son 6 hafta içinde doğum yapan veya hamileliğin ilk üç ayından sonra kürtaja girenler,
- Sık sık idrar yolu enfeksiyonu olanlar,
- Toksik şok sendromu öyküsü bulunanlar,
- Zayıf vajinal kas dokusu olanlar,
- Rahim ağzından yakın zamanda ameliyat olanlardır.

Her doğum kontrol şekli, hem avantaj hem de dezavantaja sahiptir. Diyafram belli durumlarda iyi bir seçenek olabilir, çünkü:

- Hamile kalma kararlarını bir kadın kontrol edebilir,
- Emzirme döneminde güvenle kullanılır,
- Kolayca bir cebe veya çantaya sığar,
- Hormon seviyeleri üzerinde herhangi bir etkisi yoktur,
- Hemen etkili ve hemen geri döndürülebilir,
- Vajinal ilişkiden birkaç saat öncesinde takılabilir,
- Genellikle seks partneri tarafından hissedilmez,
- Spiraller veya hormonal tedaviden daha farklıdır ve düzenli doktor ziyaretlerine gereksinim duyulmaz,
- Kardiyovasküler problemler için risk bulunmadığından, 35 yaş üstü kadınlar ve sigara içenler için oral doğum kontrol haplarından daha güvenli olabilir(84).

Diyafram kullanmanın dezavantajları:

- Yerleştirme zorluğu,
- Penis boyutu, cinsel pozisyon veya ağır itme nedeniyle diyaframın hareket etmesi ihtimali,
- Her vajinal ilişki eyleminden önce takılmasıdır.

2.5.2.5 KONDOM

Kondom, cinsel ilişki sırasında penise takılan bir kılıftır. Erkeğin sperminin vajinaya boşaltılmasını engeller. Yaygın olarak kullanılan kondomlar lateks ya da poliüretandan yapılır(64). Günümüzde koyun barsağından yapılan

kondomlar mevcut olsa da CYBH'lara karşı koruyucu olmadıklarından kullanımları önerilmemektedir. Kondom silindir şeklindedir ve açık ucunun kenarı, kullanımı kolaylaştırmak için kalındır. Kapalı ucunda semenin toplandığı bir yer (rezervuar) vardır(6).

Günümüzde HIV enfeksiyonu dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklar yayıldıkça kondom kullanımı da giderek artmaktadır; çünkü kondom bu hastalıklardan korunmada en etkili yöntemdir(85).

Kondom, her cinsel ilişkide doğru olarak kullanılırsa çok etkilidir. Doğru kullanımında başarı oranı %97'dir. Spermisit içeren kondom ya da beraberinde spermisit kullanıldığında başarı oranı %99'un üzerine çıkmaktadır.

Kondom kolay ulaşılabilir, ucuz, uygulaması basit, doğru şekilde kullanıldığında koruyuculuğu yüksek bir yöntemdir(86). Kondom erekte penise vajinaya girmeden önce ereksiyon halindeyken takılmalı, ejekülasyon sonrası ereksiyon bitmeden tutularak vajinadan çıkılmalıdır. Kondom takılırken hazne bölümünde hava kalmamasına dikkat edilmelidir. Kondom kullanımı sonrasında kontrol edilmeli, yırtılma ya da sızma tespit edilirse kadının acil kontrasepsiyon yöntemlerini kullanması sağlanmalıdır.

Kondom kullanımına bağlı olarak görülen yan etkiler oldukça nadirdir. En ciddi yan etki lateks allerjisi olan kişilerde izlenebilir. İzlenen yan etkiler çoğunlukla tahriş kaynaklıdır. Burada tahrişin mekanik mi kimyasal kaynaklı mı olduğunun tespiti önemlidir. Kondomun içeriğindeki kayganlaştırıcı ya da beraberinde kullanılan spermisit maddelere karşı hassasiyet gelişmiş olabilir(87).

2.5.2.6 KADIN PREZERVATİFİ

Bir kontraseptif seçenek olan kadın kondomu, özellikle cinsel eşleri kondom kullanmayan kadınlara CYBH'lerden korunma şansı vermektedir. İlk kez 1992 yılında Avrupa'da piyasaya sürülmüştür(88). Kadın kondomları poliüretan ya da lateks bir kılıf ile iç ve dış olarak iki değişik boyda halkadan oluşur. Halkalardan küçük olanı kılıfın kapalı ucunda bulunur ve vajina içine, serviksi örtecek şekilde yerleştirilir. Açık ve tek büyük halka ise vulvada

kalır. Erkek kondomu gibi genital teması ve semenin vajinaya dökülmesini önler(89).

Doğru kullanıldığında %95 etkilidir. Kadının kontrolünde olan bir yöntemdir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma imkanı sağlar. Kadın kondomu ilişkiden saatlerce önce takılabildiğinden cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz. Ancak kadın takmakta zorlanabilir, kullanmak için kadının kendi anatomisini iyi bilmesi gerekmektedir. Doğru bir yerleştirme deneyim gerektirir. Fiyatı erkek prezervatifine göre nispeten daha pahalıdır.

2.5.2.7 VAZEKTOMİ

Vazektomi, en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Bu yöntem cinsel ilişki ve tatminde bir değişiklik yapmayacağı gibi, vücudun diğer işlevlerini de etkilemez(90).

Vaz deferenslerin bağlanıp kesilmesi sonucu spermlerin meniye geçişini engelleyen bir yöntemdir(91). Erkek döl hücresi olan sperm, testislerde üretilir ve vaz deferens adlı kanal aracılığıyla penise taşınır. Vazektomide vaz deferens, skrotuma üst kısmından girilerek bulunur, kesilir ve bağlanır(92). Sperm daha ileriye geçemez. Erkekler bu küçük cerrahi işlemten sonra da semen üretmeye ve cinsel işlev kaybı olmadan cinselliklerini yaşamaya devam ederler(93). Vazektomi, testislerin alınması ya da çalışamaz duruma gelmesi demek olan kastrasyonla karıştırılmamalıdır.

Vazektominin etkinliği oral kontraseptif, RİA, enjekte edilen kontraseptif ya da kondomdan daha fazladır; başarısızlık oranı 1000'de 1 kadardır(94). Oluşan gebelikler genellikle vazektomiden hemen sonra görülür. Bu yüzden yöntemi seçenlere 20 boşalma boyunca ek bir yöntemle korunması gerektiği mutlaka vurgulanmalıdır.

Olumlu Yönleri;

- Çok etkilidir,
- Güvenli bir işlemdir,
- Çift bir daha asla gebelik kaygısı taşımaz,
- İleri dönemlerde ortaya çıkan yan etkisi yoktur,
- Cinsel ilişkiyi etkilemez,

- Girişim hastanede yatmayı gerektirmez, kısa sürede ve kolaylıkla uygulanır.

Olumsuz Yönleri;

- İşlem sırasında ve işlemten hemen sonra rahatsızlık olabilir.
- İşlem sonrası ufak bir şişlik, skrotum içine kanama (hematom) ya da enfeksiyon olasılığı vardır,
- Hemen etkili olmaz. Tüm spermilerin atıldığından emin olabilmek için işlem sonrası iki ay (veya en az 20 ejakülasyon) boyunca başka bir kontraseptif yöntem kullanılmalıdır,
- Geri döndürülmesi güçtür, kalıcı bir yöntem olarak kabul edilmelidir,
- Cerrahi deneyim, aseptik ortam ve uygun cerrahi donanım gerekir,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz.

Vazektomi uygulanan kişiye, bir hafta sonra izlem için kliniğe gelmesi söylenir. İdeal olan vazektomili kişinin izlem muayenesinin, işlemin yapıldığı klinikte, işlemi yapan cerrah tarafından yapılmasıdır. Ancak ulaşım çok zorsa, izlem muayenesi başka bir klinikte, bu konuda eğitim görmüş sağlık personeli tarafından da yapılabilir. İzlem muayenesinde skrotum bölgesine bakılır, yakınmalar varsa onlara yönelik incelemeler yapılır ve varsa sütürler alınır. Ayrıca olanak varsa girişimden iki ay sonra semen analizi yapılarak azospermi kanıtlanmalıdır(64).

2.5.2.8 TÜP LİGASYONU

Tüp ligasyonu, başka çocuk istemeyen ve doğurganlığını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir(95). Cinsel işlev ve tatminde bir değişiklik yapmayacağı gibi, vücudun diğer işlevlerindeki etkilemez. Tüp ligasyonu en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Oral kontraseptifler, RİA ve enjekte edilen kontraseptiflerden çok daha etkilidir; başarısızlık oranı yalnızca 1000'de 1 kadardır(96).

Oyum, overlerden fallop tüplerine geçer, tüp içinde spermle karşılaşır ve döllenir. Döllenmiş yumurta, uterus içine yerleşebilirse normal gebelik oluşur. Tüp ligasyonu ile her iki tüp mekanik şekilde kapatılarak döllenme engellenir(97).

Tüp ligasyonunda her iki tüp mekanik yolla kapatılır. Bu işlem minilaparotomi veya klasik laparotomi olarak yapılabilir.

Olumlu Yönleri:

- Gebeliği önleme etkisi hemen başlar,
- Başarısızlık oranı düşüktür,
- Eşlerin kontrasepsiyon sorununu ortadan kaldırır,
- Cinsel ilişkiyi etkilemez,
- İleri dönemlerde ortaya çıkan yan etkisi yoktur.

Olumsuz Yönleri:

- Operasyon sırasında ya da hemen sonrasında kanama ve enfeksiyon riski vardır (cerrahi tekniğin doğru ve titizlikle uygulanması, bu komplikasyonların oluşmasını önler),
- Operasyonu izleyen birkaç gün kesi yerinde ve alt karında ağrı olur,
- Geri dönüşü zordur ve garanti edilemez (Pahalı ve her merkezde bulunmayan mikrocerrahi tekniklerin uygulanmasını gerektirir),
- Düşük bir oranda da olsa dış gebelik olasılığı vardır,
- CYBH'lere karşı koruyuculuğu yoktur.

Tüp Ligasyonunda Başarısızlık Nedenleri

1. Tüp ligasyonu sırasında erken gebelik (luteal faz gebeliği) bulunması: Bu kadınlar sterilizasyon sırasında zaten gebedir. Luteal faz gebeliklerinin önlenmesi için izlenecek üç yol vardır:
 - Tüp ligasyonu işleminin adet in foliküler fazında uygulanması,
 - Çiftlerin tüp ligasyonuna gelinceye kadar güvenilir bir yöntemle korunmasının sağlanmış olması,
 - Tüp ligasyonu sırasında gerekli durumlarda endometriyumun aspire edilmesi,
2. Cerrahi teknikte hata: Gerekli cerrahi prensiplere mutlaka uyulması gerekir,
3. Aletlerin çalışmaması: Laparoskopik girişimler sırasında kullanılan aletlerin çalışmadaki hatalara bağlı başarısızlıklar görülebilir,

4. Tüpte fistül oluşumu: Özellikle elektrokoagülasyon tekniğinde karşılaşılabilen bir durumdur,
5. Spontan reanastomoz: Çok ender olarak tüplerin yeniden ağzlaşabildiği bildirilmektedir.

2.5.3 ACİL KONTRASEPSİYON

Acil kontrasepsiyon, korunmasız cinsel ilişki, cinsel saldırı ve uygulanan kontraseptif yöntemde başarısızlık durumlarında oluşabilecek istenmeyen bir gebeliği implantasyon öncesi önlemek için uygulanan kontraseptif metottur. İlk kez 1960'larda östrojenler yüksek dozlarda acil kontraseptif yöntem olarak kullanılmaya başlanmıştır(98). 1970'lerde Yuzpe ve arkadaşları östrojen ve progesteron kombinasyonunu acil kontrasepsiyonda kullanmaya başlamışlardır(99)(100). Rahim içi araçlar (RIA) 1976'da acil kontraseptif yöntem olarak uygulanmıştır(101).

