

T.C.  
AFYON KOCATEPEÜNVERSTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KONTRASEPSİYON AMAÇLI BAŞVURAN KADINLARIN  
ERKEK KONTRASEPSİYONUNA BAKIŞ AÇISI**

**Gülfer DOĞAN**

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Doç. Dr. Mehmet YILMAZER**

**Tez No: 2008-003  
2008-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: 15.01.2008

Doç. Dr. Mehmet YILMAZER  
ÜYE

Yard. Doç. Dr. Aygöl AKYÜZ  
ÜYE

Yard. Doç. Dr. Emine COŞAR  
ÜYE

Kadın Hastalıkları ve Doğum Yüksek Lisans programı öğrencisi Gülfer DOĞAN'ın “Kontrasepsiyon Amaçlı Başvuran Kadınların Erkek Kontrasepsiyonuna Bakış Açısı” başlıklı tezi .../.../2008 günü saat ....da Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Yavuz DEMİR  
Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Okulumun başlangıcından tez savunmama kadar benim yanımda olan, beni yönlendiren ve bilgi birikimini aktaran değerli hocam Doç. Dr. Mehmet YILMAZER'e sonsuz şükranlarımı sunarım.

Tezimin istatistiki analizinde yardımcı olan Araş. Gör. Ömer ŞİŞE'ye minnetlerimi sunarım.

Tez çalışmamda ve hayatımın her döneminde beni yalnız bırakmayan sevgili aileme çok teşekkür ederim.

Tezimde emeği geçen tüm hocalarıma, arkadaşlarıma ve anket sorularını içtenlikle cevaplayan katılımcılara çok teşekkür ederim.

**Gülfer DOĞAN**

**İÇİNDEKİLER**

Kabul ve Onay	II
Önsöz	III
İçindekiler	IV
Simgeler ve Kısaltmalar	VII
Tablolar Dizini	VIII
<b>ÖZET</b>	1
<b>SUMMARY</b>	3
<b>1. GİRİŞ</b>	5
<b>2.GENEL BİLGİLER</b>	10
2.1. Aile Planlamasının Tanımı	10
2.2. Tarihçe	10
2.3. Aile Planlamasının Temel Amaçları	11
2.4. Aile Planlaması Yöntemleri	13
2.4.1. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri	14
2.4.1.1. Servikal Mukus	14
2.4.1.2. Bazal Vücut Isısı	14
2.4.1.3. Sempto-Termal Yöntem	14
2.4.1.4. Takvim Yöntemi	14
2.4.2. Emzirme Yöntemi	14
2.4.3. Bariyer Yöntemler	15
2.4.3.1. Kondom	15
2.4.3.2. Kadın kondomu	15
2.4.3.3. Diyafram	15
2.4.3.4. Spermisit	15
2.4.3.5. Servikal Başlık	16
2.4.3.6. Koitus İnterruptus	16
2.4.4. Oral Kontraseptifler	16
2.4.4.1. Kombine Oral Kontraseptifler	16
2.4.4.2. Mini haplar	18
2.4.4.3. Ertesi Gün Hapı	19

2.4.5. Enjekte Edilen Kontraseptifler	19
2.4.6. Deri Altı İmplantları	20
2.4.7. Rahim İçi Araçlar	20
2.4.8. Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon	21
2.4.8.1. Vazektomi	21
2.4.8.2. Tüp Ligasyonu	21
2.5. Erkeklerde Kontrasepsiyon	23
2.5.1. İmmünolojik Metotlar	24
2.5.2. Hormonal Metotlar	24
2.5.3. Bariyer Metotları	26
2.5.3.1. Prezervatifler	26
2.5.3.2. Koitus İnterruptus	26
2.5.3.3. Vazektomi	26
2.5.3.4. Vaz Oklüzyonu	26
2.5.4. Hormonal Olmayan Diğer Metotlar	27
2.5.4.1. Gossypol	27
2.5.4.2. Tgw	27
2.6. Türkiye’de Kadın ve Statüsü	27
2.7. Türkiye’nin Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması	28
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	31
3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3.4. Verilerin Toplanması	32
3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması	32
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	32
<b>4. BULGULAR</b>	33
<b>5. TARTIŞMA</b>	47
<b>6. SONUÇLAR</b>	55
<b>7. ÖNERİLER</b>	56
<b>8. KAYNAKLAR</b>	57
<b>9. EKLER</b>	64

EK-1: KONTRASEPSİYON AMAÇLI BAŞVURAN KADINLARIN ERKEK  
KONTRASEPSİYONUNA BAKIŞ AÇISININ ARAŞTIRILMASI ANKET  
FORMU

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

<b>AÇSAP</b>	:	Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması
<b>AP</b>	:	Aile Planlaması
<b>BOM</b>	:	Bilings Ovulasyon Metodu
<b>DSÖ</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü
<b>FA</b>	:	Fertilizasyon Antijeni
<b>FSH</b>	:	Folikül Uyarıcı Hormon
<b>GATA</b>	:	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
<b>GnRH</b>	:	Gonadotropin Salgılatıcı Hormon
<b>HCG</b>	:	Human Chorionic Gonadotropin
<b>LH</b>	:	Lüteinize Edici Hormon
<b>OK</b>	:	Oral Kontraseptif
<b>RIA</b>	:	Rahim İçi Araç
<b>SSK</b>	:	Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>TE</b>	:	Testosteron Enantat
<b>TNSA</b>	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
<b>ZP</b>	:	Zona Pellusida

## TABLOLAR DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
<b>Tablo 4.1.</b> Araştırmaya alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	33
<b>Tablo 4.2.</b> Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı .....	34
<b>Tablo 4.3.</b> Kadınların obstetrik öyküleri.....	35
<b>Tablo 4.4.</b> Çiftlerin Kullandıkları korunma yöntemine göre dağılımları .....	36
<b>Tablo 4.5.</b> Kullanılan korunma yöntemine göre dağılım.....	36
<b>Tablo 4.6.</b> Kadınların kullandıkları korunma yöntemini temin ettikleri kaynak ve başlama şekilleri.....	37
<b>Tablo 4.7.</b> Kadınların eğitim düzeyi ile kullandıkları kontraseptif yöntemlerin karşılaştırılması.....	38
<b>Tablo 4.8.</b> Kadınların yaşlarının yöntem seçimine etkisi.....	39
<b>Tablo 4.9.</b> Kadınların geçmişte kontraseptif yöntem kullanılma durumları, yöntem değiştirme nedenleri ve sayıları.....	40
<b>Tablo 4.10.</b> Kadının kullandığı kontraseptif yöntemi tercih nedenleri ve yönteme ilişkin düşünceleri.....	41
<b>Tablo 4.11.</b> Erkeğe yönelik kontraseptif kullanan kadınların yöntem seçimine ilişkin görüşleri.....	42
<b>Tablo 4.12.</b> Kadınların erkek kontrasepsiyon yöntemleri konusunda bilgi ve düşünceleri.....	43
<b>Tablo 4.13.</b> Kontraseptif yöntem olarak kondom kullanan kadınların kondomun cinsel isteğe olan etkisine yönelik düşünceleri.....	44
<b>Tablo 4.14.</b> Kadınların eğitim düzeylerine göre geri çekme yönteminin güvenilirliğine ilişkin görüşleri eğitim düzeyiyle karşılaştırılması .....	45
<b>Tablo 4.15.</b> Kadına yönelik kontraseptif kullanan kadınların, eşlerinin erkeğe yönelik kontrasepsiyon yöntemlerine bakışları.....	46



## ÖZET

### **Kontrasepsiyon Amaçlı Başvuran Kadınların Erkek Kontrasepsiyonuna Bakış Açısı**

Araştırmamız, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Afyon Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve AÇS-AP (Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması) merkezine kontrasepsiyon amaçlı başvuran fertil çağındaki evli kadınların, erkekte kullanılan kontrasepsiyon yöntemlerine bakış açısının ve yöntem kullanma tercih sebeplerinin saptanması ve erkek kontrasepsiyonunun yaygınlığının araştırılması amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızda, Mart/2007 ve Mayıs/2007 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Doğum Kliniği, Afyon Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve AÇS-AP (Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması) merkezine başvuran fertil çağındaki evli kadınlara ulaşmak hedeflenmiştir. Bu araştırmaya katılmayı kabul eden 338 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak 35 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunda demografik özellikler, kadınların geçmiş gebelik öyküleri, kendi veya eşinin kullandığı aile planlaması yöntemleri ve tercih nedenleri ile ilgili sorular yer almaktadır

Katılımcıların %53,3'ü erkeğe yönelik, %46,7'si kadına yönelik bir korunma yöntemi kullanmaktadır.

Kadın korunma yöntemlerinden en fazla RİA tercih edilirken erkek korunma yöntemlerinden kondom tercih edilmiştir. Aile planlaması yöntemleri en çok AÇS-AP ve sağlık ocaklarından temin edilirken, kadınlar yöntem kullanımına en çok eşiyle görüşerek başlamışlardır. Kadınlarda ve erkeklerde eğitim ve gelir düzeyi arttıkça modern yöntem kullanımı artmıştır. Çalışma durumu da kadınlarda modern yöntem tercih edilmesinde bir faktör olduğu belirlenmiştir. Evliliğin ilk altı yılında en çok kondom tercih edilmiş, ilk altı yılda tüp ligasyonu hiç tercih edilmemiştir. Katılımcıların %54,4'ü erkek kontrasepsiyon yöntemlerinin yaygın olmadığını düşünmekte olup, bunun nedenini gebelikten korunma sorumluluğunun kadına yüklenmesine bağlamaktadırlar. Katılımcıların çoğu(%72,5) geri çekme yöntemini

güvenli bulmamaktadır. Kondom kullananların %38,2'si kondomun cinsel isteksizlik yapmadığını belirtirken, çoğu(%61,8) yaptığını veya kısmen yaptığını belirtmelerine rağmen kullanmaya devam etmektedir.

**Anahtar kelimeler;** Aile Planlaması, Aile Planlaması Yöntemleri, Erkeklerde Kontrasepsiyon, Kontrasepsiyon, Kontraseptif Yöntemler

## ABSTRACT

### **Women's Opinion about the Men's Contraception who Apply for Contraception**

Our study was made at Afyon Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Training Hospital and Delivery Clinics, Afyon Zubeyde Hanım Gynaecology and Infantile Diseases Hospital and MIWFP (Maternity and Infantile Welfare Family Planning) centre, and conducted to determine women's knowledge and opinion about the men's contraceptive methods. In our study, we aimed to reach the married women who were applied to Afyon Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Training Hospital and Delivery Clinics, Afyon Zubeyde Hanım Gynaecology and Infantile Diseases Hospital and MIWFP (Maternity and Infantile Welfare Family Planning) centre during March/2007 and May/2007. 338 women who accepted to participate to this study were recruited in this study. The questionnaire which consists of 35 questions was used, asking in detail about socio-demographic properties, previous pregnancy history, women and men contraceptive methods currently used, and their reasons to use these methods.

53,3% of women uses a contraceptive method while 46,7% of women's husband use a contraceptive method.

IUD(intra uterine device) is the most preferential contraceptive method in women while men prefer to use condoms. Family planning methods are mainly supplied from MIWFP and Health centers, and women usually begin to use a contraceptive method after meeting with her husband.

Using modern methods increased in men and women when their income and educational level increased. It was determined that women's working situation was a factor in modern method choice.

In the first 6 years of marriage condom was the most preferred but in the first 6 years of marriage tubal sterilization was never preferred. 54,4% of the participants said that male contraception methods are not common, and they said that the reason of this case is the responsibility of contraception is on women Most of the participants,%72,5, coitus interruptus method is distrustful. Although 38,2% of

condom users said that condom doesn't cause frigidity and most of them ,%61,8, said that condom causes frigidity they continue using condom.

**Keywords; Keywords;** Family Planning, Family Planning Methods, Men's Contraception, Contraception, Contraceptive Methods.

## 1. GİRİŞ

Kontrasepsiyon gebeliğin geçici olarak önlenmesidir(1,2). Bu amaçla kullanılan yöntemlere de kontraseptif yöntemler denir(2,3).

Kontrasepsiyonun tarihi eskidir; ancak fertilitenin istemli kontrolü modern toplumda daha da önemlidir(4). Bir birey veya çiftin en hassas ve mahrem kararlarından biri fertilitenin kontrol edilmesidir(5).

1984 yılında yapılan Uluslararası Nüfus Konferansı'nda, aile planlaması (AP), bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olma ve doğumlarının arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları şeklinde tanımlanmıştır(6,7,8).

Üreme sağlığının bir parçası da; kadın ve erkeğin üreme konusunda bilgilendirilmiş bir biçimde yetki sahibi olabilmeleri, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli, ödenebilir ve kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağlıklarını tehlikeye sokmadan doğurganlıklarını düzenlemeleridir(9).

AP uygulamalarının asıl hedefi anne ve çocukların sağlıklarının korunması ve sağlık düzeylerinin yükseltilmesidir(10).

İstenilen sayıda çocuğun varlığı, ailedeki mutluluğun en önemli nedenleri arasındadır. Fakat kadın, arzusu dışında gebe kaldığı zaman, aile için bir üzüntü ve endişe kaynağı olmaktadır. Çünkü çok sayıda, birbirini kovalayan gebelikler ve doğumlar, bir yandan anne ve doğacak çocuğun sağlığını tehdit ederken, diğer taraftan ailenin sosyal yapısı ve yaşantısı üzerinde de kötü etkiler yapmakta, onların bakımları, beslenmesi ve eğitilmeleri, aile üzerinde maddi ve manevi bir yük oluşturmaktadır. Bu konu çok eskiden beri insanları düşündürmüştü ve gebeliğe engel olucu birçok önlemler alınmaya çalışılmıştır(11).

Dünya ölçüsünde nüfusun azalması ve artmasında etkili önemli iki öge, doğumlar ve ölümlerdir. Başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere diğer nedenlerden ölüm hızı azalmış, ancak doğumlar kontrol altına alınamayınca kontrolsüz bir nüfus artışı olmuştur(12). Bugünkü hızıyla dünya nüfusu 40 yıl içinde iki katına çıkacaktır(4). Bu nüfus artışını sağlıklı bir şekilde kontrol altına alabilmek için aile planlaması çalışmaları Sağlık Bakanlığı, Tıp Fakülteleri, ilgili dernek ve vakıflar

tarafından yoğun bir şekilde sürdürülmekte ve araştırmalar daha çok evli çiftler ve doğurganlık dönemlerindeki kadınlar üzerinde yapılmaktadır(12).

Türkiye'deki ana-çocuk sağlığı göstergeleri ve yüksek olan nüfus artış hızı, aile planlaması hizmetlerine, diğer sağlık hizmetleri arasında öncelik vermeyi gerektirmektedir.

Türkiye'de aile planlaması konusunda yaklaşık 35 yıldır, riskli gebelikleri önleyerek, kadın ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan, ailelere gerekli bilgi ve hizmeti sunarak doğurganlıkları ile ilgili özgürce ve bilinçli seçim yapmalarını sağlayan politikalar izlenmektedir(13).

Türkiye'de AP hizmetleri çeşitli kurumlarca verilmektedir. Sağlık Bakanlığı kapsamında sağlık ocakları, sağlık evleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması (AÇS-AP) merkezleri doğumevlerinin AP poliklinikleri tarafından, Sağlık Bakanlığı dışında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Hastaneleri ve dispanserlerince, üniversite hastaneleri ve özel kurumlarca hizmet verilmektedir(14). Danışmanlık yanında sağlık ocakları ve AÇS-AP'larda hap ve kondom dağıtılmakta ve rahim içi araç (RİA) uygulanmaktadır. Bu hizmetlerin dışında doğumevlerinde tüp ligasyonu, vazektomi ve deri altı implantları uygulanmaktadır(6).

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre, evli kadınların % 42,5'i etkili, % 28,5'i geleneksel bir yöntem olmak üzere % 71,0'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). Gelişmiş ülkelerde oral kontraseptifler, kondom ve sterilizasyon gibi modern yöntemler en sık kullanılırken, gelişmekte olan ülkelerde geleneksel yöntemler azalmakla birlikte günümüzde önemini korumaktadır(6).

Sterilizasyon güvenli ve en etkili teknik olmasına rağmen tekrar üretici hayat çevriminin farklı aşamalarındaki tüm çiftlerin ihtiyaçlarını karşılayamaz. Böylece çiftlerin geniş bir kısmı uygun gebelik önleyici teknolojinin elde edilememesi yüzünden müdahalesiz kalmaktadır(15).

Arap emirliklerinde çocuklarıyla birlikte yaşayan tek eşli 400 erkek denek kullanılarak yapılan araştırmada 230 deneğin eşlerinin korunmasına itiraz ettiği ve bunlardan kendi korunma yöntemi kullanan denek sayısının ise % 20'den az olduğu belirlenmiştir(16). İnsanoğlunun çoğalmasını kısıtlayacak yüzde yüz etkili, ucuz,

kolay uygulanan, tıbbi gözetimi gerekli kılmayan ve organizmanın fizyolojisini değiştirmeyen bir kontrasepsiyon yöntemi halen mevcut değildir. Bütün kontraseptif yöntemlerin avantajları ve dezavantajları vardır(1).

Kontrasepsiyon kadın ve erkekte ayrı ayrı ele alınmalıdır. Erkekte ana testiküler fonksiyonlar olan spermatogenesis ve androjen üretimini birbirinden ayırt etmek kolay olmadığı için, kontrasepsiyon daha çok kadına yöneliktir(1).

Aile planlaması yöntemlerinin tamamına yakınının kadınlara yönelik olmasına karşın, bazıları erkeğin de işbirliğini gerektirmektedir. Bunlar kondom, vazektomi ve geri çekme yöntemidir(17).

