

Doğum Sonrası Aile Planlaması Danışmanlığı ve Sonuçları*

POSTPARTUM FAMILY PLANNING COUNSELLING AND RESULTS

E. Zeynep Tuzcular Vural¹, Işık Gönenç², Nurettin Aka³, Gültekin Köse⁴

Özet

Amaç: Kliniğimizde doğum yapan ve aile planlaması (AP) danışmanlığı verilen olguların yöntem seçiminin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: 1 Mart 2002-28 Şubat 2003 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde doğum yapan ve AP danışmanlığı verilen olguların doğum sonrasında seçtikleri gebelikten korunma yöntemleri incelendi. Danışmanlık alan ve almayan olguların AP yöntemi seçme oranları saptandı.

Bulgular: Belirtilen sürede 693 doğum gerçekleşti; % 70'i normal spontan doğum, %30'u sezaryen idi. Olguların %86'sı AP danışmanlığı alırken %14'ü almadı. Danışmanlık alanların %95.1'i bir AP yöntemi seçti. AP yöntemi alanlar %81.8'lik bir oran oluşturdu. En sık seçilen yöntem %34.4 ile rahim içi araç idi. Bunu sırası ile Depo-Provera (%30.4), kondom (%22), tüp ligasyonu (%4.2), Mesigyna (%3), kombine oral kontraseptif (%3) ve İmplanon (%3) izliyordu.

Sonuç: AP danışmanlığı için çaba harcanması, doğum sonrasında büyük ölçüde modern bir yöntemin seçilmesini sağlamaktadır.

Anahtar sözcükler: Postpartum, aile planlaması, danışmanlık

Summary

Aim: We aimed to evaluate methods of family planning chosen after delivery.

Methods: Methods of contraception chosen after delivery were investigated in Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital. Rates of using contraception for women who received and did not receive counselling were compared.

Results: 693 deliveries took place from March 1st 2002 to February 28th 2003. 70% were normal deliveries and 30% were cesarean sections. 86% of the cases received family planning counselling whereas 14% did not. 95.1% of those whom received family planning counselling chose a method of contraception. The total rate of choosing contraceptive methods was 81.8 %. IUD's were the most popular method with a rate of 34.4 %. DMPA (30.4%), condoms (22%) tubal ligation (4.2%), monthly injections (3%) and Implanon (3%) followed IUD's.

Conclusion: The effort displayed for family planning counselling resulted in high rates of use for postpartum modern contraceptive methods.

Key words: Postpartum, family planning, counselling

Postpartum dönem, annelerin kontraseptif yöntemlere en sıcak baktığı ve yüksek oranda kabul ettiği dönemdir. Bu dönemde uygulandığında aile planlaması (AP) yöntemlerinden yüksek ölçüde başarı ve yönleme uyum sağlanmaktadır. Çok erken, çok geç, sık ve çok sayıda gebeliğin anne ve çocuk üzerine olumsuz etkileri bilinmektedir.¹ 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre doğurgan yaş grubundaki

kadınlarımızın %66.3'ü artık çocuk istemediğini belirtmektedir.² Kadınlarımızın doğurganlıklarını sınırlandırmak konusundaki eğilimlerini gösteren önemli bir ölçüt de isteyerek yapılan düşüklerin oranıdır. Bu oran, 1998 verilerine göre 100 canlı doğumda 14.5'tir. Buna rağmen çiftlerin sadece %37.7'si modern, %25.5'i ise geleneksel korunma yöntemleri kullanmaktadır: Oranlarda 1993'ten bu yana istenilen iyileşme sağlanamamıştır.³ Sonuçlar

* 20-23 Nisan 2003 tarihlerinde 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi'nde tebliğ edilmiştir.

¹ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Planlaması Ünitesi, Aile Hekimliği Uzmanı, Doç. Dr.

² Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Planlaması Ünitesi, Aile Hekimliği Uzmanı.

³ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şef Muavini, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı.

⁴ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı.

ülkemizde AP gereksiniminin hala tam olarak karşılanamadığını, bu konuda bir hizmet-talep açığı olduğunu düşündürmektedir. Türkiye’de 1965’ten bu yana sürdürülen AP çalışmaları ile günümüze kadar önemli gelişmeler sağlanmıştır. Ülkemizde 100.000 canlı doğumda 132 anne, 1000 canlı doğumda 43 bebek ölmektedir.^{2,4} Sadece yüksek riskli gruplara başarılı AP hizmeti verilmesi ile mevcut anne ve bebek ölümlerinin en az üçte birinin önlenebileceği gerçeği, özellikle doğum için sağlık kuruluşuna kadar gelmiş kadınlara etkili AP danışmanlığı verilmesinin önemini göstermektedir. TNSA 1998 araştırmasına göre, ülkemizdeki doğumların %73’ü bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmektedir. Sağlık kuruluşuna gelmiş, doğum kontrolüne istekli anneye AP danışmanlığı vermek hem emzirme hem de kontraseptif yöntem seçimi üzerinde olumlu etki yaratır. Literatür, emzirmeyen kadınlarda doğumu izleyen ilk üç hafta içinde bile gebelik olabileceğini bildirmektedir. Kadın üreme organları doğum sonrası 6. haftada doğumdan önceki anatomik ve fizyolojik özelliklerini kazanır. Bu bilgilerin ışığında anenin bir AP yöntemi önerilerek ya da yöntem için randevu verilerek taburcu edilmesi, anne ve çocuk sağlığı üzerinde tartışılmaz yarar sağlayacaktır.

Bu çalışmada Haydarpaşa Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği’nde doğum yapan ve AP danışmanlığı verilen olguların yöntem seçiminin irdelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

1 Mart 2002-28 Şubat 2003 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğum yapan 693 kadın ele alındı. Olgulara doğum kontrolü yöntemi seçimi ve emzirme ile ilgili bireysel AP danışmanlığı verildi. Sosyo-demografik bilgiler ve kadın-doğum öyküsü kaydedildi.

Danışmanlık alan ve almayan olguların doğum kontrolü yöntemi seçimi ve seçme oranları saptandı.

Bulgular

Belirtilen süre içinde 693 doğum gerçekleşti; %70’i normal spontan doğum, %30’u sezaryen idi. Olguların %86’sı AP danışmanlığı aldı. Hafta sonu taburcu olma, imza karşılığında erken taburcu olma gibi nedenlerle olguların %14’ü AP danışmanlığı almadan klinikten ayrıldı. Olguların yaş ortalaması 28.96±9.43 idi. Grupta ilkökul mezunları çoğunlukta idi (Tablo 1).

Olguların kadın-doğum öyküsü Tablo 2’de özetlenmiştir.

Tablo 1
Olguların eğitim durumu

	n	%
Okur-yazar değil	32	4.6
Okur-yazar	40	5.8
İlkokul	392	56.6
Ortaokul	94	13.6
Lise	107	15.4
Yüksek	28	4
Toplam	693	100

Tablo 2
Olguların kadın-doğum öyküsü

	Ortalama ± Standart sapma	Aralık
Toplam gebelik	4.82 ± 2.25	0 - 13
Doğum	2.95 ± 1.58	0 - 9
Düşük	0.35 ± 0.27	0 - 4
Yasal tahliye	1.96 ± 1.45	0 - 6
Yaşayan çocuk	2.71 ± 1.38	0 - 9

Olguların %75.9’u artık çocuk istemiyordu. %93.8’i bebeğini emzirmeyi düşünüyordu. %58.4’ü istemeden gebe kalmıştı. Olguların %81.8’i doğum kontrol yöntemi seçti. Danışmanlık alanların %95.1’i bir AP yöntemi seçerken, almayanların hiçbiri yöntem seçmedi. Yöntem alan 567 olgunun kontraseptif seçimleri Tablo 3’te özetlenmiştir.

Tablo 3
Olguların doğum sonrası kontraseptif seçimi

	n	%
RIA	195	34.4
DMPA	172	30.4
Kondom	125	22
Tüp ligasyonu	24	4.2
Mesigyna	17	3
KOK	17	3
İmplanon	17	3

RIA: Rahim içi araç, **DMPA:** Depo-medroksiprogesteron asetat, **Mesigyna:** 5 mg estradiol valerat + 50 mg norethisteron enanat, **KOK:** Kombine oral kontraseptif

Tartışma

Doğum sonrası kontraseptif yöntem seçimi; kalıcı ya da geçici bir yonteme ihtiyaç duyma, bebeği emzirme durumu gibi birçok etkene bağlıdır. Azami korunma sağlayacak asıl yöntem henüz seçilmemişse, doğumu izleyen 4. haftadan başlayarak kondom ya da spermisid gibi geçici bir yöntem kullanılmalıdır.⁵ Emzirmeyi olumsuz yönde etkilememeleri bariyer yöntemlerinin önemli

avantajdır; özellikle, doğurganlığı düşük, emziren kadınlarda başarılı koruma sağlarlar.⁶ Bizim olgularımızın da %22'si kondomu tercih etti.

İlk üç hafta, tromboemboli riskini yükseltmemek için, östrojen-progesteron kombinasyonlarından kaçınılması gerekir; pıhtılaşma ve fibrinoliz doğum sonrası genellikle ilk üç hafta içinde normale döner.⁷ Bu nedenle emzirmeyen annelerde kombine oral kontraseptif (KOK) ve kombine enjeksiyonlara ilk üç haftadan sonra başlanmalıdır. KOK ve kombine enjeksiyonlardaki östrojen, anne sütünün miktar ve kalitesini düşürür; bu nedenle, emziren annelerin, bu ilaçlara doğumu izleyen 6. aydan sonra başlamaları uygundur.⁸ Diğer bir endişe, östrojen ve progesteronun anne sütü ile bebeğe geçmesi ile ilgilidir. Ancak fetüs üzerinde istenmeyen bir etki gösterilememiştir. Yalnız progesteron içeren mini haplar, enjeksiyon ve implantlar emzirme durumu gözetilmeksizin kullanılabilir. Emzirmeyen kadınlarda sadece progesteron içeren yöntemler ilk üç haftada hemen, 4. haftadan sonra ise gebelik testi yaptıktan sonra kullanılabilir.⁹ Emziren kadınlarda ise ideal olan, kullanımın doğumu izleyen 6. haftaya ertelenmesidir. Biz de, emziren annelere doğumu izleyen 6. haftaya randevu verdik. Olgularımızın %30.4'ü depo-medroksiprogesteron asetat'ı (DMPA), %3'ü Mesigyna'yı, %3'ü KOK'ı ve %3'ü İmplanon'u tercih etti.

Rahim içi araç (RİA), doğumdan hemen sonra plasentanın çıkmasını takiben uygulanabilir. Bu fırsat kaçırılırsa ilk 48 saat içerisinde de uygulanabilir; bu RİA'ların %6-15'i ilk 6 ay içinde kendiliğinden atılır (ekspülsiyon).¹⁰ Emzirme atılma oranını artırmaz, aksine kanama ve ağrı nedeniyle çıkarılma oranını düşürür.⁵ RİA, normal doğumdan 6 hafta, sezaryenden 8 hafta sonra da uygulanabilir.^{10,11} Biz de kendiliğinden atılma ve enfeksiyon riskinin daha az olması nedeniyle bu dönemde uygulamayı önerdik ve olgularımızın %34.4'ü bu yöntemi tercih etti.

Doğumdan hemen sonra uygulanan tubal sterilizasyon güvenli bir yöntemdir. Özellikle sezaryen öncesi çiftlerin bilgilendirilerek onay alınması cerrahi sterilizasyon için fırsat sağlar. Normal spontan doğumdan sonra özellikle ilk 72 saat ya da ilk hafta içinde yapılacak minilaparotomi de uygun bir seçenektir.¹² Olgularımızdan, minilaparotomi tercih eden olmadı, ancak 24'ü (%4.2) operasyon öncesi onay vererek sezaryen sırasında tüp ligasyonu yaptırdı.

Laktasyonel amenore metodu (LAM), tam emziren kadınlar için geçerli, geçici bir yöntemdir; daha çok, kalıcı metoda geçiş zamanlanmasına yardımcı olabilir.⁵

Emzirme, bebeğin en iyi şekilde beslenmesini sağladığı gibi, hem anneye hem de bebeğe yararlıdır. Emzirme ile korunabilme tamamen hastanın LAM ölçütlerine uymasına bağlıdır; eğitim düzeyi arttıkça bilgi ve uyum düzeyi de artmaktadır.¹³ Yaptığımız başka bir çalışma, sağlık personelinin bile LAM ölçütleri konusundaki bilgi düzeyinin çok düşük olduğunu gösterdi. Bilgi düzeyi, kontrol grubu olan hasta refakatçılarında daha da düşüktü.¹⁴ Bu konuda bir eğitim açığının olduğu gerçeği göz ardı edilmemelidir.

Doğum öncesi AP danışmanlığının yararı tartışmalıdır: İskoçya, Çin ve Güney Afrika'da eşzamanlı yürütülen 3 merkezli çalışmada, doğum öncesi AP danışmanlığı alan ve almayanlar kontraseptif kullanımı açısından karşılaştırılmış, 1. yılın sonunda istenmeyen gebelik oranı üzerine olumlu bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır.¹⁵ Bu nedenle doğum öncesi AP danışmanlığı alınmış olsa da, doğum sonrasında, lohusaların %75.9'unun artık çocuk istemediği gerçeği göz önüne alınmalıdır.

AÇSAP Genel Müdürlüğü'nün İstanbul'da yürüttüğü kalite araştırmalarına göre, doğum sonrası danışmanlık oranı 1998'de %20.7 iken, 2000'de %49.3'e yükselmiş, ancak yöntem alanların veya yöntem için randevu alanların oranı %8.7'den %7.4'e düşmüştür.¹⁶ Danışmanlıkta sağlanan ilerleme kontraseptif yöntem seçimine ne yazık ki istenen ölçüde etki etmemiş, etkili yöntem seçim oranı %10'un altında kalmıştır.

Diğer bir dikkat çekici nokta da %30 olan sezaryen oranımızdır. Türkiye bütününde, 1998'de %26.1 olan sezaryen oranı, 2001'de %30'a çıkmıştır.¹⁷ Bu oran Dünya Sağlık Örgütü'nün¹⁸ öngördüğü maksimum oranın (%15) iki katıdır ve dünyanın en yüksek sezaryen oranına (Brezilya: %38.1) yaklaşmıştır.¹⁹ Kocaeli'nde yapılan bir çalışmada da bu oran %35.5'tir.²⁰ Hastanemizin Eğitim Araştırma Hastanesi olması ve yoğun bakım imkanları nedeniyle daha çok riskli gebelerin sevk edilmesi ile açıklanabilecek sezaryen oranımız, yine de, Türkiye'de bu pahalı ve invazif doğum yönteminin tercih edildiğini göstermektedir.

Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı. 6. baskı. Ankara, 1995.
2. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, Macro Int Inc. 1999.
3. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Demographic and Health Surveys, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara, Macro Int Inc. 1994.
4. T.C. Hükümeti-Unicef İşbirliği Programı. Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi. Unicef. Ankara, Seri no: 2. 1991.

5. **Kennedy KI.** Post-partum contraception. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1996; 10(1): 25-41.
6. **Hatcher RA, Trussel J, Stewart F ve ark.** Contraceptive Technology. 16. baskı. New York, Irvington Pub Inc, 1994; 433-52.
7. **Dahlman T, Hellgren M, Blomback M.** Changes in blood coagulation and fibrinolysis in normal puerperium. *Gynecol Obstet Inves* 1985; 20: 37-44.
8. **World Health Organization.** Effects of hormonal contraceptives on breast milk composition and infant growth. WHO Task Force on Oral Contraceptives, Special Programme of Research, Development and Studies Research Training in Human Reproduction. *Studies in Family Planning* 1988; 19(6): 361-9.
9. **WHO.** Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Geneva, WHO, 1996.
10. **Population Information Program Center for Communication Programs.** IUD's: an update. *Population Reports* 1995; Series B (6): 14-5.
11. **Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı.** Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapları, 1995.
12. **Chi IC, Thapa S.** Postpartum tubal sterilisation: an international perspective on some programmatic Issues. *J Biosoc Sci* 1993; 25: 51-61.
13. **Vural B, Vural F, Erk E, Karabacak O.** Laktasyonel amenore ve kontrasepsiyon. 1. Ulusal Aile Planlaması Kongresi 1999. Kongre kitapçığı, Ankara, 1999; 31.
14. **Gönenç I, Vural EZT, Aka N, Köse G.** Doğum sonrası kontrasepsiyon seçiminde laktasyonun yeri ve sağlık eğitiminin etkileri. II. Uluslararası, III. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi 2004. Kongre kitapçığı. Ankara, 2004; 237.
15. **Smith KB, Van der Spuy ZM, Cheng L, Elton R, Glasier AF.** Is post-partum contraceptive advice given antenatally of value? *Contraception* 2002; 65: 237-43.
16. **T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü.** İstanbul Aile Planlaması Kalite Araştırmaları 1998-2000 Karşılaştırmalı Raporu. Ankara, 2001.
17. **Koç I.** Increased cesarean section rates in Turkey. *Eur J Contraception and Rep Health Care* 2003; 8: 1-10.
18. **World Health Organization.** Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 74: 436-7.
19. **Dölen I, Gökçü M.** Sezaryen ve Etik. *Kadın Doğum Dergisi* 2002; 1(2): 86-9.
20. **Çorakçı A, Yücesoy G, Özeren S, Yücesoy I, Vural B, Karabacak O.** Günümüzde doğum yöntemi ve yükselen sezaryen oranı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 1998; 30(1-2): 63-6.

Geliş tarihi: 14.07.2004

Kabul tarihi: 27.10.2004

İletişim adresi:

Dr. Zeynep Tuzcular Vural
Haydarpaşa Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi
Aile Planlaması Ünitesi
Üsküdar-İSTANBUL
Tel: (0216) 345 46 80 / 1711
GSM: (0532) 364 47 66