Acil kontrasepsiyon endikasyonları;

- Cinsel ilişki esnasında kontraseptif yöntem kullanılmaması,
- Prezervatifin mekanik olarak yetersizliği (yırtılma, sızdırma, yerinden kayma),
- Kadın kondomu, servikal başlık, diaframın yerinden oynaması, sızdırması,
- İlişki öncesi konulan spermisid tablet ya da filmlerin erimesindeki yetersizlik,
- Geri çekme yönteminde başarısızlık,
- Kombine oral kontraseptif tabletlerin alınmasının unutulması (herhangi iki ardışık tablet),
- Yalnız progesteron içeren tabletlerin alınmasının unutulması (bir ya da daha çok),
- İntrauterin araçların parsiyel ya da tam olarak yerinden çıkması,
- Potansiyel teratojen ajanlara maruziyet,
- Enjektabl kontraseptiflerin geç enjeksiyonu,
- Cinsel saldırı.

Acil Kontraseptif Yöntemler;

1. Hormonal acil kontraseptif yöntemler;

- Yüksek doz östrojen,
- Östrojen ve progesteron kombine kullanımı,
- Sadece progesteron içeren haplar,
- Antiprogesteronlar (Mifepriston),
- Androjenler (Danazol),

2. Mekanik yöntemler

- Bakırlı RİA.

Yüksek doz östrojen Acil kontrasepsiyon yöntemi olarak yaygın olarak kullanılmış ilk hormon Dietilstilbesterol (DES)'dur (4-6 gün boyunca günde 50 mg). Ancak potansiyel teratojenik etkilerinden dolayı günümüzde kullanılmamaktadır. Günümüzde etinil östradiol tercih edilir. Günlük 2 ve 5 mg'lık dozlarda 5 gün boyunca kullanımı analiz edilmiş olup kümülatif gebelik oranı %0.6 bulunmuştur(102). Başarısızlık oranları oldukça az olmakla beraber ektopik gebelik oranları %10'dur. İntrauterin gebeliği ektopik olana göre daha fazla engellemeleri tubal motiliteyi azaltmaları nedeniyle olabilir(103)(104). Yüksek doz östrojen kullanımında yan etki insidansı daha fazladır. Bu yan etkiler bulantı, kusma, göğüslerde hassasiyet, ara kanama ve pulmoner ödemdir(105).

Östrojen ve progesteron kombine kullanımı Günümüzde 100 mcg Etinil Östradiol (EE) ve 0.5 mg levonorgestrel (veya 1 mg norgestrel) içeren kombinasyon en popüler acil kontraseptif yöntemi haline gelmiştir. Bu rejim kullanılarak gebelik riski %8'den %1-2'ye düşürülebilir(106). Bu yöntemde kullanılan hormonların teratojenite ve konjenital anomaly riskinde artış yaptığına ait bir kanıt yoktur(107). Ektopik gebelik insidansında artışa yol açtığına dair herhangi bir bilgi yoktur. En sık karşılaşılan yan etkilerden bulantı ve kusma insidansı, sadece progesteron içeren rejimlere göre daha fazladır(108).

Sadece progesteron içeren haplar Levonorgestrel acil kontrasepsiyon amacıyla üzerinde çalışılan ve kullanılan tek progesterondur. Korunmasız

cinsel ilişki sonrasında 72 saat içinde 0.75 mg levonorgestrel içeren tabletler 12 saat ara ile alınır. Gebeliği %85 oranında önlediği gösterilmiştir. Kombine kullanılan rejimlerle karşılaştırıldığında başarısızlık oranları düşük, yan etki insidansı azdır(109)(110). Levonorgestrelin pıhtılaşma üzerine herhangi bir etkisi yoktur ve daha önce venöz tromboz öyküsü olanlarda kombine rejimlere tercih edilmesi önerilmektedir. Teratojenik etkileri konusunda herhangi bir bilgiye rastlanmamıştır(111).

Antiprogesteronlar (Mifepriston) Postkoital kontrasepsiyon için üzerinde en çok çalışılan antiprogesteron mifepriston (RU486)'dur. Genellikle 600mg'lık dozlarda etkili olduğuna dair pek çok çalışma mevcuttur. Buna karşın 5mg'lık dozun dahi follikül arrestine yol açabileceği ve 10mg'lık dozun levonorgestrel rejimi kadar etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur(112)(113). Mifepriston, Yuzpe rejimi ve danazolun karşılaştırıldığı çalışmalarda, başarısızlık oranı sırası ile %0-4, %1.3-2.6, %3.5-4.7 bulunmuştur. Ayrıca mifepriston Yuzpe metoduna göre daha az bulantı ve kusmaya neden olmuştur. En sık bildirilen yan etkisi menstrüasyonda gecikmedir. İntrauterin mifepristona maruz kalan bebeklerde herhangi bir anomali bildirilmemiştir(114)(115).

Androjenler (Danazol) Androjen analogu olan danazolün postkoital kontrasepsiyon metodu olarak kullanımı 1980'li yıllarda önerilmiş olup, Yuzpe yöntemi ve mifepriston ile karşılaştırılmalı çalışmalar yapılmıştır. Korunmasız cinsel ilişki sonrası 120 saat içinde 800 mg danazol kullanımı ile ilgili çalışmada, gebelik oranlarının %2.1-7.7 arasında olduğu gösterilmiştir(102). Günümüzde danazol bir acil kontraseptif yöntem olarak önerilmemektedir.

Mekanik yöntemler – Bakırlı RİA Bakırlı RİA'lar bilinen seksüel geçişli enfeksiyon durumları ve tecavüz (seksüel geçişli enfeksiyon için potansiyel risk) dışında kalan korunmasız cinsel ilişkilerden sonra 5-7 gün içinde kullanılabilir. Çoğu çalışmada başarısızlık oranı %0.1'den az bulunmuştur(102). Diğer metodlardan farklı olarak avantajı, kontrasepsiyonun devamında kullanılabilir olmasıdır. Bu yöntemin dezavantajı ise takılması için yetişmiş elemana ihtiyaç duyulması ve

istenildiği zaman kolayca ulaşılamamasıdır. RİA'ların normal aile planlaması yöntemi olarak kullanımında bilinenler haricinde, acil kontrasepsiyona özel yan etkisi yada komplikasyonu yoktur.



YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN TASARIMI

Tanımlayıcı araştırma olarak hazırlanan çalışmada 1.Basamak sağlık kuruluşu olarak hizmet vermekte olan ASM'lerde görev yapan AH'lerin AP uygulamaları ile ilgili yeterlik algısı ve bilgi ihtiyaçlarını değerlendiren bir anket uygulanması amaçlanmıştır.

Anket, iki grup soru tipi içermektedir. Birinci grup anketin başındaki ilk altı sorudan oluşmaktadır ve AP hizmetlerinin ASM'de verilmesi konusunda AH'lerin tutum ve davranışlarını belirleyerek mevcut durumu ortaya koymaya yönelik hazırlanmıştır(Ek A). Takip eden sorular ise AH'lerin AP konusundaki bilgi ihtiyacını belirlemeye yönelik olarak hazırlanmıştır.

Anket çalışmasının 15/03/2020 ile 15/05/2020 tarihleri arasında İstanbul'daki ASM'lere giderek yüz yüze yapılması planlanmıştır. Ancak COVID-19 pandemisi sebebiyle anket çalışması dijital ortama aktararak elektronik iletişim kanalları yoluyla AH'lere ulaştırılmıştır. Gönderilen daveti kabul eden 233 kişiden anketin tamamını cevaplayan 210 AH/AHU çalışmaya dahil edilmiştir. 23 kişi anketi yarım bıraktıkları için çalışma dışında bırakılmışlardır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. Aile Hekimi ya da Aile Hekimi Uzmanı olmak,
2. ASM'de aktif olarak çalışmaya devam ediyor olmaktır.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

1. ASM dışında çalışan AH'ler çalışmaya alınmamış,
2. ASM'de çalışan diğer sağlık personelleri çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.2. ÇALIŞMA

Çalışmaya başlamadan önce katılımcıların ASM'de çalışma, cinsiyet ve AH/AHU durumları sorgulanmıştır. Çalışmaya uygun olan katılımcılara ankete başlamadan önce gerekli bilgilendirme yapılmış ve aydınlatılmış onam alınmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlere onsekiz sorudan oluşan online bir anket (Ek A) uygulanmıştır. İlk altı soru AP yöntemlerinin uygulamasına yönelik tutum, davranış ve görüşlerini ortaya koymak amacıyla hazırlanmıştır. İlk altı sorunun devamında yer alan oniki soruda AH'lerin AP konusundaki bilgi ihtiyaçlarını belirlemek amaçlanmıştır. Çalışma sonrasında elde edilen veriler istatistiksel yöntemler ile değerlendirilmiştir.

3.3. İSTATİSTİK YÖNTEMLER

Verilerin analizi, SPSS 22.0 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, oran, frekans) yanı sıra nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson Chi-Square Test, Fisher's Exact Test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi %95 güven aralığında ve p değerinin 0,05'ten küçük olması anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınma kriterlerine uygun toplam 210 gönüllü AH ve AHU çalışmaya dahil edildi. Araştırmaya katılan hekimlerin tamamı ASM'de çalışan hekimler olup cinsiyet ve eğitim durumlarının dağılımı/yüzdeleri Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1: Katılımcı özellikleri

		Kadın	Erkek	Total
Aile Hekimi	Kişi sayısı (n)	89	103	192
	AH içinde %	%46,4	%53,6	%100
	Tüm Kadın/Erkek içinde %	%92,7	%90,4	%91,4
	Toplam içinde %	%42,4	%49,0	%91,4
Uz. Aile Hekimi	Kişi sayısı (n)	7	11	18
	AHU içinde %	%38,9	%61,1	%100
	Tüm Kadın/Erkek içinde %	%7,3	%9,6	%8,6
	Toplam içinde %	%3,3	%5,2	%8,6
Toplam	Kişi sayısı (n)	96	114	210
	Kişi %	%45,7	%54,3	%100

*p-değeri 0,543 - Pearson Chi-Square Test

Çalışmaya katılan katılımcıların %91,4'ü (n=192) AH ve %8,6'sı (n=18) AHU'dur. AH'lerin %46,4'ü (n=89) kadın, %53,6'sı (n=103) erkek ve AHU'ların %38,9'u (n=7) kadın, %61,1'i (n=11) erkektir (Tablo 4.1). AH ve AHU'lar arasında kadın/erkek dağılımı Pearson Chi-Square Test ile incelenmiş olup gruplar arasında anlamlı fark ($p>0,05$) saptanmamıştır.

Katılımcıların %98,57'si çalıştığı birimlerde AP danışmanlığı verildiğini belirtmiştir. AHB'de verilen AP hizmetlerinin %7,14'ü (n=15) sadece AH,

%22,86'sı (n=48) sadece ASE ve %68,57'sinin (n=144) ekip olarak ASE ile birlikte verildiği, %1,43'ünde (n=3) ise AP hizmeti verilmediği sonucu çıkmıştır. Tablo 4.2'de verilerin detayı yer almakta olup AH ve AHU'ların verdiği yanıtlar arasında anlamlı fark ($p>0,05$) saptanmamıştır.

