



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AYDIN DOĞUMEVİ'NE AİLE PLANLANMASI
İÇİN BAŞVURAN KİŞİLERİN KONTRASEPTİF
YÖNTEM TERCİHLERİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mehmet Halim ARVIŞ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Serpil AYDIN

Aydın

2008

İÇİNDEKİLER

Konu	Sayfa No
TEŞEKKÜR	IV
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. DÜNYADA NÜFUS POLİTİKALARI	3
2.1.1. Nüfus Politikalarının Tarihçesi	3
2.1.2. Nüfus, Gelişmişlik Düzeyi ve Kalkınma	6
2.1.3. Nüfus Kontrolü ve Anne-Çocuk Sağlığı	7
2.1.4. Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması	8
2.1.5. Çocuk Sayısının Belirlenmesi	9
2.2. TÜRKİYE'DE UYGULANAN NÜFUS POLİTİKALARI	9
2.2.1. Pronatalist Politikaların Benimsendiği Dönem (1923-1960)	10
2.2.2. Antinatalist Nüfus Politikalarının Benimsendiği Dönem (1960-)	13
2.2.3. Uluslararası İşbirliği	15
2.3 DEMOGRAFİK ARAŞTIRMALAR	17
2.3.1. Nüfusa İlişkin Bilgi Kaynakları	18
2.3.2. Araştırmaların Amacı	19
2.3.3. Yasal Düzenleme	20
2.3.4. Eğitim	21
2.3.5. Teşkilatlanma	23
2.3.6. Hükümet Dışı Kuruluşlarla İşbirliği	23
2.4. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ	23
2.4.1. Modern Olmayan Yöntemler	24
2.4.1.1. Menstrüel Siklusla İlgili Yöntemler	24
a. Takvim Yöntemi	24
b. Vücut Isısı Yöntemi	25
c. Servikal Mukus Yöntemi	25
d. Servikal Palpasyon Yöntemi	25
e. Semptotermal Yöntem	26

f.Ovulasyon Günü Belirleme Kitleri	26
2.4.1.2. Emzirme (Laktasyonel Amenore Yöntemi – LAM)	26
2.4.1.3. Koitus interruptus (GERİ ÇEKME)	27
2.4.1.4. Vajinal Duş	27
2.4.2. MODERN YÖNTEMLER	27
2.4.2.1. Bariyer Yöntemler	27
a. Kondom	27
b.Spermisidler	28
c. Diyafram	28
d. Servikal Başlık	29
e. Kadın Kondomu	30
2.4.2.2. Rahim İçi Araç (RİA)	30
2.4.2.3. Kombine (Östrogen + Progesteron) Yöntemler	32
a. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)	32
b.Kombine Enjeksiyonlar	33
c. Kombine Cilt Prolilenler	34
d. Kombine Vajinal Halka	34
2.4.2.4. Yalnız Progesteron İçeren Yöntemler	34
a. Mini Hap (MINI PILL)	34
b. Enjeksiyonlar	35
c. İmplantlar	36
2.4.2.5. Geriye Dönüşümsüz Yöntemler	37
a. Kadın Sterilizasyon: TÜP LİGASYONU	37
b. Erkek Sterilizasyonu: VAZEKTOMİ	38
2.4.2.6. Acil Kontrasepsiyon	39
a. Yuzpe Rejimi	39
b. Tek Başına Levonorgestrel (PLAN B)	40
c. Rahim İçi ARAÇ (RİA)	40
d. Mifepriston (RU-486)	40
e. Misoprostol, Gemeprost	40
f. Ertesi Gün Hapı (Acil Doğum Kontrol Kiti)	40

2.4.2.7. Erkek Hormonal Kontrasepsiyonu	41
3. AMAÇLAR	42
4. GEREÇ VE YÖNTEM	43
İstatistiksel Analiz	43
5. BULGULAR	45
6. TARTIŞMA	61
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
8. KAYNAKLAR	66
EK-1. ÇİZELGELER DİZİNİ	76
EK-2. ŞEKİLLER DİZİNİ	77
EK-3. KISALTMALAR DİZİNİ	78

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, tez çalışmamda bana yol gösteren ve destek olan değerli hocam Doç. Dr. Serpil AYDIN'a eğitimimde desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Okay BAŞAK, Doç. Dr. Güzel DİŞCİGİL, Yrd. Doç. Dr. Ayfer GEMALMAZ ve Dr. Serdar GÜREL'e, diğer rotasyon hocalarıma, asistan arkadaşlarım Dr. Funda GÖKSOY, Dr. Aydın SÖYLEMEZ, Dr. Özlem KALAK, Dr. Ayfer OKLAY BOZKAYA ve Dr. Ceyda ELVEREN'e, uzmanlığını alan arkadaşlarım Dr. Zübeyde ANADOL, Dr. Mustafa TÜRKOĞLU, Dr. Yavuz ERGÜN ve Dr. Didem SALT PEKER'e, Aydın Doğumevi hekimleri Dr. Gülgün GEZER ve Dr. Filiz GÖNGÜR'e, dönem arkadaşım psikiyatri asistanı Dr. Bülent GÜLTEKİN'e, sabır ve desteğinden dolayı sevgili eşim Fatma ARVIŞ'e canım kızlarım ELVAN ve EVRİM'e teşekkürlerimi sunarım.

1. GİRİŞ

Aile planlaması (AP) evli çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına; eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına; iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine; yaşlarını, sağlık ve sosyo-ekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine ve çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) aile planlamasını, ailelerin sağlığını ve refahını daha iyiye götürerek ülkenin sosyo-ekonomik gelişimine katkıda bulunmak için kişiler ve çiftler tarafından benimsenen düşünce ve yaşam şekli olarak tanımlamıştır (2,3).

Dünyada doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı gittikçe artmaktadır. 1995 yılında gelişmekte olan ülkelerde kontraseptif yöntem kullanımı %56, gelişmiş ülkelerde %73'tür (6).

Gelişmekte olan ülkelerde 1998 yılı itibariyle, yaklaşık 120 milyon kadın halen sahip olduklarından daha fazla çocuk istemediği halde, gebelikten korunmaya yönelik bir yöntem kullanmamaktadır (4).

Türkiye'de evli kadınların %99'u gebelik önleyici bir yöntem bilmekte ve %64'ü bir yöntem kullanmakta iken, tüm kadınların sadece % 38'i etkin AP yöntemleri kullanmaktadır (5). Yani gebelik önleyici yöntem kullanan kadınların yarıya yakını, halen etkin olmayan yöntemlerle korunmaktadır. Gebelik önleyici bir yöntem kullanmadığı halde başka çocuk istemeyen kadınların oranı ise %23.2'dir (5). Bu oranlar, karşılanamayan AP gereksinimini ve AP yöntemlerinin etkin bir şekilde uygulanmadığını ifade etmektedir.

Doğum kontrol yöntemlerinin, insan sağlığını koruyucu ve refahını artırıcı özelliği vardır. Bu yöntemler doğum yerinin ve zamanın belirlenmesini, anne ve çocuk sağlığı için zararlı olabilecek doğumların önlenmesini sağlar. İlk doğumun zamanlamasının belirlenmesinin, kadının tüm yaşamı üzerine sosyal ve ekonomik etkileri bulunmaktadır. İlk doğumun ertelenmesi, kadının eğitim ve iş olanaklarına ulaşabilmesini sağlar. Ancak doğum kontrol yöntemlerinin yaratabileceği bu olumlu durum, farklı etkenlere de bağlıdır. Güvenli ve etik biçimde kullanılmazsa, kadın sağlığı ve refahına zarar da verebilir.

Aile planlaması yöntemlerinin etkin ve yeterli kullanılmaması, doğum aralıklarının kısa olması, istenmeyen gebelikler ve aşırı doğurganlık gibi anne ve bebek sağlığını etkileyen birtakım risklere neden olmaktadır (7). Bu risk faktörleri ise, anne-bebek mortalite ve morbidite

oranlarını doğrudan etkileyebilmektedir. Anne-bebek mortalite ve morbidite oranları, ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde anne ölüm hızı yüzbin canlı doğumda 30 (8,9), bebek ölüm hızı binde 5'tir (10). Anne ve bebek sağlığının en iyi düzeyde olduğu İsveç'te ise, bebek ölüm hızı binde 3 (11,10), anne ölüm hızı yüzbinde 5'tir (12). Gelişmekte olan ülkelerde, anne ölüm hızı yüzbin canlı doğumda 420 (9), bebek ölüm hızı binde 62'dir (10). Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan ülkemizde ise, anne ölüm hızı yüz bin canlı doğumda 49,2 (13,14), bebek ölüm hızı binde 29'dur (15). Kadının doğurganlığının artması, özellikle üçüncü ve daha sonraki doğumlarda, gebelik ve doğuma ilişkin komplikasyonları artırarak hem anne hem de bebeğin morbidite ve mortalite oranlarını yükseltmektedir (16).

Ülkemizde, AP konusunda 30 yılı aşkın bir süredir, ailelere gerekli bilgi ve hizmeti sunarak doğurganlıkları ile ilgili özgürce ve bilinçli seçim yapmalarını sağlayacak politikalar izlenmeye çalışılmaktadır (17). Bu politikaların olumlu sonuçları demografik ve sağlık göstergelerimize yansımakla birlikte, AP konusunda karşılanmayan gereksinimin hala yüksek olduğu ve bölgelere göre önemli farklılıklar gösterdiği belirtilmektedir (17). Ülkemizde doğurganlık hızı 2,2 olarak belirlenmiştir (18). Bu rakam yüksek olmamakla birlikte, bölgeler arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Doğurganlığına etkisi olan faktörlerden birisi, kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanım oranlarıdır. Ülkemizin batı bölgelerinde AP yöntemi kullanma oranı (%74), doğu bölgelerine göre (%56) yüksek olması nedeniyle batı bölgelerinde doğurganlık hızı da daha düşüktür (18).

TNSA-2003 sonuçları, aile planlaması yöntemlerinin sağlanmasında kamu sektörünün önemini koruduğunu göstermektedir (18). Modern aile planlaması yöntemlerini kullananların %58'i yöntemi kamu sektöründen temin ettiklerini bildirmiştir. Özel sektör aile planlaması yöntemlerinin %40'ını temin ederken, tıbbi olmayan dükkan ve marketler ise, aile planlaması yöntemlerinin sadece %2'sini sağlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DÜNYADA NÜFUS POLİTİKALARI

2.1.1. Nüfus Politikalarının Tarihçesi

Toplumunu bir bütün olarak ölçülebilir ve hesaplanabilir bir değişken olarak ele alan modern nüfusun siyasal kavram olarak doğuşu 18. yüzyılın sonlarına dayanmaktadır. Thomas Malthus'un 1798 yılında basılan "Nüfusun Prensibi Üzerine" adlı kitabı, nüfus politikaları ile ilgili ilk sistematik çalışmadır. Malthus'a göre, nüfus geometrik hızla artarken, doğal kaynaklar aritmetik olarak artmakta, dolayısıyla nüfus, doğal kaynaklarını aşma eğilimindedir. Yani, Malthus'a göre toplumda ortaya çıkan yoksulluk nüfus artışından kaynaklanmaktadır. Bu dengenin sağlanması için savaş, açlık ve öldürücü salgın hastalıklar gibi etkenler veya evliliğin geciktirilmesi ve ahlaki sınırlama yoluyla doğum oranlarını düşürülmesini öngören çözümler benimsenmiştir (19).

Ancak tarihsel olarak nüfus büyüklüğüne bakıldığında, toplumların yaşam standartları iyileştiği veya fazla çocuk doğurmanın gerekli olduğu toplumsal koşullar ortadan kalktığı zaman, nüfus artışının azaldığı ve sabitlendiği görülür (19). Dünyanın insanları besleme kapasitesi, tarımda ve endüstride meydana gelen gelişmelerle, Malthus'un öngörüsünden çok daha yükseklere çıkmıştır.

İngiltere'de, 1877 yılında, nüfus kontrolünün geliştirilmesini amaçlayan bir birliğin kurulmasından sonra, nüfus artışının toplumların refahı üzerinde olumsuz etkisi olacağı görüşü 1890'lı yıllarda tüm Avrupa'da yayıldı. Bir çok özgürlükçü düşünür ve liberal reformcunun katılımıyla 1900'de, Uluslararası neo-Malthuscu federasyon kuruldu ve Malthus'un ekonomik savları ile buna bağlı olan nüfus artışıyla ilgili önerilerini savundu (20).

Kadın ve çocuk emeğinin endüstride ve hane içinde önemli ekonomik değere sahip olması nedeniyle 19. yüzyılın ortasına kadar, sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu kesimlerde, doğum ve ölüm oranları çok yüksekti. 19. yüzyılın sonlarında başlayan küresel ekonomideki yapısal değişiklik ve kadınların statüsünde ortaya çıkan farklılaşmalar sonucu, doğum oranında düşme olmuştur. Ayrıca kolonilerde sağlanan refahın Batıya aktarılmasıyla, Avrupa toplumlarının yaşam standardı da yükselmiştir. Çocuk işgücü, 1870'lerde çocuk işçiliğinin yasaklanması konusunda yapılan yasal düzenlemelerle önemini yitirmiştir. Buna bağlı olarak çocuk yetiştirmek artık bir yatırım değil tüketim alanı haline dönmüştür. Doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması, evli

kadınların mülkiyet edinme hakkını almaları, kadınlar için eğitim ve yüksek ücretle istihdam olanaklarının artmasından sonra yaygınlaşmış ve küçük aile tercih edilmeye başlanmıştır (17). Tüm bu gelişmeler sonucunda, toplumun sosyoekonomik olarak alt sınıflarında, hem doğumların hem de ölümlerin düşük olduğu aşamaya gelinebilmiştir.

Tüm dünyada 1930'larda yaşanan ağır ekonomik bunalım, işsizlik ve göç artışına bağlı olarak nüfus politikaları iki farklı biçimde yürütülmüştür. Eğitimli, sosyoekonomik olarak üst düzey nüfusunun artırılması; işsizlik ve göçün sebebi olarak görülen sosyoekonomik alt düzey nüfusun ve göçmenlerin doğurganlıklarının sınırlandırılması amaçlanmıştır (21). Bu dönem, tüm sorunların çözümü için nüfus kontrolünün yapılmasının gerekliliğinin savunulduğu dönemdir.

II. Dünya savaşını izleyen yıllarda, dünyanın az gelişmiş bölgelerinde sosyal ve ekonomik gelişmeler olmasa da, antibiyotik, aşılama gibi sağlık alanındaki ilerlemelerin az gelişmiş ülkelere de yaygınlaştırılması ile, ölüm oranlarında keskin bir düşme ve ortalama yaşam süresi beklentisinde yükselme, dolayısıyla nüfus patlaması olmuştur. Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, bu dönemde, ölüm oranındaki düşmeyi takiben, doğurganlık oranında da bir düşmenin olacağını varsayıp bunu beklemenin çok büyük riskler taşıdığı düşüncesiyle, doğurganlığın düşürülmesini amaçlayan özel programların az gelişmiş ülkelerde uygulanma gerekliliği savunulmuştur (14).

II. Dünya savaşından sonraki yıllarda kontrol edilmesi gereken kesim, III. Dünya ülkelerindeki yoksul çoğunluk ile Batı'da yaşayan etnik azınlıklar ve yoksullardı (21). Bu ülkelerin nüfusunun çok kalabalık olması ile yaşama standartlarının çok düşük olması arasındaki bağlantı, nüfusun çok fazla olmasına dayandırılmaktadır.

III. Dünyada uygulanan nüfus kontrolünün niteliği, nüfus patlaması, gelişmişlik düzeyi, kalkınma, sağlık, seçme hakkı gibi konularda biçimlenmektedir. III. Dünyadaki hızlı nüfus artışı ve giderek artan yoksulluk, bir tehdit olarak görüldü. Dünya nüfusunun o güne kadar görülmedik bir hızla arttığı ve bu biçimde artmaya devam ederse, gelecekte fazla nüfus nedeniyle çok önemli ve baş edilemez sorunların ortaya çıkacağı ileri sürülüyordu. Dünya nüfusunun 1800'de bir milyar, 1930'da iki milyar, 1960'da 3 milyar olduğu; % 0,2 olan nüfus artış hızının eğer bu şekilde devam ederse yaklaşık otuz beş yıl içinde (1963'ten itibaren) iki katına çıkacağı tahmin edilmekteydi (21). Dünya nüfusundaki artış **çizelge 1 ve 2**'de gösterilmiştir.

Çizelge 1. 1650- 1986 Yılları Arasında Dünyadaki Nüfus Artış Hızları (22)

Dönemler	Dünyada Nüfus Artışı%	Gelişmiş Ülkelerde Nüfus Artışı%	Gelişmekte Olan Ülkelerde Nüfus Artışı%
1650-1750	3,4	3,4	3,4
1750-1800	5,0	6,2	4,7
1800-1850	4,3	8,3	3,1
1850-1900	6,8	11,0	5,3
1900-1920	6,5	9,2	5,2
1920-1940	11,1	8,5	12,8
1940-1950	11,0	3,5	14,4
1950-1986	17,0	3,0	29,0

Çizelge 2. Dünya Nüfusundaki Değişmeler (1960-200) (23).

Yıl	Nüfus (Milyar)
1960	3.040
1970	3.698
1980	4.448
1990	5.292
2000	6.260

1970'lerde açlık ve gıda kıtlığının nedeni, nüfusun çok fazla olmasına bağlanmıştı ve hızlı nüfus artışı karşısında sınırlı doğal kaynakların nasıl dengede tutulacağı sorusu temel bir sorun olarak ortaya konmaktaydı. 1990'lardan sonra nüfusun fazla olmasıyla çevre kirliliğinin, doğanın tahrip edilmesinin ve çarpık kentleşmenin meydana geldiği ileri sürülmeye başlandı. Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkeleri, nüfus patlamasının çevre kirliliği, yoksulluk, az gelişmişlik gibi sorunlara neden olacağından ve az gelişmiş ülkelerdeki hızlı nüfus artışından endişe duymakta idi. Buna paralel olarak aynı dönemde, gelişmiş ülkelerde nüfus artış hızının düşük olması kaygı yaratıyordu. Bugün de, bir yandan gelişmiş ülkelerde kadınların doğurması teşvik edilmekte, öte

yandan gelişmekte olan ülkelerde ise sınırlandırmalar getirilmektedir. Örneğin Japonya’da doğumlar teşvik edilirken, Japon hükümeti Kahire konferansından sonra III. Dünya ülkelerinde uygulanan nüfus kontrol programlarına üç milyar dolar bağış yapmıştır (21).

2.1.2. Nüfus, Gelişmişlik Düzeyi ve Kalkınma

Dünyadaki nüfus artış hızının bölgeler arasındaki farklılıkları çok önemlidir. Gelişmiş ve geri kalmış ülkelerin toplumsal ve ekonomik olarak değişken olan nüfus büyüklüğü ve yapısı, en önemli farklılıktır. Gelişmiş ülkelerde nüfus artış hızı, gelişmekte olan ülkelere göre oldukça düşük tür (**Çizelge 1**). Az gelişmiş ülkelerin geri kalmışlıktan kurtulmasının, ancak nüfus artış hızının düşmesiyle mümkün olacağı düşüncesi, 1960’lardan itibaren egemen olmaya başladı. Nüfus artış hızındaki aşırılık, ülkeler arasındaki ekonomik dengesizliğin sebebi olarak ileri sürülüyordu. Az gelişmiş ülkelerdeki %0,2-3 arasındaki nüfus artış hızının ekonomiye çok büyük yük getirdiğine inanılmaktaydı. Nüfus ile kalkınma ilişkisinde tek çözümün doğurganlığın azaltılması olduğu savunuluyordu (24).

Uygulanan nüfus kontrol programları ile az gelişmiş ülkelerde 1960’ta %10’dan az olan suni doğum kontrol yöntemi kullanımı, 1990’da %50’ye çıkmıştır. Bu ülkelerde aynı dönemde doğurganlık oranlarında da düşme olmuştur (21). Nüfusun fazla ve nüfus artış hızının yüksek olması, bağımlı nüfusun yüksek olmasına, bu da tüketimin artmasına ve tasarrufun azalmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda da, ülkenin kaynaklarının alt yapı yatırımlarına gitmesi engellenmekteydi.

Nüfus artış oranının yüksek olması, gelişmekte olan ülkelerdeki ekonomik büyümenin önündeki en büyük engeldi. Zira 1960’ların başında dünyadaki “nüfus patlaması” korkuları, Türkiye’ye ithali sırasında, en önemli desteği kalkınma politikalarından almıştır (25,26). 1950 ve 1960’lardan günümüze kadar nüfus büyüklüğü ve yapısı ile kalkınma arasında sıkı bir bağlantı kurulmaktadır. Kişi başına düşen gelir, kalkınmanın en önemli göstergesi olarak kabul edilmektedir. Nüfus artış hızı, ekonomik gelişmeyi ve bununla ilgili olarak işgücü artışını, sermaye birikimini, teknolojik gelişmeyi ve doğal kaynakların kullanılmasını etkileyen bir unsur olarak ele alınmaktadır. Eğer nüfus azalır, doğal olarak kişi başına düşen gelirin de artacağı varsayılmaktadır (19). Bu yaklaşım, Türkiye’de beş yıllık kalkınma planlarına (BYKP) da yansımaktadır. Örneğin VII. BYKP’da nüfus artışının, kaynakların bağımlı nüfusa aktarılmasına neden olarak, kalkınmayı engellediği varsayılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelere yüksek nüfus artışı, işgücü arzını artırırken tasarrufun düşük olması ve demografik yatırımların fazla olması

nedeniyle, bu yüksek işgücü arzını eritebilecek istihdam artışı yaratamamaktadır. Bu da zamanla artan işsizlik sorununa neden olmaktadır (27).

Nüfus artışının ekonomik kalkınma üzerindeki iki yanlı olumsuz etkisi, bir yandan tasarruf yüzdesini düşürmesi, diğer yandan sermaye, mal ve yatırımlara duyulan gereksinimi artırmasıdır. Böylece kişi başına düşen milli gelir azalmaktadır.

1980'lerden sonra nüfus ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerin ele alındığı uluslararası konferanslarda, kalkınmanın temelinde insan olduğu, insana daha fazla yatırım yapılması ve kişilerin kendi toplumlarının sosyal, ekonomik ve politik yaşamına her düzeyde tam katılımlarını sağlayacak şekilde güçlendirilmesi gereği ortaya atılmıştır (28). 1994 yılında Kahire Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda, nüfus, yoksulluk, üretim ve tüketim biçimleri ile çevrenin birbirleriyle çok yakından ilişkili olduğu bildirilmişti. Kalkınma hakkı temel insan haklarından biri olarak ele alınmakta ve sürdürülebilir kalkınmanın hedeflendiği belirtilmektedir. Ayrıca nüfusa ilişkin amaçlar ve politikalar, temel hedefi, bütün insanların yaşam kalitesini artırmak olan kültürel, ekonomik ve sosyal kalkınmanın bir parçası olarak ele almıştır. Nüfus ile ekonomik ve sosyal kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkinin üstünde durulmuş, sosyal eşitsizliklerin sürekli ve yaygın nüfus artışı ve yapısı üzerinde etkili olduğu vurgulanmıştır (29).

2.1.3. Nüfus Kontrolü ve Anne-Çocuk Sağlığı

Dünyada ve Türkiye'de nüfus kontrol politika ve programlarının uygulanmasının nedenleri arasında, yüksek doğurganlığın anne ve çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri en önemli rollerden birine sahiptir. Gelişmekte olan ülkelerdeki anne ve bebek ölüm oranlarının gelişmiş ülkelere kıyasla çok yüksek olduğu, bunun nedeninin az gelişmiş ülkelerde nüfusun fazla olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin ihtiyacı karşılayamadığı, sık ve çok doğumların anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkilediği belirtilerek aile planlamasının benimsenmesi gerektiği savunulmaktadır (30).

Her yıl %99'u geliştirmekte olan ülkelerde olmak üzere 600.000 kadın; gebelik, doğum ya da loğusalık döneminde, doğurganlığa doğrudan ya da dolaylı olarak bağlı bulunan nedenlerden ölmekte; doğurganlıkla ilgili nedenlerle her yıl yaklaşık yirmi milyon kadın kronik hastalıklara yakalanmakta ya da sakat kalmaktadır (31).

Türkiye'de özellikle anne, bebek ve çocuk ölüm oranları, 1960'lı yılların başında çok yüksekti (1940 yılında bebek ölüm oranı %26, 1973 yılında %12,6) (32). Bu oranın düşürülmesi,

uygulanan politikaların can alıcı hedeflerden bir tanesi idi. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 1989'da yapılan araştırmaya göre, Türkiye'de 1981 yılı için anne ölüm hızı 100 bin canlı doğumda 132 olarak tespit edilmiştir (31). Anne ölümleri ile ilgili son yıllara ait güvenilir bilgi bulunmamaktadır. Anne ölümlerinin en önemli nedeni doğrudan gebeliğe bağlı nedenlerdir (31). Kadın ölümleri ve jinekolojik hastalıkların başka bir nedeni ise, uygun olmayan koşullarda çocuk düşürmedir (31).

Anne ve çocuk sağlığını geliştirmeyi ya da kadın statüsünü iyileştirmeyi amaçlayan bir "Güvenli Annelik" programı, 1987'de Dünya Bankası, UNDP, UNICEF, UNFPA ve DSÖ'nün desteğiyle başlatılmış ve anne ölümlerini azaltmayı hedeflemiştir. Bu ve bunun gibi programlarda, doğum kontrol yöntem kullanımının artırılmasıyla hamileliğin önlenmesi ve bu sayede, anne ve hamile kadın ölüm oranlarının düşürülmesi amaçlanmıştır. Yapılan incelemelere göre, anne ölümlerinin büyük kısmı önlenebilen nedenlerden kaynaklanmaktadır. Doğuma bağlı ya da üreme sisteminde oluşan hastalıklardan dolayı meydana gelen kadın ölümlerinin önlenmesinin en önemli şartı, bütçeden sağlık hizmetlerine ve sağlık hizmetleri içinde üreme sağlığı hizmetlerine ayrılan paydır. Tüm kadınların üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanabilmesi için bunların ücretsiz, ulaşılabilir ve kaliteli olması gerekir.

