

# AİLE PLANLAMASINDA İÇERİK, YÖNLENDİRİCİ ÖĞELER VE HİZMET SUNUMU

Doç.Dr.Ayşen BULUT\*

Bugün, "bireylerin istediği zaman ve istediği sayıda çocuğa sahip olma hakkı" olarak tanımladığımız aile planlaması kavramının kitlelerce benimsenmesi son otuz yılın ürünüdür. Dünyada nüfus artışı sorunu ikinci dünya savaşını izleyen yıllarda görel olarak ölümlerin doğumlardan daha az olmaya başlaması ile ortaya çıkmıştır. Sorun, öncelikle, varolan kaynakların kullanımını zorladığından ekonomistlerin dikkatini çekmiştir. Bu nedenle insanlar ailelerini planlama haklarının kabul edilmesi daha çok nüfusu planlamak amacıyla olmuştur. Oysa konu ile ilgili olarak bireylerin savaş vermesi çok daha önceden gelen bir süreçtir.

Doğurganlığın düzenlenmesi karmaşık bir davranıştır. Çocuk sahibi olmak bireylere, aileyi ve soyu sürdürmek, gelecekte sosyal güvence sağlamak, işgücüne katkı, toplumda yer kazanmak gibi sosyal değerler yanısıra sevgi kaynağı olarak da psikolojik doyum sağlar. Bu katkılara karşı ailenin beslenme, eğitim, giyim, barınma, korunma gibi kaynaklarından pay eksildir. Çocuk yetiştirme sorumluluğu ve annenin zamanını kullanma özellikle gelişmiş toplumlarda yaşanan ek yüklerdir. Aile, içinde bulunduğu toplumun koşulları ve değerlerine göre fazla çocuk sahibi olmak ister ya da istemez. Genelde toplumlar geliştikçe, daha az çocuk sahibi olma bilinci yerleşmektedir. Ancak yalnızca bilinç oluşturma yeterli değildir. Bu niyetlerini gerçekleştirmek için hangi yolları, nereden sağlayacakları konusunda da bilgi sahibi olmalıdırlar. Bu aşamada başka kişiler; aile planlaması için poli-

---

\* İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Aile Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

tika yapımcılar ve hizmet verenler de devreye girmektedir. Onların bireysel yargıları, mesleki bilgi ve kaygıları ile toplumdan gelebilecek baskılar karşısında uygulamaları etkilenir. Böylece, pekçok ülkede yasal olarak kazanılmış hak, kişilerin istediği zaman ve sayıda çocuk sahibi olma hakkını sağlamaları bir kompleks halinde çok yönlü bir soruna dönüşebilir.

Günümüzde 5 milyarı aşan dünya nüfusuna her yıl %1.8 oranında, 90 milyon yeni nüfus eklenmektedir. Dünya nüfusunun dörtte üçünü oluşturan gelişmekte olan ülkelerde önümüzdeki on yılda doğurganlık yaşındaki kadın sayısının %30 oranında artacağı hesaplanmaktadır.(1) Çin hariç bu ülkelerde yaklaşık 190 milyon kadının gebelikten korunduğu bilinmektedir. 2000 yılına kadar bu sayı iki kat artacak kadar hizmet verilirse 2000 yılında nüfus 6.09 milyar , bugünkü hizmet hızı ile ise 6.25 milyar olacaktır.(2)

### **AİLE PLANLAMASI VE HİZMETLERE ULAŞABİLME**

Bugün dünyada nüfus artışını pekiştiren en önemli öğelerden biri gelişmekte olan ülkelerde artık çocuk istemediğini söyleyen ailelerin tümünün etkili bir şekilde gebeliğe karşı korunamamasıdır. Bu ülkelerde çiftlerin ortalama yarısı başka çocuk istemediğini bildirdiği halde bunların da ancak yarısı gebeliğe karşı geçerli olarak korunmaktadır. Yalnızca çocuk istemeyen çiftlerin bunu sağlamaları gerçekleştirilirse dünyada nüfus artışı sorununun çözümüne önemli katkılar olacaktır. Bu hesaplamalar aile planlaması hizmetlerinin önemini belgelemekte ve sağlık personeli olarak konuda sorumluluğumuzun ne kadar fazla olduğunu düşündürmektedir.