Tablo 4.2: AP danışmanlığı verilme durumu

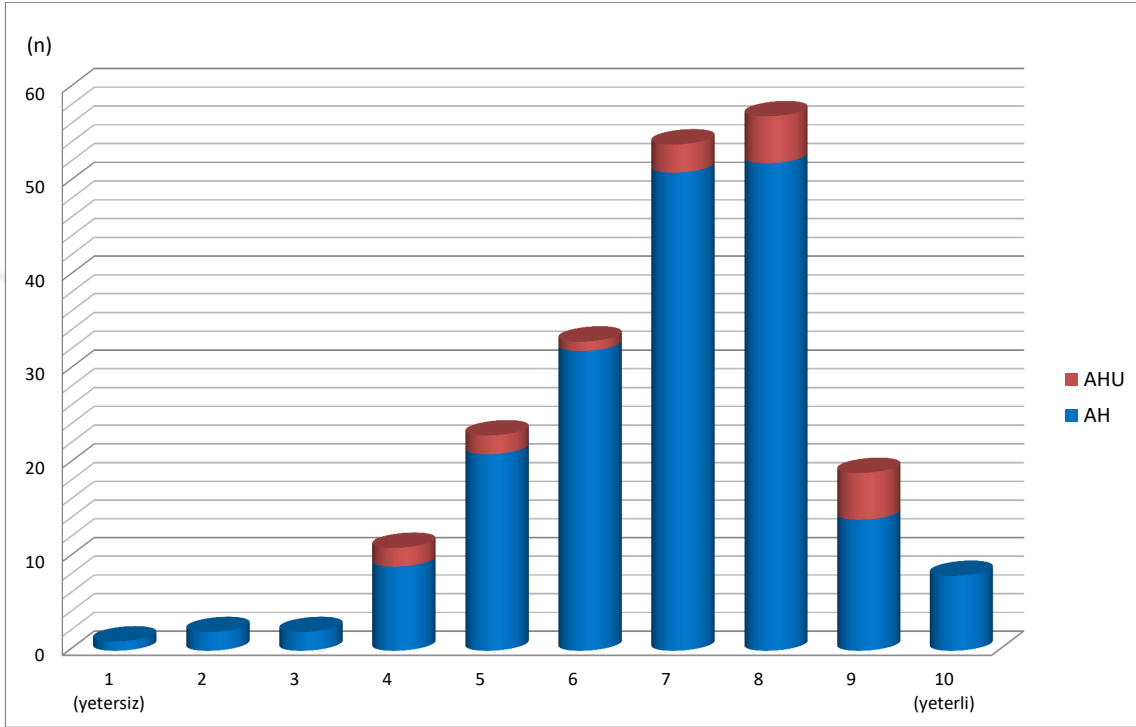
AH/ AHU	Kadın/ Erkek	Evet AH n(%)	Hayır n(%)	ASE veriyor n(%)	ASE ile birlikte n(%)	Toplam n(%)	p değeri
AH	Kadın	6(3,1)	0(0)	16(8,3)	67(34,9)	89(46,4)	0,80
	Erkek	8(4,2)	3(1,6)	30(15,6)	62(32,3)	103(53,6)	
Toplam		14(7,3)	3(1,6)	46(24)	129(67,2)	192(100)	
AHU	Kadın	0(0)	0(0)	0(0)	7(38,9)	7(38,9)	0,318
	Erkek	1(5,6)	0(0)	2(11,1)	8(44,4)	11(61,1)	
Toplam		1(5,6)	0(0)	2(11,1)	15(83,3)	18(100)	
	Kadın	6(2,9)	0(0)	16(7,6)	74(35,2)	96(45,7)	0,56
	Erkek	9(4,3)	3(1,4)	32(15,2)	70(33,3)	114(54,3)	
Toplam		15(7,1)	3(1,4)	48(22,9)	144(68,6)	210(100)	

Katılımcılardan sadece %22,9'u (n=48) AP hizmetlerine yeterli zaman ayırabilmektedir. %26,7'si (n=56) zaman ayıramadığını, %50,5'i (n=106) zaman ayırabildiğini ancak yeterli olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların verdikleri yanıtların detayı Tablo 4.3'de verilmiş olup gruplar arasında anlamlı fark ($p>0,05$) saptanmamıştır.

Tablo 4.3: AP için zaman ayırma durumu

AH/AHU	Kadın/Erkek	Evet n(%)	Hayır n(%)	Evet ama yetersiz n(%)	Toplam n(%)	p değeri
AH	Kadın	18(9,4)	21(10,9)	50(26)	89(46,4)	0,382
	Erkek	23(12)	32(16,7)	48(25)	103(53,6)	
Toplam		41(21,4)	53(27,6)	98(51)	192(100)	
AHU	Kadın	3(16,7)	1(5,6)	3(16,7)	7(38,9)	0,955
	Erkek	4(22,2)	2(11,1)	5(27,8)	11(61,1)	
Toplam		7(38,9)	3(16,7)	8(44,4)	18(100)	
	Kadın	21(10)	22(10,5)	53(25,2)	96(45,7)	0,408
	Erkek	27(12,9)	34(16,2)	53(25,2)	114(54,3)	
Toplam		48(22,9)	56(26,7)	106(50,5)	210(100)	

Katılımcılardan AP konusunda kendilerini değerlendirerek 1(yetersiz) ile 10(yeterli) arasında puan vermesi istenmiş olup ortalama puan 6,91 (Std.Dev.=1,61) olarak bulunmuştur(Şekil 4.1). Tablo 4.4’de dataylar verilmiş olup verilen yanıtlar arasında anlamlı farklılık ($p>0,05$) yoktur.



Şekil 4.1: AP yeterlilik algısı durumu

Katılımcılar AP hizmeti verdikleri danışanlarının %98,1’ini ($n=206$) ASM’de takip ettiklerini, %1,9’unu ($n=4$) kadın hastalıkları uzmanına takip için yönlendirdiklerini belirtmişlerdir. AH ve AHU’ların %49,5’i ($n=104$) danışanlarını sadece ASE’leri yönlendirirse takip etmektedir. Danışanını her yöntem almaya geldiğinde görenler %32,4 ($n=68$), yılda bir kez düzenli olarak görenler %10 ($n=21$) ve hiç takip etmeyenler %6,2 ($n=13$) oranında saptanmıştır. Tablo 4.5’de karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı fark ($p>0,05$) saptanmamıştır.

ASM’den dağıtmakta olan AP yöntemlerinin %97,6’sı ($n=205$) ASE’ler tarafından danışanlara verilmektedir. Hekimlerin %1,4’ü ($n=3$) yöntemi

Tablo 4.4: AP yeterlilik algısı değerlendirilmesi

AH/AHU	Kadın/ Erkek	Aritmetik Ortalama	Kişi sayısı	Standart Sapma	p değeri
AH	Kadın	6,9326	89(%46,4)	1,48322	
	Erkek	6,8544	103(%53,6)	1,71160	
Toplam		6,8906	192(%100)	1,60611	0,691
AHU	Kadın	8,1429	7(%38,9)	0,89974	
	Erkek	6,6364	11(%61,1)	1,91169	
Toplam		7,2222	18(%100)	1,73394	0,404
	Kadın	7,0208	96(%45,7)	1,47954	
	Erkek	6,8333	114(%54,3)	1,72394	
Toplam		6,9190	210(%100)	1,61575	0,726

Tablo 4.5: AP danışmanlığı takip durumu

AH/ AHU	K/ E	Her ziyarette n(%)	Yılda bir n(%)	ASE yön. n(%)	takip yok n(%)	Sevk n(%)	toplam n(%)	p değ.
AH	K	29(15,1)	11(5,7)	43(22,4)	3(1,6)	3(1,6)	89(46,4)	
	E	32(16,7)	9(4,7)	52(27,1)	9(4,7)	1(0,5)	103(53,6)	
Top.		61(31,8)	20(10,4)	95(49,5)	12(6,3)	4(2,1)	192(100)	0,379
AHU	K	3(16,7)	1(5,6)	3(16,7)	0(0)	0(0)	7(38,9)	
	E	4(22,2)	0(0)	6(33,3)	1(5,6)	0(0)	11(61,1)	
Top.		7(38,9)	1(5,6)	9(50)	1(5,6)	0(0)	18(100)	0,499
	K	32(15,2)	12(5,7)	46(21,9)	3(1,4)	3(1,4)	96(45,7)	
	E	36(17,1)	9(4,3)	58(27,6)	10(4,8)	1(0,5)	114(54,3)	
Top.		68(32,4)	21(10)	104(49,5)	13(6,2)	4(1,9)	210(100)	0,257

kendisi dağıtmayı tercih ederken, %1,0'inde (n=2) yöntem dağıtımının danışma personeli tarafından yapıldığı belirtilmiştir. Tablo 4.6'de detayları verildiği üzere AH ve AHU'ların AP hizmet dağıtımındaki davranışları arasında anlamlı fark ($p>0,05$) saptanmamıştır.

Çalışmada AP hizmetlerinin geliştirilmesi için yapılması gerekenler sorulmuş ve katılımcıların %40,48'i (n=85) birim başına düşen hasta sayısının azaltılması, %32,38'i (n=68) seminer/online eğitim programlarının düzenlenmesi, %23,33'ü (n=49) AP hizmetlerine pozitif performans getirilmesi, %3,33'ü (n=7) diğer ve %0,48'i (n=1) AP hizmetlerinin

Tablo 4.6: AP yöntemlerinin dağıtım durumu

AH/ AHU	Kadın/ Erkek	Aile Hekimi n(%)	Aile Sağlığı elemanı n(%)	Danışma personeli n(%)	Toplam n(%)	p değeri
AH	Kadın	1(0,5)	87(45,3)	1(0,5)	89(46,4)	
	Erkek	2(1)	101(52,6)	0(0)	103(53,6)	
Toplam		3(1,6)	188(97,9)	1(0,5)	192(100)	0,379
AHU	Kadın	0(0)	7(38,9)	0(0)	7(38,9)	
	Erkek	0(0)	10(55,6)	1(5,6)	11(61,1)	
Toplam		0(0)	17(94,4)	1(5,6)	18(100)	0,499
	Kadın	1(0,5)	94(44,8)	1(0,5)	96(45,7)	
	Erkek	2(1)	111(52,9)	1(0,5)	114(54,3)	
Toplam		3(1,4)	205(97,6)	2(1)	210(100)	0,257

performansa girmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Tablo 4.7’de verildiği üzere AH ve AHU’ların düşünceleri arasında anlamlı fark ($p>0,05$) saptanmamıştır.

Tablo 4.7: AP hizmetlerinin geliştirilmesi için önerilenler

AH/ AHU	K/ E	Seminer eğitim verilmeli n(%)	Hasta sayısı azalmalı n(%)	Ödeme sistemine eklenmeli n(%)	Pozitif ödeme verilmeli n(%)	diğer n(%)	top. n(%)	p değ.
AH	K	25(13)	38(19,8)	1(0,5)	22(11,5)	3(1,6)	89(46,4)	
	E	35(18,2)	42(21,9)	0(0)	23(12)	3(1,6)	103(53,6)	
Top.		60(31,3)	80(41,7)	1(0,5)	45(23,4)	6(3,1)	192(100)	0,758
AHU	K	2(11,1)	3(16,7)	0(0)	1(5,6)	1(5,6)	7(38,9)	
	E	6(33,3)	2(11,1)	0(0)	3(16,7)	0(0)	11(61,1)	
Top.		8(44,4)	5(27,8)	0(0)	4(22,2)	1(5,6)	18(100)	0,323
	K	27(12,9)	41(19,5)	1(0,5)	23(11)	4(1,9)	96(45,7)	
	E	41(19,5)	44(21)	0(0)	26(12,4)	3(1,4)	114(54,3)	
Top.		68(32,4)	85(40,5)	1(0,5)	49(23,5)	7(3,3)	210(100)	0,593

AP hizmetlerinin geliştirilmesi için yapılması gerekenlerin sorulduğu soruda açık uçlu "diğer" seçeneğini seçen yedi katılımcının yanıtları aşağıdadır;

- Aile planlaması adının değiştirilmesi ile başlanabilir. Biz anne çocuk sağlığına ve sağlıklı üreme hususuna odaklanmalıyız. Aile planı yapmayı evli çiftlere bırakmak ve çocuk yapmaya teşvik etmek gerekir,

- Yukarıdakilerin hepsi,
- Toplum eğitimi,
- Ailelere yönelik eğitimlerin düzenlenmesi,
- Aile planlamasına pek olumlu bakmıyorum,
- Malzeme yeterliliği, kontrol protokolü, hasta sayısı azaltma, önleme, güncel bilgilerin altı ayda bir seminerlerle desteklenmesi,
- Yaptığımız hizmet ve eğitim pozitif olarak maaşa yansımali.