Aile planlaması hizmetleri topluma sunulması gereken ‘Temel Sağlık Hizmetleri’ kapsamı içinde önemli bir yer tutar. Bilimsel gelişmeler artık çiftlere daha az zararlı ve etkililiği daha yüksek alternatifler sunmaktadır(18). Bu nedenle de erkeklere yönelik kontrasepsiyon yöntemleri üzerindeki çalışmalar son yıllarda hızlanmaktadır(19).

Klinik olarak kullanılabilir bir erkeklere yönelik hormonal korunma yöntem olasılığı son zamanlarda çok modern olmaktadır(20).

Erkeklere yönelik hormonal korunma yöntemi erkek üreme hücrelerinin üremesini engelleyen gonadotropinlerin seksüel hormon üretimini azaltmak için bir GnRH örneği, artı bir progestogen ve testesteron kullanımını içerir.

Haftada bir testesteronun kas içine enjekte edilmesinin 5 yıl boyunca gebeliği önlemede etkili olduğu gösterildi(21).

Dünya nüfusunun 1/3 ü erkek odaklı metotlara güvenmektedir. Bunun yanında, son çalışmalar çoğu toplumlardaki erkeklerin hem partnerleriyle doğum kontrolü sorumluluğunu paylaşmaya istekli olduklarını hem de sorumluluk içinde erkek metotlarını kullanmada partnerlerine güven sağladıklarını göstermektedir(22).

Çoğu gelişmekte olan ülkelerde kontrasepsiyonun kullanımındaki yaygınlık hükümetin ve politik yetkililerin ulusal sağlık ilgisine aktif olarak katılmalarından sonra yer almıştır(23).

Giderek sayıları azalan bazı ülkelerde, kontraseptiflerin kullanımı sıkı bir şekilde düzenlenirken ya da yasaklanırken, ülkelerin büyük bir çoğunluğu kullanıma izin vermektedir(24).

Halka gebeliği önleme yöntemlerinin öğretilmesini ilk savunan kişi bir İngiliz papazı olan Jeremy Bentham'dır. Bentham'ın etkisi ile Francis Place doğum kontrolü konusunda bir kampanya açmış ve Richard Carlyle da doğum kontrolü yöntemlerini öğreten bir kitap yayınlamıştır. İngiltere'den sonra halk önderleri diğer Avrupa ülkelerinde de bu konuda eğitime başlamışlardır. Dünyada ilk aile planlaması kliniği de 1882 yılında Hollanda'da kurulmuştur. Amerika Birleşik Devletlerinde doğum kontrolü hareketinin gelişmesi kolay olmamıştır. A.B.D.'de bu hareketin öncüsü Charles Knowlton adlı bir hekimdir. 19. yüzyılda yaşamış olan Knowlton, halk için gebeliğin önlenmesi konusunda yazdığı kitaptan ötürü, ahlaka aykırı yayın yaptığı gerekçesi ile hapse mahkûm olmuştur. 1916 yılında Margaret Sanger de aile planlaması kliniği açtığı için hapse mahkûm olmuştur(25).

Hükümet düzeyinde nüfus planlaması hareketini ilk başlatan ülke Japonya'dır. Japonya 1948 yılında kürtajı serbest bırakmış ve ailelerden 2-3 çocuktan fazla çocuk sahibi olmamalarını istemiştir. Japonya on yıl içinde kaba doğum hızını binde 30'dan batı ülkeleri düzeyine- binde 18'e düşürmüştür. Nüfus planlaması programını başlatan ikinci ülke Hindistan'dır(25).

Kapsamlı aile planlaması programı ise Hindistan'da 1952'de başlamıştır. Hindistan bunu yapan ilk dünya kenti olmuştur(26).

Türkiye'de 1965 yılından başlatılıp sürdürülen aile planlaması çalışmaları günümüze kadar önemli gelişmeler göstermiştir(27).

Son yıllarda bu alandaki çabalar özellikle hizmet kalitesinin iyileştirilmesine yönelik olarak sürmektedir. Günümüzde Ulusal Üreme Sağlığı /Aile Planlaması Programının odak noktasının hizmet kalitesinin iyileştirilmesi olduğu söylenebilir(28). Türkiye'de yerleşim yerine göre batı bölgesinde halen evli kadınların %71'i kontraseptif yöntem kullanırken doğuda kadınların %42'si kontraseptif yöntem kullanmaktadır(29).

Etiyopya'da Kuzey Gondar'da 832 erkeğin katıldığı araştırmada erkeklerin %61'i aile planlaması metotlarının en az birini ve onların %64,3'ü aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasını onaylıyor. Bunların %41'i kontrasepsiyon yöntemlerini sadece kadınların kullanması gerektiğini söyledi(30).

Türkiye'de kaba doğum hızı ülke genelinde binde 22,9, kentlerde 21,7, kırsal yerleşim alanlarında ise binde 24'tür(27). Fakat bugün ulaşılan nokta istenilen



düzyeyde değildir. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre ailelerin %62'si başka ocuk istememekte ve %14'ü bir sonraki gebeliklerini en az iki yıl geciktirmek istemektedir. Buna rağmen ailelerin yalnızca %38'i etkili aile planlaması yöntemi kullanmaktadır(31).

Aşırı doğurganlığın azaltılmasında önemli payı üstlenen kadına, erkeğin büyük desteği olacaktır(17). Aile planlaması yöntemlerinin tamamına yakınının kadınlara yönelik olmasına karşın, bazıları erkeğin de işbirliğini gerektirmektedir. Bunlar kondom, vazektomi ve geri çekme yöntemidir(17).

Bu alışma kontrasepsiyon amaçlı başvuran fertil çağındaki evli kadınların, erkekte kullanılan kontrasepsiyon yöntemlerine bakış açısını ve yöntem kullanma tercih sebeplerini saptayıp, erkek kontrasepsiyonunun yaygınlığını araştırıp çözümlere katkıda bulunulması amacıyla planlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Aile Planlamasının Tanımı

Aile ve planlama kelimelerinin birleşiminden meydana gelen bir kavramdır. Planlama, yapılması düşünülen iş için, bu işi istenilen şekilde yapabilmek amacıyla gerekli olan ihtiyaçları ve kaynakları tahmin etmek ve bunları mevcut imkanlar dahilinde en iyi şekilde düzenlemektir. Bu duruma göre aile planlaması, bir ailenin ihtiyaç ve kaynaklarını önceden tahmin ederek, kendi arzusu ile istediği sayıda ve istediği zaman çocuk sahibi olmak suretiyle ihtiyaç ve kaynakları arasında bir denge kurmasıdır(32).

### 2.2. Tarihçe

Kontrasepsiyon hakkında yazılmış kayıtlar eski Mısır zamanından kalma papiruslar arasındadır. 10. yy.'da Arap tıbbının gelişmekte olduğu dönemde, çeşitli kontrasepsiyon tavsiyeleri rapor edilmiştir. Bunlar arasında ilişki sonrası vaginanın silinmesi, pesser ve bariyerlerin kullanımı vardır.

19. yy'da aile planlaması topluma girmiştir. Bu yüzyıl sosyal değişikliklerin ivmelendiği bir yüzyıldır. Endüstri devrimi ve ardından iletişimin yaygınlaşması, önlenmesi ve tedavisi alanındaki gelişmeler takip etmiştir.

1504 yılında venerial hastalıklardan korunmak için penil kılıflar tanımlanmış, 1796 yılında ise ilk kondom reklamları basılmıştır. 1823 yılında ise kadın bariyer metotları Almanya' da tarif edilmeye başlanmış, 1878 yılında servikal kepe tanımlanmıştır.

Aile planlamacıları ilk önceleri koitus interruptus popülar kılımlar, ama daha sonra preejakulator sıvısının bazen sperm içerebildiği ve gebeliğe neden olabileceği anlaşıldığından popülaritesini yitirmesine neden olmuştur.

1909 yılında Richer, Alman tıp dergisinde flexibl halka ipek rahim içi araçlarını (RİA) tanımlamış, 1923 yılında ise 23000 RİA dağıtmıştır.

1921 yılında hormonal sterilizasyon makaleleri yayınlanmaya başlanmıştır. 1927’de Haberland oral kontraseptif ‘‘İnfecundin’’ preparatını üretmiştir. RİA ve oral kontraseptif gelişimi diğer yöntemlere göre yavaş olmuştur.

Kısacası, modern kontrasepsiyon metotları bilimsel temel 1. Dünya savaşından sonra oluşmuştur. Sosyal ve aile hayatı değıştikçe, aile planlaması gündeme gelmiştir(16).

### **2.3. Aile Planlamasının Temel Amaçları**

#### **Bilgilendirme-Eğitim-Uygulama Hizmetleri Sağlamak.**

Topluma, ailelere gebeliği önleme yöntemleri hakkında bilgi vermek ve bu konuda gerekli eğitimi yaparak uygulama imkanları sağlamak(32).

#### **Gebelik Aralığını Ayarlamak**

Sık doğum yapmak annenin sağlığını bozan bir olaydır. En sağlıklı anne için bile iki doğum arasında en az 2-3 yıllık bir süre olmalıdır. Yani bir bebeğin doğumundan sonra 2-3 yıl gebe kalınmamalıdır. Ancak o zaman anne geçirdiği gebeliğin etkisinden kurtulup normale döner. Unutmamalıdır ki, eğer annenin kansızlık ya da başka bir hastalığı varsa bu gebelik aralığı daha uzun olmalıdır. Öyle ise aile planlaması, gebelik aralığının ayarlanması için en iyi yöntemdir(32).

#### **Aşırı Doğurganlığı Önlemek**

Çok sayıda doğum yapmak anne sağlığını bozan bir olaydır. Yapılan incelemelere göre üçüncü doğumdan sonra gebelik ve doğumla ilgili tehlikeler artmaktadır. Özellikle beşinci doğumdan sonra tehlike görülme sıklığı, anne ve bebeğin ölüm riski daha da artar. O halde aşırı doğurganlığı önleyerek, anne sağlığını korumak için de aile planlaması yöntemlerinin uygulanmasına gerek vardır(32).

#### **Bedenen ve Ruhen Sağlıklı Çocuklar Yetiştirmek**

Ailedeki çocuk sayısı çok fazla olmaz ise aile bu çocuklara yeterince zaman ayırıp maddi manevi gereksinimlerini daha iyi bir biçimde karşılayabilir. Bunun anlamı topluma bedenen ve ruhen sağlıklı çocukların yetiştirilmesidir. Yani aile planlaması yöntemlerinin kullanılması ile bu amaca da ulaşılır(32).

**Doğum Yaşını Ayarlamak**

20 yaşından önce ve 35 yaşından sonra yapılan doğumlar, anne ve çocuk ölümlerini önemli ölçüde artırmakta, özellikle 35 yaşından sonra yapılan doğumlarda bebeklerdeki doğuştan sakatlıkların oranı yükselmektedir. Aile planlaması bu açıdan da anne ve çocuk sağlığını korumayı amaçlamaktadır(32).

**İstenmeyen Gebeliklerin Önlenmesi**

İstenmeyen gebelikler çoğu kez, isteyerek yapılan düşükle sonlandırılır. Düşük yapma kadın sağlığı açısından sakıncalıdır. Özellikle ehil olmayan kişiler tarafından sağlıksız koşullarda yapıldığında kadını ölüme bile götürebilir. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesinde de aile planlaması yöntemlerinin kullanılması en sağlıklı yoldur(32).

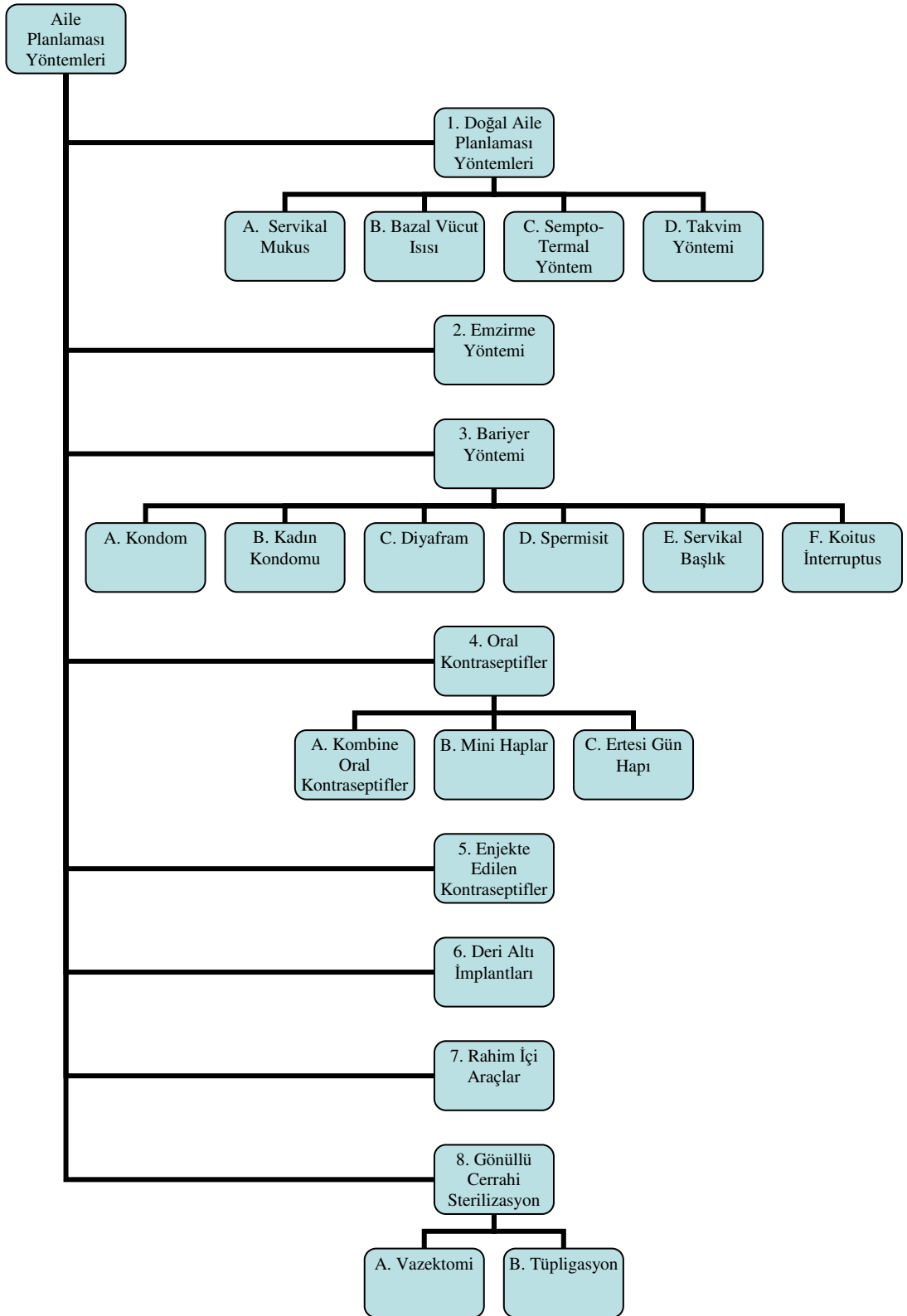
**Sağlıklı, Mutlu, İyi Eğitilmiş İnsan Yetiştirmek**

Aile Planlaması nüfus artış hızını yavaşlatarak toplumumuzun sağlıklı, iyi eğitilmiş ve ekonomik olanakları yeterli kişilerden oluşmasına da katkıda bulunur(32).

**Çocuk Sahibi Olmayan Ailelere Yardımcı Olmak**

Aile Planlamasının diğer bir amacı da çocuk sahibi olamayan ailelere yardım etmek, yol göstermektir(32).

## 2.4. Aile Planlaması Yöntemleri



## **2.4.1. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri**

### **2.4.1.1. Servikal Mukus**

Servikal mukus tayini veya Bilings Ovulasyon metodu (BOM) adet döngüsü boyunca servikte oluşan değişikliklerin izlenmesi esasına dayanır(33).

### **2.4.1.2. Bazal Vücut Isısı**

Bazal vücut ısısı tayininde istirahat halinde günlük vücut ısısı ölçümü esastır. Gebelik istemeyen çiftler mensturasyonun başlangıcından itibaren bazal vücut ısısının yükselmeye başladığı üçüncü güne kadar ilişkide bulunmazlar(33).

### **2.4.1.3. Sempto-Termal Yöntem**

Semptotermal yöntemde servikal mukus değişikliklerine ek olarak diğer fertilitte bulguları değerlendirilir. Bazal vücut ısısı bunlardan bir tanesidir. Bunun dışında memelerde duyarlılık, servikal değişiklikler ve ovulasyon esnasındaki ağrı ve minimal kanama dikkate alınır.

Doğal aile planlamasını basitleştirmek düşüncesi ile iki yöntem geliştirilmiştir.

Bunlardan bir tanesi 'standart gün', diğeri 'iki gün' yöntemidir. Adet süreleri 26-32 gün süren kadınlarda beklenen ovulasyon günü genel olarak 8-19. günler olarak hesaplanmıştır. İki gün yöntemi gözleme dayanan bir yöntemdir. Buna göre kadın içinde bulunduğu gün ve bundan bir önceki gün servikal sekresyonun varlığını saptamışsa fertildir. Bunun dışındaki günlerde fertil olmadığı kabul edilir. Bu iki yöntem etkinlik açısından halen araştırılmaktadır(33).

### **2.4.1.4. Takvim Yöntemi**

Bu yöntemde bir önceki adet döneminin uzunluğuna göre ovulasyon günü hesaplanır. Kadının düzenli adet görmesi ve ovulasyon gününün doğru hesaplanması bu yöntemin etkinliğinde önemli yer tutar(33). Düzenli adetleri olanlarda muhtemel ovulasyon zamanından dört gün önce ve sonrası içeren dönemde ilişkide bulunmamaya dayanır(34).