Population Crisis Committee tarafından 1986 yılında dünyada nüfusun etkin aile planlaması yöntemlerine ulaşabilme konularını ülkelere çalışanların kendi değerlendirmelerine dayanarak derecelendirmiştir. Gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkeler arasında belirgin farklılıklar görülmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde Çin hariç tutulduğunda nüfusun yaklaşık yarısından fazlası için hizmetlerin varlığı ve ulaşılabilirliğinin ancak orta düzeyde, üçte biri için ise kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir. Türkiye,100 üzerinden 39 puan olarak aile planlamasına kötü düzeyde ulaşılabilen birimde yer almaktadır.(3)

Bugün Libya, Kamboçya, Laos gibi birkaç ülke dışında, ülkelerin tümünde hiç değilse anne ve bebeğin yaşamını korumak amacıyla sağlık hizmeti olarak aile planlaması hizmetleri değişik düzeyde de olsa sağlanabilmektedir. Ülkelerde var olan yasalar ve toplumsal değerlere göre, kullanılan kontraseptiflerin örüntüleri de birbirinden çok farklıdır.(Tablo 1)

TABLO 1:

**ÜLKELERDE ETKİLİ DOĞUM KONTROL  
YÖNTEMLERİNİ KULLANMA DURUMU  
(YÜZDE) 1986-1987**

Yöntemler	Türkiye	Çin	Diğer		TOPLAM
			Olanlar	Ülkeler	
Tüp Ligasyonu	1.8	26.5	9.7	7.6	13.1
Vazektomi	-	8.5	3.9	4.0	5.0
OK	6.2	4.5	6.0	13.6	7.4
RİA	14.0	29.5	2.9	5.5	9.6
Kondom	7.2	2.5	2.5	14.2	5.2
Diğer Etkili	3.8	1.5	1.7	6.5	2.7
TOPLAM	33.0	73.0	26.7	51.5	43.0
-----					
Üreme çağındaki					
çift sayısı (milyon)	8	200	463	197	860
-----					
Kaynak:(3) ve (4)'den uyarlanmıştır.					
-----					

### AİLE PLANLAMASI VE SAĞLIK

Aşırı doğurganlığın sağlığa olası etkileri ekonomiye olan etkilerinden çok daha sonra belgelenmiştir. Bu nedenle daha geç gündeme gelmiştir. Kimi sağlık personelinde de aile planlaması sözkonusu olduğunda nüfus planlaması kavramının doğurganlığın düzenlenmesi kavramından önce çağrışması bu nedene bağlanabilir. Oysa bugün sık doğum, uygun olmayan anne yaşında doğum ve fazla sayıda doğum yapmanın bebek ölümleri ve anne sağlığı ile ne kadar ilgili olduğu yaygın olarak gösterilmiştir.(5) Aile planlaması hizmetleri pek çok yönüyle hemen herkesi birden ilgilendiren,

erişkinlere verilerek çocuk sağlığında olumlu olarak yakından etkileyen önemli bir koruyucu temel sağlık hizmetidir.