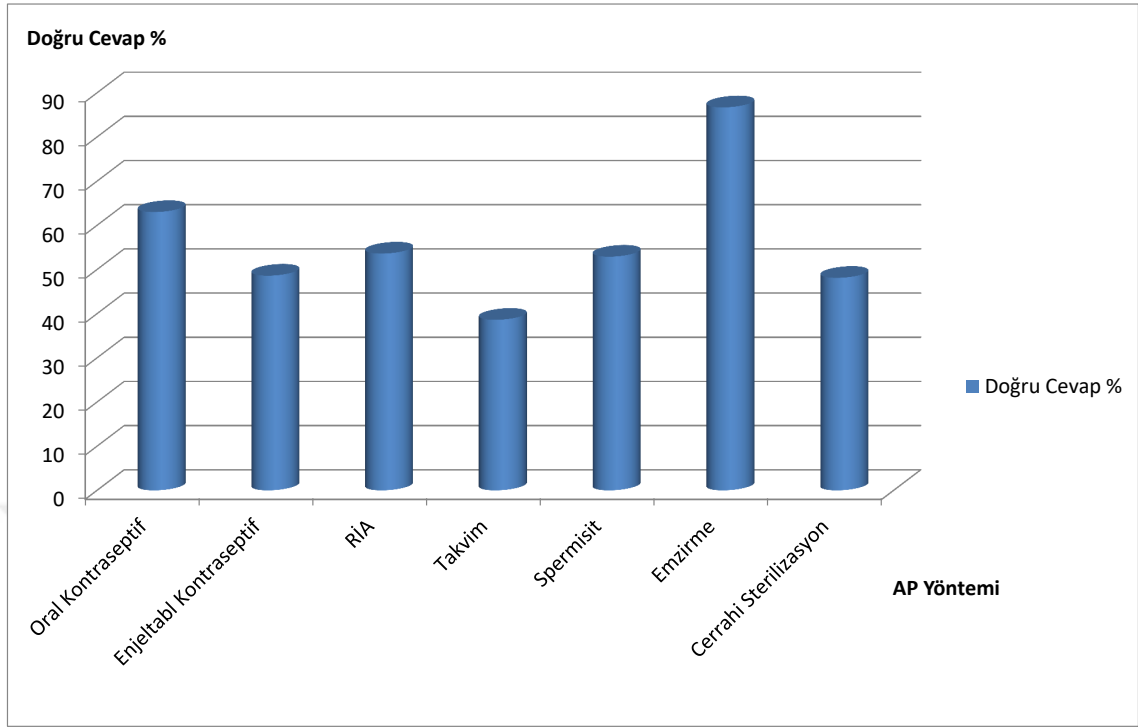
Tablo 4.9’de katılımcıların AP hizmetleri ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik hazırlanan oniki soruya (7-18. Sorular) ilişkin toplu sonuçlar yer almaktadır. Katılımcılar toplamda %56,88 oranında sorulara doğru cevap vermişlerdir. Katılımcılar AH/AHU olarak gruplandırıldığında AH’ler %56,70 ve AHU’lar %61,09 oranında sorulara doğru cevap vermişlerdir. Katılımcıların sorulara verdiği doğru cevap yüzdeleri konu başlıklarına göre Tablo 4.8’de ve Şekil 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.8: Anketteki Soru İstatistiği

Yöntem	Soru adedi	Doğru cevap ortalaması
Oral Kontraseptif	4 (7,9,11,15.Sorular)	%63
Enjeltabl Kontraseptif	2 (16,18.Sorular)	%48,6
RIA	2 (10,14.Sorular)	%53,6
Takvim	1 (17.Soru)	%38,6
Spermisit	1 (12.Soru)	%52,9
Emzirme	1 (13.Soru)	%86,7
Cerrahi Sterilizasyon	1 (8.Soru)	%48,1
Toplam	12	%56,88

Katılımcılar AH/AHU, Kadın/Erkek, AH Kadın/Erkek ve AHU Kadın/Erkek olarak gruplara ayrılarak sorulara verdikleri cevaplar Pearson Chi-Square Test ve Fisher Exact’s Test aracılığıyla incelenmiştir.

AHU olan kadın ve erkekler arasında oral kontrastiflerin kullanımı (11.Soru) konusunda bilgi düzeyi açısından anlamlı fark ($p<0,05$) saptanmıştır. AHU



Şekil 4.2: Soru Doğru Cevap İstatistiği

olan 11 erkek katılımcının 3'ü doğru 8'i yanlış cevap verirken AHU olan 7 kadın katılımcının 6'sı doğru cevap verirken 1'i yanlış cevap vermiştir.

Erkek AH ve AHU arasında oral kontraseptif kullanım (11.Soru) konusunda bilgi düzeyi açısından anlamlı fark ($p<0,05$) saptanmıştır. AHU olan 11 erkek katılımcının 3'ü doğru 8'i yanlış cevap verirken AH olan 103 erkek katılımcının 72'si doğru 31'i yanlış cevap vermiştir.

AHU olan Kadın ve erkekler arasında DMPA (3 aylık enjeksiyon) kullanımındaki acil durumlar (16.soru) hakkında bilgi düzeyi açısından anlamlı fark ($p<0,05$) saptanmıştır. AHU olan 7 kadın katılımcının tamamı doğru cevap verirken AHU olan 11 erkek katılımcının 6'sı doğru 5'i yanlış cevap vermiştir.

Kadın AH ve AHU arasında DMPA (3 aylık enjeksiyon) kullanmındaki acil durumlar (16.Soru) hakkında bilgi düzeyi açısından anlamlı fark ($p<0,05$)

saptanmıştır. AHU olan 7 kadın katılımcının tamamı doğru cevap verirken AH olan 89 kadın katılımcının 53'ü doğru 36'sı yanlış cevap vermiştir.

Emziren danışana önerilmesi en sakıncalı kontraseptif yöntem ile ilgili soruya (13.soru) AHU olan tüm katılımcılar doğru cevap vermiştir.

Katılımcılar, AP hizmeti verdikleri danışanlarına KOK başlama konusunda sorulan soruya (7.Soru) %86,2 (n=181) oranında doğru cevap vermişlerdir. Kadın ve erkek cerrahi sterilizasyon işlemleri için sorulan soruya (8.soru) katılımcıların %48,1'i (n=101) doğru, %51,9'u yanlış cevap vermiştir. KOK kullanmakta olan danışanlarının ilacı kullanmayı unutması durumunda ne yapılması gerektiği ile ilgili sorulan soruya (9.Soru) katılımcıların %29,5'i (n=62) doğru, %70,5'i yanlış cevap vermiştir. RİA uygulaması ile ilgili soruya (10.Soru) katılımcıların %32,9'u (n=69) doğru, %67,1'i (n=114) yanlış cevap vermiştir. KOK kullanımı ile ilgili soruya (11.Soru) katılımcıların %66,7'si (n=140) doğru, %33,3'ü (n=70) yanlış cevap vermiştir. Spermisitler ile ilgili soruya (12.Soru) katılımcıların %52,9'u (n=111) doğru, %47,1'i (n=99) yanlış cevap vermiştir. Emzirenlerde kontraseptif yöntem seçimi ile ilgili yöneltilen soruya (13.Soru) katılımcıların %86,7'si (n=182) doğru, %13,3'ü (n=28) yanlış cevap vermiştir. RİA etki mekanizması ile ilgili soruya (14.Soru) katılımcıların %74,3'ü (n=156) doğru, %25,7'si (n=54) yanlış cevap vermiştir. KOK'un uygun olmadığı durumlar ile ilgili yöneltilen soruya (15.Soru) katılımcıların %69,5'i (n=146) doğru, %30,5'i (n=64) yanlış cevap vermiştir. DMPA (3 aylık enjeksiyon) kullanımındaki acil duruma ilişkin sorulan soruya (16.soru) katılımcıların %56,2'si (n=118) doğru, %43,8'i (n=92) yanlış cevap vermiştir. Fertilite dönemi ile ilgili sorulan soruya (17.Soru) katılımcıların %38,6'sı (n=81) doğru, %61,4'ü (n=139) yanlış cevap vermiştir. Aylık iğne kullanımı ile ilgili sorulan soruya (18.Soru) katılımcıların %41,0'ı doğru, %59,0'ı yanlış cevap vermiştir. Sonuçlar detaylı olarak Tablo 4.9 ve 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.9: 7-18. soruların toplu sonuçları

		AH		AHU		Toplam		
		Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	K.	E.	sonuç
7.Soru	Doğru	79	86	7	9	86	95	%86,2 (n=181)
	Yanlış	10	17	0	2	10	19	%13,8 (n=29)
8.Soru	Doğru	42	50	5	4	47	54	%48,1 (n=101)
	Yanlış	47	53	2	7	49	60	%51,9 (n=109)
9.Soru	Doğru	26	30	3	3	29	33	%29,5 (n=62)
	Yanlış	63	73	4	8	67	81	%70,5 (n=148)
10.Soru	Doğru	34	27	4	4	38	31	%32,9 (n=69)
	Yanlış	55	76	3	7	58	83	%67,1 (n=141)
11.Soru	Doğru	59	72	6	3	65	75	%66,7 (n=140)
	Yanlış	30	31	1	8	31	39	%33,3 (n=70)
12.Soru	Doğru	43	55	5	8	48	63	%52,9 (n=111)
	Yanlış	46	48	2	3	48	51	%47,1 (n=99)
13.Soru	Doğru	76	88	7	11	83	99	%86,7 (n=182)
	Yanlış	13	15	0	0	13	15	%13,3 (n=28)
14.Soru	Doğru	70	75	4	7	74	82	%74,3 (n=156)
	Yanlış	19	28	3	4	22	32	%25,7 (n=54)
15.Soru	Doğru	66	67	5	8	71	75	%69,5 (n=146)
	Yanlış	23	36	2	3	25	39	%30,5 (n=64)
16.Soru	Doğru	53	52	7	6	60	58	%56,2 (n=118)
	Yanlış	36	51	0	5	36	56	%43,8 (n=92)
17.Soru	Doğru	36	37	3	5	39	42	%38,6 (n=81)
	Yanlış	53	66	4	6	57	72	%61,4 (n=139)
18.Soru	Doğru	38	40	4	4	42	44	%41,0 (n=86)
	Yanlış	51	63	3	7	54	70	%59,0 (n=124)

*Soru cümleleri Tablo 4.11'da verilmiştir.

Tablo 4.10: 7-18.Soru p değrer tablosu

Soru No	AH/AHU	Kadın/Erkek	AH K/E	AHU K/E	Kadın AH/AHU	Erkek AH/AHU
7.Soru	0,534*	0,191	0,295	0,231	0,349	0,887
8.Soru	0,866	0,818	0,852	0,147	0,217	0,442
9.Soru	0,711	0,842	0,989	0,494	0,449	0,897
10.Soru	0,274	0,570	0,75	0,387	0,324	0,472
11.Soru	0,117	0,769	0,592	0,016	0,290	0,005
12.Soru	0,085	0,447	0,482	0,952	0,239	0,220
13.Soru	0,068*	0,935	0,993	**	0,277	0,174
14.Soru	0,146*	0,395	0,348	0,793	0,192	0,520
15.Soru	0,795	0,200	0,173	0,952	0,874	0,610
16.Soru	0,152	0,091	0,208	0,036	0,033	0,798
17.Soru	0,592	0,575	0,519	0,914	0,901	0,533
18.Soru	0,753	0,449	0,587	0,387	0,458	0,873

""İşaretli değrerler Fisher Exact's Test, diğerleri Pearson Chi-Square ile hesaplanmıştır.

""İşaretli p değeri AHU olan kadın ve erkeklerin tamamı soruyu doğru yanıtladığı için hesaplanamamıştır.

*Soru cümleleri Tablo 4.11'da verilmiştir.

