

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**PINARHİSAR 2 NO'LU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDEKİ EVLİ
KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI HAKKINDAKİ
TUTUMLARI**

SEDA BULUT

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞUBAT

2022

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**PINARHİSAR 2 NO'LU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDEKİ EVLİ
KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI
HAKKINDAKİ TUTUMLARI**

SEDA BULUT

DANIŞMAN
DR.ÖĞR.ÜYESİ AYÇA ŞOLT KIRCA

HALK SAĞLIĞI ANABİLİMDALI
HALK SAĞLIĞI
YÜKSEK LİSANS

ŞUBAT

2022

ETİK BEYAN

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi; kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

SEDA BULUT

İTHAF

Oğlum Ali Kemal BULUT'a ithafen...

TEŞEKKÜR

Araştıma süreci boyunca her daim yanımda hissettiğim, bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen, yoğun çalışmasına rağmen bana her daim vakit ayıran değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayça ŞOLT KIRCA'ya, tez süresince yardımını ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Dr. Öğr. Üyesi Birol BULUT'a, bu seviyelere gelmemde büyük emeği geçen annem Seciye SAYIN ve babam Mehmet SAYIN'a, çalıştığım bu dönemde bana her zaman destek olan sevgili iş arkadaşlarım Hemşire Çiğdem ÖZTEMEL ve Remziye SARGIN'a sonsuz teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	ix
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	x
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiv
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Kadın ve Erkek Üreme Sistemi	3
2.1.1.Kadın Üreme Sistemi	3
2.1.2.Erkek Üreme Sistemi	6
2.1.3.Menstrual siklus	8
2.1.4.Spermatogenez	9
2.2.Üreme Sağlığı	10
2.2.1.Üreme Sağlığının Önemi ve Amacı	10
2.2.2.Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler	13
2.3.Aile planlaması.....	14
2.3.1.Aile Planlamasının Tarihçesi.....	15
2.3.2.Aile Planlamasının Önemi.....	17
2.3.3.Aile Planlaması Hizmetleri.....	17
2.3.3.1.Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı	18

2.3.3.2.Aile Planlaması Hizmetlerinde Erişim ve Süreklilik	19
2.3.4.Aile Planlaması Tutumları.....	20
2.3.5.Aile Planlaması Danışmanlığı	20
2.3.5.Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması.....	22
2.4.1.Modern Geri Dönüşümlü Yöntemler	22
2.4.1.1.Rahim içi araç (Ria)	22
2.4.1.2.Hormonal Kontraseptifler	23
2.4.1.2.1.Kombine Oral Kontraseptifler (KOK).....	24
2.4.1.2.2.Yalnız Progesteron İçeren (Mini) Haplar	24
2.4.1.2.3.Enjekte Edilen Kontraseptifler	25
2.4.1.2.4.Derialtı İmplantlar	25
2.4.1.2.5.Post Koital (Acil Kontrasepsiyon) Haplar	26
2.4.1.2.6.Vajinal Halka.....	26
2.4.1.3.Kondom (Prezervatif).....	27
2.4.1.3.1.Erkek Kondomu	27
2.4.1.3.2.Kadın Kondomu	27
2.4.1.4.Diyafram ve Servikal Başlıklar.....	27
2.4.1.5.Cerrahi sterilizasyon yöntemleri (Cerrahi kontrasepsiyon)	28
2.4.1.5.1.Tüpligasyonu.....	28
2.4.1.5.2.Vazektomi	29
2.4.1.6.Spermisitler	29
2.4.2.Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri.....	29
2.4.2.1.Takvim Yöntemi	30
2.4.2.2.Geri ekme (Koitus İnterruptus).....	30
2.4.2.3.Emzirme (Laktasyonel Amenore Yöntemi).....	30
2.4.2.4.Vajinal Yıkama	31

2.4.2.5.Servikal Mukus Yöntemi.....	31
2.4.2.6.Bazal Vücut Isısı Kontrolü	31
2.3.5.3.Yeni nesil korunma yöntemler.....	32
2.4.Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması.....	33
2.4.1.Dünyada Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması	33
2.4.1.Türkiye’de Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması	35
2.5.Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Konusunda Sağlık Profesyonellerin Rol ve Sorumlulukları	36
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	38
3.1. Araştırma Bölgesi ve Zamanı.....	38
3.2. Araştırmanın Şekli.....	38
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi	38
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri.....	39
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	39
3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	39
3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	40
3.5.1.Veritoplama Araçları	40
3.5.2. Verilerin Toplanması.....	40
3.6.Araştırmanın Değişkenleri	41
3.6.1.Bağımlı değişkenler	41
3.6.2.Bağımsız değişkenler	41
3.7.Araştırmanın Hipotezi(leri):.....	42
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.9.Araştırmanın kısıtlılıkları.....	42
3.10.Araştırmanın Etik Yönü.....	43
3.11.Araştırma Bütçesi	43
4. BULGULAR	44

5.TARTIŞMA.....	69
5.1.Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri İle İlgili Verilerin Tartışılması:	69
5.2.Kadınların Obstetrik Özelliklerine ve Üreme Sağlığı Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması	73
5.3.Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri İle ÜSAP Ölçeğinden Alınan Puanlara İlişkin Bulgularının Tartışılması, ...	80
5.3.1. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeğine İlişkin Özelliklere Göre Sonuçların Tartışılması.....	80
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	91
6.1.Sonuçlar	91
6.2.Öneriler	93
KAYNAKLAR.....	94
<u>EK-1</u> ETİK KURUL KARARI.....	107
<u>EK-2</u> ANKET VE GÖNÜLLÜ OLUR FORMLARI.....	110
<u>EK-3</u> PATENT VE TELİF HAKKI İZİNLERİ.....	120
<u>Ek-4</u> STROBE BİLDİRİMİ.....	122
<u>Ek-5</u> ÖZGEÇMİŞ	125

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı ve Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	44
Tablo 2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	45
Tablo 3. Katılımcıların Üreme Sağlığı Alışkanlıklarına Göre Dağılımları.....	46
Tablo 4. Katılımcıların Aile Planlaması Yöntemlerinin ve Kullanımlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	47
Tablo 5. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Boyutların Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri.....	49
Tablo 6. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Boyutların Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	51
Tablo 7. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Boyutların Katılımcıların Aile Planlaması ile İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	55
Tablo 8. Bağımsız Değişkenlerin ÜSAP Ölçeği Üzerindeki Etkisi İçin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	58
Tablo 9. Bağımsız Değişkenlerin Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisi İçin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	60
Tablo 10. Bağımsız Değişkenlerin Cinsel Yolla Bulasan Enfeksiyonlar Alt Boyutu Üzerindeki Etkisi için Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	63
Tablo 11. Bağımsız Değişkenlerin Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt Boyutu Üzerindeki Etkisi için Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	65

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)

AP: Aile Planlaması

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

CYBE: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

DMPA: Depot Medroxyprogesterone. Acetate

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FDA: U.S. Food and Drug Administration (Türkçe: Birleşik Devletler Gıda ve İlaç Dairesi)

FSH: Folikül Uyarıcı Hormon ya da Follicle-Stimulating Hormone

HIV: Human Immunodeficiency Virus.İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü

ICPD: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı

IPPF: Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu

KOK: Kombine Oral Kontraseptifler

LH: Luteinize Edici Hormon

RIA: Rahim İçi Araç

TDK: Türk Dil Kurumu

TDK: Türk Dil Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNFPA: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

ÜSAP: Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği

WHO: World Health Organization

IPPF: Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu



ÖZET

Bulut, S.(2022). Pınarhisar 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı evli kadınların üreme sağlığı ve aile planlaması hakkındaki tutumları. Kırklareli Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı ABD. Yüksek Lisans Tezi. Kırklareli.

Üreme sağlığı, kadınların hayatlarında ayrı bir öneme sahiptir. Çünkü nesillerin devamını sağlayan doğurganlık kadın bedeninde gerçekleşmektedir. Doğurganlık işlevi kadını hem bendensel hemde ruhsal anlamda yıpratıp, kadınların genel sağlık düzeyini olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Bu çalışma Ocak 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında Kırklareli ili Pınarhisar ilçesi 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezine başvuran 318 kadının üreme sağlığı ve aile planlaması tutumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte yapılmıştır. Çalışmadaki veri toplama araçları; araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan sosyodemografik özellikler ile üreme sağlığı alışkanlarını içeren sorulardan oluşmuş tanıtıcı bilgi formu, Üreme sağlığı ve aile planlaması (ÜSAP) tutumlarını belirlemek amacıyla ise 52 sorudan Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutum ölçeği kullanılmıştır. Araştırma verilerin analizi SPSS versiyon 25.0 paket programı ile yapılmıştır. Anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmada ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,893 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamaları $39,09\pm 9,40$ olduğu saptanmıştır. Kadınların %58,5'nin ilk gebelik yaş aralığı 20-28, %43,7'sinde gebelik sayısı 2 veya 3 olarak bulunmuştur. Kadınların %86,8'i iç çamaşırını her gün değiştirdiğini, %47,5'inde genital bölge temizliğini su ve tuvalet kâğıdı ile yaptığı, %58'inin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadığı, %41,5'nin aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmadığı, %72'sinin kürtaj aile planlaması yöntemi olarak görmediği, %32,1'inde aile planlaması hakkındaki bilgiyi ebe ve hemşireden aldığını ifade etmiştir. Kadınların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $3,86\pm 0,38$ 'dir. Ölçeğin alt boyutları olan planlanmamış ve istenmeyen gebelikler ile gebeliğin sonlandırılması alt boyutunda alınan puan ortalaması $3,83\pm 0,35$, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar alt boyutundan alınan puan ortalaması $3,96\pm 0,52$, kısırlık ve üremeye yardımcı tedavi yöntemleri alt

boyutundan alt boyutundan $3.77 \pm 0,48$ şeklindedir. Kadınların eğitim durumları, meslekleri, eşlerinin eğitim durumları, aile planlaması yöntemi kullanımları, aile planlaması yöntemleri hakkındaki bilgi alma durumları ÜSAP ölçeğinin puan ortalamasını etkilemiştir ($p<0.05$). Araştırma sonucunda ortaya çıkan veriler değerlendirildiğinde bölgede yaşayan evli kadınların üreme sağlığı ve aile planlaması hakkında eğitim ve desteğe ihtiyaçları olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, Üreme Sağlığı, Halk Sağlığı, Ebelik, Hemşirelik.



ABSTRACT

Bulut, S. (2022). Attitudes of married women registered in Pınarhisar Family Health Center No. 2 about reproductive health and family planning. Kırklareli University. Health Sciences Institute. Department of Public Health. Master Thesis. Kırklareli

Reproductive health has a special importance in women's lives. Because the fertility that ensures the continuation of the generations takes place in the female body. Fertility function wears out women both physically and spiritually and can negatively affect the general health level of women. This study was conducted in a descriptive cross-sectional type to evaluate the reproductive health and family planning attitudes of 318 women who applied to the Family Health Center No. 2 in Pınarhisar district of Kırklareli between January 2021 and February 2022. Data collection tools in the study; An introductory information form consisting of questions including sociodemographic characteristics and reproductive health habits prepared by the researchers in line with the literature, and the Reproductive Health and Family Planning attitude scale of 52 questions were used to determine reproductive health and family planning (USAP) attitudes. Analysis of the research data was done with SPSS version 25.0 package program. The significance level was accepted as $p < 0.05$. In the study, the Cronbach alpha coefficient of the scale was found to be 0.893. The mean age of the women participating in the study was found to be 39.09 ± 9.40 . The first gestational age range of 58.5% of the women was 20-28, and the number of pregnancies was 2 or 3 in 43.7% of them. 86.8% of the women change their underwear every day, 47.5% of them clean the genital area with water and toilet paper, 58% do not use any family planning method, 41.5% talk about family planning methods. stated that they did not have knowledge, 72% did not see abortion as a family planning method, 32.1% received information about family planning from midwives and nurses. The mean total score of the women from the scale was 3.86 ± 0.38 . In the sub-dimensions of the scale, unplanned and unwanted pregnancies and termination of pregnancy, the mean score was 3.83 ± 0.35 , the mean score obtained from the sexually transmitted infections sub-dimension was 3.96 ± 0.52 , the sub-dimension of infertility and assisted reproductive treatment methods its size is 3.77 ± 0.48 . Women's educational status, occupation, education status of their

spouses, use of family planning methods, and obtaining information about family planning methods affected the mean score of the USAP scale ($p<0.05$). When the data obtained as a result of the research were evaluated, it was determined that married women living in the region needed training and support about reproductive health and family planning.

Keywords: Family planning, Reproductive Health, Public Health, Midwifery, Nursing.



1.GİRİŞ

Üreme sağığı tanımı 1994 yılında Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında (ICPD) “üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyiş süreciyle ilgili, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden bütünüyle iyi olma durumudur” şeklinde yapılmıştır (Akın ve Sevensan, 2006). Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre Aile planlaması (AP) ise, çiftlerin ve bireylerin, istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına; eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına; iki doğum arasındaki süreyi belirlemelerine; yaşlarını, sağıık ve sosyoekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına serbestçe ve sorumlucu karar vermelerine ve çocuğı olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamalar şeklinde tanımlanmıştır (Öztaş, 2015).

Kadınların anne karnında başlayan yaşam döngüleri, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık dönemlerini içermektedir. Erkeklerinde aynı döngüyü yaşamasına rağmen kadınların üreme sağığı sorunları yaşama olasılıkları erkeklere göre daha fazladır. Kadınların üreme sağığı sorunlarını en fazla yaşadıkları dönem ise 15-49 yaş aralığında gerçekleşmektedir (Akın 2011). 15-49 yaş aralığındaki dönemde kadınlar gebelik, doğum ve cinsel ilişki gibi üreme sağııklarını etkileyen durumlar yaşamaktadırlar. Bu durumlar kadın sağııklarını doğrudan etkilemektedir (Koştı ve Taşcı, 2009). Kadın sağıığı ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesinde kullanılan göstergelerden biridir. Bu gösterge içinde yer alan en önemli parametrelerden biride anne bebek ölüm oranlarıdır. Buna rağmen gelişmekte olan ülkelerde her yıl anne ölümleri yükseliş göstermektedir. Anne ölümlerinin nedenleri arasından da doğumda ve postpartum dönemde gerçekleşen komplikasyonlar yer almaktadır (Kızılkaya Beji vd.,2021).

Doğurganlık ile birlikte karşılanabilecek risklerin başında istenmeyen gebeliklerin düşükle sonlaması ve iki gebelik arası sürenin 2 yıldan az olması ile çok sayıda

doğum yapmak gelmektedir. Bunun dışında anne ve bebek ölüm riskine neden olabilecek komplikasyonlarda görülebilmektedir (Korkmaz, 2019).

Anne ve bebek sağlığını tehlikeye atan en önemli etken aile planlaması hizmetlerin doğru ve etkin bir şekilde kullanılamamasından kaynaklanmaktadır. Günümüzde gerçekleşen her 4 gebelikten biri istenmemekle birlikte bu gebeliklerin önemli bir kısmı düşükle sonlanmaktadır. Bu düşüklerin yaklaşık %30'da sağlıklı olmayan koşullarda meydana gelmektedir. Türkiye'de kadınların yarısının yöntem kullanmadığını ve geri kalan kısmında da etkin bir doğum kontrol yöntemi kullanma oranının düşük olduğunu göstermektedir (Çalışkan vd.,2014). TNSA 2018 verilerine göre ise Türkiye'de istenmeyen gebelik oranı %15, isteyerek düşük oranı ise %6 olarak açıklanmıştır. 2018 yılında DSÖ'nün açıklamasına göre, 2010-2014 yılları arasında Dünya'da gerçekleşen gebeliklerin %44'ü istenmeyen gebeliklerdir (Bearak vd., 2018).

Aile planlaması hizmetlerinin doğru ve etkin bir şekilde kullanılması ile anne ve bebek ölümlerinin azaltılması sağlanabilmektedir. Dünya da birçok ülke aile planlaması programlarına ağırlık vererek anne ölümlerini %30-40 oranında azaltmıştır (Kökçü, 2010; Bearak vd., 2018).

Birinci basamak hizmetlerin asıl görevi olan koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde kadınların üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri yer almaktadır. Birinci basamak olan Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuru yapan evli kadınların üreme sağlığı ve aile planlamasına yönelik gerekli ihtiyaçların saptanması, bu ihtiyaçlar doğrultusunda verilecek olan eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması gerekmektedir (Korkmaz, 2019).

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Kadın ve Erkek Üreme Sistemi

2.1.1.Kadın Üreme Sistemi

Kadın üreme organları pelvik kavite içerisinde yer alırlar. Perine boşluğunda yer alan kısma iç üreme organları, perinede yer alanlara ise dış üreme organları denir. Dış üreme organları, perine bölgesinde yer alan mons pubis, labia major, labia minör, klitoris, vestibül, bulbus vestibülü, hymen ve bartolin bezinden oluşmaktadır (Nguyen vd.,2021; Haklı, 2019). İç üreme organları ise dıştan içe doğru vajina, uterus, tuba uterine ve ovaryumlar'dan oluşur (Güvel, 2013).

Dış üreme organlarından olan mons pubis; simpisiz pubisin ön kısmında bulunan ve kabarık olan kısımdır. Gevşek bağ ve deri altı yağ dokusundan meydana gelir. Bu deri altı yağ dokusu sayesinde mons pubis kabarık özelliğine sahiptir (Yurdakul, 2020; Taşkın,2020). Bu bölgede puberta döneminden sonra kıllanmalar başlar (Çoşer Çetin, 2018). Labia major, mons pubisten aşağı anüse doğru uzanan iki taraflı yağ, bağ ve kas dokusundan meydana gelen ve yaklaşık olarak 7-8 cm uzunluğunda olan deri kıvrımlarıdır. Menopoz döneminden sonra bu bölgede kıllanma ve yağ dokusunda azalma meydana gelir. Labia majorler, labia minörleri, uretral ve vajinal açıklığı korur. Labia majorlerin alt uçları ile anüs arasında kalan ortalama 2,5-3 cm'lik bölüme perine adı verilir (Çoşer Çetin, 2018; Kızılkaya Beji, 2020). Labia minör ise labia majorlerin alt kısmında yer alan kırmızı renkte, iki küçük deri plakası şeklinde, yağ dokusuna sahip olmayan fakat damar ve sinir bakımından oldukça zengin olan bir yapıdır. Labia minörlerin dış yüzeyi yağ bezi, iç yüzeyi ise duyu reseptörleri ile kaplıdır ve ortalama uzunlukları 3-3,5 cm'dir. (Çoşer Çetin, 2018; Hotun Şahin, 2020; Haklı, 2019). Pembe ve kahverengi olan renk aralığı kişiden kişiye farklılık gösterir (Karanisoğlu, 2015). Labia minörler açıldığında görülen üçgen bölgeye ise vestibül denmektedir. Vestibülün en üst kısmında klitoris, taban kısmında da labia minörlerin birleşme çizgisi vardır. Vestibül'ün yan kısımları

bulbus vestibüllerle çevrelenmiştir (Çoşer Çetin, 2018). Üretral, vajinal açıklık, himen veya kalıntıları bu bölümde yer alır (Karanisoğlu, 2015). İnce mukozal bir yüzeye sahip olduğundan kimyasal maddeler ve sıkı giysilerden kolayca irrite olabilir. Dolayısıyla bu bölge için sıkmayan ve pamuklu iç çamaşırları tercih edilmelidir (Taşkın, 2020). Labia minörlerin önünde bulunarak labia majörlerin aralanmasıyla ortaya çıkan yapı klitorisi oluşturmaktadır. Kan ve sinirler açısından çok zengin olan bu yapı krus klitoris, korpus klitoris ve glans klitoris olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Klitoriste yırtık ve yaralanmalarda çok fazla kanama meydana gelir. Cinsel uyarılmalarda kanla dolar ve ödemli gözükmekle ereksiyon gerçekleşir (Nguyen vd., 2021; Çoşer Çetin, 2018; Hotun Şahin, 2020).

Yunanca'da perde anlamına gelen himen, eksternal vajinal açıklığı örten, elastik mukoz membrandan oluşmaktadır (Taşkın, 2020). Ortasında delik bulunan himenden menstrual dönemde âdet kanı rahatlıkla vücut dışına atılır. Şekli kişiden kişiye göre farklılık gösteren hymen genellikle ilk cinsel ilişki sonrası yırtılır geride kalan parçalarına karankula himenalis denmektedir (Çoşer Çetin, 2018). Bartolin bezleri, vulvadaki en büyük glandlar olup, labialar arasında ve vestibülün arkasında yer alırlar (Yurdakul, 2020; Taşkın,2020). Seksüel uyarılarda salgıladıkları sekresyonlar vajina ağzına akarak vajinanın kayganlığını sağlar. Bezde gerginlik, ateş ve ağrı gibi şikayetlere eşlik eden iltihaplanmalar görülebilir. Bu duruma bartolinitis denmektedir (Çoşer Çetin, 2018).

İç üreme organlarından olan vajina, serviksten vajinal açıklığa kadar uzanan 7-10 cm uzunluğunda boru şeklinde bir kanaldır (Taşkın,2020). Ön kısmında mesane ve üretra bulunurken arka kısmında rektum ve üst kısmında da uterus bulunmaktadır (Çoşer Çetin, 2018). Doğum kanalının alt kısmında yer alarak uterus ve dış genitaler arasındaki bağlantıyı sağlar. Bu yapı menstrual kanın vücuttan atılmasını sağlamakla görevlidir. Cinsel ilişki bu bölgede meydana gelir (Taşkın,2020).

Vajinanın üç tane doku katmanı bulunmaktadır. Bunlar, müköz tabaka, müsküler (kas) tabaka, dış (adventina) tabakadır. Müköz tabaka, vajinada çok katlı yassı epitellerden oluşmaktadır. Bu yassı epitel hücreler, glikojeni laktik aside çevirerek asidik ortam meydana getirirler. Oluşan asidik ortam sayesinde mikroorganizmalar iç üreme organlarına ulaşamaz. Müsküler (kas) tabakası, kas liflerinde oluşmaktadır.

Mukozasında rugae adı verilen katlardan meydana gelir ve bu lifler doğum sırasında vajinanın genişlemesi sağlar (Yurdakul, 2020; Taşkın,2020). Vajinanın bulunduğu bölge genital hijyenin sağlanması açısından kritik önemdedir (Şıpçık, 2020; Çoşer Çetin, 2018).

Uterus, mesanenin arkasında rektumun önünde ve vajinanın üzerinde bulunan armut biçiminde bir şekle sahip olan kaslı ve kalın duvarlı bir yapıdır (Çoşer Çetin, 2018). Öne yatık (anteversiyon) pozisyonunda olup hareketli bir organ olan uterus'un ortalama boyutları yaklaşık 7-8 cm uzunluğunda, 5 cm eninde ve 4 cm kalınlığındadır. Gebelik döneminde büyür ve genişleyerek ağırlığı 1000 grama kadar ulaşır. Doğum sonrasında ise eski boyutlarına geri döner (Şıpçık, 2020; Çoşer Çetin, 2018). Menopoz döneminden sonra ise küçülür. Uterus menstruasyon, implantasyon, gebelik ve doğum gibi çeşitli üreme işlevlerine sahiptir (Haklı, 2019).

Uterus yapı ve fonksiyonları bakımından dört bölümde incelenir. Bu bölümler fundus, korpus, istmus ve serviktir.

1-Fundus, uterusun en üst kısmındadır.

2.Korpus, uzunluğu 4,6 cm, genişliği 5 cm olan, istnusa kadar uzanan orta bölgedir.

3-İstmus, uterusun orta bölümü olan korpus ile serviks arasında kalan aşağıya doğru daralan bölümdür.

4-Serviks ise ortalama 2,5-3 cm uzunluğundadır. En önemli özelliği, doğum esnasında incelişip açılmasıdır. Servikse bu özelliği sağlayan yapısında yer alan bağ dokusu ve kas fibrinleridir. Serviksin ortasında uterus kaviteyle vajinayı birleştiren kanal bulunmaktadır. Servikal kanal adı verilen bu kanalın uterusu açılan kısmına internal os, vajinaya açılan kısmına ise eksternal os denir. Eksternal osun görünümü doğum yapmamış kadınlarda yuvarlak iken, doğum yapmış kadınlarda transver çizgi şeklindedir. Servikal kanalda noboth glandları bulunur. Bu glandlar kokusuz, irritan olmayan ve estrogen ve progesterona (over hormonları) cevap veren bir mukus salgılar. Bu mukus, spermilerin vajende yaşamlarını sağlarken aynı zamanda mikroorganizmaların uterusu geçişini de engeller (Karanisoğlu, 2015 ; Taşkın,2020).

Uterus'un corpus uteri ve serviks uterus olmak üzere iki kısmı bulunmaktadır. Serviks uteri olan kısmı vajinaya doğru uzandığından iç genital organlara enfeksiyon

bu kanal ile taşınabilir (Şıpçık, 2020). Uterusta 3 katman vardır. Bunlardan, endometrium, en içte kalan ve en aktif katmandır. Overde meydana gelen değişikliklere cevap verir. Miyometrium, uterusun orta kısmıdır. Uterusun hacminin büyük bir kısmını oluşturur. Seroza ya da perimetrium ise uterusun en dışında kalan ve onu saran epitelyal hücrelerden meydana gelir ve ince bir yapıya sahip olan kısımdır (Haklı, 2019).

Tuba uterinalar, uterusun üst yan iki köşesinden overlere doğru uzanan ortalama 10 cm uzunluğunda, 0,6 cm çapında ince tüp şeklindeki oluşumlardır. En önemli görevleri ovulasyonla birlikte oluşan ovumun uterusu taşınmasını sağlamaktır (Çoşer Çetin, 2018). Tuba uterinalar üç kısımdan oluşmaktadır. Bunlar;

1.İnfundibulum, uçlarında saçak şeklinde oluşumlar bulunmaktadır. Bu oluşumlara fimbria denir.

2.Ampulla, orta ve en geniş olan bu bölümde dölleme gerçekleşir.

3. Isthmus, uterusu en yakın bu kısımdır. Aynı zamanda tuba uterinalarının en dar kısmıdır (Taşkın,2020).

Overler, uterusun her iki yanına tuba uterinaların fibrial uçlarına yakın olarak yerleşmiş endokrin özellikte bir çift organdır. Overler badem görünümünde olup ortalama 5 kg ağırlığında ve 4 cm uzunluğundadır. Korteks ve medulla kısımlarından oluşan iki tabakası vardır. Korteks dış kısmındaki tabakadır ve içinde yumurta hücresini barındırır. Medulla tabakası da sinir, bağ ve damarlar açısından zengin olan gevşek yapıya sahiptir (Çoşer Çetin, 2018; Kızılkaya Beji, 2020). Overler cinsiyet hormonlarının da üretilmesinden ve ovulasyondan sorumludurlar (Güvel, 2013; Haklı, 2019; Taşkın,2020).

2.1.2.Erkek Üreme Sistemi

Erkek üreme organları iç üreme organları ve dış üreme organları olmak üzere 2'ye ayrılır. Bunlar; iç üreme organları, testis, epididimis, vasdeferans, aksesuar bezlerdir (seminel vezikülü ve prostat). Dış üreme organları sakrum ve penisi içermektedir (Balcı, 2018). Farklı görevleri de olan bu organların ana görevi sperm üretmek ve spermi dışı üreme organına bırakmaktır (Arıcan, 2017).

Erkek iç üreme organlarından olan testisler; sakrum içerisinde yer alan, meni salgılayan iki adet üreme organıdır. Fetal yaşam döneminde karın boşluğunda ve peritonin arkasında yer alır (Gray, 2000). Gebeliğin 28. haftasında skroma inerek gelişmelerini abdomen dışında sürdürür (Yurdakul, 2020). Üreme ve endokrin görevi olan bu organların her biri 4 cm uzunluğunda, 25 gram ağırlığında ve 3 cm çapındadır. Testisler tunika vasküloza, tunika albuginea, tunika vajinalis olmak üzere üç tabakadan oluşmaktadır. Testisler, tunika albuginea denen yoğun ve kalın bağ dokusu kapsülle çevrilidir. Sakrum içerisinde asılı olarak durmalarını sağlayan spermatik kordon, seminal kanal, arter, ven, lenf kanalları ve sinirlerden oluşmaktadır. Testislerin spermleri depolama ve üretme fonksiyonları bulunmaktadır. Erkek üreme hormonu olan testesteron da testislerde üretilir (Arıcan, 2017; Yurdakul, 2020).

Epididim, testisler üzerinde bulunan 5-6 cm uzunluğunda kıvrımlı tüplerden oluşan damar ve sinir açısından testis ile benzer özelliğe sahip olan bir yapıdır. Spermiumların olgunlaşması, depolanması ve vasdeferens iletilmesi ile ilgili görevleri vardır. Spermiumlarda, epididimisin içinde ovumu dölleyebilecek olgunluğa erişir. Olgunlaşan sperm vas deferansa doğru ilerler (Çoşer Çetin, 2018; Hotun Şahin, 2020; Yurdakul, 2020). Vasdeferans ise spermatozoaları ileten kanalın epididimisten sonra gelen kısmıdır. Epididimis'in kuyruk kısmından başlayarak testisin arka kenarından yukarı doğru uzanan 40-50 cm uzunluğunda kalın ve kaslı bir yapıdadır. Spermiumların iletiminden sorumludur (Balcı, 2018; Hotun Şahin, 2020).

Seminal vezikülü, mesane ve rektum arasında bulunan kesecikler içeren 5-7 cm uzunluğunda bir çift salgı bezidir. Ejekulatin sıvısının %60-70'lik kısmını oluşturur. Prostaglandin, fruktoz ve c vitamini gibi besleyici maddeler içeren sarımsı ve yapışkan (alkalen) bir sıvı salgılar. Bezin salgılanma fonksiyonunu düzenleyen testesteron hormonudur (Balcı, 2018; Çoşer Çetin, 2018). Prostat, mesanenin alt tarafında bulunan en büyük aksesuar bezdir. Döllenmenin gerçekleşmesi için önemli olan çinko, kolesterol, proteazlar, asit fosfataz, sitrik asit ve fosfolizin içeren bir sıvı salgılar. Erişkinde kestane büyüklüğünde olup ağırlığı 18-20 gramdır (Balcı, 2018; Taşkın, 2020).

Erkek dış üreme organlarından olan skrotum, deri ve fibromusküler yapıda olup penis ve simfizispubisin altında yer alır. Derisi incedir ve üzerinde bol miktarda sinir ucu bulunur. Sinir uçları nedeniyle ısıya karşı hassasiyeti vardır (Hotun Şahin, 2020; Balcı, 2018).

Penis ise erkeklerde cinsel birleşme ve idrar boşaltmaya yarayan dış üreme organıdır. Deri, kıl yapısı içermez ve yağdan yoksun elastik yapıdadır. Penis uyarıldığında kanla dolarak ereksiyon gerçekleşir. Cinsel ilişki sırasında spemlerin aktarılmasını sağlar. Penisin dıştan içe doğru tabakalarını deri, süperfisiyal tabaka (dartos tabakası), tela subfasiyalis (eberth tabakası), buckfasiyası, tunikaal buginea oluşturur (Tüken, 2006). Penisin kök, gövde ve penis ucu olmak üzere üç bölümü bulunmaktadır. Penisin orta uç kısmında meatus adı verilen bir açıklık bulunmaktadır (Yurdakul, 2020). Bu açıklıktan sperm sıvısı ve idrar atılır (Güvel, 2013; Tüken, 2006).

2.1.3.Menstrual siklus

Kadınların üreme dönemlerinde yaşadığı ve her ay hormonal değişim ile birlikte âdet kanamasıyla beraber meydana gelen periyodik duruma menstrual siklus denir. Menstrual siklus normal görülen fizyolojik bir olaydır ve kadınların sağlıklı olmalarının en önemli göstergesidir (Haklı, 2019; Yeşildere Sağlam, 2017). Menstruasyon kadınlarda ortalama 28 günde bir gerçekleşip, ortalama 4-5 gün sürmektedir. En yoğun dönemi 2. gün gerçekleşir. Bir menstrüal siklus döneminde ortalama olarak 10-84 ml kan kaybı gerçekleşir (Uğraş, 2018).

Kadınlarda ilk menarş 11-16 yaşları arasında görülmektedir. Fakat bu aralık birçok faktöre göre değişiklik gösterebilir (Çınar, 2018). Normal bir âdet kanaması foliküler ve luteal faz arasında gerçekleşir. Âdet döngüsünün 14 gününü luteal faz geri kalan dönemi foliküler faz oluşturur. Foliküler faz âdet kanamasıyla başlar ve LH (luteinize edici hormon) dalgalanmasından hemen önce sona erer. LH'nin yükselmesiyle beraber luteal faz gerçekleşir ve bu faz âdetin başlamasıyla biter (Haklı, 2019; Yeşildere Sağlam, 2017). Fizyolojik açıdan menstrual siklus, hipotalamus, anterior hipofiz, yumurtalık ve endometriumu içeren karmaşık, koordineli olaylar dizisidir. Menstrual siklusun gerçekleşmesinde, overfolikül olgunlaşır ve overdaki hormanlardan östrojen ve progesteron salgılanır (Uğraş,

2018). Menstrual siklusun 1. gününde hipotalamustan gonadotropin serbestleştirici hormonu (Gonadotropin Releasing Hormone- GnRH) salgılanır ve hipofizin ön lobundan stimüle edici hormonun (FSH) kana salınımını artırır. FSH overlarda yeni foliküllerin olgunlaşmasını sağlar ve her folikülde belli miktarda östrojen salgılar. Oluşan foliküllerden bir tanesi çatlamak üzere büyür diğerleri ise olgunlaşmadan atrofiye uğrar (Hotun Şahin, 2020).

Kadının âdet olması doğurgan olduğunu gösterirken âdetin geciktiği durumlar ise cinsel yönden aktif kadınlarda gebe kalmanın göstergesidir. Gebelik ve emzirme dönemlerinde âdet olma durumu geçici olarak baskılanır (Haklı,2019).

Menstruasyon öncesi ve arasında nerdeyse tüm kadınlarda, psikolojik, duygusal ve fiziksel değişiklikler görülebilir. Bu değişiklikler tamamen doğal olup mentsrual dönemde vücutta meydana gelen hormon düzeyindeki dalgalanmalara verilen tepkiden kaynaklanmaktadır. Kadınların bu dönemde yaşadığı ağrı, en sık görülen semptomların başında gelmektedir. Bunun dışında depresyon, göğüs ağrısı, bel ağrısı, karın ağrısı, baş ağrısı, mide bulantısı, huzursuzluk, aşırı hassasiyet, sinirlilik gibi semptomlar da görülebilir (Uğraş, 2018).

2.1.4.Spermatogenez

Aktif cinsel yaşam süresinde, ön hipofiz gonadotropik hormonlarının uyarılmasıyla testislerdeki seminifer tüplerde olgun sperm oluşumuna spermatogenez denir. Ergenlik dönemiyle (13-16) birlikte başlayan spermatogenezin yaşlanmayla beraber hızı yavaşlar ve bu durum yaşlılığın son dönemlerine kadar sürebilir. Testisin tüp şeklinde bulunan bölmesinin hacmi, testis hacminin %60-80’ni temsil eder. Her testiste yaklaşık 600 adet yarı tübül bulunmaktadır. Sertoli hücreleri, seminifer tübülün yapısını destekler ve iç ortamın düzenlenmesinde rol oynar. Sertoli hücre miktarı, spermatojenik çıkış miktarını belirler. Spermatogenezisin başlatılmasında FSH, sürekliliği için LH ve testesteron gereklidir (Aşçı ve Gökdemir, 2017).

Spermatogenez üç aşamada gerçekleşir. İlk aşama, erken hücre aşaması olan spermatogoninin çoğalmasına izin veren mitotik hücre bölünmesidir. İkinci aşama, diploid hücrelerin haploid hücreleri oluşturduğu mayoz bölünmedir ve yuvarlak bir spermatid oluşana kadar bir bölünme meydana gelir. Son aşaması, spermatidlerden

spermatozoa (olgun ve hareketli sperm hücreleri) üretimidir. Spermatogenezisin genel süresi 64 gündür (Haklı, 2019; Kara, 2013).

2.2.Üreme Sağlığı

Üreme sağlığı yakın zamana kadar Ana Çocuk Sağlığı hizmetlerinin içerisinde yer almıştır. Son 20 yıla yakın süredir ülkeler arasında sosyo-ekonomik değişimler meydana gelmiş ve bu değişimlerle birlikte Ana Çocuk Sağlığı kavramı içerisinde yer verilen üreme sağlığının artık mevcut sorunları çözmeye yetmediği anlaşılmıştır. Bunun üzerine tüm dünya ülkeleri ‘üreme sağlığının’ yeni bir kavram olarak ele alınmasına karar vermiştir (Bakanlığı, 2009). Kahire’de 1994 yılında Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda ilk defa tüm dünyada kabul gören ‘üreme sağlığı’ kavramı tanımlanmıştır (Kılınç, 2015). Bu konferansta kadın ve erkek eşitliği temel alınarak bütün sağlık hizmetlerine evrensel ulaşılabilirlik ilkesi tüm devletler tarafından kabul edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü üreme sağlığını, ‘üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece hastalık ya da sakatlık olmaması değil, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumu’ şeklinde tanımlamıştır (Haklı, 2019).

Üreme sağlığının tanımının yanında, “insanların güvenli ve tatminkâr bir cinsel hayatlarının olması, üreme kabiliyetleri ve bu kabiliyetlerini ne zaman ve ne sıklıkta kullanıp kullanmayacaklarına karar verme özgürlüklerine sahip olmaları” ile birlikte üreme haklarının tanımı da ilk kez burada yapılmıştır (Tepe, 2018). Daha sonra üreme sağlığı kavramı Pekin’de 1995 yılında düzenlenen IV. Dünya Kadın Konferansı’nda hazırlanan ve aralarında Türkiye’nin de bulunduğu 179 ülkenin kabul ettiği eylem programında tekrar gündeme gelmiştir ve bu konferansta da cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin, temel sağlık hizmetleri aracılığı ile herkese sağlanması şart koşulmuştur (Erkin, 2019; Haklı, 2019).