Sık doğum, çok doğum ve uygun olmayan anne yaşı gibi aşırı doğurganlık öğelerinden hangisinin daha büyük sağlık sorunu olduğunu belirlemek oldukça güçtür. Genelde biri varsa diğerlerin de birlikte olduğu görülmektedir. Birbirlerinden izole edilebildiklerinde dağılım aralıklarının en az 2 yıl olabilecek şekilde düzenlenmesinin bebek ölümlerinde %10, 1-4 yaş çocuk ölümlerinde ise %20 azalma görüleceği hesaplanmıştır. (6)

Özellikle sık gebeliklerde ilk çocuğun anne sütü ile beslenmesi olumsuz olarak etkilenmektedir. Ayrıca annenin bebeğe ayırdığı zamanın daha fazla olması önceki çocuğun ihmaline de yol açar. Sık doğumlarda doğum ağırlığı düşük bebek-prematüre doğum olasılığı daha fazladır. Annenin tükenmesi ise genelde her iki çocuğa kendi başlarına bakımını da etkilemektedir. (7) Erkek çocuk tercihi ve prematürelilik gibi sık doğum nedenleri ise kendi başlarına birer risk faktörüdür. Anne yaşının 18 yaşından küçük olması gebelik komplikasyonlarının ve doğum güçlüklerinin daha sık görülmesi ile birliktedir. Ayrıca daha az eğitilmiş ve kırsal bölgede yaşayanlarda daha sık görülen erken annelik yaşının olumsuz etkileri annelerin bu gebelikleri nedeni ile sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaları ile daha da büyük bir sorun haline gelmektedir. 35 yaşından büyük annelerde gebelik ve doğum komplikasyonlarının artması ile bebek ölümleri artmaktadır. Doğumların 20-34 yaşlar arasında yapılması sağlanabilseydi bebek ölümlerinin %5'inin önlenilebileceği hesaplanmaktadır. Annenin 3 ten fazla sayıda doğum yapması bu doğumlardan olan bebek ve çocuk ölümlerini %8 oranında arttırmaktadır.(6) Aşırı doğurganlığın anne sağlığı için de benzer olumsuz etkileri vardır, anne ölümlerini artırırlar. Doğumların 20-39 yaş arasında yapılması sağlanmış olsaydı anne ölümlerinin %11'i dördüncüden fazla çocuk doğrulmasaydı da %4'ünün azalacağı hesaplanmıştır.(6)

Yalnızca doğum aralıklarının düzenlenmesi her yıl 500.000 bebeğin yaşamasına, diğer olumsuzlukların ortadan kalkması ise, birbirinin etkilerini de hafifleterek Dünya'da her yıl 5 yaş altında ölen 10 milyon çocuğun yarısının kurtulacağı hesaplanmaktadır (5). Bu özellikleri nedeniyle aşırı doğurganlığın ortadan kaldırılabilmesi için aile planlaması tanımını bir sağlık hizmeti olarak aşağıdaki gibi zenginleştirebiliriz.

"Aile planlaması hizmetleri yalnızca istenen sayı ve zamanda çocuk sahibi olma hakkı için çalışmak değil, ailede anne ve bebeğin sağlığını korumak amacıyla çiftlere uygun aralıklarla uygun anne yanında ve istenen sayıda çocuk sahibi olmak için bilgi ve tutum kazandırmaktır. İstendiğinde gebe olabilmeyi sağlamak da bu hizmetin içindedir. Doğurganlığın düzenlenmesi için çiftlerin bilgilendirilmeleri, uygun davranış geliştirmeleri

ve yöntem seçimlerine yardım etmek, yaşam boyu konu ile ilgili sorularını çözümlmek aile planlaması hizmetlerinin en önemli öğeleridir.

## TÜRKİYE'DE AİLE PLANLAMASI

1965 yılından önce nüfusu artırma politikası izlenen ülkemizde aile planlaması hizmetleri 557 sayılı yasa gereği verilmeye başlanmıştır. Bu yasa da hizmetler doktorun görevidir. Hizmetler kurulan Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü aracılığı ile, vertikal bir örgütlenme ile sunulur ve kalıcı olan cerrahi yöntemlerle gebelikten korunmak ve tıbbi nedenler dışında gebeliğin sonlandırılması yasaktır. 1983 yılında yürürlüğe giren 2827 sayılı yeni Nüfus Yasasında aile planlaması için kurumlar ve sektörler arası işbirliği, hekimden başka eğitilmiş ebe ve hemşirelerin gebelikten korunma yöntemlerini sunabilmeleri, cerrahi strezilizasyonun ve 10 haftaya kadar olan gebeliklerin sonlandırılmasının isteğe bağlı olarak uygulanabilmesi kabul edilmiştir. (8).