Tablo 4.11: 7-18.Soru cümleleri

7.Soru :Tarafımıza başvuran altta özellikleri yer alan hastalardan hangisine oral kontraseptif (östrojen+progesteron) ilaç başlayabiliriz?

8.Soru :Kadın ve Erkek gönüllü cerrahi sterilizasyon işlemleri için aşağıdaki bilgilerden yanlış olan hangisidir?

9.Soru :KOK kullanmakta olan hastanız hapa başlanan ilk 7 gün içerisinde 3 hap unuttuysa ve cinsel ilişki öyküsü yoksa hangi uygulama doğrudur?

10.Soru :Rahim içi araç (RİA) için hangi bilgi hatalıdır?

11.Soru :Kombine Oral kontraseptiflerin kullanımı ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

12.Soru :Spermisitler ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

13.Soru :Emziren kadına önerilmesi en sakıncalı kontraseptif yöntem aşağıdakilerden hangisidir?

14.Soru :Aşağıdakilerden hangisi RİA etki mekanizmalarından biri değildir?

15.Soru :Aşağıdaki hastalıklardan hangisi varsa hastaya KOK başlanmaz?

16.Soru :Hastanız DMPA (3 aylık iğne) kullanırken kontrol tarihini beklemeden doktora başvurması gereken acil durum aşağıdakilerden hangisidir?

17.Soru :Fertilitenin en fazla olduğu dönem hangisidir?

18.Soru :Aylık iğne kullanılmaması gereken durum aşağıdakilerden hangisidir?

TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1. TARTIŞMA

Ülkemizde 1.Basamak sağlık hizmeti sunucularının esasları yasalarla belirlenen, tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanında toplum sağlığını geliştirici, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini sunma yükümlülüğü bulunmaktadır. 1.Basamak sağlık hizmeti sunan ASM'lerde çalışan AH'lerin görev tanımı içerisinde AP hizmetleride yer almaktadır. 2010 yılı itibariyle tüm Türkiye'de "Aile Hekimliği Sistemi"ne geçilmesi ile birlikte ASM'lerin AP hizmetleri sunumundaki rolü her geçen gün artmaktadır. AP hizmetlerinin verilmesinde ilk sırada ASM'ler yer almaktadır(3)(116).

Çalışmamıza katılan hekimlerin %68,57'si AP hizmetlerini ASE'leri ile birlikte verdiğini belirtmiştir. 1.Basamağın iş yükü sebebiyle etkin bir danışmanlığın sadece ekip olarak verilebileceği açıktır. 1983 yılında 557 sayılı yasa yürürlükten kaldırılarak 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunun uygulamaya girmesi ile AP hizmetlerinin verilmesinde ebe ve hemşirelere yetki verilmiştir. Toplumumuzun dini, kültürel ve sosyoekonomik durumu göz önüne alındığında AP konusunda danışanların ASM'de çalışan doktor, ebe ve hemşirelere danışması ve yardım istemesi daha kolay olabilmektedir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin sadece %22,86'sı AP hizmetlerine yeterli zaman ayırabildiğini belirtmiştir. AP hizmeti verilirken danışanın durumunu ve isteklerini doğru değerlendirmek yanında anamnez ve fizik muayene oldukça önemlidir. Kullanılacak AP yöntemine danışan ile birlikte karar vermek, başarı için esastır(6). Tek bir yöntem her ne kadar yüksek başarılı gibi görünsede her danışan için başarılı sonuç vermeyebilir. AP hizmetinin başarısı için etkin danışmanlık, doğru yöntem seçimi, başarılı bir eğitim, takip ve kontrol gereklidir. AP hizmetine AH ve ASE yeterli zamanı ayırmadığı takdirde başarı şansı düşüktür.

İstanbul Sağlık Müdürlüğünün 2015 yılında yayınladığı faaliyet raporunda, il sınırları içerisinde çalışan 3626 AH'nin yıllık 36,235,972 muayene yaptığı belirtilmiştir. AH başına düşen ortalama muayene sayısı 41'dir. SB'nin 2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre Türkiye genelindeki durum benzerdir(117). SB tarafından hasta başına önerilen muayene süresi 10 dakika olup bir hekimin günlük 8 saat mesaisi içerisinde yapabileceği maksimum muayene sayısı 48'dir. Bu şartlarda AHB'de koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli zaman ayrılması zorlaşmaktadır.

Anketimizi tamamlayan katılımcılardan AP konusunda kendilerini 1(yetersiz) ile 10(yeterli) arasında değerlendirmeleri istenmiş, verilen cevapların aritmetik ortalaması 6.92 olarak bulunmuştur. Hekimlerin kendilerini yeterli görmemesinin sebebi yenilik ve gelişmeleri takip edecek kadar literatür takibi yapamamaları ve eğitim ihtiyaçlarının yeteri kadar karşılanmamasıdır. AP yöntemleri insanların ihtiyaçlarına göre ilk çağlardan beri tıbbi gelişmemize paralel olarak gelişmekte ve her geçen gün yeni bulunan metotlarla genişlemektedir. İnsanlığın varoluşundan beri kuşaktan kuşağa aktarılan öğrenilmişlikler ile başlayan zaman zaman hurafeler ile devam eden doğum kontrol yöntemlerinin gelişimi sanayi devrimi sonrasında modern metodların bulunmasıyla hızlı bir ivme kazanmıştır. SB tarafından ASM de görevli tüm personele AP hizmetleri düzenli eğitimler verilerek anlatılmakta, basılı materyal ve el kitapları verilmektedir. Ancak günümüzde çok hızlı bir şekilde ilerleyen tıbbi gelişmeleri sağlık profesyonellerinin bireysel olarak takip etmesi zorunluluktur. Ancak hekimlerin iş yoğunlukları sebebiyle tıbbi literatür takibine yeterli zaman ayırmaları mümkün olmamaktadır.

Hekimler çalışmamızda çoğunlukla (&49,5) AP danışmanlığı alan kişileri ASE'lerin yönlendirmesi ile gördüklerini belirtmiştir. Dolayısıyla AP hizmetlerinde danışanlar ASE'lerin süzgeçinden geçerek hekimlerin karşısına gelmektedir. Hekimler ASE'nin danışma ihtiyacı duyduğu daha detaylı ve teorik konularda devreye girmektedir. Kocaeli ilinde 471 AH ve 470 ASE ile yapılan bir çalışmada ASE'lerin danışmanlık görevini daha ağırlıklı üstlendiği, AH'lerin büyük çoğunluğunun danışmanlık hizmeti vermediği gözlemlenmiş ve çalışmada da bunu destekler şekilde ASE'lerin bilgi düzeyinin daha yüksek

olduğu; özellikle pratik konularda AH'lerden daha başarılı oldukları görülmüştür(118).

ASM'lerde AP yöntemlerinin dağıtımının ASE ya da AH tarafından yapılması kontrolsüz, yanlış kullanımları önlemek ve eğitim açısından çok önemlidir. Bu sayede danışan ASM'ye başvurduğunda takip ve kontrol şansı doğmaktadır. Çalışmamıza katılan hekimlerin %97,6'sı (n=205) yöntem dağıtımının ASE tarafından yapıldığını belirtmiştir. Hekimlerin AP danışmanlığı takip durumu sorgulandığında %49,5'i (n=104) danışanı ASE yönlendirirse muayene ettiğini, %32,4'ü (n=68) her yöntem dağıtımında kendisinin danışanı gördüğünü, %10'u (n=21) danışanı yılda bir kez düzenli olarak gördüğünü beyan etmiştir. AP hizmeti veren sağlık profesyonellerinin sadece ilk yöntem seçiminde değil danışanı her gördüğünde etkili bir danışmanlık vermesi takiplerin başarıya ulaşması için çok önemlidir. Ocaktan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada danışmanlık alan kadınlar hem daha yüksek oranda etkili yöntem kullanmakta hem de yöntem memnuniyetleri ve kontrole gitme oranları danışmanlık almayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur(119). Kurtuluş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada etkili bir aile planlaması eğitimi verilen kişilerin %89'u etkili yöntem seçmiştir. Aynı çalışmada danışmanlık öncesi hiçbir yöntem kullanmayanların durumuna baktığımızda 78 olgunun 75'i (%93.5) herhangi bir modern yöntem kullanmayı tercih etmiştir(7). Burrough ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada toplumu tanıyan özel olarak eğitilmiş yüksek nitelikli danışmanlık yapabileceğini kanıtlayan sağlık personelinin özellikle ebe ve hemşirenin danışmanlık konusundaki desteği vurgulanmıştır(120).

Çalışmamıza katılan AH'lerin %40,48'i AP hizmetlerinin geliştirilmesi için birim başına düşen hasta sayısının düşürülmesi gerektiğini belirtmiştir. SB'nin yayınladığı "Sağlık İstatistikleri Yıllığı" en son 2018 de güncellenmiş olup Türkiye'de AHB başına 3124 hastanın düştüğü, bu sayının İstanbul'da 3040 olduğu rapor edilmiştir(117). Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı 11.Kalkınma Planı(2019-2023) hedeflerinde AHB başına düşen nüfusun 2700'e düşürülmesi hedeflenmektedir(121). AP hizmetlerinin başarıya ulaşması için danışılan tarafından danışana yeterli zamanın ayrılması önemlidir. SB'nin da bu yönde çalışmaları devam etmektedir. AHB başına

düşen nüfusun ilk etapta 2500'e ve sonrasında daha da aşağılara düşürülmesi hedeflenmektedir. Ancak nüfus artış hızımız ve mevcut hekim sayımız günümüzde buna pek imkan vermemektedir. Ancak ASE sayısının arttırılarak daha etkin danışmanlık verilmesi mümkün olabilir. Türkiye'de tıp fakültesini bitiren tüm hekimler mevcut olan ihtiyaca binayen zorunlu hizmete tabidir. Buna rağmen birinci basamak sağlık hizmetlerinde hedeflenen doktor sayısına ulaşamamaktadır. Ancak hemşirelik ve ebelik bölümü mezunlarında arz fazlası mevcuttur. AHB'de bakmakla yükümlü olunan nüfusa AH/AHU ile ASE birlikte hizmet vermektedir. Özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olan bölgelerde bulunan AHB'lerde görev yapan ASE'ler bebek, çocuk, gebe ve lohusa izlemi ile aşılama faaliyetlerinden AP hizmetleri için esas olan eğitim ve bilgilendirmeye yeterli zaman ayıramamaktadır. Bu sorunu çözmek için günümüzde AH sayısını arttırmak mümkün değilse bile ek olarak bir ASE görevlendirilmesinin yardımcı olacağını, ASE'lerin iş yoğunlukları ile ilgili çalışma yaparak bu konunun değerlendirilmesinin faydalı olacağı açıktır.

Hekimlerin %32,4'ü AP hizmetlerinin geliştirilmesi için eğitim seminerlerinin verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Duman ve arkadaşlarının 2016 yılında Konya'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekim dışı sağlık profesyonelleri ile yaptığı çalışmada katılımcıların %24'ü hizmet içi eğitime ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir(122). Ege ve arkadaşlarının ebelik bölümü son sınıf öğrencileri ile yaptıkları çalışmada etkin danışmanlık öncelikle sağlık personelinin eğitiminden geçmektedir, bu nedenle eğitimin etkin danışmanlık vermeyi sağlayacak kapsamda verilmesi gerekir sonucuna varılmıştır(123). Çalışmamızda hekimler AP hizmetlerinin geliştirilmesi için birim başına düşen kişi sayısının azaltılmasından sonra hizmet içi eğitim verilmesinin önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcıların %23,33'ü ise AP hizmetlerinin daha etkin olarak desteklenmesi için pozitif performans sistemi getirilmesini önermişlerdir. Doğru verildiğinde fazlaca zaman ayrılması, özveri ve çaba gerektiren, toplum sağlığı için önemli bir konu olan AP hizmetlerinin ciddiyetle etkin bir şekilde sürdürülmesi için teşvik edici bir unsur olarak pozitif performans uygulanması; üzerinde düşünülmesi ve araştırılması gereken bir unsur olarak karşımıza

çıkılmaktadır. Çalışan memnuniyetinin artırılmasındaki en temel faktörlerden biri, motivasyon; çalışan motivasyonun sağlanmasındaki ana faktörlerden biri ise çalışanları tatmin edecek bir ücret politikası uygulamaktır. Sağlık sektöründe performans dayalı ödeme, ücret temel alınarak personelin ve hastaların tatmin seviyesini arttırmak, verilen hizmet kalitesini yükseltmek ve hastanelerde oluşan maliyetleri azaltma gibi amaçları içermektedir(124).