2.2.1.Üreme Sağlığının Önemi ve Amacı

Sağlık, insanoğlunun varlığını sürdürebilmesi, daha uzun yaşam süresine sahip olabilmesi açısından önemlidir. Bu açıdan düşünülecek olursa sağlığın insanın temel bir hakkı olduğu söylenebilir. Üst seviyede verilmesi gereken bu hak için sağlık sektörüyle birlikte sosyal ve ekonomik sektörlerin desteği de önemlidir (Orhan ve

Reşat Yücel, 2017). Üreme sağlığı, yaşama sağlıklı başlamanın ilk adımıdır. DSÖ, 2020 yılına kadar herkesin sağlık hizmetlerine eşit olarak erişebilmesi için ‘2000 Yılında Herkes İçin Sağlık’ isimli bildirge hazırlanıp sağlık hedeflerini belirlemiştir (Özendi, 2017; Akın, 1995).

Üreme sağlığının önemi DSÖ’nün istatistiklerine bakıldığında da ortaya çıkmaktadır. Dünyada her yıl yaklaşık 140 milyon doğum gerçekleşmektedir. Bu doğumlara vasıflı sağlık personelinin katılım oranı 1990’da %58’den 2019’da %81’e çıkmış ve bu doğumların çoğu bir sağlık tesisinde gerçekleşmiştir. Hamilelik ve doğum esnasında hayatını kaybeden kadın sayısı 2017 yılında yaklaşık olarak 295.000’dir. Bu ölümlerin çoğu Sahra Altı Afrika ve Güney Asya’da meydana gelirken, ölümlerin en yaygın sebepleri ise aşırı kan kaybı, enfeksiyon, yüksek tansiyon, güvensiz kürtajdır. Sahra Altı Afrika ve Güney Asya’da meydana gelen anne ölümlerin 2017’deki küresel toplamın %86’sıyla beraber en büyük yükü oluşturmaktadır (Çalıkoglu vd.,2018).

Yaşam boyu devam eden üreme sağlığı, ana çocuk sağlığı hizmetleriyle ilgili temel kavramlardan ayrılarak, insanların güvenli cinsel hayat istekleriyle beraber üreme kabiliyetleri hakkındaki bilgilerini artırmak istemeleriyle şekillenmeye başlamıştır (Temürlenk, 2019; Haklı, 2019). Üreme sağlığı kadın ve erkeğin biyolojik farklılığı, onların farklı sağlık sorunlarıyla karşılaşmasının da temelini oluşturmaktadır (Ünsal vd.,2010; Öztaş vd.,2015). Kavram olarak bakıldığında üreme sağlığı hem kadın hem de erkeğin üreme ve cinsel yaşamlarıyla ilgili özgürlüklerini içermektedir (Kökçü, 2010). Bu kavramın sadece doğurganlık dönemini kapsadığı düşünülse üreme sağlığı yaşam boyu devam eden bir kavramdır (Ünsal vd., 2010; Öztaş vd., 2015).

Üreme sağlığı kapsam olarak kadın ve erkeği içeriyor olsa da kadın açısından hayati öneme sahiptir ve bunun için kadının üreme sağlığındaki yeri ayrıdır. Doğurganlık kadın bedeninde gerçekleştiği için kadının bu dönemleri zinde ve mutlu geçirmesi sağlıklı bir toplum ve geleceğin oluşması için oldukça önemlidir (Temürlenk, 2019; Haklı, 2019).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin devlet güvencesinde olduğu Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 41. Maddesi’nde de açıkça belirtilir. Bu maddeye göre: “Aile, Türk toplumunun temelidir ve eşler arasında eşitliğe dayanır. Devlet, ailenin huzur ve

refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilâtı kurar.” ifadesiyle sağlığın bir insan hakkı olduğundan ve bunun için uygun ortamı sağlamanın devletin sorumluluğunda bulunduğundan bahsedilmektedir. Toplumun refahı için devlet sağlık hizmetlerini bütün bireylerine sunmalıdır. 1948 yılında yayımlanan Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi’nde de herkesin bu haktan yararlanmasının önemini belirttikten sonra devletin bir insan hakkı olarak bu hizmetleri sağlaması gerektiği belirtilmiştir (Beckmann vd., 2009; Temurlenk, 2019).

Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (IPPF) üreme hakkını on iki maddede özetlemiştir. Bunları oluştururken temel insan haklarından üreme hakkına uyarlamalar yapmıştır (Kara, 2013).

- 1-Yaşama hakkı,
- 2-Özgürlük hakkı,
- 3- Eşitlik hakkı,
- 4-Mahremiyet hakkı,
- 5-Çocuk sahibi olup olmamaya karar verme,
- 6-Sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması hakkı,
7. Evlilik ve aile kurmada özgür olmak,
8. Çocuk sahibi olup olmama ve zamanına karar verme hakkı,
9. Bilgilenme ve eğitim hakkı,
10. Bilimsel gelişmelerden yararlanabilmek,
11. Toplantı ve siyaset yapabilmek,
12. İşkenceye maruz kalmamak. (‘www.bilkent.edu.tr’ Erişim tarihi 14.03.2021; Aşçı ve Gökdemir, 2017; Haklı, 2019).

Üreme hakkı, kişilere aile planlaması yöntemleri, gebelik bakımı ve yeni doğan hizmetleri hakkında bilgi alıp bu hizmetlere ulaşma imkânı olarak tanımlamaktadır. Ayrıntılı olarak baktığımızda; üreme hakkı, “insanlar tatmin edici ve güvenli cinsel yaşam sürdürmeye, istedikleri zaman istedikleri kadar üremeye karar verme

serbestliğine (özgürlüğüne) sahip, erkek ve kadınlar doğurganlıklarını düzenlemek için gereken güvenli, etkili, bütçelerine uygun, ulaşılabilir yöntemler hakkında bilgi alma ve aynı zamanda gebelik bakımı ve doğum hizmetlerine ulaşma hakkına sahip” olmaktadır. İnsanların, adölesan dönemden başlayarak yaşlılık dönemi de dâhil olmak üzere tüm üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarına sahip olduğu insan hakları kapsamında vurgulanmıştır (Kara, 2013; Akın, 1995).

Üreme sağlığının amaçlarına bakıldığında üreme sağlığı ve aile planlaması ihtiyaçlarını saptayarak karşılanmasını sağlamak, istenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebe, hastalık ve ölümleri azaltmak, aile planlaması hizmetlerinde erkeklerin katılımını sağlamak, anne sütünün önemi hakkında bilgilendirme yapılarak emzirmeye teşvik etmek, her iki cinsiyetin de cinsel sağlık, üreme hak ve sorumlulukları hakkında bilgi, eğitim ve hizmete ulaşmalarını sağlamak, gençlere bilinçli ve sağlıklı cinsel davranışlar hakkında danışmanlık vermek ve adölesan gebelikleri azaltmaktır (Yoldaşan, 2017).

Üreme sağlığı hizmetlerinin sunumunda ebeler ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında görevli sağlık personellerine aktif görevler düşmektedir. Bu konularda eğitici ve danışman rolleri olan profesyonel sağlık çalışanlarının üreme sağlığı ve cinsel sağlık hakkında bilgiler vermekle beraber bu hususlarda kişilerin sorunlarını ve kaygılarını dinleyip uygun çözüm önerileri sunmaları gerekmektedir. Özellikle üreme çağındaki kadınlara ve adölesan dönemdeki gençlere cinsel sağlık, üreme sağlığı ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkında eğitimlerin verilmesi önem arz etmektedir (Erkin, 2019).

2.2.2.Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler

Doğurganlık dönemindeki kadınların üreme sağlığına yönelik bilgilerinde eksiklikler bulunmaktadır. Bu eksikliklerin sebebi de üreme sağlığı ile ilgili konularda kişilerin rahatça konuşamamalarından kaynaklanmaktadır (Koşçu ve Taşçı, 2009).

Sağlıklı bir toplum ve gelecek için öncelikle kadınların üreme sağlıklarının korunması gerekmektedir. Kadınların üreme sağlıklarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlere baktığımızda, kadınların üreme sağlığı alışkanlıkları, eğitim durumları, ekonomik özgürlükleri, üreme organları kanserleri hakkındaki bilgi

durumları, etkisiz aile planlaması yöntem kullanımları, menopoz dönemleri, aile planlaması kullanım durumu ve sigara kullanım alışkanlıklarıyer almaktadır (Erkin 2019).

Üreme sağlığını etkileyen faktörleri dönemlere ayırdığımızda çocukluk döneminde, erkek çocuk tercihinin yapıldığı bazı ülkelerde soy devamı sebebiyle dişi fetusun yaşamına son verilebilmektedir Cinsiyet seçimi Amerika’da yasal olup, Kanada, İngiltere ve Almanya’da yasaktır. Bunun dışında ülkemizde de sadece hemofili ve kas hastalıkları gibi kalıtsal hastalıklarla ilgili olarak riski taşıyan gruplarda cinsiyet seçimi durumuna izin verilmektedir. Afrika, Orta Doğu ve Asya kıtasını kapsayan 28 ülkede gelenek olarak uygulanan çocukluk döneminde yapılan kadın sünneti her yıl 3 milyon kızı tehdit altında yaşamaya zorlamaktadır. Ergenlik döneminden bu durum menarş, toplumsal baskı, anemi, CYBE, madde bağımlılığı (sigara, uyuşturucu, alkol), istenmeyen gebelik ve istenmeyen düşükler şeklinde görülmektedir. Doğurganlık döneminde ise gebelik, doğum, doğum sonu komplikasyonlar, istenmeyen gebelik, istenmeyen düşük, CYBE, kansızlık, cinsel taciz, istismar, genitoüriner enfeksiyonlar ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığı olarak belirtilmektedir. Son olarak menopoz döneminde ise meme ve üriner sistem malignensileri, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz ve üreme sistemine ait prolapsuslar olarak karşımıza çıkmaktadır (Arabahmadi A. ,2020; Oğul, 2021).

2.3.Aile planlaması

Aile planlaması bireylerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda ve imkânları dâhilinde bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olmaları için sunulan hizmetler bütünüdür (Korkmaz 2019; Yardımcı 2020). Dünya Sağlık Örgütü’nün (2015) güncellenmiş aile planlaması tanımı ise şu şekildedir: “Eşlerin istedikleri zamanda, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları veya kişisel isteklerine ve ekonomik olanaklarına göre çocuk sayılarını belirlemesi ve doğum aralıklarını istedikleri şekilde belirlemeleridir” (WHO,2018). Tanımdan anlaşılacağı üzere aile planlamasında kişilerin istekleri önemliyen bunu etkileyen faktörler arasında sosyal ve iktisadi durumlar da bulunmaktadır.

Aile planlaması uygulamaları uygun koşullarda gebelik ve doğum sürelerini belirleyerek istenmeyen gebeliklerin önüne geçerek toplum sağlığının kalitesini yükseltmeyi amaçlayan uygulamaları içermektedir (Yardımcı, 2020). Bir kadının seçtiğı aile planlaması yöntemine erişimi, toplumsal cinsiyet eşitliğı ile güçlü bir şekilde uyumludur. Kadınların aile planlaması yöntemlerine ulaşılabilirliğinin artırılması, gebeliklerin geciktirilmesi veya sınırlandırılmasına yardımcı olarak sağlık maliyetlerinin düşmesini sağlar (Muttreja ve Singh, 2018).

2.3.1.Aile Planlamasının Tarihçesi

Aile planlaması tarihinin, insanlık tarihi kadar eski olduğu düşünülmektedir. Doğum kontrol çalışmalarıyla ilgili ilk kaynaklar M.Ö. 2700 senesine dayanmaktadır. Çin’de bulunan bu kaynaklar gebeliğı önleme ve düşük yaptırma reçeteleridir. Aile planlamasıyla ilgili yazılı metinler ise Mısır’da bulunan “Kahun veya Petri papirüsü” ile “Elberspapirüsü”nde vajinal tampon olarak geçmektedir (Öztaş vd., 2015). Bunun dışında İbranilerin geri çekme yöntemi kullandıkları ve Arapların, develerinin gebeliklerini önlemek amacıyla rahimlerine taş doldurdukları da bilinmektedir (Korkmaz, 2019). Fransa’nın tarihi anıtlarında, penis kılıflarının Mısır’da bulunduğu fakat ne amaçla kullanıldığına ait bir veriye rastlanılmamıştır. Kral II. Charles döneminde prezervatif Dr. Condom tarafından icat edilmiştir. (Li ve Lo,2005).

Hindistan’da fil ve timsah gübresinin içerdiği yüksek asit sebebiyle, ilişkiye girmeden önce vajinaya yerleştirildiğı bilinmektedir. 1838 yılında servikal başlık, Alman Jinekolog Frederik Wilde tarafından bulunmuş, 19. yüzyılda çeşitlendirilerek üretimine başlanmıştır. 1870’li yıllarda dünyada aşırı doğurganlığı önleme çabaları hız kazanmıştır. 1882 yılında diyafram Wilhelm Mensinga tarafından Almanya’da geliştirilmiştir. 1920’lerde popüler bir yöntem olarak kullanılmaya başlanmış fakat 1960’lardan sonra yeni çıkan doğum kontrol yöntemlerinden sonra kullanımı azalmıştır (Korkmaz, 2019; Öztaş vd., 2015; Li ve Lo,2005).

İlk aile planlaması kliniğinde 1882 yılında Hollanda da açılmıştır (Korkmaz, 2019). 1909 senesine gelindiğinde aile planlaması yöntemlerinden rahim için araç (RIA), Richard Richter tarafından Almanya’da icat edilmiştir. 1960 yılında, onayı verilen 1957’de doğum kontrol haplarının kullanımına başlanmıştır. Tarihimize bu kadar

yakın olmasının sebebi ise oral kontraseptiflerin içinde yer alan progesteronun hayvanlardan elde edilmesi ve üretiminin maliyetli olmasıdır (Beckmann, 2009).

1994 yılında Kahire’de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda, aile planlamasının üreme sağlığı hizmetlerinin temel bir parçası olarak görülmesi gerektiği ortaya konur. Ancak bu konferanstan sonra neredeyse yirmi yıl boyunca aile planlamasının görünürlüğü azalmış ve HIV/AIDS, sıtma ve tüberküloz gibi diğer küresel sağlık sorunlarının gölgesinde kalmıştır. 2009’da Uluslararası Aile Planlaması Konferanslarının (ICFP) başlamasıyla aile planlamasının yeniden ortaya çıkması sağlanmıştır. Bu ilk konferansa beklenen sayının çok üzerinde bir katılım olmuştur. Bu ivme 2011 yılında, Senegal’de 2.200’den fazla sağlık profesyonelinin katıldığı ICFP 2011 ile devam etmiştir. Konferans her 2 yılda bir olmak üzere, her seferinde farklı ev sahibi ülkede bir çekirdek organizatör grubu ve ICFP uluslararası yönlendirme komitesini oluşturan 50’den fazla ajans tarafından ortaklaşa desteklenmiştir (Jose vd., 2018).

2012 yılında aile planlaması hareketinin önemli bir toplantısı olan Londra Aile Planlaması Zirvesi yapılmıştır. Bu zirve, 2020 yılına kadar 120 milyon daha fazla kadın ve kızın gönüllü aile planlamasına erişmesini sağlama hedefine yönelik küresel ve ulusal aile planlaması taahhütlerini ve başarılarını harekete geçiren ve izleyen bir girişim olan Aile Planlaması 2020’yi (AP 2020) ortaya çıkarmıştır. 2012’den bu yana, Etiyopya’da ICFP 2013 ve Endonezya’da ICFP 2016, 3.000’den fazla katılımcıyla düzenlenmiş ve 2017 yılında Londra’da 2 zirve yapılmıştır. (Jose vd., 2018).

Aile Planlaması 2020 ortakları, 2020 yılına kadar hedefledikleri rakamlara tam olarak ulaşamamışlardır. Kalan 73 milyon kadının da aile planlaması ihtiyaçlarının eninde sonunda karşılanacağını belirtmişlerdir. Sonuç olarak 2030 yılına kadar aile planlaması hizmetlerine ulaşımında güçlü bir temel sağlaması düşünülmektedir (Jose vd., 2018).

2.3.2.Aile Planlamasının Önemi

Dünya çapında gebeliklerin %44'nü istenmeyen gebelikler oluşturmaktadır. Bu gebeliklerinde yarısı kürtajla sonuçlanmaktadır. Kadınlara yönelik bu kadar çeşitli korunma yöntemleri var iken her yıl milyonlarca kadın güvensiz ortamlarda düşük yapmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yakın zamanda yapmış olduğu bir araştırmaya göre istenmeyen gebelikle yaşayan kadınların üçte ikisinin ya doğum kontrol yöntemi kullanmadığı ya da etkisiz bir yöntem kullandığı saptanmıştır (Yurdakul ve Çobaner, 2015).

Aile planlamasının etkin bir şekilde kullanımının çok sayıda sağlık sorununu engellemesinin yanı sıra sosyal problemlerin oluşumunu da önler. Dolayısıyla doğum oranı yüksek olan ülkelerde yapılacak olan aile planlaması teşvikiyle beraber anne ölümlerinin %32, çocuk ölümlerinin de %10'nun önüne geçilmesi amaçlanmaktadır (Çalıköglü vd.,2018).

Aile Planlaması hizmetlerinin önemi ve etkinliğini değerlendirmede kullanılan birtakım ölçütler vardır. Bunlar karşılanmamış AP ihtiyacı, gebelik sayısı, iki doğum arasındaki süre, doğurganlık hızı, düşük oranı, canlı doğum ve ölü doğum sayısı, bebek ve anne ölüm oranı, istenmeyen gebelik oranı, bireylerin ve çiftlerin AP konusunda bilgi sahibi olma durumlarıdır (Öngel vd., 2018). Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu'nun yayınlamış olduğu Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi'ne göre bireylerin çocuk sahibi olup olmamaya, bu kararı verme doğrultusunda istedikleri zamana ve aile planlaması yöntemlerine etkin, güvenilir ve eşit olarak ulaşma ve bilgilenme hakları vardır. İnsan haklarından biri olan aile planlaması aynı zamanda kadınların bilinçlenmeleri ve güçlenmelerini sağlayarak, yoksulluğun azaltılması ve sürdürülebilir kalkınmanın gerçekleştirilmesinin de temelini oluşturmaktadır (Yardımcı, 2018).

2.3.3.Aile Planlaması Hizmetleri

Aile planlaması hizmetleri üç ana başlık altında değerlendirilmektedir. Bunlar karşılanmamış aile planlaması, aile planlaması hizmetlerinde erişim ve süreklilik, aile planlaması hizmetlerine karşı olan tutumdur (Karaçalı, 2016).

2.3.3.1.Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı

Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı çocuk doğurmayı istemeyen veya gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmayan kadınların durumunu ifade etmektedir. Bunun sonucunda da istenmeyen gebelikler oluşabilmektedir. Bu durum gebeliklerin güvenli olmayan düşükle sonuçlanmasına neden olmakta ve hem kadınlar hem de toplumlar için birçok risk meydana getirmektedir. (www.turkey.unfpa.org/sites. Erişim tarihi 10.10.2021).

Aile planlaması hizmetleri, istenmeyen gebelik ve kürtajları azaltarak toplumun refah seviyesinin artmasına yardımcı olabilir. Bu faydanın sağlanabilmesi için korunma yöntemlerinin doğru ve tutarlı bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Kontraseptif yöntem kullanımlarının faydaları bilinmesine rağmen kadınların üreme istekleri ile yöntem kullanım davranışları arasında bir boşluk bulunmaktadır (Asif ve Pervaiz, 2019; Mulenga vd., 2020).

Ülkelere göre farklılık gösteren karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı 2018 yılına bakıldığında Uganda'da %25, Gürcistan'da %23,3, Katar'da %21, Etiyopya'da %20 oranındadır. Birleşik Milletler'de cinsel yönden aktif olan kadınların %12'si karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olduğu bulunurken bu oran Sahra Altı Afrika'da %24'tür. Yapılan bazı çalışmalarda, gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki 214 milyon kadının herhangi bir modern korunma yöntemi kullanmadığı, gerçekleşen istenmeyen gebeliklerinde büyük bir bölümünü yöntem kullanmayanların oluşturduğu tahmin edilmektedir (Mulenga vd.,2020).

Ülkemizde ise 1993 ile 2013 yılları arasında karşılanmamış aile planlaması ihtiyaç oranı sürekli bir azalma göstermiştir. Bu oran 2013-2018 yılları arasında ise %6'dan %12'ye yükselmiştir (https://www.ttb.org.tr/haber_goster.; <https://turkey.unfpa.org/tr/publications>) Erişim tarihi 12.11.2021). Kentte ve kırsal alanda yaşayan kadınların oranları birbirine yakın iken, bölgeler arasında büyük farklılıkların olduğu görülmüştür. Kuzey Anadolu bölgesinde %16 olarak çıkan bu oran, Doğu Marmara bölgesinde ise %7-8 seviyelerinde çıkmıştır ((https://www.ttb.org.tr/haber_goster.; <https://turkey.unfpa.org/tr/publications>; Akpınar ve Gümüşsoy, 2021).

Kadınların aile planlamasına erişimlerinde bazı engeller bulunmaktadır. Bu engeller;

- 1- Sağlık kurumlarının mesafeleri,
- 2- Kaynak sınırlılıkları,
- 3- Sağlık sisteminde bölünme,
- 4- Modern doğum kontrol hizmetlerinin maliyeti,
- 5- Özel kliniklerde bakım standartlarındaki düşüklük,
- 6- Kişiler arasında ayrımcılık,
- 7- Yabancı dil kullanımı şeklindedir.

Bunun dışında kadınların eğitim seviyeleri, eş ve ailenin yöntemle karşı tutumları, dinî inançları ile yöntem arasındaki uyumsuzluk, yöntemler hakkında bilgi eksiklikleri, yöntemlerin doğurganlık üzerinde olumsuz etki yaratılabileceği korkusuyla karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı oluşabilmektedir (Akpınar ve Gümüşsoy, 2021).

2.3.3.2.Aile Planlaması Hizmetlerinde Erişim ve Süreklilik

Sağlık alanında erişilebilirlik ve sürdürülebilirlik toplumda yaşayan her bireyin hakkıdır. Bireylerin hiçbir engelle karşılaşmadan hizmetlere erişebilmesi gerekmektedir (Karaçalı,2016). Aile planlaması hizmetlerine erişilebilirliğin bazı kriterleri bulunmaktadır. Bunlar, hizmete olan mesafe, hizmet kullanımdaki maliyet, zaman ve hizmet veren birim sayısı şeklinde ifade edilebilir. (Bakanlığı.,2009).

Birinci basamakta yürütülen sağlık hizmetleri içerisinde yer alan aile planlaması hizmetleri bulunduğu toplumun gereksinimlerine göre planlanmalı, bütünlük ve süreklilik içerisinde ele alınmalıdır. Pek çok ülkede aile planlaması hizmetlerinde birinci basamak sağlık sisteminin yetersiz kalmasından dolayı bu hizmetlerden yararlanamayan kadınlar bulunmaktadır (Karaçalı ve Özdemir,2018 Bearak, 2018; Çalışkan vd.,2014).

Gelişmekte olan ülkelerde yapılan bazı çalışmalar, kadınların üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine erişimlerinde yoksulluk, eğitimsizlik, eş tarafından onay

alınmaması gibi dinî, bireysel, sosyal ve kültürel faktörlerin etkili olduğu tespit edilmiştir (Karaçalı ve Özdemir, 2018; Bearak, 2018; Kızılkaya Beji vd.,2021). Kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimlerinin sağlanması bu kadınların toplumsal statülerinin yükseltilmesine, anne ölümlerinin önlenerek kadın ve çocuğun sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır (Karaçalı ve Özdemir, 2018).

2.3.4.Aile Planlaması Tutumları

Latince harekete hazır bulunma anlamına gelen “tutum” kelimesi Türkçe Sözlük’te: “tutulan yol, tavır” şeklinde açıklanır (TDK 2021). Bireylerde tutum doğuştan gelmez. Yaşayarak kazanılır ve geçici değildir. Tutum gözle görülebilir bir durum olmayıp davranış ve hareketlerden çıkarılabilecek eğilimlerdir. Bu yüzden insanlar tutumlarını her zaman davranışlarla göstermeyip bunu saklayabilirler (Gürsan, 2019).

Aile planlamasında kadınların tutumlarını davranışa dönüştürmede ebeler ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet veren profesyonel sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Kadınların aile planlaması yöntemini seçip, bu yöntemi kullanmaya başladıkça yöntem hakkındaki tutumuda olumlu yönde gelişebilir (Demirtaş Alpsalaz, 2019).

Günümüz toplumlarında kadınların aile planlaması hakkındaki tutum ve davranışlarını etkileyen birçok faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler tutumlardan ziyade davranışları da etkilemektedir. Bunlar, eşlerin eğitim durumları, aile yapıları; yöntemin kolaylığı, güvenilirliği, ulaşılabilirliği, canlı doğum sayısı, erkeklerin eşlerine yönelik destekleridir. (Demirtaş Alpsalaz, 2019; Kurtuldu, 2020). Bu bakımdan ebeler ve profesyonel sağlık çalışanları, kişilerin aile planlamasına karşı tutum ve eksikliklerini belirleyerek verilen eğitimlerdeki yanlış bilgiler düzeltilmeli ve eksiklikleri gidermeye çalışılmalıdır (Kurtuldu, 2020).

2.3.5.Aile Planlaması Danışmanlığı

Evli veya cinsel yönden aktif olan tüm kadınlar doğurganlık çağında her ay ve yılda 12 kere endişe ve korku yaşarlar. Bu duyguları, etkili bir yöntem kullanan kadınlarda

dâhil olmak üzere, tüm kadınlar hisseder ve her ay âdetini dört gözle bekleyerek âdet olmayınca da kendini mahvolmuş hissederler (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Danışmanlık, herhangi bir konuda güvenilir, bilgili ve konuyla ilgili uzman olan kişilerce karşı tarafın bilinçlendirilmesi ve kendi düşüncesini oluşturabilmesinde yönlendirme yapmadan yardım edebilmektir (Sağlık Bakanlığı, 2009). Aile planlaması hizmetlerinde danışmalığın amacı, bireylere bilgi ve öneriler sunarak yönlendirme yapmadan onların aile planlaması yöntemlerinden kendilerine uygun olan birini seçmeleri için zemin hazırlamaktır (Kalak, 2008). Aile Planlaması yöntem seçiminde kişilere genel danışmanlık, yöntem danışmanlığı ve izlem olmak üzere 3 tipde danışmanlık verilir. Genel danışmanlıkta tüm kontraseptif yöntemlerin olumlu ve olumsuz yanları hakkında bilgi vermelidir. Yöntem danışmanlığında, kişinin ilgilendiği yöntem hakkında detaylı bilgilendirme yapılmalıdır. İzlem danışmanlığında ise, kişinin seçtiği yöntemi doğru kullanıp kullanmadığı ve yan etkilerinin görülme durumuna bakılarak değerlendirme yapılmalıdır (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane> Erişim 10.10.2021).

Danışmanlık verilirken sağlık personeli tarafından kişiye uygunluğu mantıklı gelebilen aile planlaması yöntemi, kişinin özel durumlarına uygun olmayabilir. Danışmanlık verilen kişi, önerilen yöntemler arasından hangisini seçtiyse onu kendi yaşam koşullarıyla sentez etmeli ve sonrasında uygulamaya geçirmelidir (Kalak, 2008).

Aile planlaması hizmetlerinin sunumunda danışmalığın yeri çok önemlidir. Bireylere aile planlaması danışmanlığı hizmeti verilerek yanlış inanış ve düşüncelerin, eksik bilgidен kaynaklı yöntem seçmedeki hataların önüne geçilebilir. Aile planlaması hizmetlerinde danışmalık yapacak olan sağlık personellerinin de yeterli bilgi ve donanımına sahip olmaları elzemdir (Demirtaş Alpsalaz, 2019). Bu doğrultuda kaliteli bir danışmanlık hizmeti sunulabilmesi için gereken bazı unsurlar bulunmaktadır. Bunlar:

- Hizmet almak için gelen bireylere iyi davranmak,
- Hizmet alan kişilere ve haklarına saygı göstermek,

-Kişilerle etkili bir iletişim kurup hassasiyetlerine göre yaklaşımda bulunarak doğru bir şekilde güvenini kazanmak,

-Kişilerin ihtiyaçlarına göre gerekli bilgiyi vermek,

-Bireylerin ve çiftlerin aile planlaması yöntemlerini, üreme organları, işlevleri ve cinsellik konularında bilgili olmalarını sağlamak,

-Hizmet alan bireylerin kültürel ve psikolojik özellikleri dikkate alınıp onlara ön yargılı davranmadan herhangi bir yöntem seçmesini sağlayarak seçtiği yöntemi iyi anlamasını sağlamak şeklindedir (Kurtuldu, 2020).

2.3.5.Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması

Dünya çapında 2019 yılı verilerine bakıldığında üreme sağlığında yer alan 1,9 milyar kadının, 1,1 milyarının aile planlaması yöntem talebi bulunmaktadır. Bunların 842 milyonu modern doğum kontrol yöntemi kullanırken, 270 milyonu ise karşılanmamış modern yöntem ihtiyacı olduğu belirlenmiştir (Kantorova vd., 2020).

TNSA 2018 verilerine göre ülkemizde en sık kullanılan aile planlaması yöntemleri sırasıyla; geri çekme (%58), kondom (%49), RİA (%35) ve oral kontraseptiflerdir (%30). Bu verilerde ayrıca tüm kadınların %63'ünün, halen evli kadınların ise %90'ının hayatları boyunca aile planlaması yöntemlerinden en az birini kullandığı görülmüştür. TNSA verilerinin dışında ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda en çok kullanılan aile planlaması yöntemlerinin geri çekme, ria, kondom ve oral kontraseptifler olduğu saptanmıştır (Kurtuldu, 2020; Yücel vd., 2018; Karabulutlu ve Ersöz, 2017).

2.4.1.Modern Geri Dönüşümlü Yöntemler

2.4.1.1.Rahim içi araç (Ria)

Rahim içi araç olarak kısaltılan Ria, polietilen (plastik) yapıya sahiptir. Ria çok eski zamanlardan beri insanoğlu tarafından bilinmekle beraber dünya genelinden en çok kullanılan aile planlaması yöntemidir (Lanzola vd.,2021; Ekici, 2019; Horvath vd., 2018). Uygun maliyeti sebebiyle düşük ve orta gelirli ülkelerde daha çok tercih edilir. Ria kullanımına ait belgeler çok eski zamanlara dayanıyor olsa da Türkiye'de

güvenilir bir yöntem olarak kullanımı 1970'lerden sonra başlamıştır (Horvath vd., 2018; Ekici, 2019).

Riaların levonorgestrel (hormonlu) ve bakır olmak üzere 2 farklı çeşidi bulunmaktadır. Bakır rialardaki bakır bileşen sperme zarar verir ve yumurtayla buluşmasını engeller. Bakır riaların kontraseptif olarak kullanımı 10 yıla kadar onaylanır. Levonorgestreller ise sperm ve yumurtanın buluşmasını engellemek için servikal mukozayı kalınlaştırır (Ekici, 2019).

Levonorgestrel içeren ria'nın 13,5 mg, 19,5 mg ve 52 mg olmak üzere 3 farklı çeşidi bulunmaktadır. Üçünün de etkinlik düzeyleri aynı seviyededir. Bununla birlikte hormon replasman tedavisi sırasında menoraji tedavisi ve endometriyum koruması gibi durumlarda yüksek dozlu 52 mg içeren rianın kullanımı onaylanmıştır. 13,5 mg rianın kullanımı 3 yıl iken 19,5 mg ve 52 mg riaların kullanımları 5 yıl olarak belirlenmiştir (Lanzola vd., 2021).

Bakır ve hormonlu riaların cinsel ilişkiyi etkilememesi, uzun süre koruma sağlaması ve çıkarıldığında doğurganlığın hemen geri dönebilmesi sebebiyle tıbbi endikasyonları olmasına rağmen kullanım oranı yüksektir (Ekici, 2019; Horvath vd., 2018). Bu endikasyonlar kadınların bazılarında âdet kanamalarında artışa, ara lekelenmelerine ve kramplara sebebiyet verebilir (Ekici, 2019). Ayrıca bakırlı riaların acil kontraseptif yöntem olarak kullanılabilir ve korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 5 gün içerisinde takıldığı takdirde başarısızlık oranı çok düşüktür (Horvath vd., 2018).

2.4.1.2.Hormonal Kontraseptifler

Dünyanın birçok ülkesinde kadınlar tarafından en yaygın kullanılan kontraseptif yöntemdir. Ülkemizde ise kullanımı kadınlar tarafından yan etki ve sağlık kaygısı sebebiyle çok fazla tercih edilmemektedir (AÇSAP, 2009; WHO 2018). Hatta yıllara göre bakıldığında 1993 yılında %5'lerde olan kullanım, 2003 yılında %5,3'e yükselirken, 2018 yılında ise %5'in altına gerilemiştir Hormonal kontraseptifler, kombine oral kontraseptifleri, mini hapları, enjekte edilebilen kontraseptifler ve deri altı implantları içermektedir (Güleç Şatır, 2021; AÇSAP, 2009).

2.4.1.2.1.Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

1950’lerde Chang ile Pincus’un insanlığa armağanı olarak kabul edilen oral kontraseptifler, etkinliği ve güvenilirliği sebebiyle son 30 yıldır tercih edilmektedir (Ekici, 2019). Kombine oral kontraseptifler östrojen ve progesteron içeren aile planlaması yöntemleridir. Etki mekanizması endometrial glandlarda atrofi meydana getirip servikal mukusu kalınlaştırıp spermelerin uterusu geçmesini engelleyerek gebeliği önlemektir (AÇSAP, 2009; WHO 2018).

Koitustan bağımsız olan bu yöntem kadınlar tarafından çok tercih edilir. Ayrıca kullanımı bırakıldığında doğurganlık yeniden başlar ve âdet döngüsüyle birlikte kanamaları da düzenler. İlk 3 aylık kullanımda bulantılar, âdet döngüsünde değişiklikler, kiloda artış ve baş ağrıları görülebilir. Bunların devam ettiği durumlarda kok’ların kullanım durumlarının tekrar gözden geçirilmesi gerekmektedir (Ekici, 2019). Koklar kan basıncını arttırabilir ve yüksek tansiyonu olan 35 yaş üstü, en az günde 1 paket sigara kullanan kadınlarda az da olsa miyokart infarktüsüne sebebiyet verebilir. Bu yüzden de kullanımı önerilmez (AÇSAP, 2009).

Kokların bulundurduğu hormon miktarları ve tiplerine göre birçok çeşidi vardır. Bunların çoğu 15-50 mcg arası değişen miktarlarda östrojen içerirler. Başlarda daha yüksek olan östrojen oranı, kardiyovasküler riskleri azaltmak amacıyla yıllar içerisinde düşürülmüştür. Kokların cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu bulunmamaktadır (Güler Şatır, 2021).

2.4.1.2.2.Yalnız Progesteron İçeren (Mini) Haplar

Yalnız progesteron içeren haplar, doğal progesterona benzeyen çok düşük dozda progestin içerir. Mini hap olarak da adlandırılırlar. Kadınlarda östrojen kullanımı riskli olduğu durumlarda kullanılması amacıyla alternatif olarak geliştirilmiş bir yöntemdir (Ekici, 2019). Sperm ve yumurtanın buluşmasını engellemek için servikal mukozayı kalınlaştırır ve yumurtlamayı önlerler. Progesteron içeren hapların ara verilmeden her gün düzenli olarak alınması çok önemlidir. Sadece progesteron içeren haplar emziren anneler için güvenle kullanılabilir. Bu haplar kadınların âdet dönemlerinde değişiklik ve ara kanamalar yapabilir (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle>, Erişim tarihi 01.12.2021).

2.4.1.2.3.Enjekte Edilen Kontraseptifler

Enjekte edilen kontraseptifler, koklara göre etkisi daha uzun olan hormon içeren koruyucu yöntemlerdir. Etki mekanizmaları koklara benzer. Enjeksiyonlar ovulasyonu baskılayarak etki ederler. İlk enjeksiyon, menstrüasyonun ilk beş günü içinde yapılır. Doğal östrojen ve progestogen olarak “östradiolvalerate 5 mg + noretisteronenantate 50 mg” (Mesigyna) olarak Türkiye’de 1997 yılından beri kullanımdadır. Mesigna’nın içeriğindeki estrojen sebebiyle doğumdan sonraki 6 ay süresince emziren anneler için önerilmez. Düzenli kullanıldığı takdir koruyuculuğu %99,95’i bulabilir. Fakat düzensiz kullanımlarda bu oran %95’lere kadar düşebilir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyuculuğu bulunmamaktadır (Güler Şatır, 2021; Ekici, 2019).

Yalnız progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler sperm ve yumurtanın buluşmasını engellemek için servikal mukozayı kalınlaştırır ve yumurtlamayı önler. Depo Medroksiprogesteron Asetat (DMPA) ve Norethisterone Enantat olmak üzere iki çeşidi bulunmaktadır. Östrojen içermemesinden dolayı emziren ve östrojen kullanamayan kadınlar tarafından tercih edilebilir. Emziren anneler doğumdan 6 hafta sonra kullanıma başlayabilir. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle>, Erişim tarihi 01.12.2021; Güler Şatır, 2021).

Depo prove kas içine uygulanır ve yavaş yavaş kan dolaşımına katılır. DMPA’nın intramusküler dozu 12 hafta süresinde 150 mg içerir. DMPA’nın düzenli kullanımı etkinliği açısından çok önemlidir. Bırakıldığı takdirde fertilitenin geri dönüşü 9-10 ayı bulabilmektedir.

