

**T.C.
AFYON KOÇATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**15-49 YAŞ ÇALIŞAN VE ÇALIŞMAYAN
KADINLARDA KONTRASEPTİF
KULLANIMI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Birgöl ŞİMŞEK
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Tez No: 2009-010

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Emine COŞAR

2009-AFYON

**T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**15-49 YAŞ ÇALIŞAN VE ÇALIŞMAYAN KADINLARDA KONTRASEPTİF
KULLANIMI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Birgöl ŞİMŞEK

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Emine COŞAR**

2009-AFYON

KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:07.05.2009

Yrd. Doç. Dr. Emine COŞAR
ÜYE

Doç. Dr. Güleğül KÖKEN
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL
ÜYE

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Birgül Şimşek'in "15-49 Yaş Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Kontraseptif Kullanımı ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi" başlıklı tezi **13/05/2009** günü saat **15.30'** da Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Fatma AKTEPE
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Araştırmamın yürütülmesi sırasında bilgi ve deneyimi ile katkılarından dolayı öncelikle danışmanım Yrd. Doç. Dr. Emine Coşar'a, yardımlarından dolayı Pınar Doğan ve tüm çalışma arkadaşlarıma, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm bayanlara, beni büyük bir özveri ile yetiştiren ve her zaman destekleyen aileme sonsuz teşekkür ederim.

Birgül ŞİMŞEK

İÇİNDEKİLER

İçindekiler.....	II
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini.....	IV
Tablolar Dizini.....	V
ÖZET	VII
SUMMARY	IX
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Kadının Çalışması ve Statüsü	3
2.2.Tarihçe	4
2.3.Aile Planlaması	6
2.3.1.Aile Planlamasının Amaçları.....	6
2.3.2.Aile Planlamasının Faydaları.....	6
2.3.3.Aile Planlamasında Danışmanlığın Önemi.....	6
2.3.4.Aile Planlamasında Hemşirenin Görevleri.....	7
2.4.Kontraseptif Yöntemler	8
2.4.1.Hormonal Kontraseptifler.....	8
2.4.1.1.Kombine Oral Kontraseptifler (KOK).....	8
2.4.1.2.Mini Haplar.....	10
2.4.1.3.Postkoital Kontrasepsiyon (Acil Kontrasepsiyon).....	12
2.4.1.4.Yalnız Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler.....	13
2.4.1.5.Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler.....	15
2.4.1.6.Deri altı İmplantları.....	17
2.4.1.7.Hormon İçeren RİA'lar.....	19
2.4.1.8.Vajinal Halkalar (RING).....	19
2.4.2.Rahim İçi Araçlar.....	20
2.4.3.Bariyer Yöntemler.....	26
2.4.3.1.Kondom.....	26
2.4.3.2.Diyafram.....	28
2.4.3.3.Servikal Başlık (cap).....	29
2.4.3.4.Spermidler.....	29

2.4.4.Cerrahi Kontrasepsiyon.....	30
2.4.4.1.Tüp Ligasyonu.....	30
2.4.4.2.Vazektomi.....	31
2.4.5.Doğal Aile Planlaması.....	32
2.4.5.1.Bazal Vücut Isısı Takibi.....	32
2.4.5.2.Servikal Mukus Takibi.....	33
2.4.5.3.Servikal Palpasyon Yöntemi.....	34
2.4.5.4.Takvim Yöntemi.....	34
2.4.5.5.Geri Çekme.....	35
2.4.5.6.Vajinal Yıkama.....	35
2.4.6.Emzirme İle Gebeliğin Önlenmesi.....	35
2.4.7.Geleceğin Kontraseptif Yöntemleri.....	36
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1.Araştırmanın Şekli.....	37
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	37
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	37
3.4.Verilerin Toplanması.....	37
3.5.Veri Toplama Tekniği.....	38
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
4.BULGULAR.....	39
4.1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	39
4.2.Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin İncelenmesi.....	45
4.3.Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanma Özelliklerinin İncelenmesi.....	52
5.TARTIŞMA.....	71
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	80
7.KAYNAKLAR.....	83
8.EKLER.....	90

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

M.Ö: Milattan Önce

UÇÖ: Uluslar arası Çalışma Örgütü

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

RİA: Rahim İçi Araç

DMPA: Depo Medroksi Progesteron Asetat

KOK: Kombine Oral Kontraseptifler

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

LNG-RİS: Levonorgestrel İçeren Rahim İçi Sistem (Mirena)

GYE: Genital Yol Enfeksiyonları

PİH: Pelvik İnflamatuvar Hastalık

AIDS: Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu

LH: Luteinizan Hormon

LAM: Laktasyonel Amenore Metodu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Kadınların Yaş Ortalamalarının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.....	39
Tablo 2: Yaş Gruplarının Meslek Gruplarına Göre Frekans Ve Yüzde Dağılımları.....	40
Tablo 3: Kadınların Eğitim Durumunun Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.....	41
Tablo 4: Kadınların Mesleki Durumlarının Eş Eğitim Durumuna Göre Dağılımı...42	
Tablo 5: Gelir Durumlarının, Kadınların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı.....	43
Tablo 6: İlk Evlilik Yaşının Kadınların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı.....	44
Tablo 7: İlk Gebelik Yaşının, Kadınların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı.....	45
Tablo 8: Ortalama Gebelik Sayısının, Kadınların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı.....	46
Tablo 9: Ortalama Doğum Sayısının Kadınların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı.....	47
Tablo 10: Ortalama Yaşayan Çocuk Sayısının Kadınların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı.....	48
Tablo 11: Ortalama İdeal Çocuk Sayısının Kadınların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı.....	49
Tablo 12: Düşük Durumunun, Kürtaj Durumunun, Çocukların İsteyerek Olma Durumunun Ve Başka Çocuk İsteme Durumunun Kadınların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı.....	50
Tablo 13: Kontraseptif Yöntem Kullanan Ve Kullanmayan Kadınların Meslek Gruplarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 14: Katılımcıların Kontraseptif Yöntem Kullanmama Nedenleri.....	53
Tablo 15: Etkin Kontraseptif Yöntem Kullanan Ve Etkin Olmayan Yöntem Kullanan Kadınların Meslek Gruplarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 16: Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemlerin Mesleki Duruma Göre Dağılımı.....	55

Tablo 17: Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemlerin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	56
Tablo 18: Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemlerin Eş Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	57
Tablo 19: Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlerin, Gelir Durumuna Göre Dağılımı.....	58
Tablo 20: Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlerin, Kullandığı Süre(Yıl Olarak) Durumuna Göre Dağılımı.....	59
Tablo 21: Kadınların Mesleki Durumlarının Kontraseptif Yöntem Yakınma Durumlarına Göre Dağılımı.....	60
Tablo 22: Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlerin Yakınma Nedenlerine Göre Dağılımı.....	61
Tablo 23: Kadınların Daha Önce Başka Yöntem Kullanıp Kullanmama Durumlarının Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı.....	62
Tablo 24: Kadınların Daha Önce Kullandıkları Yöntemlerin Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı.....	63
Tablo 25: Kadınların Yöntem Değiştirme Nedenlerinin Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı.....	64
Tablo 26: Kadınların Yönteme Eşiyle Birlikte Karar Verme Durumunun Mesleki Duruma Göre Dağılımı.....	65
Tablo 27: Eşin Korunmasını İsteme Durumunun Kadınların Mesleki Durumuna Göre Dağılımı.....	66
Tablo 28: Kadınların Korunma Yöntemlerinin Düzenli Kontrollerini Yaptırma Durumlarının Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı.....	67
Tablo 29: Geleceğe Dönük Yöntem Durumunun Kadınların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı.....	68
Tablo 30: Daha Etkili Bir Korunma Yöntemi İsteme Durumunun Kadınların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı.....	69
Tablo 31: En Etkili Korunma Yönteminin Kadınların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı.....	70

ÖZET

15-49 Yaş Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Kontraseptif Kullanımı ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi

Bu araştırma, Afyon il merkezinde yaşayan, 15-49 yaş arası doğurganlık çağında olan, çalışan ve çalışmayan kadınların doğurganlık özellikleri, kontraseptif kullanımını belirlemek, birbirleriyle karşılaştırmak ve etki eden faktörleri değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma, çalışan ve çalışmayan, evli iki gruptan oluşmaktadır. Çalışan grupta 50 sağlık çalışanı, 50 temizlik işçisi, 50 Defterdarlık'ta çalışan bayan memur olmak üzere 150 kadın; çalışmayan grupta ev hanımı olan 150 kadın olmak üzere, toplam 300 kadın çalışmada yer almıştır. Araştırma, Kasım 2007-Mart 2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında yüzyüze görüşme ve anket yöntemi uygulanmıştır. Anket formu, sosyodemografik özellikleri, doğurganlık özellikleri, aile planlaması bilgi düzeyi, kontraseptif yöntem özellikleri ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

Araştırmanın sonuçlarına göre kadınların yaş ortalaması 32'dir. Çalışanlarda bu oran 34,63 ve çalışmayanlarda 29,71 olarak saptanmıştır. Çalışan kadınların %62'si yüksekokul mezunu iken, çalışmayan kadınların %4'ü yüksekokul mezunu ve %82'si ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip oldukları saptanmıştır. Kadınların ortalama ilk evlilik yaşınının 20.96, ortalama ilk gebelik yaşınının 21.87, ortalama gebelik sayısının 2.70, ortalama doğum sayısının 2.16, ortalama yaşayan çocuk sayısının 2.04 olduğu saptanmıştır. Düşük ve kürtaj durumu açısından çalışan ve çalışmayan gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p>0.05$).

Çalışan kadınların %86,7'si, çalışmayan kadınların %75,3'ü kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Çalışan kadınların %83,1'i, çalışmayan kadınların %62,8'i etkin kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Çalışan kadınlar %33,8 ile hem RİA, hem de kondomu aynı yüzde ile tercih ederken, çalışmayan kadınlar %46 ile geri çekme ve tüpligasyon tercih etmiştir. Sağlık çalışanlarının %43,2 ile kondom, memurların %51,1 ile yine kondom, temizlik işçilerinin %58,7 ile RİA tercih ettiği

VIII

görülmektedir. Araştırmada, oral kontraseptiflerin %50 ile kilo almaya neden olduğu ve RIA'nın %46,4 ile kanamaya sebebiyet verdiği saptanmıştır.

Bu çalışmada, çalışanlarda etkin yöntem kullanım oranı yüksek bulunmuştur(%83,1). Kadınların eğitim durumunun ve statülerinin yüksek olmasıyla daha doğru bir şekilde kontraseptif yöntem kullanımı artacak ve sağlıklı toplumlar oluşacaktır. Kadınların eğitimlerinin artması ve kadının para getiren bir işte çalışması üreme sağlığını olumlu etkilediği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Aile Planlaması, Kontraseptif Kullanımı, Çalışan Kadınlar, Çalışmayan Kadınlar

SUMMARY

The evaluation of contraceptive usage and the factors that effected in woman who are 15-49 age years old those are working or not working

This study was conducted to determine and compare the prolificacy characteristics and use of contraception of employed and unemployed women in Afyon city centre, whose ages are between 15-49 years, and to evaluate their factors.

The study consists of two groups, employed and unemployed group. 150 employed women, 50 health workers, 50 cleaning workers, and 50 officials in Financial Office, and 150 unemployed women, housewives, a total of 300 women, were recruited in the study. The study was carried out between November 2007 and March 2008. A standard questionnaire with the face-to-face interview method was applied for data collection. The questionnaire consisted of questions, asking in detail about sociodemographic properties, prolificacy characteristics, contraception use, level of knowledge about family planning, and contraceptive methods.

According to the results of this study, mean age of women is 32.00, 34.63 for employed women and 29.71 for unemployed women. 62% of employed women have a high education level (university), but only 4% of unemployed women have this level and 82% have low education level (primary school and below). It is found that mean age at marriage is 20.96 years, mean age for the first pregnancy is 21.87 years, average number of pregnancy is 2.70, average number of birth is 2.16, and average number of children is 2.04. There was no significant relation for spontaneous and induced abortion between employed and unemployed women ($p>0.05$).

86.7% of employed women and 75.3% of unemployed women practiced contraception. 83.1% of employed women and 62.8% of unemployed women practiced effective contraception. 33.8% of employed women preferred to use Copper T and condom with the same percent while 46% of unemployed women use withdrawal method and tubal ligation. The most commonly used contraceptive method was condom for health workers (43.2%) and officials (51.1%), and Copper T

for cleaning workers (58.7%). It is found that the use of oral contraception causes loss of weight about 50 percent and Copper T causes bleeding.

In this study, it is found that most of employed women (83.1%) use effective contraception. It is believed that if educational level and socioeconomic status of women is improved, the correct use of contraceptive methods will also be increased and a healthy society will be constituted.

Keywords: Family Planning, Use of Contraception, Employed Women, Unemployed Women.

1.GİRİŞ

Dünyanın pek çok ülkesinde geri plana atılan, statüsü düşük ve önceliği olmayan bir konumda bulunan kadın, bu konumu nedeniyle uzun yıllar uluslararası platformlarda ele alınmıştır(1,3).Yapılan çalışmalar ve düzenlemelerle kazanılan haklar sonucunda, çalışma yaşamı içine giren kadın sayısı gün geçtikçe artmıştır.Uluslararası Çalışma Örgütü(UÇÖ)'nün değerlendirmelerine göre son 25 yılında dünyada ekonomik aktivite içinde bulunan kadın sayısı yaklaşık iki katına ulaşmıştır.Çalışma alanları incelendiğinde, gelişmekte olan ülkelerde kadınların özellikle tarım sektöründe, gelişmiş ülkelerde ise hizmet sektöründe çalıştığı bulunmuştur(2,5).

Ülkemizde cumhuriyetin ilanından önce eğitim ve çalışma olanakları kısıtlı olan kadın, cumhuriyetin ilanı ile toplumda hak ettiği yere gelmiş ve iş gücündeki kadın sayısı önemli ölçüde artmıştır(1,2).

Kadın statüsü ve üreme sağlığıyla ilişkisi son yıllarda daha tartışılır olmuştur. Kadının kendi doğurganlığını kontrol edebilmesi statüsünü yükseltmektedir. Ancak kadının değerinin doğurduğu çocuk sayısı ile ölçüldüğü toplumlarda kadınların doğurganlığını kontrol etme ve sınırlama gücü olmamaktadır. Araştırmalar kadın eğitiminin ve kadının para getiren bir işte çalışmasının üreme sağlığını olumlu etkilediğini göstermektedir(4).

Doğum kontrol yöntemleri insanlık tarihi kadar eskidir(6). Ancak, fertilitenin istemli kontrolü modern toplumda daha da önemlidir(7). Her kadının bir veya iki çocuktan daha fazlasına sahip olması beklenmediğinden üreme yıllarının çoğunluğu gebeliği engellemeye çalışmakla geçer. Üremenin etkin kontrolü bir kadının çocuk doğurma dışındaki bireysel amaçlarına ulaşması için şarttır. Daha geniş bir açıdan bakıldığında bu yüzyıldaki insan nüfusundaki hızlı artış insanın varlığını tehdit etmektedir. Bugünkü hızıyla dünya nüfusu 47 yıl içinde iki katına çıkacaktır ve dünyanın fakir ülkelerinden birçoğunun 20 yıldan daha az bir zaman sonra iki katına çıkacaktır(8). Birey ve gezegen için üreme sağlığı; etkili yöntemlerin hem gebeliği hem cinsel temasla geçen hastalıkları önlemek için dikkatli olarak kullanımını gerektirmektedir(9).

Aile planlaması, ailelerin ekonomik olanaklarına ve kişisel isteklerine göre istedikleri sayıda, istedikleri zamanda ve sağlıklı aralıklarla, bakabilecekleri kadar

çocuk sahibi olmaları demektir. Aile planlaması çocuk sayısını kısıtlamak demek değildir. Aile planlaması çalışmalarının temel amacı ailelerin sağlığını korumak ve onların mutlu yaşamalarını sağlamaktır.

Anne ölümlerinin çoğu, sık aralıklarla, çok sayıda(4'ten fazla), 18 yaşından küçük ve 35 yaşından büyük annelerin yaptığı doğumlarda görülmektedir. Her yıl dünyada yarım milyondan fazla kadın gebelik ve doğumla ilgili sorunlar yüzünden ölmekte ve geride bir milyondan fazla anasız çocuk bırakmaktadır(10). Bu nedenle gebelik sayısını azaltan aile planlaması kadının hayat boyunca karşılaşacağı riski azaltmaktadır. Ayrıca bir çok ülkede kontraseptif kullanımının artması, nüfus artış hızının azalması ve yaşam standardının artmasıyla paraleldir(11).

Halen gelişmekte olan ülkelerde 300 milyon çiftin çocuk istemedikleri halde bir yöntem kullanmadıkları saptanmıştır(12,13).

Türkiye'de aile planlamasına gereksinim duyan, ama etkin bir yöntem kullanmayanlar büyük bir grup oluşturmaktadır. Araştırmalar aile planlamasının etkin olarak uygulanması ve sürdürülmesinde en önemli etkenlerden birinin yöntem çeşitliliği olduğunu göstermektedir. Tüm yöntemlerin bir arada sunulması başarıyı arttırmaktadır(14).

Türkiye'de aile planlaması hizmetleri; Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ve hastanelerin yanında SSK hastaneleri, üniversite ve diğer kamu kuruluşlarının hastaneleri ve özel sağlık merkezlerinde verilmektedir. Kamu kuruluşlarında, kondom ve doğum kontrol hapları ücretsiz dağıtılmakta, rahim içi araç (RİA) ücretsiz ya da çok düşük bir ücret karşılığında uygulanmaktadır.

Ülkemizde yıllara göre bebek-çocuk ve anne ölüm hızındaki düşüşler dikkate alındığında, giderek düzelen bir gelişme süreci içinde olduğumuz bir gerçektir. Ancak hala almamız gereken mesafeler vardır(15).

Aile planlamasına eklenen bir yeni yöntem kontraseptif kullanımını %12 oranında arttırabilmektedir. Kontraseptif teknolojisinde gelişmeler pek çok ülkede yöntem çeşitliliği sağlanmasına olanak verdiği kullanıcının seçeneklerini önemli ölçüde arttırdığı görülmektedir(14).

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Kadının Çalışması Ve Statüsü

2003 verilerine göre dünya nüfusunun %49.7'sini kadınlar oluşturmaktadır. Dünyadaki kadın sayısının 3 milyardan fazla olduğu ve bir işte çalışan 2.8 milyar insanın 1.1 milyarının (%39'unun) kadın olduğu belirtilmektedir(16).

Kadının çalışma hayatına girmesi 'Sanayi Devrimi' olarak adlandırılan, teknik, teknolojik, ekonomik ve toplumsal bir takım değişikliklere yol açan endüstrileşme ile birlikte olmuştur. Sanayileşmenin başlamasıyla erkekler toprak ve çiftlik işlerinden fabrika ve büro işlerine geçerken kadınlarda ev işlerinden kamu hizmetlerine, büro işlerine ve sanayi kesimine geçmeye başlamışlardır(17).

Ülkemizde kadınlar ilk kez 1850'lerde dokuma sanayiinde ücretli bir işte çalışmaya başlamış ve cumhuriyetin ilanı ile birlikte kadınların çalışma hayatına girmeleri hızlanmıştır(2).

Günümüzde kadınlar, gerek ekonomik zorunluluklardan dolayı aile bütçesine katkıda bulunmak amacıyla, gerekse yaşam standartlarını yükseltmek, meslek sevgisi, toplumda prestij kazanmak, çevre edinmek, yeni insanlar tanımak ve eşinin yanında konumunu yükseltmek gibi bir dizi psikolojik nedenlerle çalışma hayatında yerlerini almışlardır.

Ülkemizde çalışan kadınların büyük bir çoğunluğu ekonomik zorunluluklar nedeniyle; aile geçindirmek veya aile bütçesine katkıda bulunmak amacıyla çalışmaktadır.Yaşam standardını yükseltmek veya eğitim gördüğü bir alanda uzman olduğu için çalışanların oranı ise oldukça azdır(18).

Eğitim düzeyi yükseldikçe kadının ev dışında daha iyi ücretlendirilmiş, sosyal güvenceli ve daimi iş bulma olanakları da artmaktadır. Kadınların iş piyasasında genel ekonomik etkinliği 1950'li yıllarda %54 iken 1990'lı yıllarda bu oran %66'ya yükselmiştir. Bu oranın 2010 yılına kadar %70'lere ulaşması beklenmektedir(19).

Son yıllarda global düzeyde giderek daha fazla vurgulandığı ve sağlık alanında yapılan pek çok araştırmanın ortaya koyduğu gibi kadının statüsü, genel sağlık konusundaki bilgi, tutum, davranışlarını ve hizmetlerden yararlanmasını etkileyen en önemli faktördür. Kadının eğitim durumu, para getiren bir işte çalışması,

karar verme süreçlerinde yer alması gibi faktörler üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmasında belirleyici olmaktadır(4,20,21).

2.2. Tarihçe

İnsanlık tarihinde; doğa olaylarına nispeten üstünlüğün ele alındığı dönemlerden itibaren, doğum kontrolü uygulanmaya başlamıştır. Doğa olayları karşısında hayatta kalmayı başarabilmesi; insanların ölüm oranını azaltmıştır. Doğum ve ölümün birbirine denk olduğu dönemlerden sonra doğuma sınırlama koyma ihtiyacı duyulmuştur. Yerleşilen alanların kısıtlılığı, besin maddelerinin yetersizliği, aileleri ve toplumu doğum kontrolüne yönlendirmektedir(22).

İlk olarak Mısır'da gebelikten koruyucu uygulamaların başladığı görülmektedir. M.Ö. 1850 tarihine ait Mısır Papiruslarında; 'Gebelikten korunmak için yazılmış ilk reçete' bulunmuştur. Bundan sonraki reçete M.Ö. 1850 yılında; 'asitmacunu' adı ile yazılmıştır. Mısırlılar bundan yüzlerce yıl önce coitus interruptus biliyor ve uyguluyorlardı. Eski Mısır, Çin, İran, İbrani, Arap, Yunan ve Romalıların yayınlarında tuhaf şekilde gebeliğe engel olan uygulamalara rastlanmıştır. Örneğin; vaginaya konan katranlı lahana yaprakları, bozulmuş yağ, sedir yağı, meyve asitleri, nar, sünger gibi maddeler, hatta kumaş ve halı parçaları kullanılmıştır(23).

En erken penis koruyucular Gabriello Fallopius tarafından 1564 yılında tanımlanmıştır. Ancak bu koruyucular enfeksiyondan korunmak amacı ile kullanılıyordu. Kondom orjini hakkında çok söylentiler vardır. Pek çoğu 1600'lü yıllarda İngiltere'de yaşayan Dr.Kondom ile ilgilidir. Kondom ancak 1800'lü yıllarda Avrupa'da yaygın olarak kullanılır hale gelmiştir.

Spermisit ajanların keşfi ve bu ajanlarla ilgili çalışmalar 1800'lü yılların başlarına rastlar. 1950'lerde 90'dan fazla spermisit ilaç marketlerde pazarlanmaktaydı(24).