## **2.4.2. Emzirme Yöntemi**

Laktasyonun kontraseptif etkinliği annenin beslenmesine, emzirmenin sıklığına, bebeğe verilen ek mamaların miktarına bağlıdır. Annenin beslenmesi kötü ise kontraseptif etkinlik artar. Gece dahil tüm gün boyunca düzenli aralıklarla

emziren ve amenoresi olan kadınlarda ilk altı aylık kontraseptif etkinlik %98 olup oral kontraseptiflere eşittir(3).

### **2.4.3. Bariyer Yöntemler**

#### **2.4.3.1. Kondom**

Kondomun en önemli özelliği cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu olmasıdır ve bu nedenle de adölesan kontrasepsiyonda ayrı bir yeri vardır. Doğru olarak kullanıldığında etkinliği yüksek bir yöntemdir(33). Başarı %85-88 arasındadır(19).

Kondom kullanma kuralları

- Ereksiyon durumunda takılmalı çıkartılmalıdır.
- Yedek kondom mutlaka bulundurulmalıdır.
- Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır.
- Üretim tarihine dikkat edilmelidir.

Kondom ereksiyon durumunda takılıp çıkartılması ve kullanım şekli açısından cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir veya duyarlılığı azaltabilir(33)

#### **2.4.3.2. Kadın Kondomu**

Kadın kondomu poliüretan yada lateks bir kılıf ile iki eğilebilir poliüretan halkadan oluşmaktadır.

Cinsel ilişki sırasında kadın kondomunun sıyrılmasının önlenmesi ile bir yıllık başarısızlık oranı %0,8'lere kadar düşebilmektedir(3).

#### **2.4.3.3. Diyafram**

Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruması kondomdan az servikal başlıkla benzerdir(3). Doğru bir kullanım için ilişkiden en fazla 6 saat önce uygulanmalı ve ilişkiden sonra 6 saat yerinde tutulmalıdır(3,33). Toksik şok sendromu ve tekrarlayan sistitler ve kauçuk alerjisi yan etkileri arasında sayılabilir(33).

#### **2.4.3.4. Spermisit**

Köpük, tablet, ovül, krem veya jel spermatozoitleri hareketsizleştirir, öldürür ve spermlerin servikal kanala girmesine engel olur. Vajinal ovül, tablet ilişkiden on dakika önce vajina konur(35). Bakterilerin neden olduğu cinsel yolla bulaşan hastalıkları %25 azaltırlar(3). Seyrek cinsel ilişkide bulunan çiftler kullanabilir.

Etkisi yalnızca 1 saat sürer. Tiksinti oluşturabilir ve cinsel zevki olumsuz etkileyebilir(36).

#### **2.4.3.5. Servikal Başlık**

Hasta uyumu düşük bir yıllık gebelik riski yüksek bir yöntemdir. İki veya üç yıl boyunca tekrar kullanılabilir. Kontrasepsiyon etkinliğini azaltan en önemli sebep ilişki sırasında başlığın kaymasıdır(3). %11,3 lük gebelik oranı vardır(4).

#### **2.4.3.6. Koitus Interruptus**

Ejekülasyondan önce geri çekilmesi anlamına gelir. Yaygın kullanılır. Ancak etkinliği zayıftır ve ejakülasyon anında geri çekilme doğal değildir(34). Başarısızlık oranı %18-20'dir(19).

#### **2.4.4. Oral Kontraseptifler**

##### **2.4.4.1. Kombine Oral Kontraseptifler**

Sürekli kullanıldıklarında kombine oral kontraseptiflerin %0,2-0,3 gibi düşük bir gebelik riski vardır. Doğru kullanıldığında %99 etkilidir(37).

##### **Oral kontraseptiflerin yararları**

###### **A. Aile planlaması ile ilişkili yararlar**

- İstenmeyen gebeliklerde ve kürtajda azalma
- Ektopik gebelik oranında düşüş
- Maternal mortalitede azalma

###### **B. Jinekolojik yararlar**

- Over kanserinde azalma
- Endometriyum kanserinde azalma
- Fonksiyonel over kistlerinde azalma
- Uterusta leiomyom oluşumunda azalma
- Oligoanovuluar kadınlarda düzenli menstrüel siklus elde etme
- Dismenorede azalma

###### **-Endometriyozis oluşumunda azalma**

###### **-Pelvik enflamatuar hastalık oranında düşüş**

###### **C. Jinekolojik olmayan yararları**

- Kolon kanserinde azalma
- Fibroadenom, kistik meme hastalıklarında azalma
- Kemik mineral dansitesindeki almanın önlenmesi



- Aknelerin ve hirsutizmin tedavisi
- Romatoid artrit oluşumunda azalma
- Mensürasyon sırasında görülen migren ağrılarında azalma
- Yoğun menstrüel kanamaya bağlı demir eksikliği anemisinin önlenmesi
- Aterosklerozda azalma

#### **Kombine oral kontraseptiflerin kullanılmaması gereken durumlar(DSÖ grup 4)**

- 35 yaş ve üstünde, günde 15 ve daha fazla sigara içen kadınlar
- Hipertansiyonu olan sistol 160 veya diastol 100mmHg olanlar
- Şu anda veya geçirilmiş tromboembolik hastalığı olanlar
- Şu anda veya geçirilmiş iskemik kalp hastalığı olanlar
- Komplike olmuş kalp kapak hastalıkları
- Uzun süre immobilizasyon gerektiren majör cerrahi veya bacak ameliyatları
- Geçirilmiş serebravasküler olay(inme) öyküsü
- Fokal nörolojik semptomlu migren
- Şu anda meme kanseri olanlar
- Aktif viral hepatit olanlar
- Ağır dekompanse karaciğer sirozu
- Benign veya malign karaciğer tümörleri
- Doğumdan sonra emziren kadınlarda postpartum ilk 6 hafta(3).

#### **Yan etkileri**

Bulantı, memede gerginlik, duygulanım değişiklikleri ve kilo artışıdır. Bunlar genellikle birkaç siklustan sonra düzelir(4).

#### **DSÖ' ye Göre Oral Hormonal Kontraseptiflerin Kullanımında (KOK)**

##### **Unutulan Hap İçin Uyulacak Kurallar**

“1-21.” Gün haplarından 1 tanesi unutulursa: Unutulan hap, hatırlandığı anda olabildiğince çabuk yutulmalı, aynı gün normal hap saatinde de o günün hapı da yutulmalı, haplar düzenli kullanılmaya devam edilmelidir. Ek bariyer yöntem kullanmak gerekmez.

Yeni kutuya 2 gün veya daha geç başlanırsa: Hatırlandığı anda yeni pakete başlanmalı ve her gün düzenli 1 hap yutulmaya devam edilmelidir.

7 gün cinsel ilişkide bulunmamalı veya 7 gün ek yöntem kullanılmalıdır.

Kadının 7 ara gününde veya hapa başladığı ilk 7 günde korunmasız cinsel ilişkisi olmuşsa, acil kontrasepsiyon gerekir.

Hapa başlanan ilk 7 gün içinde 2-4 hap unutulursa: Hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı, aynı gün normal hap saatinde de o günün hapi yutulmalı, düzenli kullanmaya devam edilmelidir. 7 gün cinsel ilişkide bulunmamalı veya 7 gün ek yöntem kullanılmalıdır.

Kadının 7 ara gününde veya hapa başladığı ilk 7 günde korunmasız cinsel ilişkisi olmuşsa, acil kontrasepsiyon gerekir.

Hapa başlanan “8-14.”günler arasında 2-4 hap unutulursa: Hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı, aynı gün normal hap saatinde de o günün hapi yutulmalı, düzenli kullanmaya devam edilmelidir. Ek bariyer yöntem kullanmak gerekmez.

Hapa başlanan “15-21.”günler arasında 2-4 hap unutulursa: Hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı, aynı gün normal hap saatinde de o günün hapi yutulmalı, düzenli kullanmaya devam edilmeli paket bitince ara vermeden hemen yeni pakete geçilmelidir. Ek bariyer yöntem kullanmak gerekmez.

Hapa başlanan 1-21. günler arasında, 5 ve daha fazla hap unutulursa: Hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı, aynı gün normal hap saatinde de o günün hapi yutulmalı, düzenli kullanmaya devam edilmeli paket bitince ara vermeden hemen yeni pakete geçilmelidir.

Kadının, dördüncü hapını unuttuktan sonraki 7 gün içinde korunmasız cinsel ilişkisi olmuşsa, acil kontrasepsiyon gerekir. 7 gün cinsel ilişkide bulunmamalı veya 7 gün ek yöntem kullanılmalıdır.

Her bir sikluluk pakette 1 veya daha fazla hap unutulursa: Unutulan haplar atılmalıdır. Düzenli kullanılmaya devam edilmeli paket bitince yeni pakete geçilmelidir. Ek yöntem kullanmak gerekmez(38,39).

#### **2.4.4.2. Minihaplar**

Lohusalık döneminde tercih edilen mini haplar siklusların yaklaşık %40-60’ında ovulasyonu engeller. Servikal mukusu kalınlaştırarak ve endometriumu incelterek etki sağlarlar. Kadın emzirdiği sürece doğumu izleyen dokuz ay boyunca %98,5 diğer zamanlarda %96 oranında korumaktadır(33).

### 2.4.4.3. Ertesi Gün Hapları

#### Östrojenler

Östrojenler koitustan sonra 72 saat içinde alınan yüksek doz östrojen gebeliği önler koitustan sonra 5 gün süreyle günde 5 mg etinil östrodiolle tedavide gebelik oranı %0,15 'dir (4).

#### Östrojen Progestin Kombinasyonları

Östrojen, progestin kombinasyonları koitustan sonraki 72 saat içinde alınan 200 mg etinil östrodiolle 2 mg norgestrolün kombinasyonu sonucunda gebelik oranı %1,8'dir (4) .

#### Bakır İçeren Rahim İçi Araçlar

İlk 72 saat içinde takılan bakırlı RİA'nın seks steroidlerinden bile daha etkin olduğu görülmüştür(4).

#### Danazol

Danazol bir antigonadotropin olup foliküler fazda uygulanırsa ovulasyonu engellemektedir(40). Gebelik oranı %2'dir(4).

#### Mifepriston (RU 486) ve Epostan

Bu iki ajan postkoital kontrasepsiyon için idealdir. Epostan progesteron üretiminde blok yaratarak, mifepreston ise progesteron üretimini aktive ederek implantasyonu önlerler(16). Mifepriston menstrüel siklusun 27. gününde alındığında menstrüasyonu uyarmada çok etkilidir (4).

#### Metotreksat ve Misoprostol

50mg /m<sup>2</sup> metotreksatla birlikte 800 mg misoprostolün vajinal kullanımı 5 ile 7 gün sonrası 63. güne kadar düşük indüksiyonunda yüksek oranda etkilidir. Misoprostolün yan etkisi ise ishal, bazen bulantıdır(16).

### 2.4.5. Enjekte Edilen Kontraseptifler

İçerdikleri hormon tipine göre sadece progestin içerenler veya kombine tipte olanlar vardır. Enjekte edilen preparatların koruyuculuğu oldukça yüksektir. Adetten sonraki ilk yedi gün içerisinde enjeksiyonun yapılması gerekir. Emziren kadınlarda doğum sonrası altı hafta emzirmeyenlerde ise üç dört hafta sonra enjeksiyon yapılır(33). 3 ayda bir uygulanan bu yöntem %0,3'lük gebelik ihtimali ile etkilidir(4).

#### 2.4.6. Deri Altı İmplantları

İmplantlardan düzenli progesterin salınımı hem ovulasyonu baskılayarak hem de servikal mukusun kalınlaşmasını sağlayarak etki göstermektedir. Etkinliği oldukça yüksek bir yöntemdir. Deri altı implantları siklusun herhangi bir döneminde uygulanabilir ve uygulamadan 24 saat sonra cinsel ilişkiye girilebilir. Ancak uygulama için en uygun zamanlar adet döneminde, düşüklerden hemen sonra ve doğumdan altı hafta sonra emzirme esnasında yapılır(33). İmplant çıkartıldıktan sonra fertilizasyona dönüş hemendir. Düzensiz kanama ve baş ağrısı önemli yan etkileridir(4).

#### 2.4.7. Rahim İçi Araçlar

Dünyada en yaygın olarak kullanılan ikinci modern yöntemdir. Uzun etkisi, etkinliği, güvenli oluşu, cinsel ilişkiden bağımsız olması, emzirmeye engel olmayışı, yöntem bırakıldıktan sonra doğurganlığın hızla geri dönüşü gibi özellikleri bu yöntemin milyonlarca kadın tarafından tercih edilmesini sağlamaktadır. İlk kullanıma giren inert RİA'lar yerini günümüzde en yaygın olarak kullanılan bakırlı rahim içi araçlara bırakmıştır(41).

Bakırlı RİA'lar tubal sterilizasyona eş etkinlikte güvenlidir. İki tür RİA bulunmaktadır; 'Bakırlı T380' ve 'progesteron salgılayan T'. 'Bakırlı T' 10 yıl sürekli kullanılabilir.

Progesteron salan RİA sapında uzamış, yavaş hormon salınımına izin veren kapsül içinde progesteron içerir. Bir yıllık kullanım için ayarlanmıştır.

RİA'lar %0,2'den daha az gebelik oranlarına yol açarlar(4). Gebelik önlemede etkili bir yöntemdir(%99)(32).

##### Avantajları

- Yüksek düzeyde etkinlik
  - Sistemik metabolik etkilerle ilişkili olmaması
  - Uzun süreli kullanım için tek bir girişimin (RİA yerleştirilmesi) gerekmesi(42).
- Bakırlı olanlar, gebelikten 10-12 yıl boyunca etkili bir şekilde korur(32).

##### Kesin Kontrendikasyonları

- Aktif yeni veya tekrarlayan pelvik enfeksiyon
- Gebelik ve gebelik şüphesi
- Tanısı konmamış anormal uterin kanama

-Servikal veya korpus maligniteleri(9).

#### **2.4.8. Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon**

##### **2.4.8.1. Vazektomi**

Vazektomi lokal anestezi altında vas deferensin bir kısmının kesilip çıkarılmasını kapsar(3). Vazektomide tüp ligasyonuna benzer şekilde fertilité kalıcı olarak sonlandırılır. Etkinliği çok yüksek olmasına rağmen, hemen etkili değildir. Yaklaşık yirmi ejakülasyondan sonra güvenilirlik artar(33). Vazektomi sonrası üç yıl içinde geri dönüşüm işlemi uygulanırsa %70 -80 oranında gebelik elde edilebilir(3).

##### **Vaz Oklüzyonu**

Bistürisiz vazektomi olarak bilinen yöntemde ‘vazoklit’ adı verilen klipsler kullanılmaktadır.

Kimyasal yöntemlerde ise ‘siyano akrilat’ ve ‘fenol’ kombinasyonu kullanılmaktadır. Başarı %88,5’tir.

Oklüziv tıkaç yönteminde ise silikon veya poliüretandan yapılmış tıkaçlar vaz deferens içine perkütan olarak enjekte edilir. Başarı oranı %68 olarak bildirilmektedir.

Geriye dönüşüm vazektomiden sonra %89, kimyasal oklüzyondan sonra %76, oklüziv tıkaç yönteminden sonra %26’dır. Gebelik ise sırasıyla %36,3, %16, %7,4 olarak bildirilmektedir.

En son olarak vaz deferens içinde non oklüziv bir filtre yerleştirilmektedir (IVD). Başarı %68’dir(19).

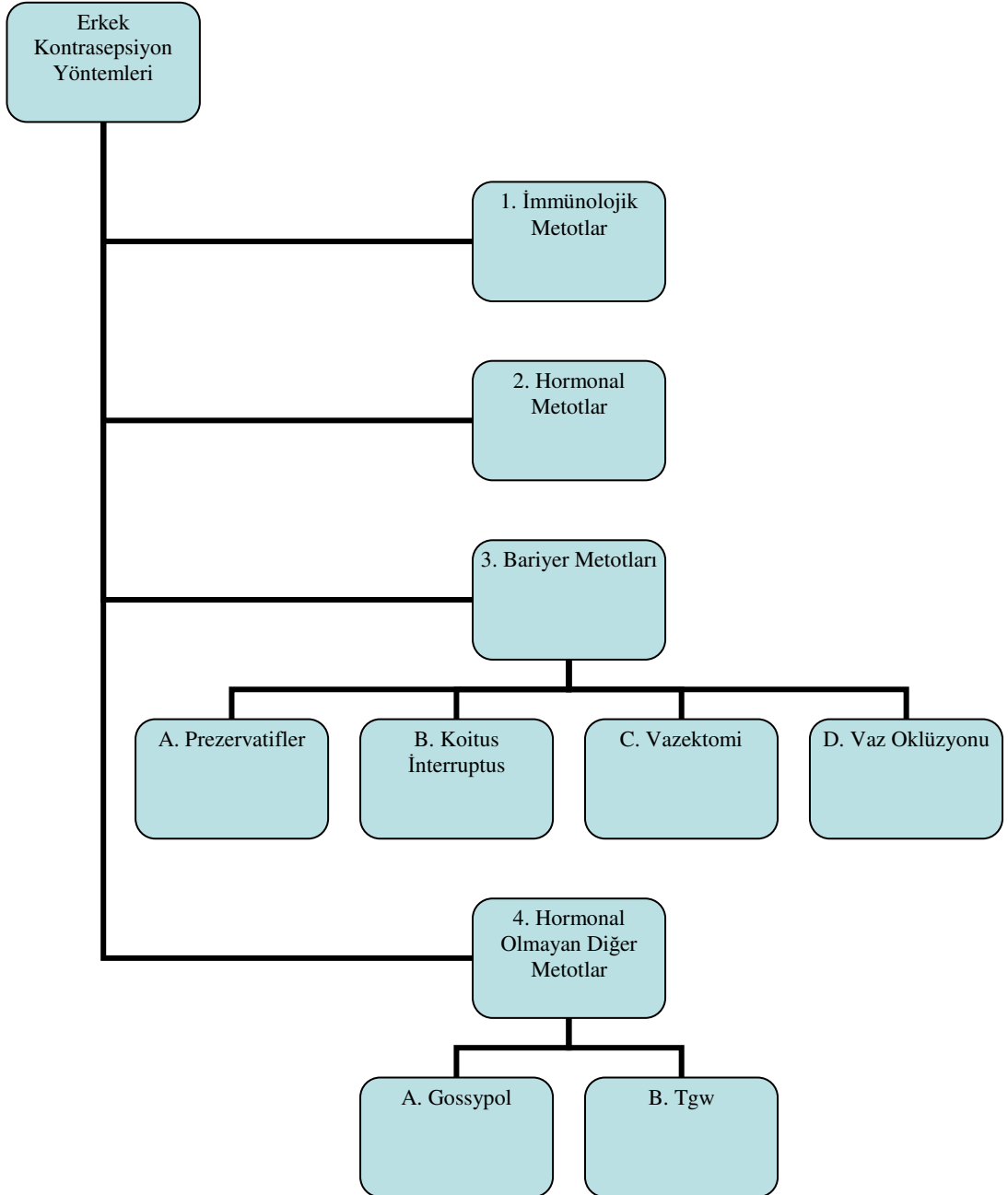
##### **2.4.8.2. Tüp Ligasyonu**

Tuba uterinaların bağlanması veya eksizyonu ile spermlerin oosite ulaşmasının engellenmesini sağlar. Tüp ligasyonu laparotomi veya sezeryan doğum sırasında, minilaparotomi ile laparoskopik olarak uygulanabilir. Herhangi bir abdominal operasyon uygulanacak kadınlarda histerektomi yapılmayacaksa ve ailelerini tamamlamışlarsa tüp ligasyonu önerilebilir.