Katılımcılara ankette AP yöntemleri konusunda bilgi düzeyini tespiti yönelik sorular sorulmuştur. Katılımcıların doğru cevap ortalamaları %56,88 olarak bulunmuştur. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan 185 asistan ve 71 son sınıf öğrencisini kapsayan üreme sağlığı hakkındaki bilgilerinin incelenmesi çalışmasında aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistanların AP bilgi düzeyi %62,2 bulunmuştur(125). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde AHU %61,09 ve AH %56,70 oranında sorulara doğru cevap vermişlerdir.

Hekimler, en yüksek emzirme (%86,7) ve Oral Kontraseptif (%63) konusundaki soruları doğru cevaplamışlardır. Hekimlerin emzirme konusundaki bilgilerinin güncel kalmasını, özellikle yaptıkları bebek/lohusa izlemleri nedeniyle ailelere verdikleri bilgilendirme ve bakım eğitimlerine bağlamak mümkündür. Oral kontraseptif konusundaki doğru cevap oranında poliklinikte sık sık hastaların bu konudaki sorularına istinaden oluşan bilgi ihtiyacı ve güncellenen bilgi birikiminden kaynaklandığını söyleyebiliriz.

AHB personelinin özellikle dağıtımını yaptıkları AP yöntemleri konusunda bilgi düzeylerinin artırılması ve desteklenmesi gerekmektedir. SB tarafından ASM'lere AP hizmetlerinde kullanılması için erkek kondomu, oral kontraseptifler (progesteron ve progesteron+östrojen içerikli), enjektabl kontraseptifler (aylık ve 3 aylık kullanılan formda) ve RİA (Cu-RİA) verilmektedir. ASM'lerde sırasıyla en çok kondom, oral kontraseptif ve enjektabl preparatların dağıtımı yapılmaktadır. RİA uygulaması sadece SB tarafından RİA sertifikası bulunan sağlık profesyonelleri tarafından yapılmaktadır.

Etkili bir AP danışmanlığı için donanımlı, bilgili bir ekip, uygun ortam ve zamanın gerekliliği açıktır. Speizer ve Bollen yaptıkları çalışmada, AP hizmetlerinden yararlanmada verilen eğitim ve danışmanlığın kapsamının ve kalitesinin önemli olduğunu; memnuniyeti ve gerektiğinde yeniden başvuruyu, etkin yöntem kullanımını ve yöntem kullanımında başarıyı olumlu yönde etkilediği göstermişlerdir(126).

AP danışmanlığı dinamik bir süreç olup kişiye özel olarak seçilmelidir. Erbil ve Pasinlioğlu, kalite ve memnuniyet arasında da bir ilişki olduğu için; sağlık kuruluşlarında AP hizmetlerinin bireye odaklı, düşük maliyette, sürekli eğitim ve danışmanlık verilerek, kişiler arası iletişime duyarlı, nezaket ve mahremiyete özen gösteren, temiz, konforlu ve aralıksız olarak sunulması ve sürekli kalitenin artırılmasına çalışılması gerektiğini belirtmişlerdir(127).

5.2. TEZİN KISITLILIKLARI

Çalışmanın yapıldığı 15/03/2020 ile 15/05/2020 tarihleri arasında Türkiye’de ve Dünya’da ortaya çıkan COVID-19 pandemisi sebebi ile hekimlere yüz yüze ulaşılarak anket çalışması yapılamamıştır. Online olarak anket formu oluşturularak AH'lere sosyal medya ve elektronik posta yolu ile ulaşılmıştır. İstanbul Aile Hekimliği Derneği (İSTAHED) mail grubu, ilçe hekim iletişim gruplarında çalışma bilgisi ve linki paylaşarak geniş gruplara iletilmiştir. Bu dönem içerisinde ASM'lerde görev yapmakta olan hekimler oldukça zor şartlarda ve risk altında görev yapmışlardır. İstanbul'da görev yapan AH'lerin bulunduğu sosyal platformlarda çalışma paylaşılmasına ve elektronik posta yoluyla ulaşılmamasına rağmen, iş yoğunlukları sebebi ile online olarak hazırlanan ankete 233 kişi katılmış, tamamlayan kişi sayısı 210 olarak gerçekleşmiştir. Normal şartlar altında bu çalışma yapılırdı online yapılan anket çalışmasının yanında yüz yüze iletişimde kurulabilseydi katılımcı sayısının çok daha yüksek olacağı kanaatindeyim.

5.3. SONUÇ

Çalışmamız sonucunda, hekimlerin iş yoğunlukları sebebiyle AP hizmetlerine yeteri kadar zaman ayıramadıkları ve AHB’de bu sorumluluğu ağırlıklı olarak ASE’lerin üstlenmiş olduğu tespit edilmiştir. Hekimler daha çok danışanları ASE yönlendirdiği takdirde görmektedir. Ancak özellikle yoğun nüfuslu bölgelerde ASE’lerinde hekimler kadar iş yoğunluğunun fazla olduğu unutulmamalıdır. Bu durum yanlış yöntem seçimi, kontraendikasyonların ve komplikasyonların gözden kaçması ile sonuçlanabilir.

Hekimlerin AP konusundaki yeterlilik algılarının düşük olması ve çalışmada uygulanan ankette yer alan bilgi düzeyini ölçmeye yönelik sorulara verilen yanıtların ortalaması göstermiştir ki sahada çalışmakta olan hekimlerin AP konusunda eğitim ihtiyaçları mevcuttur. Bunun için daha etkin hizmet içi eğitim programları hazırlanmalı, günümüz şartlarında online olarak hekimlerin desteklenmesi sağlanmalı ve çalışma şartları bireysel gelişime fırsat verecek şekilde düzenlenmelidir.

AP hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi, etkili ve başarılı bir danışmanlıkla mümkündür. SB’nin AHB başına düşen kişi sayısını azaltmaya yönelik çalışmaları desteklenmelidir. Ancak günümüz şartlarında hekim ihtiyacının karşılanamaması sebebi ile yardımcı sağlık personeli sayısının artırılarak koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi mümkündür.

Kaynaklar

1. Bulut A. Aile planlaması hizmetlerinin kalitesi.“. *Aile Planlamasında Temel Bilgiler*” içinde SB AÇSAP Genel Müdürlüğü, TC Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığın Anabilim Dalı, JHPIEGO İstanbul, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayınları. 1997;p. 35–47.
2. Kantorová V, Wheldon MC, Ueffing P, Dasgupta AN. Estimating progress towards meeting women’s contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLoS medicine*. 2020;17(2):e1003026.
3. Enstitüsü HÜNE. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2019;.
4. Gavas E, İnal S. Türkiye’de kadınların aile planlaması yöntemleri kullanma durumları ve tutumları: Sistemantik derleme. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*. 2019;1(2):37–43.
5. Güngör S, Başer İ, Göktolga Ü, Özkömür E, Keskin U. Koitus interruptus (geri çekme) yönteminin etkinliği ve eğitim seviyesinin önemi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2006;48(1):8–10.
6. Sağlığı TSBAÇ, Müdürlüğü APG. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. Ankara; 2009.
7. Kurtuluş H. Aile planlaması danışmanlığı verilmesinin yöntem seçimine etkileri. *Uzmanlık Tezi Sağlık Bakanlığı Dr Lutfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği*. 2009;p. 20–41.
8. Kuloğlu BU, Cansu Ç, Kılıç D, Aydın S, Önel Z. GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE DOĞUM KONTROL YÖNTEMLERİ;2012;.
9. Moos RH. Psychological aspects of oral contraceptives. *Archives of General Psychiatry*. 1968;19(1):87–94.
10. Youssef H. The history of the condom. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1993;86(4):226.
11. Potts M, Campbell M. History of contraception. *Gynecology and Obstetrics*. 2002;6(8):18–22.

12. Christin-Maitre S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. *Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*. 2013;27(1):3–12.
13. Üner R, Fişek NH. Türkiye’de Dogum Kontrolünün Uygulanması Üzerinde· İncelemeler. Ankara: Ministry of Health and Social Affairs; 1961.
14. Fişek N. Prof. dr. nusret fişek’in kitaplaşmamış yazıları-1. Sağlık yönetimi, sağlık hizmetleri ve işçi sağlığı ailelerinin sağlık sorunları. Modern yönetim semineri, 1982 [internet]. Türk tabipler birliği elektronik sayfası,(Erişim tarihi 28.07. 2017);.
15. GELEKÇİ C. 1960 SONRASI DÖNEMDE TÜRKİYE’DE NÜFUS YAPISI VE BAZI TEMEL ÖZELLİKLERİ ÜZERİNE TESPİTLER. *Journal of Sociological Studies/Sosyoloji Konferansları*. 2015;(52).
16. Akdur R. Türkiye’de sağlık politika ve hizmetleri. *Yeni Türkiye*. 1998;4(23-24):1984–1995.
17. ATICI E, ERER S. Türkiye’deki Yasal Düzenlemelerde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*. 2009;17(2):107–112.
18. YİĞİTER SÇ. Türkiye’de Halk Sağlığının Kurucusu: Nusret Fişek. *Sosyal Bilimlerde*;p. 169.
19. Özçelik E. Doğal aile planlaması yöntemleri. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2016;7(3):45–53.
20. Knight J. The complete guide to fertility awareness. Taylor & Francis; 2016.
21. Mosher WD. Use of contraception and use of family planning services in the United States, 1982-2002. 350. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and . . . ; 2004.
22. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Post-ovulatory ageing of the human oocyte and embryo failure. *Human Reproduction*. 1998;13(2):394–397.
23. Gribble JN. The standard days method of family planning: a response to Cairo. *International family planning perspectives*. 2003;29(4):188–191.
24. Arévalo M, Jennings V, Sinai I. Application of simple fertility awareness–based methods of family planning to breastfeeding women. *Fertility and sterility*. 2003;80(5):1241–1248.

25. Kennedy K, Labbok M, Van Look P. Lactational amenorrhea method for family planning. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 1996;54(1):55–57.
26. Ferrell RJ, Simon JA, Pincus SM, Rodríguez G, O'Connor KA, Holman DJ, et al. The length of perimenopausal menstrual cycles increases later and to a greater degree than previously reported. *Fertility and sterility*. 2006;86(3):619–624.
27. Arévalo M, Jennings V, Sinai I. Efficacy of a new method of family planning: the Standard Days Method. *Contraception*. 2002;65(5):333–338.
28. Arévalo M, Yeager B, Sinai I, Panfichi R, Jennings V. Adding the Standard Days Method® to the contraceptive method mix in a high-prevalence setting in Peru. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2010;28:80–85.
29. Kalaca S, Cebeci D, Cali S, Karavus M, Sinai I, Jennings V. Expanding family planning options: offering the Standard Days Method™ to women in Istanbul. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2005;31(2):123–127.
30. Kursun Z, Cali S, Sakarya S. The Standard Days Method®: Efficacy, satisfaction and demand at regular family planning service delivery settings in Turkey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2014;19(3):203–210.
31. Kennedy KI, Rivera R, McNeilly AS. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception*. 1989;39(5):477–496.
32. Sridhar A, Salcedo J. Optimizing maternal and neonatal outcomes with postpartum contraception: impact on breastfeeding and birth spacing. *Maternal health, neonatology and perinatology*. 2017;3(1):1.
33. Tommaselli GA, Guida M, Palomba S, Barbato M, Nappi C. Using complete breastfeeding and lactational amenorrhoea as birth spacing methods. *Contraception*. 2000;61(4):253–257.
34. Shawky S, Abalkhail BA. Maternal factors associated with the duration of breast feeding in Jeddah, Saudi Arabia. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2003;17(1):91–96.
35. Pallone SR, Bergus GR. Fertility awareness-based methods: another option for family planning. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2009;22(2):147–157.