2.1.4. Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması

Doğum kontrolü, ekonomik ve tıbbi nedenlerle önem kazanırken, tıp ve sağlık alanında verilen hizmet içinde de yerini almıştır. Üreme, sadece kadının sağlığı için değil, aynı zamanda devletin yararı için de, üzerinde tıbbi müdahale gerektiren bir durum olarak kabul edilir durumdadır (33). İngiltere ve Almanya'da özürlüler kısırlaştırılmaktadır (21). III. Dünya ülkelerinde de kısırlaştırmaya yönelik bazı yöntemler kullanılmaktadır. Kadınları kısırlaştırmak için yoksulluğun çok fazla olduğu yerlerde parasal ya da araç-gereç temini şeklinde yardım yapılmaktadır. Kısırlaştırma kararının alınması karşılığında su, iş, kalacak yer, eğitim olanağı gibi olanaklar sunulmaktadır. Çin, Hindistan, Endonezya ve Bangladeş'te ise zaman zaman daha kesin çözümler kullanılmıştır. Brezilya'da 1988'de doğum izni 120 güne çıkınca, işverenler işe almak için kısırlık sertifikası istemeye başlamıştır (21). 1970'lerin sonunda demograf Bernard Barelson ve Stanley Lieberon nüfus kontrolü için eğer gönüllü girişimler başarısız olursa, su veya temel gıda maddelerine geçici kısırlaştırıcı maddelerin karıştırılabileceğini, tüm genç kızların geçici olarak kısırlaştırılabileceğini ve kürtaj sırasında kısırlaştırmanın yapılabileceğini öneriyorlardı (21).

2.1.5. Çocuk Sayısının Belirlenmesi

Ailede çocuk sayısı artıp doğum aralığı azaldıkça, çocuk ölümlerinin ve hastalanma oranlarının yükseldiği; beslenme durumunun bozulduğu; zeka gelişimlerinin gerilediği yapılan araştırmalarla gösterilmiştir (34). Doğurganlığın fazla olduğu ailelerde çocuk ölümlerinin arttığı tespit edilmektedir (31). Bu nedenle, kamu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve çocuk beslenme programlarının uygulanmasının, doğum hızlarının düşmesine yol açacağı belirtilmektedir (31).

Ailelerin yaşlandıklarında kendilerine bakmaları için çocuk dünyaya getirmeleri az görülmeyen bir durumdur. 1984 yılında Dünya Bankası'nca Endonezya, Kuzey Kore, Tayland ve Türkiye'de yapılan araştırmalara göre, insanların % 80-90'nın yaşlandıklarında çocuklarının kendilerine bakacaklarına güvendiklerini göstermektedir (21).

Bütün dünyada, yüksek bebek ve çocuk ölüm oranı, yüksek doğurganlıkla beraber görülür. Beslenmenin, sağlık hizmetlerinin yetersizliği, ilaç ve aşı sağlanamaması gibi nedenlerle yoksul sınıflarda bebek ve çocuk ölüm oranlarının yüksek olması da doğurganlığı artıran bir sebeptir (21).

Pek çok yerde kadının toplumsal statüsü, üreme rolüyle ilişkilendirilmektedir. Pek çok kadın için çocuk doğurmak tek güç kaynağıdır. Çocuk doğurmama -özellikle de erkek çocuk-kadının toplumdan dışlanmasına, boşanmasına hatta Afrika'nın ve Kuzey Asya'nın bazı bölgelerinde yakılarak öldürülmesine neden olabilmektedir (21).

Kadınların doğum kontrol yöntemini kullanmayı kabul etmesi ya da reddetmesinde, içinde yaşadığı toplumdaki sosyal, ekonomik ve kültürel yapı önemlidir. Doğurganlık düzeyi, özellikle kadının beslenme, iş yükü, evlilik antlaşmasının koşulları, toprak dağılımı, miras hukuku ve kadın eğitimine bağlıdır.

2.2. TÜRKİYE'DE UYGULANAN NÜFUS POLİTİKALARI

Türkiye'de de, dünyaya paralel olarak, dönemlerine göre pronatalist ve antinatalist olmak üzere, iki tür nüfus politikası uygulanmıştır. Antinatalist nüfus politikası uygulayan hükümetler **çizelge 3**'teki stratejilerden yararlanırlar ve koşullara bağlı olarak zaman zaman bazılarında daha fazla ağırlık verebilirler (35).

Çizelge 3. Antinatalist Nüfus Politikalarının Amaçları ve Çalışma Alanları

• Ulusal düzeyde kontraseptif, kürtaj ve kısırlaştırma servislerinin yaygınlaştırılması
• Çiftlerin az sayıda çocuk sahibi olması için ulusal düzeyde propaganda yürütülmesi
• Az sayıda çocuk sahibi olmanın doğrudan ödüllendirilmesi veya dolaylı kanallardan teşvik edilmesi
• Üst düzey yetki sahibi kimselerin (politikacılar, üst düzey devlet yetkilileri) belli bir zaman dilimi içinde belli bir nüfus büyüklüğüne ulaşma konusunda inançlı olması
• Ulusal kalkınma planların hazırlanması ve doğurganlık politikalarının belirlenmesi

Pronatalist nüfus politikasının benimsendiği yerlerde, nüfus artışını sağlamak amacıyla, benzer stratejiler zıt yönde uygulanır. Örneğin, her türlü doğum kontrol aracının üretimi ve satışı yasaklanır, geniş aile propagandası yapılır, çok sayıda çocuğa sahip çiftlere doğrudan para yardımında bulunulur (35).

2.2.2. Pronatalist Politikaların Benimsendiği Dönem (1923-1960)

Avrupa’da savaş sonrası dönemde nüfus artışı lehine yapılan propagandalar hemen hemen tüm ülkelerde etkili olmuştur. Türkiye Cumhuriyeti’nde de, kuruluşundan 1960’lara kadar, bu yönde nüfus politikaları benimsenmiştir. Mustafa Kemal 1922 yılında TBMM’nde yaptığı bir konuşmada (TBMM üçüncü açış nutku), Türkiye’de nüfusun artırılması gerektiğini belirtir. Bunun birinci sebebi, I. Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı sırasında özellikle erkek nüfusunun azalması ve ölüm oranlarının çok yüksek olmasıdır. Bu dönemde fazla nüfus bir ülke için siyasi ve askeri alanda bir güç olarak kabul edilmektedir. Öte yandan, ekonomiye ilişkin sebepler de vardır. Hızlı nüfus artışının ülkedeki sosyal iş bölümü ile uzmanlaşmayı artırması, boş duran doğal kaynakların işletilmesini sağlaması beklenmektedir (36).

Cumhuriyetin ilk yıllarındaki nüfusu artırıcı politikalar hem parti hem de hükümet programlarında ifade edilmekteydi. Örneğin 1924 yılında kurulan Terakkiperver Cumhuriyet Fırkası’nın programının 13. maddesinde “...nüfusun bir memleket için en büyük servet olduğu...” ve muhakkak artırılmasının gerektiği ifade edilmektedir. 1931 yılında kabul edilen parti programında nüfusu artırıcı önlemlerin alınması gerektiği ve sosyal hayatta ailenin temel olduğu belirtilmektedir (37).

Özellikle 1930 yılından sonra çeşitli yayınlarda, nüfus artırma yolunda bilinçli bir politikanın izlenmesinin gerektiği farklı boyutları ile tartışılmaktadır (38). Bu yayınlarda Türkiye'nin istenilen nüfus artışını gerçekleştirebilecek potansiyele sahip olduğu, Türk kadının doğurgan olduğu, ancak bunun için ölüm oranının indirilmesi ve “medeniyet ve kültür alanında” gelişmelerin sağlanması gerektiği belirtilmektedir. Şevket Süreyya Aydemir 1932 yılında Kadro dergisine verdiği demeçte yüksek doğurganlık hızına karşın fakirlik ve hastalık nedeni ile bebek ve çocuk ölümlerine değinerek düşüncesini “Hedefimiz ileri, teknik, tok, şen ve kalabalık bir Türk milletidir” şeklinde ifade etmiştir (38).

1930'lardan sonraki yıllarda Türkiye'de, Mussolini döneminde İtalya'da uygulanan, nüfusu artırmayı teşvik eden politikalar izlenmiştir. İtalya'daki uygulamalar yakından takip edilip, bu konuda yayınlar Türkçe'ye çevrilerek yayınlanmaktaydı. Gaetano Zingali tarafından yazılan ve Mussolini'nin nüfus politikasını açıklayan “Nüfus Kemiye ve Kemiye İçin İtalya'da Alınan Tedbirler” başlıklı kitapçık 1932 yılında İstatistik Genel Müdürlüğü tarafından Türkçe'ye çevrilerek yayınlanmıştır. Mussolini'nin benimsediği nüfus siyaseti “azami doğum ve asgari ölüm” ilkesinde evlilik kurumunun özendirilip korunması için çabalar ve özellikle doğumları azaltıcı eylemlerin yasaklanması önerilmektedir (38).

Nüfusun artırılmasını teşvik için, 1929'da çıkarılan 1529 sayılı Şose ve Köprüler Kanunu ile, beşten fazla çocuğu olan ailelerin yol vergisinden muaf sayılmaları kabul edildi. 1930 yılında doğumları artırma ve kolaylaştırma görevi, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile Sağlık Bakanlığı'na verildi. Aynı kanunla “ilkaha mani veya çocuk düşürmeye vasıta olup sıhhat ve içtimai muavenet vekaletince tayin olunacak alat ve levazımın ithal ve satışı.....” yasaklandı. Bu kanun ile geniş ailelere (altı ve daha fazla çocuk sahibi) bir madalya verilmesi kararlaştırıldı. 1926 tarihli Türk Ceza Kanunu, kasten çocuk düşürmek ve düşürtmeyi suç olarak belirledi. Bu fiillerin cezaları 1936 ve 1953 yıllarında çıkarılan yeni yasaklarla daha da artırılmıştır. Ayrıca söz konusu maddeleri kapsamına alan Ceza Kanunu'nun ilgili faslının adı “Kasden Çocuk Düşürmek ve Düşürtmek Cürümleri” iken, 1936'da bu faslın adı “İrkin Tümlüğü ve Sağlığı Aleyhine Cürümler” olarak değiştirilmiştir. Yasal evlenme yaşı 1925'de kabul edilen Medeni Kanun'da erkekler için 18, kadınlar için 17 iken, 1938 yılında çıkarılan bir yasayla (3453 sayılı yasa) erkekler için 17, kadınlar için 15'e indirilmiştir (39). II. Dünya savaşı öncesinde nüfus artışını teşvik edilmesi için yapılan bu uygulamalara rağmen nüfus artış hızı çok yüksek olamamıştır (%0,2). Bu uygulamalarla doğum oranlarında umulan yükselme sağlamadığı gibi; düzelen sağlık

şartları ve 1933'lerden sonra başlayan sanayileşme eğilimi nedeniyle ölüm oranları ve doğurganlık hızında düşme olmuştur. Bu düşüş eğilimi, II. Dünya Savaşı yıllarında da devam etmiştir (%0,11). Erkeklerin askerde olması, refahın düşük olması, düzenli ilaç ithalinin gerçekleştirilememesi bu düşmenin diğer nedenlerindedir.

Nüfus artışını istenilen seviyeye çıkartmak ve anne ve bebek ölüm oranlarını düşürmek için alınması gerekli önlemleri araştırmak üzere, Cumhuriyet Halk Fıkrası tarafından, 1932'de Nüfus Komisyonu kurulmuştur. Komisyon 1934 yılında yayınladığı raporda, nüfusun artırılması için doğumların özendirilmesini ve özellikle ölümlerin azaltılması için yasalarda konulan önlemlerin uygulanmasının gerektiği belirtmiştir (37).

Tek parti döneminde sağlık alanında izlenen politikalar; nüfusun hızlı artması, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve dıştan göçlerin özendirilmesi olarak üç ana grupta toplanmaktadır. Çok partili döneme geçilmesinden sonra da paralel politikalar izlenmiştir (37).

Türkiye'de hızlı nüfus artışı II. Dünya savaşı sonrasında olmuştur. Silah altındaki erkek nüfusunun terhis olması, penisilin gibi ilaçların ülkeye bol miktarda girmesi, doğurganlığın artması ve 1950-1960 yılları arasındaki göç ile çok hızlı bir nüfus artışı ortaya çıktığı ifade edilmektedir (37). Nüfusun beklenilenden hızlı artışına karşı oluşan tepkiler 1950'lerin sonunda ortaya çıkmaya başlamıştır. Nüfus politikasının değiştirilmesi gerekliliğini ortaya koyan ilk girişim, 1958'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) tarafından bu konuyu incelemesi için oluşturulan komisyonun hazırladığı rapordur (37). Bu raporda, "çocuk düşürme" eylemine Türk Ceza Kanunu'nun ağır yaptırımlar getirmesine karşın çok sayıda gizli düşük yaptırıldığı, fakat bunların büyük çoğunluğunun yargıya ulaşmadığı ifade edilmektedir. Ayrıca, sağlıksız koşullarda, korku içinde, gizli yapılan bu düşüklerin bir çok kadının sağlığını çok olumsuz etkilediği ve bazı kimselerin (doktorlar dahil) bunu bir kazanç haline getirdiği vurgulanmaktadır. Komisyon raporda, tıbbi yönden zorunlu durumlarda çocuk düşürmenin kabul edilmesini sağlayacak şekilde mevzuatta değişiklik yapılmasını önermektedir. Komisyonun bir diğer önerisi de gebeliği önleyici ilaç ve araçların kullanımının serbest bırakılması yönündedir. Komisyon Başkanı Dr. Zekai Tahir Burak, daha sonra gönderdiği yazıda belli şartlar altında isteğe bağlı kürtajın ve akıl hastalarında kısırlaştırmanın yasallaşmasını önermektedir (39).

Bu dönemde hızlı nüfus artışının, yukarıda belirtilen sağlık sorunlarının yanı sıra kentlerin düzensiz büyümesine, kentli nüfusun artması ve iş gücü ile istihdam artışları arasındaki dengesizliğe neden olduğu da tartışılmaktadır (37). Hükümetlerin nüfus artışı ile ilgili geleneksel

tutumlarında, 1950’li yıllarda bu sorunların gündeme gelmesiyle değişimler olmuştur. Devlet Planlama Teşkilatı’nın (DPT) 1960 yılından kurulmasından sonra , DPT ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yeni bir nüfus politikası oluşturulması için birlikte çalışmışlardır. Cumhuriyetin kuruluşundan 1960’lı yıllara kadar izlenen pronatalist politikalarca, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de nüfus, askeri ve siyasi bir güç olarak görülüyordu. Nüfusun büyüklüğü ve yapısı ile kalkınma arasında sıkı bir bağlantı olduğunu ileri süren, II. Dünya savaşından sonra Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkeleri tarafından III. Dünya ülkelerine sunulan kalkınma stratejisinin benimsenmiş olması, Türkiye’de antinatalist nüfus politikalarına geçiş sürecini etkileyen en önemli etkidir (37).

2.2.2. Antinatalist Nüfus Politikalarının Benimsendiği Dönem (1960-)

Hızlı nüfus artışı, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (BYKP) bir sorun olarak tanımlanmakta ve nüfus artış hızını azaltıcı tedbirlerin alınacağı belirtilmektedir. DPT, BYKP’ler ile kalkınma ve nüfus planlaması kavramlarını birleştirmeye çalışmıştır. I.BYKP döneminde oluşturulan nüfus politikasına gerekçe olarak, hızlı nüfus artışının ekonomik gelişme üzerinde yaptığı olumsuz etkiler üzerinde durulmuştur. Hızlı nüfus artışı ve nüfus yapısındaki değişimler, sosyal yapıdaki değişimleri etkileyen bir değişken olarak ele alınmıştır. Bu çerçevede gebeliği önleyici bilgilerin yayılmasını ve gebeliği önleyici araç ve ilaçların ithalini ve satışını yasaklayan kanun maddeleri kaldırılmış, 1965 yılında Nüfus Planlaması Yasası ile gebeliği önleyici ilaç ve araçların ithali serbest bırakılmış ve yeni aile planlaması politikalarının uygulanması görevi SSBYB’na verilmiştir (40). Bu alanda hizmet verecek olan sağlık personelinin eğitilmesi, gebeliği önleyici ilaçların ithali, yurt içinde üretimi ve gerekli yerlerde parasız dağıtımı konuları üzerinde durulmuştur.

İkinci BYKP döneminde de antinatalist eğilim sürmüştür. Milli gelirin artmasına rağmen, kişi başına düşen gelirin istenilen seviyeye ulaşmamasına, fazla doğumlar sonucu oluşan ekonomik bozulmaya, ailenin gücünü aşan sayıda çocuk sahibi olmanın ailede ve sosyal hayatta sorunlar yaratmasına, özellikle çocuk düşürmek için ana sağlığını yıpratıcı ve hayatı kaybettiren yollara başvurulmasına sebep olan olumsuz faktörleri ortadan kaldıran, nüfus artış hızını azaltan, ailelerin istedikleri zaman ve sayıda çocuk sahibi olmalarını mümkün kılan bir aile planlaması politikası benimsenmiştir (41).

Antinatalist yaklaşım, 1974 yılında Bükreş’te toplanan Dünya Nüfus Konferansı’ndan sonra değişmeye başlamıştır. Bu konferansta, nüfus politikalarının, özellikle doğurganlığı ve

nüfus artış hızını azaltıcı politikaların ancak yoğun kalkınma çabaları ile birlikte uygulanırsa başarılı olabileceği ortaya konmuş ve bu durum 1984 Meksika Dünya Nüfus Konferansı'nda da benimsenmiştir (42). Bu konferanslarda, kalkınma stratejilerinin sadece kişi başına düşen gelir artışını hedeflemek yerine, nüfusun genel refah düzeyini artırmayı da hedeflemeleri gerektiği belirtilmiştir. Kalkınmanın önündeki asıl engelin, nüfusun büyüklüğü değil, kaynakların dengesiz dağılımı ve kullanımını olduğu gösterilmiştir. Bu görüş çerçevesinde nüfus politikası tanımı “iktisadi, sosyal ve demografik hedeflere ulaşmak için demografik değişkenleri, nüfus büyüklüğünü, dağılımını, artışını ve diğer niteliklerini etkileyen tedbir ve programların tümü” biçiminde genişletilmiştir (43).

1974 yılında Dünya Nüfus Konferansı'nın etkileri, III. BYKP'na yansımıştır. Burada nüfus politikaları ile kalkınma arasındaki ilişki yeniden tanımlanmaktadır. Hızlı nüfus artışı, ekonomik gelişmeyi engelleyen bir faktör olarak ele alınmamakta, ekonomik ve sosyal kalkınmanın nüfusun niceliğini ve niteliğini belirleyeceği öne sürülmektedir. Ekonomik ve sosyal refah arttıkça, ölümlerin azalacağı, kadının ekonomik ve sosyal hayattaki geleneksel rollerinin dışına çıkabileceği, böylece ekonomik gelişmelerin nüfusun artışını yavaşlatacağı savunulmuştur. Daha önce ancak nüfus artış hızı düşürülürse kalkınmanın gerçekleşeceği düşünülürken, dördüncü planlama dönemi 1981 yılı programında, refahın artırılması ve yaygınlaştırılmasına bağlı olarak nüfus artış hızının düşeceği belirtilmişti (44).

1990'lı yıllardan sonra tüm dünyada nüfus politikasının kapsamı, hızlı nüfus artışının çevre üzerindeki etkilerinin önlenmesi, kadının statüsünün yükseltilmesi konularını da kapsayacak biçimde genişlemiştir. Burada, “sürdürülebilir kalkınma” anlayışı benimsenmektedir. Ayrıca özellikle az gelişmiş ülkelerde uygulanmakta olan aile planlaması programları eleştirilmekte, bunun yerine “üreme sağlığı” yaklaşımı gündeme gelmektedir. 1994 yılında Kahire'de yapılan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda, toplumsal kalkınmanın nüfus büyüklüğü üzerindeki etkisinin yanı sıra, kadının toplumsal statüsünün kalkınma ve dolayısıyla nüfusun büyüklüğü ve niteliği üzerindeki etkisi ele alınmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak Türkiye'de 1994 yılı kalkınma programına, kadının kalkınmaya katılımı için politikaların geliştirilmesi, cinsiyete dayalı veri tabanı oluşturulması ve kadınların eğitiminin desteklenmesinin gereği vurgulanmıştır (45).

1997 yılı programında Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi'nin fonksiyonlarının “üreme sağlığı” kavramı çerçevesinde genişletilmesi gerektiği belirtilmektedir

(46). Aile planlaması hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve sunulan yöntem çeşidini artırmak ve hizmet kalitesini geliştirmek amacıyla, hastanelerde aile planlaması kliniklerinin açılmasına devam edileceği belirtilmektedir. Doğumevleri ve doğum hizmeti veren hastanelerde gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması ve doğumlardan sonra doğum kontrol uygulamalarının yaygınlaştırılması hedeflenmektedir (46).

Kadın sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin geliştirilmesi ve kalitesinin artırılması çalışmaları kapsamında, kadın sağlığı ve aile planlaması ulusal stratejileri dokümanı, ilgili sektörlerin katılımı ile 1997 yılında hazırlanmıştır (47). Belirlenen stratejiler çerçevesinde 1998 yılında Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Eylem Planı, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve diğer ilgili birimleri, üniversitelerin Halk Sağlığı Anabilim Dalları, Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Devlet İstatistik Enstitüsü, Milli Eğitim bakanlığının ilgili birimleri, Türkiye Aile Planlaması Derneği, Devlet Planlama Teşkilatı ile çeşitli ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşların katılımıyla hazırlanmıştır. 1998 yılı programında, kadın sağlığı ve aile planlaması ulusal stratejileri ve eylem planının, gençler ve erkekler dahil olmak üzere tüm risk gruplarını içine alan, cinsel yolla bulaşan hastalıkları da kapsayan, üreme sağlığı kavramı çerçevesinde gözden geçirilmesi ve bu kapsamda sunulan hizmetlere entegre edilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Ayrıca üreme sağlığı yaklaşımının AÇSAP (ana-Çocuk Sağlığı ve Aile planlaması) kanalıyla aile planlamasına yönelik eğitim çalışmalarına da yansıtılması planlanmıştır (47).

Ulusal Eylem Planında kadınların üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları ile toplumsal statüleri arasındaki bağlantı vurgulanmaktadır (48). Kadınlara götürülen sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler; onların bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden sağlıklı olmaları ve statülerini yükseltmesi amacını taşıyan bir yaklaşımla yürütülecekti.

2.2.3. Uluslararası İşbirliği

Nüfus planlaması konusunda uluslararası işbirliğinin temel hedefi, gelişmekte olan ülkelere bilgi ve teknoloji transferi yapmaktır. Az gelişmiş ülkelerin çoğunluğunda olduğu gibi Türkiye’de de nüfus politikalarının geliştirilmesinde dış yardımların, özellikle başlangıçta, önemli bir desteği olmuştur. Ülkedeki siyasal desteğin henüz oluşmadığı hazırlık döneminde, gerek kliniklerin açılması, gerekse araştırma projelerinin gerçekleştirilmesinde büyük ölçüde maddi desteğe ihtiyaç duyulmuştur. Nüfus kontrolü programlarının planlanması ve bu

programları yürütecek görevlilerin eğitilmesi aşamasında yabancı uzmanlardan destek sağlanmıştır (49).

Uluslararası alanda, nüfus kontrol programlarının oluşturulmasında en önemli desteği Ford, Rockefeller Vakıfları, Nüfus Konseyi ve Uluslararası Planlı Ebeveynlik Federasyonu vermektedir. Nüfus Konseyi (Population Council) 1952 yılında Rockefeller Vakfı'nın desteğiyle yeni nüfus kontrol programları geliştiren ülkelere destek olması amacıyla kurulmuştur. Türkiye 1963 yılında aile planlaması konusunda halkın ilgisinin çok yüksek olduğunu belirterek Nüfus Konseyi'ne başvurmuş ve nüfus kontrol programının uygulanabilme olanaklarının araştırılmasını talep etmiştir (49).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), 1961'den sonra Uluslararası Kalkınma Ajansı (AID) kanalıyla yardım yapmıştır. ABD Başkanı 1965 yılında yaptığı bir konuşmada "Nüfus sorunu, dünyanın geleceğini tehdit eden en köklü ve tehlikeli sorundur." biçimindeki ifadeyle bu tarihten itibaren Uluslararası Kalkınma Ajansı ile az gelişmiş ülkelere aile planlaması konusunda yapacağı desteğin ilk haberini vermiştir (49).

1963 yılında nüfus problemi konusunda Bilim ve Kamu Politikaları Komitesi (Committee on Science and Public Policy), dünya nüfusunun çok hızlı arttığı ve bu artışın esasen az gelişmiş ülkelerde olduğu konusunda bir rapor hazırlamıştır. Raporda Afrika, Asya ve Latin Amerika'da özellikle az gelişmiş ülkelerde doğurganlığın düşürülmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Buna bağlı olarak 1977 yılında AID'in desteği ile Nüfus ve Demografi Komitesi (The Committee on Population and Demography) kurulmuştur. Bu komitenin amaçları şu şekilde sıralanmaktadır (49): gelişmekte olan ülkelerdeki doğum/ ölüm ve doğurganlık oranlarını tahmin etmek ve bunun için veriler toplamak, gerekli teknolojiyi geliştirmek ve doğurganlık oranını değiştiren faktörleri tespit etmek. Komitenin çalışacağı ülkelerin özellikle nüfusu fazla, doğurganlık ve ölüm oranları belirsiz, demografik veriler elde etmeye uygun ülkeler olması gerektiği belirtilmektedir. Bu ülkelerle birlikte gerçekleştirilen paneller, araştırmalar ve atölyelerle istenen amaçlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu komite, Türkiye'de 1978 ve 1980 yıllarında, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ile paneller düzenlemiştir. Ayrıca ortak proje geliştirme, planlama, teknik tavsiye sağlama, raporlama gibi faaliyetler yürütülmüştür.