Tüp ligasyonu sonrasında gebelik isteyen kadınlara geri dönüşüm için mikro cerrahi uygulanabilir. Geri dönüşümün en başarılı olduğu yöntem tüpün en fazla 1cm’lik kısmına hasar veren klip yöntemidir. Klip yöntemi sonrası uygulanan mikro cerrahi ile %84-100 gebelik elde edilebilirken, Fomeroy ligasyonu sonrasında geri dönüşüm başarısı %50-76 ‘dır. Elektrokoagülasyon uygulanmış yöntemler sonrası

tüp anastomozunun başarı şansı çok daha düşüktür. Geri dönüşüm işlemi sonrası oluşan gebeliklerin ise %2-12,5'i ektopiktir. Halk arasında yanlış inanışın aksine tüp ligasyonu menstrüel siklusu etkilemez. Meme ve endometrium kanserine karşı etkisi yoktur ancak over kanserine karşı %80'lere varan koruma sağlar(3).

## 2.5. Erkek Kontrasepsiyon Yöntemleri



### 2.5.1. İmmünolojik Metotlar

Gamet üretimini hedefleyen aşılarından gonadotropin salgılatıcı hormon(GnRH)'ya karşı geliştirilenler seks steroidlerinde azalmaya ve bu nedenle libido ile sekonder seks karakterlerinde bozukluğa yol açtıklarından terk edilmiştir. Follikül uyarıcı hormon(FSH)'ya karşı oluşturulan aşılarda azospermiden çok oligospermiye yol açtıkları için yeteri kadar etkin bulunmamışlardır. Lütinize edici hormon(LH)'ya karşı oluşturulan antikörlerin de seks steroidlerini etkileme potansiyeli olduğundan aşıların kontraseptif amaçlı kullanımı tercih edilmemektedir(3).

Gamet fonksiyonunu hedefleyen aşıların en önemli hedeflerinden biri memeli oositleri ve implante olmamış embriyonun hücre dışı matriksini oluşturan zona pellusida(ZP)'dir. Her oositte bulunan ZP1, ZP2 ve ZP3'ün fertilizasyonda önemli rolleri vardır. ZP3 glikoproteini spermin tanınmasında ve akrozom reaksiyonunun başlatılmasında önemli bir rol alır(3).

Son yıllarda rekombinant DNA teknolojisi ile spermlerde bulunan bazı protein antijenler klonlanabilmiştir. Bunlardan insanlar üzerinde uygulaması başlayan en önemli molekül ZP için bağlanma bölgesi de içeren fertilizasyon antijeni bir(FA-1)'dir(3).

Gametini üretimini hedefleyen aşılarından en önemlisi hCG(human chorionic gonadotropin)'nin beta alt ünitesini hedefleyenlerdir. İnsanlarda yapılan denemelerde 50ng/ml'nin üzerindeki antikör titrelerinin gebeliğe karşı koruyucu olduğu bulunmuştur(3).

### 2.5.2. Hormonal Metotlar

Erişkin erkekte spermatogenez hipotalamustan salgılanan GnRH, hipofizden salgılanan FSH ve LH'ın kontrolündedir. Testis testosteron salgısı, inhibin B salgısı ve direk olarak salgıladığı veya testosteronun periferik dönüşümü sonucu oluşan östradiol ile hipofiz üzerinde negatif geribildirimli bir kontrole sahiptir. Testosteron hem hipotalamus hem de hipofiz üzerinde etki göstererek LH salgısını baskılar. FSH salgısı ise temel olarak inhibin ve östradiol ile kontrol edilir. Erkekte gonadotropin salgısı üzerinde fizyolojik bir rolü olup olmadığı henüz bilinmemekle birlikte dışarıdan verilen progesteron veya sentetik gestajenler FSH ve LH seviyelerini baskırlar(3).



Haftalık 200mg intramüsküler testosteron enantat(TE) uygulanarak yapılan erkeklerin %70'inde altı aylık uygulama sonunda azospermi elde edilmiştir. Azospermi oluşan olgularda gebelik gözlenmemiş ancak oligospermik olgularda %1,4-8,1 arasında gebelik oranları bildirilmiştir. Bu uygulama Asya kökenli erkeklerde Kafkas kökenlilere oranla daha fazla azospermi oluşturmaktadır. Sık enjeksiyonların uygulamayı güçleştirmesinden dolayı hazırlanan 200 mg'lık peletlerin dört tanesinin lokal anestezi altında alt abdominal duvara subkutan olarak yerleştirilmesi de 5 ay süren etkin bir kontrasepsiyon sağlamaktır. Ancak, tek başına testosteronun kontrasepsiyon amaçlı kullanımı için daha etkin, uzun süre salınmaya devam eden farmakokinetik özellikteki formüllerin geliştirilmesine ihtiyaç vardır(3).

Progesteronların testosteronlarla birlikte verilmesi hem daha çabuk azospermi sağlanmasına, hem de testosteron dozunun azaltılabilmesine olanak sağlamaktadır. Depomedroksiprogesteronun testosteron veya 19-nortestosteron ile birlikte uygulanması erkeklerde %97-98 oranında azospermi sağlamaktadır. Yine bir antiandrojenik progestagen olan siproteron asetatın 25-100 mg/gün dozunda haftalık 100 mg TE enjeksiyonlarına eklenmesi tüm erkeklerde azospermi sağlamaktadır. Yine güçlü bir progestagen olan desogestrel 300 mgr/gün oral olarak haftalık 50 mg TE ile birlikte verildiğinde tüm erkeklerde azospermi sağlamaktadır. Androjenik bir progestagen olan ve depo formu bulunan noretisteronun altı haftada bir 200 mg dozunda, 1000 mg testosteron undekonat ile birlikte enjeksiyonu %92 oranında azospermi oluşturmaktadır(3).

Testosteronun FSH sekresyonu üzerindeki negatif geri bildirim estrojene dönüşüm ile olmakla birlikte kontraseptif amaçlı östrojen kullanımı jinekomasti gibi yan etkiler nedeniyle mümkün değildir. Ayrıca, GnRH analogları veya antagonistleri hem yüksek maliyetleri hem de diğer kombinasyonlardan fazla azospermi sağlayamamaları nedeniyle kontraseptif amaçlı olarak ilk tercih değildirler(3).

Günümüzde erkek kontrasepsiyonu için kullanılan en etkin hormon kombinasyonu testosteron ve progesterondur. Diğer yandan fizyolojik seviyenin üstünde testosteron enjeksiyonlarının akne, kilo alımı, kardiyovasküler riski arttırabilecek lipoprotein değişikliklerine yol açabilir(3).

### 2.5.3. Bariyer Metotları

#### 2.5.3.1. Prezervatifler

Kondomun en önemli özelliği cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu olmasıdır ve bu nedenle de adölesan kontrasepsiyonda ayrı bir yeri vardır. Doğru olarak kullanıldığında etkinliği yüksek bir yöntemdir(33). Erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir(36). Başarı %85-88 arasındadır (19).

Kondom kullanma kuralları

- Ereksiyon durumunda takılmalı çıkartılmalıdır.
- Yedek kondom mutlaka bulundurulmalıdır.
- Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır.
- Üretim tarihine dikkat edilmelidir.

Kondom ereksiyon durumunda takılıp çıkartılması ve kullanım şekli açısından cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir veya duyarlılığı azaltabilir(33). Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirir. Gebe kalması sağlık açısından sakıncalı olanlara önerilmez(36).

#### 2.5.3.2. Koitus Interruptus

Ejekülasyondan önce geri çekilmesi anlamına gelir. Yaygın kullanılır. Ancak etkinliği zayıftır ve ejakülasyon anında geri çekilme doğal değildir(34). Başarısızlık oranı %18-20'dir(19).

#### 2.5.3.3. Vazektomi

Vazektomi lokal anestezi altında vas deferensin bir kısmının kesilip çıkarılmasını kapsar(3). Vazektomide tüp ligasyonuna benzer şekilde fertilité kalıcı olarak sonlandırılır. Etkinliği çok yüksek olmasına rağmen, hemen etkili değildir. Yaklaşık yirmi ejakülasyondan sonra güvenilirlik artar(33). Vazektomi sonrası üç yıl içinde geri dönüşüm işlemi uygulanırsa %70 -80 oranında gebelik elde edilebilir(3).

#### 2.5.3.4. Vaz Oklüzyonu

Bistüresiz vazektomi olarak bilinen yöntemde 'vazoklit' adı verilen klipsler kullanılmaktadır.

Kimyasal yöntemlerde ise 'siyano akrilat' ve 'fenol' kombinasyonu kullanılmaktadır. Başarı %88,5'tir.

Oklüziv tıkaç yönteminde ise silikon veya poliüretandan yapılmış tıkaçlar vaz deferens içine perkütan olarak enjekte edilir. Başarı oranı %68 olarak bildirilmektedir.

Geriye dönüşüm vazektomiden sonra %89, kimyasal oklüzyondan sonra %76, oklüziv tıkaç yönteminden sonra %26'dır. Gebelik ise sırasıyla %36,3- %16-%7,4 olarak bildirilmektedir.

En son olarak vaz deferens içinde non oklüziv bir filtre yerleştirilmektedir (IVD). Başarı %68'dir(19).

#### **2.5.4. Hormonal Olmayan Diğer Metotlar**

Bitki ekstreleri üzerinde yoğunlaşma mevcuttur(19).

##### **2.5.4.1. Gossypol**

Pamuk tohumundan elde edilen ve ilk defa Çin'de bulunmuş olan bir bitki özüdür. Anti fertilite özelliği ise 1980'de saptanmıştır. %99,89 anti fertilite özelliğine sahiptir. Ciddi hipokalemi ve devamlı infertilite gibi dezavantajlara sahiptir(19).

##### **2.5.4.2. Tgw (Triptergium Wilfordii)**

Cilt hastalıkları, ankilozan spondilit ve romatoid artrit gibi hastalıkların tedavisinde kullanılan Triptergium wilfordii'nin anti infertilite özelliği son yıllarda saptanmıştır. İlk defa Çin'de bulunan bu preparatla ilgili ratlar üzerinde çalışma mevcut olup halen deney safhasındadır(19).

## **2.6. Türkiye'de Kadın ve Statüsü**

Türkiye genel nüfusunun %49,5 i kadın %50,5 i erkektir. Ve %27,4 ü ise doğurgan çağ olarak nitelendirilen 15-49 yaş grubu evli kadınlardır. Bu grupta bulunan kadın sayısı, nüfus projeksiyonunda 17,6 milyon olarak hesaplanmaktadır.

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında (TNSA) incelenen nüfusun %53 unun 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturduğu, görüşülen hanelerin %10 unda aile reisi kadın olduğu belirlenmiştir.

Kadın sağlığını etkileyen önemli hususlardan birisi olan kadının gelir getirici bir işte çalışma şansı, Türkiye'de erkeklere göre daha düşüktür. TNSA 98 bulguları, görüşülen kadınların %35' inin halen çalışmakta olduğunu, bunların %43'ünün mevsimlik ve %11'inin geçici işte çalıştıklarını göstermiştir.

Batı ve Orta Anadolu'da yaşayanlar arasında çalışan kadın oranı diğer bölgelere göre daha yüksektir.

Kadının statüsünü gösteren bir faktör de, elde edilen gelirin harcamasında karar verme sürecinde aldığı roldür, çalışan kadınların yaklaşık yarısı kararı kendilerinin verdiğini ifade ederken %15'inin kazancın kullanılmasında karar verme sürecinde yer almadıkları tespit edilmiştir. (43)

## 2.7. Türkiye'nin Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması

Türkiye 1923'den sonra doğurganlığı özendirici (pronatalist) bir politika izlemiştir.

1955-1960 yılları arasında doğum hızı artmaya başlamış ve ürkütücü olmaya başlamıştır.

Nüfus artış hızının %3'e ulaşması yanı sıra isteyerek yapılan düşüklerin artışını ve anne ölümlerindeki artışı da getirmiştir.

Özellikle isteyerek - kişilerin kendileri tarafından başlatılan - düşüklere bağlı anne ölümlerinin artması, anne ölümlerini de azaltabilmek için nüfus politikalarının doğurganlığın azaltılması yönünde değiştirilmesi gereğini ortaya koymuştur.

1965 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisindeki uzun tartışmalardan sonra doğurganlığın azaltılması yönünde (antinatalist) bir politika benimsenmiş ve 557 no'lu ilk nüfus planlaması yasası kabul edilmiştir. Bu yasaya göre aşağıda sayılanlar ülkede yasal hale gelmiştir:

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

Bu yasa temelinde Türkiye'de yıllar boyu sağlanan aile planlaması hizmetleri ancak belli bir düzeye ulaşabilmiştir. Bu yasadan sonra kontraseptif yöntem kullanımı artmıştır.

Ancak yasal olmamasına karşın isteyerek düşüklerin giderek arttığı görülmüştür. Provoke düşüklere bağlı anne ölümleri görülmeye devam etmiştir. 1981 yılında 450 bin kadının düşük yaptığı ve bunun neredeyse 300 bininin isteyerek

düşük olduğu tahmin edilmektedir. Bu da 1965’de yürürlüğe giren yasanın Türkiye’de isteyerek düşüğü önlemekte yetersiz kaldığını göstermektedir. 1983’de 2827 no’lu ikinci Nüfus Planlaması Yasası kabul edilmiş, ancak uygulamaya 1984’de geçirilebilmiştir. Halen günümüzde bu yasa geçerlidir.

Bu yeni yasa ile birlikte;

-10 haftaya kadar olan gebelikler isteğe bağlı olarak sona erdirilebilir

-10 haftanın üzerindeki gebelikler tıbbi nedenlerle sona erdirilebilir

-Hastanelerde ve AÇS-AP merkezlerinde kadın hastalıkları ve doğum

uzmanlarının denetimi altında eğitilmiş genel pratisyenler menstrüel regülasyon hizmeti verebilirler.

-Erkek ve kadınlara gönüllü cerrahi sterilizasyon uygulanabilir

-Eğitilmiş doktor, hemşire ve ebeler RİA gibi etkili gebeliği önleyici yöntemleri uygulayabilirler.

-Yasada, aile planlaması konusunda sektörler arası işbirliği sağlanması da vurgulanmaktadır.

‘2827’ sayılı yasanın ardından kısa bir süre isteyerek düşük hızları artmaya devam etmiş ancak 1990 yılından sonra azalmaya başlamıştır. İsteyerek düşük hızları ‘100 gebelikte’ 1983 yılında 12,1 iken, 1988’de 23,6, 1993’de 18, 1998’de 14,5 ve 2003’de 11,3’tür(44).

Türkiye’de yöntem kullananların %42,5’i modern yöntem, %28,5’i geleneksel bir yöntem kullanmaktadır(45). 1993 ve 2003 TNSA araştırmaları arasında geleneksel yöntem kullanımının neredeyse aynı kaldığı görülürken, modern yöntem kullanımında 1993’ten bu yana sürekli bir artış olduğu görülmektedir(46).

Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar üreme ve doğurganlığın kontrolü ile ilgili yöntem seçiminin ataerkil geleneklere dayandığı, bunun da kadınların üreme ile ilgili davranışlarını etkilediğini göstermektedir(47). Bu çalışmalar aile planlamasının başarısında erkeklerin bilinçli çabalarının gerekli olduğunu göstermektedir. Aşırı doğurganlığın azaltılmasında önemli payı üstlenen kadına, erkeğin büyük desteği olacaktır. Toplum dinamiğinin dengelenmesine, kadın erkek eşitliğine ve toplum için uzun vadeli yararların elde edilmesine katkıda bulunacaktır(17). Ancak Türkiye’de erkek kontraseptif yöntem kullanımı günümüzde hala yaygın olamamaktadır. Kontrasepsiyon daha çok kadının sorumluluğu olarak

görülmektedir. Erkekler bu sorumlulukta yeterince görev almamaktadır. Bu da kontrasepsiyon kullanımını olumsuz etkilemektedir. Bunun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Aileye eğitim verilirken neyin eksik olduğu tam olarak bilinmelidir. Bu konuda hemşirelerin rolü de büyüktür. Hemşirelerin danışmanlık verirken bu konuları sorgulamaları gerekmektedir.