Türkiye'de nüfusla ilgili pek çok veri vardır. Nüfus araştırmaları 1963'den beri beş yılda bir Türkiye'yi temsil eden binlerce aile örneğinde yapılagelmiştir. Bu bulgular, ideal çocuk sayısının giderek azaldığını son on yılda 3.03'den 2.14'e indiğini göstermektedir. (4) 1960'larda ailelerin %40'ı 4'den fazla çocuk isterken bugün bu oran %5 olmuştur.

Sahip olunan çocuk sayısı istenenden fazladır.

Son beş yılda olan doğumların %27'sinin istenmeden olduğu, %10'unun ise zamansız olduğu 1988 Nüfus Araştırmasında bildirilmiştir.(4)

\*Ailelerin %76'sı artık başka çocuk istemediklerini bildirmiştir. Bu oran çocuksuzlar için %7 iken 2'den fazla çocuk sahibi olanlar için %93'tür. \*Çocuk istemeyenlerin %44'ü etkili bir yöntem kullanırken, bir o kadarı (%40) geleneksel yöntemleri tercih etmekte, %16'sı ise hiçbir yöntem kullanmamaktadır. Çocuk isteme konusunda kesin karar vermemiş olanlar da geleneksel yöntem kullanma oranı daha da fazladır. (Tablo 2)

TABLO 2:

## Türkiye'de gebelikten korunma yöntemlerinin

kullanımı (yüzde)

	Tüm evli çiftlerde	Gebelik riski altındaki çiftlerde*
Hap	6.2	7.6
RİA	14.0	17.1
Kondom	7.2	8.9
Kadında cerrahi sterilizasyon	1.7	2.1
Diğer modern	2.0	2.3
Geri çekme	25.7	31.1
Ritim	3.5	4.3
Vajinal duş	2.5	2.9
Diğer gel.	0.6	0.7
Toplam	63.4	77.0

\* Gebeler, infertiller v.b.dışında

Kaynak: (4) den uyarlanmıştır.

\*Ailelerin %98.2'sinin en az bir modern yöntemin adını bildiği, en fazla bilinen yöntemlerin hap ve RİA olduğu belirlenmiştir.Yalnızca %0.7 hiçbir modern yöntem bilmediğini bildirmiştir.

\*Daha önce kullanılan yöntemler ise halen kullanılanlardan çok daha fazladır. Hap %38 (6 misli), RİA %25 (yaklaşık 2 misli) , Kondom %23(3 misli) oranında ailelerce daha önce kullanılmış olarak belirlenmiştir.

TABLO:3

Türkiye'de bölgelere göre kadınların gebelikten korunma yöntemlerini en sık sağladıkları yer

Bölgeler	Oral KS	RİA	Kondom
Batı	Ecz.(85)	Özel Dr.(39)	Ecz.(74)
Güney	Ecz.(78)	Özel Dr.(42)	Ecz.(74)
Orta	Ecz.(70)	S.Ocağı (35)	Ecz.(64)
Kuzey	Ecz.(65)	S.Ocağı (46)	Ecz.(73)
Doğu	Ecz.(83)	S.Ocağı (32)	Ecz.(51)
Şehirselsel	Ecz.(79)	Özel Dr. (45)	Ecz.(75)
Köysel	Ecz.(78)	S.Ocağı (41)	Ecz.(52)
TOPLAM	Ecz.(79)	Özel Dr. (40)	Ecz.(66)

Kaynak:(4) 'den uyarlanmıştır.

