



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



DOKTORA TEZİ

**TRANSTEORETİK MODELE DAYALI POSTPARTUM KONTRASEPTİF
YÖNTEM DANIŞMANLIĞININ KONTRASEPTİF YÖNTEM
KULLANIMINA ETKİSİ**

ESRA TAVUKÇU

**DANIŞMAN
Prof. Dr. NEVİN ŞAHİN**

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Programı

Haziran, 2024

TEZ KABUL VE ONAYI

ESRA TAVUKÇU tarafından, **Prof. Dr. NEVİN ŞAHİN** danışmanlığında hazırlanan " **Transteoretik Modele Dayalı Postpartum Kontraseptif Yöntem Danışmanlığının Kontraseptif Yöntem Kullanımına Etkisi** " başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **11/06/2024** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

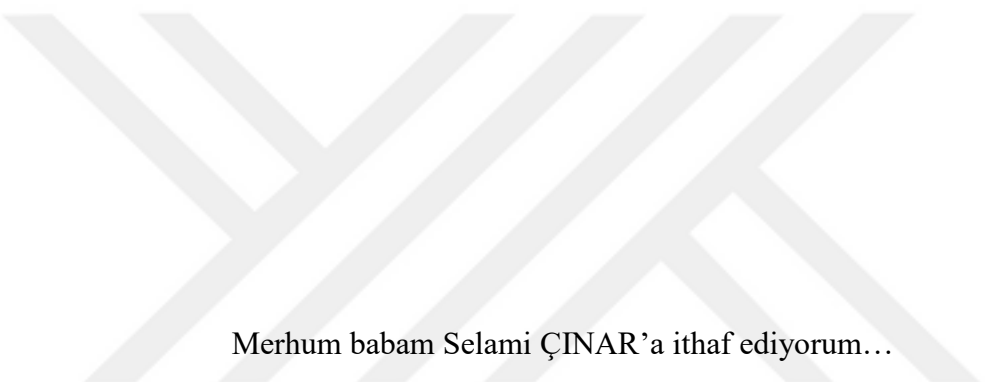
	İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Prof. Dr. NEVİN ŞAHİN İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. ERGÜL ASLAN İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. MELİKE DİŞSİZ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. ÜMRAN OSKAY İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. NURDAN DEMİRCİ Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

ESRA TAVUKÇU

(İmza)



Merhum babam Selami ÇINAR'a ithaf ediyorum...

BÜTÇE DESTEKLERİ

Transteoretik Modele Dayalı Postpartum Kontraseptif Yöntem Danışmanlığının Kontraseptif Yöntem Kullanımına Etkisi

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında yolumu aydınlatan, ilgisini, desteğini her zaman yanımda hissettiğim, öğrencisi olmaktan onur duyduğum çok değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Nevin ŞAHİN'e,

Tezimin tüm aşamalarında görüş ve katkıları ile desteklerini esirgemeyen tez izleme komitemde yer alan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Ergül ASLAN ve Doç. Dr. Melike DİŞSİZ'e,

Doktora eğitimim süresince bilgileri, deneyimleri ile akademik gelişimime katkı sunan, öğrencileri olmaktan gurur duyduğum çok değerli hocalarım Prof. Dr. Ümran OSKAY, Prof. Dr. Ergül ASLAN, Prof. Dr. İlkay Güngör SATILMIŞ, Dr. Öğr. Üyesi Meltem KAYDIRAK'a,

Yardım ve desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Büşra ALTINSOY'a,

Tezimin veri toplama süreci boyunca desteklerini esirgemeyen Üsküdar Üniversitesi Ebelik Bölüm Başkanı Prof. Dr. Güler CİMETE ve tüm ebelik bölümü öğretim üyeleri ile öğretim elemanlarına,

Doktora sürecim boyunca birlikte yol aldığım, her zaman desteğini yanımda bulduğum iş arkadaşım, dostum Öğr. Gör. Burcu FIRAT'a,

Tüm eğitim hayatım boyunca beni her zaman destekleyen, bana güç veren çok değerli merhum babam Selami ÇINAR ve annem Gülten ÇINAR'a,

Akademik yolculuğum boyunca her zaman yanımda olan, her şartta ve durumda beni destekleyen, yol gösteren değerli eşim Doç. Dr. Hasan Hüseyin TAVUKÇU'ya,

Doktora sürecim boyunca istemesem de zamanlarımdan çaldığım ve bunu yaşlarımdan çok üzerinde bir olgunlukla karşılayan, varlıklarından güç aldığım çok değerli kızım Göksu ve çok değerli Oğlum Kerem Can'a,

En içten teşekkürlerimle...

Haziran 2024

ESRA TAVUKÇU

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI	ii
BEYAN	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ŞEKİL LİSTESİ	xi
TABLO LİSTESİ	xii
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ	xiv
ÖZET	xv
ABSTRACT	xvii
1. GİRİŞ	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	4
2.1. AİLE PLANLAMASININ TANIMI VE AMACI	4
2.2. AİLE PLANLAMASININ ÖNEMİ	4
2.3. KONTRASEPSİYON TANIMI VE TARİHÇESİ	5
2.4. TÜRKİYE’DE KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIMI	7
2.5. DÜNYA’DA KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIMI	8
2.6. KONTRASEPSİYONUN KADIN VE ÇOCUK SAĞLIĞINA ETKİLERİ	9
2.7. DÜNYA’DA VE TÜRKİYE’DE KARŞILANAMAYAN KONTRASEPTİF	10
YÖNTEM İHTİYACI	
2.8. KONTRASEPTİF YÖNTEMLER	13
2.8.1. Kadınlarda Kullanılan Kontraseptif Yöntemler	14
2.8.2. Erkeklerde Kullanılan Kontraseptif Yöntemler	16
2.9. DOĞUM SONU DÖNEM (DSD) VE DOĞURGANLIK	16
2.10. DOĞUM SONU DÖNEMDE KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIMI	17

2.11.DOĞUM SONU DÖNEMDE KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	18
2.11.1.Hizmet kullanıcısından kaynaklanan faktörler	18
2.11.2.Hizmet sağlayıcı sistemden kaynaklanan faktörler.....	19
2.12.KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN KONTRASEPTİF YÖNTEM DANIŞMANLIĞINDAKİ ROLÜ.....	20
2.13.TRANSTEORETİK MODEL (TTM).....	22
2.13.1.Değişim aşamaları (Zamanla İlgili Boyut).....	23
2.13.2. Değişim Süreci (Bağımsız Değişken Boyutu).....	26
2.13.3. Değişim Düzeyleri.....	28
2.14.MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİKLERİ.....	29
2.14.1.Transteoretik Model ve Motivasyonel Görüşme İlişkisi.....	31
3. YÖNTEM	32
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	32
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	32
3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ.....	32
3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	32
3.4.1. Bağımsız Değişken.....	32
3.4.2. Bağımlı Değişken.....	33
3.5. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	33
3.6. ARAŞTIRMANIN ZAMANI.....	33
3.7. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	34
3.7.1. Çalışma Grupları.....	36
3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	36
3.8.1. Katılımcı Çalışmaya Dahil Etme Listesi.....	36
3.8.2. Katılımcı Tanılama Formu.....	36
3.8.3. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ).....	36
3.8.4. Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi.....	37
3.8.5. Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi.....	37
3.8.6. Değişim Aşamaları Değerlendirme Formu.....	38

3.9 ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI VE VERİLERİN TOPLANMASI.....	38
3.10. VERİLERİN ANALİZİ.....	45
3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	45
3.12. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ.....	45
4. BULGULAR	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.47
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	48
4.2. KONTRASEPTİF YÖNTEM BİLGİ VE KULLANIMI İLE AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ VE KONTRASEPTİF YÖNTEMLERE İLİŞKİN BİLGİ TESTİ SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULAR.....	52
4.3. GİRİŞİM GRUBUNUN TRANSTEORETİK MODELE DAYALI KONTRASEPTİF YÖNTEM DANIŞMANLIĞINA ÖZGÜ ÖZ YETERLİLİK TESTİ VE DEĞİŞİM AŞAMALARI DEĞERLENDİRME TESTİ SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULAR.....	62
4.4. DOĞUM SONRASI 12 AYLIK İZLEM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	67
5. TARTIŞMA.....	71
5.1. SOSYODEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	71
5.2. KONTRASEPTİF YÖNTEM BİLGİ VE KULLANIMI İLE AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR İLE KONTRASEPTİF YÖNTEMLERE İLİŞKİN BİLGİ TESTİ SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	75
5.3. GİRİŞİM GRUBUNUN TRANSTEORETİK MODELE DAYALI KONTRASEPTİF YÖNTEM DANIŞMANLIĞINA ÖZGÜ ÖZ YETERLİLİK TESTİ VE DEĞİŞİM AŞAMALARI DEĞERLENDİRME TESTİ SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	83
5.4. DOĞUM SONRASI 12 AYLIK İZLEM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	92
KAYNAKLAR.....	94
EKLER	113
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	128
ETİK KURUL İZİN YAZISI	129
KURUM İZNİ YAZILARI.....	130

ÖZGEÇMİŞ	131
----------------	-----



ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1: Türkiye’de Yıllara Göre Aile Planlaması Uygulamaları (1978-2018).....	7
Şekil 2.2: Türkiye’de Yıllara Göre İstenmeyen Gebelikleri Önleyici Yöntem Kullanımı (1963-2018).....	7
Şekil 2.3: Aile Planlanmasında karşılanmamış ihtiyaç ve Modern Yöntem İhtiyacının Zaman İçindeki Değişimi (TNSA 1993 – 2018).....	11
Şekil 2.4: Transteoretik Model Şeması.....	26
Şekil 3.1: Araştırmanın CONSORT Akış Şeması.....	35
Şekil 3.2: Araştırmanın Akış Şeması.....	41
Şekil 4.1: Doğurganlığın kontrolü için en güvenilir olduğu düşünülen kontraseptif yöntemlere ilişkin dağılım.....	53
Şekil 4.2: Son Gebelik Öncesi Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumuna İlişkin Dağılım...55	
Şekil 4.3: Aile Planlaması Tutum Ölçeği puanlarının dağılımı.....	58
Şekil 4.4: Gruplara Göre Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi Puanlarının Dağılımı...62	
Şekil 4.5: Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Puanlarının Dağılımı.....	64
Şekil 4.6: 6. Ayda kullanılan kontraseptif yöntemler.....	68
Şekil 4.7: 12. Ayda kullanılan kontraseptif yöntemler.....	68
Şekil 4.8: Doğum Sonrası Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumuna İlişkin Dağılım.....	70

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.1: DSÖ Kontraseptif Yöntem Uygunluk Kriterleri-1.....	13
Tablo 2.2: DSÖ Kontraseptif Yöntem Uygunluk Kriterleri-2.....	13
Tablo 3.1: Transteoretik Modele Dayalı Motivasyonel Görüşme Yöntemi ile Sunulan Kontraseptif Yöntem Danışmanlığı İçeriği.....	43
Tablo 4.1: Gruplara Göre Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	48
Tablo 4.2: Grupların Obstetrik Öykülerine İlişkin Bulgular.....	50
Tablo 4.3: Grupların Kontraseptif Yöntemler Hakkındaki Bilgi Durumuna İlişkin Bulgular..	52
Tablo 4.4: Grupların Son Gebeliğinden Önce Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumları.....	54
Tablo 4.5: Aile Planlaması Tutum Ölçeğine Verilen Yanıtların Dağılımı.....	56
Tablo 4.6: Gruplara Göre Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	59
Tablo 4.7: Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testinin ön-son test Sonuçları.....	60
Tablo 4.8: Gruplara Göre Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi Puanlarının Dağılımı..	61
Tablo 4.9: Girişim grubunun Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi Sonuçlarına ilişkin Bulgular.....	63
Tablo 4.10: Girişim grubunun Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Puanlarına ilişkin Bulgular.....	64
Tablo 4.11: Girişim grubunun Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi Sonuçlarının, 12.ayda Seçilmiş Olan Kontraseptif Yöntem Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular.....	65
Tablo 4.12: Kontraseptif Yöntem Danışmanlığı Hakkında Verilen Yanıtlara İlişkin Bulgular.	65

Tablo 4.13: Kontraseptif Yöntem Kullanımı Hakkında Verilen Yanıtlara İlişkin Bulgular.....	66
Tablo 4.14: Gruplara Göre Doğum Sonrası 12 Aylık İzlem Sonucunda Yöntem Seçimine İlişkin Bulgular.....	67
Tablo 4.15: Gruplara Göre Doğum Sonrası 12 Aylık İzlem Sonucunda Kontraseptif Yöntem Kullanımına Başlamaya İlişkin Bulgular.....	69



SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
AP	: Aile Planlaması
APTÖ	: Aile Planlaması Tutum Ölçeği
Cu-RIA	: Bakırlı Rahim İçi Araç
DADF	: Değişim Aşamaları Değerlendirme Formu
DMPA	: Depo Medroxyprogesterone Acetate
DSD	: Doğum Sonrası Dönem
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
ICPD	: International Conference on Population and Development
KEK	: Kombine Enjektabl Kontraseptif
KHK	: Kombine Hormonal Kontraseptif
KOK	: Kombine Oral Kontraseptif
KTF	: Katılımcı Tanılama Formu
KYİBT	: Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi
LAM	: Laktasyonel Amenore Yöntemi
LNG/ETG	: Levonorgestrel ve Etonogestrelli İmplantlar
LNG-RIA	: Levonorgestrel Salınımlı Rahim İçi Araç
MG	: Motivasyonel görüşme
NET-EN	: Norethisterone Enanthate
OKS	: Oral Kontraseptif
PKOS	:Polikistik Over Sendromu
RIA	: Rahim İçi Araç
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TTM	: Transteoretik Model
UNFPA	: United Nations Population Fund
UPA	: Ulipristal Acetate
VTE	: Venöz Tromboembolizm
WHO	: World Health Organization

ÖZET

[DOKTORA TEZİ]

[TRANSTEORETİK MODELE DAYALI POSTPARTUM KONTRASEPTİF YÖNTEM
DANIŞMANLIĞININ KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIMINA ETKİSİ]

[ESRA TAVUKÇU]

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Programı

[Danışman : Prof. Dr. NEVİN ŞAHİN]

II. Danışman : Unvan Ad SOYAD]

[Amaç: Çalışmada, 18-45 yaş aralığındaki primipar kadınlara postpartum dönemde Transteoretik modele(TTM) dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının kontraseptif yöntem kullanımına etkisi değerlendirildi.

Yöntem: Ön test- son test kontrol gruplu bu eğitim müdahale çalışması, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Doğum Kliniği'nde Ağustos 2022-Ocak 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini dahil etme kriterlerine uyan ve Katılımcı Çalışmaya Dahil Etme Listesi'ne göre yerleştirilen, doğum sonu dönem maksimum 72. saatinde bulunan 80 (30 girişim, 50 kontrol) primipar kadın oluşturmuştur. Çalışma, girişim grubu 26, kontrol grubu 43, toplam 69 kadın ile tamamlanmıştır. Veriler, Katılımcı Tanılama Formu (KTF), Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ), Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi (KYİBT), Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi ve Değişim Aşamaları Değerlendirme Formu (DADF) kullanılarak toplanmıştır. Hastanede gerçekleşen ilk görüşmede girişim ve kontrol gruplarına veri formları doldurulmuş, takiben

girişim grubuna yüzyüze kontraseptif yöntem danışmanlığı sunulmuş ve eğitim broşürü verilmiştir. Girişim grubu ile motivasyon ve bilgi pekiştirme amaçlı 10 telefon, bir görüntülü görüşme olmak üzere toplam 12 görüşme, kontrol grubu ile bir yüzyüze iki telefon görüşmesi olmak üzere toplam üç görüşme yapılmıştır. Tüm katılımcıların altıncı ve 12. ayda telefonla yöntem kullanımları sorgulanmış, 12. ayda her iki gruba telefonla “KYİBT” uygulanmıştır.

Bulgular: Girişim ve kontrol gruplarındaki kadınların tanımlayıcı özellikleri, APTÖ toplam puanları ile KYİBT ön test puanları benzer bulunmuştur ($p>0,05$). Girişim grubunun KYİBT son test puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Doğum sonrası 12. ayda girişim grubunda RİA kullanma oranı, kontrol grubunda ise geri çekme yöntemini kullanma oranı anlamlı derecede yüksektir ($p<0,01$). Girişim grubunda 12. ayda kontraseptif yöntem kullanma oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: TTM’ e dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının doğum sonu dönemdeki kadınların kontraseptif yöntem bilgi düzeyleri, kontraseptif yöntem kullanımına başlama ve modern kontraseptif yöntem seçimi üzerine olumlu yönde etki sağladığı sonucuna varılmıştır. |

Haziran 2024 , 151 | sayfa.

Anahtar kelimeler: | Transteoretik Model, Motivasyonel Görüşme, Kontraseptif Yöntem, Aile Planlaması, Doğum Sonu Dönemde Kontrasepsiyon, Davranış Değişikliği |

ABSTRACT

[Ph.D. THESIS]

[THE EFFECT OF POSTPARTUM CONTRACEPTIVE METHOD COUNSELING
BASED ON TRANSTHEORETIC MODEL ON CONTRACEPTIVE METHOD USE]

[ESRA TAVUKÇU]

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Women's Health and Disease Nursing

Department of Women's Health and Disease Nursing

[Supervisor : Prof. Dr. NEVİN ŞAHİN]

Aim: In this study, the effect of contraceptive method counseling offered to primiparous women between the ages of 18-45 in the postpartum period by motivational interviewing method based on the Transtheoretic model, was evaluated on the use of contraceptive methods.

Method: This educational intervention study with a pre-test post-test case and control groups were conducted at İstanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty Gynecology Clinic between August 2022 and January 2024. The sample of the study consisted of 80 (30 intervention, 50 control) primiparous women who met the inclusion criteria and were placed according to the Participant Study Inclusion List, at the maximum 72nd hour of the postpartum period. The study was completed with a total of 69 women, 26 in the intervention group and 43 in the control group. Data were collected using the Participant Diagnostic Form (KTF), Family Planning Attitude Scale (APTO), Knowledge Test on Contraceptive Methods (KYIBT), Self-Efficacy Test Specific to Contraceptive Method Counseling Based on the Transtheoretic Model and Change Stages Assessment Form (DADF). During the first meeting at the hospital, data forms

were filled in by the intervention and control groups, and then face-to-face contraceptive method counseling was provided to the intervention group and an educational brochure was given. A total of 12 interviews, including 10 phone calls and one video call, were held with the intervention group for motivation and information reinforcement, and a total of three interviews were held with the control group, one face-to-face and two phone calls. All participants were questioned about their method use by phone in the sixth and 12th months, and "KYIBT" was applied to both groups by phone in the 12th month.

Results: Descriptive characteristics, FPAS total scores and KTCM pre-test scores of women in the intervention and control groups were found to be similar ($p>0.05$). The KTCM posttest scores of the intervention group were found to be statistically significantly higher ($p<0.01$). At the 12th month after birth, the rate of IUD use in the intervention group and the rate of using the withdrawal method in the control group was significantly higher ($p<0.01$). The rate of contraceptive method use was found to be significantly higher in the intervention group at 12 months ($p<0.05$).

Conclusion: It was concluded that contraceptive method counseling offered through motivational interviewing method based on TTM had a positive effect on the contraceptive method knowledge levels of women in the postpartum period, the initiation of contraceptive method use, and the choice of modern contraceptive methods.

June 2024, 151 pages.

Keywords: Transtheoretical Model, Motivational Interviewing, Contraceptive Method, Family planning, Contraception in the Postpartum Period, Behavior Change

1. GİRİŞ

Aile Planlaması (AP) “Bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olmaları ve doğumlarının arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanımlamanın yerine günümüzde “doğurganlığın düzenlenmesi” kavramı tercih edilmektedir. Doğurganlığın düzenlenmesi; “bireylerin üreme konusunda bilgilendirilmiş bir şekilde yetki sahibi olabilmeleri, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli ve ödenebilir, kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağlıklarını riske atmadan doğurganlıklarını düzenlemeleri” olarak ifade edilmektedir ((Hotun, Şahin ve Dişli, Oktar, 2024)

Tüm insanlar, yaşamları boyunca çocuk sahibi olup olmayacakları ve ne zaman, kaç tane çocuk sahibi olacaklarına dair planlamayı ellerinden geldiğince, kendi özgür iradeleri ile belirleme hakkına sahiptirler (WHO, 2022).

Kadın ve erkekler için ailelerini planlamalarına ve plansız bir gebeliği önlemelerine yardımcı olabilecek birçok kontraseptif yöntem bulunmaktadır. Düzenli cinsel birlikteliği bulunmasına rağmen herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayan her 10 çiftten yaklaşık 8'inin gelecek 12 ay içerisinde gebelikle karşılaşacağı bildirilmektedir. Kontraseptif yöntem seçimini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bazı çiftler kullanacağı kontraseptif yöntemden yüksek düzeyde gebelikten koruma özelliği beklerken bazıları ise yöntem kullanımı sonrasında doğurganlığın hızlı bir şekilde geri dönmelerini beklemektedirler. Günümüzde birçok çift kullandıkları kontraseptif yöntemin onları aynı zamanda Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara (CYBE) karşı da korumasını beklemektedir. Dolayısıyla kontraseptif yöntem seçimi bireylerin beklentileri ve öncelikleri doğrultusunda gerçekleşmektedir (Yacobson ve diğ. 2012)

Kontraseptif yöntemler, anne ve bebek sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratan aşırı doğurganlığı engelleyerek, kadın ve çocuk sağlığı ile birlikte aile ve toplum sağlığının da korunması ve geliştirilmesine sayısız katkı sunmaktadır. (Hotun, Şahin, 2016)

Ülkemizde ilk kez 1993 TNSA’da; halen bir kontraseptif yöntem kullanmamakla beraber artık gebelik yaşamak istemeyen kadınlar ile bir sonraki gebeliğini en az iki yıl sonra

gerçekleştirmeyi planlayan kadınlar “Aile Planlamasında Karşılanmayan Gereksinim” grubu olarak ifade edilmiştir (TNSA, 1993). Karşılanmamış AP hizmetleri, fiziksel, sosyal ve sosyolojik anlamda önemli sorunlar yaratabilecek istenmeyen gebelikleri beraberinde getirmektedir (Abbott ve diğ. 2004). Dünya Sağlık Örgütü’nün aktardığı verilere göre; 2022 yılında evli veya birliktelik yaşayan kadınlarda küresel kontrasepsiyon yaygınlığının %65, modern yöntem yaygınlığının ise %58,7 olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2023). Her yıl meydana gelen 75 milyon istenmeyen gebeliğin %65’inde kadında herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmamakta veya etkinliği düşük bir kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde üreme çağında bulunan evli kadınların modern kontraseptif yöntem kullanım düzeyi 2000-2019 yılları arasında %55.0’den %57.1’e yükselebilmektedir (WHO, 2020). Her yıl yaklaşık 25 milyon güvensiz düşük yaşanmakta ve yaklaşık 47.000 kadın bu nedenle yaşamını yitirmektedir (Bellizzi ve diğ. 2020). İstenmeyen gebelikler ve sonucunda gelişen isteyerek düşüklerin, kadınların ilerleyen yaşamlarındaki doğurganlıklarına olumsuz etkilerinin bulunması, anne ve bebek ölümlerini artırması gibi sebeplerle hem kadın ve hem de toplum sağlığına olumsuz etkileri bulunmaktadır (TNSA, 2013)

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 (TNSA 2018) sonuçlarına göre, Türkiye’de kadınların %49’u modern bir kontraseptif yöntem kullanmakta, %30’u ise herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmamakta, %12’sinin ise karşılanmamış AP hizmet ihtiyacı bulunduğu bildirilmektedir (TNSA 2018). Türkiye’de modern kontraseptif yöntem kullanım oranının istenilen seviyenin altında olması ve karşılanmamış AP hizmetinin yüksek oluşu kadın sağlığı açısından halen önemli bir sorun arz etmektedir.

Türkiye’de yapılmış olan bazı çalışmalarda, istenmeyen gebelik oranı %15-46,2 bulunmuş ve bu kadınların %45.8’inin gebe kaldıklarında herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadığı, %20,8-58,5’inin geri çekme yöntemi kullandığı, modern yöntem kullanım oranının %15-23,7 arasında olduğu bildirilmiştir (Ersoy ve diğ. 2015; Savaş ve diğ. 2017). 2008 yılında her 100 gebelikte 10 olan isteyerek düşük oranı 2013 yılında 4,7’ye gerilemiş ancak 2018 TNSA sonuçlarına göre tekrar yükselerek 5,9 olarak bildirilmiştir. (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019).

Doğum sonrası dönem (DSD) fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda birçok değişimin yaşandığı, anne ve yenidoğan açısından çeşitli riskleri beraberinde getiren kritik bir dönemdir. Doğum sonrası (DS) bir yıldan daha kısa süre içinde yeniden gebelik yaşayan kadınlarda

uteroplasental kanama, uterus rüptürü, düşük doğum ağırlıklı bebek, ölü doğum, preterm doğum ve anne ölümü gibi çeşitli olumsuz durumların görülme ihtimali artmaktadır (Baldwin ve diğ., 2018; Whitaker-Chen, 2018; Danis, 2020). Çiftlerin gebelikler arasındaki süreyi iki yıldan fazla uzatabilmeleri halinde anne ölümlerinin %30'unun ve çocuk ölümlerinin de %10'unun engellenebileceği düşünülmektedir (Cleland ve diğ., 2006).

Doğum sonrası dönemde karşılanmamış AP ihtiyacı tüm evli kadınlara göre daha fazladır (Elweshahi ve diğ., 2018). DSD, kadınların artan stres, ekonomik sıkıntılar, yenidoğan bebek ve daha büyük çocukların bakım gerekliliklerinden kaynaklanan güçlüklerle mücadele etmesini gerektirebilir. Bu güçlükler, kadınların kendi sağlık bakım gereksinimlerini göz ardı etmelerine sebep olabilir. Kadınlar kontraseptif yöntem kullanma konusunda istekli olsalar bile hangi yöntemi kullanacakları konusunda bilinçli ve bilgili olmadıklarından uygun kontraseptif yöntemi seçemeyebilirler (Baş ve diğ., 2014). Bu nedenle postpartum dönemde kadınlara verilen kontraseptif yöntem danışmanlığı oldukça büyük önem arz etmektedir.

Transteoretik model amaçlı davranış değişikliği modeli olup, bireyin karar verme sürecine odaklıdır (Prochaska ve DiClemente, 1982; Prochaska ve DiClemente, 1983; Velicer ve diğ. 2000). Model gereğince, istenilen davranış değişikliğini sağlayabilmek için bireyin yaşamakta olduğu değişim aşamalarına uygun girişimleri gerçekleştirmesi beklenmektedir (Prochaska ve Velicer 1997; Plummer ve diğ. 2001). Bu çalışmada 18-45 yaş aralığındaki primipar kadınlara postpartum dönemde Transteoretik modele dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının kontrasepsif yöntem kullanımına etkisi değerlendirilmiştir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. AİLE PLANLAMASININ TANIMI VE AMACI

Aile planlaması (AP), “çiftlerin, istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına, istenmeyen gebeliklerden korunmalarına; iki gebelik arasındaki süreyi belirlemelerine; kendi öncelikleri ve olanakları doğrultusunda ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine, sağlıklı bir cinsel yaşam sürdürmelerine ve çocuğu olmayan çiftlerin de çocuk sahibi olmalarına yardım eden uygulamaların tümüdür” (Taşkın, 2016).

Diğer bir tanımlamayla AP; “bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumlarının arasını açmaya özgürce ve sorumluluk bilinciyle karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, danışmanlık ve araçlara sahip olmaları” olarak kabul edilmiştir (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. 2000).

AP hizmetlerinin amacı, anne ve çocuk sağlığını korumak ve sağlık düzeylerini yükseltmektir (AÇSAP, 1997). Kontraseptif yöntemlerin kullanımıyla kadınlarda, doğumlar arası süre açılarak, erken ve ileri yaştaki gebelikler, dört ve üzeri sayıda doğumlar, istenmeyen gebelikler engellenerek, isteyerek yapılan düşüklerin önlenmesi sağlanmış olur. Bu sayede morbidite ve mortalite azaltılarak anne ölüm hızı düşürülebilir. İstenmeyen çocuk sayısı azalır, çocukların zihinsel, fiziksel ve sosyal bakımdan daha iyi gelişmeleri sağlanır, morbidite ve mortalite azaltılarak bebek ölüm hızı düşürülür (Hotun, Şahin, 2017).

Kontraseptif yöntemlerin kullanımı hayat kurtarıcı olmakla birlikte düşük bir maliyetle, hızlı nüfus artışını önleyerek, eğitim ve sağlık hizmet ihtiyacını azaltarak topluma ve ekonomik gelişmeye katkı sağlar, aile ve toplumun refah düzeyini artırır (Yacobson ve diğ. 2012; Taşkın, 2016). AP hizmetlerinin etkin şekilde yürütülmesi sonucunda, genişletilmiş eğitim fırsatları ve kadınların güçlendirilmesi ile sürdürülebilir nüfus artışı ve ekonomik kalkınma gibi sağlık dışı kazanımlar da sağlanabilmektedir (WHO, 2023).

2.2. AİLE PLANLAMASININ ÖNEMİ

Güvenli ve gönüllü AP hizmeti erişimi bir insan hakkıdır (UNFPA(a), 2022). AP hizmetleri bireylere, çocuk sayısını ve çocuk doğurma aralığını belirleme haklarını kullanma olanağı verir (WHO, 2023). AP, yoksullukla mücadele, kadının toplumda yerinin

güçlendirilmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğine de katkı sunan bir faktördür (Elweshahi ve diğ. 2018). Kadınların eğitimlerini tamamlayıp, toplumdaki işgücüne katılabilmelerine, işlerinde daha verimli çalışarak daha fazla gelir elde ederek ekonomik durumlarının güçlenmesine ve sürdürülebilir kalkınmaya da katkı sağlamaktadır. Aile planlamasına yapılan yatırım ile toplumun refah düzeyinin artırılmasına katkı sunulmuş olur. (UNFPA(b), 2017).

Dünyada her yıl 80 milyon plansız gebelik yaşandığı ve bu gebelik ve doğumların, önemli sağlık sonuçları doğurduğu, dünya genelinde sağlık ve sosyal alanda önemli bir yük getirdiği bilinmektedir. İstenmeyen gebelikler sonucunda yaşanmakta olan güvenli olmayan kürtaj, her gün yaklaşık 500 kadının yaşamını yitirmesine neden olmaktadır (Elweshahi ve diğ. 2018).

Herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayan kadınlarda dörtten fazla sayıda ve iki yıldan kıa aralıklar gerçekleşen doğumlar, 18 yaşın altı 35 yaşın üstünde gerçekleşen gebelikler nedeniyle hayati anlamda risk yaşanmaktadır. Bu kadınların kendileri ve doğacak çocuklarının sağlıkları bu durumdan oldukça olumsuz etkilenmektedir. Aşırı doğurganlığın neden olduğu riskli gebelikler ve anne-çocuk sağlığı sorunları, gelişmekte olan ülkelerde de genel sağlık sorunları arasında önemli bir yer tutmaktadır. Aşırı doğurganlık ölümle sonuçlanabilecek sorunlara neden olabilmektedir (Coşkun, 2012).

İstenmeyen gebelikler anne ve bebek sağlığı ile birlikte aile ve toplumun sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu bakımdan değerlendirildiğinde kadınların bedensel ve ruhsal anlamda kendilerini yeni bir gebeliğe hazır hissedecekleri vakte kadar gebeliklerini etkin ve güvenilir bir şekilde erteleyebilmeleri anne ve çocuk sağlığı açısından oldukça önemlidir (Öner, 2019). Anne, çocuk ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi konusunda önem taşıyan AP hizmetleri temel sağlık hizmetleri kapsamında bulunmaktadır (Karaçalı ve Özdemir, 2018).

2.3.KONTRASEPSİYON TANIMI VE TARİHÇESİ

Kontrasepsiyonun geçmişinin insanlık tarihi kadar eski olduğu bilinmektedir. Geçmiş 4000 yıl önceye dayanan eski Mısır papirüslerinde sünger ve tampondan bahsedildiği görülmüştür. M.Ö.1850 yılından kalan Mısır papirüslerinde ise gebeliği önlemek amacıyla bariyer olarak timsah dışkısı, bal ve çam sakızından faydalandığı yazılmaktadır (Ersin ve diğ. 2003;Taşkın, 2005; Karagüzel, 2006). Avrupalı kadınlar gebeliği önlemek amacıyla rahim ağzına uyguladıkları balmumundan, Asyalı kadınlar ise yağlı kâğıttan faydalanmaktaydılar.

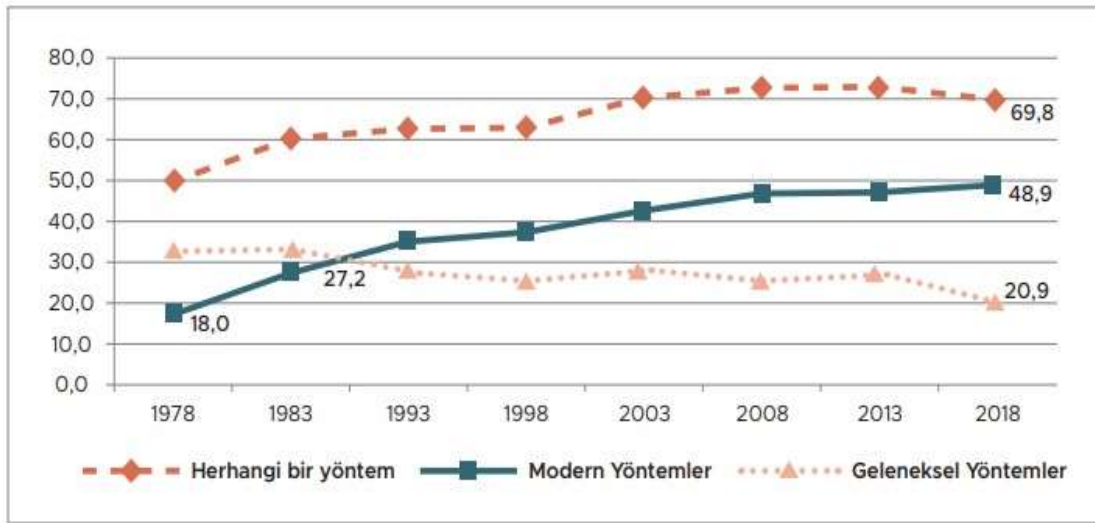
Mısırlı kadınlar spermleri öldüreceği düşüncesi ile yağ veya bal sürdükleri kılıfları rahim ağzına yerleştirerek kullanmaktaydılar., (Karagüzel 2006). Kondom 1600’lerde Dr. Kondom tarafından kullanıma sunuldu (Daş ve Sezgin, 2001). Spermisitler ile ilgili çalışmalar 1800’lerin başlarında başlamış olup Servikal kapak ve diyafram 1860’lı yıllarda geliştirilmiştir (Ersin ve diğ. 2003; Daş ve Sezgin, 2001). Rahim içi araçlar (RİA) ile ilgili çalışmalar 1902 yılında Alman Hollveg tarafından başlatılmış, 1960 yılında Lazer Marguiles rahime yerleştirildiğinde orada şekil alan ilk plastik aracı geliştirmiş, ancak bu araç büyük olması nedeni ile kullanan kadınlarda kanama miktarında artış ve kramp tarzında ağrılar yapmış, sert plastik maddeden üretilmiş olduğundan peniste irritasyona neden olabildiği görülmüştür (Daş ve Sezgin, 2001; Huber ve diğ.1975). Uygulama sonrasında bir yıl koruma sağlayan progesteron içerikli RİA ile bakırlı RİA 1976 yılından itibaren kullanıma sunulmuştur (Schwartz ve diğ. 1989). 1900’lerin başında Avusturya İnnbruck Üniversitesi’nde görevli Prof. Dr. Ludwig Haberlandt, ağızdan verilen bazı ilaçların yumurtalığa etki ederek gebeliği engelleyebileceğini belirtmiş, 1931 yılında ise kadınlara dışarıdan verilecek hormon ile doğurganlığın baskılanabileceğini ifade etmiştir. (Gökmen ve Çiçek, 2001).

Günümüzde kontraseptif yöntemler ile ilgili olarak sürekli bir gelişme ve ilerleme izlenmektedir. Bunlardan; etkinliği yüksek kontraseptif yöntemler olarak bilinen; bariyer yöntemler (kondom, kadın kondomu, diyafram, servikal cup, spermisidler,), Rahim İçi Araç (RİA), kombine oral kontraseptif (KOK), kombine enjektabl kontraseptif (KEK), vajinal halkalar ve cilt preparatları, deri altı kapsüller, yalnızca progesteron içeren mini hap ve üç aylık enjeksiyonlar ile geleneksel olarak kullanılan etkinliği düşük kontraseptif yöntemlerden laktasyonel amenore yöntemi, takvim yöntemi, servikal mukus yöntemi, vücut ısısı yöntemi ve koitus interruptus (geri çekme) yer almaktadır.

Kadınların farklı ihtiyaçları göz önünde bulundurularak, seçilen yöntemin devamlılığının sağlanması ve bazı yan etkilerin minimal seviyeye indirgenmesi amaçlanarak yeni kontraseptif yöntemler geliştirilmeye devam etmektedir. Kontrasepsiyon özelliği ile beraber sağlığı koruma ve geliştirmeye dair özellikleri de bulunan ve hormon içermeyen kontraseptif yöntemler ile ilgili çalışmalar bulunduğu bildirilmektedir (Bahamondes ve Bahamondes, 2014).

2.4.TÜRKİYE’DE KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIMI

(TNSA) 2018 verilerine göre Türkiye’de yaşamakta olan evli kadınların %99’u bir etkili aile planlaması yöntemi bilmekte, %90’ı geçmişte herhangi bir yöntem kullandığını ifade etmektedir. Kadınların %70’i şu anda gebeliği önleyici bir yöntem kullanmakta olup modern yöntem kullanım oranı %49, geleneksel yöntem kullanım oranı ise %21 olarak bildirilmiştir. Modern yöntemlerden en sık kullanılanı kondom (%19), en sık kullanılan geleneksel yöntem ise geri çekme yöntemi olarak belirlenmiştir (%20) (TNSA 2018).