Söz konusu nedenlerden dolayı bu çalışma kontrasepsiyon amaçlı başvuran fertil çağındaki evli kadınların, erkekte kullanılan kontrasepsiyon yöntemlerine bakış açısını ve yöntem kullanma tercih sebeplerini saptayıp, erkek kontrasepsiyonunun yaygınlığını araştırıp ilgili çözümlere katkıda bulunulması amacıyla planlanmıştır.

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli:**

Araştırmamız, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Afyon Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve AÇS-AP(Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması) merkezine kontrasepsiyon amaçlı başvuran fertil çağındaki evli kadınların, erkekte kullanılan kontrasepsiyon yöntemlerine bakış açısının ve yöntem kullanma tercih sebeplerinin saptanması ve erkek kontrasepsiyonunun yaygınlığının araştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır .

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Afyon Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve AÇS-AP (Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması) merkezlerinde uygulanmıştır. Çalışma Etik Kurul onayı ve kurum yetkililerinin izni ile Mart 2007 ve Mayıs 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Kesitsel olarak planlanan bu araştırmanın evrenini, belirtilen merkezlere başvuran fertil çağındaki evli kadınlar oluşturmaktadır. Belirtilen tarihler arasında başvuran kadınlardan rastgele seçilen 338 kadına ulaşılmıştır. Fertil çağındaki, evli, hamile olmayan, kendi veya eşi herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanan ya da kullanmak üzere başvuran kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Kadınlara uygulanan anket formu 35 sorudan oluşmaktadır. Araştırma şu konu başlıklarından oluşmaktadır.

- Katılımcı kadın ve eşlerinin tanıtıcı bilgileri
- Katılımcıların obstetrik öyküleri
- Çiftin kullandığı kontrasepsiyon yöntemine ilişkin öyküleri
- Kadına yönelik kontraraseptif kullanan kadınların yöntem tercih nedenleri
- Erkeğe yönelik kontraraseptif kullanan kadınların yöntem tercih nedenleri
- Kadınların erkek kontrasepsiyonuna yönelik bilgi ve düşünceleri

Yukarıdaki konu başlıklarından oluşan anket formu EK-I'de yer almaktadır.

### **3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması**

Anket formları araştırma amaçlarına yönelik olup, katılımcıların yanıtlayabilecekleri açıklıkta hazırlanmıştır. Araştırmanın amacı katılımcılara açıklanmış ve araştırma için gerekli onayları alınmıştır. Formların doldurulmasında yüz yüze görüşme tekniği uygulanmıştır.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

338 kadından elde edilen veriler SPSS for Windows 11.0 ( Statistical Package for Social Sciences for Windows ) paket programına kodlanarak girilmiştir. Araştırmanın değerlendirilmesinde ortalama değer, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, yüzde oranları, Ki-kare testi ve student t-testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık ise  $p < 0,05$  ile tanımlanmıştır.



#### 4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 338 kadının yaş ortalaması  $33,99 \pm 7,40$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.1. Araştırmaya alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı**

Yaş	Sayı (n=338)	(%) Yüzde
18-27	83	24,6
28-33	86	25,4
34-39	86	25,4
40-50	83	24,6
<b>Eğitim düzeyi</b>		
İlköğretim	111	32,8
Ortaöğretim	68	20,1
Yüksek Öğretim	159	47,0
<b>Meslek</b>		
Çalışmıyor/Ev hanımı	172	50,9
Çalışıyor	166	49,1
<b>Evlilik süresi(Yıl)</b>		
0-3	48	14,2
4-6	49	14,5
7-10	67	19,8
11 ve üzeri	174	51,5

Tablo 4.1 incelendiğinde kadınların %25,4'ünün 28-33 yaş ve yine %25,4'ünün 34-39 yaşları arasında olduğu, %47'sinin yüksek öğretim düzeyinde eğitim aldığı ve %51,5'inin 11 yıl ve üzeri süredir evli olduğu görülmektedir.

Kadınların evlilik süresi ortalaması  $3,09 \pm 1,11$  yıl olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 4.2. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı**

<b>Eş yaş</b>	<b>Sayı (n=338)</b>	<b>(%) Yüzde</b>
20-30	86	25,4
31-36	80	23,7
37-43	88	26,0
44-57	84	24,9
<b>Eş eğitim düzeyi</b>		
İlköğretim	65	19,2
Ortaöğretim	84	24,9
Yüksek öğretim	189	55,9
<b>Eş meslek</b>		
Memur	183	54,1
İşçi	90	26,6
Çiftçi	8	2,4
Diğer	57	16,9
<b>İkamet yeri</b>		
İl merkezi	286	84,6
İlçe merkezi	14	4,1
Köy/Kasaba	38	11,2
<b>Sosyal güvence</b>		
Yok	21	6,2
Emekli sandığı(ES).	202	59,8
SSK	84	24,9
Yeşil kart(YK).	11	3,3
Bağkur	20	5,9
<b>Aylık Gelir</b>		
100-750 YTL arası	96	28,4
750-1900 YTL arası	119	35,2
1900 YTL üzeri	123	36,4

Tablo 4.2 incelendiğinde kadınların eşlerinin %26'sının 37-43 yaş arasında olduğu, %55,9'unun yüksek öğretim düzeyinde eğitim aldığı ve %54,1'inin memur olarak çalıştığı görülmektedir. Kadınların %84,6'sı il merkezinde yaşamakta olup %6,2'si hariç hemen hepsinin bir sağlık güvencesi bulunmaktadır. Kadınların %36,4'ünün aylık ortalama gelirleri 1900YTL ve üzerinde olup, eşlerinin yaş ortalaması  $37,28 \pm 7,78$ 'dir.

**Tablo 4.3. Kadınların obstetrik öyküleri**

<b>Gebelik sayısı</b>	<b>Sayı (n=338)</b>	<b>%</b>
1	63	18,6
2	110	32,5
3	69	20,4
4 ve üzeri	65	19,2
Yok	31	9,2
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>		
1	111	32,8
2	155	45,9
3 ve üzeri	47	13,9
Yok	25	7,4
<b>Düşük sayısı</b>		
1	46	13,6
2	9	2,7
3 ve üzeri	6	1,8
Yok	277	82,0
<b>Küretaj sayısı</b>		
1	68	20,1
2	21	6,2
3 ve üzeri	14	4,1
Yok	235	69,5

Tablo 4.3 incelendiğinde kadınların %32,5'inin iki gebelik geçirdiği, %45,9'unun iki yaşayan çocuğu olduğu, %82'sinin düşük yapmadığı ve %69,5nin hiç küretaj yaptırmadığı görülmektedir. Katılımcı kadınların gebelik ortalaması  $2,40 \pm 1,08$  (n=307), yaşayan çocuk ortalaması  $1,83 \pm 0,77$  (n=313), düşük ortalaması  $1,36 \pm 0,71$  (n=61) ve küretaj ortalaması  $1,50 \pm 0,78$  (n=103)'dir.

**Tablo 4.4. Çiftlerin kullandıkları korunma yöntemine göre dağılımları**

<b>Kullanılan yöntem</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Erkeğe yönelik</b>	<b>180</b>	<b>53,3</b>
Kondom	110	32,5
Koitus interruptus (geri çekme)	70	20,7
<b>Kadına yönelik</b>	<b>158</b>	<b>46,7</b>
Spiral (RİA)	90	26,6
Tüp ligasyonu	25	7,4
Hormonal yöntemler*	43	12,7

\* Doğum kontrol hapı, implant, aylık ya da üç aylık iğne

Tablo 4.4'de kadınların %53,3'ünün erkeğe, %46,7'sinin kadına yönelik korunma yöntemi kullanmakta olduğu, yöntemler açısından bakıldığında ise en yüksek oranlarda kondom (%32,5) ve RIA (%26,6) kullanımının geldiği görülmektedir.

**Tablo 4.5. Kullanılan korunma yöntemine göre dağılım**

<b>Kullanılan korunma yöntemlerinin dağılımı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Modern</b>	<b>(n = 268)</b>	<b>79,3</b>
Spiral (RİA)	90	33,5
Tüp ligasyonu	25	9,3
Hormonal yöntemler	43	16,0
Kondom	110	40,9
<b>Geleneksel</b>	<b>(n = 70)</b>	<b>20,7</b>
Koitus interruptus (geri çekme)	70	100,0

Tablo 4.5 incelendiğinde katılımcıların %79,3'ünün modern yöntem, %20,7'sinin geleneksel yöntem kullandığı görülmektedir. Modern yöntem kullananların %40,9'u kondom, geleneksel yöntem kullananların tamamı geri çekme yöntemini kullanmaktadır.

**Tablo 4.6. Kadınların kullandıkları korunma yöntemini temin ettikleri kaynak ve başlama şekilleri**

<b>Kadınların korunma yöntemini nereden temin ettiği</b>	<b>Sayı (n=158)</b>	<b>%</b>
AÇSAP ve sağlık ocakları	48	30,4
Özel doktor	39	24,7
Eczane	24	15,2
Hastane	47	29,7
<b>Kadınların yöntem kullanmaya nasıl başladığı</b>	<b>Sayı (n=158)</b>	<b>%</b>
Sağlık merkezi önerisiyle	41	25,9
Eşi ile görüşerek	48	30,4
Komşu önerisiyle	8	5,1
Medyadan öğrenerek	1	0,6
Diğer	15	9,5

Tablo 4.6 incelendiğinde %30,4'ünün korunma yöntemini AÇS-AP ve sağlık ocaklarından temin ettikleri, %30,4'ünün korunma yöntemine eşi ile görüşerek karar verdikleri görülmektedir.

Kadınların kullandıkları korunma yöntemi ile yöntem başlama şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $X^2=12,12$ ,  $p=0,277$ ). Kadınların tercih ettikleri yöntemi, edindikleri kaynak etkilememektedir.

**Tablo 4.7. Kadınların eğitim düzeyi ile kullandıkları kontraseptif yöntemlerin karşılaştırılması**

Kullandığı Yöntem	Eğitim durumu							
	İlköğretim		Ortaöğretim		Yüksek öğretim		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Spiral (RİA)	31	27,9	21	30,9	38	23,9	90	26,6
Hormonal yöntemler	9	8,1	6	8,8	28	17,6	43	12,7
Tüp ligasyonu	10	9,0	8	11,8	7	4,4	25	7,4
Kondom	27	24,3	20	29,4	63	39,6	110	32,5
Koitus interruptus (Geri çekme)	34	30,6	13	19,1	23	14,5	70	20,7

$$X^2=27,82, p<0,01$$

Tablo 4.7 incelendiğinde kadınlardan ilköğretim mezunu olanların %30,6'sının geri çekme yöntemini kullandığı, ortaöğretim mezunu olanların %30,9'unun RİA kullandığı ve yüksek öğretim mezunlarının %39,6'sının kondom kullandığı görülmektedir. Eğitim durumu ile tercih edilen yöntem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $X^2=27,82, p<0,01$ ).

Aynı şekilde kullanılan kontraseptif yöntem ile erkeklerin eğitim durumları karşılaştırılmış ve erkeklerin eğitim durumunun da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yöntem seçimini etkilediği belirlenmiştir.  $X^2=22,70, p<0,05(0,012)$ . Eğitim seviyesi daha düşük olan erkeklerde geri çekme yöntemini kullanma oranı daha yüksektir

**Tablo 4.8. Kadınların yaşlarının yöntem seçimine etkisi**

Kullandığı yöntem	Yaş durumu								p/X <sup>2</sup>
	18-27		28-33		34-39		40-50		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Spiral (RİA)	19	22,9	20	23,3	27	31,4	24	28,9	
Hormonal yöntemler	18	21,7	18	20,9	4	4,7	3	3,6	p<0,001
Tüp ligasyonu	-	-	4	4,7	11	12,8	10	12,0	X <sup>2</sup> =42,12
Kondom	26	31,3	30	34,9	27	31,4	27	32,5	
Koitus interruptus (Geri çekme)	20	24,1	14	16,3	17	19,7	19	22,9	

Tablo 4.8 incelendiğinde her yaş grubunda kondomun ilk tercih edilen yöntem olduğu, 34-39 yaş arası RİA'nın (%31,4) kondom ile aynı oranda kullanıldığı, RİA'nın ilerleyen yaş ile birlikte kullanımını artarken, hormonal yöntemlerin kullanımının azaldığı görülmektedir. Tüp ligasyonunun ise 28 yaş ve üzeri tercih edildiği görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001 X<sup>2</sup>=42,12).

Kadınlara benzer şekilde erkeklerin yaşları ile kullanılan kontraseptif yöntem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (X<sup>2</sup>=53,30, p<0,001).

Kadınların çalışma durumu, evlilik süresi ve aylık ortalama gelirleri ile kullandıkları kontraseptif yöntemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Çalışmayan/ev hanımı katılımcıların %28,5 oranla RİA ve kondomu eşit tercih ettikleri, çalışan katılımcıların %36,7'sinin kondomu tercih ettikleri belirlenmiştir (X<sup>2</sup>=16,99, p<0,01). Katılımcıların 0-6 yıldır evli olanları en çok kondomu, 7 yıl ve üzeri süredir evli olanlar ise RİA'yı tercih etmektedir (X<sup>2</sup>=55,17 p<0,001). Aylık geliri 100-750 YTL arasında olan katılımcıların en çok %36,5'i geri çekme yöntemini tercih ederken, 750 YTL ve üzeri geliri olan katılımcıların en çok kondomu tercih ettikleri görülmüştür. Gelir durumu arttıkça kondom ve hormonal yöntem kullanımı artarken geri çekme ve RİA kullanımı azalmaktadır (X<sup>2</sup>=43,02, p<0,001). Aynı şekilde modern yöntem kullananlarla geleneksel yöntem kullananların aylık ortalama gelirleri de birbirinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklıdır (t = 3,91, p<0,001). Geliri daha yüksek olanlar modern yöntemleri daha yüksek oranlarda tercih etmektedir.

**Tablo 4.9. Kadınların geçmişte kontraseptif yöntem kullanılma durumları, yöntem değiştirme nedenleri ve sayıları**

<b>Geçmişte kontraseptif kullanma durumu</b>	<b>Sayı (n=158)</b>	<b>%</b>
Kullanmış	83	52,5
Kullanmamış	75	47,5
<b>Değiştirme nedeni</b>	<b>Sayı (n=83)</b>	<b>%</b>
Yöntemle gebe kalma	14	16,9
Yan etki görülmesi	24	28,9
Yeni yöntemin daha güvenilir olması	29	34,9
Kullanım zorluğu	8	9,6
Eşin istememesi	5	6
Diğer	3	3,6
<b>Kaç yöntem değiştirdiği</b>	<b>Sayı (n=83)</b>	<b>%</b>
1	45	54,2
2	30	36,1
3	8	9,6

Tablo 4.9 incelendiğinde kadınların %52,5'inin geçmişte başka aile planlaması yöntemi kullandıkları, %34,9'unun yeni yöntemi daha güvenilir bulmasından, %28,9'unun yan etki görülmesinden dolayı yöntemi değiştirdikleri, %54,2'sinin de geçmişte bir yöntem değiştirdikleri görülmektedir.



**Tablo 4.10. Kadına yönelik kontraseptif yöntemi tercih nedenleri ve yöntemle ilişkin düşünceleri**

<b>Yöntem tercih sebebi</b>	<b>Sayı (n=158)</b>	<b>%</b>
Güvenilir yöntem olduğunun düşünülmesi	95	60,1
Uygulamasının kolay yöntem olduğunun düşünülmesi	20	12,7
Yan etkisinin az olması	15	9,5
Sağlık personeli önerisi	13	8,2
Kolay ulaşılabilmesi	2	1,3
Eşin istemesi	7	4,4
Diğer	6	3,8
<b>Kullandığı yöntemle ilişkin şikayeti</b>	<b>Sayı (n=158)</b>	<b>%</b>
Yok	130	82,3
Var*	28	17,7
<b>Çiftin kadına yönelik yöntem tercih nedenleri</b>	<b>Sayı (n=158)</b>	<b>%</b>
Kendisini güvende hissetmesi	109	69
Eşin korunma yöntemi kullanmak istememesi	22	13,9
Eşin korunma yöntemi kullanamaması	8	5,1
Sağlık personeli önerisi	17	10,8
Daha kolay ve tek işlemlerle (implant) bittiği için	2	1,3

\* Bu şikayetler: acı ve ağrı çekme (bel, mide gibi), adet dönem uzaması, akıntı, kanama, kilo alma, ödem oluşması, sinirlilik ve kan şekeri düşmesi olarak sıralanmıştır.

Tablo 4.10 incelendiğinde katılımcıların %60,1'inin kullandıkları yöntemi güvenli buldukları, %82,3'ü herhangi bir şikayetlerinin olmaması, %69'u da kendilerini güvende hissetmek için kadına yönelik kontrasepsiyon tercih ettiklerini belirttikleri görülmektedir.