DMPA-SC formu, DMPA-IM’ye göre daha düşük dozludur. Yeni olan bu form dünyanın birçok ülkesinde kadınlar tarafından hızlı uygulanılması, yan etkisi ve daha az ağrı yapması sebebiyle çok tercih edilmektedir. Ülkemizde kullanılmaya başlanmamıştır (Güler Şatır, 2021).

2.4.1.2.4.Deri altı İmplantlar

Deri altı implantlar, hormonal yöntemler arasında tek uygulamayla uzun süre koruma sağlayan yöntemdir. İlk olarak 1983 yılında piyasaya sürülen norplantlar 216, levonorgestrel içerirler. 1990 yılında FDA onayı alınan ürünün 2008 yılında

hakkında çıkan olumsuz haberler ve tedarik sorunları sebebiyle üretimi durmuştur. 2006 yılında FDA tek çubuklu etonogestrel içeren implanon'u onaylamıştır. İmplanon modifiye edilerek ülkemiz de bulunan nexplanon adıyla piyasaya sürülmüştür. Nexplanon tek çubuklu olup 65 mg levorgestrel içerir koruma süresi 3 yıldır. Jadelle ve SinoImplantlar ise 2 çubuklu olup 150 mg levonorgestrel içerir koruma süreleri ise 5 yıldır (Güler Şatır, 2021).

İmplantlar kolun iç kesimine deri altına yerleştirilir. Cinsel ilişkiden bağımsız olup çıkarıldığı takdirde doğurganlık geri döner. Emzirmeyi etkilemediği gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı da koruma sağlamaz. Cerrahi girişim risklilerini barındıran ürün menstrüel değişiklik, baş ağrısı ve depresyon gibi yan etkilere sebep olabilir (Ekici, 2019; Ercan, 2019).

2.4.1.2.5. Post Koital (Acil Kontrasepsiyon) Haplar

Acil kontrasepsiyonlar, 1960'lerden sonra kullanılmaya başlamış olup o dönemlerde yüksek miktarda östrojen olarak uygulanmıştır. Östrojen ve progesteronun birlikte kullanımı ise 1970'lerde başlamış ve acil kontrasepsiyon kullanımı da 1976 yılında uygulanmıştır (Tokuç vd., 2002).

Korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra kokların ilk 72 saat içinde alınması çok önemlidir. Kokların içerisindeki östrojen miktarları belirleyici bir faktördür. Eğer 50 mg östrojen içeren bir kok alınırsa iki tane, 30 mg içeren bir KOK alınırsa dört tane kullanılıp aynı dozun 12 saat sonra tekrarlanması gerekir (Tokuç vd., 2002). Bu yöntemin korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra en geç 120 saate kadar yapılması gerekir. Ne kadar erken uygulanırsa koruyuculuğu bir o kadar yüksek olmaktadır (Krishna, 2019). Etkinlik oranı ise %55-94 arasında değişmektedir (Ekici, 2019).

2.4.1.2.6. Vajinal Halka

Vajina ilaç emilim potansiyeli yüksek bir organ olup anatomik olarak vajinal halka kullanımına uygundur. Vajinal halkalarda mukozada emilebilen östrojen ve progesteronun ikisini birden içerir. Esnek ve şeffaf dairesel tüp şeklindeki halka etilen vinil asetat polimeriden yapılmıştır. Halka günlük olarak 0,120 µgetonogestrel ve 0.015 µgetinilestradiol hormonun vücuda salınımını gerçekleştirir. Etki mekanizması da hormonal kontraseptiflere benzer olup âdetin ilk beş günü içerisinde

kullanılmaya başlandığı takdirde kullanıldığı ay koruma sağlar (Horvath vd., 2018; Ekici, 2019). 2001 yılında piyasaya sürülen vajinal halka 2006 ve 2010 yılları arasında ABD’de kullanılmaya başlamış ve bu yıllarda kullanım oranı %6 olarak açıklanmıştır (Horvath vd., 2018).

2.4.1.3.Kondom (Prezervatif)

2.4.1.3.1.Erkek Kondomu

Kondom birkaç yüzyıldır insanlar tarafından doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmaktadır. 1920’lerden beri kullanılan lateks prezervatifler, insan immün yetmezlik virüsü, sifiliz, bel soğukluğu, papilloma virüsü ve herpes simpleks virüsü gibi cinsel yolla bulaşan çeşitli hastalıklara karşı koruma sağlamak amacıyla üretilmiştir. Prezervatifler gebelikten korunmak için çok etkili bir yöntem olmamakla beraber bazı erkekler tarafından kullanımının zor bulunması, cinsel haz oranında azalma olması gerekçesiyle prezervatif kullanımına sıcak bakmamaktadır (Amory, 2020; Fetner vd., 2020). Prezervatifler AIDS ve CYBH’lara karşı koruyucudurlar. Doğru kullanıldığında koruyuculukları yüksek olmakla birlikte yan etkileri bulunmamaktadır (Ekici, 2019).

2.4.1.3.2.Kadın Kondomu

Kadın kondomu, ilk olarak Avrupa’da kullanılmaya başlanmıştır. Cinsel ilişkiden 8 saat öncesinde takılan bu kılıf, sperm rahime ulaşmasını engelleyen bariyer görevi görür. Kadın kondomu, hamileliğe ve HIV ve/veya AIDS dâhil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) karşı ikili koruma sağlar. Ayrıca kadınlar tarafından uygulandığı için kullanımı kadınların üreme sağlığı üzerindeki kontrolünü artırabilir. Yanlış kullanılmadıkça etkisi %95 olan kılıfın spermisitlerle beraber kullanıldığı takdirde etkisi artar (Mokgetse ve Ramukumba, 2018; Ekici, 2019).

2.4.1.4.Diyafram ve Servikal Başlıklar

Diyafram, serviksi örten, yuvarlak kubbe şeklinde kenarları sert kauçuk veya silikondan yapılmıştır. Cinsel ilişkiye girmeden önce diyaframın veya servikal başlığın kubbe kısmına spermisit konması koruyuculuğunun artmasının sağlar (Ekici, 2019; Ercan, 2019).

Servikal başlık ise diyaframa oranla daha sert daha küçük ve daha derin yapıdadır. İkisinin de koruma oranları aynı olmakla birlikte servikal başlığın daha derin olması, cinsel ilişki sırasında erkek tarafından hissedilmemesinden dolayı daha çok tercih edilebilir. Diyafram yerleştirildikten sonra 6 saat ve servikal başlık 48 saat koruma sağlar (Horvath vd.,2018; Ekici, 2019; Ercan, 2019).

2.4.1.5.Cerrahi sterilizasyon yöntemleri (Cerrahi kontrasepsiyon)

Cerrahi sterilizasyon yöntemleri, kadınlarda tüp ligasyon erkeklerde ise vazektomidir. Bu yöntemlerin geri dönüşü pahalı ve güçtür. Dolayısıyla kişilerin bu yöntemler için danışmanlık almaları ve yöntemle gönüllü olmaları çok önemlidir (Ekici, 2019; Ercan, 2019).

2.4.1.5.1. Tüpligasyonu

Tüpligasyonu çocuk doğurma dönemini tamamlamış ve çocuk doğurmak istemeyen kadınların istekleri üzerine uygulanabilir (Ekici, 2019). Tüpligasyon işlemi 3 şekilde uygulanabilir. Bunlar, laparoskopi, mini-laparotomi, ve histerskopi şeklindedir.

Tüpligasyon %100 koruma sağlamamakla beraber gebe kalma oranları, laparoskopik Hulka klip sterilizasyonu sonrası en yüksek, monopolar pıhtılaşma ve doğum sonrası salpenjektomi (fallop tüpünün cerrahi olarak çıkarılması) sonrası en düşüktür. Genelde doğum sonrası dönemde uygulanan yöntem kadının herhangi bir siklus döneminde veya doğumdan sonraki süreçte de uygulanabilir. Tüpligasyon geri dönüşü zor bir yöntem olduğundan dolayı bilgilendirilmiş onam çok önemlidir. Kişinin onamı dikkatli bir şekilde okuması ve anlaması gerekmektedir (Marino vd., 2020).

Ülkemizdeki mevcut yasal düzenlemeler çerçevesinde bu işlemlerin yapılabilmesi 18 yaş altında kadınlarda ebeveyn iznine, resmi nikâhı olanlarda ise eş imzasına gerek duyulmaktadır. Kadın eğer evli değil ise cinsel partnerinin iznine gerek yoktur (Dündar ve Özsoy, 2019).

2.4.1.5.2.Vazektomi

Vazektomi, vasdeferensin proksimalinden distal ucuna kadar sperm akışının kesilmesini içerir. Bu işlem %99,8 etkili olup geri dönüşü zor bir yöntemdir. İşlem genellikle bir asistanla birlikte ürologlar tarafından tıbbi bir ortamında gerçekleştirilir (Ekici, 2019; Ercan, 2019).

Vazektomi kalıcı bir işlem olduğundan hastaya kararı için zaman tanınmalıdır. Tüpligasyonla kıyaslandığında daha basit bir yöntem olup komplikasyonları da daha azdır. Vazektomiden sonra kişinin seksüel fonksiyonlarında herhangi bir değişiklik olmaz. Erkeklerde tekrar vazektomi gerektirme oranı %0.24'tür. Vazektomi sonrasında azospermi veya nadir hareketsiz sperm gösterene kadar hasta steril olarak kabul edilmez. Semen analizi genellikle vazektomiden 8 ile 16 hafta sonra yapılır. Vazektomi sonrası 6 ayda tekrar semen analizi gerekir. Çünkü 6 ay içinde %30 ila %50 azospermi elde edecek o gerekir. Çünkü 6 ay içinde %30 ila %50 azospermi elde edecek olup, Sperm tekrar mevcut ise işlem başarısız kabul edilir (Stormont ve Deibert, 2021; www.who.int/news-room Erişim tarihi, 01.12.2021).

2.4.1.6.Spermisitler

Spermisitler, süpermarketlerde ve eczanelerde doktor reçetesi olmadan kolaylıkla satın alınabilir. Tek başına kullanılabilme özellikleri vardır. Ancak bariyer yöntemlerle birlikte kullanıldığında etkinlikleri artar. Spermisitin etkinliğini koruması için cinsel ilişkiden sonra 6-8 saat vajende kalması gerekmektedir. En sık kullanılan çeşidi Spermisit Nonoxynol-9 (N-9) olup etki mekanizması sperm hücre zarını tahrip ederek spermi hareketsiz hâle getirmektir. Spermisit Nonoxynol'in piyasaya sürüldüğünde hatta günümüze kadar CYBH koruyucu olduğu söylenmekteydi. Fakat son yapılan araştırmalar N-9'un CYBE ve HIV'e karşı koruma sağlamadığını göstermiştir (Horvath vd., 2018; Ercan, 2019).

2.4.2.Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

Geleneksel aile planlaması yöntemleri, kadınların fertil ve infertil dönemlerini kendileri doğal belirtilerle gözlemleyerek, fertil dönemlerinde ilişkiden kaçınmaları şeklinde tanımlanır. Başka bir tanımla da kadının doğurganlık bilicini gebeliğini

kontrol edebilmek için kullanması anlamına gelmektedir (Çoşar Çetin, 2018; Ekici, 2019).

2.4.2.1.Takvim Yöntemi

Çiftler insanlık tarihi boyunca üreme ve gebeliği önleyici yöntemler üzerinde sürekli bir arayış içerisinde olmuşlardır. 1928 yılında takvim yöntemi hakkında ilk bilimsel araştırma yapılmış olup bu araştırma sonucunda da döngünün kanıtlanmasıyla yöntem kullanımında artış olmuştur (Ercan, 2019; Malarcher vd., 2016).

Takvim yöntemi kullanımında önemli olan hususlardan biri kadının siklusunun düzenli olması ve ovulasyon gününün doğru hesaplanmasıdır. Bu durumda takvim yöntemini kullanılmasını önleyecek bazı durumlar vardır. Bunlar, düzensiz siklusu olan çok genç yaş, düşük ve düşük sonrası dönemde, premenopozal dönemlerde tercih edilmemelidir (Ercan, 2019).

Takvim yönteminde 8 ile 19 arasındaki döngü günlerinde korunmasız cinsel ilişkiden kaçınmak gerekir. Yöntemi kullanacak olan kadınların âdet günleri 26 ile 32 gün aralığında olmalıdır. Yöntem doğru kullanıldığı takdirde gebelikten korunma oranı %5'ten azdır (Çoşar Çetin, 2018).

2.4.2.2.Geri çekme (Koitus Interraptus)

Geri çekme cinsel ilişki sırasında erkeğin ejakülatı gelmeden önce cinsel organını vajinadan çıkararak meninin vajinanın içine boşaltmasının önlenmesine denir. Toplumlarda geri çekme farklı isimlerle adlandırılır. Geri çekmede erkeğin başarısı doğurganlık planlamadaki sorumluluğunu da göstermektedir. Geri çekme yöntemi kullananların unutmaması gereken bir başka konu ise boşalmadan önce gelen sıvıda az da olsa sperm olması ve bununla birlikte gebeliğin oluşma riskidir (Kurtuldu, 2020).

2.4.2.3.Emzirme (Laktasyonel Amenore Yöntemi)

Doğumdan sonraki dönemde kadında meydana gelen östrojen, progesteron ve plasentallaktojen hormonlarında meydana gelen düşmelerle laktasyon dönemi başlar.

Laktasyonamenore yönteminde diğer doğal aile planlaması yöntemlerinden farklı olarak uyulması gereken bazı kriterler vardır. Bu kriterlerde, bebeğin sadece anne sütüyle beslenmesi ve bu beslenmenin gündüz 4 saatte bir gece ise 6 saatte bir olması, kadının doğumdan sonra hiç âdet görmemiş olması gerekmektedir. Kriterler sağlandığında yöntemin etkinliği %92 ile % 100 arasında değişmektedir (Çoşar Çetin, 2018; Malarcher vd., 2016; Sağlık Bakanlığı, 2009).

2.4.2.4.Vajinal Yıkama

Cinsel birliktelik olduktan hemen sonra kadının vajinasını su, sirke veya bir takım temizlik ürünleriyle yıkayarak spremilerin vajinaya olan geçişini engellemesi olarak bilinir. Etkisi yok denilecek kadar az olan bu yöntem vajende intihaba sebep olabilir. Ayrıca bu yöntemi kadının ilişkiden hemen sonra yapması sebebiyle eşler arası duygusal kopukluklara da sebep olabilir. Yöntemin CYBH açısından hiçbir koruyuculuğu yoktur (Çoban, 2016).

2.4.2.5.Servikal Mukus Yöntemi

Servikal mukus yönteminde, âdet döngüsüyle beraber doğurganlık dönemine girildiğinde vajinadan şeffaf kaygan bir mukus gelimi olur. Bu mukusun takibi yapılarak mukusun olduğu günlerde cinsel ilişkiden kaçınmak gerekir (Çoşar Çetin, 2018).

2.4.2.6.Bazal Vücut Isısı Kontrolü

Yöntem, siklus dönemlerinde vücut ısısındaki değişmelerin takibine göre ayarlanır. Preovulator dönemde progesteron vücut ısısında 0,8 dereceye kadar yükselmeler yapabilir. Bu yükselmeler 3 gün içerisinde ovulasyonun olacağını işaret eder. Bu dönemlerde cinsel ilişkiden kaçınmak gereklidir. Isıyı ölçerken güvenilir bir termometre kullanılmalı, tercihen de sabah uykudan kalktıktan hemen sonra ölçülmeli, saatlerin aynı olmasına özen göstererek ölçümün ağız, makat ya da vajinadan yapılması gerekmektedir. Yöntem tek başına kullanıldığında koruyuculuğu çok düşüktür. Çünkü vücut ısısı hastalık, stres ve uyku düzensizliklerinde etkilenir. Bazal ısı yönteminde başarısızlık oranları, yılda 100 kadın başına 13 ile 20

arasındadır. Doğru kullanım oranları yılda 100 kadın başına 2'dir (Ekici, 2019; Çoşar Çetin 2018).

2.3.5.3.Yeni nesil korunma yöntemler

Dünya genelinde kullanılmakta olan doğum kontrol yöntemleri dolayısıyla oluşan yan etkiler ve kullanım zorlukları bu yöntemlere olan talebi olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeplerden dolayı insanoğlu yan etkileri daha az ve uygulanması daha kolay yeni yöntemler aramaya başlamıştır. Yeni nesil korunma yöntemlerini kadın ve erkeklere özel olarak 2 gruba ayrılmaktadır (Güler Şatır, 2021).

Kadınlara ait yöntemler,

Doğurganlık çipi, uygulamalarına 2018 yılında başlanan çip 20 mm uzunluğunda olup 16 yıl boyunca levonorgestrel salgılar ve istenildiğinde doktora gitmeden kapatılabilir.

Origami, kadın prezervatifi, yeni nesil olarak tasarlanan bu prezervatifte kullanım zorluğu ve hissi azaltma şikayetlerinin önlenmesi amaçlanmıştır.

Dapivirin Vajinal Halka, halkanın içerisinde bulunan az miktardaki dapivirinin HIV riskini 61 azalttığı bilinmektedir. Gebeliği önlemesi amacıyla ümit vaden bir yöntem olarak bilinmektedir.

Erkeklere Özgü Yöntemler,

Vasalgel, lokal anestezi altında sperm geçişini engellemek amacıyla vasdeference'e polimer jel enjekte edilmesiyle 10 yıl süreyle %100 korunma sağlayabilmektedir. Hormon içermemesi ve kalıcı bir müdahale olmaması sebebiyle diğer yöntemlere göre avantajlıdır. Geri dönüşümü de sodyum bikarbonat enjeksiyonla yapılabilir.

Gamendazol, testosteron seviyesini etkimeden sperm üretimine müdahale edilmesi amaçlanan haptır (Güler Şatır, 2021).

2.4.Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması

2.4.1.Dünyada Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması

Üreme sağlığı ve aile planlaması sadece modern dünyanın değil eski çağlarda da üzerinde durulan bir meseledir. M. Ö. 1850’lerde gebelik ve cinsel ilişki arasındaki bağlantıyı kesmeye çalışan metinlerin olduğunu, Mısır Rahipleri tarafından yazılmış olan yedi papirüste de gebeliğin öneminden bahsedildiğini ve bununla ilgili reçeteler yazıldığı gibi, günümüzde de üreme sağlığı hizmetlerinin uygun yaştaki her bireye sunulması gerekliliğinin üzerinde durulmaktadır (Çoban, 2016; Yurdakul 2020).

Üreme sağlığının iki cinsiyeti etkilediği bilinse de kadınlar için önemi daha fazladır. Çünkü kadınların yaşamlarının her döneminde karşılaştıkları üreme sağlığı sorunları, onların genel sağlık düzeylerini etkileyebilmektedir. Özellikle bu sorunlar doğurganlık dönemlerinde gerçekleştiği takdirde yaşamlarını tehdit edici boyutlara ulaşabilir (Öztaş vd., 2015).

Üreme sağlığını tehdit eden unsurlardan biri cinsel yolla bulaşan hastalıklardır. Bu enfeksiyonlar; kondom kullanılmayan cinsel ilişkiyle, kan ve kan ürünleriyle ya da anneden çocuğa bulaşabilen, başta cinsel organlar olmak üzere diğer organları da etkileyebilen, çoğu olguda belirti göstermeden seyredebilen hastalıklar grubudur. Enfeksiyonların belirti göstermemesinden dolayı tespiti ve sıklıklarının ölçümü zordur. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) tüm Dünya’da görülmesine karşılık gelişmekte olan ülkelerde görülme oranı daha fazladır. Gelişmekte olan ülkelerin gelişmiş ülkelere kıyasla sfiliz görülme sıklığı 10 ile 100 kat, gonore görülme sıklığı 10 ile 15 kat, klamidya görülme sıklığı ise 2 ile 3 kat daha fazladır. Dünya Sağlık Örgütü’nün tahminlerine göre her yıl yaklaşık 340 milyon yeni CYBE vaka ortaya çıkmakta ve her 1 dakikada 11 kişiye HIV/AIDS bulaşmakta ve yedi kişi de ölmektedir (Yurdakul, 2020).

Ülkemizde HIV ve AIDS toplam vaka sayılarına bakıldığında, 2021 yılında tanı konulan HIV pozitif kişi sayısı 2021, AIDS tanısı konulan kişi sayısı ise 53 kişidir.

2021 yılında HIV ve AIDS'ten ölen kişi sayısı da 25 olarak belirlenmiştir. Cinsiyet ve yaş grubu dağılımlarına bakıldığında 2052 toplam kişi sayısının 1699'u erkek, 353'ü kadın olarak saptanmıştır.

Ülkemizde 2018-2020 yılları arasında gonore, sifiliz ve klamidya vakalarının görülme oranları incelendiğinde ise sifiliz 2018 yılında 2393 kişide tespit edilirken, 2019 yılında 2508, 2020 yılında ise 2177 kişide sifiliz tanısı saptanmıştır. Gonore vaka sayısında ise yıllara göre, 2018 yılında 86, 2019 yılında 113, 2020 yılında ise 73 kişiye tanı konulmuştur. Klamidya'nın yıllar içerisindeki durumuna bakıldığında 2018 yılında 59, 2019 yılında 99, 2020 yılında 530 kişide enfeksiyonun tanısı saptanmıştır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklari>., Erişim tarihi, 12.12.2021).

Türkiye'de ve tüm dünyada nüfus hızında artış yaşanmaktadır. DSÖ'nün verilerine göre 2150 yılına gelindiğinde dünya nüfusunun 11-12 milyarı bulabileceği tahmin edilmektedir. Bu rakamlara ulaşıldığında ise tahmini çocuk ortalamasının da 2.1 olacağı ve 2100 yılına gelindiğinde de şu an dünya nüfusunun %25'ini oluşturan gelişmiş ülke nüfusunda da %13 oranında azalma olacağı düşünülmektedir (Yardımcı, 2020).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun (UNFPA) yakın zamanlarda yapmış olduğu tahminlerde gelişmekte olan ülkelerdeki karşılanmamış doğum kontrol yöntemlerine ihtiyaç duyan kadınlar modern yöntem kullanmaları durumunda anne ölümlerinin %25 oranında azalacağını ileri sürmektedir. 2019 yılında UNFPA dünya genelinde üreme çağında olan kadınların AP yöntemi kullanım oranını %63, modern AP yöntem kullanım oranını ise %58 olarak saptamıştır. Dünyadaki ülkelerin AP yöntemi kullanımı ile modern AP yöntemi kullanım durumlarına bakıldığında sırasıyla, Çin %82 ve %82, Brezilya'da %80 ve %77, ABD'de %74 ve %67, İran'da %68 ve %65 ve Türkiye'de %75 ve %51 olduğu belirlenmiştir (<https://www.unfpa.org/family-planning>., Erişim tarihi 15.12.2021; Kurtuldu,2020).

Dünyadaki devletlerin %84'ü bireylerine doğrudan aile planlaması desteği sunarken %9'u ise dolaylı yoldan aile planlaması hizmeti sunmaktadır. Dolaylı desteklerde aile planlaması hizmetlerinin devlet aracılığıyla sunulmadığı, sivil toplum ve özel kuruluş

aracılığıyla verildiği, geriye kalan %7'lik kısma ise devlet ve özel kuruluşlar tarafından bir destek sağlanmadığı belirtilmektedir (Yardımcı, 2020).

2.4.1.Türkiye’de Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması

Ülkemizde Cumhuriyet’in kurulduğu ilk dönemlerden günümüze kadar farklı nüfus politikaları izlenmiştir. Doğurganlığı destekleyici politikalar 1960'lara kadar devam ederken, 1965 yılında sonra AP hizmetleri yasalaşarak günümüze kadar gelmiştir. 1965 yılından sonra doğurganlık hızında düşme görülmüştür. Doğurganlık hızı 1960-1980 yılları arasında yarı yarıya azalırken, 1990'larda ise durağanlık dönemine geçmiştir. 1998'den sonraki 5 yılda ise %15'lik gerileme söz konusudur. Doğurganlıkta meydana gelen bu düşüşün, doğum kontrol yöntemlerinin uygulanmasıyla etkili olduğu söylenebilir (Özgür, 2004). 1983 yılında 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” ile yenilikler yapılmış ve Sağlık Bakanlığı’nın bu görevleri yürüteceği belirtilmiştir. 1990’da uluslararası platformlarda gerçekleşen konferanslarda kadın sağlığı ve aile planlaması hakkındaki bakış açıları tüm dünyada değişmiştir (Karanisoğlu, 2015). 2005 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında “Aile Hekimliği” uygulamalarına geçilmiştir. Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri de 2005 yılından itibaren birinci basamakta verilmeye başlanmıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017). 2005 yılında pilot uygulaması yapılan aile hekimliği 2010 yılı itibariyle tüm ülkede uygulanmaya başlamıştır. 2019 Sağlık İstatistiği Yıllığı’na göre, 2019 yılında 26.476 Aile Hekimliği Birimi, 7997 Aile Sağlığı Merkezi, 174 Verem Savaş Dispanseri, 178 Ketem Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapmaktadır (<https://sbsgm.saglik.gov.tr>., Erişim tarihi 10.11.2021).

Aile hekimliklerinin görevleri arasında anne-çocuk ağırlığı ve aile planlaması hizmetleri de yer almaktadır. Bu hizmetler şu şekilde sıralanabilir:

- AP hizmetleri (15-49 yaş kadınların izlemi),
- Doğum öncesi bakımı (Gebelerin tespiti ve periyodik izlemleri),
- Doğumla ilgili hizmetler,
- Lohusalık dönemine ait hizmetler,
- Çocukların periyodik izlemleri (0-6 yaş). 10-11.

Ülkemizde son yıllarda kadınların doğurduğu ortalama çocuk sayısı 2-3 olarak saptanmıştır. Bu oran yerleşim yerlerine göre farklılık göstermekle birlikte kırsal yerlerdeki doğum oranı kentsel yerlere göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip hanelerde adölesan gebelik oranı daha yüksek belirlenmiştir (Vural, 2021).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'na (TNSA) göre, 1993 ile 2018 yılları arasında hemen çocuk isteyen evli kadınların oranında artma gözlenirken başka çocuk istemeyenlerin oranında ise azalma meydana gelmiştir. Türkiye'de yapılan farklı araştırma sonuçlarına ve TNSA 2018 sonuçlarına bakıldığında son 5 yılda cinsel yönden aktif olan kadınların modern ve geleneksel yöntemlere ilişkin bilgi düzeylerinde azalma gözlemlenmiştir. Türkiye'de en çok kullanılan modern doğum kontrol yöntemlerinden kondom, RİA'yı geçerek en çok tercih edilen yöntem olmuştur (<https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/bitstream>., Erişim tarihi 15.12.2021).

Türkiye'de kadınların aile planlaması kullanım durumlarıyla ilgili yapılan çalışmalarda, kadınların yöntem kullanım düzeyleri istenilenin altında çıkarken, geleneksel yöntem kullanım durumları oldukça yüksek olarak saptanmıştır. En çok kullanılan geleneksel yöntemin geri çekme olduğu belirlenmiştir (<https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/bitstream>., Erişim tarihi 15.12.2021; Özgür, 2004).

2.5.Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Konusunda Sağlık Profesyonellerin Rol ve Sorumlulukları

Üreme sağlığı ve aile planlaması konuları bireylerin konuşmaktan çok fazla hoşlanmadıkları konulardır. Sağlık personellerinin bu konularda bireylere olan yaklaşımlarında bunu dikkate alıp onların mahremiyetlerine özen göstererek şekilde yaklaşımları önemlidir. Sağlık profesyonelleri, bireylerin kendi sağlıklarının sorumluluğunu almalarını sağlamalı, sağlık bakımının iticiliğini azaltmak için bireyin ihtiyaçlarına duyarlı olmalı ve kabul edici davranmalıdır (Asif ve Pervaiz, 2019).

Üreme sağlığı ve aile planlamasındaki danışmanlık hizmetleri, eğitimlerle beraber her iki cinsiyeti kapsamalıdır. Planlanan bu eğitimler ergenlik döneminden itibaren başlanmalıdır. Bu eğitimler bireye sadece sözel, yazılı veya görsellerle bilgi

aktarmak şeklinde değil, yeni davranışlar kazandırmak ve bunu alışkanlık hâline getirmek şeklinde olmalıdır. Sağlık personelleri eğitim verilecek olan toplumun aile yapısını, isteklerini, genel sağlık durumlarını, gereksinimlerini, iletişim problemlerini ve risk faktörleri gibi sağlık durumlarını etkileyebilecek olan faktörleri göz önünde bulundurularak, topluma eğitim vermeden önce gerekli planlamaları yapmalıdır (Meydanlıoğlu ve Emiroğlu, 2004).

Ülkemizdeki Aile Sağlığı Merkezleri'nde kadınlara yönelik birçok sağlık hizmeti sunulmaktadır. Kadınların bu hizmetler hakkında bilgilendirilmesi, ihtiyaçlarının saptanması, bunlara ulaşabilmesi ve bu hizmetlerden yararlanması noktasında sağlık personellerine önemli görevler düşmektedir. Aile Sağlığı Merkezleri'nde sağlık personelleri tarafından sunulan aile planlaması hizmetlerindeki amaç sadece anne ve çocuk sağlığı düzeyleri arttırmak ve gebelikten korunmak olmamalıdır. Bu hizmetler kapsamında aile planlamasının toplumsal bir sorumluluk olduğunun belirtilmesiyle birlikte amacının kadınların yaşam kalitesinin ve sosyo-ekonomik düzeyinin artırılmasına da zemin hazırlamak olduğu ifade edilebilir (Timur 2003).

Sağlık profesyonelleri, doğurgan çağıdaki tüm kadınların ve erkeklerin rutin olarak tarama testlerini yapmalı, risk faktörlerini belirleyerek uygun girişimleri planlamalıdır. Ayrıca gerektiği durumlarda ekibin diğer üyelerine bakım, rehberlik ve danışmanlık almaları konusunda yönlendirmelidir. Sağlık profesyonellerinin bilgilerini güncel tutması da çok önemli olduğundan hizmet içi eğitimleri aksatmamaları gerekir. Katılımı sağlanan eğitimler neticesinde geliştirilen ulusal sağlık programları ve sağlık profesyonellerinin nitelikli bakım ve danışmanlığı ile olası riskler saptanarak, konjenital anomalilerin önüne geçilebilir. Bu sayede gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde oluşabilecek komplikasyonlarda azaltılarak, sağlıklı bebekler, anneler ve dolayısıyla sağlıklı bir toplumun oluşması sağlanır (Timur 2003; Meydanlıoğlu ve Emiroğlu, 2004; Asif ve Pervaiz, 2019: Bakanlığı, 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesi ve Zamanı

Araştırma Kırklareli iline 30 km mesafede Pınarhisar ilçesinde bulunan 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde yapılmıştır. Araştırma için Kasım 2020'de etik kurul izni, Aralık 2020'de kurum izni alınmış olup, veriler 25 Aralık 2020 tarihinden itibaren toplanmaya başlamıştır. Aile sağlığı merkezinin ilçenin merkezinde yer alması ve kadın nüfusunun fazla olması nedeniyle çalışmanın bu kurumda yapılması araştırmacılar tarafından uygun bulunmuştur.

3.2. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Kırklareli ili Pınarhisar ilçesinde yaşayan evli kadınların üreme sağlığı ve aile planlaması hakkındaki bilgi ve tutumları, aile planlaması hizmetlerini kullanım durumları ve bunu etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılmıştır. Çalışma tasarımının planlanması, uygulanması ve raporlanmasında Strobe Bildirimi kullanılmıştır (Ek-6).

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Pınarhisar 2 No'lu ASM'ye kayıtlı ve evli olan tüm kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Bu aile sağlığı merkezine kayıtlı ve evli olan 1850 kadın bulunmaktadır.

Evreni bilinen örneklem yöntemi ile örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında; mümkün olduğu kadar büyük örnekle çalışabilmek için olasılıklar 0,5 olarak alınmıştır. %95 güvenirlilik ile ($\alpha=0.05$ hata ile), incelenen olayın görülme sıklığının, (p) gerçek popülasyon oranından (P) %5 düşük / %5 yüksek olmasına razı olduğu bir diğer ifade ile $d=0.05$ örnekleme hatası altında ve 1850 çalışma evrenine göre minimum örnek büyüklüğü 318 olarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında aşağıdaki formülden yararlanılmıştır:

Araştırma evrenini temsil edecek örneklem büyüklüğü aşağıdaki formül yardımı ile hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2P(1-P)}{d^2(N-1) + t^2P(1-P)}$$

n: Örnek kütle büyüklüğü

N: Anakütle büyüklüğü

P: İncelenen olayın görülme sıklığı (olasılığı)

1-P: İncelenen olayın görülmeme sıklığı (olasılığı)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Örneklem Hatası

Vakalarda kayıp olabileceği düşünülerek örneklem sayısının 348 olarak alınmasına karar verilmiştir. Ancak eksik ve hatalı form dolduran kişilerin (n=30) olması nedeniyle araştırma için ulaşılan toplam kadın sayısı 318'dir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Evli olmak,
- Okur yazar olmak,
- Gönüllü olmak
- Anket ve ölçek formlarının tam olarak yanıtlanması.

3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- İletişim kurmayı engelleyen herhangi bir soruna sahip olması,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olmak,
- Gebe olmak,

-18 yaşının altında olmak.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Çalışma kriterlerine uyan kadınlara, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği doldurtulmuştur.

3.5.2. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek1) ve Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Ek 2) kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kadınlara çalışmanın gerekçesi ve amacı açıklandıktan sonra sözlü ve yazılı onamları alınmış, yüz yüze görüşme tekniğiyle formların doldurulması sağlanmıştır. Her bir katılımcı ile görüşme ve formların doldurulması yaklaşık 15 dakikada tamamlanmıştır. Formların doldurması sırasında ASM’de kullanılmayan, ışık alan ve havalandırması bulunan boş bir oda katılımcılar için tahsis edilmiş olup, kadınların mahremiyetlerinin korunulmasına özen gösterilmiştir.

3.5.2.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1);

Araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilen bu form sosyo-demografik özellikler ile aile planlaması durumlarını içeren 27 sorudan oluşmaktadır (Ekici, 2019; Erkin, 2019; Tunç, 2019; Tepe, 2018).

3.5.2.2. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği (ÜSAP) (Ek-2);

Alper Tunga Kökçü tarafından 2010 yılında geliştirilmiş bu ölçek kadınların üreme sağlığı ve aile planlaması hakkındaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmektedir. Ölçek 52 sorudan oluşmaktadır. Her bir ifadeye karşılık gelen “tamamen katılıyorum”, “katılıyorum”, “kararsızım”, “katılmıyorum”, “tamamen katılmıyorum” seçenekleri mevcut olup, ifadelerin olumluluk ya da olumsuzluk durumuna göre cevaplar 1 ile 5 arasında puanlandırılmıştır. Ölçeğin ‘istenmeyen gebelikler’, ‘cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar’ ve ‘kısırlık ve üremeye yardımcı tedaviler ’ olmak üzere 3 alt boyutu vardır. Planlanmamış ve istenmeyen gebelikler ile gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin

ifadelerin yer aldığı birinci boyut 1. ile 26. sorulardan Ölçeğin “cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar” boyutu 27. ile 45. sorulardan, “kısırlık ve üremeye yardımcı tedaviler” boyutu 46. ile 58. sorulardan oluşmaktadır. Puanların düşüklüğü üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili tutumların olumsuzluğunu, yüksekliği ise bu tutumların olumluluğunu yansıtmaktadır. Ölçekte 52 soruda olumlu tutum ifadelerini belirtmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (α) 0,88’dir. Ölçeğin 1. boyutu için α : 0,69, 2. boyutu için α : 0,80, 3. boyutu için α : 0,65 olarak tespit edilmiştir (Kökçü ,2010). Ölçeğin boyutları içerisinde α değerinin artması güvenilirliğin arttığını göstermektedir. Araştırmada veri toplama sırasında kullanılacak olan ÜSAP tutum ölçeği için Alper Tunga Kökçü’den yazılı izin alınmıştır (Ek-4). Bu çalışmada üreme sağlığı ve aile planlaması tutum ölçeği Cronbach’s Alfa güvenilirlik katsayısı 0,893, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutu Cronbach’s Alfa güvenilirlik katsayısı 0,704, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutu Cronbach’s Alfa güvenilirlik katsayısı 0,852, Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri Cronbach’s Alfa güvenilirlik katsayısı 0,717 olarak bulunmuştur.

3.5.2.3.Gönüllü Olur Formu (Ek-3) ve Katılımcı Beyan Formu (Ek-5):

Araştırmaya katılacak kadınlara araştırma konusunun önemi, nasıl yapılacağıının anlatıldığı ve katılımcılardan veri toplama aşamasında bilgilendirilmiş olurlarını almak için kullanılan formlardır.

3.6.Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1.Bağımlı değişkenler

Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeğinden alınan puanlar.

3.6.2.Bağımsız değişkenler

Kadınların eğitim durumu, çalışma durumu, eşinin eğitim durumu, ekonomik durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ile evlilik süresi, gebelik sayısı, kürtaj sayısı, düşük sayısı yaşayan çocuk sayısı, kontraseptif deneyimleri, mensesrual dönemde kullanılan ped sayısı, menstrual dönemde banyo yapma şekli, iç çamaşırı değiştirme sıklığı, genital bölge temizliği, aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma gibi jinekolojik ve obstetrik özellikler

3.7.Araştırmanın Hipotezi(leri):

-H0:Kırklareli ili Pınarhisar ilçesinde bulunan 2 No’lu Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı evli kadınların aile planlaması ve üreme sağlığı hakkındaki tutumları olumludur.

-H1:Kırklareli ili Pınarhisar ilçesinde bulunan 2 No’lu Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı evli kadınların aile planlaması ve üreme sağlığı hakkındaki tutumları olumsuzdur.