Şekil 2.1: Türkiye’de Yıllara Göre Aile Planlaması Uygulamaları (1978-2018) (CİSÜ Platformu, 2021)

Yöntem	1963	1978	1983	1993	1998	2003	2008	2013	2018
Herhangi bir yöntem	22,0	50,0	61,5	62,6	63,9	71,0	73,0	73,3	69,8
Geleneksel Yöntemler	22,4	32,0	34,2	28,1	25,5	28,5	27,0	26,2	20,9
Modern Yöntemler	5,3	18,0	27,2	34,5	37,7	42,5	46,0	47,1	48,9
RIA	0,0	4,0	8,9	18,8	19,8	20,2	16,9	16,6	13,7
KOK	1,0	8,0	9,0	4,9	4,4	4,7	5,3	4,7	4,8
İğne	--	--	0,1	0,1	0,5	0,4	0,9	0,4	0,6
Kondom	4,3	4,0	4,9	6,6	8,2	10,8	14,3	15,8	19,1
Tüp ligasyonu	0,0	0,0	0,1	2,9	4,2	5,8	8,3	9,3	10,4
Geri çekme	10,4	22,0	31,1	26,2	24,4	26,4	26,0	25,6	20,4
Diğer	12,0	12,1	8,6	3,2	2,8	4,1	1,1	1,2	1,2

Şekil 2.2: Türkiye’de Yıllara Göre İstenmeyen Gebelikleri Önleyici Yöntem Kullanımı (1963-2018 TNSA) (CİSÜ Platformu, 2021)

RIA kullanımı 2003-2018 TNSA verilerine göre %20,2’den %13,7’e düşmüş, hatta 1993’ten daha düşük seviyeye inmiştir. Kombine Oral Kontraseptif (KOK) kullanan kadınların

payı 1978–1983 TNSA verilerinde %8,0–9,0 iken ilerleyen yıllarda azalarak 2018 TNSA’da %4,8 olduğu görülmüştür. 2013–2018 TNSA verilerinde yalnızca tüplerinin bağlanması (%9,3'den %10,4'e) ve kondom (%15,8'den %19,1'e) yöntemlerinin kullanım oranlarının arttığı görülmektedir. Geleneksel yöntemlerden geri çekme yöntemi, TNSA 1988-2013 aralığında değişkenlik göstermeden %24,4–26,0 civarında kalmış, ilk olarak TNSA 2013-2018 arasında %25,6'dan %20,4'e gerilemiştir (CİSÜ Platformu, Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu. Nisan 2021)

TNSA 2018 verilerine göre modern yöntem kullanma oranı, yaşayan çocuk sayısı arttıkça artış göstermektedir. TNSA 2013 ve 2018 sonuçlarına göre kontraseptif yöntem kullanan her üç kadından biri yöntem kullanımını izleyen bir yıl içerisinde yöntemi bırakmaktadır. Yöntem bırakma hızı, hap (%48), geri çekme (%34) ve kondom için %33’dür. Kullanılan yöntemin bırakılma nedenleri incelendiğinde sırasıyla, gebe kalma isteği (%38), yöntem başarısızlığı (%19), yan etki ile karşılaşma (%9), daha etkin bir yöntem isteme (%7) nedenleri ile kullanılan yöntemin bırakıldığı görülmektedir (TNSA, 2013; TNSA, 2018).

2.5.DÜNYA’DA KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIMI

Dünya genelindeki ülkeler arasında, hatta ülkeler içinde bulunan farklı bölgelerde kontraseptif yöntem kullanımı eşit düzeyde sağlanamamaktadır. Bazı ülkelerde kontraseptif yöntem kullanım düzeyi düşük veya yıllar içerisinde beklenenden daha yavaş artış gösterirken, modern kontraseptif yöntem kullanımının göreceli olarak daha yaygın olduğu ülkelerde de, kontraseptif yöntemlere erişimin daha kısıtlı olduğu bölgeler bulunabilmektedir (Yacobson, 2012).

Birleşmiş Milletler verilerine göre; dünyada yaşayan 15-49 yaş grubundaki 1,9 milyar kadından 1,1 milyarı AP hizmetine ihtiyaç duymaktadır. AP ihtiyaç duyan kadınlardan 842 milyonu (%76) modern kontraseptif yöntemleri kullanmakta olup, 80 milyon kadın (%7,3) geleneksel yöntemleri tercih etmektedir. AP ihtiyacı olduğu bilinen 190 milyon kadın ise (%17,3) bu ihtiyacı karşılayamamaktadır (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019; WHO, 2023). Ancak az gelişmiş ve gelişmiş ülkeler arasında yöntem kullanımı bakımından büyük farklılık bulunmaktadır. Kontraseptif yöntem kullanımı Kuzey Amerika’da %75 oranında görülmekte iken Afrika ülkelerinde %33 oranında görülmektedir. Yapılan farklı çalışmalarda, aile planlaması programlarının titizlikle

yürütülmesi halinde, anne ölümlerinin %30-40 oranında, bebek ölümlerinin de en az %20 oranında azaltılabileceği bildirilmiştir (WHO, 2023).

Dünyada her yıl çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde yaşayan 21,2 milyon kadın güvenli olmayan şartlarda gerçekleşen isteyerek düşük yaşamaktadır. Güvenli olmayan şartlarda gerçekleşen bu düşüklerin, toplam anne ölümlerinin 1/4-1/3'üne sebep olduğu belirtilmektedir. Düşüğe bağlı anne ölümü Latin Amerika ve Afrika ülkelerinde gelişmiş ülkelere kıyasla daha yüksek oranda görülmektedir. (WHO, 2014). Günümüzde halen istenmeyen gebelikler ve sonucunda gelişen isteyerek düşükler üreme çağında bulunan kadınların sağlığı açısından önemli bir tehdit yaratmaktadır ve önde gelen ölüm nedenleri arasındadır (Şenoğlu ve diğ 2019).

2.6.KONTRASEPSİYONUN KADIN VE ÇOCUK SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Kadın yaşamı boyunca kontrasepsiyon gereksinimi cinsel yönden aktif oluş ile başlayıp menopoz sürecine kadar yaklaşık 30 yıl boyunca devam etmektedir. Kontrasepsiyon günümüz dünyasında kadınlara, kariyer beklentileri ve çalışma düzenleri göz önünde bulundurularak, gebelik sayısı ve aralıklarını planlama olanağı tanır. Güvenilir kontrasepsiyon seçimi ile istenmeyen gebelik yaşama endişesi, güvensiz düşük ile gebelik ve doğum kaynaklı ölümler önlenabilir (Dhont, 2010, Bahamondes ve Bahamondes, 2014;).

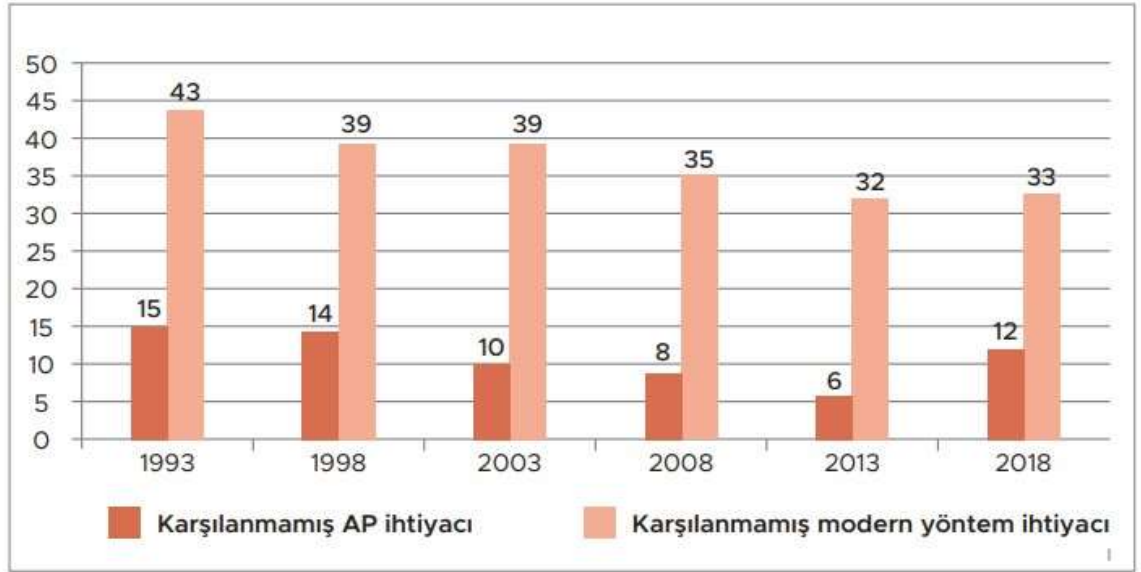
Plansız gebelikler ve bunların sonucunda meydana gelen isteyerek düşükler, fertil dönemde bulunan kadınların sağlığı açısından çeşitli riskleri beraberinde getirmektedir. İstenmeyen gebelikler medikal, sosyal ve ekonomik anlamda toplumsal bir problemdir. Sık aralıklarla ve çok sayıda gerçekleşen gebelikler ve doğumlar anne ve yenidoğanın sağlığı bakımından risk oluşturmakta ve anne ile bebekte hastalık ve ölüm ihtimalini artırmaktadır (WHO-UNFPA, 2020). İçinde yaşanılan toplumda kontraseptif yöntem kullanma oranının yüksek olması hem o toplumda doğurganlığın azalmasına katkı sağlar, hem de istenmeyen gebelik, sağlıksız düşük, anne ve bebek ölümlerinin de azaltılmasına yardımcı olur (United Nations, 2019).

2.7.DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE KARŞILANAMAYAN KONTRASEPTİF YÖNTEM İHTİYACI

“Evli olmayıp cinsel yönden aktif ve düzenli olarak modern kontraseptif yöntem kullanmayan kadınlar ile halen evli olup başka çocuk sahibi olmak istemeyen ya da başka çocuk sahibi olmak için en az iki yıl veya daha fazla beklemek istemesine rağmen herhangi bir modern kontraseptif yöntem kullanmayan kadınlar karşılanmayan AP ihtiyacı olan, diğer bir ifade ile AP hizmet-sistem açığı oluşturan kadınlar” modern aile planlaması karşılanmayan gereksinimini tanımlamaktadır (Westoff ve Bankole, 1995).

Toplumlarda kontraseptif yöntem kullanım oranının yüksek olması hem doğurganlığın azalması hem de istenmeyen gebelikler ile sağlıksız düşüklerin azaltılmasına katkı sağlar. Birleşmiş Milletler verilerine göre; tüm dünyada aile planlaması ihtiyacı bulunan kadınlardan 842 milyonu (%76) modern kontraseptif yöntemleri, 80 milyonu ise (%7,3) geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. Aile planlaması gereksinimi bulunan 190 milyon kadın ise (%17,3) bu gereksinimini karşılayamamaktadır. Sonuç itibarıyla dünyada karşılanamayan aile planlamasında gereksinimi geleneksel yöntem kullanımı ile birlikte %24,6 olarak hesaplanmaktadır. (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019).

Karşılanamayan AP hizmeti ihtiyacı, fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda önemli sorunlara neden olabilecek istenmeyen gebeliklere yol açmaktadır (Abbott ve diğ. 2004) Dünya Sağlık Örgütü verilerince yılda 75 milyon kadın istenmeyen gebelik yaşamakta ve bu kadınların %65'i herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmamakta veya etkinliği düşük bir kontraseptif yöntem kullanmaktadırlar. Bununla birlikte yılda ortalama 25 milyon güvensiz düşük yaşamakta ve yaklaşık olarak 47.000 kadın buna bağlı hayatını kaybetmektedir (Bellizzi ve diğ. 2020)



Şekil 2.3: Aile Planlanmasında karşılanmamış ihtiyaç ve Modern Yöntem İhtiyacının Zaman İçindeki Değişimi (TNSA 1993 – 2018) (CİSÜ Platformu, 2021)

Türkiye’de kadınların yüzde 5,9’u hayatı boyunca en az bir kez isteyerek düşük yapmıştır (TNSA, 2018). Karşılanamayan aile planlaması gereksinimi TNSA 2013 verilerine göre %6, TNSA 2018 verilerine göre %12 olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte, gebelik istememesine rağmen geleneksel yöntem kullanan kadın oranı TNSA 2018’de %21’dir. Dolayısıyla, kontraseptif yöntem ihtiyacı bulunmasına rağmen etkili yöntem kullanmayan ya da kullanamayan kadın oranı % 33’tür. Bu sonuç bize Türkiye’deki her üç çiftten birisinin etkili aile planlaması hizmeti alamadığını göstermektedir. Türkiye’de karşılanamayan aile planlaması ihtiyacı ve geleneksel yöntem kullanım oranının yüksek, modern yöntem kullanımının nispeten düşük olması hizmete ulaşamamanın bir göstergesi olup, kadın sağlığı açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır (TNSA 2013; TNSA 2018; TÜBİTAK 2019).

Türkiye’de yaşayan üreme çağındaki evli kadınların %22’sinin doğumlarının arasını açmak, %60’ının ise artık doğum yapmak istemiyor oluşu, (AP) danışmanlığı hizmetlerine talebin yüksek olduğunu göstermektedir. Halen herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayan evli kadınların %12-28’i RİA, %21-46’sı kondom, %11’i hap kullanmak istediklerini ve %8’i tüp ligasyonu yaptırmayı düşündüklerini söylemişlerdir (Yılmaz, Doğru ve diğ. 2016; Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019).

Türkiye’de yapılmış olan farklı çalışmaların sonuçları incelendiğinde; gebe kalmak istememesine rağmen yöntem kullanmayan kadın oranının %9,7 – 53,0 arasında bulunduğu

görülmüştür (Yücel ve diğ. 2018; Dikmen, 2018). Bir diğer çalışmada ise mevsimlik tarım işçiliği yapan evli kadınların %70,6'sının yaşamları boyunca hiç bir kontraseptif yöntem kullanmadıkları bildirilmiştir (Göçer ve diğ. 2016).

Karşılanamayan AP gereksinimi azaltmak için AP danışmanlığının doğru zaman ve doğru şekilde verilmesi oldukça önemlidir. Kadınların sağlık hizmetlerinden en fazla faydalandıkları dönemler, doğum öncesi ve sonrası dönemler olarak bilinmektedir. Bu dönemler kadınların AP danışmanlığına en istekli oldukları dönemlerdir (Şentürk, Erenel ve diğ. 2011). Bundan dolayı annelerin henüz hastaneden taburcu olmadan kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgilendirilmeleri ve ilerleyen günlerde kullanacakları yönteme karar vermeleri istenmeyen gebelikleri önlemek açısından önem arz etmektedir (Şentürk, Erenel ve Yılmaz, Sezer, 2017).

Kadınların karşılanmamış kontraseptif yöntem ihtiyaçlarının karşılanmasından profesyonel danışmanlık yaparak etkin rol oynayacak olan sağlık meslek grubu hemşire ve ebelerdir. Ebe ve hemşirelerin kontraseptif yöntemler hakkında güncel bilgilerinin bulunması ve kontraseptif yöntem danışmanlığı konusunda daha etkin rol almaları gerekmektedir.

2.8.KONTRASEPTİF YÖNTEMLER

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) DSD bulunan emziren ve emzirmeyen annelerin kullanabileceği kontraseptif yöntemler ve bu yöntemler hakkında açıklamaların bulunduğu kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterleri rehberi yayınlamıştır (WHO, 2015).

Tablo 2.1: DSÖ Kontraseptif Yöntem Uygunluk Kriterleri-1

A(Accept) Kabul, Onay	Bu durumdaki herhangi bir kadının, özellikle bu yöntemi kullanmamasını gerektirecek herhangi bir tıbbi neden yoktur.
C(Caution) Uyarı	Bu yöntem normal olarak rutin sağlık hizmetleri içinde sunulabilir ama ekstra bir hazırlık ve önlem gerekir. Yöntemi seçmiş kadınların doğru kullanımından emin olmak için özel bir danışmanlık yapılması uygundur.
D(Delay) Erteleme	Yöntemlerin kullanımı, bu durum iyileşinceye veya geçinceye kadar ertelenmelidir. Alternatif yöntemler önerilmelidir.
UD (Kullanılmamalı)	Uygun Değil

Tablo 2.2: DSÖ Kontraseptif Yöntem Uygunluk Kriterleri-2

Kategori	Klinik Değerlendirme Yapılabildiğinde Yorum	Klinik Değerlendirme Olanakları Kısıtlı İse Yorum
1	Yöntem her durumda kullanılır.	Evet (Yöntem kullanılır)
2	Yöntem genellikle kullanılır.	
3	Yöntemin kullanılmaması önerilmekle birlikte, uygun veya ulaşılabilir başka bir yöntem yoksa kullanılabilir.	Hayır (Yöntem kullanılmamalıdır)
4	Yöntem kullanılmamalıdır.	

2.8.1. KADINLARDA KULLANILAN KONTRASEPTİF YÖNTEMLER

2.8.1.1. Rahim İçi Araç (RİA)

Bakırlı Rahim İçi Araç (Cu-RİA): Emziren veya emzirmeyen tüm kadınlara vajinal doğum ve sezaryen sonrası, plasenta çıktıktan hemen sonra ve devamındaki 48 saat içerisinde uygulanabilir. DSD ilk 48 saat içerisinde uygulama yapılmayan kadınlar için doğum sonrası dördüncü haftadan sonra da uygulanmasında bir sakınca bulunmamaktadır (Kategori 1). DSD 48 saatten sonra 4. haftaya kadar uygulanması (Kategori 3) önerilir. DSD tanısı konmuş bir sepsis durumu mevcut ise kullanımı tavsiye edilmez (Kategori 4).

Levonorgestrel Salınlı Rahim İçi Araç (LNG-RİA): Emzirmeyen kadınlara sezaryen ve vajinal doğum sonrası plasantanın çıkarıldıktan sonra ve devamındaki 48 saat içerisinde uygulanabilir (Kategori 1). Emziren kadınlarda kullanımı genellikle uygundur (Kategori 2). Doğumu takip eden 48 saatten sonra dördüncü haftaya kadar uygulanması önerilmemektedir (Kategori 3), dört haftadan sonra uygulanmasında bir sakınca bulunmamaktadır (Kategori 1). Puerperal sepsis tanısı alan kadınlarda kullanımı uygun değildir (Kategori 4).

2.8.1.2. Hormon içeren Kontraseptif Yöntemler

Kombine Hormonal Kontraseptifler KHK (kombine oral kontraseptifler, kombine enjekte edilen kontraseptifler, kombine kontraseptif bant, kombine kontraseptif vajinal halka): Kombine oral kontraseptiflerin (KOK) emziren kadınlarda DSD altı haftadan önce kullanımı uygun değildir (Kategori 4). Tam emziren kadınlarda da DSD altı hafta ile altı ay arasında kombine hormonal kontraseptif kullanımı önerilmemektedir (Kategori 3). Kombine hormonal kontraseptifler emziren kadınlarda altıncı aydan sonra kullanılabilir (Kategori 2). KHK kullanımı emzirmeyen kadınlarda DSD 21 günden önce, venöz tromboembolizm (VTE) riski öngörülüyorsa üçüncü kategoride, VTE için risk öngörülüyorsa dördüncü kategoride uygun bulunmamaktadır. KHK DSD 21 ile 42 günler arasında VTE bakımından risk öngörülüyorsa uygundur (Kategori 2), var ise uygun değildir (Kategori 3). Emzirmeyen kadınlar için KHK kullanımı DSD 42. Günden itibaren uygun bulunmaktadır (Kategori 1).

Sadece Progesteron İçeren Hormonal Kontraseptifler [sadece progesteron içeren haplar, depo medroxyprogesterone acetate (DMPA), norethisterone enanthate (NET-EN), levonorgestrel ve etonogestrelli implantlar (LNG/ETG)]: Emziren kadınlarda DSD altı haftadan sonra, emzirmeyen kadınlarda DSD 21 günden önce ve sonrasında kullanımı önerilir

(Kategori 1). Sadece progesteron içeren haplar ve LNG/ETG implantlar emziren kadınlarda DSD altı haftadan önce ikinci kategoride kullanılabilirken DMPA ve NET-EN kullanımı önerilmemektedir (Kategori 3). Progesteron salınımlı vajinal halkaların emziren kadınlarda DSD 4. haftadan sonra kullanımı önerilmektedir (Kategori 1).

Acil Kontraseptif Haplar: KOK ve LNG emziren kadınlarda uygun bulunmaktadır (kategori 1), ulipristal acetate (UPA) 2. Kategoride kullanımı önerilmektedir.

2.8.1.3. Kadın Kondomu: DSD Emziren ve emzirmeyen annelerin kullanımında zaman ile ilgili bir sınırlılık bulunmamakta olup her zaman kullanımı uygundur (Kategori 1).

2.8.1.4. Diyafram ve servikal başlık: Emziren ve emzirmeyen annelere DSD ilk altı hafta kullanımı önerilmemektedir (Kategori 4), altıncı haftadan sonra kullanımı uygundur (Kategori 1).

2.8.1.5. Spermisidler: DSD Emziren ve emzirmeyen annelerin kullanımında zaman ile ilgili bir sınırlılık bulunmamakta olup her zaman kullanımı uygundur (Kategori 1).

2.8.1.6. Kadında Cerrahi Sterilizasyon (Tüp ligasyonu): DSD ilk yedi gün içerisinde ve 42. günden sonra önerilir (A). DSD yedi ve 42 günler arasında uterus involusyonunun tamamlanmamış olması nedeniyle ertelenmesi önerilir (D).

2.8.1.7. Emzirme ile gebelikten korunma, Laktasyonel Amenore Yöntemi (LAM): Olası bir gebelik durumu yüksek düzeyde risk arz eden kadınlarda tek başına bir yöntem olarak kullanımı önerilmemektedir. LAM'ın etkili olabilmesi için zorunlu bulunan üç temel ölçüt vardır. Bunlar:

- Kadının DSD ilk menstruasyonunun başlamamış olması
- Bebeğe anne sütü haricinde beslenmesi amacıyla herhangi bir gıda verilmemesi, bebeğin gece ve gündüz her istediğinde, günde en az altı kez ve en az dört dakika emzirilmesi
- Bebeğin ilk altı ayın içinde bulunulması

Bu şartlar mevcut ise ilk altı ay içerisinde kadında ovulasyon gerçekleşme ihtimali % 2 oranında görülmektedir. Belirtilen şartlardan herhangi biri karşılanmadığı takdirde ovulasyonun gerçekleşmesi dolayısıyla da gebelik ihtimali yükselmektedir (Hotun, Şahin, 2017).

2.8.2. ERKEKLERDE KULLANILAN KONTRASEPTİF YÖNTEMLER

2.8.2.1. Erkek Lateks Kondomları, Erkek Poliüretan Kondomları: Kullanımında zaman ile ilgili bir sınırlılık bulunmamakta olup her zaman kullanımı uygundur (Kategori 1).

2.8.2.2. Erkek Cerrahi Sterilizasyon (Vazektomi): Sperm kanallarında kalan sperm hücreleri gebeliğe neden olabileceğinden işlem yapıldıktan sonraki ilk 20 ejakülasyon süresince (yaklaşık üç ay) ek bir yöntemle kontrasepsiyon sağlanması gerekmektedir. Yirmi ejakülasyon sonrasında mümkünse vazektomi uygulanan birimde sperm sayımı yapılarak, sperm hücresi görülüyorsa artık başka bir yöntemle korunmasına gerek görülmemektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber, 2010)

2.9. DOĞUM SONU DÖNEM (DSD) VE DOĞURGANLIK

DSD; kadının vücudunda psikolojik ve sosyal dengesini etkileyebilecek farklı değişimler yaşanmaktadır (Danis, 2020). Bu dönem, anne, bebek ve ailesi için önemli bir adaptasyon sürecidir (Çıtak ve diğ. 2010). Bu süreç kadınlarda artan stres, ekonomik problemler, yeni doğan bebek ve sahip olunan diğer çocukların bakımı nedeniyle baş edilmesi gereken güçlükleri beraberinde getirebilir. Bu güçlükler kadınların kendi sağlık bakım ihtiyaçlarını geri plana atmalarına ve AP danışmanlığı hizmeti de dahil olmak üzere doğum sonu dönemde yapılması gereken kontrollerini ihmal etmelerine sebep olabilmektedir (Baş ve diğ, 2014).

DSD doğurganlık; bebeği emzirme süresi, emzirme sıklığı, bebeğin anne sütü dışında formül mama alıyor oluşu ve gece emzirme durumu gibi birçok faktöre bağlı olarak bir süre baskılanmaktadır. Bu süre tam olarak belirlenememekte ve değişkenlik göstermektedir. Bebeğini emziren annelerin %18'inde doğum sonu üçüncü ayda, emzirmeyen annelerde ise en erken 25 gün olmak üzere ortalama 45. günde ilk ovulasyonun gerçekleştiği bilinmektedir (Smith ve diğ. 2002; Cwiak ve diğ. 2004). Doğumu takip eden saatlerde prolaktin hormon seviyesi artmaya başlar ve anne bebeğini emzirmeye devam ettiği sürece bu seviyeyi korur. Prolaktin hormonunun yüksek oluşu ovulasyonu baskılar. Bu etki, anne bebeğini su dahil olmak üzere hiçbir ek besin vermeden gece de sık sık ve her seferinde uzun süre emziriyorsa ilk altı ay boyunca devam eder. Annenin menstruasyon kanaması başlamamış olması gerekmektedir

birlikte ovulasyon ve devamında gebelik mestruasyon kanaması başlamadan da oluşabilmektedir (Gökmen ve Çiçek 2001).

Kadınların DSD altı ay sonunda kontraseptif yöntem kullanma durumlarının sorgulandığı bir çalışmanın sonuçlarına göre doğum sonu dönemde bulunan kadınların %93,9'u ilk altı ay içerisinde ilk adetlerini görmüş %54,8'i 40. günden sonra cinsel ilişkide bulunmaya başlamış, yaklaşık 2\3'si de DSD ilk cinsel ilişki ile birlikte yöntem kullanmaya başlamıştır (Erenel ve diğ. 2011).

TNSA 2018 Ana raporunda belirtildiği üzere Türkiye 'de DSD ortanca geçici kısırlık süresi 3,1 ay, ortanca cinsel perhiz süresi ise iki-üç aydır. Kadınların geçici kısırlık ve/veya cinsel perhiz nedeniyle ortanca gebelik riski altında olmama süresi 3,8 aydır. Geçici kısırlık kadınların sadece %22'sinde ilk altı aydan sonra da devam etmektedir. Kadınların % 77'si DSD ilk iki ay boyunca cinsel ilişkide bulunmamaktadır. DSD ikinci aydan itibaren cinsel perhizin, gebelik riski altında olmama üzerine etkisi büyük oranda düşüş göstermektedir. DSD iki ve üçüncü ayda cinsel perhizde bulunan annelerin oranı %11'e, altı ve yedinci aylarda ise % 2'ye düşmektedir (TNSA 2018).

Pospartum dönemde ilk sikluslar ovülasyonsuz olabileceği gibi ilk adetten önce de gerçekleşebilmektedir. Doğum yapan her annenin, bebeğini emzirme durumu ve mestruasyon kanamasının başlayıp başlamadığından bağımsız olarak lohusalık sürecinin bittiği altı haftanın sonunda ya da ilk cinsel birliktelik başladığında; herhangi bir nedenle emzirmeyen annelerin ise doğum sonu üçüncü haftada etkinliği yüksek bir kontraseptif yöntemle gebelikten korunması önerilmektedir (Gorrie ve diğ. 1998; Smith ve diğ. 2002; Gölbaşı, 2005; Baldwin ve diğ. 2018).

2.10.DOĞUM SONU DÖNEMDE KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIMI

Doğum sonrası dönemde (DSD) AP doğumu izleyen bir yıllık dönemde birbirine yakın ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesidir (Kutlu ve diğ. 2014). DSD; çiftlere ileriye yönelik olarak doğurganlıklarını planlamaları amacıyla AP hizmeti sunmak adına uygun bir zamandır. DSD dönemde, annelerin kontraseptif yöntem kullanımına oldukça istekli oldukları görülmektedir (Dilek, 2005). DSD, AP danışmanlığı alamamış ve etkinliği yüksek kontraseptif yöntemlere ulaşamamış annelerin, istemeseler bile bir süre sonra tekrar gebe kalmaları söz konusu olabilmektedir (Naçar ve ark., 2003).

Ülkemizde Baş ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada kadınların DSD’de etkinliği yüksek kontraseptif yöntemleri tercih etme oranlarının beklenenin altında olduğu ve kadınların kontraseptif yöntem kullanmama nedenlerinin ağırlıklı olarak henüz adet görmeme ve bebeğini emziriyor olmak şeklinde ifade edildiği görülmüştür (Baş ve diğ. 2014). Bir başka çalışmada doğum sonu ilk altı ayda bir yöntem kullanma oranı %94,3 ve doğum sonu ilk cinsel ilişkiden itibaren yöntem kullanma oranı ise %70 olarak bildirilmiştir. Çalışmada bildirildiği üzere, doğum öncesi ve sonrası sıklıkla kullanılan kontraseptif yöntemler geri çekme ve kondomdur. Kadınların kullandıkları yöntemi seçme nedenleri ise yöntemin daha önce kullanılmış olması, eşin tercihi ve yan etkisinin olmaması olarak ifade edilmiştir (Şentürk Erenel ve Yılmaz, Sezer, 2017).

2.11.DOĞUM SONU DÖNEMDE KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

DSD kontraseptif yöntem seçimi için güç ve komplike bir dönem olmakla birlikte çiftlere bu dönemde konuyla ilgili danışmanlık vermek oldukça önemlidir. Kontraseptif yöntemlerin etkin şekilde kullanımında; kadınların canlı doğum sayıları, eğitim düzeyleri ve doğurganlık ile ilgili tercihleri belirleyici unsurlardır. Kadınların bu süreçte kendilerine verilecek eğitime istekli oldukları, kontraseptif yöntem kullanmayı istedikleri ancak hangi yöntemi seçecekleri konusunda kararsız kaldıkları bilinmektedir. Çoğu zaman seçilen yöntem emzirmeye ilişkili olarak değişkenlik göstermektedir (Baş ve diğ. 2014; Bryant ve diğ. 2019).

Dünya’da ve Türkiye’de yapılmış olan çalışmalar göstermektedir ki; kadınların DSD’de güvenilirliği yüksek ve etkili kontraseptif yöntem kullanımı ve karşılanmayan AP ihtiyacı durumları; kadın ve eşinin yaşı, sahip oldukları ve gelecekte sahip olmak istedikleri çocuk sayısı, eğitim durumları gibi bireysel unsurlardan etkilenebilmekle birlikte kendilerine sunulan AP danışmanlığının niteliği, zamanı, ulaşılabilirliği gibi farklı faktörlerden de etkilenebilmektedir (Gılıç ve diğ. 2009; Erenel ve diğ. 2011; Ay ve diğ. 2012; Mbizvo ve Phillips 2014)

2.11.1.Hizmet kullanıcılarından kaynaklanan faktörler

Hizmet kullanıcılarından kaynaklanan başlıca faktörler; kadının doğurganlığına dair özellikler, doğum sonrası cinsel birlikteliğin başlama zamanı, doğum sonu ilk menstrüasyon zamanı, bebeğini emzirme durumu, geçmiş gebeliği önleyici yöntem kullanma hikayesi AP hizmetlerini kendisine sunulması gereken bir hak olarak görmemesi, doğum sonu dönemde AP

hizmetine ihtiyaç duymaması, adölesan evlilikler, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, yaşanan yer, ekonomik durumu, toplumsal cinsiyet algısı, sosyal statüsü, sosyo-kültürel algısı, dil, din, ırk, sınıf ve toplumdaki erkeklerin üreme sağlığı hizmetlerine yeterince katılamaması ve üreme sağlığı konularının mahrem olarak kabul edilmesi vb. nedenler öne çıkmaktadır (Tanrıverdi ve diğ. 2008; Atış ve diğ. 2010; Hailemariam ve Haddis, 2011; Ay ve diğ. 2012; Mbizvo ve Phillips, 2014)

Yapılan bir çalışmada bildirildiği üzere; kontraseptif yöntemlerin kullanımında eğitim düzeyi, içinde yaşanan toplumun yapısı, kadının ile erkeğin toplum ve aile içindeki yerleri, çocuğa toplum ve aile içinde verilen yer, çiftin evliliğine dair özellikler, kadın ile erkeğin doğurganlığa ait tutum ve davranışı önemli rol oynamaktadır (Ejder Tekgündüz ve diğ. 2021). Yapılan bir başka çalışmaya göre de kadınların sosyo-demografik özellikleri, kültürleri, dini inanışları ve ekonomik durumları kontraseptif yöntem tercihini etkilemektedir (Kahraman ve diğ. 2012). Marvi ve Howard' ın yapmış oldukları bir çalışmada kadınların, enjeksiyon ve rahim içi araç (RİA) gibi girişim gerektiren bazı yöntemlerden korkuyor olmalarının kontraseptif yöntem seçimine etki ettiği bildirilmiştir (Marvi ve Howard 2013).

2.11.2.Hizmet sağlayıcı sistemden kaynaklanan faktörler

AP hizmet kullanımı; AP hizmetlerine erişimde güçlük çekme, coğrafi engeller, kontrasepsiyon metaryellerine erişimde karşılaşılan engeller, kırsal ve kentsel bölgeler arası farklılıklar, AP hizmetlerinin birinci basamakta sürekli ve nitelikli olarak sunulmaması, genel ve özel sağlık sigortalarında AP hizmetlerine yer verilmemesi, sağlık politikaları, doğum sonu dönem AP danışmanlığı hizmetlerindeki yetersizlikler , düşük sonrası AP hizmetlerinin etkin şekilde kullanılamaması vb. faktörlere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (Atış ve diğ.2010; Hailemariam ve Haddis, 2011; Irani ve diğ.. 2013, Antić ve diğ. 2013, Alkema ve diğ.2013; Mbizvo ve Phillips, 2014; United Nations, 2015)

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; DSD altıncı hafta ve altıncı ayda ev ziyareti yapılarak AP danışmanlığı verilen girişim grubundaki kadınların, AP danışmanlık hizmeti almayan kontrol grubunda bulunan kadınlardan DSD altıncı ayda yaklaşık 1.4 kat, 12. ayda ise 2.8 kat daha fazla modern kontraseptif yöntem kullandıkları ve daha az geleneksel yöntem tercih ettikleri bildirilmiştir (Duman ve Yılmazel, 2014). Yapılan bazı çalışmalar; sağlık hizmeti sunulan birime yakın konumda yaşayan kadınların, uzak konumda yaşayan kadınlara kıyasla, bu hizmetten daha fazla faydalanabildiklerini bildirmiştir (Dikmetaş, 2006). Pakistan'da

yapılan bir araştırmada, kentte yaşamakta olan yoksul kadınlar için AP hizmetlerinin kullanımı konusunda en önemli engelin, psikososyal engeller olduğu bildirilmiştir. Kadınların yarıya yakını, AP hizmetlerinin kullanımı konusunda psikososyal engelleri, birinci neden olarak ifade etmişlerdir (Stephenson ve Hennink, 2004) Erviti ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarında ise kadınların kullanacakları kontraseptif yöntem hakkında hekimlerden öneri aldıkları ve hekimlerin de önerilerinde daha çok kadınlar tarafından kullanılan kontraseptif yöntemlere yer verdikleri bildirilmektedir (Erviti ve diğ. 2010)

2.12.KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN KONTRASEPTİF YÖNTEM DANIŞMANLIĞINDAKİ ROLÜ

Uluslararası Planlı Ebeveynlik Federasyonu her yıl beşyüzbin civarında kadının gebelik ve doğum kaynaklı olarak öldüğünü bildirmektedir (İPPF 2008). Aile planlaması danışmanlığı, çiftlerin öncelik ve beklentilerine en uygun kontraseptif yöntemi seçmelerine katkı sağlayarak üreme sağlığı düzeylerini yükseltir, doğum kontrolü ile ilgili bilgi eksikliklerinin giderilmesini sağlar ve kadınların doğurganlık çağı boyunca planlı gebelikler yaşamalarına olanak tanıyarak anne ve bebek ölümlerini azaltır, sosyo ekonomik kalkınmaya katkıda bulunur (Okour, Saadeh ve Zaquoul, 2017; Mbizvo ve Phillips, 2014).

AP danışmanlık hizmeti sunan sağlık personeli kaynaklı bilgi eksiklikleri, danışanlar ile kurulan yetersiz ve etkisiz iletişim, kontraseptif yöntemlerin doğru kullanımı ve yönetime ait yan etkilerle alakalı bilgi aktarımını aksatabilir ve yöntem kullanımını kesintiye uğratabilir. Bundan dolayı iyi planlanmış AP danışmanlık hizmetleri, çiftlerin modern ve etkili kontraseptif yöntem kullanımlarına olanak sağlayarak, anne ve çocuk sağlığını koruyucu ve geliştirici yönde etki sağlar (Bellizzi ve diğ. 2020).

DSD bulunan çiftlerin kontraseptif yöntem kullanımına etki eden faktörler değerlendirilerek verilen danışmanlık hizmetleriyle, çiftlerin AP gereksinimleri karşılanabilir. Bu noktada en önemli rol doğum sonu dönemde anneler ile yakın iletişim içerisinde bulunan ebeler ve kadın sağlığı hemşirelerine düşmektedir. Yapılan bir çalışmada, içinde yaşadığı toplumu tanıyor olması nedeniyle ve aldığı nitelikli eğitim ile etkinliği yüksek danışmanlık hizmeti verebilecek önde gelen sağlık profesyonellerinden ebe ve hemşirelerin danışmanlık hizmetlerindeki önemi vurgulanmıştır (Kurtuluş ve Büyükbayrak, 2009).