**Tablo 4.11. Erkeğe yönelik kontraseptif kullanan kadınların yöntem seçimine ilişkin görüşleri**

<b>Erkeğe yönelik kontraseptif kullanma nedeni</b>	<b>Sayı (n=180)</b>	<b>%</b>
Kendisinin korunamaması	80	44,4
Sağlık personeli önerisi	9	5
Eşin tercihi	83	46,1
Diğer	8	4,4
<b>Erkeğe yönelik kontraseptif yöntemi tercih nedenleri</b>		<b>%</b>
Güvenilir yöntem olması	61	33,9
Uygulamasının kolay oluşu	24	13,3
Yan etkisinin az oluşu	43	23,9
Sağlık personeli önerisi	5	2,8
Kolay ulaşılabilmesi	6	3,3
Ucuz olması	2	1,1
Eşin istemesi	35	19,4
Diğer	4	2,2
<b>Erkekler için enjeksiyon veya hap yöntemi olsa eşleri için isteyip istemedikleri</b>		<b>%</b>
İstiyor	91	50,6
İstemiyor	54	30
Kararsız	35	19,4

Tablo 4.11 incelendiğinde kadınların erkeğe yönelik kontraseptif yöntem kullanma ve yöntemi tercih nedenleri görülmektedir. Buna göre kadınların %46,1'i eşi istediği için erkeğe yönelik yöntem kullanmaktadır. Yöntem tercihinde de en yüksek %33,9 oranında güvenilir bir yöntem olduğunu düşünmenin etkili olduğu görülmektedir. Kadınların %50,6'sı erkekler için enjeksiyon veya hap yöntemi olsa eşlerinin kullanmasını isteyebileceklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 4.12. Kadınların erkek kontrasepsiyon yöntemleri konusunda bilgi ve düşünceleri**

<b>Kadınların erkeğe yönelik kontrasepsiyon yöntemlerinin kullanımının yaygınlığı hakkındaki düşünceleri</b>	<b>Sayı (n=338)</b>	<b>%</b>
Yaygındır	30	8,9
Yaygın değildir	184	54,4
Bilmiyor	124	36,7
<b>Yaygın olmadığını düşünme nedenleri</b>	<b>Sayı (n=184)*</b>	<b>%</b>
Gelenekler	38	15,1
Sorumluluğun kadına yüklenmesi	83	33,1
Erkeklerin yöntem kullanmak istememesi	77	30,7
Erkeklerin yöntemler konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması	52	20,7
Diğer	1	,4
<b>Kondomun cinsel isteksizlik yaptığı düşünme</b>	<b>Sayı (n=338)</b>	<b>%</b>
İsteksizlik yapar	90	26,6
İsteksizlik yapmaz	156	46,2
Kısmen isteksizlik yapar	92	27,2
<b>Geri çekme yönteminin güvenli olup olmadığı düşünme</b>	<b>Sayı (n=338)</b>	<b>%</b>
Güvenlidir	53	15,7
Güvenli değildir	245	72,5
Kararsız	40	11,8
<b>Çocuk sayısı tamamlandığında eşleri için vazektomi yöntemini tercih ederler mi</b>	<b>Sayı (n=338)</b>	<b>%</b>
Tercih eder	105	31,1
Tercih etmez	145	42,9
Kararsız	88	26

\*Birden fazla şık işaretlendiği için n katlanmıştır.

Tablo 4.12 incelendiğinde kadınların %54,4'ünün, erkeğe yönelik kontrasepsiyon yöntemlerinin kullanımının yaygın olmadığını düşünmekte ve bunlardan %33,1'i yaygın olmama nedeni olarak gebelikten korunmada sorumluluğun kadına yüklenmesinden kaynaklandığını belirtmektedir. Kadınların %46,2'si kondomun cinsel isteksizlik yapmayacağını, %72,5'i geri çekme yönteminin güvenli olmadığını düşünmektedir. Kadınların %42,9'u eşleri için vazektomi yöntemini istemediklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 4.13. Kontraseptif yöntem olarak kondom kullanan kadınların kondomun cinsel isteğe olan etkisine yönelik düşünceleri**

Kondomun cinsel isteksizlik yaptığını düşünme	Kondom kullanma durumu					
	Kullanan		Kullanmayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yapar	71	31,1	19	17,3	90	26,6
Yapmaz	87	38,2	69	62,7	156	46,2
Kısmen	70	30,7	22	20,0	92	27,2
Toplam	228	100,0	110	100,0	338	100,0

$$X^2=18,19, p<0,001$$

Tablo 4.13 incelendiğinde katılımcılardan kondom kullanmayanların %62,7'si kondomun cinsel isteksizlik yapmadığını düşünürken, bu oran kullananlarda %38,2'e düşmektedir. Kondom kullanan katılımcıların %31,1'i cinsel isteksizlik yaptığını ve %30,7'si kısmen yaptığını belirtmelerine rağmen kullanmaya devam ettikleri görülmektedir. Bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=18,19, p<0,001$ ).

**Tablo 4.14. Kadınların eğitim düzeylerine göre geri çekme yönteminin güvenilirliğine ilişkin görüşleri eğitim düzeyiyle karşılaştırılması**

Geri çekme yönteminin güvenli olup olmadığı	Güvenlidir		Güvenli değildir		Kararsız		X <sup>2</sup> /p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Kullandığı yöntem</b>							
Modern	19	7,1	219	81,7	30	11,2	X <sup>2</sup> =76,57
Geleneksel	34	48,6	26	37,1	10	14,3	P<0,001
<b>Eğitim düzeyi</b>							
İlköğretim	32	28,8	68	61,3	11	9,9	X <sup>2</sup> =22,14 p<0,001
Ortaöğretim	8	11,8	51	75	9	13,2	
Yüksek öğretim	13	8,2	126	79,2	20	12,6	
<b>Kadının yaşı</b>							
18-27 arası	22	26,5	51	61,4	10	12	X <sup>2</sup> =14,71 p<0,05
28-33 arası	7	8,1	71	82,6	8	9,3	
34-39 arası	9	10,5	65	75,6	12	14	
40-50 arası	15	18,1	58	69,9	10	12	

Tablo 4.14 incelendiğinde geleneksel yöntem kullananların yaklaşık yarısı geri çekme yöntemini güvenli bulurken, modern yöntem kullananların %81,7'si geri çekme yöntemini güvenli bulmamaktadır. Bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (X<sup>2</sup>=76,57, p<0,001).

Geri çekme yönteminin güvenilir bulup bulmama oranı katılımcıların eğitim seviyesiyle karşılaştırıldığında ilköğretim mezunu katılımcıların %61,3'ü, orta öğretimde %75'i ve yüksek öğretimde %79,2'si geri çekme yöntemini güvenli bulmadıkları görülmektedir. Eğitim seviyesi arttıkça geri çekme yöntemini güvenilir bulanların oranı azalırken, güvenilir bulmayanların oranı artmaktadır. Bulunan fark anlamlıdır (X<sup>2</sup>=22,14, p<0,001).

Geri çekme yönteminin güvenilir bulup bulmama oranı katılımcıların yaş durumuyla karşılaştırıldığında, tüm yaş gruplarında geri çekme yöntemini güvenilir bulma oranı değişmektedir. Güvenli bulanların oranı en fazla 18-27 yaş arasıdır. Bulunan fark anlamlıdır (X<sup>2</sup>=14,71, p<0,05).

Geri çekme yönteminin güvenilir bulup bulmama oranı katılımcıların gelir durumuyla da karşılaştırılmış ve güvenli bulanların oranının gelir seviyesi arttıkça azaldığı görülmüştür. Bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (X<sup>2</sup>=18,84, p<0,01).

Vazektomi yönteminin istenip istenilmemesi yaş (p=0,775, X<sup>2</sup>=3,27), eğitim

( $p=0,578$ ,  $X^2=2,88$ ) ve gelir durumuyla ( $p=0,340$ ,  $X^2=4,53$ ) karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4.15. Kadına yönelik kontraseptif kullanan kadınların eşlerinin erkeğe yönelik kontrasepsiyon yöntemlerine bakışları**

<b>Eşlerinin erkeğe yönelik kontraseptif yöntemi kullanma isteği</b>	<b>Sayı (n=158)</b>	<b>%</b>
Kullanır	65	41,1
Kullanmaz	93	58,8
<b>Kullanmayı kabul etme nedenleri</b>	<b>Sayı (n=65)</b>	<b>%</b>
Kullanım kolaylığı	13	20,0
Kadının istemiş olması	34	52,3
Yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olması	10	15,4
Yan etkisinin az olması	8	12,3
<b>Kullanmayı kabul etmeme nedenleri</b>	<b>Sayı (n=93)</b>	<b>%</b>
Yan etkisinden dolayı	7	7,5
Kullanım zorluğu	13	14,0
Sorumluluk üstlenmek istememesi	50	53,8
Yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması	19	20,4
Diğer	4	4,3

Tablo 4.15 incelendiğinde, kadına yönelik kontraseptif kullanan kadınların %58,8'i eşlerinin erkeğe yönelik bir kontraseptif yöntem kullanmayı reddedeceğini ve bunlardan %53,8'i de bunun nedeni olarak erkeğin sorumluluk almak istememesi olduğunu belirttiği görülmektedir. Eşinin erkeğe yönelik bir kontraseptif kullanabileceğini düşünen kadınların %52,3'ü ise kendileri istedikten sonra eşlerinin kabul edeceğini düşünmektedir.

## 5. TARTIŞMA

Türkiye’de üreme çağındaki 15-49 yaş arası kadın nüfusu 18 milyondur ve ülke nüfusunun %27,4’ünü oluşturmaktadır. Aynı zamanda, Ana Çocuk Sağlığı göstergelerinin düzeyi ve yüksek olan nüfus artış hızı, aile planlaması hizmetlerine, diğer sağlık hizmetleri arasında öncelik vermeyi gerektirmektedir(48).

Kontraseptif yöntem çeşitlerinde son 20-30 yıl içinde dünyada ve ülkemizde önemli bir artış yaşanmasına rağmen çocuk sahibi olmayı istemeyen birçok çift, yetersiz hizmet ya da hizmetten memnun olmama, yöntem seçeneklerinin sınırlı olması, yan etkiler ve sağlık riskleri ile ilgili endişeler gibi nedenlerle etkin kontraseptif yöntemlere ulaşamamaktadırlar(49).

İstenmeyen gebelikler sonrasında meydana gelen doğumlar, aile bireyleri ve doğan çocuk açısından başta psikolojik ve ekonomik olmak üzere pek çok sorunu beraberinde getirebilir. Daha geniş kapsamda düşünüldüğünde, bu sorun önemli bir sosyal ve toplumsal problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunların önlenmesi konusunda en temel yaklaşım, aile planlaması yöntemlerinin kullanımının artırılmasıdır(50).

Bu çalışma Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Afyon Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve AÇS-AP (Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması) merkezlerinde yapılmıştır. Bu bölümde 338 kadın ile yapılan çalışmadan elde edilen veriler tartışılmıştır. Araştırmaya katılan 338 kadının yaş ortalaması  $33,99 \pm 7,4(18-50)$ ’dür. Çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu 28-39 yaş arasındadır.

Katılımcıların %47’si yüksek öğretim mezunudur. Katılımcı kadınların %49,1’i çalışmakta, %50,9’u çalışmamaktadır. Araştırmamızda çalışan ve çalışmayan kadınların oranının eşit dağıtılması, çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılmasında daha değerli bilgiler sunacağı düşünülmektedir.

Katılımcıların %93,8’inin herhangi bir sosyal güvencesi vardır. Kılıç ve arkadaşlarının Erzurum il merkezinde annelerin AÇS-AP hizmetlerini kullanma durumları ve etkileyen faktörlerini araştırdıkları araştırmada %71,8’inin herhangi bir

sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır(29). Sosyal güvenceye sahip olan bireyler sağlık hizmetlerini kullanmaya açık olduklarından yöntem kullanımları güvencesi olmayanlara göre sıktır(51).

Katılımcıların %84,6'sı il merkezinde ikamet etmektedir. Bu da yöntemlere ulaşım sıkıntısının olmayacağı şeklinde yorumlanabilir. Nitekim TNSA 2003'te de kentlerde yaşayan evli kadınlar arasında herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanımı kırsal alanlarda yaşayan kadınlardan daha yaygın olduğu belirlenmiştir(46).

Katılımcı kadınların gebelik ortalaması  $2,4 \pm 1,08$ , yaşayan çocuk ortalaması  $1,83 \pm 0,77$ 'dir. Katılımcıların gebelik ortalaması TNSA 2003 araştırmasındaki ideal çocuk sayısı ile 0,4 oranında fark olmakla birlikte benzerdir. Bu da katılımcıların yöntemleri başarılı kullandıklarını göstermektedir. Katılımcıların %45,9'unun iki yaşayan çocuğu olduğu görülmektedir. Kılıç ve arkadaşlarının Erzurum'da yaptıkları araştırmada en fazla %34,8 oranla ailelerin iki yaşayan çocuğu olduğu görülmüştür(29). Her iki araştırma da günümüz ekonomik şartlarına uygun seçilen ideal çocuk sayısını belirtmesi açısından önemlidir. TNSA 2003 ve Erol ve arkadaşların İzmir'de yaptıkları araştırma ideal çocuk sayısı açısından çalışmamızla uyumludur(50,52).

Küretaj ve düşük oranlarına baktığımızda en az bir küretajı olan %30,8, en az bir düşüğü olan %18,6'dır. Düşük ortalaması  $1,36 \pm 0,71$  ve küretaj ortalaması  $1,5 \pm 0,78$ 'dir. Toplumdan topluma, kişiden kişiye değişen pek çok nedenlerden dolayı etkin yöntem kullanma düşük olunca, kadınların istenmeyen gebelik oranları da buna bağlantılı olarak artmaktadır(53). Bu da kadınların istenmeyen gebelikleri küretajla sonlandırmalarına yol açmaktadır. Katılımcı kadınların %69,5'i hiç küretaj yaptırmamıştır. TNSA 2003'te yapılan araştırmada küretaj yaptıran kadınların gebeliğin hemen öncesinde geleneksel yöntem kullanımı modern yöntem kullanımından daha yaygındır(46). Küretajların yaklaşık yarısı geri çekme yöntemi kullanımı esnasında gerçekleşen gebeliklerde yapılmışken, %23'ü modern bir yöntem kullanımı sırasında gerçekleştiği belirlenmiştir(46).

Katılımcı kadınların %53,3(180)'ü erkeğe yönelik, %46,7(158)'i ise kadına yönelik bir kontraseptif yöntem kullanmakta olup, %20,7'si geleneksel, %79,3'ü modern aile planlaması yöntemi kullanmaktadırlar. TNSA 2003'te ise %71 herhangi



bir yöntem kullanmakta olup, %28,5'i geleneksel, %42,5'i modern aile planlaması yöntemi kullanmaktadırlar. Çalışmamız geleneksel yöntem kullanım oranıyla benzerlik göstermekle birlikte, modern yöntem kullanımı TNSA 2003 çalışmasından yüksek bulunmuştur(46).

Araştırmamızda kadına yönelik kullanılan aile planlaması yöntemlerinin ilk üçü sırasıyla RİA, OK ve tüp ligasyonudur. Mermer ve arkadaşları(54) ve Dündar ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmalarda(55) kadınların yöntem tercihleri bizim araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Ak ve arkadaşlarının(56) ve Şahin ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmalarda en fazla tercih edilen yöntemin bizim araştırmamızda da olduğu gibi RİA (%22,2) olduğu saptanmıştır(53).

Araştırmamızda erkeğe yönelik kullanılan aile planlaması yöntemlerinde ilk sırada kondom, ikinci sırada geri çekme yöntemi tercih edilmiştir. Araştırmamız, Güngör ve arkadaşlarının GATA'da geri çekme yönteminin etkinliğini saptama amaçlı yaptıkları araştırma(57), Dündar ve arkadaşlarının Samsun ilinde yaptıkları araştırma(58), Dündar ve arkadaşlarının Samsun ilinde yaptıkları bir başka araştırma(55) ve Ak ve arkadaşlarının Ankara ilinde yaptıkları araştırma(56) ile uyumludur. Kondom belki de en eski doğum kontrol yöntemidir. Kontraseptif yöntemler arasında, hala kabul edilerek yerini koruyan bir yöntemdir. Kullanım kolaylığı, kolay elde edilebilirliği, yan etkisinin azlığı nedenleriyle bütün erkeklerde en sık kullanılan yöntem olmuştur(27). Bunun yanı sıra, düzenli kondom kullanımı ile cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaşması önlenir(17). Kondomlar kontrasepsiyonda çok etkilidirler(27). Kondomun etkin erkek kontraseptif yöntem olması ve araştırmamızda en çok tercih edilen yöntem olması araştırma kapsamındaki erkeklerin aile planlamasına yeterli katkı sağladıklarının ve aile planlaması sorumluluğunu eşleriyle birlikte paylaştıklarının bir göstergesi olduğunu düşündürmektedir.

Modern kontrasepsiyon yöntemlerinin varlığına rağmen, geri çekme yöntemi ülkemiz için halen önemini koruyan bir korunma yöntemidir(57). TNSA 2003'te geri çekme yöntemi ilk sıradadır(46). Araştırmamızda modern yöntem kullananların %40'ı kondom, geleneksel yöntem kullananların tümü(%20,7) geri çekme yöntemi kullanmaktadır. Erkeğe yönelik kullanılan korunma yöntemlerinin TNSA 2003 araştırmasına göre yüksek çıkması katılımcıların eğitim ve gelir seviyelerinin daha

yüksek bir grup olmasından kaynaklanmış olabilir. Nitekim ailenin aylık geliri ile kullanılan kontraseptif yöntem arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gelir düzeyi daha yüksek olanlarda geleneksel yöntem kullananların oranı düşmektedir.