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, medyan ve maksimum) kullanılmıştır. Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılımı çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlı olarak da kontrol edilmiştir (Shao, 2002). Homojenlik testi ise Levene testi ile test edilmiştir. Normal dağılıma sahip ölçümler için parametrik testler kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki fark normal dağılıma sahip olan veriler için bağımsız örneklem t testi, normal dağılıma sahip olmayan ölçümlerde Mann Whitney U, bağımsız en az üç grup karşılaştırmasında normal dağılıma sahip olan ölçümlerde Varyans analizi (ANOVA), normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunması durumunda, farkın hangi iki grup arasında farklılık olduğunun tespit edilebilmesi için Bonferroni analizi yapılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alpha güvenirlik analizi ile test edilmiştir. Yapılan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilecektir (Aksakoğlu, 2013).

3.9.Araştırmanın kısıtlılıkları

Araştırma verilerinin Pınarhisar 2 No’lu ASM bölgesinde toplanması sebebiyle, araştırma sonuçları sadece bu çalışma grubu ile sınırlandırılabilir, topluma genellenemez. Araştırmanın diğer sınırlılığı ise kişilerin gönüllülük ilkesine göre çalışmaya katılmak istemesiydi. Bu durum araştırma süresinin uzamasına neden olmuştur.

3.10.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülmesi için Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Etik kurulunda (tarih:18/11/2020 /sayı:69456409-199-E.17268) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü'nden (tarih:10/12/2020, sayı: 61048703-779) gerekli izinler alınmıştır. Üreme sağlığı ve aile planlaması tutum ölçeğinin kullanılabilmesi için, ölçeği geliştiren Alper Tunga Kökçü ile mail üzerinden iletişime geçilmiş ve ölçek kullanımı için izni alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırmanın amacı ve kişisel bilgilerinin gizliliği hakkında sözlü ve yazılı bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılan Kadınlara istedikleri zaman araştırmadan ayrılacaklarını belirten gönüllü onam ve katılımcı beyan formu belirtilmiştir. Tüm prosedürler, kurumsal ve/veya ulusal araştırma komitesinin etik standartları ve 1964 Helsinki deklarasyonu ve sonraki değişiklikleri veya karşılaştırılabilir etik standartları dikkate alınarak insan katılımcıları içeren çalışmalara ilişkin kurallara uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

3.11.Araştırma Bütçesi

Araştırma bütçesi, araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

4. BULGULAR

Kadınların aile planlaması ve üreme sağlığı hakkındaki tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan araştırma verilerinin analizi sonucunda elde edilen bulgular bu kısımda yer almaktadır. Elde edilen bulgular aşağıda incelenmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı ve Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları(n=318)

	N	Minimum	Ortanca	Maximum	Ort	Standart sapma
Yaş	318	22,00	38,00	65,00	39,09	9,40
Eş yaş	318	24,00	42,00	72,00	42,62	10,02
					N	%
Eğitim	İlköğretim			83		26,1
	Lise			105		33,0
	Üniversite			130		40,9
Meslek	Memur			51		16,0
	İşçi			40		12,6
	Serbest meslek			16		5,0
	Ev hanımı			211		66,3
Sosyal güvence durumu	Var			266		83,6
	Yok			52		16,4
İlk evlilik yaşı	15-19			45		14,2
	19-26			210		66,0
	26-35			60		18,9
	35 ve üstü			3		0,9
Eşin eğitim durumu	İlköğretim			80		25,2
	Lise			127		39,9
	Üniversite			111		34,9
Sigara içme durumu	Evet			93		29,2
	Hayır			225		70,8
	Toplam			318		100,0

Tablo 1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamalarının 39,09±9,40 (min:22-max:65), eşlerinin yaş ortalamalarının ise 42,62±10,02 (min:24- max:72) olduğu saptanmıştır. Kadınların %26,1’inin ilköğretim, %33’ünün lise ve %40,9’nun üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışmada katılımcıların %16’sının memur, %12,6’sının işçi, %5’i serbest meslek, %66,3’ünün ev hanımı olduğu saptanmış olup %83,6’sının sosyal güvencesinin olduğu, %16,4’ünün ise olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde %55’inin 22-39, %45’inin ise 40-65 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların ilk evlilik yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde ise %14,2’sinin 15-19, %66’sının 19-26, %18,9’unun 26-35, %0,9’unun 35 yaş ve üzeri olduğu tespit edilmiştir. Eşlerin eğitim durumlarına bakıldığında; %25,2’sinin ilköğretim, %39,9’unun lise, %34,9’unun üniversite olduğu saptanmış, katılımcıların %29,2’sinin sigara içtiği, %70,8’inin ise içmediği belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo.2.Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları (N=318)

Obstetrik Özellikler		n	%
İlk gebelik yaşı	20 yaş altı	59	18,6
	20-28	186	Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları (N=318)
	28-35	50	
	35 yaş üstü	2	
	Gebelik olmadı	21	
Gebelik sayısı	0 veya 1	123	38,7
	2 veya 3	139	43,7
	3 üzeri	56	17,6
Çocuk sayısı	0 veya 1	135	42,5
	2 veya 3	157	49,4
	4 veya üzeri	26	8,2
Ölü doğum	Evet	24	7,5

	Hayır	294	92,5
Düşük	Evet	65	20,4
	Hayır	253	79,6
Kürtaj	Evet	65	20,4
	Hayır	253	79,6

Tablo 2’de katılımcıların obstetrik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde, %18,6’sının ilk gebelik yaşının 20 yaş ve altında, %58,5’inin 20-28 yaş aralığında, %15,7’sinin 28-35 yaş aralığında, %0,6’sının 35 yaş ve üstünde olduğu, %6,6’sının ise gebeliği olmadığı saptanmıştır. Kadınların %38,7’sinin 0 veya 1, %43,7’sinin 2 veya 3, %17,6’sının 3 ve üzeri gebelik sayısı olduğu, %42,5’inin 0 veya 1, %49,4’ünün 2 veya 3, %8,2’sinin 4 veya üzeri çocuğu olduğu saptanmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun ölü doğum (%92,5), düşük (%79,6) yapmadığı ve kürtaj (%79,6) geçirmediği belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcıların Üreme Sağlığı Alışkanlıklarına Göre Dağılımları (N=318)

Üreme Sağlığı Özellikleri		N	%
Günlük ped kullanımı	Günde 1-2	89	28
	Günde 3-4	161	50,6
	Günde 5 ve üzeri	68	21,4
Banyo şekli	Oturarak	58	18,2
	Ayakta		81,8
		260	
İç çamaşır değiştirme sıklığı	Her gün	276	86,8
	2-3 günde bir	42	13,2
Genital bölge temizliği	Su	59	18,6
	Su-tuvalet kâğıdı	151	47,5
	Su-sabun	35	11
	Hepsi	73	23

Tablo 3’de araştırmaya katılan kadınların üreme sağlığı alışkanlıkları incelendiğinde, günlük ped kullanma oranlarının %28’inin günde 1-2, %50,6’sının günde 3-4, %21,4’ünün günde 5 ve üzeri olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların adet döneminde %18,2’sinin oturarak, %81,8’inin ayakta banyo yaptığı, %86,8’inin her gün,

%13,2'sinin ise 2-3 günde bir iç çamaşırı değiştirdikleri de saptanmıştır. Kadınların genital bölge temizliğinde %18,6'sının su, %47,5'inin su-tuvalet kâğıdı, %11'inin su-sabun kullandığı, %23'ünün ise hepsini kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Katılımcıların Aile Planlaması Yöntemlerinin ve Kullanımlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=318)

		N	%
Aile planlaması yöntem kullanım durumu	Evet	131	41,2
	Hayır	187	58,8
Aile planlaması yöntemi bırakma nedeni	Gebelik	53	16,7
	Çocuk istemi	44	13,8
	Yan etki	118	37,1
	Yöntem kullanmadım	103	32,4
Aile planlaması yöntemi bilgi alınması	Evet	186	58,5
	Hayır	132	41,5
Aile planlaması olarak kürtaj	Evet	49	15,4
	Hayır	229	72,0
	Bilmiyorum	40	12,6
Aile planlaması yöntem seçiminde karar verilmesi	Erkeğin isteği doğrultusunda	3	0,9
	Kadının isteği doğrultusunda	7	2,2
	Çiftin ortak kararı ile	308	96,9
Korunmasız cinsel ilişkiden sonra uygulama yöntemi	Acil kontrasepsiyon	79	24,8
	Bilmiyorum	87	27,4
	Vajinal duş	152	47,8
	Toplam	318	100,0
Katılımcıların Bildiği Aile Planlaması Yöntemleri			
		N	%
Bilmiyorum	Hayır	302	95,0
	Evet	16	5,0
Oral kontraseptifler (Hap)	Hayır	123	38,7
	Evet	195	61,3
RİA (Spiral) Uygulaması	Hayır	131	41,2
	Evet	187	58,8

Kondom (Prezervatif)	Hayır	110	34,6
	Evet	208	65,4
Enjeksiyonlar	Hayır	223	70,1
	Evet	95	29,9
İmplant	Hayır	287	90,3
	Evet	31	9,7
Tüplerin bağlanması	Hayır	258	81,1
	Evet	60	18,9
Vazektomi	Hayır	287	90,3
	Evet	31	9,7
Diyafraam, köpük, jel, fitil	Hayır	197	61,9
	Evet	121	38,1
Acil doğum kontrol	Hayır	258	81,1
	Evet	60	18,9
Geri çekme	Hayır	167	52,5
	Evet	151	47,5
Takvim yöntemi	Hayır	227	71,4
	Evet	91	28,6
Hepsi	Hayır	315	99,1
	Evet	3	0,9
Toplam		318	100,0

Aile Planlaması Hakkında Bilgi Alma Durumu

	N	%
Ebe-hemşire	102	32,1
Hekim	69	21,7
Akraba-Komşu	30	9,4
Radyo-Televizyon	2	0,6
Gazete-Dergi-Kitap	25	7,9
Diğer	90	28,3

Tablo 4'te araştırmaya katılan kadınların aile planlaması özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, kadınların %41,2'sinin aile planlaması yöntemi kullandığı, %58,8'inin ise herhangi bir yöntem kullanmadığı, %16,7'sinde gebelik oluşması, %13,8'inde çocuk isteminin olması, %37,1'i de yan etkisinden dolayı yöntem kullanımını bıraktıkları, %32,4'ünün ise aile planlaması yöntemi

kullanmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %58,5'inin aile planlaması yöntemi hakkında bilgi sahibi olduğu, %41,5'inin ise bilgi sahibi olmadığı, %15,4'ünün kürtaşı bir aile planlaması yöntemi olarak gördüğü, %72'sinin bir yöntem olarak görmediği, %12,6'sının bir fikri olmadığı saptanmıştır. Çiftlerin %0,9'unun erkeğin isteği doğrultusunda aile planlaması yöntemi seçtikleri, %2,2'sinin kadının isteği doğrultusunda ve %96,9'unun çiftin ortak kararı ile olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların korunmasız cinsel ilişki sonrası %24,8'inin acil kontrasepsiyon kullandığı, %27,4'nün bilmiyorum cevabını verdiği, %47,8'inin vajinal duş yaptığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %5'inin kullandıkları aile planlaması yöntemini bilmediği, %61,3'ünün oral kontraseptif (hap), %58,8'inin RİA (spiral), %65,4'ünün kondom (prezervatif), %29,9'unun enjeksiyonları, %9,7'sinin implant kullandığı, %18,9'unun tüplerinin bağlandığı, %9,7'sinin vazektomi olduğu, %38,1'inin diyafram, köpük, jel, fitil, %18,9'unun acil doğum kontrol yöntemi, %47,5'inin geri çekme, %28,6'sının takvim yöntemi kullandığı, %0,9'unun ise hepsini kullandığı tespit edilmiştir. Kadınların %32,1'inin ebe-hemşireden, %21,7'sinin hekimden, %9,4'ünün akraba-komşudan, %0,6'sının radyon ve televizyondan, %7,9'unun gazete-dergi-kitaptan aile planlaması ile ilgili bilgiyi aldıkları, %28,3'ünün bilgi kaynağını diğer olarak belirttiği saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo.5. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Boyutların Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri (N=318)

	N	Ortanca	Minimum	Maximum	Ort.	SS
ÜSAP	318	3,90	2,60	4,64	3,86	0,38
Planlanmamış ve istenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması	318	3,85	2,35	4,62	3,83	0,35
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	318	4,00	2,32	5,00	3,96	0,52
Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri	318	3,77	1,38	4,77	3,77	0,48

Ort.= Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 5'de Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutum ölçeği ve alt boyutlarına ait değerler yer almaktadır. ÜSAP ölçeğinden alınan toplam puan ortalamasının

3,86±0,38, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutunda alınan puan ortalaması nın 3,83±0,35, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutundan alınan puan ortalamasının 3,96±0,52, Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan alınan puan ortalamasının 3.77± 0,48 olduğu belirlenmiştir.



Tablo 6. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Boyutların Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine göre Karşılaştırılması (N=318)

F: ANOVA test istatistiği *p<0,05

Özellikler	ÜSAPtoplam			ÜSAP-Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler İle Gebeliğin Sonlandırılması			ÜSAP- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar			ÜSAP-Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri		
	Medyan	Min-Max	Ort. ±SS	Medyan	Min-Max	Ort. ±SS	Medyan	Min-Max	Ort. ±SS	Medyan	Min-Max	Ort. ±SS
Eğitim Durumu												
İlköğretim ¹	3,74	2,60-4,43	3,71±0,42	3,73	2,35-4,50	3,73±0,41	3,79	2,32-4,79	3,69±0,54	3,69	2,54-4,62	3,69±0,51
Lise ²	3,84	2,69-4,62	3,81±0,38	3,81	2,96-4,50	3,77±0,34	3,89	2,79-5,00	3,90±0,52	3,69	1,38-4,77	3,74±0,51
Üniversite ³	4,01	2,84-4,64	4,00±0,29	3,96	2,88-4,62	3,95±0,28	4,16	2,53-5,00	4,19±0,40	3,85	2,54-4,77	3,84±0,41
F		19,011			13,088			28,561			2,768	
p		0,000* (1<3, 2<3)**			0,000* (1<3, 2<3)**			0,000* (1<3, 2<3, 1<2)**			0,064	
Meslek												
Memur ¹	4,03	3,45- 3,64	4,05±0,27	4,00	3,35-4,58	3,99±0,28	4,26	3,26-5,00	4,27±0,38	3,92	2,92-4,77	3,87±0,35
İşçi ²	3,83	3,03-4,48	3,80±0,33	3,77	2,88-4,46	3,78±0,31	3,89	2,63-5,00	3,85±0,50	3,69	2,54-4,69	3,75±0,49
Serbest meslek ³	3,72	2,84-4,36	3,75±0,40	3,71	3,00-4,50	3,78±0,41	3,82	2,53-4,37	3,77±0,47	3,65	3,00-4,31	3,63±0,41
Ev hanımı ⁴	3,84	2,60-4,62	3,80±0,41	3,81	2,35-4,62	3,79±0,38	3,89	2,32-5,00	3,87±0,56	3,69	1,38-4,77	3,72±0,52
Diğer ⁵	4,05	3,19-4,41	3,97±0,29	3,88	3,00-4,23	3,87±0,29	4,21	3,05-4,79	4,16±0,37	3,85	3,08-4,62	3,89±0,40
F		8,555			4,713			12,215			2,017	
p		0,000* (2<1, 4<1)**			0,002* (2<1, 4<1)**			0,000*(2<1,3<1,4<1,2<5,4<5)**			0,092	
İlk Evlilik Yaşı												
15-19	3,90	2,60-4,48	3,88±0,36	3,85	2,35-4,50	3,85±0,42	3,89	2,95-4,89	3,90±0,39	3,92	2,62- 4,69	3,92±0,43
19-26	3,90	2,66-4,64	3,85±0,39	3,85	2,73-4,62	3,82±0,35	4,00	2,32-5,00	3,95±0,55	3,69	1,38-4,77	3,74±0,49
26 ve üzeri	3,93	3,03-4,47	3,89±0,36	3,88	2,88-4,54	3,84±0,31	4,11	2,63-5,00	4,05±0,52	3,69	2,62-4,77	3,76±0,44
F		0,387			0,162			1,193			2,704	
p		0,680			0,851			0,305			0,068	
Eş Eğitim Durumu												
İlköğretim ¹	3,74	2,60-4,62	3,75±0,43	3,73	2,35-4,50	3,73±0,44	3,82	2,32-4,84	3,79±0,52	3,73	2,62-4,62	3,74±0,48
Lise ²	3,88	2,69-4,62	3,84±0,38	3,85	3,00-4,62	3,84±0,32	3,95	2,53-5,00	3,91±0,54	3,69	1,38-4,77	3,74±0,53
Üniversite ³	3,98	2,86-4,64	3,97±0,31	3,96	2,77-4,42	3,90±0,30	4,11	2,53-5,00	4,16±0,43	3,85	2,62-4,77	3,81±0,41
F		8,626			4,720			16,010			0,910	
p		0,000*(1<3,2<3)**			0,010*(1<3)**			0,000*(1<3,2<3)**			0,40	

Tablo 6’de araştırmaya katılan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı varyans (ANOVA) analiz ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucuna göre katılımcıların eğitim durumları ile kısırlık ve üremeye yardımcı tedavi yöntemleri alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Katılımcıların eğitim durumlarına göre Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutum ölçeği, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farklılığın hangi verilerden kaynaklandığının belirlenmesi için Bonferroni analiz (ileri analiz) yapılmıştır. Analiz sonucuna göre farklılık Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutum ölçeği, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutu için eğitim durumu üniversite olan katılımcılardan kaynaklandığı ve diğer eğitim durumlarına göre aldıkları puanlar bakımından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutunda ise farklılığın tüm eğitim durumları arasında olduğu görülmektedir. Buna göre aldıkları puanlar bakımından en fazla üniversite, lise ve ilköğretim olarak sıralanabilir (Tablo 6). Katılımcıların meslek durumları ile Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 6). Katılımcıların meslek durumlarına göre Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutum ölçeği, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın tespit edilebilmesi için Bonferroni analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutum ölçeği, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutu için memur olanların işçi ve ev hanımı olanlara göre daha fazla puan aldığı tespit edilmiştir. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutunda ise farklılığın memur ile işçi ve memur ile serbest meslek, memur ile diğer, işçi ile diğer ver diğer ile ev hanımı arasında olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Katılımcıların ilk evlilik yaşı ile Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutum ölçeği, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 6).

Katılımcıların eşlerinin eğitim durumları ile Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$, Tablo 6). Katılımcıların eşlerinin eğitim durumlarına göre Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutum ölçeği, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$, Tablo 6). Yapılan Bonferroni analizinde farklılığın Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutum ölçeği ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutu için eş eğitim durumu üniversite olan katılımcılardan kaynaklandığı ve diğer eğitim durumlarına göre aldıkları puanlar bakımında daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutunda ise farklılık ilköğretim ile üniversite mezunları arasında olduğu görülmektedir. Buna göre aldıkları puanlar bakımından en fazla üniversite mezunu en az ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır.

Araştırmada katılımcıların sosyal güvence varlığına göre ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre katılımcıların sosyal güvence varlığına göre Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre sosyal güvencesi olanların olmayanlara göre aldıkları puanın daha fazla olduğu söylenebilir.

Araştırmada katılımcıların genital bölge temizliği durumuna göre ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı varyans analizi (ANOVA) ile analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre katılımcıların genital bölge temizliği durumuna göre Üreme Sağlığı ve Aile

Planlaması tutum ölçeği, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre farklılık genital bölge temizliğinde Su-tuvalet kâğıdı ile Su-sabun kullananlara arasında olduğu ve Su-tuvalet kâğıdı kullananların su-sabun kullananlara göre daha fazla puan aldığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinden sigara içme durumu ($p=0,464-0,652,-0,664-0,219$), üreme sağlığı alışkanlıklarından ped kullanım durumu ($p=0,547-0,855-0,165-0,861$), banyo şekli ($p=0,263-0,231-0,318-0,554$), iç çamaşırı değiştirme sıklığı ($p=0,899-0,277-0,987-0,926$), genital bölge temizliği ($p=0,164-0,025-0,441-0,524$) ile kadınların obstetrik özelliklerinden gebelik sayısı ($p=0,184-0,209-0,124-0,795$), çocuk sayısı ($p=0,077-0,074-0,147-0,225$), ölü doğum durumu ($p=0,134-0,081-0,192-0,870$), düşük yapma durumu ($p=0,794-0,100-0,783-0,290$) ve kürtaj durumuna göre ($p=0,286-0,132-0,375-0,896$) Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutum ölçeği, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. ($p>0,05$)

Tablo 7. ÜSAP Ölçeği ve Alt Boyutların Katılımcıların Aile Planlaması İle İlgili Özelliklerine göre Karşılaştırılması (N=318)

Özellikler	ÜSAPtoplam			ÜSAP-Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler İle Gebeliğin Sonlandırılması			ÜSAP- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar			ÜSAP-Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri		
	Medyan	Min-Max	Ort. ±SS	Medyan	Min-Max	Ort. ±SS	Medyan	Min-Max	Ort. ±SS	Medyan	Min-Max	Ort. ±SS
AP Yöntem Kullanımı												
Evet	3,97	2,98-4,64	3,95±0,32	3,92	2,96-4,62	3,92±0,30	4,11	2,89-5,00	4,09±0,45	3,85	2,54-4,77	3,83±0,42
Hayır	3,84	2,60-4,62	3,80±0,40	3,81	2,35-4,54	3,77±0,37	3,89	2,32-5,00	3,88±0,55	3,69	1,38-4,77	3,73±0,51
t		3,683			3,654			3,574			1,878	
p		0,000*			0,000*			0,000*			0,061	
AP Yöntemleri Hakkında Bilgi Alma												
Evet	3,97	2,66-4,64	3,93±0,35	3,88	2,81-4,62	3,89±0,34	4,08	2,32-5,00	4,06±0,46	3,85	1,38-4,77	3,84±0,45
Hayır	3,78	2,60-4,43	3,76±0,40	3,77	2,35-4,50	3,75±0,36	3,79	2,53-5,00	3,83±0,57	3,62	2,54-4,62	3,67±0,49
t/U		4,236			3,641			3,970			U=9755,000	
p		0,000*			0,000*			0,000*			0,002*	
Korunmasız Cinsel İlişkiden Sonra Yapılan Uygulama												
Acil kontrasepsiyon ¹	4,05	3,10-4,62	4,04±0,33	3,96	3,12-4,58	3,97±0,28	4,26	2,89-5,00	4,23±0,46	3,85	2,54-4,77	3,89±0,46
Bilmiyorum ²	3,79	2,60-4,48	3,75±0,43	3,81	2,35-4,46	3,75±0,41	3,89	2,32-5,00	3,83±0,59	3,62	1,38-4,69	3,61±0,51
Vajinal duş ³	3,86	2,86-4,64	3,83±0,34	3,81	2,77-4,62	3,80±0,33	3,89	2,53-5,00	3,90±0,47	3,77	2,62-4,77	3,80±0,44
F		14,386			9,431			15,579			8,420	
p		0,000*			0,000*			0,000*			0,000*	
Kürtajı aile planlama yöntemi olarak görme durumu												
Evet	3,91	3,07-4,47	3,94±0,32	3,88	3,15-4,62	3,91±0,32	4,00	3,00-5,00	4,02±0,42	3,92	2,92-4,77	3,88±0,46
Hayır	3,97	2,66-4,64	3,90±0,36	3,88	2,81-4,58	3,87±0,32	4,05	2,32-5,00	4,01±0,51	3,77	1,38-4,77	3,79±0,47
Bilmiyorum	3,60	2,60-4,34	3,56±0,40	3,62	2,35-4,27	3,55±0,42	3,66	2,53-4,89	3,62±0,57	3,50	2,62-4,38	3,48±0,43
F		16,292			16,294			10,546			9,146	
p		0,000*(3<1,3<2)			0,000*(3<1,3<2)			0,000*(3<1,3<2)			0,000*(3<1,3<2)	

t: *bağımsızörneklemttesti, U: MannWhitneyUtestistatiği, F: ANOVAtestistatiği**p<0,05

Tablo 7’da araştırmaya katılan katılımcıların aile planlaması yöntemi varlığına göre ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre katılımcıların aile planlaması yöntemi varlığına göre Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutum ölçeği, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$, Tablo 7). Buna göre aile planlaması yöntemi kullananların neye göredaha yüксе puan aldığı grölüyor? daha yüksek puan aldığı görölmektedir. Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$, Tablo 7).

Araştırmada katılımcıların aile planlaması yöntemine göre ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı normal dağılıma sahip veriler için varyans analizi (ANOVA) ile normal dağılıma sahip olmayan veriler için ise Kruskal Wallis analizi ile elde edilmiştir. Analiz sonucuna göre katılımcıların aile planlaması yöntemine göre Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutum ölçeği, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan aldıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$, Tablo 7).

Katılımcıların aile planlaması yöntemi hakkında bilgi varlığına göre ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı normal dağılıma sahip veriler için bağımsız örneklem t testi, normal dağılıma sahip olmayan veriler için Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre katılımcıların aile planlaması yöntemi hakkında bilgi varlığına göre Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutum ölçeği, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında, Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan aldıkları puanların medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$, Tablo 7). Buna göre aile

planlaması yöntemi bilgisi olanların olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Katılımcıların korunmasız cinsel ilişkiden sonra yapılan uygulamaya göre ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı varyans analizi (ANOVA) ile analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre cinsel ilişkiden sonra yapılan uygulamaya göre Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutum ölçeği, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$, Tablo 7). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre farklılık acil kontrasepsiyon yöntemini uygulayanlardan kaynaklandığı ve diğer cevaplara göre Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Kürtaj aile planlama yöntemi olma durumuna göre ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı varyans analizi (ANOVA) ile analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre katılımcıların kürtaj aile planlama yöntemi olma durumuna göre Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutum ölçeği, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre farklılık bilmiyorum cevabını verenlerden kaynaklandığı ve evet ve hayır cevabını verenlere göre Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının daha az olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Tablo 8. Bağımsız Değişkenlerin ÜSAP Ölçeği Üzerindeki Etkisi İçin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (N=318)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	Beta	VIF
ÜSAP	(Constant)	3,222	11,580	0,000*		
	Eğitim=İlköğretim (R)					
	Eğitim=Lise	0,054	0,880	0,380	0,067	2,356
	Eğitim=üniversite	0,190	2,376	0,018*	0,248	4,359
	Meslek=Memur (R)					
	Meslek=İşçi	-0,043	-0,505	0,614	-0,038	2,240
	Meslek=Serbest meslek	-0,076	-0,687	0,492	-0,044	1,630
	Meslek=Ev hanımı	-0,031	-0,414	0,679	-0,041	3,881
	Meslek=Diğer	0,005	0,067	0,947	0,005	1,952
	Sosyal güvence=Var (R)					
	Sosyal güvence= Yok	-0,011	-0,198	0,844	-0,011	1,251
	İlk evlilik=15-19 (R)					
	İlk evlilik=19-26	-0,202	-2,559	0,011*	-0,254	3,945
	İlk evlilik=26-35	-0,266	-2,656	0,008*	-0,281	4,493
	Eşinizin öğrenim Durumu=İlköğretim(R)					
	Eşinizin öğrenim Durumu=Lise	0,027	0,491	0,624	0,035	2,049
	Eşinizin öğrenim Durumu=Üniversite	0,028	0,397	0,692	0,035	3,108
	Sigara=Evet(R)					
	Sigara=Hayır	0,042	0,941	0,347	0,050	1,143
	Günlük ped=Günde 1-2(R)					
	Günlük ped=Günde 3-4	-0,031	-0,640	0,523	-0,041	1,642
	Günlük ped=Günde 5 ve üzeri	-0,069	-1,174	0,241	-0,076	1,665
	Banyo=Oturarak(R)					
	Banyo=Ayakta	0,067	1,261	0,208	0,069	1,192
	İç çamaşırı=Hergün(R)					
	İç çamaşırı=2-3 günde bir	-0,037	-0,603	0,547	-0,033	1,225
	S13 genital=Su(R)					
	S13 genital=Su-tuvalet kağıdı	-0,025	-0,437	0,662	-0,033	2,312
	S13 genital=Su-sabun	-0,090	-1,171	0,243	-0,075	1,644
	S13 genital=Hepsi	0,022	0,332	0,740	0,024	2,116
	S14 ilkgebelik=20 yaş altı(R)					
	S14 ilkgebelik=20-28	0,065	0,925	0,356	0,085	3,414
	S14 ilkgebelik=28-35	-0,001	-0,008	0,994	-0,001	3,314
	S14 ilkgebelik=35 yaş üstü	-0,120	-0,449	0,654	-0,025	1,269
	S14 ilkgebelik=Gebelik yok	0,075	0,654	0,514	0,049	2,267

S15 gebelik sayısı=1(R)						
S15 gebelik sayısı=2	- 0,058	-0,695	0,488	-0,076	4,866	
S15 gebelik sayısı=3 ve üzeri	- 0,026	-0,269	0,788	-0,026	3,877	
s16 çocuk=1(R)						
s16 çocuk=2	0,034	0,429	0,668	0,046	4,516	
s16 çocuk=3	- 0,021	-0,193	0,847	-0,015	2,492	
s17 ölüdoğum=Evet(R)						
s17 ölüdoğum=Hayır	0,060	0,722	0,471	0,042	1,363	
s18 düşük=Evet(R)						
s18 düşük=Hayır	0,022	0,363	0,717	0,023	1,661	
s19 kürtaj=Evet(R)						
s19 kürtaj=Hayır	- 0,036	-0,621	0,535	-0,038	1,527	
s21=Evet(R)						
s21=Hayır	- 0,027	-0,586	0,559	-0,035	1,454	
s22=gebelik(R)						
s22=çocuk istemi	0,021	0,276	0,783	0,019	1,908	
s22=yanetki	- 0,074	-1,225	0,222	-0,095	2,405	
s22=yöntem kullanmadım	- 0,016	-0,256	0,798	-0,020	2,439	
s23=Evet(R)						
s23=Hayır	- 0,071	-1,567	0,118	-0,093	1,406	
s25=Evet(R)	- 0,043	-0,734	0,464	-0,051	1,924	
s25=Hayır						
s25=Bilmiyorum	- 0,293	-3,783	0,000*	-0,257	1,859	
s26=Erkeğin isteği doğrultusunda(R)						
s26=kadının isteği doğrultusunda	0,928	3,698	0,000*	0,361	3,832	
s26=Çiftin ortak kararı ile	0,873	4,131	0,000*	0,404	3,846	
s27=Acil kontrasepsiyon(R)						
s27=Bilmiyorum	- 0,149	-2,438	0,015*	-0,176	2,085	
s27=Vajinal duş	- 0,107	-1,951	0,052	-0,142	2,120	
F=3,067, p=0,000* Adjusted R ² =0,211 Durbin Watson=1,903						

*p<0.05

Araştırmada demografik özelliklerin ve bağımsız değişkenlerin ÜSAP ölçeği üzerindeki etkisini açıklamak üzere çoklu regresyon analizi için gerekli varsayımlar sağlanarak model oluşturulmuştur. Yapılan regresyon analiz sonucuna göre, kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=3,067; p<0.05). Bağımsız değişkenlere ait beta katsayı ve t değerlerine, anlamlılık seviyelerine bakıldığında; eğitim durumunun ÜSAP üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi

olduğu saptanmış, eğitim durumu üniversite olan katılımcıların ilköğretim olanlara göre ÜSAP puan ortalamasının 0,190 birim daha fazla olduğu belirlenmiştir ($\beta=0,190$, $t=2,376$, $p=0,018$, Tablo 8). İlk evlilik yaşının, aile planlaması yöntem seçiminin, korunmasız cinsel ilişkiden sonra yapılan uygulamanın ÜSAP üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir. İlk evliliği 19-26 yaş aralığında olanların 15-19 yaş olanlara göre ÜSAP puan ortalamasının -0,202 birim ($\beta=-0,202$, $t=-2,559$, $p=0,011$), ilk evliliği 26-35 yaş aralığında olanların ise 15-19 yaş olanlara göre -0,266 birim daha az olduğu tespit edilmiştir ($\beta=-0,266$, $t=-2,656$, $p=0,008$, Tablo 8). Aile planlaması yöntemi seçiminin kadının isteği doğrultusunda olanların erkeğin isteği doğrultusunda olanlara göre ÜSAP puan ortalamasının 0,928 birim ($\beta=0,928$, $t=3,698$, $p=0,000$), çiftin ortak kararı olanların erkeğin isteği doğrultusunda olanlara göre ÜSAP puan ortalamasının 0,873 birim daha fazla olduğu ($\beta=0,873$, $t=4,131$, $p=0,000$, Tablo 8) belirlenmiştir. Korunmasız cinsel ilişkiden sonra bilmiyorum diyenlerin acil kontrasepsiyon uygulayanlara göre ÜSAP puan ortalamasının -0,149 birim daha az olduğu ($\beta=-0,149$, $t=-2,438$, $p=0,015$, Tablo 8) saptanmıştır.

ÜSAP puanında meydana gelen değişimin %21,1'i bağımsız değişkenler tarafından açıklanmaktadır (adj $R^2=0,211$). Ayrıca Durbin Watson değerinin 1,5 ile 2,5 arasında olması modelde otokorelasyon sorununun olmadığını göstermektedir (Durbin Watson= 1,903). VIF değerlerini değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı olup olmadığının kontrolü için hesaplanmaktadır. VIF değeri 5'ten küçük olduğu için değişkenler arasında ve modelin genel hali için çoklu doğrusal bağlantı sorunu olmadığı belirlenmiştir ($VIF<5$, Tablo 8).

Tablo 9. Bağımsız değişkenlerin Planlanmamış ve istenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutu üzerindeki etkisi için Çoklu regresyon analizi sonuçları (n=318)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	Beta	VIF
ve istenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması	(Constant)	3,314	12,679	0,000*		
	Eğitim=İlköğretim (R)					
	Eğitim=Lise	-0,016	-0,277	0,782	-0,021	2,356
	Eğitim=üniversite	0,131	1,751	0,081	0,184	4,359
	Meslek=Memur (R)					

Meslek=İşçi	-0,010	-0,126	0,900	-0,009	2,240
Meslek=Serbest meslek	0,015	0,148	0,882	0,010	1,630
Meslek=Ev hanımı	0,002	0,034	0,973	0,003	3,881
Meslek=Diğer	-0,034	-0,470	0,639	-0,033	1,952
Sosyal güvence=Var (R)					
Sosyal güvence= Yok	0,016	0,303	0,762	0,017	1,251
İlk evlilik=15-19 (R)					
İlk evlilik=19-26	-0,208	-2,804	0,005*	-0,280	3,945
İlk evlilik=26-35	-0,284	-3,025	0,003*	-0,323	4,493
Eşinizin öğrenim Durumu=İlköğretim(R)					
Eşinizin öğrenim Durumu=Lise	0,060	1,168	0,244	0,084	2,049
Eşinizin öğrenim Durumu=Üniversite	0,020	0,310	0,757	0,027	3,108
Sigara=Evet(R)					
Sigara=Hayır	0,026	0,618	0,537	0,033	1,143
Günlük ped=Günde 1-2(R)					
Günlük ped=Günde 3-4	-0,077	-1,705	0,089	-0,110	1,642
Günlük ped=Günde 5 ve üzeri	-0,092	-1,658	0,098	-0,108	1,665
Banyo=Oturarak(R)					
Banyo=Ayakta	0,071	1,427	0,155	0,078	1,192
İç çamaşırı=Hergün(R)					
İç çamaşırı=2-3 günde bir	-0,024	-0,418	0,676	-0,023	1,225
S13 genital=Su(R)					
S13 genital=Su-tuvalet kağıdı	0,037	0,684	0,494	0,052	2,312
S13 genital=Su-sabun	-0,082	-1,129	0,260	-0,073	1,644
S13 genital=Hepsi	0,071	1,161	0,247	0,085	2,116
S14 ilkgebelik=20 yaş altı(R)					
S14 ilkgebelik=20-28	0,078	1,171	0,243	0,109	3,414
S14 ilkgebelik=28-35	0,062	0,707	0,480	0,065	3,314
S14 ilkgebelik=35 yaş üstü	-0,329	-1,306	0,193	-0,074	1,269
S14 ilkgebelik=Gebelik yok	0,077	0,722	0,471	0,055	2,267
S15 gebelik sayısı=1(R)					
S15 gebelik sayısı=2	-0,021	-0,262	0,793	-0,029	4,866
S15 gebelik sayısı=3 ve üzeri	-0,004	-0,044	0,965	-0,004	3,877
s16 çocuk=1(R)					
s16 çocuk=2	-0,037	-0,495	0,621	-0,053	4,516
s16 çocuk=3	-0,087	-0,856	0,393	-0,068	2,492
s17 ölüdoğum=Evet(R)					
s17 ölüdoğum=Hayır	0,116	1,481	0,140	0,087	1,363
s18 düşük=Evet(R)					
s18 düşük=Hayır	-0,089	-1,577	0,116	-0,102	1,661
s19 kürtaj=Evet(R)					
s19 kürtaj=Hayır	-0,007	-0,132	0,895	-0,008	1,527
s21=Evet(R)					
s21=Hayır	-0,031	-0,717	0,474	-0,044	1,454
s22=gebelik(R)					
s22=çocuk istemi	-0,008	-0,112	0,911	-0,008	1,908
s22=yanetki	-0,073	-1,280	0,202	-0,100	2,405
s22=yöntem kullanmadım	-0,031	-0,525	0,600	-0,041	2,439
s23=Evet(R)					
s23=Hayır	-0,036	-0,835	0,405	-0,050	1,406
s25=Evet(R)					
s25=Hayır	-0,036	-0,654	0,514	-0,046	1,924
s25=Bilmiyorum	-0,311	-4,284	0,000*	-0,294	1,859
s26=Erkeğin isteği doğrultusunda(R)					
s26=kadının isteği doğrultusunda	0,878	3,722	0,000*	0,367	3,832

	s26=Çiftin ortak kararı ile	0,755	3,800	0,000*	0,375	3,846
	s27=Acil kontrasepsiyon(R)					
	s27=Bilmiyorum	-0,104	-1,812	0,071	-0,132	2,085
	s27=Vajinal duş	-0,096	-1,862	0,064	-0,136	2,120
	F=2,891, p=0,000* Adjusted R ² =0,197 Durbin Watson=1,807					

*p<0.05

Araştırmada demografik özelliklerin ve bağımsız değişkenlerin Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutu üzerindeki etkisini açıklamak üzere çoklu regresyon analizi için gerekli varsayımlar sağlanarak model oluşturulmuştur. Yapılan regresyon analiz sonucuna göre, kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=2,891; p<0,05, Tablo 9).

Bağımsız değişkene ait beta katsayı değerine, t değerine ve anlamlılık seviyesine bakıldığında; İlk evlilik yaşının, aile planlaması yöntem seçiminin ve kürtajın bir aile planlaması yöntemi olup olmama durumunun Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir. İlk evliliği 19-26 yaş aralığında olanların 15-19 yaş olanlara göre Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutu puan ortalamasının -0,208 birim ($\beta=-0,208$, $t=-2,804$, $p=0,005$), ilk evliliği 26-35 yaş aralığında olanların 15-19 olanlara göre Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutu puan ortalamasını -0,284 birim daha az olduğu tespit edilmiştir ($\beta=-0,284$, $t=-3,025$, $p=0,003$, Tablo 9). Aile planlaması yöntem seçiminin kadının isteği doğrultusunda olanların erkeğin isteği doğrultusunda olanlara göre Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutu puan ortalamasının 0,878 birim ($\beta=0,878$, $t=3,722$, $p=0,000$), çiftin ortak kararı olanların erkeğin isteği doğrultusunda olanlara göre Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutu puan ortalamasının 0,755 birim daha fazla olduğu ($\beta=0,755$, $t=3,800$, $p=0,000$, Tablo 9) saptanmıştır. Kürtajın bir aile planlaması yöntemi olup olmama durumunu bilmeyenlerin evet diyenlere göre Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutu puan ortalamasının -0,311 birim daha az olduğu ($\beta=-0,311$, $t=-4,284$, $p=0,000$, Tablo 9) belirlenmiştir.

Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutunda meydana gelen değişimin %19,7'si bağımsız değişkenler tarafından açıklanmaktadır (adj $R^2=0,197$). Ayrıca Durbin Watson değerinin 1,5 ile 2,5 arasında olması modelde otokorelasyon sorununun olmadığını göstermektedir (Durbin Watson=1,807). VIF değerlerini değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı olup olmadığının kontrolü için hesaplanmaktadır. VIF değeri 5'ten küçük olduğu için değişkenler arasında ve modelin genel hali için çoklu doğrusal bağlantı sorunu olmadığı belirlenmiştir (VIF<5, Tablo 9).

Tablo 10. Bağımsız Değişkenlerin Cinsel Yolla Bulasan Enfeksiyonlar Alt Boyutu Üzerindeki Etkisi için Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları(n=318)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	Beta	VIF
Cinsel Yolla Bulasan Enfeksiyonlar	(Constant)	2,928	7,595	0,000*		
	Eğitim=İlköğretim (R)					
	Eğitim=Lise	0,165	1,937	0,054	0,149	2,356
	Eğitim=üniversite	0,360	3,252	0,001*	0,340	4,359
	Meslek=Memur (R)					
	Meslek=İşçi	-0,116	-0,983	0,326	-0,074	2,240
	Meslek=Serbest meslek	-0,149	-0,976	0,330	-0,062	1,630
	Meslek=Ev hanımı	-0,064	-0,619	0,537	-0,061	3,881
	Meslek=Diğer	0,018	0,167	0,868	0,012	1,952
	Sosyal güvence=Var (R)					
	Sosyal güvence= Yok	-0,077	-0,981	0,328	-0,055	1,251
	İlk evlilik=15-19 (R)					
	İlk evlilik=19-26	-0,170	-1,557	0,121	-0,155	3,945
	İlk evlilik=26-35	-0,245	-1,764	0,079	-0,187	4,493
	Eşinizin öğrenim Durumu=İlköğretim(R)					
	Eşinizin öğrenim Durumu=Lise	0,009	0,121	0,904	0,009	2,049
	Eşinizin öğrenim Durumu=Üniversite	0,053	0,549	0,584	0,048	3,108
	Sigara=Evet(R)					
	Sigara=Hayır	0,019	0,314	0,754	0,017	1,143
	Günlük ped=Günde 1-2(R)					
	Günlük ped=Günde 3-4	0,017	0,249	0,804	0,016	1,642
	Günlük ped=Günde 5 ve üzeri	-0,045	-0,544	0,587	-0,035	1,665
	Banyo=Oturarak(R)					
	Banyo=Ayakta	0,052	0,702	0,483	0,038	1,192
	İç çamaşırı=Hergün(R)					
	İç çamaşırı=2-3 günde bir	-0,073	-0,858	0,392	-0,048	1,225
	S13 genital=Su(R)					
	S13 genital=Su-tuvalet kâğıdı	-0,072	-0,903	0,367	-0,069	2,312
	S13 genital=Su-sabun	-0,056	-0,523	0,601	-0,034	1,644
	S13 genital=Hepsi	-0,002	-0,017	0,986	-0,001	2,116
	S14 ilk gebelik=20 yaş altı(R)					
	S14 ilk gebelik=20-28	0,095	0,971	0,332	0,090	3,414

S14 ilk gebelik=28-35	-0,020	-0,151	0,880	-0,014	3,314
S14 ilk gebelik=35 yaş üstü	0,069	0,185	0,854	0,010	1,269
S14 ilk gebelik=Gebelik yok	0,077	0,485	0,628	0,037	2,267
S15 gebelik sayısı=1(R)					
S15 gebelik sayısı=2	-0,081	-0,702	0,484	-0,077	4,866
S15 gebelik sayısı=3 ve üzeri	-0,067	-0,497	0,620	-0,049	3,877
s16 çocuk=1(R)					
s16 çocuk=2	0,080	0,718	0,473	0,076	4,516
s16 çocuk=3	0,115	0,767	0,444	0,061	2,492
s17 ölü doğum=Evet(R)					
s17 ölü doğum=Hayır	0,022	0,187	0,852	0,011	1,363
s18 düşük=Evet(R)					
s18 düşük=Hayır	0,113	1,358	0,176	0,088	1,661
s19 kürtaj=Evet(R)					
s19 kürtaj=Hayır	-0,085	-1,065	0,288	-0,066	1,527
s21=Evet(R)					
s21=Hayır	-0,011	-0,175	0,862	-0,011	1,454
s22=gebelik(R)					
s22=çocuk istemi	0,073	0,699	0,485	0,048	1,908
s22=yan etki	-0,088	-1,051	0,294	-0,082	2,405
s22=yöntem kullanmadım	0,003	0,029	0,977	0,002	2,439
s23=Evet(R)					
s23=Hayır	-0,081	-1,290	0,198	-0,077	1,406
s25=Evet(R)					
s25=Hayır	-0,045	-0,558	0,578	-0,039	1,924
s25=Bilmiyorum	-0,288	-2,684	0,008	-0,183	1,859
s26=Erkeğin isteği doğrultusunda(R)					
s26=kadının isteği doğrultusunda	1,226	3,525	0,000*	0,345	3,832
s26=Çiftin ortak kararı ile	1,204	4,109	0,000*	0,403	3,846
s27=Acil kontrasepsiyon(R)					
s27=Bilmiyorum	-0,183	-2,168	0,031*	-0,157	2,085
s27=Vajinal duş	-0,166	-2,185	0,030*	-0,159	2,120
F=3,003, p=0,000* Adjusted R ² =0,206 Durbin Watson=1,993					

*p<0.05

Araştırmada demografik özelliklerin ve bağımsız değişkenlerin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutu üzerindeki etkisini açıklamak üzere çoklu regresyon analizi için gerekli varsayımlar sağlanarak model oluşturulmuştur. Yapılan regresyon analiz sonucuna göre, kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=3,003; p<0,05, Tablo 10).

Bağımsız değişkene ait beta katsayı değerine, t değerine ve anlamlılık seviyesine bakıldığında; Eğitim durumunun, aile planlaması yöntem seçiminin, korunmasız cinsel ilişkiden sonra yapılan uygulamanın Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir. Eğitim durumu üniversite olanların ilköğretim olanlara göre Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutu puan ortalamasının 0,360 birim daha fazla olduğu ($\beta=0,360$,

t=3,252, p=0,001, Tablo 10) tespit edilmiştir. Aile planlaması yöntem seçiminin kadının isteği doğrultusunda olanların erkeğin isteği doğrultusunda olanlara göre Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutu puan ortalamasının 1,226 birim ($\beta=1,226$, $t=3,525$, $p=0,000$), çiftin ortak kararı olanların erkeğin isteği doğrultusunda olanlara göre Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutu puan ortalamasının 1,204 birim daha fazla olduğu ($\beta=1,204$, $t=4,109$, $p=0,000$, Tablo 10) belirlenmiştir. Korunmasız cinsel ilişkiden sonra bilmiyorum diyenlerin acil kontrasepsiyon uygulayanlara göre Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutu puan ortalamasının -0,183 birim ($\beta=-0,183$, $t=-2,168$, $p=0,031$), vajinal duş uygulayanların acil kontrasepsiyon uygulayanlara göre Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutu puan ortalamasının -0,166 birim daha az olduğu ($\beta=-0,166$, $t=-2,185$, $p=0,030$, Tablo 10) saptanmıştır.

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutunda meydana gelen değişimin %20,6'sı bağımsız değişkenler tarafından açıklanmaktadır (adj $R^2=0,206$). Ayrıca Durbin Watson değerinin 1,5 ile 2,5 arasında olması modelde otokorelasyon sorununun olmadığını göstermektedir (Durbin Watson= 1,993). VIF değerlerini değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı olup olmadığının kontrolü için hesaplanmaktadır. VIF değeri 5'ten küçük olduğu için değişkenler arasında ve modelin genel hali için çoklu doğrusal bağlantı sorunu olmadığı belirlenmiştir (VIF<5, Tablo 10).

Tablo 11. Bağımsız Değişkenlerin Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt Boyutu Üzerindeki Etkisi için Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları(n=318)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	Beta	VIF
Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri	(Constant)	3,467	9,162	0,000*		
	Eğitim=İlköğretim (R)					
	Eğitim=Lise	0,032	0,386	0,700	0,032	2,356
	Eğitim=üniversite	0,058	0,533	0,594	0,060	4,359
	Meslek=Memur (R)					
	Meslek=İşçi	-0,002	-0,020	0,984	-0,002	2,240
	Meslek=Serbest meslek	-0,151	-1,008	0,315	-0,069	1,630
	Meslek=Ev hanımı	-0,049	-0,484	0,629	-0,051	3,881
	Meslek=Diğer	0,064	0,620	0,536	0,047	1,952
	Sosyal güvence=Var (R)					
	Sosyal güvence= Yok	0,030	0,394	0,694	0,024	1,251

İlk evlilik=15-19 (R)					
İlk evlilik=19-26	-0,236	-2,204	0,028*	-0,235	3,945
İlk evlilik=26-35	-0,259	-1,906	0,058	-0,217	4,493
Eşinizin öğrenim Durumu=İlköğretim(R)					
Eşinizin öğrenim Durumu=Lise	-0,014	-0,182	0,856	-0,014	2,049
Eşinizin öğrenim Durumu=Üniversite	0,005	0,056	0,956	0,005	3,108
Sigara=Evet(R)					
Sigara=Hayır	0,106	1,766	0,078	0,102	1,143
Günlük ped=Günde 1-2(R)					
Günlük ped=Günde 3-4	-0,008	-0,115	0,908	-0,008	1,642
Günlük ped=Günde 5 ve üzeri	-0,060	-0,751	0,454	-0,052	1,665
Banyo=Oturarak(R)					
Banyo=Ayakta	0,081	1,120	0,264	0,066	1,192
İç çamaşırı=Hergün(R)					
İç çamaşırı=2-3 günde bir	-0,010	-0,124	0,901	-0,007	1,225
S13 genital=Su(R)					
S13 genital=Su-tuvalet kâğıdı	-0,081	-1,034	0,302	-0,085	2,312
S13 genital=Su-sabun	-0,157	-1,502	0,134	-0,104	1,644
S13 genital=Hepsi	-0,043	-0,491	0,624	-0,038	2,116
S14 ilkgebelik=20 yaş altı(R)					
S14 ilkgebelik=20-28	-0,003	-0,030	0,976	-0,003	3,414
S14 ilkgebelik=28-35	-0,099	-0,778	0,437	-0,076	3,314
S14 ilkgebelik=35 yaş üstü	0,021	0,057	0,955	0,003	1,269
S14 ilkgebelik=Gebelik yok	0,066	0,426	0,671	0,034	2,267
S15 gebelik sayısı=1(R)					
S15 gebelik sayısı=2	-0,099	-0,872	0,384	-0,104	4,866
S15 gebelik sayısı=3 ve üzeri	-0,011	-0,081	0,935	-0,009	3,877
s16 çocuk=1(R)					
s16 çocuk=2	0,111	1,023	0,307	0,117	4,516
s16 çocuk=3	-0,087	-0,594	0,553	-0,050	2,492
s17 ölüdoğum=Evet(R)					
s17 ölüdoğum=Hayır	0,005	0,045	0,964	0,003	1,363
s18 düşük=Evet(R)					
s18 düşük=Hayır	0,110	1,348	0,179	0,093	1,661
s19 kürtaj=Evet(R)					
s19 kürtaj=Hayır	-0,021	-0,270	0,787	-0,018	1,527
s21=Evet(R)					
s21=Hayır	-0,042	-0,670	0,503	-0,043	1,454
s22=gebelik(R)					
s22=çocuk istemi	0,002	0,018	0,986	0,001	1,908
s22=yan etki	-0,056	-0,686	0,493	-0,057	2,405
s22=yöntem kullanmadım	-0,014	-0,159	0,874	-0,013	2,439
s23=Evet(R)					
s23=Hayır	-0,127	-2,066	0,040*	-0,132	1,406
s25=Evet(R)					
s25=Hayır	-0,053	-0,672	0,502	-0,050	1,924
s25=Bilmiyorum	-0,263	-2,496	0,013*	-0,183	1,859
s26=Erkeğin isteği doğrultusunda(R)					
s26=kadının isteği doğrultusunda	0,594	1,740	0,083	0,183	3,832
s26=Çiftin ortak kararı ile	0,627	2,182	0,030*	0,230	3,846
s27=Acil kontrasepsiyon(R)					
s27=Bilmiyorum	-0,188	-2,266	0,024*	-0,176	2,085
s27=Vajinal duş	-0,043	-0,575	0,565	-0,045	2,120

	F=1,696, p=0,007* Adjusted R ² =0,083 Durbin Watson=1,982
--	--

*p<0.05

Araştırmada demografik özelliklerin ve bağımsız değişkenlerin Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutu üzerindeki etkisini açıklamak üzere çoklu regresyon analizi için gerekli varsayımlar sağlanarak model oluşturulmuştur. Yapılan regresyon analiz sonucuna göre, kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=1,696; p<0,05, Tablo 11).

Bağımsız değişkene ait beta katsayı değerine, t değerine ve anlamlılık seviyesine bakıldığında; İlk evlilik yaşının, aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi varlığının, kürtajın bir aile planlaması yöntemi olup olmama durumunun, korunmasız cinsel ilişkiden sonra yapılan uygulamanın Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir. İlk evliliği 19-26 yaş aralığında olanların 15-19 yaş olanlara göre Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutu puan ortalamasının -0,236 birim daha az olduğu ($\beta=-0,236$, $t=-2,204$, $p=0,028$, Tablo 11) tespit edilmiştir. Aile planlaması yöntemleri hakkında bilgisi olmayanların olanlara göre Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutu puan ortalamasının -0,127 birim daha az olduğu ($\beta=-0,127$, $t=-2,066$, $p=0,040$, Tablo 11) belirlenmiştir. Kürtajın bir aile planlaması yöntemi olup olmama durumunu bilmeyenlerin evet diyenlere göre Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutu puan ortalamasının -0,263 birim daha az olduğu ($\beta=-0,263$, $t=-2,496$, $p=0,013$, Tablo 11) belirlenmiştir. Korunmasız cinsel ilişkiden sonra bilmiyorum diyenlerin acil kontrasepsiyon uygulayanlara göre Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutu puan ortalamasının -0,188 birim daha az olduğu ($\beta=-0,188$, $t=-2,266$, $p=0,024$, Tablo 11) saptanmıştır.

Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutunda meydana gelen değişimin %8,3'ü bağımsız değişkenler tarafından açıklanmaktadır (adj $R^2=0,083$). Ayrıca Durbin Watson değerinin 1,5 ile 2,5 arasında olması modelde otokorelasyon sorununun olmadığını göstermektedir (Durbin Watson= 1,982). VIF değerlerini değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı olup olmadığının kontrolü için hesaplanmaktadır. VIF değeri 5'ten küçük olduğu için değişkenler arasında ve

modelin genel hali için çoklu doğrusal bağlantı sorunu olmadığı belirlenmiştir (VIF<5, Tablo 11).



5.TARTIŞMA

Tezin bu bölümünde Kırklareli ili Pınarhisar ilçesi 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran evli kadınların aile planlaması ve üreme sağlığı hakkındaki tutumlarından elde edilen bulgular üç başlık altında ele alınarak tartışılmıştır.

5.1-Araştırmaya dâhil edilen kadınların tanımlayıcı özellikleri ile ilgili verilerin tartışılması,

5.2-Araştırmaya dâhil edilen kadınların obstetrik özelliklerine ve üreme sağlığı alışkanlıklarına ilişkin bulguların tartışılması,

5.3-Araştırmaya dâhil edilen kadınların tanımlayıcı özellikleri ile ÜSAP ölçeğinden alınan puanlara ilişkin bulgularının tartışılması

5.1.Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri İle İlgili Verilerin Tartışılması:

Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgulara bakıldığında kadınların yaş ortalamasının $39,09 \pm 9,40$ (min:22- max:65) olduğu, bu kadınlardan %55'inin 22-39, %45'inin ise 40-65 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Konu ile ilgili verileri değerlendirmek için yurt içi ve yurt dışı yapılmış çalışmalar incelendiğinde; Tezel vd. (2015)'nin kadınların aile planlamasına yönelik tutumlarının değerlendirildiği Ankara il merkezli çalışmada, kadınların yaş ortalaması $33,12 \pm 7,58$ olduğu tespit edilmiştir. Kars ilinin Susuz ilçesinde Karabulutlu'nun vd. (2017) yaptığı evli kadınların aile planlaması kullanım durumlarının değerlendirildiği araştırmada yer alan kadınların yaş ortalamasının $32,13 \pm 7,58$ olduğu ve Tokuç vd. (2005)'nin aile planlaması yöntem kullanım düzeyi ve bilgi durumuyla ilgili Edirne il merkezinde yaptığı çalışmada ise kadınların yaş ortalamasının $32,5 \pm 7,3,2$ olduğu saptanmıştır. Uluslararası çalışmalar incelendiğinde ise Wang vd. (2020)'nin Pekin'in Chaoyang bölgesinde yaşayan 613 kadın ile üreme sağlığını etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmada araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamasının 42,1 olduğu, Gopalakrishnan vd. (2019)'nin Hindistan'da 18 yaş üstü ve evli 650 kadınla yaptığı çalışmada da kadınların yaş ortalamasının 21-40 (%55,1) yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların yaş

ortalamalarının yurtiçi literatür verilerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. (TÜİK)'nin 2018 verilerine göre Kırklareli ilinin toplam doğurganlık hızı 1,48 olarak belirlenmiştir. Pınarhisar, doğurganlık hızı düşük olan Kırklareli ilinin bir ilçesidir. Yurt içinde yapılan araştırma sonuçlarına göre bu çalışmadaki yaş ortalamasının daha yüksek çıkmasının sebebi, Kırklareli ilinin diğer illere göre daha az göç almasından kaynaklı olduğu düşünülebilir. Yurt dışı literatürleri ile araştırma sonuçları birbiriyle paralellik göstermiştir. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2018 verilerine göre kadınların %67,8 oranında sosyal güvenceye sahip olduğu ifade edilmektedir (TNSA 2018, TÜİK 2019). Bu çalışmadaki kadınların %83,6'sının sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Avcı vd. (2021)'nin evli kadınların yöntem tercihlerine yönelik Osmaniye merkezinde yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan kadınların %97,3'ünün, Muhtaroglu (2019)'nun evli kadınların tutumlarına yönelik Edirne'de yapmış olduğu bir çalışmada ise kadınların %97'sinin sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışma sonuçları ile bu araştırma sonucu kıyaslandığında; sosyal güvenceye sahip kadın oranının araştırma sonuçlarına göre düşük, Türkiye ortalamasının ise üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Türkiye ortalamasından yüksek olması, bölgedeki sanayinin gelişmiş olması ve buna bağlı olarak iş imkânlarının fazla olmasından kaynaklı olduğu, yapılmış çalışma sonuçlarından düşük olması ise Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan kadın nüfusunun az olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Eğitim, modern toplumlarda kişinin üretken ve kaliteli bir yaşam sürmesinin en önemli anahtarıdır. Toplumda eğitim hakkından herkes eşit olarak faydalandığı zaman, toplumun gelişmişliğini yükseltmektedir (Özaydınlık, 2014). Kadınların eğitim seviyelerindeki artış tüm hizmetlerle birlikte sağlık hizmetlerine de erişilebilirliklerini arttırmaktadır (Bilir, 2009). Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumlarına bakıldığında %33'ünün lise ve %40,9'unun üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'de lise ve üzeri eğitim alan kadınların oranının %26 olduğu belirtilmektedir (TÜİK, 2019). Avcı vd. (2021), Çubukçu (2018) ve Öztaş vd. (2015)'nin aile planlaması yöntem kullanımıyla ilgili yapmış oldukları çalışmalarında araştırmaya katılan kadınların %36,1'inin, %46,49'nun ve %61,5'inin ilköğretim mezunu oldukları saptanmıştır. Yurt dışı

literatür incelendiğinde Hindistan’da 18 yaş üstü ve evli 650 kadınla yapılan bir araştırma da, kadınların %49,2’nin lise ve dengi okullardan mezun oldukları, Kuzey Etiyopya’da 383 kadınla yapılan bir çalışmada ise kadınların %50’sinin lise ve dengi okullardan mezun olduğu belirlenmiştir (Tukue vd. 2020; Gopalarishnan vd. 2019). Bu araştırma sonuçları incelendiğinde çalışmaya katılan kadınların eğitim durumlarının TNSA verileri, yurt içi ve yurt dışı literatürde yer alan araştırma sonuçlarından oldukça yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla araştırmadaki bu kadınların eğitim düzeylerinin TUİK 2020 verilerine göre Kırklareli ilinde okuma yazma bilme oranının 98,47 çıkmasından kaynaklı olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmaya dâhil edilen kadınların eşlerinin %25,2’nin ilköğretim, %39,9’nun lise, %34,9’nun ise üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. TNSA 2018 verilerine göre erkeklerin eğitim düzeylerinin kadınlara oranla daha yüksek olduğu, erkeklerin %33’nün lise ve %33’nün ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Şahlar’ın (2021) Konya’da yaptığı kadınların yöntem değiştirme nedenlerine baktığı çalışmasında, kadınların eşlerinin %44’nün ilköğretim mezunu, %29,6’sının da lise mezunu olduğu, Gökalp’ın (2019) Aksaray’da evli kadınlarla yaptığı çalışmada ise araştırmaya katılan kadınların yarısının eşlerinin ilkokul ve ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır. Yurt dışı literatürüne bakıldığında, Handebo (2020)’nin Etiyopya’da üreme çağındaki kadınlarla yapılan araştırmada, eşlerin eğitim durumlarının %43,7’sinin herhangi bir eğitimi olmadığı, ilkokul düzeyi eğitim durumunun ise %34,7 olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucu Türkiye ortalaması ve yurtiçi yapılan çalışmalar ile karşılaştırıldığında, kadınların eşlerinin eğitim düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucunun yurt dışında yapılan çalışma sonucundan farklı olmasının hem ülkemizle hemde gelişmemiş ülkeler arasında farklardan kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

Toplumda yıllar içerisinde sigaranın yarattığı sağlık problemlerinin sadece erkeklerde görülebileceği algısı oluşmuştur. Fakat bu algı erkeklerin sigarayla kadınlardan daha önce tanışmasından kaynaklanmaktadır. Sigaranın ayrıca kadınların üreme sistemleri üzerinde olumsuz etkilere sebebiyet verdiği belirtilmektedir. Bunlar; infertilite problemleri, erken doğum, menstrual bozukluklar ve erken menopoza şekildedir (Bilir, 2009). Sigara bunun dışında enfeksiyonlara karşı savunmada doğuştan kazanılan bağışıklık sistemini baskılayarak enfeksiyonların

oluşumuna sebebiyet verebilmektedir (Kolkesen Şahin, 2014). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin açıkladığı “Türkiye’de Sağlık Araştırması” verilerine göre her gün tütün kullanan bireylerin oranı 2019 yılında %28 iken kadınlardaki oran ise %14,9 olarak saptanmıştır (<https://www.tuseb.gov.tr>, Erişim tarihi 20.12.2021). Araştırmaya katılan kadınların %29,2’sinde sigara kullandığı belirlenirken, literatüre bakıldığında da Çankaya’nın (2017) araştırmasına göre kadınlarda sigara kullanım oranı %12,6 olarak bulunmuştur. Klean’nin Amerika Birleşik Devletleri’nde (2020) 18-44 yaş arası 386 kadınla yapılan bir çalışmada kadınlarda sigara kullanma oranı %35 olarak saptanmıştır. Araştırmamızda kadınların sigara kullanma oranı, Türkiye ortalamasının üzerinde iken, uluslararası literatürde saptanan oranın altında olduğu saptanmıştır. Araştırma bölgesindeki kadınların çalışma hayatında aktif olmaları, iş yaşantısının hayatlarındaki stresi arttırabileceği, bunun sonucu olarak da sigara kullanımının artmış olabileceği düşünülmektedir (Acar vd. 2019).

Kadının toplum içerisindeki statüsünü belirleyen durumlardan biri olan çalışma yaşamına katılma bakıldığında çalışmaya katılan kadınların %66,3’ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. TÜİK’in ‘İstatistiklerle Kadın’ araştırması sonuçlarında kadınların çalışma oranı %28,7 olarak saptanırken, yurtiçi literatürde, Avcı vd. (2021)’nin çalışmasında kadınların %79,4’nün, Karabulutlu ve Ersöz’ün (2017)’un araştırmasında ise kadınların %83,2’nin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Chen’in Çin’de (2016) 20-39 yaş arasındaki kadınların üreme sağlığı durumuna ilişkin yapmış olduğu çalışmada işsiz olarak belirtilen kadınların oranının 15,6 olduğu, Zakaria’nın Bangladeş’te (2019) 1174 kız çocuğu ve annelerinin üreme durumlarıyla ilgili yapılan çalışmada ise annelerin %90’nın ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma sonuçlarının TÜİK verileriyle paralellik gösterdiği ve yurt içi yapılmış diğer araştırma sonuçlarına göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Yurt dışında yapılan çalışmalar ülkemizle, gelişmemiş ülkeler arasında farklar olabileceğini ortaya koymuştur. Dolayısıyla çalışma sonuçlarımızın yurt dışı çalışmalarla paralellik göstermemesi ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile kültürel farklılıkların kadınların çalışma oranları üzerindeki etkisiyle açıklanabilir.

5.2.Kadınların Obstetrik Özelliklerine ve Üreme Sağlığı Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Tartışmanın bu bölümünde, kadınların ilk evlilik ve ilk gebelik yaşları, gebelik sayıları, ölü doğum, kürtaj ve düşük doğum oranları, üreme sağlığı alışkanlıkları ve aile planlaması yöntem kullanımı, kürtajın bir AP yöntemi görülmesi oranı ve korunmasız ilişkiden sonra uygulanabilecek yöntem hakkındaki bilgi durumlarına ait bulgular tartışılmıştır.

Ülkemizde evlilik, özellikle kadınlar hayatlarında doğum ve cinsellik kavramlarıyla bağdaştırılmasından dolayı üreme sağlığı açısından önemli bir yere sahiptir (Gökalp, 2019). TÜİK 2020 verilerine bakıldığında, yıllara göre evlenme yaşının her iki cinsiyet içinde arttığı görülmüş, kadınlarda ise evlenme yaşının 25,1 olduğu belirtilmektedir (TÜİK, 2020). Bu araştırmaya dahil olan kadınların ilk evlenme yaşı incelendiğinde, kadınların büyük çoğunluğunun 19-25 yaş aralığında ilk evliliklerini yapmış oldukları saptanmıştır. Yurt içi literatüre bakıldığında, Karabulutlu ve Ersöz (2017)'ün çalışmasında kadınların ortalama evlilik yaşının $20,06 \pm 3,62$, Cangül (2013)'ün araştırmasında kadınların ilk evlenme yaşının %51,3 ile 20-24 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Yurt dışı literatür incelendiğinde ise Kaleghinezhad vd'nin İran'ın (2018) Neyshabur kentindeki kırsal sağlık merkezlerine başvuran 405 kadın ile yapılan bir araştırmada kadınların ilk evlilik yaşının 20,8 olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucu TÜİK verileri ile paralellik gösterirken, literatür ile karşılaştırıldığında bölgesel farklılıklardan kaynaklı kadınların ilk evlenme yaş aralıklarında değişimler görülmektedir.

Araştırmada kadınların ilk gebeliklerinin meydana geldiği yaş aralığındaki en yüksek oranın %58,5 ile 20-28 yaş aralığında olduğu yönündedir. TÜİK 2020 istatistiklerinde İstanbul'da kadınların ilk gebelik yaşı ortalama 28,1 çıkarken, Kars'ta bu oran 24 ve altı olarak, Kırklareli'nde ise 27,5 olarak saptanmıştır. TÜİK doğum istatistiklerine göre, Türkiye'de 2020 yılında ilk doğumu yapan annelerin yaş ortalamasının 26,5 olduğu ve belirtilmektedir. Gökseven vd. (2020)'nin İstanbul'da yaşayan üreme çağındaki 217 kadın ile kontraseptif yöntemlerin kullanımı ile ilgili yapmış oldukları çalışmasında kadınların %52,9'nun ilk gebelik yaşının 20-24 yaş aralığında olduğu, Karabulutlu ve Ersöz (2017)'ün Kars araştırmasında ise kadınların %30,4'nün ilk gebeliğini 18 yaş altında gerçekleştirdiği saptanmıştır. Wasswa vd.

(2020)'nin Uganda'da 10,958 evli kadınla yapılan bir çalışmada, kadınların ilk gebelik yaşının 19 olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarımız TÜİK 2020 doğum istatistikleri ve diğer çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Gebelik, kadınlarda psikolojik, fizyolojik ve sosyal değişikliklere sebep olmaktadır. TNSA 2018 verilerine bakıldığında son 25 yılda sahip olunan ortalama çocuk sayısı 2,7'den 2,3'e düştüğü tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan evli kadınların %43,7'nün ortalama gebelik sayıları 2 veya 3 arasında olduğu belirlenmiştir. Avcı ve ark. (2021)'nin yapmış oldukları çalışmada kadınların gebelik sayılarının $2,63 \pm 1,23$, Çalıkoğlu vd., Erzurum'da 2018 yılında 226 kadınla yapılan bir araştırmada, kadınlarda gebelik ortalmaları, $2,6 \pm 1,5$ olduğu tespit edilmiştir. Gopalakrishnan vd. (2019)'nin Hindistan'da 650 evli kadın arasında yapılan çalışmada kadınların %44,9'unun 2 çocuğu olduğu %6,4'nün ise dört ve üzeri çocuğa sahip olduğu, Khaleghinezhad'in (2018) İran'da 210 evli kadınla yapılan bir araştırma da, kadınların gebelik sayılarının ortalamasının 4,26 olduğu, Wernli'nin (2009) Washington'da 50-74 yaş arası 1064 kadının gebelik sayılarını bakıldığı bir araştırmada ise %51'nin 2 veya 3 gebeliği olduğu, %12,6'sının da 5 ve üzeri gebeliği olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucu yapılan araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Ölü doğum, gebelik ve doğum bakım kalitesiyle ilgili önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya'da ölü doğum sayıları Afrika'da 1000 doğumda oran 22,8 iken, batı Avrupa'da ise bu oran 2,9'dır (Hug vd. 2021; Kiguli vd. 2016). Bu çalışmaya dâhil olan kadınlarda, ölü doğum öyküsüne sahip olan kadınlarının oranı %7,5 olduğu belirlenmiştir. Kırklareli ilinde 2019 yılında gerçekleşen bebek ölüm hızı binde 6,1 iken Şanlıurfa da bu oranın 15,3 olduğu belirlenmiştir (Cerit, 2019; TÜİK). Karabulutlu ve Akdemir (2021)'in 15-49 yaş arası kadınların doğum öncesi bakım alma sıklığıyla ilgili 7386 gebe ile yapılan çalışmalarında, gebelerin ölü doğum yapma oranı %8 olarak belirlenmiştir. Koruk vd. (2017)'nin kadın sağlık çalışanlarının doğurganlıklarıyla ilgili yapılan bir araştırmada, kadınların ölü doğum yapma oranının %2,9 olduğu saptanmıştır. Tesema vd. (2021)'nin Doğu Afrika'da yaptığı bir araştırmada ölü doğum prevalansı 0,86 olarak belirlenmiştir Chen (2016)'nin Çin'de 2010 yılında gerçekleşen ölü doğum oranı 3,11 iken 2015 yılında bu oran 3,55'e yükselmiştir. Khalili (2020)'nin İran'da 2016 yılında gerçekleşen 131

gebelikten birinin ölü doğumla sonuçlandığı saptanmıştır. Araştırma sonuçlarımız TÜİK ve yurt içi yapılmış çalışma sonuçları ile paralellik gösterirken, yurt dışında yapılmış diğer çalışmalarla farklılık sergilemektedir. Bu farklılıkların kadınların sağlık hizmetlerine ulaşmalarındaki farklılıklar ile kültürel ve yöresel sebeplerden kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Düşük, kadınların gebeliklerin de en sık yaşadıkları komplikasyon olmasına rağmen, buna sebebiyet veren riskler tam olarak anlaşılamamıştır (du Fossé, 2020). Araştırmaya katılan kadınlarda istemli düşük oranı %20,4 olarak saptanmıştır. TNSA 2013 verilerine göre 100 gebelikte oluşan kendiliğinden düşük sayısı 13 iken TNSA 2018 verilerinde bu sayı 14 olarak belirlenmiştir. Yurt içi literatüre bakıldığında, Erkin'in (2019) Giresun'da evli kadınlarla yaptığı bir araştırmada, düşük öyküsü olan kadın oranının %24,6 olduğu, Çetinaya'nın (2018) Kırklareli Pınarhisar'da istenmeyen gebelikler ile ilgili yaptığı çalışmada düşük prevelansının %22,2 olduğu, Cangöl'ün (2010) Edirne Lalapaşa'da evli kadınların üreme sağlığıyla ilgili yaptığı araştırmasında ise düşük oranının %9,9 olduğu saptanmıştır. Yurtdışı literatüre bakıldığında, Linnakaari vd. (2020)'nin Finlandiya'da 1998-2016 yılı arasında gebe kayıtlarından bakılarak yapılan bir çalışmada, gebeliklerde düşük oranı yıllar içinde 1000 doğumda 6,8 den 5,0'a düşmüştür. Zheng vd. (2017)'nin Çin'de yapılan bir araştırmada kadınlardaki düşük oranı %5,40 olarak saptanmıştır. Araştırma bulgularımız aynı bölgede yapılan diğer araştırma ve TNSA sonuçlarıyla paralellik gösterirken yurt dışında yapılan çalışmalar ile farklılık göstermektedir. Bu farklılığın başta eğitim ve gelir düzeyi olmak üzere sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Kadınlar, kontraseptif yöntemleri etkisiz olarak kullanmaları veya yöntem kullanmamalarından dolayı istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde kürtajı bir seçenek olarak görmektedir. 2010-2014 yılı arasında yapılan araştırmalarda, Dünya da her yıl 55,9 milyon kürtaj gerçekleşirken, bunların %10-15 'i gelişmiş ülkelerde, %85-90'ı gelişmekte olan ülkelere meydana gelmektedir (Singh vd. 2018; Adalı ve Çavlin). Kontraseptif yöntem kullanımında ki başarısızlık oranı ise %7,1 olarak saptanmıştır (Pattanaik vd. 2017). Çalışmaya katılan kadınlarda kürtaj olma oranı %20,6 olarak saptanmıştır. Yurt içi literatüre bakıldığında, Ergün vd. (2020)'nin yaptığı araştırmada, kadınların %21,1'nin kürtaj olduğu, Gökalp'in (2019) çalışmasında ise

bu oranın %10,6 olduğu saptanmıştır. Yurt dışında Ilbouda vd. (2014)'nin yaptığı bir araştırmada kürtaj uygulanmalarında evli ve Müslüman olmanın bekar ve Hristiyan olanlara göre kürtaj olma oranını azalttığı saptanmıştır. Lamina'nın (2015) Nijerya'da yılda tahmini 610000 kürtaj gerçekleşirken, her yaş grubu kadın bundan etkilenirken en çok ergenlerin etkilendiğini saptanmıştır. Kürtaj günümüzde kadınlar için ciddi bir risk oluşturmaya devam ederken, birçok nedeni içinde barındırmaktadır. Gelişmiş ülkelerde de halen kadınlarda kürtaj olma oranı yüksektir. Çalışmamızda %20,6 olarak çıkan kürtaj oranı yurt içi literatürlerle benzerlik gösterirken, yurt dışında yapılmış çalışmalarda ülkeler arasındaki ekonomik farklılıklar nedeniyle bu oranlarda değişmelerin olduğu söylenebilir.

Korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra uygulanabilecek yöntemler sorgulandığında, araştırmadaki kadınların %24,8'i acil kontrasepsiyon—yöntemini bildiğini ifade ederken, %47,8'i vajinal duşu bildiğini, %27,4'ü ise korunmasız cinsel ilişkiden sonra uygulanabilecek bir yöntem bilmediğini belirtmiştir. Koçak vd. (2016) ve Bilgili ve Ayaz'ın (2009) çalışmalarında acil kontrasepsiyonu bilme durumu sırası ile %74,9 ve %26,8 olarak saptanmıştır. Goodman'ın (2018) ABD'de yapmış olduğu bir araştırmada, kadınların acil kontrasepsiyonu bilme oranının %75'in üzerinde olduğu, Hammoud vd (2020)'nin Lübnan'da yaptığı bir araştırmada bu oranın %29,3 olduğu tespit edilmiştir. Literatür ile çalışma sonuçları karşılaştırıldığında, çalışmaya katılan kadınların acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi durumunun düşük olduğu, kadınların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi eksikliklerinin olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda bölgede ki kadınların aile planlaması hakkında bilgi eksikliklerinin olmasından kaynakladığı düşünülebilir.

Türkiye'de kadınlar tarafından yaygın bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmakta olan vajinal duş uygulaması floranın yapısını değiştirerek kadın sağlığı açısından olumsuz jinekolojik ve obstetrik sonuçlara sebep olabilmektedir. Vajinal duş Dünya genelinde kadınların halen sıklıkla tercih ettiği bir uygulamadır. Özellikle de Afrika ve Asya'da yaşayan kadınlar arasında daha yaygındır. Araştırmaya katılan kadınların vajinal duş uygulama oranı %47,8 olarak saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda kadınlarının yaşı ilerledikçe vajinal duş yapma oranının arttığı tespit edilmiştir (Okumuş ve Demirci 2014). Çalışkan vd. (1996)'nin ve Ege vd. (2005)'nin yapmış oldukları çalışmalarında sırasıyla kadınların %63,2'sinin ve

%61,5'nin, vajinal duş yaptığını saptanmıştır. Araştırma ile literatür sonuçları benzerlik göstermektedir.

Menstruasyon, kadınların hayatlarının %10'luk dönemini kapsamaktadır. Bu dönemlerde kadınların üreme sağlığı hijyenine yönelik eksik ya da yanlış bilgi ve tutumları onların hayatlarında önemli sorunlar oluşturabilmektedir. Menstruasyon döneminde vajinadan akan kan, mikroorganizmaların çoğalması için uygun bir ortam oluşturabilir. Bundan dolayı da bu dönemde kullanılan pedlerin 3-4 saate bir değiştirilmesi ve 2 günde bir ayakta duş alınması önerilmektedir (Dündar ve Özsoy, 2018; Taşkın, 2016). Çalışmaya katılan kadınların %50,6'sı günlük 3-4 ped kullandığı, %81,8'inin de ayakta duş aldığı saptanmıştır. Erkin'in (2019) Giresun'da evli kadınlarla yaptığı bir çalışmada kadınların %59'nun ayakta duş aldığı, %48,3'nünde adet döneminde 3-4 adet ped kullandığı tespit edilmiştir. Yurttaş vd. (2018)'nin çalışmasında ise günde 1-2 kez ped değiştiren kadınların oranının %59,8, adet döneminde oturarak duş alanların oranının da %56,5 olduğu saptanmıştır. Yurt dışı literatür incelendiğinde, Bulto'nun (2021) Etiyopya'da ergen kızların menstruasyon döneminde hijyen yönetimiyle ilgili yapılan araştırmasında, adet döneminde %45,9'unun günlük 3 ve üzeri ped değiştirdiğini belirtmişlerdir. Araştırma sonuçları, literatür ve Erkin'in araştırma sonuçlarıyla paralellik gösterirken, Yurttaş ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermemektedir. Farkın çalışma popülasyonundaki kadınların eğitim durumundan kaynaklı olduğu düşünülebilir

Genital bölge temizliğinde, su kullanılması ve kullanımdan sonra mikroorganizma üremesine fırsat verilmemesi için genital bölgenin kurulanması gereklidir (Yurttaş vd. 2018). Çalışmaya katılan kadınların %47,5'de genital bölge temizliğinde su ve tuvalet kâğıdı kullanıldığı saptanmıştır. Erkin'in (2019) ile Cangöl ve Tokuç'un (2013) çalışmalarında sırasıyla kadınların %35,9'nun genital bölge temizliğinde su kullandığı, %66,5'inin genital bölge temizliğinde su ve tuvalet kâğıdı kullandığı tespit edilmiştir. Yurt dışı literatür incelendiğinde, Bulto'nun (2021) Etiyopya'da ergen kızların menstruasyon döneminde hijyen yönetimiyle ilgili yapılan araştırmasında, %56,8'nin genitan bölge temizliğini su ve sabun ile yaptığı, %39,5'inin ise genital bölge temizliğinde sadece su kullandığı tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarımız literatür sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınlarda her gün iç çamaşırı değiştirenlerin oranı %86,8 olarak belirlenirken, Erkin'in (2019) ile Cangöl ve Tokuç'un (2013) çalışmalarında sırasıyla kadınların %64,6'nın ve %58,9'unun iç çamaşırını her gün değiştirdiği saptanmıştır. Xu vd. (2019)'nin Çin'de yaptığı bir araştırmada kadınların %84,2'sinin iç çamaşırı her gün değiştirdiği belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımız yapılan araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Aile planlaması kişilerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmesidir. Bunun belirlenebilmesi için de kişilerin aile planlaması yöntemlerini doğru ve etkin bir şekilde bilmesi ve uygulayabilmesi gerekmektedir (Gür Çalışkan, 2014). Çalışmaya katılan kadınların %41,2'si aile planlaması yöntemi kullandığı, %37,1'inin de kullandığı aile planlaması yönteminin yan etki yaptığı düşüncesiyle bıraktığı tespit edilmiştir. TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'de 15-49 yaş arası evli kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanım oranı %70 olduğu saptanmıştır. Çubukçu'nun (2018) çalışmasına göre aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranı %47,62 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada aile planlaması yöntem kullanılmamasının en sık nedeni %28,33 ile yöntem kullanmak istememeleri olduğu tespit edilmiştir. Tokuç vd. (2005)'nin çalışmasında ise %74,7'nin herhangi bir korunma yöntemi kullanmadığı saptanmıştır. Sidibe vd. (2020)'nin Mali ve Senegal'de kadınların aile planlaması yöntem kullanım durumlarıyla ilgili yapılan bir çalışmada, modern aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranı %30,9 olarak tespit edilirken en fazla kullanılan yöntemde %60,6 ile enjeksiyon yöntemi olduğu saptanmıştır. Schrumpf vd. (2020)'nin Gana'da yapılan bir araştırmada kadınların modern aile planlaması yöntem kullanım oranı %31,1 olarak belirlenmiştir. Çalışmada aile planlaması yöntemi kullanım oran sonuçlarının literatür ile benzerlik göstermediği tespit edilmiştir. Bu durumun Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı kırsal nüfustaki kadınların aile planlaması hizmetlerini almakta ulaşım sorunu yaşamalarından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılan kadınların %58,5'i aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi aldığını ifade ederken, bilginin en fazla alındığı kaynağın %32,1 ile ebe ve hemşireler olduğu saptanmıştır. Şahlar'ın (2021) çalışmasında ebe ve hemşirelerden bilgi alınma oranı %74,3. Chen vd. (2016)'nin Çin'de 973 kadınla yaptığı bir araştırmada kadınların büyük bir çoğunluğu aile planlaması hakkındaki bilgiyi sağlık

personelinden aldığı belirlenmiştir. Yurt dışı ve yurt içi literatüre bakıldığında sonuçlar bu araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Literatürde kürtajın bir aile planlaması yöntemi olmadığı bildirilmektedir. (Taşkın 2020). Araştırmada kadınların %72'si kürtajın bir aile planlaması yöntemi olmadığını ifade etmiştir. Göz vd. (2010)'nin evlilik öncesi dönemdeki genç kızlarla ilgili yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan genç kızların %81,8'inde kürtajın bir aile planlaması yöntemi olmadığı sonucu tespit edilmiştir. Yurtdışı literatürde konuyla alakalı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın sonucu Göz ve vd'nin yapmış olduğu araştırma sonucu ile paralellik göstermektedir (Göz vd. 2010).

Çalışmada aile planlaması yöntem seçimine karar verilmesinde kadınların %96,9'u çiftlerin ortak kararıyla demiştir. Tunç'un (2019) çalışmasında eşi ile birlikte aile planlaması yöntemine karar verilme oranının %73,7 olduğu, Tezel vd. (2015)'nin çalışmasında büyük çoğunluğun çiftlerin birlikte karar vermiş olduğu saptanmıştır. Yurt dışı literatüre bakıldığında, Mulatu vd. (2020)'nin Etiyopya'da evli kadınların modern doğum kontrol yöntemlerine bakıldığı çalışmasında, aile planlaması yöntem seçiminde çiftlerin ortak kararı diyen kadınların oranı %61,3, Dixit vd. (2021)'nin Hindistan'da kadınların kontraseptif yöntem seçiminde çift uyumuna bakılan bir araştırma da ise bu oran %70,4 olarak tespit edilmiştir. Çalışma sonuçları ile yapılmış diğer araştırma sonuçları arasında paralellik bulunmaktadır.

Çalışmada kadınların bildikleri aile planlaması yöntemleri incelendiğinde en fazla %61,3'ünü oral kontraseptifler (Hap), %58,8'inin RİA (Spiral), %65,4'nün kondom (Prezervatif) olduğu saptanmıştır. TNSA 2013 verilerine göre 15-49 yaş arası kadınların modern aile planlaması bilme durumlarının %98,8 olduğu, 2018 yılında ise bu oranın %97'ye düştüğü tespit edilmiştir. TNSA 2018'e göre en yaygın bilinen aile planlaması yöntemleri arasında oral kontraseptifler, tüpligasyon, ria ve kondom olduğu belirlenmiştir. Yurt içi literatüre bakıldığında, Temürlenk'in (2019) Edirne'de kadınların üreme sağlığıyla ilgili yaptığı çalışmasında en çok bilinen kontraseptif yöntemlerin sırası ile hap, kondom ve RİA olduğu, Yücel ve vd. (2018)'nin 15-49 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmasında ise kadınların en yaygın olarak kullandığı aile planlaması yöntemlerinin kondom ve ria olduğu, Karabulutlu ve Ersöz'ün (2017) çalışmasında en fazla bilinen aile planlaması yöntemlerinin %

86,4'nün hap, % 73.8'nin kondom, % 85,5'nin RİA olduğu saptanmıştır. Schrumpf vd. (2020)'nin Gana'da 135 kadınla yapılan bir çalışmada, kadınların en çok tercih ettikleri yöntemin depo-prove olduğu tespit edilirken, Xu vd. (2019)'nin Çin'de yaptığı bir araştırmada ise en fazla tercih edilen aile planlaması yönteminin %25 ile RİA olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucu ülke geneline göre düşük olmasına rağmen yöntemlerin en yaygın bilinenlerine bakıldığında çalışma ile diğer araştırma sonuçlarının benzer olduğu saptanmıştır. Aile planlaması yöntemlerinden modern yöntemler her ne kadar bilinir hale gelse de kadınlar tarafından yöntem kullanım konusunda eksikler görülmektedir. Bunun sebebinin, kadınların yöntemlere ulaşmasında zorluk yaşamalarından kaynaklandığı olduğu düşünülebilir.

5.3.Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri İle ÜSAP Ölçeğinden Alınan Puanlara İlişkin Bulgularının Tartışılması,

Üreme sağlığı ve aile planlaması tutum ölçeği geçerliliği, 2010 yılında Alper Tunga KÖKÇÜ tarafından 'TSK'nın bir eğitim birliğinde verilmekte olan üreme sağlığı ve aile planlaması eğitimlerinin bu alandaki etik sorunlar üzerine etkisi' isimli doktora tezinde erkekler üzerinde geliştirmiştir. Ölçeği geliştiren Alper Tunga KÖKÇÜ 'nün onayı alınarak ölçek bu tezde kadınlar üzerinde kullanılmıştır. Ölçeğin kullanıldığı başka bir çalışma bulunmamaktadır. Ölçek ve alt boyutlarına yakın olan çalışmalar bulunmuş ve tartışma da bu çalışmaların verilerinden yararlanılmıştır.

5.3.1. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeğine İlişkin Özelliklere Göre Sonuçların Tartışılması

Çalışmamızda Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nden alınan toplam puan ortalamasının $3,86 \pm 0,38$, Planlanmamış ve İstemeyen Gebeliklerin Sonlandırılması alt boyutundan alınan puan ortalaması $3,86 \pm 0,38$, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutundan alınan puan ortalaması $3,96 \pm 0,52$, Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan alınan puan ise $3.77 \pm 0,48$ olarak saptanmıştır. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan ortalaması 5'tir. Araştırma bulgularına göre, araştırmaya katılan kadınların aldıkları puan ortalamasına göre Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması tutumlarının yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin üç alt boyutundan alınan puanlar birbirlerine yakın ve ortalamanın üzerinde çıkmış olup, kadınların alt

boyutlarındaki tutumlarının da olumlu düzeyde olduğu saptanmıştır. Gökalp'ın (2019) Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması $129,43 \pm 20,20$ (min-max;75-177) iken Koşçu ve Taşçı (2009)'nın Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği ile yaptığı çalışmasında araştırmaya katılan kadınların aldıkları puan ortalaması da $127,83 \pm 21,19$ olarak saptanmış olup bu ölçeğe göre bu puanların yüksek düzeyde olduğu, bu nedenle sonuçlarımızın bu araştırma ile benzerlik gösterdiği belirlenmiştir.

Üreme sağlığı ve aile planlaması tutum ölçeğinden, kadınların eğitim durumlarına göre aldıkları puan ortalamalarına incelendiğinde, en yüksek puan ortalamasının üniversite mezunlarının aldıkları belirlenmiş olup bunun sonucunda eğitim durumu ile ÜSAP ölçeği arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Erkin'in (2019) Giresun'da 320 evli kadınla yaptığı araştırmasında, üniversite mezunu kadınların üreme sağlığı belirleme ölçeğinden $140,041 \pm 22,21$ puan aldığı ve eğitim durumu arttıkça ölçekten aldıkları puanların arttığı tespit edilmiştir (Erkin, 2019). Kara'nın 2013 yılında 400 evli kadının üreme sağlığı bilgi ve tutumlarıyla ilgili yaptığı çalışmasında, üniversite mezunu olan evli kadınların üreme sağlığı hakları ile ilgili bilgi düzeyi puanı, okur-yazar olan evli kadınların üreme sağlığı hakları ile ilgili bilgi düzeyi puanından yüksek bulunmuştur. Er vd. (2008)'nin araştırmasında lisansüstü eğitim gören kadınların üreme sağlığı ile ilgili tutum düzeylerine ait puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ülkemizde 7 farklı ilde yapılan bir çalışma da (İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Gaziantep, Erzurum, Trabzon) çalışmaya katılan kadınların eğitim durumlarıyla üreme sağlığına yönelik davranışların arasında doğru orantı olduğu sonucuna ulaşılırken, bu çalışmada literatür sonuçları ile paralellik göstermektedir (Ejder Alpay vd. 2014). Bu sonuç doğrultusunda eğitim seviyesi arttıkça kadınların üreme sağlığı hakkındaki olumlu tutumlarının arttığı söylenebilir.

Araştırmada eş eğitim durumları incelendiğinde, eşi üniversite mezunu olan kadınların ölçekten aldıkları puan ortalamaları daha yüksek çıkmış olup, bunun sonucunda eş eğitim durumu ile ÜSAP ölçeği arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Gökalp'ın (2019) araştırmasında eşi üniversite mezunu olan kadınların 'Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları' alt boyutundan $29,74 \pm 7,54$ puan almış, Erkin'in (2019) araştırmasında eşi üniversite mezunu

olanların ‘üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları’ alt boyutundan 30,18±8,54 puan alarak diğer eğitim durumlarına göre bu davranışlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kara’nın (2013) araştırmasında, araştırmaya katılan kadınların eşlerinin eğitim düzeyleri arttıkça ‘Üreme organ ve meme kanserinden korunma’ alt ölçeği dışındaki boyutlarından alınan puanlara göre koruyucu tutumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucu ile literatürde bulunan araştırma sonuçları benzerlik göstermekte olup üreme sağlığı ile ilgili konularda olumlu tutum sergilenmenin eğitim durumuyla ilişkili olduğunu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan kadınlar meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde, ÜSAP ölçeğinden alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık çıkarak, mesleği memur olanların ev hanımı ve işçi olanlara göre daha fazla puan aldıkları saptanmıştır. Gökalp’ın (2019) çalışmasında çalışan kadınların ‘Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları’ alt boyutundan aldıkları puanlar herhangi bir işte çalışmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Erkin’in (2019) çalışmasında memur olan kadınların ‘Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları’ alt boyutundan aldıkları puanların diğer meslek gruplarından çalışan kadınların aldıkları puanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmayla benzer çıkan bu sonuçlara göre, kadınların üreme sağlığına yönelik davranışlarıyla, ekonomik özgürlüğün getirdiği seçicilik arasında olumlu bir ilişki olabileceği söylenebilir.

Araştırmada kadınların aile planlaması yöntemi kullanımı ve aile planlaması hakkında bilgi varlığına bakıldığında, ÜSAP ölçeğinden alınan puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu ve aile planlaması yöntemi kullananların yöntem kullanmayanlara göre daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. İbar Aydın (2019)’nın aile planlaması tutum ölçeğiyle yapmış olduğu çalışmasında, aile planlaması hakkında bilgi alma durumunun aile planlaması tutumlarını etkilemediği saptanmıştır. Koşçu ve Taşçı (2009)’nın araştırmasında aile planlaması yöntemi kullanan kadınların, yöntem kullanmayan kadınlara göre üreme sağlığı koruyucu tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Araştırmayla benzer çıkan bu sonuç ile aile planlaması yöntemi kullanan kadınların, yöntem kullanımı hakkında

bilgi aldığını ve bu durumun kadınların tutumlarını olumlu şekilde etkilediği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan kadınların korunmasız cinsel ilişkiden sonra yapılan uygulamalar ile ÜSAP ölçeğinden aldığı puanlara bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık çıkan sonuçlarda ÜSAP ölçeğinden en yüksek puan ortalamasını alanların acil kontrasepsiyon yöntemini seçen kadınlar olduğu saptanmıştır. Acil kontrasepsiyon hakkında bilgi sahibi olan kadınların ÜSAP ölçeğine yönelik tutumlarının diğer uygulamalar hakkında bilgi sahibi olan kadınlara göre daha olumlu olduğunu söyleyebiliriz. Acil kontrasepsiyon yöntemi hakkında kadınlara yönelik yapılacak olan bilgilendirmeler, onların üreme sağlığına yönelik olan tutumlarını etkileyecektir. Kadınların üreme sağlığına yönelik tutumlarının olumlu etkilenmesi, sağlıklı bir gebelik, sağlıklı çocuk ve sağlıklı toplum oluşmasına zemin hazırlayacaktır.

Araştırmanın birinci alt boyutu olan Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliklerin Sonlandırılması kısmında, aile içi önemli kararların alınması ve kürtaj kararlarına yönelik tutumlara, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasına ilişkin tutumlarına, kürtajın kadın ve erkek üzerinde ki etkisine ilişkin tutumlarına, ailelerin sahip olacakları çocuk sayısı ve cinsiyete ilişkin tutumlarına, aile planlaması yöntemlerinde eşlerin hangisinin bilmesi ve uygulanması tutumlarına yönelik sorular cevaplandırılmıştır.

Gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların üreme dönemlerinde karşılaştıkları en büyük sağlık sorunu istenmeyen gebelikler ve bu istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasıdır. Yapılan çalışmada üniversite mezunu kadınların eğitim durumu lise ve altı olan kadınlara göre Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliklerin Sonlandırılmasıyla ilgili tutumlarına ait olan sorulardan daha yüksek puan aldığı, eğitim durumuyla alt boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. TNSA 2008 verilerinde kürtaj sayısı lise ve üzeri eğitilmiş kadınlarda daha yüksek iken TNSA 2013'te bu durum ilköğretim mezunu kadınlar için daha yüksek çıkmıştır. Yurt içi literatüre bakıldığında, Çetinkaya'nın (2019) Kırklareli Pınarhisar ilçesinde 326 kadınla yaptığı çalışmasında eğitim düzeyi ilköğretim ve altında olanlarda istenmeyen gebelik prevalanslarının üniversite

mezunlarına göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Kara'nın (2013) çalışmasında ise Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeğini kullanarak 400 kadınla yaptığı çalışmada, istenmeyen gebeliklerden korunmada da üniversite mezunu olanların aldığı puanların ilköğretim ve lise mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Yurt dışı literatür, Muhammed vd. (2019)'nin Mısır'da 554 kadınla yaptığı bir çalışmada, ortaokul veya üzeri eğitilmiş kadınlarda istenmeyen gebeliklerin gerçekleşme oranının ilköğretim ve altı eğitime sahip olan kadınlara göre daha az olduğu tespit edilmiştir. Beyene (2019)'nin Etiyopya'da 2019 yılında 356 kadınla yaptığı bir çalışmada okuma yazma bilmeyen kadınlar ile okuma yazma bilen eğitilmiş kadınlar arasında istenmeyen gebeliğin olma olasılığının 14 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Kadınların eğitim durumları, istenmeyen gebeliklerin oluşumunda önemli bir belirleyicidir. Bu araştırma ile literatür sonuçları benzer çıkmış olup, yüksek eğitilmiş kadınlarda istenmeyen gebelik oluşma olasılığının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun eğitim düzeyi yüksek olan kadınların aile planlaması yöntemleri ve doğru kullanımları hakkında daha bilinçli olmalarından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliklerin Sonlandırılması alt boyutunu kadınların mesleklerine göre karşılaştırdığımızda, kadınların aldıkları puanların ortalamaları arasında memur olanların işçi ve ev hanımı olanlara göre daha fazla puan aldığı ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Erkin'in (2019) araştırmasına göre mesleği memur olanların 'istenmeyen gebeliklerden korunma' alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları diğer meslek gruplarına göre daha yüksek çıkmıştır. Gökalp'ın (2019) çalışmasında ise çalışan kadınların 'istenmeyen gebeliklerden korunma' alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Omani-Samani vd. (2016)'nin İran'da yaptığı bir çalışmada istenmeyen gebelik prevalansındaki yüksekliğin sebebinin yoksulluk olduğu belirtilmiştir. Arambepola vd. (2016)'nin Sri Lanka'da yaptığı bir çalışmada gelir düzeyi düşük olan meslek gruplarından çalışan kadınları kürtaj için bir risk faktörü olduğu görülmüştür. Bu çalışma ile literatür sonuçlarının birbirleriyle benzerlik gösterdiği ve çalışmadaki sonuca göre kadının meslek durumunun planlanmayan ve istenmeyen gebelikler için bir belirleyici olduğu söylenebilir.

Araştırmada ilk evlilik yaşı 26 ve üzerinde olan kadınlar, ilk evliliklerini 25 yaş altı gerçekleştirmiş olan kadınlara göre daha yüksek puan aldıkları saptanmış olup ilk evlilik yaşı ile Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliklerin Sonlandırılması alt boyunda arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kadınların ilk evlilik yaşlarının erken yaşta olması daha fazla çocuk sahibi ve daha fazla doğum yapabilme potansiyelini arttırdığından dolayı istenmeyen gebeliklerin gerçekleşme ihtimalinde doğru orantılı olarak artmaktadır. TNSA 2018 verilerine göre 25-49 yaş arası kadınları %21'i 18 yaşına kadar evlenmektedir. Refah düzeyi yüksek yerlerle düşük yerler arasındaki evlenme yaş farkının da 3,8 olduğu saptanmıştır. Koruk vd. (2017)'nin Şanlıurfa'da kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri ile ilgili yaptığı bir çalışmada istenmeyen gebelik yaşama oranının %20 ve bu kadınların ilk evlilik yaşının da 24,4 olduğu bildirilmiştir. Demirci'nin (2015) Kayseri'de yaptığı bir çalışmada ise kadınların ilk evlilik yaşının $19,87 \pm 3,18$ olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırma sonuçları literatürde yer alan sonuçlardan yüksek çıkmıştır. Bunun sebebi bölgede yaşayan kadınların eğitim seviyelerinin yüksek olması ile birlikte evlenme ve çocuk sahibi olma yaşlarında daha geç olması nedeniyle olduğu düşünülebilir.

Ülkemizde erkeklerin çoğunun aile planlaması hakkında bilgi sahibi oldukları halde modern yöntemlerin kullanımı konusunda yetersizlikleri vardır (Altay, 2009). Erkeklerin AP yöntemlerini kullanımlarını etkileyen birçok faktörün içerisinde eğitim düzeyi de bulunmaktadır (Ekinci, 2019). Katılımcıların eşlerinin eğitim durumlarına göre, üniversite mezunu olanların puan ortalamaları daha yüksek çıkmış olup, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutuyla eş eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yurt içi literatüre bakıldığında, Erkin'in (2019) çalışmasına göre eşi üniversite mezunu olan kadınların 'istenmeyen gebeliklerden korunma' alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının diğer eğitim durumlarından yüksek, Gökalp'ın (2019) çalışmasında ise eşi lise ve üniversite mezunu olan kadınların 'istenmeyen gebeliklerden korunma' alt boyutundan aldıkları puanların, eşi ortaokul ve ilkokul mezunu olan kadınlara göre daha yüksek, Ay vd. (2012)'nin Manisa'da 239 kadınla yaptığı bir araştırmada, kadında istenmeyen gebelik gerçekleşmiş olup,

eşlerinin %28,8'i ilkokul mezunu olduğu %1'nin ise üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucu literatürle benzerlik göstermektedir.

Gelişmekte olan ülkeler de her yıl 200 milyondan fazla kadın, gebelikler arası süreyi uzatmak ya da bir daha gebe kalmak istememektedir. Kadınlar bu isteklerine rağmen hala geleneksel yöntemleri tercih etmekte veya daha az etkili yöntem kullanmakta ya da hiçbir yöntem kullanmamaktadır (Peterson, 2013). İstenmeyen gebeliklerin oluşmasını sağlayan faktörler arasında etkisiz yöntem kullanımı ve yöntemin doğru kullanılmaması yer almaktadır. Bu faktörlerde anne ölümlerinin %20-%40'ını oluşturmaktadır (Lamita, 2015). Katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre, aile planlaması yöntemi kullanan kadınların yöntem kullanmayanlara göre Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutundan daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Gökalp (2019)'in Aksaray ilindeki çalışmasında, araştırmaya katılan kadınların 'istenmeyen gebeliklerden korunma' alt boyutunda yöntem kullanmayanların $9,25 \pm 2,95$ puan, geri çekme yöntemi kullananların $9,59 \pm 3,13$ puan ve modern aile planlaması yöntemini kullananlar ise $10,47 \pm 3,25$ puan aldıkları saptanmıştır. Yurt dışı literatürüne bakıldığında, Nijerya'da istenmeyen gebelik yaşayan kadınlarda kontraseptif yöntem kullanım oranının %21,5 olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada kontraseptif kullanımındaki bu azlığın sebebi olarak da yan etki korkusu, kontrasepsiyonla ilgili yanlış bilgiler, eşlerin onaylamaması, kontrasepsiyon kullanımında ergen ayrımcılığı ve kontrasepsiyon kullanma konusunda kararsız olma korkusu sayılabilir (Lamita 2015). Guttmacher Enstitüsü'nün 1990'ların ortalarından itibaren gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere oranla istenmeyen gebeliklerde hızlı bir düşüş yaşandığı bildirmektedir. Bu hızlı düşüşün sebebi olarak da doğum kontrol yöntemi kullanımındaki artış olarak gösterilmiştir (Singh vd. 2009). Erfani'nin (2021) İran'da 2020 yılında 3012 evli kadınla yürütülen bir çalışmada, kadınların %6'sının kürtaj yaptırdığı ve kürtaj yaptıran kadınlarda modern aile planlaması yöntemi kullanımında başarısızlık yaşayanların, yöntem kullanımını bırakan veya kullanmayanlara göre kürtaj yaptırma oranı 2 kat daha yüksek çıkmıştır. Bu durum yöntem kullanımındaki eksiklikten ziyade, aile planlaması yöntemleri hakkında doğru bir eğitim ve danışmanlığın önemini göstermektedir. Araştırma sonuçları literatür sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Araştırmanın ikinci alt boyutu olan Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar alt boyutunda araştırmaya katılan kadınların, CYBE tedavisi ile ilgili tutumları, toplumsal algılama ve gizliliğe dair tutumları, CYBE’de korunma ile ilgili tutumları ve CYBE’de yanlış bilinenlere dair olumlu tutumları sorgulanmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların, eğitim durumlarına göre, üniversite mezunu olan kadınların lise ve altı mezuniyet durumlarına göre ölçeğin alt boyutundan aldıkları puanın daha yüksek olduğu ve CYBE alt boyutuyla arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Bu durumda üniversite mezunlarının CYBE hakkındaki tutumlarının lise ve altındaki eğitim durumuna sahip olan kadınlara göre daha olumlu olduğu söylenebilir. Eğitim ve bilgi eksikliklerinin olması kadınların bu hastalıklara yakalanmalarındaki en önemli faktörlerden biri olabilir. Bu konulardaki eksikliklerin giderilmesi amacıyla cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yönelik eğitimlerin daha erken dönemlerde verilemeye başlanması gerekmektedir (Çalışkan vd. 2015; Başkan Birinci, 2020). Yapılan araştırmalarda, CYBE ile ilgili verilen bu eğitimlerin bireyler üzerinde olumlu sonuçları olduğunu bildirilirken bazı araştırmalarda ise cinsel sağlık eğitimlerinin ailede verilmesi gerektiğinin üzerinde durulmaktadır (Tosato Bolldrini vd. 2021). Tosato bolldrini vd. (2021)’nin Brezilya’da (2021) HIV pozitif olan 151 kadınla yaptığı bir araştırmada, pozitif kadınların %51’nin eğitimlerinin ilköğretim ve altı olduğu saptanmıştır. Elkin’in 2015 yılında 552 üniversite öğrencisiyle yaptığı bir çalışmada %47’sinin CYBE hakkında eğitim aldığını, bunlarında %37’sinin eğitimi okulda aldığı belirtilmiştir. Türkiye’de ve Dünya’da cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu araştırma ile yurt içi ve yurt dışında yapılmış çalışma sonuçları benzerlik gösterirken, CBYE ile ilgili eğitim konusunda eksikliklerin olduğu görülmektedir.

Katılımcıların Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutuyla meslekleri karşılaştırıldığında, memur olan kadınların ölçek alt boyutundan aldığı puanlar diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olarak bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu durumda eğitim seviyeleriyle paralellik göstermektedir. Handebo’nun (2020) Etiyopya’da yaptığı bir araştırmada kadınların ekonomik durumlarının artması sağlık alanında erişebilirliği ve tedavi seçeneklerini arttırdığından dolayı bir avantaj olarak saptanmıştır. Bu araştırma sonucu literatür ile paralellik göstermektedir.

Kadınların ilk evlilik yaşı ile CYBE alt ölçeğinden aldığı puanlar karşılaştırıldığında ilk evlilik yaş 26 yaş ve üzeri olanların, ilk evlilik yaşı 25 ve altı olanlara göre ölçek alt boyutundan daha yüksek puan aldığı ve istatistiksel anlamda fark olmadığı saptanmıştır. Birinci'nin (2020) Edirne'de evlenmek üzere başvuran 136 çiftle yapmış olduğu araştırmasında, çiftlerin %66,2'sinin CYBE hakkında bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin eğitim durumlarına bakıldığında, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutundan alınan puan ortalamalarında eşi üniversite mezunu olanların puan ortalamalarının lise ve üstü eğitim durumuna sahip olan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Handebo'nun (2020) Etiyopya'da yaptığı araştırmasında, eşi eğitilmiş olanların olmayanlara göre CYBE'lerle ilgili sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı daha yüksek saptanmıştır. Literatürde bu ölçeğin kullanıldığı başka bir çalışma olmadığı için bu alt boyuta ait sonuça, kadınların eş eğitim durumu ile CYBE hakkında bilgi alma durumunun birbirine paralel olarak arttığını ve bu artışla birlikte tutumlarının daha olumlu olduğunu söyleyebiliriz.

Aile planlaması yöntemlerinden birini kullananların Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 4,11 çıkarken, yöntem kullanmayanların aldıkları puan ortalaması 3,89 çıkmış olup sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Literatürde bu ölçeğin kullanıldığı başka bir çalışma olmadığı için bu alt boyuta ait sonucunda, kadınlarının aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma durumlarının onların CYBE hakkındaki bilgilerini arttırdığı düşünülebilir.

Araştırmanın 3. boyutu olan kısırlık ve üremeye yardımcı yöntemler alt boyutunda araştırmaya katılan kadınların, kısırlığın eşler tarafından hissedilen hastalık algısına, kısırlığın kaynağının kadınlardan kaynakladığı, kısırlığın nedeni ve tedavisiyle ilgili, çocuk sahibi olmalarıyla ilişkili tutumlarına bakılmıştır.

Kısırlık, Dünya çapında her yıl 80 milyon çifti ve ailelerini etkilenmektedir (Harzif, 2019) Dünya Sağlık Örgütü kısırlığı bir hastalık ve toplumsal sağlık sorunu olarak kabul etmektedir (Who-2017). Çalışmada kadınların eğitim durumlarına

bakıldığında, Kısırlık Ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan üniversite mezunlarının aldıkları puan ortalamasının diğer eğitim durumlarına sahip olan katılımcılardan daha yüksek olduğu fakat bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Çokan Dönmez'in (2020) Hemşirelik lisans programlarında eğitim gören 780 öğrenciyle İnfertiliteye Yönelik tutum ölçeğini kullandığı çalışmasında, birinci sınıfta okuyan öğrencilerin tutumları diğer sınıflara göre çok düşük çıkarken sınıflar yükseldikçe tutum durumlarında arttığı saptanmıştır. Ayrıca Kökçü tarafından geliştirilen ÜSAP ölçeğinde Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutunun değerlendirilmesinde 1109 askerin puan ortalamalarının eğitim seviyesi arttıkça artış gösterdiği tespit edilmiştir. Yurt dışı literatürde benzer çalışmalar saptanmamış olup bu araştırma sonucu yurt içinde yapılmış çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları memur 3,92, diğer 3,85, işçi ve ev hanımı 3,69, serbest meslek ise 3,69'dur. Meslekler ile kısırlık ve üremeye yardımcı tedavi yöntemleri alt boyutundan aldıkları puanlar kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kökçü tarafından geliştirilen ÜSAP ölçeğinde Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutunun değerlendirilmesinde 1109 askerin gelir seviyeleri yükseldikçe ölçekten almış oldukları puanların arttığı gözlemlenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan aldıkları puan ortalaması ile eş eğitim durumları ve aile planlaması yöntem kullanım durumlarıyla ilgili aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Szalma ve Bito (2021)'nin Macaristan'da yardımcı üreme teknolojileriyle ilgili yaptığı bir çalışmada kadın ve erkeklerin eğitim durumlarıyla yardımcı üreme teknolojileri tutumları arasında bir farklılık saptanmamıştır. Harzif vd. (2019)'nin Endonezya'da 272 kadının infertilite algısı ile ilgili yaptığı bir çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların, kısırlık hakkında bilgilerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Yurt içinde yapılmış benzer araştırmalar olmadığı için araştırma sonucu diğer çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir

Çalışmaya katılan kadınların Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan aldıkları puan ortalaması ile aile planlaması yöntemlerine ait bilgi sahibi olanlar ve korunmasız cinsel ilişkiden sonra yapılan uygulamalarda ve acil kontrasepsiyonu seçenlerin daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Acil kontrasepsiyon yöntemi hakkında bilgi sahibi olan kadınların kendi üreme sağlıkları bilgilerinin daha yüksek olup kısırlık ve üremeye yardımcı yöntemlere karşı daha olumlu baktığını düşünebiliriz. Literatüre bakıldığında bu ölçeğin kullanıldığı bir araştırma olmadığı için ölçeği geliştiren Kökçü'nün (2010) çalışma sonucunda askerlerin kısırlığın utanılacak bir durum olmadığı, gizlemeye gerek duyulmadığı, kısırlığı sadece kadınlardan kaynaklanmadığı ve boşanma sebebi olmadığı, kısırlık tedavilerine eşlerin birlikte katılmaları gerektiği ve çocuk sahibi olmanın sabır gerektiren bir durum olduğunu ifade ettikleri tespit edilmiştir. Araştırma sonucu ile Kökçü'nün çalışma sonucu paralellik göstermektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Araştırmada Kırklareli ili Pınarhisar ilçesi 2 No'lu ASM'ye başvuran evli 318 kadına ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların üreme sağlığı ve aile planlaması hakkındaki bilgi, davranış ve tutumlarının belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışmada kadınların tutumlarında olumluluk saptanmış olup sonuçları aşağıda özetlenmiştir:

1. Araştırma kapsamındaki yer alan kadınların yaş ortalamaları $39,09 \pm 9$ olarak saptanmıştır. Kadınların %40,9'nun üniversite mezunu olduğu, %66,3'nün ev hanımı, %83,6'sının da sosyal güvencesi olduğu tespit edilmiştir.
2. Kadınların %66'sının ilk evliliğini 19-26 yaş aralığında yaptığı, %39,9'nun eşinin lise mezunu olduğu, %70,8'nin de sigara kullanmadığı saptanmıştır.
3. Kadınların %58,5'nin ilk gebelik yaş aralığı 20-28, %43,7'sinin 2 veya 3 çocuğu olduğu, %7,5 ölü doğum öyküsü olduğu, %20,4'nün gebeliklerini düşükle sonlandırdığını, %20,4'nün kürtaj olduğu saptanmıştır.
4. Kadınların üreme sağlığı alışkanlıklarında, %50,6 menstruasyon döneminde 3-4 ped kullandığı, %81,8'nin ayakta banyo yaptığı, %86,8'nin hergün iç çamaşırı değiştirdiği, %47,5'nin genital bölge temizliğini su ve tuvalet kâğıdı ile yaptığı saptanmıştır.
5. Kadınların aile planlaması yöntem kullanım durumlarıyla ilgili sonuçlara bakıldığında; kadınları %58,8'nin aile planlaması yöntemi kullanmadığı, %37,1'nin kullandığı yöntemi yan etki sebebiyle bıraktığı, %58,5'nin aile planlaması yöntemi hakkında bilgi aldığı, %72'sinin kürtajı bir aile planlaması yöntemi olarak görmediği, %96,9'nun aile planlaması yöntem seçimini çiftlerin ortak kararıyla yapılması gerektiğini ve %47,8'nin korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra uygulanabilecek yöntemin vajinal duş olduğunu belirtmiştir.
6. Kadınların bildikleri aile planlaması yöntemlerine bakıldığında, en fazla bilinen yöntemler kondom, oral kontraseptifler ve RİA dır. En az bilinenleri ise implant ve

vazektomidir. Kadınlar, aile planması hakkında sahip oldukları bilgileri %32,1 ebe-hemşire, %21,7'si de hekimden edindiklerini belirtmişlerdir.

7. Araştırmaya katılan kadınların ÜSAP ölçeğinden aldığı puan ortalaması 3,86, Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutundan 3,83, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutu 3,96, Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutundan aldıkları puan ortalaması ise 3,77 olarak bulunmuştur.

8. Araştırmaya katılan kadınların eğitim, meslek, eş eğitimi, aile planlaması yöntem varlığı, aile planlaması hakkında bilgi alma durumu, aile planlaması olarak kürtaj kullanım durumu ve korunmasız cinsel ilişkiden sonra uygulanabilecek yöntem durumları ile ÜSAP ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır.

9. Araştırmaya katılan kadınların eğitim, meslek, eş eğitim durumu, genital bölge temizliği, aile planlaması yöntem kullanım durumu, aile planlaması hakkında bilgi alma durumu, aile planlaması olarak kürtaj kullanım durumu ve korunmasız cinsel ilişkiden sonra uygulanabilecek yöntem durumları ile Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması alt boyutu arasında istatistiksel anlamda fark saptanmıştır.

10. Araştırmaya katılma kadınların eğitim, meslek, sosyal güvence, eş eğitim, aile planlaması yöntem kullanım durumu, aile planlaması hakkında bilgi alma durumu, aile planlaması olarak kürtaj kullanım durumu ve korunmasız cinsel ilişkiden sonra uygulanabilecek yöntem durumları ile Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar alt boyutu arasında istatistiksel anlamda fark saptanmıştır.

11. Araştırmaya katılan kadınların, aile planlaması hakkında bilgi alma durumu, aile planlaması olarak kürtaj kullanım durumu ve korunmasız cinsel ilişkiden sonra uygulanabilecek yöntem durumları ile Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri alt boyutu arasında istatistiksel anlamda fark saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Çalışmanın sonucunda elde edilen veriler ışığındaki öneriler şu şekilde ifade edilebilir:

1. Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumları arttıkça ÜSAP ölçeğinden aldıkları puanlarınlarında arttığı tespit edilmiştir. Üreme Sağlığı ve Aile Planlamasına yönelik bilgi tutum ve davranışlarındaki eksikliklerin belirlenmesinde kadınların eğitim durumlarının tespiti ve bu eksikliklere göre eğitim programlarının yapılmasının sağlanması,
2. Kadınlara aile planlaması ihtiyaçlarına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması, seçilen yöntemle özel danışmanlık hizmetlerinin etkin ve sürekli bir şekilde verilmesinin sağlanması,
3. Aile planlaması yöntemlerinin çeşitliliği ve ulaşılabilirliğinin artırılmasının sağlanması,
4. Kadınlara acil kontrasepsiyon yöntemlerinin önemi hakkında bilgi ve eğitimlerin planlanması, bu eğitimlere bütün kadınların erişilebilirliğini ve acil kontrasepsiyon malzemelerine ulaşılabilirliğinin sağlanması,
5. Aile planlaması yöntem varlığı durumunda geri çekme yönteminin halen en çok bilinen yöntemlerden olması sebebiyle verilecek eğitimlere erkeklerinde katılımını sağlanması,
6. Tüm bu sonuçlara istinaden evli kadınların üreme sağlığı ve aile planlamasına yönelik tutumlarını yükseltmesini sağlayacak farklı bölgelerde çalışmalara yürütülmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Acar, S., Şaşman K.D., Yazarbaş, G. (2019). Sigara Kullanan, Sigara Bırakma Tedavisi Alan ve Sigara Kullanmayan Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık ve Stresle Başa Çıkma Tutumları Bakımından Karşılaştırılması *Addicta: The Turkish Journal on Addictions* doi-10.15805/addicta.2019.6.3.0029
- AÇSAP (2009). Aile Planlaması Katılımcı Kitabı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.
- Adalı, T., Çavlin, A. (2019) Türkiye’de kürtajın yaygınlığı ve kürtaj kararını etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi* 39(2): 359–378.
- Akın A, Sevcen F. (2006). Türkiye’de Kadın Sağlığının Düzeyi ve Aile Planlaması Uygulamalarının Durumu. *Türkiye Klinikleri J SurgMedSci* 2006; 2 (13): 1-14.
- Akın A. Özvarış ŞB. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi psikiyatride güncel yaklaşımlar ;3(1):67-99.
- Akın, A., 1995, 21. Yüzyılda herkes için üreme sağlığı ve hakları, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (Eylül, 1994), önerilen etkinliklere ilişkin özet rapor, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yay.
- Akpınar, F.Z. & Gümüşsoy, S. (2021). Karşılanmayan aile planlaması ihtiyacı. *Kadın doğurganlık ve fertilitate kontrolü* içinde (s. 49-66). Ed: Dönmez, S., Akdolun Baklaya, N. İstanbul: Ema Tıp Kitabevi.
- Altay, B., Gönener, D. (2009). Evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini bilme ve kullanma durumları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi* 14(1),56-64.
- Amory J. K. (2020). Development of Novel Male Contraceptives. *Clinical and translational science*, 13(2), 228–237. <https://doi.org/10.1111/cts.12708>
- Apay, S. E. & Sakar, T. (2015). Üreme Sağlığına Farklı Bir Bakış: Osmanlı Dönemi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 5 (2), 45-51. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mutftd/issue/43173/523688>
- Arambepola, C., Rajapaksa, L.C., Attygalle, D. and Moonasinghe, L. (2016). Relationship Of Family Formation Characteristics With Unsafe Abortion: Is It Confounded By Women’s Socio-Economic Status? - A Case–Control Study From Sri Lanka. *Reproductive Health*, 13(75), 1-9.
- Arabahmadi A. (2020). Combating female genital mutilation in Northeast (Horn) Africa and its challenges. *African health sciences*, 20(4), 1955–1967. <https://doi.org/10.4314/ahs.v20i4.54>
- Arıcan, Y.E. (2017). *Neonikotinoid grubu insektisitlerden asetamiprid’in erkek üreme sistemi üzerine etkisinin araştırılması*. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 482874).
- Asif, M. F., & Pervaiz, Z. (2019). Socio-demographic determinants of unmet need for family planning among married women in Pakistan. *BMC public health*, 19(1), 1226. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7487-5>.

- Aşçı, Ö., Gökdemir, F. (2017). Yönleriyle Üreme Hakları ve Cinsel Haklar. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* ;3(3):151-62
- Avcı S, Mutlu S, Yiğit F. (2021). Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihlerine Etki Eden Faktörler. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*;4(2):128-138.
- Ay, S., Yanikkerem, E., Mutlu, S. (2012). İstenmeyen gebelik yaşayan kadınların özellikleri ve kontraseptif yöntemleri bırakma nedenleri, kırsal alan örneği. *Taf preventive Medicine Bulletin*,11(3): 315-324
- Ayhan, S. (2016). *Şanlıurfa'da mevsimlik tarım işçisi kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri, tercih nedenleri ve etkileyen faktörler*. Yüksek lisans tezi, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 450782).
- Balcı, A. (2018). *Prenatal bisfenol a ve/veya di-2 etil hekzil ftalat maruziyetinin erkek üreme sistemi üzerine etkilerinin incelenmesi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 489759).
- Başkan Birinci, F. (2020). *Evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinde aile planlaması eğitimlerinin değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Kocaeli Üniversite, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 621320).
- Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Health*, 2018, 6: 380-389.
- Beckmann CRB, Link FW, Barzaansky B, Herbert WNP, Laube D, Simith R, editors. Embryology and Anatomy. Obstet. Gynecol. 6th ed., Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.; 2009: 36–37.
- Beyene G. A. (2019). Prevalence of unintended pregnancy and associated factors among pregnant mothers in Jimma town, southwest Ethiopia: a cross sectional study. *Contraception and reproductive medicine*, 4, 8. <https://doi.org/10.1186/s40834-019-0090-4>
- Bilgili N., Aklaya Ayaz, S. (2009). Acil Kontrasepsiyon: Kadınların Bilgi ve Deneyimleri. *TSK Korumucu Hekimlik Bülteni.*, 8 (3), 251-258.
- Bilir, N. (2009). Kadınlar arası sigara kullanımı ve korunma stratejileri. *Halk sağlığı ile ilgili güncel sorunlar ve yaklaşımları* içinde. S. (33-34). Ed: Aslan, D. Ankara: Grafker Matbaası.
- Bulto G. A. (2021). Knowledge on Menstruation and Practice of Menstrual Hygiene Management Among School Adolescent Girls in Central Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Risk management and healthcare policy*, 14, 911–923. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S296670>
- Cangöl, S.(2010). Lalapaşa merkez ilçe’de yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların üreme sağlığı durumları. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 267276).
- Cangöl, E., Tokuç, B. (2013). Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda genitan enfeksiyon sıklığı ve genital hijyen davranışları. *F.N. Hem. Derg.* 21(2), 85-91.
- Cerit Ç., Porsuk A. Ö. (2021). Bebek ölümlerinin incelenmesi: Kırklareli örneği. *Estüdam, Halk Sağlığı Dergisi*. 6(1), 60-70.

- Chen D, Cui S, Liu C, Qi H, Zhong N. (2016). Stillbirth in China. *Lancet*. 14;387(10032):1995-6. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30461-5.
- Çalıkoğlu, E. O., Bilge Yerli, E., Kavuncuoğlu, D., Yılmaz, S., Koşan, Z., & Aras, A. (2018). Use of Family Planning Methods and Influencing Factors Among Women in Erzurum. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 24, 5027–5034. <https://doi.org/10.12659/MSM.908388>
- Çalıkoğlu vd., (2018). Socio-demographic characteristics and quality of life among women in the 3rd trimester of pregnancy living in Erzurum city center. *Fam Pract Palliat Care*. Apr;3(1):33-38.
- Çalışkan B G., Doğan, B., Ölçüm, GG. (2014). Kırsal bölgede yaşayan kadınların aile planlaması yöntemi tercihlerine yaş ve eğitimin etkisi. *Türk Aile Hek. Derg.* 2014;18(4):189-94.
- Çalışkan D, Çöl M, Akdur R, Yavuzdemir Ş, Yavuz Y. (1996). Park Sağlık Ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu kadınlarda vajinal duş sıklığı ve etkili faktörler üzerine çalışma. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 49(2),73-80.
- Çalışkan, T. Çevik, C. Ergün, S. (2015). Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Balikesir Saglik Bil Derg*, 4 (1).
- Çankaya, S. (2017). Serviks kanserine yönelik verilen eğitimin kuran kursundaki kadınların bilgi, tutum ve davranışlarına etkisi. *Obstetrics and Neonatology Tıp Dergisi*, 14(4), 176-181.
- Çavmak, Ş. ve Çavmak, D. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1),48-57. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/saglik/issue/30164/337586>
- Çetinkaya, M. (2018). *Pınarhisar’da bir Aile Sağlığı Merkezi bünyesinde 15-49 yaş arası kadınlarda düşükler ve belirleyicileri*. Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 515328).
- Çınar, G.N. (2018). *Menstrual ağrı şiddetini etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/4835/Gamze%20Nalan%20C%CC%A7inar%20Tez.pdf?sequence=1> sayfasından erişilmiştir.
- Çıtak, G. (2021). Adölesanlar ve üreme sağlığı sorunları. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (s.93-100).
- Çoban, İ. (2016). *Aile planlaması ve evrimi*. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 423107).
- Çokan Dönmez, Ç. (2020). *Hemşirelik öğrencilerinin infertiliteye karşı bilgi düzeyleri, tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 644959).
- Çoşar Çetin, F. (2018). Kadın üreme organları anatomisi, *Ebeler ve ebeler için doğum öncesi dönem içinde.*, (s.59-81), Ed: Çoşar Çetin, F., Yeşilçiçek Çalık, K. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Çubukçu, M. (2018). Samsun İli 15-49 Yaş Grubu Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanım Dağılımı. *Ankara Med J*, (2):207-14. DOI: 1017098/amj.435262.

- Demirci, H. (2015). *Kayseri eğitim araştırma hastanesinde kadın doğum polikliniğine isteğe bağlı düşükleri için başvuran kadınların değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri,
- Demirtaş Alpsalaz, S. (2019). *18-49 yaş grubu evli kadınların eş şiddetine maruz kalmaları ile aile planlaması tutum ve davranışları arasındaki ilişki*. Yüksek lisans tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 575478).
- Dikmen, H. (2018). *Bursa ili İznik ilçesi 5'nolu aile sağlığı merkezine başvuran 15-49 yaş aralığındaki kadınların aile planlaması bilgilerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 503938).
- Dixit, A., Johns, N. E., Ghule, M., Battala, M., Begum, S., Yore, J., Saggurti, N., Silverman, J. G., Reed, E., Benmarhnia, T., Averbach, S., & Raj, A. (2021). Male-female concordance in reported involvement of women in contraceptive decision-making and its association with modern contraceptive use among couples in rural Maharashtra, India. *Reproductive health*, 18(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01187->
- Du Fossé, N. A., van der Hoorn, M. P., van Lith, J., le Cessie, S., & Lashley, E. (2020). Advanced paternal age is associated with an increased risk of spontaneous miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction update*, 26(5), 650–669. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmaa010>
- Dündar, T., Özsoy, S. (2019). Gönüllü sterilizasyonda eş onayı: bir üreme hakkı ihlali mi? *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28 (3), 222-227. DOI: 10.17942/sted.458654
- Dündar, T., Özsoy, S. (2018). Menstrual hijyen ve görme engelliler. *Hemşirelikte eğitim araştırma dergisi*, 15 (3), 192-194.
- Ege E, Timur S, Zincir H, Eğri M, Reeder BS. Türkiye'nin doğusundaki kadınların vaginal duş uygulamaları ve ilişkili davranışları. 4. *Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı*: s:185, 2005, Ankara
- Ejder Apay S. , Özdemir F. , Nazik E. , Coşkun Potur D. , Hadımlı A. , Tanrıverdi D. , Aktaş S. , Özorhan E. Y. , Sakar T. , Doğan Merih Y. , Alaca C. , Yurttaş A.(2014). Yedi farklı ildeki kadınların genital hijyen davranışlarının belirlenmesi; çok merkezli kesitsel bir çalışma. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 245-152.
- Ekici, İ. (2019). *Şanlıurfa'da evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi, görüş ve davranışları*. Yüksek lisans tezi, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 564770).
- Er, S., Şen, S ve ark. (2008). Lisansüstü Eğitime Devam Eden Evli Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Prev Med Bull*; 7(3):231-236.
- Ercan, E. P. (2019). *Yetişkin üreme çağındaki kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerinden memnuniyeti ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 597093).
- Erdem, Ö. vd. (2009). Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda demir eksikliği anemisi ve gestasyon öyküsü ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(2), 123-126.
- Erfani A. (2021). Determinants of induced abortion in Tehran, Iran: the role of contraceptive failure. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 26(3):233-239. doi: 10.1080/13625187.2021.1876846. Epub 2021 Feb 22. PMID: 33615944.

- Ergün, S., Gök, G., Karlıdağ, E. & Er Güneri, S. (2020). Kadınların Genital Hijyen Davranışlarının Belirlenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14 (4), 540-547. Doi: 10.21763/tjfmpe.706830
- Erkin, G. (2019). *Evli kadınların üreme sağlığının koruyucu tutumlarının cinsel yaşama etkisi*. Yüksek lisans tezi, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 599111).
- Fetner, T., Dion, M., Heath, M., Andrejek, N., Newell, SL, & Stick, M. (2020). Condom use in penile-vaginal intercourse among Canadian adults: Results from the sex in Canada survey. *PloS bir*, 15 (2), e0228981. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228981>
- Goodman, S. R., El Ayadi, A. M., Rocca, C. H., Kohn, J. E., Benedict, C. E., Dieseldorff, J. R., & Harper, C. C. (2018). The intrauterine device as emergency contraception: how much do young women know? *Contraception*, S0010-7824(18)30145-8. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.04.009>
- Gopalakrishnan, S., Anantha Eashwar, V. M., Mohan Kumar, P., & Umadevi, R. (2019). Reproductive health status of rural married women in Tamil Nadu: A descriptive cross-sectional study. *Journal of family medicine and primary care*, 8(11), 3607–3613. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_523_19
- Gökalp, S. (2019). *Evli kadınların üreme sağlığı sorunlarında sağlık arama davranışları*. Yüksek Lisans Tezi.İstanbul Medipol Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 573315).
- Gökseven, Y., Öztürk, G.Z., Toprak, D. (2020). Üreme çağındaki kadınlarda kontrasepsiyon bilgi düzeyinin, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg*, 24 (4): 203-212.
- Göz F., Babadağı B., Altınsoy N., Yıldızoğlu İ. Evlilik Öncesi Dönemdeki Genç Kızların Aile Planlaması ile İlgili Bilgi ve Düşünceleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010; 8(3): 47-55.
- Gray H. The Male Genital. *Anatomy of the Human Body*. Philadelphia, New York: Lea & Febiger, 1918; Bartleby 2000; 2000.
- Özvarış, Ş., Akın, A. (2012). Üreme sağlığı. *Halk sağlığı temel bilgileri cilt 1*. içinde (s.234-243). Ed: Güler, Ç., Akın, L. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Güleç Şatır, D. (2021). Hormonal kontradeptif yöntemler. *Kadın doğurganlık ve fertilitate kontrolü içinde* (S. 153-192). Ed: Dönmez, S., Akdolun Baklaya, N. İstanbul: Ema Tıp Kitabevi.
- Gür Çalışkan, B., Doğan, B., Olçum, G.G. (2014) Kırsal bölgede yaşayan kadınların aile planlaması yöntemi tercihlerine yaş ve eğitimin etkisi. *Türk Aile Hek Derg*, 18(4), 189-194. Doi:10.15511/tahd.14.04189.
- Gürsan, H. (2019). *Gebe ve lohusaların aile planlaması tutumları*. Yüksek lisans tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 609770).
- Güvel, S. (2013). Kadın ve erkek genital anatomisindeki benzerlikler. *And.bül.*;15(52):57-61.
- Haklı, S. (2019). *Üniversite öğrencilerinin üreme sağlığı ve aile planlaması bilgi düzeylerinin riskli davranışlara yatkınlığı ile ilişkisinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Kadın Enstitüsü. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez numarası 587321).

- Handebo S. (2020). Sexually transmitted infections related care-seeking behavior and associated factors among reproductive age women in Ethiopia: further analysis of the 2016 demographic and health survey. *BMC women's health*, 20(1), 274. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01145-9>.
- Hammoud R, Saleh S, Halawani D, Mezher H, Abou El Naga A, Azakir B. Knowledge and attitudes of Lebanese women of childbearing age towards emergency contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2020 Feb;25(1):28-32. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.16951>. Epub 2019 Dec 6. PMID: 31809200
- Harzif, A. K., Santawi, V., & Wijaya, S. (2019). Discrepancy in perception of infertility and attitude towards treatment options: Indonesian urban and rural area. *Reproductive health*, 16(1), 126. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0792-8>
- Horvath S, Schreiber CA, Sonalkar S. Contraception. [Updated 2018 Jan 17]. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279148/>
- Horvath S, Schreiber CA, Sonalkar S. Contraception. (2018). Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, Chrousos G, de Herder WW, Dhatariya K, Dungan K, Grossman A, Hershman JM, Hofland J, Kalra S, Kaltsas G, Koch C, Kopp P, Korbonits M, Kovacs CS, Kuohung W, Laferrère B, McGee EA, McLachlan R, Morley JE, New M, Purnell J, Sahay R, Singer F, Stratakis CA, Trencle DL, Wilson DP, editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. PMID: 25905371.syf26
- Hotun Şahin, N. (2021). Üreme organ anatomisi/ fizyolojisi. *Hemşirelere ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları içinde* (s. 69-83). Ed: Kızılkaya Beji, N. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Hug, L., You, D., Blencowe, H., Mishra, A., Wang, Z., Fix, M. J., Wakefield, J., Moran, A. C., Gaigbe-Togbe, V., Suzuki, E., Blau, D. M., Cousens, S., Creanga, A., Croft, T., Hill, K., Joseph, K. S., Maswime, S., McClure, E. M., Pattinson, R., Pedersen, J., ... UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation and its Core Stillbirth Estimation Group (2021). Global, regional, and national estimates and trends in stillbirths from 2000 to 2019: a systematic assessment. *Lancet (London, England)*, 398(10302), 772–785. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01112-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01112-0).
- Ilboudo, P. G., Somda, S. M., & Sundby, J. (2014). Key determinants of induced abortion in women seeking postabortion care in hospital facilities in Ouagadougou, Burkina Faso. *International journal of women's health*, 6, 565–572. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S60709>.
- Jose, G. Rimon, Amy O. Tsui. (2018). Regaining Momentum in family planing. *Global Health: Science and Practice* 6(4)626-628 <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00483>.
- Kalak, Ö. (2008). *Aydın doğum evi polikliniğine annelik eğitimi aile planlaması hakkında bilgi değerlendirme ve aile planlamasına yönelik tutum ve davranışların değerlendirilmesi*. Uzmanlık tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 310300).
- Kara, H. (2013). *Evli kadınların üreme sağlığı ve üreme hakları konusunda bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 329076).
- Karabulutlu, Ö. ve Ersöz B. (2017). Kars ili, Susuz ilçe 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.

- Karabulutlu Ö. & Akdemir G. (2021). 15-49 yaş grubundaki kadınların doğum öncesi bakım alma sıklığı ve etkileyen faktörleri belirleme, verilen hizmetin uygunluğunu değerlendirme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 24(4): 520-530.
- 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 . DOI: 10.20518/tjph.458353
- Karaçalı, M. (2016). *Karabük ilinde doğurganlık çağındaki kadınların aile planlaması hizmetlerine erişim ve hizmetlerin sürekliliğinin değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 428902).
- Karagöz Can, N. (2020). Erkek üreme sistemi ve otofaji. *Uluslararası Modern Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (1), 10-14. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ijchs/issue/53784/634689>.
- Karanisoğlu, H. (2015). Üreme sistemi anatomi. Kadın sağlığı içinde (s. 62-68). Ed: Şirin, A., Kavlak, O. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kantorová V, Wheldon MC, Ueffing P, Dasgupta ANZ (2020) Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLoS Med* 17(2): e1003026. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003026>
- Khaleghinezhad, K., Kariman, N., Nahidi, F., Ebadi, A., & Nasiri, M. (2018). Evaluation of reproductive health status among women referring to rural healthcare centers in Neyshabur (Iran) in 2017. *Electronic physician*, 10(4), 6640–6646. <https://doi.org/10.19082/6640>.
- Khalili, N., Heidarzadeh, M., Habibelahe, A., Tayefi, B., Ramezani, M., Rampisheh, Z., Tehrani-Banihashemi, A., Mirbaha, F., Raji, F., Babaei, E., Taghizadeh Asl, R., Moradi-Lakeh, M., Naghavi, M., & Mokdad, A. H. (2020). Stillbirth in Iran and associated factors (2014-2016): A population-based study. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 34, 38. <https://doi.org/10.34171/mjiri.34.38>
- Kılınç, N. Ö. (2015). *Sağlığın geliştirme modeline göre verilen eğitimin kadınların üreme sağlığı tutumlarına ve öz yeterliliklerine etkisi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 420230).
- Kızılkaya Beji, N., Kaya, G. & Savaşer, S. (2021). Ülkemizde Kadın -Sağlığının Öncelikli Sorunları. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4 (1), 105-112. DOI: 10.38108/ouhcd.830833.
- Kiguli J, Munabi IG, Ssegujja E, Nabaliisa J, Kabonesa C, Kiguli S, Josaphat B. Stillbirths in sub-Saharan Africa: unspoken grief. *Lancet*. 2016 Feb 6;387(10018):e16-e18. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01171-X. Epub 2016 Jan 19. PMID: 26794074.
- Klein, E. G., Macisco, J., Lazard, A., Busho, A., Oslock, A., & Worly, B. (2020). Framing pregnancy-related smoking cessation messages for women of reproductive age. *Addictive behaviors reports*, 12, 100290. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100290>
- Koçak, D. vd. (2016). Üreme Çağındaki Kadınların Acil Kontrasepsiyon ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*.13(3).2016.
- Kolkese, Şahin. Ö. (2014) Oral cerrahi işlemler sonrası yara iyileşmesine sigaranın etkileri. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg.*:24(3), 434-441.

- Korkmaz, T. (2019). *Evli kadınların aile planlamasına yönelik bilgi ve tutumları*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMer> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 612566).
- Koruk F., Koruk İ., Güner Ö., Ayhan S., Kılıçlı A., Aytekin S., Altun D. U. Şanlıurfa’ da kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri ve doğurganlığa bakış açıları. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg.* 2017; 10(3): 202-212.
- Krishna K. (2019). Upadhy, COMMITTEE ON ADOLESCENCE Pediatrics Dec, 144 (6) e20193149; Doi: 10.1542/peds.2019-3149
- Koştı, N., & Taşçı, K. D. (2009). 15-49 yaş arası kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarının belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.12:1.
- Kökcü, A. T. (2010). *TSK'nin bir eğitim birliğinde verilmekte olan üreme sağlığı ve aile planlaması eğitimlerinin bu alandaki etik sorunlar üzerine etkisi*. (Yayınlanmamış doktora tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 248462).
- Kurtuldu, K.(2020). *Kadınların aile planlaması yöntem kullanımının endişe düzeyine etkisi*. Yüksek lisans tezi, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 635139).
- Lanzola EL. & Ketvertis K. (2021) Intrauterine Device. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; PMID: 32491335
- Lamina M. A. (2015). Prevalence of Abortion and Contraceptive Practice among Women Seeking Repeat Induced Abortion in Western Nigeria. *Journal of pregnancy*, 2015, 486203. <https://doi.org/10.1155/2015/486203>.
- Li RHW, Lo SST. (2005). Evolutionary voyage of modern birth control methods. *Hong Kong J Gynaecol Obs Midwifery*; 5(1): 40–5. <https://www.hkjgom.org/sites/default/files/pdf/V05N1-p40-GYN4.pdf>.
- Linnakaari R, Helle N, Mentula M, Bloigu A, Gissler M, Heikinheimo O, Niinimäki M. (2019). Trends in the incidence, rate and treatment of miscarriage-nationwide register-study in Finland, 1998-2016. *Hum Reprod.* 1;34(11):2120-2128. Doi: 10.1093/humrep/dez211. PMID: 31747000.
- İbar Aydın, E. Ve Çıtak Bilgin, N. (2020). Evlilik aşamasında olan bireylerin aile planlaması tutumu, toplumsal cinsiyet ve dini yönelim arasındaki ilişki. *Euras J Fam Med* ;9(4):214-24. doi:10.33880/ejfm.2020090404
- Malarcher, S., Spieler, J., Fabic, M. S., Jordan, S., Starbird, E. H., & Kenon, C. (2016). Fertility Awareness Methods: Distinctive Modern Contraceptives. *Global health, science and practice*, 4(1), 13–15. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00297>.
- Marino S, Canela CD, Nama N. (2020). Tubal Sterilization. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 29262077.
- Meydanlıoğlu, A. & Emiroğlu, O. (2004). Kadınların Sağlık Ocağı Hizmetlerini Bilme Durumu ve Bu Hizmetlerden Beklentileri. *HEMAR-G*, 6 (1,2): 42–56.
- Mokgetse, M., & Ramukumba, MM. (2018). Female condom acceptability and use amongst young women in Botswana. *Curationis*. 20;41(1): e1-e6. doi: 10.4102/curationis.v41i1.1887. PMID: 30326709; PMCID: PMC6191681. <https://doi.org/10.4102/curationis.v41i1.1887>

- Muhtaroglu, P. (2019). *Trakya üniversitesi tıp fakültesi hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniği ve servisine başvuran 16-49 yaş aralığındaki evli kadınların aile planlamasına karşı tutumlarının karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 552989).
- Mulatu, T., Sintayehu, Y., Dessie, Y., & Deressa, M. (2020). Modern Family Planning Utilization and Its Associated Factors among Currently Married Women in Rural Eastern Ethiopia: A Community-Based Study. *BioMed research international*, 6096280.
- Mohamed, E., Hamed, A. F., Yousef, F., & Ahmed, E. A. (2019). Prevalence, determinants, and outcomes of unintended pregnancy in Sohag district, Egypt. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 94(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0014-9>
- Mulenga, J. N., Bwalya, B. B., Mulenga, M. C., & Mumba, K. (2020). Determinants of unmet need for family planning among married women in Zambia. *Journal of public health in Africa*, 11(1), 1084. <https://doi.org/10.4081/jphia.2020.1084>.
- Muttreja, P., & Singh, S. (2018). Family planning in India: The way forward. *The Indian journal of medical research*, 148(Suppl), S1–S9. https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_2067_17
- Nguyen JD, Duong H. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Female External Genitalia. (2021). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;-. PMID: 31613483.
- Oğul, Z. (2021). Adölesan ve Gençlerde Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı: Etkileyen Faktörler ve Sorunlar. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 7 (2), 149-165. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/kashed/issue/64694/972667>
- Okumuş, F. & Demirci, N. (2014). Türkiye’de vajinal duş gerçeği. *F.N. Hem. Derg* ,22(1) 53-62 ISSN 2147-4923.
- Omani-Samani, R., Rarani, M.A., Sepidarkish, M., Morasae, E.K., Maroufizadeh, S., Almasi-Hashiani, A. (2018). Socioeconomic Inequality of Unintended Pregnancy in The Iranian Population: A Decomposition Approach. *BioMed Central Public Health*, 18, 607: 607-615.
- Orhan, B. & Reşat Yücel, Ö. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumuna Cinsiyet Açısından Bakış. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 1 (1), 53-59. DOI: 10.26695/mukatcad.2017.5
- Öngel, K., Işıl A.M., & Mergen, H. (2018). Kırsal Hekimlikte kalite parametreleri. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*;9(4):279-83.
- Özaydınlık K. (2014). Toplumsal cinsiyet temelinde Türkiye’de kadın ve eğitim. *SPÇ Derg.* (33):93-112.
- Özendi, Y. (2017). Birinci basamağa başvuran 18-49 yaş arası kadınların üreme sağlığı ihtiyaçlarının tespiti. (Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Marmara Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 493187).
- Özgür, E. M. (2004). Türkiye’de toplam doğurganlık hızının mekansal dağılışı. *Coğrafi Bilimler Dergisi*, 2(2) , 1-12 . DOI: 10.1501/Cogbil_0000000047
- 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. *Ankara Med J*, 15(2):67-76 DOI:10.17098/amj.13642
- Pattanaik, S., Patnaik, L., Subhadarshini, A., & Sahu, T. (2017). Socio-clinical profile of married women with history of induced abortion: A community-based cross-sectional study in a rural

area. *Journal of family medicine and primary care*, 6(1), 93–96. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.214967>

Peterson HB, Darmstadt GL, Bongaarts J. Meeting the unmet need for family planning: now is the time. *Lancet*. 2013 May 18;381(9879):1696-9. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60999-X. PMID: 23683620.

Relationship Of Family Formation Characteristics With Unsafe Abortion: Is It Confounded By Women's Socio-Economic Status? - A Case-Control Study From Sri Lanka. *Reproductive Health*, 13(75), 1-9.

Schrumpf, L. A., Stephens, M. J., Nsarko, N. E., Akosah, E., Baumgartner, J. N., Ohemeng-Dapaah, S., & Watt, M. H. (2020). Side effect concerns and their impact on women's uptake of modern family planning methods in rural Ghana: a mixed methods study. *BMC women's health*, 20(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-0885-0>.

Schrumpf, L. A., Stephens, M. J., Nsarko, N. E., Akosah, E., Baumgartner, J. N., Ohemeng-Dapaah, S., & Watt, M. H. (2020). Side effect concerns and their impact on women's uptake of modern family planning methods in rural Ghana: a mixed methods study. *BMC women's health*, 20(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-0885-0>.

Sıpcık, S. (2020). *Üniversitede öğrenim gören kız öğrencilere verilen eğitimin genital hijyen davranışlarına etkisi*. Tıpta uzmanlık tezi, Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 629238).

Sidibe, A. M., Kadetz, P. I., & Hesketh, T. (2020). Factors Impacting Family Planning Use in Mali and Senegal. *International journal of environmental research and public health*, 17(12), 4399. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124399>

Singh S, Darroch JE, Ashford L, et al. Meeting the need for modern family planning services. In: Singh S, Darroch JE, Ashford L, et al., editors. *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. New York, NY: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund; 2009. pp. 16–20. [Google Scholar]

Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., & Onda, T. (2018). Abortion worldwide 2017: *Uneven progress and unequal access*. Retrieved from https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf

Stormont G, Deibert CM. (2021). Vasectomy. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 31751094.

Szalma, I., & Bitó, T. (2021). Knowledge and attitudes about assisted reproductive technology: Findings from a Hungarian online survey. *Reproductive biomedicine & society online*, 13, 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2021.06.005>.

Şahlar, T.E. (2021). *Bir ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezine yöntem değişikliği talebi ile başvuran kadınların aile planlaması yöntem değiştirme nedenleri*. Doktora tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 655782).

Şanlıurfa'da Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri ve Doğurganlığa Bakış Açıları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 202-212.

Karamasoğlu, H. (2016). Üreme sistemi anatomisi. *Kadın Sağlığı içinde* (s, 62-80), Ed: Şirin, A., Kavlak, O. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme sağlığına giriş. Ankara, 2009

- T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. 21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek, 1. Baskı, 2007: 16- 35.
- Taşkın L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş VIII. Baskı. Özyurt Matbaacılık; p. 574-603.
- Taşkın L: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (11.bs.). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2012.
- Taşkın L: Doğum Sonu Dönem. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.Genişletilmiş XIV Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, s:455-523,2015.
- Taşkın, L.(2020). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.Akademisyen Kitabevi, s.35-41.
- Temürlenk, S. (2019). Edirne merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş arası kadınları üreme sağlığı durumu. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 538885).
- Tepe, P. (2018). *Ümraniye’de yaşayan 15-49 yaş arası kadınların üreme sağlığı durumları ve ilişkili faktörler*. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Marmara Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 52052).
- Tesema, G. A., Tessema, Z. T., Tamirat, K. S., & Teshale, A. B. (2021). Prevalence of stillbirth and its associated factors in East Africa: generalized linear mixed modeling. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 414. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03883-6>.
- Tezel A, Gönenç İM, Akgün Ş, Karataş DÖ, Yıldız TA. (2015). Kadınların aile planlamasınayönelik tutumları ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*;18(3):181-88.
- The Role of WHO Division of Family Health (FHE). *Achieving Reproductive Health for All*. 1995.
- Timur S (2003). Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ile Öz –Bakım Gücü Düzeyi Arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/601569> sayfasından erişilmiştir.
- Tokuç, B., Eskiocak, M., Saltık, A. (2002). *Acil kontrasepsiyon*. *Sted*. 11(3)94. <https://www.ttb.org.tr/Sted/Sted0302/Acil.Pdf>
- Tosato Boldrini NA, Bondi Volpini LP, Freitas LB, Spano LC, Musso C, Silva Santos MCLF, Barroso Dos Reis HL, Miranda AE. (2021). Sexually transmitted infections among women living with HIV in a Brazilian city. *Braz J Infect Dis*. Doi: 10.1016/j.bjid.2020.101044. PMID: 33417851.
- Tukue, D., Gebremeskel, T. G., Gebremariam, L., Aregawi, B., Hagos, M. G., Gebremichael, T., Tesfay, H. N., & Arefaine, Z. G. (2020). Prevalence and determinants of modern contraceptive utilization among women in the reproductive age group in Edaga-hamus Town, Eastern zone, Tigray region, Ethiopia. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227795>
- Tunç, A. (2019). *Edirne il merkezinde ki aile sağlığı merkezine kayıtlı 15-49 yaş arası kadınların aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları*. Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 550609).
- Tüken, M. (2006). *Prematür ejakülasyonla hormonal değerler ve kronik prostatit indeksinin ilişkisi*. Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bakanlığı, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğt.ve Araş.Hastanesi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 420838).

- Uğraş, S. (2018). *Menstrual döngü, egzersiz ve stres yanıtı*. Doktora tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 506110).
- Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. 2005.
- Ünsal, A. , Özyazıcıoğlu, N. & Sezgin, S.(2010). Doğu karadenizdeki bir belde ve ona bağlı dokuz köyde yaşayan bireylerin genital hijyen davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 13(2): 12-19.
- Üst, Z D. (2013). Pasinlioğlu T, Özkan H. Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 16: 110-115.
- Vural, E. (2021). *Aile hekimlerinin aile planlaması yöntemlerinden rahim içi araç yöntemi ile ilgili düşünce, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Ailehekimliği Anabilimdalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 686924).
- Wang L, Wei YF, Shen CG, Zhao YM, Sun R, Ma C, Zuo X. (2020). [Investigation and analysis of reproductive health status of female street cleaners in a district]. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 20;38(5):369-371. Chinese. Doi: 10.3760/cma.j.cn121094-20190815-00340. PMID: 32536076.
- Wasswa, R., Kabagenyi, A., & Atuhaire, L. (2020). Determinants of unintended pregnancies among currently married women in Uganda. *Journal of health, population, and nutrition*, 39(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s41043-020-00218-7>.
- Wernli, K. J., Wang, Y., Zheng, Y., Potter, J. D., & Newcomb, P. A. (2009). The relationship between gravidity and parity and colorectal cancer risk. *Journal of women's health* (2002), 18(7), 995–1001. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1068>.
- World Health Organization (WHO). Human Reproduction Programme. Sexual and reproductive health. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/>. Erişim Tarihi: 07/12/2021.
- Xu, S., Yu, C., Zhou, Y., Wu, J., Bai, T., Zhang, J., & Li, Y. (2019). The Prevalence of Reproductive Tract Infections in a Chinese Internal Migrant Population, and Its Correlation with Knowledge, Attitude, and Practices: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 16(4), 655. <https://doi.org/10.3390/ijerph16040655>.
- Yardımcı, Y. (2020). *Aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşam üzerine etkisi*. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 638378).
- Yeşildere Sağlam, H. (2017). *Kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki*. Yüksek lisans tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 466509).
- Yoldaşan, B. E. (2017). Ana sağlığı. *Temel halk sağlığı* içinde (S, 80-86). Ed: Akbaba, M. ve Demirhindi, H. İstanbul: Akademisyen Kitabevi.
- Yurdakul, M. (2020). Üreme sistemi anatomisi. *Hemşireler ve Ebeler için Perinatal Bakım* içinde (s.71-80). Ed: Şentürk Erenel, A. ve Vural, G. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.Kitabevi.

- Yurdakul, M. & Arđınç Çobaner, A. (2015). Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde sağlık eğitimi iletişim ve danışmanlık. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* ;1(2).
- Yurttaş, A., Gültekin, Ü. & Ejder Epey, S. (2018). İdrar Yolu Enfeksiyonu Geçiren 15-49 Yaş Arası Kadınların Perine Bakımı Uygulamalarının İncelenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*; 9 (3):297-301.
- Yücel, U., Güner, S. & şen, F. S. (2018). 15-49 yaş arası iki yaşından küçük çocuğu olan kadınların aile planlaması hizmet kullanımının değerlendirilmesi. *Medical Sciences*, 13 (4), 120-128. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/nwsamed/issue/39586/466263>.
- Yüksel Koçak, D. Vd. (2016). Üreme Çağındaki Kadınların Acil Kontrasepsiyon ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 13(3) 112 – 116.
- Zakaria, M., Xu, J., Karim, F., & Cheng, F. (2019). Reproductive health communication between mother and adolescent daughter in Bangladesh: a cross-sectional study. *Reproductive health*, 16(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0778-6>
- Zheng, D., Li, C., Wu, T., & Tang, K. (2017). Factors associated with spontaneous abortion: a cross-sectional study of Chinese populations. *Reproductive health*, 14(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0297-2>
- https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=efd49368-1051-11eb-8c8a-efeed974bb4d erişim tarihi 18.01.2022
- https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/bitstream/handle/1/1651/idCISU_Rapor_Tasar%c4%b1m%c4%b1_Dijital_2021%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1> Erişim tarihi;10.01.2022
- <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2020-37211> Erişim tarihi;10.01.2022
- <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2019-33733> Erişim tarihi;10.01.2022
- <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/gonore/liste/gonore-istatistik.html> Erişim tarihi;10.01.2022
- <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/hiv-aids-istatistik.html> Erişim tarihi;12.01.2022
- <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,82338/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-yayinlanmistir.html> Erişim tarihi;10.12.2021
- https://turkey.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd-tr-pdf_1.pdf Erişim tarihi;16.12.2021
- <https://turkey.unfpa.org/tr/publications/t%C3%BCrkiyedekar%C5%9F%C4%B1lanmam%C4%B1%C5%9F-aile-planlamas%C4%B1-ihhtiyac%C4%B1> Erişim tarihi;10.12.2021
- <https://w3.bilkent.edu.tr/www/saglik-merkezi/genclik-danisma-birimi/ureme-haklari> Erişim tarihi 14.03.2021
- <https://www.unfpa.org/family-planning#readmore-expandhttps://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> Erişim tarihi;20.01.2022



T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 69456409-302.99-E.5022
Konu : Seda BULUT

19/11/2020

Sayın Seda BULUT

İlgi : Seda Bulut'un 18/11/2020 tarihli ve 14584 kurum sayılı dilekçesi.

İlgi dilekçeye istinaden; "Kırklareli İli Pınarhisar İlçesinde 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Evli Kadınların Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Tutumlarının Değerlendirilmesi" isimli tez konusu Enstitümüzün 10.07.2020 tarih ve 2020/13-01 no'lu Yönetim Kurulu Kararıyla onaylanmıştır.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Serpil AKÖZCAN
Müdür V.

ÖĞRENCİ NO	AD	SOYAD	PROG.	DANIŞMANI	BELİRLENEN TEZ ADI
1198302004	Seda	BULUT	Halk Sağlığı Tezli YL	Dr. Öğr. Üyesi Ayça ŞOLT KIRCA	Kırklareli İli Pınarhisar İlçesinde 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Evli Kadınların Aile Planlaması Ve Üreme Sağlığı Tutumlarının Değerlendirilmesi

Adres: Kırklareli Üniversitesi Rektörlüğü Kayalı Kampüsü /KIRKLARELİ

Telefon: Faks:

e-posta: Elektronik Ağ: <http://www.klu.edu.tr/>

Nuran KARATAŞ

Dahili: 2500

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

Evrak teyidi <https://ebysorgu.klu.edu.tr> adresinden 7K88-3VB0-8R5B kodu ile yapılabilir.



KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ARAŞTIRMA BAŞVURULARI
İNCELEME VE DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Seda BULUT
Kurumu	Pınarhisar 2 Nolu Aile Sağlığı Merkezi
Araştırma Yapılacak İller	Kırklareli
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Pınarhisar 2 Nolu Aile Sağlığı Merkezi
Araştırmanın Konusu	Kırklareli İli Pınarhisar İlçesinde bulunan 2 Nolu Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı evli kadınların aile planlaması ve üreme sağlığı tutumlarının değerlendirilmesi
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tezi
Başvuru Belgeleri	Araştırma Başvuru Formu (x) Var / () Yok Araştırma Sağlık Tesisleri İzin Formu (x) Var / () Yok Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü (x) Var / () Yok Araştırma İzin Taahhütnamesi (x) Var / () Yok Kurum-Kişi Talebi (x) Var / () Yok Etik Kurul Kararı (x) Var / () Yok Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu (x) Var / () Yok
Veri Toplama Araçları	Tanımlayıcı bilgi formu ve üreme sağlığı ve aile planlaması tutum ölçeği
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	01/01/2021 - 31/05/2022
KOMİSYON KARARI	
Araştırma Başvurusu, Komisyon tarafından oybirliği ile uygun görülmüştür.	
KARAR TARİHİ : 08.12.2020	
KARAR NO : 52	

Komisyon Başkanı
Dr. Şenay MANDACI
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Üye
Dr. Ayçin UĞUR
Halk Sağlığı Hizm. Başkanı

Üye
Selçuk ÖZTÜRK
Eğitim ve Tescil Birim Sor.

OLUR.
08/12/2020
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem CERİT
İl Sağlık Müdürü



T.C.
KIRKLARELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü ve ... SEDA BULUT

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:

Çalışmanın Adı: Kırklareli ili Pınarhisar ilçesinde bulunan 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı evli kadınların aile planlaması ve üreme sağlığı tutumlarının değerlendirilmesi

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Bu protokol ilimiz sınırları içinde Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarına ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve veya kuruma devran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiç bir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personelinde de yararlanılacaksa ayrıca İl Sağlık Müdürlüğünden de onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası araştırma biriminde Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e macdesini yerine getirmediği takdirde kurumumuzda bu veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların histone, İl Sağlık Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 17.05.2021...süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç:** 01/01/2021 **Bitiş:** 31/05/2022
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması, çalışmaya bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolden önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kurum olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da kişi çalışmaya dâhil edilmesi ancak Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecektir. ya da protokolde belirtilen hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğüne; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizliliklerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusu da bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Kırklareli İl Halk Eklili idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim. 08/12/2020

Araştırmacı
Adı Soyadı
Seda BULUT
İmza

İl Sağlık Müdürlüğü Yetkilisi
Adı Soyadı

İmza

Dr. Şenay MANDACI
Sağlık Hizmetleri Başkanı

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Merhaba, adım Seda BULUT, Pınarhisar 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezinde ebe olarak görev yapmaktayım. Aynı zaman da Kırklareli Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim dalı ,Halk Sağlığı yüksek lisans programı öğrencisiyim. Kırklareli üniversitesinde görev yapan Dr.Öğr.Üyesi Ayça ŞOLT KIRCA ile birlikte yüksek lisans tezim için çalışma yapmaktayız. Kırklareli il sağlık müdürlüğünden gerekli izinler alınan bu çalışma da **Kırklareli ili Pınarhisar ilçesinde yaşayan, evli kadınlarla yüz yüze görüşerek üreme sağlığı ve aile planlaması tutumları** hakkında tanımlayıcı türde bir araştırma yapmak amacıyla bilgi topluyoruz. Çalışmanın 2021 yılı ocak ayında başlayıp, 2022 mayıs ayında sona ermesi planlanmıştır.

Bu çalışma da veriler 27 sorudan oluşan Tanıtıcı Bilgi Formu ile 58 sorudan oluşan Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği verileriyle elde edilecektir. Görüşme yaklaşık olarak 20 dakika sürecektir.

Soruları tam ve sağlıklı yanıtlarınız Ülkemizde sizlere sunulan aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

Çalışmaya katılmak tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Vereceğiniz tüm cevaplar gizli tutulacak olup, istediğiniz sorudan başlayabilirsiniz. Araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katılmayı reddedebilir veya istediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmadan ayrılmak istediğiniz durumlarda sadece haber vermenizi isteriz. Bu durum sizin için her hangi bir maddi kayba neden olmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdir de sizden maddi bir talepte bulunulmayacaktır. Kişisel bütün bilgileriniz tarafımızca gizli tutulacaktır.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

(Bu bölüm hazırlanan gönüllü olur formunun sonuna eklenmelidir)

Sayın Seda bulut tarafından Pınarhisar 2 nolu asm de tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının

Adı-soyadı/ İmzası/ Tarih

Dr.Öğr.Üyesi Ayça ŞOLT KIRCA

Gerekliyse olur işlemine tanık olan kişinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Gerekliyse yasal temsilcisinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Seda BULUT- TEL NO

TANITICI BİLGİ FORMU

Seda BULUT

HALK SAĞLIĞI- YÜKSEK LİSANS TEZ ARAŞTIRMASI

Aile planlaması sorunları aynı zamanda üreme sağlığı sorunu olarak da görülmektedir. Kadınların bu dönemlerinde ebelerin önemli rolleri bulunmaktadır. Bu rollerin başında ebeler tarafından verilen nitelikli bir aile planlaması hizmeti gelmektedir. Nitelikli bir aile planlaması hizmeti; istenmeyen gebelikleri, doğumları, anne-bebek ölümlerini ve dolayısıyla kişiyi, aileyi ve toplumu etkileyen istenmeyen olayları önemli ölçüde azaltmaktadır. Halk sağlığı hizmetlerinin bir parçası olan aile planlaması uygulamalarının ana hedefi, anne ve çocukların sağlıklarını korumak ve sağlık düzeylerini yükseltmektir. Bu çalışmayla evli kadınların üreme sağlığı ve aile planlaması hakkındaki bilgi ve tutumları belirlenerek, aile planlaması hizmetlerini kullanım durumları ve bunu etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Adım Seda BULUT, Kırklareli ili üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim dalı, Halk Sağlığı yüksek lisans programı öğrencisiyim. Kırklareli üniversitesinde görev yapan Dr.Öğr.Üyesi Ayça ŞOLT KIRCA ile birlikte yüksek lisan tezimi yürütmekteyiz. Kırklareli il sağlık müdürlüğünden gerekli izinleri alınmış bu çalışma da Kırklareli ili Pınarhisar ilçesinde yaşayan, evli kadınlarla yüz yüze görüşerek üreme sağlığı ve aile planlaması tutumları hakkında tanımlayıcı türde bir araştırma yapmak amacıyla bilgi topluyoruz. Bu çalışma da veriler 28 sorudan oluşan Tanıtıcı Bilgi Formu ile 58 sorudan oluşan Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği verileriyle elde edilecektir. Görüşme yaklaşık olarak 20 dakika sürecektir. Çalışmaya katılmak tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Vereceğiniz tüm cevaplar gizli tutulacak olup, istediğiniz sorudan başlayabilirsiniz.

Soruları tam ve sağlıklı yanıtlarınız Ülkemizde sizlere sunulan aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.*

1. Yaşınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

a)-İlköğretim b)-Lise c)-Üniversite d)-Diğer.....

3. Mesleğiniz nedir?

a)- Memur b)- İşçi c)-Serbest Meslek d)-Ev Hanımı e)-Diğer

4. Sosyal güvence durumu:
a)-Var b)-Yok
5. Medeni durumunuz:
a)-Bekar b)-Evli c)-Dul d) Boşanmış e) Ayrı yaşıyor
6. İlk evliliğinizi kaç yaşında yaptınız?
a)-(15-19) b)-(19-26) c)-(26-35) d)-(35ve üstü)
7. Eşinizin yaşı?.....
8. Eşinizin öğrenim durumu?
a)-İlköğretim b)-Lise c)-Üniversite d)-Diğer.....
9. Sigara kullanıyor musunuz?
a)-Evet b)-Hayır
10. Adetliken kullandığınız günlük ped sayısı kaçtır?
a)-Günde 1-2 b)-Günde 3-4 c)- Günde 5 ve üzeri
11. Adet döneminde banyo yapma şeklisiniz?
a)-Oturarak b)-Ayakta
12. İç çamaşırınızı ne sıklıkla değiştirirsiniz?
a)-Her gün b)-2-3 günde bir c)-Haftada bir
13. Genital bölge temizliğini ne ile yaparsınız?
a)-Su b)-Su - Tuvalet kağıdı/bez c)-Su-Sabun d)-Hepsi
14. İlk gebelik yaşıınız?
a)-20 yaş altı b)-20-28 c)-28-35 d)-35 yaş üstü
15. Gebelik sayısını kaçtır?
a)- 1 b)-2 c) -3 ve üzeri
16. Çocuk sayısını kaçtır?
a)-1 b)-2 c)-3 d)-4 e)-5 ve üzeri
17. Ölü doğumunuz oldu mu?
a)-Evet (ise sayısı.....) b)-Hayır
18. Düşüğünüz oldu mu ?
a)-Evet (ise sayısı.....) b)-Hayır
19. Küretaj oldunuz mu?
a)-Evet (ise sayısı.....) b)-Hayır
20. Bildiğiniz gebelikten korunma yöntemleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| a. Bilmiyorum | g. Tüplerin bağlanması |
| b. Oral kontraseptifler (Hap) | h. Vazektomi |
| c. RİA (Spiral) Uygulaması | i. Diyafram, köpük, jel, fitil |
| d. Kondom (Prezervatif) | j. Acil doğum kontrol yöntemi |
| e. Enjeksiyonlar | k. Geri çekme |
| f. İmplant | l. Takvim yöntemi |

21. Halen kullandığınız bir aile planlaması yöntemi var mı?

- a)-Evet (ise.....) b)-Hayır

22. Daha önce kullandığınız bir yöntem varsa artık kullanmama nedeni?

- a)-Gebelik b)-Çocuk istemi c)-Yan etki..... d) Yöntem kullanmadım

23. Aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi aldınız mı?

- a)-Evet b)-Hayır

24. Aile Planlaması hakkında ki bilgiyi nerden aldınız?

- a)-Ebe-Hemşire b)-Hekim c)-Akraba-Komşu d)- Radyo-Televizyon
e)-Gazete-Dergi-Kitap f)-Diğer.....

25. Sizce kürtaj bir aile planlaması yöntemimidir?

- a)-Evet b)-Hayır c)-Bilmiyorum

26. Sizce aile planlaması yöntemi seçimi nasıl olmalıdır?

- a)-Erkeğin isteği doğrultusunda b)-Kadının isteği doğrultusunda
c)-Çiftin ortak kararı ile

27. Korunmasız cinsel ilişkiden sonra ne tür bir uygulama yapılır?

- a)-Acil kontrasepsiyon b)-Bilmiyorum c)-Vajinal duş

ÜREME SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ

Bu ölçek evli kadınların “Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması” ile ilgili duygu ve düşüncelerini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Ölçekte 58 ifade bulunmaktadır.

Sizden

beklenen; her bir ifadeyi dikkatlice okuduktan sonra düşünceye katılma derecenizi, aşağıdaki katılma derecelerine göre ilgili seçeneğe ait kutucuga (×) ile işaretleyerek belirtmenizdir. **İsaretsiz ifade bırakmayınız.**

Çalışmaya katıldığınız için teşekkürler.

İ F A D E L E R	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1-Gebeligi önleyici yöntemlerin kullanılmasına rağmen gebe kalınması halinde gebeliğin devamına ya da sonlandırılmasına (kürtaj) erkek tek başına karar verir.					
2 Ailede önemli kararlar erkek tarafından alınmalıdır.					
3 Planlanmamış bir gebelik mutlaka sonlandırılmalıdır					
4-Kürtaj kadın için sıradan bir tıbbi müdahaledir.					
5-Planlanmamış bir gebelik halinde gebelik süresi 10 haftayı geçmişse yasal süre asıldığından kürtaj yaptırılmamalıdır.					
6-Kürtaj yaptırabilmek için öngörülen 10 haftalık yasal süre yetersizdir.					
7-Doğacak çocuğun cinsiyetini bilmek kürtaj kararını					

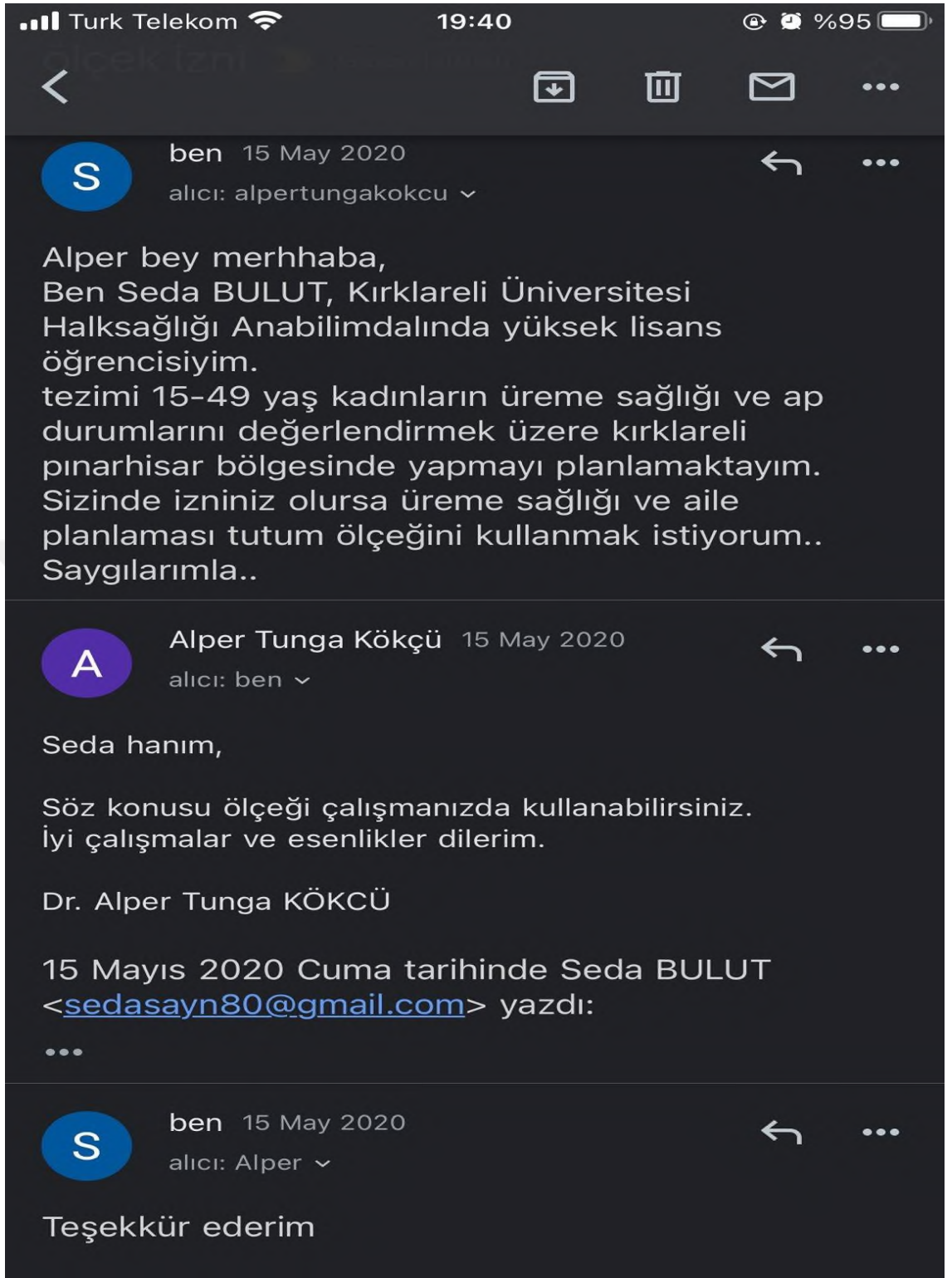
kolaylaştırır.					
8-Kürtaj dini açıdan uygun olmadığı için yaptırılmamalıdır.					
9-Kürtaj bazı durumlarda (tecavüz, annenin hayatının tehlikede olması, özürlü çocuk vb.) yaptırılabilir.					
10-Kürtaj insan öldürmenin bir türüdür ve kesinlikle yasaklanmalıdır.					
11-Kürtajın yapılabilmesi için sadece kadının ve erkeğin kararı/istemi yeterli olmalı, baska bir gerekçeye ihtiyaç duyulmamalıdır.					
12-Erkek adamın erkek çocuğu olur.					
13-Doğan her çocuğun rızkını “Allah” verir.					
14-Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar.					
15-Kız ya da erkek çocuk fark etmez her ikisi de ayrıdır.					
16-Kızın varsa derdin var.					
17-Ailenin sahip olacağı çocuk sayısını esler birlikte belirlemelidir.					
18-Her ailenin mutlaka bir erkek çocuğu olmalıdır					
19-Planlanmamış bir gebelik her zaman sonlandırılabilir					
20-Ailede planlanmayan gebeliklerden kaçınmak her zaman kadının görevidir					
21-Erkekler aile planlaması yöntemlerini bilmelidir.					
22-Kadınlar aile planlaması yöntemlerini bilmelidir.					
23-İstenmeyen gebelikleri sonlandırma kararı sadece kadına bırakılmalıdır.					
24-Gebelik planlanmamış olsa bile her çocuk doğmalıdır					

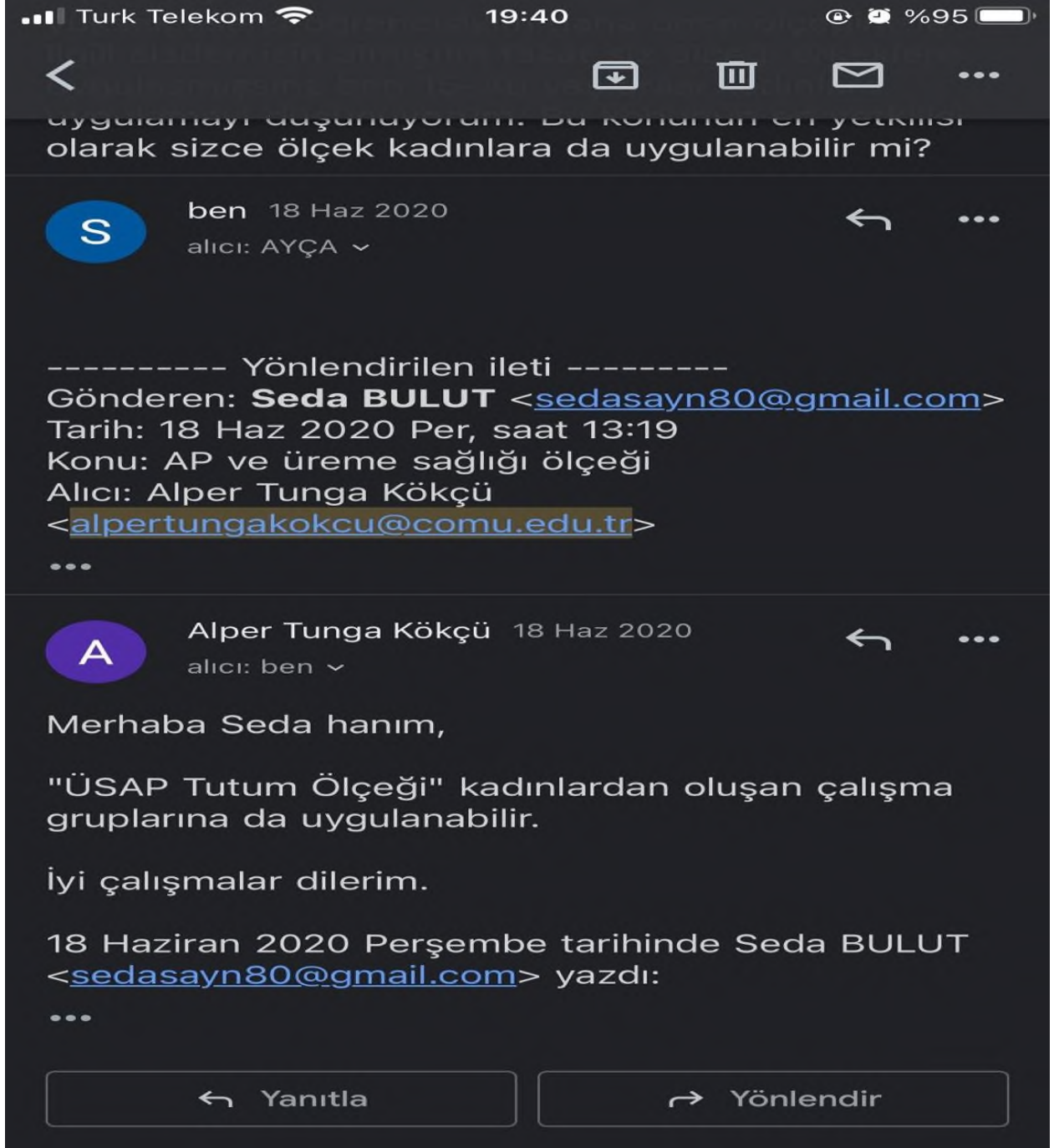
25-Kürtaj yaptırmak fiziksel ve ruhsal açıdan kadının sağlığını bozar.					
26-Esinin kürtaj yaptırması erkeği de olumsuz olarak etkiler					
27-Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda doktora hemen gidilmelidir.					
28-Cinsel yolla bulaşan hastalıkların kendiliğinden iyileşmesi beklenmelidir.					
29-Cinsel yolla bulaşan bir hastalıktan tedavi alan bir kişi bu durumdan esini veya cinsel birliktelik yaşadığı kişiyi haberdar etmelidir.					
30-AIDS vb. hastalıklardan korunmak için kullanılan prezervatif cinsel hazzı azalttığından dolayı kullanılmamalıdır.					
31-Bel soğukluğu utanılacak bir hastalıktır.					
32-Erkek adama AIDS bulaşmaz.					
33-Evlilik dışı cinsel ilişkiler bulaşıcı hastalıklar yönünden risklidir.					
34-Sağlık çalışanları cinsel yolla bulaşan hastalığı olanları hor görür.					
35-Cinsel yolla bulaşan hastalıklar utanç vericidir.					
36-Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için her ilişkide yeni bir prezervatif kullanılmalıdır.					

37-Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için en emin yol tek eşlilik.					
38-Cinsel yolla bulaşan hastalıklar mutlaka gizli tutulmalıdır.					
39-Cinsel yolla bulaşan bir hastalığın tedavi edilebilmesi için 18 yaş ve üzerinde olmanız gerekir.					
40-İlk kez cinsel ilişkide bulunanlar cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanmaz.					
41-Her zaman bir kişinin cinsel organına bakarak onun cinsel yolla bulaşan bir hastalığa sahip olup olmadığı söylenemez.					
42-Sadece eşcinsel erkekler AIDS'e yakalanır					
43-Sadece cinsel yaşamı aktif olan yetişkinler cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanabilirler.					
44-Cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtisi ortadan kalktığında bir doktora gitmenize gerek yoktur.					
45-Eğer birden fazla partneriniz varsa cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanma riskiniz artar.					
46-Çocuğu olmayan evli çiftler tedavi için sağlık kuruluşuna birlikte müracaat etmelidir					
47-Kısırlık utanılacak bir durum değildir.					
48-Kısırlık tedavisi yakın aile üyelerinden bile gizli					

tutulmalıdır.					
49-Çocuk erkeğin gücünü gösterir.					
50-Kısırlılığın nedeni kadın hastalıklarıdır.					
51-Çocuğu olmayan evli bir erkek yeni evlilik ile sansını denemelidir.					
52-Kısırlılığın nedeni erkeğe ya da kadına ait olabilir.					
53-Çocuğu olmayan evli kadınlar tıbbi olmayan şifa yöntemlerini de uygulamalıdır.					
54-Çocuk sahibi olmak önemlidir.					
55-Üremeye yardımcı tedavi yöntemleri çok para gerektirir.					
56-Çocuk sahibi olmak sabır gerektirir.					
57-Bir ailede çocuğun olmaması boşanma nedenidir.					
58-Çocuk sahibi olmak neslin devamı için gereklidir.					

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz....





**MAKALEYE KONU OLAN ARAŞTIRMANIN RAPORLANMASININ
KONTROL LİSTESİ İLE İNCELENMESİ**

EK-STROBE Kontrol Listesi, Kesitsel Araştırma Makalesinin İncelenmesi İçin

	Madde No	Öneriler	
Form No	1	(a) Araştırmanın tasarımı/tipi, yaygın olarak kullanılan bir terim ile başlıkta ya da özette gösterilir. (b) Özette, araştırmada ne yapıldığı ve ne bulunduğu hakkında yeterli ve açıklayıcı bilgi sunulur.	
Giriş			
Teorik çerçeve/gerekçe	2	Sunulan araştırma ile ilgili mevcut bilimsel durum ve araştırmanın gerekçesi açıklanır.	
Amaçlar	3	Araştırmanın daha önce belirlenen hipotezleri ya da araştırma sorularını içeren özgün amaçları belirtilir.	
Yöntem			
Araştırmanın tasarımı	4	Makalede, araştırma tasarımının anahtar bölümleri sunulur	
Araştırmanın yapıldığı yer	5	Araştırmanın yapıldığı yer, birim, örnekleme alınma, maruz kalma, izleme ve veri toplama dönemlerini gösteren tarihler belirtilir	
Katılımcılar	6	(a) Kohort çalışma – Araştırmaya uygunluk/dâhil edilme kriterleri, kaynakları (örneklemin alındığı yer) ve katılımcıların seçim metodu verilir. İzlem metodları tanımlanır. Vaka-kontrol çalışması – Araştırmaya uygunluk/dâhil edilme kriterleri, kaynakları (örneklemin alındığı yer), vakaları saptama ve kontrolleri seçme metodları verilir. Vaka ve kontrol gruplarına seçim (ayırma) için gerekçeler açıklanır. Kesitsel araştırma - Araştırmaya uygunluk/dâhil edilme kriterleri, kaynakları (örneklemin alındığı yer) ve katılımcıların seçim metodu verilir (b) Kohort çalışma – Eşleştirilmiş çalışmalarda, maruz kalan ve kalmayanların sayısı ve eşleştirme ölçütleri verilir. Vaka- kontrol çalışması - Eşleştirilmiş çalışmalarda, her vaka için belirlenen kontrol sayısı ve eşleştirme ölçütleri verilir.	
Değişkenler	7	Bütün sonuçlar (değişkenler), maruziyet durumları, belirleyiciler (prediktörler), olası karıştırıcı değişkenler (faktörler), etki değiştiriciler açıkça tanımlanır. Eğer uygunsa, tanı kriterleri verilir.	
Veri kaynakları/ölçümler	8*	İlgili her değişken için, verilerin elde edildiği kaynaklar ve veri toplama (ölçüm) yöntemlerinin ayrıntıları verilir. Eğer birden fazla grup varsa, veri toplama yöntemlerinin karşılaştırılabilirliği tanımlanır (ölçüm metodunun grupları ayırt etmede geçerli ve güvenilir olma durumu belirtilir).	
Yan tutma	9	Olası yan tutma (bias) kaynaklarını göstermek için yapılan çabalar tanımlanır	

Örneklem büyüklüğü	10	Örneklem büyüklüğüne nasıl ulaşıldığı (örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde kullanılan istatistiksel metot) açıklanır
Sayısal değişkenler	11	Sayısal değişkenlerin nasıl analiz edildiği açıklanır. Eğer uygunsa, hangi gruplamanın yapıldığı ve nedenleri belirtilir.
statistiksel yöntemler	12	(a) Karıştırıcı faktörleri kontrol etmek için kullanılanlar da dâhil, tüm istatistiksel yöntemler tanımlanır (b) Alt gruplar ve etkileşimleri incelemek için kullanılan tüm yöntemler açıklanır (c) Kayıp (eksik) verilerin nasıl ele alındığı açıklanır (d) (d) Kohort çalışma – eğer uygunsa, izlem sırasındaki vaka kayıplarının (“loss to follow-up”) nasıl ele alındığı açıklanır. Vaka- kontrol çalışması – eğer uygunsa, vaka ve kontrollerin eşleştirilmesinin nasıl gösterildiği açıklanır. Kesitsel araştırma – eğer uygunsa, örnekleme yöntemini de hesaba katan ya da dikkate alan istatistiksel yöntemler tanımlanır (e) Duyarlık analizleri tanımlanır.
Bulgular	13*	(a) Çalışmanın her aşamasında katılan bireylerin sayısı bildirilir – ör: olası ulaşılabilir örneklem hacmi, örneklem için uygun bulunanlar (dâhil edilme kriterleri), örnekleme uygun bulunup seçimi onaylananlar, çalışmaya dâhil edilenler, izlem sürecini tamamlayanlar ve analize alınanlar (b) Çalışmanın her aşamasında katılmayanların katılmama nedenleri açıklanır. (c) Bir akış şemasının kullanımı önerilir
Tanımlayıcı veriler	14*	(a) Katılımcıların özellikleri (ör: demografik, klinik ve sosyal), maruziyetler ve olası karıştırıcı faktörler hakkında bilgi verilir. (b) Her bir değişken için katılımcı sayısı, kayıp (eksik) veriler ile birlikte gösterilir (c) Kohort çalışma – İzlem süresi hakkında bilgi verilir (ör: ortalama/ortanca ve toplam süre).
Sonuç veriler	15*	Kohort çalışma – Ortaya çıkan sonuçların sayısı bildirilir ya da zaman içindeki ölçümler (ör: ortalama ve standart sapma) özetlenir Vaka – kontrol çalışması – Her bir maruziyet kategorisindeki sayılar bildirilir ya da maruziyet ile ilgili ölçümler özetlenir Kesitsel araştırma – Ortaya çıkan sonuçların sayısı bildirilir ya da istatistiksel ölçümler özetlenir (ör: ortalama ve standart sapma).
Başlıca bulgular	16	(a) Düzeltilmemiş tahminler (hesaplar) verilir, eğer uygunsa, karıştırıcı faktörlerin düzeltilmiş hesapları ve hassasiyetleri (ör: %95 güven aralığı) verilir. Hangi karıştırıcı faktörlere düzeltme uygulandığı ve onların niçin dâhil edildikleri belirgin olarak açıklanır. (b) Sürekli değişkenler gruplandığında, kullanılan grup sınırları (grupların üst ve alt sınırları) bildirili (c) Eğer uygunsa, anlamlı bir zaman periyodu için relative risk (nisbi riskin)

tahminlerinin kesin (absolute) riske dönüştürülmesi göz önünde bulundurulur				
Diğer analizler	17	Yapılan diğer analizler (değerlendirmeler), örneğin, alt grup analizleri, etkileşimler ve duyarlık analizleri bildirilir		
Tartışma				
Anahtar bulgular	18	Araştırmanın amaçlarına gönderme yapılarak anahtar bulgular özetlenir		
Sınırlılıkla	19	Çalışmanın sınırlılıkları, olası yan tutma (bias) ya da belirsizlik kaynakları dikkate alınarak tartışılır. Olası her bir yan tutmanın hem büyüklüğü hem de yönü tartışılır		
Yorum	20	Araştırma bulgularının genel yorumu, araştırmanın amaçları, sınırlılıkları, analizlerin çeşitliliği, benzer çalışmalardan elde edilen bulgular ve diğer ilgili kanıtlar dikkate alınarak verilir.		
Genellenebilirlik	21	Araştırma bulgularının genellenebilirliği (dış geçerlik) tartışılır		
Diğer Bilgiler				
Araştırmanın Fonu	22	Araştırmanın parasal kaynağı ve destek verenlerin araştırmadaki rolleri açıklanır, eğer uygunsa, bu makalenin dayanak aldığı orijinal araştırma için parasal kaynak ve destek verenlerin rolleri belirtilir		

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	SEDA	Soyadı	BULUT
Doğ.Yeri	DÜZCE	Doğ.Tar.	12.12.1987
Uyruğu	TC	Email	Sedasayn80@gmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Trakya Üniversitesi	2011

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	EBE	Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü	2011-halen
2.			
3.			

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS/YDS/YÖK DİL Puanı	(Diğer) Puanı

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