36. Organization WH, et al. Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. *Center for Communication Programs (CCP), INFO Project Family Planning: A Global Handbook for Providers Baltimore and Geneva: WHO [updated 2008].* 2007;.
37. Organization WH, et al. A prospective multicentre trial of the ovulation method of natural family planning. I. The teaching phase. *Fertility and Sterility.* 1981;36(2):152–158.
38. Trussell J, Grummer-Strawn L. Further analysis of contraceptive failure of the ovulation method. *American journal of obstetrics and gynecology.* 1991;165(6):2054–2059.
39. Clubb E. *Fertility.* David & Charles Uk; 1996.
40. Hilgers TW. *The scientific foundations of the ovulation method.* Pope Paul VI Institute Press; 1995.
41. Pyper CM, Knight J. C CPD T Topics REVIEW. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care.* 2001;27(2):103–110.
42. Guida M, Tommaselli GA, Pellicano M, Palomba S, Nappi C. An overview on the effectiveness of natural family planning. *Gynecological Endocrinology.* 1997;11(3):203–219.
43. Hatcher RA. *Contraceptive technology.* Ardent Media; 2007.
44. Arévalo M, Jennings V, Nikula M, Sinai I. Efficacy of the new TwoDay Method of family planning. *Fertility and sterility.* 2004;82(4):885–892.
45. Luukkainen T, Lähteenmäki P, Toivonen J. Levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Annals of medicine.* 1990;22(2):85–90.
46. Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception.* 2014;89(6):495–503.
47. Organization WH, Health WHOR. *Medical eligibility criteria for contraceptive use.* World Health Organization; 2010.
48. Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception.* 2009;80(4):327–336.
49. Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *The Lancet.* 2000;356(9234):1013–1019.

50. Farley TM, Rowe PJ, Meirik O, Rosenberg M, Chen JH. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *The Lancet*. 1992;339(8796):785–788.
51. Diedrich JT, Madden T, Zhao Q, Peipert JF. Long-term utilization and continuation of intrauterine devices. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2015;213(6):822–e1.
52. Bakanlığı TS. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Kontraseptif Yöntemler. *Ankara*. 2005;2:370.
53. Koyuncuer A. Kontrasepsiyon ve Türkiye’de Durum. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2004;13(12):455–459.
54. Malarcher S, Meirik O, Lebetkin E, Shah I, Spieler J, Stanback J. Provision of DMPA by community health workers: what the evidence shows. *Contraception*. 2011;83(6):495–503.
55. Croxatt HB. Progestin implants for female contraception. *Contraception*. 2002;65(1):15–19.
56. Nageso A, Gebretsadik A. Discontinuation rate of Implanon and its associated factors among women who ever used Implanon in Dale District, Southern Ethiopia. *BMC women’s health*. 2018;18(1):189.
57. Sitruk-Ware R, Nath A, Mishell Jr DR. Contraception technology: past, present and future. *Contraception*. 2013;87(3):319–330.
58. Harvey C, Seib C, Lucke J. Continuation rates and reasons for removal among Implanon® users accessing two family planning clinics in Queensland, Australia. *Contraception*. 2009;80(6):527–532.
59. Sivin I. International experience with Norplant and Norplant-2 contraceptives. *Studies in family planning*. 1988;19(2):81–94.
60. Darney PD, Atkinson E, Tanner S, MacPherson S, Hellerstein S, Alvarado A. Acceptance and perceptions of Norplant among users in San Francisco, USA. *Studies in Family Planning*. 1990;21(3):152–160.
61. DİLBAZ B. Kombine Hormonal Kontraseptifler: Kombine Oral Kontraseptif Haplar, Kombine Patchler, Vajinal Halka (NuvaRing), Aylık Enjeksiyon (Mesigyna). *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik-Özel Konular*. 2012;5(1):22–27.
62. GÜRBAY A, GİRAY B, HINCAL F. Kombine oral kontraseptifler: riskleri ve yararları. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 1997;17(1):1–14.

63. KÖSELİ A. Kombine oral kontraseptifler. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*. 2006;2(22):1–9.
64. Sağlığı TSBAÇ, Müdürlüğü APG. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Ankara, TCSB Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. 2000;.
65. Rosenberg MJ, Waugh MS. Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1998;179(3):577–582.
66. Stewart M, Black K. Choosing a combined oral contraceptive pill. *Australian prescriber*. 2015;38(1):6.
67. İsen M, Özek B, Özmen Ş, Tüzel S. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Kontraseptif Yöntemleri. 2. Cilt 2010;.
68. Bassol S, Cravioto M, Durand M, Bailon R, Carranza S, Fugarolas J, et al. Mesigyna® once-a-month combined injectable contraceptive: Experience in Latin America. *Contraception*. 2000;61(5):309–316.
69. Guidance F. First prescription of combined oral contraception. *The journal of family planning and reproductive health care*. 2003;29(4).
70. Vallejo-Maldonado MS. Combined injectable contraceptives. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2020;88(S1):32–41.
71. Ahrendt HJ, Nisand I, Bastianelli C, Gómez MA, Gemzell-Danielsson K, Urdl W, et al. Efficacy, acceptability and tolerability of the combined contraceptive ring, NuvaRing, compared with an oral contraceptive containing 30 µg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirenone. *Contraception*. 2006;74(6):451–457.
72. Mulders TM, Dieben TO. Use of the novel combined contraceptive vaginal ring NuvaRing for ovulation inhibition. *Fertility and sterility*. 2001;75(5):865–870.
73. Roumen FJ. Review of the combined contraceptive vaginal ring, NuvaRing®. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2008;4(2):441.
74. Oddsson K, Leifels-Fischer B, de Melo NR, Wiel-Masson D, Benedetto C, Verhoeven CH, et al. Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive: a 1-year randomized trial. *Contraception*. 2005;71(3):176–182.

75. Novak A, De la Loge C, Abetz L, Van der Meulen E. The combined contraceptive vaginal ring, NuvaRing®: an international study of user acceptability. *Contraception*. 2003;67(3):187–194.
76. ACARTÜRK F. VAJİNAL İLAÇ SİSTEMLERİ. <http://e-kutuphaneteborgtr/pdf/tebakademi/modernfarmasotk/22pdf.2005;> .
77. İNAL MM. Bariyer kontraseptif yöntemler. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*. 2006;2(22):41–50.
78. Vermani K, Garg S. The scope and potential of vaginal drug delivery. *Pharmaceutical science & technology today*. 2000;3(10):359–364.
79. ÖZTÜRK H, ÇEBER E, SAYDAM BK, SOĞUKPINAR N. DOĞUM KONTROL YÖNTEMLERİ VE YENİLİKLER. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2004;6(1):86–97.
80. Öztaş Ö, Artantaş AB, Tetik BK, YALÇINTAŞ A, Yusuf Ü, Uğurlu M. 18-49 yaş grubu evli kadınların üreme sağlığı ve kontrasepsiyon hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. *Ankara Medical Journal*. 2015;15(2).
81. Pavelić Ž, Škalko-Basnet N, Schubert R. Liposomal gels for vaginal drug delivery. *International journal of pharmaceutics*. 2001;219(1-2):139–149.
82. Vessey M, Wiggins P. Use-effectiveness of the diaphragm in a selected family planning clinic population in the United Kingdom. *Contraception*. 1974;9(1):15–21.
83. Ortayli N, Bulut A, Nalbant H, Cottingham J. Is the diaphragm a viable option for women in Turkey? *International Family Planning Perspectives*. 2000;p. 36–42.
84. Harvey SM, Bird ST, Branch MR. A new look at an old method: the diaphragm. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2003;35(6):270–273.
85. Grady WR, Klepinger DH, Billy JO, Tanfer K. Condom characteristics: the perceptions and preferences of men in the United States. *Family planning perspectives*. 1993;p. 67–73.
86. Donta B, Begum S, Naik D. Acceptability of male condom: an Indian scenario. *The Indian journal of medical research*. 2014;140(Suppl 1):S152.
87. Tanfer K, Grady WR, Klepinger DH, Billy JO. Condom use among US men, 1991. *Family Planning Perspectives*. 1993;p. 61–66.

88. Hoffman S, Mantell J, Exner T, Stein Z. The future of the female condom. *International Family Planning Perspectives*. 2004;30(3):139–145.
89. Mantell JE, Hoffman S, Weiss E, Adeokun L, Delano G, Jagha T, et al. The acceptability of the female condom: perspectives of family planning providers in New York City, South Africa, and Nigeria. *Journal of Urban Health*. 2001;78(4):658–668.
90. ÇORAK G, ÖZSOY SA, VURAL AGDBK, TUNCAY B. Vazektomi olan erkeklerin yöntemle ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2008;15(15):43–54.
91. Sneyd MJ, Cox B, Paul C, Skegg DC. High prevalence of vasectomy in New Zealand. *Contraception*. 2001;64(3):155–159.
92. Paick JS. Vasectomy reversal. *International Journal of Urology*. 2000;7:28–34.
93. Rodrigues A, Aragao A, Marinelli C, Juliano R, Wroclawski E, Borrelli M. The consequences of the vasectomy in the quality of life in a Brazilian family planning program. *European Urology Supplements*. 2003;2(1):121.
94. Schwingl PJ, Guess HA. Safety and effectiveness of vasectomy. *Fertility and sterility*. 2000;73(5):923–936.
95. Moreno JM, Bartual E, Carmona M, Araico F, Miranda JA, Herruzo AJ. Changes in the rate of tubal ligation done after cesarean section. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2001;97(2):147–151.
96. Artunc B, Birge Ö. İki Taraflı Tubal Ligasyon Sonrası Gelişen Rüptüre Ektopik Gebelik. *J Kartal TR*. 2015;26(2):177–178.
97. ÇAKMAK P, MİNARECİ Y, MORÖY P, EYİ EGY, DANIŞMAN N, MOLLAMAHMUTOĞLU L. SEZARYAN ESNASINDA BİLATERAL TÜP LİGASYONU YAPILAN HASTALARIN POSTOPERATİF BİRİNCİ YILDA DİSMENORE, DİSPARONİ VE MENSTRUASYON MİKTARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ. *Dr Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara*. 2005;(2,4):300–304.
98. Morris JM, Van Wagenen G, Hurteau G, Johnston D, Carlsen R. Compounds interfering with ovum implantation and development. I. Alkaloids and antimetabolites. *Fertility and sterility*. 1967;18(1):7.

99. Yuzpe AA, Thurlow H, Ramzy I, Leyshon J. Post coital contraception–A pilot study. *The Journal of reproductive medicine*. 1974;13(2):53.
100. Adalı E, Yıldızhan R, Ataman O. Acil kontrasepsiyon. *Van Tıp Dergisi*. 2008;15(1):34–39.
101. Lippes J, Malik T. Tatum HJ: The Postcoital Copper T. In: Thirteenth Annual Meeting of the Association of Planned Parenthood Physicians, Los Angeles, California; 1975. .
102. Fasoli M, Parazzini F, Cecchetti G, La Vecchia C. Post-coital contraception: an overview of published studies. *Contraception*. 1989;39(4):459–468.
103. Glasier A. Emergency postcoital contraception. *New England Journal of Medicine*. 1997;337(15):1058–1064.
104. Barnhart KT, Sondheimer SJ. Emergency contraception. *Current opinion in obstetrics & gynecology*. 1994;6(6):559–563.
105. Thomas MA. Postcoital contraception. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2001;44(1):101–105.
106. Trussell J, Rodriguez G, Ellertson C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception*. 1999;59(3):147–151.
107. Bracken MB. Oral contraception and congenital malformations in offspring: a review and metaanalysis of the prospective studies. *Obstetrics & Gynecology*. 1990;76(3):552–557.
108. of Obstetricians AC, Gynecologists, et al. ACOG practice bulletin. Emergency oral contraception. Number 25, March 2001.(Replace Practice Pattern Number 3, December 1996). American College of Obstetricians and Gynecologists. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2002;78(2):191.
109. Grimes D, Von Hertzen H, Piaggio G, Van Look P, Peregoudov S, Vucurevic M, et al. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet (London, England)*. 1998;352(9126):428–433.