Araştırmamızda küretaj ortalamasının düşük çıkması modern aile planlaması yöntemini kullanan katılımcıların oranının yüksek olmasından(%79,3) ve etkili kullanılmasından kaynaklanmış olduğu düşünülmektedir. Ayrıca sahip olunan çocuk sayısının da ideal çocuk sayısında olmasında da bu faktörün etkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcılar aile planlaması yöntemlerini en çok %30,4 AÇS-AP ve Sağlık ocaklarından temin etmişlerdir. Diğerleri sırasıyla hastane, özel doktor ve eczanedir. Kılıç ve arkadaşının (29) ve Ünal ve arkadaşlarının yaptığı araştırmalar da(46) bizim sonuçlarımızla paralellik göstermektedir. Diğer çalışmalarla bizim çalışmamız tutarlı olup, bu kadınların genelde AÇS-AP ve Sağlık ocaklarına başvurdukları saptanmıştır. Araştırmamızda etkin kontrasepsiyon kullanımının yüksek olması ve en çok AÇS-AP ve Sağlık ocaklarının tercih edilmesi nedeniyle, AÇS-AP ve Sağlık ocaklarının katılımcıların etkin kontraseptif kullanımında büyük rol oynadığı, yeterli ve etkili hizmet sunduğu şeklinde yorumlanabilir. TNSA 2003 sonuçları da aile planlaması yöntemlerinin temininde kamu sektörünün önemini koruduğunu göstermektedir(46).

Katılımcılar yöntem kullanmaya (%30,4) eşi ile görüşerek, (%28,5) özel doktor, (%25,9) sağlık merkezi, (%5,1) komşu ve (%0,6) medyadan öğrenerek başlamışlardır. Katılımcıların eşlerinin yarısından fazlası (%55,9) yüksek öğretim mezunudur. Eşi ile konuşarak aile planlaması yöntemi tercih eden katılımcılar da (%30,4) çoğunluktadır. Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da eşi ile konuşarak yöntem seçme (%23,3) ilk sıradadır. Kontraseptif bir yöntemin seçilmesinde istendiği gibi çiftin beraber karar verdiği, ancak özellikle eşinin kararının etkili olduğu görülmektedir(59). Eşlerin birlikte karar vermeleri yöntem kullanımında başarıyı ve devamlılığını getirmektedir.

Araştırmamız, Kılıç ve arkadaşlarının Erzurum'da yaptığı araştırma(29) ve Tokuş ve arkadaşlarının Edirne'de evli kadınların aile planlaması yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri ve yöntem kullanım oranlarını saptama amaçlı yaptıkları

araştırma(9) ile uyumludur. Kadına yönelik korunma yöntemi kullanan kadınlar çoğunlukla yakın çevrelerinden etkilenmekle birlikte sağlık personelinde(%25,9) yardım almaktadır(Tablo 4.6).

Katılımcı kadınların eğitim düzeyi ile yöntem seçimi arasındaki fark anlamlıdır(Tablo 4.7). İlköğretim mezunları ilk sırada geri çekme yöntemini tercih ederken, yüksek öğretim mezunları ilk sırada kondom tercih etmişlerdir. Araştırmamız, Dünder ve arkadaşlarının Samsun'da evli kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanma durumları ve etkileyen faktörlerini araştırdıkları araştırmayla uyum göstermektedir(55). Yine Yıldırım ve arkadaşlarının Sivas ilinde yaptıkları araştırmada da ortaöğretimde bizim araştırmamızda olduğu gibi en fazla RİA'nın tercih edildiği görülmektedir(31).

Eş eğitim durumuna göre yöntem tercihleri incelendiğinde yüksek öğretim mezunlarında ilk sırada kondom gelirken, ilköğretim mezunlarında ilk sırada geri çekme yöntemi gelmektedir. Eş eğitim düzeyi arttıkça güvenli yöntemlere başvurulurken, eş eğitim düzeyi azaldıkça geri çekme gibi geleneksel ve etkisi sınırlı yöntem kullanımı artmaktadır.

Araştırmamızda, katılımcıların yaşlarının yöntem seçimiyle ilişkisi anlamlı bulunmuştur(Tablo 4.8). Erken yaşlarda kondom ve geri çekme yöntemi gözlenirken ilerleyen yaşla birlikte çocuk sayılarını tamamladıkları için kendilerini riske atmayacak kesin çözümler tercih etmişlerdir. Kesin çözüm olarak görülen tüp ligasyonunun tercih edilip vazektomi yönteminin tercih edilmemesi vazektominin geri dönüşümsüz, invaziv olması ve cinsel fonksiyonları etkileyen bir yöntem olarak düşünmelerinden kaynaklanmış olabilir(60).

Katılımcıların çalışma durumunun yöntem seçimiyle ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Çalışmayan/ev hanımları RİA ve kondomu %28,5 oranla eşit tercih ederlerken, çalışan katılımcılar %36,7 oranla kondomu tercih etmişlerdir. Dünder ve arkadaşlarının Samsun ilinde yaptıkları araştırmada da çalışmayan bayanların ilk tercihleri RİA ve geri çekme yöntemi iken, çalışan bayanların ilk tercihleri kondom ve geri çekme yöntemi olmuştur(55). Çalışmayan/ev hanımlarının devamlı temin edilmesi gereken yöntemlere ulaşmalarında problem olabileceğinden genelde tek işlemlili ve ücretsiz yöntemleri tercih ettikleri düşünülmektedir.

Katılımcı kadınların evlilik süresinin yöntem seçimiyle ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Katılımcılar evliliklerinin ilk 6 yılında kondom tercih ederken, 7 yıl ve üzeri süredir evli olanlar RİA'ı tercih etmişlerdir. Akın ve arkadaşlarının 1998 yılında yapılan TNSA kapsamında bulunan evli erkeklerin aile planlaması yöntemi kullanma durumlarını etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmada evlilik süresi arttıkça yöntem kullanımlarının azaldığı görülmüştür(50). Araştırmamız bu çalışmayla uyumludur. Uzun süre hamile kalmak istemeyen kadınlar evlilik süreleri arttıkça tek işlemlerle kadın korunma yöntemlerine geçebildikleri düşünülmektedir.

Katılımcı kadınların %52,5'inin geçmişte başka aile planlaması yöntemi kullandıkları, %47,5'inin kullanmadığı belirlenmiştir(Tablo 4.9). Dünder ve arkadaşlarının Samsun ilinde yaptığı araştırmada da katılımcıların geçmişte başka aile planlaması yöntemi kullandıkları görülmüştür(55). Kadınlar yöntem seçiminde arayış içinde olup kendilerine en uygun ve güvenilir buldukları yöntemi seçene kadar yöntem değişikliği yapabildikleri düşünülmektedir.

Katılımcı kadınların kullandıkları yöntemi başlıca tercih nedenleri güvenilir bulmaları, uygulamasının kolay oluşunu düşünmeleri ve yan etkisinin az olduğunu düşünmeleridir(Tablo 4.10). Tokuş ve arkadaşlarının Edirne ilinde yaptığı araştırmada ise başlıca tercih nedenleri arasında güvenilir bulmaları, kullanımının rahat olduğunu düşünmeleri ve doktor önerisi gelmektedir(9). Bizim araştırmamız da Tokuş ve arkadaşlarının sonuçlarına paraleldir.

Kadına yönelik yöntem kullanan çiftin yöntemi başlıca tercih nedenleri kendilerini güvende hissetmeleri, eşlerinin korunma yöntemi kullanmak istememesi ve sağlık personeli önerisidir. İstemsiz gebelik riskini almak istemeyen kadınlar kendilerini güvende hissetmek için aile planlaması yöntemlerini kendileri kullanmaktadırlar.

Erkeğe yönelik yöntem kullanan çiftin yöntemi başlıca tercih nedenleri yöntemi güvenilir bulmalarıdır(Tablo 4.11). Erbil ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da çiftin %35'inin kullandığı yöntemi güvenilir buldukları için erkeğe yönelik yöntem kullandıklarını belirtmişlerdir(61). Bu bağlamda bu araştırma bizim araştırmamızla uyumludur.

Katılımcı kadınların %50,6'sı erkekler için enjeksiyon veya hap yöntemi olsa eşlerinin kullanmasını isteyebileceklerini belirtmişlerdir(Tablo 4.11). Bu sonuç kadınların aile planlamasında tek başlarına sorumluluk almaktansa bu sorumluluğu eşleriyle paylaşmak ve eşlerinin katkılarını arttırmak istedikleri şeklinde yorumlanabilir.

Katılımcı kadınların %54,4'ünün erkeğe yönelik kontrasepsiyon yöntemlerinin kullanımının yaygın olmadığını düşündükleri, %33,1'inin yaygın olmama nedenini sorumluluğun kadına yüklenmesine bağladıkları görülmektedir. Oysa çalışmamızda ailelerin yaklaşık %60'ı erkeğe yönelik bir yöntem kullanmaktadır. Kadınların %42,9'u eşleri için vazektomi yöntemini istemediklerini belirtmişlerdir(Tablo 4.12). TNSA 2003 yılında yapılan araştırmada herhangi bir yöntem kullananların(%71) sadece %0,1'i vazektomi yöntemini tercih etmişlerdir(46). Kadınların yaklaşık yarısının tüp ligasyonundan daha ucuz, daha kolay ve komplikasyonları daha az bir yöntem olmasına rağmen vazektomiye hayır demesi, vazektomi konusunda bilgilerinin yetersiz, işlemin geri dönüşümsüz ve cinsel fonksiyonları etkileyen bir yöntem olarak düşünmelerinden kaynaklanmış olabilir. Manisa ilinde ürologların tercihleri üzerine yapılan araştırmada vazektomi yöntemini tercih etmedikleri ve hastalarına %16,6 oranında önerdikleri görülmüştür. Tüm dünya ölçeğindeki vazektomilerin sayısı, kadınlara uygulanan tüp ligasyonundan epeyce azdır(60).

Kondomun cinsel isteksizlik yapma durumu kondom kullanımını azaltmaktadır. Katılımcılardan kondom kullanmayanların %62,7'si kondomun cinsel isteksizlik yapmadığını düşünürken, bu oran kullananlarda %38,2'e düşmektedir. Kondom kullanan katılımcıların %31,1'i cinsel isteksizlik yaptığını ve %30,7'si kısmen yaptığını belirtmelerine rağmen kullanmaya devam ettikleri görülmektedir(Tablo 4.13).

İstenmeyen gebeliklerin oluşu, küretaj oranının da artmasına neden olmaktadır. Etkili kontraseptif yöntemlerinin yeterli ölçüde halka ulaştırılamaması, halkın kontraseptif yöntemlerle ilgili yanlış bilgileri, eğitim eksikliği de küretajın ülkemizde halen yaygın olmasının nedenleridir(9).

Katılımcılardan geleneksel yöntem kullananların yarısına yakını geri çekme yöntemini güvenli bulurken, modern yöntem kullananların %81,7'si geri çekme

yöntemini güvenli bulmamaktadır(Tablo 4.14). Geleneksel yöntemlerin özellikle de geri çekme yönteminin kullanımı bilgi gerektirmemektedir(17). Eğitim ve gelir düzeyi düşük ailelerde tercih edilmesi de bunun bir göstergesi olduğunu düşündürmektedir.

Geri çekme yönteminin güvenilirliği eğitim seviyesi arttıkça azalmaktadır. Bulunan fark anlamlıdır( $X^2=22,14$ ,  $p<0,001$ ). Güngör ve arkadaşlarının GATA'da yaptıkları araştırmada da eğitim seviyesi arttıkça geri çekme yönteminin kullanımının azaldığı görülmüştür(57). Bu araştırma bizim araştırmamızla uyumludur.

Geri çekme yönteminin güvenilirliği tüm yaş gruplarında farklılık göstermektedir. Güvenli bulanların oranı en fazla 18-27 yaş arasındadır. Bulunan fark anlamlıdır( $X^2=14,71$ ,  $p<0,05$ ). İlerleyen yaşla birlikte aileler kendilerini riske atmayacak daha güvenilir yöntemleri tercih etmektedirler. İlerleyen yaşla birlikte kadınların etkisiz geleneksel yöntemlerden vazgeçmeleri aldıkları etkili danışmanlık hizmetlerinin bir sonucu olduğunu düşündürmektedir.

Geri çekme yönteminin güvenilirliği gelir seviyesi arttıkça azalmaktadır. Bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır( $X^2=18,84$ ,  $p<0,01$ ).

Kadına yönelik kontraseptif kullanan kadınların %58,8'i eşlerinin erkeğe yönelik bir kontraseptif yöntem kullanmayı reddedeceğini ve bunlardan %53,8'i de bunun nedeni olarak erkeğin sorumluluk almak istememesi olduğunu belirttiği görülmektedir.

Eşinin erkeğe yönelik bir kontraseptif kullanabileceğini düşünen kadınların %52,3'ü ise kendilerinin istemiş olmasından dolayı eşlerinin kabul edeceğini ve %20'si kullanım kolaylığından dolayı kabul edeceklerini düşünmektedir(Tablo 4.15). Depe ve arkadaşının yaptığı araştırmada erkeklerin kullandıkları yöntemi seçme nedeni en fazla %40 oranla kullanım kolaylığıdır(62). Her iki araştırmada da seçme nedeni olarak belirtilen kullanım kolaylığı oranı yüksektir. Bu sonuç aile planlamasında pratik yöntemler tercih edildiği şeklinde yorumlanabilir.

## 6. SONUÇLAR

- 1- Kadına yönelik korunma yöntemlerinden en fazla RİA tercih edilirken erkeğe yönelik korunma yöntemlerinden kondom tercih edilmiştir.
- 2- Katılımcıların %79,3'ü modern, %20,7'si geleneksel yöntem kullanmaktadır.
- 3- Katılımcılar yöntemi en fazla AÇSAP ve sağlık ocaklarından temin etmişlerdir.
- 4- Hem erkeğin hem de kadının eğitim seviyesi arttıkça modern kontraseptif yöntem kullanma oranı artmaktadır.
- 5- Erkeğe yönelik aile planlaması yöntemi kullananlarda iki yöntem (geri çekme, kondom) göze çarpmaktadır.
- 6- Katılımcı kadınların çoğu yöntem kullanmaya eşleriyle birlikte karar vermiştir.
- 7- Katılımcıların yarısından fazlası geçmişte başka aile planlaması yöntemi kullanmıştır. Başlıca değiştirme nedenleri yeni yöntemi daha güvenilir bulmaları, kullandıkları yöntemin yan etki yapması ve kullanılan yöntemle gebe kalmalarıdır.
- 8- Geri çekme yöntemi fazla tercih edilmekle birlikte kadınların %72,5'i güvenli bulmamıştır. Katılımcılar bu yöntemin güvenli olmadığını bilincindedirler.
- 9- Vazektomi yöntemini eşleri için istemeyen kadınlar çoğunluktadır.
- 10- Eğitim, yaş, gelir durumu, çalışma durumu ile modern kontrasepsiyon yöntem tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

## 7. ÖNERİLER

- 1- Kontraseptif bir yöntemin seçilmesinde kadının tek başına karar vermediği, özellikle eşinin kararının etkili olduğu görülmektedir. Aile planlaması hizmeti verilirken bu durum göz önüne alınmalı ve eşlerin de bu eğitimde bulunmaları sağlanmalıdır. Bunun için yerel yöneticilerle işbirliği yapılarak, bölge ve mahallelerde erkeklere yönelik devamlı hizmet verecek AP eğitim ve danışmanlık birimleri kurulabilir; erkeklere yönelik AP danışmanlığı konusunda ekip işbirliği artırılabilir; erkeklerin çoğunlukta olduğu işyerlerinde AP konusunda eğitim toplantıları düzenlenebilir.
- 2- Erkeğe yönelik kontrasepsiyon yöntemleri daha fazla tanıtılabilir, özellikle eğitimlerde erkeklerin daha fazla katılımı sağlanabilir.
- 3- Kontrasepsiyona yönelik bilgi ve hizmet almada, AÇSAP ve sağlık ocakları birinci derecede başvuru alan yer olması dolayısıyla önem taşımaktadır. Bu nedenle bu merkezlerde çalışan ebe ve hemşireler özellikle erkeğe yönelik kontraseptif yöntemler konusunda hem erkek hem de kadınlara gerek ev ziyaretleriyle, gerekse eğitim toplantıları düzenleyerek bilgiler vermelidirler.
- 4- Bu araştırma sadece kadınlarla gerçekleştirilmiştir. Benzer bir çalışmanın erkekler üzerinde yapılması önerilir.



## 7. KAYNAKLAR

- 1- Üner M. Kontrasepsiyon, Kadın Hastalıkları, I. Basım, Palme Yayınevi, Ankara,1996,
- 2- <http://www.selmanlacin.com/content.asp?cld=61> Erişim 24.12.06
- 3- Çiçek N., Akyürek C., Çelik., Haberal A., Kontrasepsiyon ve Aile Planlaması, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitabevi, 2006
- 4- <http://www.gata.edu.tr/cerrahibilimler/kadindogum/birimler/ap.html>.  
Erişim: 27.12.06
- 5- Tatum H., MD, PhD, Çeviri Editörü: Sönmez S., Kontrasepsiyon ve Aile Planlaması, Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi Cilt:1, Barış Kitabevi, İstanbul, 1994.
- 6- Giray H. / Keskinoglu P. Işıkkent Sağlık Ocağı'na Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Etkileyen Etmenler, Yayın: Sted Dergisi, 2006, cilt:15, sayı: 2
- 7- Özvarış ŞB. Aile Planlaması. Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı 2001; 6: 45-51.
- 8- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı., JHPIEGO Corporation., İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı: Aile Planlamasında Temel Bilgiler, 1997, İstanbul, Türkiye.

- 9-** Tokuş B., Eskiocak M., Ekuklu G., Saltık A., Edirne Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yöntem Kullanım Oranları, *Sted Degisi*, Cilt:14, Sayı:1, 2005.
- 10-** Bilgel N. Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı, Güneş-Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul; 1997.
- 11-** Önder İ., Gebeliğe Engel Olucu Yöntemler (Kontrasepsiyon), Kadın-Doğum Propedötik, Güneş Kitabevi, Eylül 1994, Ankara, 19. Baskı.
- 12-** Bostancı M., Ankara'da Çukurambar ve Yıldızevler Gecekondu Bölgelerindeki Biçki-Dikiş-Nakiş Kursiyerlerinin Aile Planlaması Konusunda Bilgi ve Tutumları, *Aile ve Toplum Dergisi*, Sayı:3, Cilt:1, Yıl:3, Eylül-Aralık 1993
- 13-** Biri A., Öztürk J., İlhan M., Maral I., Ankara İlinden Seçilen Sağlık Ocağı ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (Açsap) Bölgelerindeki 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sahip Oldukları Çocuk Sayısına Göre Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri, *Aile ve Toplum Dergisi*, Sayı:5, Cilt:2, Yıl:5, Nisan-Haziran 2002
- 14-** T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü Türkiye Üreme Sağlığı Hizmetleri Durum Analizi Araştırması 1994. Ankara; Temmuz, 1995.
- 15-** Sumana B., Kapoor A. K., Basu S. K., Knowledge, attitude and practice of family planning among tribals- -*The Journal of Family Welfare*, Vol. 50, No. 1, June 2004
- 16-** Ghazal-Aswad S, Zaib-Un-Nisa S, Rizk DE, Badrinath P, Shaheen H, Osman N, A study on the knowledge and practice of contraception among men in the United Arab Emirates. / *J Fam Plan Reprod Health Care*/2002 Oct; 28 (4) :196-200.
- 17-** Şankazan Ş.,Yıldız A.,, Ankara İli Deliler Köyündeki Evli Erkeklerin Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları, Ankara N Vers Tes Tıp Fak Ltes Mecmuası, Cilt:55 Sayı:1,2002

- 18-** Mayda A. S., Arslan T., Bozkurt H. B., Dedeli İ., Özkan M. Ö., Düzce İli Kalıcı Konutlar Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Yöntem Kullanma Oranları ve Tercih Nedenleri, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005: 4(5)
- 19-** Harmankaya A.Ç., Pabuçcu R., Dilek S., Başer İ., Orhon E., Özgök Y., Erkek ve Kadında Gebelikten Korunma Yöntemleri, sayı:15, Gata Basımevi, Ankara, 2001.
- 20-** Martin C.W. , Anderson R.A. , Cheng L. et al. Potential impact of hormonal male contraception: cross-cultural implications for development of novel preparations, Human Reproduction vol.15, no.3, pp.637-645,2000.
- 21-** Gareth C. Weston, Michelle L. Schlipalius, Beverley J. Vollenhoven, Migrant fathers and their attitudes to potential male hormonal contraceptives-Monash University Department of Obstetrics& Gynaecology, Monash Medical Centre, Clayton VIC 3168 Australia-Contraception 66 (2002) 351-355, Received 8 April 2002; received in revised form 5 June 2002; accepted 10 June 2002
- 22-** C Richard Lyttle and Gregory S Kopf, Status and future direction of male contraceptive development, Current Opinion in Pharmacology 2003, 3:667-671
- 23-** Lye R.J., Sipila P., Vernet P., Wagenfeld A.,Male contraception-a topic with many facets, Molecular and Cellular Endocrinology 216(2004) 75-82
- 24-** Hatcher R.A., Kowal D., Guest F., Trussell J., Stewart F., Stewart G.K., Bowen S., Cates W., Kontraseptif Yöntemler: Uluslar Arası Basım, /Çeviri Editörü: Dervişoğlu A.A., Senlet P., 1990
- 25-** Dirican R., Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları- II Ana-Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması, Türk Tabipler Birliği, Ekim, 1998

- 26-** Rajesh Reddy S, K.C.Premarajan, K.A.Narayan, Akshaya Kumar Mishra, Rapid appraisal of knowledge, attitude and practices related to family planning methods among men within 5 years of married life, Indian J. Prev. Soc. Med. Vol, 34 No, 1&2, 2003.
- 27-** Koyuncuer A., Kontrasepsiyon ve Türkiye’de Durum, Sted Dergisi, cilt 13, sayı 12: 455-459
- 28-** Senlet P., Kontraseptif Yöntemler, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000.
- 29-** Kılıç D., Ezmeci T., Erzurum İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Annelerin Sağlık Ocakları Tarafından Verilen Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerini Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler Yayın: Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 19 Kasım 2004
- 30-** İsmail S., Men’s knowledge, attitude and practices of family planning in North Gondar. Addis Ababa Ethiop Med J. 1998 Oct; 36 (4): 261-71
- 31-** Yıldırım G., Turaçlar N., Bakır A., Özdemir L., Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 25(3): 99-104, 2003
- 32-** <http://www.tapd.org.tr> / Erişim: 23.06.07 Aile Planlaması Yöntemleri ve Kısırlık
- 33-** Attar E., Aile Planlaması, Jinekoloji, Nobel Tıp Kitabevi , 2004
- 34-** Hart D., Norman J. Çeviri editörleri: Batıoğlu A., Mollamahmutoğlu L., Kontrasepsiyon Yöntemleri, Resimli Jinekoloji, Güneş Kitabevi, 2003, 5. Baskı.
- 35-** Valet A., Goerke K., Steller J., Çeviri editörü: Karaaliler Ş., Kontrasepsiyon, Klinik Muayene Tanı Tedavi Acil Klavuzu, Yüce Yayınları, 1994, 2. Baskı

**36-** Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1995

**37-**

[http://www.kirikkale.saglik.gov.tr/aylik\\_calismalar/aile\\_planlamas%C4%B1/k\\_ait\\_yon.asp](http://www.kirikkale.saglik.gov.tr/aylik_calismalar/aile_planlamas%C4%B1/k_ait_yon.asp) Erişim: 24.12.06

**38-** FFPRHC Guidance(October 2003): First Prescription of Combined Oral Contraception, Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2003; 29(4) 209-223.

**39-** World Health Organization(WHO). Selected practice recommendations for contraceptive use. Geneva. Switzerland: WHO, 2002.

**40-** Köşüş A., Köşüş N., Çapar M., Acil kontrasepsiyon, Genel Tıp Dergisi 2007; 17(2): 131-138

**41-** Dilbaz B., Rahim İçi Araç, Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006,2(22):51-59

**42-** W.Beck. Jr. W., Çeviri Editörü: Asena U., Aile Planlaması: Kontrasepsiyon ve Komplikasyonları, NMS Kadın Hastalıkları ve Doğum, Nobel Tıp Kitapevi, 1998, 4. Baskı.

**43-** <http://www.dicle.edu.tr/~halks/mb23.htm> Erişim: 27.12.06

**44-** Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005

**45-** <http://kacam.baskent.edu.tr/> Erişim: 24.12.06

**46-** <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum5.pdf>

Erişim: 06.07.07

- 47-** Ceylan S., Tek baş Ö., Aile Planlamasına Bütüncül Bir Yaklaşım, Erkeklerin Katılımı, Sağlık ve Toplum Dergisi, 2000, 3:16-21.
- 48-** Özdemir O., Ocaktan E., Çalışkan D., Özyurda F., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Aile Planlaması Ünitesine 1999-2002 Arasında Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2004, Cilt: 57, Sayı: 4
- 49-** Hotun Ş.N., Bayram B.S., Kontraseptif Yöntemler İçin Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ)'nün Uygunluk Ölçütleri, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 1: 37-41.
- 50-** Akın L., Özaydın N., Aslan D., Türkiye'de Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanmalarını Etkileyen Faktörler, Gülhane Tıp Dergisi 48:63-69,2006
- 51-** Çakmak A., Ertem M., Aile Planlaması Eğitimi İçin Önemli Bir Fırsat: Bir Çocuk Hastanesine Yatan Hastaların Anneleri, Diyarbakır-2004, Dicle Tıp Dergisi 2005, Cilt: 32, Sayı: 4, (190-195).
- 52-** Erol N., Ergin I., Döner B., Onmuş D.R., Şakru N., Kırca Ü., İzmir Konak Doğumevi'ne İstemli Düşük İçin Başvuran Kadınların Doğurganlık Öyküleri ve Aile Planlaması Davranışları, Ege Tıp Dergisi,2003, 42(3): 155-160
- 53-** Şahin S., Cevahir R., Sözeri C., Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne İsteğe Bağlı Kürtaj İçin Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006, Cilt:1, Sayı: 1
- 54-** <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m5.htm> Erişim: 24.12.06
- 55-** <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m2.htm> Erişim: 05.05.07

- 56-** Ak Ş., Çelen Ü., Özen Y., Tabak R.S., Piyal B., Ankara Merkez İlçeler İlköğretim Okulları Çalışanlarının Sağlık Davranışları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006: 5(2)
- 57-** Güngör S., Başer İ., Göktolga Ü., Özkömür E., Keskin U., Koitus Interruptus (geri çekme) Yönteminin Etkinliği ve Eğitim Seviyesinin Önemi, Gülhane Tıp Dergisi, 2006; 48: 8-10
- 58-** DüNDAR C., Kaynar K., Peşken Y., Samsun İli Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Evli Ebelerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005, 12(4): 243-246
- 59-** <http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/568.pdf> Erişim: 11.05.06
- 60-** Asan Ç., Ateşçi Y., Gümüş B., Doğun Kontrol Yönteminde Ürologların Tercihi, Türk Üroloji Dergisi, 2004, 30(1): 103-105.
- 61-** Erbil N., Kahraman AN., Top F(2005), Kadınların Kontraseptif Yöntemler Hakkındaki Bilgi ve Davranışları ile Kullanımı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: 4. Uluslar arası Üreme Sağlığı Kongre Kitabı, Ankara, Bayt. s 220, P-14
- 62-** Depe Y., Erenel AŞ., Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüş ve Davranışları, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006, 10(3)

**8. EKLER****EK-1: KONTRASEPSİYON AMAÇLI BAŞVURAN KADINLARIN ERKEK KONTRASEPSİYONUNA BAKIŞ AÇISININ İNCELENMESİ ARAŞTIRMA ANKET FORMU**

**1. Kaç yaşındasınız? .....**

**2. Eğitim durumunuz nedir ?**

1-( ) İlköğretim

2-( ) Ortaöğretim

3-( ) Yüksek öğretim

**3. Kaç yıllık evlisiniz?**

1-( ) 0-3yıl

2-( ) 4-6yıl

3-( ) 7-10yıl

4-( ) 11yıl ve üzeri

**4. Gebelik sayınız nedir?**

1-( ) 1

2-( ) 2

3-( ) 3

4-( ) 4 ve üzeri

5-( ) Yok

**5. Yaşayan çocuk sayınız nedir?**

1-( ) 1

2-( ) 2

3-( ) 3

4-( ) 4 ve üzeri

5-( ) Yok



**6. Düşük sayınız nedir?**

1-( ) 1

2-( ) 2

3-( ) 3

4-( ) 4 ve üzeri

5-( ) Yok

**7. Küretaj sayınız nedir?**

1-( ) 1

2-( ) 2

3-( ) 3

4-( ) 4 ve üzeri

5-( ) Yok

**8. Çalışma durumunuz nedir ?**

1-( ) Çalışmıyor/ Ev hanımı

2-( ) Çalışıyor

**9. Nerede yaşıyorsunuz?**

1-( ) İl merkezi

2-( ) İlçe merkezi

3-( ) Köy/ Kasaba

4-( ) Diğer ....

**10. Eşiniz kaç yaşında? .....****11. Eşinizin eğitim durumu nedir?**

1-( ) İlköğretim

2-( ) Ortaöğretim

3-( ) Yüksek öğretim

**12. Eşinizin mesleği nedir?**

1-( ) Memur

2-( ) İşçi

3-( ) Çiftçi

4-( ) Diğer.....

**13. Sosyal güvenceniz var mı ?**

- 1-( )Yok  
2-( ) Var .....Var ise .....

**14. Aylık ortalama geliriniz ne kadardır? .....****15. Şu ana kadar korunma yöntemi kullandınız mı?**

- 1-( ) Evet  
2-( ) Hayır

**16. Kim korunuyor?**

- 1-( ) Eşim  
2-( ) Kendim

**Kendiniz korunuyorsanız A grubundaki (17-25) soruları, eşiniz korunuyorsa B grubundaki (26-30) soruları cevaplayınız .**

**A. Kendisi korunanlar****17. Aşağıdaki korunma yöntemlerinden hangisini kullanıyorsunuz?**

- 1-( ) Spiral (RİA)  
2-( ) Vajinal yıkama  
3-( ) Doğum kontrol hapi  
4-( ) Tüplerim bağlı  
5-( ) Aylık yada üç aylık iğne  
6-( ) Takvim metodu  
7-( ) Diğer.....

**18. Kullandığınız aile planlaması yöntemini nereden temin ettiniz?**

- 1-( ) AÇSAP ve sağlık ocakları  
2-( ) Özel doktor  
3-( ) Eczane  
4-( ) Hastane

**19. Geçmişte kullandığınız aile planlaması yöntemi var mı?**

- 1-( ) Evet  
2-( ) Hayır

**20. Yöntem kullanmaya nasıl başladınız?**

- 1-( ) Komşudan gördüm
- 2-( ) Sağlık merkezi önerdi
- 3-( ) Eşim ile görüşerek
- 4-( ) Özel doktor önerdi
- 5-( ) Medyadan duydum
- 6-( ) Diğer

**21. Evetse değiştirme nedeniniz neydi?**

- 1-( ) Yöntemle gebe kalma
- 2-( ) Yan etki görülmesi
- 3-( ) Yeni yöntemin daha güvenilir olması
- 4-( ) Kullanım zorluğu
- 5-( ) Eşim istemedi
- 6-( ) Diğer.....

**22. Evetse kaç yöntem değiştirdiniz?**

- 1-( ) 1
- 2-( ) 2
- 3-( ) 3
- 4-( ) 4 ve üzeri

**23. Kullandığınız yöntemi tercih sebebiniz nedir?**

- 1-( ) Güvenilir yöntem olduğunu düşündüğüm için
- 2-( ) Uygulaması kolay yöntem olduğunu düşündüğüm için
- 3-( ) Yan etkisi az olduğu için
- 4-( ) Sağlık personeli önerisi
- 5-( ) Kolay ulaşılabildiği için
- 6-( ) Ucuz olduğu için
- 7-( ) Eşim istediği için
- 8-( ) Diğer .....

**24. Şu anda kullandığınız aile planlaması yöntemi ile ilgili bir yakınmanız var mı?**

- 1-( ) Hayır
- 2-( ) Evet..... Evetse nedir?.....

**25. Niçin kadın olarak siz korunuyorsunuz?**

- 1-( ) Kendimi güvende hissettiğim için
- 2-( ) Eşim korunma yöntemi kullanmak istemediği için
- 3-( ) Eşim korunma yöntemi kullanamadığı için
- 4-( ) Sağlık personeli önerisi
- 4-( ) Diğer.....

**B. Eşiniz korunuyorsa;**

**26. Eşiniz hangi korunma yöntemini kullanıyor?**

- 1-( ) Kondom
- 2-( ) Koitus interruptus ( geri çekme)
- 3-( ) Vazektomi (kanalları bağlı)
- 4-( ) Diğer.....

**27. Korunma yöntemini eşinizin kullanmasının sebebi nedir?**

- 1-( ) Ben korunamadığım için
- 2-( ) Sağlık personeli önerisi
- 3-( ) Eşimin tercihi
- 4-( ) Diğer .....

**28. Sizce eşinizin kullandığı yöntemi tercih sebebi nedir?**

- 1-( ) Güvenilir yöntem olduğunu düşündüğüm için
- 2-( ) Uygulaması kolay yöntem olduğunu düşündüğüm için
- 3-( ) Yan etkisi az olduğu için
- 4-( ) Sağlık personeli önerisi
- 5-( ) Kolay ulaşılabildiği için
- 6-( ) Ucuz olduğu için
- 7-( ) Eşim istediği için
- 8-( ) Diğer .....

**29. Erkekler için enjeksiyon veya hap yöntemi olsa eşinizin kullanmasını ister miydiniz?**

- 1-( ) Evet
- 2-( ) Hayır
- 3-( ) Kararsızım

**30. Sizce erkek kontrasepsiyon yöntemlerinin kullanımı yaygın mıdır?**

- 1-( ) Evet
- 2-( ) Hayır
- 3-( ) Bilmiyorum

**31. Erkek kontrasepsiyon yöntemlerinin kullanımı yaygın değilse sizce nedeni nedir?**

- 1-( ) Gelenekler
- 2-( ) Sorumluluğun kadına yüklenmesi
- 3-( ) Erkeklerin yöntem kullanmak istememesi
- 4-( ) Erkeklerin yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması
- 5-( ) Diğer .....

**32. Kondomun cinsel isteksizlik yaptığını düşünüyor musunuz ?**

- 1-( ) Evet
- 2-( ) Hayır
- 3-( ) Kısmen

**33. Koitus interruptus ( geri çekme) yöntemini güvenli buluyor musunuz ?**

- 1-( ) Evet
- 2-( ) Hayır
- 3-( ) Kararsızım

**34. Çocuk sayınızı tamamladığınızda eşinizin vazektomi yöntemini kullanmasını ister misiniz ?**

- 1-( ) Evet
- 2-( ) Hayır
- 3-( ) Kararsızım

**35. Eşiniz erkek korunma yöntemini kabul eder mi?**

**Evet ise;**

- 1-( ) Kullanım kolaylığı
- 2-( ) Kolay ulaşılabildiği için
- 3-( ) Ben istediğim için

4-( ) Yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu için

5-( ) Yan etkisinin az olması

6-( ) Diğer.....

**Hayır ise;**

1-( ) Yan etkisinden dolayı

2-( ) Kullanım zorluğu

3-( ) Sorumluluk üstlenmek istememesi

4-( ) Yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması

5-( ) Diğer.....