Yapılan bir araştırmada; DSD bulunan primipar annelere, planlı hemşirelik eğitimi sunulmuş, annelerin %85,3'i kendilerine sunulan eğitimden oldukça memnun olduklarını bildirmişleridir (Yıldız, 2008) Erenel ve Eroğlu'nun yaptıkları çalışmaya göre; doğum sonrası dönemde verilen ve sonrasında ev ziyaretleri ile devam ettirilen AP eğitim ve danışmanlık hizmetinin, kadınların modern yöntem kullanma durumlarına önemli derecede etki ettiği bildirilmiştir (Erenel ve Eroğlu, 2009). Topatan'ın 2012 yılında yaptığı bir çalışmada doğum sonrası ilk görüşmede ve doğum sonrası 12. ayda girişim grubunda bulunan adolesan annelere üreme sağlığı eğitimi verilmiş, kontrol grubuna ise eğitim verilmemiştir. Sonuç olarak her iki grupta bulunan adolesan annelerin doğumu izleyen 12 aylık süre içerisinde yeniden gebe kalmadıkları bununla birlikte eğitim alan girişim grubunda bulunan annelerin etkinliği yüksek kontraseptif yöntem kullanım oranının (%58,2) eğitim almayan kontrol grubundan (% 28,3) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Topatan, 2012). Rusya'da yapılmış olan bir çalışmada, DSD erken dönemde AP danışmanlığı alan ve iki yıl süresince takip edilen kadınlarda kontraseptif yöntem kullanımının yüksek bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışma sonuçlarına göre de doğum sonrası dönemde sunulan AP danışmanlığının kadınlarda kontraseptif yöntem kullanma kararını olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Miller ve diğ. 2000; Broughs ve Leifer, 2001)

Bu bağlamda AP danışmanlık hizmeti veren ebe ve hemşirelerin, danışmanlıkta iletişimin vazgeçilmezi olarak kabul edilen beş ilkeye dikkat etmeleri gerekmektedir. Bunlar;

- Danışmanlık hizmetinin verileceği yerin mahremiyetin korunabileceği rahat bir ortam olmasını sağlama,
- Danışmanlık hizmeti alanın ilgi ve ihtiyacına odaklanma,
- Danışana gereksiz bilgi vermekten kaçınma,
- Danışanın anlayacağı sözcükleri seçme,
- Çift yönlü iletişim kurarak danışandan geri bildirim almaktır.

Kontraseptif yöntemler konusunda güncel bilgi ve yetkinliğe sahip olan AP danışmanının; sözlü ve sözsüz iletişim becerilerini de kullanarak, bilimsel bilgiye dayanan bir içerikle, gebeliği önleyici yöntemlere dair tüm detayları aktarması, önerdiği gebeliği önleyici yöntem materyallerini danışana görsel olarak da sunması ve özellikle bir yönetime yönlendirmeye

çalışmadan, herhangi bir modern kontraseptif yöntemi seçmesinde kadına yol gösterici olması beklenmektedir. AP hizmetlerinde ulaşılabilirlik kolaylığı bulunan ve iyi bir yönetime sahip sağlık kurumlarında, başta ebe ve hemşireler olmak üzere, nitelikli eğitim almış sağlık profesyonelleri tarafından sunulan AP eğitim ve danışmanlık hizmeti ile kadınların bilgiye erişimleri ve öğrendiklerini davranışa dönüştürmeleri sağlanacaktır (Tokuç ve diğ. 2005; Taşkın, 2006; Kurtuluş ve Büyükbayrak, 2009; Büyükbayrak ve diğ. 2010; Saydam ve Sevil, 2010; WHO, 2022)

2.13. TRANSTEORETİK MODEL (TTM)

Değişim hayatın bir parçasıdır. Alışılmış olana bağlanmak doğaldır ve insanlar zararlı davranışlarının sonuçlarının farkında olsalar da konfor alanında kalmayı tercih edebilirler. Bunu yaparak hayatlarında istikrarı ve güvenliğini korurlar. Değişim lehine karar vermek istikrarsızlığa, güvensizliğe ve bilinmeyenle yüzleşme korkusuna neden olabilir. İkincisini anlamak, direnişin değişim sürecinin doğal ve beklenen bir parçası olduğunu anlamak için çok önemlidir. Bireyler belirli bir davranışın zararlı olduğunu fark edebilir; ancak bilinene bağlılıkları, diğer olasılıkları değerlendirmelerini veya kabul etmelerini, dolayısıyla riskli davranışlara devam etmelerini engelleyici bir etkiye sahip olabilir. Değişime karşı olan bu kararsızlık veya motivasyonların eşzamanlı varlığı normal bir olaydır. Kişi farklı bir gerçeklik olasılığını hayal etmeye ve buna uyum sağlamaya başladığında direnç azalır ve değişiklik yapmayı düşünebilir ((Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021).

TTM Prochaska ve Diclemente tarafından 1982 yılında bireylerin kendilerinde sorunlu buldukları davranışı kabul ederek, bu davranışı değiştirmelerine yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir (Prochaska ve DiClemente, 1982). TTM değişimin bir süreç olduğu ve insanların farklı düzeylerde motivasyona ve davranış değiştirme niyetine sahip olduğu varsayımına dayanmaktadır (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021). Bireyin olumlu yönde bir davranış değişikliği gerçekleştirebilmesi, sosyal, psikolojik ve davranışsal olarak buna hazır olması durumunda gerçekleşebilmektedir (Gutierrez ve Czerny, 2018). Model gereğince, istenilen davranış değişikliğini sağlayabilmek için bireyin yaşamakta olduğu değişim aşamalarına uygun girişimleri gerçekleştirmek gerekmektedir (Prochaska ve Velicer, 1997).

TTMli, değişim sürecini, insanların yeni davranışları dikkate alırken, başlatırken ve sürdürürken ilerledikleri bir dizi aşama olarak kavramsallaştırır. Model, aşılması gereken aşamaları açıklayarak, bu değişimde motivasyonun önemli bir faktör olduğuna dikkat çeker ve davranış değişiminde ana karakter olarak görülen insanlara aktif bir rol verir (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021).

TTM günümüzde, madde kullanım bozuklukları da dahil olmak üzere zararlı davranışların yönetilmesinde en yaygın kullanılan ve önerilen kanıta dayalı modellerden biri haline gelmiştir (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021). Sigara ve alkol kullanımı, bağımlılık, kilo kontrolü ve egzersiz yapma, güneş kremi kullanımı, kondom kullanımı, okul zorbalığı gibi geniş bir yelpazedeki sorunlar ile Mamografi ve kanser taraması gibi önleyici tıbbi tedbirlerin davranış haline dönüştürülmesi konusunda ruh sağlığı alanında en sık uygulanan modellerden biridir (Raihan ve Cogburn, 2023).

TTM yapısal anlamda üç aşamadan oluşmaktadır;

1. Zaman ile ilgili geçici boyutları kapsayan; Değişim Aşamaları
 2. Bağımsız değişken boyutu kapsayan; Değişim Süreci
 3. Öz-etkililik/Tesvik Eden Faktörler/Karar Alma Ölçeklerini kapsayan; Değişim Düzeyleri
- (Prochaska ve DiClemente, 1982; Velicer ve diğ., 1998; Vela ve Ortega, 2020,).

2.13.1.Değişim aşamaları (Zamanla İlgili Boyut)

Zamanla ilgili boyut modelin işleyişinde kilit rol oynamaktadır. Bireyin niyet, tutum ve davranış değişikliğinin zamanını ifade eder, davranışı değiştirmeye olan istekliliği ve ilgisini anlatır. Aşamalarda meydana gelen ilerleme sonucunda davranış değişikliği oluşur. Bireylerin aşamalar arası geçişi genellikle ileriye doğru olmakla beraber bir önceki aşamaya geri dönüş de yaşanabilmektedir. Değişimin beş aşaması bulunmaktadır ve bu beş aşamanın her biri belirli ve spesifik özelliklerle tanımlanır (Velicer ve diğ. 2000; Vela ve Ortega, 2020, Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021; Raihan ve Cogburn, 2023).

Düşünme Öncesi (Precontemplation): Bireyler, yakın bir gelecekte genel olarak altı aylık bir süre içerisinde davranışlarında değişiklik yapmayı istememektedirler. Bu aşamada çoğu zaman bireyler sorunlarının farkında değillerdir veya daha önce değiştirmeye çalışmış fakat başarılı

olamamışlardır (Prochaska ve DiClemente, 1982; Prochaska ve DiClemente, 1983; Prochaska ve Velicer, 1997; Velicer ve diğ., 1998; Velicer ve diğ. 2000). Düşünme öncesi aşamadaki insanlar genellikle işbirlikçi olmayan, dirençli, motivasyonsuz ve değişim sürecini başlatmaya hazır olmayan kişiler olarak göze çarparlar (Prochaska ve Prochaska, 2016).

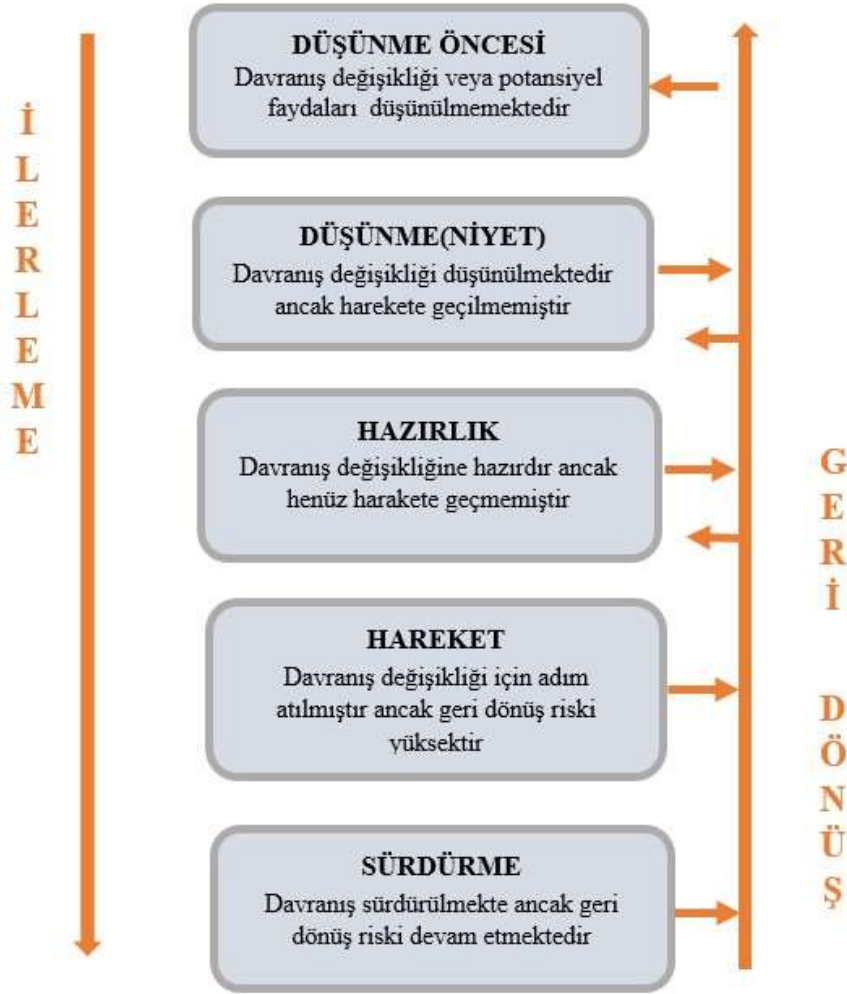
Düşünme: Niyet (Contemplation): Bireyler gelecekteki altı ay içerisinde davranışlarını ciddi anlamda değiştirmeyi düşünmektedirler. Birey değişimin artı ve eksilerinin farkındadır ancak artı ve eksiler arasındaki bu denge bireyi bu aşamada uzun süre takılıp bırakabilecek derin bir kararsızlık yaratabilir (Velicer ve diğ., 1998). Bu aşamada bulunan bireylerin harekete geçmek için teşvik edilmeleri ve cesaretlendirilmeleri gerekmektedir. Değişim kararının verilmesi bireyi değişimin hazırlık aşamasına taşır (Prochaska ve DiClemente, 1982; Prochaska ve DiClemente, 1983; Prochaska ve Velicer, 1997; Velicer ve diğ. 2000; Plummer ve diğ. 2001; Prochaska ve diğ. 2008; Raihan ve Cogburn, 2023)

Hazırlık (Preparation): Değişimin bu aşamasında sorunun farkındalığı vardır ve birey zararlı davranışı değiştirme konusunda motivedir. Birey yakın gelecekte değişime hazırdır ancak henüz vereceği karardan veya atacağı adımlardan emin değildir. Bu aşamada kişinin değişime yönelik hedef ve stratejilerini netleştirmek önemlidir; olası seçenekleri sunmak; planı müzakere etmek; değişim sürecini etkileyebilecek olası engelleri azaltmak değişime katkı sağlar. Ana hedef, kişiyle iş birliği yaparak yakın gelecekte uygulamaya geçirilecek etkili bir eylem planı oluşturmak ve değişime olan bağlılığı arttırmaktır. Ancak etkili görünen bir plana sahip olmak mutlaka değişim anlamına gelmez. (Prochaska ve DiClemente, 1982; Prochaska ve DiClemente, 1983; Prochaska ve Velicer, 1997; Gutierrez ve Czerny, 2018; Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021).

Hareket (Action): Bireyin zararlı davranışı değiştirme ve önceden geliştirilen planı uygulamaya istekli olduğunu gösterdiği değişim aşamasıdır (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021). Bireyler son altı ay içerisinde davranışlarında gözle görülür bir değişiklik gerçekleştirmişlerdir. Yeni davranışı devam ettirmek ile ilgili zorluklar yaşanabileceğinden yeni davranışın belirli bir süre devamlılık göstermesi beklenmektedir. Bu süre genellikle değişiklik yapıldıktan sonraki altı ayı kapsamaktadır (Prochaska ve DiClemente, 1982; Prochaska ve DiClemente, 1983; Prochaska ve Velicer, 1997, Prochaska, 2008)

Sürdürme (Maintenance): Bu aşamada kişi önceki aşamalarda elde ettiği başarıları pekiştirir. Birey, çalışma planında belirlenen ilk hedeflere ulaşmıştır ve başarılı olanı sürdürmek için çalışmaktadır (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021). Sürdürme aşamasında bireyler, daha önceki aşamalara dönmek için çaba harcarlar ve kazandıkları davranışları özümsemeye çalışırlar. Sürdürme aşamasında bulunan bireyler için önceki aşamalara dönme (nüks-relaps) zaman zaman rastlanılan bir durumdur (Prochaska ve DiClemente, 1982; Prochaska ve DiClemente, 1983; Prochaska ve Velicer, 1997; Gutierrez ve Czerny, 2018; Raihan ve Cogburn 2023). Bu aşamada genel olarak yeni kazanılan davranış devam etmekte ve günlük hayatta da adapte edilmiş olmaktadır (Prochaska, 2008)

Değişim, düşünme öncesi aşamasından, sürdürme aşamasına gelene kadar sırasıyla gerçekleşen bir süreç olmakla birlikte bireyler önceki aşamalara geri dönüş (Relaps) yapabilmektedirler (Prochaska ve diğ, 1994; Gutierrez ve Czerny, 2018). TTM'in nihai hedefi, istenmeyen davranışın nüksetmesini önlemek ve bireyde gerekli farkındalığı korumaya yardımcı olmaktır. Çoğu zaman, davranış değişikliği doğrusal bir ilerlemeden ziyade bir sarmal veya aşamaların geri dönüşümü ile gerçekleşmektedir (Raihan ve Cogburn, 2023).



Şekil 2.4. Transteoretik Model Şeması (<https://www.futurelearn.com/info/courses/eduweight/0/steps/256186> [Ziyaret Tarihi: 15.02.2024])

2.13.2. Değişim Süreci (Bağımsız Değişken Boyutu)

Bu süreç, bireyin davranış değişikliği oluşturabilmek için başvurduğu deneyimler ile bu değişikliklerin gerçekleşme zamanını açıklamaktadır. Değişim süreci, değişimi kolaylaştırmaya yarayan, bireyin duygu, değer ve farkındalığını içeren beş bilişsel süreç ile değişim için kullandığı davranışları içeren beş davranışsal süreçten meydana gelmektedir (Prochaska ve DiClemente, 1982; Prochaska ve DiClemente, 1983; Prochaska ve Velicer, 1997).

2.13.2.1. Bilişsel Süreçler

Bilinçlendirme: Bireyin problemleri olarak kabul edilen bir davranışının neden, sonuç ve çözümleri hakkındaki farkındalığının oluşması olarak ifade edilebilir. Bu amaçla gözlem yapma, bireyi yüzeleştirme, geri bildirim sağlama, eğitim alma, kitaplar kullanılabilir (Velicer ve diğ. 2000; Gutierrez ve Czerny, 2018).

Dramatik (Duygusal) Uyarılma: Bireyin davranış değişiminin başlangıcında problemleri davranış hakkındaki duygularını, düşüncelerini ve deneyimlerini ifade edebilmesi için duygusal uyarılma yapılmasıdır. Duygusal uyarılmayı sağlamak amacıyla psikodrama, rol play, geri bildirim faaliyetlerinden faydalanılabilir (Velicer ve diğ. 2000; Fidancı ve diğ. 2017).

Çevreyi Yeniden Değerlendirme: Bireyin problemleri olarak kabul edilen veya değiştirmesi hedeflenen davranışının fiziksel ve sosyal çevresini ne boyutta etkilediğinin bilişsel ve duygusal olarak değerlendirilmesidir. Ayrıca birey davranış değişikliğine bağlı sonuçları yeniden değerlendirir, farkındalığı artırır, davranışın yakınları ve çevresi üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini değerlendirir. Kişi kişisel davranışının önemli olduğunu veya başkalarına zarar verebileceğini anladığında değişim motivasyonu artar. Empati eğitimi bu aşamada fayda sağlayabilmektedir (Velicer ve diğ. 2000; Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021).

Sosyal Özgürleşme: Bu süreç, davranış değişikliğini teşvik eden sosyal normların kişisel olarak tanınmasını ve kabul edilmesini içerir. Kişi, toplumun sağlıklı davranışları desteklediğinin ve sosyal çevresinde değişimi ve bunun sürdürülmesini teşvik eden alternatif seçeneklerin bulunduğunun bilincindedir. (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021).

Kendini Yeniden Değerlendirme: Bireyin problemleri kabul edilen davranışının kendi üzerinde bıraktığı etkiyi değerlendirmesidir. Kendi içinde çatışma olup olmadığını görmek için birey davranışlarını kendi değerleri ve hedefleriyle karşılaştırır. Kişisel değer ve inançlarını netleştirir ve sorunlu davranışın kişisel değer ve hedeflerle ne kadar çatıştığını görür. Sorunlu davranışa dair duygusal bir içgörü kazanır ve eğer değişiklik yaparsa kim olabileceğini hayal etmeye başlar. Bu aşamada birey kendi kişisel özdeşleşmesini yaparak olumlu ve olumsuz davranışları bilişsel ve duygusal anlamda yeniden değerlendirir. (Velicer ve diğ. 2000; Taş ve diğ. 2016; Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021).

2.13.2.2. Davranışsal Süreçler

Uyaranların kontrolü: Sağlıklı olmayan davranışların oluşmasına neden olan uyaranların belirlenmesi amacıyla çevrenin yeniden düzenlenmesi faaliyetlerini içerir. Sağlıklı olmayan davranışa eğilimi arttıran faktörlerden kaçınmak bu davranışı yinelemeyi azaltabilmektedir (Velicer ve diğ. 2000; Aveyard ve diğ.2006; Erol ve Erdoğan, 2008, Fidancı ve diğ. 2017).

Karşı koşullandırma (yerine koyma): Bireyin sorunlu olarak kabul edilen davranışı yerine tercih edebileceği daha sağlıklı davranışları öğrenmesi ve uygulamasını içerir (Velicer ve diğ. 2000; Aveyard ve diğ.2006; Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021).

Güçlendirme Yönetimi: Bireyin davranış değişikliği amacıyla kendisini ödüllendirmesi ya da bir başkası tarafından ödüllendirilmesi sonucunda güçlendirilmesini içerir. Olumlu geri bildirimde bulunma, teşvik etme, bireyin kendisini olumlu şekilde ifade etmesine izin verme, pekiştirme ve duygusal destek sağlama bu amaçla kullanılan uygulamalardır (Velicer ve diğ. 2000; Aveyard ve diğ.2006; Fidancı ve diğ. 2017).

Destekleyici ilişkiler: Bireyin davranış değişikliği amacıyla diğer bireyler ile kurduğu güvene dayalı ve destek sağlayan ilişkileri içermektedir. Danışmanlık, rehabilite edici faaliyetler ve sosyal destek grupları bu amaçla kullanılabilir (Velicer ve diğ. 2000; Aveyard ve diğ.2006; Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021).

Kendisi ile anlaşma: Bireyin hem davranış değişikliğine olan inancını ve inanca yönelik hareket etme çabasını pekiştirecek şekilde kendi kendine söz vermesini içeren süreçtir (Velicer ve diğ. 2000; Aveyard ve diğ.2006;). Bu süreç, zararlı davranışı değiştirme sorumluluğunu ve kararlılığını kararlaştırmayı ve üstlenmeyi ifade eder. Değişme yeteneğine inanmak ve planlananın gerçekleşeceği varsayımıyla hareket etmektir (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021).

2.13.3. Değişim Düzeyleri

Transteoretik Model diğer değişim modellerinden farklı olarak tüm aşamalarında ilerlemeye dair sonuçlara yönelik tedbirleri kapsayan çeşitli yapılar içerir. Bu yapılar karar alma dengesi ile öz-etkililik ve özendirici faktörlerdir (Velicer ve diğ. 2000).

Karar Alma Dengesi: Değişim neticesinde elde edilen yarar ve zararların birbirine kıyasla ağırlığını ifade eder. Birey değişim aşamalarında ilerleme kaydettikçe verdiği kararlarda değişkenlik göstermektedir. Değişim aşamalarındaki kararları bireyin yeni davranışa yüklemiş olduğu olumlu veya olumsuz anlamlara bağlıdır. Yeni davranışa dair yarar algısı davranışı değiştirmenin olumlu tarafını, zarar algısı ise davranış değişikliğinin önündeki engelleri ifade eder. Bireylerin değişim aşamalarında aldığı geçiş kararları ve yeni davranışa dair verdiği kararlar davranış değiştirme sürecinde önemli faktörlerdir (Prochaska ve DiClemente,1982; Prochaska ve Velicer, 1997; Velicer ve diğ. 2000; Aveyard ve diğ.2006; Ögel ve Şimşek, 2021).

Öz-Etkililik - Özendirici Faktörler: Bireyin değişimi başarma yeteneği ve güveni olarak tanımlanır (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021). Üstesinden gelmekte güçlük çekilen durumlarda değiştirilmeye çalışılan davranışa geri dönmek için sahip olunan öz güveni ifade etmektedir. Bireyin değiştirilmeye çalışılan davranışına geri dönmemesi ve davranış değişikliğini devam ettirebilmesi kendisine olan inancını yansıtmaktadır. Düşünme aşamasında bulunan bireyin öz-etkililik düzeyi, ileri aşamalarda bulunan bireylere kıyasla daha düşük düzeydedir. Özendirici faktörler ise zor durumlar ile karşılaşıldığında, istenmeyen olumsuz davranış sergileme isteğinin yoğunluğunu göstermektedir (Prochaska ve Velicer, 1997; Velicer ve diğ. 2000; Aveyard ve diğ.2006; Savcı, Bakan, 2013).

2.14. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİKLERİ

Bireyler için alışlagelmiş davranışlarını değiştirmek çok kolay değildir. Davranış değişikliği gerçekleştirmek için bu değişime inanıyor olmak gerekir. Değişime hazır ve istekli olmak olarak tanımlanan motivasyon dış faktörlerin etkilemekte olduğu içsel bir durumdur ve içinde bulunulan şartlara, zamana göre değişmektedir (Ögel, 2009). Motivasyonel görüşme (MG), 1983'te William Miller tarafından tedavisinde zorluk yaşanan bağımlıların tedavisinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. 1995 yılından itibaren Miller ve Rollnick, bağımlı bireylerin bilinen tedavi yaklaşımlarına gösterdikleri direnç karşısında motivasyonel görüşme tekniklerini kullanmışlardır (Rollnick ve Miller, 1995; Miller ve Arkowitz; 2019).

Motivasyonel görüşme, kararsızlığı (ambiyalans) fark edip çözüm üreterek davranış değişikliğine dair içsel motivasyon sağlayan birey merkezli bir tekniktir. Genel olarak değişim

yönünde olup, ambivalansın çözümüne odaklıdır. Bireyin düşüncelerini, korkularını, bakış açısını ön planda tutan bir yaklaşımdır (Miller ve Rollnick, 2002; Miller ve Arkowitz;)

Motivasyonel görüşme tekniğinde danışman bireyin değişimin neden gerekli olduğunu anlamasını ve değişim doğrultusunda karar almasını sağlar. Danışan merkezli olan bu teknikte, anahtar rol danışanıdır ve onun gereklilikleri gözetilerek değişim planına eşlik edilir. Danışman fikirlerini danışana kabul ettirmeye çalışmaz. Danışanın davranış değişikliğine dair isteği ortaya çıkarılır, tercihte bulunma özgürlüğü ve bireyselliğine saygı gösterilir. Bununla birlikte, davranış değişikliğine dair kararsızlık halini çözmek de danışanın görevidir. Bu doğrultuda MG temel ilkeleri; empatinin gösterilmesi, çelişkilerin ortaya çıkarılması, dirençle çalışma ve öz yeterliliği desteklemedir (Miller ve Rollnick, 1991; Özdemir ve Taşçı, 2013; Alpaydın ve diğ. 2016; Kızılırmak ve Demir, 2018).

Empati Göstermek: Bireyi anlamak amacıyla dikkatle dinledikten sonra anlatılanları kısaca özetleyerek geri bildirimde bulunma eylemi yansıtmalı dinleme olarak tanımlanır. Empati, yansıtmalı dinleme yönteminden etkin şekilde faydalanılarak bireyleri anlamak amacıyla kullanılan ve geliştirilebilen bir beceridir Empati bireylerin yargılanmadığı bir yaklaşım şekli olup motivasyonel görüşmenin tüm safhalarında etkin şekilde faydalanılmaktadır (Cangöl ve Şahin, 2017; Miller ve Rollnick, 2019; Van der Oord ve diğ. 2019).

Çelişkilerin ortaya çıkarılması: Bireylerin, şu an içinde bulundukları durum ile gelecekte ümit ettikleri arasındaki tutarsızlığı anlamaları ve bu sayede davranış değişikliği için motivasyonlarını arttırmalarını amaçlamaktadır. Bu aşamada danışman bireyin mevcut davranışı ile hedeflenen davranış arasındaki farklılığa odaklanmasını sağlar (Stinson ve Clark, 2017; Miller ve Arkowitz; 2019).

Dirençle çalışma: Bireylerin davranış değişiminde esas olan, bireyi baskı ve zorlamaya maruz bırakmadan ve danışanla bir mücadele içerisine girmeden değişiklik kararı vermesini sağlamaktır. Değişime direnç gelişmesi halinde danışan ile saygı ve empati çerçevesinde kurulmuş olan iletişim aynı doğrultuda devam ettirilmelidir. Danışmanın görevi direncin yeniden oluşmasını engellemek ve bireyin olumlu değişim yönünde farklı bir bakış açısı edinmesini mümkün kılmaktır (Arkowitz ve diğ. 2015; Dicle, 2017; Köroğlu, 2018).

Öz yeterliliği desteklemek: Bu noktada motivasyonel görüşme yolu ile danışanın güçlü yönlerini açığa çıkarmak ve bu yönlerini ön planda tutabilmesi için öz güvenini artırmak

amaçlanmaktadır. Değişim için olmazsa olmaz bir faktördür. Kişilerin özgüvenlerini arttırarak değişimin zorlukları ile baş edebileceklerine olan inaçlarını güçlendirir (Miller ve Rollnick, 2009).

Motivasyonel görüşmede; açık uçlu sorular sorma, değişimi konuşma yansıtıcı dinleme, kabullenme, özetleme yöntemleri kullanılmaktadır. Motivasyonel görüşme yönteminde değişimi konuşurken, danışana açıklayıcı sorular sorma, konuyu ayrıntılandırma, karar dengesini ortaya çıkarma, uç durumları sorgulama, hedefleri ve değerleri açığa çıkarma, geleceğe bakma yöntemlerinden faydalanılır. Daha sonraki aşamada görüşmeler değerlendirilerek, davranış değişikliği ile ilgili son durum özetlenip ihtiyaç halinde bilgi ve tavsiye verme yollarından da faydalanılabilmektedir (Ögel, 2009).

2.14.1. Transteoretik Model ve Motivasyonel Görüşme İlişkisi

TTM davranış değişikliğini, “ya hep ya hiç” yaklaşımı ile ele almak yerine aşamalı olarak gerçekleşen birden fazla görev ve farklı başa çıkma faaliyetlerini içerisinde barındıran bir eylem olarak görmektedir. Bununla birlikte belirtilen değişim aşamalarını geçebilmek için çaba sarf etmek ve enerjiye sahip olmak gerekmektedir. Bunun için gerekli olan itici güç ise motivasyondur. Motivasyonel görüşme, düşünce öncesi aşamasından, sürdürme aşamasına gelene kadar bireyin, gerekli olan faaliyetleri gerçekleştirmelerine olanak sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (Rollnick ve Miller, 1995; DiClemente ve Velasquez, 2002;).

Motivasyonel görüşme teknikleri, değişimin her aşamasında bulunan bireyler için uygundur. Farklı içerik ve stratejiler kullanılsa da asıl amaç bireyin değişim aşamalarını geçmesine yardımcı olmak, bireyin hayatında etkili değişimler gerçekleştirmesine ve bu değişimleri günlük yaşantısına adapte etmesini sağlamaktır. Motivasyonel görüşme teknikleri kullanılarak bireylerin içinde bulundukları durumu değerlendirebilmeleri, davranış değişikliğinin artı ve eksilerini göz önünde bulundurmaları ve değişim konusunda karar vermeleri sağlanır. Bu, bireyleri kendileri adına sorumluluk almaya yönlendirerek ve destekleyici bir yaklaşımla yapılır. Motivasyonel görüşme teknikleri (DiClemente ve Velasquez, 2002; Miller ve Arkowitz, 2019) Transteoretik Modelde görüldüğü gibi öz yeterliliği arttırarak, bireylerin başarılarını pekiştirmeye katkı sunar ki her ikisi de davranış değişikliğinin devam ettirilebilmesi adına oldukça önemlidir (DiClemente ve Velasquez, 2002).

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı; 18-45 yaş aralığındaki primipar kadınlara postpartum dönemde Transteoretik modele dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının kontrasepsif yöntem kullanımına etkisinin değerlendirilmesidir.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Primipar kadınlara postpartum dönemde Transteoretik modele dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının kontraseptif yöntem seçimine etkisi vardır.

H2: Primipar kadınlara doğumsonu dönemde Transteoretik modele dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının kontraseptif yöntem kullanımına başlama üzerine etkisi vardır.

H3. Transteoretik modele dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığı, girişim grubunda bulunan kadınların kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi düzeyini artırır.

3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu çalışma ön test- son test kontrol gruplu bir eğitim müdahale çalışmasıdır.

3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.4.1. Bağımsız Değişken:

- Katılımcıların yaşları
- Katılımcıların eğitim düzeyleri
- Katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısı
- Katılımcı kadınların çalışma durumları

- Katılımcı kadınların eşlerinin eğitim durumları
- Katılımcıların daha önce bir kontraseptif yöntem kullanmış olma durumları

3.4.2. Bağımlı Değişken:

- Katılımcıların “Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi”nden danışmanlık sonrası aldıkları puan
- Katılımcıların bir yıllık izlem süresince gebe kalma durumları
- Katılımcıların kontraseptif yönteme başlama durumları
- Katılımcıların modern kontrasepsif yöntem seçme durumları

3.5. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma; İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Doğum Kliniği’nde Ağustos 2022-Ocak 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. İlgili birimde riskli gebe izlem ve bakım, doğum öncesi izlem ve bakım, normal doğum veya sezeryanla bebeğini dünyaya getirmiş olan annelerin takip ve bakımları ile yenidoğan takip ve bakımı gerçekleştirilmekte olup birim 15 yatak kapasitesine sahiptir.

3.6. ARAŞTIRMANIN ZAMANI

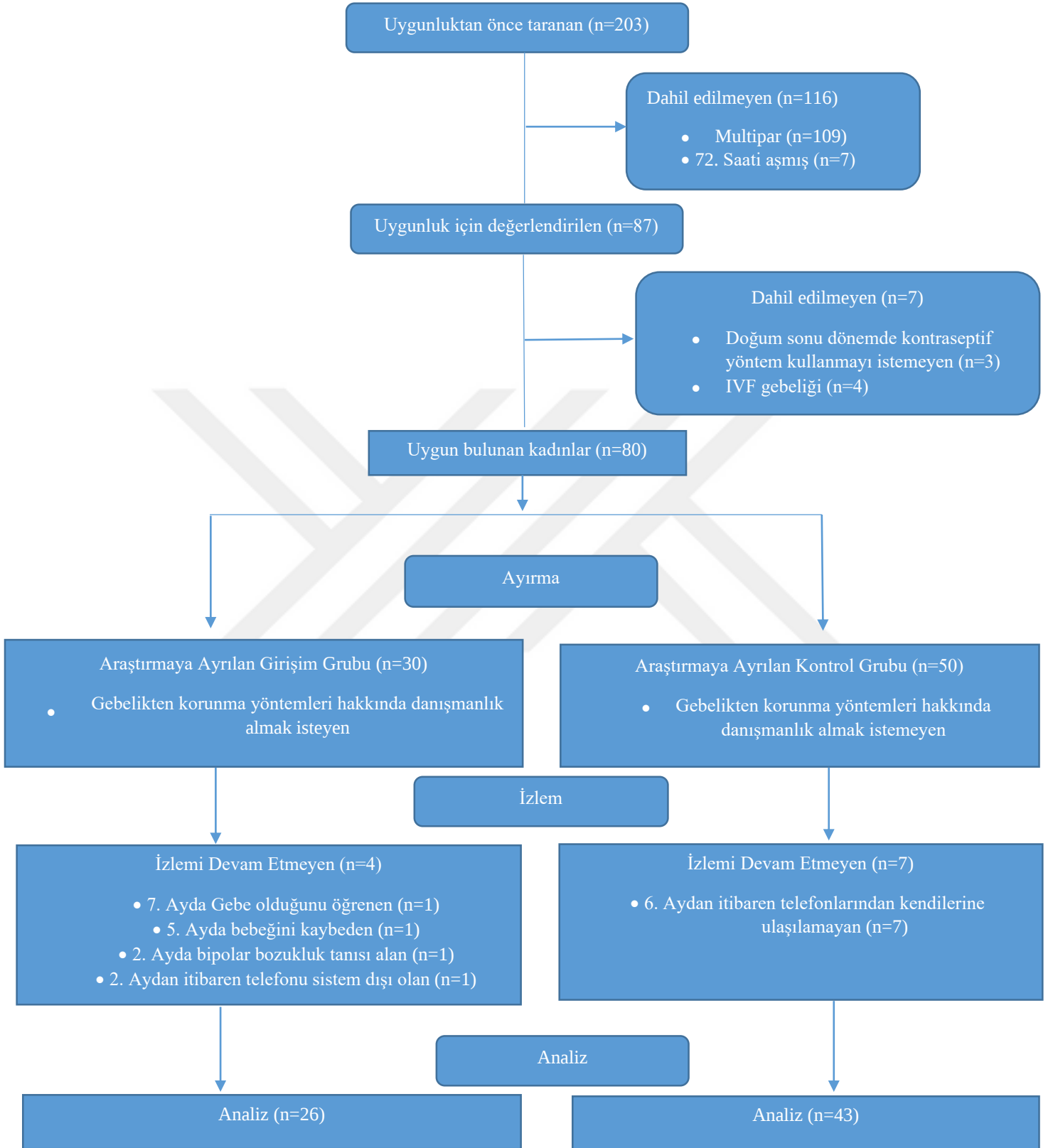
Araştırma Ağustos 2022-Ocak 2024 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.7. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, İstanbul'daki bir üniversite hastanesinin kadın doğum kliniğinde Ağustos 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında ilk bebeğini doğurmuş, ilk 72. saatinde bulunan 18-45 yaş aralığındaki kadınların tamamı oluşturmuştur.

Grupların örneklem hesaplamasında literatürdeki modele dayalı kontraseptif yöntem danışmanlığının kontraseptif yöntemlere ilişkin tutum üzerine etkisi göz önünde bulundurularak güç analizi uygulanmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. Çalışmada ana parametre olarak 34 Soruluk APTÖ baz alındı. Literatürde benzer araştırma olarak Bor (2020) tarafından yapılan çalışmada, eğitim öncesi APTÖ toplam puanı Eğitim grubunda $102,00 \pm 22,47$, Kontrol 1 grubunda $101,75 \pm 23,44$, Kontrol 2 grubunda ise $106,75 \pm 24,80$ ve araştırma bulgularına göre etki büyüklüğü 1.583 olarak hesaplanmıştır (Bor, 2020). Bu çalışmanın sonuçlarına dayandırılarak yapılan güç analizi sonucuna göre (alfa iç tutarlılık değeri 0,05 ve gücü %95) 1.583 etki büyüklüğünde her iki grupta 10 kişi olmak üzere toplam 20 kişiye ulaşılması gerekmektedir ($df=18$; $t=1,734$). Çalışma sürecinde gerçekleştirilecek kayıplar düşünülerek girişim grubuna 30 kişi, kontrol grubuna da 50 kişi dahil edilmiştir. Yapılan güç analizi sonucunda, bir girişim ve bir kontrol grubu olmak üzere çalışmaya alınacak toplam kadın sayısı 80 olarak belirlenmiştir. Araştırma örneklemi doğum sonu maksimum 72. Saatinde bulunan 80 primipar kadın oluşturmuştur. Girişim grubuna dahil edilen kadınlardan, doğum sonu beşinci ayda enfeksiyon nedeni ile bebeğini kaybeden bir kadın, doğum sonu ikinci ayda bipolar bozukluk nedeni ile yatarak tedavi görmeye başlayan bir kadın ve telefonuna ulaşılamayan iki kadın olmak üzere toplam dört kadın ile kontrol grubunda bulunan kadınlardan telefonuna ulaşılamayan yedi kadın çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Sonuç olarak girişim grubunda bulunan ($n=26$), kontrol grubunda bulunan ($n=43$) kadına ait veriler analize alındı (Şekil 3.2) Çalışma, “Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar (Consolidated Standards of Reporting Trials CONSORT)” doğrultusunda yürütülmüş olup akış şeması Şekil 3.2’de belirtilmiştir

CONSORT 2018 Akış Diyagramı



Şekil 3.1: Araştırmanın CONSORT Akış Şeması (Grant ve diğ., 2018)

3.7.1. Çalışma Grupları:

3.7.1.1. Girişim Grubu: Transteoretik modele dayalı MG ile kontraseptif yöntem danışmanlığı alan primipar kadınlar

3.7.1.2. Kontrol grubu: Klinikte standart bakımı alan primipar kadınlar

Örnekleme dahil edilme kriterleri:

- 18-45 yaş aralığındaki primipar kadınlar
- Doğum sonrası maksimum 72. Saatinde bulunan taburculuk öncesi süreçteki kadınlar

Örnekleme dahil edilmeme kriterleri:

- Kontraseptif yöntem kullanmak istemeyen kadınlara

Çalışmadan çıkarılma kriterleri:

- İzlem sürecinde kendilerine ulaşamayan kadınlara

3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.8.1. Katılımcı Çalışmaya Dahil Etme Listesi

Bu form araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, katılımcıların yaşları, bu gebeliğin ilk gebelikleri olup olmadığı, doğum sonu kaçınıcı saatte oldukları ve gebelikten korunma yöntemleri hakkında danışmanlık almak isteyip istemedikleri hakkında bilgi edinmek amacıyla hazırlanmış dört sorudan oluşmaktadır (EK-2).

3.8.2. Katılımcı Tanılama Formu (KTF)

Araştırmacılar tarafından literatüre dayanılarak oluşturulmuş olan bu form, katılımcıların sosyodemografik özellikleri, genel sağlık öyküleri, obstetrik ve jinekolojik özellikleri ile geçmiş kontraseptif yöntem kullanım hikayesinin sorgulandığı 24 sorudan oluşmaktadır (Demirelöz, Akyüz, 2016; Yağmur ve Keskin, 2019; Öner, 2019) (EK-3).

3.8.3. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ)

APTÖ Özlem ÖRSAL tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 34 maddeden oluşmakta olup “Toplumsal aile planlamasına ilişkin tutumları”, “Aile planlama yöntemlerine

ilişkin tutumlar” ve “evlilik ve gebeliğe ilişkin tutumlar” olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. APTÖ Türkiye’de aile planlamasına yönelik tutumunu ölçmede etkili bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en az 34, en fazla puan ise 170’dir. Ölçeğin alt boyutlarında toplumun aile planlamasına ilişkin tutumu oluşturan 15 madde vardır (5, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 28, 30 ve 41). Bu boyuttan en az 15 puan en fazla 75 puan alınabilmektedir. Ölçeğin aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumu oluşturan boyutu 11 maddedir (73, 77, 79, 81, 83, 84, 85, 89, 90, 91 ve 92). Bu boyuttan en az 11 puan, en fazla 55 puan elde edilebilmektedir. APTÖ doğuma ilişkin tutumu boyutu 9 maddeden oluşmaktadır (44, 51, 52, 53, 54, 60, 62, 66 ve 77). Bu boyuttan en az 9 puan, en fazla 45 puan alınabilmektedir. Madde ölçek korelasyon değerleri düşük 0,31, büyük 0,59’dur. Ortalamaları farklı ölçmektedir (Hotelling $T^2 = 1865,06$, $p = 0,0000$). Likert tipi ölçek özelliği olan maddeler toplanabilmektedir ($F = 54,9322$, $p = 0,0000$). Ölçek bireylere ait tutumları birbirinden ayırabildiğini göstermektedir ($F = 105,0418$, $p = 0,0000$) APTÖ için hesaplanan toplam Cronbach’s Alpha değeri özgün çalışmada 0,90’dır (Örsal, 2006). Bu çalışmada ölçeğin toplamının Cronbach Alfa değeri 0,946, toplumun aile planlamasına ilişkin tutumu için 0,915, aile planlama yöntemlerine ilişkin tutumlar için 0,948, gebeliğe ilişkin tutumlar için 0,790 olarak bulunmuştur. (EK-4).

3.8.4. Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi (KYİBT)

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, kadınların kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmeye yönelik olarak hazırlanmış olan 10 sorudan oluşmaktadır ve testten alınabilecek maksimum puan 10’dur (Demirelöz, Akyüz, 2016; Yağmur ve Keskin, 2019; Öner, 2019) (EK-5).

3.8.5. Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi

Literatürden faydalanılarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan “Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi” kontraseptif yöntem seçimi ve kullanımı ile öz yeterlilik düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacı ile oluşturulmuştur (Aypay, 2010). Tek boyut ve 10 maddeden oluşan test 4’lü Likert ölçek şeklinde (1=katılmıyorum - 4= katılıyorum=) düzenlenmiştir. Ölçekte bir madde olumsuz diğer dokuz madde olumlu yönde puanlanmakta ve toplam puan 10 ile 40 arasında değişmektedir. Çalışmada elde edilen Cronbach Alpha değeri 0,807 olup, oldukça güvenilirdir. (EK-6)

3.8.6. Değişim Aşamaları Değerlendirme Formu (DADF)

Araştırmacılar tarafından literature dayanılarak hazırlanan bu form, postpartum dönem kontraseptif yöntem danışmanlığı ihtiyacı ve Kontraseptif yöntem kullanımına yönelik davranış değişim aşamalarını belirlemek için oluşturulmuştur. Katılımcıların sorulara verdikleri yanıtlar ile hangi davranış değişim aşamasında oldukları belirlenmektedir. (Erkal, Aksoy, 2019) (EK-7).

3.9 ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI VE VERİLERİN TOPLANMASI

3.9.1. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada gerekli kurum izni ve etik kurul izni alındıktan sonra veri toplanmaya başlandı. Araştırma için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Kadın Doğum Kliniği'nde izlem ve bakımı devam eden, normal doğum veya sezeryan sonrası maksimum 72. saatinde ve taburculuk öncesi süreçte olan, 18-45 yaş aralığındaki, primipar, ilerleyen süreçte kontraseptif yöntem kullanmayı düşünen, çalışmaya katılmaya gönüllü kadınlara “Katılımcı Çalışmaya Dahil Etme Listesi” uygulanarak son soru olan “Gebelikten korunma yöntemleri hakkında danışmanlık almak ister misiniz?” sorusuna evet yanıtı veren kadınlar girişim grubuna, hayır yanıtı veren kadınlar kontrol grubuna, dahil edildiler. Bu doğrultuda örneklem seçim kriterlerini karşılayan girişim (30) ve kontrol grubu (50) için toplam 80 kadın örneklem kapsamına alındı. Katılımcılara Gönüllü Olur Formu'ndaki (EK-1) bilgiler okundu ve onamları alındı. Girişim ve kontrol grubu ile gerçekleşen ilk görüşmede katılımcılara “Katılımcı Tanılama Formu”, “Aile Planlaması Tutum Ölçeği” “Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi” uygulandı. Sonrasında girişim grubunda bulunan kadınlara uygun kontraseptif yöntem seçimi ve kullanımı ile öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için “Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi” uygulandı. Transteoretik modele dayalı olarak sunulacak olan kontraseptif yöntem danışmanlığı verilecek olan girişim grubuna danışmanlık öncesinde “Değişim Aşamaları Değerlendirme Formu” uygulandı. Transteoretik modele dayalı olarak sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığı verilen girişim grubuna ve danışmanlık almayan kontrol grubuna 12 aylık süre sonunda “Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi” (KYİBT) tekrar uygulanarak kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgi düzeyleri ölçüldü.

3.9.1.1. Girişim ve Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar

Girişim Grubu

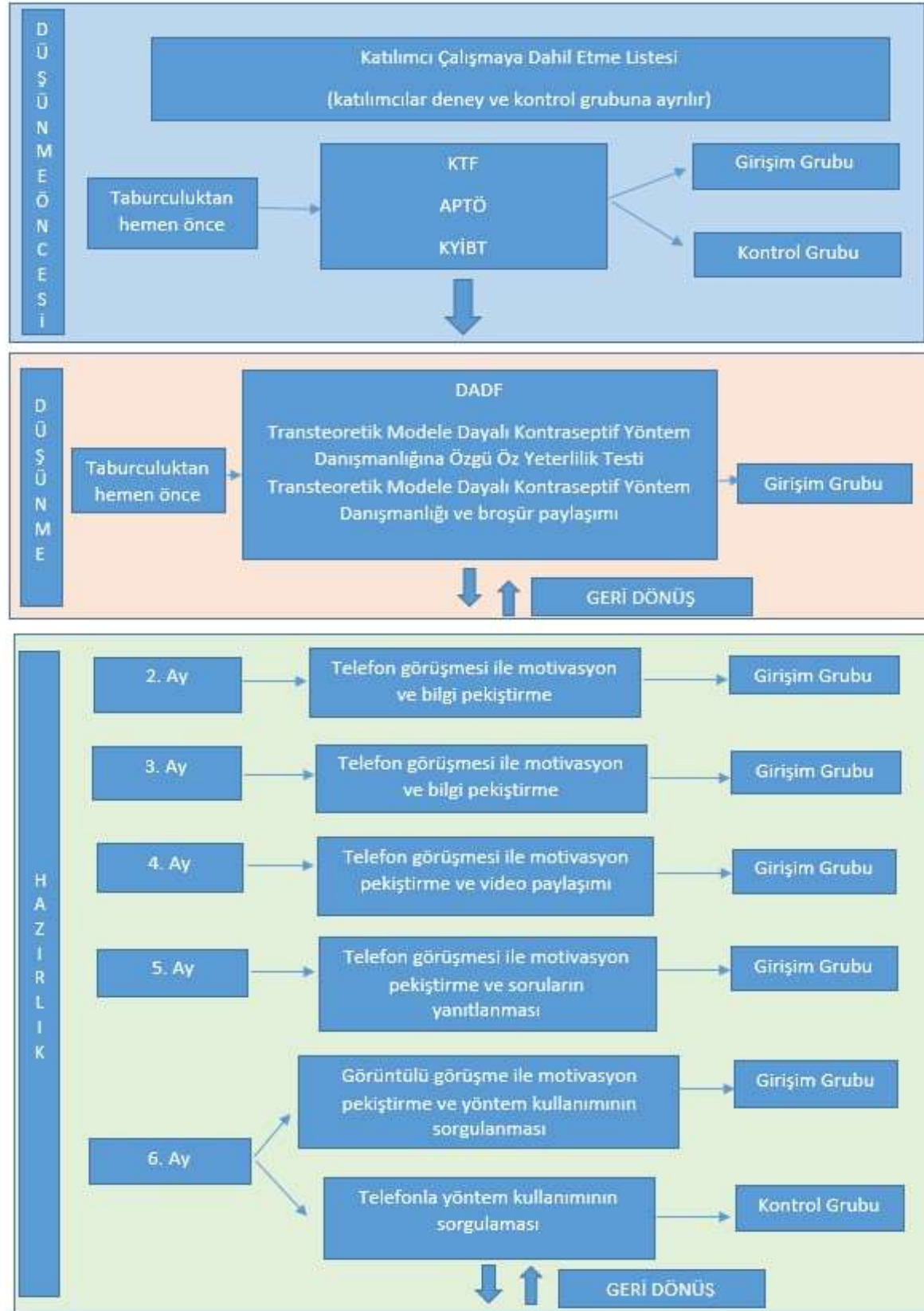
Doğum sonu maksimum 72. saatinde bulunan girişim grubuna dahil edilen kadınlara DADF ve “Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi” uygulandı. DADF’nun değerlendirilmesi sonucunda katılımcının içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olacak şekilde, hazırlanan power point sunusundan da faydalanılarak, yüzyüze eğitim yöntemi ile kontraseptif yöntem danışmanlığı ve eğitim broşürü verildi. Bu şekilde kadınların henüz gebelik riski taşımadıkları dönemde kontraseptif yöntemlere dair bilgi ihtiyaçlarının en üst düzeyde karşılanması hedeflendi. Bundan sonraki görüşme, doğum sonu ikinci ayda motivasyon ve bilgi pekiştirme amaçlı telefon görüşmesi şeklinde gerçekleştirildi. Telefon görüşmeleri sırasında bilgiler kısaca hatırlatıldı ve varsa sorular yanıtlandı. Takip eden üçüncü ayda kadınlara telefonla, motasyon ve bilgi pekiştirme amaçlı hatırlatmalar yapıldı. Dördüncü aya gelindiğinde, whatsapp veya e-posta kanalıyla gebeliği önleyici yöntemler ile ilgili hazırlanmış olan kısa hatırlatma videoları gönderildi ve yapılan telefon görüşmesi ile varsa soruları yanıtlandı. Takip eden beşinci ayda kadınlarla telefon görüşmesi yapıldı ve motasyon ve bilgi pekiştirme sağlandı. Altıncı ayda girişim grubu ile Whatsapp üzerinden görüntülü görüşme gerçekleştirilerek danışmanlık hizmeti sunuldu ve kontraseptif yöntem kullanmaya başlayıp başlamadıkları sorgulandı. Yedinci ayda girişim grubunda bulunan kadınlar ile seçtikleri yönteme dair motivasyonlarını arttırmaya yönelik telefon görüşmesi yapıldı. Sekizinci ayda kadınların seçtikleri yönteme dair memnuniyet durumları ve varsa yan etkiler sorgulanarak yönteme özel soru cevap şeklinde telefon görüşmesi gerçekleştirildi. Dokuzuncu ayda kadınlar ile seçtikleri yönteme dair motivasyonlarını arttırmaya yönelik telefon görüşmesi yapıldı, yönteme uyumlarına dair pozitif geribildirimde bulunuldu. 10 ve 11. aylarda seçtikleri yönteme özgü sorunların yanıtlandığı, kadınların yöntem kullanımına dair motivasyonlarını arttırmaya yönelik telefon görüşmeleri tekrarlandı. 12. ayda girişim grubunda bulunan kadınlar aranarak yöntem kullanma durumları sorgulandı ve KYİBT uygulandı. Girişim grubunda bulunan her kadın için, yapılan her görüşme ile ilgili anekdotlar kontrol listelerine işlendi. Girişim grubunda bulunan kadınlar ile bir yüzyüze, bir Whatsapp üzerinden görüntülü görüşme ve 10 telefon görüşmesi olmak üzere toplam 12 görüşme yapılmıştır.

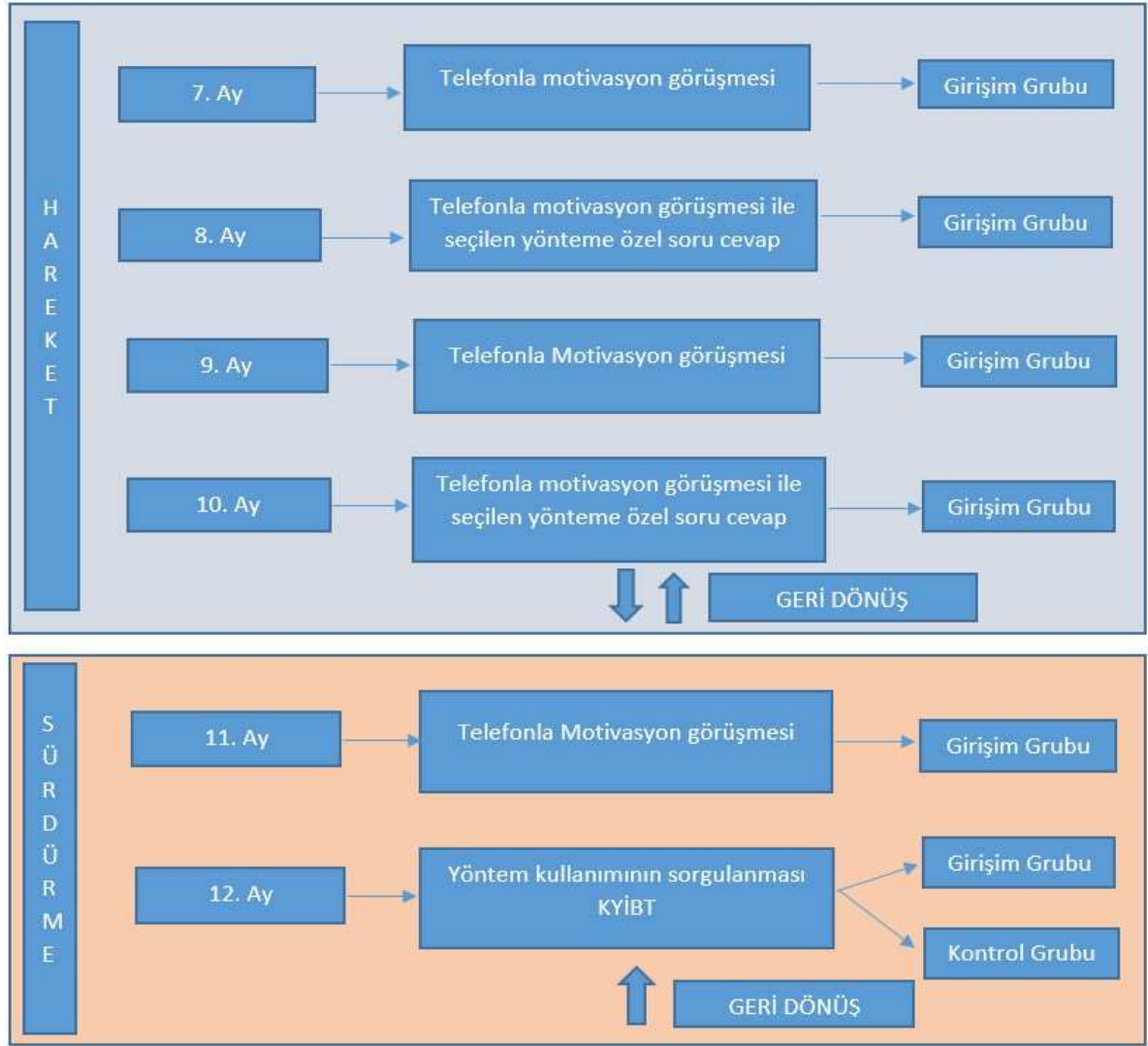
Kontrol Grubu:

Kontrol grubunda bulunan kadınlara danışmanlık hizmeti sunulmamış, kliniğin rutin bakımına tabi tutulmuşlardır. Doğum sonu rutin bakım kapsamında vital bulguların takibi, fundusun değerlendirilmesi, loşia takibi, perine/insizyon bölgesinin değerlendirilmesi, ağrı yönetimi, aldığı-çıkardığı sıvı takibi, beslenmenin düzenlenmesi, mobilizasyonun sağlanması, emzirmenin sağlanması ve taburculuk eğitimini kapsamaktadır. Altıncı ayda kontrol grubu ile telefon görüşmesi yapılarak bir kontraseptif yöntem kullanmaya başlayıp başlamadıkları sorgulanmıştır. 12. Ayda kontrol grubunda bulunan kadınlar son kez aranarak kontraseptif yöntem kullanma durumları sorgulanmış ve KYİBT uygulanmıştır. Kontrol grubunda bulunan her kadın için, yapılan her görüşme ile ilgili anekdotlar kontrol listelerine işlenmiştir. Kontrol grubu ile bir yüzyüze iki telefon ile toplam üç görüşme yapılmıştır.

Araştırma uygulanırken girişim ve kontrol grupları ile yapılan görüşmeler ve zamanlaması konusunda takip edilen akış şeması Şekil 3.3.'te yer almaktadır. Transteoretik model doğrultusunda yürütülen kontraseptif yöntem danışmanlığın içeriği Şekil 3.4. 'te yer almaktadır.

Araştırma Akış Şeması





Şekil 3.2: Araştırmanın Akış Şeması

Tablo 3.1: Transteoretik Modele Dayalı Motivasyonel Görüşme Yöntemi ile Sunulan Kontraseptif Yöntem Danışmanlığı Programı

Transteoretik Model	Görüşme zamanı	Görüşme yöntemi	İçerik	Süre
Düşünme Öncesi (Precontemplation)	Taburculuktan hemen önce	Yüzyüze görüşme	Katılımcılar “Katılımcı Çalışmaya Dahil Etme Listesi” ne göre değerlendirilerek, elde edilen bilgiye göre girişim ve kontrol grupları belirlenmiştir. Ardından girişim ve kontrol grubunda bulunan tüm kadınlara sosyo-demografik , jinekolojik ve obstetrik özellikleri ile ilgili soruların yöneltileceği 24 soruluk KTF, 34 soruluk APTÖ ve kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla KYİBT uygulanmıştır.	30 dk.
Düşünme (Thinking)	Taburculuktan hemen önce	Yüzyüze görüşme	Girişim grubuna alınan kadınlara uygun kontraseptif yöntem seçimi ile öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilebilmesi için “Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi“ uygulanmıştır. Ardından DADF uygulandıktan sonra, katılımcının içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun düzeyde kontraseptif yöntem danışmanlığı verilerek soruları yanıtlanmıştır. Eğitim içeriğinde bulunan konular; * Üreme döngüsü * Sıklıkla kullanılan kontraseptif yöntemler * Bu yöntemlerin etki mekanizması ve olası yan etkileri * Hangi yöntemin kimin için uygun olup olmayacağı * Kontraseptif yöntemlerin kullanımında dikkat edilecek noktalar Eğitim sonunda kadınlara eğitim broşürü verilerek ve iletişim bilgileri alınarak görüşme sonlandırılmıştır.	60 dk.

Hazırlık (Preparation)	2-3-4-5-6. aylar	Telefon görüşmesi , video gönderimi, whatsapp ile görüntülü görüşme	Girişim grubundaki kadınlar 6. Aya kadar aylık olarak telefonla aranarak, kendileri için uygun olacağını düşündükleri yöntem ile ilgili ayrıntılı bilgi verilerek soruları yanıtlanmış, 4. Ayda araştırmacı tarafından hazırlanmış yönteme özel bilgilendirme videoları paylaşılmış ve bilginin pekiştirilmesi sağlanmıştır. 6. ayda girişim grubu ile whatsapp üzerinden görüntülü görüşme gerçekleştirilerek danışmanlık hizmeti sunularak kontraseptif yöntem kullanmaya başlayıp başlamadıkları sorgulanmıştır. Yine 6. ayda kontrol grubu ile telefon görüşmesi yapılarak bir kontraseptif yöntem kullanmaya başlayıp başlamadıkları sorgulanmıştır.	10-30 dk
Hareket (Action)	7-8-9-10. aylar	Telefon görüşmesi ,	Girişim grubundaki katılımcının karar verdiği ve kullanmaya başladığı yöntem ile ilgili olarak aylık telefon görüşmesi sırasında hatırlatıcı bilgilendirmeler yapılmaya devam edilmiş, yöntem kullanımı sırasında karşılaşılan sorunlar değerlendirilerek uygun çözüm önerileri sunulmuş ve yöntem kullanımının devam ettirilmesi konusunda katılımcıya motivasyonunu arttırmaya yönelik olumlu geribildirimde bulunulmuştur.	10-30 dk
Sürdürme (Maintenance)	11-12. ay	Telefon görüşmesi	11. ayda girişim grubundaki katılımcıların davranış değişiminin yararları ile ilgili motivasyon amaçlı olumlu geri bildirimde bulunmayı amaçlayan telefon görüşmesi gerçekleştirilmiştir. 12. ayda, hem girişim hem kontrol grubuna kontraseptif yöntem danışmanlığının etkinliğini ölçmek amacıyla KYİBT uygulanarak , kontraseptif yöntem kullanım durumları sorgulanmıştır.	10-30 dk

3.10. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmanın istatistiksel analizi Number Cruncher Statistical System (NCSS) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı ile yapılmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden (frekans, standart sapma, medyan, ortalama, minimum, yüzde, maksimum) yararlanılmıştır. Nicel veriler için normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım göstermekte olan nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmaları Student T testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin karşılaştırmaları Mann-Whitney U test kullanılarak yapıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin ön test ve son test karşılaştırmalarında Wilcoxon Signed Ranks test kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılması Fisher's Exact testi, Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton testi kullanılarak yapıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Çalışma için “İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı” ile “Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığından 31.03.2022 tarihinde “E-97248701-604.01.02-349584” sayı ile yazılı izin alınmıştır. Aynı zamanda “Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu”ndan 28.03.2022 tarihinde 2022-11 sayı ile etik kurul onayı alınmıştır. Tezin veri girişi, Ulusal Tez merkezi “Lisansüstü Öğrencilerinin Tez Veri Girişi” sitemine 14.12.2023 tarihinde 10597888 Referans numarası ile gerçekleştirilmiştir. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ)’ni geliştirmiş olan Prof. Dr. Özlem ÖRSAL’dan ölçek kullanım onayı alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği’nde görev yapan sağlık personelleri çalışma ile ilgili bilgilendirilmiş ve iş birliği sağlanmıştır. Tüm katılımcılardan araştırmanın amacı ile elde edilen verilerin bilimsel amaçlar için yayınlanacağına dair açıklamaları içeren şekilde Helsinki Bildirgesi’ne göre hazırlanmış yazılı onam alınmıştır (EK-1).

3.12. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ

3.12.1. Güçlü Yönler

- Danışmanlık programının bir model doğrultusunda geliştirilmesi,
- İzlemlerin yapılması,
- Eğitimlerde görsel ve yazılı materyal kullanılması,
- Aylık yapılan görüşmeler ile motivasyon ve bilgi pekiştirme sağlanması ve soruların birebir yanıtlanması,

3.12.2. Sınırlı Yönler

- Araştırmanın tek bir merkezde yürütülmesi
- Randomize edilememesi
- Veriler sadece örneklem grubunu yansıtır, genellenemez.



4. BULGULAR

18-45 yaş aralığındaki primipar kadınlara doğum sonu dönemde Transteoretik modele dayalı motivasyonel görüşme yöntemiyle sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının kontrasepsif yöntem kullanımına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmış bulunan araştırmadan elde edilen bulgular dört başlık altında değerlendirilmiştir.

4.1. Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklere İlişkin Bulgular

4.2. Kontraseptif Yöntem Bilgi ve Kullanımı ile Aile Planlaması Tutum Ölçeğine İlişkin Bulgular ile Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi Sonuçlarına İlişkin Bulgular

4.3. Girişim Grubunun Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi ve Değişim Aşamaları Değerlendirme Testi sonuçlarına İlişkin Bulgular

4.4. Doğum Sonrası 12 Aylık İzlem Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.1.SOSYODEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1 ve Tablo 4.2’de gösterilmektedir.

Tablo 4.1: Gruplara Göre Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

		Girişim (n=26) n (%)	grubu Kontrol (n=43) n (%)	grubu p
Yaş (yıl)	<i>Ort±Ss</i>	27,58±4,99	26,98±5,21	^a 0,639
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	26,5 (21-42)	27 (18-40)	
Eğitim durumu	Okuryazar	0 (0)	2 (4,7)	^b 0,486
	İlköğretim	7 (26,9)	18 (41,9)	
	Lise	9 (34,6)	9 (20,9)	
	Üniversite	9 (34,6)	13 (30,2)	
	Yüksek lisans	1 (3,8)	1 (2,3)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	16 (61,5)	34 (79,1)	^c 0,114
	Çalışıyor	10 (38,5)	9 (20,9)	
Evlilik süresi (yıl)	<i>Ort±Ss</i>	2,77±2,66	3,37±3,49	^d 0,319
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	2 (1-12)	2 (1-17)	
Eş eğitim durumu	Okuryazar	1 (3,8)	2 (4,7)	^b 0,282
	İlköğretim	7 (26,9)	20 (46,5)	
	Lise	11 (42,3)	10 (23,3)	
	Üniversite	7 (26,9)	11 (25,6)	
Eş çalışma durumu	Çalışmıyor	0 (0)	1 (2,3)	^e 1,000
	Çalışıyor	26 (100)	42 (97,7)	
Aile tipi	Geniş aile	5 (19,2)	7 (16,3)	^c 0,568
	Çekirdek aile	21 (80,8)	36 (83,7)	
Gelir durumu	Gelir giderden az	1 (3,8)	11 (25,6)	^b 0,038*
	Gelir gidere eşit	22 (84,6)	30 (69,8)	
	Gelir giderden fazla	3 (11,5)	2 (4,7)	
Eş ile akrabalık durumu	Yok	22 (84,6)	34 (79,1)	^c 0,753
	Var	4 (15,4)	9 (20,9)	
Kronik hastalık durumu	Yok	20 (76,9)	35 (81,4)	^c 0,654
	Var	6 (23,1)	8 (18,6)	

^aStudent T Test

^bFisher Freeman Halton Test

^cPearson Chi-Square Test

^dMann Whitney U Test

^eFisher’s Exact Test

*p<0,05

Yaş ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Eğitim ve çalışma durumları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Evlilik süresine göre gruplar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Eş eğitim durumu ve eş çalışma durumu açısından gruplar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Gruplar arasında aile tipi ve eş ile akrabalık durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Gruplar arasında gelir düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,038$; $p<0,05$). Kontrol grubunda geliri giderden düşük olan olgu oranı girişim grubundan düşük bulunmuştur.

Gruplar Kronik hastalık bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.2: Grupların Obstetrik Öykülerine İlişkin Bulgular

		Girişim (n=26) n (%)	grubu Kontrol (n=43) n (%)	p
İlk adet yaşı (yıl)	<i>Ort±Ss</i>	12,62±0,85	12,84±1,00	^d 0,325
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	13 (11-14)	13 (11-15)	
Adet döngü süresi (gün)	<i>Ort±Ss</i>	29,96±2,62	28,65±1,57	^d 0,032*
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	30 (27-40)	28 (25-32)	
İlk evlilik yaşı (yıl)	<i>Ort±Ss</i>	24,69±5,41	23,77±4,71	^a 0,458
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	24 (16-37)	24 (15-37)	
İlk gebelik durumu	Hayır	9 (34,6)	16 (37,2)	^c 0,828
	Evet	17 (65,4)	27 (62,8)	
İlk gebelik yaşı (yıl)	<i>Ort±Ss</i>	25,65±5,33	25,4±5,12	^a 0,842
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	25 (17-39)	24 (17-39)	
Gebelik sayısı	<i>Ort±Ss</i>	1,69±1,01	1,51±0,74	^d 0,712
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	1 (1-4)	1 (1-4)	
	1 kez	16 (61,5)	26 (60,5)	
	2 kez	4 (15,4)	13 (30,2)	
	≥3 kez	6 (23,1)	4 (9,3)	
Düşük sayısı	<i>Ort±Ss</i>	0,65±0,98	0,49±0,74	^d 0,682
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	0 (0-3)	0 (0-3)	
	Yok	16 (61,5)	27 (62,8)	
	1 kez	5 (19,2)	12 (27,9)	
	≥2 kez	5 (19,2)	4 (9,3)	
Kürtaj durumu	Yok	25 (96,2)	43 (100)	^c 0,195
	Var	1 (3,8)	0 (0)	
İstenmeyen gebelik durumu	Hayır	23 (88,5)	43 (100)	^c 0,048*
	Evet	3 (11,5)	0 (0)	

^aStudent T Test^cPearson Chi-Square Test^dMann Whitney U Test^eFisher's Exact Test

*p<0,05

ilk adet yaşları ve ilk evlilik yaşı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Gruplar adet döngüsü süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,032; p<0,05). Girişim grubunun adet döngü süresi kontrol grubundan daha uzundur.

İlk gebelik olma durumu ve ilk gebelik yaşı açısından gruplar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Her iki grupta gebelik sayısı, düşük sayısı ve kürtaj durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Gebeliğin istenmeme durumu bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,048$; $p<0,05$). Girişim grubundaki istenmeyen gebelik oranı kontrol grubundan yüksektir.



4.2. KONTRASEPTİF YÖNTEM BİLGİ VE KULLANIMI İLE AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ VE KONTRASEPTİF YÖNTEMLERE İLİŞKİN BİLGİ TESTİ SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların kontraseptif yöntem bilgi ve kullanımı ile Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 4.3, Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7 ve Tablo 4.8’de sunulmaktadır.

4.3: Grupların Kontraseptif Yöntemler Hakkındaki Bilgi Durumuna İlişkin Bulgular

			Girişim grubu (n=26) n (%)	Kontrol grubu (n=43) n (%)	p
Kontraseptif yöntem bilgisi olma durumu	Yok	Var	1 (3,8)	4 (9,3)	^e 0,643
Bilinen kontraseptif yöntem sayısı (n=64)	Ort±Ss	Medyan (Min-Mak)	4,92±1,32	5,18±1,55	^d 0,607
Kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgi alınan yerler (n=64)	Medya	Akraba-Komşu	34 (84,0)	57 (69,2)	^e 0,126
		Sağlık Personeli	21 (84,0)	33 (84,6)	^e 1,000
			1 (4,0)	7 (18)	^e 0,915
Doğurganlığın kontrolü için en güvenilir olduğu düşünülen kontraseptif yöntem	Bilmiyorum	Tüp ligasyonu	2 (7,7)	6 (14,0)	^b 0,918
		Ria	2 (7,7)	5 (11,6)	
		Kondom	14 (53,8)	18 (41,9)	
		Geri çekme	3 (11,5)	3 (7,0)	
		Diğer (aylık-üç aylık iğne, deri altı çubuk)	1 (3,8)	3 (7,0)	
		Hiçbiri	3 (11,5)	4 (9,3)	
			1 (3,8)	4 (9,3)	

^aBirden çok seçim yapılmıştır.

^bFisher Freeman Halton Test

^cFisher's Exact Test

^dPearson Chi-Square Test

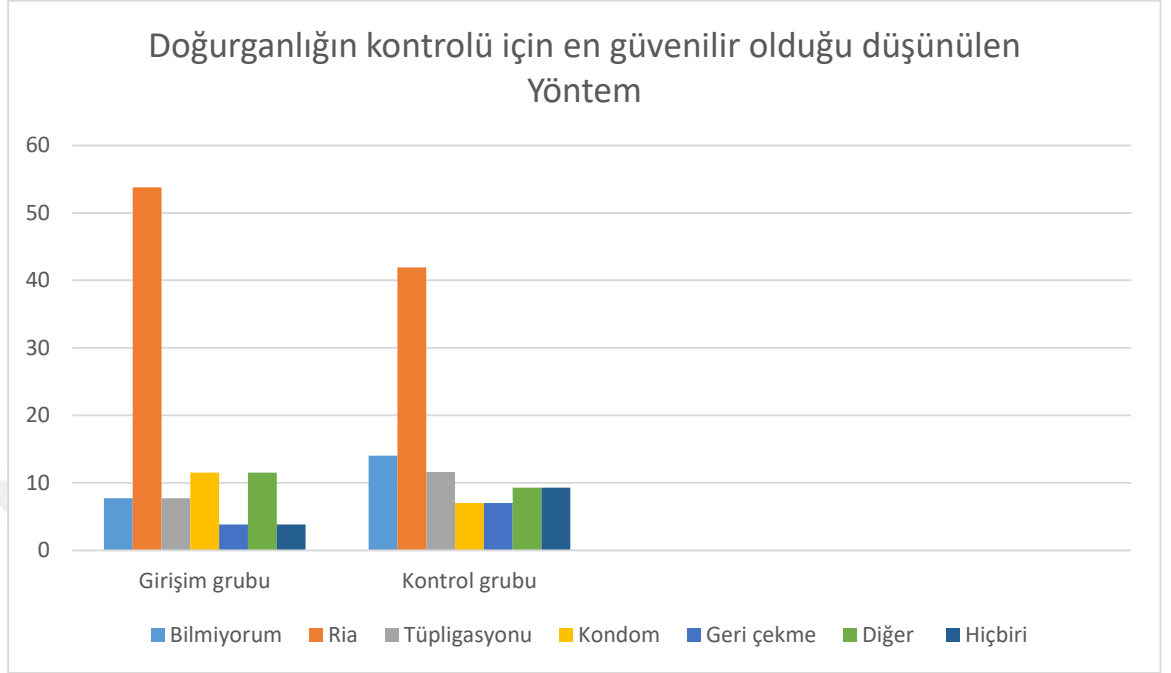
^e**p<0,01

^dMann Whitney U Test

Kontraseptif yöntemler hakkında bilgi sahibi olma durumu ve bilinen kontraseptif yöntem sayısı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

Kontraseptif yöntemler ilgili bilgi alınan yerler gruplara göre değerlendirildiğinde; Medya, Akraba-Komşu ve Sağlık personelinin bilgi alma oranı bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır (p>0,05).

Doğurganlığın kontrolü için en güvenilir olduğu düşünülen kontraseptif yöntemler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).



Şekil 4.1: Doğurganlığın kontrolü için en güvenilir olduğu düşünülen kontraseptif yöntemlere ilişkin dağılım

Tablo 4.4: Grupların Son Gebeliğinden Önce Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumları

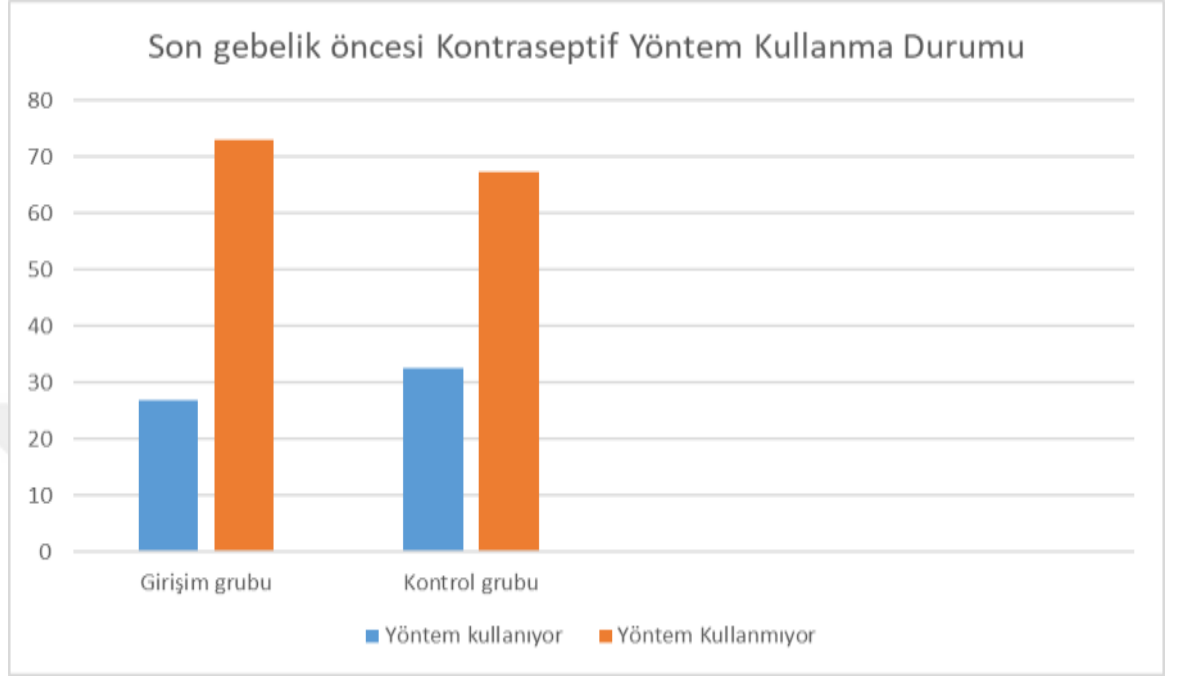
			Girişim grubu (n=26) n (%)	Kontrol grubu (n=43) n (%)	P
Son gebelik öncesi Yok Herhangi bir Var kontraseptif yöntem kullanma durumu			19 (73,1)	29 (67,4)	^c 0,622
			7 (26,9)	14 (32,6)	
Kullanılan kontraseptif yöntem türü (n=21)	Kondom OKS Geri çekme		5 (71,4)	6 (42,9)	^b 0,516
			0 (0)	2 (14,3)	
			2 (28,6)	6 (42,9)	
Bu kontraseptif yöntemi seçme şekli (n=21)	Eş, dosttan duyarak Doktor/Ebe-Hemşire İnternet ortamından		6 (85,7)	11 (78,6)	^b 1,000
			0 (0)	2 (14,3)	
			1 (14,3)	1 (7,1)	
Bu kontraseptif yöntemi bırakma nedeni (n=21)	Yan etki Gebe kaldığı için Eşinin istememesi Gebe kalmak için		0 (0)	1 (7,1)	^b 0,731
			1 (14,3)	0 (0)	
			0 (0)	1 (7,1)	
			6 (85,7)	12 (85,8)	
Kontrasepsiyon hakkında eşle konuşma durumu	Hayır Evet		3 (11,5)	5 (11,6)	^c 1,000
			23 (88,5)	38 (88,4)	
Doğum sonrasında kontraseptif kullanmayı düşünme durumu	Hayır Evet Kararsızım		0 (0)	2 (4,7)	^b 0,708
			26 (100)	40 (93,0)	
			0 (0)	1 (2,3)	

^bFisher Freeman Halton Test^cPearson Chi-Square Test^eFisher's Exact Test

Gruplara göre herhangi bir kontraseptif yöntem kullanma durumu, kullanılan yöntem türü, bu yöntemi seçme şekli ve bu yöntemi bırakma nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Kontraseptif yöntemler hakkında eşle konuşma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Doğum sonrasında kontraseptif yöntem kullanmayı düşünme durumu bakımından gruplar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).



Şekil 4.2: Son Gebelik Öncesi Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumuna İlişkin Dağılım

Tablo 4.5: Aile Planlaması Tutum Ölçeğine Verilen Yanıtların Dağılımı

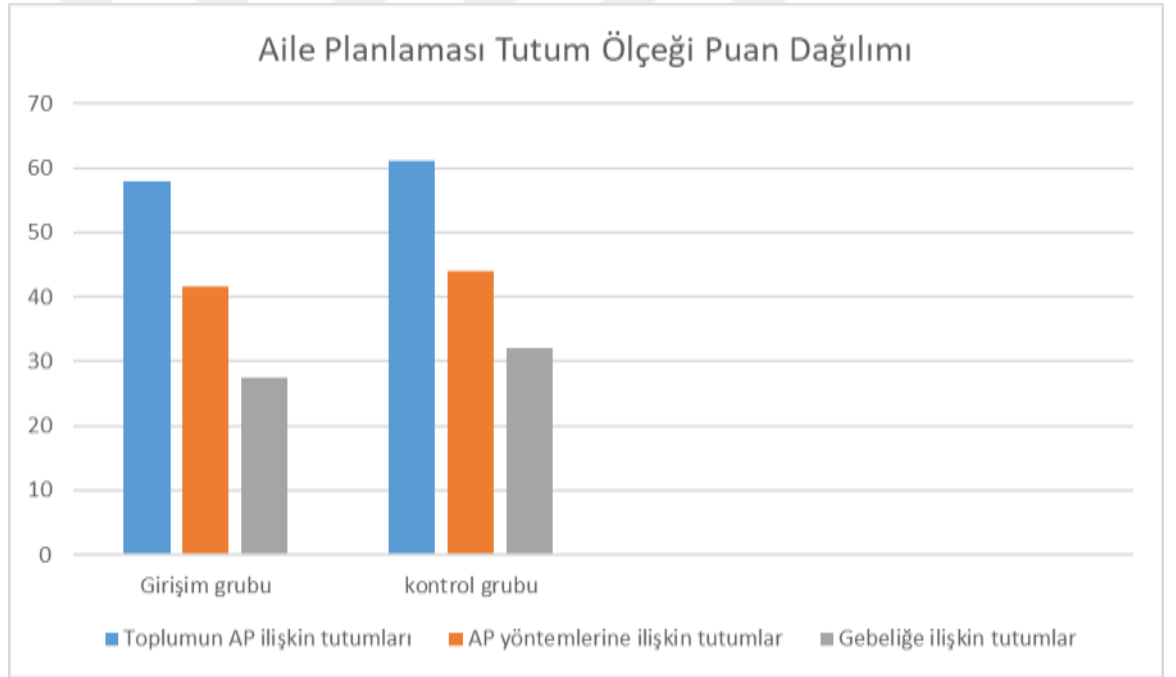
	Tamamen katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir	0	0	2	2,9	3	4,3	39	56,5	25	36,2
2. Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar	0	0	6	8,7	11	15,9	29	42,0	23	33,3
3. Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler	0	0	11	15,9	20	29,0	26	37,7	12	17,4
4. Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur	1	1,4	0	0	12	17,4	30	43,5	26	37,7
5. Ailede çok çocuğun olması, gelecekte kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir	1	1,4	15	21,7	21	30,4	26	37,7	6	8,7
6. Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır	0	0	7	10,1	17	24,6	27	39,1	18	26,1
7. Kadının asli görevi doğurmak özdeyişi doğrudur	1	1,4	0	0	0	0	35	50,7	33	47,8
8. Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır	0	0	1	1,4	4	5,8	41	59,4	23	33,3
9. Doğan her çocuğun rızkını “Allah” verir.	2	2,9	26	37,7	5	7,2	23	33,3	13	18,8
10. Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır	0	0	2	2,9	3	4,3	52	75,4	12	17,4
11. Kaynanalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez	0	0	9	13,0	14	20,3	40	58,0	6	8,7
12. Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir	0	0	0	0	6	8,7	38	55,1	25	36,2
13. Erkek adamın erkek damadı olur	0	0	0	0	1	1,4	45	65,2	23	33,3
14. Erkek adamın erkek çocuğu olur	0	0	0	0	1	1,4	44	63,8	24	34,8
15. Kız çocuk varsa çocuğum var denilir	1	1,4	0	0	2	2,9	45	65,2	21	30,4

16. Spiral baş ağrısı yapar	0	0	0	0	10	14,5	52	75,4	7	10,1
17. Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır.	0	0	0	0	12	17,4	54	78,3	3	4,3
18. Spiralin mideye kaçacağından korkulur	1	1,4	2	2,9	7	10,1	54	78,3	5	7,2
19. Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur	0	0	5	7,2	23	33,3	38	55,1	3	4,3
20. Doğum kontrol yöntemi cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür	0	0	3	4,3	20	29,0	42	60,9	4	5,8
21. Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı / arzusu az olur	0	0	0	0	25	36,2	41	59,4	3	4,3
22. Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur	0	0	0	0	14	20,3	50	72,5	5	7,2
23. Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz	0	0	0	0	24	34,8	41	59,4	4	5,8
24. Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz	0	0	1	1,4	22	31,9	41	59,4	5	7,2
25. Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybeder	0	0	1	1,4	21	30,4	42	60,9	5	7,2
26. Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur / erkekleşir	0	0	0	0	19	27,5	44	63,8	6	8,7
27. İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	0	0	11	15,9	9	13,0	39	56,5	10	14,5
28. İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	1	1,4	11	15,9	10	14,5	36	52,2	11	15,9
29. Gebelik kadını çekici hale getirir	0	0	4	5,8	15	21,7	34	49,3	16	23,2
30. Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir.	0	0	10	14,5	20	29,0	33	47,8	6	8,7
31. Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir	1	1,4	3	4,3	23	33,3	34	49,3	8	11,6
32. Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir	0	0	2	2,9	2	2,9	58	84,1	7	10,1
33. Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir	0	0	0	0	5	7,2	59	85,5	5	7,2
34. Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum	0	0	6	8,7	2	2,9	52	75,4	9	13,0

Olguların APTÖ maddelerine vermiş oldukları yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 4.5’te verilmiştir.

APTÖ “Toplumun aile planlamasına ilişkin tutumu” puanları 44 ile 74 arasında değişkenlik göstermekte olup ortalama $59,91 \pm 8,00$; “Aile planlama yöntemlerine ilişkin tutumlar” puanları 31 ile 55 arasında değişmekte ve ortalama $41,48 \pm 5,21$; “Gebeliğe ilişkin tutumlar” puanları 21 ile 39 arasında değişkenlik göstermekte ve ortalama $30,35 \pm 3,93$ olarak hesaplanmıştır. APTÖ toplam puanları 100 ile 167 arasında değişmekte olup, ortalama $131,74 \pm 14,81$ olarak hesaplanmıştır.

APTÖ alt boyutları için hesaplanan Cronbach’s Alpha değerleri sırasıyla 0,915; 0,948 ve 0,790’dır. Toplam ölçek Cronbach’s Alpha değeri ise 0,946 olup, ölçek yüksek derecede güvenilirdir.



Şekil 4.3: Aile Planlaması Tutum Ölçeği puanlarının dağılımı

Tablo 4.6: Gruplara Göre Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanlarının Dağılımı

			Girişim grubu (n=26) n (%)	Kontrol grubu (n=43) n (%)	P
Toplunun APna ilişkin tutumu	<i>Ort±Ss</i>		58,85±8,04	60,56±8,00	^a 0,393
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>		58 (45-74)	61 (44-74)	
AP yöntemlerine ilişkin tutumlar	<i>Ort±Ss</i>		40,50±4,62	42,07±5,50	^a 0,228
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>		41,5 (33-51)	44 (31-55)	
Gebeliğe ilişkin tutumlar	<i>Ort±Ss</i>		28,54±3,52	31,44±3,78	^a 0,002**
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>		27,5 (23-35)	32 (21-39)	
Toplam puan	<i>Ort±Ss</i>		127,88±13,55	134,07±15,20	^a 0,093
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>		126,5 (104-153)	136 (100-167)	

^aStudent T Test

**p<0,01

Her iki grup arasında toplumun aile planlamasına ilişkin tutum puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

Aile planlama yöntemlerine ilişkin tutum puanları bakımından gruplar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedirler (p>0,05).

Gebeliğe ilişkin tutum puanları bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,002; p<0,01). Girişim grubunun puanları kontrol grubundan daha düşük hesaplanmıştır.

APTÖ toplam puanları bakımından gruplar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 4.7: Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testinin ön-son test Sonuçları

	Ön test				Son test			
	Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Aile planlaması istenen sayıda çocuğa sahip olmak için gereklidir.	55	79,7	14	20,3	62	89,9	7	10,1
2. İki yıldan kısa aralıklarla gerçekleşen gebelikler anne ve bebek sağlığı açısından risk oluşturmaktadır.	54	78,3	15	21,7	62	89,9	7	10,1
3. Gebelikten korunma sorumluluğu sadece kadına aittir.	2	2,9	67	97,1	0	0	69	100
4. Kişi gebelikten korunma yöntemlerinin hangisinin kendine uygun olduğunu sağlık personeline danışmalıdır.	68	98,6	1	1,4	69	100	0	0
5. Herhangi bir gebelikten korunma yönteminin kullanımı sırasında bazı yan etkilerin ortaya çıkması bireyin başka bir yöntem kullanamayacağı anlamına gelmez.	68	98,6	1	1,4	69	100	0	0
6. Herkesin yaşam biçimi ve genel sağlık durumuna uygun bir gebelikten korunma yöntemi vardır.	69	100	0	0	69	100	0	0
7. Doğum sonrası süreçte annenin bebeğini emziriyor olması gebelikten korur.	9	13,0	60	87,0	9	13,0	60	87,0
8. Doğum sonrası süreçte kadın yeniden adet görmeye başladığında bir gebeliği önleyici yöntem kullanmalıdır.	65	94,2	4	5,8	68	98,6	1	1,4
9. Bebeğini emziren annelerin de güvenle kullanabileceği gebelikten korunma yöntemleri vardır.	69	100,0	0	0	69	100	0	0
10. Eğer istenirse doğumun hemen ardından başlanabilecek gebeliği önleyici yöntemler vardır.	67	97,1	2	2,9	69	100	0	0

Olguların Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi sorularına vermiş oldukları yanıtlara ilişkin ayrıntılı dağılım Tablo 4.7’de verilmiştir. Test 10 maddeden oluşmaktadır ve cevaplar doğru-yanlış şeklindedir.

Tablo 4.8: Gruplara Göre Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi Puanlarının Dağılımı

KYİBTP		Girişim (n=26)	grubu	Kontrol (n=43)	grubu	P
		n (%)		n (%)		
Ön test puanı	<i>Ort±Ss</i>	9,23±0,82		9,35±0,90		^d 0,380
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	9 (7-10)		10 (7-10)		
Son test puanı	<i>Ort±Ss</i>	9,96±0,20		9,47±0,83		^d 0,002**
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	10 (9-10)		10 (7-10)		
p		^f 0,001**		^f 0,212		
Fark (Son test-İlk test)	<i>Ort±Ss</i>	0,73±0,83		0,12±0,59		^d 0,001**
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	1 (0-3)		0 (-2-2)		
^d Mann Whitney U Test		^f Wilcoxon Signed Ranks Test		**p<0,01		

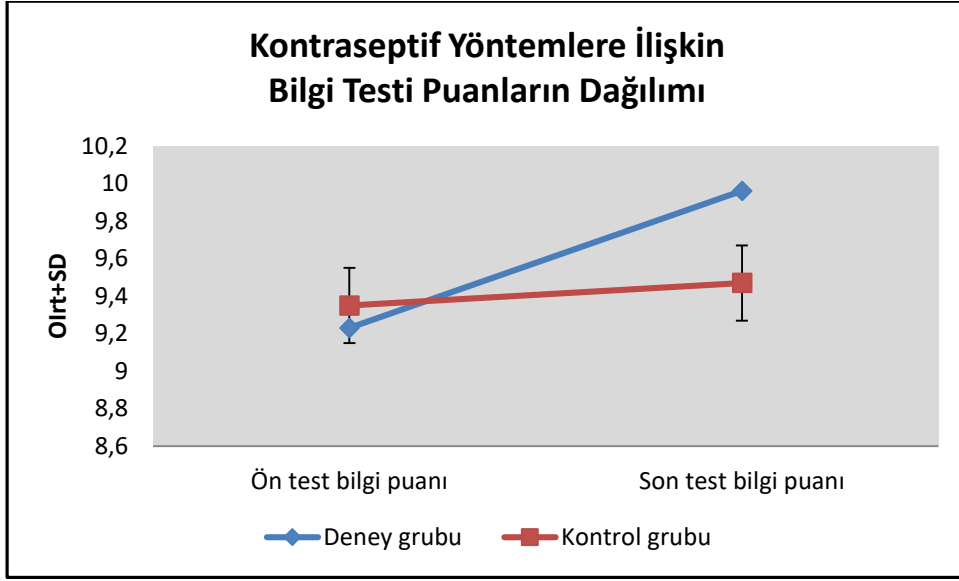
KYİBT ön test puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

KYİBT son test puanları bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,002; p<0,01). Girişim grubunun puanları kontrol grubundan yüksektir.

Girişim grubunda: Ön teste göre son test puanlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001; p<0,01).

Kontrol grubunda: Ön teste göre son test puanlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

KYİBT puanlarındaki değişim bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,001; p<0,01).



Şekil 4.4: Gruplara Göre Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi Puanlarının Dağılımı

4.3. GİRİŞİM GRUBUNUN TRANSTEORETİK MODELE DAYALI KONTRASEPTİF YÖNTEM DANIŞMANLIĞINA ÖZGÜ ÖZ YETERLİLİK TESTİ VE DEĞİŞİM AŞAMALARI DEĞERLENDİRME TESTİ SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Girişim grubunun transteoretik modele dayalı kontraseptif yöntem danışmanlığına özgü öz yeterlilik testi ve değişim aşamaları değerlendirme testi sonuçlarına ilişkin bulguları Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11, Tablo 4.12 ve Tablo 4.13’de sunulmaktadır.

Tablo 4.9: Girişim grubunun Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi Sonuçlarına ilişkin Bulgular

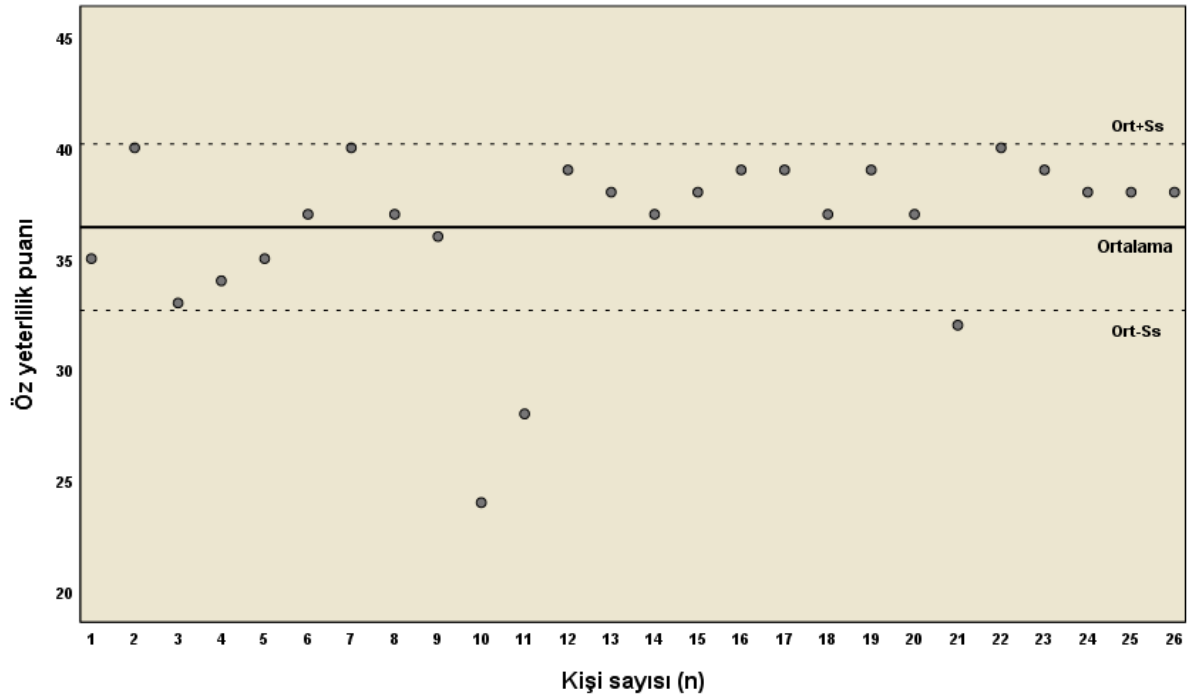
Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi	Katılıyorum		Kısmen katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
	N	%	n	%	n	%	n	%
1. Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bir bilgi ile karşılaştığımda bu çok fazla ilgimi çekmez	3	11,5	1	3,8	4	15,4	18	69,2
2. Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bir yeni bir bilgi ile karşılaştığımda bu ilgimi çeker ve öğrenmek isterim	20	76,9	5	19,2	1	3,8	0	0
3. Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bir sağlık profesyoneli bana danışmanlık vermek isterse memnuniyetle kabul ederim	22	84,6	4	15,4	0	0	0	0
4. Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bir sağlık profesyoneli bana danışmanlık verdiğinde dikkatle dinlerim	24	92,3	2	7,7	0	0	0	0
5. Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bir sağlık profesyoneli bana danışmanlık verdiğinde sorular sorar kendim için en uygun yöntemi seçmeye çaba gösteririm	24	92,3	2	7,7	0	0	0	0
6. Gebeliği önleyici yöntemlerin etkinliği konusunda bir tereddüt yaşarsam yöntem kullanmaktan vazgeçmek yerine sorular sorarak tereddütlerimi gidermeye çaba sarf ederim	24	92,3	1	3,8	0	0	1	3,8
7. Seçtiğim gebeliği önleyici yöntem ile ilgili yan etkiler fark ettiğimde hemen sağlık kuruluşuna başvurur sonrasında kendim için uygun olan başka bir yöntem seçerim	23	88,5	0	0	3	11,5	0	0
8. İki yıldan sık aralıklarla gerçekleşen doğumların anne ve bebek sağlığı açısından riskli olduğunu bilir, seçtiğim gebelikten korunma yönteminin kullanımı konusunda kararlılık gösteririm	20	76,9	4	15,4	2	7,7	0	0
9. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile ilgili yakın çevremden olumsuz bir geribildirim alırsam bu benim motivasyonumu olumsuz etkilemez	4	15,4	6	23,1	10	38,5	6	23,1
10. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı sırasında karşılaşıcağım güçlüklerle baş etmeye yetecek güç ve kararlılığa sahibim	25	96,2	1	3,8	0	0	0	0

Girişim grubu olguların Öz Yeterlilik Testi maddelerine vermiş oldukları yanıtlara ilişkin ayrıntılı dağılım Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.10: Girişim grubunun Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Puanlarına ilişkin Bulgular

	Öz yeterlilik puanı
Soru sayısı	10
Ort±Ss	36,42±3,75
Medyan (Min-Mak)	37,5 (24-40)
Cronbach’s Alpha	0,807

Girişim grubu olguların öz yeterlilik puanları 24 ile 40 arasında değişkenlik göstermekte ve ortalama $36,42 \pm 3,75$ olarak hesaplanmıştır. Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi için hesaplanan Cronbach Alpha değeri 0,807 olup, oldukça güvenilirdir.



Şekil 4.5: Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Puanlarının Dağılımı

Tablo 4.11: Girişim grubunun Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi Sonuçlarının, 12.ayda Seçilmiş Olan Kontraseptif Yöntem Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

		Girişim Grubu		p
		İzlem Yöntem	Sonunda Kullanılan	
		Geleneksel (n=7)	Modern (n=17)	
Öz Yeterlilik Testi	<i>Ort±Sd</i>	35,14±5,49	36,88±3,03	0,534
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	37 (24-40)	38 (28-40)	

Mann Whitney U test

Girişim grubunda; 12 ayda kullanılan yöntemlerden geleneksel ve modern olması durumuna göre öz yeterlilik test sonuçları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

4.3.4: Girişim grubunun Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığı Öncesi Değişim Aşamaları Değerlendirme Testine İlişkin Bulguları

Tablo 4.12: Kontraseptif Yöntem Danışmanlığı Hakkında Verilen Yanıtlara İlişkin Bulgular

Değişim aşaması	(n=26)	n	%
Kontraseptif yöntem danışmanlığı hakkında			
Düşünme öncesi	Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşünmeme rağmen gelecek 6 ay içerisinde bu konuda bilgi almayı düşünmüyorum	0	0
Düşünme	Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için gelecek 6 ay içerisinde bu konuda bilgi almayı düşünüyorum	5	19,2
Hazırlık	Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için bu konuda bilgi almayı planlıyorum	18	69,3
Hareket	Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için gebeliğimin son günlerinde bu konuda bilgi edindim	2	7,7
Sürdürme	Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için gebeliğim boyunca bu konuda bilgi edindim ve bilgi edinmeye devam edeceğim	1	3,8

Girişim grubu olgulara **kontraseptif yöntem danışmanlığı hakkındaki** fikirleri sorulduğunda; %19,2'i (n=5) "Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için gelecek 6 ay içerisinde bu konuda bilgi almayı düşünüyorum" ifadesini; %69,3'ü (n=18) "Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için bu konuda bilgi almayı planlıyorum" ifadesini; %7,7'si (n=2) "Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için gebeliğimin son günlerinde bu konuda bilgi edindim" ifadesini ve %3,8'i (n=1) "Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için gebeliğim boyunca bu konuda bilgi edindim ve bilgi edinmeye devam edeceğim" ifadesini onaylamıştır.

Tablo 4.13: Kontraseptif Yöntem Kullanımı Hakkında Verilen Yanıtlara İlişkin Bulgular

Değişim aşaması	(n=26)	n	%
-Kontraseptif yöntem kullanımı hakkında			
Düşünme öncesi	En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olmama rağmen doğum sorası 6 ay boyunca bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayı düşünmüyorum	0	0
Düşünme	En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğumdan doğum sorası 3.aydan sonra bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayı düşünüyorum	6	23,1
Hazırlık	En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğum için doğum sorası gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi alarak kendime uygun olan bir yöntemi seçmeyi planlıyorum	19	73,1
Hareket	En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğum için doğum öncesinde bilgi alarak gebeliği önleyici yöntem kullanmaya karar verdim	1	3,8
Sürdürme	En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğum için, gebeliğim öncesinde 1 yıldan uzun süre kullanmış olduğum gebeliği önleyici yöntemi kullanmaya devam edeceğim	0	0

Girişim grubu olgulara **kontraseptif yöntem kullanımı hakkındaki** fikirleri sorulduğunda; %23,1'i (n=6) "En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğumdan doğum sorası 3.aydan sonra bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayı düşünüyorum" ifadesini; %73,1'i (n=19) "En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğum için doğum sorası gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi alarak kendime uygun olan bir yöntemi seçmeyi planlıyorum" ifadesini ve %3,8'i (n=1) "En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğum için doğum öncesinde bilgi alarak gebeliği önleyici yöntem kullanmaya karar verdim" ifadesini onaylamıştır.

4.4. DOĞUM SONRASI 12 AYLIK İZLEM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların doğum sonrası 12 aylık izlem özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.14 ve Tablo 4.15’de sunulmaktadır.

Tablo 4.14: Gruplara Göre Doğum Sonrası 12 Aylık İzlem Sonucunda Yöntem Seçimine İlişkin Bulgular

		Girişim grubu (n=26)	Kontrol grubu (n=43)	p
		n (%)	n (%)	
6.ayda kontraseptif yöntem kullanma durumu	Kullanmıyor	6 (23,1)	14 (32,6)	^c 0,400
	Kullanıyor	20 (76,9)	29 (67,4)	
•Kullanılan kontraseptif yöntemler (n=49)	Geri çekme	7 (35,0)	20 (69,0)	^c 0,019*
	Kondom	9 (45,0)	8 (27,6)	^c 0,208
	Ria	3 (15,0)	1 (3,4)	^c 0,291
	Diğer (mini hap; 3 aylık iğne)	1 (5,0)	1 (3,4)	^c 1,000
12.ayda kontraseptif yöntem kullanma durumu	Kullanmıyor	2 (7,7)	14 (32,6)	^c 0,018*
	Kullanıyor	24 (92,3)	29 (67,4)	
•Kullanılan yöntemler (n=53)	Geri çekme	7 (29,2)	19 (65,5)	^c 0,008**
	Kondom	9 (37,5)	9 (31,0)	^c 0,621
	Ria	8 (33,3)	1 (3,4)	^c 0,007**
	Diğer (mini hap; OKS, takvim yöntemi)	2 (8,3)	1 (3,4)	^c 0,584

•Birden çok seçim yapılmıştır.

^cPearson Chi-Square Test

^dMann Whitney U Test

^eFisher’s Exact Test

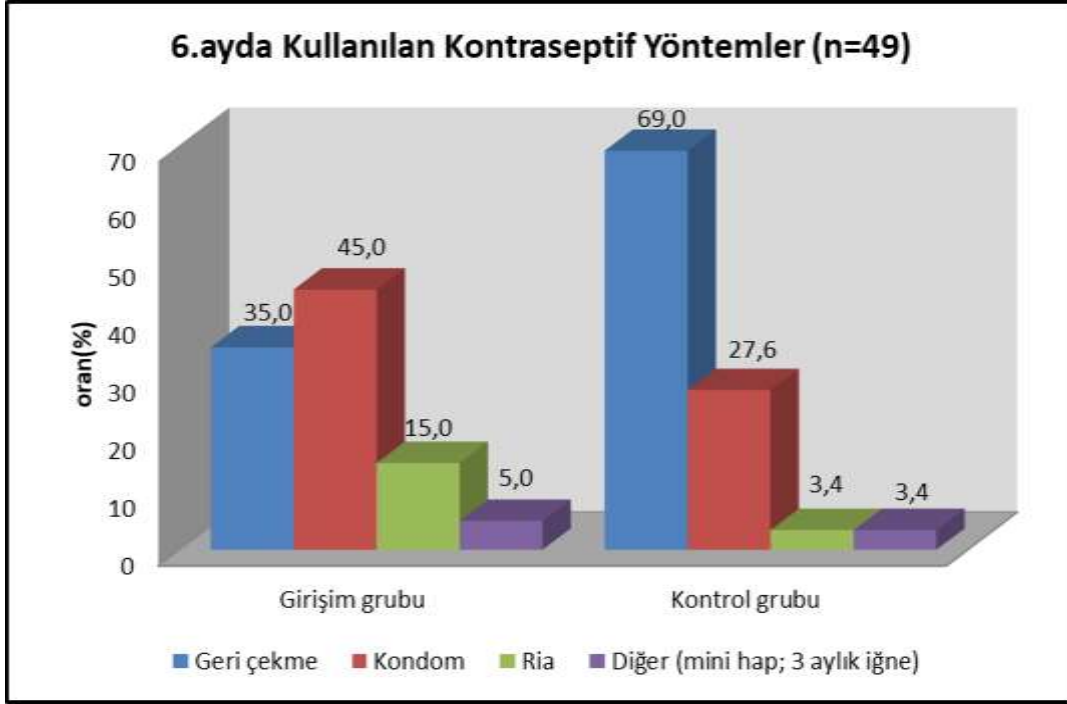
*p<0,05

**p<0,01

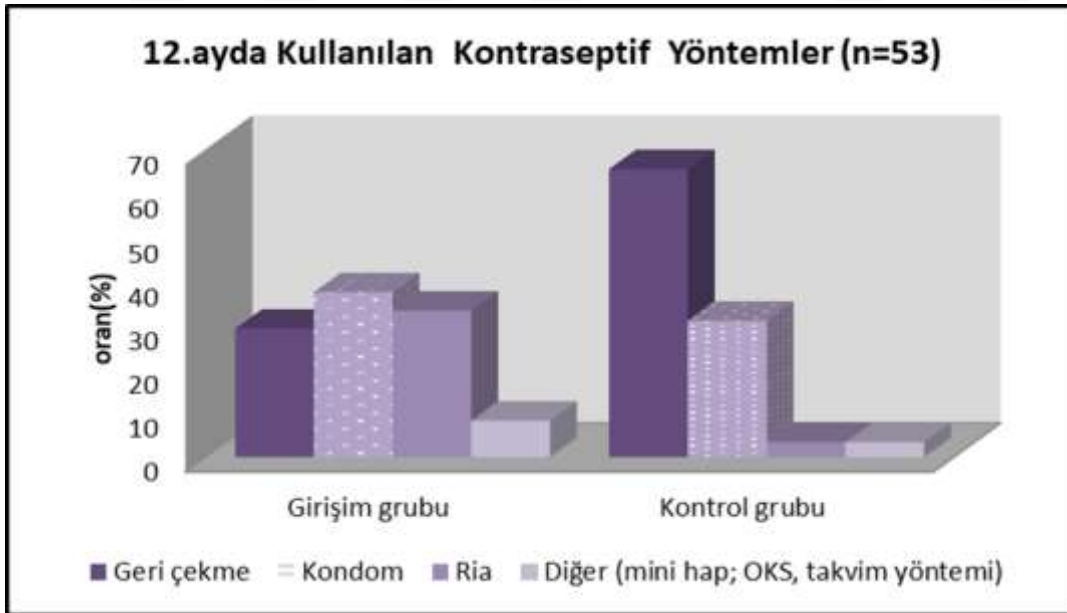
6.ayda kullanılan kontraseptif yöntemler değerlendirildiğinde; kontrol grubunda geri çekme yöntemini kullanma oranı girişim grubundan yüksek bulunmuştur (p=0,019; p<0,05). Kondom, RİA ve diğer yöntemleri kullanma durumuna göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

12.ayda kullanılan kontraseptif yöntemler değerlendirildiğinde; kontrol grubunda geri çekme yöntemini kullanma oranı girişim grubundan yüksek bulunmuştur (p=0,008; p<0,01). Girişim grubunda ria kullanma oranı kontrol grubundan yüksek hesaplanmıştır (p=0,007;

$p<0,01$). Kondom ve diğer yöntemleri kullanma durumları bakımından gruplar anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).



Şekil 4.6: 6. Ayda kullanılan kontraseptif yöntemler



Şekil 4.7: 12. Ayda kullanılan kontraseptif yöntemler

Tablo 4.15: Gruplara Göre Doğum Sonrası 12 Aylık İzlem Sonucunda Kontraseptif Yöntem Kullanımına Başlamaya İlişkin Bulgular

Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumları			Girişim grubu (n=26) n (%)	Kontrol grubu (n=43) n (%)	P
Kontraseptif Yöntem	Yöntem	Ort±Ss	4,67±1,93	4,42±1,75	^d 0,637
Kullanımına başlama zamanı (ay) (n=55)	başlama	Medyan (Min-Mak)	4 (2-9)	4 (3-10)	
6.ayda kontraseptif yöntem kullanma durumu	Kullanmıyor		6 (23,1)	14 (32,6)	^c 0,400
	Kullanıyor		20 (76,9)	29 (67,4)	
12.ayda kontraseptif yöntem kullanma durumu	Kullanmıyor		2 (7,7)	14 (32,6)	^c 0,018*
	Kullanıyor		24 (92,3)	29 (67,4)	
	Medyan (Min-Mak)		12 (2-12)	8 (6-12)	

▪Birden çok seçim yapılmıştır.

^cPearson Chi-Square Test

^dMann Whitney U Test

^eFisher's Exact Test

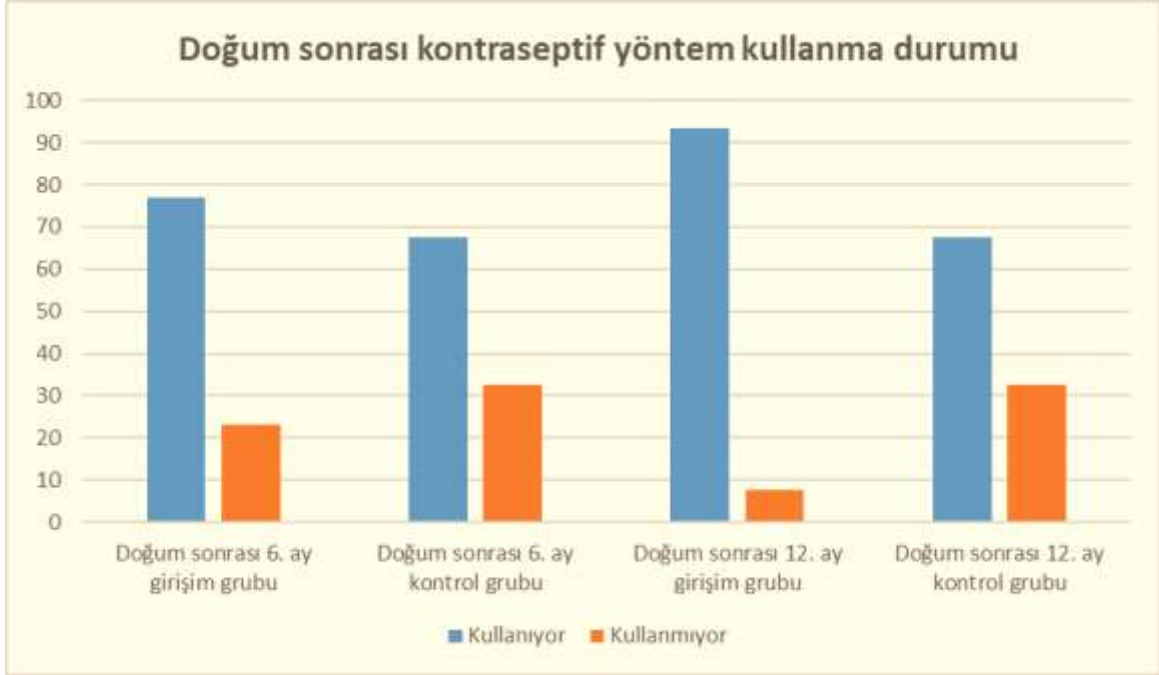
*p<0,05

**p<0,01

Gruplara göre kontraseptif yöntem kullanımına başlama zamanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

Doğum sonrası 6.ayda kontraseptif yöntem kullanma oranları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Doğum sonrası 12.ayda kontraseptif yöntem kullanma oranları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,018; p<0,05). Girişim grubunda kontraseptif yöntem kullanma oranı kontrol grubundan yüksek hesaplanmıştır.



Şekil 4.8: Doğum Sonrası Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumuna İlişkin Dağılım

5. TARTIŞMA

18-45 yaş aralığındaki primipar kadınlara doğumsonu dönemde Transteoretik modele dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının kontrasepsif yöntem kullanımına etkisini değerlendirmek amacıyla yürütülen bu çalışmadan elde edilen bulgular dört ana başlık altında tartışılmıştır.

5.1.Sosyodemografik ve obstetrik özelliklere ilişkin bulguların tartışılması

5.2. Kontraseptif yöntem bilgi ve kullanımı ile aile planlaması tutum ölçeğine ilişkin bulgular ilekontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi testi sonuçlarına ilişkin bulguların tartışılması

5.3. Girişim grubunun transteoretik modele dayalı kontraseptif yöntem danışmanlığına özgü öz yeterlilik testi ve değişim aşamaları değerlendirme testi sonuçlarına ilişkin bulguların tartışılması

5.4. Doğum sonrası 12 aylık izlem özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

5.1. SOSYODEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Girişim ve kontrol grubunda bulunan kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması, eğitim, çalışma durumu, evlilik süresi, eş eğitim ve çalışma durumu, aile tipi, eş ile akrabalık, kronik hastalık durumu bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Girişim ve kontrol grubunda bulunan kadınların bu özelliklerinin benzer bulunması sonuçlarının etkilenmemesi bakımından önem arz etmektedir ($p>0,05$ Tablo 4.1).

Turan ve Koruk (2023) Erken postpartum dönemde bulunan kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada katılımcıların yaş ortalamaları 28.17 ± 5.42 'dir. Tatar (2023) Tele sağlık destekli sundukları doğurganlığın düzenlenmesi danışmanlığının gebeliği önleyici yöntem kullanımına etkisini araştırdıkları çalışmada; deney grubunda bulunan kadınların yaş ortalamaları $26,7\pm4,18$ ve kontrol grubundakilerin yaş ortalamaları $24,8\pm4,24$ olarak bildirilmiştir. Bor, Ataman (2020)

18-24 yaş grubu evli kadınlara sağlık inanç modeline dayalı olarak verilen eğitimin üreme sağlığı tutum ve aile planlamasına yönelik tutumlarını değerlendirmek üzere yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 25.9 ± 4.5 olarak bulunmuştur. Alp, Yılmaz ve diğ. (2018) yeni doğum yapmış olan annelerin doğum sonrası dönemde tercih ettikleri kontraseptif yöntemleri inceledikleri çalışmalarında katılımcıların yaş ortalamaları $26,5 \pm 5.6$ (17–42) olarak bildirilmiştir. Eryılmaz ve Ege'nin (2016) Doğum sonrası dönemde bulunan kadınların AP konusundaki tutumları ve ilişkili faktörlerin incelenmesi konusunda yapmış oldukları çalışmalarında katılımcıların yaş ortalaması $26,30 \pm 5,60$ olarak hesaplanmıştır. Demirelöz, Akyüz (2016) doğum sonu dönemde bulunan kadınların modern AP gereksinimleri ve ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmasında katılımcıların yaş ortalamaları 29.3 ± 4.7 olarak hesaplanmıştır. Kocaöz ve diğ. (2013) Antenatal izlemler nedeniyle hastaneye başvuran kadınların gebelik öncesinde kullandığı ve doğum sonrası dönemde kullanmayı tercih ettiği kontraseptif yöntemleri inceledikleri çalışmalarında katılımcıların yaş ortalamaları 27.51 ± 4.94 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre girişim grubundaki kadınların yaş ortalaması $27,58 \pm 4,99$ kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması $26,98 \pm 5,21$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.1). Bu araştırmanın sonuçları ile literatür benzerlik göstermektedir.

Turan ve Koruk (2023) araştırmalarında kadınların %62.1'inin herhangi bir eğitim düzeyini tamamlamamış oldukları bildirilmiştir. Tatar (2023) araştırmasında katılımcıların %42,9'u ilköğretim, %37,1'i ortaöğretim, %20'si ise üniversite mezunu olarak bulunmuştur. Eryılmaz ve Ege'nin (2016) çalışmalarında kadınların %84,9'unun ilköğretim mezunu oldukları tespit edilmiştir. Demirelöz, Akyüz (2016) çalışmasında kadınların % 69.7'sinin lise ve üzeri eğitim görmüş olduğu bildirilmiştir. Duman, Büyükkayacı ve Yılmazel (2014) ev ziyaretleri yoluyla doğum sonrası dönemde sunulan Aile planlaması danışmanlığının etkili AP yöntemi kullanımına etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmalarında katılımcıların %64,3'ü lise ve üzerinde eğitime sahip olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre girişim grubunda bulunan kadınların %3,8'i yüksek lisans, %34,6'sı üniversite, %34,6'sı lise, %26,9'u ilköğretim mezunu, kontrol grubundaki kadınların ise %2,3'ü yüksek lisans, %30,2'si üniversite, %20,9'u lise, %41,9'u ilköğretim, %4,7'si okur-yazar olarak bulunmuştur (Tablo 4.1). Bu araştırmanın sonuçları ile literatür farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin araştırma yapılan yerlerin farklı sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyeleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Turan ve Koruk (2023) yapmış oldukları çalışmalarında kadınların % 96.7'sinin herhangi bir işte çalışmıyor olduklarını bildirmişlerdir. Tatar (2023) araştırmasında katılımcıların %22,9'unun gelir getirmekte olan bir işte çalışmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bor, Ataman (2020) çalışmasında kadınların %93,7'sinin, Eryılmaz ve Ege (2016) çalışmalarında %94,1'inin çalışmadığı bilgisine ulaşılmıştır. Demirelöz, Akyüz (2016) çalışmasında kadınların %62.8'inin ev hanımı olup, % 24.5'inin ise sigortalı herhangi bir işte çalışmakta olduğu bildirilmiştir. Kocaöz ve diğ. (2013) yaptıkları çalışmada katılımcıların %26.2'sinin bir işte çalışmakta olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre girişim grubundaki kadınların %38,5'i, kontrol grubundaki kadınların ise %20,9'u herhangi bir işte çalışmaktadır (Tablo 4.1). Bu araştırmanın sonuçları ile literatür farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin araştırmaların yapıldığı yerlerin farklı sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyelerine sahip olmaları olduğu düşünülebilir.

Araştırma sonuçlarına göre; katılımcıların gelir durumlarını girişim grubunda %3,8 gelir giderden az, %84,6'sı gelir gidere eşit, %11,5'i ise gelir giderden fazla, kontrol grubunda katılımcıların %25,6'sı gelir giderden az, %69,8'i gelir gidere eşit, %4,7'si ise gelir giderden fazla olarak ifade ettikleri görülmüştür. Kontrol grubunda geliri giderden düşük olan olgu oranı girişim grubundan yüksek bulunmuş ve gruplar arasında gelir düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,038$; $p<0,05$, Tablo 4.1). Tatar (2023) çalışmasında katılımcıların %58,6 gelirinin giderine eşit, %34,3'ünün ise gelirinin giderinden az olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bor, Ataman (2020) çalışmasında kadınların %77,7'si gelirlerinin giderlerinden az olduğunu ifade etmiştir. Çıtak, Bilgin ve Tokur, Kesgin (2020) çalışan kadınlarda aile planlaması ve acil kontrasepsiyona yönelik bilgi ve tutumları inceledikleri çalışmalarında katılımcıların %51,5'ünün geliri giderinden az, %37,9'unun geliri giderine eşit, %10,7'sinin ise geliri giderinden fazla olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmanın sonuçları ile literatür farklılık göstermektedir. Tatar (2023), Bor, Ataman (2020) , Çıtak, Bilgin ve Tokur, Kesgin (2020) çalışmalarında katılımcıların yarıdan fazlasının gelirlerinin giderlerinden az olduğunu ifade ettikleri görülmektedir. Bunun nedeninin araştırmaların Türkiye'nin farklı bölge ve şehirlerinde, farklı sosyoekonomik düzeylerdeki kadınlar ile yapılmış olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir

Çalışmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki kadınların ilk adet yaşları, ilk evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, İlk gebeliğini yaşıyor olma, gebelik sayısı, düşük sayısı ve kürtaj yaşama durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Girişim ve kontrol grubundaki

kadınların bu obstetrik özelliklerinin benzer bulunmuş olması sonuçların etkilenmemesi bakımından önemlidir ($p>0,05$ Tablo 4.2).

Turan ve Koruk (2023) yapmış oldukları çalışmalarında kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması 4.2 ± 2.4 'tür. Alp, Yılmaz ve diğ. (2018) çalışmalarında katılımcıların ortalama gebelik sayısını $2.4+1.3$ olarak bulmuşlardır. Yücel ve diğ. (2018) İki yaş altında çocuğu bulunan üreme çağındaki kadınların kontraseptif yöntem kullanımları ve yöntemi temin ettikleri hizmet kaynaklarını inceledikleri çalışmalarında katılımcıların ortalama gebelik sayısı 2.2 ± 1.5 olarak bulunmuştur. Demirelöz, Akyüz (2016) çalışmasında kadınların ortalama gebelik sayısı 2.82 ± 1.15 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada katılımcıların ortalama gebelik sayıları girişim grubunda $1,69\pm1,01$, kontrol grubunda ise $1,51\pm0,74$ olarak hesaplanmıştır. TNSA 2018 raporuna göre toplam doğurganlık hızı kadın başına 2,3 olarak bildirilmiştir (TNSA, 2018). Bu araştırmanın sonuçları ile literatür farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin araştırmaya dahil edilme kriterlerinden birinin primipar olma şartı olarak belirlenmesi ve bu nedenle araştırma kapsamına alınan kadınların gebelik sayılarının literatürdeki multipar katılımcılarla yapılan araştırmalara kıyasla daha düşük olması olarak söylenebilir.

Gruplara göre daha önce istenmeyen gebelik yaşamış olma durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,048$; $p<0,05$ Tablo 4.2). Girişim grubunun daha önce istenmeyen gebelik yaşamış olma oranı %11,5 bulunmuş iken kontrol grubunda bulunan kadınların daha önce hiç istenmeyen gebelik yaşamadıkları görülmüştür (Tablo 4.2). Girişim grubundaki istenmeyen gebelik yaşama oranı kontrol grubundan yüksektir. Turan ve Koruk (2023) çalışmalarına göre; kadınların %20,2'sinin en az bir kez plansız gebelik yaşamıştır. Öner (2019) evli kadınların doğurganlık ve AP yönelik tutumları ile kontraseptif yöntem kullanma niyetleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapmış olduğu çalışmasında katılımcıların %36,7'sinin yaşamlarında en az bir kez istenmeyen gebelik yaşadığı bildirilmiştir. Yılmaz, Dogru ve diğ. (2016) kadınların seçtikleri aile planlaması yöntemleri üzerine yaş ve eğitim durumunun etkisini araştırmak amacıyla yaptıkları araştırmalarında kadınların %17,6'sı istenmeyen gebelik deneyimleri bulunduğunu bildirmişlerdir. Demirelöz, Akyüz (2016) çalışmasında katılımcıların %51,9'u hayatında en az bir kez istenmeyen gebelik yaşamıştır. Öztaş (2015) Üreme çağındaki evli kadınların, AP ve kontraseptif yöntemler hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını inceledikleri çalışmalarında katılımcıların %26,1'inin en az bir kez plansız gebelik yaşadıklarını bildirmiştir. Bu araştırmanın sonuçları ile literatür

farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin araştırmaya dahil edilme kriterlerinden birinin primipar olma şartı olarak belirlenmesi ve bu nedenle araştırma kapsamına alınan kadınların istenmeyen gebelik sayılarının literatürdeki multipar katılımcılarla yapılan araştırmalara kıyasla daha düşük olması olduğu düşünülebilir.

5.2. KONTRASEPTİF YÖNTEM BİLGİ VE KULLANIMI İLE AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR İLE KONTRASEPTİF YÖNTEMLERE İLİŞKİN BİLGİ TESTİ SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde girişim ve kontrol gruplarındaki kadınların kontraseptif yöntem bilgisi ve kullanımı ile aile planlaması tutum ölçeğine ilişkin bulgular ile kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi testi sonuçlarına ilişkin bulguların sonuçları tartışılmıştır.

AP, çiftlerin istedikleri zaman ve sayıda çocuğa sahip olmaları veya bireysel öncelikleri, maddi olanakları doğrultusunda sahip olacakları çocuk sayısını ve kendileri için en uygun doğum aralığını belirlemelerine olanak tanıyan uygulamalardır. Tüm bireyler için gönüllü AP ve üreme sağlığı hizmetleri erişimi, bu bireylerin sağlık ile refah düzeylerini destekleme ve korumada, birey, aile ve toplum için sosyal, ekonomik, çevresel katkılar sunmada önemli rol oynar (WHO, 2018).

Kontraseptif yöntemler, anne ve bebek sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratan aşırı doğurganlığı engelleyerek, kadın ve çocuk sağlığı ile birlikte aile ve toplum sağlığının da korunması ve geliştirilmesine sayısız katkı sunmaktadır (Hotun, Şahin, 2016). Üreme çağında bulunan bütün kadınların doğurganlıklarının kontrolünü sağlayabilmeleri için kontraseptif yöntemler hakkında güncel, yeterli ve doğru bilgilerinin bulunması gerekmektedir. Bu anlamda kadınlara sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığı büyük önem arz etmektedir.

Çalışmada girişim ve kontrol grubunda bulunan kadınların kontraseptif yöntemler hakkında bilgi sahibi olma durumları ve bildikleri kontraseptif yöntem sayısı, doğurganlığın kontrolü için en güvenilir olduğu düşünülen kontraseptif yöntem, kontraseptif yöntemler ile ilgili Medya, Akraba-Komşu ve Sağlık personelinin bilgi alma oranı gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$, Tablo 4.3).

Çıtak Bilgin ve Tokur, Kesgin (2020) çalışmalarında katılımcıların %91,8'i kontraseptif yöntemleri duyduğunu ifade etmişlerdir. TNSA 2018 raporun göre; bütün kadınların %97'si,

evli bulunan kadınların ise %99'u herhangi bir modern kontraseptif yöntemi bildiğini ifade etmişlerdir (TNSA, 2018). Bu çalışmada girişim grubunda bulunan katılımcıların %96,2'si, kontrol grubunda bulunan katılımcıların ise %90,7'si kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgisi bulunduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.3). Bu araştırmanın sonuçları ile literatür benzer bulunmuştur.

Gökseven ve diğ. (2020) üreme çağında bulunan kadınların kontrasepsiyon hakkında bilgi düzeyleri, tutum ve davranışlarını inceledikleri araştırmalarında katılımcıların en az bir kontraeptif yöntem ismini bildiği saptanmıştır. TNSA 2018 raporun göre; bütün kadınların ve tamama yakını en az bir kontraseptif yöntem bilmektedir. Kadınların duymuş oldukları kontraseptif yöntem sayısı ortalama sekiz olarak bildirilmiştir (TNSA, 2018). Bu çalışmada girişim grubunda bulunan kadınların bildikleri kontraseptif yöntem sayısı $4,92 \pm 1,32$, kontrol grubundaki kadınların bildikleri kontraseptif yöntem sayısı $5,18 \pm 1,55$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Bu araştırmanın sonuçlarında literatür ile doğru orantılı olarak bilinen kontraseptif yöntem sayısı TNSA verilerinden daha düşüktür.

Eryılmaz ve Ege'nin (2016) yapmış oldukları çalışmalarında, katılımcıların %47,8'inin kontraseptif yöntemler ile ilgili edindikleri bilginin kaynağının sağlık profesyonelleri olduğu bildirilmiştir. Çıtak, Bilgin ve Tokur, Kesgin (2020) çalışmalarında kontraseptif yöntemler hakkında daha önceden bilgi sahibi olduğunu söyleyen katılımcıların %82,4'u sağlık personelinin bilgi edindiğini ifade ederken, %9'u basın yayın organlarından, %8,6'sı ise aile ve arkadaşlardan bilgi aldığını ifade etmişlerdir. Bor, Ataman (2020) çalışmasında kadınların % 21,7'si kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgiyi doktor, ebe ve hemşireden aldığını bildirmiştir. Kocaöz ve diğ. (2013) çalışmalarında katılımcıların kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgiyi %53,8 oranında medya, kitap ve dergi, %43,2 oranında aile üyeleri, %16,6 oranında doktor ve %28,6 oranında hemşire ve ebelerden aldıklarını ifade ettikleri bildirmiştir. Bu çalışmada girişim grubunda bulunan kadınların % 84,0'ü kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgiyi akraba-komşu ve internetten, kontrol grubunda bulunan kadınların ise %84,6'sı akraba komşu kanalıyla edindiklerini bildirmişlerdir. Sağlık Personelinden'den bilgi aldığını söyleyen girişim grubundaki kadın oranı %4, kontrol grubunda ise % 18'dir (Tablo 4.3). Bu araştırmanın sonuçları ile literatür farklılık göstermektedir. Bu çalışmada literatürdeki çalışmalara kıyasla sağlık personelinin kontraseptif yöntem danışmanlığı alma oranı oldukça düşük bulunmuştur. Bunun nedeninin literatürde bulunan araştırmaların İstanbul dışında daha küçük illerde yapılmış olması, bu çalışmanın ise İstanbul ilinde yapılmış olmasına bağlı olarak ulaşım, hizmet

talep yoğunluğu, sağlık personelinin danışanlara ayırabildiği sürenin yetersiz oluşu, maliyet gibi nedenler ile küçük il ve ilçelerde kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerinin daha etkin ve kolay, İstanbul gibi büyük şehirlerde daha zor ve etkinliği düşük olmasına bağlı olduğu düşünülebilir.

Girişim ve Kontrol grubunda bulunan kadınların son gebelikleri öncesinde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanma durumu, kullanılan yöntem türü, bu yöntemi seçme şekli ve bu yöntemi bırakma nedeni ile kontraseptif yöntemler hakkında eşle konuşmuş olma durumu ve doğum sonrasında kontraseptif yöntem kullanmayı düşünme durumları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermemektedir ($p>0,05$, Tablo 4.4).

Turan ve Koruk (2023) yapmış oldukları çalışmalarında kadınların %56.4'ü gebelik öncesi dönemde kontraseptif yöntem kullanmıştır. Özdemir, Gül ve Beydağ (2023) 0-6 aylık bebeği bulunan ve bebeğini sadece anne sütü ile besleyen annelerin kontraseptif yöntem kullanma niyetlerini inceledikleri çalışmalarında annelerin %41.2'sinin gebelik öncesinde modern kontraseptif yöntemleri kullanmayı tercih ettikleri bildirilmiştir. Tatar (2023) çalışmasında, katılımcıların son gebelikleri öncesinde %40 oranında modern kontraseptif yöntem, %34,3 oranında geleneksel kontraseptif yöntem kullandıkları, %25,7'sinin ise herhangi bir yöntem kullanmadıkları belirtilmiştir. Coleman, Minahan ve Potter (2019) doğum sonrası kontraseptif danışmanlığın kalitesi ile doğumdan sonraki 3 ay içerisindeki kontraseptif yöntem tercihlerindeki değişiklikler arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; DSD ilk üç ay içerisinde bulunan kadınların %70'inin doğum öncesi etkinliği yüksek bir yöntem kullandıklarını ifade etmişlerdir. Alp, Yılmaz ve diğ. (2018) çalışmalarında, katılımcıların %61,8'inin son gebelikleri öncesinde herhangi bir kontraseptif yöntem kullandıklarını bildirmişlerdir. Duman Büyükkayacı ve Yılmazel (2014) yapmış oldukları çalışmada müdahale grubundaki katılımcıların %68,5'i, kontrol grubundaki katılımcıların % 72.1'i son gebelikleri öncesinde herhangi bir kontraseptif yöntem kullandıkları bildirilmiştir. Kocaöz ve diğ. (2013) çalışmalarında katılımcıların % 65.4'ü son gebelikleri öncesi herhangi bir kontraseptif yöntem kullandıklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmada girişim grubundaki kadınların %26,9'u, kontrol grubundaki kadınların ise %32,6'sı gebelik öncesinde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmışlardır (Tablo 4.4). Bu araştırmanın sonuçları literatür ile benzerlik göstermemektedir. Çalışmaya dahil edilen kadınların primipar olmaları literatürde bulunan çalışmaların ise multipar kadınlar ile yapılmış olması nedeni ile bu gebelik öncesinde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanma oranlarının düşük olduğu söylenebilir.

Turan ve Koruk (2023) çalışmalarında kadınların gebelik öncesinde en sıklıkla kullandıkları kontraseptif yöntem geri çekme (32.5) ile oral kontraseptiftir (%11.9). Bor, Ataman (2020) çalışmasında çalışmaya katılan üreme çağındaki kadınların %21,7'sinin kondom, %18,3 geri çekme yöntemi kullandıkları %54,3'ünün ise kontraseptif yöntem kullanmadığı bildirilmiştir. Erenel ve Sezer (2017) doğum sonu dönemde kullanılabilecek kontraseptif yöntemlere ilişkin güncel bilgilerin paylaşılması ve hemşirelerin danışmanlık rollerinin değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında; doğum öncesinde ve sonrasında en sıklıkla tercih edilen kontraseptif yöntemlerin geri çekme ve kondom (%42) olduğu bildirilmiştir. Alp, Yılmaz ve diğ. (2018) çalışmalarında, son gebelik öncesi kullanılan kontraseptif yöntemlerin % 34.9 rahim içi araç, % 25.4 kondom, %25.9 geri çekme, % 11.6 OKS, % 2.3 aylık enjeksiyon olduğu belirlenmiştir. Demirelöz, Akyüz (2016) çalışmasında son gebelikleri öncesinde kadınların %28 oranında geri çekme, %16.8 oranında kondom, %13.2 oranında OKS, %2,1 oranında RİA kullanıyor oldukları bildirilmiştir. Duman Büyükkayacı ve Yılmazel (2014) yapmış oldukları çalışmada son gebelikleri öncesinde müdahale grubundaki katılımcıların %45.7'si RİA, %25.7'si OKS, %14.3'ü geri çekme, %10.0'u kondom, %4.3'ü takvim yöntemlerini, kontrol grubundaki katılımcıların %52.9'u RİA, %20.0'si OKS, %17.1'i geri çekme, %5.7'si kondom, %4.3'ü takvim yöntemlerini kullandıkları bildirilmiştir. Kocaöz ve diğ. (2013) çalışmalarında kadınların son gebelikleri öncesinde % 36.6 Kondom, %24.4 geri çekme, %22,8 RİA, %14.2 OKS, %2.0 oranında ise aylık enjeksiyon kullandıkları bildirilmiştir. Bu çalışmada girişim grubunda bulunan kadınların son gebelik öncesinde kullandıkları kontraseptif yöntem %71,4 oranında kondom, %28,6 oranında geri çekme, kontrol grubunda ise %42,9 oranında kondom ve %42,9 oranında geri çekme ve %14,3 oranında Oral kontraseptif olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Bu araştırmanın sonuçları ile literatür farklılık göstermektedir. Kontraseptif yöntem seçiminde bireylerin yaşları, daha önce çocuk sahibi olup olmadıkları, sahip oldukları toplam çocuk sayısı, emzirme döneminde olup olmadıkları ve ilerleyen süreçte yeni bir gebelik planlayıp planlamadıkları vb. faktörler etkili olmaktadır. Bu çalışmada araştırmaya dahil edilme kriterlerinden birinin primipar olma şartı olarak belirlenmesi ve bu nedenle araştırmaya dahil edilen kadınların daha önce çocuk sahibi olmamış olmaları nedeni ile bu gebelikleri öncesinde hormon içermeyen ve geri dönüşü daha hızlı olan kontraseptif yöntemleri tercih ettikleri söylenebilir.

Öner (2019) çalışmasında; kadınların kullandığı kontraseptif yöntemi %78.9 oranında gebe kalmayı isteme nedeniyle bıraktıkları bildirilmiştir. Alp, Yılmaz ve diğ. (2018) yapmış

oldukları araştırmalarında katılımcıların %64,6'sının kullandığı kontraseptif yöntemi gebe kalmak için bıraktıkları %16,1'inin plansız gebe kalması, %6,6'sı yönteme bağlı komplikasyon yaşanması, %12,7'sinin ise diğer nedenler ile kullandıkları kontraseptif yöntemi bıraktıkları bildirilmiştir. Karabulutlu ve Ersöz (2017) Üreme çağındaki evli kadınların kullandıkları kontraseptif yöntem ve yöntem seçimini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemi bırakma nedenleri %23,7 oranında kilo alımı, baş ağrısı vb. hormonal nedenler, %17,5 oranında gebe kalmak istemeleri, %16,5 oranında yöntemi kullanırken gebe kalınması, %14,4 oranında RİA kayması-düşmesi, aşırı-ara kanama, %7,2 oranında da eşlerin yöntem kullanmak istememesi olarak bildirilmiştir. Kocaöz ve diğ. (2013) çalışmalarında katılımcıların kullandıkları kontraseptif yöntemi %77,2 oranında gebe kalma isteği nedeni ile %16,7 oranında İstemedenden gebe kalmaları nedeniyle, %6,1'in yönteme bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle bıraktıkları bildirilmiştir. Bu çalışmada kadınların gebelik öncesi kullandıkları kontraseptif yöntemi bırakma nedenleri girişim grubunda %85,7, kontrol grubunda ise %85,8 oranında gebe kalma isteği nedeni ile olarak bildirilmiştir (Tablo 4.4). Bu araştırmanın sonucu Öner (2019), Alp, Yılmaz ve diğ. (2018), Kocaöz ve diğ. (2013) çalışmaları ile benzerlik, Karabulutlu ve Ersöz (2017) çalışmaları ile farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin katılımcıların yaş ortalamaları, yaşayan çocuklarının bulunup bulunmadığı, sahip oldukları toplam çocuk sayısı, ilerleyen süreçte yeni bir gebelik planlayıp planlamadıkları ve kullanılan kontraseptif yöntemden memnuniyet düzeyinin kişiden kişiye farklılık gösteriyor oluşunun kullanılan kontraseptif yöntemin bırakılmasında etkili faktörler olması ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Turan ve Koruk (2023) çalışmalarında bildirdikleri üzere; kadınların %86,8'i doğumdan sonra tekrar kontraseptif yöntem kullanmayı düşünmektedir. Coleman, Minahan ve Potter (2019) araştırmalarında kadınların %70'i doğum öncesi kullandıkları etkinliği yüksek kontraseptif yöntemi doğum sonrasında da kullanmaya devam edeceklerini ifade etmişlerdir. Potter ve ark., (2014) Doğum sonrası etkinliği yüksek kontraseptif yöntemlere yönelik karşılanmayan talebin belirlenmesi amacıyla yaptıkları araştırmalarında katılımcıların çoğunluğu DSD etkili kontraseptif yöntem tercih edeceklerini bildirmişlerdir. Eryılmaz ve Ege'nin (2016) çalışmalarında da doğum sonrası kadınların %94,9'unun yeni bir gebeliği karar verene kadar kontraseptif yöntem kullanmak istedikleri bildirilmiştir. Bu çalışmaya göre girişim grubunda bulunan kadınların tamamı, kontrol grubunda bulunan kadınların ise %93,0'ü bu doğumları sonrasında herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayı düşünmektedirler (Tablo

4.4). Turan ve Koruk (2023), Coleman, Minahan ve Potter (2019), Potter ve ark., (2014), Eryılmaz ve Ege'nin (2016) çalışma bulguları araştırma bulgusunu desteklemektedir. Yeni bir gebelik isteme zamanına ilişkin bilgi alınmamıştır. Son gebelikten sonra en az iki yıl ara verme eğilimi sorgulanmamıştır.

Tüm dünyada ve ülkemizde kontraseptif yöntem kullanımı artış eğiliminde olsa da istenmeyen gebelik ve isteyerek düşük oranları beklenenin üzerinde seyretmektedir. Kontraseptif yöntem kullanımına dair yanlış inanışlar toplumda hala varlığını sürdürmektedir. Diğer bir ifadeyle doğrudan gözleyemediğimiz tutum gibi soyut faktörler kontraseptif yöntem kullanma davranışını etkilemektedir. Bireylerin kontraseptif yöntemleri kullanmasına etki eden tutumların ortaya çıkarılması, AP hizmetlerinin planlamasına katkı sunacak önemli unsurlardan biridir. Bu çalışmada AP planlamasına yönelik tutumları ölçmek amacıyla Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) kullanılmıştır (Örsal, 2006) çalışma sonucunda girişim ve kontrol gruplarında toplumun aile planlamasına ilişkin tutum, aile planlama yöntemlerine ilişkin tutum ve toplam tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış iken ($p>0,05$), gebeliğe ilişkin tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$; $p<0,01$). Girişim grubunun APTÖ puanları kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo. 4.5). Girişim grubundaki katılımcıların APTÖ “Toplumun aile planlamasına ilişkin tutumu” puanı $58,85\pm 8,04$, “Aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlar” puanı $40,50\pm 4,62$, “Gebeliğe ilişkin tutumlar” puanı $28,54\pm 3,52$ 'dir. APTÖ toplam puanları ortalaması $127,88\pm 13,55$ olarak hesaplanmış, kontrol grubundaki katılımcıların APTÖ “Toplumun aile planlamasına ilişkin tutumu” puanları ortalama $60,56\pm 8,00$, “Aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlar” puanları ortalama $42,07\pm 5,50$, “Gebeliğe ilişkin tutumlar” puanları ortalama $31,44\pm 3,78$ 'dir. APTÖ toplam puanları ortalama $134,07\pm 15,20$ olarak hesaplanmıştır. Çalışmada girişim ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların APTÖ “Toplumun aile planlamasına ilişkin tutumu” puanları 44 ile 74 arasında değişmekte olup, ortalama $59,91\pm 8,00$; “Aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlar” puanları 31 ile 55 arasında değişmekte olup, ortalama $41,48\pm 5,21$; “Gebeliğe ilişkin tutumlar” puanları 21 ile 39 arasında değişmekte olup, ortalama $30,35\pm 3,93$ 'tür. APTÖ toplam puanları 100 ile 167 arasında değişmekte olup, ortalama $131,74\pm 14,81$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.6).

Bor, Ataman (2020) çalışmasında eğitim grubunda bulunan katılımcıların “Toplumun aile planlamasına ilişkin tutumu” puanları $45,91\pm 13,03$ “Aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlar” puanları $31,8 \pm 4,96$, “Gebeliğe ilişkin tutumlar” puanları $24,28\pm 8,23$ 'tür. APTÖ

toplam puanları ortalaması $102,00 \pm 22,47$ olarak hesaplanmış, kontrol 1 grubundaki katılımcıların APTÖ “Toplumsal aile planlamasına ilişkin tutumu” puanları ortalama $46,57 \pm 13,34$, “Aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlar” puanları ortalama $32,01 \pm 5,68$, “Gebeliğe ilişkin tutumlar” puanları ortalama $23,17 \pm 7,65$ ’dir. Aile Planlaması Tutum Ölçeği toplam puanları ortalama $101,75 \pm 23,44$, kontrol 2 grubundaki katılımcıların APTÖ “Toplumsal aile planlamasına ilişkin tutumu” puanları ortalama $49,54 \pm 14,76$, “Aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlar” puanları ortalama $32,15 \pm 5,96$, “Gebeliğe ilişkin tutumlar” puanları ortalama $25,05 \pm 9,09$ ’dir. APTÖ toplam puanları ortalama $106,75 \pm 24,80$ olarak hesaplanmıştır. Çıtak Bilgin ve Tokur Kesgin (2020) çalışmasında katılımcıların APTÖ puan ortalaması $121,98 \pm 17,47$ olarak bildirilmiştir. Öner (2019) çalışmasında APTÖ toplam puan ortalaması $111,89 \pm 21,21$ olarak bulunmuştur. Bu araştırmanın sonuçları ile Bor, Ataman (2020) , Çıtak Bilgin ve Tokur Kesgin (2020), Öner (2019) araştırma sonuçları benzerlik göstermektedir. Katılımcıların APTÖ toplam puanları ortalamasının üzerinde yüksek bulunmuş olup bu sonuç kadınların aile planlaması tutumlarının olumlu olduğu yönünde yorumlanabilir.

Bir çalışmada kontraseptif yöntemlerin kullanımını gerekli bularak bu yöntemler ile ilgili bilgi alan kadınların AP tutumlarının, kontraseptif yöntemlerin kullanımını gereksiz bularak, konu ile ilgili hiç danışmanlık almamış ve danışmanlığı da gereksiz bulan kadınlara kıyasla daha olumlu olduğu bildirilmiştir (Çıtak Bilgin ve Tokur Kesgin, 2020). TTM davranış değişikliğini, aşamalı olarak gerçekleşen birden fazla görev ve farklı baş etme yöntemlerini kapsayan bir yaklaşım olarak ifade etmektedir. Belirtilen bu değişim aşamalarını geçmek için çaba harcamak ve yeterli enerjiye sahip olmak gerekmektedir. Bu noktada motivasyon itici güç olarak görev yapar. Motivasyonel görüşme, TM’in tüm aşamalarında bireyin, gerekli olan faaliyetleri gerçekleştirmesine imkân tanımak amacıyla kullanılmaktadır (Rollnick ve Miller, 1995; DiClemente ve Velasquez, 2002;). Bu çalışmada katılımcıların TTM’e dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığı öncesi ve sonrasında kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi (KYİBT) kullanılmıştır. Araştırmada, girişim ve Kontrol Grupları arasında ön test bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken ($p > 0,05$), son test bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p = 0,002$; $p < 0,01$). Girişim grubunun puanları kontrol grubundan daha yüksektir bulunmuştur. Girişim grubunda; ön teste göre son test puanlarındaki değişim (artış) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p = 0,001$; $p < 0,01$), Kontrol grubunda ise ön teste göre son test

puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bilgi puanlarındaki değişim bakımından girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki değişim (artış), danışmanlık almak istemeyen kontrol grubundaki değişimden daha büyük bulunmuştur (Tablo 4.8). Bu sonuç TTM'e dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının kadınların kontraseptif yöntemler hakkındaki bilgi düzeylerini arttırmada etkili olduğunu düşündürmüş olup **“Transteoretik modele dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığı, girişim grubunda bulunan kadınların “Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi” puan ortalamalarını arttırır”** Hip 3. Doğrulanmıştır

Kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi testinde bulunan “Aile planlaması istenen sayıda çocuğa sahip olmak için gereklidir” ifadesini danışmanlık öncesi ön testte katılımcıların %79,7'si doğru bulurken, danışmanlık sonrası son testte %89,9'u doğru bulmuşlardır (Tablo 4.7). Öztaş (2015) yapmış olduğu çalışmasında katılımcılardan %79,9'unun aile planlamasının ne olduğunu bilmekte ve doğru tanımlayabilmekte olduğu saptanmıştır. Yılmaz, Dogru ve diğ. (2016) araştırmalarında kadınların %93,6'sının “Aile planlamasının gerekli midir?” sorusuna evet yanıtını verdiği bildirilmiştir. Karabulutlu ve Ersöz (2017) çalışmalarında “AP danışmanlık hizmetleri gerekli midir?” sorusuna kadınların % 92.1 oranında doğru yanıtı verildiği bildirilmiştir. Araştırma sonuçları ile literatür benzerlik göstermekte olup kadınların aile planlaması hizmetlerinin gerekliliği konusunda yüksek oranda olumlu görüş bildirdikleri söylenebilir.

Karabulutlu ve Ersöz (2017) çalışmalarında “Emzirme gebelikten korur mu?” sorusuna katılımcıların %44.4 korur, % 48.6'sı ise korumaz yanıtını vermişlerdir. Bu çalışmada “Doğum sonrası süreçte annenin bebeğini emziriyor olması gebelikten korur.” İfadesine danışmanlık öncesi ve sonrası fark olmaksızın katılımcıların %13'ü doğru, %87.0'si yanlış yanıtını vermişlerdir (Tablo 4.7). Karabulutlu ve Ersöz (2017) çalışmasının bulgusu ile bu çalışmanın bulgusu farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin çalışmanın yapıldığı bölge, katılımcıların sosyoekonomik durum ve eğitim düzeylerindeki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Karabulutlu ve Ersöz (2017) çalışmalarında katılımcıların yöntem kullanım sorumluluğunun % 72 oranında çiftin ortak sorumluluğu olduğunu ifade ettikleri bildirilmiştir. Bu çalışmada “Gebelikten korunma sorumluluğu sadece kadına aittir” ifadesine danışmanlık

öncesi katılımcıların %2,9'u doğru, %97,1'i yanlış, danışmanlık sonrasında ise tamamı %100 oranında yanlış yanıtını vermişlerdir (Tablo 4.7). Karabulutlu ve Ersöz (2017) çalışmasının bulgusu ile bu çalışmanın bulgusu farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin çalışmanın yapıldığı bölge, katılımcıların sosyokültürel durumları, aile yapıları ve eğitim düzeylerinin, farklı olması ile ilişkili olabileceği söylenebilir.

5.3. GİRİŞİM GRUBUNUN TRANSTEORETİK MODELE DAYALI KONTRASEPTİF YÖNTEM DANIŞMANLIĞINA ÖZGÜ ÖZ YETERLİLİK TESTİ VE DEĞİŞİM AŞAMALARI DEĞERLENDİRME TESTİ SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu kısımda girişim grubunun TTMe dayalı kontraseptif yöntem danışmanlığına özgü öz yeterlilik testi ve değişim aşamaları değerlendirme testi sonuçlarına ilişkin bulguların tartışılmıştır.

Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi kontraseptif yöntem seçimi ve kullanımı ile ilgili algılanan öz-yeterlik hakkında genel bir değerlendirme yapmak ve kontraseptif yöntem seçimi ve kullanımı ile Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik puanının arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacı ile oluşturulmuştur. Girişim grubunda bulunan olguların transteoretik modele dayalı kontraseptif yöntem danışmanlığına özgü öz yeterlilik puanları 24 ile 40 arasında hesaplanmış olup, ortalama $36,42 \pm 3,75$ 'tir (Tablo 4.10). Ortalamanın üzerinde elde edilmiş olan yüksek puan girişim grubunda bulunan kadınların Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik puanının yüksek olduğunu ifade etmektedir. Literatürdeki sınırlı sayıdaki transteoretik modele dayalı araştırmalar incelendiğinde; Erkal, Aksoy ve Özentürk (2021) daha önce gebelik yaşamamış, gebelik niyeti bulunan kadınlara sunulan eğitimin sağlık davranışları değişim aşamalarına TTM etkisini inceledikleri çalışmalarında girişim grubunda bulunan kadınların genel öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması $31,17 \pm 5,33$ olarak hesaplanmıştır. Bu çalışma ile Aksoy ve Özentürk (2021) çalışmasının sonucu benzerlik göstermekte olup ortalamanın üzerinde elde edilmiş olan yüksek puan transteoretik modelin kullanıldığı sağlık davranışları değişimi hedeflenen durumlarda Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik puanının yüksek oluşunun değişime olumlu katkı sunacağını düşündürmektedir.

Postpartum dönem kontraseptif yöntem danışmanlığı ihtiyacı ve kontraseptif yöntem kullanımına dair davranış değişim aşamalarını belirlemek amacıyla oluşturulmuş olan Değişim

Aşamaları Değerlendirme Formu'nda, sorulara verilen yanıtlara dayanarak bireyin hangi davranış değişim aşamasında bulunduğu tespit edilmektedir. Formun, kontraseptif yöntem danışmanlığı hakkında düzenlenmiş olan kısmında “Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşünmeme rağmen gelecek 6 ay içerisinde bu konuda bilgi almayı düşünmüyorum” ifadesi transteoretik modelin *düşünme öncesi aşamasını*, “Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için gelecek 6 ay içerisinde bu konuda bilgi almayı düşünüyorum” ifadesi *düşünme (niyet) aşamasını*, “Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için bu konuda bilgi almayı planlıyorum” ifadesi *hazırlık aşamasını*, “Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için gebeliğimin son günlerinde bu konuda bilgi edindim” ifadesi *hareket aşamasını* ve “Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için gebeliğim boyunca bu konuda bilgi edindim ve bilgi edinmeye devam edeceğim” ifadesi ise *sürdürme aşamasını* işaret etmektedir. Formun, kontraseptif yöntem kullanımı hakkında hazırlanmış düzenlenmiş olan kısmında ise; “En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olmama rağmen doğum sorası 6 ay boyunca bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayı düşünmüyorum” ifadesi *düşünme öncesi aşamasını*, “En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğumdan doğum sorası 3aydan sonra bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayı düşünüyorum” ifadesi *düşünme (niyet) aşamasını*, “En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğum için doğum sorası gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi alarak kendim için uygun olan bir yöntemi seçmeyi planlıyorum” ifadesi *hazırlık aşamasını*, En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğum için doğum öncesinde bilgi alarak gebeliği önleyici yöntem kullanmaya karar verdim” ifadesi *hareket aşamasını* ve “En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğum için, gebeliğim öncesinde 1 yıldan uzun süre kullanmış olduğum gebeliği önleyici yöntemi kullanmaya devam edeceğim” ifadesi ise *sürdürme aşamasını* işaret etmektedir.

Çalışmada girişim grubu olgulara kontraseptif yöntem danışmanlığı hakkındaki fikirleri sorulduğunda; %19,2’i (n=5) “Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için gelecek 6 ay içerisinde bu konuda bilgi almayı düşünüyorum” ifadesini (Düşünme aşaması); %69,3’ü (n=18) “Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için bu konuda bilgi almayı planlıyorum” ifadesini (hazırlık aşaması); %7,7’si (n=2) “Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için gebeliğimin son günlerinde bu konuda bilgi edindim” ifadesini (hareket aşaması) ve %3,8’i (n=1) “Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz

olduğunu düşündüğüm için gebeliğim boyunca bu konuda bilgi edindim ve bilgi edinmeye devam edeceğim” ifadesini (sürdürme aşaması) onaylamışlardır (Tablo 4.12). Girişim grubunda bulunan her 3 kadından 2 sinin hazırlık aşamasında bulunmuş olması kendilerine sunulacak olan kontraseptif yöntem danışmanlığı için istekli ve öğrenmeye açık oluşlarını düşündürmüştür.

Girişim grubu olgulara kontraseptif yöntem kullanımı hakkındaki fikirleri sorulduğunda; %23,1’i (n=6) “En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğumdan doğum sorası 3.aydan sonra bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayı düşünüyorum” ifadesini (düşünme aşaması); %73,1’i (n=19) “En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğum için doğum sorası gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi alarak kendime uygun olan bir yöntemi seçmeyi planlıyorum” ifadesini (hazırlık aşaması) ve %3,8’i (n=1) “En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğum için doğum öncesinde bilgi alarak gebeliği önleyici yöntem kullanmaya karar verdim” ifadesini (hareket aşaması) onaylamıştır (Tablo 4.13). Girişim grubunda bulunan kadınların tamamen düşünme ve hazırlık aşamasında bulunmuş olmaları, kendilerine sunulacak olan kontraseptif yöntem danışmanlığı sonrasında kendileri için uygun bir yöntem seçmeye ve bu yöntemi kullanmaya istekli olduklarını düşündürmüştür.

Koyun (2013) yetişkin kadınlara TTM ile yapılan eğitimin sigarayı bırakma davranışı üzerine etkisini incelediği çalışmasında katılımcıların %49,7’si düşünme öncesi, %29,3’ü düşünme ve %21,0’i hazırlık aşamasında bulundukları bildirilmiştir. Yılmaz (2022) gebelikte web tabanlı TTM’e göre sunulan sigara bırakma müdahalesinin doğum sonu sigaraya başlama üzerine etkisini incelediği çalışmasında gebeliklerinde TTM’e dayalı müdahaleye alınan deney grubundaki kadınların değişim aşamaları düzeyi öntest sonucunda %14,7 düşünce öncesi, %64,7 düşünme, %8,8 hazırlık, %11,8 Hareket aşamasında bulundukları bildirilmiştir. Çiçek, Özdemir (2022) idrar kaçırması bulunan kadınlara motivasyonel görüşmelerle desteklenmiş TTM’e dayalı olarak sunulan eğitimin etkinliğini değerlendirdiği çalışmada müdahale grubunun değişim aşamaları düzeyi ilk değerlendirmesinde katılımcıların % 50’si düşünme öncesi, % 18,7’si düşünme, %9,4’ü hazırlık, %21,9 hareket aşamasında bulundukları belirlenmiştir. Farajzadegan ve diğ. (2016) ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların klinik meme muayenesine (KMM) uyumlarını TTM ve sağlık inanç modeline (HBM) göre değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında; kadınların %42’si düşünme, %17,3’ü hareket, %16,7’si sürdürme, %15,4’ü düşünme öncesi ve %8,6’sı nüksetme aşamalarında bulundukları bildirilmiştir. Literatürden elde edilen sonuçlar farklılıklar göstermekle birlikte sağlık

davranışları değişimi hedeflenen durumlarda uygulanacak girişimler öncesinde katılımcıların değişimin hangi aşamasında olduklarının tespit edilmesinin uygulanacak girişimlerin doğru ve etkin şekilde planması ve sonuçta olumlu bir sağlık davranışı kazanılması açısından önem arz ettiğini düşündürmektedir.

5.4. DOĞUM SONRASI 12 AYLIK İZLEM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu kısımda doğum sonrası 12 aylık izlem özelliklerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Doğum sonrası aile planlaması doğumu izleyen bir yıllık dönemde birbirine yakın ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesidir (Kutlu ve diğ. 2014). Doğum sonu dönem (DSD) emzirme süreci, annelik rolü ve yenidoğan bebeğe adaptasyon ile ilgili güçlükleri barındırması nedeni ile kontraseptif yöntem seçimi açısından zor bir süreç olduğundan bu süreçte kadınlara verilen kontraseptif yöntem danışmanlığı son derece büyük önem arz etmektedir (Baş ve diğ. 2014). Yaman Sözbir ve diğ. (2019) doğum sonu ilk 48 saat içerisinde verilen AP eğitiminin annelerin doğum sonrası kontraseptif yöntem seçimi ve kullanımına etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında deney grubundaki katılımcıların %51,9'unun kondom, %37,0'sinin geri çekme, %11,1'nin RİA, kontrol grubundaki katılımcıların ise %50'sinin kondom, %33,3'ünün geri çekme, %16,7'sinin ise RİA kullandıkları bildirilmiştir. Potter ve ark., (2014) çalışmalarında, doğum sonrası 6. ayda kadınların %13'ünün RİA veya implant, %17'sinin cerrahi sterilizasyon geçirmiş veya vazektomi geçirmiş bir partneri bulunduğunu, yüzde 24'ünün hormonal yöntemler kullanıyor olduğunu ve yüzde 45'inin kondom ve geri çekme gibi daha az etkili yöntemleri kullandığını bildirmişlerdir. Tatar (2023) çalışmasında DSD 7. ayda deney grubunda bulunan kadınların en fazla kullandıkları kontraseptif yöntem %34,3 (n=12) ile RİA, %25,7 minihap, %22,9 kondom, %2,9 tüpligasyon ve %2,9 geri çekme yöntemi olduğu tespit edilmiş olup kontrol grubunda katılımcıların %2,9'unun minihap, %11,4'ünün kondom ve %17,2'sinin ise geri çekme yöntemi kullandıkları geri kalan katılımcıların yöntem kullanmadıkları tespit edilmiştir. Skogsdal ve diğ. (2019) doğurganlığı düzenlemek amacıyla sundukları kontraseptif yöntem danışmanlığının sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmanın sonucunda deney grubundaki kadınların %40,7'si oral kontraseptif kullanırken, %22'sinin RİA kullandığı saptanmıştır. Harrington ve ark. (2019) doğum sonrası dönemde 6 aylık süre boyunca deney grubunda bulunan annelere haftalık kısa mesajlar yoluyla kontraseptif yöntem danışmanlığı sundukları çalışmalarının sonucunda deney grubunda bulunan annelerin %31,7'si enjeksiyon, %25,4'ünün implant kullandığı sonucuna

ulaşılmıştır. Duman Büyükkayacı ve Yılmazel (2014) yapmış oldukları çalışmalarında doğum sonrası altıncı ayda müdahale grubundaki katılımcıların %80'inin Laktasyonel Amenore Metodu (LAM), %18.5'i kondom, %10.0'u OKS, %2.9'u RİA, %2.9'u geri çekme yöntemi, kontrol grubundaki katılımcıların %72.9'unun Laktasyonel Amenore, % 14.2'i kondom, % 8.6'sı OKS, %5.7'si RİA, %5.7'si geri çekme yöntemi kullandıklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmada TTM'e dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığı verilen katılımcıların altıncı ayda kullandıkları kontraseptif yöntemler değerlendirildiğinde; girişim grubunda; kondom %45, geri çekme %35, Ria %15, üç aylık iğne %5 oranında, kontrol grubunda geri çekme %69, kondom %27,6, ria %3,4, mini hap %3,4 oranlarında kullanıldığı bulunmuştur. Kontrol grubunda geri çekme yöntemini kullanma oranı girişim grubundan yüksek saptanmıştır ($p=0,019$; $p<0,05$, Tablo 4.14). Kondom, ria ve diğer yöntemleri kullanma durumu gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$, Tablo 4.14). Çalışma sonuçları ile Yaman Sözbir ve diğ. (2019), Potter ve ark. (2014) çalışmaları benzerlik gösterirken, Tatar (2023), Skogsdal ve diğ. (2019), Harrington ve ark. (2019), Yılmazel (2014) çalışmaları ile farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin çalışmaların yapıldığı ülke ve ülke içindeki farklı bölgelerdeki kontraseptif yöntem ulaşılabilirliğinin, sosyo-ekonomik yapının ve bireysel önceliklerin farklı oluşu ile ilişkili olduğu söylenebilir. Doğum sonrası süreçte kontraseptif yöntem tercihleri her ne kadar farklılıklar gösterse de kontraseptif yöntem danışmanlığı alan kadınlarda etkinliği yüksek kontraseptif yöntem kullanımının danışmanlık almayan kadınlara oranla daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde TNSA 2018 verileri incelendiğinde evli kadınların %70'inin herhangi bir kontraseptif yöntem kullanıyor olmaları ile birlikte modern kontraseptif yöntem kullanan kadın oranı %49 olarak bildirilmiştir. Türkiye'de karşılanamayan AP gereksinimi TNSA 2013 verilerine göre %6 iken TNSA 2018'de %12 olarak bildirilmiştir. Diğer yandan yakın gelecekte çocuk sahibi olmak istememesine rağmen geleneksel yöntem kullanan kadın oranı ise TNSA 2018'de %21 olarak bildirilmiştir. Bu veriler ışığında kontraseptif yöntem gereksinimi olmasına rağmen etkili yöntem kullanmayan veya kullanamayan kadın oranı % 33 olarak bulunmaktadır. Türkiye'de yaşayan her üç çiftten biri etkili AP hizmeti alamamakta veya hizmete ulaşamamaktadır (TNSA, 2013; TNSA, 2018). Bu çalışmada 12.ayda kullanılan kontraseptif yöntemler değerlendirildiğinde; girişim grubunda kondom %37,5, ria %33,3, geri çekme %29,2, OKS ve takvim yöntemi % 8,3 oranında, kontrol grubunda geri çekme %65,5, kondom %31,0, ria %3,4, mini hap %3,4 oranlarında kullanıldığı bulunmuştur. Kontrol grubunda geri çekme yöntemini kullanma oranı girişim grubundan yüksek saptanmıştır

($p=0,008$; $p<0,01$, Tablo 4.14). Girişim grubunda rıa kullanma oranı kontrol grubundan yüksek saptanmış olup **“Primipar kadınlara postpartum dönemde Transteoretik modele dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının kontrasepsif yöntem seçimine etkisi vardır”** Hipotez 1. Doğrulanmıştır. ($p=0,007$; $p<0,01$). Kondom ve diğer yöntemleri kullanma durumu gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$ Tablo 4.14).

Coleman, Minahan ve Potter'in (2019) çalışmasında doğum sonrası kontraseptif yöntem danışmanlığı alan kadınların etkili yöntem seçme olasılıklarının arttığının görüldüğünü belirtmişlerdir. Yılmaz, Dogru ve diğ. (2016) çalışmalarında; araştırmaya alınan bütün yaş gruplarında en sık tercih edilen modern yöntemin kondom (%11,2) olmasıyla beraber; geri çekme yönteminin (%26,7) ilk sırada tercih edilen yöntem olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Demirelöz, Akyüz (2016) çalışmasında kadınların doğum sonu bir yıl içinde kullandıkları kontraseptif yöntemler sorgulandığında %26.8 RİA, %13.2 kondom, % 8.1 OKS, %25.9 geri çekme, %6.3 Laktasyonel Amenore yöntemi kullandıkları öğrenilmiştir. Yee ve Simon (2011) küçük bir kadın grubu ile kadınların kapsamlı doğum kontrolü danışmanlığının optimal sağlanmasına yönelik bakış açılarını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, doğum sonrası danışmanlık hizmeti alanların almayanlara göre doğum sonu dönemde etkinliği yüksek kontraseptif yöntem seçme oranının arttığını ve doğum sonu süreçte kontrasepsiyona başlamış olduklarının görüldüğünü bildirmişlerdir. Coleman, Minahan ve Potter'in (2019), Yee ve Simon (2011) çalışma sonuçları bu çalışmanın sonuçlarını destekler nitelikte iken Yılmaz, Dogru ve diğ. (2016) ve Demirelöz, Akyüz (2016) çalışmaları ile farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin farklı ülkeler ve ülke içindeki farklı bölgelerdeki kontraseptif yöntem ulaşılabilirliğinin, sosyo-ekonomik yapının ve bireysel önceliklerin farklı oluşu ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada girişim ve kontrol gruplarında doğum sonu kontraseptif yöntem kullanmaya başlama zamanı incelendiğinde, girişim grubunda $4,67\pm1,93$ ay, kontrol grubunda ise $4,42\pm1,75$ ay olarak bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$ Tablo 4.15). Baş ve diğ. (2014) doğum sonrasında kadınların kontraseptif yöntem tercihleri ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında; katılımcıların doğum sonrasında gebelikten korunmaya başladıkları süre ortalaması $2,1\pm0,8$ ay (min:0, max:8) olarak bildirilmiştir. Demirelöz, Akyüz (2016) çalışmasında kadınların doğum sonu dönemde %62.5'inin altıaydan önce herhangi bir

kontraseptif yöntem kullanmaya başladığı saptanmıştır. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermekte olup kadınların doğum sonu dönemde altıncı aydan önce yüksek oranda kontraseptif yöntem kullanmaya başladıkları söylenebilir.

Doğum sonrası altıncı ayda kontraseptif yöntem kullanma oranları değerlendirildiğinde girişim grubunda herhangi bir kontraseptif yöntem kullanan kadın oranı %76,9, kullanmayan kadın oranı %23,1 kontrol grubunda herhangi bir kontraseptif yöntem kullanan kadın oranı %67,4, kullanmayan kadın oranı %32,6 olarak bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$ Tablo 4.15). Tatar (2023) çalışmasında danışmanlık sonrasında 7. ayda deney grubundaki katılımcıların %74,3'ünün modern kontraseptif yöntem kullanmaya başladığı kontrol grubundaki katılımcıların ise %14,3'ünün modern kontraseptif yöntem kullandığı %68,6'sının yöntem kullanmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Jones (2020) doğum sonu dönemde bulunan annelere tehlike işaretleri, genel doğum sonrası konuları ve aile planlaması konusunda kısa mesaj yoluyla verdikleri danışmanlık sonrasında doğum sonu ikinci aylarını tamamlayan deney grubundaki kadınların %57,5 ve kontrol grubundaki kadınların %44,8'i herhangi bir kontraseptif yöntem kullandıkları, Harrington ve ark. (2019) çalışmasında deney grubunda bulunan annelerin %69,9'unun kontrol grubunda bulunan annelerin ise %57,4'ünün herhangi bir kontraseptif yöntem kullanıyor oldukları bildirilmiştir. Yağmur ve Keskin, (2019) doğum sonu dönemdeki kadınların kontraseptif yöntemi kullanımı ve sağlık algısını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, doğum sonu ilk sekiz ay içinde bulunan ve %68.6 oranında, aile planlamasına yönelik danışmanlık hizmeti almamış kadınların %58.1'inin kontraseptif yöntemlerden herhangi birini kullandığı saptanmıştır. Çalışma sonuçları literatür ile paralel yönde olup, doğum sonu dönemde verilen kontraseptif yöntem danışmanlığının kontraseptif yöntem kullanımını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Çalışmada doğum sonrası 12. ayda kontraseptif yöntem kullanım oranları değerlendirildiğinde, girişim grubunda herhangi bir kontraseptif yöntem kullanan kadın oranı %92,3 kullanmayan kadın oranı %7,7 kontrol grubunda herhangi bir kontraseptif yöntem kullanan kadın oranı %67,4 kullanmayan kadın oranı %32,6 olarak bulunmuş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,018$; $p<0,05$ Tablo 4.15). Girişim grubunda kontraseptif yöntem kullanma oranı kontrol grubundan yüksek bulunmuş olup **“Primipar kadınlara postpartum dönemde Transteoretik modele dayalı motivasyonel**

görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının kontrasepsif yöntem kullanımına başlama üzerine etkisi vardır” Hipotez 2. Doğrulanmıştır.

Karra ve diğ. (2022) AP hizmetine daha iyi erişimin kontraseptif yöntem kullanımı ve gebelik aralığı üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla Malawi’de yaptıkları ve müdahale gurubundaki kadınlara 2 yıl boyunca planlı ve ücretsiz AP hizmeti sundukları ve 2 yıl sonunda sonuçları değerlendirdikleri çalışmalarında; doğum sonrası AP hizmetlerine erişimin sağlanmasının kontraseptif yöntem kullanımı ve devamlılığı özellikle implantların benimsenmesi ve son doğumu takip eden 2 yıldaki gebelik aralığı düzenlemesi bakımından önemli bir etkiye sahip olduğunu bildirmişlerdir. Yücel ve diğ. (2018) çalışmalarında doğum sonu ilk iki yılında bulunan annelerin % 73.5’inin modern, %26.5’inin ise geleneksel kontraseptif yöntemler kullandıkları bildirilmiştir. Demirelöz, Akyüz (2016) çalışmasında kadınların doğum sonu bir yıl içinde kontraseptif yöntem kullanma durumları değerlendirildiğinde %32.2’si geleneksel yöntem, %48.4’ü ise modern yöntemlerden birini kullandığını belirtmiştir. Kadınların %19.3’ü ise hiçbir kontraseptif yöntemi kullanmadığını bildirmiştir. Karra ve diğ. (2022) ile Yücel ve diğ. (2018) çalışma sonuçları bu çalışmanın sonuçlarını destekler nitelikte iken Demirelöz, Akyüz (2016) çalışmasında modern yöntem kullanım oranı daha düşük oranda bildirilmiştir. Bunun nedeninin Demirelöz, Akyüz (2016) çalışmasında doğum sonu 12. Ayını tamamlamış kadınlara kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgi verilmeden önce kontraseptif yöntem kullanımının sorgulanıp sonrasında eğitim kitapçığı verilmiş olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu sonuca göre TTM’e dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının doğum sonu dönemde bulunan kadınların modern kontraseptif yöntem tercihlerine ve kontrasepsif yöntem kullanımına başlamaları üzerine pozitif yönde etki sağladığı söylenebilir.

TTM değişimin bir süreç olduğu ve insanların farklı düzeylerde motivasyona ve davranış değiştirme niyetine sahip olduğu varsayımına dayanmaktadır (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021). Bireyin olumlu yönde bir davranış değişikliği gerçekleştirebilmesi, sosyal, psikolojik ve davranışsal olarak buna hazır olması durumunda gerçekleşebilmektedir (Gutierrez ve Czerny, 2018). Model gereğince, istenilen davranış değişikliğini sağlayabilmek için bireyin yaşamakta olduğu değişim aşamalarına uygun girişimleri gerçekleştirmek gerekmektedir (Prochaska ve Velicer, 1997).

TTM’e dayalı motivasyonel görüşme yöntemi daha önce kontraseptif yöntem danışmanlığı alanında kullanılmamış olmakla birlikte, madde kullanım bozuklukları da dahil olmak üzere

zararlı davranışların yönetilmesinde, bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında en yaygın kullanılan ve önerilen kanıta dayalı modellerden biri haline gelmiştir (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021). Yılmaz (2022) çalışmasında gebeliklerinde TTM'e dayalı müdahaleye alınan deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre doğum sonu daha az sigara kullandığı ve sigara relapsı yaşadığı bildirilmiştir ($p < 0.05$).

Wang ve diğ. (2022) transteorik model tabanlı mobil sağlık uygulaması müdahale programının PKOS'a etkisini inceledikleri çalışmalarında, transteoretik model tabanlı mobil sağlık uygulama programının uzun vadede PKOS'lu hastalarda beden kitle indeksi, bel çevresi genişliği, anksiyete ve depresyonu azaltabileceği, egzersiz ve diyetle uyumu iyileştirebileceği sonucuna ulaşılmıştır. Fallahipour ve diğ. (2022) İran'ın Pasargad Şehrindeki sağlık merkezine başvuran kadınların fiziksel aktivite ve menopoz semptomları üzerine transteorik modele (TTM) dayalı eğitim müdahalesinin etkisini inceledikleri çalışmalarının sonucunda eğitim müdahalesi sonrası, müdahale grubunun uyku sorunları, kas sorunları ve rahatsızlık, psikolojik belirtiler, depresyon, sinirlilik ve kaygı gibi fiziksel belirtilerinin ortalama puanları anlamlı düzeyde azaldığı bildirilmiştir ($p < 0.001$). Çiçek, Özdemir (2022) çalışmasının sonucunda, çevrimiçi gerçekleştirilen eğitimin kadınların yaşam kalitesi ve kegel egzersizi süre ortalamasını arttırmakla birlikte üriner inkontinans sıklığı ve şiddeti üzerinde etkisinin bulunmadığı kanaatine varılmıştır. Erkal Aksoy ve Özentürk (2021) çalışmalarının sonucunda kadınlara prekonsepsiyonel dönemde verilen gebeliğe hazırlık eğitiminin, folik asit kullanımı, düzenli fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme değişim aşamalarında etkili olduğu, ölçek puan ortalamalarını anlamlı derecede arttırdığı bildirilmiştir. Hashemzadeh ve diğ. (2019) yapmış oldukları, TTM'in sağlık davranışı değişikliği üzerine olan etkisini kronik hastalıklar ağırlıklı olarak inceledikleri bir sistematik derleme çalışmasında; sağlık davranışlarını değiştirmek için TTM'nin yaygın ve etkili kullanımına ilişkin güçlü kanıtlar bulunduğunu bildirmişlerdir. İncelenen çok sayıda çalışmada TTM'nin etkinliği kanıtlanırken, az sayıda çalışmada TTM'nin bazı zayıf yanlarının rapor edildiği, kronik hastalıklar alanında TTM'i kullanan çok az sayıda çalışma bulunmasına rağmen bu çalışmaların tümünün olumlu sonuçlar yansıttığı bildirilmiştir. Literatürden elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda TTM'e dayalı motivasyonel görüşme yönteminin sağlıklı yaşam biçimi davranışı değişikliği hedeflenen durumlarda etkin şekilde kullanılabileceği düşüncesine ulaşılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, 18-45 yaş aralığındaki primipar kadınlara postpartum dönemde Transteoretik Model'e dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının kontrasepsif yöntem kullanımına etkisinin değerlendirmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Araştırma sonuçları;

- Girişim ve kontrol grubundaki kadınların son gebelikleri öcesinde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanma durumu, kullanılan yöntem türü, bu yöntemi seçme şekli, bu yöntemi bırakma nedeni ve doğum sonrasında kontraseptif yöntem kullanmayı düşünme durumlarının benzer olduğu bulunmuştur ($p>0,05$).
- Girişim ve kontrol grubundaki kadınların APTÖ toplam puanları, toplumun aile planlamasına ilişkin tutum alt boyut puanları ile aile planlama yöntemlerine ilişkin tutum alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Evlilik ve gebeliğe ilişkin tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$; $p<0,01$). Girişim grubunun puanları kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur.
- Girişim ve kontrol grubundaki kadınların TTM'e dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığı öncesi KYİBT ön test bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış iken ($p>0,05$), KYİBT son test bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$; $p<0,01$). Girişim grubunun puanları kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur. Girişim grubunu KYİBT ön teste göre son test puanlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). TTM'e dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının girişim grubundaki kadınların kontraseptif yöntemler hakkındaki bilgi düzeylerini arttırmada etkili olduğu bulunmuştur ((H3 Doğrulanmıştır).
- Girişim grubunda bulunan kadınların Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik puanları ortalama $36,42\pm3,75$ olarak hesaplanmış olup, girişim grubundaki kadınların Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik düzeyleri ortalamanın üstünde yüksek bulunmuştur.
- Girişim grubunda kontraseptif yöntem danışmanlığına dair DADF sonuçlarına göre kadınların %19,2'i Düşünme aşamasında %69,3'ü hazırlık aşamasında, %7,7'si hareket aşamasında ve %3,8'i sürdürme aşamasında bulunmuşlardır.
- Girişim grubunda yöntem kullanımına dair DADF sonuçlarına göre kadınların %23,1'i düşünme aşamasında %73,1'i hazırlık aşamasında ve %3,8'i hareket aşamasında bulunmuşlardır.
- Doğum sonrası 6.ayda kontrol grubunda geri çekme yöntemi kullanma oranı girişim grubundan yüksek saptanmıştır ($p=0,019$; $p<0,05$). Kondom, ria ve diğer yöntemleri

kullanma durumunun gruplara göre anlamlı farklılık göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır ($p>0,05$).

- Doğum sonrası 12.ayda kontrol grubunda geri çekme yöntemini kullanma oranı girişim grubundan yüksek saptanmıştır ($p=0,008$; $p<0,01$). Girişim grubunda ri kullanma oranı kontrol grubundan yüksek ($p=0,007$; $p<0,01$) saptanmıştır (**H1 Doğrulanmıştır**). Kondom ve diğer yöntemleri kullanma durumu gruplara göre anlamlı farklılık göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır ($p>0,05$).
- Girişim ve kontrol grubundaki kadınların doğum sonrası 6.ayda kontraseptif yöntem kullanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Girişim ve kontrol grubundaki kadınların doğum sonrası 12.ayda kontraseptif yöntem kullanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,018$; $p<0,05$). Girişim grubunda kontraseptif yöntem kullanma oranı kontrol grubundan yüksek bulunmuştur (**H2 Doğrulanmıştır**).

Öneriler

Doğum sonu dönemde bulunan kadınlara kontrasepsif yöntem kullanımına başlama ve etkinliği yüksek modern kontraseptif yöntem seçiminin sağlanabilmesi için Transteoretik Modele dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığı programı kullanılması önerilmektedir.

Ayrıca;

- TTM'e dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının doğum sonu 12.aydan sonraki kontraseptif yöntem kullanım devamlılığına etkisini ölçen longitudinal çalışmaların yapılması,
- 15-49 yaş üreme çağıında bulunan tüm kadınların kontraseptif yöntem danışmanlığı hizmetlerinde TTM'e dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığı programından faydalanılması,
- 15-49 yaş üreme çağıında bulunan kadınların kontraseptif yöntem danışmanlığı hizmetlerinde kullanılmak üzere TTM'e dayalı motivasyonel görüşme yöntemi ile sunulan mobil uygulamaların geliştirilmesi,
- AP danışmanlığı alanında görev yapan ebe ve hemşirelerin Transteoretik Model ve motivasyonel görüşme teknikleri hakkında bilgilendirilmeleri
- Düşünme öncesi dönemdeki postpartum kadınlara uygun programlar geliştirilmesi önerilmektedir

KAYNAKLAR

- Abbott, J., Feldhaus, K.M., Houry, D., Lowenstein, S.R. 2004. Emergency contraception: what do our patients know? *Annals of emergency medicine*. 43:376-81. <https://doi.org/10.1016/S019606440301120X>
- Akın, A., Özvarış, Ş.B., 2020, *Türkiye Sağlık Raporu, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın (ICPD) 25. Yılında Nairobi Zirvesi: Dünyada ve Türkiye'de Neler Değişti?* In:Üner, S., Okyay, P. (Ed.), Hipokrat Yayınevi, Ankara, 137-150.
- Alkema, L., Kantorova, V., Menozzi C., Biddlecom, A., 2013, “National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: A systematic and comprehensive analysis”, *Lancet*, Vol. 381/9,878, pp. 1642– 52.
- Alp, Yılmaz, F., Höbek, Akarsu, R., Tosun, Güleröğlu, F., 2018, Kadınların Doğum Sonu Dönemde Aile Planlaması Tercihlerinin Belirlenmesi, *Bozok Tıp Dergisi* 2018;8(2):21-5 DOI: 10.16919/bozoktip.345166
- Alpaydın, N., Çimen, M., Erol, B.T., Sevi, O.M., 2016; Bilişsel davranışçı terapide direnç ve motivasyonel görüşme teknikleri, *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler*. 8(2).
- Antić, L., Djikanović, B., Vuković, D., 2013, Family planning among women in urban and rural areas in Serbia, *Srp Arh Celok Lek* 141(11-12):794-9.
- Arkowitz, H., Miller, W.R., Rollnick, S., 2015, Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems. New York, Amerika: *Guilford Publications*, s:1-400.
- Atış, F., Yurdakul, M., Öztürk, M., 2010, Koitus İnterreptus Kullanım Nedenleri ve Yöntem Başarısını Etkileyen Faktörler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:5, Sayı:15,
- Aveyard, P., Lawrence, T., Cheng, K.K., Griffin, C., Croghan, E., Johnson, C. A., 2006, randomized controlled trial of smoking cessation for pregnant women to test the

66 effect of a transtheoretical model- based intervention on movement in stage and interaction with baseline stage. *Br J Health Psychol* 11(2): 263-78.

Ay, S., Yanikkerem, E., Mutlu, S., 2012; İstenmeyen gebelik yaşayan kadınların özellikleri ve kontraseptif yöntemleri bırakma nedenleri: Kırsal alan örneği, *TAF Prev Med Bull* 11(3): 315-324.

Aypay, A., 2010, Genel Öz Yeterlik Ölçeği'nin (GÖYÖ) Türkçe'ye Uyarlama Çalışması, *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(2),113–131.

Bahamondes, L. ve Bahamondes, M. V., 2014, New and emerging contraceptives: a state-of-the-art review, *International Journal of Women's Health*, 6, 221-234.

Baldwin, M.K., Hart, K.D., Rodriguez, M.I., 2018, Predictors for follow-up among postpartum patients enrolled in a clinical trial, *Contraception*, 98(3),228-231.

Balkaya, A.N., 2002, Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 6: 42-9.

Baş, F.Y., Güney, M., Türker, Y., 2014, Emzirme dönemindeki kadınlarda kontraseptif yöntem seçimini etkileyen sosyodemografik ve kültürel faktörler, *Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(1),23-28.

Bellizzi, S., Mannava, P., Nagai, M., Sobel, H.L., 2020, *Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries*, *Contraception*, 101,26-33. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.09.006>.

Bilgel, N., 2006, *Aile Hekimliği*, 1.Baskı, Medikal Tıp; s.691

Bor, Ataman, N., 2020, *18-24 Yaş Arası Evli Kadınlara Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Eğitimin Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumları ve Aile Planlamasına Yönelik Tutumlarına Etkisi*, Doktora Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep.

Broughs, A., Leifer, G., 2001, *The Nurse's role in contraceptive education*, Maternity Nursing. Eighth edition, W.B.Saunders Company yayınları

- Bryant, A. G., Lyster, A. D., DeVane-Johnson, S., Kistler, C. E. ve Stuebe, A. M., 2019, Hormonal contraception, breastfeeding and bedside advocacy: the case for patient-centered care, *Contraception*, 99(2): 73-76. doi:10.1016/j.contraception.2018.10.011
- Burbank, P.M., Padula, C.A., Nigg, C.R. 2000, Changing health behaviors of older adults. *J Gerontol Nurs*, 26(3), 26-33; quiz 52-23.
- Büyükbayrak, E.E., Kars, B., Karşıdağ, A.Y., Dabak, R., Kurtuluş H. Pirimoğlu, Z.M., Turan, C., 2010, Aile Planlaması Yöntemleriyle İlgili Tutumların Etkin Aile Planlaması Danışmanlık Hizmeti Öncesi ve Sonrasında Karşılaştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, ; Cilt: 7 Sayı: 3 Sayfa: 228- 34
- Cangöl, S., 2016, *Erken Adölesanlarda Obeziteyi Önleyen Belirleyicilerin Transteoretik Model'in Davranış Değişim Aşamaları'na Göre İncelenmesi*, Doktora Bitirme Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Cangöl, E., Şahin, N.H., 2017, The effect of a breastfeeding motivation program maintained during pregnancy on supporting breastfeeding: a randomized controlled trial, *Breastfeed Med*, 12(4):218-26.
- CİSÜ Platformu, *Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu*, Nisan 2021
- Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., Innis, J., 2006, Family planning: the unfinished agenda, *The Lancet*, 368(9549),1810-1827.
- Coleman, Minahan, K., Potter, J.E., 2019, Quality of postpartum contraceptive counseling and changes in contraceptive method preferences, *Contraception*, 100(6), 492-497. doi:10.1016/j. contraception.2019.08.011
- Coşkun, A., 2012, *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1.Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 350-354.
- Coşkun, A., 2016, *Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı*, 2. baskı, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul

- Cwiak, C., Gellasch, T., Zieman, M., 2004, Peripartum contraceptive attitudes and practices. *Contraceptin*, 70: 383-86.
- Çalışkan, B.G., Doğan, B., Olçum, G.G., 2014, Kırsal bölgede yaşayan kadınların aile planlaması yöntemi tercihlerine yaş ve eğitimin etkisi, *Türkiye Aile Hekimliği*, 18(4):189-194.
- Çayan, A., 2009, *15-49 Yaş Evli Kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- Çıtak, Bilgin, N., Potur, Coşkun, D., 2010, Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, ;3(3):80-87.
- Çıtak, Bilgin, N., Tokur, Kesgin, M., 2020, Kanatlı sektöründe çalışan kadınların aile planlaması ve acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 29(2), 123-132
- Çiçek, Özdemir, S., 2022, *Üriner inkontinansı olan kadınlara motivasyonel görüşmelerle desteklenmiş Transteoretik (Değişim) Model'e dayalı verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Danis, R. B., 2020. *Contraception for the Postpartum Period*, The Handbook of Contraception Evidence Based Practice Recommendations and Rationals. Ed. Shoupe, D., Humana Press, Cham, Switzerland. 337-344
- Daş, Z., Sezgin, A., 2001, Postpartum dönemde verilen aile planlaması eğitiminin etkili yöntem kullanımına etkisi, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 11: 62-5.
- Değerli, Kodaz, N., Altuntuğ, K., Ege, E., 2018, Aile Planlaması Yöntemlerinde Güncel Gelişmeler, *KASHED*, 4 (1),109-130
- Demirelöz, Akyüz, M., 2016 *Doğum Sonu Dönemde Kadınların modern Aile Planlaması Gereksinimleri Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Dhont, M., 2010, History of oral contraception, *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 15 Suppl 2, 12-18.
- Dicle, A.N., 2017, Motivasyonel görüşme: öğeler, ilke ve yöntemler. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 15:2043–2053.
- DiClemente, C. C., Velasquez, M. M., 2002, Motivational interviewing and the stages of change. In S. Rollnick and W. R. Miller (Eds.). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Second edition, New York: *Guilford Press*, pp. 201- 216.
- Dilek, U., 2005, *Postpartum Kontrasepsiyon*, 4. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, 20-23 Nisan, s.77.
- Dikmen, H., 2018, *Bursa ili İznik ilçesi 5'nolu Aile Sağlık Merkezine başvuran 15-49 yaş aralığındaki kadınların aile planlaması bilgilerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi*, Tez raporu, Bursa
- Dikmetaş, E., 2006, Sağlıkta eşitlik/eşitsizlik. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1 (2); 4, 2-16).
- Doğaner, G., Bilgiç, D., Doğaner, A., Umut Ü.F., Kürk, H., Çelik, E., 2011, 15-49 yaş kadınların acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi ve tutumları, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(4),159-164.
- Duman, Büyükkayacı, N., Yılmazel, G., 2014. Doğum Sonrası Ev Ziyaretleri Yoluyla Verilen Aile Planlaması Danışmanlığının Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımına Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*, 11(2), 52 - 58.
- Ejder, Tekgündüz, S., Gür, E.Y., Ejder, Apar, S., 2021, Evli kadınların aile planlaması tutum ve niyetleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi, *Sakarya Tıp Dergisi*, 11(4), 743-750. doi: 10.31832/smj.854295
- Elweshahi, H.M.T., Gewaifel, G.I., Sadek, S.S.E.D., El-Sharkawy, O.G., 2018, Unmet need for postpartum family planning in Alexandria, Egypt, *Alexandria journal of medicine*, 54(2),143-147.
- Erat, A., Ceyhan, Ö., 2020, Motivasyonel görüşme ile değişime hazırlanma. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1):58-63.

- Erenel, A.Ş., Eroğlu, K., 2009, Doğum Sonrası Dönemde Ev Ziyareti Yolu İle Desteklenen Emzirme Eğitim Modelinin Laktasyonel Amenore Yöntemine Etkisi. *T Klin J Gynecol Obst.*; 19:179-188.
- Erenel, A.Ş., Kavlak, T., Bingöl, B., 2011, Kadınların doğum sonrası altı ay sonunda aile planlaması yöntemi kullanma durumu. *Van Tıp Dergisi*, 18(2):68-76.
- Erenel, A. Ş., Sezer, N.Y., 2017, Doğum sonu dönemde kullanılabilecek aile planlaması yöntemleri ve hemşirelerin rolleri, *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 32-38.
- Erkal, Aksoy, Y., Özentürk, M.G., 2021, Prekonsepsiyonel Dönemdeki Kadınların Sağlık Davranışları Değişim Aşamaları (Transtheoretik Model): Randomize Kontrollü Çalışma. *Genel Tıp Dergisi*; 31(4):330-8.
- Erol, S., Erdoğan., S., 2008, Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The Transtheoretical Model-based study. *Patient Educ Couns* 72(1): 42-8
- Ersin, F., Gözükar, F., Şimşek, Z., Kurçer, M.A., Kayahan, M., 2003, Bir sağlık ocağı bölgesinde evli kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumları ve yöntemi bırakma nedenleri. *HEMAR-G* 5 (1):30–3.
- Ersoy, E., Karasu, Y., Çelik, E.Y., Ersoy, A.Ö., Tokmak, A. ve Taşçı, Y., 2015, Gebeliği Plansız Kadınların Kişisel Özellikleri ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Düşünceleri. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, Cilt:6, Sayı:3, ss:250-5.
- Erviti, J., Sosa, Sánchez, I.A. Castro, R., 2010, Social origin of contraceptive counseling practices by male doctors in Mexico, *Qual Health Res*, 20(6):778-787.
- Eryılmaz, N., Ege, E., 2016, Doğum sonu dönemdeki kadınların aile planlaması konusundaki tutumları ve ilişkili faktörler, *Journal of Human Sciences*, 13(2), 3390–3401.
- Fallahipour, L., Nazari, M., Karimi, M., Zare, E., 2022, Effectiveness of Educational Intervention Based on Transtheoretical Model on Physical Activity and Menopausal Symptoms. *Biomed Res Int*. Dec 13;2022:1791445. doi: 10.1155/2022/1791445. PMID: 36560963; PMCID: PMC9767743.

- Farajzadegan, Z., Fathollahi, Dehkordi, F., Hematti, S., Sirous, R., Tavakoli, N., Rouzbahani, R., 2016, The transtheoretical model, health belief model, and breast cancer screening among Iranian women with a family history of breast cancer. *J Res Med Sci.* Nov 7;21:122. doi: 10.4103/1735-1995.193513. PMID: 28331508; PMCID: PMC5348838.
- Fidanci, I., Ozturk, O., Unal, M., 2017, Transtheoretic model in smoking cessation. *J Exp Clin Med* 34(1): 9-13.
- Gılıç, E., Ceyhan, O., Özer, A., 2009, Niğde Doğumevinde Doğum Yapan Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları, *Fırat Tıp Dergisi*, 14(4):237-241.
- Grant, S., Mayo-Wilson, E., Montgomery, P., Macdonald, G., Michie, S., Hopewell, S., Moher, D., 2018, CONSORT-SPI 2018 Açıklama ve Detaylandırma: sosyal raporlamaya yönelik rehberlik ve psikolojik müdahale denemeleri, *Trials* 19:406 <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2735-z>
- Gorrie, T.M., McKinney, E.S., Murray, S.S., 1998. Foundations of Maternal-Newborn. Nursing 2 nd Edition. Philadelphia: W. B. Saunders Company
- Göçer, Ş., Mazıcıoğlu, M.M., Ulutabanca, R.Ö., Ünal, D., Karaduman, M., Şahin, Tarhan, K., 2016; Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Aile Planlaması Durumlarının Belirlenmesi, *Journal of Health Services and Education*; 2(1): 40-46.
- Gökmen, O., Çiçek, N., 2001, *Günümüzde Kontrasepsiyon*. 1.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 319
- Gökseven, Y., Öztürk, G., Z., Toprak, D., 2020, Evaluation of Contraception Knowledge, Attitudes and Behaviors in Women of Reproductive Age. *Türk Aile Hek Dergisi*; 24(4): 203-212
- Gölbaşı, Z., Tümay, H.S. Koç, D., , H., 2005, Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınların Postpartum Dönemde Gebelikten Korunma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Cumhuriyet Univ Hemsire YO Dergisi*, 12(1): 29-38.

- Gutierrez, D., Czerny, A., B., 2018, *Transtheoretical Model For Change*, Theory and Practice of Addiction Counseling, Ed. Lassiter, P., S., Culbreth, J., R., Chapter 10, SAGE Publications, United States of America. ISBN:978-1-5063-1733-5 119-216.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019, 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK. Ankara, Bölüm 7, *Aile planlaması*, 84-90.
- Hailemariam, A., Haddis, F., 2011, Factors Affecting Unmet Need For Family Planning In Southern Nations, Nationalities And Peoples Region, Ethiopia, *Ethiop J HealthSci*, Vol. 21,
- Harrington, E.K., Drake, A.L., Matemo, D., Ronen, K., Osoti, A.O., John-Stewart, G., Unger, J.A., 2019, An Mhealth SMS intervention on postpartum contraceptive use among women and couples in Kenya: a randomized controlled trial, *American Journal of Public Health*, 109(6), 934-941.
- Hashemzadeh, M., Rahimi, A., Zare, Farashbandi F., Alavi, Naeini A.M., Daei, A., 2019, Transtheoretical Model of Health Behavioral Change: A Systematic Review. *Iran J Nurs Midwifery Res*. Mar-Apr;24(2):83-90. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_94_17. PMID: 30820217; PMCID: PMC6390443.
- Helvacıoğlu, Ç., Dağdeviren, H., Kanawati, A., Cengiz, H., Ekin, M. 2018, Oral Kontraseptifler Hakkında Toplumun Farkındalık Düzeyi, *Medical Journal of Bakirkoy*, 14(1):53-56.
- Hotun, Şahin, N., 2016, *Aile Planlaması ve İnfertilite*. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Ed. Çoşkun, M. A., Bölüm.12, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, syf:353
- Hotun, Şahin, N., 2017, *Doğurganlığın düzenlenmesi*, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Ed. Beji, Kızılkaya, N., Bölüm.4, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, ISBN: 978-605-335-246-4 syf:148
- Hotun, Şahin, N., Dişli, Oktar, B., 2024, *Aile Planlaması*, Kadın Sağlığı Hastalıkları ve Doğum, Ed. Hotun, Şahin, N., Bölüm.20, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, ISBN:978-605-335-845-9

<https://toad.halileksi.net/olcek/aile-planlamasina-yonelik-tutum-olcegi>

[ZiyaretTarihi:17.11.2021]

<https://www.futurelearn.com/info/courses/eduweight/0/steps/256186>

[ZiyaretTarihi:15.02.2024]

Huber S,C., Piatrow, P.T., OrlansB, Dommer, G., 1975, Intrauterine devices, Popul Reports, Series B,No.2,

International Planned Parenthood Federation, 2008, Sexual rights: an IPPF declaration, Londra.

Irani, L., Speizer, I., Barrington, C., 2013, Attitudes, beliefs and norms relating to contraceptive use among young migrant and non-migrant adults in urban Dar es Salaam, Tanzania, *Glob Public Health*, 8(9):1048-62.

IWH,The importance of women's health. Global Health Council [http:// www. globalhealth.org/womens_ health /impact /](http://www.globalhealth.org/womens_health/impact/)Erişim Tarihi: 06.12.2023

Jones R.M., Kimenju, G., Subbiah, S., Styles, A., Pearson, N., Rajasekharan, S., 2020, A Short Message Service (SMS) increases postpartum care-seeking behavior and uptake of family planning of mothers in peri-urban public facilities in Kenya. *Plos One*. 15(9).

Kahraman, K., Göç, G., Taşkın, S., Haznedar, P., Karagözlü, S., Kale, B. ve diğerleri, 2012, Factors influencing the contraceptive method choice: a university hospital experience. *Turkish-German Gynecol Assoc*, 13: 102-5.

Karabulutlu, Ö., Ersöz, B., 2017, Kars İli, Susuz İlçe Merkezine Bağlı Aile Planlaması Yöntemi Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem Ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. *Caucasian Journal of Science*, 4(1), 26-44.

Karaçalı, M., Özdemir, R., 2018, Karabük ilinde 15-49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Public Health*, 16(2), 131-145.

Karagüzel, N., 2006, *Fertil Çağdaki Kadınlarda Kontraseptif Yöntemler ve Anemi İlişkisi* Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, s.3–8.

- Karra, M., Maggio, D., Guo, M., Ngwira, B., Canning, D., 2022, The causal effect of a family planning intervention on women's contraceptive use and birth spacing, *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2022 May 31;119(22):e2200279119. doi: 10.1073/pnas.2200279119. Epub May 24. PMID: 35609202; PMCID: PMC9295775.
- Kızılırmak, M., Demir, S., 2018, Motivasyonel Görüşme ve Hemşirelikte Kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4):103-109.
- Kocaöz, S., Peksoy, S., Atabekoğlu, C.S., 2013, Kadınların Gebelikten Önce Kullandığı ve Doğum Sonrası Dönemde Kullanmayı Tercih Ettiği Kontraseptif Yöntemler, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1).
- Koyun, A., 2013, *Yetişkin Kadınlara Değişim Aşamaları Modeli (Transtoeoretik Model) İle Yapılan Eğitimin Sigarayı Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi* Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Köroğlu, E., 2018, *İsteklendirici görüşme yöntemleri el kitabı* (Motivasyonel görüşme). Ankara: HYB Basım Yayın.
- Kurtuluş, H., Büyükbayrak, E., 2009, *Aile Planlaması Danışmanlığı Verilmesinin Yöntem Seçimine Etkileri*, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul
- Kutlu, R., Sayın, S., Uçar, M., Aslan, R., Demirbaş, O., 2014, Kadınların sosyo demografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenleri, *Türk Aile Hekim Dergisi*, 18: 134-141.
- Marvi, K., Howard, N., 2013, Objects of temporary contraception: an exploratory study of women's perspectives in Karachi, *Pakistan BMJ Open*, 3(8)3:e003279.
- Mbizvo, M.T., Phillips SJ. 2014, Family planning: choices and challenges for developing countries, *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 28:931-43. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.04.014>
- Miller, W.,R., Rollnick, S., 1991, *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

- Miller, V.L., Laken, M.A. Ager, J., Essenmacher, L., 2000, Contraceptive decision making among Medicaid-eligible women, *J Community Health* 25:473- 480.
- Miller, W.R., Rollnick, S., 2002. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd Edition, New York: *Guilford Publications*, 1-390.
- Miller, W., R., Rollnick, S., 2009, Motivasyonel Görüşme: Tıbbi ve Halk Sağlığı Ortamlarında Motivasyonel Görüşme, Çeviren: Karadağ F, Ögel K, Tezcan AE. *Hekimler yayın birliği*. Ankara :268-88.
- Miller, W.,R., Rollnick, S., 2019, *Psikolojik problemlerin tedavisinde motivasyonel görüşme*, Çev Ed: Şahin M., Uğur-Kural H. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti. Ankara.
- Miller, W., R., Arkowitz, H., 2019, *Motivasyonel Görüşmeyi Öğrenmek Uygulamak ve Genişletmek*, Psikolojik Problemlerin Tedavisinde Motivasyonel Görüşme, Ed. Arkowitz, H., Miller, W., Rollnick, S., Çev. Ed. Şahin, M., Bölüm. 1, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti. Ankara, ISBN:978-605-7846-72-3 Sf.1-32
- Naçar, M., Öztürk, A., Öztürk, Y., 2003, Doğum sonrası verilen aile planlaması eğitiminin yöntem kullanmaya etkisi, *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, 25 (3) 122-130.
- Neyzi, O., Ertuğrul, T., 2002, *Pediatric*, Nobel Tıp , İstanbul, 1(3),210
- Noar, S.M., Benac, C.N., Harris, M.S., 2007, Does tailoring matter? Metaanalytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychol Bull*, 133(4), 673-693. doi:10.1037/0033-2909.133.4.673.
- Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center. (February, 2021). The Transtheoretical Model of Change: A Model for the Treatment of Substance Use Disorders. Institute for Research, Education and Services in Addiction, Universidad Central del Caribe, Bayamón, PR

- Okour, A.M., Saadeh, R.A., Zaqoul, M., 2017, Evaluation of Family Planning Counselling in North Jordan, *Sultan Qaboos University medical journal*,17:e436-e43. <https://doi.org/10.18295/squmj.2017.17.04.010>
- Ögel, K., 2009; Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 2(2):41-4.
- Ögel, K., ve Şimşek, M., 2021, *Motivasyonel görüşme tekniği*, İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları. 1-185.
- Öner, Ö., 2019, *Evli Kadınların Doğurganlığa ve Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ile Kontraseptif Yöntem Kullanma Niyetleri Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Örsal, Ö., 2006, *Ankara Belediye Sınırları İçinde Yaşayan Bireylerin Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Ankara.
- Özdemir, H., Taşçı, S., 2013, Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı-The application of motivational interviewing technique in nursing, *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1):41-47.
- Özdemir, Gül, Ö., Beydağ, K.D., 2023, Emziren Annelerin Kontraseptif Kullanma Niyetleri ve Etkileyen Faktörler, *BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* ;5(1) DOI: 10.46413/ boneyusbad.1081722
- Öztaş, Ö., Baydar, Artantaş, A., Kayhan, Tetik, B., Yalçıntaş, A., Üstü, Y., Uğurlu, M., 2015, 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları, *Med J.*, 15(2):67-76.
- Plummer, B.A., Velicer, W.F., Redding, C.A., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Pallonen, U.E., Meier, K.S., 2001, Stage of change, decisional balance, and temptations for smoking: measurement and validation in a large, schoolbased population of adolescents. *Addict Behav*, 26(4), 551-571.

- Potter, J.E., Hopkins, K., Aiken, A.R.A., Hubert, C., Stevenson, A.J., White, K., Grossman, D., 2014, Unmet demand for highly effective postpartum contraception in Texas. *Contraception*, 90(5),488- 495. doi:10.1016/j.contraception.2014.06.039
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., 1982, Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change, *Psychother Theory Res Pract*, 19, 276- 288.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C., C., 1983, Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., and Rossi, S. R. (1994), Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors, *Health Psychology*, 13(1), 39-46. doi:10.1037/0278-6133.13.1.39
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., 1997, The Transtheoretical model of behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Prochaska, J.O., Butterworth, S., Redding, C.A., Burden, V., Perrin, N., Leo, M., Prochaska, J.M., 2008, Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion, *Prev Med*, 46(3), 226-231. doi:10.1016/j.ypmed.2007.11.007.
- Prochaska, J.O., 2008, Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Med Decis Making*, 28 (6): 845- 9.
- Prochaska, J.O., Prochaska, J.M., 2016. *Gelişmek için değişmek: Sağlığınıza ve mutluluğunuza yönelik en büyük tehditlerin üstesinden gelmek için değişim aşamalarını kullanmak* . Simon ve Schuster.
- Raihan, N., Cogburn, M., 2023, Stages of Change Theory, *StatPearls*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556005/> [Erişim tarihi 28.03.2024].
- Rollnick, S., Miller, W.R., 1995, What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325-34.

- Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü. *Aile Planlamasında Temel Bilgiler*, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul 1997: 1-15.
- Savaş, N., İnandı, T., Arslan, E., Peker, E., Durmaz, E., Erdem, M., Ömer, Alışkın, Ö., Yeniçeri, A., 2017, Unintended pregnancies, induced abortions and risk factors in women admitted to hospitals due to birth or abortion in Hatay, *Turk J Public Health* 15(2): 84-95
- Savcı, Bakan, A.B., 2013, *Sağlık İnanç ve Transteoretik Modellere Temelli Verilen İki Ayrı Eğitimin Hemşirelerde Sigara Bıraktırmaya Etkisinin Karşılaştırılması*, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi
- Saydam, B.K., Sevil, Ü., 2010, Aile Planlaması Hizmetlerinden Ve Progesteron İçeren Kontraseptif Kullanımından Memnuniyet, *Anatol J ClinInvestig*; 4(2):90- 98
- Schwartz, B., Gaventa, S., Broome, C.V., Hukla, B.S., Reingold, A.L., Hightower, A.W., Perlman, J.A., Wolf, P.H., 1989, Non menstrual toxic shock syndrome associated with barrier contraceptives, report of casestudy Dis 11 (suppl 1) 543.
- Skogsdal, Y., Fadl, H., Cao, Y., Karlsson, J., Tydén, T., 2019, An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health-a randomized controlled trial. *Uppsala journal of medical sciences*. 124(3), 203-212.
- Smith, K, B., Spuy, Z,M., Cheng, L., Elton, R., Glasier, A,F., 2002, Is postpartum contraceptive advice given antenatally of value? *Contraception* 65: 237-43.
- Stephenson, R., Hennink, M., 2004, Barriers to family planning service use among the urban poor in Pakistan,
- Stinson, J.D., Clark, M.D., 2017, *Motivational Interviewing with Offenders: Engagement, Rehabilitation, and Reentry*. New York: Guilford Publications s:15-199.
- Şahin, S., 2005, *Postpartum Dönemde Anneye Verilen Aile Planlaması Danışmanlık Eğitiminin Etkin Kontraseptif Yöntem Seçimi Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Bitirme Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Şenoğlu, A., Çoban, A., Karaçam, Z., 2019, İstenmeyen gebelikler ve isteyerek yapılan düşüklerin değerlendirilmesi, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(4):1-1.
- Şentürk, Erenel, A., Kavlak, T., Bingöl, B., 2011, Kadınların doğum sonrası altı ay sonunda aile planlaması yöntemi kullanma durumu. *Van Tıp Dergisi*,; 2(18): 68-76.
- Şentürk, Erenel, A., Yılmaz, Sezer, N., 2017, Doğum Sonu Dönemde Kullanılabilecek Aile Planlaması Yöntemleri ve Hemşirelerin Rollerini, *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*: 2(2): 32-38
- Tanrıverdi, G., Özkan, A. , S., 2008; Çanakkale'deki kadınların aile planlaması yöntemlerini tercih nedenleri, *Fırat Tıp Dergisi*, 13:251-254.
- Taş, F., Seviğ, E.Ü., Güngörmüş, Z., 2016, Sigara Bağımlılığında Davranış Değişimi için Transteoretik Model ile Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry* 8 (4): 380- 92.
- Taşkın, L., 2005, *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. (7. Baskı), Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 449–520.
- Taşkın, L., 2016, *Aile Planlaması ve Gebeliğin Önlenmesi* , Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ed. Taşkın, L., Bölüm:22, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, ISBN:975-94661-0-4 sf:539-558.
- Tatar, D., 2023, *Tele Sağlık Destekli Doğurganlığın Düzenlenmesi Danışmanlığının Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı Üzerine Etkisi* Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2000, *Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi*, Cilt I. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. 2010. *Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber*. Ankara.
- Tokuç, B., Eskiocak, M., Ekuklu, G., Saltık, A., 2005, Edirne Merkezinde 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri ve yöntem kullanım oranları, *Sted*, 14: 8-14.

Topatan, S., 2012, *Postpartum dönemde adölesanlara verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliği*. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD. İstanbul.

Turan, Z., Koruk, F., 2023, Erken postpartum dönemde kadınların aile planlamasına yönelik tutumu ve etkileyen faktörler, *Mersin Univ Sağlık Bilim Dergisi*, 2023;16(1):103-113 doi: 10. 26559/mersinsbd.1201755

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1993,
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
[ZiyaretTarihi:14.11.2023].

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013,
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
[ZiyaretTarihi:14.11.2023].

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018,
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
[ZiyaretTarihi:14.11.2023].

UNFPA Nairobi Statement on ICPD25: Accelerating the Promise,
http://www.nairobisummiticpd.org/content/icpd25-commitments
[ZiyaretTarihi:14.11.2023].

UNFPA(a). 2022, Family Planning., <https://www.unfpa.org/family-planning#readmore-expand>.

UNFPA(b). 2017, <https://turkiye.unfpa.org/en/news/worldpopulation-day-2017>

United Nations, Programme of Action of the International Conference on Population and Development, paragraph 7.3 accessed at www.unfpa. org, on June 15, 2010; and African Union, Plan of Action on Reproductive Health and Rights (MaputoPlan of Action), accessed at www.unfpa.org/ africa/newdocs/maputo_eng.pdf,on June 15, 2010

United Nations, Millennium Development Goals, accessed at www. un.org/millenniumgoals, on June 15, 2010

- United Nations, 2015, Trends in Contraceptive Use Worldwide, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2015. United Nations New York,
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division Contraceptive Use by Method, 2019, *Data Booklet* (ST/ESA/SER.A/435).
- Van der Oord, S., Bögels, S., Peijnenburg, D., Vidrine, J., Spears, C., Heppner, W., Walsh, R., 2019, Motivational interviewing, *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, 21 (5): 288-293
- Vela, C., Ortega, C., 2020, Adoption of Change: A Systematic Review of the Transtheoretical Model, *Sport Exerc Med Open J.* 2020; 6(1): 27-38. doi: 10.17140/SEMOJ-6-179
- Velicer, W., F., Prochaska, J., O., Fava, J., L., Norman, G., J., Redding, C., A. 1998, Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change, *Homeostasis*, 38, 216-233.
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Fava, J.L., Rossi, J.S., Redding, C.A., Laforge, R.G., Robbins, M.L., 2000, Using the Transtheoretical Model for Population-based Approaches to Health Promotion and Disease Prevention. *Homeostasis in Health and Disease*, 40, 174-195.
- Wang, L., Liu, Y., Tan, H., Huang, S., 2022, Transtheoretical model-based mobile health application for PCOS. *Reprod Health.* May 12;19(1):117. doi: 10.1186/s12978-022-01422-w. PMID: 35549736; PMCID: PMC9097413.
- Westoff, C.F., and Bankole, A., 1995, Unmet need: 1990-1994. Calverton, Maryland, Macro International, Jun. DHS, *Comparative Studies* No.16.,:55.
- Whitaker, A.K., Chen, B.A., 2018, *Society of family planning guidelines: Postplacental insertion of intrauterine devices*, *Contraception*, 97(1),2-13.
- WHO 2014, World Health Statistics.https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671_eng.pdf?sequence=1 [07/03/2020].

- World Health Organization. 2015, Medical eligibility criteria for contraceptive use- Fifth edition 2015 A *WHO family planning cornerstone*. 5. Edition, Geneva
- World Health Organisation. (2018). *Family Planning A Global Handbook For Providers*. <https://www.who.int/publications/i/item/9780999203705>
- WHO, UNFPA 2020 (Third Edition). *Family Planning and Reproductive Health in Central and Eastern Europe and The Newly Independent States*. p.1. [ZiyaretTarihi:14.11.2023].
Erişim adresi, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/120226/E71193.pdf
- World Health Organization. Family planning/contraception methods, 2020 <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/family-planningcontraception%20%20/>. [ZiyaretTarihi:14.11.2023].
- World Health Organization, (2022). Family Planning - A global handbook for providers, 2022 edition <https://fphandbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221115a.pdf>. [ZiyaretTarihi:27.03.2024].
- WHO, 2023, Family planning contraception . <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/family-planning-contraception> [ZiyaretTarihi:27.03.2024].
- Yacobson, I., Christopherson, K., Michaelides, T., 2012, *Family Planning Methods*. Facts for Family Planning. Ed. Finger, B., Chapter 7. ©U.S. Agency for International Development (USAID). 2013. Washington, DC: USAID ISBN: 978-0-9894734-0-8 Sf: 54 <https://fphandbook.org/sites/default/files/fffpchapter7.pdf> [ZiyaretTarihi:27.03.2024].
- Yacobson, I., Christopherson, K., Michaelides, T., 2012, *Family Planning Methods*. Facts for Family Planning. Ed. Finger, B., Chapter 1. ©U.S. Agency for International Development (USAID). 2013. Washington, DC: USAID ISBN: 978-0-9894734-0-8 Sf: 6 <https://fphandbook.org/sites/default/files/fffpchapter7.pdf> [ZiyaretTarihi:27.03.2024].

- Yağmur, Y., Keskin, F. 2019, Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Sağlık Algısının İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 7(2), 137-146. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.56784912>
- Yaman Sözbir, Ş., Herek, B., Ergüven Boğa, M., Koçak, G., vd. 2019, Postpartum İlk 48 Saatte Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Seçimi ve Kullanımına Etkisinin Değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 29-39.
- Yee, L., Simon, M., 2011, Urban minority women's perceptions of and preferences for postpartum contraceptive counseling, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(1), 54-60. doi:10.1111/j.1542- 2011.2010.00012.x.
- Yıldız, D., 2008, Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi*; 50: 294-298.
- Yılmaz S., 2022, *Gebelikte Web Tabanlı Transteoretik Modele Göre Verilen Sigara Bırakma Müdahalesinin Doğum Sonu Sigara Relapsına Etkisi*, Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yılmaz, Dogru, H., Oktay, G, Kunt, İşgüder, Ç., Özsoy, A.Z., Çakmak, B., Delibaş, İ.B., Çeltek, Yıldız, N., 2016, Yaş gruplarına göre kadınların aile planlamasına bakışları ve seçtikleri yöntemlerin değerlendirilmesi: Tersiye tek merkez deneyimi. *Dicle Tıp Dergisi* 43 3 413–418.
- Yücel, U., Güner, S., Seren, F., 2018, 15-49 Yaş Arası İki Yaşından Küçük Çocuğu Olan Kadınlarda Aile Planlaması Hizmet Kullanımının Değerlendirilmesi, *Medical Sciences (NWSAMS)*, 13(4):120-128, DOI: 10.12739/NWSA.2018.13.4.1B0059.

EKLER

EK-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Transteoretik Modele Dayalı Postpartum Kontraseptif Yöntem Danışmanlığının Kontraseptif Yöntem Kullanımına Etkisi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz.

Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Bu çalışmanın amacı; 18-45 yaş aralığındaki primipar kadınlara postpartum dönemde Transteoretik modele dayalı olarak sunulan kontraseptif yöntem danışmanlığının kontrasepsif yöntem kullanımına etkisinin değerlendirilmesidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışma sonuçlarının literatüre ve kadınların üreme sağlığı düzeylerinin yükseltilmesine katkı sunacağı düşünülmektedir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu çalışmadan elde edilen veriler araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

Esra TAVUKÇU

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren "Gönüllü Bilgilendirme Formunu" okudum. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

Tarih:

Yardımcı araştırmacı Adı- Soyadı :

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

Tarih:

EK-2**Katılımcı Çalışmaya Dahil Etme Listesi**

1.Yaşınız:

18-45 yaş aralığında

A) Evet

B) Hayır

2.İlk gebelik

A) Evet

B) Hayır

3. Ne zaman doğum yaptınız:

Doğum sonu.....saat.

4.Gebelikten korunma yöntemleri hakkında danışmanlık almak ister misiniz?

A) Evet

B) Hayır

EK-3

KATILIMCI TANILAMA FORMU

Anket numarası.....

Adı-Soyadı:

Doğum sonu kaçınıcı saat:

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz nedir?

A) Okur - yazar B) İlköğretim mezunu C) Lise mezunu

D) Yüksekokul-Üniversite mezunu E) Lisansüstü mezunu

3. Çalışıyor musunuz?

A)Evet (Mesleğiniz.....) B)Hayır

4. Medeni durumunuz nedir?

A) Evli (.....yıldır) b) Bekar

5. Eşinizin eğitim durumu nedir?

A) Okur - yazar B) İlköğretim mezunu C) Lise mezunu

D) Yüksekokul-Üniversite mezunu E) Lisansüstü mezunu

6. Eşiniz çalışıyor mu?

A) Evet (Mesleği.....) B)Hayır

7. Aile tipiniz nasıl?

A) Geniş aile B) Çekirdek aile

8. Gelir durumuzu nasıl tanımlarsınız?

A) Gelir giderden az B) Gelir gidere eşit C) Gelir giderden fazla

9. Eşinizle aranızda akrabalık var mı?

A) Evet (Akrabalık derecesi.....) B) Hayır

10. Kronik bir hastalığınız varsa belirtiniz :.....

11. İlk adet yaşıınız kaçtır?.....

12. Kaç günde bir adet görürsünüz?günde bir

13. İlk evlilik yaşıınız kaçtır?.....

14. İlk gebelik yaşıınız kaçtır?.....

15. Kaç kez gebe kaldınız Düşük sayısını Kürtaj sayısını.....

16. Şimdiye kadar hiç istemeyerek gebe kaldığınız oldu mu?

A) Hayır B) Evet

17. Doğum kontrol yöntemlerini biliyor musunuz? Yanıt hayır ise 19. Soruya geçiniz.

A) Evet B) Hayır

18. Gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili bilgiyi nereden aldınız?

1() Gazete-Dergi-Kitap 2() Radyo- Televizyon 3() Akraba-Komşu

4() Ebe- Hemşire 5()Hekim 6() Diğer.....

19. Sizce doğurganlığın kontrolü için en güvenilir yöntem hangisidir?.....

20. Şimdiye kadar herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullandınız mı?

A) Evet (.....yöntemini.....süreyle kullandım) B) Hayır

21.Bu yöntemi nasıl seçtiniz?

A) Eczaneden B) Eş,dosttan duyarak C) Doktor/Ebe-hemşire D) İnternet ortamından öğrenerek

22. Daha önce kullandığınız gebelikten korunma yöntemi bırakma nedeniniz nedir?

A) Yan etki B) Sağlık sorunu C) Söylentilerden korkma D) Gebe kaldığı için

E) Esinin istememesi F) Gebe kalmak için G) Kullanımı zor olduğu için H) Diğer.....

23. Gebelikten nasıl korunacağınızı şimdiye kadar eşinizle hiç konuştunuz mu?

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

24. Doğumu takip eden aylarda doğum kontrol yöntemi kullanmayı düşünüyor musunuz?

A) Evet B) Hayır C) Kararsızım

34 MADDELIK AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ

İFADE	Tamamen katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum
1. Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir.....	1	2	3	4	5
2. Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar.....	1	2	3	4	5
3. Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler.....	1	2	3	4	5
4. Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur.....	1	2	3	4	5
5. Ailede çok çocuğun olması, gelecekte kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir.....	1	2	3	4	5
6. Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır.....	1	2	3	4	5
7. Kadının asli görevi doğurmak özdeyişi doğrudur.....	1	2	3	4	5
8. Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır.....	1	2	3	4	5
9. Doğan her çocuğun rızasını "Allah" verir.....	1	2	3	4	5
10. Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır.....	1	2	3	4	5
11. Kayınvalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez.....	1	2	3	4	5
12. Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir.....	1	2	3	4	5
13. Erkek adamın erkek damadı olur.....	1	2	3	4	5
14. Erkek adamın erkek çocuğu olur.....	1	2	3	4	5
15. Kız çocuk varsa çocuğum var denilir.....	1	2	3	4	5
16. Spiral baş ağrısı yapar.....	1	2	3	4	5
17. Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır.....	1	2	3	4	5
18. Spiralin mideye kaçacağından korkulur.....	1	2	3	4	5
19. Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur.....	1	2	3	4	5
20. Doğum kontrol yönteminin cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür.....	1	2	3	4	5
21. Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı / arzusu az olur.....	1	2	3	4	5
22. Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur.....	1	2	3	4	5
23. Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz.....	1	2	3	4	5
24. Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz.....	1	2	3	4	5
25. Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybeder.....	1	2	3	4	5
26. Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur / erkekleşir.....	1	2	3	4	5
27. İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum.....	1	2	3	4	5
28. İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum.....	1	2	3	4	5
29. Gebelik kadını çekici hale getirir.....	1	2	3	4	5
30. Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir.....	1	2	3	4	5
31. Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir.....	1	2	3	4	5
32. Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir.....	1	2	3	4	5
33. Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir.....	1	2	3	4	5
34. Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum.....	1	2	3	4	5

EK-5

Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi Testi

Sorular	Doğru	Yanlış
1. Aile planlaması istenen sayıda çocuğa sahip olmak için gereklidir.		
2. İki yıldan kısa aralıklarla gerçekleşen gebelikler anne ve bebek sağlığı açısından risk oluşturmaktadır.		
3. Gebelikten korunma sorumluluğu sadece kadına aittir.		
4. Kişi gebelikten korunma yöntemlerinin hangisinin kendine uygun olduğunu sağlık personeline danışmalıdır.		
5. Herhangi bir gebelikten korunma yönteminin kullanımı sırasında bazı yan etkilerin ortaya çıkması bireyin başka bir yöntem kullanamayacağı anlamına gelmez .		
6. Herkesin yaşam biçimi ve genel sağlık durumuna uygun bir gebelikten korunma yöntemi vardır.		
7. Doğum sonrası süreçte annenin bebeğini emziriyor olması gebelikten korur.		
8. Doğum sonrası süreçte kadın yeniden adet görmeye başladığında bir gebeliği önleyici yöntem kullanmalıdır.		
9. Bebeğini emziren annelerin de güvenle kullanabileceği gebelikten korunma yöntemleri vardır.		
10. Eğer istenirse doğumun hemen ardından başlanabilecek gebeliği önleyici yöntemler vardır.		

EK-6

Transteoretik Modele Dayalı Kontraseptif Yöntem Danışmanlığına Özgü Öz Yeterlilik Testi

	Katılıyorum	Kismen katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
1. Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bir bilgi ile karşılaştığımda bu çok fazla ilgimi çekmez				
2. Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bir yeni bir bilgi ile karşılaştığımda bu ilgimi çeker ve öğrenmek isterim				
3. Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bir sağlık profesyoneli bana danışmanlık vermek isterse memnuniyetle kabul ederim				
4. Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bir sağlık profesyoneli bana danışmanlık verdiğinde dikkatle dinlerim				
5. Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bir sağlık profesyoneli bana danışmanlık verdiğinde sorular sorar kendim için en uygun yöntemi seçmeye çaba gösteririm				
6. Gebeliği önleyici yöntemlerin etkinliği konusunda bir tereddüt yaşarsam yöntem kullanmaktan vazgeçmek yerine sorular sorarak tereddütlerimi gidermeye çaba sarf ederim				
7. Seçtiğim gebeliği önleyici yöntem ile ilgili yan etkiler fark ettiğimde hemen sağlık kuruluşuna başvurur sonrasında kendim için uygun olan başka bir yöntem seçerim				
8. İki yıldan sık aralıklarla gerçekleşen doğumların anne ve bebek sağlığı açısından riskli olduğunu bilir, seçtiğim gebelikten korunma yönteminin kullanımı konusunda kararlılık gösteririm				
9. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile ilgili yakın çevremden olumsuz bir geribildirim alırsam bu benim motivasyonumu olumsuz etkilemez				
10. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı sırasında karşılaştığım güçlüklerle baş etmeye yetecek güç ve kararlılığa sahibim				

EK-7**Değişim Aşamaları Değerlendirme Formu****Kontraseptif Yöntem Danışmanlığı Hakkında**

Lütfen 5 maddeden birine cevap veriniz	Evet	Hayır
Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşünmeme rağmen gelecek 6 ay içerisinde bu konuda bilgi almayı düşünmüyorum		
Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için gelecek 6 ay içerisinde bu konuda bilgi almayı düşünüyorum		
Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için bu konuda bilgi almayı planlıyorum		
Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için gebeliğimin son günlerinde bu konuda bilgi edindim		
Gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgimin yetersiz olduğunu düşündüğüm için gebeliğim boyunca bu konuda bilgi edindim ve bilgi edinmeye devam edeceğim.		

Kontraseptif Yöntem Kullanımı Hakkında

Lütfen 5 maddeden birine cevap veriniz	Evet	Hayır
En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olmama rağmen doğum sorası 6 ay boyunca bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayı düşünmüyorum		
En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğumdan doğum sorası 3 aydan sonra bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayı düşünüyorum		
En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğum için doğum sorası gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi alarak kendim için uygun olan bir yöntemi seçmeyi planlıyorum		
En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğum için doğum öncesinde bilgi alarak gebeliği önleyici yöntem kullanmaya karar verdim		
En az 2 yıl gebelik düşünmüyor olduğum için, gebeliğim öncesinde 1 yıldan uzun süre kullanmış olduğum gebeliği önleyici yöntemi kullanmaya devam edeceğim		

EK-8
Deney grubu

Anket No:

Ad Soyad:		Doğum tarihi/saat:
Tel Numarası:		Değişim Aşamaları Değerlendirme Formu Seviyesi:
1. Görüşme	Tarih:	Açıklamalar:
2. Görüşme	Tarih:	Açıklamalar:
3. Görüşme	Tarih:	Açıklamalar:
4. Görüşme	Tarih:	Açıklamalar:
5. Görüşme	Tarih:	Açıklamalar:
6. Görüşme	Tarih:	Açıklamalar:
7. Görüşme	Tarih:	Açıklamalar:
8. Görüşme	Tarih:	Açıklamalar:
9. Görüşme	Tarih:	Açıklamalar:
10. Görüşme	Tarih:	Açıklamalar:
11. Görüşme	Tarih:	Açıklamalar:
12. Görüşme	Tarih:	Açıklamalar:

EK-9
Kontrol Grubu

Anket No:

Ad Soyad:		Doğum tarihi/saat:
Tel Numarası:		Değişim Aşamaları Değerlendirme Formu Seviyesi:
1. Görüşme	Tarih:	Açıklamalar:
2. Görüşme	Tarih:	Açıklamalar:
3. Görüşme	Tarih:	Açıklamalar:

EK-10 ETİK KURUL ONAYI

EK-11 KURUM İZNİ ONAYI

EK-12 34 SORULUK AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

**EK-13 DOĞUM SONU DÖNEM GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEMLER BİLGİLENDİRME
KİTAPÇIĞI**

**DOĞUM SONU DÖNEM GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEMLER
BİLGİLENDİRME KİTAPÇIĞI**



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

Transteoretik Modele Dayalı Postpartum Kontraseptif Yöntem Danışmanlığının Kontraseptif Yöntem Kullanımına Etkisi

ORJİNALLİK RAPORU

% 18	% 16	% 9	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 4
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 2
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 2
4	ahmetsaltik.net İnternet Kaynağı	% 1
5	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	repositorio.upch.edu.pe İnternet Kaynağı	% 1
7	acikerisim.karatay.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
8	Submitted to Bülent Ecevit Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

- ☒ Etik Kurul izni gerekmektedir.
- ☐ Etik Kurul izni gerekmemektedir.

ESRA TAVUKÇU
(İmza)



KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

- ☒ Kurum izni gerekmektedir.
- ☐ Kurum izni gerekmemektedir.

ESRA TAVUKÇU
(İmza)



ÖZGEÇMİŞ