Bu bulgular cevaplarının tartışılması gereken pek çok soru olduğunu düşündürmektedir. Sağlık kurumlarında parasız olarak sağlanan RİA 'nın en çok özel hekimlerden hap ve kondomun ise eczanelerden sağlandığı belirlenmiştir.

Çoğu henüz yayınlanmamış, sonuçlarını kişisel görüşmelerle elde ettiğim ülke düzeyinde yapılan araştırmalarda aile planlaması yöntemleri hakkında şehirlerde oturan ailelerin en önemli bilgi kaynaklarının önce basın sonra arkadaş olduğu, ailelerin daha fazla bilgilenecek istedikleri belirlenmiştir. Bilgilenecek istedikleri kaynaklar ise özel doktorlar, sağlık ocakları ve eczaneler olarak sıralanmaktadır. Yöntemlerin kullanımını bir sağlık personelinde öğrenmeyenler arasında sosyo ekonomik durumu ve öğrenim düzeyi düşük olanlar çoğunluktadır. Tercih edilen yöntemler arasında en etkili bulunan RİA , en az yan etkisi olan kondom, en kolay kullanılan ise yine RİA'dır. Haplar daha az beğenilen yöntemlerdir. Bu sonuçlarda hizmet sunan bizlerin yönlendirmelerinin büyük payı olduğuna inanıyorum.

Aile planlaması konusunda hizmet sunan jinekologlar, sağlık ocağı hekimleri ve eczacıların konuya yaklaşımları, bilgi kaynakları ve gereksinimlerini belirleyecek ve hizmetlerin kalitesinin artırılmasına katkı yapacak çalışmalar sürdürülmektedir.

### SONUÇ VE ÖNERİLER:

Türkiye'de yapılan araştırmaların sonuçları aşağıda özetlenmiş, belirlemeleri doğrulamaktadır.

#### TÜRKİYE'DE

- Ailelerin hemen tümü doğum kontrol kavramını ve yöntemlerin adını biliyor.
- Aileler doğum kontrol kavramını çocuk sayısı ile özdeşleştiriyorlar. Çocuk aralarını açmak ve sağlık hizmeti olarak yararlanılması bilinci daha az.
- Ailelerin çoğu artık çocuk istemiyor.
- Son gebeliklerin yarıya yakını planlanmadan olmuş.
- Canlı doğum sayısının üçtebiri kadar gebelik isteyerek sonlandırılmış.
- Aileler kullandıkları yöntemlerin çoğunu yakınlarından öğrenmiş.
- Ailelerin çoğu daha önce etkili bir yöntemi denemiş.
- Aileler doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgi kaynağı olarak sağlık personelini görmek istiyor.

Bugün özellikle gelişmekte olan ülkelerde var olan gebelikten korunma tutumunun davranış olarak uygulamaya geçirilmesi için sunulan hizmetlerin kalitesinin artırılması özellikle önem taşımaktadır. (9) Hizmetlerin kalitesinin nasıl arttırılacağı aile planlamasında en güncel konulardan biridir.

1.Henüz herkese birden uyacak ideal bir gebelikten korunma yöntemi bulunamadığına göre çiftlerin kabul edebilecekleri biçimde sunulan yakın danışmanlığa gereksinimleri vardır.Herkes için ayrı ayrı güvenilir olarak kullanılan, beğenilen zararsız bir yöntem bulunabilir. Ülkemizde sunulan



yöntemler çok çeşitli değildir. Parasız olarak dağıtılabilen 3 yöntem vardır. (RİA, Hap ve Kondom) bu yöntemlerin çeşitleri de çok sınırlıdır. Para ile satın alınmak istendiğinde ise cerrahi sterilizasyonlar, 4 çeşit RİA , 8 tip hap , ve 5-6 çeşit kondom bulunabilir. Diyafram ve tablet olmayan sipermitleri bulmanın olanağı ise yoktur. Başka ülkelerde uygulamaya giren pek çok yöntem ise henüz kullanılmamaktadır. Gelişmiş ülkelerde kullanılan Kontra-septif çeşitlilik bizimle karşılaştırılmayacak kadar fazladır. Çeşitliliğin artması sunulan hizmetlerin kalitesini arttıran en önemli ögeler arasındadır. Bu konuda Eczacı Odası olarak özellikle çaba gösterilmesi gerektiğine inanıyorum. Artık yöntemlerin bireyler için seçimi genel etkinlik değerlerinden çok bireyin özelliklerine göre yapılmaktadır. Bir çift için başarısız olan bir yöntem bir diğeri için ideal olabilir.

2. Türkiye'de hizmetlerin kalitesini arttıracak bir diğer önemli yaklaşım hizmetlerin örgütlenmesinin etkin olarak sağlanmasıdır. Bu konuda ciddi bir karmaşa vardır. Hizmet veren sağlık personeli birbirini destekleyecek şekilde çalışmamaktadır. Aile ile yakın iletişim kurabilecek sağlık kurumları ile aileler arasında iletişim sağlayacak kişiler hizmet modelinde yaygın olarak yer almamaktadır. Eczaneler bu alandaki açığı kapatabilir. Sağlık personeli olmayan ev ziyaretçileri ailelere danışmanlık yapabilir. Bu araçlarla yönlendirilen ailelere ebe ve hemşireler sunum için hekim gerekmeyen yöntemleri sunabilirler. Bu yöntemler eczanelerden de nitelikli bir şekilde sağlanabilir. Hekimler ise gerek olduğunda devreye girmelidir. Uzman hekimler sorunla karşılaşılacak olgularda ve cerrahi yaklaşım gerektiren yöntemlerde diğer hizmet sunanları destekleyecek şekilde hizmetlerde yer almalıdır. Ancak bu halde hizmetler etkin olarak sunulabilir. Hizmet sunanların birbiri ile iletişimlerini sağlamada ortak mesajlarla basın da bu çerçevede yerini almalıdır.

3. Aileler ilgi beklemekte, doğru bilgi beklemektedir. Bilgilendirilmeleri onları tanıyarak, gereksinimleri belirlenerek yapılmalıdır. Her yöntemin nasıl etki ettiği, ne kadar etkin olduğu, avantajları ve olabilecek zahmetleri ile birlikte anlatılmalı daha sonra bu yöntemler arasından seçim yapmasına yardım edilmelidir. Kullanımının ayrıntılı olarak anlatılması da çok önemlidir. Kullanım süresi içinde sorularının cevaplanması için iletişimin sürdürülmesi gerekir.

## KAYNAKLAR

1. Potts M., Rosenfield A. (1990) , The fifth freedom revisited: I, Background and existing programmes. The Lancet, 336 (Nov 17) :1227-1231.

2. Potts M., Rosenfield A., (1990) The fifth freedom revisited: II, The way forward. The Lancet, 336 (Nov 24) :1293-1295.

3. Access to birth control - A world assessment (1987) Population Briefing Paper, No.19. Population Crisis Committee, Washington D.C. :1-8.

4. 1988 Turkish Population and Health Survey (1989) Hacettepe University Institute of Population Studies: 71-92 ;Ankara.

5.Healthier mothers and children through family planning (1984) Population Reports J (27) : 657-666.

6. Trussell J., Pebley R.(1984) The potential impact of changes in fertility on infant, child and maternal mortality. Studies in Family planning 15 (6.1) : 267-271.

7. Hatcher R.A. , Kowal D., Guest F., et al (1989) Contraceptive Technology International Edition (Çev.ed.: A.A. Dervişoğlu).

Konraseptif Yöntemler Uluslararası Basım İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayın No.1 Ankara, Demircioğlu Matbaası :4-17.

8. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında kanun (1983) 27.5.1983 tarih ve 18059 sayılı Resmi Gazete.

9. Bruce J., (1990) Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Studies in Family Planning, 21 (2) :61-90.