Servikal kapak 1860 yılında New York'lu bir jinekolog olan E.B.Foote tarafından geliştirilmiştir. Diyafram kullanımı da bu döneme rastlamaktadır.

Tarihe RIA'nın ilk defa uzun seyahatlerde develerin gebe kalmaması için kervan sürücülerini tarafından develerin rahimlerine küçük taşlar yerleştirmek suretiyle kullandığı bilinir. 1800'lerde rahim içi araçların öncüleri küçük düğme şeklinde araçlardı, serviks ağzını tamamen kaplıyordu ve kanala uzanan ipleri vardı(25).

1902 yılında Alman Hollveg tarafından rahime yerleştirilen bir peser doğum kontrolü amacı ile kullanıldı. Bu peser kullanıcı tarafından yerleştiriliyordu ve korkunç boyutlarda enfeksiyona yol açıyordu(26).

DMPA gibi içinde yalnızca progesteron bulunan enjektabl formlar 1950’li yıllarda endometriozis, endometrial kanser, dismenore, hirsutismus ve kanama düzensizliklerinin tedavisi için kullanılmaya başlandı. 1960’larda doğum kontrol yöntemi olarak gündeme gelmiştir(27). 1996 yılından beride ülkemizde başarıyla uygulanmaktadır.

İçinde östrojen ve progesteron komponenti bulunan Mesigyna 1960’lardan beri araştırılmakta olup, 1997 yılından beride ülkemizde kullanılmaktadır.

DMPA ve Mesigyna kullanıma girmesinden sonra 1970’li yıllarda tek ince kuyruğu olan Lippes Loop geliştirildi. İlk bilinen bakırlı RİA Tantum-T’ dir (T-Cu 200). Ardından 1982 yılında Cu-T 380 A otuzu aşkın ülkede kullanım imkanı buldu.

Bir yıl süre ile koruma sağlayan ve yapısında progesteron bulunan Progestasert isimli rahim içi araçlar da, bakırlı rahim içi araçlarla aynı dönemde geliştirilmiştir ve 1976 yılından beri kullanım alanı bulmuştur(28).

Doğum kontrol hapları ile ilk deneme 1956 yılında Porto Rico’da Edris Rica-Winey tarafından yapıldı(29).

1983 yılında Türkiye, gebeliği sonlandırma konusunda özgürlükçü bir tavır olarak 10. haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırmasını yasal hak olarak getirmiştir(30,31). Türkiye’de isteyerek düşük yapma hakkı birçok kadın tarafından özgürce kabullenilmesine karşın, isteyerek düşük bir aile planlaması yöntemi sayılmamaktadır(32).

Türkiye’de aile planlaması hareketi 1965’de başlamış ve dış yardımlardan yararlanılmıştır. Türkiye’deki nüfus planlaması 1 Nisan 1965 tarihinde kabul edilen ve yürürlüğe giren 557 sayılı ‘Nüfus Planlaması Hakkında Kanun’ ile yürütülmekteydi. Bu kanunun asıl uygulaması olan 1965 yılı Haziran ayında başlatılan ve sayısı Aralık 1972’de 574’ü bulan Nüfus Planlaması Programı çalışmalarından önce, Türkiye’de nüfus artış ortalaması %3 iken, programın uygulanmasından sonra metotların kullanılması her yıl devamlı olarak artmış ve genel nüfus artışı ortalama %2.4’e düşmüştür. Yani ortalama %0.6 kadar bir azalma

olmuştur. Bununla beraber bu rakam dünya standartlarına kıyasla oldukça yüksek bir düzeyde görülmektedir(23).

2.3.Aile Planlaması

2.3.1.Aile Planlamasının Amaçları

Dünyadaki nüfus patlaması karşısında beliren dengesizliği gidermede tek yol, doğurganlığın denetim altına alınmasıdır(23,33). Aile Planlamasının temel amacı, aşırı doğurganlığı önleyerek ana ve çocuk sağlığını emniyet altında bulundurmak ve çocuğu olmayan çiftlerin çocuk sahibi olabilmelerine yardımcı olmaktır(30,34). Aile planlaması; ana-çocuk sağlığı, aile sağlığı ve ülke halkının sağlığı için üzerinde titizlikle durulması gereken bir konudur(35,36).

2.3.2.Aile Planlamasının Faydaları

Aşırı doğurganlığın önlenmesiyle, annede oluşabilecek tükenme sendromu adı verilen kötü beslenme, anemi, guatr ve vitamin eksikliğine bağlı hastalıklar azalır.

- Bebek ve çocuk ölümleri azalır.
- Erken doğumlar ve düşük doğum ağırlıklı bebek sayıları da azalır.
- İleri yaşlarda doğum yapma olasılığı azalacağından bebeklerde doğuştan olma sakatlıklar azalır.
- Ülkede sağlıklı anne ve çocukların sayısı azalır.
- Hızlı nüfus artışının aile ve ülke ekonomisi üzerindeki olumsuz etkisi azalır.
- Ailenin ve toplumun; beslenme, sağlık, eğitim, konut ve çevre koşullarının iyileştirilmesi sağlanır.

Bütün bunların sonunda refah ve sağlık düzeyi yüksek, huzurlu ve sağlıklı bir toplum oluşur(22,35,36).

2.3.3.Aile Planlamasında Danışmanlığın Önemi

1- Aile planlaması yöntemlerinin kabulünün artması doğru bilgi verme, dinleme ve sözsüz iletişimle yaratılan rahat bir konuşma ortamı, kişilerin aile planlamasını kabul etmesine yardımcı olur. Böyle bir süreçte, kişinin bilinçli olarak seçtiği yöntem kendi yöntemidir. Bu benimseme duygusuyla yöntemlerin kabullenmesi ve yaygınlığı artacaktır(38).

2- Uygun yöntem seçimi: Danışmanlık sayesinde, hizmet verenler, hizmet alanları bilinçlendirerek sağlık gereksinimlerine ve kişisel özelliklerine uygun bir yöntem seçmelerini sağlar. Böylece hizmet alanın, kullanacağı yöntemi çevreden aldığı yanlış bilgilere dayanarak seçmesi önlenmiş olur(38).

3- Yöntemin etkili kullanımı: Danışmanlık, kişilerin yöntemi nasıl kullanacaklarını doğru anlamalarını, yöntem konusunda yanlış bilgi ve söylentilerden etkilenmemelerini ve seçtikleri yöntemi etkili kullanmalarını sağlar(38).

4- Daha uzun kullanım süresi: Kullanacağı yöntemi kendi seçen bir kişi, yöntemin nasıl uygulandığını anlarsa ve yan etkilerle baş etmeyi öğrenirse, yöntemi sürekli kullanma olasılığı artar. Kişinin herhangi bir sorunu olduğunda yine gelebileceğini bilmesi de yöntemi sürekli kullanmasına katkıda bulunur(38).

5- Danışmanlık hizmeti kullanıcının tatmin olmasını sağlar: Yöntemin yanlış anlaşılması nedeniyle kliniğe geri dönme ve uygulamadan vazgeçme olasılıklarını da azaltır. Danışmanlık hizmeti cinsiyet ve eğitim düzeyinden bağımsız olarak üreme sağlığı, konusunda bilgi artışı sağlamaktadır. Bilgideki bu artış davranışlara da yansiyarak yöntem kullanımının daha başarılı olması sağlayacaktır. Erkeğe yönelik verilecek danışmanlık hizmetlerinin, kadının statüsünü iyileştirmesine ve aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına önemli bir katkısı olacaktır(38,39).

2.3.4. Aile Planlamasında Hemşirenin Görevleri

Kadınlar, dini inanç ve gelenekler nedeniyle erkek doktor ve personelle ilişki kurmak istememektedirler. Daha çok hemşireleri tercih etmektedirler(40).

Görevleri;

- Danışmanlık hizmeti vermek
- Motivasyonu sağlamak
- Rehberlik etmek
- Eğitim yapmak
- Toplum liderlerinin halkı teşvikine yardımcı olmak(33,35,41,42).
- Hap kullanacaklara uygun vakayı seçme, kullananları yan etki açısından izlemek
- Pelvik muayene yapmak, normal vakalara rahim içi araç uygulamak
- Pelvik muayene ve izlemlerde patoloji bulunanları yetkili hekime göndermek

- Rahim içi araç kullananların belli aralıklarla kontrollerini yapmak
- Kondom dağıtmak, kondom, spermisitlerin doğru kullanılması için halkı eğitmek
- Çalıştığı kurumda gerekli araç gereç, ilaç ve tıbbi malzemeyi kullanmaya hazır bulundurmalıdır(43,44,45).

2.4. Kontraseptif Yöntemler

2.4.1. Hormonal Kontraseptifler

2.4.1.1. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

KOK'ler sentetik östrojen (Ethinyl estradiol veya Mestranol) ve çeşitli progestinlerden (norethindrone, norethindrone acetate, norgesterel, levonorgesterel, desogesterel, norgestimete) birini içerir. Günümüzde 30-35 mikrogram Östrojen içeren düşük dozlu haplar kullanılmaktadır. Ülkemizde bulunan tüm KOK'lerin içinde Ethinil estradiol vardır ve doz 20-50 mikrogramdır(46).

Etki Mekanizması: KOK'ler içerdikleri Östrojen ve progestinin etkisi ile; ovulasyonu engeller, endometrial glandlarda atrofi meydana getirerek ve servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin uterusu geçmesini engelleyip gebeliği önler(46).

Etkinlik: %99.9 Teorik olarak başarısızlık oranı 0'a yakındır. Ancak olağan kullanım başarısızlık oranı %0.1 iken tipik kullanım başarısızlık oranı %0.3'e yükselir. Başarısızlığı etkileyen faktörlerin başında kullanıcıların motivasyonu ve hapların unutulmadan alınması gelir(47).

Bir hap unutulduysa; hatırlandığı an alınmalı ek korunmaya gerek yok. İki hap unutulduysa; iki gün üst üste ikişer hap alınmalı, ek bir korunmaya gerek olmamasına rağmen genel konsensus takip eden 7 gün boyunca ek bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmaktır. Üç hap unutulduysa; hemen başka bir yöntemle korunulmaya başlanır, paket atılıp hemen yenisine başlanır(46).

Olumlu Yönleri:

- Doğru kullanıldığında son derece etkilidir.
- Kullanımı kolaydır.
- Etkileri ve yan etkileri çok iyi incelenmiştir.
- Cinsel ilişkiyi etkilemez.
- Gebe kalma kuşkusu olmadan cinsel ilişkiye girmek, ilişkiden alınan zevki artırır.
- Geri dönüşebilir bir yöntemdir.
- Yöntemi bırakmak için sağlık personeline gerek yoktur.
- Kadın gebe kalmak istemediği sürece kullanılabilir. Ara vermeye gerek yoktur.
- Dismenoreyi azaltır.
- Osteoporoz riskini azaltır.
- Haplar endometriozis ve idiyopatik trombositopenik purpuranın tedavisinde kullanılır.
- Romatoid artrit, memenin fibrokistik hastalığı ve fibroadenoma görülme sıklığı azdır.
- KOK'lar ovülasyonu baskılayarak ektopik gebelikleri de engeller.
- Uzun süre KOK kullanan kadınlarda miyomlara daha az rastlandığı olasıdır.
- Endometrium ve over kanserlerine karşı koruyucudur.
- Demir eksikliği anemisini azaltır.
- Adet kanamaları miktarca az, daha kısa süreli ve düzenli hale gelir.
- Akneye iyi gelebilir(48,49,50).

Olumsuz Yönleri:

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

- Kan basıncını yükseltebilir.
- Clamidya enfeksiyonu riskini artırır(46,51).

Kontrendikasyonları:

- Gebelik
- Nedeni bilinmeyen vajinal kanama
- Meme kanseri ve hikayesi
- Tromboembolik yada serebro vasküler hastalık ve hikayesi
- Genital malignensi
- Kalp hastalığı, koroner tıkanıklık hikayesi ve predispozisyonu
- Akut karaciğer hastalığı (46,52,53).

Yan Etkiler

- Bulantı
- Memelerde hassasiyet
- Adet kanının azalması veya adetler arası lekelenme
- Baş ağrısı
- Baş dönmesi
- Kilo artışı (46,52,53).

2.4.1.2. Mini Haplar

Yalnız progestin içerirler ve ara vermeden her gün aynı saatte alınırlar.

Etki Mekanizması: Servikal mukusu kalınlaştırır, %40-60 ovulasyonu engeller, tubal motiliteyi etkiler ve endometriumu inceltirerek implantasyonu engelleyerek gebeliği önler.

Etkinlik: Emzirenlerde %98.5, emzirmeyenlerde %96.

Başarısızlık ilk yıl %1.1 -9.6 arasındadır(46, 54).

Başarısızlık genç kadınlarda %3.1 iken, 40 yaş üstü %0.3'dür(46,55).

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

Kadın bir hap almayı unuttuysa 3 saatten fazla geciktirdiyse, hatırlar hatırlamaz almalı ve 48 saat süreyle ek koruma yöntemi kullanılmalıdır. 2 yada daha fazla hap unutuldu ise, iki gün süre ile ikişer hap almalı ve daha sonra birer hap almaya devam etmelidir. Bu durumda bir hafta süre ile ek bir korunma yöntemi uygulanmalıdır(46,53).

Olumlu Yönleri:

- Adet kanaması miktarını ve krampları azaltır.
- KOK'lara oranla, kilo alma, bulantı gibi yan etkiler daha azdır.
- Cinsel ilişkiden bağımsızdır.
- Yöntemle ilgili sağlık riski azdır.
- Pıhtılaşma riskini arttırmaz.
- Uygulama öncesi pelvik muayene gerektirmez.
- Yöntem bırakıldığında doğurganlık hemen geri döner.
- Anne sütünün niteliğini değiştirmez, miktarı arttırabilir.
- Kanseri yada kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığını gösteren bir veri yoktur(bu nokta özellikle ileri yaşta kadınlar için önemlidir. Çünkü bu gruptaki kadınlar olası kardiyovasküler riskleri nedeniyle, kombine hapları kullanamayabilir).
- Kombine haplara oranla, kan basıncını yükseltme, baş ağrısı ve depresyona neden olma riski daha azdır(50,56).

Olumsuz Yönleri:

- Her gün düzenli kullanılması gerekir(hap unutulduğunda gebelik riski yüksektir). Bu nedenle her gün aynı saatte hap alabilecek durumda olmayanlar için uygun bir kontraseptif yöntem değildir.
- Düzensiz kanama yapar.
- Amenore görülebilir.
- Emzirme azaldıkça yada sona erince etkisi azalır.
- CYBH'lere karşı koruyuculuğu yoktur(50,56).

Yan Etkileri:

- Amenore
- Kanama-lekelenme (uzamış veya aşırı)
- Baş ağrısı
- Alt karında pelvik ağrı
- Göğüs ağrısı
- Aşırı kıllanma(hirsutizm), akne, dermatit yada saç dökülmesi
- Sarılık
- Bulantı, baş dönmesidir(50,56).

2.4.1.3. Postkoital Kontrasepsiyon(Acil Kontrasepsiyon)

Kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİA'nın düşmesi, hap alımının unutulması veya cinsel tecavüz gibi durumlarda acil kontrasepsiyon gerekir(46).

Tek bir korunmasız ilişkide siklusun ovülasyon dönemine yakınlığına bağlı olmak üzere %25'lere varan yüksek gebelik riskine neden olabileceği bildirilmektedir. Çiftler korunma konusunda bilinçli ve istekli olsalar bile planladıkları bir cinsel ilişki nedeniyle gebelik riski ile karşı karşıya kalabilirler(57,58).

Yöntem kullanmayı unutma yada doğru kullanmama yöntem başarısızlığına neden olabilir. Daha da önemlisi cinsel bir saldırı, kadını hiç istemediği bir gebelik riski ile karşı karşıya bırakabilir. Korunmasız cinsel ilişkiden sonra kadının bir sonraki adetini endişeyle beklemesine neden olan, olası bir gebeliği önleyen bir seçenektir. Acil kontraseptifler gebeliği önleyici yöntem olarak kabul edilmemelidir(56).

Postkoital haplar:

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

Postkoital RİA uygulaması:

Korunmasız coitusun olduğu siklusta ovulasyonu izleyen 5-7 gün içerisinde RİA uygulaması gebeliği engellemede çok etkilidir. Ancak pratik değildir(46).

Acil Kontrasepsiyonun Olumlu Yönleri:

- Güvenlidir.
- Kullanım süresi kısadır.
- Her yaştaki kadınlarda kullanılabilir.
- Ucuzdur.
- Korunmasız cinsel ilişkiden yada kontraseptif kullanımı sırasında olabilecek kazalardan sonra, istenmeyen gebeliklerin daha oluşmadan önlenmesi için fırsat vardır(50).

Acil Kontrasepsiyonun Olumsuz Yönleri:

- Hoş olmayan yan etkileri vardır.(Bulantı, kusma gibi).
- Acil olarak en fazla 3 gün içinde kullanılması gerekir.
- Tekrar kullanımında kontraseptif etkililiği azalır.
- Kullanmadan sonra yeni bir korunmasız ilişki yada kontraseptif yöntem hatası olursa korumaz.
- CYBH'lerden korumaz(50).

2.4.1.4. Yalnız Progesterin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler

- Depo medroksi progesteron asetat(DMPA) ; 3 ayda bir 150mg im. uygulanır. Ülkemizde ruhsatlıdır.
- Noretisteron enantat (NET-EN); 2 ayda bir 200 mg im. uygulanır.

Etki mekanizması; servikste sperm penetrasyonunu ve implantasyonu kalın bir mukus tabakası oluşturarak engeller. Endometriumun progesteron etkisi ile inaktif ve atrofik hale gelmesi implantasyona uygunsuz bir zemin oluşturur. Dolaşımdaki progesteron miktarı yüksek olması ovulasyon öncesi LH yükselmesini etkin olarak engeller ve ovulasyon olması muhtemel değildir, bu neden ile DMPA uygulanan kadınlarda ovulasyon nadirdir(46).

Etkinlik: Enjektabl progesterinler etkin kontraseptif yöntemlerdir. Etkinlikleri cerrahi sterilizasyondaki gibidir(59). Başarısızlık %0.1'den düşüktür.

Kullanımı: Etkifif kontrasepsiyon sağlanması için ilk enjeksiyon adet kanamasının ilk 5 günü içinde yapılmalıdır. Bu dönemde yapılmamış ise 2 hafta süre ile ek korunma yöntemi kullanılmalıdır. Bir sonraki enjeksiyon DMPA kullanımı için 3 ay, Noretisterat'ta ise 2 ay sonradır.

Doğum sonrası kadın emziriyorsa ilk enjeksiyon 6. hafta sonunda yapılmalıdır, emzirmiyorsa ilk enjeksiyon doğumdan 3-4 hafta sonra yapılabilir. Düşükten hemen sonra yada ilk 7 gün içinde enjeksiyon yapılabilir.

Gebelik isteği ile yöntemi bırakan kadınlardaki gebe kalma hızları, yöntem kullanmayan kadınlarla aynı sınırlardadır(60).

Olumlu Yönleri:

- DMPA, östrojenlerin tersine karaciğerde globulin yapımını arttırmadığı için pıhtılaşma faktörlerinde yada anjiyotensinojen düzeylerinde bir değişikliğe yol açmaz, bu yüzden de hipertansiyon yada tromboemboli riskini arttırmaz.
- Glikoz tolerans testlerinde istatistiksel olarak anlamlı, ancak klinik olarak önemli olmayan çok hafif bir değişikliğe yol açmaktadır. Bu nedenle diabetes mellitus, DMPA kullanımı için bir kontrendikasyon oluşturmaz.
- DMPA'nın uzun süreli kullanımında bile lipid tablosunda olumsuz bir etki gözlenmemiştir.
- Orak hücreli anemi hastalarında DMPA kullanımının oraklaşma krizlerini önlediği ve hematolojik tabloyu düzelttiği bildirilmiştir.
- DMPA ayrıca düzenli ilaç kullanmada sorun olan hastalarda, örneğin ağır mental, ruhsal sorunları olan kadınlarda yararlı olabilir.
- Epilepsi krizleri olan hastalarda da DMPA kontraseptif olarak tercih edilebilir, nk DMPA'nın nöbet kontrolünü artırdığı gösterilmiştir.
- DMPA endometriumda atrofiye yol açtığı için endometrium kanseri gelişme riskini de azaltır. Ovulasyonu engellediği için de over kanseri riskini KOK'lara benzer şekilde azaltmaktadır.
- DMPA adet kanaması miktarını azaltarak kansızlığı, endometriozisi ve uterus miyomlarının görülme sıklığını azaltmaktadır.

- DMPA'nın östrojenler gibi anne sütünü azaltmadığı, tersine arttırdığı gösterilmiştir. Süte gelen hormon miktarı azdır ve DMPA kullanırken emziren annelerin bebeklerinde de herhangi bir büyüme gelişme sorunu gözlenmemiştir.
- DMPA kullanımının pelvik muayene gerektirmemesi birçok kültürdeki kadın için önemli bir tercih nedeni olabilir. Ayrıca bazı kültürel gruplar enjeksiyonu daha etkili bir tedavi yöntemi olarak görmektedir, bu da bu gruplarda enjekte edilen kontraseptiflerin kabul edilirliliğini arttırabilir(49,50).

Olumsuz Yönleri:

- Enjeksiyonlar için kliniğe gelmek gerekir.
- Adet düzensizliğine neden olabilir.
- Bazı kadınlarda kullanım bırakıldığında adet gecikebilir.
- CYBH'lere karşı koruyuculuğu yoktur.
- Kilo artışına neden olabilir(49,50).

Yan Etkileri:

- DMPA'nın en önemli yan etkisi, adet kanamalarında yarattığı düzensizliklerdir. İlk enjeksiyonu izleyen üç ay içinde kadınların üçte birinde amenore, diğer bir üçte birinde de düzensiz kanama ve lekelenmeler görülür.
- Baş ağrısı (oral kontraseptiflerde olduğundan çok daha az görülür).
- Kilo alma (genelde 1-2 kilodan fazla olmaz).
- Memelerde gerginlik ve duyarlılık(oral kontraseptiflerde olduğundan daha az görülür).
- Mizaç değişikliği(sinirlilik gibi).
- Doğurganlığın geri dönmesinde gecikme yapar(49,50).

2.4.1.5. Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler

Östrojen ve progesteronu birlikte içeren preparatlardır.

Estradiol valerate 5mg+ Noretisteron enantat 50mg ; 4 haftada bir im. uygulanır.

DMPA 25mg+ Estradiol Cypionat 5mg ; 4 haftada bir im. uygulanır.

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

Etkinlik: Başarısızlık oranı %0.1- 0.2 arasındadır(46,53).

Kullanımı: Kombine enjekte 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 yada 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 yada 3 gün sonra yapılabilir. Enjeksiyondan sonra kullanıcıya bir sonraki enjeksiyon tarihi mutlaka hatırlatılmalıdır(53).

Olumlu Yönleri:

- Son derece etkilidir.
- Uygulanması kolaydır.
- İleri yaştaki kadınlar(sigara içmiyorlarsa) da kullanabilir.
- Cinsel ilişki sürecinden bağımsızdır.
- Pelvik enfeksiyon ve over kanserine karşı koruyucu etkisi vardır.
- Bırakıldığı zaman fertilité geri döner.
- Bir sonraki iğneyi yaptırmak dışında akılda tutulması gereken hiçbir şey yoktur.
- Ektopik gebelikler ve demir eksikliği anemisini önler(48,50).

Olumsuz Yönleri:

- Enjeksiyonlar için kliniğe gelmek gerekir.
- KOK'larla karşılaştırıldığında kanama düzeninde aksamalara neden olabilir.
- Bazı kadınlarda, kullanım bırakıldığında adet gecikebilir.
- CYBH'lere karşı koruyuculuğu yoktur.

- Emziren anneler, doğumdan sonraki ilk 6 ayda kullanamaz.
- Kilo artışına neden olabilir.
- Östrojene bağlı komplikasyonlar açısından risk grubunda olan kadınlar kullanamaz(50).

Yan Etkileri:

- Adet düzeninde aksama
- Baş ağrısı, migren atakları
- Baş dönmesi
- Halsizlik, yorgunluk
- Vücut ağrıları
- Memelerde gerginlik ve ağrı
- Kilo artışıdır(50).

2.4.1.6. Deri Altı İmplantları

Sentetik hormon içeren 6 ince ve esnek kapsülden oluşan bir kontraseptiftir. Kapsüllerin her biri 3,4 cm uzunluğunda, 2,4 mm. çapındadır ve ortalama 36 mg. Kristalize levonorgestrol içermektedir. Küçük bir cerrahi girişimle, üst kolun iç kısmına, derinin altına yerleştirilir.

Sentetik bir progestin olan levonorgestrol, KOK'larda (Kombine oral kontraseptifler) ve yalnız progestin içeren mini haplarda uzun yıllardır kullanılan ve bu nedenle etki ve yan etkileri iyi bilinen bir hormondur. Progestin, kapsüllerin duvarlarından sürekli olarak ve düşük dozlar halinde vücuda geçer. Progestin ovulasyonu baskılayarak ve servikal mukusu, sperm geçişini engelleyecek biçimde kalınlaştırıp azaltarak gebeliği önler.

Norplant mevcut kontraseptiflerin en etkililerinden biridir. Beş yıllık bir sürede yıllık ortalama gebelik hızı %1'den azdır. 5 yıl süre ile yüksek kontraseptif etki sağlayan deri altı kontraseptif implantlar kolun üst iç bölgesine basit cerrahi insizyonla deri altına yerleştirilen çubuklardır. İstendiği zaman kapsüller çıkarılabilir(23,34,36,43,50).

Olumlu Yönleri:

- Son derece etkilidir.
- Kullanımı kolaydır. Bir kez uygulandıktan sonra kadın kliniğe sadece izlem yada implantın çıkarılması için gelir.
- 5 yıl süreyle korur.
- Kullanışlıdır; günlük aktiviteleri cinsel isteği ve ilişkiyi etkilemez. İmplantın deri altındaki yeri zorlukla seçilir ve kullanıcıya rahatsızlık vermez.
- Geri dönüşlüdür. Kontraseptif etki implantın çıkarılması ile hemen sona erer. Östrojen içermediği için östrojene bağlı yan etkisi yoktur(48,50).

Olumsuz Yönleri:

- Eğitilmiş personel gerektirir.
- Küçük bir cerrahi işlemle yerleştirilir ve çıkarılır. Küçük cerrahi girişimlerde görülebilecek enfeksiyon, kanama, hematom gibi riskler taşır.
- Derinin altında fark edilebilir.
- Kullanıcı yöntemi kendi kendine bırakmaz.
- CYBH'lere karşı koruyuculuğu yoktur(48,50,61).

Yan Etkileri:

- İlk aylarda kadının alışkın olduğundan daha uzun süren(8 günü aşan) adetler
- Adet arası kanama yada lekelenme
- Birkaç ay boyunca ve bazen de bir yıl yada daha uzun süre kanama olmaması
- Uygulama yerinde enfeksiyon ve ağrı
- Baş ağrısı
- Kilo değişiklikleri (artma yada azalma)
- Depresyon yada sinirlilik
- Akne
- Saç dökülmesi
- İlk aylarda bulantı ve baş dönmesi
- Memelerde duyarlılık
- Vajinal sekresyon artışı

Norplant kullanıcılarının bildirdiği yada doktorların ortaya çıkardığı, fakat yöntemle ilgisi kesin olmayan başka yakınmalar da vardır:

- Meme akıntısı
- Servikal enfeksiyonlar
- Kaşıntı
- Hipertansiyondur(48,49,50).

Norplant İmplantlarının Kesinlikle Kullanılmaması Gereken Durumlar:

- Aktif tromboflebit yada tromboembolik hastalık
- Tanı konmamış genital kanama
- Akut karaciğer hastalığı(karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk)
- Meme kanseri varlığı yada kuşkusu
- Sarılık(48,49).

2.4.1.7. Hormon İçeren RİA'lar

Progestasert: Gövdesinde 38mg progesteron içerir ve 1 yıl etkinliği vardır. Servikal mukusu kalınlaştırır ve spermlerin rahime geçmesine engel olurlar. Progestasertin ektopik gebeliğe karşı etkinliği son derece azdır(46).

L Ng-20 RİA: 52mg Levonorgestrel içerirler ve 5 yıl etkili olan sistemlerdir. Kısmen yumurtalıklarda folikül gelişimini ve ovulasyonu da engelleyebilirler, ayrıca yabancı cisim reaksiyonu oluştururlar(46). Etkinliği oldukça yüksektir, amenore sık rastlanan yan etkidir. Şiddetli idiopatik menoraji şikayeti olan kadınlarda tedavi amaçlı uygulanabilir ve bu kanamaları azaltarak demir eksikliği anemisini önleyebilir. Ülkemizde 'Mirena' ticari ismi ile kullanıma sunulmuştur(46).

2.4.1.8. Vajinal Halkalar (RİNG)

Halkalar vajinaya yerleştirilerek, salınan hormonun özelliğine ve miktarına bağlı olarak kontraseptif etkinlik sağlanır. Çoğunun 50-60mm dış çapa ve 7,5-9,5mm kalınlığa sahip çok sayıda ve şekilde halka yapılmıştır. Diyaframın aksine, halkaların yerleşim açısından sorunu yoktur, yalnızca konfor ve atılma olasılığı açısından

büyüklik önemlidir. Ana koşul halkanın dış kenarının vajen duvarıyla temas halinde olmasıdır. Halkalar silastik yapıdadır.

2 değişik tip halka geliştirilmiştir. Birincisi 150-180 hızında estradiol ve 250-300mgr/gün hızında levonorgestrelin salındığı estrajen ve progestajen içeren karışık tiptir. Bu halkalar özellikle 3 hafta içerde, 1 hafta dışarıda tutulduklarından ovulasyon düzenini oluşturmaya yöneliktirler. İkinci tip genellikle 20mgr/gün levonorgestrelin salındığı yalnızca progestajen içeren tiptir. Bu halkalar sürekli kullanılarak ve ovulasyon inhibisyonu yapmayacak şekilde dizayn edilmişlerdir ve kullananların %50'sinde ovulasyon olmuştur. Antifertilite etkilerini düşük doz progestajen etkisiyle sağlarlar(46).

2.4.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)

RİA pek çok ülkede en çok kullanılan, etkin kontrasepsiyon sağlayan, güvenilir, uygulaması kolay, seksüel yaşamı bozmayan, ucuz ve geri dönüşümlü kontrasepsiyon yöntemidir. Ülkemizde kontrasepsiyonda geri çekmeden sonra en çok kullanılan yöntemdir.

Spiral(RİA); rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır yada hormon içeren küçük plastik bir araçtır. Günümüzde dünya çapında kullanılan üç tip RİA vardır.

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

Etki Mekanizması: Bütün RİA'lar etkilerini asıl olarak endometrial kavite içerisinde göstermektedir. Esas etki mekanizması uterus içerisinde spermisidal bir ortam oluşturulmasıdır. RİA'ların ektopik gebeliklere karşı da koruyucu etkisinin olması yumurtalar üzerinde sitotoksik etkisini yada tubal fonksiyonları bozduğunu düşündürmektedir(46).

İnert RİA'larda; uterusun yabancı cisme karşı reaksiyonu sonucu gelişen steril inflamatuvar etkinin yarattığı doku harabiyeti minör derecede olsa da spermisidaldir. Son derece az sayıda sperm fallop tüplerindeki ovuma ulaşır.

Bakırlı RİA'larda; bakır salınımı endometriumda lokalize travma, yabancı cisim cevabı yaratarak inflamatuvar reaksiyon ve biyokimyasal değişimlere yol açar. Bakırın yol açtığı değişimler arasında prostoglandin yapım artışı ve farklı endometrial enzimlerin inhibisyonu vardır. Sonuç, sperm ve embrioya toksik olan bir uterus ortamıdır. Over fonksiyonlarını etkilemezler.

Etkinlik: Geriye dönüşümlü, emniyetli ve kontraseptif etkisi yüksektir. Bakır miktarı yüksek olan yeni modern RİA'larla (TCU 380 ve Multiload 375) cerrahi sterilizasyona eş istenmeyen gebelik oranları bildirilmiştir. Yapılan klinik çalışmalar sonucunda; 300 milimetrekare üzerinde bakır içeren RİA'lar ve LNG-RİS en etkin modern RİA'lardır, istenmeyen gebeliğe yol açma oranları 5 yıl üzerindeki değerlendirmelerde 1/100 kadın yıl olarak bulunmuştur(46).

RİA Kimler İçin Uygundur?

- Uzun bir süre gebe kalmak istemeyen, ancak daha sonrası için gebeliği düşünen herhangi bir yaş yada paritede olan kadınlar
- Artık gebeliği kesinlikle düşünmeyen ancak sterilizasyonu kabul etmeyen yada yaptırmayan kadınlar
- Her gün yada her cinsel ilişkiden önce hazırlanması gereken yöntem istemeyenler
- Emziren kadınlar
- İçerdikleri östrojen nedeniyle hap kullanmayanlar
- Genital yol enfeksiyonları(GYE) yada CYBH riski düşük olan kadınlar(62,63).

RİA Uygulama Zamanı:

- Kadının gebe olmadığından emin ve uygulamanın kolay olduğu, adetinin 3-10. günleri arasında uygulanır.
- Yeni doğum yapan kadınlara hemen 12 saat sonra uygulanabileceği gibi en uygun zaman 4-6 hafta arasındadır.
- Düşük yapan kadınlara herhangi bir zamanda uygulanabilir, ama düşük ve kürtajı izleyen 2-3 hafta içinde uygulama en idealidir(23,30,34,36).

Olumlu Yönleri:

- Kolay uygulanır ve güvenlidir
- Etkili ve geriye dönüşümlüdür
- Sistemik etkisi yoktur
- Cinsel ilişki zamanından bağımsızdır
- Uygulandıktan sonra uzun süre etkilidir
- Emzirenler için uygundur
- Çıkarıldığında fertilitate hemen geri döner
- Sorun olmadığı sürece yılda bir kez kontrolü yeterlidir(46,52).

Olumsuz Yönleri:

- Uygulama ve çıkarılması için eğitilmiş personel gereklidir, uygulama esnasında az da olsa perforasyon riski vardır.
- Uygulanması ve çıkarılması bir miktar ağrılı olabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalık riskindekiler için uygun bir yöntem değildir, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu değildir.
- Uygulamadan sonraki birkaç ay veya devamlı olarak adetlerde artma, ağrı ve ara kanamaları yapabilir.
- Genel olarak doğurmuş bir kadında ilk seçenek olabilse de, hiç doğum yapmamışlara uygulanmamalıdır(46,53).

RİA Uygulamaya Engel Durumlar:

- Hiç gebe kalmamış olanlar
- Adet düzensizliği (sık yada devamlı kanaması olanlar)
- Adetlerin fazla miktarda kanaması olanlar
- Fazla ve devamlı akıntısı olanlar
- Cinsel temastan sonra kanaması olanlar
- Aşırı ağrılı adet görenler
- Gebelik şüphesi olanlar
- Kasıklarda devamlı şiddetli ağrısı olanlar

- Son doğumunu sezaryanla yapanlar için 6 ay geçmemişse RİA uygulanamaz(43).

RİA'nın Komplikasyonları:

- 1) Uterin kanama
- 2) Pelvik enfeksiyon
- 3) Uterin perforasyon
- 4) RİA varken gebelik oluşmasıdır.

Uterin Kanama:

Hemen hemen tüm tıbbi nedenli RİA çıkarmalarında bir şekilde uterin kanama söz konusudur. Şiddetli ve/veya uzamış adet veya ara kanamalarıdır.

Hormon katkılı olmayan RİA'lar dolaşımdaki gonadotropinlerin yada steroid hormonların salgılanma örüntülerine veya serum düzeylerine bir etki yapmamaktadır. Steroid hormon düzeyleri kadının sikluslarına göre daha yüksekse, RİA'ların endometrium üzerine lokal etkiyle adetlerin iki gün önce olmasına yol açabilir. Bu lokal etki, rahim içindeki yabancı cismin neden olduğu yerel prostaglandin (PG) salgısındaki artışa bağlı olabilir. Ancak RİA'ların hangi mekanizma ile menstrüel kanamaları artırdığı tam olarak ortaya konulmamıştır.

RİA'ların endometriumda oluşturduğu histopatolojik değişiklikler iki şekilde ortaya çıkmaktadır. Doğrudan temas bölgelerinde damarsal erozyonlar, doğrudan temasta olmayan bölgelerde ise damarsal geçirgenlik artışıdır.

İlk aylardaki kanama artışı, uterusun yabancı cisim varlığına adapte olmasıyla azalacaktır. RİA uygulamasının ilk üç ayı içinde görülen düzensiz uterin kanamalarda pelvik muayenede (Spekulum ve bimanuel) intrauterin yada ektopik gebelik inkomplet düşük yada vajinal, servikal, pelvik bir enfeksiyon bulunmadığı ortaya konulmalıdır. Pelvik muayene normal ise, bu durumun beklenebilir bir bulgu olduğu ve kaygılanmaması gerektiği konusunda kadına güvence verilmelidir. 1-3 ay boyunca günde bir tablet demir preparatı alması önerilebilir. Tedaviye yanıt alınmıyor yada aşırı kanamalar şiddetli anemiye yol açmışsa (HB<99; Hct<%30) RİA çıkartılıp başka bir yöntem seçiminde yardımcı olunur(50,63).

Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PİH):

RİA yerindeyken oluşan PİH, fertilitte kaybıyla sonuçlanabilecek tuba-ovarian apseler veya genel peritonit gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Pelvik enfeksiyon belirtileri; anormal vajinal akıntı, kramp tarzı ağrı ile birlikte karında duyarlılık artışı, ateş, grip benzeri belirtiler, baş ağrısı, titreme, bulantı, kusma, cinsel ilişki sırasında ağrıyı(disparoni) kapsar. Eğer bu belirtiler uygulamadan birkaç adet dönemi sonra görülürse, oldukça ciddi demektir. Mümkünse, Gram boyama, servikal smear veya servikal akıntı kültürü gibi tetkikler yapılmalıdır. Eğer PİH tanısı konmuşsa 24 saatlik antibiyotik baskısından sonra RİA çıkarılmalı ve antibiyotik tedavisine devam edilmelidir. Eğer kişi, ilk 24-48 saat içinde belirgin bir iyileşme göstermiyorsa, tedavi yeniden değerlendirilmelidir. Eğer başlangıçta kültür alınmamışsa, kişi bunun yapılabildiği ve intravenöz antibiyotik tedavisi uygulanabilecek bir merkeze sevk edilmelidir(50).

Uterus Perforasyonu, RİA'nın Gömülmesi ve Servikal Perforasyon:

Uterus perforasyonu insidansı programdan programa, klinisyenden klinisyene büyük farklılıklar gösterir. Perforasyon genellikle uygulama sırasında meydana gelir ve sessiz veya asemptomatiktir, kanama ve ağrı oluşturmaz. RİA uterusu üç yerde perforasyon oluşturabilir:

Uterin fundus, Uterusun gövdesi, Servikal duvar.

Erken perforasyon RİA uygulaması sırasında görülebilir. Bu tip perforasyonlar daha çok deneyimsiz ellerde meydana gelmektedir. Perforasyon halinde kadın aniden şiddetli ağrı hisseder. Olay histerometrik inceleme sırasında olmuşsa işlem durdurulur. Batın içine kanama belirtileri açısından olgu izlenir. Kan basıncı ve nabız iki saat süreyle 15 dakikada bir ölçülür. İki saatin sonunda gözlemler olumsuz bir bulgu göstermiyorsa; kadın kliniğe hemen dönmesi gerektirecek belirtiler konusunda uyarılarak evine gönderilir. Ek bir yöntem önerilerek bir hafta sonra kontrole çağrılır. Eğer olay kısmi-tam RİA uygulama sırasında olmuşsa, işlem durdurulur, RİA çıkarılır ve hasta yakın izleme alınır. Eğer kısmen miyometriuma gömülen RİA çıkartılmazsa, aylar içinde uterin kasılmaların etkisiyle miyometriumu geçerek, periton boşluğuna ilerleyebilir. Geç perforasyonlar uygulama tarihinden uzak bir zamanda olan perforasyonlardır. Bunlar kendini

şiddetli pelvik ağrı ve anormal uterin kanamayla belli ederler. Eğer kadın RİA'nın atıldığından söz etmiyor iplerinin ele gelmediğini belirtiyorsa ve muayenede ipler saptanamıyorsa tanı için röntgen ve USG'den yararlanılır. RİA karın içine ilerlemişse, hangi tipte olursa olsun barsak obstruksiyonlarına neden olabileceğinden çıkarılmalıdır. RİA perforasyonu her 1000 uygulamadan 0,5- 1,5'inde görülmektedir(50,56,63).

RİA varken gebelik oluşması:

RİA kullanımı sırasında görülen gebeliklerin yaklaşık üçte biri, RİA'nın kısmen yada tamamen atıldığına fark edilmemesi sonucu oluşmaktadır. Ancak RİA uterus içindeyken de gebelikle karşılaşılabilir. RİA yerinde iken gebe kalan kullanıcılarda, nadiren septisemi, septik şok ve ölüme neden olabilecek septik düşük insidansı artar. Bu nedenle, gebelik tanısı konduğunda RİA çıkarılmalıdır. Kullanıcı gebe kalmışsa;

- Kadın gebeliğin devamını istemiyor ve gebelik süresi yasal sonlandırma sınırı içinde ise, kendisine bu konuda yardım edilmesi sağlanır.
- Kadın gebeliğin devamını istiyor, iplikler görünüyor ve gebelik 13. haftadan küçükse (ilk üç aylık dönem) RİA çıkarılmalıdır. RİA bu dönemde çıkarılırsa kendiliğinden düşük riski diğer kadınlarla aynı düzeye iner. Eğer kadın kabul ederse, RİA nazikçe çekilerek çıkarılır. İşlemden sonra kanama kramp tarzı ağrılar yada enfeksiyon belirtileri olursa geri gelmesi konusunda uyarılır.
- Kadın gebeliğini sürdürmek istiyor, ancak RİA'nın çıkarılmasını istemiyorsa ona kendiliğinden düşük ve sepsis riskinin yüksek olabileceğini ve gebeliğin yakından izlenmesi gerektiği anlatılır. Bütün anormal belirtileri (ateş, karnın alt bölgesinde ağrı ve/veya kanama) hemen bildirmesinin önemi anlatılır.
- İplikler servikal açıklıkta veya servikal kanalın distalinde bulunamıyorsa ve/veya gebelik üç ayı aşmışsa, çıkarma işlemi oldukça zorlaşır. Böyle bir durumda, eğer yasal olarak mümkünse, tedavi amacıyla gebelik sonlandırma konusu kadınla görüşülür(50,63).

2.4.3. Bariyer Yöntemler

2.4.3.1.Kondom (Kapat)

Kondom belki de en eski doğum kontrol yöntemidir. Kontraseptif yöntemler arasında, hala kabul edilerek, yerini koruyan bir yöntemdir(46). Cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen latex kauçuktan bir kılıftır.

Kondom spermlerin vaginaya girmesini engelleyerek etki gösterir. Her cinsel ilişkide ve doğru olarak kullanılırsa çok etkilidir, fakat çifti her cinsel ilişkide kondomu kullanmak için motive etmek gerekir. Başarısızlık riski kullananların kültür düzeylerine, çocuk istememe veya çocuk isteğini erteleme durumlarına, kullanıcıların yaşlarına göre farklılıklar göstermekle beraber ortalama %12-13 dolayındadır(46).

Kondomun Olumlu Yönleri:

- AIDS ve diğer CYBH'lere karşı koruma sağlar.
- Erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir.
- Aile Planlamasına erkeklerin katılımını sağlar.
- Reçete ve tıbbi izlem gerektirmez.
- Güvenlidir ve hormonal yan etkisi yoktur.
- Ucuzdur ve kolay bulunur.
- Sağlığa hiçbir zararı yoktur.
- Hiçbir yan etkisi yoktur(50,64).

Kondomun Olumsuz Yönleri:

- Bazı çiftlerde (özellikle erkekte) duyarlılığı azaltabilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirir.
- Yeterli miktarda kondom bulundurulması önceden planlanmalıdır.
- Kullanımdan sonra yok edilmesi sorun olabilir(50).

Kondom Kullanım Endikasyonları:

- Seyrek olarak yada beklenmedik bir zamanda korunma gereksinimi olanlar
- Bir süre çocuk istemeyen çiftler

- Yeni evliler (diğer yöntemlerden hemen faydalanılmadığından)
- Seyahat vs. gibi zamanlarda
- Diğer yöntemlerin yan etkilerinden kaygı duyan çiftler
- Birden fazla cinsel eşi bulunanlar
- Kondom kullanmaya yada doğum kontrolünün erkeğin de sorumluluğu olduğuna birlikte karar veren çiftler
- AIDS dahil cinsel yolla bulaşan hastalığı yada bulaşma riski bulunan kişiler
- Gebe olduğu için korunmaya gerek duymayan ancak cinsel yolla bulaşan hastalığı olan yada bu riski taşıyan kadınlardır(23,34,36,50,64).

Kondomun Kullanımı:

- Kullanılmadan önce sağlam olup olmadığı kontrol edilmeli
- Kondom, ereksiyon durumundaki penise, vajinaya girmesinden önce takılmalıdır. Çünkü boşalmadan önceki semende aktif sperm bulunur.
- Kondomun içindeki semenin vajina içine akması için ereksiyon kaybolmadan önce, penis vajinadan çekilmelidir.
- Her ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır.
- Kondom paketi üzerinde tek bir tarih varsa, bu üretim tarihidir, son kullanma tarihini göstermez. Uygun koşullarda saklandığı takdirde, üretimden sonra 5 yıl süreyle güvenli bir şekilde kullanılabilir.
- Kondomu kayganlaştırmak için mineral, yemek, bebek yağları ve benzer maddeler veya vazelin kullanılmamalıdır. Bu maddeler birkaç saniye içinde kondomun bozulmasına neden olur. Gerekirse, su bazlı kayganlaştırıcılar, tükürük yada vajinal salgılar kullanılır.
- Yedek kondom bulundurulmalıdır.
- İlişki sırasında kayıp çıkmamasına dikkat edilmelidir.
- Kondomun yırtılması halinde postkoital korunma için hemen spermisit uygulanmalı veya diğer bir postkoital yöntem (ertesı gün hapı, RİA) için kliniğe başvurulmalıdır(23,34,36,50).

2.4.3.2. Diyafram

Serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmış kontraseptif yöntemdir. Coitustan önce kubbe kısmına spermisit konularak uygulanır. Vajinaya doğru olarak yerleştirilen diyafram simfizis pubisin arkası ile vajen arka forniksi arasında durur. Böylece ön vajen duvarı ve serviksi kapatır. Kontrasepsiyona üç yolla engel olduklarına inanılmaktadır: i) sperme karşı fiziksel bir bariyer oluştururlar, ii) servikal mukusun vaginal asiditeyi nötralize etmesini engelleyerek spermlerin vajende barınmasını önlerler, iii) spermisit kremlerin ve jellerin doğru kullanılabilmesini sağlarlar(46).

Bu yöntemin popülaritesi giderek azalmıştır. Bunda en büyük etki diyaframın neden olduğu şikayetleri yapmayan, KOK'lerin ve RİA'nın bulunmasıdır(46).

Diyaframın Olumlu Yönleri:

- Serviks kanserini önleyebilir.
- Sistemik bir etkisi yoktur.
- Kadınların genital organlarını tanımalarına yardımcı olur.
- Gebelikten korunma konusunda kontrolü kadına verdiği için özgüvenini artırır.
- Doğru kullanıldığında etkinliği yüksektir.
- CYBH'lere karşı az da olsa koruyuculuğu vardır.
- Başka bir yöntemin kullanımı ertelenmişse iyi bir ara yöntemdir(50,56,64).

Diyaframın Olumsuz Yönleri:

- Uygun boy diyaframın belirlenmesi için pelvik muayene gerekir.
- Yerleştirilmesini öğrenmek zaman alabilir.
- Cinsel ilişkiden sonra en az 6 saat yerinde bırakılması gerekir.
- Her cinsel ilişkide kullanılması gerekir.
- Yeni başlayan kullanıcılar için çıkartılması zor olabilir.
- Her cinsel ilişkiden önce kullanılması gereken spermisit krem yada jel maliyeti artırır.
- Bazı kadınlarda idrar yolu enfeksiyonlarına neden olabilir.
- Cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyebilir(50,56,64).

Diyafram Kullanımının Yan Etkileri:

- Toksik şok sendromu (yüksek ateş, döküntü, bulantı, kusma, diyare, konjunktivit, halsizlik, tansiyon düşüklüğü ve şok)
- İdrar yolu enfeksiyonları
- Kauçuk yada spermisit alerjisi
- Mesane yada rektuma bası uygulandığında ağrı
- 24 saat çıkarılmadığı zaman oluşan vajinal akıntı ve kokudur(50,56).

2.4.3.3. Servikal Başlık (Cap)

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

Kullanıcıların eğitimi çok önemlidir. Etkinliği diyaframa yakındır. 1 yılda gebelik oranı %8,4 ile %19,6 arasında değişir(46).

2.4.3.4. Spermisidler

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

Spermisidler, etkili olabilmeleri için bazı kurallara uyarak kullanılmalıdır:

- Spermisid, servikse olabildiğince yakın yerleştirilmelidir.
- Serviks ve üst vajene dağılması için, koitten önce, önerilen süre kadar beklenilmelidir.
- Her koit için bir miktar daha spermisid uygulanmalıdır.
- Koitten en az 6 saat sonrasına kadar duş alınmamalıdır.

Etkinliği; bu spermisidin kolay veya zor kullanılabilirliğine ve çiftin bunu düzenli olarak her koitte kullanma motivasyonuna bağlı olarak değişir. 1 yılda başarısızlık oranı köpük suppozituar için %0,3 iken, köpük için %31 civarındadır(46).

2.4.4. Cerrahi Kontrasepsiyon

Gönüllü cerrahi sterilizasyon (kadında tüp ligasyonu ve erkeklerde vazektomi) bütün dünyada kabul edilen ve giderek yaygınlaşan bir aile planlaması yöntemidir. Başka çocuk istemeyen ve doğurganlıklarını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir(50).

2.4.4.1. Kadında Cerrahi Sterilizasyon (Tüp Ligasyonu)

Tüp ligasyonunda her iki tüp mekanik yolla kapatılır(50). Böylece sperm ve yumurtanın birleşmesi engellenmiş olur(65).

Fallop tüplerinin kapatılması laparoskopi, minilaparotomi yada sezeryan veya başka bir ameliyat için yapılan laparotomi kesisi ile yapılır(65).

Tüp Ligasyonun Olumlu Yönleri:

- Kalıcı bir yöntemdir.
- Gebeliği önleme etkisi hemen başlar.
- Cinsel ilişkiyi etkilemez.
- Eşlerin kontrasepsiyon sorununu ortadan kaldırır.
- Korunma için herhangi bir şeyin satın alınmasına yada hatırlanmasına gereksinim göstermez.
- İleri dönemlerde ortaya çıkan yan etkisi yoktur.
- Başarısızlık oranı düşüktür.
- Kısa sürede ve kolay uygulanabilir.
- Çok etkin ve güvenlidir(50,65).

Tüp Ligasyonun Olumsuz Yönleri:

- Operasyon sırasında yada hemen sonrasında kanama ve enfeksiyon riski vardır.
- Operasyonu izleyen birkaç gün kesi yerinde ve alt karında ağrı olur.
- Geri dönüşü zordur ve garanti edilemez. Pahalı ve her merkezde bulunmayan mikro cerrahi tekniklerin uygulanmasını gerektirir.
- Yöntemin başarısızlığı halinde ektopik gebelik oranları yüksektir.
- CYBH'lere karşı koruyuculuğu yoktur.

- Deneyimli cerrah ve ameliyathane, eğitilmiş asistan, ilaç ve cerrahi ekipman gerektirir.
- Uygulama bedeli yapıldığı an için yüksektir, ancak giderler zaman içinde bölündüğünde ucuz bir uygulamadır(50,65).

2.4.4.2. Erkeklerde Cerrahi Sterilizasyon (Vazektomi)

Vas deferenslerin bağlanıp kesilmesi sonucu spermilerin geçişini engelleyen bir yöntemdir(50).

Vazektominin Etki Mekanizması:

Erkek döl hücresi olan sperm, testislerde üretilir ve vas deferens adlı kanal aracılığı ile penise taşınır. Vazektomide vas deferens, skrotuma üst kısımdan girilerek bulunur, kesilir ve bağlanır. Sperm daha ileri geçemez. Erkekler bu küçük cerrahi işleminden sonra da semen üretmeye, aynı cinsel işlev, arzu ve heyecanları yaşamaya devam eder, görünüm ve duyu bakımından aynı kalırlar.

Başarısızlık oranı binde bir kadardır. Gebelikler genellikle vazektomiden hemen sonra görülür. Bu yüzden yöntemi seçenlerin 20 boşalma boyunca ek bir yöntemle korunması gerekir(50,65).

Vazektominin Olumlu Yönleri:

- Çok etkin bir yöntemdir.
- Güvenli bir işlemdir.
- Çift bir daha asla gebelik kaygısı taşımaz.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- Eş uyumuna gereksinim göstermez.
- Ucuzdur.
- Kısa sürede ve kolay uygulanabilir.
- Kadını kontraseptif yöntem kullanma yükünden kurtarır.
- İleri dönemlerde ortaya çıkan yan etkisi yoktur(50,65).

Vazektominin Olumsuz Yönleri:

- İşlem sırasında ve işlemten sonra rahatsızlık olabilir.
- İşlem sonrası ufak bir şişkinlik, skrotum içine kanama (hematom) yada enfeksiyon olasılığı vardır.
- Hemen etkili olmaz.
- Geri döndürülmesi güçtür . Kalıcı bir yöntem olarak kabul edilmelidir.
- Cerrahi deneyim, aseptik ortam, uygun cerrahi donanım gerekir.
- CYBH'lere karşı korumaz(50,65).

2.4.5. Doğal Aile Planlaması

Eşlerin menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerini, doğal olarak görülen belirtilerle saptayarak fertil dönemde cinsel ilişkide bulunmamalarını tanımlayan bir deyimdir. Bu tanımda, kontrasepsiyonun önlenmesinde ilaç, alet veya cerrahi yöntem kullanılmaz, fertil devrede cinsel temasın olmadığı kesin olarak belirtilmiştir. Günümüzde fertilité ve ovulasyonu saptamada bir takım kimyasal ve hormonal testlerdende yararlanılmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalarda, idrarda LH piki tayini, tükürük yada servikal mukusta eğrelti otu görüntüsü bulunmasının ovulasyon gününü belirlemede etkili olduğu kanıtlanmıştır(53).

- Bazal vücut ısısı takibi
- Servikal mukus takibi
- Servikal palpasyon yöntemi
- Takvim yöntemi
- Geri çekme
- Vajinal yıkama

2.4.5.1. Bazal Vücut Isısı Takibi

Ovulasyondan sonra korpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu, termojenik veya ısı arttırıcıdır.

Vücut ısısını 0,2 °C ile 0,5°C arasında yükseltir ve bir sonraki menstrüasyona kadar yüksek ısıda tutar, termal kayma denilen bu yükseliş, bazal vücut ısısı yönteminin temelini oluşturmaktadır(50,66).

- Ovulasyon dönemi, vücut ısısını izleyerek, saptanabilir. Bazal vücut ısısı sabahları alınmalı ve kaydedilmelidir.
- Menstrüel kanamanın ilk gününden, ısı artışının saptanması 3. günün sonuna dek sürdürülmelidir.
- Siklus boyunca kadın yataktan kalkmadan önce, her sabah ortalama aynı saatte, oral olarak vücut ısısı ölçülmelidir.
- Menstrüel siklusun ilk 10 gününden ölçülen normal ısıların en yükseği belirlenmelidir.
- Belirlenen en yüksek değerin 0,1°C üzerinden bir çizgi çekilir. Bu çizgiye ısı çizgisi denir, infertil dönem, ısı çizgisi üzerinde ard arda gelen üçüncü yüksek ısının kaydedilişinin akşamında başlar(13,50).

2.4.5.2. Servikal Mukus Takibi:

Servikal mukustan, fertil günlerin başlangıcı ve sonu belirlenebilir. Fertil olan her kadın menstrüel siklus süresince servikal mukus niteliğinde değişiklikler hisseder. Servikal mukus yöntemi bu değişikliklerin izlenmesi ve kaydedilmesi temeline dayanır(13,50,58).

Adet kanaması sonrası birkaç gün, çoğu kadında hiç mukus gözlenmez ve vajina kuru hissedilir. Bu günlere kuru günler denir. Kuru günlerden sonra tipik olarak yapışkan, koyu kıvamlı ve pürtüklü mukus hissedilmeye başlanır. Rengi sonradan beyaza kadar değişebilir. Mukusun miktarı çok az olduğundan, kadının vajinal bölgesi kuru yada biraz yapışkan olabilir. Ovulasyon yaklaşırken mukus artar, incilir ve rengi berraklaşır daha elastik ve kaygan olur, çiğ yumurta akına benzeyen bu mukus iki parmak arasında yavaşça uzatılabilir. Bu dönemde çoğu kadın, vajinal bölgesinde ıslaklık hisseder. Mukustaki bu değişim spermilerin ortalama üç, bazen beş güne kadar yaşamasına ve yumurtaya doğru ilerlemesine uygun bir ortam yaratır.

Ovulasyondan sonra artan progesteron düzeyi ile mukus yine değişir, azalır, yapışkan ve pürtüklü olur. Vajina kuru hissedilir. Bu tür mukus, spermilerin birkaç saatten fazla yaşamasını ve hareket etmesini güçleştirir, spermilerin ve zararlı bakterilerin uterusu girmesini önlemeye yardımcı olur.

Bazı kadınların menstrüel sikluslarının geri kalan kısmında ise hiç mukus görülmez. Servikal mukus yönteminde kadın, menstrüel kanamanın bitmesinden

sonra vajinasını her gün kontrol etmeye başlar. Günlük kontrol, kaygan, ince ve bol mukusun son gününden 8-10 gün sonrasına kadar sürdürülür. Mukusta izlenen değişikliklerle, ovulasyonun yakın olduğu veya gerçekleştiği belirlenebilir.

Fertilitenin sona erdiğinden emin olunana kadar mukus niteliği kontrol edilerek kaydedilmelidir. Mukus gün içerisinde değişebileceğinden, kayıtların akşamları yapılması önerilir(13,50,58,66).

2.4.5.3. Servikal Palpasyon Yöntemi

Servikal değişiklikler, kadına fertil günlerin başlangıcı ve bitişi konusunda ek bilgi sağlayabilir. Kadının kendi kendini muayenesi ile serviksin kıvamındaki değişiklikleri izlemesi temeline dayanır(13,58).

Serviks çömelmiş veya ayakta iken palpe edilebilir. Saptanan değişikliklerle fertil dönem tanımlanır. İnfertil (güvenli) dönemde serviks serttir, eksternal serviks os kapalıdır ve kolay ulaşılır. Yaklaşmakta olan ovulasyonla birlikte östrojen düzeyi yükseldikçe serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir ve servikal os açılır. Ovulasyonu hemen izleyen günlerde serviks sertleşir, aşağı iner ve os kapanır, ovulasyondan ortalama 4-5 gün önce yumuşamanın başlama daha belirgin olur, os yavaş yavaş açılır ve palpasyonla servikse daha zor ulaşılır veya hissedilir(13).

Serviksteki ilk değişikliklerin belirlendiği günden, serviksin sert olduğu, kolayca hissedildiği ve os'un kapalı olduğu zamana kadar cinsel ilişkide bulunulmamalıdır.

2.4.5.4. Takvim Yöntemi

Takvim yöntemi, menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için matematiksel formüllere dayanan, geleneksel bir yöntemdir, fertil günlerde çiftin cinsel ilişkiden kaçınılması temeline dayanır(13).

Takvim yönteminin temelleri şunlardır;

- Düzenli menstrüel siklus
- Ovulasyonun, bir sonraki menstrüel periyotdan önceki 12-14. günlerde olacağı varsayımı
- Yumurtanın ovulasyondan sonraki 12-24 saat arasında döllenebileceği varsayımı

- Spermin, kadının vajinal kanalı veya uterusunda yalnızca 24-72 saat canlı kalabileceği varsayımına dayanır.

Fertil dönemin hesaplanması için daha önceki altı menstrüel siklus süresinin bilinmesi gerekir. Altı aylık dönemde kaydedilen en kısa sikludan 18 en uzun sikludan ise 11 çıkartılarak fertil günler belirlenir.

Güvenli bir yöntem değildir. Stres ve hastalık gibi nedenlerle kadının siklus uzunluğunu etkileyebilecek faktörler yapılan hesapların duyarlılığını azaltır(13,50).

2.4.5.5. Geri Çekme

Halk arasında bu yönteme 'Dikkatli olma', 'dışarı boşalma' ve 'azil' gibi pek çok isim verilmiştir. Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organının, ejakülatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak meninin vajina dışına boşaltılmasına dayanan bir yöntemdir(13).

Geri çekme %26.2 ile Türkiye'de en yaygın kullanılan gebelikten korunma yöntemidir(13,66,67).

2.4.5.6. Vajinal Yıkama

Pek çok kadın, vajina duvar ve kanaldaki spermleri yıkayıp atma düşüncesi ile cinsel ilişkiden hemen sonra vajinayı su ile yıkamanın gebeliği önlediğine inanmaktadır. Bu yöntem kontraseptif bir yöntem olarak tamamen etkisizdir, çünkü spermler birkaç saniye içinde servikal mukusu geçebilirler(13,50).

2.4.6. Emzirme İle Gebeliğin Önlenmesi

Her ne kadar kadınlar yüzyıllardır emzirmenin koruyucu bir etkisi olduğunu bilseler de, aile planlaması birimleri emzirmenin bu özelliğini son yıllarda öne çıkarmaya başlamışlardır. Aile planlaması uzmanları İtalya'da Bellagio'da emzirme konusunda yapılan toplantıda Laktasyonel Amenore Metodu olarak adlandırılan bu metoda ilişkin direktifler geliştirmişlerdir. Bu direktiflere bağlılık, menstruasyonun yeniden başlamasına, bebeğin anne sütü dışındaki diğer besinlere geçmesine yada postpartum 6 aya kadar gebeliğe karşı etkin koruma sağlamaktadır. Emzirme sırasında oluşan meme stimülasyonu ovulasyonun baskılanması için yeterlidir. Sık

emzirme yada daha yoğun emzirme koruyucu etkinin sürmesini sağlar, bu yüzden direktifler annelerin tam yada tama yakın emzirmeleri gerektiğinin altını çizmektedir. Anne, belirtildiği şekliyle dikkatle uygularsa, LAM, 6 aya kadar gebeliğe karşı %98 etkin koruma sağlamaktadır. 6 aydan sonra, başka bir aile planlama metodu kullanılmalıdır(68). Avustralya’da yapılan bir çalışma göstermiştir ki bazı vakalarda LAM’ın tek başına korumadaki etkinliği bir yıla kadar sürmektedir(37).

2.4.7. Geleceğin Kontraseptif Yöntemleri

- Erkekler için hap, enjeksiyon, implant
- Cerrahi olmayan vazektomi
- Kadınlar için antifertilite aşısı
- Daha geliştirilmiş bariyer yöntemler

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Afyon il merkezinde yaşayan, 15-49 yaş arası doğurganlık çağında olan, çalışan ve çalışmayan kadınların doğurganlık özellikleri, kontraseptif kullanımını belirlemek, birbirleriyle karşılaştırmak ve etki eden faktörleri değerlendirmek amacıyla, tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Afyon il merkezinde yaşayan 15-49 yaş arası doğurganlık çağında olan, çalışan ve çalışmayan, evli kadınlara uygulanmıştır. Araştırma, Kasım 2007-Mart 2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini; 15-49 yaş arası doğurganlık çağında olan, evli, çalışan ve çalışmayan kadınlar olmak üzere 2 grup oluşturmaktadır.

Çalışan grupta; Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 50 sağlık çalışanı, Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi'nde çalışan ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 50 temizlik personeli, Afyonkarahisar Defterdarlığı'nda çalışan 50 bayan memur yer almaktadır.

Çalışmayan grupta; Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın-Doğum Polikliniği'ne başvuran, herhangi bir işte çalışmayan, ev hanımı olan 150 kadın yer almaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri anket yöntemi ile anketörlerin isimleri alınmadan toplanmıştır. Bu ankette bayanlara sosyodemografik soruları içeren tanıtıcı bilgiler, kadınların kontraseptif kullanımı ve doğurganlık özelliklerini belirleyici sorulardan oluşan anket yöneltilmiş, yüz yüze görüşme yöntemiyle ve bireylerin kendileri tarafından formun doldurulmasıyla uygulanmıştır.

Ankette ilk 10 soru sosyodemografik özelliklerle ilgili, 11-22'e kadar olan sorular doğurganlık özellikleri ile ilgili, 23-24. sorular Aile Planlanması bilgi düzeyi ile ilgili, 25-42'e kadar olan sorular ise, kontraseptif yöntem özellikleri ile ilgili sorulardan oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Tekniği

Anketler, katılımcılardan izin alınarak yapılmıştır. Anket formu uygulanmadan önce anketörlere araştırmanın amacı açıklanmış ve izinleri alındıktan sonra uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS paket programından yararlanılmıştır. Toplanan anketler sonucunda elde edilen veriler, değişkenleri kodlanarak tablolaştırılmıştır. Ankete katılanların sosyodemografik özellikleri ve diğer anket soruları derecelendirilmiştir. İstatistiksel işlemlerde derecelendirilen tabloların frekans ve yüzde dağılımları SPSS paket programından faydalanılarak hesaplanmıştır. Elde edilen ortalamalarda, çalışan ve çalışmayan kadınların yüzde oranları ve frekansları hesaplanmıştır.

Analizde anlamlı fark olup olmadığının anlaşılması için çaprazlama grupları Pearson (Chi-Square) testi uygulanmıştır. Çalışan ve çalışmayan kadınların grup ortalamaları Student-T testi ile karşılaştırılmıştır. İstatistiksel anlamlılık ise, $p < 0,05$ ile tanımlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 1: Kadınların yaş ortalamalarının meslek gruplarına göre dağılımı.

Mesleki Durum	Yaş Durumu				
	N	Ortalama	SS	Min	Maks
Çalışmayan Kadınlar					
Ev hanımı	150	29.71	6.97	18	47
Çalışan Kadınlar					
Memur	50	38.10	4.46	27	48
Temizlik İşçisi	50	35.98	6.50	21	47
Sağlık çalışanı	50	29.80	3.84	23	43
Toplam	150	34.63	6.15	21	48
Toplam	300	32.17	7.01	18	48
	t=-6.482	p=0.000			

Çalışmayan ev hanımı kadınların yaş ortalaması $29,71 \pm 6,97$ iken, çalışan kadınların yaş ortalaması $34,63 \pm 6,15$ 'dir ($t=-6.482$, $p<0.001$ (0.000)). Çalışan kadınların meslek gruplarına göre (memur, temizlik işçisi ve sağlık çalışanı) yaş ortalamalarının dağılımı Tablo 1'de verilmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Yaş gruplarının meslek gruplarına göre frekans ve yüzde dağılımları.

Yaş Durumu		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
		Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi	Sağlık çalışanı		
26 yaş ve altı	f	59	-	3	10	13	72
	%	39.3	-	6.0	20.0	8.7	24.0
27-31 yaş arası	f	32	6	11	27	44	76
	%	21.3	12.0	22.0	54.0	29.3	25.3
32-37 yaş arası	f	35	16	12	12	40	75
	%	23.3	32.0	24.0	24.0	26.7	25.0
38 yaş ve üzeri	f	24	28	24	1	53	77
	%	16.0	56.0	48.0	2.0	35.3	25.7
Toplam	f	150	50	50	50	150	300
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		$X^2=42.54, p<0.001 (0.000)$					

Araştırmaya yaşları 15-49 arasında değişen 300 kadın alınmış, yaş gruplarına göre incelendiğinde;

Tüm kadınların toplamında; %24'ünün 26 yaş ve altı, %25,3'ünün 27-31 yaş arası, %25'inin 32-37 yaş arası, %25,7'sinin 38 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir.

Çalışmayan kadınların %39,3'ü 26 yaş ve altı iken, çalışan kadınların %35,3'ü 38 yaş ve üzeri'dir. Bizim örnekleminizde yaş durumuna göre meslek grupları arasında istatistiksel olarak bir farklılık mevcuttur($X^2=42.54, p<0.001$). (Tablo 2).

Tablo 3. Kadınların eğitim durumunun meslek gruplarına göre dağılımı.

Eğitim Durumu		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
			Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi		
Okur-yazar değil	f	4	-	-	-	-	4
	%	2.7	-	-	-	-	1.3
Okur-Yazar	f	1	-	2	-	2	3
	%	0.7	-	4.0	-	1.3	1.0
İlköğretim	f	118	1	31	-	32	150
	%	78.7	2.0	62.0	-	21.3	50.0
Lise	f	21	8	15	-	23	44
	%	14.0	16.0	30.0	-	15.3	14.7
Yüksekokul	f	6	41	2	50	93	99
	%	4.0	82.0	4.0	100.0	62.0	33.0
Toplam	f	150	50	50	50	150	300
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		$X^2=127.00, p<0.001 (0.000)$ Okur-yazar değil, Okur-yazar ve İlköğretim grupları birleştirildi.					

Çalışan kadınların % 62,0'ı yüksekokul mezunu iken çalışmayan kadınların % 4,0'ü yüksek okul mezunu ve % 82,0'si ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında eğitim durumu farklılığı istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=127,00, p<0,001$).

Çalışan kadınlar arasında eğitim durumu karşılaştırıldığında; sağlık çalışanlarının %100'ü yüksekokul mezunu; memurların %82'si yüksekokul, %16'sı lise mezunu; temizlik işçisinin %62'si ilköğretim mezunu olduğu bulunmuştur(Tablo 3).

Tablo 4. Kadınların mesleki durumlarının eş eğitim durumuna göre dağılımı.

Eş Eğitim Durumu		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
		Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi	Sağlık çalışanı		
Okur-Yazar	f	-	-	2	-	2	2
	%	-	-	4.0	-	1.3	.7
İlköğretim	f	83	3	24	-	27	110
	%	55.3	6.0	48.0	-	18.0	36.7
Lise	f	50	12	21	5	38	88
	%	33.3	24.0	42.0	10.0	25.3	29.3
Yüksekokul	f	17	35	3	45	83	100
	%	11.3	70.0	6.0	90.0	55.3	33.3
Toplam	f	150	50	50	50	150	300
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		$X^2=71,23, p<0.001 (0.000)$					
		Okur-yazar ve İlköğretim grupları birleştirildi.					

Çalışan kadınların çoğunluğunun (%55,3) eşlerinin eğitim durumu yüksekokul veya fakülte mezunu iken çalışmayan kadınların % 55,3'ünün eşleri ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahiptir ($X^2=71,23, p<0,001$).

Çalışan kadınlar arasında eş eğitim durumu karşılaştırıldığında; sağlık çalışanlarının %90'ı yüksekokul mezunu; memurların %70'i yüksekokul, %24'ü lise mezunu; temizlik işçisinin %48'i ilköğretim, %42'si lise mezunu olduğu bulunmuştur(Tablo 4).

Tablo 5. Gelir durumlarının, kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı.

Gelir Durumu		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
		Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi	Sağlık çalışanı		
500 YTL'nin altında	f	58	1	20	-	21	79
	%	38.7	2.0	40.0	-	14.0	26.3
500-1000 YTL arası	f	52	2	24	1	27	79
	%	34.7	4.0	48.0	2.0	18.0	26.3
1000-1500 YTL arası	f	30	16	4	19	39	69
	%	20.0	32.0	8.0	38.0	26.0	23.0
1500 YTL üzeri	f	10	31	2	30	63	73
	%	6.7	62.0	4.0	60.0	42.0	24.3
Toplam	f	150	50	50	50	150	300
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		$X^2=64,89, p<0,001 (0.000)$					

Tüm kadınların toplamında; %26,3'ünün 500 YTL'nin altında, %26,3'ünün 500-1000 YTL arası, %23'ünün 1000-1500 YTL arası, %24,3'ünün 1500 YTL üzeri gelire sahip oldukları görülmektedir.

Çalışmayan kadınların %38,7'si 500 YTL'nin altında gelire sahip olduğu görülürken, çalışan kadınların %42'si 1500 YTL üzeri gelire sahiptir. Gelir durumuna göre meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($X^2=64,89, p<0,001$)(Tablo 5).

Tablo 6. İlk evlilik yaşının kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı.

Mesleki Durum	İlk Evlilik Yaşı				
	N	Ortalama	SS	Min	Maks
Çalışmayan Kadınlar					
Ev hanımı	150	19.53	3.41	14	32
Çalışan Kadınlar					
Memur	50	23.30	3.69	15	32
Temizlik İşçisi	50	18.48	3.23	14	34
Sağlık çalışanı	50	25.42	3.02	19	34
Toplam	150	22.40	4.41	14	34
Toplam	300	20.96	4.19	14	34
t=-6.317, p<0.001 (0.000)					

Tüm kadınların toplamında; ortalama ilk evlilik yaşının $20,96 \pm 4,19$ olduğu görülmektedir (min=14, maks=34).

Çalışmayan kadınların ortalama ilk evlilik yaşı $19,53 \pm 3,41$ (min=14, maks=32) iken, çalışan kadınlarda ortalama ilk evlilik yaşı $22,40 \pm 4,41$ (min=14, maks=34)'dir.

Çalışan kadınlar arasında en geç evlenen sağlık çalışanı olarak bulunmuştur ($25,42 \pm 3,02$). En erken evlenen ise temizlik işçisi olarak bulunmuştur ($18,48 \pm 3,23$) (Tablo 6).

4.2.Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 7. İlk gebelik yaşının, kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı.

Mesleki Durum	İlk Gebelik Yaşı				
	N	Ortalama	SS	Min	Maks
Çalışmayan Kadınlar					
Ev hanımı	144	20.41	3.56	14	32
Çalışan Kadınlar					
Memur	50	24.86	3.99	16	33
Temizlik İşçisi	49	19.86	3.20	16	34
Sağlık çalışanı	34	26.53	2.96	20	34
Toplam	133	23.44	4.45	16	34
Toplam	277	21.87	4.28	14	34
t=-6.291, p<0.001 (0.000)					

Tüm kadınların toplamında; ortalama ilk gebelik yaşının $21,87 \pm 4,28$ olduğu görülmektedir (min=14, maks=34).

Çalışmayan kadınların ortalama ilk gebelik yaşı $20,41 \pm 3,56$ (min=14, maks=32) iken, çalışan kadınların ortalama ilk gebelik yaşı $23,44 \pm 4,45$ (min=16, maks=34)'dir.

Çalışan kadınlar arasında en geç gebe kalan grup sağlık çalışanı olarak bulunmuştur ($26,53 \pm 2,96$). En erken gebe kalan grup temizlik işçisi olarak bulunmuştur ($19,86 \pm 3,20$) (Tablo 7).

Tablo 8. Ortalama gebelik sayısının, kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı.

Mesleki Durum	Ortalama Gebelik Sayısı				
	N	Ortalama	SS	Min	Maks
Çalışmayan Kadınlar					
Ev hanımı	144	2.85	1.66	1	10
Çalışan Kadınlar					
Memur	50	2.54	1.34	1	6
Temizlik İşçisi	49	3.27	1.87	1	9
Sağlık çalışanı	34	1.47	0.93	1	4
Toplam	133	2.54	1.63	1	9
Toplam	277	2.70	1.65	1	10
t=1.623, p>0.05 (0.106)					

Tüm kadınların toplamında; ortalama gebelik sayısının $2,70 \pm 1,65$ olduğu görülmektedir (min=1, maks=10).

Çalışmayan kadınların ortalama gebelik sayısı $2,85 \pm 1,66$ (min=1, maks=10) iken, çalışan kadınların ortalama gebelik sayısı $2,54 \pm 1,63$ (min=1, maks=9)'dür. Ortalama gebelik sayısına göre meslek grupları arasında istatistiksel bir farklılık bulunamamıştır (t=1.623, p>0.05) (Tablo 8).

Tablo 9. Ortalama doğum sayısının kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı.

Mesleki Durum	Ortalama Doğum Sayısı				
	n	Ortalama	SS	Min	Maks
Çalışmayan Kadınlar					
Ev hanımı	131	2.35	1.09	1	7
Çalışan Kadınlar					
Memur	50	1.82	0.69	1	4
Temizlik İşçisi	49	2.43	1.06	1	5
Sağlık çalışanı	27	1.37	0.74	1	4
Toplam	126	1.96	0.95	1	5
Toplam	257	2.16	1.04	1	7
t=3.063, p<0.01 (0.002)					

Tüm kadınların toplamında; ortalama doğum sayısının $2,16 \pm 1,04$ olduğu görülmektedir (min=1, maks=7).

Çalışmayan kadınların ortalama doğum sayısı $2,35 \pm 1,09$ (min=1, maks=7) iken, çalışan kadınların ortalama doğum sayısı $1,96 \pm 0,95$ (min=1, maks=5)'dir (Tablo 9).

Tablo 10. Ortalama yaşayan çocuk sayısının, kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı.

Mesleki Durum	Ortalama Yaşayan Çocuk Sayısı				
	n	Ortalama	SS	Min	Maks
Çalışmayan Kadınlar					
Ev hanımı	131	2.18	0.94	1	4
Çalışan Kadınlar					
Memur	50	1.82	0.63	1	4
Temizlik İşçisi	49	2.27	0.88	1	5
Sağlık çalışanı	27	1.37	0.74	1	4
Toplam	126	1.90	0.83	1	5
Toplam	257	2.04	0.90	1	5
t=2.519, p<0.05 (0.012)					

Tüm kadınların toplamında; ortalama yaşayan çocuk sayısının $2,04 \pm 0,90$ olduğu görülmektedir (min=1, maks=5).

Çalışmayan kadınların ortalama yaşayan çocuk sayısı $2,18 \pm 0,94$ (min=1, maks=4) iken, çalışan kadınların ortalama yaşayan çocuk sayısı $1,90 \pm 0,83$ (min=1, maks=5)'dir.

Çalışan kadınlar arasında ortalama yaşayan çocuk sayısı incelendiğinde; sağlık çalışanı $1,37 \pm 0,74$ (min=1, maks=4), memurlar $1,82 \pm 0,63$ (min=1, maks=4), temizlik işçisi $2,27 \pm 0,88$ (min=1, maks=5) olarak bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 11. Ortalama ideal çocuk sayısının kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı.

Mesleki Durum	Ortalama İdeal Çocuk Sayısı				
	n	Ortalama	SS	Min	Maks
Çalışmayan Kadınlar					
Ev hanımı	150	2.45	0.72	1	4
Çalışan Kadınlar					
Memur	50	2.02	0.38	1	3
Temizlik İşçisi	50	2.50	0.68	1	4
Sağlık çalışanı	50	2.32	0.65	1	4
Toplam	150	2.28	0.61	1	4
Toplam	300	2.36	0.67	1	4
t=2.158, p<0.05 (0.032)					

Tüm kadınların toplamında; ortalama ideal çocuk sayısının $2,36 \pm 0,67$ olduğu görülmektedir (min=1, maks=4).

Çalışmayan kadınların ortalama ideal çocuk sayısı $2,45 \pm 0,72$ (min=1, maks=4) iken, çalışan kadınların ortalama ideal çocuk sayısı $2,28 \pm 0,61$ (min=1, maks=4)'dir.

Çalışan kadınlar arasında ortalama ideal çocuk sayısına bakıldığında; sağlık çalışanı $2,32 \pm 0,65$ (min=1, maks=4), memurlar $2,02 \pm 0,38$ (min=1, maks=3), temizlik işçisi $2,50 \pm 0,68$ (min=1, maks=4) olduğu görülmektedir (Tablo 11).

Tablo 12. Düşük durumunun, Kürtaj durumunun, Çocukların isteyerek olma durumunun ve Başka çocuk isteme durumunun kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı.

Düşük		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
			Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi		
Var	f	39	12	21	4	37	76
	%	26.0	24.0	42.0	8.0	24.7	25.3
Yok	f	111	38	29	46	113	224
	%	74.0	76.0	58.0	92.0	75.3	74.7
		X ² =0.08, p>0.05 (0.791) : Çalışan-Çalışmayan X ² =15.37, p<0.01 (0.002) : Tüm meslek grupları					
Kürtaj							
Var	f	27	12	17	4	33	60
	%	18.0	24.0	34.0	8.0	22.0	20.0
Yok	f	123	38	33	46	117	240
	%	82.0	76.0	66.0	92.0	78.0	80.0
		X ² =0.75, p>0.05 (0.386) : Çalışan-Çalışmayan X ² =11.50, p<0.01 (0.009) : Tüm meslek grupları					
Çocuklar İsteyerek mi Oldu?							
Evet	f	119	49	48	26	123	242
	%	90.8	98.0	98.0	96.3	97.6	94.2
Hayır	f	12	1	1	1	3	15
	%	9.2	2.0	2.0	3.7	2.4	5.8
		Beklenen değer 5'in altında olduğu için X ² uygulanmamıştır.					
Başka Çocuk İstiyor musunuz?							
Evet	f	53	7	11	28	46	99
	%	35.3	14.0	22.0	56.0	30.7	33.0
Hayır	f	97	43	39	22	104	201
	%	64.7	86.0	78.0	44.0	69.3	67.0
		X ² =0.74, p>0.05 (0.390) : Çalışan-Çalışmayan X ² =23.23, p<0.001 (0.000) : Tüm meslek grupları					

Düşük durumunun, kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı incelendiğinde;

Tüm kadınların toplamında; %74,7'sinde düşük yok, %25,3'ünde düşük var olduğu görülmektedir.

Çalışmayan kadınların %26'sında düşük var iken, çalışan kadınların %24,7'sinde düşük vardır. Tabloda, tüm meslek grupları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş(X²=15.37, p<0.01),

çalışan ve çalışmayan gruplar karşılaştırıldığında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır($X^2=0.08$, $p>0.05$).

Çalışan kadınlar arasında sağlık çalışanının %8'inde, memurların %24'ünde, temizlik işçisinin %42'sinde düşük var olduğu bulunmuştur.

Kürtaj durumunun, kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı incelendiğinde;

Tüm kadınların toplamında; %80'inde kürtaj yok, %20'sinde kürtaj var olduğu görülmektedir.

Çalışmayan kadınların %18'inde kürtaj var iken, çalışan kadınların %22'sinde kürtaj vardır. Tabloda, tüm meslek grupları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş($X^2=11.50$, $p<0.01$), çalışan ve çalışmayan gruplar karşılaştırıldığında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır($X^2=0.75$, $p>0.05$).

Çalışan kadınlar arasında sağlık çalışanının %8'inde, memurların %24'ünde, temizlik işçisinin %34'ünde kürtaj var olduğu bulunmuştur.

Çocukların isteyerek olma durumlarının, kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı incelendiğinde;

Tüm kadınların toplamında; %94,2'sinin çocuklarının isteyerek, %5,8'inin çocuklarının istemeyerek olduğu görülmektedir.

Çalışmayan kadınların %9,2'sinin çocuklarının istemeyerek olduğu görülürken, çalışan kadınların %2,4'ünün istemeyerek olduğu görülmektedir.

Başka çocuk isteme durumunun, kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı incelendiğinde;

Tüm kadınların toplamında; %33'ünün başka çocuk istediği görülmekte, %67'sinin başka çocuk istemediği görülmektedir.

Çalışmayan kadınların %35,3'ü başka çocuk istemekte iken, çalışan kadınların %30,7'si başka çocuk istemektedir. Tabloda, tüm meslek grupları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak bir farklılık mevcuttur($X^2=23.23$, $p<0.001$), çalışan ve çalışmayan gruplar karşılaştırıldığında ise farklılık bulunamamıştır($X^2=0.74$, $p>0.05$).

Çalışan kadınlar arasında sağlık çalışanının %56'sının, memurların %14'ünün, temizlik işçisinin %22'sinin başka çocuk istediği görülmektedir(Tablo 12).

Çalışan kadınlar tümü (%100) aile planlamasını önceden duymuş, fakat çalışmayan 150 ev hanımından 11'i (%7,3) aile planlamasını duymadığını belirtmiştir.

4.3.Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanma Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 13. Kontraseptif yöntem kullanan ve kullanmayan kadınların meslek gruplarının karşılaştırılması.

	Kontraseptif Yöntem Kullananlar		Kontraseptif Yöntem Kullanmayanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Mesleki Durum						
Çalışmayan Kadınlar						
Ev hanımı	113	75.3	37	24.7	150	100.0
Çalışan Kadınlar						
Memur	47	94.0	3	6.0	50	100.0
Temizlik İşçisi	46	92.0	4	8.0	50	100.0
Sağlık çalışanı	37	74.0	13	26.0	50	100.0
Toplam	130	86.7	20	13.3	150	100.0
Toplam	243	81.0	57	19.0	300	100.0
	$X^2=6.26, p<0.05 (0.012)$					

Kontraseptif yöntem kullananlar arasında, çalışmayan kadınların %75.3'ü, çalışan kadınların %86.7'si yöntem kullanıyor.

Kontraseptif yöntem kullanmayanlar arasında, çalışmayan kadınların %24.7'si, çalışan kadınların %13.3'ü yöntem kullanmıyor.

Çalışan kadınlar arasında %94 ile memurlar 1. sırada, %92 ile temizlik işçisi 2. sırada, %74 ile sağlık çalışanı 3. sırada yöntem kullanıyor.

Çalışan kadınlar arasında %26 ile yöntem kullanmayan grup sağlık çalışanıdır.

Kontraseptif yöntem kullanan ve kullanmayan kadınların meslek grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($X^2=6.26, p<0.05 (0.012)$)(Tablo 13).

Tablo 14. Katılımcıların kontraseptif yöntem kullanmama nedenleri.

Kontraseptif Kullanmama Nedenleri	f	%
Çocuk istiyorum	31	54.4
Eşim istemiyor	1	1.8
Sağlığa zararlı buluyorum	1	1.8
Tedavi görüyorum	4	7.0
Diğer(cevap vermeyenler)	20	35.1
Toplam	57	100.0

Kontraseptif kullanmama nedenleri arasında %54.4 ile çocuk istiyorum en yüksek oranda, bu soruya cevap vermeyenler %35.1 oranında, tedavi görmekte olanlar %7 oranındadır (Tablo 14).

Tablo 15. Etkin kontraseptif yöntem kullanan ve etkin olmayan yöntem kullanan kadınların meslek gruplarının karşılaştırılması.

	Etkin Yöntem Kullananlar		Etkin Olmayan Yöntem Kullananlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Mesleki Durum						
Çalışmayan Kadınlar						
Ev hanımı	71	62.8	42	37.2	113	100.0
Çalışan Kadınlar						
Memur	40	85.1	7	14.9	47	100.0
Temizlik İşçisi	33	71.7	13	28.3	46	100.0
Sağlık çalışanı	35	94.6	2	5.4	37	100.0
Toplam	108	83.1	22	16.9	130	100.0
Toplam	179	73.7	64	26.3	243	100.0
	$X^2=12.77, p<0.001 (0.000)$					

Etkin kontraseptif yöntem kullananlar arasında, çalışmayan kadınların %62.8'i, çalışan kadınların %83.1'i etkin yöntem kullanıyor.

Etkin olmayan kontraseptif yöntem kullananlar arasında, çalışmayan kadınların %37.2'si, çalışan kadınların %16.9'u etkin olmayan yöntem kullanıyor.

Çalışan kadınların dağılımına bakıldığında, etkin yöntem kullanan en yüksek grup %94.6 ile sağlık çalışanı, etkin yöntem kullanan en düşük grup %71.7 ile temizlik işçisidir.

Çalışan kadınlar arasında etkin olmayan yöntem kullanan en yüksek grup %28.3 ile temizlik işçisidir.

Etkin kontraseptif yöntem kullanan ve etkin olmayan yöntem kullanan kadınların meslek grupları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($X^2=12.77, p<0.001 (0.000)$)(Tablo 15).

Tablo 16. Kadınların kullandığı kontraseptif yöntemlerin mesleki duruma göre dağılımı.

Kullanılan Yöntem		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
		Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi	Sağlık çalışanı		
Oral kontraseptifler (haplar)	f	9	3	2	11	16	25
	%	8.0	6.4	4.3	29.7	12.3	10.3
RİA	f	28	10	27	7	44	72
	%	24.8	21.3	58.7	18.9	33.8	29.6
Prezervatif (Kondom)	f	24	24	4	16	44	68
	%	21.2	51.1	8.7	43.2	33.8	28.0
Geri çekme	f	42	7	13	2	22	64
	%	37.2	14.9	28.3	5.4	16.9	26.3
Diğer(tüpligasyon)	f	10	3	-	1	4	14
	%	8.8	6.4	-	2.7	3.1	5.8
Toplam	f	113	47	46	37	130	243
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		$X^2=18.97, p<0.001 (0.000)$					
		Diğer ve Geri çekme birleştirildi.					

Kullanılan yöntemlere bakıldığında çalışmayan kadınların % 46,0'sı geri çekme ve diğeri(tüpligasyon) tercih ederken, çalışan kadınlar % 33,8 ile hem RİA hem de kondom'u aynı yüzde ile tercih etmiştir. Çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında kontraseptif yöntem kullanıma göre istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur ($X^2=18,97, p<0,001$).

Çalışan kadınların kullandığı yöntemlere bakıldığında; sağlık çalışanlarının %43,2 ile, memurların %51,1 ile en fazla kondom kullandıkları görülmekte, temizlik işçisi ise en fazla %58,7 ile RİA'yı tercih ettiği görülmektedir(Tablo 16).

Tablo 17. Kadınların kullandığı kontraseptif yöntemlerin eğitim durumuna göre dağılımı.

Kullanılan Yöntem		Eğitim Durumu				Toplam
		Oku-yazar ve değil	İlköğretim	Lise	Yüksekokul	
Oral kontraseptifler (haplar)	f	-	6	6	13	25
	%	-	5.0	16.2	16.5	10.3
RİA	f	2	44	8	18	72
	%	33.33	36.4	21.6	22.8	29.6
Prezervatif (Kondom)	f	1	19	11	37	68
	%	16.67	15.7	29.7	46.8	28.0
Geri çekme	f	3	43	11	7	64
	%	50.00	35.5	29.7	8.9	26.3
Diğer(tüpligasyon)	f	-	9	1	4	14
	%	-	7.4	2.7	5.1	5.8
Toplam	f	6	121	37	79	243
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		$X^2=41,89, p<0.001 (0.000)$				
		Diğer ve Geri çekme birleştirildi.				
		Okur-yazar değil, Okur-yazar ve İlköğretim grupları birleştirildi.				

Eğitim durumu ile kullanılan kontraseptif yöntemleri karşılaştırdığımızda, ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olan kadınların çoğunluğu (% 43,3) geri çekme ve diğer(tüpligasyon) yöntemleri kullandığını belirtirken, yüksekokul veya fakülte mezunu olan kadınların çoğunluğu (%46,8) kondomu tercih etmiştir ($X^2=41,89, p<0,001$) (Tablo 17).

Tablo 18. Kadınların kullandığı kontraseptif yöntemlerin eş eğitim durumuna göre dağılımı.

Kullanılan Yöntem		Eş Eğitim Durumu				Toplam
		Okur-yazar	İlköğretim	Lise	Yüksekokul	
Oral kontraseptifler (haplar)	f	-	5	8	12	25
	%	-	5.4	11.9	14.6	10.3
RİA	f	-	28	30	14	72
	%	-	30.4	44.8	17.1	29.6
Prezervatif (Kondom)	f	-	12	15	41	68
	%	-	13.0	22.4	50.0	28.0
Geri çekme	f	2	40	11	11	64
	%	100.0	43.5	16.4	13.4	26.3
Diğer(tüpligasyon)	f	-	7	3	4	14
	%	-	7.6	4.5	4.9	5.8
Toplam	f	2	92	67	82	243
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		$X^2=55,46, p<0.001 (0.000)$				
		Okur-yazar ve İlköğretim grupları birleştirildi.				
		Diğer ve Geri çekme birleştirildi.				

Kadınların eş eğitim durumu ile kullandıkları kontraseptif yöntemlere bakıldığında eşi yüksekokul veya fakülte mezunu olan kadınlar %50,0 ile kondomu tercih ederken, eşi lise mezunu olan kadınlar % 44,8 ile RİA'yı ve eşi ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde olan kadınların % 52,1'i geri çekme ve diğer(tüpligasyon) yöntemleri tercih etmiştir ($X^2=71,23, p<0,001$) (Tablo 18).

Tablo 19. Kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlerin, gelir durumuna göre dağılımı.

Kullanılan Yöntem		Gelir Durumu				Toplam
		500 YTL'nin altında	500-1000 YTL arası	1000-1500 YTL arası	1500 YTL üzeri	
Oral kontraseptifler (haplar)	f	5	3	10	7	25
	%	7.9	4.9	17.5	11.3	10.3
RİA	f	18	31	10	13	72
	%	28.6	50.8	17.5	21.0	29.6
Prezervatif (Kondom)	f	9	6	24	29	68
	%	14.3	9.8	42.1	46.8	28.0
Geri çekme	f	25	19	12	8	64
	%	39.7	31.1	21.1	12.9	26.3
Diğer(tüpligasyon)	f	6	2	1	5	14
	%	9.5	3.3	1.8	8.1	5.8
Toplam	f	63	61	57	62	243
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		$X^2=51,74, p<0.001 (0.000)$				
		Diğer ve Geri çekme birleştirildi.				

Kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlerin, gelir durumuna göre dağılımı incelendiğinde; gelir düzeyi yüksek olanlar %46,8 ile kondomu tercih etmekte, geliri 1000-1500 YTL arası olanlar %42,1 ile yine kondomu tercih etmekte, geliri 500-1000 YTL arası olanlar %50,8'le RİA'yı, en az gelire sahip olanlar %49,2 ile geri çekme ve diğer(tüpligasyon) yöntemlerini kullanmaktadırlar. Kontraseptif yöntem ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($X^2=51,74, p<0.001$) (Tablo 19).

Tablo 20. Kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlerin, kullandığı süre (yıl olarak) durumuna göre dağılımı.

Kullanılan Yöntem	Ne Kadar Yıl Süredir Kullandığı				
	n	Ortalama	SS	Min	Maks
Oral kontraseptifler (haplar)	25	2.57	3.00	0.1	10
RIA	72	5.92	4.95	0.1	25
Prezervatif (Kondom)	68	5.90	5.84	0.1	26
Geri çekme	64	5.20	4.83	0.1	20
Diğer(tüpligasyon)	14	2.76	3.13	0.1	11
Toplam	243	5.20	5.04	0.1	26
	Ne Kadar Yıl Süredir Kullandığı / (Yaş-İlk Gebelik Yaşı)				
Oral kontraseptifler (haplar)	19	0.35	0.32	0.01	1.33
RIA	72	0.48	0.36	0.01	2
Prezervatif (Kondom)	60	0.71	0.52	0.03	3
Geri çekme	60	0.54	0.44	0.02	2.33
Diğer(tüpligasyon)	14	0.19	0.17	0.01	0.61
Toplam	225	0.53	0.44	0.01	3

Yukarıdaki tabloda kontraseptif yöntemlerin ne kadar süredir kullanıldığı görülmektedir. Verilen değerlerin yanıltıcı olmaması için bu süre, şimdiki yaş ve ilk gebelik yaşı arasındaki farka normalize edilmiştir. Böylece yeni evlenmiş biri ile 20 yıllık evli bir kadının verdiği cevapların yanıltıcılığı önlenmiş olur. Görüldüğü gibi 0.71 yıl (8.5 ay) sürekli kullanıma sahip kondom, daha sonra geriçekme ve ria gelmektedir(Tablo 20).

Tablo 21. Kadınların mesleki durumlarının, kontraseptif yöntem yakınma durumlarına göre dağılımı.

Yakınma Var mı?		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
		Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi	Sağlık çalışanı		
Evet	f	28	4	17	7	28	56
	%	24.8	8.5	37.0	18.9	21.5	23.0
Hayır	f	85	43	29	30	102	187
	%	75.2	91.5	63.0	81.1	78.5	77.0
Toplam	f	113	47	46	37	130	243
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		$X^2=0.36, p>0.05 (0.550)$: Çalışan-Çalışmayan $X^2=11.17, p<0.05 (0.011)$: Tüm meslek grupları					

Tüm kadınların toplamında; %23'ünde yakınma var, %77'sinde yakınma yok olduğu görülmektedir.

Çalışmayan kadınların %24,8'inde yakınma var iken, çalışan kadınların %21,5'inde yakınma vardır.Tabloda, tüm meslek grupları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş($X^2=11.17, p<0.05$), çalışan ve çalışmayan gruplar karşılaştırıldığında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır($X^2=0.36, p>0.05$).

Çalışan kadınlar arasında sağlık çalışanının %18,9'unda, memurların %8,5'inde, temizlik işçisinin %37'sinde yakınma var olduğu bulunmuştur(Tablo 21).

Tablo 22. Kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlerin, yakınma nedenlerine göre dağılımı.

Kullanılan Yöntem		Yakınma Nedenleri				
		Kanama	Sancı	Kilo alma	Sıkıntı	Toplam
Oral kontraseptifler (haplar)	f	3	-	5	2	10
	%	30.0	-	50.0	20.0	100.0
RİA	f	13	9	1	5	28
	%	46.4	32.1	3.6	17.9	100.0
Prezervatif (Kondom)	f	1	2	-	-	3
	%	33.3	66.7	-	-	100.0
Geri çekme	f	-	2	-	1	3
	%	-	66.7	-	33.7	100.0
Diğer(tüpligasyon)	f	1	-	1	-	2
	%	50.0	-	50.0	-	100.0
Toplam	f	18	13	7	8	46
	%	39.1	28.3	15.2	17.4	100.0

Kadınların kullandığı kontraseptif yöntemlerin, yakınma nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde; tablodan önemli olarak, Oral kontraseptiflerin % 50 ile kilo almaya neden olduğu ve RİA'nın % 46.4 ile kanamaya sebebiyet verdiği görülmektedir(Tablo 22).

Tablo 23. Kadınların daha önce başka yöntem kullanıp kullanmama durumlarının, mesleki durumlarına göre dağılımı.

Daha Önce Başka bir Yöntem Kullandınız mı?		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
			Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi		
Evet	f	88	29	34	23	86	174
	%	58.7	58.0	68.0	46.0	57.3	58.0
Hayır	f	62	21	16	27	64	126
	%	41.3	42.0	32.0	54.0	42.7	42.0
Toplam	f	150	50	50	50	150	300
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		$X^2=0.06, p>0.05 (0.815)$: Çalışan-Çalışmayan $X^2=5.04, p>0.05 (0.169)$: Tüm meslek grupları					

Tüm kadınların toplamında; %58'i daha önce başka yöntem kullanmakta, %42'si daha önce başka yöntem kullanmamaktadır.

Çalışmayan kadınların %58,7'si daha önce başka yöntem kullanmakta iken, çalışan kadınların %57,3'ü daha önce başka yöntem kullanmaktadır. Örneklemimizde, daha önce başka bir yöntem kullanma durumuna göre, meslek grupları arasında istatistiksel bir farklılık bulunamamıştır($p>0.05$) (Tablo 23).

Tablo 24. Kadınların daha önce kullandıkları yöntemlerin, mesleki durumlarına göre dağılımı.

Daha Önce Kullanılan Yöntem		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
			Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi		
Oral kontraseptifler (haplar)	f	18	3	5	11	19	37
	%	20.5	10.3	14.7	47.8	22.1	21.3
RİA	f	22	14	7	2	23	45
	%	25.0	48.3	20.6	8.7	26.7	25.9
Prezervatif (Kondom)	f	21	5	8	5	18	39
	%	23.9	17.2	23.5	21.7	20.9	22.4
Geri çekme	f	19	7	14	3	24	43
	%	21.6	24.1	41.2	13.0	27.9	24.7
Diğer(implantlar ve laktasyonel amenore metodu)	f	8	-	-	2	2	10
	%	9.1	-	-	8.7	2.3	5.7
Toplam	f	88	29	34	23	86	174
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		$X^2=0.276, p>0.05 (0.964)$: Çalışan-Çalışmayan $X^2=30.10, p<0.01 (0.003)$: Tüm meslek grupları Geri çekme ve Diğer birleştirilmiştir.					

Tüm kadınların; %25,9'u RİA, %24,7'si geri çekme, %22,4'ü prezervatif, %21,3'ü oral kontraseptifler, %5,7'si diğer (implantlar ve laktasyonel amenore metodu) yöntemlerini daha önce kullanmışlardır.

Çalışmayan kadınların %25'i RİA, %23,9'u prezervatif yöntemlerini daha önceden kullanırken, çalışan kadınların %27,9'u geri çekme, %26,7'si RİA yöntemlerini daha önce kullanmışlardır. Tabloda, tüm meslek grupları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş($X^2=30.10, p<0.01$), çalışan ve çalışmayan gruplar karşılaştırıldığında ise, anlamlı bir fark bulunamamıştır($X^2=0.276, p>0.05$).

Çalışan kadınlar arasında sağlık çalışanları %47,8 ile oral kontraseptifler, memurlar %48,3 ile RİA, temizlik işçileri ise %41,2 ile geri çekme yöntemlerini daha önce kullanmışlardır(Tablo 24).

Tablo 25. Kadınların yöntem değiştirme nedenlerinin, mesleki durumlarına göre dağılımı.

Yöntemi Değiştirme Nedeni		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
		Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi	Sağlık çalışanı		
Kanama	f	12	5	4	2	11	23
	%	13.6	17.2	11.8	8.7	12.8	13.2
Sancı	f	1	2	1	-	3	4
	%	1.1	6.9	2.9	-	3.5	2.3
Sıkıntı	f	2	5	3	1	9	11
	%	2.3	17.2	8.8	4.3	10.5	6.3
Eşim istemiyor	f	11	1	10	2	13	24
	%	12.5	3.4	29.4	8.7	15.1	13.8
Kilo alma	f	1	-	2	1	3	4
	%	1.1	-	5.9	4.3	3.5	2.3
Bulantı-kusma	f	2	-	-	2	2	4
	%	2.3	-	-	8.7	2.3	2.3
Gebe kalma	f	19	5	9	7	21	40
	%	21.6	17.2	26.5	30.4	24.4	23.0
Çevreden etkilenme	f	40	11	5	8	24	64
	%	45.5	37.9	14.7	34.8	27.9	36.8
Toplam	f	88	29	34	23	86	174
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		Beklenen değerler birçok grup için 5'in altında olduğu için X ² uygulanmamıştır.					

Tüm kadınların toplamında; yöntem değiştirme nedeni ilk sırada %36,8 ile çevreden etkilenme, %23 ile gebe kalma 2.sırada, %13,8 ile eşim istemiyor 3.sırada yer almaktadır.

Çalışan kadınların yöntem değiştirme nedeni, %27,9 ile çevreden etkilenme 1.sırada, %24,4 ile gebe kalma 2.sırada, %15,1 ile eşim istemiyor 3.sırada yer alırken; çalışmayan %45,5'i çevreden etkilenme ile 1.sırada, %21,6'sı gebe kalma ile 2.sırada, %13,6'sı kanama ile 3.sırada yer almaktadır.

Çalışan kadınlar arasında sağlık çalışanlarının yöntem değiştirme nedeni, %34,8 ile çevreden etkilenme, %30,4 ile gebe kalma; memurların %37,9 ile çevreden etkilenme, %17,2 ile kanama ve aynı yüzdellelikle sıkıntı, gebe kalma; temizlik işçilerinin ise %29,4 ile eşim istemiyor, %26,5 ile gebe kalma yer almaktadır(Tablo 25).

Tablo 26. Kadınların yönetime eşiyile birlikte karar verme durumunun, mesleki duruma göre dağılımı.

Yönteme Eşiyile Birlikte mi Karar Verdi?		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
			Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi		
Evet	f	116	42	49	38	129	245
	%	84.7	87.5	98.0	86.4	90.8	87.8
Hayır	f	21	6	1	6	13	34
	%	15.3	12.5	2.0	13.6	9.2	12.2
Toplam	f	137	48	50	44	142	279
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		X ² =2.48, p>0.05 (0.115) : Çalışan-Çalışmayan					
		X ² =6.20, p>0.05 (0.102) : Tüm meslek grupları					

Tüm kadınların toplamında; %87,8'i yönetime eşiyile birlikte karar vermiş, %12,2'si birlikte karar vermemiştir.

Çalışmayan kadınların %84,7'si yönetime birlikte karar verirken, çalışan kadınların %90,8'i yönetime birlikte karar vermiştir. Yönetime eşiyile birlikte karar verme durumu, mesleki durumla karşılaştırıldığında örnekleme anlamlı bir fark bulunamamıştır(X²=2.48, p>0.05) (Tablo 26).

Tablo 27. Eşin korunmasını isteme durumunun, kadınların mesleki durumuna göre dağılımı.

Eşinizin Korunmasını İstiyor musunuz?		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
		Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi	Sağlık çalışmanı		
Evet	f	74	33	24	28	85	159
	%	49.3	66.0	48.0	56.0	56.7	53.0
Hayır	f	76	17	26	22	65	141
	%	50.7	34.0	52.0	44.0	43.3	47.0
Toplam	f	150	50	50	50	150	300
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		$X^2=1.62, p>0.05 (0.203)$: Çalışan-Çalışmayan $X^2=4.88, p>0.05 (0.180)$: Tüm meslek grupları					

Tüm kadınların %53'ü eşinin korunmasını istiyor, %47'si istemiyor olduğu görülmektedir.

Çalışan kadınların %56,7'si eşinin korunmasını isterken, çalışmayan kadınların %49,3'ü eşinin korunmasını istiyor. Eşin korunmasını isteme durumu, çalışan-çalışmayan ve tüm meslek gruplarına göre karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$) (Tablo 27).

Tablo 28. Kadınların korunma yöntemlerinin düzenli kontrollerini yaptırma durumlarının, mesleki durumlarına göre dağılımı.

Korunma Yöntemlerinin Düzenli Kontrollerini Yaptırdınız mı?		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
		Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi	Sağlık çalışanı		
Evet	f	32	7	30	17	54	86
	%	21.3	14.0	60.0	34.0	36.0	28.7
Hayır	f	118	43	20	33	96	214
	%	78.7	86.0	40.0	66.0	64.0	71.3
Toplam	f	150	50	50	50	150	300
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		$X^2=7.89, p<0.01 (0.005)$: Çalışan-Çalışmayan $X^2=33.91, p<0.001 (0.000)$: Tüm meslek grupları					

Toplamda tüm kadınların %28,7'si korunma yöntemlerinin düzenli kontrollerini yaptırmakta, %71,3'ü kontrollerini yaptırmamaktadır.

Çalışan kadınların %36'sı düzenli kontrollerini yaptırırken, çalışmayan kadınların %21,3'ü kontrollerini yaptırmaktadırlar.

Çalışan kadınlar arasında sağlık çalışanlarının %34'ü, memurların %14'ü, temizlik işçilerinin %60'ı korunma yöntemlerinin düzenli kontrollerini yaptırmaktadırlar (Tablo 28).

Tablo 29. Geleceğe dönük yöntem durumunun, kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı.

Geleceğe Dönük Hangi Yöntem		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
			Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi		
Oral kontraseptifler (haplar)	f	7	3	4	9	16	23
	%	4.7	6.0	8.0	18.0	10.7	7.7
RİA	f	45	13	26	15	54	99
	%	30.0	26.0	52.0	30.0	36.0	33.0
Prezervatif (Kondom)	f	22	23	5	13	41	63
	%	14.7	46.0	10.0	26.0	27.3	21.0
Geri çekme	f	27	3	13	2	18	45
	%	18.0	6.0	26.0	4.0	12.0	15.0
Diğer(yeni bir yöntem isteyenler)	f	49	8	2	11	21	70
	%	32.7	16.0	4.0	22.0	14.0	23.3
Toplam	f	150	50	50	50	150	300
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		X ² =23.07, p<0.001 (0.000) : Çalışan-Çalışmayan					
		X ² =63.36, p<0.001 (0.000) : Tüm meslek grupları					

Geleceğe dönük yöntem seçerken, tüm kadınların %33'ü RİA, %23'ü diğer (yeni bir yöntem isteyenler), %21'i kondomu tercih etmiştir.

Çalışmayan kadınların geleceğe dönük yöntem seçerken %32,7'si diğer (yeni bir yöntem isteyenler), %30'u RİA seçerken; çalışan kadınların %36'sı RİA'yı, %27,3'ü kondomu tercih etmektedir.

Çalışan kadınlar arasında sağlık çalışanlarının %30'u RİA, memurların %46'sı kondom, temizlik işçilerinin %52'si RİA'yı geleceğe yönelik yöntem olarak tercih etmişlerdir(Tablo 29).

Tablo 30. Daha etkili bir korunma yöntemi isteme durumunun, kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı.

Daha Etkili Bir Korunma Yöntemi İster misiniz?		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
			Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi		
Evet	f	86	35	36	30	101	187
	%	57.3	70.0	72.0	60.0	67.3	62.3
Hayır	f	64	15	14	20	49	113
	%	42.7	30.0	28.0	40.0	32.7	37.7
Toplam	f	150	50	50	50	150	300
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		$X^2=3.19, p>0.05 (0.074)$: Çalışan-Çalışmayan $X^2=4.96, p>0.05 (0.175)$: Tüm meslek grupları					

Tüm kadınların %62,3'ü daha etkili bir korunma yöntemi istiyor, %37,7'si istemiyor.

Çalışmayan kadınların %57,3'ü daha etkili bir korunma yöntemi isterken, çalışan kadınların %67,3'ü istiyor. Daha etkili bir korunma yöntemi isteme durumuyla kadınların mesleki durumu karşılaştırıldığında, istatistiksel bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 30).

Tablo 31. En etkili korunma yönteminin kadınların mesleki durumlarına göre dağılımı.

En Etkili Korunma Yöntemi		Mesleki Durum					Toplam
		Çalışmayan	Çalışan			Toplam	
			Ev hanımı	Memur	Temizlik İşçisi		
Oral kontraseptifler (haplar)	f	5	3	2	5	10	15
	%	5.8	8.6	5.6	16.7	9.9	8.0
RİA	f	37	9	20	7	36	73
	%	43.0	25.7	55.6	23.3	35.6	39.0
Prezervatif (Kondom)	f	10	6	2	8	16	26
	%	11.6	17.1	5.6	26.7	15.8	13.9
Geri çekme	f	2	1	2	-	3	5
	%	2.3	2.9	5.6	-	3.0	2.7
Diğer (fikri olmayanlar)	f	32	16	10	10	36	68
	%	37.2	45.7	27.8	33.3	35.6	36.4
Toplam	f	86	35	36	30	101	187
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		X ² =2.21, p>0.05 (0.528) : Çalışan-Çalışmayan Geri Çekme ve Diğer birleştirilmiştir.					

Tüm kadınların toplamında; en etkili korunma yöntemi olarak %39 ile RİA 1.sırada, %36,4 ile diğer (en etkili korunma yöntemi hakkında bir fikri olmayanlar) 2.sırada, %13,9 ile kondom 3.sırada yer almaktadır.

Çalışmayan kadınlarda %43 ile RİA 1.sırada, %37,2 ile diğer (fikri olmayanlar) 2.sırada yer alırken, çalışan kadınlarda %35,6 ile RİA ve diğer (fikri olmayanlar) 1.sırada, %15,8 ile kondom 2.sırada yer almaktadır. Tabloda, çalışan-çalışmayan gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak bir farklılık bulunamamıştır (X²=2.21, p>0.05)

Çalışan kadınlar arasında sağlık çalışanları en etkili korunma yöntemi olarak %33,3 ile diğer (fikri yok), memurlar %45,7 ile diğer (fikri yok) ve temizlik işçisi %55,6 ile RİA tercih etmektedirler (Tablo 31).

5. TARTIŞMA

Araştırmaya katılan kadınların tümünün yaş ortalaması $32\pm 7,01$ olarak bulunmuştur. Çalışan kadınlarda bu oran $34,63\pm 6,15$ ve çalışmayan kadınlarda $29,71\pm 6,97$ yaş ortalaması olarak saptanmıştır(Tablo 1).

Kadınların %24'ünün 26 yaş ve altı, %25,3'ünün 27-31 yaş arası, %25'inin 32-37 yaş arası, %25,7'sinin 38 yaş ve üzeri olduğu bulunmuştur. Çalışmayan kadınların %39,3'ü 26 yaş ve altı iken, çalışan kadınların %35,3'ü 38 yaş ve üzeri olduğu bulunmuştur(Tablo 2).

Kadınların %50'sinin ilköğretim mezunu, %33'ünün yüksekokul mezunu, %14,7'sinin lise mezunu, %1-%1,3'ünün okuryazar ve okuryazar olmayanların oluşturduğu saptanmıştır. Çalışan kadınların %62'si yüksekokul mezunu iken, çalışmayan kadınların %4'ü yüksekokul mezunu ve %82'si ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip oldukları saptanmıştır. Bu sonuçtan, çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında eğitim durumunun farklı olması, istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0.001$). Sağlık çalışanlarının %100'ü yüksekokul mezunu, memurların %82'si yüksekokul mezunu, temizlik işçilerinin %62'si ilköğretim mezunudur. Bu durumda, temizlik işçilerinin çalışan grup içinde olmasına rağmen, eğitim durumlarının düşük olduğu bulunmuştur(Tablo 3).

Kadınların eşlerinin %36,7'si ilköğretim, %33,3'ü yüksekokul, %29,3'ü lise mezunu olduğu bulunmuştur. Çalışan kadınların eşlerinin %55,3'ü yüksekokul mezunu iken, çalışmayan kadınların eşlerinin %55,3'ünün ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu bulunmuştur($p<0.001$). Sağlık çalışanlarının eşlerinin %90'ı yüksekokul, memurların %70'i yüksekokul, temizlik işçilerinin %48'i ilköğretim ve %42'si lise mezunu olarak bulunmuştur. Çalışan kadınların eşlerinin eğitim oranının %55,3'ten daha yüksek çıkması beklenirken, temizlik işçilerinin yüzdelerinin bu oranı etkilediği görülmüştür(Tablo 4).

Mahmoudi'nin 2001 yılı, İzmir'de yaptığı araştırmada, kadınların %17'sinin 24 ve altı, %27,5'inin 25-29, %26'sının 30-34 yaşları arasında ve %29,5'inin 35 ve üstü yaşlardaki kadınlardan oluşmaktadır. Kadınların yaş ortalaması $30,86\pm 6,20$ 'dir. Kadınların %66,5'i ilköğretim mezunu, %27'si orta ve lise mezunu, %2,5'i yüksekokul

mezunu ve %3,5'i okur yazar değildir. Kadınların eşleri %52'si ilkokul, %6'sı yüksekokul eğitim düzeylerine sahiptir(69).

Araştırmamıza katılan kadınların %26,3'ünün 500 YTL'nin altında, %26,3'ünün 500-1000 YTL arası, %24,3'nün 1500 YTL üzeri, %23'ünün 1000-1500 YTL arası gelire sahip oldukları bulunmuştur. Çalışmayan kadınların %38,7'si 500 YTL'nin altında gelire sahipken, çalışan kadınların %42'si 1500 YTL üzeri gelire sahip olduğu bulunmuştur. Gelir durumuna göre meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.001$). 1500 YTL üzeri gelire sahip olanlar, %62 ile memur ve %60 ile sağlık çalışanı olduğu bulunmuştur. Temizlik işçisinin %48 ile 500-1000 YTL arası gelire sahip olduğu saptanmıştır(Tablo 5).

Çelikgün'ün 2007 yılı, İzmir'de yapmış olduğu çalışmasında, katılımcıların %50,8'inin ortalama aylık gelirinin 500 YTL'den az olduğu, %34,4'ünün 500-1000 YTL arasında, %8,9'unun 1000-1500 YTL arasında, %5,7'sinin 1500 YTL üzerinde ortalama aylık gelire sahiptir(70).

Kadınların ortalama ilk evlilik yaşı $20,96\pm 4,19$ olduğu saptanmıştır. İlk evlilik yaşı çalışmayan kadınlarda $19,53\pm 3,41$ çalışan kadınlarda $22,40\pm 4,41$ olarak bulunmuştur. En geç evlenen sağlık çalışanı ($25,42\pm 3,02$), en erken evlenen temizlik işçisi ($18,48\pm 3,23$) olarak bulunmuştur. Bunun sebebi, temizlik işçilerinin sağlık çalışanlarına göre, eğitiminin daha düşük olması ve temizlik işçilerinin bir bölümünün aralıklı çalışıp, devamlı çalışmaması (belli bir dönem çalışmamış, belli bir dönem çalışmış) olarak düşünülebilir. Çalışan kadınların ilk evlilik yaşının daha yüksek olması ($22,40\pm 4,41$), belli statüye geldikten sonra ve çalışmaya başladıktan sonra evliliği düşünmelerinden kaynaklanabilir(Tablo 6).

2003 TNSA sonuçlarına göre kadınlarda ortanca evlenme yaşı 20'dir. Eğitimi olmayan kadınlarda ilk evlenme yaşı 18 iken, lise ve üzeri eğitimi olanlarda ilk evlilik yaşı $24,8$ ile bu yaştan $6,8$ yaş daha büyüktür(71).

Kadınların ortalama ilk gebelik yaşının $21,87\pm 4,28$ olduğu bulunmuştur. Çalışanlarda bu oran $23,44\pm 4,45$ çalışmayanlarda $20,41\pm 3,56$ olarak bulunmuştur. En geç gebe kalan grup sağlık çalışanı ($26,53\pm 2,96$) olarak saptanmıştır. Bunun nedeni, araştırma yapılan yerin üniversite hastanesi olması, dolayısıyla daha aktif bir çalışma hayatı ve daha yoğun çalışma durumu ile ilişkili gebeliği erteleme düşüncesi

olduğu düşünülebilir. En erken gebe kalan grup ise, temizlik işçileri ($19,86\pm 3,20$) olarak bulunmuştur(Tablo 7).

Kadınların ortalama gebelik sayısının $2,70\pm 1,65$ olduğu saptanmıştır. Ortalama gebelik sayısı, çalışmayan kadınlarda $2,85\pm 1,66$ çalışan kadınlarda $2,54\pm 1,63$ olarak bulunmuştur. Ortalama gebelik sayısına göre meslek grupları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p>0.05$). Ortalama gebelik sayısı, temizlik işçisinde $3,27\pm 1,87$ memurlarda $2,54\pm 1,34$ sağlık çalışanında $1,47\pm 0,93$ olarak bulunmuştur(Tablo 8).

Araştırmamıza katılan kadınların ortalama doğum sayısının $2,16\pm 1,04$ olduğu bulunmuştur. Ortalama doğum sayısı, çalışan kadınlarda $1,96\pm 0,95$ çalışmayan kadınlarda $2,35\pm 1,09$ olarak bulunmuştur. Çalışan grupta, en yüksek ortalama doğum sayısı, temizlik işçilerinin doğum sayısıdır($2,43\pm 1,06$) (Tablo 9).

Araştırmaya katılan kadınların ortalama yaşayan çocuk sayısının $2,04\pm 0,90$ olduğu saptanmıştır. Bu oran, çalışanlarda $1,90\pm 0,83$ iken, çalışmayanlarda $2,18\pm 0,94$ olarak bulunmuştur(Tablo 10).

Kadınların ortalama ideal çocuk sayısının $2,36\pm 0,67$ olduğu bulunmuştur. Ortalama ideal çocuk sayısı, çalışanlarda $2,28\pm 0,61$ çalışmayanlarda $2,45\pm 0,72$ olduğu saptanmıştır(Tablo 11).

Süleymanoğlu Mermer, Türkistanlı, Sarper ve Gerçek'in yapmış olduğu araştırmada, kadınların ortalama gebelik sayısı $1,85\pm 0,26$ 'dır. Kadınların toplam canlı doğum ortalaması $1,26\pm 0,16$ 'dır. İdeal çocuk sayısı ise, $1,9\pm 0,06$ 'dır(72).

Araştırmamıza katılan kadınların %74, 7'sinde düşük yok, %25,3'ünde düşük var olduğu bulunmuştur. Çalışmayan kadınların %26'sında düşük var iken, çalışan kadınların %24,7'sinde düşük saptanmıştır. Çalışan ve çalışmayan grupların karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0.05$). Sağlık çalışanlarının %8'inde, memurların %24'ünde, temizlik işçilerinin ise %42'sinde düşük var olduğu bulunmuştur. Temizlik işçilerinde düşük oranı daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi, eğitim seviyelerinin düşük olması ve çalışma koşullarının zorluğu olabilir.

Kadınların %80'ininde kürtaj yok, %20'sinde kürtaj var olduğu saptanmıştır. Çalışmayan kadınların %18'inde kürtaj var iken, çalışan kadınların %22'sinde kürtaj

var olduğu bulunmuştur. Çalışanlar arasında kürtaj oranı en yüksek %34 ile temizlik işçilerinde olduğu görülmüştür.

Kadınların %94,2'si çocuklarını isteyerek, %5,8'i çocuklarını istemeyerek doğurmuş olduğu saptanmıştır. Çalışmayan kadınlarda çocuklarının istemeyerek olma oranı %9,2 olduğu, çalışan kadınlarda %2,4 olduğu bulunmuştur. Bu oranlar bize, kadınların çoğunluğunun çocuklarının isteyerek olduğunu göstermektedir.

Kadınların %33'ünün başka çocuk istediği, %67'sinin başka çocuk istemediği bulunmuştur. Çalışmayan kadınların %35,3'ü başka çocuk istemekte iken, çalışan kadınların %30,7'sinin başka çocuk istediği bulunmuştur. Çalışan ve çalışmayan gruplar arasında istatistiksel bir farklılık bulunamamıştır($p>0.05$). Çalışan kadınlar arasında başka çocuk isteyen en yüksek grup %56 ile sağlık çalışanıdır. Bunun sebebi, sağlık çalışanlarının diğer çalışan gruplara göre daha genç bir kesimi oluşturmalarından kaynaklanmaktadır. Sağlık çalışanlarının %54'ü 27-31 yaş arasındadır(Tablo 12).

Mahmoudi'nin yaptığı çalışmada, kadınların %9'u düşük yaptıklarını belirtmişlerdir. %91'nin düşük yapmadığı görülmüştür. Kadınların %60,5'i daha önce kürtaj yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %89,5'i başka çocuk istemediğini belirtirken, bütünün %10'u başka çocuk istediğini belirtmiştir. Tüm kadınların %94'ü isteyerek doğum yapmış kadınlardan olmasına karşın %5,5'i istemeyerek doğum yapmış kadınlardır(69). İstemeyerek doğum yapma durumu, bizim araştırmamızla uygunluk göstermektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların %81'inin kontraseptif yöntem kullandığı, %19'unun kontraseptif yöntem kullanmadığı saptanmıştır. Çalışan kadınların %86,7'sinin, çalışmayan kadınların %75,3'ünün kontraseptif yöntem kullandığı bulunmuştur. Çalışan kadınlar arasında memurlar %94, temizlik işçileri %92, sağlık çalışanları %74 oranında kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Sağlık çalışanlarının kontraseptif yöntem kullanma yüzdesinin diğerlerine göre az olması, çocuk istemelerinden kaynaklanmaktadır(Tablo 13).

Karaman'ın 2006 yılı Afyonkarahisar'da yaptığı çalışmada, kadınların %84,1'i Aile Planlaması(AP) yöntemi kullanırken, %15,9'u herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. Çalışan kadınların %91,8'i, çalışmayan kadınların %77,1'i AP yöntemi kullanmaktadır(73).

Araştırmaya katılan kadınların kontraseptif kullanmama nedenlerinden, sırasıyla en yüksek oran %54,4 ile “çocuk istiyorum” bulunmuştur. %35,1 ile bu soruyu cevaplamayanlar gelmekte, %7 oranında tedavi görenler sırayı takip etmektedir(Tablo 14).

H. Güler Şahin ve ark.’nın yaptığı bir çalışmada, kırsal kesimden gelen bir grup ile kentte yaşayan kadınların oluşturduğu grupta aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri sırayla %55,2 ve %57,9 eşi ve aile büyüklerinin izin vermemesi, %30 ve %21 günah olduğunu düşündükleri için, %3,4 ve %2,6 kısırlığa neden olabileceğini düşündükleri için, %6,9 ve %5,3 düzensiz kanamaya yol açabileceği için, %3,4 ve %5,3 kasık ağrısı yapabileceği için, %1,1 ve %7,9 kansere yol açabileceğini düşündüğü için yöntemleri kullanmadıkları bildirilmiştir(74).

Araştırmamıza katılan kadınların %73,7’sinin etkin kontraseptif yöntem kullandığı, %26,3’ünün etkin olmayan kontraseptif yöntem kullandığı bulunmuştur. Çalışmayan kadınların %37,2’si, çalışan kadınların %16,9’u etkin olmayan kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Çalışan kadınlar arasında etkin olmayan kontraseptif yöntem kullanan en yüksek grup %28,3 ile temizlik işçileri bulunmuştur. Buradan, kadınların büyük çoğunluğunun etkin kontraseptif yöntemi tercih ettikleri ortaya çıkmaktadır(Tablo 15).

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’na göre, evli kadınların %42,5’i etkili, %28,5’i geleneksel bir yöntem olmak üzere %71’i herhangi bir yöntem kullanmaktadır. En fazla kullanılan geleneksel yöntem geri çekmedir(%26,4). En fazla kullanılan etkili yöntem rahim içi araçtır(RİA) (%20,2) (75).

Araştırmamızdaki bayanların bütününde kullanılan kontraseptif yöntemlerin %29,6 ile RİA 1. sırada, %28 ile kondom 2. sırada, %26,3 ile geri çekme 3. sırada yer aldığı bulunmuştur. Çalışmayan bayanların %46’sı geri çekme ve tüpligasyon tercih ederken, çalışan bayanların %33,8 ile hem RİA, hem de kondomu aynı yüzde ile tercih ettikleri bulunmuştur. Buradan, çalışmayan bayanların geleneksel yöntemlerden geri çekmeyi tercih ettikleri anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarının %43,2 ile, memurların %51,1 ile kondom kullandıkları ve temizlik işçilerinin ise %58,7 ile RİA’yı kullandıkları saptanmıştır(Tablo 16).

Uskun, Öztürk ve arkadaşlarının 2000 yılı, Isparta’da yaptığı bir çalışmada en çok kullanılan yöntem RİA olmakla birlikte (%37,9); geri çekmenin fabrika

çalışanlarınca(%48,4) ve kondomun ise banka çalışanlarınca (%33,3) en fazla kullanılan yöntemler olduğu gözlenmiştir(76).

Takkar N, Goel P. ve arkadaşlarının, Hindistan'da, 2003 yılı yaptığı bir çalışmada, kullanılan kontraseptif yöntemler arasında kondom, en popüler olarak %57,8 oranında ve onun ardından Copper T %24,7 oranında kullanılmaktadır. Hormonal kontrasepsiyon kullanımı %2,6'nın altındadır(77).

Araştırmamıza katılan kadınlardan, ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olan kadınların çoğunluğu %43,3 ile geri çekme ve tüpligasyon yöntemleri kullanırken, yüksekokul mezunu olan kadınların çoğunluğu %46,8 ile kondomu tercih ettiği saptanmıştır. Bu durum bize, kadınların eğitim durumu yükseldikçe etkin kontraseptif yöntem kullanımının arttığını göstermektedir(Tablo 17).

Kadınların eş eğitim durumu incelendiğinde, eşi yüksekokul mezunu olan kadınların %50 ile kondomu kullandıkları, eşi lise mezunu kadınların %44,8 ile RİA, eşi ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde olan kadınların %52,1 ile geri çekme ve tüpligasyonu kullandıkları bulunmuştur. Eş eğitim durumu yükseldikçe, etkin yöntem kullanımının arttığı görülmektedir. Eğitim durumu düşük eşe sahip olan kadınların etkili olmayan yöntem kullandıkları ortaya çıkmaktadır(Tablo 18).

Araştırmamıza katılan kadınlar arasında, gelir düzeyi yüksek olanlar %46,8 ile kondomu, geliri 1000-1500 YTL arası olanlar %42,1 ile yine kondomu, geliri 500-1000 YTL arası olanlar %50,8 ile RİA'yı, en az gelire sahip olanlar %49,2 ile geri çekme ve tüpligasyon yöntemlerini tercih ettikleri belirlenmiştir(Tablo 19).

Schoemaker'in 2002-2003 yılında Endonezya'da yaptığı çalışmasında, fakir kadınların %43'ü modern kontraseptifleri kullanmakta, orta düzeyde olanlar %53 ile ve zengin kadınlar %59 ile bunu takip etmektedirler(78).

Kadınların kontraseptif yöntemleri kullanma sürelerine göre 8,5 ay sürekli kullanıma sahip kondom, sonra geri çekme, sonra da RİA geldiği bulunmuştur(Tablo 20).

Araştırmamızda kadınların %23'ünde kontraseptif yöntem yakınmasının var olduğu, %77'sinde yakınma olmadığı saptanmıştır. Çalışmayan kadınların %24,8'inde yakınma var olduğu, çalışan kadınların %21,5'inde yakınma var olduğu bulunmuştur. Çalışan ve çalışmayan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0.05$). Sağlık çalışanının %18,9'unda, memurların %8,5'inde,

temizlik işçisinin %37'sinde yakınma olduğu saptanmıştır. Meslek gruplarına göre karşılaştırıldığında, anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.05$). Buradan, yakınma en fazla temizlik işçilerinde görülmektedir(Tablo 21).

Araştırmamızda, kadınların kullandığı oral kontraseptiflerin %50 ile kilo almaya neden olduğu ve RİA'nın %46,4 ile kanamaya neden olduğu bulunmuştur(Tablo 22).

Araştırmaya katılan kadınların tümünün %58'inin daha önce başka yöntem kullandığı, %42'sinin daha önce başka yöntem kullanmadığı bulunmuştur. Çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında, daha önce başka yöntem kullanma açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır($p>0.05$) (Tablo 23).

Araştırmadaki çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında, daha önceden yöntem kullanma durumu açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır($p>0.05$). Sağlık çalışanlarının %47,8 ile oral kontraseptifler, memurların %48,3 ile RİA, temizlik işçilerinin %41,2 ile geri çekme yöntemlerini daha önceden kullanmış oldukları bulunmuştur. Buradan, sağlık çalışanlarının eğitilmiş grup olması sebebiyle, oral kontraseptifleri gebeliği önleme açısından ilk olarak kullanıma seçtikleri görülmektedir. Temizlik işçilerinin ise, geleneksel yöntemleri ilk sırada tercih ettikleri görülmektedir(Tablo 24).

Araştırmamıza katılan kadınların, yöntem değiştirme nedenlerinden %36,8 ile çevreden etkilenme'nin, %23 ile gebe kalmanın ilk sıralarda yer aldığı bulunmuştur. Çalışan kadınların %27,9'u çevreden etkilenme, %24,4'ü gebe kalma; çalışmayan kadınların %45,5'i çevreden etkilenme, %21,6'sı gebe kalma nedenleriyle yöntem değiştirdikleri bulunmuştur(Tablo 25).

Mahmoudi'nin çalışmasında, kadınların %20,5'inde yonteme ilişkin yakınmalarının olduğu bulunmuştur. Yakınması olmayan kadınların oranı da %77,5 olarak bulunmuştur. Gebeliği önleyici yöntemlerden yakınan kadınların %39'unda kanama olgusu olduğu belirlenmiştir. Bunu, %22 ile sancı izlemiştir. Gebeliği önleyici yöntem kullananların herhangi bir yöntemi bırakıp başka bir yonteme geçenlerinin oranı %47, yöntem değiştirmemiş ve ilk kullandıkları yonteme devam edenlerin oranı ise %50,5 olarak bulunmuştur(69).

Uskun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, RİA'nın aynı zamanda en çok bırakılan yöntem olduğu tespit edildi.(%43,2) (76).

Araştırmamızdaki kadınların %87,8'inin kontraseptif yöntemle eşleriyle birlikte karar vermiş olduğu, %12,2'sinin birlikte karar vermemiş olduğu bulunmuştur. Çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında, anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p>0.05$) (Tablo 26).

Araştırmamızdaki kadınların %53'ünün eşinin korunmasını istediği, %47'sinin istemediği bulunmuştur. Çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında, istatistiksel bir farklılık bulunamamıştır($p>0.05$) (Tablo 27).

Araştırmamıza katılan kadınların %28,7'sinin korunma yöntemlerinin düzenli kontrollerini yaptırdığı, %71,3'ünün kontrollerini yaptırmadığı bulunmuştur. Çalışan kadınların %36'sının düzenli kontrollerini yaptırdığı, çalışmayan kadınların %21,3'ünün kontrollerini yaptırdığı bulunmuştur. Çalışmayan kadınların düzenli kontrollerini yaptırma durumu oldukça düşüktür ve üzücüdür. Sağlık çalışanlarının %34'ünün, memurların %14'ünün, temizlik işçilerinin ise %60'nın düzenli kontrollerini yaptırdıkları saptanmıştır. Buradan, özellikle memurların korunma yöntemlerinin düzenli kontrollerini ihmal ettikleri görülmektedir(Tablo 28).

Mahmoudi'nin çalışmasında, kadınların gebeliği önleyici yöntemle karar verirken, %87'sinin eşleriyle birlikte, geri kalan %13 oranında kadının yalnızca kendilerinin karar verdikleri görülmüştür. Kadınların %64,5'i eşlerinin korunmasını istediklerini, %34,5'i ise eşlerinden korunma istemediklerini belirtmişlerdir. Kadınların %73'ünün kullandıkları gebeliği önleyici yöntemin düzenli kontrolünü yaptırdıkları görülmüştür, %22,5 oranındaki kadın düzenli kontrol yaptırmadıklarını bildirmişlerdir(69).

Araştırmamıza katılan kadınların geleceğe dönük yöntem seçerken, tüm kadınların %33'ünün RİA, %23'ünün yeni bir yöntem isteyenler, %21'inin kondomu tercih ettiği bulunmuştur. Çalışmayan kadınların %32,7'si yeni bir yöntem isteyenler, %30'u RİA ve çalışan kadınların %36'sı RİA, %27,3'ü kondomu geleceğe dönük tercih ettiği bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının %30'u RİA, memurların %46'sı kondom, temizlik işçilerinin %52'si RİA'yı geleceğe dönük yöntem olarak seçtikleri saptanmıştır. Buradan, kadınların RİA yöntemine güvendikleri düşünülebilir(Tablo 29).

Çalışmamızdaki kadınların %62,3'ünün daha etkili bir korunma yöntemi istediği, %37,7'sinin istemediği bulunmuştur. Çalışan ve çalışmayan gruplar arasında, anlamlı bir farklılık bulunamamıştır($p>0.05$) (Tablo 30).

Araştırmamızdaki kadınların en etkili korunma yöntemi olarak %39 ile RİA'yı, %36,4 ile fikri olmayanlar, %13,9 ile kondomu seçtikleri bulunmuştur. Çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır($p>0.05$). En etkili korunma yöntemi olarak sağlık çalışanlarının %33,3'ünün fikri yok, memurların %45,7'sinin fikri yok, temizlik işçilerinin %55,6'sının RİA'yı tercih ettikleri saptanmıştır(Tablo 31).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, 15-49 yaş çalışan ve çalışmayan kadınlarda kontraseptif kullanımı ve etki eden faktörleri değerlendirmek amacı ile yapılmıştır ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- 1) Araştırma kapsamına alınan 300 evli kadının yaş ortalamasının 32 olduğu saptanmıştır. Çalışan kadınlarda bu oran 34 ve çalışmayan kadınlarda 29,71 olduğu saptanmıştır.
- 2) Çalışan kadınların %62'si yüksekokul mezunu iken, çalışmayan kadınların %4'ü yüksekokul mezunu ve %82'si ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip oldukları saptanmıştır.
- 3) Çalışan kadınların eşlerinin %55,3'ü yüksekokul mezunu iken, çalışmayan kadınların eşlerinin %55,3'ünün ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır.
- 4) Çalışan kadınların %42'si 1500 YTL üzeri gelire sahipken, çalışmayan kadınların %38,7'si 500 YTL'nin altında gelire sahip olduğu saptanmıştır.
- 5) Tüm kadınların ortalama ilk evlilik yaşınının 20,96 olduğu saptanmıştır. Çalışan kadınlarda bu oran 22,40 ve çalışmayan kadınlarda 19,53 olduğu saptanmıştır.
- 6) Kadınların ortalama ilk gebelik yaşınının 21,87 olduğu saptanmıştır. Çalışanlarda bu oran 23,44 ve çalışmayanlarda 20,41 olduğu saptanmıştır.
- 7) Kadınların ortalama gebelik sayısının 2,70 olduğu saptanmıştır. Çalışan kadınlarda bu oran 2,54 ve çalışmayan kadınlarda 2,85 olduğu saptanmıştır.
- 8) Kadınların ortalama doğum sayısının 2,16 olduğu saptanmıştır. Çalışanlarda bu oran 1,96 iken, çalışmayanlarda 2,35 olduğu saptanmıştır.
- 9) Kadınların yaşayan çocuk sayısının ortalaması 2,04 olduğu saptanmıştır. Çalışan kadınlarda bu oran 1,90 iken, çalışmayan kadınlarda 2,18 olduğu saptanmıştır.
- 10) Çalışan kadınların %24,7'sinde düşük var iken, çalışmayan kadınların %26'sında düşük olduğu saptanmıştır. Çalışan kadınlar arasında, temizlik işçilerinde düşük oranı diğerlerine göre, daha yüksek olduğu saptanmıştır(%42).

- 11) Çalışan kadınların %22'sinde kürtaj var iken, çalışmayan kadınların %18'inde kürtaj olduğu saptanmıştır. Çalışanlar arasında en yüksek kürtaj oranı %34 ile temizlik işçilerinde olduğu saptanmıştır ve bu sebeple çalışan tüm kadınların kürtaj yüzdesini etkilediği düşüncesindeyiz.
- 12) Çalışan kadınların %86,7'sinin, çalışmayan kadınların %75,3'ünün kontraseptif yöntem kullandığı saptanmıştır. Çalışan kadınlar arasında diğerlerine göre, sağlık çalışanlarının kontraseptif yöntem kullanma oranı daha azdır(%74). Bunun sebebinin, sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olmayı istemelerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.
- 13) Çalışan kadınların %16,9'unun ve çalışmayan kadınların %37,2'sinin etkin olmayan kontraseptif yöntem kullandığı saptanmıştır.
- 14) Çalışan kadınların %33,8'i hem RİA, hem de kondomu aynı yüzde ile tercih ederken, çalışmayan kadınların %46'sının geri çekme ve tüpligasyon tercih ettiği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %43,2 ile kondom, memurların %51,1 ile yine kondom ve temizlik işçilerinin %58,7 ile RİA'yı kullandıkları saptanmıştır.
- 15) Araştırmaya katılan kadınlardan, ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olan kadınların %43,3 ile geri çekme ve tüpligasyon yöntemi tercih ettiği, yüksekokul mezunu olan kadınların çoğunluğunun %46,8 ile kondomu tercih ettiği saptanmıştır.
- 16) Araştırmaya katılan kadınlardan eşi yüksekokul mezunu olan kadınların %50 ile kondom, eşi ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde olan kadınların %52,1 ile geri çekme ve tüpligasyon tercih ettikleri saptanmıştır. Eş eğitim seviyesi yükseldikçe etkin kontraseptif yöntem kullanımının arttığı saptanmıştır.
- 17) Kadınlar arasında gelir düzeyi yüksek olanların, kondomu tercih ettiği saptanmıştır(%46,8). En az gelire sahip olanların geri çekme ve tüpligasyon yöntemlerini tercih ettikleri saptanmıştır(%49,2). Gelir düzeyi yükseldikçe, etkin kontraseptif kullanma durumunun arttığı saptanmıştır.
- 18) Araştırmamıza katılan kadınların kullandığı oral kontraseptiflerin %50 ile kilo almaya neden olduğu, RİA'nın %46,4 ile kanamaya neden olduğu saptanmıştır.

- 19) Çalışan kadınların %27,9'u çevreden etkilenme, %24,4'ü gebe kalma ve çalışmayan kadınların %45,5'i çevreden etkilenme, %21,6'sı gebe kalma nedenleriyle yöntem değiştirdikleri saptanmıştır.
- 20) Araştırmadaki kadınların çoğunluğunun kontraseptif yöntemle eşleriyle birlikte karar verdiği saptanmıştır(%87,8).
- 21) Çalışan kadınların %36'sının, çalışmayan kadınların %21,3'ünün düzenli kontrollerini yaptırdığı saptanmıştır. Bu oranlar, kadınların düzenli kontrollerini yaptırma durumlarının düşük olduğunu göstermektedir.
- 22) Geleceğe dönük yöntem seçerken, çalışan kadınların %36'sının RİA, %27,3'ünün kondom ve çalışmayan kadınların %32,7'sinin yeni bir yöntem isteyenler, %30'unun RİA seçtikleri saptanmıştır.

Araştırma sonucuna göre, çalışanlarda etkin yöntem kullanım oranı yüksek bulunmuştur.

Kadınların eğitim durumlarının ve sosyal statülerinin yükseltilmesi ile, aile planlaması yöntemlerinin kullanımı artacaktır.

Gençlere, evlenecek olanlara kontraseptif yöntem kullanımıyla ilgili eğitim yapılması önemlidir.

Verilen eğitimlerde, kontraseptif yöntemlerin kullanım özelliklerinin yanında yöntemlerin yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir.

Verilen eğitimlerde eşlerin, korunma yöntemlerinin seçimine katılımının sağlanması gibi konular gözardı edilmemelidir.

Eğitimlerde kürtajın yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir.

Kadınların eğitimlerinin artması ve kadının para getiren bir işte çalışması üreme sağlığını olumlu etkilediği kanaatindeyiz.

Kadınların eğitiminin artması ve statülerinin yüksek olmasıyla daha doğru bir şekilde kontraseptif yöntem kullanımı artacak ve sağlıklı toplumlar oluşacaktır.

7. KAYNAKLAR

- 1- Akın A, Aslan D. (1998)Cumhuriyet ve Kadın. Sağlık ve Toplum; 8(3-4): 5-10.
- 2- Atlı AK, Özvarış ŞB. (1998)Çalışma Yaşamında Kadın. Sağlık ve Toplum;8(3-4):79-84.
- 3- Bilgili N, Akın A. (1998)Uluslararası Kararlarda Kadın Konusu. Sağlık ve Toplum; 8(3-4): 11-5.
- 4- Özvarış Ş.B, Akın A.(1998)Üreme sağlığı. Sağlık ve Toplum, Temmuz-Aralık; 8(3-4): 23-26.
- 5- Akbulut T (Editör). (1994) İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları. In: Akbulut T. İşçi Sağlığında Risk Grupları. 2. Baskı, İstanbul: Sistem Yayıncılık: 283-306.
- 6- Coker AL, Hukla BS, Mc Cann MF, et al. (1992) Barrier methods of contraception and cervical neoplasia, Contraception; 45: 1.
- 7- Haymes NE. Medical history of contraception. New York: Gamut Press, 1963.
- 8- Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al.(1998) Contraceptive Technology. 17 th ed. New York: Ardent Media: 767.
- 9- Cates W Jr. (1992) Family Planning, Sexually Transmitted Diseases And Contraceptive choice: a literature update: part 1. Fam Plan Perspect; 24: 75-84.
- 10-Fathalla MF; (1992) Reproductive Health In World Two Decades Of Progress And The Challenge Ahead. Khanna J, Van Look PFA, Griffin PD(eds). Reproductive Health: A key to a Brighter Future, Biennial Report 1990-1991 Special 20 th Anniversary Issue. Geneva: World Health Organisation.; 3-32.
- 11-Hatcher R.A, Kowal D, Guest F, et al.(1990) Contraceptive Technology: International Edition (Kontraseptif Yöntemler Uluslar arası Basım), Çeviri Editörü Prof.Dr.Ayşe Akın Dervişoğlu. Ankara,
- 12- Karen, B., Halter, RV.(1994) Family Planning or Healthy Nations September, 47.

- 13-**Tomruk, D.G.(1997) “Doğal Aile Planlaması Yöntemleri” Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağı Gelişme Vakfı, Damla Matbaacılık Ltd. Şti.,ss: 113-121.
- 14-**“Aile Planlamasında Nitelikli Hizmet” (1992) İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı Kaynak Dergisi 4, İstanbul, ss: 1-4.
- 15-**Dervişoğlu AA, Bulut A, Gökmen O; (1995)Aile Planlaması Klinik Uygulama El kitabı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul,.
- 16-**2005 Yılında Kadının Halleri, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Emekçileri Sendikası, Kamu; Emekçileri Bileşik Gücü, www.ses.org.tr/kadınlar/k78 htm., 20.06.2005.
- 17-**Demir, Gülsen. (1997) “Eğitim-Meslek-Çalışma Bağlamında Kadının Durumu” Çağdaş Eğitim, Sayı: 234, Sayfa: 23-24.
- 18-**Aktaş, Yaşare. (1994)“Çalışan Anne ve Çocuğu” Yaşadıkça Eğitim., Sayı: 36, Sayfa: 7-11.
- 19-**Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri (Prof.Dr. Ayşe Akın, Dr.Sare Mihçioğur).
- 20-**Demirci H. (2004) Çalışan Evli Kadınlarda Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışların Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.
- 21-**Özvarış ŞB, Akın A. (2002) Türkiye’deki Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma. İn: Akın A (ed). Türkiye’de Ana Sağlığı Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: TNSA 1998 İleri Analiz sonuçları. Hacettepe Üniversitesi. TAP Vakfı ve UNFPA. Ankara., p. 182-241.
- 22-**Fişek, N.H.(1983) “Dünyada ve Türkiye’de Nüfus Sorunu”. Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı, Ankara, ss:1-21.
- 23-**Çanga, S., Ilgaz, Y.N. (1980) Aile Planlaması Konseptiyonel Metodların Kullanılması, Ankara.
- 24-**Schwartz B, Gaventa S, Broome CV, et al. (1989)Nonmenstruel toxic schock syndrome associated with barrier contraceptives, report of case study Dis 11(suppl 1): 543.
- 25-**Huber SC, Piatrow PT, Orlans B, et al. (1975) Intrauterine devices, Popul Reports, Series B, No. 2 .

- 26-** Richter R, (1909) Ein mittel zur Verhutung der Konzeption, Deutsche Med Wochenschr; 35: 1525.
- 27-** The Population of Turkey, (1923-1994). Demografik Structure and Development, Devlet İstatistik Enstitüsü-Ankara, Nisan 1995.
- 28-** Hatch RA et al. (1994) Contraceptive Technology 16 th revised edition. New york, Irrington Publishers.
- 29-** Golziher JW. (1999) Pharmacology of Contraceptive steroids. Shoupe D, Haseltine FP(eds). Contraception New York; Springer Verlag,.
- 30-** Akın, A., Tokgöz, T. (1983) “Türkiye’de Aile Planlaması Çalışmaları” Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı, Ankara,, ss:22-28.
- 31-** Pasinlioğlu, T. (1991)“Ebeveynlerin Sağlık Ocaklarının Verdiği Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerini Kullanma Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörler” Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 3, İzmir, ss:1-11.
- 32-** Erefe, İ. Bayık, A. (2000) Halk Sağlığı Hemşireliği Ders Notları, İzmir, ss: 290-291.
- 33-** Şirin, A. (1994) “Dünyadaki Nüfus Sorunu, Aile Planlaması ve Toplum Sağlığı Yararlar ve Hemşirelerin Aile Planlamasındaki Rolü”. Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. Cilt: 10, Sayı:1, İzmir.
- 34-** Conk, Z. (1987) “Kontrasepsiyon Yöntemleri” Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 3, Sayı:1, İzmir, ss: 72-80.
- 35-** Şirin, A., Altınsoy, S. (1995) “Çamdibi 8 nolu Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların RİA Kullanma Durumu ve Bu Konudaki Bilgilerinin İncelenmesi”, Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 11, Sayı: 1. İzmir, ss: 110.
- 36-** Şirin, A. Demir, Ü., Saruhan, A. (1997) Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ders Notları, İzmir, ss: 330-355.
- 37-** Contraception during breastfeeding; (1993) Contracept Rep. Nov, 4 (5): 7-11.
- 38-** Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, (2000) Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, Cilt: 1, Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Damla Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, ss: 67-68.

- 39-** Akşit, D., Güzlent A., Şakra, N. (1999)“Aile Planlaması Danışmanlığının Üreme Sağlığı Bilgi Düzeyine Etkisi” I.Ulusal Aile Planlaması Kongresi Abstrakt Kitabı.
- 40-** Okumuş, H. (1985) “Aile Planlaması Hizmetlerinde Ebe ve Hemşirelerin Günümüzdeki Konumu”, Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 1, İzmir, ss: 71-73.
- 41-** Bayık, A. (1999)“Aile Planlaması Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü ve Etkin Danışmanlık Özellikleri” Ege Üniversitesi Araştırma Fonu Proje Raporu No: 1995/002 İzmir, ss: 5-10.
- 42-** Hearberle, E. C. (1997) Cinsel Atlas, İstanbul, ss: 132-158.
- 43-** Ana Sağlığı Programı T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, (1986) Rekmay Ltd. Şti. Ankara, ss: 15-24.
- 44-** Halıcı, F., Şenoğlu, O. ve Ark. (2001) “Aile Planlamasında Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler”, I. Uluslararası ve II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Abstrakt Kitabı, Antalya, ss: 143.
- 45-** Şahinöz T., Şahinöz, S. ve ark. (2001) “15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumlarını Etkileyen Faktörler” I. Uluslararası ve II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Abstrakt Kitabı, Antalya, ss: 156.
- 46-** Gökmen O, Çiçek N; (2001)Günümüzde Kontrasepsiyon, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 319.
- 47-** Keith L, Berger G, Moss W;(1975) Prevalances of gonorrhoea among women using various methods of contraception, Br J Venereal Dis.; 51: 307.
- 48-** Akın, A. (1990) Kontraseptif Yöntemler. Uluslararası Basım İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı, ss: 275-383.
- 49-** Ortaylı, N. (1997)“Hormonal Kontrasepsiyon” Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı, Damla Matbaacılık Ltd. Şti., İstanbul, ss: 146-162.
- 50-** Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Kontraseptif Yöntemler, (2000) Cilt: II, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Damla Matbaacılık Ltd. Şti, Ankara, ss: 345-351-594.

- 51-** Cates W Jr, Stone KM; (1992) Family planning sexually transmitted diseases and contraceptive choice; A literature update Part II. Family Planning Respect.; 24: 122.
- 52-** Speroff L, Glass RH, Kase NG; (1994) Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. S. Edition, Baltimore, Williams and Wilkins.; 678-806.
- 53-** Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi (Cilt II), Bölüm 11-18, 3. Basım, Cilt II. Ankara, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şirketi, 311-561.
- 54-** Trussell J, Hatcher RA, Cates W Jr, et al. (1990) Contraceptive failure in the United States: an update. Stud Fam Plan; 21: 51.
- 55-** Vessey MP, Lawless M, Yeates D, et al. (1985) Progestagen only contraceptive: findings in a large prospective study with special reference to effectiveness. Br J Fam Plan. 10: 117.
- 56-** Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. (1995) T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı, Nobel Tıp Kitapları Ltd. Şti, İstanbul. Bölüm: 7,8,9,10,13,21.
- 57-** Durmuşoğlu, F., Tomruk, D.G., Yıldırım, A. (1997) “Özel Dönem ve Durumlarda Kontrasepsiyon” Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı, Damla Matbaacılık Ltd. Şti., ss: 195-211.
- 58-** IPPF İnternational Medical Advisory Panel (IMPA) IMPA Statement On Periodic Abstinence For Family Planning IPPF Medical Bulletin 1996, Cilt:30, Sayı: 1, s: 2.
- 59-** WHO, Amulticentered phase III comparative clinical trial of depot-metroxyprogesterone acetate given three-monthly at doses of 100 mg or 150 mg: I. Contraceptive efficiency and side effects. Contraception. 1986; 34: 223.
- 60-** Pardthaisong T; (1984) Return of fertility after use of the enjectable contraceptive Depo Provera: updated analysis, J Biosoc SCI. 16: 23.
- 61-** “Norplant” Medicine Actual Aylık Popüler Sağlık Dergisi; Cilt: 9, Sayı:4, 1996.
- 62-** Aile Planlaması Kursu Çalışma Grubu: (1995) Aile Planlaması Kurs Rehberi, İkinci Taslak, Mayıs.

- 63-** Yıldırım, A. (1997)“Rahim İçi Araçlar” Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı, Damla Matbaacılık Ltd. Şti, İstanbul, ss:167-179.
- 64-** Tomruk, D.G. (1997) “ Bariyer Yöntemleri”, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı, Damla Matbaacılık Ltd. Şti., İstanbul, ss:131-142.
- 65-** Urman, B., Harmancı, G. (1997)“ Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon” Aile Planlamasında Temel Bilgiler İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı, Damla Matbaacılık Ltd. Şti, ss:181-188.
- 66-** Taşkın, L. (1995) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı., Sistem Ofset, Ankara, ss: 261-273.
- 67-** Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 1993, Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc., Ankara, Türkiye,1994,ss: 41.
- 68-** A new contraceptive method: breastfeeding; Imbonezamuryango, 1993 Aug, (27): 8-12.
- 69-** Mahmoudi M. F., Şirin A., (2001) “15-49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumu ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi” Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- 70-** Çelikgün, S. (2007) “Hastanemize Başvuran Kadınlarda Etkin Kontraseptif Yöntem Kullanımı ve Etkileyen Faktörler”, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İzmir.
- 71-** <http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/1026.pdf> Erişim: (17.03.2009).
- 72-** Süleymanoğlu Mermer, G., Türkistanlı, E., Sarper B., ve ark. (2002) “15-49 Yaş Evli Kadınlara Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Etkinliğinin Belirlenmesi”. Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu.
- 73-** Karaman D., Köken G., Coşar E., (2007) “Çalışan ve Çalışmayan Fertil Çağındaki Kadınlarda İstemsiz Gebelik Sıklığı ve Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinin Araştırılması”, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 3, Sayfa: 190-4.

- 74-** Şahin Güler H., Şahin H.A., Zeteroğlu Ş., ve ark. (2002)“Van İli Yöresinde Aile Planlaması Yöntemleri Kullanmama Nedenleri”, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik, 12: 265-268.
- 75-** Hacettepe Üniversitesi, (2004) Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara; Ekim.
- 76-** Uskun E., Öztürk M., Kişioğlu A.N., ve ark. (2001) “Isparta’da Çalışan Kadınların Kontraseptif Kullanımı ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler” Sağlık ve Toplum Yıl:11, Sayı:4, Ekim-Aralık.
- 77-** Takker N, Goel P, Saha PK, et al. (2005) “Contraceptive practices and awareness of emergency contraception in educated working women” Indian J Med Sci. Apr; 59(4):143-9.
- 78-** Schoemaker J., (2005) “Contraceptive Use Among the Poor in Indonesia”, International Family Planning Perspectives,; 31(3):106-114.

8. EKLER**ANKET FORMU**

Sayın katılımcı;

Bu araştırma, çalışan ve çalışmayan kadınların doğurganlık özellikleri, kontraseptif kullanımını belirlemek, birbirleriyle karşılaştırmak ve etki eden faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Kendinize uygun seçeneği işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

BİRGÜL ŞİMŞEK

A.K.Ü.SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

1) Yaşınızı yazınız?.....

2)Eğitim durumunuzu işaretleyiniz?

a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlköğretim d)Lise e)Yüksekokul veya fakülte

3)Eşinizin eğitim durumunu işaretleyiniz?

a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlköğretim d)Lise e)Yüksekokul veya fakülte

4)Mesleğiniz nedir?

a)Ev hanımı b)Memur c)İşçi d)Sağlık çalışanı(1-Doktor 2-Hemşire 3-Diğer)

5)Eşinizin mesleği nedir?

a)Memur b)İşçi c)Emekli d)Serbest meslek e)Diğer

6)Aylık ortalama gelir düzeyinizi işaretleyiniz?

a)500 YTL'nin altında b)500-1000 YTL arası c)1000-1500 YTL arası d)1500 YTL üzeri

7)Sosyal güvenceniz var mı?

a)Evet b)Hayır

8)Cevabınız Evet ise belirtiniz.

a)Emekli Sandığı b)SSK c)Bağkur d)Yeşilkart e)Diğer

9)Ne kadar süredir çalışma hayatı içindesiniz?

a)1 yıldan az b)1-5 yıl arası c)5-10 yıl arası d)10 yıl üzeri

10)İlk evlilik yaşınızı yazınız?.....

11)İlk gebelik yaşınızı yazınız?.....

12)Kaç kez gebe kaldınız?.....

13)Kaç kez doğum yaptınız?.....

- 14)Yaşayan kaç çocuğunuz var?.....
- 15)Çocuklarınız isteyerek mi oldu?
a)Evet b)Hayır
- 16)Başka çocuk istiyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
- 17)Sizce, ideal çocuk sayısı kaçtır?.....
- 18)Hiç düşük yaptınız mı?
a)Evet b)Hayır
- 19)Cevabınız Evet ise kaç kez düşük yaptınız?.....
- 20)Hiç kürtaj yaptırdınız mı?
a)Evet b)Hayır
- 21)Cevabınız Evet ise kaç kez kürtaj yaptırdınız?.....
- 22)Kürtaj yaptırmanızı kim istedi?
a)Ben b)Eşim c)İkimiz birlikte
- 23)Aile planlamasını hiç duydunuz mu?
a)Evet b)Hayır
- 24)Cevabınız Evet ise ilk kez nereden duydunuz?
a)Sağlık kuruluşu b)Medya c)Diğer
- 25)Halen gebeliği önleyici bir korunma yöntemi kullanıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
- 26)Cevabınız Evet ise aşağıdaki yöntemlerden hangisini kullanıyorsunuz?
a)Oral Kontraseptifler(haplar) b)RİA
c)Prezervatif(kondom) d)Geri çekme
e)Spermisitler f)Diğer
- 27)Cevabınız Hayır ise niçin kullanmıyorsunuz?
a)Çocuk istiyorum b)Eşim istemiyor
b)Önleyici yöntemleri bilmiyorum d)Dine aykırı buluyorum
e)Sağlığa zararlı buluyorum f)Tedavi görüyorum
g)Diğer
- 28)En son kullandığınız yöntemi ne kadar süredir kullanıyorsunuz?.....
- 29)Kullandığınız yöntemi tercih etme nedeniniz nedir?.....

30)Bu yöntemi kullandığınız süre içerisinde, herhangi bir yakınmanız oldu mu?
a)Evet b)Hayır

31)Cevabınız Evet ise aşağıdaki yakınma nedenlerinden birini seçiniz?
a)Kanama b)Sancı c)Kilo alma d)Sıkıntı e)Diğer

32)Daha önce başka bir yöntem kullandınız mı?
a)Evet b)Hayır

33)Cevabınız Evet ise kullanmayı bıraktığınız yöntem hangisiydi?
a)Oral Kontraseptifler(haplar) b)RİA
c)Prezervatif(kondom) d)Geri çekme
e)Spermisitler f)Diğer

34)Yöntemi değiştirmenizin nedeni neydi?
a)Kanama b)Sancı c)Sıkıntı d)Eşim istemiyor e)Kilo alma f)Bulantı,kusma
g)Gebe kalma
h)Diğer

35)Korunma yöntemine eşinizle birlikte mi karar verdiniz?
a)Evet b)Hayır

36)Eşinizin korunmasını istiyor musunuz?
a)Evet b)Hayır

37)Cevabınız Evet ise eşinizin hangi yöntemle korunmasını istersiniz?.....

38)Eşinizin kullandığı korunma yöntemi nedir?.....

39)Korunma yöntemlerinizin düzenli kontrollerini yaptırдың mı?
a)Evet b)Hayır

40)Geleceğe dönük hangi yöntemi kullanmak istiyorsunuz?
a)Oral Kontraseptifler(haplar) b)RİA
c)Prezervatif(kondom) d)Geri çekme
e)Spermisitler f)Diğer

41)Daha etkili bir korunma yöntemi ister misiniz?
a)Evet b)Hayır

42)Cevabınız Evet ise, sizce en etkili korunma yöntemi nedir?
a)Oral Kontraseptifler(haplar) b)RİA
c)Prezervatif(kondom) d)Geri çekme
e)Spermisitler f)Diğer