Birleşmiş Milletler Nüfus Dairesi, dünya nüfusu ve özellikle az gelişmiş ülkelerin nüfusu hakkında bilgi sağlanması konusunda çalışmaktadır. Kahire'de 1994 yılında kabul edilen eylem planında, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), diğer Birleşmiş Milletler örgütleri, çok

tarafli finans kuruluslari ve bölgesel bankaların gelişmekte olan ülkelerin nüfus programlarını desteklemesi kararlaştırılmıştır.

Türkiye sağlık ile ilgili 1979 CEDAW, 1990 Çocuk Hakları Sözleşmesi, 1994 -Kahire, 1995 Pekin-4. Kadın Konferansı Eylem Platformu, 1997 Sağlık 21 gibi bir çok uluslararası sözleşmeye imza atmıştır. CEDAW ve Pekin Eylem Platformu'na ilişkin gelişmeler Başbakanlık Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü'nce; Kahire Nüfus Konferansı'nın eylem planının uygulamaları ise Başbakanlık DPT tarafından yürütölmektedir. Türkiye'de nüfus, aile planlaması ve cinsel sağlık hizmetlerinin dahil olduğu üreme sağlığı alanında uluslararası kurulusların mali yardımları ve destekleri devam etmektedir. Son yıllarda TİK ve Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde, UNFPA, USIAD, JICA, GTZ ve Avrupa Topluluğu gibi kurulusların desteklediği projeler yürütölmektedir.

2.3. DEMOGRAFİK ARAşTIRMALAR

Nüfusun büyüklüğu ve kompozisyonu hakkında bilgi üreten demografi bilimi doğum, ölüm ve göç konularında veriler elde etmektedir. Sosyal Bilimler, demografi bilimini ve bu alanın ortaya koyduğu sorunları, ancak bu sorunlar hükümetler tarafından kabul edildikten sonra benimsemiştir (50). Türkiye'de nüfus araştırmaları, nüfus kayıtları ve nüfus sayımları ile elde edilemeyen demografik bilgilerin toplanması amacıyla yürütölmektedir.

Nüfusun niteliği ve büyüklüğu konusunda elde edilen bilgiler nüfus politikalarının oluşturulmasında büyük rol oynamaktadır. Bu araştırmalar, aile planlaması programlarının hazırlanması, uygulanması ve geliştirilmesi, politika seçimlerinin yapılabilmesi için veriler sunmaktadır. Kalkınma planlarında, ulusal düzeyde demografik tahminlerin elde edilebilmesi için nüfus araştırmalarının yapılması programlanmaktadır. Bu araştırmalarla, yasa koyucu ve yöneticiler için hemen uygulanabilir sonuçlar elde edilmektedir. Nüfusun yapısında meydana gelen değişimler, toplumun sosyal ve ekonomik kalkınmasını çeşitli boyutları ile etkilemekte; nüfusun yapısındaki değişim eğilimlerini önceden görebilmek, diğer politikaların oluşturulmasında da önemli rol oynamaktadır. Nüfus araştırmaları ile eğitim, sağlık, üreme sağlığı, yoksulluk, aile refahı, çevre, kadın, göç ve kalkınma konuları arasında bağlantı kurulmaktadır. Bu verilerle, hem kalkınma stratejilerinin, hem de bu alanlardaki politik kararlılığın oluşturulması sağlanmaktadır. Ayrıca, nüfus politikaları hakkında kamuoyunun farkındalığının yaratılmasında da çok etkili olmaktadır (51). Kısacası, demografi alanında yapılan

araştırmalarda elde edilen veriler, özellikle nüfus, sağlık ve kalkınma politikalarının oluşturulması, uygulanması ve geliştirilmesi açısından büyük rol oynamaktadır.

2.3.1. Nüfusa İlişkin Bilgi Kaynakları

1960'lara kadar nüfusa ilişkin bilgi, nüfus sayımlarından elde edilenlerle sınırlı idi. Ancak bu sayımlarda doğum aralığı, evlilik dışı doğumlar, çocuk düşürme oranı, yaşayan çocuk sayısı, evlilik yaşı ve süresi gibi konularda veriler bulunmamaktadır (52). 1960'ların ortalarına kadar demografik araştırmalara öncülük etmiş dört çalışma vardır (53). Bunlar aslında sağlık alanında yapılmış araştırmalar olup demografik nitelikte veriler de elde edilmiştir. 1958'den itibaren Halk Sağlığı Okulu demografik araştırmalara öncelik vermiştir. 1963 yılında ilk kez Türkiye çapında yapılan hane halkı araştırması, Sağlık Bakanlığı ve Hıfzıssıhha Okulu ile Milli Eğitim Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma, genel olarak aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranış araştırması olmakla birlikte doğurganlık ve ölümlülük konusunda da bilgi toplamıştır. Bu tarihten itibaren günümüze kadar her beş yılda bir Türkiye çapında nüfus araştırmaları yapılmaktadır. Bu araştırmalar Hacettepe Nüfus Ettleri Enstitüsü (HÜNEE) tarafında yrtlmektedir. İlk yapılan araştırmalarda aile yapısı, tarımsal yapı, gelir, g ve konut gibi konular ağırlıklı iken son yıllarda yapılan araştırmalarda doğurganlık ve sağlık konuları ön plandadır.

lke çapındaki nüfus araştırmalarının parasal desteği büyük ölçüde uluslararası kuruluşlar tarafından karşılanmaktadır. Bu kuruluşlar teknik destek de sağlamaktadır. Araştırmalar kamu kuruluşlarının mevcut personeli tarafından yrtlmektedir. Demografi alanında eğitim vermek; demografi, sosyal, ekonomik, kültürel ve sağlıkla ilgili nüfus araştırmaları yapmak; toplumda nüfus sorunlarına dair bir duyarlılık yaratmak; demografi ve nüfus alanında akademik ve uygulama çalışmalarını organize etmek ve bunlara katılmak amacıyla, bir araştırma ve eğitim enstitüsü olarak, 1966'da kurulan HÜNEE'nin bugüne kadar yürüttüğü çalışmalar değişik kuruluşlar tarafından desteklenmiştir. 1968 yılındaki araştırması Ford Vakfı; 1973 ve 1978 yıllarındaki araştırmaları Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu; 1983 araştırması Westinghouse Health System (USIAD); 1988 araştırması Center for Disease Control(USIAD); 1993 araştırması Macro International INC. (USIAD) tarafından finanse edilmiştir. Dış teknik yardımlar 1990'larda giderek azalmaya başlamış ve kaynak sağlayan kuruluşlar veri toplama faaliyetlerine giderek daha az destek vermeye başlamışlardır (54).

HÜNEE tarafından beş yılda bir yapılan ve ülke çapında temsil edilebilir olarak kabul edilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1983,1988,1993,1998,2003 yıllarındaki araştırmalarında anket soruları hane halkına ve kadınlara yönelik olarak hazırlanmıştır.

2.3.2. Araştırmaların Amacı

Bu araştırmalarda, evli kadınların doğurganlık oranı ve bu oranı doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen faktörlerin belirlenmesi, aile planlaması hakkında bilgi ve uygulamaların tespit edilmesi, doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgi edinilmesi ve uygulama düzeylerinin seçilen yönetime, bölgeye, kent-kırsal yaşama alanlarına göre ölçülmesi, anne ve çocuk sağlığı konusunda veri toplanması hedeflenmektedir.

Bu araştırmalar aynı zamanda, doğurganlığın nasıl azaltılabileceği sorusunun yanıtını bulabilmek için yapılmaktadır. Bunun için doğurganlık oranının toplumdaki hangi gruplar arasında daha yüksek olduğu araştırılmaktadır

Ülke çapındaki bu araştırmalarda, doğurganlığın düşürülmesinin önündeki engeller ve hangi faktörlerin engelleyici olduğu incelenmektedir. Doğum kontrol yöntemlerinin kullanımına ilişkin tutumlar ve bilgi kaynakları tespit edilmeye çalışılmaktadır. Bunlara bağlı olarak doğurganlığın nasıl düşürülebileceği incelenmektedir.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünün (HÜNEE) 1968 ve 1973 yıllarında nüfus yapısı ve sorunları konularındaki araştırmalarına göre, Türkiye’de aşırı doğurganlığın nedeni, ailelerin gebeliği önlemede etkili yöntemleri kullanmamalarıdır (55). Yine aynı araştırmalarda, ailelerin büyük çoğunluğu (üçte ikisi) küçük aileyi norm olarak kabul etmiş, buna rağmen toplam doğurganlık oranı % 5,3’tür (55).

1993 yılında yapılan TNSA’da evli kadınların 2/3’ü daha fazla çocuk istemediğini söylemekte, %14’ü yeni bir çocuk için en az iki yıl beklemek istediğini belirtmekte ve ideal çocuk sayısının 2,4 olduğunu düşünmektedir (56).

Doğum kontrol yöntemlerinin kullanımının (her hangi bir yöntem kullanımı değil, diğerlerine göre çok daha etkili olduğu ileri sürülen modern doğum kontrol yöntemleri ve bunların içinde de Türkiye’de yaygınlaştırılmaya çalışılan doğum kontrol hapı, RİA ve kondomun) yaygınlaştırılması ile hem doğurganlık oranının düşebileceği ve buna bağlı olarak kalkınmanın gerçekleştirilebileceği, hem de kadınların istemedikleri halde gebe kalıp doğurmak zorunda kalmayacaklarıdır. Öte yandan, HÜNEE’nin 1993 yılında yaptığı araştırmada, kadınların % 95’inin aile planlaması servisine ve bilgilerine ulaşabildiklerini, yine de %37’sinin herhangi

bir yöntem kullanmadıkları ve %28'inin geleneksel yöntemlerle gebelikten korundukları ortaya çıkmaktadır (56).

TNSA'larda kadınların neden "modern" doğum kontrol yöntemi kullanmadıklarının anlaşılması en önemli hedeflerden biridir. 1993 yılındaki TNSA'nın sonucuna göre bunun nedenleri; çocuk istemek, bilgi eksikliği, eşinin karşı olması, yöntemin pahalı olması, yan etkileri, diğer sağlık nedenleri, aile planlamasına karşı olması, din açısından karşı olması, kadercilik, düzensiz cinsel yaşamının olması, hamile kalmasının zor olması, menopozda olması ve güvenlik olarak sıralanmaktaydı (56).

2.3.3. Yasal Düzenleme

Türkiye'de hazırlanan I. BYKP, nüfusu artırmayı teşvik eden nüfus politikalarının muhakkak değiştirilmesi gerektiğini ve yeni oluşturulacak nüfus politikasının asıl hedefinin doğurganlıkla ilgili olması gerektiğini vurgulamaktadır (57). Planda yeni nüfus politikası ile yapılması gereken ilk çalışmanın, gebelik önleyici bilgi, araç ve ilacı yasaklayan kanunların değiştirilmesi olduğu bildirilmiştir. Buna bağlı olarak doğum kontrolü yapılmasını önleyen yasa kaldırılmış ve 1965 yılında Aile Planlaması yasası onaylanmıştır. Nüfus planlaması bu kanuna göre yapılmaktadır. Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü ve İlmi Komite'ce hazırlanan ve Yüksek Sağlık Şurası tarafından onaylanan Uygulama Yönetmeliği de 1965'te yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikte hizmetlerin yürütülmesi için gerekli kurallar ve nüfus planlamasının temel ilkeleri belirtilmiştir (57). Nüfus Planlaması Kanunu ile, ülkede kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgilendirme ve eğitim hizmetlerin serbestleştirilmektedir. Geriye dönüşümlü kontraseptif yöntemlerin (RİA, hap, kondom gibi) dağıtımı, satışı ve uygulaması serbest bırakılmakta ve İsteyerek düşük ve cerrahi sterilizasyona tıbbi nedenlere bağlı olarak izin verilmektedir (58).

1982 Anayasasının 41. maddesinde ailenin korunması başlığı altında, ailenin Türk toplumunun temeli olduğu belirtilmekte ve "Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle anne ve çocukların korunmasını, aile planlamasının öğretilmesini ve uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar" biçiminde ifade edilmektedir (59).

1965 yılında çıkartılan yasaya ilaveten 1983 yılında yürürlüğe giren 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Yasa ile yapılan yenilikler **çizelge 4**'te gösterilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın bu görevleri, tüm kamu kurum ve kuruluşları ile kamu niteliğindeki ilgili meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliğiyle yürüteceği belirtilmektedir. (60).

Çizelge 4. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Yasa İle Yapılan Yenilikler (1983)

<ul style="list-style-type: none">• 10 haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılması
<ul style="list-style-type: none">• Gönüllü Cerrahi Sterilizasyonun (kadın-erkek için), gebeliği önleyici yöntem olarak kabul edilerek serbest bırakılması
<ul style="list-style-type: none">• Eğitilmiş pratisyen hekimlerin, uzman hekim denetiminde menstrüel regülasyon yöntemi ile rahim tahliyesini ve vazektomi uygulamasını yapabilmesi
<ul style="list-style-type: none">• Hekim ve eğitilmiş hekim dışı sağlık personeline, aile planlaması yöntemlerini uygulama yetkisinin verilmesi ile kırsal alanlarda bu yöntemlerin yaygınlaştırılması
<ul style="list-style-type: none">• Başarılı aile planlaması etkinlikleri için sektörler arası işbirliğinin gereği

2.3.4. Eğitim

Nüfus planlaması hizmetlerinin yürütülmesinde hizmet içi eğitimin önemi üzerinde durularak 1980 yılında “406 Sayılı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği” uygulamaya konulmuştur. Gelir düzeyi düşük, sosyal güvencesi olmayan ailelerde, çocukların çalışarak aileye gelir sağlaması ve daha sonra yaşlı anne babalara bakması, doğurganlık eğilimini artırıcı bir faktör olarak görülmektedir. Bunun önüne geçmek amacıyla, çocuk işçiler için asgari çalışma yaşı ile ilgili yasal düzenlemelerin yapılmasının ve kamu finansmanı ile sosyal güvenlik sağlanmasının, doğurganlığı azaltacağı ileri sürülmektedir (60). Nüfus artışı kontrol altında tutmak için alınan tedbirler çerçevesinde eğitime büyük vurgu yapılmaktadır. Bu eğitimin iki hedef kitlesi bulunmaktadır. Birincisi, sağlık hizmetleri alanında çalışan kişilere yönelik aile planlaması konusundaki kurslar, yayınlar, seminerler gibi etkinliklerdir. Bunun için örneğin, Ankara Doğumevi bir sağlık, araştırma ve eğitim merkezine dönüştürülmüştür. 1969 yılından itibaren aile planlaması tıp fakültelerinin programına alınmıştır. Ayrıca II. BYKP’de tıbbi araştırmaların destekleneceği belirtilmiştir (62). İkincisi, halkın aile planlaması konusunda eğitilmesidir. Bunu gerçekleştirebilmek amacıyla, erlere ve öğrencilere aile planlaması eğitimleri ve bilgi sunan el kitapları hazırlanmıştır. Kitle iletişim araçlarından yararlanılarak halka aile planlaması konusunda gerekli bilgiler verilmiş ve gebeliği önlemek için çeşitli yöntemler tanıtılmıştır (63). 1986 yılında doğurganlığın yüksek, gelirin düşük olduğu yerlerde kitlelere hitap edecek aydınlatıcı ve eğitici programların hazırlanması planlanmıştır. Bunun için MEB, TRT, Diyanet İşleri ve Sağlık

Bakanlığı işbirliği içinde çalışmıştır (64). 1988 yılında nüfus eğitimini yaygın eğitim sistemi içinde ele alarak yaymak, geliştirmek ve güçlendirmek için MEB tarafından, bütün yurttaki halk eğitim merkezlerinde uygulanmak üzere, nüfus eğitimi ile yetişkin eğitiminin bütünleştirilmesi projesi uygulamaya konulmuştur. Bundan sonra, örgün eğitim sistemi içinde yetişkinlere eğitim vermeye başlanmıştır (65). Ayrıca TRT ile işbirliği içerisinde aile planlaması eğitim programları hazırlanmıştır. Kırsal kesimde yaşayan, okur-yazar olmayan kadınlar ve kente yeni göç etmiş gruplara yönelik olarak “Ana-çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması için Bilgi, Eğitim ve İletişim Desteği” projesi çerçevesinde, kalkınmada öncelikli on yedi ilde başlatılan çalışmalar daha sonra yaygınlaştırılmıştır (65).

Kahire Nüfus Konferansı’nda, ilk ve orta öğretimde kız ve erkek çocuklar arasındaki okullaşma farkının 2005 yılına kadar giderilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu hedefin dayandığı temellerden biri de, okullaşma sürecindeki her bir yıllık artışın, doğurganlık hızında %5-10’luk bir azalmaya neden olmasıdır. Yani eğitimin, özellikle de kadınların eğitiminin, düşük olması yüksek doğurganlık nedenlerinden biridir. VII. BYKP’de de, eğitim farkının giderilmesi hedef olarak benimsenmiştir (61).

Nüfus konferansının eylem planının değerlendirmesinde, ergen sağlığını geliştirmek, cinsiyetler arası eşitliği ve sorumlu cinsel davranışı güçlendirmek, ergenleri erken ve istenmeyen gebeliklerden, cinsel yola bulaşan hastalıklardan, cinsel sömürüden, ensest ve şiddetten korumak amacı ile örgün ve yaygın eğitimin tüm düzeylerinde nüfus, üreme sağlığı ve cinsel sağlık dahil sağlık eğitimi verilmesi hedef olarak belirlenmiştir. VII. BYKP’de üreme sağlığı konularının ilköğretim ve orta öğretim müfredatına alınması önerilmiştir. Bu çerçevede üreme sağlığı konusuna ilk öğretimin sekizinci sınıfında “Canlılarda Çoğalma ve Kalıtım” ve “Cinsiyete Bağlı Hastalıklar” ünitelerinde dolaylı olarak değinilmekte ve ayrıca lise sağlık bilgisi dersi içinde de bu konuya yer verilmektedir (61).

2.3.5. Teşkilatlanma

1965 yılında çıkarılan 557 sayılı yasaya dayalı olarak, aile planlaması konusunda çalışma yürütecek bir genel müdürlük kurularak merkez teşkilatı oluşturulmuştur. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının merkez teşkilatını yeniden düzenleyen 28/2/1982 tarih ve 8/4334 sayılı kararname ile Ana-çocuk Sağlığı ve Nüfus Planlaması Genel Müdürlükleri birleştirilmiştir (66).

Nüfus kontrolü alanındaki sorunların tespit edilmesi, çözüm üretilmesi ve nüfus planlamasının daha etkin biçimde kullanılması için gerekli değişikliklerin yapılması amacıyla,

çeşitli bakanlıklardan yetkililerin katıldığı, Nüfus Planlaması Uygulama İşbirliği Komitesi 1967 yılında kurulmuştur. Bu komitede Milli Savunma Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Tarım Bakanlığı, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Köy İşleri Bakanlığı müsteşarları yer almaktadır (66).

2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu çerçevesinde 509 sayılı yönetmelik uyarınca, Nüfus Planlaması Danışma Kurulu oluşturulmuştur (67). Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda çalışan bu kurul, yılda iki kez toplanarak sektörlerin katılımı ile mevcut işbirliği ortamını gözden geçirmekte ve aile planlaması hizmetleri alanında yeni programların hazırlanmasında esas alınacak ilkeleri belirlemektedir.

2.3.6. Hükümet Dışı Kuruluşlarla İşbirliği

Nüfus politikalarının yürütülmesinde, merkezi yönetim kadar yerel yönetimlerin, sivil toplum kuruluşlarının ve özel sektörün de sorumluluk alması gerektiği benimsenmektedir (61). Türkiye’de sivil toplum kuruluşları (STK) nüfus ve özellikle aile planlaması alanında çeşitli projeler kapsamında çalışmaktadırlar. Bu kuruluşlar, belli bölgelerde halkın bilgisini artırmakta ve eğitim hizmeti sunmaktadırlar. Ancak STK’ların çalışmalarının toplam hizmet yükü açısından değerlendirildiğinde göz ardı edilebilecek bir düzeyde olduğu görülmektedir. STK’ların verdikleri hizmetin bu alandaki toplam hizmet içindeki oranı yaklaşık % 0,7’dir (65). Bu alanda faaliyet gösteren özel sektör kuruluşları, aile planlaması ve üreme sağlığı malzemelerinin ve doğum kontrol araçlarının üretimi, dağıtımı ve hizmet sunumunda bulunmaktadır (61).

2.4. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

TNSA 2003’e göre evlenmiş ve evli kadınların neredeyse tamamı en az bir aile planlaması yöntemini bilmektedir (18). Yine görüşme yapılan kadınların neredeyse tamamı en az bir modern yöntem bildiklerini ifade etmişlerdir. Evlenmiş kadınlar arasında modern gebeliği önleyici yöntemlerden en fazla bilinenleri RİA (%98), hap (%98), kondom (%90), tüp ligasyonu (%90) ve enjeksiyon (%82) yöntemleri iken, en az bilinen modern yöntemler kadın kondomu (%14) ve acil korunma hapıdır (%16). Benzer şekilde, evli kadınlar arasında gebeliği önleyici modern yöntemlerden en fazla bilinenleri RİA (%98), hap (%98), kondom (%90), tüp ligasyonu (%90) ve enjeksiyon (%83) yöntemleri iken, en az bilinen modern yöntemler kadın kondomu (%13) ve acil korunma hapıdır (%16). Geleneksel yöntemler arasında geri çekme en fazla bilinen yöntemdir

(hem evlenmiş hem de evli kadınlarda %94). Ortalama bilinen yöntem sayısı, aile planlaması yöntemlerinin ne kadar yaygın olarak bilindiğini gösteren kaba bir göstergedir. Evlenmiş ve evli kadınların ortalama olarak bildikleri yöntem sayısı 8.5'dir (18).

Genel olarak, evli kadınların, %43'ü modern ve %29'u da geleneksel bir yöntem olmak üzere toplam %71'i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmakta olduklarını belirtmişlerdir. Kentlerde yaşayan evli kadınlar arasında herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanımı kırsal alanlarda yaşayan kadınlardan daha yaygındır (yüzde 74'e karşılık yüzde 65) (18).

2.4.1. MODERN OLMAYAN YÖNTEMLER

2.4.1.1. Menstrüel Siklusla İlgili Yöntemler

Doğal aile planlaması; çiftlerin doğurganlık bilinci ile, gebeliği önlemeyi ya da oluşturmayı sağlayan bazı kuralların birlikte uygulanması olarak tanımlanır. Doğal aile planlaması, servikal mukus ya da ovülasyon (Billings) yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, servikal palpasyon yöntemi, üçünün birleşimi olan semptomatör ve takvim yöntemlerini kapsar. Doğal aile planlamasının etkili olması için, çiftlerin cinsel davranışlarında düzenlemeler yapmaları gerekir. Bu yöntemi uygularken spermin kadının genital yolunda 48-72 saat süreyle canlı kalabildiği ve ovumun ömrünün 24-48 saat olduğu akılda tutulmalıdır. Gebe kalma olasılığı ovulasyon günü ile ondan önceki iki günde en üst düzeydedir. Ovulasyon günündeki oynamalar nedeni ile cinsel ilişkiden kaçınılması gereken süre uzun tutulmalıdır ya da bu sürede bariyer yöntemleri de kullanılmalıdır.

Doğal aile planlaması yöntemleri gebeliği önlemek ya da oluşturmak için kullanılır. Herhangi bir yan etkisi yoktur. Ekonomiktir ve malzeme ihtiyacı yoktur. Dini ve ahlaki değerlerden etkilenmez. Yöntem bir kere öğrenildikten sonra yaşam boyu kullanılabilir. Ancak, bu yöntemin etkinliği çiftlerin motivasyon, istek ve yöntemi doğru kullanmaları ile ilişkilidir. Tipik başarısızlık oranları %20'dir. En ufak bir ihmal ya da hatada kolaylıkla gebe kalınabilir (68).

a. Takvim Yöntemi

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

Düzensiz siklusları olan çok genç yaştaki kadınlarda, düşük ve doğum sonrasında ve menopoza yakın dönemlerde asla önerilmemelidir. Kadının fertil olduğu dönemin başlangıcı en kısa siklustan 18 çıkartılarak bulunur. Fertil dönemin son günü ise en uzun siklustan 11 çıkarılarak bulunur. Bu dönem arasında ilişki ertelenmelidir (69).

TNSA 2003'e göre evlenmiş kadınlar arasında bir kadının doğurgan olduğu dönemini doğru olarak ifade edenler sadece yüzde 27 iken kadınların yüzde 29'u doğru zamanın ne olduğunu bilmediklerini söylemiş, geriye kalanlar ise yanlış yanıtlar vermişlerdir (18). Halen takvim yöntemini kullanmakta olan kadınlar arasında ise doğurgan olunan dönemi doğru olarak ifade edenler yüzde 63 düzeyindedir.

b. Vücut Isısı Yöntemi

Ovulasyon sonrası, corpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu vücut ısısını 0.2°C-0.5°C arasında yükseltir ve bir sonraki menstruasyona kadar yüksek ısıda tutar. Bu yükselişe "termal kayma" denir ve bu da bazal vücut ısısı yönteminin esasını oluşturur. Ovulasyon, muhtemelen ilk ısı yükselişinden önceki gün gerçekleşir. Çift, menstruel kanamanın ilk gününden infertil dönemin başladığı, ısı artışının saptandıktan sonraki üçüncü günün akşamına kadar cinsel perhizle gebelikten korunabilir. Ateş ölçme işlemi, hassas bir termometre ile sabah yataktan kalkmadan önce, ortalama aynı saatlerde ve tercihen oral yoldan ölçülüp not edilmelidir (68).

c. Servikal Mukus Yöntemi

Yöntemin temeli servikal mukusun niteliğinin farkında olmaktır. Kadın her gün mukus değişikliğini kontrol eder. Ovulasyon döneminde akıntı artar, inceler, rengi berraklaşır ve kaygan hale gelir. Şeffaf, iplik gibi uzayan mukusun vajende oluşturduğu ıslaklık ve kayganlığın hissedildiği en son güne "zirve günü" denir. Zirve gününden itibaren 4 gün süreyle cinsel ilişkiden kaçınılır (69).

d. Servikal Palpasyon Yöntemi

Bu yöntem kadın çömelmiş ya da ayaktayken (ancak her defasında aynı konumda) kendi kendine palpasyonla serviksin kıvamındaki değişiklikleri tanımlayıp yorumlaması esasına dayanır. İnfertil dönemde serviks serttir, eksternal os kapalıdır ve servikse kolay ulaşılır. Yaklaşmakta olan ovulasyonla birlikte östrojen hormonu yükseldikçe, serviks yumuşar,

pelvis içinde yükselir ve servikal os açılır. Ovulasyondan 4-5 gün önce, yumuşamanın başlaması belirgin hale gelir. Os yavaş yavaş açılır ve palpasyonla servikse daha zor ulaşılır. Ovulasyonu izleyen günlerde serviks yeniden sertleşir, aşağı iner ve os kapanır. Bu yöntemle kadın, ilk değişiklikleri belirlediği andan itibaren serviksi kolayca hissettiği, serviksin sert ve osun kapalı olduğu zamana kadar fertil sayılır (68).

e. Semptotermal Yöntem

Yukarda anlatılan yöntemlerin birlikte kullanılmasıyla uygulanır. Ayrıca serviksin infertil dönemde aşağı inip sertleşmesinin palpasyonunu da dikkate alır.

f. Ovulasyon Günü Belirleme Kitleri

Günümüzde fertilité durumunu (ovülasyon dönemini) saptamada bir takım kimyasal ve hormonal testlerden de yararlanılmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalarda, idrarda luteinizan hormon (LH) piki tayini ve tükürük ya da servikal mukusta fern kristalizasyonu testinin (eğreltiotu görünümü) ovülasyon gününü belirlemede etkili olduğu kanıtlanmıştır (68).

İdrardaki LH düzeyi kandakiyle yaklaşık eşit miktardadır. LH düzeyinin ovulasyondan 12-24 saat önce pik yapması esasına dayanır (Ticari adları OvaQuick ve Clearplan ovulasyon testidir). Tükürük testleri ise ovulasyon dönemine yakın dönemde eğreltiotu manzarası görülmesi esasına dayanmaktadır (Ticari adı May Be Baby) (70, 71).

2.4.1.2. Emzirme (Laktasyonel Amenore Yöntemi – LAM)

Emzirme doğurganlığı önleyebilir ancak güvenli bir yöntem değildir. Etkatif olması için gece ve gündüz, yaklaşık iki saatte bir emzirmek ve bebeğe anne sütü dışında başka bir besin vermemek ve annenin adet kanaması görmemiş olması gerekir. Bu şartlar altında ilk 6 ay boyunca laktasyonel amenore yöntemi kullanılabilir. Ancak ovulasyon ve gebelik adet görmeden oluşabilir. Emziren annelerde 3. ayın sonunda, emzirmeyenlerde ya da kısmen emzirenlerde 3. haftanın sonunda diğer korunma yöntemlerinden birine başlamak gerekir. Bu Spearoff'un 3'ler kuralı olarak bilinir (72). TNSA 2003 verilerine göre Türkiye'de emzirmeyi gebeliği önleyici bir yöntem olarak kullandıklarını söyleyen kadınların oranı yüzde 16'dır (18).

2.4.1.3. Koitus interruptus (GERİ ÇEKME)

Doğru uygulandığında gebelik oranı %9-15 dolayındadır. Bu yöntemle başarı, kişisel etmenlere bağlıdır ve erkeğin doğurganlığı planlamadaki sorumluluğunu yansıtır (68). Eşler arasında uyum ve motivasyonunu gerektiren bir yöntem olup, herhangi bir yöntem kullanırken gebe kalan vakalardan % 58,7- 60,6'sının geri çekme yöntemi kullandıkları bildirilmiştir (73).

2.4.1.4. Vajinal Duş

Pek çok kadın, vajina duvarı ve kanalındaki spermleri yıkayıp atma düşüncesiyle cinsel ilişkiden hemen sonra vajinayı suyla yıkamanın gebeliği önlediğine inanır. Bunun hiçbir kontraseptif etkisi yoktur, çünkü spermler birkaç saniye içinde servikal mukusa geçebilir (68).

Eğer ilişki esnasında spermisit de kullanılmış ise duş sonrası gebelik riski artar (74).

2.4.2. MODERN YÖNTEMLER

2.4.2.1. Bariyer Yöntemler

Bariyer yöntemler, spermin, üst genital organlara ulaşmasını engelleyen kimyasal ya da mekanik araçlardır.

Etkinlikleri çiftlerin istek ve becerileri ile doğrudan ilişkilidir. Başarısızlık oranları yaşça ileri ve motivasyonsuz çiftlerde daha yüksektir.

Bu yöntemlerin sistemik etkileri yoktur, çok ender yan etkileri vardır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyuculuk gösterirler (69).

a. Kondom

Yaygın olarak kullanılan kondomlar latex, poliüretan ya da koyun barsağından yapılmıştır. Sadece latex kondomların cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu vardır. TNSA 2003 verilerine göre Türkiye' de kondom kullanımı yüzde 11'dir (18).

Her cinsel ilişkide ve doğru kullanılırsa çok etkilidir. İlk yıl başarısızlık oranı, tipik kullanım için %13 civarındadır. Kondomun hormonal yan etkisi yoktur. Reçete ve tıbbi izlem gerektirmez. Ucuzdur ve kolayca temin edilebilir. Aile planlamasına erkeklerin katılımını sağlar. En önemli faydası cinsel yolla bulaşan hastalıklara ve AIDS'e karşı korunmayı sağlamasıdır.

Kondom kullanan erkekler, en fazla duyarlılık azalması ve cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmasından yakınırlar.

Kondom ereksiyon durumundaki penise, vajinal temas sağlamadan takılmalıdır. Ereksiyon kaybolmadan penis vajenden çekilmeli, bu sırada kondom tutularak kayması önlenmelidir. Kondom bir kere kullanıldıktan sonra kesinlikle atılmalıdır. Kayganlaştırıcı olarak vazelin, yağ ve benzeri maddeler kullanılmamalıdır. Gerekliyse, K-Y jel, gliserin gibi su bazlı kayganlaştırıcılar kullanılabilir (69).

b.Spermisidler

Vajinal spermistlerin köpük, jel, krem, fitil, sünger ve film gibi farklı formları vardır. Her formu inert baz ve nonoxynol-9 ya da octoxynol-9 içerir. Bu maddeler spermleri etkisiz hale getirir. Tek başlarına kullanıldıklarında tipik başarısızlık hızı %15-20'lere ulaşır. Spermistlerle birlikte kondom ya da diyafram kullanımı teşvik edilmelidir (69).

Hiçbir sistemik etkisi yoktur. Kullanım için reçete ya da tıbbi muayene gerekli değildir. Gonore, Klamidyal enfeksiyon ve pelvik inflammatuar hastalığa karşı korunma sağlar. Tek kontraendikasyonu allerjik reaksiyondur. Genital organlarda yanma ya da irritasyona neden olabilirler (68).

Krem ve jel formları genelde diyafram ve servikal başlıkla birlikte kullanılır, ancak tek başına da kullanılabilir. Köpük, krem ya da aplikatör doluncaya kadar sıkılır, aplikatörün ucu servikse erişinceye kadar vajinaya sokulur. Piston itilerek boşaltılır. Etki hemen başlar, beklemeye gerek yoktur. Köpük formu daha iyi yayılır ve serviksi tamamen kaplar.

Vajinal sünger; 1 gram nonoksiynol-9 içerir. Uygulamadan önce çeşme suyu ile nemlendirilir ve vajene yerleştirilir. 24 saat boyunca çıkarılmadan kullanılabilir. Hiç doğum yapmamışlarda daha etkilidir.

Fitiller; cinsel ilişkiden 10-30 dakika önce yerleştirilmelidir. Çözünmeleri için zamana ihtiyaç vardır ve tamamen erimeyebilirler. Filmler; ilişkiden 5 dakika önce vajina derinine yerleştirilir. 1.5 saat süreyle etkisini kaybetmez. Küçük boyutlarda olduğu için kullanımı daha kolaydır (69).

c. Diyafram

Spermin servikse ulaşmasını önleyecek şekilde vajina derinine yerleştirilir. Daha etkili olması için kontraseptif kremlerle birlikte kullanılır (68).

Her cinsel ilişkide doğru olarak kullanıldığında güvenilir bir yöntemdir. Bir yıllık kullanımdan sonra tipik kullanım başarısızlık oranı %18'dir (75). Yaşlı, evli ve uzun süreli kullanan kadınlarda etkinlik daha yüksektir.

Diyafram güvenli bir yöntemdir ve nadiren önemsiz yan etkilere neden olur. Seyrek olarak diyaframla birlikte kullanılan jel ya da kremlere karşı vajinal iritasyon gelişir. İdrar yolu enfeksiyonları da doğum kontrol hapsi kullananlara göre 2 kat artmıştır (76).

Diyafram kullanan kadınlarda cinsel ilişki sonrasında hemen idrara çıkmaları ya da tek doz profilaktik antibiyotik almaları önerilmektedir. Uygun yerleşim ya da diyaframın servikte 24 saatten fazla kalması vajinal ya da mukozal hasara neden olabilir. Diyafram kullanımı gonokoksik servisit ve pelvik inflamatuvar hastalık insidansını azaltır (77).

Diyaframın önemli avantajlarından biri de ucuz, dayanıklı ve uzun süreli kullanılabilir olmasıdır. Latex ya da Nonoxynol allerjisi, toksik şok sendromu hikayesi, anatomik anomaliler (vajinal septum, vajinal prolapsus) öğrenme güçlüğü ve postpartum ilk 6 hafta kullanımı için kontraendikasyon oluşturur (69).

Diyafram ilişkiden hemen önce uygulanmalı ve sonrasında en az 6 saat süreyle çıkarılmamalıdır. Toksik şok sendromu riskini azaltmak için, 24 saatten fazla servikte bırakılmamalıdır. Yerleştirilmeden önce spermisit jel ya da krem diyafram kubbesine doldurulmalı ve her cinsel ilişkiden önce aplikatör dolusu spermisit vajinaya boşaltılmalıdır. Yedi kilodan fazla kilo değişikliği, vajinal doğum, pelvik ameliyatların vajen ölçüsünü değiştirebileceği kullanıcıya hatırlatılmalıdır. Kullanıcılar yılda bir defa muayeneye çağrılmalıdır. Diyafram çıkarıldıktan sonra su ve sabunla yıkanmalı kurulandıktan sonra üzerine pudra döküp, serin ve karanlık bir yerde saklanmalıdır. Düzenli aralıklarla delik olup olmadığı kontrol edilmelidir (72).

d. Servikal Başlık

Servikal başlık, diyaframa oranla daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçüktür. Vajinal tonusu azalmış kadınlar tarafından da kolayca kullanılabilir. Kullanıcıların eğitimi çok önemlidir. Etkinliği diyaframa yakındır. Tipik kullanımda ilk yıl başarısızlık hızı %20 civarındadır (68).

Cinsel ilişkiden sonra 48 saat süreyle yerinde kalabilir. Diyaframa oranla çiftlerde cinsel açıdan rahatlık sağlar çünkü her ilişkiden önce spermisit uygulamaya gerek yoktur. Kullanım kontrendikasyonları diyafram ile aynıdır. İlâveten servikal başlık kullanımından önce servikal smear taraması mutlaka yapılmalıdır. Smear, üç aylık kullanımdan sonra tekrar edilmelidir (69).

e. Kadın Kondomu

Bir kontraseptif seçenek olan kadın kondomu, özellikle eşleri kondom kullanmayan kadınlara cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korunma şansı verir. İlk kez, 1992 yılında Avrupa'da piyasaya sürülmüştür, hala benzer çalışmalar devam etmektedir.

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. Dolayısıyla, cinsel yolla bulaşan hastalıklar için koruyucu özelliği vardır (68).

2.4.2.2. Rahim İçi Araç (RİA)

RİA, rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır ya da hormon içeren, küçük plastik bir cisimdir. Giderek daha popüler bir kontraseptif yöntem haline gelen rahim içi araçlar (RİA), 40 yıla yakın bir süredir kullanılmaktadır. Günümüzde RİA, dünyada en yaygın olarak kullanılan geri dönüşlü, uzun etkili doğum kontrol yöntemidir (68). TNSA verilerine göre (5, 18), modern yöntemler arasında en fazla kullanılan yöntem olan RİA'dır (%20). RİA kullananların yüzdesinin en yüksek olduğu yaş grubu 30-34'dür (%26).

Bakırlı RİA'ların kullanım süreleri uzundur (68). Progestinli RİA'lar servikal mukusu kalınlaştırır, sperm penetrasyonuna bariyer oluşturur. Progestinli RİA'lar menstrual kan kaybını (yaklaşık %40-50) ve dismenoreyi azaltırlar. Levonorgestrelli RİA'lar ile bir yıl sonunda kanama miktarı % 90 kadar azalabilir. Ortalama hemogloblin ve demir düzeyi takılmadan önceki düzeye göre artış gösterir (78). Bir de inert RİA'lar vardır.

Rahim içi araçların koruyucu etkisi hemen başlar ve takıldığı andan itibaren kullanıcı istediği zaman ilişkiye girebilir. T Cu 380 A, 10 yıl süreyle istenmeyen gebeliklere karşı koruyucudur. Progesteron salgılayan rahim içi araçlar 1 yıl, Levonorgestrel rahim içi araçlar 5 yıl süreyle istenmeyen gebeliklere karşı koruyucudur. RİA en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Genelde gebelik hızı her 100 kadında yılda 1'den azdır.

Kolay uygulanır ve güvenilirdir, sistemik etkisi yoktur, emziren kadınlar için uygundur, çıkarıldıktan sonra doğurganlığın dönüşünde gecikme olmaz, sorun olmadığı sürece çıkarılması ya da değiştirilmesine kadar yılda bir kez kontrolü yeterlidir (75).

RİA kullanımının bırakılmasından en fazla sorumlu olan semptom artmış uterine kanama ve menstruasyon ağrısıdır. Bir yıl içinde bu şikayetler nedeniyle bayanların % 5-10'u RİA

kullanımını bırakmaktadır. Uzun süreli ve yoğun menstrual kanaması olan ya da anlamlı dismenoreisi olan kadınlar, bakırlı RİA'yı tolere edemeyebilir, fakat progesterinli RİA'dan fayda görebilir (78). Kanama ve kramplar ilk birkaç ay içinde en yoğun olduğu için, ilk birkaç menstrual period süresince non-steroidal anti-inflammatuar ilaç (NSAİİ-prostaglandin sentez inhibitörü) kullanımı kanama ve krampları azaltarak hastalara bu zor zamanlarda yardımcı olabilir. Kalıcı yoğun menstruasyonlar bile NSAİİ'lar ile etkili olarak tedavi edilebilir (79). NSAİİ tedavisi mensle birlikte başlanmalı ve tedaviye üç gün devam edilmelidir. Çin'de az miktarda indomethacin de salgılayan bakırlı RİA bulunmaktadır (80). Bu aygıt belirgin daha az kanama ile ilişkilidir. Çin'de toplam kadın nüfusunun % 30-40'ı RİA kullanıyorken, Amerika Birleşik Devletleri'nde RİA'nın Pevik İnflammatuar Hastalık (PİH) riskini arttırmasına ilişkin yayınların olması ve kullanan kadınlardan zarar görenlerin açtıkları davalar nedeniyle RİA kullanım oranlarında düşme gösterdiği belirtilmiştir (81).

Modern bakırlı RİA uygulamasını takiben, menstrual kan kaybı yaklaşık %55 artar ve bu düzeydeki kan kaybı, kullanım süresince devam eder (82). Bu menstruasyon süresinin hafif uzaması ile ilişkilidir (1-2 gün). Demir eksikliği ve anemi değerlendirilmesi, uzun süreli kullanıcılar ve demir eksikliği anemisine eğilimi olan bayanlarda düşünülmelidir (72).

Uzun süreli RİA kullanımı güvenli ve yan etkisizdir. Yedi yıllık prospektif çalışmada, bakırlı ve levonorgestrelli RİA kullanımı pelvik enfeksiyon, ektopik gebelik oranı, anemi ve pap smearda anormallikte bir artışa yol açmamıştır (83).

RİA ile ilişkili bakterial enfeksiyonun, uygulama sırasında endometrial kavitede oluşan kontaminasyona bağlı olduğuna inanılmaktadır. Uygulamadan 3-4 ay sonra oluşan enfeksiyonun, cinsel yolla bulaşan hastalığa bağlı olduğu, RİA'nın direkt etkisine bağlı olmadığına inanılmaktadır. Uygulamadan 1 saat önce ağızdan 200 mg doxycycline ya da 500 mg. Azithromycin verilmesi uygulamaya bağlı pelvik enfeksiyona karşı koruma sağlayabilir (72).

Rahim içi araçlar kadının gebe olmadığından emin olunan herhangi bir zamanda uygulanabilir. Doğum sonrası plasentanın ayrılmasından sonraki ilk 10 dakika içinde (acil) ya da ilk 2 gün içinde (erken) uygulanabilir. Bu dönem geçtikten sonra rahmin perfore olma riski arttığından uygulama 6 haftaya kadar geciktirilmelidir. Düşük sonrası dönemde enfeksiyon belirtisi yoksa, yasal tahliye bitiminde, birinci ve ikinci trimester düşüklerinden sonra hemen ya da bir hafta sonra uygulanabilir. İkinci trimester düşüklerinden sonra atılma oranı yüksek olduğu için girişim ertelenebilir (84).

2.4.2.3. Kombine (Östrojen + Progesteron) Yöntemler

Oral kontraseptifler, bir çok ülkede son 20 yıl içinde en yaygın kontraseptif yöntem haline gelmiştir. Oral kontraseptiflerin yan etki ve risklerinin azaltılması amacıyla içerdikleri östrojen ve progesterin miktarları azaltılmış, yeni progesterinler geliştirilmiştir. Böylece, oral kontraseptifler yararlı etkilerinin yan etki ve sorunlarından daha fazla olması nedeniyle güvenle kullanılan bir yöntem olmuştur.

a. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

Kombine oral kontraseptifler (KOK) çok güvenli bir yöntemdir ve östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerir. Monofazik ve multifazik preparatlar olarak ikiye ayrılır. Monofazik KOK'ların içeriği her gün aynıdır. Multifaziklerde ise hapların içeriği günden güne değişir. Yapılan çalışmalar iki grubun birbirinden üstün olmadığını göstermiştir.

Kontraseptif etkinliklerinin yüksek olması sebebiyle en popüler ve yaygın kullanılan yöntem olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde ise en son TNSA- 2003 verilerine göre RİA (Rahim içi araç)'dan sonra, en fazla kullanılan aile planlaması yöntemidir (18).

Dünyada 60 milyonun üzerinde kadının kullandığı düşünülmektedir. Ovulasyonu inhibe ederek, servikal mukusu kalınlaştırarak, endometrial tabakayı etkileyerek gebeliğin önlenmesini sağlamaktır (85). Gonadotrop salgılatıcı hormon (GnRH) salınımını azaltıp, LH yükselmesini engelleyerek ovulasyonu baskırlar. Bu antiovlutuar etki çoğunlukla progesteron komponentine bağlıdır. KOK'ler doğru şekilde kullanıldıklarında % 99'un üzerinde koruyuculuk oranlarından bahsedilmektedir.

KOK'ler aynı zamanda yöntem bırakma hızının da en yüksek olduğu modern kontraseptif yöntemlerdendir. Ortaokul ve daha yüksek eğitimli kadınlar ile, ileride başka çocuk isteyebilen, bir canlı doğum yapmış ya da hiç doğum yapmamış kadınlarda KOK bırakma oranlarının belirgin olarak arttığı bildirilmektedir. Yöntem bırakma nedeninin RİA'da olduğu gibi, yan etkiler ve yöntemle bağlı sorunlar nedeniyle olduğu dikkati çekmektedir. KOK ile korunan kadınların büyük kısmının, bir yıl içinde hala korunmaya gereksinimi olduğu halde yöntem kullanmayı bırakarak geleneksel bir yöntemle geçtikleri ve gebelik risklerini arttırdıkları rapor edilmektedir. Japonya'da KOK'lerle ilgili 1999 yılında yapılan bir araştırmada; yeni politikaların başarılı olması için, kadının bu konuda doğru bilgilendirilmesi ve özellikle yan etkileri konusunda bilinçlendirilmesinin, kadın sağlığına önemli katkısı olduğu vurgulanmaktadır (86).

Kombine oral kontraseptifler, son derece etkili, geri dönüşü olan yöntemlerdir. Doğru kullanıldığında %99,9 etkilidir. Olağan kullanımdaki başarısızlık nedenlerinin başında, kullanıcı uyumsuzluğu gelmektedir. Kullanıcılar hap alma konusunda iyice bilgilendirilir ve hap alma alışkanlıklarını güçlendirmeye yönelik danışmanlık hizmeti alırlarsa, yöntemi daha başarılı şekilde ve uzun süre kullanırlar (68).

Kombine oral kontraseptiflerin ciddi komplikasyonları nadirdir(68). Yan etki bildirilen vakaların çoğu 50 mg ya da daha fazla östrojen içeren eski preparatlarla meydana gelmiştir. Çok nadir olarak uzun süreli KOK kullananlarda karaciğer tümörü ve hepatocellüler karsinoma oluşma riski vardır. KOK kullanımı diabetes mellitus insidansını arttırmaz, ya da glukoz toleransını bozmaz (87).

21 tabletlik hap kullanılıyorsa 7 gün, 22 tabletlik hap kullanılıyorsa 6 gün ara verdikten sonra adet kanaması olsun olmasın, yeni bir pakete başlanılmalıdır. Pakette 28 hap varsa hiç ara vermeden ikinci pakete geçilir. Herhangi bir gün hap unutulursa unutilan günün hapi, hatırlanır hatırlanmaz alınır. Aynı güne ait hap normal zamanın da alınmalıdır. 2 hap unutulursa, ilk 2 hafta içinde üst üste iki gün ikişer hap olarak eksik günler tamamlanır. Bir hafta süre ile ek yöntem kullanılmalıdır. 3 hap unutulduğunda, paket atılıp aynı gün yeni bir pakete başlanmalıdır. Bir hafta süre ile ek bir yöntem kullanılmalıdır. Bu Gilbo'nun 7'ler kuralı olarak bilinir (68).

KOK'lar 35 yaş üstü, günde 20'den fazla sigara içen kadınlarda, nörolojik bulgu veren migren tipi baş ağrısı olan kadınlarda, gebelerde, emziren annelerde doğum sonrası ilk 6 hafta, şiddetli hipertansiyon hastalarında, geçirilmiş veya mevcut tromboemboli, kalp krizi, serebrovasküler olay hikayesi olanlarda, aktif karaciğer hastalığı olanlarda, vasküler komplikasyonlu diabetik hastalar ve uzun süre hareketsiz kalmayı gerektiren büyük cerrahi müdahale geçirecek kadınlarda, meme kanserli kadınlarda kullanılmamalıdır (68,72).

b. Kombine Enjeksiyonlar

1860'lardan beri araştırılmaktadır. Aylık uygulanan ve 5 mg Estradiol ile 50 mg Noretisteron içeren enjeksiyon şeklinde kombine kontraseptif de mevcuttur (Ticari adı Mesigyna). Mesigyna 1997 yılından beri ülkemizde bulunmaktadır. Ayrıca medroksiprogesterone asetat 25 mg ve estradiol cypionate 5 mg (Cyclofem) içeren bir preparat da bulunmaktadır (69).

Yan etki, endikasyon ve kontrendikasyonlar kombine oral kontraseptifler gibidir (71). Kombine enjekte edilen kontraseptifler gebelikten korunmada çok etkindir. Başarısızlık hızı yaklaşık %0,1-0,2 arasındadır (68). Bırakıldığı zaman doğurganlık geri döner.

Kombine enjekte edilen kontraseptifleri tercih eden kadınlarda yöntemi ilk uygulama, adet gören kadınlarda adetin ilk 7 günü içinde olmalıdır. Doğum sonrası dönemde eğer kadın emziriyorsa, doğum sonrası 6 aydan sonra, emzirmiyorsa doğum sonrası 3-4. haftada uygulanabilir. Düşük sonrası hemen ya da ilk 7 gün içinde ilk enjeksiyon yapılmalıdır. Sonraki enjeksiyon, kanamanın durumuna bakılmaksızın ilk enjeksiyondan 30 gün sonra uygulanmalıdır. İkinci ve daha sonraki enjeksiyonlar, daha önceden saptanan enjeksiyon tarihinden 3 gün önce ya da 3 gün sonra yapılabilir. Kullanım kolaylığı açısından enjeksiyonlar her ayın aynı gününde kullanılabilir. Enjeksiyondan sonra kullanıcıya bir sonraki enjeksiyon tarihi mutlaka hatırlatılmalıdır (68).

c. Kombine Cilt Prolilenler

Kalça, karın bölgesi veya üst omuz gibi bölgelere haftada bir uygulanabilen 20 cm²'lik flaster şeklindedir ve 24 saatte 20 mikrogram EE ile 150 mikro-gram norelgetromin salgılar (82). Ovulasyonu inhibe ederek etkir. 3 hafta kullanılıp bir hafta ara verilir. Cilt reaksiyonları ve göğüs hassa-siyeti istenmeyen yan etkileri arasındadır ve %25' ten az ortaya çıkar. 90 kilogram ve üzerindeki kadınlarda etkili olmayabilir. Bu konuda ve karaciğerden ilk geçiş etkisiyle ilgili henüz elimizde yeterli veri yoktur (69,72). İlaç etkileşimleri de bilinmemektedir (71).

d. Kombine Vajinal Halka

54 milimetrelilik etilenvinil asetat kopolimer halkadan EE ve etonogestrel salgılar. Bunda da etki mekanizması ovulasyon inhibisyonu şeklindedir (82). Günlük 120 mikrogram etonogestrel ile 15 microgram EE salgılar. KOK' lere benzer özellikler göstermektedir. Sağlıklı kadınlarda vajinal florayı değiştirmedeği kanıtlanmıştır, ancak düşük grade squamoz intraepitelyal lezyonları kötüleştirmedeğine yönelik sınırlı sayıda kanıt mevcuttur (69). Yine karaciğerden ilk geçiş etkisi ve ilaç etkileşimleriyle ilgili çalışma henüz yoktur (71).

2.4.2.4. Yalnız Progesteron İçeren Yöntemler

a. Mini Hap (MINI PILL)

Yalnız progestin içeren haplar kombine oral kontraseptiflere alternatif olarak geliştirilmiştir. Kombine oral kontraseptiflere oranla daha düşük dozda progestin bulunur ve östrojen içermez. Minihaplar, menstrüel siklus boyunca ve menstruasyon sırasında alınır. Her gün ve günün aynı saatlerinde alınmalıdır. Minihaplar servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin

servikal kanaldan geçişini engeller. Siklusun %40-60'ında ovulasyonu engeller. Tubal motiliteyi yavaşlatır ve endometriumu incelterek implantasyon olasılığını azaltır.

Minihap, kadın emzirdiği sürece, doğumu izleyen dokuz ay boyunca %98,5 oranında etkilidir. Diğer zamanlarda (emzirmeyen kadınlarda ya da lohusalık dönemi dışında) güvenilirliği %96'ya düşer.

Minihap adetin ilk günü başlanmalıdır ve ilk 7 gün ek bir yöntem kullanılmalıdır. Kadına son 7 hapi kullanırken adet görebileceği hatırlatılmalıdır. Bununla birlikte adet görsün ya da görmesin, paketteki haplar bitince ara vermeden yeni bir pakete başlanmalıdır.

Kadın bir hap almayı unuttuysa, 3 saatten fazla geciktiyse, unuttuğu hapi hatırlar hatırlamaz almalı ve 48 saat süreyle ek korunma yöntemi kullanılmalıdır. İki ya da daha fazla hap unutuldu ise, iki gün süre ile ikişer hap almalı ve daha sonra birer hap almaya devam etmelidir. Bu durumda, bir hafta süre ile ek bir korunma yöntemi uygulanmalıdır (68).

Minihap kullanımı ile amenore, kanama ya da lekelenme, baş ağrısı, alt karında ağrı, pelvik ağrı, memede duyarlık, göğüs ağrısı, hirsutizm, akne, dermatit ya da saç dökülmesi, bulantı ve başdönmesi gibi yan etkiler görülebilir (68).

Minihapların belirgin metabolik etkileri yoktur, bırakır bırakmaz doğurganlık geri döner (88).

b. Enjeksiyonlar

İçinde yalnızca progestin bulunan enjekte edilen kontraseptifler, 1950'lerde geliştirilmiştir. Başlangıçta endometriozis, endometrial kanser, dismenore, hirsutizm ve kanama düzensizliklerin tedavisinde kullanılmış, 1960'larda kontraseptif olarak gündeme gelmiştir.

Yaygın olarak kullanılan, yalnız progestin içeren iki değişik tip enjekte edilen kontraseptif vardır: Depo Provera ve Noretisterat. Depo Provera 150 mg medroksiprogesteron asetat (DMPA) içerir. Noretisterat ise 200 mg norethisteron enantate (NET-EN) içerir. Depo Provera 3 ayda bir, noretisterat ise 2 ayda bir uygulanır (89).

- Depo-Provera:

150 miligram medroksiprogesteron asetat içerir. Üç ayda bir intramuskuler olarak uygulanır. İlk enjeksiyonun adetliyen yapılması uygundur. Ovulasyon inhibisyonu oldukça güçlüdür. Ayrıca servikal mukusu kalınlaştırma, endometriumu inceltme etkileri de mevcuttur. İleri yaştaki kadınlar, emziren kadınlar ve estrojen kullanamayan kadınlarda tercih edilebilir. Depo Provera, cinsel ilişkiden bağımsız ve uyumun kolay olduğu bir yöntemdir. Östrojen etkisi

olmadığı için konjenital kalp hastalığı, orak hücreli anemi, tromboembolik hastalık geçirmiş kadınlar ve 30 yaş üstü sigara içen kadınlarda kullanılabilir. En sık yan etkileri, adet düzensizlikleri, kilo değişiklikleri ve memede hassasiyettir. Enjeksiyon için bir sağlık kurumuna gidilmesi gerekmektedir. Fertilizasyonun geri dönüşü geç olabilir. Yüksek dansiteli lipoproteini (HDL) düşürme, nöbet geçirme sıklığında artış gibi etkileri olabilir (90).

Uzun süren, aşırı miktarda adet kanaması, sarılık, karında şiddetli karın ve baş ağrısı ile görme bulanıklığında başvurması hatırlatılmalıdır (91).

c. İmplantlar

Bunlar arasında uzun süre önce geniş çapta kullanıma sunulan ve en yaygın olarak kullanılan implant, Norplant'tır. Norplant beş yıl süreyle korunma sağlayan, etkili, uzun süreli ve geri dönüşlü bir kontraseptiftir. Sentetik hormon içeren, yumuşak silikondan yapılmış 6 ince ve esnek kapsül, kadının üst kolunun iç kısmında derinin hemen altına küçük bir cerrahi girişimle yerleştirilir. Kontraseptif etki, uygulamayı izleyen birkaç saat içinde başlar ve doğurganlık implant çıkarıldıktan kısa bir süre sonra geri döner (68). Dünyadaki 6 milyondan fazla Norplant kullanıcısı üzerinde yapılan deneyler gelişmelere ve implantların kullanımına yol açmıştır. Yeni gelişmeler, bazen ağrılı ve zaman kaybına yol açabilen implantın çıkarılması işlemini basitleştirmiştir. Şimdi altı yerine bir ya da iki implant kullanılmaktadır, çünkü yeni polimer ve karışımlar progesterinin daha küçük alandan kontrollü salınımına izin verir. Yeni düşük androjenik progesterinli implantlar akne, mizaç ve kilo değişiklikleri gibi yan etkileri azaltmıştır (92).

- Norplant:

Silikon tüplerdeki porlardan levonorgestrel salınır. 5 yıllık koruma sağlar. Çok etkili bir yöntemdir. Adetin ilk yedi gününde yerleştirilmelidir. Herhangi bir dönemde gebe değilse uygulanabilir ancak ilk 24 saatte ek bir yöntem kullanılmalıdır. Kapsüller çıkartıldığında fertilitenin hemen geri dönmesi avantajdır (90). İlk yıl salgılanan levonorgestrel düzeyi yüksek olduğundan amenore gözlenebilir. Giderek düzey düştükçe adetler düzelir. Estrojen kullanma kontrendikasyonu olanlar, ileri yaş kadınlar, emzirenlerde, etkin ve uzun süreli bir kontrasepsiyon yöntemi isteyen kadınlarda tercih edilebilir. Tanı konmamış anormal vajinal kanama, gebelik, karaciğer hastalığı, orak hücreli anemi, diyabet, hipertansiyon, migrende dikkatli kullanılmalıdır. Sigara içenler, obezler, cerrahi müdahaleler sırasında ve endometriyum ya da over kanserli

hastalarda kullanılabilir (91). Eğitilmiş personel ile cerrahi işlem gerektirmesi ve kullanıcının yöntemi kendi kendine bırakamaması dezavantajlarıdır. Menstrüasyondan ve düşükten hemen sonra, emzirme döneminde de doğumdan 6 hafta sonra yerleştirilebilir (89).

- İmplanon:

İçinde levonorgestrelen daha az androjenik, fakat daha fazla progesteron etkisi olan(93) 68 miligram etonorgestrel bulunmaktadır. Tek bir çubuktan oluşmaktadır. Uygulanması ve çıkarılması kolaydır. Adetin ilk beş gününde yerleştirilir. Üç yıllık koruma sağlar. Anestezi gerektirmez. Ovulasyon inhibisyonu etkisi mevcuttur. Emziren kadınlarda da uygulanabilir. Çıkarıldığında fertilitite hemen geri döner (89).

- Jadelle:

75 gram levonorgestrel içeren iki çubuktan oluşur. 5 yıllık koruma sağlar. Fertilitenin hemen geri dönmesi iyi bir özelliğidir. Ayrıca çok etkilidir. Ovulasyon inhibisyonu özelliği Norplant'a benzer (94, 89).

2.4.2.5. Geriye Dönüşümsüz Yöntemler

Gönüllü cerrahi sterilizasyon (kadınlarda tüp ligasyonu ve erkeklerde vazektomi), bütün dünyada kabul edilen ve giderek yaygınlaşan bir aile planlaması yöntemidir. Başka çocuk istemeyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir (68).

a.Kadın Sterilizasyon: TÜP LİGASYONU

Tüp ligasyonu, başka çocuk istemeyen ve doğurganlığını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir. Cinsel işlev ve tatminde bir değişiklik yapmayacağı gibi, vücudun diğer işlevlerini de etkilemez.

Tüp ligasyonunda her iki tüp mekanik yolla kapatılır. Bu işlem iki şekilde yapılabilir.

Minilaparotomi: Klasik laparatominin basitleştirilmiş şeklidir.

Laparoskopi: Tüplerin laparoskop kullanılarak bağlanmasıdır.

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

Tüp ligasyonu en etkili yöntemlerden biridir. Oral kontraseptifler, RİA ve enjekte edilen kontraseptiflerden çok daha etkilidir; başarısızlık oranı yalnızca 1000'de 1 kadardır (68). Mini laparotomi doğum sonrası hemen ya da altı hafta sonra uygulanabilir. Laparoskopik girişimler

doğumdan en az altı hafta sonrasına kadar ertelenmelidir. Bütün bu girişimler lokal anestezi altında yapılabilir (95).

Kısırlaştırma işlemlerinden dolayı seksüel disfonksiyon bildiren vaka yoktur. Aksine gebelik riski olmadığı için kişiler daha rahat davranmaktadır (96).

Mikrocerrahi ile tüplerin yeniden bağlanması mümkündür, ancak tüplerin çok az kısmı zarar görmüşse bu gerçekleşebilir. Bu yüzden çiftlere özellikle genç olanlara çok iyi danışmanlık vermek gerekir. Danışmanlık esnasında eşlerin ikisi de bulunmalıdır. Sezaryan operasyonu esnasında ya da zor doğum sonrasında hemen tüp ligasyonu yapmak doğru değildir. Tüp ligasyonu yapılan kadınların beklenenden daha fazla psikolojik sorunlarının ortaya çıktığı gözardı edilmemelidir (97).

b. Erkek Sterilizasyonu: VAZEKTOMİ

Vazektomi, en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Bu yöntem cinsel ilişki ve tatminde bir değişiklik yapmayacağı gibi, vücudun diğer işlevlerini de etkilemez. Vaz deferenslerin bağlanıp kesilmesi sonucu spermilerin meniye geçişini engelleyen bir yöntemdir. 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. Sperm daha ileriye geçemez. Erkekler bu küçük cerrahi işlemden sonra da semen üretmeye, aynı cinsel işlev, arzu ve heyecanları yaşamaya devam eder, görünüm ve duygu bakımından aynı kalırlar. Vazektomi, testislerin alınması ya da çalışamaz duruma gelmesi demek olan kastrasyonla karıştırılmamalıdır.

Vazektomi en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Oral kontraseptif, RİA, enjekte edilen kontraseptif ya da kondomdan daha etkilidir; başarısızlık oranı 1000'de 1 kadardır. Gebelikler genellikle vazektomiden hemen sonra görülür. Bu yüzden yöntemi seçenlere 20 boşalma boyunca ek bir yöntemle korunması gerektiği mutlaka vurgulanmalıdır (68).

İşlem sonrasında şişlik, ekimoz ve ağrı olasılığı vardır. Bu şikayetler, 1-2 haftada yok olur. Daha nadiren enfeksiyon, hematoma ve epididimit oluşabilir. Oluşan komplikasyonlar ısı tatbiki, skrotal elevasyon ve uygun antibiyotik tedavisi ile önlenir. Bazı çalışmalarda vazektomize erkeklerin prostat kanseri açısından artmış risk altında olduğu belirtilirken, bazı çalışmalar bunun aksini iddia etmektedir.

Vazektomide antispermi antikor oluşur. Bu antikorların oluşumunun hastalık ya da kalp hastalıkları artırıcı riski yoktur. Olanak varsa vazektomi yapılan hastalara 2 ay sonra semen analizi yapılarak azospermi kanıtlanmalıdır (98).

2.4.2.6. ACİL KONTRASEPSİYON

Tecavüz sonrası veya korunmasız cinsel ilişki gibi zorunlu durumlarda kullanılması gereken yöntemlerdir. Tek bir korunmasız ilişkinin siklusun ovulasyon dönemine yakınlığına bağlı olmak üzere %25'lere varan yüksek gebelik riskine neden olabilmektedir (98). Koitus sonrası kullanılan ilaç veya araçları kapsar. Bir sonraki kullanımda etkinlikleri azalmaktadır. Sürekli kontrasepsiyon amaçlı kullanılmamalıdır. Hormonal kontrasepsiyonda bulantı-kusma görülebilir. Kusma, kontraseptif etkiyi azaltabilir (89,91). RİA daha etkilidir ancak özellikle cinsel eş bilinmiyorsa enfeksiyon riski fazladır (89,91). Danışma programlarında acil kontrasepsiyondan genellikle bahsedilmemektedir. Özellikle risk altındaki ergenlerde oluşabilecek istenmeyen gebeliklerin önlenmesi açısından acil kontraseptif yöntemlere ulaşmada kolaylıklar gösterilmelidir (89,94). Ancak acil kontrasepsiyonun aile planlaması yöntemi olmadığı ve sadece acil durumlarda kullanılması gerektiği mutlaka vurgulanmalıdır. Endikasyonları korunmasız cinsel ilişki, kontraseptif kullanımında yapılan hatalar, yakın zamanda teratojenlere maruz kalma ve tecavüzdür (69,89). Tek kontrendikasyonu gebeliktir. Adetin gecikmesi (dört hafta içinde olmaması), beklenenden az kanama, ektopik gebelik olasılığı ve cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) belirtileri söz konusu ise kişinin bir sağlık kuruluşuna başvurması önerilmelidir.

a. Yuzpe Rejimi:

On iki saat arayla 100 mikrogram etinil estradiyol (EE) ile 0.5 miligram levonorgestrelin iki kez verilmesinden oluşur. Koitus sonrası ilk 12-24 saat sonrası başlanırsa etkilidir. 72. saatten sonra etkisizdir. En sık kullanılan acil kontrasepsiyon yöntemidir. İlk dozdan bir saat kadar önce antiemetik alınırsa bulantı-kusma daha az görülecektir. Kullanımı kısa süreli olduğundan KOK alamayan hastalarda bile kullanılabilir. Yine de KOK kontrendikasyonu varsa yalnız progesterin içeren ajanlar tercih edilmektedir (89).

b. Tek Başına Levonorgestrel (PLAN B):

12 saat arayla toplam iki kez 0.75 miligram levonorgestrel kullanılır. Yuzpe yönteminden daha etkili olarak kabul edilmektedir. Yine 72 saat içinde uygulanmalıdır. Estrojen içermediğinden bulantı yan etkisi daha az görülür. Ancak adetleri aksatabilir (89,91).

c. Rahim İçi ARAÇ (RİA):

İlk 72 saat içinde gelemeyen veya hormon kullanımının mümkün olmadığı kadınlarda ovulasyon sonrası 5-7 güne kadar RİA yerleştirilirse gebelik önenebilir. Çok etkilidir. CYBH olasılığı yüksek kişilerde tercih edilmemelidir. Yan etki olarak rutin uygulamadakinin farklı değildir. Acil kontrasepsiyonda bakır iyonlarının kontraseptif etkiye katkısı da mevcuttur. Karın ağrısı, vajinal kanamada artma, pelvik inflamatuvar hastalık (PIH) ve CYBH' lar açısından riskli olabileceği unutulmamalıdır (89).

d. Mifepriston (RU-486):

“Düşük hapi” olarak da bilinmektedir. Antiprogesteron etki gösteren sentetik bir ilaçtır ve FDA tarafından 2000 yılında onay verilmiştir. Progesteron reseptörlerine bağlanarak bunları bloke eder, ovulasyonu ve endometriyum gelişimini engeller. Tek doz 600 miligram olarak uygulanmaktadır. Yuzpe rejimine göre daha az yan etkisi olmasına rağmen etkinliği aynıdır (89). Mifepristonun postkoital kontrasepsiyonda luteal fazda kullanılması önerilmektedir. Bazı kliniklerde rutin olarak adet 27. günü verilmektedir.

e. Misoprostol, Gemeprost:

Prostaglandin analogudur (E1) (92) ve genellikle 200 miligram mifepristonla birlikte 0.5-1 miligram uygulanır. 56 günden küçük gebeliklerde başarı sağlamaktadır (70, 89).

f. Ertesi Gün Hapı (Acil Doğum Kontrol Kiti):

KOK'lerin ilk 72 saat içinde kullanılması şeklinde uygulanmaktadır. 50 mikrogram EE içerenlerden iki, 30 mikrogram EE içerenlerden üç adet KOK preparatı alınıp 12 saat sonra aynı doz tekrarlanmalıdır (89).

Levonorgestrel içeren yöntemlerin daha etkili olmaları ve yan etkilerinin daha az olması nedeniyle Yuzpe yöntemine tercih edilmesi yönünde ortak bir konsensus oluşmuştur (100,101).

Bunun yanında DSÖ'nün yaptığı çok merkezli randomize çalışma levonorgestrel dozunun bölünmeden 1,5 mg'lık tek doz halinde alınabileceğini göstermiştir (102).

Levonorgestrel'in yan etkide artış olmadan tek doz olarak alınabilmesi kullanımının basitleştirmiştir. DSÖ oral kombine acil kontrasepsiyon yöntemleri için hamilelik dışında kontraendikasyon olmadığı sonucuna varmıştır (103). Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Koleji acil oral kontraseptiflerin bilinen ya da şüpheli hamileliklerde, ilaca karşı hipersensitivite reaksiyonlarında ve nedeni bilinmeyen genital kanamalarda kullanılmaması gerektiğini belirtmiştir (104).

2.4.2.7. Erkek Hormonal Kontrasepsiyonu

Uzun yıllardır var olan yöntemler yanında, yeni aile planlaması yöntemleri konusunda sürekli olarak çalışmalar devam etmektedir. Özellikle erkek hormonal kontrasepsiyonu konusunda çalışmaların ümit verici olduğu ve bunun neticesinde erkeklerin sorumluluklarının artacağı düşünülebilir. Normal bir spermatogenez için uygun miktarda testosteron salgılanması gerekmektedir. Testosteron da, Leydig hücrelerinin Luteinizan hormon (LH) tarafından uyarılmasıyla salgılanmaktadır. Follikül Stimüle edici Hormonun (FSH) bu aşamadaki görevi tam olarak anlaşılammaktaysa da, bu hormonun kalitatif ve kantitatif olarak normal bir spermatogenez için gerekli olduğu düşünülmektedir (105). Dolayısıyla bu yöntem, LH ve FSH'ın baskılanmasına ve böylece spermatogenezin azalmasına dayanmaktadır. Bu amaçla tek başına androjenler (Testosteron Enantat-TE) veya androjen-progesteron kombinasyonları (TE+Siproteron Asetat veya Levonorgestrel) kullanılmaktadır. Androjen ve/veya progestin reseptör modölatörleri ve peptid olmayan gonadotropin releasing hormon (GnRH) antagonistleri üzerinde de çalışılmaktadır (106). Bilinen yan etkiler arasında akne oluşması, libido ve duygudurum değişiklikleri, depresyon ve erektil disfonksiyon sayılabilir (105). Yavaş salınan depo testosteron enjeksiyonların kas içi uygulamasının da 12 haftaya kadar yeterli testosteron düzeyini sağladığı belirtilmektedir. Testosteron ile desogestrel/etonogestrel kombinasyonlarının pratik kullanıma en uygun kombinasyonlar olduğu düşünülmektedir (105). Diğer araştırılmakta olan yöntemlerden testosteron implantlarının (üç ayda bir 800-1200 mg), spermatogenez baskılamada etkili olduğu, ancak Tip 2 5 α -Redüktaz inhibitörlerinin etkisinin olmadığı savunulmaktadır (107).

3. AMAÇLAR

Nüfusun niteliği ve büyüklüğü konusunda elde edilen bilgiler nüfus politikalarının oluşturulmasında büyük rol oynamaktadır. Bu araştırmada, Aydın Doğumevi'ne başvuran kişilerin doğurganlık özellikleri, doğurganlığı etkileyen faktörlerin belirlenmesi, doğum kontrol yöntem kullanımları, verilen hizmet ve uygulamaların tespit edilmesi, hizmet sonrası aile planlaması yöntem tercihlerini belirlemek amaçlanmıştır. Doğum kontrol yöntemlerini uygulama düzeylerini daha önce kullandığı yonteme, kent-kırsal yaşama alanlarına göre ölçülmesi, çalışma bölgesindeki kadınların doğurganlık özellikleri ve aile planlaması yöntemlerinin kullanımının beş yıllık profili konusunda veri toplanması hedeflenmektedir.

İkincil amaçlarımız doğurganlık oranının toplumda hangi gruplar arasında daha yüksek olduğunu araştırmak, doğurganlığın düşürülmesinin önündeki engeller ve hangi faktörlerin engelleyici olduğunu incelemek, çok çocuk ve aile planlaması tercihlerinde etkili faktörleri tespit ederek bunların önlenmesiyle doğurganlığın nasıl azaltılabileceği sorusunun yanıtını bulmaktır. Doğum kontrol yöntemlerinin kullanımına ilişkin tutumlar ve bilgi kaynakları tespit edilmeye çalışılmış ve bunlara bağlı olarak doğurganlığın nasıl düşürülebileceği konusunda fikir verebilecek etkenler incelenmiştir.

Bu araştırma, etkili doğum kontrol yöntem kullanımı fazla olan kadınlarla diğerlerini karşılaştırmak, aralarındaki farklı özelliklerin AP ve doğurganlık üzerindeki etkilerine dikkat çekmektir.

Bölgesel ve ulusal düzeyde demografik tahminlerin elde edilebilmesi için nüfus araştırmaları yapılırken, aile planlaması programlarının hazırlanması, uygulanması ve geliştirilmesi, politika seçimlerinin yapılabilmesi için veriler sunmak ve hedeflenen hizmet sunumu ile aile planlamasında kişilerin tercihi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi (Aydın Doğumevi) Aile Planlaması Polikliniği'ne 01.01.2002 ile 31.12.2006 tarihleri arasında Aile Planlaması konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti almak için başvuran kişilerin kayıtları taranarak yapılmıştır. Bu çalışma polikliniğe bu tarihler arasında başvuran kişilerin, AP için aldığı danışmanlık hizmeti sonucu yöntem seçimini ve AP yöntem seçimini etkileyen faktörleri değerlendirmek için yapılmış, geriye dönük tanımlayıcı bir araştırmadır.

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Aile Planlaması Polikliniği, yıllardır hizmet vermektedir. Verilen hizmet, nüfusun her kesimi ve il genelinde bilinmekte ve kabul görmektedir. Poliklinik bünyesinde, bir muayene odası ve bir görüşme odası mevcut olup, muayene odasında fizik muayene, jinekolojik muayene ve RİA uygulaması yapılmaktadır. Aile Planlaması Polikliniği'nde, 08.00-16.00 saatleri arasında iki pratisyen hekim, bir hemşire ve bir sekreter görev yapmaktadır. Hekimler, RİA ve MR uygulama sertifikalıdır. AP için başvuran herkese danışmanlık, seçtiği yöntem ile ilgili eğitim verilmekte ve kayıtlar düzenli tutulmaktadır. Hap, kondom ve RİA ücretsiz olarak verilmektedir. Hizmete kolay erişebilme, laboratuvar ve konsültan uzman hekim desteğiyle AP hizmeti için en uygun koşullar sağlanmıştır. Kurum aynı zamanda sürekli bir hizmet içi eğitimi vermektedir.

Araştırma için, Aydın İl Sağlık Müdürlüğü ve Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izin alınmıştır. Aile Planlaması Merkezi sorumlu hekimi ile görüşülerek çalışma dönemine ait 15 adet AP danışmanlık kayıt defteri, arşivden imza karşılığı teslim alınmış, veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra iade edilmiştir.

Araştırmanın evrenini, Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Aile Planlaması Polikliniği'ne 01.01.2002 ile 31.12.2006 tarihleri arasında ilk defa başvuran kişilerin tümü oluşturmuştur.

Bu beş yıllık süre içinde polikliniğe ilk başvuran 7207 kişinin aldıkları hizmetler ile AP yöntemi kullanma durumu ve bu durumu etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. Poliklinik kayıt defterinde kişilerin demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu), doğurganlık (gebelik sayısı, doğurduğu çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı, son gebeliğin sonlanma durumu, son gebelik aralığı) ve kontrasepsiyon özellikleri (son üç aydaki kullandığı korunma şekli) hakkında bilgiler elde edildi. Kişilere tercihlerine göre genel danışmanlık, kontraseptif

yöntemlerin özel danışmanlığı ve uygunluk durumuna göre tercih ettikleri yöntem işlemlerden biri veya birkaçı uygulanmaktaydı. Kontraseptif malzeme temini veya bir önce aldığı yöntemin kontrolü için gelen kişilerin aldığı hizmet, izlem danışmanlığı hizmeti idi.

Aydın Doğumevi AP Polikliniği'ne başvuran kişilerin kayıtları, poliklinik defter kaydı ile sınırlı olduğundan, kişilerin kaç kez başvurduğu, kimin hangi yöntemi ne kadar kullandığı, ne zaman bıraktığı değerlendirilemedi. İzlem danışmanlığı alanlar tüm kadınların sayısından çıkarıldığında, ilk başvuran ve/veya yeni bir kontraseptif yöntem seçimi için gelen kadınların sayısı bulunmuştur ve bu da 7207'dir. Bunlar ilk başvurular olarak değerlendirilmiştir.

Geldiği yer hem Aydın merkez, merkez dışı ve il dışı olarak üç grupta; hem de kentsel ve kırsal olmak üzere iki ayrı grupta değerlendirildi. Başvuran erkek sayısı az olduğu için tanımlayıcı olarak ayrı değerlendirildi. Bazı veriler istatistiksel değerlendirme için tekrar kategorize edilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel analizde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, çok gözlü düzenlerde ki-kare testi ile, korelasyon ve regresyon analizi kullanılmıştır. $p < 0,05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

5. BULGULAR

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Aile Planlaması Polikliniği'ne 01.01.2002-31.12.2006 tarihleri arasında toplam 17353 başvuru yapılmıştı. Merkeze başvuranların sadece 184'ü (%1,1) erkekti. 18-57 yaş aralığında başvuran erkeklerin yaş ortalaması 37,65±9,6 Bunların %87,5'i kondom kullanırken %7,6'sı korunmuyordu. Üç kişi vazektomi özel danışmanlığı, gerisi kondom-özel ve izlem danışmanlığı almıştı.

İlk başvuruların yaş ortalaması 29,6±7,6; toplam gebelik sayısı ortalaması 2,8±1,9; canlı doğum ortalaması 2,1±1,3; ölü doğum sayısı ortalaması 0,3±0,7; küretaj sayısı ortalaması 0,4±0,9 idi. %24,3'ü kırsal kesimden başvuruyordu. %56,3'ü ilköğretim, %17,4'ü lise, %8,6'si yüksek okul mezunu iken %8,2'i okur-yazar değildi. Hiç gebeliği olmayanların oranı %5,2 (377 kişi) iken %21,4'ünün bir, %28,1'nin iki, %18,6'sının üç, %11,2'sinin dört ve en fazla olarak, onbeş gebeliği olan iki kişi vardı. Hiç doğumu olmayanların oranı %5,9 (427 kişi) idi. %27,4'ünün bir, %41,1'nin iki canlı doğumu mevcuttu. Çalışmamızda düşükle sonuçlanan gebeliklerin oranı %0,8 idi. Bu düşükleri yapan kadınların %87,5'inin (51 kişi) birer düşüğü mevcuttu. En fazla olarak, bir kişinin 9 tane düşüğü vardı. Bu grupta küretaj oranı %21,3 iken, en fazla bir kadının 11, bir kadının da 12 küretajı vardı. Kadınların son üç ayda kullandığı yöntem oranları sıklık sırasına göre; geri çekme %37,4; RİA %18,2; kondom %13,9; hap %5 ve enjeksiyon yöntemleri %0,3 iken %23,3'ü herhangi bir yöntem kullanmamaktaydı. İlk başvurularda kontraseptif yöntem seçimi için gelen kadınların tercihi %28,4 oranında RİA; %26,9 kondom; %18,3 genel danışmanlık; %15,9 hap; %6,6 enjeksiyon yöntemleri şeklinde olmuştu. İlk başvurularda kontraseptif yöntem seçimi için gelen kadınların son gebeliği %70 normal vajinal doğum, %17,2 küretaj, %5 sezaryen ve %1,5 düşük ile sonuçlanırken, kadınların %31,7'si son gebelik aralığının ilk altı ayında başvurmuştur.

En fazla başvuru %48,5 ile 20-29 yaş grubunda idi. LAM yöntemi kullananlar kayıtlarda belirtilmediği için değerlendirilemedi. Son üç ay içinde kullanılan ve tercih edilen AP yöntemlerinin dağılımı **çizelge 6'de** görülmektedir.

Çizelge 5. Hizmet Alan Kadınların Özellikleri

	Tüm başvurular		İlk başvurular	
	n	%	n	%
Geldiği yer				
Aydın merkez	14269	83,1	5455	75,7
Aydın merkez dışı	2725	15,9	1690	23,4
İl dışı	174	1,0	61	0,8
Bilinmeyen	1	0,0	1	0,0
Eğitim durumu				
Okur-yazar değil	894	5,2	591	8,2
Okuryazar	124	0,7	84	1,2
İlkokul	9315	54,3	4057	56,3
Ortaokul	1224	8,3	602	8,4
Lise	3622	21,1	1255	17,4
Yüksek okul/üniversite	1789	10,4	617	8,6
Bilinmeyen	1	0,0	1	0,0
Yaş grupları				
15-19	543	3,2	419	5,8
20-24	3062	17,8	1748	24,3
25-29	3988	23,2	1743	24,2
30-34	3617	21,1	1374	19,1
35-39	2999	17,5	1035	14,4
40-44	1945	13,3	590	8,2
45-49	906	5,3	269	3,7
50 ve üstü	105	0,6	25	0,3
bilinmeyen	4	0,0	4	0,1
Son gebeliğin sonuçlanma şekli				
Gebeliği olmayan	827	4,8	378	5,2
Normal vajinal doğum	12788	74,5	5083	70,5
Sezaryen	742	4,3	362	5,0
Küretaj	2543	14,8	1241	17,2
Ölü doğum	41	0,2	28	0,4
Düşük	220	1,3	109	1,5
Dış gebelik	6	0,0	4	0,1
Bilinmeyen*	2	0,0	2	0,0
Toplam	17169	100,0	7207	100,0

* poliklinik defter kayıtlarında boş bırakılmış

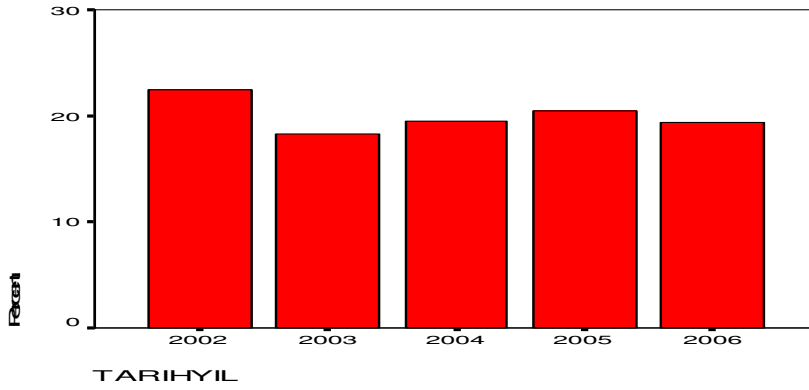
Çizelge 6. Başvuran Kadınların Son Üç Ay İçinde Kullandıkları AP Yöntemleri Ve Aldıkları Danışmanlıkların Dağılımı

	Tüm başvurular		İlk başvurular	
	n	%	n	%
Son üç ayda kullanılan yöntem				
Yöntem kullanmayan	1685	9,8	1677	23,3
Kondom	7101	41,4	1000	13,9
Hap	3839	22,4	358	5,0
RİA	1451	8,5	1310	18,2
Enjeksiyon yöntemleri	338	2,0	140	1,9
Geri çekme	2728	15,9	2698	37,4
Takvim yöntemi	9	0,1	9	0,1
Tüp ligasyonu	4	0,0	2	0,0
Diğer bariyer yöntemleri	11	0,1	10	0,1
Norplant	2	0,0	2	0,0
Bilinmeyen	1	0,0	1	0,0
Tercih edilen hizmet				
Genel danışmanlık	1320	7,7	1320	18,3
İzlem danışmanlığı	9961	58,0	-	-
Kondom özel danışmanlığı	1940	11,3	1940	26,9
Hap özel danışmanlığı	1147	6,7	1147	15,9
RİA özel danışmanlığı	2046	11,9	2046	28,4
Enjeksiyon yöntemleri özel danışmanlığı	477	2,8	477	6,6
Tüp ligasyonu özel danışmanlığı	135	0,8	135	1,9
Acil kontrasepsiyon	133	0,8	133	1,8
Fitil vb bariyer yöntem özel danışmanlığı	9	0,1	9	0,1
Bilinmeyen*	1	0,0		
Toplam	171	100,0	7207	100,0

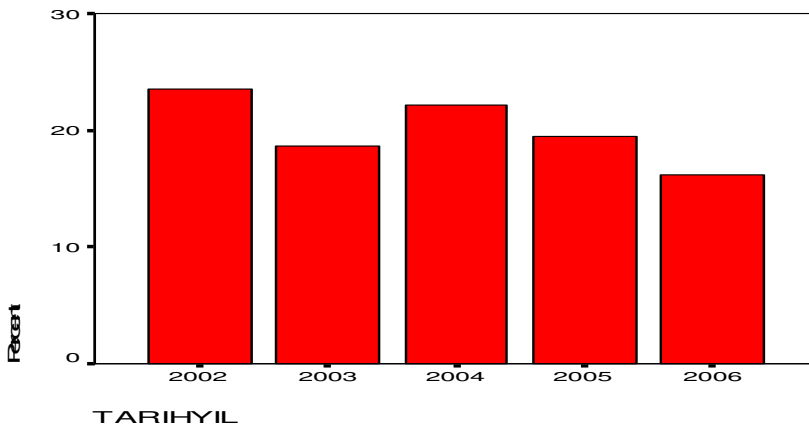
* poliklinik defter kayıtlarında boş bırakılmış

Çizelge 7. Yıllara Göre Başvuru Oranı

Yıl	Tüm başvurular		İlk başvurular	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
2002	3856	22,5	1696	23,5
2003	3140	18,3	1343	18,6
2004	3347	19,5	1597	22,2
2005	3508	20,4	1404	19,5
2006	3318	19,3	1167	16,2
Toplam	17169	100,0	7207	100,0



Şekil 1. Tüm başvuruların Yıllara Göre Dağılımı



Şekil 2. İlk başvuruların Yıllara Göre Dağılımı

İlk başvurular %39,2 etkili, %37,6 sınırlı etkili bir yöntem kullanırken, %23,3'ü herhangi bir yöntem kullanmamaktaydı.

Toplam gebelik, canlı doğum sayısı fazla ve son gebelik aralığı uzun olanların etkili yöntem kullanım oranı daha fazlaydı ($p<0,005$). Aydın Doğumevi AP polikliniğine beş yılda başvuran kadınların etkili yöntem kullanımına göre doğurganlık özellikleri **Çizelge 8**'de verilmiştir.

Çizelge 8. İlk Başvuruların Yöntem Kullanımına Göre Doğurganlık Özellikleri

Özellikler	Etkili yöntem	Etki derecesi sınırlı yöntem	Toplam
Toplam gebelik (ort±ss)*	2,9±1,9	2,7±2,0	2,8±2,0
Canlı doğum (ort±ss) *	2,2±1,3	2,0±1,4	2,1±1,4
Ölü doğum (ort±ss)	0,01±0,1	0,01±0,1	0,01±0,1
Düşük (ort±ss)*	0,3±0,8	0,3±0,7	0,3±0,7
Küretaj(ort±ss)	0,4±1,0	0,4±1,0	0,4±1,0
Son gebelik aralığı(gün)(ort±ss)*	2038±1975	839±1483	1307±1791

* $p<0,005$

Çizelge 9. Geline Yere Göre İlk Başvuruların Öğrenim Durumları

Geldiği Yer	Öğrenim durumu						
	OYD*	Okur yazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksekokul	Toplam
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
Aydın merkez	399 7,3	62 1,1	2863 52,5	488 8,9	1089 20,0	554 10,2	5455 100,0
Aydın ilçe	190 11,2	22 1,3	1169 69,2	107 6,3	149 8,8	52 3,1	1689 100,0
İl dışı	2 3,3		24 39,3	7 11,5	17 27,9	11 18,0	61 100,0
Toplam	591 8,2	84 1,2	4056 56,3	602 8,4	1255 17,4	617 8,6	7205 100,0

*Okur yazar değil

$\chi^2=283,313$

$p<0,001$

Aydın merkez dışından başvuranlarda ilkököl ve altı öğrenimi olanların oranı daha yüksekti (**Çizelge 9**). 15-19 yaş grubundaki %69,9 kadının öğrenim durumu ilkököl ve altıydı. Yüksekököl öğrenimli kadınların başvuru oranı, yaş grubu ile paralel olarak artmıştı (**Çizelge 13**). Eğitim düzeyi yükseldikçe, hapa özel danışmanlık oranı artıyordu. RİA en fazla ilkököl ve ortaokul öğrenimli kadınlar tercih edilmişti. Eğitim düzeyi ile kadınların yöntem tercihi **çizelge 10**'de verilmiştir. Hiç okula gitmemişlerde tüp ligasyonu oranı %8,0 iken diğerlerinde bu oran %1,2 idi.

Çizelge 10. İlk Başvuruların Eğitim Durumlarına Göre Tercih Edilen Yöntem Danışmanlık Hizmeti

	Genel danışmanlık	Kondom özel danışmanlığı	Hap özel danışmanlığı	RİA özel danışmanlığı	Ejeksiyon yöntemleri özel danışmanlığı	Diğer yöntemler	Toplam
Eğitim durumu	Sayı %(sattır)	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %
OYD*	99 16,8	171 28,9	79 13,4	143 24,2	50 8,5	49 8,3	591 100,0
Okur-yazar	13 15,5	18 21,4	17 20,2	21 25,0	5 6,0	10 11,9	84 100,0
İlkököl	754 18,6	1064 26,2	545 13,4	1269 31,3	277 6,8	148 3,6	4057 100,0
Orta okul	122 20,3	145 24,1	112 18,6	174 28,9	35 5,8	14 2,3	602 100,0
Lise	229 18,2	366 29,2	228 18,2	319 25,4	74 5,9	39 3,1	1255 100,0
Yüksek okul	102 16,5	176 28,5	166 26,9	120 19,4	36 5,8	17 2,8	617 100,0
Toplam	1319 18,3	1940 26,9	1147 15,9	2046 28,4	477 6,6	277 3,8	7206 100,0

*Okur yazar değil

$\chi^2=178,631$

$p<0,001$

Çizelge 11. Hiç Okula Gitmemiş ve Eğitimi Olan Kadınların Tüp Ligasyonu Tercihi

		Tüp ligasyonu		Diğer yöntemler		Toplam		Analiz
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim durumu	Eğitimsiz	54	8,0	621	92,0	675	100,0	$\chi^2=152,064$ $P<0,001$
	Eğitimli	81	1,2	6450	98,8	6531	100,0	
	Toplam	135	1,9	7071	98,1	7206	100,0	

Kırsal bölgeden gelen kadınlarda, toplam gebelik, canlı doğum ve ölü doğum sayısı, Aydın merkezden gelen kadınlara göre daha yüksekti ($p<0,001$). Son gebeliğin sonlanma şekli, son üç ayda yöntem kullanımı ve tercih etme oranları benzerdi. Toplam gebelik, canlı doğum ve kürtaj sayısında yıllara göre azalma görülürken, etkili yöntem kullanımı istatistiksel olarak anlamlıydı. Kadınların geldiği yer, yaş, öğrenim durumu, başvuru tarihi ve son gebelik aralığı ile doğurganlık özellikleri, kullandığı yöntem ve tercih ettiği danışmanlık hizmeti arasındaki ilişki **çizelge 12**'de gösterilmiştir.

Çizelge 12. Geline Yeri, Yaş, Öğrenim Durumu, Başvuru Tarihi ve Son Gebelik Aralığı İle Doğurganlık Özellikleri, Kullandığı Yöntem ve Tercih Ettiği Danışmanlık Hizmeti Arasındaki İlişki

	Toplam gebelik sayısı	Canlı doğum sayısı	Ölü doğum sayısı	Düşük sayısı	Kürtaj sayısı	Son gebeliğin sonuçlanma şekli	Son üç ayda kullandığı yöntem	Tercih edilen danışmanlık
Geldiği yer	0,050* 0,000**	0,042 0,000	0,033 0,000	-0,013 0,264	0,032 0,007	0,014 0,247	0,005 0,650	0,008 0,486
Yaş	0,532 0,000	0,523 0,000	-0,008 0,483	0,137 0,000	0,244 0,000	0,129 0,000	0,161 0,000	-0,014 0,251
Öğrenim Durumu	-0,349 0,000	-0,402 0,000	-0,044 0,000	-0,049 0,000	-0,071 0,000	0,035 0,003	-0,139 0,000	-0,048 0,000
Başvuru yılı	-0,094 0,000	-0,092 0,000	-0,018 0,126	-0,031 0,008	-0,054 0,000	0,021 0,086	-0,106 0,000	0,003 0,772
Son gebelik aralığı	0,280 0,000	0,324 0,000	-0,039 0,001	0,094 0,000	0,012 0,297	-0,133 0,000	0,295 0,000	-0,026 0,029

*Korelasyon katsayısı (r)

** p değeri ($p<0,005$ anlamlı)

Çizelge 13. İlk Başvuruların Yaş Gruplarına Göre Öğrenim Durumları

		Öğrenim durumu						Toplam	
		OYD	Okuryazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksek okul		
Yaş grupları	15-19	sayı	29	6	258	87	33	6	419
		%	6,9	1,4	61,6	20,8	7,9	1,4	100,0
	20-24	sayı	105	22	997	155	345	124	1748
		%	6,0	1,3	57,0	8,9	19,7	7,1	100,0
	25-29	sayı	137	19	943	109	367	168	1743
		%	7,9	1,1	54,1	6,3	21,1	9,6	100,0
	30-34	sayı	100	12	804	114	224	120	1374
		%	7,3	,9	58,5	8,3	16,3	8,7	100,0
	35-39	sayı	117	13	570	81	150	104	1035
		%	11,3	1,3	55,1	7,8	14,5	10,0	100,0
	40-44	sayı	67	9	338	34	87	55	590
		%	11,4	1,5	57,3	5,8	14,7	9,3	100,0
	45-49	sayı	31	3	136	17	48	34	269
		%	11,5	1,1	50,6	6,3	17,8	12,6	100,0
50 ve üstü	sayı	3		10	5	1	6	25	
	%	12,0		40,0	20,0	4,0	24,0	100,0	
Toplam		sayı	589	84	4056	602	1255	617	7203
		%	8,2	1,2	56,3	8,4	17,4	8,6	100,0

$\chi^2=242,792$

sd=35

p <0,001

Genel danışmanlığı, hap kullananların %23,2'si, kondom kullananların %21,5'i, herhangi bir yöntem kullanmayanların %21,0'ı ve dördüncü sırada ise geri çekme yöntemi kullananların %17'si tercih ederken; enjeksiyon yöntemleri kullananların %24,3'ü hap, RİA kullananların %58,6'sı kondom özel danışmanlığı almıştır.

Son üç ayda yöntem kullanmayanların %24,8'i, kondom kullananların %39,3'ü, geri çekme yöntemi kullananların %38,3'ü, hap kullananların %36,9'ü ve RİA özel danışmanlığı almıştır. Kadınların son üç ayda kullandığı yöntem ve tercih ettikleri danışmanlık **çizelge 14**'te gösterilmiştir.

Çizelge 14. İlk Başvuruların Son Üç Ayda Kullandığı Yöntem ve Tercihleri

			Tercih Edilen Danışmanlık						Toplam
			Genel danışmanlık	Kondom özel danışmanlığı	Hap özel danışmanlığı	RİA özel danışmanlığı	Enjeksiyon yöntemleri özel danış m	Diğer	
Son üç ayda kullanılan yöntem	Yöntem kullanmayan	sayı	353	444	281	416	150	33	1677
		%	21,0	26,5	16,8	24,8	8,9	2,0	100,0
	Kondom kullanan	sayı	215	18	185	393	80	109	1000
		%	21,5	1,8	18,5	39,3	8,0	10,9	100,0
	Hap kullanan	sayı	83	109	3	132	21	10	358
		%	23,2	30,4	0,8	36,9	5,9	2,8	100,0
	RİA kullanan	sayı	193	768	254	22	50	23	1310
		%	14,7	58,6	19,4	1,7	3,8	1,8	100,0
	Enjeksiyon yöntemleri	sayı	16	52	34	32	2	4	140
		%	11,4	37,1	24,3	22,9	1,4	2,9	100,0
	Geri çekme	sayı	458	536	389	1046	172	97	2698
		%	17,0	19,9	14,4	38,8	6,4	3,6	100,0
	Diğer	sayı	2	12	1	5	2	1	23
		%	8,7	52,2	4,3	21,7	8,7	4,3	100,0
Toplam	sayı	1320	1939	1147	2046	477	277	7206	
	%	18,3	26,9	15,9	28,4	6,6	3,8	100,0	

$\chi^2=1590,065$

df=30

p<0,001

Toplam gebelik sayısı 1-4 arası olanlarda kondom (%15,1) ve hap (%5,2) kullanımı daha yüksekti (p<0,001). Geri çekme gebelik sayısı 1-4 olanlarda %38,4, gebelik sayısı 5 ve üstü olanlarda % 42 oranında kullanılmıştı. Toplam gebelik sayısı 1-4 olan kadınlarda RİA ve hap tercihi fazla iken, gebelik sayısı dörtten fazla olanlar daha fazla kondom, enjeksiyon yöntemleri ve tüp ligasyonu (%7,6) yönteme özel danışmanlık almıştı. Toplam gebelik sayısı 1-4 olan kadınlarda tüp ligasyonu tercihi %0,9 idi. Gebelik sayısına göre kadınların son üç ayda kullandığı yöntem ve tercih ettiği danışmanlık hizmeti dağılım **çizelge 15 ve 16**'da gösterilmiştir.

Çizelge 15. İlk Başvuruların Toplam Gebelik Sayısı 1-4 ve Dörtten Fazla Olanların Son Üç Ayda Kullandığı AP Yöntem Dağılımı

Toplam gebelik sayısı	Son üç ayda kullanılan yöntem								Toplam
	Yöntem kullanmayan	Kondom	Hap	RIA	Enjeksiyon yöntemleri	Geri çekme	Diğer		
1-4	Sayı	1202	860	296	1035	106	2192	16	5707
	%	21,1	15,1	5,2	18,1	1,9	38,4	0,3	100,0
5 ve üstü	Sayı	177	115	45	273	33	470	7	1120
	%	15,8	10,3	4,0	24,4	2,9	42,0	0,6	100,0
Toplam	Sayı	1379	975	341	1308	139	2662	23	6827
	%	20,2	14,3	5,0	19,2	2,0	39,0	0,3	100,0

$\chi^2=61,303$

sd=6

p<0,001

Çizelge 16. İlk Başvuruların Toplam Gebelik Sayısı 1-4 ve Dörtten Fazla Olanların Tercih Ettiği Danışmanlık Hizmeti Dağılımı

Toplam gebelik sayısı	Verilen danışmanlık hizmeti							Toplam
	Genel danışmanlık	Kondom özel d.	Hap özel d.	RIA özel d.	Enjeksiyon yöntemleri özel danışm.	Diğer		
1-4	Sayı	1056	1525	827	1761	375	163	5707
	%	18,5	26,7	14,5	30,9	6,6	2,9	100,0
5-üstü	Sayı	196	329	114	282	93	106	1120
	%	17,5	29,4	10,2	25,2	8,3	9,5	100,0
Toplam	Sayı	1252	1854	941	2043	468	269	6827
	%	18,3	27,2	13,8	29,9	6,9	3,9	100,0

$\chi^2=133,522$

sd=6

p<0,001

Çizelge 17. İlk Başvuruların Yıllara Göre Son Üç Ayda Kullandıkları Yöntem Dağılımı

		Son üç ayda kullandığı yöntem								Toplam
		Yöntem kullanmayan	Kondon	Hap	Rahim içi araç	Enjeksiyon yöntemleri	Geri çekme	Diğer		
TARİH	2002	sayı	275	204	87	292	7	822	8	1695
		%	16,2	12,0	5,1	17,2	,4	48,5	0,5	100,0
	2003	sayı	346	180	56	227	16	514	4	1343
		%	25,8	13,4	4,2	16,9	1,2	38,3	0,3	100,0
	2004	sayı	378	256	84	293	26	558	2	1597
		%	23,7	16,0	5,3	18,3	1,6	34,9	0,1	100,0
	2005	Sayı	427	184	74	249	46	420	4	1404
		%	30,4	13,1	5,3	17,7	3,3	29,9	0,3	100,0
	2006	sayı	251	176	57	249	45	384	5	1167
		%	21,5	15,1	4,9	21,3	3,9	32,9	0,4	100,0
Toplam		sayı	1677	1000	358	1310	140	2698	23	7206
		%	23,3	13,9	5,0	18,2	1,9	37,4	0,3	100,0

$\chi^2=244,198$

sd=24

p<0,001

Çizelge 18. İlk Başvuruların Yıllara Göre Tercih Ettiği Danışmanlık Hizmeti Dağılımı

		Yapılan İşlem						Toplam	
		Genel danışmanlık	Kondom özel danışmanlığı	Hap özel danışmanlığı	RIA özel danışmanlığı	Enjeksiyon yöntemleri özel danışmanlığı	Diğer		
TARİH	2002	sayı	332	445	202	570	66	81	1696
		%	19,6	26,2	11,9	33,6	3,9	4,8	100,0
	2003	sayı	282	330	170	420	92	49	1343
		%	21,0	24,6	12,7	31,3	6,9	3,6	100,0
	2004	sayı	436	330	163	455	155	58	1597
		%	27,3	20,7	10,2	28,5	9,7	3,6	100,0
	2005	Sayı	127	449	326	326	127	49	1404
		%	9,0	32,0	23,2	23,2	9,0	3,5	100,0
	2006	sayı	143	386	286	275	37	40	1167
		%	12,3	33,1	24,5	23,6	3,2	3,4	100,0
Toplam		sayı	1320	1940	1147	2046	477	277	7207
		%	18,3	26,9	15,9	28,4	6,6	3,8	100,0

$\chi^2=506,183$

sd=20

p<0,001

Çizelge 19. İlk Başvurularda 15-40 ve 40 Yaş Üstü Kadınların AP Yöntemi Kullanımı

			Son üç ayda kullanılan yöntem							Toplam
			Yöntem kullanmayan	Kondom	Hap	RIA	Enjeksiyon yöntemleri	Geri çekme	Diğer	
Y A Ş	≤40	sayı	1628	903	334	1017	134	2467	16	6499
		%	25,1	13,9	5,1	15,6	2,1	38,0	0,2	100,0
	>40	sayı	49	97	24	290	6	230	7	703
		%	7,0	13,8	3,4	41,3	0,9	32,7	1,0	100,0
Toplam		sayı	1677	1000	358	1307	140	2697	23	7202
		%	23,3	13,9	5,0	18,1	1,9	37,4	0,3	100,0

$\chi^2=342,587$

sd=6

p<0,001

Çizelge 20. İlk Başvurularda 15-40 ve 40 Yaş Üstü Kadınların Tercih Ettiği Danışmanlık Hizmeti Dağılımı

			Yapılan İşlem						
			Genel danışmanlık	Kondom özel danışmanlığı	Hap özel danışmanlığı	RIA özel danışmanlığı	Enjeksiyon yöntemleri özel danışmanlığı	Diğer	Toplam
Y A Ş	≤40	sayı	1197	1619	1109	1886	449	240	6500
		%	18,4	24,9	17,1	29,0	6,9	3,7	100,0
	>40	sayı	121	321	37	159	28	37	703
		%	17,2	45,7	5,3	22,6	4,0	5,3	100,0
Toplam		sayı	1318	1940	1146	2045	477	277	7203
		%	18,3	26,9	15,9	28,4	6,6	3,8	100,0

$\chi^2=178,871$

sd=5

p<0,001

Çalışmanın yapıldığı merkez popülasyonu baz alındığında beş yıllık sürede toplam kadın başvuru sayısı 17169 ve yaş ortalaması $31,4 \pm 7,6$ idi. Bütün başvuruların çoğunluğu (%54,3) ilkokul mezunu idi. Son gebeliklerinin %74,5'i canlı doğum, %14,8'i küretaj şeklinde sonlanmıştı. Başvuruların tanımlayıcı özellikleri **çizelge 5**'de verilmiştir.

Bu dönemde polikliniğe başvuran bütün kadınlar, son üç ay içinde en yüksek sıklıkta kondom kullanmışlardı (%41,1). Kadınların % 58'i izlem danışmanlığı almıştı. İzlem danışmanlığı alanların %62,2'si kondom, %34,9'ü hap, %2'si enjeksiyon yöntemleri ve %1,4'ü RİA kullanıyordu. Tüm başvurularda son üç ay içinde kullanılan ve tercih edilen AP yöntemlerinin dağılımı **çizelge 6**'da görülmektedir.

Kadınların %90,2'si son üç ayda herhangi bir yöntem kullanmasına karşın, ancak %74,2'i etkili bir yöntem kullanmaktaydı.

Genel danışmanlığı, herhangi bir yöntem kullanmayanların %21,4'ü, ikinci sırada ise RİA kullananların %13,3'ü tercih ederken; hap kullananların %90,7'si, kondom kullananların %85,9'u ve enjeksiyon yöntemlerinin %58,6'sı izlem danışmanlığı almış ve aldığı yönteme devam etmiştir.

Son üç ayda RİA kullananların %53'ü ve yöntem kullanmayanların %26,4'ü kondom özel danışmanlığı almıştır. Herhangi bir yöntem kullanmayanların %24,7'i ve geri çekme yöntemi kullananların %38,3'ü RİA özel danışmanlığı almıştır. Kadınların son üç ayda kullandığı yöntem ve tercih ettikleri danışmanlık **çizelge 21**'te gösterilmiştir

Çizelge 21. Tüm Başvuruların Son Üç Ayda Kullandığı Yönteme Göre Tercih Edilen Danışmanlık Yöntemi

		Yapılan İşlem								Toplam
		Genel danışmanlık	İzlem danışmanlığı	Kondom özel danışmanlığı	Hap özel danışmanlığı	RIA özel danışmanlığı	Enjeksiyon yöntemi. özel danışmanlığı	Diğer		
Son üç ayda kullanılan yöntem	Yöntem kullanmayan	sayı	361	0	444	281	416	150	33	1685
		%	21,4	0	26,4	16,7	24,7	8,9	2,0	100,0
	Kondom	sayı	215	6101	18	185	393	80	109	7101
		%	3,0	85,9	0,3	2,6	5,5	1,1	1,5	100,0
	Hap	sayı	83	3481	109	3	132	21	10	3839
		%	2,2	90,7	2,8	0,1	3,4	0,5	0,3	100,0
	RIA	sayı	193	140	768	254	22	50	23	1450
		%	13,3	9,7	53,0	17,5	1,5	3,4	1,6	100,0
	Enjeksiyon yöntemleri	sayı	16	198	52	34	32	2	4	338
		%	4,7	58,6	15,4	10,1	9,5	0,6	1,2	100,0
	Geri çekme	sayı	457	30	536	389	1046	172	98	2728
		%	16,8	1,1	19,6	14,3	38,3	6,3	3,6	100,0
	diğer	sayı	2	3	12	1	5	2	1	26
		%	7,7	11,5	46,2	3,8	19,2	7,7	3,8	100,0
Toplam	sayı	1319	9961	1939	1147	2046	477	278	17167	
	%	7,7	58,0	11,3	6,7	11,9	2,8	1,6	100,0	

$\chi^2=13832,274$

sd=36

p<0,001

Çalışmamızda, kadınların eğitim seviyesi yükseldikçe etkili AP yöntem kullanımı ve devamlılığı artarken, hormonal yöntem tercihi azalmaktaydı. Son gebeliği normal vajinal doğumla sonuçlanan kadınlarda etkili AP yöntem kullanımı ve AP hizmetlerinden yararlanma oranları az; hormonal yöntem tercihleri ise son gebeliği diğer şekillerde (sezaryen, düşük, küretaj gibi) sonuçlananlara göre artmıştır. Aydın merkez dışından başvuranlarda, etkili AP yöntem kullanımı, yöntem kullanım devamlılığı ve hormonal yöntem tercihleri daha az bulunmuştur. Çalışmamızda son iki yılda başvuran kadınlarda, etkili AP yöntem kullanımı ve AP hizmetlerinden yararlanma oranı ile hormonal yöntem kullanımı artmıştır. Gebelik sayısı fazla

olanlarda, etkili AP yöntem kullanımı ve AP hizmetlerinden yararlanma az iken hormonal yöntem tercihi artmaktadır (Çizelge 22,23,24).

Çizelge 22. Bağımsız Değişkenler ile Son Üç Ayda Etkili Yöntem Kullanım İlişkisi

Risk faktörleri		Regresyon katsayısı	Standart hata	p	OR	%95 GA
Eğitim	İlkokul ve altı	-0,313	0,043	0,000	0,731	0,672-0,796
	Ortaokul ve üstü					
Son gebeliğin sonlanma şekli	Normal doğum	0,226	0,69	0,001	1,253	1,096-1,434
	Diğer doğum şekil					
Geldiği yer	Merkez	0,617	0,047	0,000	1,853	1,691-2,032
	Kırsal					
Tarih	2002-2004	-0,413	0,040	0,000	0,661	0,611-0,716
	2005- 2006					
Yaş		-0,98	0,003	0,000	0,907	0,901-0,913
Toplam gebelik sayısı		0,158	0,028	0,000	1,171	1,110-1,236
Sabit		1,416	0,091	0,000	4,119	

Çizelge 23. Bağımsız Değişkenlerin İzlem Danışmanlığı İlişki

Risk faktörleri		Regresyon katsayısı	Standart hata	p	OR	%95 GA
Eğitim	İlkokul ve altı	-0,161	0,036	0,000	0,851	0,793-0,913
	Ortaokul ve üstü					
Son gebeliğin sonlanma şekli	Normal doğum	0,165	0,48	0,001	1,180	1,074-1,295
	Diğer doğum şekil					
Geldiği yer	Merkez	0,668	0,045	0,000	1,950	1,785-2,129
	Kırsal					
Tarih	2002-2004	-0,353	0,035	0,000	0,703	0,656-0,752
	2005-2006					
Yaş		-0,77	0,003	0,000	0,926	0,922-0,931
Toplam gebelik sayısı		0,250	0,013	0,000	1,284	1,252-1,316
Sabit		1,446	0,078	0,000	4,248	

Çizelge 24. Bağımsız Değişkenlerin Hormonal Yöntem Kullanım İlişkisi

Risk faktörleri		Regresyon katsayısı	Standart hata	p	OR	%95 GA
Eğitim	İlkokul ve altı	0,133	0,040	0,001	1,142	1,056-1,236
	Ortaokul ve üstü					
Son gebeliğin sonlanma şekli	Normal doğum	-0,157	0,53	0,003	0,855	0,770-0,948
	Diğer doğum şekil					
Geldiği yer	Merkez	0,707	0,056	0,000	2,028	1,816-2,264
	Kırsal					
Tarih	2002-2004	-0,566	0,038	0,000	0,568	0,527-0,611
	2005- 2006					
Yaş		0,038	0,003	0,000	1,039	1033-1045
Toplam gebelik sayısı		-0,026	0,014	0,054	0,974	0,948-1000
Sabit		0148	0,085	0,081	1,160	

6. TARTIŞMA

AP hizmetlerini değerlendirmek için kullanılan en önemli ve en yaygın ölçüt, AP yöntemi ve etkin AP yöntemi kullanma oranlarıdır. Dünya genelinde AP yöntemi kullanma oranının gelişmekte olan ülkelerde %56, gelişmiş ülkelerde ise %73 olduğu belirtilmiştir (108). Türkiye’de ise TNSA 2003 verilerine göre genel olarak, evli kadınların, yüzde 43’ü modern ve yüzde 29’u da geleneksel bir yöntem olmak üzere toplam yüzde 71’i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmakta olduklarını belirtmişlerdir (18). Çalışmamızda kadınların %90,2’si herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır. Bu kadınların %82,3’ü ise, etkili bir AP yöntemi kullanmaktadır. Araştırmamızda saptanan AP yöntemi kullanım oranının Türkiye genelinden yüksek olduğu görülmektedir. Ege bölgesinde herhangi bir yöntem kullanımı %70,2 ve %45’i etkin bir yöntem kullanmaktadır (18). Ancak çalışmamız Aydın Doğumevi AP Polikliniği’ne başvuranlarda yapıldığı dikkate alınmalıdır. Aydın ilinde AP yöntemi kullanım oranlarının doğru tespiti için prevalans çalışmasına ihtiyaç vardır.

Aydın ili 1Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde ve AÇSAP Merkezinde 2000 yılının AP hizmetlerinin değerlendirilmesi için yapılan bir çalışmada (109), kadınların %98,7’si herhangi bir yöntemle korunurken etkili yöntem kullanım oranı %89 olarak bildirilmiştir ve bu da bizim çalışmamızla uyumludur. Hizmet olarak ilk sırada %55,6’sına kondom verilmiştir (109). Bizde ise, kondomun tüm yöntemler içindeki oranı %45,8’dir. Sivas ve Isparta’da yapılan benzer çalışmalarda herhangi bir yöntem kullanımı ve etkili yöntem kullanım oranları sırası ile %89,5-%63,3 ve %96,1-%56,6 olarak bulunmuştur. Türkiye’de etkili yöntem kullanma oranı batıda %40,5, doğuda %26,7’dir (110). Kadınların son üç ayda yöntem kullanım oranları daha önce Gemalmaz ve arkadaşlarının Aydın’da yaptığı çalışmaya göre benzerdi (109). Diğer çalışmalara göre (111-114), etkili yöntem kullanım oranı daha yüksektir. Bu da ilimizin diğer illere göre daha iyi bir durumda olduğunu göstermektedir.

Aydın’da daha önce yapılmış çalışmada (109), kadınların yaş ortalaması $31,1 \pm 6,7$, ilkokul ve altı eğitilmiş kişiler kadınların %70,1’ini oluştururken %2,6’sı hiç gebelik yaşamamıştır. Bizim çalışmamızda ise, yaş ortalaması benzer, ilkokul ve altı eğitilmiş kişilerin oranı daha düşük ve hiç gebe kalmamışların oranı daha yüksektir. Bu oran hizmet alanların sosyo-demografik özelliklerinin farklılığından kaynaklanabilir.

Çalışmaya alınan kadınların doğurganlık özelliklerine bakıldığında, toplam gebelik sayı ortalaması 2,8 ve ortalama canlı doğum sayısının 2,1 olduğu görülmüştür. Diğer benzer çalışmalarda toplam gebelik ortalama sayısı Aydın AÇSAP'ta 2.5 (109), Sivas'ta 3,3 (111), Isparta'da 2,5 (112), Elazığ'da 3,7 (113), Ankara'da 2,5 (114) olarak saptanmıştır. Aradaki fark; bölgelere göre kadınların sahip olduğu çocuk sayısı ortalamasının batıda doğuya göre daha düşük olduğu verisini desteklemektedir (18,111). Çalışmamızdaki canlı doğum sayısı ortalaması, Türkiye ortalamasının (110) altında idi.

Eğitim düzeyi azaldıkça toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, düşük sayısı, ölü doğum ve küretaj sayısı artmaktaydı ($p < 0,001$). Eğitimin benzer etkisi başka çalışmalarda da gösterilmiştir (112,115,116). Bu beş yıllık inceleme sürecinde yıllara göre, başvuran kadınların toplam gebelik sayısı ve canlı doğum sayısında azalma görülmektedir ($p < 0,001$). Aydın Doğumevi'ne başvuran kadınların son gebeliklerinin %14,8'i küretajla sonuçlanmıştır. İzlem danışmanlığı alanlar dışındaki yeni bir yöntem seçimi için ve/veya ilk kez başvuran kadınlarda bu oran %17,2'dir. Hiç gebeliği olmayanları çıkardığımızda neredeyse her beş kadından birinin son gebeliği küretajla sonuçlanmıştır. İlk başvurularında son gebeliği küretajla sonlanan kadınların %41,7'sinin son gebelik aralığı 1-60 gün idi. Kadınların küretajı bir doğum kontrol yöntemi olarak kullandığı görülmektedir. Küretajlar istenmeyen gebelikleri temsil etmektedir ve AP hizmetlerinin değerlendirilmesinde önemli bir göstergedir (117). İstenmeyen gebeliği olan kadınların yarısı isteyerek düşük yapmaktadır (118). Ülkemizde isteyerek düşüklerin %67,8'i, doğurganlığın sınırlanması ya da doğum arasının açılması nedeniyle gerçekleşmektedir (110). Ülkemizde 15-19 yaş arasında isteyerek düşük oranı 1993-1998 yılları arasında %3,8'den %5,8'e yükselmiştir (110). Trabzon'da yapılmış bir araştırmada istenmeyen gebeliklerin 19 yaş altında ve 35 yaş üzerinde sık olduğu bildirilmiştir (119). Araştırmamızda 15-19 yaş grubu kadınların üçte ikisinden fazlasının ilkökul ve altı eğitimi olması düşündürücüdür. Günümüz Türkiye'sinde eğitim için yapılan bütün gayretlere rağmen adölesan grubunun bu durumu üzücüdür. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda istenmeyen ve plansız gebeliklerin adölesan yaş grubunda sık görüldüğü, doğumla sonuçlanan adölesan gebeliklerin %70-85'inin istenmeyen gebelikler olduğu belirtilmektedir (120). Bu durum AP hizmetleri ve cinsel eğitime olan gereksinimi ve bu konularda eğitimin önemini göstermektedir.

Çok sık gebeliklerde (iki yıldan sık aralıklarla), erken yaşta, çok geç yaşta ve çok sayıda olan gebeliklerde (dört doğumdan fazla) anne ve çocuğun hastalık ve ölüm riskinin en yüksek

düzeyde olduğu bilinmektedir (121). Isparta'da yapılan bir çalışmada son gebelik aralığı ortalaması $5,1\pm 5,2$ yıl, Aydın'da $5,2\pm 4,8$ yıl, Elazığ'da ise 33,7 ay olarak bulunmuştur (109, 112, 113). Türkiye genelinde ortanca doğum aralığı 37 aydır (110). Bizim çalışmamızda kadınların son gebelik aralığı ortalaması diğer çalışmalarla uyumludur. Ayrıca, çalışmamızda, yaşla beraber son gebelik aralığı artmaktadır. Bu da istenilen çocuk sayısına erişen kadınların kontraseptif yöntemleri uzun yıllar başarıyla kullandığını, Isparta'yla benzer, Elazığ ve Türkiye ortalamasından daha iyi korunduğunu göstermektedir. Türkiye genelinde doğumların %26'si iki yıldan kısa aralıklarla meydana gelmektedir (110). Araştırmamızda son gebelik aralığı iki yıldan kısa olan kadınların oranı %41,2 olarak hesaplanmıştır. Son gebelik aralığı iki yıldan kısa olan kadınların %19,2'sinin son gebeliği küretajla sonlanmıştır (p 0,000). İlk defa yöntem seçimi için başvuran kadın grubunda hiç gebelik ve doğumu olmayanlar karşılaştırıldığında, 427 kadının 50'si doğum yapmadan gebeliğinin sonlandığı görülmektedir. Bu da diğer çalışmalarla benzerdir (111).

Çalışmamızda, son gebeliklerin hemen tamamı canlı doğumla sonuçlanırken yalnızca 1/5 kadarı küretajla sonlanmıştır. Sivas'ta yapılan çalışmada bu oran sırası ile %88,1 ve %8,1; Isparta'da yapılan çalışmada da %85,6 ve %11,8 bulunmuştur (111,112). Ülkemizde isteyerek düşük hızı %14,5, evli kadınlarda bu oran %26 olarak bilinmektedir (110). Araştırmamızda kadınların son gebeliğinin küretajla sonlanması ile yaş, öğrenim durumları, gebelik sayıları ve son gebelik aralığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. 40 yaş üzerindeki kadınlar, ilkokul öğrenimliler, son gebelik aralığı iki yıldan az olanlar ve gebelik sayısı fazla olanlarda son gebeliğin küretajla sonlanma oranları yüksek bulunmuştur (p<0,001). Bu faktörler göz önüne alınmalı ve istenmeyen gebeliklerin fazla görüldüğü gruplara yönelik eğitim çabalarına hız kazandırılmalıdır.

Kentlerde çekirdek aile yapısı yaygınlaşırken, kırsal alanda geleneksel geniş aile yapısı korunmaktadır. Kırsal kesimde çocuğun aileye maliyeti yok denecek kadar azdır (122). Çalışmamızda kadınların geldiği yerle doğurganlık özellikleri arasında ilişki vardı. Ancak bu ilişkinin zayıf olması, Aydın merkez ile ilçeleri arasında sosyokültürel ve coğrafik farklılığın fazla olmaması, ulaşımın kolay olması, AP hizmetlerinin kırsal kesimlerde de yaygın olarak verilmesi, kırsaldan kente göç, özellikle de il dışından göçlerin iş nedeni ile daha çok Aydın merkeze olmasından kaynaklanabilir. Bunun için, hizmet bölgesinden başvuranların belki de bir kuşak öncesine kadar yaşadığı yerlerin sorgulanması aydınlatıcı olur.

Araştırmamızda, başvuru öncesi son üç ayda kullandıkları gebeliği önleyici yöntemlere bakıldığında, başvuran kadınların %9,8'inin herhangi bir yöntem kullanmadığı görülmüştür. Çalışmamızda, gebeliği önleyici etkili yöntem kullanımında özellikle son iki yılda artma görülürken, etki derecesi sınırlı yöntem kullanımında azalma görülmektedir. Elde edilen gebeliği önleyici yöntem kullanma oranları; 1988, 1993, 1998 ve 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarında gözlenen %63 olarak yakalanan düzeyin oldukça üzerinde olduğu görülmektedir. Bu da, ilimiz için sevindirici bir özelliktir.

Çalışmamızda, 40 yaşın üzerindeki kadınlarda kontraseptif yöntemlere olan ilgi daha fazladır. 40 yaşın üzerindeki kadınların sadece %7'si herhangi bir yöntem kullanmamakta iken %5,3'ü oral kontraseptifleri tercih etmişti. Gelişmiş ülkelerde, 1994'lerde bile, 40 yaşın üzerindeki kadınlarda oral kontraseptiflerin kullanımı %8-9 dır (123).

Çalışmamızda, son üç ay içerisinde kullanılan AP yöntemleri arasında kondom en yüksek oranda tercih edilirken ikinci sırada hap gelmekte idi. Çalışmamızda ilk başvuranlar, en fazla RİA'ya özel danışmanlığı tercih etmişti. Ülkemizde yapılan değişik çalışmalarda, geri çekme ile korunanların oranı %17,8-%39,6; kondom kullanım oranı ise %8,2-%25,4 arasında bulunmuştur (111,112,120,124-126). Türkiye'de geri çekme ve kondomla korunma oranları sırası ile %24,4 ve %8,2'dir (111). Çalışmamızda ise hap, kondom kullanımı ve RİA tercihi yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda en çok kullanılan etkili AP yöntemi RİA olarak belirtilmektedir (111, 112, 125-128). Takılan RİA on yıl kalabilmekte, ancak sorun yaratığında veya kişiler gebe kalmak istediklerinde çıkarılmaktadır. Dolayısıyla, bu kişilerin AP için başvuru sıklığı azdır. Bu nedenle, çıkan sonuçlar gerçek rakamları tam yansıtmayabilir.

Eğitim ile çocuk sahibi olmayı sonlandırma isteği arasında ters yönde bir ilişki olduğu bilinmektedir. Ülkemizde eğitim seviyesi yükseldikçe, daha fazla çocuk sahibi olmak istemeyen kadınların oranı yüzde 75'den yüzde 51'e düşmektedir (18). Bizim çalışmamızda ise eğitim seviyesi yüksekliği ile etkili AP yöntemi kullanımı ve devamlılığı arasında doğru, doğurganlık ve kürtaj ile ters yönde bir ilişki mevcuttu ($p<0,001$). Ancak hormonal yöntem tercihi azalmaktaydı. Bu, ileri yaş gruplarında yüksek eğitilmişlerin oranının artması, hormonal yöntemlere olan çekinceler, risk faktörlerini taşıması veya diğer yöntemleri başarıyla uygulayabilmeleri olabilir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER:

Çalışmamızda doğum kontrol yöntem kullanımı ve tercihleri, kişilerin yaşadığı yer, eğitimi, kadınların yaşı, gebelik sayıları, gebeliklerinin sonlanma şekli, verilen hizmetlere bağlı olarak ve yıllarla artan oranlarda değişmektedir.

Doğum aralıklarının kısa olması, istenmeyen gebelikler ve aşırı doğurganlık gibi anne ve bebek sağlığını etkileyen birtakım risk faktörlerine neden olmaktadır. Kalabalık aile ortamında çocukların beslenme, bedensel ve ruhsal gelişimi olumsuz olarak etkilenmektedir. Çalışmamızda etkili doğum kontrol yöntem kullanımı ve eğitim düzeyinin son gebelik aralığı ve toplam gebelik sayısı üzerine pozitif etkisi olduğu görülmüştür. Adölesan dönemde başvuran kadınların çoğunluğunun ilkokul ve altı eğitimi olması, oldukça düşündürücüdür. Eğitimin aile planlaması seçimindeki etkisi göz önüne alındığında, bu kişilerin eğitilmesinin ne kadar önemli olduğu açıktır.

Doğurganlığın fazla olmasının anne ve çocuk sağlığını etkilediği bilinmekte, plansız nüfus artışı ülkemizde sorun olmaktadır. Bunun için alınacak tedbirler araştırılmakta ve kimisi uygulanmaktadır. Kadınların geldiği yere göre AP yöntemi kullanımı ve doğurganlık özellikleri değişmekte olduğu görülmüştür. Kişinin yaşadığı yer, çevresel etkenler, toplumun sosyokültürel yapısı, örf ve adetleri, eğitimi, ekonomik yapı doğurganlığı ve aile yapısını belirlemektedir. Yerleşim yerlerinin sık aralıklarla ve benzer özellikte olduğu Aydın'da bile, bu kırsal-kentsel farkın olmasının ne kadar anlamlı olduğu görülebilir. Bu nedenle, toplumun her kesimine belli bir yaşam standardı bilincinin sağlanması hedeflenmelidir.

Bütün bunlara baktığımızda, asıl olarak, kadının eğitimi, toplumdaki yeri ve statüsü önem arz etmektedir. Kadınların eğitim sürecini tamamlaması sağlanmalıdır. Aile planlamasının başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için, kadın, toplumda hak ettiği yere gelmeli, ekonomik özgürlüğünü kazanmış eşit bireyler şeklinde toplumda söz sahibi olarak karar mekanizmasında yer almalıdır. Üreme sağlığı için cinsel eğitim ergenlikten başlamalı, eğitim programları örgün ve yaygın şekilde herkese ulaşabilecek şekilde planlanmalıdır. AP uygulamalarına erkeklerin de aktif katılımı sağlanmalıdır.

Aile planlamasını uygulamak ve doğurganlığın önlenmesini istiyorsak; eğitilmiş, bilgiye nasıl ulaşabileceğini bilen bir toplum ve kolay ulaşılabilir, süreklilik arz eden, kaliteli AP hizmetlerinin sunulması için gerekli alt yapı ile bu işte kararlılık şarttır.

8. KAYNAKLAR

1. Dirican R, Bilgel N. Toplum Hekimliği. Uludağ Üniversitesi Yayınları. Bursa, 1993.s:246-250
2. Karanisoğlu H. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Birimi ile Fakültenin Avcılar, Halkalı, Mahmut Bey Sağlık Ocaklarına Başvuran kadınların Demografik ve Doğurganlık Özelliklerinin Kontraseptif Yöntem Seçimi ve Kullanımı Üzerindeki Etkileri. Hemşirelik Bülteni. C:3 s:11,61-71
3. Güler K, ve ark. SSK Okmeydanı Hastanesi Kadın Doğum Kliniğine Başvuran Kadınlarda Kontraseptif Kullanma Oranı ve Seçtikleri Yöntem ile İlgili Epidemiyolojik Bir Çalışma. Hemşirelik Bülteni. 1985.2(5): 26-37
4. TheWorld Health Report 1998 life in the 21st century(a vision for all). Geneva, 1998. s:68-69
5. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International inc: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara, 1999. s:5-21.
6. World Health Organization. The World Health Report 1998: Life in the 21st Century- A Vision For All. WHO.1998.Geneva,120.s:71
7. Biri A, ve ark. Ankara İlinden Seçilen Sağlık Ocağı ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Bölgelerindeki 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sahip Oldukları Çocuk Sayısına Göre Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri. Aile ve Toplum Dergisi 2002;6:2
8. Mıhçıokur S, Akın A. Dünya'da ve Türkiye'de Anne Ölümleri Sağlık ve Toplum Dergisi Temmuz- Aralık 1998;Sayı 3-4
9. Şimşek Ç. Doğum Aralıklarının Mortalite Üzerine Etkisi. 3. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı Ankara, 2003.
10. Dünya Çocuklarının Durumu 2004. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu- UNICEF
11. Child mortality. At a glance: Sweden-Statistics. 2003, unicef. org. (en son 02.03.2008 tarihinde erişilmiştir)

12. The State of the World's Women, 2003. unicef. org. (en son 02.03.2008 tarihinde erişilmiştir)
13. Ana Ölüm Hızı. DSÖ Türkiye İrtibat Ofisi-WHO Turkey Liaison Office 195.142.135.65/Who/bulten/turkey bul4urene.HTM-37k (en son 02.03.2008 tarihinde erişilmiştir)
14. Akın A. Türkiye'de Anne Ölümleri ve Nedenleri. Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı, Ocak-Şubat 2001;6(1)
15. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Avrupa Birliği Ekim 2004 Ankara.
16. Demir Ü. Gebeliği Önleyici Yöntemlerin Kullanımı ve Bunlara Etki Eden Sosyo-Demografik Özelliklerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1992;8(1)
17. Akın A. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Jhpiego, İnsan Kaynakları Geliştirme Vakfı. Ankara,1997.s:7
18. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2004; 61-80
19. Savaş V. İktisatın Tarihi. Liberal Düşünce Topluluğu Yay. Ankara, 1997.s:71
20. Ruth Dixon-Mueller. Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice. Praeger yayınları. Londra, 1993. S: 35
21. Bandarge A. Women, Population and Global Crisis: A Political-Economic Analysis. Zed Books. Londra, 1998. S:35-140
22. D.İ.E., 1990 Türkiye İstatistik Yıllığı. Ankara, 1991.s:292
23. Alpar İ. Türkiye'nin Nüfus ve Çevre Politikaları. Nüfus Çevre ve Kalkınma Konferansı (13-14 Kasım 1997). TÇV Yayınları. Ankara, 1998. S:37
24. Ohlin G. Nüfus Kontrolü ve Ekonomik Kalkınma. HÜNEE yayınları. Ankara, 1967. s:4-24
25. Baran Tuncer, The Impact of Population Growth on the Turkish Economy. Hacettepe University Publication Ankara, 1968.s:10
26. Cillov H. Türkiye Nüfusundaki Gelişmeler ve Bu Gelişmeye Etkin Eden Amiller. Hacettepe Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi. Ankara, 1974. 6(1-2);s:10-12

27. Devlet Planlama Teşkilatı, VII. Beş Yıllık Kalkınma Planının Nüfus Özel İhtisas Komisyonu Raporu. DPT Yayınları .Ankara, 2001.s:7
28. BM Kadın 10 yılı: Eşitlik, Kalkınma ve Barış başlıklı projenin gözden geçirilmesi ve Başarılarının Değerlendirilmesi Dünya Konferansı, Nairobi 1985; Dünya Çocuk Zirvesi New York 1990; BM Çevre ve kalkınma Konferansı, Rio de Janiero 1992; Uluslararası Beslenme Konferansı, Roma 1992; Uluslararası Nüfus ve kalkınma Konferansı, Kahire 1994; IV. Dünya kadın Konferansı: Eşitlik, Kalkınma ve Barış için Eylem, Pekin 1995; BM İkinci İnsan Yerleşimleri (Habitat II) Konferansı, İstanbul 1998.
29. Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye’de Planlı Dönemde Nüfus ve Aile Planlaması Çalışmaları. DPT Yayınları. Ankara, 1983. s:8-13
30. Devlet Planlama Teşkilatı, II.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972). Başbakanlık Devlet Matbaası. Ankara, 1967. s:225
31. Devlet Planlama Teşkilatı, VII. Beş Yıllık Kalkınma Planının Nüfus Özel İhtisas Komisyonu Raporu. DPT Yayınları. Ankara, 2001. s:9-62
32. Shorter FC, Macura M. Trends in fertility and Mortality in Turkey (1935-1975). National Academy Pres. Washington, 1982. s:20-21
33. Harcourt W. Power, Reproduction and Gender: The Inter-generational Transfer of Knowledge. An Analysis of Reproductive Health: Myths, Resistance and New Knowledge içinde. Ed. Harcourt W. Zed Books. Londra, 1997. S:16-31
34. Hacettepe University, Institute of Population Studies (HIPS), Turkish Population and Health Survey. HIPS .Ankara, 1993. s:60, 82
35. Dixon-Mueller R. Population Policy and Women’s Rights: Transforming Reproductive Choice. Praeger yayıncılık. Londra, 1993. S:50-59
36. Cillov H. Türkiye Nüfusundaki Gelişmeler ve Bu Gelişmeye Etken Eden Amiller. Hacettepe Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi. Ankara, 1974.6(1-2);s:6
37. Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye’de Planlı Dönemde Nüfus ve Aile Planlaması Çalışmaları. DPT Yayınları. Ankara, 1983. s: 8-13,44-48
38. Güriz A. Türkiye’de Nüfus Politikası ve Nüfus Düzeni. Türkiye Kalkınma Vakfı Yayınları. Ankara, 1975.s:50-52, 91
39. TÜSİAD, Türkiye’nin Fırsat Pencesresi Demografik Dönüşüm ve İzdüşümleri. TÜSİAD Yayınları. İstanbul, 1999. s: 39

40. http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_2/29.html Prof. Dr. Nusret FİŞEK'in kitaplaşmamış yazıları II. Ana-Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması; Türkiye'de Aile Planlaması Program Stratejisi. (en son 02.03.2008 tarihinde erişilmiştir)
41. Devlet Planlama Teşkilatı. II. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972). Başbakanlık Devlet Matbaası. Ankara, 1967. s: 226
42. www.ekutup.dpt.gov.tr/nufus/oik572.pdf VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Nüfus, Demografi Yapısı, Göç Özel İhtisas Komisyonu; Nüfus Ve Kalkınma Alt Komisyonu Raporu s:3 (en son 02.03.2008 tarihinde erişilmiştir)
43. Devlet Planlama Teşkilatı, 1975 Yılı Programı. Başbakanlık Devlet Matbaası. Ankara, 1975. s: 281
44. Devlet Planlama Teşkilatı, 1981 Yılı Programı. Başbakanlık Devlet Matbaası. Ankara, 1981. s:352
45. Devlet Planlama Teşkilatı, 1995 Yılı Geçiş Programı. Başbakanlık Devlet Matbaası. Ankara, 1995. s: 172-173
46. Devlet Planlama Teşkilatı, 1997 Yılı Programı. Başbakanlık Devlet Matbaası. Ankara, 1997. s: 29
47. Devlet Planlama Teşkilatı, 1998 Yılı Programı. Başbakanlık Devlet Matbaası. Ankara, 1998. s: 33-34
48. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı. Tisamat Basım Sanayi. Ankara, 1998. s: 9
49. Goran Ohlin, Nüfus Kontrolü ve Ekonomik Kalkınma. HÜNEE yayınları. Ankara, 1967. s:173-178
50. Ansley J. Coale, Findings of the conference and Suggestions for Further Research. içinde Frederic C.Shorter (ed) Turkish Demographic Proceedings of Conference, Hacettepe University Publication. Ankara, 1969. s:297
51. Peker M. Türkiye'de Nüfus Araştırmaları ve Verileri, 1968-1975. Second Conference of Turkish Demography-İzmir/1975. içinde HIPS yayınları. Ankara, 2001. s: 401-402
52. Alpat S. A Critical Review of Demographic Data Obtained by Turkish Population Census. Frederic C. Shorter, (ed) Turkish Demographic Proceeding of Conference, içinde Hacettepe University Publications. Ankara, 1969. s:60-61

53. Shorter FC, Guvenc B, et all. Turkish demography: Proceedings of a Conference, Izmir, February 21-24, 1968. Hacettepe University, Institute of Population Studies. Ankara, 1969. s:1-8
54. Devlet Planlama Teşkilatı, VII. Beş Yıllık Kalkınma Planının Nüfus Özel İhtisas Komisyonu Raporu. DPT Yayınları Ankara, 2001. s:137-139
55. Fişek NH. Türkiye’de Aşırı Doğurganlık ve Gebeliği Önleyici Tedbirler. Second Conference of Turkish Demography-İzmir/1975. içinde HIPS yayınları. Ankara, 2001. s:47-49
56. Dervisoglu AA, Ergor G. General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning, Demographic and Health Surveys. Ankara, 1994 Oct. :33-49.
57. Devlet Planlama Teşkilatı, I.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967). Başbakanlık Devlet Matbaası. Ankara, 1963. s:73
58. Devlet Planlama Teşkilatı, II.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972). Başbakanlık. Ankara, 1967. s:31-33,228
59. TÜSİAD, Türkiye’nin Fırsat Penceresi Demografik Dönüşüm ve İzdüşümleri. TÜSİAD Yayınları. İstanbul, 1999.s:38
60. Rahim Tahliyesi Ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi Ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx> (en son 02.03.2008 tarihinde erişilmiştir)
61. Devlet Planlama Teşkilatı, VII. Beş Yıllık Kalkınma Planının Nüfus Özel İhtisas Komisyonu Raporu. DPT Yayınları. Ankara, 2001. s:10,48-51
62. Devlet Planlama Teşkilatı, 1969 Yılı Programı. Başbakanlık Devlet Matbaası. Ankara, 1969. s:362
63. Devlet Planlama Teşkilatı, 1983 Yılı Programı. Başbakanlık Devlet Matbaası. Ankara, 1983. s:61
64. Devlet Planlama Teşkilatı, 1986 Yılı Programı, İcra Planı. Başbakanlık Devlet Matbaası. Ankara, 1986. s:105-107
65. Devlet Planlama Teşkilatı, 1988 Yılı Programı. Başbakanlık Devlet Matbaası. Ankara, 1988. s: 275-299
66. Devlet Planlama Teşkilatı, 1983 Yılı Programı. Başbakanlık Devlet Matbaası. Ankara, 1983. s: 34,333,

67. 509 Sayılı Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği. Resmi Gazete. Tarihi:09.10.1983 Sayısı:509 www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/acsap/mevzuat/509sayili_yonetmelik.pdf (en son 02.03.2008 tarihinde erişilmiştir)
68. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi(Cilt II). Bölüm11-18. 3.Basım. Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şirketi. Ankara, s:311-561
69. Kelaghan J, Rubin GL, Ory HW, Layde PM. Barrier method contraceptives and pelvic inflammatory disease. JAMA 1982;248:184
70. Doğurganlık bilinci ve aile planlaması. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi içinde. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000. s:326-327
71. Aydın S. Aile Planlaması ve Yöntemleri-1. Aile Hekimliği Dergisi 2007.1(3)s:84-90
72. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 5. Baskı, Williams and Wilkins. Baltimore, 1994; 687-806
73. İnce N, Özyıldırım, BA, Gebelikten korunmada geri çekme yöntemi. Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2003;17:180-182
74. Grafenberg E. An intrauterine contraceptive method, in Sanger M, Stone HM, editors, ThePractice of Contraception: Proceedings of the 7th International Birth Control Conference,Zurich, Swithzerland, Williams& Wilkins, Baltimomore, 1930;33-47
75. Trussell J, Hatcher RA, Cates W Jr, Steward FH, Kost K. Contraceptif failure in the United States: an update. Stud Fam Plann 1990; 21:51
76. Fihn SD, Latham RH, Roberts P, Running K, Stamm WE. Association between diaphram use and urinary tract infection. JAMA 1985; 254: 240
77. Keith L, Berger G, Moss W. Prevalances of gonorrhoea among womenusing various methods of contraceptio. Br J Venereal Dis 1975; 51:307
78. Andersson J, Rybo G. Levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of menorrhagia, Br J Obstet Gynaecol 1984; 97:690
79. Cameron IT, Haining R, Lumsden M-A, Thomas VR, Smith SK. The effects of mefenamicacid and norethisterone on measured menstrual blood loss, Obstet Gynecol 1990; 76:85

80. Zhao G, Minshi L, Pengdi Z, Ruhua X, Jiedong W, Renqing X. A preliminary morphometric study on the endometrium from patients treated with indomethacin-releasing copper intrauterine device. *Hum Reprod* 1997; 12:1563
81. Rahim İçi Araçlar. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi İçinde. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını Ankara, 2000. s:453-521
82. Milsom I, Andersson K, Jonasson K, Lindstedt G, Rybo G. The influence of the Gyne-T 380S IUD on menstrual blood loss and iron status. *Contraception* 1995;52:175
83. Sivin I, Stern J. International Committee for Contraception Research, Health during prolonged use of levonorgestrel 20µg/d and the copper Tcu 380Ag intrauterine contraceptive devices: multicenter study. *Fertil Steril* 1994; 61-70
84. Farr G, Rivera R. Interaction between IUD use and breast-feeding status at time of IUD insertion:analysis of T Cu-380 A acceptors in developing countries. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 144
85. Koyuncuer, A. Kontrasepsiyon ve Türkiye’de durum. *Sted* 2004;12:455-59
86. Goto at all. Oral cotraceptives and women’s health in japan. *Jama* 1999;282(22):2173-7
87. Hanneford PC, Kay CR. Oral contraceptives and diabetes mellitus. *Br Med J* 1989;299:315
88. Ball MJ, Gillmer AE. Progestagen only oral contraceptives: comparison of the metabolic effects of levonorgestrel and norethisterone. *Contraception* 1991;44:223
89. Aydın S. Aile Planlaması ve Yöntemleri-2. *Aile Hekimliği Dergisi* 2007.1(4).s:66-69
90. Vessey MP, Villard-Mackintosh I, McPherson K, Coulter A, Yeates D. The epidemiology of hysterectomy, findings in a large cohort study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992; 99: 402-7
91. Rutter W, Knight C, Vizzard J, Mira M, Abraham S. Women's attitudes to withdrawal bleeding and their knowledge and beliefs about the oral contraceptive pill. *Med J Australia.* 1988; 149: 417-9
92. Karen R, Merckstroth, Philip D. Darney. *İmplantable Contraception.* *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America,* 2000. Volume 4

93. Den Tonkelaar I, Oddens BJ. Preferred frequency and characteristics of menstrual bleeding in relation to reproductive status, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use. *Contraception* 1999; 59: 357-62
94. World Health Organization. A cross-cultural study of menstruation: Implications for contraceptive development and use. *Studies in Family Planning* 1981;12(1): 3-16
95. Sterilization. American Collage of Obstetrician and Gynecologist. *ACOG Tech Bulletin*. 1988. s:113
96. Kjer J. Sexual adjustment to tubal sterilization. *Eur J Obstet Gynecol* 1990; 35:211
97. Vessey M, Huggins G, Lawless M, Mc Pherson K, Yeates D. Tubal sterilization: finding in a large prospective study. *Br J Obstet Gyneacol* 1983.90:203
98. Healy B. Does vasectomy cause prostate cancer? From the National Institutes of Health. *JAMA* 1993. 269. s: 2620
99. International Medical Advisory Panel (IMAP) Statement on emergency contraception. *IPPF Medical Bulletin* 1994;28(6):1-2
100. International Medical Advisory Panel. Statement on emergency contraception. London: International Planned Parenthood Federation, May 2000. <http://www.ippf.org/medical/imap/statement/eng/2000-05.htm> (en son 02.03.2008 tarihinde erişilmitir)
101. World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 2D ed. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/RHR-00-2-medical-eligibility-criteria-second-edition/index.htm> adresinden (en son 02.03.2008 tarihinde erişilmitir)
102. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bartfai G, et al. Low dose mifepriston and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicenter randomised trial. *Lancet* 2002; 360: 1803-10
103. Family Planning and Population. Emergency contraception: a guide for service delivery. World Health Organization. Geneva, 1998.
104. ACOG practice bulletin. Emergency oral contraception. No. 24. March 2001. American Collage of Obstetricians and Gynecologist. *Int J Gyneacol Obstet* 2002; 78: 191-8

105. Perheentupa A, Huhtaniemi I. Male contraception-quo vadis? Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83:131-137
106. Wang C, Swerdlof RS. Male hormonal contraception. Am J Obs Gyne 2004; 190: 60-8
107. McLahlan RI, McDonald J, Rushford D, Robertson DM, Garret C, Baker HWG. Efficacy and acceptability of testosterone implants, alone or in combination with a 5 α -reductase inhibitor, for male hormonal contraception. Contraception 2000;62:73-78
108. Life in the 21st Century AVision For All. The World Health Report 1998. Geneva, 1998.s:5-69
109. Gemalmaz A, ve ark. Aydın İli 1 Nolu AÇSAP Merkezi Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Sted 2005;14(4): 80-86
110. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International inc: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara, 1999. bölüm-7
111. Yıldırım G, Turaçlar N, Bakır A, Özdemir L. Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 25(3): 99-104
112. Kişioğlu AN, Öztürk M, Uskun E, Kırbıyık S. Isparta İli Sadık Yağcı Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin Aile Planlaması Polikliniğine 2000 Yılında Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2003; 13(1): 68-74.
113. Polat SA, Açık Y, Gürateş B. Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi. 2000; 7(3): 260-5
114. Özdemir O, ve ark. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Aile Planlaması Ünitesine 1999-2002 Arasında Yapılan Başvuruların değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2004;57(4):195-203
115. Lüleci E, Nardal İ, Benli M. Manisa Merkezi'nde 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Doğurganlık Davranışları ve Aile Planlaması Uygulamalarının Değerlendirilmesi. 1. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, Ankara, 29-31 Mart 2001; Kongre Kitabı:243-4
116. Diker J, Erkoç A, Karataş N. Dr. İ. Şevki Atasagun Nevşehir Devlet Hastanesinde MR (Menstrüel Regulasyon) Yöntemi ile Gebeliği Sonlandırılan Hastaların Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2003;13(2): 67-72

117. Yiğiter Şenol Y, Dönmez L. Antalya Kütükçü 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 Yaş Evli Kadınlarda İsteyerek Düşük Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum. 2002. 12(4):62-66
118. Klima SC. Unintended Pregnancy, Consequences and Solutions For A Worldwide Problem. Journal of Nurse. Midwifery, 1998. 43(6): 483-491
119. Çan G, Beşer E, Bozkaya H, Mocan H, Güler Ç. Factors Affecting Unintended Pregnancy Prevalence and The Effects of Those Pregnancies On Health Conditions. Acta Reproductiva Turcica 1994. 16(2):127-133
120. Ergin F. Aydın Merkezinde İstenmeyen Gebelikler ve Risk Faktörleri. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Aydın, 2004
121. Özvarış ŞB. Aile Planlaması. Sağlık ve Toplum. 1998; 8(3-4): 49-54
122. ÖNAL AE. Türkiye'de Aile Planlaması www.bibalex.org/supercourse/supercoursePPT/5011-6001/5621.ppt#21-22 (en son 02.03.2008 tarihinde erişilmiştir)
123. Carr BD. The transition from hormonal contraception to HRT, Menopause Management (1). 1994. s: 11
124. Öztürk M, Kişioğlu AN, Çakmak A. Isparta Gönen'de Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları ve Etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum. 1999;9(2):17-21
125. Mayda SA, Yakalı G, Murateriman T. Düzce İli Konuralp Kasabasında 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanma Durumları ve Yöntem Kullanmama Nedenleri. Sağlık ve Toplum. 2004; 14(1): 67-72
126. Türkistanlı Çeber E, Mermer G, Yıldız F. Evka- 4 Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Kontraseptif Kullanımı ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum. 2003; 13(1): 81-86
127. Aytekin NT, İrgil ME, Pala K. Gemlik Bölgesindeki Gebelerin Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2001;11(1): 37-41
128. Meteoğlu D, Güngör F, Pehlivan A, Doyuran E. 2001 Yılında Aydın İlinde Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. Sağlık ve Toplum. 2002;12(1): 33-36

EK-1. ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge Numarası ve Adı</u>	<u>Sayfa No</u>
Çizelge 1. 1650- 1986 Yılları Arasında Dünyadaki Nüfus Artış Hızları	5
Çizelge 2. Dünya Nüfusundaki Artış (1960-2000)	5
Çizelge 3. Antinatalist Nüfus Politikalarının Amaçları Ve Çalışma Alanları	10
Çizelge 4. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Yasa İle Yapılan Yenilikler	21
Çizelge 5. Hizmet Alan Kadınların Özellikleri	46
Çizelge 6. Son Üç Ay İçinde Kullandıkları AP Yöntemleri Ve Aldıkları Danışmanlıkların Dağılımı	47
Çizelge 7. Yıllara Göre Başvuru Oranı	48
Çizelge 8. İlk Başvuruların Yöntem Kullanımına Göre Doğurganlık Özellikleri ..	49
Çizelge 9. Geline Yere Göre İlk Başvuruların Öğrenim Durumları	49
Çizelge 10. İlk Başvuruların Eğitim Durumlarına Göre Tercih Edilen Yöntem Danışmanlık Hizmeti	50
Çizelge 11. Hiç Okula Gitmemiş ve Eğitimi Olan Kadınların Tüp Ligasyonu Tercihi	50
Çizelge 12. Geline Yer, Yaş, Öğrenim Durumu, Başvuru Tarihi ve Son Gebelik Aralığı İle Doğurganlık Özellikleri, Kullandığı Yöntem ve Tercih Ettiği Danışmanlık Hizmeti Arasındaki İlişki	51
Çizelge 13. İlk Başvuruların Yaş Gruplarına Göre Öğrenim Durumları	52
Çizelge 14. İlk Başvuruların Son Üç Ayda Kullandığı Yöntem ve Tercihleri	53
Çizelge 15. İlk Başvuruların Toplam Gebelik Sayısı 1-4 ve Dörtten Fazla Olanların Son Üç Ayda Kullandığı AP Yöntem Dağılımı	54
Çizelge 16. İlk Başvuruların Toplam Gebelik Sayısı 1-4 ve Dörtten Fazla Olanların Tercih Ettiği Danışmanlık Hizmeti Dağılımı	54
Çizelge 17. İlk Başvuruların Yıllara Göre Son Üç Ayda Kullandıkları Yöntem Dağılımı	55
Çizelge 18. İlk Başvuruların Yıllara Göre Tercih Ettiği Danışmanlık Hizmeti Dağılımı	55
Çizelge 19. İlk Başvurularda 15-40 ve 40 Yaş Üstü Kadınların AP Yöntemi Kullanımı	56

Çizelge 20. İlk Başvurularda 15-40 ve 40 Yaş Üstü Kadınların Tercih Ettiği	
Danışmanlık Hizmeti Dağılımı	56
Çizelge 21. Tüm Başvuruların Son Üç Ayda Kullandığı Yönteme Göre Tercih	
Edilen Danışmanlık Yöntemi	58
Çizelge 22. Bağımsız Değişkenler ile Son Üç Ayda Etkili Yöntem Kullanım İlişki...	60
Çizelge 23. Bağımsız Değişkenlerin İzlem Danışmanlığı İlişki	60
Çizelge 22. Bağımsız Değişkenlerin Hormonal Yöntem Kullanım İlişkisi	60

EK-2. ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil Numarası ve Adı</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Tüm Başvuruların Yıllara Göre Dağılımı48
Şekil 1. İlk Başvuruların Yıllara Göre Dağılımı48

EK-3. KISALTMALAR DİZİNİ

<u>Kısaltma</u>	<u>Açık Şekli</u>
AP	Aile planlaması
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
BYKP	Beş yıllık kalkınma planı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNDP	United Nations Development Programme
UNICEF	The United Nations Children's Fund
UNFPA	United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı'nın
SSYB	Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AID	Agency for International Development (Uluslararası Kalkınma Ajansı)
HÜNEE	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
CEDAW	Committee on the Elimination of Discrimination against Women
USIAD	United States Agency for International Development
JICA	Japan International Cooperation Agency
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Alman Teknik İşbirliği Ajansı)
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
RIA	Rahim içi araç
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
TRT	Türkiye Radyo Televizyonu
STK	Sivil toplum kuruluşları
LH	Luteinizan hormon
FSH	Folikül Stimüle edici Hormonun
LAM	Laktasyonel Amenore Yöntemi

PIH	Pevik İnflamatuvar Hastalık
NSAİİ	Non-steroid anti-inflamatuvar ilaç
KOK	Kombine oral kontraseptifler
GnRH	gonadotropin releasing hormon
EE	etinil estradiyol
DMPA	medroksiprogesteron asetat
NET-EN	norethisteron enantate
CYBH	Cinsel yolla bulaşan hastalık
FDA	Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
MR	Menstrüel regülasyon
OYD	Okur yazar değil