110. Ho PC. Emergency contraception: methods and efficacy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2000;12(3):175–179.
111. CONTRACEPTION TH. Hormonal contraception: recent advances and controversies. *Fertility and Sterility*. 2006;86:4.
112. von Hertzen H, Piaggio G. Levonorgestrel and mifepristone in emergency contraception. *Steroids*. 2003;68(10-13):1107–1113.
113. Von Hertzen H, Piaggio G, Peregoudov A, Ding J, Chen J, Song S, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *The Lancet*. 2002;360(9348):1803–1810.
114. Webb A, Russell J, Elstein M. Comparison of Yuzpe regimen, danazol, and mifepristone (RU486) in oral postcoital contraception. *British Medical Journal*. 1992;305(6859):927–931.
115. Glasier A, Thong K, Dewar M, Mackie M, Baird DT. Mifepristone (RU 486) compared with high-dose estrogen and progestogen for emergency postcoital contraception. *New England Journal of Medicine*. 1992;327(15):1041–1044.
116. Enstitüsü H. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor>; 2014.
117. Bakanlığı S. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. 2019;.
118. Başer DA, Sönmez CI, Arslan M. Kocaeli ilindeki aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi düzeyleri. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2018;10(1):34–40.
119. OCAKTAN ME, ÖZDEMİR O, ÇALIŞKAN D, ÖZYURDA F, ÇÖL M, TÜMAY E. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan aile planlaması danışmanlığı ve rahim içi araç uygulama kursunun değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2003;56(3):141–146.
120. Burroughs A, Leifer G. Maternity nursing: an introductory text. Saunders; 2001.
121. Strateji C, Başkanlığı B. On birinci kalkınma planı (2019-2023). 2019;.
122. Duman ÇS, Suluhan D, Durduran Y. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekim dışı sağlık profesyonellerinin hizmet içi

- eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Medical Journal of Bakirkoy*. 2016;12(3).
123. Ege E, Timur Taşhan S, Zincir H. Ebelik son sınıf öğrencilerinin aile planlaması eğitimi etkinliğinin değerlendirilmesi. 2005;.
124. KOLAYLI G, Lorcü F. PERFORMANSA DAYALI ÜCRET SİSTEMİ VE HEKİMLERİN MOTİVASYON ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2017;3(3):340-353.
125. Arı S, Öngel K, Kişioğlu AN. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi asistanları ve son sınıf öğrencilerinin üreme sağlığı hakkındaki bilgilerinin incelenmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2012;2:7-11.
126. Speizer IS, Bollen KA. How well do perceptions of family planning service quality correspond to objective measures? Evidence from Tanzania. *Studies in Family Planning*. 2000;31(2):163-177.
127. Erbil N, Pasinlioğlu T. PLANLI EĞİTİM VE DANIŞMANLIĞIN KADINLARIN AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET DÜZEYİNE ETKİSİ. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2008;11(2):38-46.
-

1.BASAMAKTA ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN AİLE PLANLAMASI HAKKINDAKİ BİLGİ
TUTUM VE DAVRANIŞLARI - ANKET ÇALIŞMASI

**Aşağıdaki çoktan seçmeli soruların tek doğru yanıtı vardır. Her soru için tek bir seçeneği işaretleyiniz.*

1. Aile hekimliği biriminizde aile planlaması danışmanlığı veriliyor mu?
 - ☐ Evet ben veriyorum
 - ☐ Hayır verilmiyor
 - ☐ Aile sağlığı elemanı veriyor
 - ☐ Aile Sağlığı Elemanı ile birlikte veriyoruz
2. Aile planlaması hizmetleri için yeterli zaman ayıra biliyor musunuz?
 - ☐ Evet yeterli zaman ayırabiliyorum
 - ☐ Hayır ayıramıyorum
 - ☐ Evet ama yeterli değil
3. Hastalarınıza aile planlaması danışmanlığı verme konusunda kendinizi ne derecede yeterli buluyorsunuz?

1(yetersiz)	2	3	4	5	6	7	8	9	10(yeterli)
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------
4. Oral/i.m. kontraseptif kullanmakta olan hastalarınızı hangi sıklıkla takip ediyor ve değerlendiriyorsunuz?
 - ☐ Her ilaç almaya geldiklerinde
 - ☐ Şikayeti yoksa düzenli olarak yılda bir kez
 - ☐ Aile sağlığı elemanım yönlendirirse
 - ☐ Takip etmiyorum
 - ☐ Takip için Kadın hastalıkları uzmanına yönlendiriyorum
5. Aile sağlığı merkezinde koruyucu yöntem (prezervatif, oral kontraseptif) kullanmakta olan hastalara dağıtımını kim yapmakta?
 - ☐ Aile Hekimi
 - ☐ Aile sağlığı elemanı
 - ☐ Tıbbi sekreter
 - ☐ Danışma/banko personeli

6. Aile planlaması hizmetlerinin geliştirilmesi için neler yapılmasını gerektiğini düşünüyorsunuz?
- Seminer/online eğitim programlarının düzenlenmesi
 - Birim başına düşen hasta sayısının azaltılması
 - Aile planlaması hizmetlerinin performans kriterlerine dahil edilmesi
 - Aile planlaması hizmetlerine pozitif performans getirilmesi
 - Diğer:
7. Tarafımıza başvuran altta özellikleri yer alan hastalardan hangisine kombine oral kontraseptif-KOK (östrojen+progesteron) ilaç başlayabiliriz?
- 35 yaşında 1 paket/gün sigara içmekte olan hasta
 - 26 yaşında migren tanılı hasta
 - 20 yaşında tip-1 Diyabet tanılı hasta
 - 33 yaşında muayene esnasında tansiyonu 160/100 mmHg ölçülen hasta
 - 22 yaşında adet kanamaları fazla, düzensiz ve ağrılı hasta
8. Kadın ve Erkek gönüllü cerrahi sterilizasyon işlemleri için aşağıdaki bilgilerden yanlış olan hangisidir?
- Vazektominin gebeliği önleme etkisi 20 boşalma sonrası veya 2 ay sonra başlar
 - Tüp ligasyonu adet sonrası ilk 5 günde yapılmalıdır.
 - Vazektomi, prostat kanseri riskini arttırmaz.
 - Tüp ligasyonu en başarılı kontraseptif yöntemlerden birisidir ve başarısızlık oranı binde bir kadardır.
 - Cerrahi sterilizasyon işlemleri kalıcı yöntemler olup geriye dönüşü zor ve pahalıdır.
9. KOK (kombine oral kontraseptif) kullanmakta olan hastanız hapa başlanan ilk 7 gün içerisinde 3 hap unuttuysa ve cinsel ilişki öyküsü yoksa hangi uygulama doğrudur
- Unutulduğu yerden içilmeye devam edilir, 7 gün ek yöntem kullanılır
 - Hatırlandığı gün 2 hap alınarak kalındığı yerden devam edilir, 7 gün ek yöntem kullanılır
 - Sıfırdan yeni paket açılarak devam edilmeli
 - Acil kontrasepsiyon gerekir
 - Hatırlandığı gün 3 hap alınarak kalındığı yerden devam edilir, 7 gün ek yöntem kullanılır

10. Rahim içi araç (RİA) için hangi bilgi hatalıdır?

- Bakırlı RİA spermier üzerine etki ederek, Progesteron içeren RİA endometrium üzerinde hormonal-lokal etki ile gebeliği engeller.
- RİA kadının gebe olmadığından kesinlikle emin olunan herhangi bir dönemde uygulanabilir
- Progesteron içeren RİA'lar adet düzensizliği yapabilir.
- Doğum sonrası hemen ya da 7 gün içerisinde Bakırlı RİA uygulanabilir.
- Spontan düşük veya kürtajdan sonra hemen ya da 7 gün içerisinde Bakırlı RİA uygulanabilir.

11. Kombine Oral kontraseptiflerin kullanımı ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- İki siklus arasında 7 günden fazla ara verilmemelidir
- İlaç kullanımı bırakıldıktan sonra hemen gebe kalınamaz
- Bazı antibiyotiklerle birlikte alınması etkinin azalmasına neden olabilir
- Hapın alınması bir gün unutulursa sonraki gün iki hap birden alınıp devam edilir
- Gebelikten koruma oranı %90'ın üzerindedir.

12. Spermisitler ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- Spermier öldürerek etki eder
- Günümüzde en sık kullanılan madde nonoksinol-9 dur.
- Cinsel ilişkiden 6 saat sonrasına kadar vajen yıkanmamalıdır
- Yöntem başarısızlık oranı %0-36,8 arasında değişmektedir
- Cinsel ilişkiden hemen önce ya da 3 saat sonrasına kadar uygulanabilir

13. 4 aylık bebeği olan emziren kadına önerilmesi en sakıncalı kontraseptif yöntem aşağıdakilerden hangisidir?

- Bakırlı RİA
- Kombine oral kontraseptif haplar
- Bariyer yöntemleri
- Mini haplar
- Spermisitler

14. Aşağıdakilerden hangisi RİA etki mekanizmalarından biri değildir?

- Endometriumun enzimatik yapısını bozarlar
- Servikal mukustan sperm geçişini engellerler
- Endometriumda iltihabi reaksiyon yaparlar
- Ovülasyonu engeller
- Ovumun endometriuma yerleşmesini engellerler

15. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi varsa hastaya KOK başlanmaz?

- ☐ Over kanseri
- ☐ Endometrium kanseri
- ☐ Epilepsi
- ☐ Meme kanseri
- ☐ Tüberküloz

16. Hastanız DMPA (3 aylık iğne) kullanırken kontrol tarihini beklemeden doktora başvurması gereken acil durum aşağıdakilerden hangisidir?

- ☐ Karın alt bölgesinde ağrı
- ☐ Hızlı kilo alma
- ☐ Lekelenme kanaması
- ☐ Amenore
- ☐ Baş ağrısı

17. Fertilitenin en fazla olduğu dönem hangisidir?

- ☐ Ovülasyondan 5 gün önce 2 gün sonra
- ☐ Ovülasyondan 7 gün önce 3 gün sonra
- ☐ Ovülasyondan 9 gün önce 2 gün sonra
- ☐ Ovülasyondan 7 gün önce 2 gün sonra
- ☐ Ovülasyondan 5 gün önce 3 gün sonra

18. Aylık iğne kullanılmaması gereken durum aşağıdakilerden hangisidir?

- ☐ 4 aylık emziren anne
- ☐ 40 yaş altı
- ☐ Endometriozis
- ☐ Şiddetli dismenore
- ☐ Over kanseri

*Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

EK B. Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 11.03.2020

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	1. Basamakta Çalışan Aile Hekimlerinin Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğretim Üyesi Hacer Hicran Mutlu			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
DESTEKLEYİCİ				
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TURU	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☒		
	Retrospektif	☐		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2020/0153	Tarih: 11.03.2020		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

Etik Kurulu
Unvanı
İmza:

T.C.S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE E.A.H.
Doç. Dr. Sükrü Sadık ÖNER
Tıbbi Farmakoloji
Dip. Tes. No: 2601/325

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 11.03.2020

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	1. Basamakta Çalışan Aile Hekimlerinin Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☒	☐	☒	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☐	☒	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☒	☐	☐	☒	
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi Bör	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☐	☒	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	☒	☐	☐	☒	☐	☒	
Saliha Şahin	İşçi		☐	☒	☐	☒	☒	☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

Etik Kurulu Başkanı
 Unvanı: Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER
 İmza: Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER