



**T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**GAZİANTEP İLİNDE EL BECERİ KURSLARINA GELEN
KADINLARIN AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK, BİLGİ TUTUM
VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**FİRDEVS GÜR
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Rabia Sohbet**

**GAZİANTEP
Ocak 2017**



**GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**GAZİANTEP İLİNDE EL BECERİ KURSLARINA GELEN KADINLARIN
AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK, BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**FİRDEVS GÜR
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Rabia Sohbet**

**GAZİANTEP
Ocak 2017**

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GAZİANTEP İLİNDE EL BECERİ KURSLARINA GELEN KADINLARIN
AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK, BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

FİRDEVS GÜR

Tez Savunma Tarihi: 03.01.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı:

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir "Yüksek Lisans" derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. ZEYNEP GÜNGÖRMÜŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi
PROF. DR. Türkan PASİNLİOĞLU

DOÇ. DR. Birgül ÖZÇIRPICI

YRD. DÇ. DR. Rabia SOHBET

İmzası

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakları da kaynak listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Firdevs GÜR

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince, zor ve yoğun çalışmalarına rağmenengin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, benden desteğini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım **Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET** 'e; tezimin veri tabanını oluşturan tüm değerli katılımcılara, her zaman yanımda olan özellikle çalışmam boyunca karşılaştığım zorluklara benimle birlikte göğüs geren, dualarını esirgemeyen hayatımda sahip olduğum en değerli varlığım sevgili aileme ve sevgili eşime katkılarından dolayı sonsuz teşekkürler ediyorum.

Firdevs GÜR
GAZİANTEP-2017

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	I
BEYAN	II
TEŞEKKÜR	III
İÇİNDEKİLER	IV
KISALTMALAR	V
TABLolar DİZİNİ	VI
ÖZET	7
ABSTRACT	8
1. GİRİŞ VE AMAÇ	9
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1. Nüfus Planlaması, Dünyada Ve Türkiye’de Uygulanan Nüfus Politikaları	10
2.2. Üreme Sağlığı Kavramı Ve Üreme Hakları	15
2.3. Kadın Sağlığı	18
2.4. Kadın Hayatının Dönemleri	20
2.5. Kadın Sağlığı, Cinsel ve Üreme Sağlığı Açısından Öncelikli Sorunlar	23
2.6. İnfertilite	28
2.7. Kanser	30
2.8. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	33
2.9. Kürtaj ve Düşük	36
2.10. Aile Planlaması	39
2.11. Aile Planlaması Yöntemleri	41
2.12. Geleceğin Kontraseptif Yöntemleri	53
2.13. Kadın Cinsel Sağlığı ve Üreme Sağlığının Korunmasında Hemşirenin Rolü	53
3. MATERYAL-METOT	56
3.1. Araştırmanın Tipi	56
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri	56
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	58
3.4. Araştırmada Kullanılan Araçlar	58
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	59
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri	59
3.7. Araştırmanın Etiği	59
4. BULGULAR	60
5. TARTIŞMA	87
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	103
7. KAYNAKLAR	107
8. EKLER	118
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	118
Ek 2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği	120
Ek 3. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği	121
Ek 4. Kurum İzin Yazısı	122
Ek 5. Etik Kurul Onay Formu	124
9. ÖZGEÇMİŞ	126

KISALTMALAR

ICPD	: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
CSEI	: Coopersmith Seif Esteem Inventory
P/C	: Probe Küretaj
PID	: Pelvic Inflammatory Disease (Pelvik İnflamatuar Hastalık)
AÇS-AP	: Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması
AIDS	: Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
BM	: Birleşmiş Milletler
CD	: Cinsel Disfonksiyon
CDC	: Centers For Disease Control (Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezi)
CEDAW	: Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi
CS/ÜS	: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DMPA	: Depo Medroksi Progesteron Asetat
EONS	: Avrupa Onkoloji Hemşireliği Birliği
FSH	: Folikül Uyarıcı Hormon
FWCW	: IV. Dünya Kadın Konferansı
HIV	: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (Human Immune Deficiency Virus)
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama Ve Eğitim Merkezi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KOK	: Kombine Oral Kontraseptifler
KS	: Kaposi Sendromu
KS/AP USP	: Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Strateji Planı
LH	: Luteinizan Hormon
NET-EN	: Noretisteron Enantat
PCP	: Pnömocystitis Carinii Jiroveci Pnömonisi
RNG	: Vaginal Halkalar
TJOD	: Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
UN	: United Nations
UNAIDS	: Birleşmiş Milletler HIV-AIDS Ortak Programı
UNFPA	: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
UNKK	: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo		Sayfa No
Tablo 1	Yıllara Göre Türkiye’de Nüfus (1927-2050)	13
Tablo 2	Yıllara Göre Anne Ölüm Oranları (Yüz bin Canlı Doğumda)	22
Tablo 3	Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı	47
Tablo 4	Evlilikle İlgili Özelliklerin Dağılımı	48
Tablo 5	Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı	49
Tablo 6	Kadınların ve Eşinin Sağlık Özelliklerinin Dağılımı	50
Tablo 7	Kadınların Sigara ve Alkol Kullanımı Dağılımı	51
Tablo 8	Kadınların Aile Planlaması Danışmanlığı Alma Dağılımı	51
Tablo 9	Kadınların Aile Planlaması Özelliklerinin Dağılımı	52
Tablo 10	Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Bilgi Düzeyleri Dağılımı	53
Tablo 11	Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Özellikleri	54
Tablo 12	Kadınların İlk Cinsel Bilgi Kaynağı ve Cinsel Yolla Geçen Hastalık Dağılımı	55
Tablo 13	Kadınların Coopersmith Özsaygı Envanteri ’ne Verdikleri Cevapların Dağılımı	55
Tablo 14	Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ’ne Verdikleri Cevapların Dağılımı	57
Tablo 15	Kadınların Yaşa Göre Aile Planlamasına Bakışının Dağılımı	59
Tablo 16	Kadınların Evlilik Süresine Göre Aile Planlamasına Bakışının Dağılımı	61
Tablo 17	Kadınların Gebelik Sayısına Göre Aile Planlamasına Bakışının Dağılımı	63
Tablo 18	Kadınların Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Aile Planlamasına Bakışının Dağılımı	65
Tablo 19	Kadınların Eğitim Durumuna Göre Aile Planlamasına Bakışının Dağılımı	68
Tablo 20	Kadınların Gebelik Sayısının Kullanılan Yönteme Göre Dağılımı	70
Tablo 21	Kadınların Gelir Durumuna Göre Gebelik İstemi ve Kürtaja Bakışının Dağılımı	70
Tablo 22	Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı	71
Tablo 23	Kadınların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ve Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı	71
Tablo 24	Kadınların Coopersmith Benlik Saygısı Puanlarının Yaş ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	72
Tablo 25	Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanlarına Göre Yaş, Yaşayan Çocuk ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	73
Tablo 26	Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanlarının Kürtaj Durumuna Göre Dağılımı	73
Tablo 27	Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Benlik Saygısına Göre Dağılımı	74
Grafik 1	Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Puanları	71

ÖZET
GAZİANTEP İLİNDE EL BECERİ KURSLARINA GELEN
KADINLARIN AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK, BİLGİ TUTUM
VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

FİRDEVS GÜR

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Danışmanlığı: Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET
Ocak 2017, 105 sayfa

Ana çocuk sağlığı tüm Dünya'da ve Türkiye'de en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Sağlıklı bireylerin yetişmesi için aile planlaması şarttır. Bu tezde, toplumun aile planlamasına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Kasım 2015-Mart 2016 tarihleri arasında Gaziantep Büyükşehir Belediyesine bağlı el beceri kurslarına gelen 1250 kadın oluşturmuştur. Çalışmada Aile planlaması tutum ölçeği, Coopersmith benlik saygısı ölçeği ve kişisel bilgi formu, elde edilen verilerin analizinde SPSS 22,0 istatistik analiz programı, sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma değerleri ve ki-kare testi kullanılmıştır. Katılanların %32,1'i 20-29, %33,2'si 30-39 yaş grubunda ve yaş ortalaması $33,69 \pm 10,59$ olup, %80,0'ı evli ve ilk evlilik yaşı ortalaması $16,46 \pm 7,73$, %31,7'si ilkokul mezunu, %54,6'sı ev hanımıdır. Gebelik sayısı ortalaması $2,84 \pm 2,36$ 'dır. Katılımcıların canlı doğum sayısı ortalaması $1,87 \pm 2,00$ olup, %17,8'i 1 düşük yaptığını ifade etmiştir. Katılımcılar AP'ye ilişkin bilgi kaynağının %46,9'u sağlık ocağı ve çalışanları olduğunu, %42,3'ü AP danışmanlığı aldığını, %54,8' si AP danışmanlığı almak istediğini, %61,9'u AP'yi "bakabileceği sayıda çocuk sahibi olmak" olarak tanımlarken %58,0'ı herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığını; yöntem olarak %65,2'si modern, %12,3'ü geleneksel yöntemleri kullandığını ifade etmiştir. Katılanların %65,5'i yüksek benlik saygısına sahip, %51,0'ı aile planlamasını uygulama konusunda yüksek tutuma sahip ve tutum ölçeği puan ortalaması $134,99 \pm 23,07$ 'dir. AP hizmetleri toplumun genelinde eşit sonuçlar verecek şekilde uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile Planlaması, Doğurganlık, Kadın, Tutum, Üreme Sağlığı

ABSTRACT
FROM COURSES FOR FAMILY PLANNING AMONG WOMEN IN
THE PROVINCE OF GAZIANTEP, SKILL, KNOWLEDGE,
ATTITUDES AND BEHAVIOR EVALUATION OF

FİRDEVS GÜR

Master's Thesis, Department Of Public Health Nursing
Thesis Advisory: Assist. Assoc. Dr. RABİA SOHBET
2017 January, 105 page

Maternal and child health is one of the most important health problems in Turkey and in the whole world. Family planning is essential for the growth of healthy individuals. Information on society's attitudes and behavior regarding family planning was examined in this descriptive study. This research sample consisted of 1250 women who attended handicraft courses affiliated to the Gaziantep Metropolitan Municipality between November 2015 and March 2016. Family planning attitude, the Coopersmith self-esteem scale and personal information form, SPSS 22.0 statistical analysis program, number, percentage, mean, standard deviation values and χ^2 test were used for the analysis of data obtained in the study. The average age of the women is 33.69 ± 10.59 , 80.0% are married and the average age of their first marriage is 16.46 ± 7.73 , 31.7% women are primary school graduates, 54.6% are housewives. The average number of pregnancies is 2.84 ± 2.36 . The average number of live births is 1.87 ± 2.00 , 17.8% stated that they had 1 miscarriage. The information source for women's family planning said that 46.9% were ASM and its employees, 42.3% has received family planning advice, 54.8% wanted to receive advice. Family planning defined 61.9% of women as "having enough children to look after". Women stated that 58.0% had used any method of family planning, 65.2% the modern and 12.3% the traditional method of family planning. 65.5% of women have high self-esteem, 51.0% have high attitudes and the average point on the attitude scale was 134.99 ± 23.07 . Family planning services should be organized to respond to society's needs.

Key words: Family Planning, Fertility, Women, Attitudes, Reproductive Health

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Ana çocuk sağığı tüm Dünya'da ve Türkiye'de en önemli sağıık sorunlarından birisidir. Bir milletin sağııklı bir toplum olabilmesi ana ve çocuk sağıığı ile doğrudan ilişkilidir. Dünya ülkeleri arasında gelir dağılımındaki eşitsizlikler, nüfusun hızlı artması, sosyal dengesizlik, gibi problemler artmaktadır(1). Dünya Doğurganlık Araştırması verilerine göre, gelişmekte olan 18 ülkenin doğurganlık çağıındaki kadınlarının %40-50'si daha fazla çocuk istemediğı halde, aile planlaması hizmetlerinin yetersizliğı nedeniyle çocuk sahibi olmaktadır. Ayrıca başka çocuk istenmemesine ve modern aile planlaması yöntemine kolaylıkla ulaşılabilmesine karşın, geleneksel yöntem kullanımı geçerliliğini korumaktadır. Geleneksel yöntem kullanımının fazlalığı beraberinde farklı sorunları da getirmektedir. Aile planlaması programları ile anne ve çocuk ölümleri önemli ölçüde azalmıştır. Dünya ülkeleri bu programlara ağırlık vererek anne ölümlerini ortalama %30-40 oranında azaltabilmişlerdir. Ülkemizde de aile planlaması hizmetlerine öncelik verilmelidir(2,3).

Ülkemizde kadınların hemen hemen tamamı aile planlaması yöntemlerini bilmelerine rağmen; modern yöntemleri istedik düzeyde kullanmamaktadırlar. Bu nedenle halen planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerin oranı oldukça yüksektir. Kadınların modern yöntemleri bildikleri halde kullanmamaları onların bu yöntemlere yönelik tutumları ile ilgili olabilir. Kadınların modern yöntemlere karşı olumsuz tutum içinde olmaları bu yöntemleri kullanımlarını etkileyebilir. Bu anlamda kadınların aile planlaması tutumlarının hangi düzeyde olduğunu ve hangi etmenlerden etkilendiğinin bilinmesi, ebe-hemşirelerin aile planlaması danışmanlığını etkili bir şekilde planlamalarını ve sunmalarını sağlayabilir.

Bu çalışma, Dünyada aile planlaması'nın gelişimi ile Türkiye'de aile planlamasının gerekliliğı, bugüne gelişi ve halen dünya'da ve Türkiye'de kullanılan aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi verilerek yeniliklerin olup olmadığı ve kadınların aile planlaması yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi aile planlaması hizmetlerinin de amacı toplumun sağlığını korumak ve geliştirmektir. Son 30 yılda sağlık alanında meydana gelen gelişmelerle birlikte yaşam süresinde artış olmuş, buna bağlı olarak anne ve çocuk ölümleri azalmıştır. Fakat yeryüzündeki sosyal ve ekonomik eşitsizlikler, hızlı nüfus artışı, çevre kirliliği gibi problemler halen devam etmekte ve yoksulluk giderek yaygınlaşmaktadır(1). Bu konular bütün ülkeleri ilgilendiren sorunlar olarak ortaya çıkmakta ve nüfusa yönelik uluslararası işbirliği zorunlu hale gelmektedir(2).

1994 yılında Kahire’de gerçekleşen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında(ICPD) üreme sağlığı kavramı ortaya atılmış ve dünya ülkeleri tarafından kabul gören bir tanım yapılmıştır.

Üreme sağlığı, “Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, üreme sisteminin bütün işlev ve süreçlerinin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” şeklinde ifade edilmiştir(3).

Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri bütün dünya ülkelerinin öncelik vermesi gereken konulardan biri olup, temel sağlık düzeyinin en önemli belirleyicilerindendir.

Ana-çocuk sağlığının geliştirilmesinin en etkin çözümlerinden biri, aile planlaması(AP) hizmetlerinin aktif olarak verilmesidir. Sağlıklı nesillerin var olması, toplumsal gelişimin ön şartı kabul edilmesine karşın ülkemizde nüfusun yarısını(%49) oluşturan kadın ve çocuklar, sağlıkla ilgili risk faktörlerinden en çok etkilenen gruptur. Aile planlaması hizmetlerinin asıl hedefi ana-çocuk sağlığının korunması ve sağlık düzeylerinin yükseltilmesidir.

2.1. Nüfus Planlaması, Dünya’da ve Türkiye’de Uygulanan Nüfus Politikaları

Sağlık; “yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak DSÖ tarafından tanımlanmıştır(4,5). Halen geçerliliğini koruyan bu tanım da olduğu gibi, sağlık çok geniş bir kavram olup, bireylerin özellikle kadınların genel sağlık düzeylerini etkileyen en önemli etmenlerden birisi, üreme sağlığı ile ilgili problemlerdir(6).

Dünyada Uygulanan Nüfus Politikaları:

20.yy’ın sonlarında tüm dünya ile ilgili çevre kirliliği, nüfus artışı vb. problemler tartışılmaya başlanmış, ortak çözüm yolları araştırılıp uygulanması için uluslararası düzeyde toplantılar yapılmıştır. Dünya üzerindeki nüfus artış hızı, azalmaz ise besin ve enerji kaynaklarının yetersiz kalacağı ve olumsuz çevresel etkileri olacağı şeklinde düşünceler ortaya çıkmıştır. 1974 yılında Bükreş’te yapılan Dünya Nüfus Konferansında gelişmiş ülkeler nüfus artışını kalkınmanın önünde bir engel olduğunu ifade etmişlerdir. Tıbbi yönü ile birlikte sosyal, ekonomik ve politik olan “Nüfus Planlaması” kavramı dünya gündemindeki yerini almıştır. Gelişmekte olan ülkeler nüfus artışının kalkınmanın önündeki engel olduğu fikrine muhalif

davranmış ve aralarında görüş birliği sağlanamamıştır. Birçok ülkeye zorla yaptırılan nüfus planlaması çalışmalarından ise istenen sonuç alınamamıştır(7).

1984'te Meksika'da düzenlenen Dünya Nüfus Konferansında gelişmiş ülkeler hızlı nüfus artışı ile kalkınma arasında ilişki kurmaktan vazgeçip ana-çocuk sağlığını ön plana çıkarmışlardır(7). Tüm çiftlerin ve bireylerin istedikleri kadar çocuk sahibi olmaları, iki gebelik arası süreye doğru karar verebilmeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları olarak tanımlanan "Aile Planlaması" kavramı uluslararası düzeyde oybirliği ile güvence altına alınmıştır(3). 1994'te Kahire'de gerçekleştirilen ICPD'de "üreme sağlığı" ifade edilmiş ve dünya ülkeleri tarafından kabul edilen bir tanım yapılmıştır. Bu tanım; "Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, üreme sisteminin bütün işlevlerinin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." şeklindedir(8,9). Üreme sağlığı hamileliğin oluşumundan, doğum, çocukluk, adolesan, erişkin ve ileri yaş dönemleri de dahil olmak üzere her yaşı ve her iki cinsiyeti de kapsamaktadır. Herkesin yaşantısında, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklı üreme ve cinsel sağlık ihtiyaçları vardır. Bu yaklaşımda, "Doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması, sağlıklı yaşamın ilk adımıdır." görüşü yer alır(10). ICPD'nin 20 yıllık eylem planına göre, 4 ana ve 14 alt başlık halinde hedefler belirlenmiş ve beş yılda bir izlem kararı alınmıştır(11).

Ana başlıklar;

1. Evrensel anlamda eğitim,
2. Bebek ve çocuk ölümlerinin azalması,
3. Ana ölümlerinin azalması,
4. AP de dâhil olmak üzere üreme ve cinsel sağlık hizmetlerine ulaşılması.

Bu kapsamda ülkeler, AÇS/AP hizmetlerini yaymaya yönelik yatırımlar yapmışlar, ancak nüfus planlaması politikalarının bir uzantısı olarak uygulamaya konulan AÇS/AP programları insana bütüncül yaklaşımı benimseyememiş ve üreme sağlığı hizmetleri doğum kontrol yöntemleri ile sınırlı kalmıştır.

Türkiye'nin Demografik Yapısı ve Nüfus Politikaları

Ülkemiz'de demografik değişimler, Cumhuriyet'in kuruluşundan önce Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerinde başlamıştır. Genel anlamda uygulanan üç çeşit nüfus politikası vardır. Pronatalist (doğurganlığı artırıcı) nüfus politikaları, 1923-1963 yılları arası, antinatalist (doğurganlığı azaltıcı) politikalara geçilen 1964-1982 yılları arası ve antinatalist politikaların yerleştiği 1983 ve sonrası olarak incelenmektedir.

1923-1963 yılları; Cumhuriyetin ilk yıllarında, savaşlarda büyük kayıplar yaşamış bir nüfus vardır. Ekonomik, sosyal ve ticari hayatın yeniden oluşması nüfus artışına ihtiyaç duyulmuş ve pronatalist politikalar uygulanmıştır. Uygulanan kanunlarda düşük ve kürtaj yasaklanmış, 1926'da kabul edilen Türk Medeni Kanun'u ile erkekler ve kadınlar için belirlenen evlilik yaşları (sırası ile 18 yaş ve 17 yaş), 1938 yılında kabul edilen 3453 sayılı Yasayla erkekler için

17'ye, kadınlar için ise 15'e indirilmiştir. 1936'da" anasoy'un devamlılığını ve sağlığını tehlikeye düşürmek" suç olarak isnad edilmiş, halkın sağlığını korumak amaçlanmıştır. 1940-1945 döneminde nüfusta önemli bir düşüş olmuştur (Tablo 1).

İkinci Dünya Savaşında erkeklerin askere alınması nedeniyle evlilik ve doğumlar ertelenmiş, doğurganlık hızı düşmüştür. 1945-1950 arası nüfus hızı artmış, 1923-1955 yılları arasında 13 milyondan 24 milyona yükselmiştir. Toplam doğurganlık hızı kadın başına 5,5 doğum iken 7,0 doğuma yükselmiştir. Pronatalist politikalar dönem sonuna kadar uygulanmış ancak ana-çocuk sağlığı ile ilgili problemlerin artması nedeniyle kısmi olarak yavaşlama olmuştur(12). Devlet Planlama Teşkilatı ile Sağlık Bakanlığı'nın 1965'ten sonra yaptığı çalışmalarda nüfus hızını düşürmek için Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuş, doğum ve ölümler konusunda önleyici tedbirlerin artırılması kararına varılmış, böylece 1985-1990 arasında yıllık nüfus artış hızı %3,17 azalarak %21,71 olmuştur. 1982 yılında değiştirilen, Medeni Kanun'da erkeklerin 17, kızların 15 olan evlenme yaşı 18'e yükseltilmiştir. Kalkınma planları ile birlikte nüfus politikası da yasal hale gelmiştir(12,14).

1. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967); Hızlı nüfus artışının ekonomik gelişmeyi engellediği görüşü ile nüfus planlamasına dayalı bir nüfus politikasının gerekliliği ortaya çıkmış ve sağlık personelinin nüfus planlaması konusunda bilgi vermesi amaçlanmıştır(12,13,14).

2. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972); "Nüfus Planlaması" kavramının yerini "Aile Planlaması" almıştır(14).

3. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977); Aile planlamasının sağlık bakımından ayrı olmayacağı benimsenmiş ve kuruluşlar arasında işbirliği desteklenmiştir(14).

4. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1978-1983); Bebek ölüm hızının yüksek, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin yetersiz olması, nüfus problemi olarak görülmüştür. Ayrıca aile planlamasının, ana-çocuk sağlığı hizmetleriyle birlikte ele alınması gerektiği belirtilmiştir. 1983 yılında nüfus planlamasıyla ilgili "2827 sayılı kanun" kabul edilmiştir.

5. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989); Tablo 1'de de olduğu gibi, yıllık nüfus artışı 1985-1990 arasında düşmüş, daha önce yapılan çalışmaların olumlu sonuçları ile birlikte aile sağlığı konusunda alınan önlemlerin artırılması ve diğer alanlarda nüfus kalitesinin artırılması kararlaştırılmıştır(14).

6. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994); Nüfus hızını azaltma politikaları uygulanmış, nüfus politikalarına yönelik çalışmaların desteklenmesi, nüfusta meydana gelen değişimlerin geleceğe yansımaları için takip edilmesi ve bebek ölüm hızının düşürülmesi hedeflenmiştir(13,14).

7. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996- 2000); Nüfus artışının, ekonomik değişim sürecini daha hızlı gelişmeyi engellediği, ev, sağlık, eğitim ve altyapı ihtiyacının arttığı, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması gereklidir. Planın temelinde, bireysel refahın hızlı artması için nüfus artışını yavaşlatıp kalkınma hedefleriyle uyumlu bir nüfus yapısını oluşturmak vardır.

8. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001- 2005); Kalkınmanın sürekliliği anlamında nüfus etkinlikleri ile birlikte diğer alanlardaki değişimlerinde göz önünde bulundurulması elzemdir. Ana-çocuk sağlığı ile ilgili doğum öncesi bakım, sağlık personeli ile doğum, doğum sonu bakım ve modern AP yöntemlerinin kullanımında artış olmasına rağmen, bölgeler arasında farklılık vardır. 1998 yılı Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarında, doğum öncesi bakım almamış hamilelerin oranı şehirlerde %21,7, kırsalda %47,9'dur. Kentlerde, sağlık kuruluşu dışında doğum yapma oranı %19,8 iken, kırsalda %40,3'dür(13,14).

9. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007- 2013); Nüfus hızının azalması yönünde politika devam etmiştir. Hızlı nüfus artışının sebep olduğu olumsuzluklar azalmış, fakat istihdamın artırılması, işsizliğin azaltılması, eğitime ilişkin sorunlar bitmemiş ve eğitim-istihdam arasındaki ilişki istenen düzeye gelmemiştir(14).

Tablo 1:Yıllara göre Türkiye'de Nüfus (1927-2050)

Yıllar	Toplam	Kadın	Erkek
1927	13.648270	6.563879	7.084 391
1950	20.947188	10.572557	10.374631
2000	67.803927	34.346735	33.457192
2012	75.627384	37.956168	37.671216
2013	76.667.864	38.473.360	38.194.504
2014	77 695 904	38 711 602	38 984 302
2023	84.247088	42.137362	42.109726
2050	93.475575	46.462118	47.013456

Kaynak: <http://www.tuik.gov.tr> erişim(25.10.2015)

2.2. Üreme Sağlığı Kavramı ve Üreme Hakları

Dünya genelinde nüfus, kalkınma ve doğurganlık arasındaki bağıntı ilk olarak 'nüfus planlaması', daha sonra 'doğum kontrolü' ve 'aile planlaması' ortaya çıkmıştır. Bu alanda yapılan çalışmalarda kadının konumu ve kadınla ilgili sağlık sorunları arasındaki bağlantı, kadın nüfusun ön plana alınmasına ve bu kavramlara "kadın sağlığı" kavramının da eklenmesine neden olmuştur. Günümüzde kadın ve erkeğin üreme ve cinsel sağlığı birlikte ele alınmaktadır. 1990'lı yıllarda kadın sağlığı ve aile planlamasının kapsadığı alan düzenlenen uluslararası konferanslarda alınan kararlar sonucunda dünyada olduğu gibi Türkiye'de de değişmiştir. Ülkemizde üreme sağlığı ve aile planlaması konuları doğurganlık ve annelik ile birleştirildiğinden sadece 15-49 yaş kadınlar dahil edilmekteydi. 1994 yılında Kahire'de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (UNKK) ile üreme sağlığı konusunda daha geniş bir yaklaşım ve tanım getirilmiştir. 1995 yılında Pekin'de düzenlenen IV. Dünya Kadın Konferansı ile kadının güçlenip ilerlemesi, kadın-erkek eşitliğinin geliştirilmesi ve toplumsal cinsiyet gibi sosyal konular öne çıkarılmıştır.

Nüfus ve kalkınma, kadının statüsü, üreme sağlığı gibi konularda dünya çapında ilerlemesini sağlamak amacıyla uluslararası anlamda önemli kararların alındığı bu dönemde Sağlık Bakanlığı da Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ile birlikte Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Strateji Planı (KS/AP USP) (Ocak 1996) ve Ulusal Faaliyet

Planı (Haziran 1998) hazırlamış ve 2000 yılına kadar amaçlanan hedeflere yönelik uygulamaya geçilmiştir(16,17). Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı bittiğinde bireyin ihtiyacını karşılayan, üreme, kadın sağlığı, aile planlamasını bir araya getiren “Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı” (CS/ÜS) kavramı oluşturulmuştur. Bu yaklaşım, daha önceden kadın sağlığı ve aile planlaması adı altında yapılan uygulamaların, CS/ÜS yaklaşımıyla ilerlemesi şeklindedir(16,17). İnsan hakları konusunda ilk kapsamlı bildirge, 1948 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda açıklanan “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi” olarak tarihteki yerini almıştır. Bu beyannamenin 16. maddesi;

1. “Evlilik çağına varan her erkek ve kadın, ırk, uyrukluk veya din bakımından hiçbir kısıtlamaya tabi olmadan evlenme ve aile kurmak hakkına sahiptir. Her erkek ve kadın evlenme konusunda, evlilik süresince ve evliliğin sona ermesinde eşit haklara sahiptir”.

“Evlenme akdi ancak müstakbel eşlerin serbest ve tam rızasıyla olur”.

“Aile, cemiyetin en tabii ve temel unsurudur, cemiyet ve devlet tarafından korunma hakkına sahiptir” şeklindedir(19). Bu madde ile evlenme ve aile kurma hakkına, diğer bir anlamda da üreme sağlığı ve üreme haklarına değinilmiştir.

1948’de İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin kabul edilmesinden 20 yıl sonra 1968 Tahran İnsan Hakları Konferansı’nda “Üreme Hakları” ilk kez dile getirilmiş ve şöyle tanımlanmıştır:

“Ebeveynlerin dünyaya getirecekleri çocuk sayısı ve aralığı hakkında özgür ve sorumlu karar verme hakkı ve bu çerçevede yeterli bilgi ve eğitim alma hakları vardır” (United Nations(UN), 1968). Bu konferansta üreme hakları, ebeveynler üzerinden açıklanmış, kadın veya erkek bireylerin üreme haklarına yer verilmiştir(2).

Dünyada nüfusa ilişkin uygulanan politikalar ve kalkınma ilişkisi beş kez düzenlenen dünya konferanslarıyla ele alınmıştır. İlk olarak 1954 Roma, ikincisi 1964 Belgrad, 1974 Bükreş, 1984 Mexico City ile devam etmiş en son 1994 yılında Kahire’de Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı düzenlenmiştir(2).

Dünya Nüfus Eylem Planı Taslağı, pek çok değişikliğe uğramıştır. Eylem Planına göre üreme hakları; “Tüm çiftlerin ve bireylerin dünyaya getirecekleri çocuk sayısı ve aralığına özgür ve sorumlulukla karar verme ve bunun için gerekli bilgi, eğitim ve araçlara ulaşma hakkı vardır, bu bağlamda çiftlerin ve bireylerin sorumluluğu kendi yaşamları ve çocuklarının geleceği ile ilgili ihtiyaçları ve toplumlarına karşı sorumluluklarını göz önüne alır” şeklindedir(2).

ICPD 1994 konferansı ile beraber üreme sağlığı alanına, çocuk sahibi olma isteği ve doğurganlık hakkındaki özgürlüklerin yanı sıra, adölesan cinselliği, istenmeyen gebelikler, sağlıksız düşük, anne-gebe ölümleri ve buna bağlı oluşan sakatlıklar, HIV/AIDS ve CYBH’da eklenmiştir. Böylelikle üreme sağlığı hizmet ve haklarının kapsamı da genişlemiştir. FWCW 1995 de kadın erkek eşitliğinin sağlanması ve bunun gelişmesi, toplumsal cinsiyet gibi sosyal konulara yer verilmiştir(19).

1994 nüfus ve kalkınma konferansı sonunda 179 ülke tarafından kabul edilen bir eylem programı oluşturulmuş ve 2015 yılına kadar uygulanma kararı alınmıştır. Ülkemiz’de bu programı kabul eden ülkelerdendir(19). 1994 yılından beri uygulanan Üreme Sağlığı Hizmetlerinin başlıca hedefi; ÜS ve AP ile ilgili ihtiyaçları karşılanması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümlerin azaltılması, erkek katılımının artırılması, emzirmenin teşvik edilmesi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon ve komplikasyonların önlenip tedavi yöntemlerinin bulunması, cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterince gelişmesinin sağlanması, kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşılması, gençlere sağlıklı üreme ve cinsel davranışların özendirilmesi, hizmet ve danışmanlık sağlanması, erken yaştaki gebeliklerin azaltılması, olarak belirlenmiştir.

Üreme Sağlığı Kapsamındaki Hizmetler: ÜS hizmet ve sorunları, yaşamın her döneminde, süreklilik ve bütünlük içerisinde ele alınmalıdır.

Adölesan dönem, doğurganlıkla ilgili olayların en fazla yaşandığı üreme dönemi, postmenopozal ve yaşlılık dönemleri de daha çok kendine özgü problemlerin yaşandığı dönemlerdir. Sunulan hizmetler bu problemlere göre düzenlenmelidir. Kahire Konferansından on yıl sonra yapılan değerlendirmede; ülkelerin üreme sağlığı kavramı ve uygulamasını benimsedikleri, %90’ının da üreme hakları konusunda ilerleme gösterdiği görülmüştür(20). Üreme hakları ve cinsel haklar açısından önem taşıyan uluslararası diğer bir belge, BM Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi’dir(CEDAW). CEDAW amacı, kadın-erkek eşitliğinin toplumsal yaşamın her alanında sağlanması amacıyla, “Kalıplaşmış kadın-erkek rollerine dayalı önyargılarla birlikte geleneksel ve benzer tüm ayrımcılık içeren uygulamaların yok edilmesidir”(21). Anne ölümlerinde en çok görülen tıbbi nedenler; aşırı doğurganlık, doğum öncesi bakım ve beslenme yetersizlikleri ile sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama ve düşük sosyo-ekonomik düzeydir.

Kadınlar ve dolayısı ile annenin sağlığı, kendisi ile birlikte doğacak çocukların sağlığı açısından da önemlidir. Anne sağlığı, aile sağlığı veya toplum sağlığından ayrı düşünülmemelidir. Çünkü sağlıklı kadın; sağlıklı gebe, sağlıklı gebe sağlıklı çocuk ve sağlıklı çocuk sağlıklı toplumu beraberinde getirir(22,23).

ÜS kavramı hem kadın hem erkeğin ihtiyaçlarını barındırmaktadır. Erkeklerin ideal aile büyüklüğü, cinsiyet tercihleri, ideal doğum aralıkları, aile planlaması yöntemlerini kullanma gibi konulardaki bilgi düzeyi, tutum ve davranışları eşlerin doğurganlık tutumlarını etkilemektedir. Hamilelik ve doğuma bağlı sağlık sorunlarını kadınlar yaşamaktadır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar da kadınlarda ciddi sekillere sebep olmaktadır. Kadınların kontraseptif kullanımı erkeklere göre üç kat daha fazla ve kullandığı AP yöntemleri de sağlık açısından daha risklidir. Toplamların çoğunda cinsellik konusunda, kadın ve erkek arasında büyük eşitsizlikler mevcuttur(22,23).

Dünyada son 20 yıla kadar üremeye ilişkin sağlık sorunları, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) kapsamında yer alırken, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşanan gelişmelerle birlikte var olan AÇSAP yaklaşımı, üreme sağlığı ile ilgili tüm sağlık sorunlarını ve hizmet ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle, yeni bir kavram olarak “Üreme Sağlığı” ve bunun tüm yaşam döngüsü boyunca ele alınması yaklaşımı, dünya ülkeleri tarafından benimsenmiştir.

2.3. Kadın Sağlığı

DSÖ sağlığın tanımını; “Yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak yapmıştır(5). Bu tanımda da olduğu gibi, sağlık çok boyutlu ve geniş bir alanı kapsar. Kadın sağlığını etkileyen en önemli problemlerden biri, üreme sağlığı ile ilgili yaşanan sorunlardır(6). Kadın sağlığı, bireyin kendisi kadar doğacak çocukların sağlığı yönünden de önemli olup aile ve toplum sağlığından ayrı tutulmamalıdır(23). Kadının sağlıklı olması sağlıklı gebe, sağlıklı çocuk ve sağlıklı toplumdur. Kadın sağlığını coğrafi dağılım, yaşanan yerin özellikleri ve eğitim seviyesi etkiler. Doğum öncesi bakım, anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla izlenmesidir. Prenatal veya antenatal bakım hizmeti de denir(23). Kadın sağlığını etkileyen ilgili birçok problem, doğurganlık çağında ortaya çıkar. Mortalite ve morbidite nedenleri; erken evlilik, ergen gebelik, sık ve çok sayıda gebelik, düşükler, yetersiz ve dengesiz beslenme, enfeksiyon, olumsuz çevre koşulları, uygulanan nüfus politikası, aile planlaması, acil bakım ve sağlık bakımına ulaşım, kadına yönelik şiddet, cinsel taciz, tecavüz, doğum öncesi ve doğum sonu bakım sırasında karşılaşılan sorunlardır(23).

Anne sağlığı; 15-49 yaş gurubundaki kadınların gebelik, doğum, lohusalık dönemlerinde aldıkları sağlık hizmetleridir. Etkileyen faktörler; genel sağlık düzeyi, ülkede uygulanan sağlık sistemi, mevcut hizmetlerin varlığı, yaygınlığı, ulaşılabilirliği ve niteliği, genel nüfus politikası, isteyerek düşüklerle ilgili yasal mevzuat, kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi, tutum ve davranışlar, doğum öncesi bakım hizmetleri, doğumun yapıldığı yer ve doğuma yardım eden kişinin niteliği, lohusalık dönemi bakım, toplumsal beslenme genel eğitim ve sağlık eğitim düzeyi, toplumun genel haberleşme ve ulaşımı, sosyo-ekonomik düzey, kadının eğitimi, istihdamı, yaş, doğurganlık özellikleri ve sağlık davranışları gibi etkenlerdir(23). Bir ülkede ana sağlığı hizmetlerini gösteren ölçütler vardır;

Ana ölüm hızı: Hamileliğin şekline ve zamanına bakmadan ortaya çıkan hastalık ve buna bağlı komplikasyonlar sonucu oluşan ölümlerdir. Kaza ve intiharlar bu kapsamda değildir.

Bebek Ölüm Hızı: Bir yaşımdan küçük bebeklerin yıllık ölüm hızıdır. Bebek ölümlerinin içine ölü doğum ve düşükler dahil değildir(22, 24,25,27).

Neonatal Ölüm Hızı: Canlı doğan bebeklerin 0–28 günlük dönemde kaybedilmesidir.

Postneonatal Ölüm Hızı: Canlı doğan bebeklerin 29–365 günlük dönemde ölmesidir(22, 24,25,27).

Perinatal Ölüm Hızı: Perinatal ölüm hızı, Bir yıl içinde ölü doğan bebek sayısı + (0–7) günlük iken ölen bebek sayısı\ Aynı yıl içindeki toplam (canlı+ölü) doğum sayısı x1000(24, 26, 29).

Genel Doğurganlık Hızı: Doğurgan çağıdaki her bin kadının bir yılda yaptığı canlı doğum sayısıdır. Genel doğurganlık hızı, Bir toplumda bir yıldaki toplam canlı doğum sayısı\ Aynı toplumda ve aynı yıldaki 15-49 yaşlardaki kadın yıl ortası nüfusu x1000(22, 24,25, 27).

Yaşa Özel Doğurganlık Hızı: X yaş grubu özel doğurganlık hızı= X yaş grubundaki kadınların bir yılda doğurdukları canlı doğum sayısı\ X yaş grubundaki kadın yıl ortası nüfusu x k (1000) (24, 26, 27, 28, 29).

Üreme Hızı: Doğurganlık düzeyi hakkındaki bir ölçüttür. Üreme hızı=Bir yılda doğan canlı kız çocuğu sayısı\ Doğurgan çağıdaki (15–49 yaş) kadınların yıl ortası nüfusu x 1000(22,27).

Doğal Artış Hızı: Kaba doğum hızından kaba ölüm hızının çıkarılıp yıl ortası nüfusa bölünmesi ile bulunur. Yıl ortası nüfus, 30 Haziran–1 Temmuz arası nüfus hesaplanır. Doğal artış hızı, göçler hesaba katılmadan bir toplumun nüfusunda meydana gelen sayısal değişimlerdir. Doğal artış hızı=(Bir yıldaki canlı doğum sayısı)–(Bir yıldaki ölüm sayısı)\ O toplumun yıl ortası nüfusu x1000(22,27).

Düşük Hızı: Düşük sayısı aile planlaması hizmetlerinin yeterli olup olmadığını gösterir. Düşük hızı = Bir yıl içerisindeki düşük sayısı\ Yıl ortası nüfusu x 1000(22, 24,25, 27).

2.4. Kadın Hayatının Dönemleri

Kadın yaşamına bir döngü olarak bakıldığında bu döngüde yaşam, belli dönemlerde incelenir. Her dönem farklı özellikler gösterir ve bu dönemlerde insan fiziksel ve duygusal gelişim içindedir. Yeni doğan Dönemi: Postpartum ilk 28 gündür. Çocukluk Dönemi: 8 yaşına kadardır(29, 30, 31, 32, 33, 34).

Puberte-Adölesan dönemi; Fiziksel, biyokimyasal, ruhsal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme, olgunlaşma süreçleriyle çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir. Bu dönemde menarj adı verilen ilk menstruasyon kanaması oluşur. Puberte döneminde hipotalamus-hipofiz hormonları etkisiyle seksüel, bedensel ve psikolojik değişimler yaşanır.

1.Seksüel Değişiklikler Sekonder seks karakterlerinin görülmesi ve genital organlarda oluşan değişikliklerdir. Bu değişiklikler: Telarş(Telarche): Meme dokusunun gelişimi olup 14 yaşında tamamlanır. Pubarş(Pubarche): Pubis'in kıllanmasıdır. Adrenarş (adrenarche): Aksiller kıllanmasıdır. Menarş(menarche): İlk menstruasyon kanamasıdır. İlk menstruasyon yaşını beslenme, endokrin organlar, hastalıklar, iklim ve genetik faktörler etki eder. 10-16 yaş arasındır(29, 30, 31, 32, 33, 34).

2.Bedensel Değişiklikler: Pubertede vücut yapısında östrojene bağlı önemli değişiklikler görülür (Boyda uzama, pelviste genişleme).

3.Psikolojik Değişiklikler: Genç kız puberte döneminde çocukluktan olgunluk çağına geçer. Pubertenin 8 yaşından önce ortaya çıkmasına puberte prekoks (erken puberte), 16 yaşına kadar sekonder seks karakterleri ve menarşın oluşmamasına ise puberte tarda(geç puberte) denir.

Seksüel Ergenlik Dönemi: Başlangıç yaşı ortalama 19'dur. Türkiye'de sosyo-kültürel etmenlere bakıldığında bu yaş 15 olarak kabul edilmektedir. 15-45 yaş arasında yer alan bu dönem kadının en üretken olduğu zaman dilimidir. Yaklaşık 400-500 ovulasyon meydana gelir. Bu dönemde folikül oluşması, ovulasyon, korpus luteum oluşumu ve menstruasyon düzenli olarak devam eder. Hamilelik ve emzicilik de bu dönemde yaşanır. Bu dönemde yaşanan en önemli sorunlar: gebelik, doğum, doğum sonu komplikasyonlar, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kansızlık, beslenme bozukluğu, cinsel taciz, istismar, cinsiyet temelli şiddet, hizmetlerden mahrum bırakılma, anne ölümü ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığıdır(29, 30, 31, 32, 33, 34).

Klimakterium ve Menopoz Dönemi: Cinsel olgunluk devresinin sona ermesinden sonra gelir. Klimakterium dönemi 40'lı yaşlarda başlar ve menopozdan sonra belli bir süreyi de içine alarak yaşlılık dönemi olarak adlandırılan 65 yaşına kadar devam eder. Klimakterium ve menopoz kelimeleri aynı değildir. Klimakterium, cinsel olgunluk döneminden yaşlılık döneminin(senium) başlamasına kadar olan dönem içerisinde kadın son âdetini gördükten sonra yaşlılık dönemine kadar devam eder. Klimakterium ile ilgili şikâyetler, kadının erken hayat devresinde başlarsa erken klimakterium; daha geç (55-60 yaş) başlarsa geç klimakterium denir. Klimakterium ile başlayan ovarial folliküllerdeki azalma ile beraber östrojen üretimi düşer. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, menopoz başlangıç yaşı 46-48 yaş arasındadır(29,30,31,32,33,34). Klimakterium dönemi WHO' nun sınıflamasına göre üç bölümde incelenir:

Premenopoz: İlk semptomların görüldüğü klimakterium, başlangıçtan menopoza kadar geçen süredir. Menstruel siklus düzeni kaybolur ve fertilité şansı düşer. Düzensiz sikluslar birkaç ay veya birkaç yıl sürebilir.

Menopoz: En son âdet kanamasının görülmesidir.

Postmenopoz: Menopozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süredir. Menopozdan sonraki 6-8 yıllık süreyi kapsar. Bir kadının postmenopozda olması için 12 aylık amenore periyodunu tamamlamış olması gereklidir. Bu dönemde vejetatif ve pisişik bozukluklar ortadan kalkar. Yaşlılığa bağlı olarak organik hastalıklar görülür.

Menopoz, başlangıç yaşı ve biçimi bakımından üç değişik bölümde incelenebilir: Natürel (Doğal) Menopoz: Foliküllerin tükenmesi ile ortaya çıkan fizyolojik durumdur. Erken Menopoz: Doğal menopoz yaşı 40 yaşın altında ise "erken menopoz" ya da "prematür over yetmezliği" denilir. Doğal menopozlu kadınların %1-4'ünü oluşturur. Erken menopoz; idiyopatik (sebebi belli olmayan nedenler), otoimmün hastalıklar, radyasyon ve kemoterapi, enfeksiyonlar, çevresel faktörler, kürtaj ve düşükler, sık gebelik, uzun süre emzirme, ciddi şişmanlık, hipotroidizm, ooferektomi gibi nedenlerle ortaya çıkar.

Cerrahi Menopoz: Bazı ameliyatlar normal zamandan önce menopoza girişe neden olur veya yaşına bakılmaksızın âdet görmekte olan bir kadının overleri herhangi bir nedenle çıkarılırsa bu durumda "cerrahi menopoz" oluşur. Ayrıca radyasyon tedavileri sırasında over fonksiyonları kalıcı bir şekilde kaybolur. Kanser kemoterapisi uygulamalarında oluşan fonksiyon kayıpları geri dönüşümlüdür(29, 30, 31, 32, 33, 34).

Menopoza Girişi Etkileyen Faktörler: Genetik Faktörler menopoza girme yaşında önemlidir. Bir aileye mensup kadınlar aynı yaşta menopoza girmektedir. Ortaya çıkmasında over fonksiyonlarındaki dengenin rolü vardır. Düzensiz âdet gören kadınlar, düzenli âdet görenlere göre daha erken menopoza girmektedir. Ağır metabolik hastalıklar, genetik bozukluklar, enfeksiyon hastalıkları, kemoterapi ve radyoterapi, sosyal faktörler (Asya, Avrupa ve Kuzey Amerika'da yapılan bazı araştırmalarda kırsal ve geleneksel toplumlarda menopoz yaşının 1-1,5 yıl daha erken olduğu, ırk, eğitim, evlilik yaşamı, sosyal sınıf, köy ya da kentte yaşama gibi) menopoz yaşını etkilemektedir(29, 30, 31, 32, 33, 34).

Senium(Yaşlılık) Dönemi: Organizmanın geriye dönüşü olmayacak bir şekilde yıpranması ve işlevlerinin bozulmasıdır. Doku ve hücrelerdeki yaşlanma dikkate alındığında 64 yaş ve yukarı yaş bireylerin yaşlılık döneminde oldukları kabul edilir(23).

2.5. Kadın Sağlığı, Cinsel ve Üreme Sağlığı Açısından Öncelikli Sorunlar

Dünya ve Türkiye’de CS/ÜS kapsamında yer alan sorunların geniş bir alanı vardır. Müdahale alanları; güvenli annelik (acil obstetrik hizmetler dahil olmak üzere), aile planlaması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar(CYBE) hiv/aids, adölesan, cinsel ve üreme sağlığı, erkeklerde CS/ÜS ile ilgili sorunlar, infertilite, postmenapozal durumlar, yaşlılıkta CS/ÜS, üreme sistemi kanserleri, cinsel taciz ve cinsel şiddet, cinsiyete dayalı şiddet, göçmen, mülteci, vb. gruplarda cinsel sağlık ve üreme sağlığı olarak yer alır. Yapılan çalışmalarda ülkemizin CS/ÜS açısından öncelikli sorunları: Anne ölümlerinin yüksek olması. İstenmeyen gebeliklerin fazla olması. CYBE/HIV/AIDS sıklığının artması. Gençlerin CS/ÜS düzeylerinin düşük olmasıdır(18).

Anne Ölümlerinin Yüksek Olması: Tüm hamilelik ve doğumlar normal fizyolojik bir süreç ve olay olmakla beraber risk taşıyabilir. Dünya’da her yıl 200 milyon kadın hamilelik yaşamakta, 128 milyon doğum meydana gelmekte, her yıl 500.000’den fazla kadın, gebelik ve doğum komplikasyonlarına bağlı olarak yaşamını yitirmekte olup bu ölümlerin %1’i gelişmiş, %99’u gelişmekte olan ülkelerdedir. Dünya Doğurganlık Araştırma bulguları, kısa doğum aralığının bebeklerin yaşama ihtimalini %60-70, çocukların beş yaşına kadar yaşam şansını ise %50 azalttığını ortaya koymuştur. 20 yaşından küçük annelerden doğan bebeklerin ilk ay ölüm riski, 25-34 yaş grubundaki doğumlara göre, %24 daha fazladır. Anne ölümlerinin büyük çoğunluğu doğurganlığın yüksek, eğitim düzeyinin düşük, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinden yoksun, Afrika ve Güney Asya ülkelerinde görülmekte ve dakikada ortalama bir kadın gebelikle

ilgili nedenler sonucu hayatını kaybetmektedir(35). Kadınların büyük bölümü önlenabilir nedenler sonucu yaşamını yitirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2015 yılı verilerine göre anne ölümü her 100.000 canlı doğumda 1990-2013 yılları arasında %45 azalmıştır. 1990 yılında doğrudan obstetrik nedenlere bağlı 523000 ölüm olmuştur. Gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar nedeniyle 2013 yılında 289.000 kadın hayatını kaybetmiştir. Kanama (%27), gebeliğin hipertansif hastalıkları (%14) ve sepsis (%11), anne ölümlerinin nedenleri olmaya devam etmektedir(36). Gelişmekte olan ülkelerde aynı yıllar arasında anne ölümleri (Örneğin; Malawi-%72) ve 5 yaş altı ölümlerde (Örneğin; Equatorial Guinea-%72) ciddi azalmalar görülmüştür(36). Dünya'da 40-60 milyon, ya da her yıl 1000 canlı doğuma karşı, 300-500 yasal olan ve olmayan düşük yapılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde yasa dışı düşük komplikasyonu olarak septik abortus ve buna bağlı anne ölümleri ciddi düzeyde olup, anne ölümlerinin 1/4-1/3'ü güvenli olmayan düşük komplikasyonları nedeniyledir.

İstenmeyen gebeliklerin yanı sıra, anne ve çocuk ölümlerinin en az üçte birini önleyebilen AP hizmetlerine dünyada 300 milyon çift ulaşamamakta ve dünya genelinde anne ölümlerinin %80'i benzer nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Bunlar kanama, enfeksiyon, hipertansiyon, zor ve uzamış doğum eylemi ve düşüklüdür(35). Türkiye'de Anne ölümlerinin tanımlanmasında DSÖ' nün tanım ve uygulamaları kullanılmaktadır. Bu tanımlar:

Gebeliğe Bağlı Ölüm: Ölüm nedenine bakılmaksızın gebelik, doğum, doğum sonrası 42 gün içinde meydana gelen tüm kadın ölümleridir.

Anne Ölümü: Bir kadının, gebelik sırasında ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresi ve yerine bakmaksızın, gebelik durumu ya da gebelik süresinin şiddetlendirdiği tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan ölümdür.

Doğrudan Anne Ölümü: Gebelik durumunda (gebelik boyunca, doğum ve lohusalık döneminde) yapılan müdahaleler, ihmaller, yanlış verilen bakım hizmeti sonucu oluşan obstetrik komplikasyonlardan kaynaklanan ölümlerdir.

Dolaylı Anne Ölümü: Önceden (Gebelik öncesi) var olan veya gebelik sırasında gelişen bir hastalık ile obstetrik kaynaklı olmayan ancak gebeliğin fizyolojik etkisiyle oluşan ölümlerdir.

Geç Anne Ölümü: Doğumdan veya isteyerek ve kendiliğinden düşüklere sonra 42.gün ile bir yıla kadar olan zaman diliminde doğrudan veya dolaylı nedenlerle meydana gelen ölümlerdir.

Tesadüfi Ölümler: Gebelik, doğum, doğum sonrası 42 gün içerisinde meydana gelen doğrudan ve dolaylı obstetrik nedenlere bağlı olmayan ölümlerdir.

Anne ölümleri Türkiye'de 2007 Anne Ölümleri İzleme Programının kurulmasına kadar belli dönemlerde gerçekleştirilmiş araştırmalarla ortaya koyulmuştur. Belirli bir bölgede/ülkede, belirli bir sürede gebeliğin 1. günü ile postpartum 42. günü arasında ortaya çıkan ölümlerdir.

Anne Ölümleriyle İlgili Yapılan Çalışmalara Bakıldığında;

Türkiye Nüfus Araştırması (1974-75)

–Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından ikili kayıt sistemi ile tahmin yapılmıştır. Oran; Yüz bin canlı doğumda **208** çıkmıştır.

Türkiye Nüfus Araştırması (1988)

–Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından kız kardeş yöntemi ile **1981** yılına ait tahmin yapılmıştır. Oran; Yüz bin canlı doğumda **132** bulunmuştur.

Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması (1998)

–Sağlık Bakanlığı AÇS-AP Genel Müdürlüğü tarafından hastane kayıtlarından faydalanılarak yapılmıştır. Oran; Yüz bin canlı doğumda **49** bulunmuştur.

Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (2005)

–Sağlık Bakanlığı AÇS-AP Genel Müdürlüğü-Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü iş birliği ile Avrupa Birliği’nin desteği ile Üreme Sağlığı Programı kapsamında uygulanmıştır. Oran; Yüz bin canlı doğumda **28,5** olarak hesaplanmıştır.

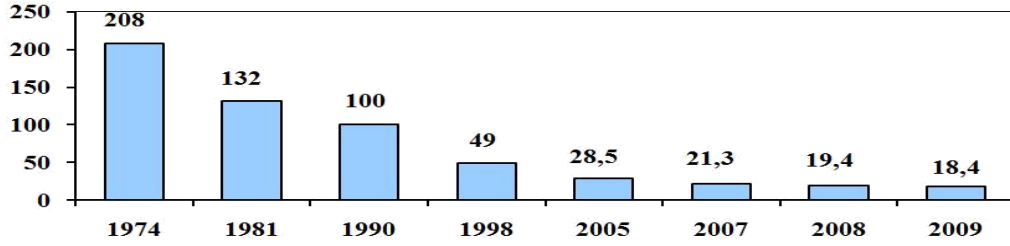
Oluşturulan Anne Ölümleri İzleme Programı ile “Anne Ölümleri Veri Sistemi” **2007/27 sayılı genelge ile Ocak 2007 tarihinden itibaren uygulamaya geçmiştir.** Programın ana amacı anne ölümlerini 2010 yılı sonuna kadar yüz binde 15’in altına, 2014 yılına kadar yüz binde 10’nun altına düşürmektir. Hedef tüm ölümlere ulaşılarak nedenleri belirlemek ve önlenabilir ölümleri engellemektir.

Veri kaynağı, defin ruhsatı veren sağlık personeli ve yetkili kişilerle birlikte tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarından aylık bildirim elde edilmektedir(18). Türkiye’de her beş yılda bir Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması(TNSA) yapılmakta, ana çocuk sağlığı değerleri hesaplanmaktadır. Bu değerler rutinde kullanılan veri sisteminden elde edilen sonuçlarla karşılaştırılıp yapılacak iyileştirme ve değişiklikler tasarlanmaktadır. Anne ölüm oranı hesaplamaları 2005 Ulusal Anne Ölüm Araştırmasından sonra, Anne Ölümleri İzleme Programı aracılığı ile hesaplanmaktadır.

Türkiye’de maternal mortalite 1985-2015 yılları arasında yüz bin canlı doğumda 69’lardan 20’lere düşmüştür. Yıllık ortalama düşüş %5,8’dir. 20 yıllık azalma oranında diğer dünya ülkeleri arasında ülkemiz 21. sıradadır(38). Doğrudan anne ölüm nedenleri; %19 Kanama, %14 eklemsi, %8 emboli, %7’si doğrudan enfeksiyondur. Dolaylı ölüm nedenlerinin %20’si kardiyovasküler, %9’u dolaylı enfeksiyon, %5,0’ı serebravasküler nedenlerdir. Gebeliğe bağlı ölümler en fazla post-partum dönemde (%37) olup %49,3 ’ü önlenelidir(18).

Yıllara göre anne ölüm oranları 2010 yılında yüz binde 16,4 olarak saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre geçen yıl doğumda anne ölüm oranı yüz binde 16’dan yüz binde 19’a yükselmiştir. Sezaryenle doğumun arttığı ülkemizde bu oran, 2013’te %50,5 iken 2014 yılında %55’e çıkmıştır. Bebek ölüm hızında ise azalma görülmüştür. 2013’te binde 8 olan bebek ölüm hızı, geçen yıl binde 7,8 olmuştur. Bu hızda 2015 yılı hedefi binde 7 olarak belirlenmiştir. 5 yaş altı çocuk ölüm hızı 2013’te binde 10, 2014 yılında binde 10,1 olarak gerçekleşmiştir. Bu yılın hedefi ise binde 10 olarak belirlenmiştir.

Tablo 2: Yıllara Göre Anne Ölüm Oranları (Yüz bin Canlı Doğumda)



İstenmeyen Gebeliklerin Fazla Olması: Dünyada bir günde 100 milyondan fazla cinsel birleşme yaşanmakta, yaklaşık 1 milyonu gebelikle sonuçlanmakta olup %25'i planlanmamış, %25'i istenmeyen gebelik olarak belirlenmiştir(18).

Doğurgan çağdaki tüm kadın ve erkekleri etkileyen istenmeyen gebelikler sağlık, sosyal ve ekonomik anlamda bir sorundur. 2013 TNSA'da Türkiye için toplam doğurganlık hızı(TDH) kadın başına 2.26 doğumdur. Türkiye'de doğumların %64'ü 30 yaşından önce meydana gelmektedir. Gebelik ve doğumla bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 20 yaş altı ve 35 yaş üzerinde gerçekleşen doğumlar tüm doğumların yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır. TNSA 2013'de, en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda iken, daha önceki araştırmalarda 20-24 yaş grubunda ortaya çıkmıştır. İlk kez TNSA-2008'de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda gerçekleşmiştir. Bu sonuç, Türkiye'de yaşa özel doğurganlık düşüncesinin değiştiğini ve artık doğumların daha ileri yaşlarda yapıldığını düşündürmektedir.

TNSA 2013 sonuçlarına göre kadınlarda ortanca ilk doğum yaşı 22,9'dur. Yaklaşık beş kadından biri (%23) en az bir kez kendiliğinden düşük, %14'ünün en az bir kez isteyerek düşük yaptığı ve yirmide birinden azının ise ölü doğum (%3) yaptığı belirlenmiştir. Yaşam boyu yapılan kendiliğinden düşük, isteyerek düşük ve ölü doğumun ortalama sayıları sırasıyla 0,33, 0,20 ve 0,04'tür. Her 100 gebelikten 14'ü kendiliğinden düşükle, 100 gebelikten 5'i isteyerek düşükle ve 100 gebelikten 1'i ölü doğumla sonuçlanmıştır. Her on kadının dördü (%40) isteyerek düşüğe kendisi ve eşiyle birlikte karar verdiklerini, kadınların %37'si doktor önerisiyle gebeliklerinin sonlandırıldığını ifade etmiştir. Kadınların bir kısmı isteyerek düşüğe kendilerinin (%17), %3'de eşlerinin karar verdiğini belirtmiştir(46). Bir kadının gebeliğini, ara vererek planlaması kendisi ile birlikte çocuklarının ve ailesinin sağlığı üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. İkili koruma sağlayan gebeliği önleyici yöntemler ile hem istenmeyen gebeliklerin önlenmesi hem de HIV/AIDS başta olmak üzere CYBE'lerden korunmak mümkündür. Karşılanmamış AP ihtiyacının özellikle bölgesel anlamda yüksek olması, istenmeyen gebeliklerin CS/ÜS öncelikli sorunları arasında yer almalıdır.

Günümüzde 35 milyondan fazla kişiye HIV enfeksiyonu bulaşmış ve %70'i Sahra altı Afrika'dadır. Ülkemizde 1985-2014 yılları arasında Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 7041, HIV(+) 1097 AIDS olmak üzere toplam 8238 vaka tespit edilmiş olup %50'den fazlasını

erkekler oluşturmaktadır(43,44,45). HIV/AIDS hastalığında, hedef grupta 15-24 yaş arasındaki bireyler alınmıştır(18,43).

Gençlerin CS/ÜS Düzeylerinin Düşük Olması: Üreme sağlığı düzeyinin uzun süreçte yükseltilmesi amaçlandığında mevcut sorunların halledilmesi ve ileriye dönük yatırım yapılması önemlidir. Cinsellik ve üreme sağlığı ile ilgili doğru bilgi, tutum ve davranışları ergenlikten itibaren kazanmış bireyler kendi yaşamlarında bilinçli ve sağlıklı ebeveynler olmakla birlikte yeni kuşakları da olumlu yönde etkilerler(18).

DSÖ ‘adölesanları’ 10-19 yaş grubunda, ‘gençliği’ 15-24 yaş arasında ve ‘genç insanları/gençleri’ 10-24 yaş grubundaki kişiler olarak tanımlamıştır. Gençlik dönemindeki CS/ÜS sorunları, genel sağlık sorunlarının bir kısmını oluşturmakta ve kolay çözülebilmektedir(18). Türkiye’de, TNSA verilerine göre yaklaşık %7’si 15-24 yaş grubunda, TNSA 1993’de adölesan annelik oranı %10,2 iken 2013’de %4,6’ya düşmüştür. TNSA-2013 sonuçlarına göre, adölesan dönemde olan kadınların %5’i çocuk doğurmaya başlamıştır. Bu yaştaki kadınların %3’ünün bir canlı doğumu olmuş, % 1’i ise araştırma tarihinde ilk çocuğuna hamiledir(46).

2.6. İnfertilite

Üreme sağlığını etkileyen sağlık sorunlarından biri infertilitedir. Herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmaksızın, korunmasız cinsel ilişkiye rağmen en az bir yıl içinde gebelik oluşmaması infertilite olarak adlandırılmaktadır(47,48). İnfertilite bölgeden bölgeye görülme sıklığı ve nedenlerinden dolayı değişir. Dünya doğurganlık araştırmasına göre 40–49 yaş grubundaki çocuksuz kadınların oranı, en düşük Güney Kore (%1,3), Ürdün (%2,2) ve Suriye (%2,9)’dir. Buna karşılık özellikle Afrika’da, bazı kabile ve topluluklarda daha yüksek infertilite hızları mevcuttur. Örneğin Kongo Demokratik Cumhuriyeti’nde Mbalo’da 45–49 yaşındaki kadınların %65’inin çocuğu yoktur. Amerika’da infertilite insidansı %15, yani her 6 çiftten biri ya da 4,8 milyon kadının etkilenmektedir. Türkiye’de infertilite sıklığı adına net bilgi olmamakla birlikte %10-15 dolayındadır. Diğer bir ifade ile 2 milyon çift çocuk sahibi olamıyor veya güçlük çekmektedir(53, 54, 55).

Doğurganlık dönemindeki her altı çiftten birini etkileyen önemli bir sıkıntıdır(47). Bir çiftin biyolojik olarak çocuk sahibi olma yeteneklerinin olmadığını öğrenmeleri beklenmedik, stresli ve tüm yaşamlarını olumsuz etkileyen zorlu bir dönemdir(47,51). Çiftlerde kaygı, stres, depresyon, düşük benlik saygısı, psikolojik, suçluluk ve utanç, cinsel disfonksiyon, yaşam kalitesinde azalma gibi sorunlara yol açar(47,49,50,51). Hamilelik, sağlıklı sperm ve oosit üretimi, üretilen sperm ve oositin tuba uterinalarda bir araya gelmesi, oluşan embriyonun uterusu ulaşıp endometriuma yerleşmesidir. Bu doğal seleksiyonu etkileyen fiziksel, psikososyal, sosyoekonomik ve çevresel etkenler, gebeliğin oluşumunu etkilemektedir. Fertiliteyi etkileyen faktörlere; kadın ve erkeğin yaşı, ilişki sıklığı ve zamanı, geçirilmiş pelvik

ameliyatlar, alkol ve sigara kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ilaçlar, toksinler, kimyasallar, radyasyona maruz kalma ve stres sayılabilir(54). İnfertilite ve tedavisi, kadın ve erkeklerde yaşam değişikliklerine sebep olabilir. Kadın için toplumsal beklentiler vardır; annelik kadın hayatında birincil rol kabul edilmektedir.

Bu süreçte kadınlar erkeklere göre daha fazla endişe ve kendini suçlama yaşamakta; infertiliteye yönelik girişimlerde ve erkeklerin infertilite problemlerinin çözülmesinde de aktif bir rol oynamaktadır. Erkek kaynaklı infertilite tedavisinde düşük benlik saygısı, özgüven kaybı, yalnızlık, suçluluk, korku, öfke, utanç ve hayal kırıklığı gibi sorunlar yaşamaktadır. Erkekler çocuk sahibi olmamayı daha kolay kabullenirken, kadınlar tedavi konusunda daha istekli ve kararlı ve sabırlıdır(52).

İnfertilite Hemşireliği: İnfertil bireyler sağlık hizmetlerine infertilite nedeninin araştırılması için girerler. Bu zaman dilimi temel tanı testlerini içeren karmaşık ve zor bir süreçtir. Bireyler için en zor durum, hemşirenin de içinde bulunduğu sağlık ekibinin, infertilite deneyiminin oluşturduğu yaşanan yoğun tepkilerin anlaşılmamasıdır(54).

Hemşire infertil bireyin duygusal durumunu anlayıp empati yapabilecek, bireylerle en sık muhatap olan sağlık personelidir. Bu nedenle süreçte, danışmanlık rolü ile hemşire önemli bir yerdendir(54). Danışmanlık rolü:

1. Bilgi Verme: Bilgilendirme, infertilite veya herhangi bir konuda birey veya çifte gerekli bilgiyi vermek ve farkındalık yaratmaktır. Bu amaçla bireyin/çiftin anlaşılır bilgi alması sağlanır(54).

2. Destekleyici Danışmanlık: Çifti tedaviden önce, tedavi süresince ve sonrasında duygusal olarak destekler. Özellikle infertiliteye yönelik araştırmalar ve tedavi uzadığında, gebe kalmada yetersizlik olduğunda, tedavi sonunda gebelik oluşmadığında veya çoğul gebelik oluştuğunda önemlidir. Hemşire gebeliğin oluşmadığında birey veya çifte diğer alternatif yöntemlerle ilgili yönlendirme yapmalıdır(54).

3. Diğer Roller: Hasta hakları savunuculuğu, mali danışmanlık ve yasal gözlemciliktir. Türkiye’de yardımcı üreme teknikleri hizmetleri almayan 50-60 bin çift bulunmaktadır. Bunun sebebi birey veya çiftin sağlık sigortası kapsamında olmaması, yardımcı üreme teknikleri merkezlerine ulaşılabilirliğinin zor, yorucu olması ve maddi güçlüklerdir(54).

2.7. Kanser

Kanser, yıllardır olduğu gibi günümüzde de varlığını sürdürmekte ve insanlığı daha çok tehdit eden bir unsur olmaktadır(56). Kanser hücrelerin kontrolsüz olarak çoğalması ve yayılımıyla ortaya çıkan bir hastalıktır(57). Dünyada ve Türkiye’de ölüm nedenleri arasında kalp hastalıklarından sonra ikinci sıradadır. DSÖ 2004 yılında 7,4 milyon ölümün kanserden kaynaklı olduğunu önlem alınmazsa bu sayının 2030 yılında 12 milyona olacağını bildirmektedir(59). Kanser’in bu şekilde artmaya devam etmesi halinde, Dünya nüfusunun artışı

ve yaşlanmaya bağlı 2025 yılında toplam 19,3 milyon yeni kanser vakası ortaya çıkacağı bildirilmiştir. Kanser vakalarının (%56,8) ya da kanser kaynaklı ölümlerin (%64,9) %50,0'dan fazlası az gelişmiş ülkelerdedir(108).

Meme Kanseri: Dünyada kanser olan her 4 kadından biri meme kanseri olup her yıl dünyada 500.000'den fazla kadının hayatını kaybetmesine neden olmaktadır(55). Yaygınlığı, gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek, ölüm oranı gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha düşük düzeydedir. Bunun sebebi az gelişmiş ülkelerde yaşayan bireylerin meme kanseri için gerekli olan teşhis, tarama ve tedavi hizmetlerine ulaşımındaki zorluklarıdır(58). Meme kanseri meme dokusundaki hücrelerden gelişmektedir(60).

Risk Faktörleri: Kadın cinsiyeti ve yaşlanma en önemli risk faktörleridir. Diğer bilinenler(60): İlk doğum yaşı: 30 yaşından sonra ilk doğumunu yapanlarda, 18 yaş öncesinde ilk doğumunu yapanlara göre risk artmaktadır.

İlk menarş yaşı: İlk adetini erken yaşlarda görenler, yaşam boyu daha uzun süre östrojen hormonuna maruz kalacaklarından dolayı risklidir.

Menopoz yaşı: İleri yaşta (>55yaş) menopoza girme meme kanseri riskini arttırmaktadır.

Emzirme: En az bir yıl süreyle emzirmenin koruyucu etkisinin olduğunu gösteren verilerle beraber herhangi bir etkisinin olmadığını iddia eden çalışmalar da vardır.

Doğum kontrol hapları: Doğum kontrol haplarının uzun süre kullanımı meme kanserigelişim riskini arttırmaktadır.

Menopoz sonrası hormon tedavisi: Bu ilaçlar vücudun üretmediği,östrojen ve progesteron hormonlarını içerir ve 5 yıl ve daha uzun süre kullanılması menopoz sonrası dönemde meme ve rahim kanseri riskini artırır.

Boy ve kilo: Uzun boylu kadınlarda meme kanseri riski artmaktadır. Bunun nedeni bilinmemektedir. Menopoz öncesi dönemde aşırı zayıf kadınlarla, menopozdan sonra idealin üzerinde kilosu olan kadınlarda meme kanseri riski artmaktadır(60).

Beslenme: Menopoz sonrası dönemde yağ oranı yüksek gıdalarla beslenme ile meme kanseri gelişimi arasında ilişki vardır. Sebze ağırlıklı beslenmenin koruyucu etkisi vardır. Günde 1 bardaktan (1 bira, 1 bardak şarap, 1 duble sert içecek) fazla alkol tüketimi kadınlarda östrojen hormonu düzeylerini arttırdığı için kanser riskini arttırabilir.

Benign meme hastalıkları: Kist, fibroadenom ve hiperplazi gibi meme hastalıkları iyi huylu tümörlerdir. Biyopsi sonucu habisi olmayan oluşumlar tespit edilmesi risklidir.

Ailede meme kanseri öyküsü olması: Annesinde, anne tarafından akrabalarında, meme kanseri olan kadınlarda meme kanseri gelişme riski yüksektir.

Meme Bakım Hemşireliği ve Tanımı: Avrupa Onkoloji Hemşireliği Birliği(EONS) Meme kanserinden etkilenen insanların, tanı, tedavi ve hastalık sürecindeki fiziksel ve psikososyal durumlarının farkında olmak, meme kanserinden etkilenen bireyler ve 1. derece yakınları için eğitim vermek, multidisipliner ekibin bir parçası ve işbirlikçi bakımda anahtar rol

oynamaktır(60). Son 20 yılda İngiltere, Avustralya, Amerika, İskandinavya, İrlanda ve Benelüks ülkelerinde meme bakım hemşireliği kavramı ortaya çıkmıştır(61).

2.8. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Başlıca bulaşma yolunun koruyucu bariyer olmadan penisin ağza, vajinaya veya anüse penetrasyonu ile gerçekleşen cinsel ilişki sonucu ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardır(64). Cinsel ilişki sonrasında; cinsel haz, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon ve hamilelik oluşur. Gebelik isteniyorsa güvenli annelik yaklaşımı, istenmiyorsa AP yöntemleri tercih edilir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar(CYBE) olmaması istenen ve müdahale edilmesi gereken önemli bir sağlık problemi olup gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde aynı önemde bir halk sağlığı sorunudur(64).

Kadınların erken yaşta evlendikleri ve cinsel ilişki kurdukları toplumlarda enfeksiyon riski daha çoktur(65).bErkekler: Sünnetsiz erkekler, sünnetli erkeklere göre daha çok CYBE riski altındadır. Prepişyum CYBE etkenler için bir rezervuar görevi yapar(65).

CYBE'nin Toplum Üzerine Etkileri: CYBE'nin topluma sosyal ve ekonomik yükü oldukça fazladır. Örneğin bazı Afrika ülkelerinde, CYBE'yi tedavi etmek için kullanılan antibiyotik giderleri genel bütçenin %70'ini oluşturur. CYBE yaşamın en üretken ve verimli çağında kadın ve erkeklerin üretkenliğini azaltmaktadır. Eğer kontrol edilmezse, ulusal gelirden CYBE'yi tedaviye yönelik harcamalar da artmaktadır.

İlk defa 1981 yılında ABD'de bir grup homoseksüel erkekte ve Haiti'den gelen göçmenlerde ender rastlanan Pnömocystitis carinii jiroveci pnömonisi(PCP) ve Kaposi sarkomu(KS) vakalarının teşhis edilmesi ile HIV/AIDS hastalığı tanımlanmıştır. Yapılan çalışmalarda bu hastalığın daha önce literatürde olmayan yeni bir hastalık olduğu kabul edilmiş ve "AIDS"(Acquired Immune Deficiency Syndrome, Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu) adı verilmiştir(68). Günümüzde HIV/AIDS hastalığı Sahra-altı Afrika'da birinci, Dünya'da 4. ölüm nedenidir(67).

Tüm dünyada HIV/AIDS vakaları artarken Türkiye'de bunun dışında kalmamıştır. Sağlık Bakanlığı Haziran 2014 verileri ilk 6 ay içinde tanı konmuş vaka sayısı 632 olup; hastalığın tanımlandığı yıldan beri en yüksek hasta sayısı olarak kayıtlara geçmiştir. Aynı verilere göre 8238 HIV/AIDS hastası vardır. Ülkemizde en sık 20-49 yaş arasında, erkeklerde %85, kadınlarda %15 oranındadır(67,69).

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü: Hastaların etkin tedavisi, enfektiviteyi azaltma ve iyileştirme amaçlı antibiyotik tedavisinden ibaret değildir. Gelecekte riskli davranışların azaltılması, cinsel eşlerin uygun biçimde tedavisini de amaçlar. Bunun için; doğru tanı etkili tedavi hastanın ve eşin eğitimi, kondom önerme, kullanımını öğretme ve verme, cinsel eşlerin belirlenmesi ve tedavileri, özel önem gerektiren gruplara ulaşılmalıdır (gebeler, gençler, seks işçileri vs.). Bu hasta kişilerin hastalıkla daha iyi mücadele etmesine,

diğer insanlara bulaştırmamasına, erken tıbbi bakım görmesine, aile planlaması konusunda karar almasına, hastalık ve ölümün etkileyeceği, diğer önemli kararları almasında yardımcıdır. Topluma yönelik danışmanlık, bireylerin hastalıkla daha iyi savaşmasını ve HIV/AIDS'li insanların toplum içinde daha çok kabul görmesini sağlar. CYBE, üreme yolları veya Genital Yol Enfeksiyonları(GYE) olarak bilinen geniş bir enfeksiyon grubunun bir parçasıdır. GYE, CYBE dışında, bazı yönlerden kadın üreme sistemi enfeksiyonlarını da içerir; cinsel temastan kaynaklanmayan fakat üreme yollarının florasında bulunan mikroorganizmalar arasındaki dengesizliğin neden olduğu enfeksiyonlar, tıbbi işlemler sırasında kapılan enfeksiyonlardır.

GYE'nin sınıflandırılması:

1. Bakteriyel enfeksiyonlar (Klamidya enfeksiyonu, Gonore, Sifiliz, Şankroid, Granüloma Venerum Viral enfeksiyonlar, Genital herpes, İnsan Papilloma Virüsü (HPV) enfeksiyonu-genital siğil, AIDS, Hepatit B Protozoal Trichomonas vaginalis enfeksiyonu)
2. Endojen (Candida albicans, Bakteriyel Vajinozis)
3. İatrojenik (Obstetrik, Düşük) ve tıbbi süreçlerdir(65).

2.9. Kürtaj ve Düşük

Kadın sağlığı, sağlıklı bir toplum için önemlidir. Dünyanın her yerinde kadınlar gebelik ve doğumla ilgili sorunlar nedeniyle yaşamını yitirmekte veya sakat kalmaktadır. Bazı durumlarda istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması; gebelikte ciddi sağlık sorunları oluşmasına hatta ölüme neden olmasına rağmen, istediği çocuk sayısına ulaşan kadınlar istemedikleri gebeliği düşükle sonlandırabilmektedir. Düşük/kürtaj tarihin çok eski dönemlerinden beri bilinen ve uygulanan bir yöntemdir. Gebelik kürtajı, rahim içine yerleşmiş olan gebeliğin kadının kendi isteği veya tıbbi zorunluluk nedeniyle yazılı onay alarak hekim tarafından sona erdirilmesidir. Kürtaj görülme sıklığı, ülkelere göre değişmektedir(76).

Aile planlamasının hedefi istenmeyen gebeliklerin önlenmesidir. İsteyerek düşüklerin AP hizmetlerinde ayrı bir önemi vardır. Gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin hizmetlere ulaşmada sorunlar yaşayan, istenmeyen gebelikten korunmak için yöntem kullanımı konusunda psikososyal engelleri olan ve yonteme rağmen başarısız olanlar isteyerek düşük yapmaktadır(77). Bir gebeliği sonlandırma kararı kadının suçluluk, pişmanlık ve kayıp yaşamasına neden olur, evlilik ve aile ilişkilerini yıpratır. Özellikle kürtajın yasal olmadığı durumlarda yaşanan psikolojik travma'nın sonuçları ağırdır(76,77).

Gebeliğin 20. haftadan önce sonlanması “düşük- miscarriage” olarak tanımlanmakta spontan ya da istemli olarak ortaya çıkabilmektedir. Tüm kontrasepsiyonların yaklaşık %50-75'i spontan düşükle sonuçlanmakta, 12. gebelik haftasından önce oluşan erken düşüklerin %50-60'ı kromozomal anomali nedeniyle yaşanmaktadır. Ayrıca yüksek doz radyasyon, kimyasallar, sitotoksik ilaçlar, alkol, sigara içme, orta ve aşırı düzeyde kafein tüketimi, yüksek ateş gibi

teratojenik ajanlar, sistemik enfeksiyonlar ve ovulasyon sonrası yaşlanmış gamet de spontan düşük nedenlerindendir(30). İstemli düşük ise, anne sağlığı açısından bir sakınca olmadığı durumlarda isteğe bağlı olarak gebeliğin on haftaya kadar sonlandırılabilmesidir. İstemli düşük yasal düzenlemelerden önce de başvurulan eski yöntemlerdendir(76).

Dünya nüfusunun %24'ü sosyal nedenler, %13'ü medikal nedenlerle istemli düşük yapmaktadır(78). Türkiye'de istemli düşük için başvuru nedenleri arasında ilk sırayı başka çocuk istememe almaktadır(TNSA 2008). İstemli düşükler üreme sağlığı ile ilgili konular arasında üzerinde en çok tartışılan konulardandır. Deneyimler istemli düşüklere karşı baskılayıcı politikaların başarısızlığını ve güvensiz düşük insidansının da arttığını göstermiştir(76).

WHO'ya (1996) göre dünyada her yıl 210 milyon gebelik meydana gelmekte, bunların yaklaşık 46 milyonu (%22) istemli düşükle sonuçlanmaktadır. Dünyadaki kadınların büyük çoğunluğu 45 yaşına kadar en az bir düşük yapmakta, her yıl 20 milyon güvensiz düşük yaşamakta ve 600.000 kadın güvensiz düşük komplikasyonlarından hayatını kaybetmektedir. İstemli düşüklere yaklaşım açısından bakıldığında dört tip ülke vardır; birincisinde istemli düşük tamamen serbest ve dünyadaki insanların %61'i bu ülkelerde yaşamakta, ikinci gruptaki ülkelerde insanların %14'ü yaşamakta ve tıbbi, psikolojik ve sosyal nedenlerin dışında istemli düşüklere izin verilmemekte, üçüncü grup ülkelerde insanların %21'i yaşamakta ve yalnızca annenin hayatının gebelik nedeni ile tehlikeye girdiği kanıtlandığında istemli düşüğe izin verilmekte, son grupta ise insanların %4'ü yaşamakta ve istemli düşüğe hiçbir koşulda izin verilmemektedir(76,78).

İstemli düşüklere gelişmekte olan ülkelerdeki karşılanamayan AP'ye olan ihtiyacın bir göstergesidir. Gelişmekte olan ülkelerin bir kısmında isteyerek düşük hizmetlerinin yasal sistem içerisinde yaygın ve ulaşılabilir olmaması hem doğurganlığı etkilemekte hem de mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır(78).

TNSA (2008) verilerine göre Türkiye'deki kadınların 1/5'i kendiliğinden düşük ve %22'si isteyerek düşük yapmıştır. Gebeliklerin isteyerek düşükle sonuçlanması hiçbir gebeliği önleyici yöntem kullanmama, etkisiz yöntem kullanımı ve yöntemin kullanım hatalarından kaynaklanmaktadır. Gebeliğin sonlandırılmasından sonra kadınların yaklaşık üçte ikisi herhangi bir modern yöntem kullanmayı tercih etmiştir(79).

TNSA 2013 verilerine göre yaklaşık beş kadından birinin (%23) en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı, %14'ünün en az bir kez isteyerek düşük yaptığı ve yirmide birinden azının ölü doğum yaptığı görülmüştür (%3). Yaşam boyu yapılan kendiliğinden düşüğün, isteyerek düşüğün ve ölü doğumun ortalama sayıları sırasıyla 0,33, 0,20 ve 0,04'tür. Yaşayan çocuk sayısı arttıkça isteyerek düşük yapmış kadınların oranı da artmıştır. Beş ve daha fazla sayıda çocuğu olan kadınlarda isteyerek düşük oranı, hiç yaşayan çocuğu olmayan kadınlardan 5 kat daha fazladır (%19 ve %4). Son 20 yılda tüm yaş gruplarında 100 gebelik başına düşen

isteyerek düşük sayısı azalmıştır. Tüm araştırmalarda yaş arttıkça isteyerek düşük sayısının da arttığı görülmüştür(80).

Küretaj: Küretaj, genel anlamda rahim içindeki gebeliğin boşaltılması anlamına gelmektedir. Dilatasyon küretaj'ın kısaltmasıdır. Dilatasyon rahim ağzının genişletilmesi anlamındadır. Küretaj hiçbir zaman bir aile planlaması yöntemi değildir. Gebelik sonlandırılması amacı dışında düşük yapan kişilerde rahim içinde gebeliğe ait parçalar kaldıysa bunları temizlemek için de yapılır. Gebe olmayıp uzun süre ve fazla adet gören kadınlarda da küretaj ihtiyacı olabilir. Burada yapılan işlemin adı tanısal amaçlı, yani probe küretaj (P/C)dır(81,82).

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık İstatistikleri Modülü'ne göre; 2002 yılında 33 bin 7, 2003 yılında 30 bin 69, 2004 yılında 32 bin 266, 2005 yılında 30 bin 502, 2006 yılında 33 bin 562, 2007 yılında 35 bin 115, 2008 yılında 56 bin 529, 2009 yılında 60 bin 615, 2010 yılında 57 bin 883, 2011 yılında 69 bin 440, 2012 yılında 78 bin 961, 2013 yılının Haziran ayına kadar olan dönemde ise 29 bin 226 gebelik sonlandırılmıştır(83).

Gebelik tahliyesi amacıyla yapılan küretajlarda (legal küretaj) yasal sınır ülkemiz için "son adet tarihinden itibaren "10 hafta"dır. Son adet tarihi son adet'in başlangıç günüdür. Gebelik bu gebelik haftasının daha üstünde ise eşlerin rızası olsa bile resmî kurumlarda küretaj yapılamaz. Kişi evli ise eşinin de onayı gerekirken, evli değil ve 18 yaşını doldurmuş ise kendi isteği ve rızası yeterlidir. Yaşı 18'den küçük bayanlarda velisinin onayı gereklidir. Gebeliğin anne veya bebek için tıbben sakıncası varsa 10 haftadan daha büyük gebelikler de sonlandırılabilir. Böyle bir durumda birden fazla uzman doktorla kurul kararı gerekir. Yurt dışında bazı ülkelerde kullanılan düşük ilacı(RU-486) ülkemizde kullanılmamaktadır. Ayrıca progestagen içeren oral ve parenteral ilaçlar gebelik sonlandırılması için kullanılmamaktadır(82).

Küretaj sonrası dikkat edilmesi gerekenler: Yapılan müdahaleden ve rahim ağzı açık olduğundan dolayı rahim içi enfeksiyona yatkındır. Bu nedenle 2 hafta cinsel ilişkiye girilmemelidir. Önerilen zamanda kanda beta-HCG düzeyleri kontrol edilmelidir. Ateş yüksekliği, ağrı kesici ile geçmeyen şiddetli ağrı ve kramplar, küretaj sonrası ilk saatlerde aşırı kanama, küretaj sonrası kötü kokulu akıntı ve küretaj üzerinden 4-5 gün geçmesine rağmen kanamanın devam etmesi veya artması durumunda hasta tekrar değerlendirilmeye alınmalıdır(82).

Küretaj komplikasyonları: Kanama, enfeksiyon, uterus perforasyonu, rahim içi yapışıklık (Asherman sendromu): Nadiren rahim içerisindeki dokunun travmaya anormal ve aşırı reaksiyonel cevap vermesine veya rahim içerisinin aşırı temizlenmesine bağlı yapışıklıklar oluşabilir. Bu yapışıklıklar ileri derecede ise amenore veya infertilite sebebi olabilir(81).

2.10. Aile Planlaması

Aile planlaması, ailelerin ekonomik durum ve isteklerine göre istedikleri sayıda, zamanda ve sağlıklı aralıklarla, bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmalarıdır. AP'nın temel amacı birey ve ailenin sağlığını korumak ve mutlu bir yaşam, çok ve sık aralıklı gebelikleri önlemek, doğumların anne ve çocuk sağlığına olan olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak, istenmeyen gebeliklerde yapılan düşükleri önlemek, çocuğu olmayan ailelere çocuk sahibi olmaları için yol göstermek ve gebelikten korunmanın modern ve tıbbi yollarını öğretmek ana temadır(70).

Aile Planlamasının Tarihçesi:

Doğum kontrol yöntemleri de insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir. Bulunan en eski yazıtlarda sünger ve tampon yer alır. M.Ö. 1850 yılında Mısır papirüslerinde tampon olarak bal, sakız ve timsah dışkısı kullanıldığı anlatılmaktadır. Soranus tarafından tanımlanan doğum kontrol teknikleri modern çağlara kadar yapılan en iyi tanımlardır(71). Soranus meyve ve fındıktan macun yapılmasını veya servikal açıklığa yumuşak ipek yerleştirilebileceğini söylemiştir. Tarihte vagen içine yerleştirilen yöntemlere bakıldığında izole olmuş kültürler arasında birçok farklılık vardır. Japonlar bambudan yapılmış kâğıtlar, Müslüman kadınlar palmye yaprakları, Pasifik adalarında yaşayan kadınlar deniz ürünlerini kullanmıştır.

İlk penis koruyucu G. Fallopius tarafından 1564'de tanımlanmıştır. Ancak bu koruyucular enfeksiyondan korunmak adına kullanılmıştır. Kondom hakkında çok söylenti olup pek çoğu 1600'lü yıllarda İngiltere'de yaşayan Dr. Kondom ile ilgilidir. 1800'lü yıllarda Avrupa'da yaygın ve kullanılır hale gelmiştir. Spermisit ajanlar, bu ajanların keşfi ve ilgili çalışmalar 1800'lü yılların başındadır. 1950'de 90'dan fazla spermisit ilaç marketlerde bulunuyordu(5). Servikal kapak 1860 yılında New York'lu bir jinekolog olan E.B. Foote tarafından keşfedilmiştir. Diyafram kullanımı da bu dönemdedir(71).

Tarihte RIA'nın ilk defa uzun seyahatlerde develerin gebe kalmaması için kervan sürücüleri tarafından develerin rahimlerine küçük taşlar yerleştirmek suretiyle kullanıldığı bilinmektedir. 1800'de rahim için araçların ilki küçük düğme şeklinde olup, serviks ağzını tamamen kapatan ve kanala uzanan ipleri bulunuyordu(72). 1902 yılında Alman Hollveg tarafından rahime yerleştirilen bir peser doğum kontrolü amacı ile kullanıldı. Bu peser kullanıcı tarafından yerleştiriliyor ancak enfeksiyona yol açıyordu(70). 1930 yılında Grafenberg gümüş, altın ve çelik kaplı yüzükleri kullandı(71). 1960'da polietilenden yapılan araçlar geliştirildi, bu araçlara X-ışınları ile çekilen radyografilerde görünebilmesi amacıyla baryum sülfat emdirildi. Hormonal steroid haplarının tarihi oldukça yenidir. 1934'de saf Progesteronun elde edilmesinden sonra kullanılmaya başlanmıştır. Bu ilaçların sentezi ilk kez 1952'de Colton tarafından yapılmıştır. Hormonal steroidlerin insanlardaki ilk uygulamaları 1956–1958 yıllarında Garcia, Pincus ve Rock tarafından yapılmış ve kontraseptif olarak kullanılabileceği

düşüncesi geliştirilmiştir. Doğum kontrol hapları son 40 yıldır pek çok ülkede yaygın bir şekilde kullanılmaktadır(72).

L. Marguiles 1960 yılında rahime yerleştirilen ve orada tekrar şekil alan ilk plastik aracı geliştirdi. Bu araç büyük olduğu için kullanıcıların fazla kanama, kramp şikayetleri ve sert plastikten olan kuyruğu peniste irritasyona neden oluyordu. DMPA gibi içinde yalnızca progesteron bulunan enjektabl formlar 1950’de endometriozis, endometrial kanser, dismenore, hirsutismus ve kanama düzensizliklerinin tedavisi için kullanılmaya başlandı. 1960’da ise doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabileceği düşüncesi ortaya atılmıştır(74). 1996 yılından bu yana ülkemizde uygulanmaktadır. İçinde östrojen ve progesteron bulunan Mesigyna 1960’lardan beri araştırılmakta ve 1997’den beri ülkemizde kullanılmaktadır. DMPA ve Mesigyna kullanılmaya başladıktan sonra 1970’li yıllarda tek ince kuyruğu olan Lippes Loop geliştirildi. İlk bilinen bakırlı RIA Tantum- T’dir(T-Cu 200). Ardından 1982 yılında Cu-T 380A otuzdan fazla ülkede kullanıldı. Bir yıl süre ile koruma sağlayan ve yapısında progesteron bulunan Progestasert adlı rahim içi araçlar da bakırlı rahim içi araçlarla aynı dönemlerde geliştirilmiş ve 1976’dan beri kullanılmaktadır.

1900’lü yılların başında Avustralya’da Innsbruck Üniversitesi’nde fizyoloji profesörü olarak çalışan L. Haberlandt ağızdan verilen ovaryan özütlerin doğurganlığı engellediğini açıkladı. 1920’lerde Haberlandt, Otfried ve O. Fellner hayvanlara steroid özütler vererek doğurganlığın baskılandığını buldular. 1920’lerde Japonya’da Ogino, Avusturalya’da Knaus, fizyoloji bilgilerine dayanarak günümüzde kullanılan takvim yönteminin temelini oluşturmuşlardır. 1931 yılında Haberlandt hormon replasmanı ile doğurganlığın baskılanabileceğinden söz etmiştir. Infecundin isimli bir ilaç hazırlanmıştır, ama 1932’de Haberlandt’ın erken ölümü ile kullanılmamış, böylece doğum kontrol haplarının kullanımı ertelenmiştir(72). Doğum kontrol hapları ile ilgili ilk deneme 1956 yılında Porto Rico’da E.R. Winey tarafından yapılmıştır(75).

1960 yılında A.B.D.’de doğum kontrol haplarının onaylanması ile bunların yan etki ve risklerinin azaltılması amacıyla içerdikleri östrojen ve progestin miktarları azaltılıp güvenli kullanılır hale getirilmiştir. Ülkemizde 1965 yılından beri kullanımdadır. Doğum kontrol yöntemlerinden biri olan ve kola yerleştirilen bir çubukla kadınları 3 yıl süreyle yüzde 100 gebelikten koruduğu bildirilen “Implant” yöntemi Dünya’da 1998’de Türkiye’de 2002 yılında kullanılmaya başlanmıştır(75).

2.11.Aile Planlaması Yöntemleri

Kontraseptif veya kontrasepsiyon, CYBE’leri önlemek amacıyla kullanılsa da genellikle hamileliği önlemek için kullanılan bir ifadedir. Bu konuda önemli olan bir kadının doğurganlık dönemi boyunca gebelik zamanlarını planlayarak istediği zaman gebe kalıp, istemediği

zamanlarda güvenle kullanabileceği, yöntem seçimi yaparken etkin bir danışmanlık hizmeti verilmesi ve bu dönemin sıkıntısız, sağlıklı ve mutlu bir şekilde geçirilmesidir(84). Bu amaçla kullanılan başlıca kontraseptif yöntemler şunlardır;

Modern Aile Planlaması Yöntemleri

Oral kontraseptifler: Ovulasyon inhibisyonu ile gebelik ve korpus luteum arasındaki ilişki kurulması 1900'lü yılların başında gerçekleşmiştir. Avusturya, Innsbruck üniversitesinde fizyoloji profesörü olan L.Haberlant ilk olarak oral verilen over ekstrelerinin fertilitiyi engelleyeceğini ispatlamıştır. Daha sonra yapılan çalışmalarla ilerleme kaydedilmiş ve 1970 sonunda oral kontraseptiflerin temel unsurları oluşturulmuştur(85). Hormonal kontrasepsiyonda kullanılan östrojen ve progesteron sinerjistik etki göstererek hipotalamo-hipofizer sistem üzerinden gonadatropin sekresyonunu inhibe ederler. Progestasyonel ajan LH'ı baskılar ve endometrium, servikal mukus ve tubal fonksiyon üzerine etki ederek ovumun implantasyonunu zorlaştırır. Östrojenik ajan ise FSH salınımını baskılar ve progesteronun reseptör sayısını artırarak, progesteronun etkisini artırır. Ovulasyon gerçekleşmez, korpus luteum oluşmaz ve progesteron üretilmez(85).

1.Kombine Oral Kontraseptifler(KOK): Farklı miktarda östrojen ve progesteron içerirler. Östradiol en güçlü doğal östrojen, aynı zamanda overlerden salgılanan esas östrojendir. 1938' de önemli bir adım olarak östradiolün 17.karbonuna bir etinil grubunun eklenmesiyle oral olarak da aktif kalabildiği kanıtlandı. Etinil östradiol çok güçlü bir oral östrojen olup bütün oral kontraseptiflerde bulunan iki östrojenden biri olup diğer östrojen ise, etinil östradiolün 3-metil esteri yani mestranoldür. Günümüzde oral kontraseptifler etinil östradiol içerir. Oral kontraseptiflerin 30mcg (düşük doz) veya 50 mcg(normal doz) etinil östradiol içeren formülleri vardır. En çok tercih edilen projestinlerdir(85).

Oral Kontraseptiflerin Etkinliği: %99,9'dur. Ancak olağan kullanım başarısızlık oranı, %0,1 tipik kullanım başarısızlık oranı, %0,3'tür. Bir hap unutulduysa hatırlandığı an alınmalı ve ek korunmaya başlanmalıdır(71).

Kombine oral kontraseptiflerin adolesanlarda kullanımı: KOK'ler dünyada çok tercih edilen bir yöntemdir ve tedavi uyumunu artırmak için 28 günlük (plasebo tabletleri içeren), ara verilmeden kullanılan preparatların tercih edilmesi gerekir. Adölesanlarda karşılaşılan en büyük sorun tedavi uyumsuzluğuna bağlı yüksek hamilelik oranı olup %15'e kadar yükselmiştir(91,92). Bir çalışmada adolesanların ayda ortalama 3 kez ilaç almayı unuttuğu bildirilmiştir(92). Bu nedenle eğitim ve danışmanlık çok önemlidir. Oral kontraseptifler özellikle düzenli adet görmek isteyen ve düzenli kullanımı ihmal etmeme konusunda motive olanlara önerilmektedir(91,92). Adölesanlarda kemik mineral dansitesini korumak için EE komponentinin 30 mcg altında olmaması gerekir(93).

2)Mini Haplar: Yalnız progestin içerir ve aralıksız her gün aynı saatte alınır. Servikal mukusu kalınlaştırır, %40-60 ovulasyonu engeller, tubal motilitiyi etkiler ve endometriumu incelterek

implantasyonu engelleyerek gebeliği engeller. Etkinlik: Emzirenlerde %98,5, emzirmeyenlerde %96'dır(86,71). Başarısızlık genç kadınlarda %3,1 iken, 40 yaş üstü kadınlarda %0,3'dür(86,87,71).

Kullanımı: Adet'in 1. günü başlanıp her gün aynı saatte sürekli alınır, ilk 7 gün ek bir korunma yöntemi kullanılmalı ve kadına son 7 gün adet görebileceği söylenmelidir. Bununla birlikte adet görsün ya da görmesin, paketteki haplar bitince ara vermeden yeni bir pakete başlanmalıdır. Bir hap alma unutulduysa, 3 saatten fazla gecikme olduysa hatırladığı an almalı ve 48 saat süreyle ek koruma yöntemi kullanılmalıdır. 2 ya da daha fazla hap unutuldu ise, iki gün süre ile ikişer hap alınmalı, daha sonra birer hap almaya devam etmeli ve bir hafta süre ile ek bir korunma yöntemi kullanılmalıdır(86,87).

Endikasyonları: Emzirme, ileri yaş (40 yaş üzeri), östrojenin kontrendike olduğu kadınlardır. Kontrendikasyonları: Fonksiyonel over kisti, ektopik gebelik öyküsü, gebelik, aktif karaciğer hastalığı, tanı konmamış vaginal kanama, meme kanseridir.

Yan etkileri: İrregüler kanama, fonksiyonel over hastalığı ve aknedir.

3) Postkoital Kontrasepsiyon: Kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİA'nın düşmesi, hap alımının unutulması ya da cinsel tecavüz gibi durumlarda acil kontrasepsiyon gereklidir.

- Postkoital haplar: Korunmasız coitusu izleyen ilk 72 saat içinde (Ethynyl Estradiol 50mcg +Norgesterol 1mg içeren) KOK'den 2 adet alınıp 12 saat sonra dozun tekrarı şeklindedir (Ağrı, bulantı yapabilir).
- Postkoital RİA uygulaması: Korunmasız coitusun olduğu siklusta ovulasyonu izleyen 5-7 gün içinde RİA uygulaması gebeliğin engellemesinde çok etkili ama pratik değildir.
- RU-486: Korunmasız coitusu izleyen ilk 72 saat içinde 600 mg RU-486'nın tek doz kullanım ile etkili kontrasepsiyon sağlar.

4) Yalnız Progestin içeren Enjekte Edilen Kontraseptifler

- Depo-medroksi progesteron asetat(DMPA); 3 ayda bir 150mg im olarak uygulanır. Ülkemizde ruhsatlıdır. Noretisteron enantat (NET-EN); 2 ayda bir 200mg im. uygulanır.

Etki mekanizması; servikste sperm penetrasyonunu ve implantasyonu kalın bir mukus tabakası oluşturarak engeller. Dolaşımdaki progesteron miktarının yüksek olması ovulasyon öncesi LH yükselmesini engeller ve ovulasyon oluşmaz(86,87). Etkinlikleri cerrahi sterilizasyondaki kadardır(26). Başarısızlık %0,1'den düşüktür.

Kullanımı: Tam kontrasepsiyon sağlanması için ilk enjeksiyon adet kanamasının ilk 5 günü içinde yapılmalıdır. Bu dönemde yapılamamışsa 2 hafta süre ile ek korunma yöntemi uygulanmalıdır. Bir sonraki enjeksiyon DMPA kullanımı için 3 ay, Noretisterat' ta ise 2 ay sonrasıdır. Doğum sonrası kadın emziriyorsa ilk enjeksiyon 6. hafta sonunda yapılmalı, emzirmiyorsa ilk enjeksiyon doğumdan 3-4 hafta sonra yapılır. Düşükten hemen sonra ya da ilk 7 gün içinde de yapılmaktadır. Gebelik isteği ile yöntemi bırakan kadınlardaki gebe kalma hızı,

yöntem kullanmayanlarla aynıdır(12). İlk enjeksiyon zamanı çok önemlidir. Zamanlama hatası ile gebelik oluştuğunda intrauterin gelişme geriliğine bağlı olarak yenidoğan ve infant ölümler yaşanmıştır. Endikasyonları: Sigara içen kadınlar, obezler, emzirme, demir eksikliği anemisi, jinekolojik obstetrik durumlar(preeklampsia, ektopik gebelik, uterus fibroidleri, endometrium-over Ca, gestasyonel trofoblastik hastalık, servikal ektropiyon), bening meme hastalıkları, konjenital kalp hastalığı, tromboembolik hastalık, safra kesesi hastalıkları, tiroid hastalığı, thalasemia, epilepsi, schistosomiasis, tüberküloz, sıtma gibi enfeksiyon hastalıkları, diğer yöntemlere uyum problemi yaşayan kadınlardır(mental retarde hastalar).

Olumlu yönleri: DMPA cinsel ilişkiden bağımsız ve uyumun kolay olduğu bir yöntemdir.

Östrojen etkisi olmadığından, konjenital kalp hastalığı, orak hücre anemisi, tromboembolik hastalık geçirmiş ve 30 yaş üzeri sigara içen kadınlar kullanabilir. Emziren annelerde sütün miktarını artırır, anne sütüne az miktarda geçer ve bebeğin gelişimine engel olmaz(71). Endometrium ve over kanseri riskini azaltır. PID, endometriozis ve ektopik gebelikleri önlediği saptanmıştır(90).

Yan etkiler: Düzensiz kanama, memelerde hassasiyet, kilo artışı ve depresyondur. İlaç vücuttan son enjeksiyondan ancak 6-8 ay sonra atıldığından önemli ölçüde ağırlık artışı ve depresyon, ancak düzelme beklenir. DMPA kullanımı meme kanseri açısından düşük bir risk taşır(86,87).

5)Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler: Östrojen ve progesteronu birlikte içeren preparatlardır.

Estradiol valerate 5mg + Noretisteron enantat 50mg; 4 haftada bir intramüsküler uygulanır.

DMPA 25mg + Estradiol Cypionat 5mg; 4 haftada bir im. uygulanır.

Etki mekanizması: Uygulama esnasında ovulasyon supresyonu, enjeksiyon yapılan ilk 15 gün içinde plazma östradiol düzeyi düşüşüne bağlı hipoöstrojenemik ortamın oluşmasıyla yakından ilgilidir. Tedavi kesildikten sonra folikül aktivitesi 28 gün içinde geri döner. Tedaviden sonra ikinci siklusta ovulasyon tamamen normaldir.

Etkinlik: Başarısızlık oranı %0,1–0,2'dir(86,87). Uygulaması kolay ve etkin bir yöntemdir. Kullanıcının bir sonraki enjeksiyon zamanını unutmaması önemlidir.

Olumlu yönleri: Pelvik enfeksiyon ve over kanserine karşı koruyucu etkisi vardır. Ektopik gebelik ve demir eksikliği anemisini önler. Bırakılınca doğurganlık geri döner. Doğal östrojen içerdiği için lipid metabolizması ve kardiovasküler sistem üzerine olumlu etkileri olmasının yanında, Karaciğer fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemediği için KOK kullanımı sırasında ya da gebelikte sarılık geçirenlerde kullanılabilir.

Yan etkiler: kanama düzensizlikleri, baş ağrısı, baş dönmesi, halsizlik, memelerde gerginlik ve ağrı ve kilo artışıdır.

Kullanımı: Kombine enjekte kontraseptifleri tercih eden kadınlarda yöntemi ilk uygulama; adet gören kadınlarda adet ilk 7 günü içinde olmalıdır. Doğum sonrası dönemde eğer kadın emziriyorsa, doğum sonrası 6 aydan sonra, emzirmiyorsa doğum sonrası 3-4. haftada uygulanır.

Düşük sonrası hemen ya da ilk 7 gün içinde ilk enjeksiyon yapılmalıdır. Sonraki enjeksiyon kanamanın durumuna bakılmaksızın ilk enjeksiyondan 30 gün sonra olmalıdır. İkinci ve sonraki enjeksiyonlar daha önceki enjeksiyon tarihinden 3 gün önce ya da 3 gün sonra olabilir.

Enjeksiyondan sonra kullanıcıya sonraki enjeksiyon tarihi söylenmelidir(88, 89, 91).

6) Deri Altı implantlar: Levonorgestrol içeren 6 adet ince ve esnek silastik kapsülden oluşur, üst kolun iç yüzüne deri altına, adet ilk 7 gününde yerleştirilir. Etkinliği %99, koruyuculuğu 5 yıldır(86,87).

Etki mekanizması: Sadece progestin içeren kontraseptifler gibidir. Levonorgestrel ovulasyon için gerekli olan LH salınımını inhibe eder. Siklusların %50'sinde ovulasyon inhibisyonu, servikal müküsün kalınlaşması, endometrial supresyon ile kontraseptif etki yapar(93,18).

7) Norplant: Kontraseptiflerin en etkinlerinden olup güvenli, kullanımı kolaydır. Çıkarıldıktan sonra doğurganlık hızla geri döner ve emziren kadınlar için iyi bir seçim olup yerleşimini eğitilmiş personel yapmalıdır. Kadın kendi kendine yöntemle başlayamaz ve sonlandıramaz. Deri altında fark edilir, bu durum bazen istenmeyen bir olay olarak algılanabilir(71).

Yan etkiler: Düzensiz kanama, baş ağrısı, kilo değişiklikleri, depresyon, anksiyete, sinirlilik, akne, hirsutizm, bulantı, baş dönmesi, memelerde duyarlılık ve vajinal sekresyon artışıdır.

8) Vaginal Halkalar(RNG): Halkalar vaginaya yerleştirilerek, salınan hormonun özelliğine ve miktarına bağlı olarak kontraseptif etkinlik sağlar. Çoğunluğu 50-60 mm çapa ve 7,5-9,5mm kalınlığa sahip çok sayıda halka yapılmıştır. Diyaframın aksine, halkaların yerleşim açısından sorunu yoktur, sadece atılma olasılığı açısından büyüklük önemlidir. Tek şart halkanın dış kenarının vajen duvarıyla temas halinde olması olup silastik yapıdadır. 2 değişik tip halka geliştirilmiştir. Birincisi 150-180 hızında estradiol ve 250-300mgr/gün hızında levonorgestrel salındığı estrajen ve progestajen içeren karışık tiptir. Bu halkalar özellikle 3 hafta içerde, 1 hafta dışarıda tutuldukları için ovulasyon düzenini oluşturmaya yöneliktir. İkinci tip genellikle 20mgr/gün levonorgestrel salındığı yalnızca progestajen içeren tip olup, halkalar sürekli kullanılarak ve ovulasyon inhibisyonu yapmayacak şekilde olup kullananların %50'sinde ovulasyon oluşmuştur(86,87)

9) Rahim İçi Araçlar(RIA): Dünyada en yaygın kullanılan geri dönüşümlü, uzun süre etkili doğum kontrol yöntemlerindendir(94,47). Örneğin Çin'de 60 milyon kadın bu yöntemi kullanmaktadır(96). Günümüzde dünya çapında kullanılan üç tip RIA vardır;

Katkısız (inert) RIA'lar

Bakırlı RIA'lar

Hormonlu RIA'lar; gövdede progesteron içeren progestasert, Levonorgesterol içeren Levo Nova, Mirena RIA'ların etkinliği tam bilinmemektedir. Sperm, ovum fertilizasyon, implantasyon ve endometrium üzerine etkileri vardır(95). Bakırlı RIA'nın döllenmiş ovumun endometriumu implantasyonunu engellediği, fallop tüpünün ovumun iletim hızını azalttığını ve endometrial kavitede sperm migrasyonunu engellediği bilinmektedir(47,96,97). RIA

kullanımının sonraki yıllarda primer ve sekonder tubal infertilite'ye neden olup olmadığı 1985'te Daling ve Crome tarafından araştırılmıştır. Bakır içermeyen RIA kullanan nullipar kadınlarda, bakırlı RIA kullanan multipar kadınlara göre yüksek olup her iki grupta kontrol grubu ile karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır(71). RIA'nın yerleşimi için tercih edilecek en uygun zaman mensturasyon zamanıdır(71). Bu dönemde servikal kanal iyice genişler ve kişinin hamile kalma ihtimali en azdır. Bununla birlikte kişi tarafından daha güvenilir olduğu düşünülürse yerleştirme, siklusun başka bir döneminde de yapılır. Postpartum RIA yerleştirilmesi, postpartum kontrol ziyaretinde veya doğumdan 4-8 hafta sonra yapılır(47, 55). RIA bütün kadınlar için ideal ve doğru bir seçim değildir. CYBH riski olan kadınlar için RIA iyi bir kontraseptif yöntem olmayabilir. RIA yerleştirilmesi pelvik enfeksiyon, kanama, ağrı gibi komplikasyonlara yol açar(96, 54, 56). Bu yöntem aseptik şartlar altında deneyimli sağlık personeli tarafından uygulanmalıdır(57,58).

RIA kontrendikasyonları; Gebelik, dış gebelik öyküsü, ağır servisit, genital organların malign lezyonları, kesin tanısı konmamış pozitif veya şüpheli vajinal smear, sebebi bilinmeyen vajinal kanamalar, RIA'nın yerleştirilmesine engel genital organ, malformasyonlar, servikal kanal stenozu, Multiple seksual partner, orta veya şiddetli dismenore, nulliparite, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü, 25 yaş öncesi, valvular kalp kapak hastalığı ve demir eksikliği anemisi(95). 25 yaşından genç olması, Klamidya enfeksiyonuna yatkınlık açısından relatif kontrendikasyonlar içinde yer alır. RIA kullanımına bağlı olarak izlenen komplikasyonlar; gebelik, RIA'nın çıkması(expulsion), aşırı kanama ve pelvik enfeksiyonlardır(109).

Etkinlik: Geriye dönüşümlü, emniyetli ve kontraseptif etki yüksektir. Bakır miktarı yüksek olan yeni modern RIA'larla(TCU 380 ve Multiload 375) cerrahi sterilizasyona eşdeğer istenmeyen gebelik oranları bildirilmiştir. Yapılan klinik çalışmalarda; 300mm² üzerinde bakır içeren RIA'lar ve LNG-RİS en etkin modern RIA'lar olup istenmeyen gebelik oranları 5 yıl üzerindeki değerlendirmelerde 1/100 kadın yıl olarak hesaplanmıştır(86,87).

Olumlu Yönleri: Kolay uygulanır ve güvenli, etkili ve geriye dönüşümlüdür. Sistemik etkisi bulunmamakta ve cinsel ilişki zamanından bağımsızdır. Emzirenler için uygundur. Çıkarıldığında fertilité geri döner. Sorun çıkmadığı sürece yılda bir kontrol yeterlidir(86,87, 98). Olumsuz Yönleri: Uygulama esnasında perforasyon riski olabilir. Uygulanması ve çıkarılması bir miktar ağrılı olup, cinsel yolla bulaşan hastalık riski olanlar için uygun bir yöntem değildir ve bu hastalıklara karşı koruyuculuğu bulunmamaktadır.

10) Hormon içeren RIA'lar: Progestasert: Gövdesinde 38mg progesteron içerir, 1 yıl etkindir. Servikal mukusu kalınlaştırır ve spermilerin rahime geçmesine engel olur. Ektopik gebeliğe karşı etkinliği yok denecek kadar azdır(86,87).

L Ng-20 RIA: 52mg Levonorgestrel içerir ve 5 yıl etkinliği vardır. Kısmen yumurtalıklarda folikül gelişimi ve ovulasyonu engeller, ayrıca yabancı cisim reaksiyonu oluşturur(86). Etkinliği

oldukça yüksektir, amenore en sık görülen yan etkisidir. Ülkemizde Mirena ticari ismi ile kullanıma sunulmuştur(86,87).

11) Kondom: Bilinen en eski korunma yöntemidir(93). Cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen latex kauçuktan bir kılıftır. Kondom spermelerin vaginaya girmesini engelleyerek etki gösterir. Her cinsel ilişkide ve doğru kullanılırsa çok etkilidir. Başarısızlık kullananların kültür düzeyi, çocuk istememe ve yaşlarına göre farklılık gösterse de ortalama %12-13 'dür(86,87).

Kondomun hormonal yan etkisi yoktur. Reçete ya da tıbbi izlem gerektirmez. Ucuz ve kolay temin edilir. Hava, su ve mikroorganizmalar kondom sayesinde geçemezler. Serviks Ca'dan koruyucu etkisi vardır, AİDS dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmada en etkili yoldur(86,87).

12)Diyafram: Serviksi kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmış kontraseptif yöntemdir. Coitustan önce kubbe kısmına spermisit konularak uygulanır. Vajinaya doğru yerleştirilen diyafram simfizis pubisin arkası ile vajen arka forniksi arasında kalır, ön vajen duvar ve serviksi kapatır. Sperme karşı fiziksel bir bariyer oluşturur, servikal mukusun vaginal asiditeyi nötralize etmesini engelleyerek spermelerin vajende barınmasını önler ve spermisit krem ve jellerin doğru kullanılmasını sağlar(86,87).

Bu yöntemin kullanımı azalmıştır. Sebebi diyaframın neden olduğu şikayetlere neden olmayan, KOK ve RİA'nın bulunmasıdır(86,87). Yan etkileri; hastalar vagendeki kirlilikten, spermisite bağlı koku, irritasyon ve doğru yerleştirilmediğinde verdiği rahatsızlıktır. Diyafram kullananlarda İYE, KOK kullananlara göre iki kat daha fazladır(64).

13) Servikal Başlık(Cap): Cap, çok az kullanılan bir yöntemdir. Diyaframa oranla daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçüktür. Serviks üzerine oturtulur, kıvrılabilen kenarlar, ile vakum oluşturarak serviks ya da üst vajinal duvara oturur. Kullanıcıların eğitimi önemli olup etkinliği diyafram kadardır(86,87).

14) Spermisidler: Koitustan 10 -15 dk. önce vajinaya uygulanıp sperm hareketlerini önleyen ve spermelerin ölümünü sağlayan kimyasal ajanlardır. Aerosol, krem, jel, macun, suppozituar, köpük, tablet, film ve sünger gibi çeşitleri bulunmaktadır. Temel etkili madde; Nonoxynol-9, Octoxynol-9 ve Menfegol'dür. Spermisid, servikse olabildiğince yakın yerleştirilmeli, serviks ve üst vajene dağılması için, koitten önce, önerilen süre kadar beklenmelidir. Her koit için bir miktar daha spermisid uygulanmalı ve en az 6 saat sonrasına kadar duş alınmamalıdır.

Etkinlik: Spermisid'in kullanılabilirliğine ve çiftin bunu düzenli olarak kullanmasına bağlı değişir. 1 yıldaki başarısızlık oranı, köpük suppozituar için %0,3 iken, köpük için %31'dir(86,87).

Cerrahi Kontrasepsiyon: Dünya'da en yaygın kullanılan en etkili kontraseptif yöntemdir. Cerrahi sterilizasyon (kadında tüp ligasyonu, erkekte vazektomi) çocuk istemeyen aileler için en uygun yöntemdir. Geriye dönüşümü mümkün ancak pahalı, zor ve %100'dür. Bu nedenle

yöntem hakkında ayrıntılı bilgi verilmeli, çocuk isteği veya kararsızlığı olan çiftlerde kullanılmamalıdır.

Etki mekanizması: Gebeliği oluşturacak üreme hücrelerinin üreme kanalında yapılan cerrahi işlemle birleşmemeleri ile kontraseptif etki oluşur.

Etkinliği: Tüp ligasyon %99,6, vazektomi %99,8 civarındadır. Tüplere ulaşmada üç yaklaşım vardır:

Vaginal [Kolposkopik, kolpotomik(Kroner)]

Transservikal (Histeroskopik)

Abdominal. Günümüzde en çok seçilen abdominal yaklaşımda tüplere ulaşmada;

Laparoskopik (klip, koter), Mini laparotomik (Pomeroy, Irving, Parkland, klip, silikon band) ve laparotomik teknikler kullanılmaktadır.

Olumlu yönleri: Etkili ve güvenilirdir. Maliyeti bir kerelik olup cinsel ilişki zamanından bağımsızdır, uygulama sonrası etkinlik hemen başlar. Seksüel disfonksiyon görülmemiştir. Gebelik riski olmadığı için kişiler rahattır.

Olumsuz yönleri: Kalıcıdır, cerrahi komplikasyonlar oluşabilir, ektopik gebelik riski vardır. Tüpligasyon yapılan kadınlarda daha fazla psikolojik sorunlar ortaya çıkabilmektedir(10). Vazektomi: Erkek, vas deferenslerin kapatılması ile spermilerin epididimden duktus ejakulatoriyusa transportunun engellenmesidir.

Olumlu yönleri: Kolay, basit ve kısa sürede uygulanır, cinsel ilişkiye etkisi yoktur.

Olumsuz Yönleri: Kalıcıdır, cerrahi komplikasyonlar olabilir, hemen etkin değildir (işlemden sonra 20 ejakulatta spermeler mevcuttur).

Acil Kontrasepsiyon: Acil oral kontrasepsiyon korunmasız ya da kontrasepsiyonun başarısız olduğu cinsel ilişkiden sonra, gebelik başlamadan uygulanan kontrasepsiyon yöntemidir(91). KOK veya minihapların yüksek dozla uygulanmasıyla gerçekleştirilir. Ayrıca acil kontrasepsiyon için gelişmiş preparatlar vardır. Acil kontrasepsiyon konusundaki endişe kardiyovasküler risk artışıdır. Güvenli ve sürekli kontrasepsiyon yerine acil kontrasepsiyonun yoğun kullanımıdır(91,99,100). Son 30 yıl içinde yapılan çalışmalarda acil kontrasepsiyonun istenmeyen gebeliğin engellenmesi için etkili ve güvenli bir yöntem olduğu bulunmuştur(91).

Acil hormonal kontrasepsiyon 1977 yılında A. Yuzpe tarafından bulunmuştur. Yuzpe'ye göre 50mcg etinil estradiol+500mcg levonorgestrel içeren iki hapın korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 72 saat içinde 12 saat ara ile iki kez alınması şeklindedir. KOK'lar bu verilen dozlar ayarlanacak şekilde (örneğin 30mcg etinil estradiol içeren haptan 4 adet kullanım gibi) acil kontrasepsiyonda kullanılır(22). Genelde kullanım preparatları; tek doz 1,5 mg levonorgestrel, 12 saat arayla kullanan 0,75 mg'lık 2 doz levonorgestrel, 12 saat arayla kullanan 2 doz 100mcg etinil östradiol ve 0,5mg levonorgestrel'dir(91).

Acil hormonal kontrasepsiyon etki mekanizması: Tam olarak bilinmemekle beraber ovülasyondan önce alındığında ovülasyonu engeller. Ayrıca ovumun sperm tarafından döl lenmesini ve uterus a yerleşmesini engeller. Oluşmuş gebelik üzerinde etkisi yoktur(91).

Acil kontraseptiflerin endikasyonları: Acil kontrasepsiyon korunmasız veya yetersiz korunmalı cinsel ilişkiden sonra uygulanır. Yetersiz korunma kondomun uygunsuz kullanımı, yırtılması, kayması, KOK veya minihap kullanımının unutulması, kontraseptif enjeksiyon zamanında gecikme, rahim içi araç dislokasyonu, spermidlerin yanlış kullanımı gibi sorunlardır. Acil kontrasepsiyon tecavüz gibi kadının korunmasız şekilde cinsel ilişkiye zorlandığı durumlarda da kullanılır(101,91). Acil kontrasepsiyonun sürekli bir doğum kontrol yöntemi olmadığı, yalnızca son çare olarak uygulanması gerektiği hastaya açıklanmalıdır. Acil kontrasepsiyon için kullanılan hormonal haplar iki çeşittir:

Kombine hormonal preparatlar (KOK'lar bu amaçla kullanılabilir)

Sadece progesteron içeren (levonorgestrel) preparatlar

Acil kontrasepsiyonun yan etkileri: Bulantı-kusma, adet gecikmesi, kanama düzensizliği yapabilir. Acil kontrasepsiyonun maksimum etkinliği için cinsel ilişkiden sonra mümkün olan en kısa sürede alınmalıdır. İki saat içinde kusma olursa doz tekrarlanmalıdır. Hastaya adetinden 1 hafta önce veya sonra olabileceği anlatılmalı, ancak gecikme durumunda hamilelik olasılığı hatırlatılmalıdır. Aynı şekilde pelvik ağrı ve kanama düzensizliği de ektopik gebelik olasılığını düşündürmelidir. Bireylere düzenli bir kontraseptif yöntem konusunda danışmanlık verilmelidir(101,91).

Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

Doğal aile planlaması, eşlerin menstruel siklusun fertil ve infertil dönemlerini, doğal olarak görülen belirtilerle saptayarak fertil dönemde cinsel ilişkide bulunmamalarıdır. Fertil devrede cinsel temasın olmadığı kesin bildirilmiştir. Günümüzde fertilit e ve ovulasyonu saptamada bir takım kimyasal ve hormonal testlerden faydalanılmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalarda, idrarda LH piki tayini, tükrük ya da servikal mukusta eğrelti otu görüntüsü bulunmasının ovulasyon gününü belirlemede etkili olduğu saptanmıştır(88, 103, 104). Bazal vücut ısısı takibi, servikal mukus takibi, servikal palpasyon yöntemi, takvim veya ritm metodu, geri çekme ve vajinal yıkama doğal aile planlaması yöntemleridir.

1.Bazal vücut ısısı takibi: Ovulasyon gerçekleşikten 1-2 gün sonra, corpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu vücut ısını 0,2-0,6°C arasında yükseltir ve bir sonraki menstruasyona kadar yüksek ısıda tutar. Ovulasyon ilk ısı yükselişinden önceki gün gerçekleşir. Bazal vücut ısısı artışından 3 gün sonrasına kadar ilişki olmamalıdır. 14 -16 gün kadar infertil dönemde ilişkiye izin verilir. Bazal vücut ısısı, uyku sonrası gibi kesin bir dinlenme sonrası ve yemek içmek dahil bazı normal aktivitelerden önceki vücut ısısıdır. Ateş ölçme işlemi; özel, geniş ölçekli civalı termometre kullanılarak, tercihen sabah kalkmadan önce, ortalama aynı

saatlerde oral, rektal ya da vajinal yoldan ölçölüp, çizelgeye kaydedilmelidir. En önemli dezavantajı bütün preovulatuvar dönemde ilişkinin yasaklanmasıdır. Kadınlar tarafından pek tercih edilen bir yöntem değildir. Ayrıca hastalık, emosyonel durum, uyku düzenindeki değişimler ısıyı etkiler ve çizelgede değişiklikler olabilir.

2. Servikal mukus takibi: Menstruasyondan hemen sonra kadının dolaşımındaki östrojen ve progesteron düzeyleri çok düşüktür ve çok az mukus bulunur. Eğer kadının vulvasında görülebilecek kadar mukus olsa bile, çok kalın, visköz, opak ve gerilince hemen kopan karakterdedir. Seksüel temasın konsepsiyonla sonuçlanmayacağı, infertil evreyi ifade eder. Foliküler gelişim devam edip, östrojen miktarı arttıkça, mukus miktarı artar ve gittikçe daha ince, esnek, şeffaf ve sulu olur. Bu da fertil dönemdir ve ilişki olmamalıdır.

3. Servikal palpasyon: Kadın çömelme veya ayaktayken kendi kendine palpasyonla servikste değişiklikleri yorumlamasıdır. İnfertil dönemde serviks serttir, eksternal os kapalıdır ve servikse kolay ulaşır. Ovulasyona doğru, östrojen hormonu yükseldikçe serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir ve servikal os açılır. Palpasyonla servikse daha zor ulaşır. Ovulasyonu izleyen 29. günde serviks yeniden sertleşir, aşağı iner ve os kapanır. Ovulasyonun olabileceği günlerde ilişkinin olmaması esastır.

4. Takvim metodu: Menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 ay–1 yıllık gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan bir yöntemdir. Siklusun her zaman aynı olduğu düşünülerek yaklaşık 7 günlük bir fertil devre belirlenir. Potansiyel fertil evre; son 12 siklusta, en kısa siklustan 19 çıkarılarak fertil evrenin ilk günü, en uzun siklustan 11 çıkarılarak da fertil evrenin son günü bulunarak hesaplanır. Takvim yönteminde asıl sorun, kadınların düzenli sikluslarının olmaması ve plansız gebeliklerin olmasıdır. Takvim metodu tutarsız, güvensiz ve yetersiz olmuş, kullanımı sınırlı kalmıştır.

5. Geri çekme: Halk arasında bu yöntem “çekilme”, “dışarı boşalma”, “erkeğin korunması” olarak geçmektedir. Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakulatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak menisini vajina dışına boşaltmasıdır(70). Günümüzde geleneksel ve modern birçok kontrasepsiyon yöntemi, çiftler arasında korunma amaçlı kullanılmaktadır. Dünyada, çiftler arasında kısa süreli kullanımda en sık tercih edilen kontrasepsiyon yöntemlerinden biri de, geri çekme yöntemidir(65). Gelişmekte olan ülkeler ile kıyaslandığında, Türkiye’de daha sık tercih edilmektedir(69). Kadınların %34,5’i modern kontrasepsiyon yöntemlerini kullanırken, %28,1’i halen geleneksel yöntemleri tercih etmektedir. Geri çekme yöntemi eşler arasında uyum gerektirir. Herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanırken gebe kalanlardan %58,7-%60,6’nın geri çekme yöntemini kullandığı tespit edilmiştir(66,82). Türkiye’de geri çekme yönteminin kullanımında yıllar arasında önemli farklılıklar görülmekte olup; Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırmaları(TNSA) verilerinde, bu yöntemin kullanım oranı 1983’de %30,1, 1993’de %26,7, 1998’de %25,7, 2003 yılında %26,4, 2008’de %26,2, 2013’de ise %25,5 olmuştur(62,80).

6. Vajinal yıkama: Kadınların çoğu, vagina duvarı ve kanaldaki spermleri yıkayıp atma düşüncesi ile ilişkiden hemen sonra vajinayı suyla yıkamanın gebeliği önlediğine inanır. Oysa ejakulasyondan 15 saniye sonra sperm servikal kanala penetre olur.

Emzirme ve Gebeliğin Önlenmesi: Doğumdan hemen sonra prolaktin hormonu yükselmeye başlar ve kadın emzirmeye devam ederse yüksek kalır. Ovulasyonu inhibe eder. Bu inhibisyon, anne bebeğini su dahil hiçbir ek besin vermeksizin sık sık(gece dahil) ve her defasında uzun süre emziriyorsa ilk 6 ay için geçerlidir. Annenin adet kanaması görmemiş olması gerekir, ancak ovulasyon ve gebelik adet görmeden de oluşabilir. Emziren annelerde 3. ayın sonunda, emzirmeyen ya da kısmen emzirenlerde 3. haftanın sonunda diğer korunma yöntemlerine başlanmalıdır. Gebe kalma riski %2'dir(102, 103, 104).

2.12. Geleceğin Kontraseptif Yöntemleri

Erkekler için hap, enjeksiyon, implant

Cerrahi olmayan vazektomi

Kadınlar için anti fertilite aşısı

Daha geliştirilmiş bariyer yöntemler olarak düşünülebilir.

2.13. Kadın Cinsel ve Üreme Sağlığının Korunmasında Hemşirenin Rolü

Günümüzde bireyler sahip olacakları çocuk sayısı, zamanı konusunda karar verme, planlama ve uygulama hakkına sahiptir. AP halk sağlığı gibi, kadının statüsünü de etkileyen önemli bir konudur. Kadının toplumdaki statüsü, eğitim ve gelir düzeyi hem genel ve cinsel sağlık düzeyini, hem de doğurganlıkla ilgili tutumlarını etkiler. Bu nedenle özellikle kadınların bu konudaki bilgileri sürekli olarak yenilenmeli ve değişen ihtiyaçlara göre uygun yöntemler belirlenip uygulanması sağlanmalıdır(109,111,112, 114). Bu aşamada hemşirelerin, nitelikli ve kapsamlı bir AP danışmanlığı sunmaları çok önemlidir. Bu kişilerin AP gereksinimlerini karşılamakla beraber, cinsel yaşama olan olumsuz etkilerinin azaltılması ve cinsel yaşam kalitesinin artırılması açısından da önemlidir(111,113). Bireyler, AP ve cinsellik konusundaki bilgileri genellikle profesyonel olmayan kaynaklardan (arkadaş, akraba, gazete, televizyon, dergi ve internet) öğrenmektedir. Bazı kadınlar hemşire veya hekimden rahatça bilgi alabilirken, bazıları büyük zorluk yaşar. Bu nedenle hemşire ve hekimin doğru ve yeterli bilgi vermesi çok önemlidir.

Hemşireler, kullanılan yöntemin kadın ve erkeğin cinselliğine ve cinsel yaşamlarına etkileri hakkında bilgi vermelidir. Örneğin; kondom takılması çiftlere, cinsel ilişki öncesinde uygulayabilecekleri bir ön sevişme etkinliği olarak öğretilir. Hemşirelerin AP hizmetlerinin sunumunda bakım, eğitim, danışmanlık, rehberlik, savunuculuk ve yöneticilik gibi çeşitli mesleki rollerini yerine getirmeleri gerekir. AP hizmeti için başvuran bireylerde, kullandıkları yöntem ya da cinsel yaşamlarına bağlı olarak yaşanabilecek sorunlarda (ör; seksüel örüntüde

değişim, lateks alerjisi riski ve beden imgesinde rahatsızlık) hemşirelik tanılarını belirlemeleri, uygun girişimlerde bulunup sonuçları değerlendirmeleri gerekir. Cinsel sağlık, insan sağlığından ayrı değildir. Bütüncül bakım hizmeti veren hemşireler, aynı zamanda kadın olmaları nedeniyle kadınların, cinsellik gibi özel durumlarını ifade edebilecekleri en yakın sağlık personeli(115).

Bilgi vermek, danışmanlık yapmak ve rehabilite etmek kişilerin yaşam kalitesini yükseltme ve sürdürmede önemli bir yöndür. Hemşirelik hizmetinin diğer rollerinde olduğu gibi bu hizmette de gerçekçi, bilimsel ve terapötik yaklaşım önemlidir(116,117,118). Öncelikle cinsellik konusunu kabul etmeli ve kendini rahat hissetmeli, hasta veya bireyle cinsel konuları tartışmak üzere iletişim becerileri geliştirmeli, cinsellik hakkında bilgi sahibi olmalı, cinsellik konusunda kendisi ve diğerlerinin inanç, değer ve tutumlarının farkında olmalı ve yaşam döngüsünde cinselliğin gelişimini iyi bilip, takipçisi olmalıdır.

Sağlık profesyonellerinin, gebelik ve CYBE'ye yol açan olumsuz cinsel davranışları azaltmaya yönelik eğitim programlarını (AP ve cinsel konulara yönelik) kullanmaları önemlidir. Bunlar, bireyin sosyokültürel ve dini özelliklerini dikkate alan, empatik, bilgilendirici, eğitimsel ve iletişim becerilerini içerir ve her bireye uygulanabilir(111). Bu programlarda kişisel farklılık ve ihtiyaçlar göz önünde alınmalıdır. Yapılacak eğitim programlarında(111,119);

Genç, bekar ve çiftlere güvenli ve özel bir ortamda cinsel sağlık eğitimi ve cinselliği koruyucu bilgi verilmesi.

Bireylerin cinsel sağlık gereksinimleri ve kontraseptif tercihler hakkında danışmanlık verilmesi. Cinsel disfonksiyonun tanınıp, sevk edilmesi.

Cinsel davranış, korunma yöntemlerini kullanmadan risklerine yönelik sürekli, tekrarlayıcı, açık ve net mesajlar verilmesi.

Adölesan cinsel aktivite riskleri, ilişkiden kaçınma yolları, gebelik ve CYBE'leri önlemeye yönelik yöntemler hakkında doğru ve yeterli bilgi verilmesi.

Cinsel davranışları etkileyen sosyal baskıları hedef alan aktivitelerin programda yer alması.

İletişim, karşılıklı konuşma ve tartışma ile reddetme becerileri konusunda örnekler verilip uygulanması.

Davranışsal amaçlar, eğitim yöntemleri ve araçlarının yaş, gereksinim, cinsel deneyim ve kültürlerine uygun olarak kullanılması.

Katılımcıları içine alacak şekilde düzenlenmiş eğitim yöntemlerinin uygulanması ve bilginin kişiselleştirilip eğitimlere yeterli zaman verilmesi.

Programa inanan eğitici ve akran liderlerin kullanılması, yeterli ve gereksinimlere uygun eğitim sağlanması.

Birey veya çiftlere yapılacak empatik ve kanıta dayalı AP danışmanlığında başlıca konular(119);

Kontrasepsiyon tipleri, Yöntemin yarar ve riskleri, Yöntemin nasıl kullanılacağı, Bir hata olursa ne yapılacağı, Yöntemlerin cinsel yaşama etkisi, Acil kontrasepsiyon, Soru ve endişeler.

AP' ye bağlı yaşanan CD'nin yönetiminde hemşirenin tutum ve davranışı önemlidir. AP danışmanlığı yaparken, cinsel danışmanlık becerilerini de kullanabilir. Bunun için, cinsel sorunlarda danışmanlık verecek kadar bilgi ve beceri sahibi olmalıdır.



3. MATERYAL- METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gaziantep ilinde gerçekleştirilmiştir. Gaziantep 6,887 km² yüzölçümü, 2014 TÜİK verilerine göre Türkiye 77 695 904 nüfusa sahip, Gaziantep 1,889,466 nüfusu ile Türkiye'nin 6., Güneydoğu Anadolu Bölgesinin en büyük kentidir. Ekonomik potansiyeli ve büyükşehir statüsüyle metropol bir kenttir. Gaziantep iline bağlı 9 ilçe bulunmaktadır.

Gaziantep büyükşehir belediyesi bünyesinde ücretsiz sanat ve meslek edindirme kursları bulunmaktadır. 16 Yaşından 70 yaşına kadar herkes ücretsiz olarak bu kurslardan yararlanabilmektedir. El beceri kurslarının süresi 3-4 aydır. Şu an bünyesinde Araban, Atakent, Şehit Üsteğmen Hakan Özcan, Cumhuriyet, Gazikent, Karkamış, Kurbanbaba, Narlıkent, Nizip, Nurdağı, Oğuzeli, Perilikaya ve Yavuzeli el beceri kursları bulunmaktadır. Bu merkezlerde yılda 8000-10000 kişiye eğitim ve kurs imkânı sağlanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma Kasım 2015-Mart 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Aralık ayının son 15 günü kursların tatil olması sebebiyle anket uygulamasına ara verilmiştir. Araştırmanın örneklemine belediye bünyesindeki tüm el beceri kursları dâhil edilmiştir. Ancak, Karkamış, Narlıkent ve Atakent el beceri kurslarından elde edilen verilerdeki eksiklikler (katılımcıların cevap vermek istememesi ya da verilen yanıtların tam olmaması) nedeniyle çalışmaya dâhil edilmemiştir. Araştırma evrenine büyükşehir belediyesi bünyesinde bulunan Cumhuriyet Gençlik ve Kültür Merkezi(n=297), Perilikaya El Beceri Kursu(n=236), Şehit Üsteğmen Hakan Özcan Gençlik ve Kültür Merkezi(n=185), Kurbanbaba Gençlik ve Kültür merkezi(n=150), Gazikent El Beceri Kursu(n=102), Nizip(n=100), Nurdağı(n=64), Oğuzeli(n=52) Araban(n=44), Yavuzeli(n=20) 'na devam eden toplam 1302 kişi çalışmaya alınmış, ancak 52 anket kişisel bilgi formundaki eksik veri ve tutum ölçeğinin verilerinin tam olmaması sebebiyle değerlendirilmeye alınmamıştır. Araştırma toplam 1250 kadın ile tamamlanmıştır.

Araştırmanın verileri üç ayrı form aracılığı ile toplanmıştır. Araştırmacı tarafından oluşturulmuş sosyo-demografik özelliklerin ve kişisel bilgilerin yer aldığı bilgi formu, Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ilgili literatürden alınmıştır(101, 102, 103, 152). Formun ön uygulaması Cumhuriyet gençlik ve kültür merkezinde 20 kişiye uygulanmıştır. Ön uygulama sonucuna göre formda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan kadınlar, örnekleme dahil edilmemiştir. Uygulama süresi 20-25 dakikadır.

3.4. Araştırmada Kullanılan Araçlar

Bağımsız Değişkenler: Kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile eşin sosyo-demografik özellikleri, evlilik süresi, ilk evlenme yaşı, ilk adet yaşı, ilk doğum yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, normal doğum sayısı, sezeryan sayısı, canlı doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, istemeyerek gebe kalıp kalmadığı, sağlık sorunun olup olmadığı, kullandığı ilaç olup olmadığı, evde kimin söz sahibi olduğu ve aile planlamasına ilişkin oluşturulmuş sorulardır.

Bağımlı Değişkenler: Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ve Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinde aldıkları puanlardır.

Aile Planlaması Tutum Ölçeği: AP' ye yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla Örsal ve Kubilay (2007) tarafından geliştirilen "Aile Planlaması Tutum Ölçeği – APTÖ" 34 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her bir ifade 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. Ölçek toplumun AP'ye ilişkin tutumu, AP yöntemlerine ilişkin tutumu ve gebeliğe ilişkin tutumu olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarından "Toplumun AP'ye İlişkin Tutumu"nu oluşturan madde sayısı 15'dir ve bu alt boyuttan en az 15 en fazla 75 puan alınabilir. Ölçeğin alt boyutlarından "AP Yöntemlerine İlişkin Tutumu"nu oluşturan madde sayısı 11'dir. Bu alt boyutundan en az 11 en fazla 55 puan alınabilir. Ölçeğin "Gebeliğe İlişkin Tutum" alt boyutunun madde sayısı 8'dir ve bu alt boyuttan en az 8 en fazla 40 puan alınabilir. Ölçekten toplamda en düşük 34, en yüksek 170 puan alınmaktadır. Ölçekten daha yüksek puan almak daha olumlu AP tutumu anlamına gelmektedir.

Örsal ve Kubilay(2007) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin güvenirlik incelemesinde iç tutarlılığına bakılmış toplamda Cronbach Alfa güvenirlik kat sayısı 0,90 bulunmuştur(EK 1). Bu çalışmada kullanılan aile planlaması tutum ölçeğinin toplam puanda cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,963 topluma ilişkin alt ölçeğinde 0,940, yöntemle ilişkin alt ölçeğinde 0,915, gebeliğe ilişkin alt ölçeğinde 0,927 olarak hesaplanmıştır(101,152).

Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri: CSEI (Coopersmith Seif Esteem Inventory), bir kişinin sosyal, akademik, ailesel ve bireysel hayatında kendisi hakkındaki düşüncelerini ölçmek üzere geliştirilmiştir. CSEI, bireysel veya gruba uygulanabilmektedir. Ölçeğin uygulandığı kişiler ifadelere 'Evet' veya 'Hayır' şeklinde cevap verebilmektedirler. Özsaygı düzeyi düşük bireyler diğer bireyler arasından ve 25 soruya verdikleri yanıtlardan tespit edilmektedir. Sonuç kişinin özsaygı düzeyini vermektedir. Kişinin özsaygı düzeyinin düşük, orta veya yüksek olduğunu belirlemek için kişinin içinde bulunduğu gruba ilişkin ortalamalar tespit edilmekte ve kişinin puanın ortalamaya göre durumu belirlenmektedir. Türkiye'deki geçerlilik ve güvenirlik çalışması Turan ve Tufan (1987) tarafından yapılmış ve $r=0.62$ olarak bulunmuştur(EK 2)(103). Alt ölçeklerin içerdiği madde sayıları:

- 1.Genel özsaygı alt ölçeği: Benlik değeri hakkında bireyin genel duygularıdır, kendisi hakkında çocukluktaki değerlendirmelere dayanır. Bu alt ölçek 26 maddeden oluşmaktadır. Genel benlik saygısı ile ilgili bazı örnek maddeler şunlardır: Fazla zorlanmadan karar verebilirim. Hayatımdaki her şey karmakarışık. Kendimden oldukça eminim.
- 2.Sosyal özsaygı ölçeği: Kişinin arkadaş grubu içinde kendini değerlendirmesidir. Arkadaşları ondan hoşlanıyor mu, fikirlerini kabul ediyor veya değer veriyorlar mı, rahat mı, sosyal ihtiyaçları karşılanıyor mu? gibi soruların yanıtlarına yönelik maddeler bulunmaktadır. Sosyal benlik saygısı alt ölçeği sekiz maddeden oluşmaktadır. Sosyal benlik saygısı ile ilgili bazı örnek maddeler şunlardır: Benimle birlikte olmak zevkli ve eğlencelidir. Başkaları tarafından kolayca sevilirim. Arkadaşlarım sık sık benimle uğraşırlar.
- 3.Ev-aile ölçeği: Ev ve aile ile ilgili benlik saygısı, çocuğun bir aile üyesi olarak kendisi hakkındaki duygu ve düşüncelerinden oluşmaktadır. Ailesinde kendisine değer verildiğini hisseden, anne, baba ve kardeşleri tarafından sevildiğinden emin olan çocuk bu alanda olumlu benlik saygısına sahip olacaktır. Sekiz maddeden oluşan ev ve aile ile ilgili benlik saygısı alt ölçeğinden bazı örnek maddeler şunlardır: Ailemin benden beklentisi çok fazla. Anne ve babam beni anlayabiliyor. Evde hiç kimse bana fazla ilgi göstermiyor.
- 4.Akademik özsaygı ölçeği (8 madde): Akademik özsaygı alt ölçeği konuyla ilgili olmadığından ve hedef kitlede akademisyen bulunmadığından çıkarılmıştır.
- 5.Yalan madde ölçeği (8 madde). Bu alt ölçekte yer alan maddeler, benlik saygısını değil, kişilerin savunucu tutumlarını ölçmek için konulmuştur ve toplam puana dâhil edilmemektedir. Bu nedenle alt ölçek olarak analizlere de dâhil edilmemiştir. Cronbach alfa katsayısı 0,825 olarak bulunmuştur.

3.5.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 22,0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde 0.05 anlamlılık düzeyi benimsenmiştir. Verilerin dağılımında sayı, %, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Gruplar arası farkın incelenmesinde ki-kare ve ileri düzey analiz yöntemleri kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Araştırma katılımcıları, Kasım 2015-Mart 2016 tarihleri arasında kursa devam eden kursiyerler ile sınırlı olup tüm kursiyerlere ulaşamamıştır. Araştırma konusunun kadınlarda oluşturduğu utanma duygusu ve tüm anketlerin araştırmacı tarafından doldurulması zorluk yaşanmasına neden olmuştur.

3.7. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yürütülebilmesi için Gaziantep Büyükşehir Belediyesinden gerekli yasal izinler (EK 4) ve Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan onay (EK 5) ve çalışmaya katılan kadınlardan sözel izinleri alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu çalışma Gaziantep ilinde el beceri kurslarına gelen kadınların aile planlamasına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını incelemek amacıyla Kasım 2015-Mart 2016 tarihinde 1302 kadına uygulanmıştır. Verilerin analizi aşağıda sunulmuştur.

Tablo 3: Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Yaş Dağılımı	Sayı	%
17-19 Yaş	91	7,3
20-24 Yaş	166	13,3
25-29 Yaş	235	18,8
30-34 Yaş	231	18,5
35-39 Yaş	184	14,7
40-44 Yaş	137	11,0
45-49 Yaş	81	6,5
50-54 Yaş	64	5,1
55 Yaş Ve Üstü	61	4,9
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar Değil	75	6,0
Okur-Yazar	160	12,8
İlkokul	396	31,7
Ortaokul	215	17,2
Lise	264	21,1
Yüksekokul	140	11,2
Mesleği		
Ev Hanımı	683	54,6
İşçi	159	12,7
Memur	98	7,8
Emekli	46	3,7
İşsiz	96	7,7
Diğer	168	13,4
Medeni Durum		
Evli	1000	70,0
Dul	54	4,3
Bekar	196	15,7
Cevapsız	183	14,6
Eşin Eğitimi		
Okur-Yazar Değil	9	0,7
Okur-Yazar	83	6,6
İlkokul	438	35,0
Ortaokul	192	15,4
Lise	209	16,7
Yüksek Okul	136	10,9
Cevapsız	192	15,4
Eşin İşi		
İşçi	349	27,9
Memur	157	12,6
Esnaf	215	17,2
Emekli	143	11,4
Diğer	137	11,0
Gelir Durumu		
Gelir-Giderden Az	772	61,8
Gelir-Gidere Denk	420	33,6
Gelir-Giderden Fazla	58	4,6
Yaşadığı Yer		
Köy	86	6,9
Kasaba	15	1,2
İlçe	142	11,4
Şehir	1007	80,6
Aile Tipi		
Çekirdek	977	78,2
Geniş	249	19,9
Parçalanmış	24	1,9
Sosyal Güvencesi		
SGK	932	74,6
Özel Sigorta	84	6,7
Yok	234	18,7
Toplam	1250	100

Çalışmamıza katılanların %7,3'ü 17-19, %13,3'ü 20-24, %18,8'i 25-29, %18,5'i 30-34, %14,7'si 35-39, %11'i 40-44, %6,5'i 45-49, %5,1'i 49-54, %4,9'u 55-70 yaş grubunda yer almaktadır. Katılımcıların %6'sı okur-yazar değil, %12,8'i okur-yazar, %31,7'si ilkokul, %17,2'si ortaokul, %21,1'i lise, %11,2'si yüksekokul mezunudur. Katılımcıların %54,6'sı ev hanımı, %12,7'si işçi, %7,8'i memur, %3,7'si emekli, %7,7'si işsiz, %13,4'ü diğer meslek grubunda yer almaktadır. Katılımcıların %70,0'ı evli, %15,7'si bekar, %4,3'ü duldur. Çalışmaya katılanların eş eğitim durumlarına bakıldığında %0,7'si okur-yazar değil, %6,6'sı okur-yazar, %35'i ilkokul, %15,4'ü ortaokul, %16,7'si lise, %10,9'u yüksekokul, %14,6'sı cevap vermemiştir. Katılımcıların eşlerinin %27,9'u işçi, %17,2'si esnaf, %12,6'sı memur, %11,4'ü emekli, %4,6'sı işsiz, %11,0'ı diğer meslek grubunda, %15,4'ü cevap vermemiştir. Katılanların, %61,8'inin gelir-giderden az, %33,6'sının gelir-gidere denk, %4,6'sının gelir-giderden fazladır. Katılımcıların en uzun yaşadıkları yerlere bakıldığında %80,6'sı şehir merkezi, %11,4'ü ilçe, %6,9'u köy, %1,2'si kasabada yaşamıştır. Katılanların %78,2'si çekirdek, %19,9'u geniş, %1,9'u parçalanmış aile tipine sahiptir. Katılımcıların %74,6'sı SGK, %6,7'si özel sigorta, %18,7'sinin sosyal güvencesi yoktur.

Tablo 4: Kadınların Evlilikle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Evli İse Akrabalık Durumu	Sayı	%
Cevapsız	398	31,8
Evet	147	11,8
Hayır	705	56,4
Evlilik Süresi		
1-5 Yıl	311	24,9
6-10 Yıl	357	28,6
11-15 Yıl	230	18,4
16-20 Yıl	86	6,9
21-25 Yıl	32	2,6
25-30 Yıl	29	2,3
31 Yıl Ve Üstü	12	1,0
Cevapsız	193	15,4
İlk Evlenme Yaşı		
18 Yaş Altı	404	32,3
18-20 Yaş	360	28,8
21-25 Yaş	241	19,3
26-30 Yaş	40	3,2
31 Yaş Ve Üstü	5	0,4
Evde Kimin Söz Sahibi Olduğu		
Eşim Ve Ben	615	49,2
Eşim	394	31,5
Ben	56	4,5
Kayın Validem-Kayınpederim	29	2,3
Annem-Babam	153	12,2
Diğer	3	0,2
Toplam	1250	100

Katılımcılar "evliyseniz akrabalık var mı?" sorusuna %56,4'ü hayır, %11,8'i evet, %31,8'i boş bırakmıştır. Katılımcıların %28,6'sı 6-10 yıl, %24,9'u 15 yıl, %18,4'ü 11-15 yıl, %6,9'u 16-20 yıl, %2,6'sı 21-25 yıl, %2,3'ü 26-30 yıl, %1,0'ı 31 yıl ve üstü evlidir. %15,4'ü cevap vermemiştir. Katılımcıların ilk evlenme yaşına bakıldığında %32,3'ü adolesan evlilik ya da 18 yaş altı, %28,8'i 18-20 yaş, %19,3'ü 21-25, %3,2'si 26-30, %0,4'ü 31 yaş ve üstüdür. %16'sı cevap vermemiştir. Katılımcıların %49,2'si evde eşim ve ben, %31,5'i eşim, %12,2'si annem -babam, %4,5'i ben, %2,3'ü kayınvalide-kayınpeder, %0,2'si diğerlerinin söz sahibi olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 5: Kadınların Obstetrik Özellikleri Dağılımı

İlk Adet Yaşı	Sayı	%
15 Yaş Ve Altı	1221	97,7
15 Yaş Üstü	29	2,3
İlk Doğum Yaşı		
18 Yaş Altı	212	17,0
18-20 Yaş	250	20,0
21-25 Yaş	422	33,8
26-30 Yaş	68	5,4
31 Yaş Ve Üstü	14	1,1
Cevapsız	284	22,7
Gebelik Sayısı		
1 Gebelik	117	9,4
2 Gebelik	277	22,2
3 Gebelik	211	16,9
4 Gebelik	180	14,4
5 Gebelik	80	6,4
6 Gebelik	65	5,2
7 Ve Daha Fazla Gebelik	52	4,2
Cevapsız	268	21,4
Normal Doğum Sayısı		
1 Normal Doğum	231	18,5
2 Normal Doğum	235	18,8
3 Normal Doğum	156	12,5
4 Normal Doğum	98	7,8
5 Normal Doğum	57	4,6
6 Ve Daha Fazla Normal Doğum	68	5,5
Cevapsız	405	32,4
Yaşayan Çocuk Sayısı		
1 çocuk	161	12,9
2 Çocuk	322	25,8
3 Çocuk	236	18,9
4 Çocuk	124	9,9
5 Çocuk	66	5,3
6 Çocuk	48	3,8
7ve Daha Fazla Çocuk	43	3,4
Cevapsızlar	250	20,0
Canlı Doğum Sayısı		
1 Canlı Doğum	136	10,9
2 Canlı Doğum	249	19,9
3 Canlı Doğum	169	13,5
4 Canlı Doğum	111	8,9
5 canlı Doğum	52	4,2
6 Ve Daha Fazla Canlı Doğum	70	5,6
Cevapsız	463	37,0
Sezeryanla Doğum Sayısı		
1sezeryanla Doğum	357	28,6
2 Sezeryanla Doğum	94	7,5
3 Ve Daha Fazla Sezeryanla Doğum	32	2,6
Cevapsız	767	61,4
Düşük Sayısı		
1düşük	222	17,8
2 Düşük	52	4,2
3ve Daha Fazla Düşük	25	2,0
Cevapsız	951	76,1
Kürtaj Sayısı		
1kürtaj	111	8,9
2 Kürtaj	27	2,2
3 Ve Daha Fazla Kürtaj	12	1,0
Cevapsız	1100	88,0
İstenmeden olan Gebelik		
Hayır	1006	80,5
Evet	244	19,5
1istemeyerek Gebelik	30	2,4
2 İstemeyerek Gebelik	42	3,4
3 Ve Daha Fazla İstemeyerek Gebelik	154	12,3
Cevapsız	1024	81,9
Toplam	1250	100

Katılımcıların %97,7'sinin ilk adet yaşı 15 yaş ve altı %2,3'ünün 15 yaş üstünde bulunmuştur. Katılımcıların ilk doğum yaşı, %17,0'si 18 yaş altı, %20'si 18-20, %33,8'i 21-25, %5,4'ü 26-30, %1,1'i 31 ve üstü olarak bulunmuştur. %22,7'si cevap vermemiştir. Katılımcıların %9,4'ü 1, %22,2'si 2, %16,9'u 3, %14,4'ü 4, %6,4'ü 5, %5,2'si 6, %4,2'si 7 ve daha fazla gebelik yaşamışlardır. %21,4'ü gebelik geçirmemiştir. %18,5'i 1, %18,8'i 2, %12,5'i 3, %7,8'i 4, %4,6'sı 5, %5,6'sı 6 ve üzerinde normal doğum yapmıştır. %32,4'ü hiç normal doğum yapmamıştır.

%12,9'u 1, %25,8'i 2, %18,9'u 3, %9,9'u 4, %5,3'ü 5, %3,8'i 6, %3,4'ü 7 ve daha fazla çocuğa sahiptir. %20,0'ının hiç çocuğu yoktur. Katılımcıların %10,9'u 1, %19,9'u 2, %13,5'i 3, %8,9'u 4, %4,2'si 5, %5,6'sı 6 ve daha fazla canlı doğum yapmıştır. %37,0'ı hiç canlı doğum yapmamıştır. Katılanların %28,6'sı 1, %7,5'i 2, %2,6'sı 3 ve daha fazla sezeryanla doğumu tercih etmiştir. %61,4'ü sezeryanla doğum yapmamıştır. Katılımcıların %17,8'i 1, %4,2'si 2, %2,0'ı 3 ve daha fazla düşük yapmıştır. %76,1'i hiç yapmamıştır. Katılımcıların 58,9'u 1, %2,2'si 2, %1,0'ı 3 ve daha fazla sayıda kürtaj yaptırmıştır. %88'i hiç yaptırmamıştır. Katılanların %80,5'i istemeyerek gebe kalmadığını %19,5'i istemeyerek gebe kaldığını ifade etmiştir. Katılımcıların %2,42'ü 1, %3,4'ü 2, %12,3'ü 3 ve üstü istemeyerek gebelik kaldığını ifade etmiştir. %81,9'u istemeyerek gebe kalmamıştır.

Tablo 6: Kadınların ve Eşinin Sağlık Özellikleri Dağılımı

Herhangi Bir Sağlık Sorunun Varlığı	Sayı	%
Yok	812	65,0
Var	438	35,0
Diyabet	82	6,6
Hipertansiyon	74	5,9
Guatr	27	2,2
Depresyon	47	3,8
Damar Tıkanıklığı Öyküsü	22	1,8
Kolesterol Yüksekliği	9	0,7
Rahim Kanseri	13	1,0
Meme Kanseri Öyküsü	10	0,8
Işın Tedavisi, Kemoterapi	11	0,8
Ailede Meme-Rahim Kanseri, Genetik Hastalık	22	1,8
Diğer	121	9,7
Cevapsız	136	10,9
Eşinin Sağlık Sorunun Varlığı		
Yok	839	67,1
Var	411	32,9
Diyabet	57	4,6
Hipertansiyon	74	5,9
Depresyon	18	1,4
Guatr	10	0,8
Damar Tıkanıklığı Öyküsü	19	1,5
Kolesterol Yüksekliği	29	2,3
Işın Tedavisi, Kemoterapi	10	0,8
Genetik Hastalık	8	0,6
Diğer	50	4,0
Kadının Kullandığı İlaç		
Yok	893	71,4
Var	457	28,6
Diyabet İlacı	75	6,0
Tansiyon İlacı	61	4,9
Kemoterapi İlacı	32	2,6
Depresyon İlacı	35	2,8
Kolesterol İlacı	31	2,5
Ağrı Kesici İlaç	56	4,5
Diğer	67	5,4
Toplam	1250	100

Katılanların %65,0'ında herhangi bir sağlık sorunu yok, %6,6'sı diyabet, %5,9'u hipertansiyon, %2,2'si guatr, %3,8'i depresyon, %1,8'i damar tıkanıklığı, %0,7'si kolesterol yüksekliğine sahip olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların eşlerinin %67,1'inde herhangi bir sağlık sorunu yok, %4,6'sı diyabet, %5,9'u hipertansiyon, %2,3'ü kolesterol yüksekliği, %4,0'ı diğer hastalıklara sahiptir. Katılımcıların %71,4'ü herhangi bir ilaç kullanmazken, %6,0'ı diyabet, %4,9'u tansiyon, %2,6'sı Kemoterapi, %2,8'i depresyon, %2,5'i kolesterol, %4,5'i ağrı kesici, %5,4'ü diğer ilaçları kullanmaktadır.

Tablo 7: Kadınların Sigara ve Alkol Kullanımı Dağılımı

Sigara Alışkanlığı	Sayı	%
Hiç İçmedim.	1016	81,3
Evet İçiyorum.	180	14,4
İçiyordum Bıraktım.	54	4,4
Alkol alışkanlığı		
Kullanmadım.	1201	96,1
Kullandım.	49	3,9
Toplam	1250	100

Katılımcıların %81,3'ü hiç sigara içmediğini, %14,4'ü içtiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %96,1'i hiç alkol kullanmadığını ifade etmiştir.

Tablo 8: Kadınların Aile Planlaması Danışmanlığı Alma Dağılımı

Danışmanlık Alma Durumu	Sayı	%
Evet	529	42,3
Hayır	721	57,7
Danışmanlık Almayı İsteme Durumu		
Evet	685	54,8
Hayır	565	45,2
Gerek Görmüyorum.	486	38,9
Önem Vermiyorum.	13	1,0
Eşim İstemiyor.	30	2,4
Kayın Validem İstemiyor.	7	0,6
Eşim Korunuyor Yeterli.	11	0,9
AP Danışmanlık Merkezi Evime Uzak.	1	0,1
AP Danışmanlığı Yapanlara Güvenmiyorum.	2	0,2
AP Yöntemlerine Güvenmiyorum.	1	0,1
Diğer	14	1,1
Cevapsızlar	2	0,2
Ap Danışmanlık Hizmeti Nasıl Olmalı?		
Açıklayıcı Olmalı.	726	58,1
Anlaşılır Olmalı.	211	16,9
Yöntemi Seçebilmeliyim.	66	5,3
Sorularımı Rahatlıkla Sorabilmeliyim.	135	10,8
Yan Etkileri Söylenmeli.	49	3,9
Diğer	61	4,9
Toplam	1250	100

Katılanların %42,3'ü aile planlaması danışmanlığı aldığını, %57,7'si almadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %54,8' si aile planlaması danışmanlığı almak istiyorum, %38,9'u gerek görmüyorum, %2,4'ü eşim istemiyor, %1,0'ı önem vermiyorum yanıtını vermiştir. Katılımcıların %58,1'i aile planlaması danışmanlık hizmeti açıklayıcı olmalı, %16,9'u anlaşılır olmalı, %10,8'i sorularımı rahatlıkla sorabilmeliyim, %5,3'ü yöntemi seçebilmeliyim, %3,9'u yan etkileri söylenmeli cevabını vermiştir.

Tablo 9: Kadınların Aile Planlaması Özellikleri Dağılımı

Aile Planlamasının Tanımı	Sayı	%
Çocuk Yapmama	122	9,8
Az Çocuk Yapma	284	22,7
Kısırlık	20	1,6
Cinsel Yaşamın Kısıtlanması	50	4,0
Bakabileceği Sayıda Çocuk Sahibi Olma	774	61,9
Aile Planlamasını İlk Duyduğu Zaman		
Okul Hayatında	525	42,0
Evlendikten Sonra	509	40,7
İlk Doğumdan Sonra	112	9,0
Diğer	104	8,3
Herhangi Bir Koruyucu Yöntem Kullanıp Kullanmadığı		
Evet	725	52,0
Hayır	525	38,0
Cevapsız	144	10,0
Aile Planlamasını Ne Zaman Kullandığı		
İlk İlişkidten İtibaren	451	36,1
İlk Doğumdan İtibaren	334	26,7
İkinci Doğumdan İtibaren	156	12,5
Diğer	165	13,2
Cevapsız	202	16,2
Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Kaynağı		
Tv-Medya	101	8,1
Doktor	200	16,0
Hemşire	150	12,0
Sağlık Ocağı	386	30,9
Arkadaş	50	4,0
Eş-Akraba	177	14,2
Diğer	86	6,9
Cevapsız	240	19,2
Kullanılan Malzemenin Kaynağı		
Aile sağlığı	485	38,8
Eczane	179	14,3
Aile planlaması merkezi	281	22,5
Diğer	65	5,2
Cevapsız	162	13,0
Yeterli Malzeme Temin Edilip Edilmediği		
Evet	549	43,9
Hayır	539	43,1
Toplam	1250	100

Katılımcılar,"aile planlaması ne demektir?" Sorusuna %61,9'u bakabileceği sayıda çocuk sahibi olma, %22,7'si az çocuk yapma, %9,8'i çocuk yapmama, %4,0'ı cinsel yaşamın kısıtlanması, %1,6'sı kısırlık cevabını vermiştir. Katılımcıların %42,0'ı okul hayatında, %40,7'si evlendikten sonra, %9,0'ı ilk doğumdan sonra, %8,3'ü diğer zamanlarda duyduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %52,0'ı herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığını, %38,0'ı kullanmadığını ifade etmiştir. %36,5'i ilk ilişkiden itibaren, %26,7'si ilk doğumdan itibaren, %12,5'i ikinci doğumdan itibaren, %13,2'si diğer zamanlarda AP' yi ilk kez kullandığını ifade etmiştir. %11,5'i ise hiç kullanmamıştır.

Yöntemle ilgili bilgiyi nereden aldıkları sorulduğunda %8,0'ı cevap vermemiş, %8,1'i tv-medya, %16,0'sı doktor, %12,0'si hemşire, %30,9'u sağlık ocağı, %4,0'ı arkadaş, %14,2'si eş-akraba, %6,9'u diğer kaynaklardan öğrendiğini ifade etmiştir.

Katılanların %38,8'i aile sağlığı merkezi, %22,5'i aile planlaması merkezi, %14,3'ü eczane, %5,2'si diğer yerlerden kullandıkları yönteme ait malzemeyi temin ettiğini ifade etmiştir. %19,2'si cevap vermemiştir. Katılımcıların %43,9'u yeterli malzeme temin ettiğini, %43,1'i edemediğini ifade etmiştir. %13,0'ı cevap vermemiştir.

Tablo 10: Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Bilgi Düzeyleri Dağılımı

En Güvenilir Yöntem	Sayı	%
Cevapsız	283	22,6
Kondom	110	8,8
Ria	356	28,5
Geri Çekme	66	5,3
Hap	279	22,3
Norplant	28	2,2
Emzirme	9	0,7
Diğer	119	9,5
Gebelik ve Emzirme Dön. Yöntem Kullanımı		
Evet	1250	100
Hayır	0	0,0
Kondom	250	20,0
Ria	994	79,5
Geri Çekme	3	0,2
Hap	1	0,1
Diğer	2	,2
İki Gebelik Arası süre		
0-3 Yıl	668	53,5
4-7 Yıl	545	43,6
8 Yıl Ve Daha Fazla	37	3,0
Cevapsız	2	0,2
Uzun Süreli Yöntem Kullanmanın Zararı		
Evet(Çocuk Olmaz).	135	10,8
Hayır	1108	88,6
Diğer	5	0,4
Kürtajın AP Yöntemi Olma Durumu		
Evet	112	9,0
Hayır	1138	91,0
Düşük AP Yöntemi Olma Durumu		
Evet	100	8,0
Hayır	1150	92,0
AP'nin Kanseri Önleme Durumu		
Evet	494	39,5
Hayır	756	60,5
AP'nin Bulaşıcı Hastalıkları Önleme Durumu		
Evet	761	60,9
Hayır	489	39,1
AP' nin Kanseri Önleme Durumu		
Evet	1159	92,7
Hayır	91	7,3
Kanserden Korur.	345	27,6
İstedığı Sayıda Çocuk Sahibi Olmayı Sağlar.	641	51,3
Cinsel Yaşam Sağlıklı Olur	69	5,5
Erken-İleri Yaştaki Gebelikleri Önler.	21	1,7
Düşüğü Önler.	15	1,2
Kürtajı Azaltır.	10	0,8
Erkeğin Ap' Ye Dahil Olmasını Sağlar.	21	1,7
Gebelikler Arası Süreyi Uzatır.	26	2,1
Diğer	10	0,9
Toplam	1250	100

Katılımcıların %8,8'i kondom, %28,5'i ria, %22,3'ü hap, %2,2'si norplant, %5,3'ü geri çekme, %0,7'si emzirme, %9,5'i diğer yöntemleri en güvenilir yöntem olarak yanıtlamıştır. %22,6'sı cevapsız bırakmıştır. "Gebelik ve emzirme döneminde herhangi bir koruyucu yöntem kullanılır mı?" sorusuna %79,5'i ria, %20,0'ı kondom, %0,1'i hap, %0,2'si geri çekme, %0,2'si diğer yöntemler cevabını vermiştir. Katılımcılara sorulan "iki gebelik arası süre ne kadar olmalı?" sorusunu %53,5'i 0-3 yıl, %43,6'sı 4-7 yıl, %3,0'ı 8 yıl ve daha fazla olarak yanıtlamıştır. %88,6'sı uzun süreli yöntem kullanmanın herhangi bir zararı olmayacağını, %10,8'i zarar olabileceğini, %0,2'si cevap vermemiştir. Katılımcıların %91,0'ı kürtajın bir aile planlaması yöntemi olmadığını, %9,0'ı olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %8,0'ı düşüğün bir aile planlaması yöntemi olduğunu, %92,0'si olmadığını yanıtlamıştır. Katılımcıların %39,5'i aile planlamasının kanseri önleyeceğini, %60,5'i önlemeyeceğini ifade etmiştir. Katılanların %60,9'u aile planlamasının bulaşıcı hastalıkları önleyeceğini, %39,1'i önlemeyeceğini ifade etmiştir. Katılımcıların %50,6'sı ilk cinsel yaşam bilgilerini aileden,

%18,0'ı arkadaş, %10,9'u öğretmen, %15,8'i eş, %2,6'sı gazete-kitap, %0,6'sı erkek arkadaş, %1,5'i diğer kaynaklardan öğrendiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %7,3'ü aile planlamasının yararı olmadığını, %51,3'ü istediği sayıda çocuk sahibi olmayı sağlar, %27,6'sı kanserden korur, %5,5'i cinsel yaşam sağlıklı olur, %2,1'i gebelikler arası süreyi uzatır” yanıtını vermiştir.

Tablo 11: Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Özellikleri

Kullanılan Yöntem	Sayı	%
Hap, (Norplant, Enjeksiyon)	255	20,4
Kondom	170	13,6
Ria	330	26,4
Cerrahi Yöntem	47	3,8
Geri Çekme	126	10,1
Emzirme, (Taktim Yöntemi)	27	2,2
Spermisid	12	1,0
Bilmiyorum	50	4,0
Diğer	31	2,5
Cevapsız	232	18,6
Bu Yöntemi Seçme Nedenleri		
Yan Etkisi Yok.	312	25,0
Eşim Öyle İstiyor.	232	18,6
Daha Önce Kullandığımız Yöntem.	145	11,6
Etkili, Kullanımı Kolay.	124	9,9
Diğerlerinden Memnun Olmadım.	97	7,8
Daha Fazla Çocuk İstemiyorum.	68	5,4
Diğer	40	3,2
Cevapsız	181	14,5
Yöntemin Doğru Kullanılıp Kullanılmadığı		
Evet	905	72,4
Hayır	163	13,1
Cevapsız	186	14,9
Daha Önce Kullanılan Farklı AP Yöntemleri		
Hayır	362	29,0
Hap, (norplant, enjeksiyon)	245	19,6
Kondom	131	10,5
Ria	71	5,7
Cerrahi Yöntem	4	0,3
Geri Çekme	152	12,2
Emzirme, taktim	68	5,5
Diyafram	8	0,6
Spermisid	10	0,8
Bilmiyorum	7	0,6
Diğer	6	0,5
Cevapsız	100	8,0
Toplam	1250	100

Katılımcıların %20,4'ü hap, %13,6'sı kondom, %26,4'ü ria, %3,8'i cerrahi yöntem, %1,0'ı spermisid, %10,1'i geri çekme, %2,2'si taktim, %2,5'i diğer yöntemleri kullandığını, %4,0'ü bilmediğini, %16,2'si hiçbir yöntem kullanmadığını ifade etmiştir. Katılımcılara kullandıkları yöntemi seçme nedenleri sorulduğunda %18,6'sı cevap vermemiş, %25,0'i yan etkisi yok, %18,6'sı eşim öyle istiyor, %11,6'sı daha önce kullandığımız yöntem, %9,9'u etkili, kullanımı kolay, %7,8'i diğerlerinden memnun olmadım, %5,4'ü daha fazla çocuk istemiyorum, %3,2'si diğer yanıtını vermiştir. %72,4'ü kullandıkları yöntemi doğru ve aktif kullandıklarını, %13,1'i kullanmadıklarını ifade etmiş, %14,5'i cevap vermemiştir. %29,0'ı daha önce farklı yöntem kullanmadığını, %19,5'i hap, %10,5'i kondom, %5,7'si ria, %0,3'ü cerrahi yöntem, %0,6'sı diyafram, %0,8'si spermisid, %12,2'si geri çekme, %5,5'i emzirme, %0,5'i diğer yöntemleri kullandığını, %0,6'sı bilmediğini ifade etmiş, %14,9'u yanıt vermemiştir.

Tablo 12: Kadınların İlk Cinsel Bilgi Kaynağı ve Cinsel Yolla Geçen Hastalık Dağılımı

İlk Cinsel Bilgi Kaynağı	Sayı	%
Aileden	632	50,6
Arkadaş	225	18,0
Öğretmen	136	10,9
Erkek Arkadaş	8	0,6
Eş	198	15,8
Gazete-Kitap Vs.	32	2,6
Diğer	19	1,5
Cinsel Yolla Geçen Hastalıklar		
Hayır	1131	90,5
Evet	119	9,5
Gonore	53	4,2
Sifiliz	3	0,2
Aids	10	0,8
Mantar	50	4,0
Trikomanas	3	0,2
Cevapsız	1	0,1
Toplam	1250	100

Katılımcıların %50,6'sı ilk cinsel yaşam bilgilerini aileden, %18,0'ı arkadaş, %10,9'u öğretmen, %15,8'i eş, %2,6'sı gazete-kitaptan öğrendiğini, %90,5'i cinsel yolla bulaşan hastalık geçirmediğini, %4,2'si gonore, %4,0'ı mantar geçirdiğini ifade etmiştir.

Tablo 13: Kadınların Coopersmith Özsaygı Envanteri'ne Verdikleri Cevap Dağılımı

	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
1.Hayatımda Olanlardan Genellikle Rahatsızlık Duymam.	134	10,7	1116	89,3
3.Eğer Gücüm Yetse Kendimle İlgili Değiştirmek İstediğim Pek Çok Özelliğim Var.	161	12,9	1089	87,1
4.Herhangi Bir Konuda Fazla Zorlanmadan Karar Verebilirim	124	9,9	1126	90,1
5.İnsanlar Benimle Birlikteyken Hoş Ve Neşeli Vakit Geçirirler.	172	13,8	1078	86,2
6.Evdeyken Kolayca Canım Sıkılır, Moralim Bozulur.	190	15,2	1060	84,8
7.Yeni Şeylere Alışmam Uzun Zaman Alır	187	15,0	1063	85,0
8.Yaşantılarımın Arasında Seviyorum.	23	1,9	1013	81,0
9.Anne Ve Babam Duygularımı Genellikle Dikkate Alır.	245	19,6	1005	80,4
10.Güçlükler Karşısında Kolayca Pes Ederim.	363	29,0	887	71,0
11.Anne Ve Babamın Benden Beklentisi Çok Fazla (Aşırı Derecede).	465	37,2	785	62,8
12.Kendim Olabilmek Oldukça Zor.	720	57,6	530	42,4
13.Hayatımdaki Her Şey Karmakarışık.	826	66,1	424	33,9
14.Arkadaşlarım Genellikle Düşüncelerimi İzlerler.	833	66,6	417	33,4
15.Kendimi Değersiz Görüyorum.	936	74,9	314	25,1
16.Pek Çok Kere Evden Ayrılmayı, Kaçmayı İstemişimdir.	991	79,3	259	20,7
18.Çoğu İnsan Kadar Güzel Görünüşlü Biri Değilim.	983	78,6	267	21,4
19.Söyleyecek Bir Şeyim Olduğunda, Genellikle Çekinmeden Söylerim.	1016	81,3	234	18,7
20.Anne - Babam Beni Anlıyor.	1022	81,8	228	18,2
21.İnsanların Çoğu Benden Daha Çok Seviyor.	887	71,0	363	29,1
22.Anne Ve Babamın Çoğu Zaman Beni Sanki Zorladıklarını Hissediyorum.	607	48,6	643	51,4
24.Sık Sık Keşke Başka Birisi Olsam Diye Arzularım.	421	33,7	829	66,3
25.Kendimi Güvenilir Biri Olarak Görmüyorum. (Bana Bel Bağlanmaz).	442	35,3	808	64,6
26.Hiçbir Şey İçin Kaygı Duymam.	433	34,6	817	65,4
27.Kendimden Oldukça Eminim.	423	33,8	827	66,2
28.Sevecen Birisiyim, Başkaları Tarafından Kolayca Sevilirim	375	30,0	875	70,0
29.Anne Ve Babamla Birlikte Oldukça Hoş Ve Neşeli Vakit Geçirmekteyiz.	280	22,4	970	77,6
30.Hayal Kurmaya Çok Zaman Harcıyorum	296	23,7	954	76,3
31.Keşke Daha Küçük Olsaydım.	422	33,8	828	66,2
32.Her Zaman Yapılması Gerekeni, Doğru Olanı Yaparım.	631	50,5	619	49,5
34.Birileri Her Zaman Ne Yapmam Gerektiğini Bana Söylemeli.	834	66,7	416	33,3
35.Yaptığım Şeylerden Dolayı Sık Sık Pişmanlık Duyarım.	867	69,4	383	30,6
36.Hiçbir Zaman Mutlu Olmam	948	75,8	302	24,2
38.Genellikle Kendimi Koruyabilirim, Kendime Dikkat Edebilirim.	934	74,7	316	25,3
39.Oldukça Mutluyum.	896	71,7	354	28,3
41.Tanıdığım Herkesi Seviyorum.	872	69,8	378	30,2
43.Kendimi Anlayabiliyorum.	834	66,7	416	33,3
44.Evde Hiç Kimse Bana Fazla İlgisi Göstermiyor.	674	53,9	576	46,1
45.Hiç Bir Zaman Azar İstitem.	573	45,8	677	54,2
47.Kendi Başıma Karar Verebilir Ve Bu Kararımda İsrar Edebilirim.	517	41,4	733	58,6
48.Cinsiyetimden (Erkek Ya Da Kız Olmaktan) Memnun Değilim.	359	28,7	891	71,3
49.Başka İnsanlarla Birlikte Olmaktan Hoşlanmıyorum	381	30,5	869	69,5
50.Hiç Bir Zaman Utanmam.	288	23,0	962	77,0
51.Sık Sık Kendimden Utandığımı Hissediyorum.	341	27,3	909	72,7
52.Arkadaşlarım Sık Sık Beni Kızdırır, Dalga Geçerler.	617	49,4	633	50,6
53.Her Zaman Doğruyu Söylerim	740	59,2	510	40,8
55.Bana Ne Olacağı Hiç Umurumda Değil.	800	64,0	450	36,0
56.Başarısız Bir İnsanım.	829	66,3	421	33,7
57.Azarlandığımda Kolayca Bozulurum	848	67,8	402	32,2
58.Kime Ne Söyleyeceğimi Her Zaman Bilirim	807	64,6	443	35,4
Toplam	1250	100	1250	100

Katılımcılara uygulanan Coopersmith Özsaygı Envanterinde "Hayatımda olanlardan genellikle rahatsızlık duymam." %89,3'ü hayır, "Eğer gücüm yetse kendimle ilgili değiştirmek istediğim pek çok özelliğim var." %87,1'i hayır, "Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebilirim." %90,1'i hayır, "İnsanlar benimle birlikteyken hoş ve neşeli vakit geçirirler." %86,1'i hayır, "Evdeyken kolayca canım sıkılır, moralim bozulur." %84,8'i hayır, cevabını vermiştir. "Yeni şeylere alışmam uzun zaman alır." %85,0'i hayır, "Yaşlıtlarımın arasında sevilirim." %81,0'i hayır, "Anne ve babam duygularımı genellikle dikkate alır." %80,4'ü hayır, "Güçlükler karşısında kolayca pes ederim." %71,0'i hayır, "Anne ve babamın benden beklentisi çok fazla (aşırı derecede)." %62,8'i hayır, "Kendim olabilmek oldukça zor." %57,6'sı evet, "Hayatımdaki her şey karmakarışık." %66,1'i evet, "Arkadaşlarım genellikle düşüncelerimi izlerler." %66,6'sı evet, cevabını vermiştir.

"Kendimi değersiz görüyorum." %74,9'u evet, "Pek çok kere evden ayrılmayı, kaçmayı istemişimdir." %79,3'ü evet, "Çoğu insan kadar güzel görünüşlü biri değilim." %78,6'sı evet, "Söyleyecek bir şeyim olduğunda, genellikle çekinmeden söylerim." %81,3'ü evet, "Anne-babam beni anlıyor." %81,8'i evet, "İnsanların çoğu benden daha çok sevilir." %71,0'i evet, "Anne ve babamın çoğu zaman beni sanki zorladıklarını hissediyorum." %51,4'ü hayır, "Sık sık keşke başka birisi olsam diye arzularım." %66,3'ü hayır, "Kendimi güvenilir biri olarak görmüyorum(Bana bel bağlanmaz)." %64,6'sı hayır, "Hiçbir şey için kaygı duymam." %65,4'ü hayır, "Kendimden oldukça eminim." %66,2'si hayır, "Sevecen birisiyim, başkaları tarafından kolayca sevilirim." %70,0'i hayır, "Anne ve babamla birlikte oldukça hoş ve neşeli vakit geçirmekteyiz." %77,6'sı hayır, yanıtını vermiştir.

"Hayal kurmaya çok zaman harcıyorum." %76,3'ü hayır, "Keşke daha küçük olsaydım." %66,2'si hayır, "Her zaman yapılması gerekeni, doğru olanı yaparım." %50,5'i evet, "Birileri her zaman ne yapmam gerektiğini bana söylemeli." %66,7'si evet, "Yaptığım şeylerden dolayı sık sık pişmanlık duyarım." %69,4'ü evet, "Hiçbir zaman mutlu olmam." %75,8'i evet, "Genellikle kendimi koruyabilir, kendime dikkat edebilirim." %74,7'si evet, "Oldukça mutluyum." %71,7'si evet, "Tanıdığım herkesi seviyorum." %69,8'i evet, "Kendimi anlayabiliyorum." %66,7'si evet, "Evde hiç kimse bana fazla ilgi göstermiyor." %53,9'u evet, "Hiçbir zaman azar işitmem." %54,2'si hayır, "Kendi başıma karar verebilir ve bu kararında ısrar edebilirim." %58,6'sı hayır, yanıtını vermiştir.

"Cinsiyetimden (erkek ya da kız olmaktan) memnun değilim." %71,3'ü hayır, "Başka insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmıyorum." %69,5'i hayır, "Hiçbir zaman utanmam." %77,0'si hayır, "Sık sık kendimden utandığımı hissediyorum." %72,7'si hayır, "Arkadaşlarım sık sık beni kızdırır, dalga geçerler." %50,6'sı hayır, "Her zaman doğruyu söylerim." %59,2'si evet, "Bana ne olacağı hiç umurumda değil." %64,0'ü evet, "Başarısız bir insanım." %66,3'ü evet, "Azarlandığımda kolayca bozulurum." %67,8'si evet, "Kime ne söyleyeceğimi her zaman bilirim." %64,6'sı evet, yanıtını vermiştir.

Tablo 14: Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği'ne Verdikleri Cevapların Dağılımı

	Tamamen Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Tamamen Katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir.	16	1,3	49	3,9	164	13,1	406	32,5	615	49,2
2. Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar.	8	0,6	49	3,9	162	13,0	414	33,2	617	49,4
3. Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler.	13	1,0	41	3,3	166	13,3	414	33,1	614	49,3
4. Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur.	8	0,6	34	2,7	177	14,2	424	33,9	607	48,6
5. Ailede çok çocuğun olması, gelecekte kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir.	14	1,1	78	6,2	172	13,8	413	33,0	573	45,8
6. Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır.	9	0,7	116	9,3	176	14,1	465	37,2	484	38,7
7. Kadının aslı görevi doğurmak özdeyişi doğrudur.	16	1,3	361	28,9	187	15,0	536	42,9	150	12,0
8. Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır.	28	2,2	423	33,8	319	25,6	347	27,8	133	10,6
9. Doğan her çocuğun rızkını "Allah" verir.	41	3,3	531	42,5	309	24,7	225	18,0	144	11,5
10. Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır.	13	1,0	522	41,8	317	25,4	263	21,0	135	10,8
11. Kaynalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez.	18	1,4	33	2,6	117	9,4	550	44,0	532	42,6
12. Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir.	16	1,3	36	2,9	100	8,0	472	37,8	626	50,1
13. Erkek adamın erkek damadı olur.	6	0,5	43	3,4	102	8,2	475	38,0	624	49,9
14. Erkek adamın erkek çocuğu olur.	5	0,4	20	1,6	99	7,9	487	39,0	639	51,1
15. Kız çocuk varsa çocuğum var denilir	11	0,9	32	2,6	109	8,7	466	37,3	632	50,6
16. Spiral baş ağrısı yapar.	23	1,8	30	2,4	126	10,1	445	35,6	626	50,1
17. Spiralın ipi cinsel ilişkiyi azaltır.	12	1,0	25	2,0	136	10,9	439	35,1	638	51,0
18. Spiralın mideye kaçacağından korkulur.	20	1,6	25	2,0	143	11,5	433	34,6	629	50,3
19. Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur.	13	1,0	29	2,3	193	15,5	385	30,8	630	50,4
20. Doğum kontrol yöntemi cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür.	16	1,3	23	1,8	176	14,1	448	35,8	587	47,0
21. Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı / arzusu az olur.	13	1,0	27	2,2	178	14,2	652	52,2	380	30,4
22. Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur.	25	2,0	22	1,8	251	20,1	582	46,6	370	29,6
23. Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz.	20	1,6	32	2,6	256	20,5	611	48,9	331	26,5
24. Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz.	19	1,5	22	1,8	503	40,2	388	31,0	318	25,4
25. Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybeder.	15	1,2	28	2,2	483	38,6	525	42,0	199	15,9
26. Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur / erkekleşir.	7	0,6	23	1,8	480	38,4	528	42,2	212	17,0
27. İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum.	21	1,7	35	2,8	435	34,8	554	44,3	205	16,4
28. İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum.	25	2,0	26	2,1	428	34,2	557	44,6	214	17,1
29. Gebelik kadını çekici hale getirir.	8	0,6	35	2,8	393	31,4	555	44,4	259	20,7
30. Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir.	20	1,6	85	6,8	332	26,6	425	34,0	388	31,0
31. Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir.	22	1,8	69	5,5	294	23,5	462	37,0	403	32,3
32. Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir.	21	1,7	64	5,1	314	25,1	415	33,2	436	34,9
33. Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir.	24	1,9	62	5,0	303	24,2	427	34,2	434	34,7
34. Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum	9	0,7	75	6,0	309	24,7	420	33,6	437	35,0
Toplam	1250	100	1250	100	1250	100	1250	100	1250	100

Çalışmaya katılanlara uygulanan aile planlaması tutum ölçeğinde katılımcılar; "Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir." %49,2'si tamamen katılmadığını, %1,3'ü tamamen katıldığını, "fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar." %49,4'ü tamamen katılmadığını, %3,9'u katıldığını, "Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler." %49,3'ü tamamen katılmadığını, %3,3'ü katıldığını, "Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur." %48,6'sı tamamen katılmadığını, %2,6'sı katıldığını, "Ailede çok çocuğun olması, gelecekte kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir." %45,8'i tamamen katılmadığını, %1,1 tamamen katıldığını, "Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır." %37,2'si katılmadığını, %9,3'ü katıldığını, "Kadının aslı görevi doğurmak özdeyişi doğrudur." %42,9'u katılmadığını, %28,9'u katıldığını, "Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır." %33,8'i katıldığını, %27, Katılmadığını ifade etmiştir.

"Doğan her çocuğun rızkını “Allah” verir." %18,0'ı katılmadığını, %42,5'i katıldığını, "Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır." %41,8'i katıldığını, %21,0'ı katılmadığını, "Kaynanalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez." %44,0'ı katılmadığını, %2,6'sı katıldığını, "Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir." %50,1'i tamamen katılmadığını, %2,9'u katıldığını ifade etmiştir.

"Erkek adamın erkek damadı olur." %49,9'u tamamen katılmadığını, %3,4'ü "Erkek adamın erkek çocuğu olur." %51,1'i tamamen katılmadığını, "Kız çocuk varsa çocuğum var denilir." %50,6'sı tamamen katılmadığını, %2,6'sı katıldığını, "Spiral baş ağrısı yapar." %50,1'i tamamen katılmadığını, %1,8'i tamamen katıldığını, "Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır." %51,0'ı tamamen katılmadığını, %1,0'ı tamamen katıldığını, "Spiralin mideye kaçacağından korkulur." %50,3'ü tamamen katılmadığını, %2,0'ı katıldığını, "Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur." %50,4'ü tamamen katılmadığını, %1,0'ı tamamen katıldığını, "Doğum kontrol yöntemi cinsel ilişkiyi cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür." %47,0'ı tamamen katılmadığını, %1,3'ü tamamen katıldığını, "Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı / arzusu az olur." %52,2'si katılmadığını, %2,2'si katıldığını, ifade etmiştir.

"Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur." %46,6'sı katılmadığını, %1,8'i katıldığını, "Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz." %48,9'u katılmadığını, %1,8'i katıldığını, "Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz." %40,2'si kararsız olduğunu, %31'i katılmadığını, "Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybeder." %42,0'ı katılmadığını, %38,6'sı kararsız kaldığını, "Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur/erkekleşir." %42,2'si katılmadığını, "İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum." %44,3'ü katılmadığını, %2,8'i katıldığını, "İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum." %44,6'sı katılmadığını, %2,1'i katıldığı cevabını vermiştir.

"Gebelik kadını çekici hale getirir." %44,4'ü katılmadığını, %31,4'ü kararsız kaldığını, "Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir." %34,0'ı katılmadığını, %6,8'i katıldığını, "Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir." %37,0'ı katılmadığını, %23,5'i kararsız kaldığını, "Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir." %43,6'sı katılmadığını, %23,5'i kararsız kaldığını, "Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir." %34,7'si tamamen katılmadığını, %5,0'ı katıldığını, "Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum." %35,0'i katılmadığını, %24,7'si kararsız kaldığını ifade etmiştir.

Tablo 15: Kadınların Yaşa Göre Aile Planlamasına Bakışı Dağılımı

Yaş	17-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-49		50+		Toplam	
İstemeyerek gebe kalma	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	2	4,3	4	5,0	12	6,5	34	13,5	155	27,6	15	23,4	22	36,1	244	19,5
Hayır	45	95,7%	76	95	173	93,5	218	86,5	406	72,4	49	76,6	39	63,9	1006	80,5
Herhangi bir yöntem kullanma	$X^2=78,279$ $SD=6$ $p=0,000$															
Evet	7	14,9	26	32,5	105	56,8	177	70,2	386	68,8	15	23,4	10	16,4	726	58,1
Hayır	70	85,1	54	67,5	80	43,2	75	29,8	175	31,2	49	76,6	51	83,6	524	41,9
Hangi yöntemi kullanıyorsunuz?	$X^2=181,38$ $SD=18$ $p=0,000$															
Kullanmıyorum	30	63,8	38	47,5	54	29,2	32	12,7	36	6,4	4	6,3	8	13,1	202	16,2
Hap	3	6,4	10	12,5	29	15,7	46	18,3	92	16,4	10	15,6	6	9,8	196	15,7
Kondom	4	8,5	7	8,8	30	16,2	33	13,1	91	16,2	4	6,3	1	1,6	170	13,6
Ria	3	6,4	15	18,8	37	20,0	70	27,8	182	32,4	15	23,4	8	13,1	330	26,4
Norplante	0	0,0	2	2,5	7	3,8	12	4,8	27	4,8	2	3,1	0	0,0	50	4,0
Cerrahi yöntm	0	0,0	1	1,3	0	0,0	8	3,2	33	5,9	3	4,7	2	3,3	47	3,8
Geri çekme	1	2,1	1	1,3	16	8,6	31	12,3	44	7,8	14	21,9	19	31,1	126	10,1
Emzirme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,2	3	4,7	1	1,6	6	0,5
Takvim	0	0,0	0	0,0	4	2,2	4	1,6	12	2,1	1	1,6	0	0,0	21	1,7
Enjeksiyon	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8	6	1,1	0	0,0	1	1,6	9	0,7
Spermisid	1	2,1	0	0,0	0	0,0	2	0,8	9	1,6	0	0,0	0	0,0	12	1,0
Bilmiyorum	2	4,3	6	7,5	3	1,6	3	1,2	17	3,0	6	9,4	13	21,3	50	4,0
Diğer	3	6,4	0	0,0	5	2,7	8	3,2	11	2,0	2	3,1	2	3,3	31	2,5
Bu yöntemi seçme nedeniniz	$X^2=401,893$ $SD=72$ $p=0,000$															
Cevapsız	34	72,3	40	50,0	55	29,7	33	13,1	43	7,7	9	14,1	18	29,5	232	18,6
Yan etkisi yok	4	8,5	8	10,0	42	22,7	73	29,0	160	28,5	11	17,2	14	23,0	312	25,0
Eşim öyle istiyor	6	12,8	13	16,3	33	17,8	32	12,7	107	19,1	24	37,5	17	27,9	232	18,6
Daha önce kullandığımız yöntem	0	0,0	4	5,0	17	9,2	32	12,7	76	13,5	12	18,8	4	6,6	146	11,7
Etkili kullanımı kolay	0	0,0	4	5,0	18	9,7	31	12,3	69	12,3	1	1,6	1	1,6	124	9,9
Diğ. erlerinden memnun olmadım.	0	0,0	7	8,8	13	7,0	29	11,5	44	7,8	3	4,7	1	1,6	97	7,8
Daha fazla çocuk istemiyorum	1	2,1	3	3,8	3	1,6	14	5,6	43	7,7	3	4,7	1	1,6	68	5,4
Diğer	1	2,1	1	1,3	4	2,2	8	3,2	19	3,4	1	1,6	5	8,2	39	3,1
Sizce en güvenilir yöntem	$X^2=278,968$ $SD=42$ $p=0,000$															
Cevapsız	17	36,2	30	37,5	31	16,8	44	17,5	117	20,9	19	29,7	25	41,0	283	22,6
Kondom	4	8,5	8	10,0	31	16,8	25	9,9	39	7,0	3	4,7	0	0,0	110	8,8
Ria	6	12,8	20	25,0	53	28,6	74	29,4	181	32,3	12	18,8	10	16,4	356	28,5
Geri çekme	1	2,1	4	5,0	12	6,5	20	7,9	16	2,9	5	7,8	8	13,1	66	5,3
Hap	17	36,2	15	18,8	42	22,7	62	24,6	119	21,2	14	21,9	10	16,4	279	22,3
Norplante	0	0,0	0	0,0	7	3,8	4	1,6	16	2,9	1	1,6	0	0,0	28	2,2
Emzirme	1	2,1	1	1,3	0	0,0	1	0,4	3	0,5	1	1,6	2	3,3	9	0,7
Diğer	1	2,1	2	2,5	9	4,9	22	8,7	70	12,5	9	14,1	6	9,8	119	9,5
Danışmanlık almak ister misiniz?	$X^2=124,338$ $SD=42$ $p=0,000$															
Evet	32	68,1	49	61,3	125	67,6	166	65,9	279	49,7	18	28,1	16	26,2	685	54,8
Hayır, gerek görmüyorum.	15	31,9	23	28,8	55	29,7	75	29,8	244	43,5	35	54,7	39	63,9	486	38,9
Önem vermiyorum.	0	0,0	1	1,3	0	0,0	3	1,2	6	1,1	1	1,6	2	3,3	13	1,0
Eşim istemiyor	0	0,0	2	2,5	2	1,1	4	1,6	14	2,5	5	7,8	3	4,9	30	2,4
Kayınvalidem istemiyor.	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	4	0,7	2	3,1	0	0,0	7	0,6
Eşim korunuyor, yeterli.	0	0,0	0	0,0	1	0,4	10	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	0,9
AP danışmanlık merkezi eve uzak	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Danışmanlık yapanlara güvenmiyorum	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	1,6	0	0,0	2	0,2
AP yöntemlerine güvenmiyorum.	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Diğer	0	0,0	4	5,0	2	1,1	2	0,8	3	0,5	2	3,1	1	1,6	14	1,1
Toplam	47	100	80	100	185	100	252	100	561	100	64	100	61	100	1250	100
$X^2=142,322$ $SD=54$ $p=0,000$																

Tablo 15’de Katılımcıların yaş’ı ile istemeyerek gebe kalma durumları karşılaştırıldığında aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,005$). İleri düzey analizde, 30-34 yaş grubu önemliliği sağlayan faktördür.

Yaş ile herhangi bir yöntem kullanma durumu karşılaştırıldığında 30-34 yaş grubunda olanların %70,0’ı, 35-39 yaş grubunda olanların %68,8’i evet yanıtını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,005$). İleri düzey analizde 30-34 yaş grubu önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Yaş ile kullandığı yöntem karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,005$). İleri düzey analizde 40-49 yaş önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Yaş ile bu yöntemi seçme nedeni ile karşılaştırıldığında 30-34 yaş grubunda %29,0’ı yan etkisi yok, 40-49 yaş grubunda %37,5’i eşim öyle istiyor yanıtını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,005$). İleri düzey analizde 30-34 yaş grubu önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Yaş ile en güvenilir yöntem karşılaştırıldığında 35-39 yaş grubunda %32,3’ü riya, 30-34 yaş grubunda %24,6’sı hap cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,005$). İleri düzey analizde 20-24 yaş önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Yaş ile danışmanlık almayı isteme karşılaştırıldığında 17-19 yaş grubunda %68,1’i evet, 25-29 yaş grubunda %67,6’sı evet, 50 yaş ve üstünde %54,7’si” hayır gerek görmüyorum” cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,005$). İleri düzey analizde 20-24 yaş grubu önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Tablo 16: Kadınların Evlilik Süresine Göre Aile Planlaması'na Bakışının Dağılımı

Evlilik1	1-5 yıl		6-10 yıl		11-15 yıl		16-20 yıl		21-25 yıl		26-30 yıl		31 yıl+		Cevapsız		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İstemeyerek gebe olma	86	23,1	37	20,3	42	28,4	28	24,8	33	23,4	1	2,9	8	12,1	0	0,0	235	22,2
Hayır	286	76,9	145	79,7	1,6	71,6	85	75,2	108	76,6	33	97,1	58	87,9	1	0,1	822	77,8
Herhangi bir yöntem kullanma	$X^2=15,826$ SD=7 p=0,027																	
Evet	283	76,1	135	74,1	106	71,6	58	51,3	55	39,0	28	82,4	54	81,8	0	0,0	717	67,8
Hayır	89	23,9	47	25,8	42	28,4	55	48,7	86	61,0	6	17,6	12	18,2	1	0,1	338	32,0
Hangi yöntemi kullanıyorsunuz?	$X^2=106,064$ SD=21 p=0,000																	
Cevapsız	13	3,5	5	2,7	7	4,7	7	6,2	12	8,5	0	0,0	1	1,5	0	0,0	45	4,3
Hap	68	18,3	32	17,6	31	20,9	16	14,2	18	12,8	6	17,6	15	22,7	0	0,0	186	17,6
Kondom	59	15,9	33	18,1	17	11,5	19	16,8	16	11,3	8	23,5	9	13,6	0	0,0	161	15,2
Ria	138	37,1	56	30,8	44	29,7	31	27,4	27	19,1	9	26,5	19	28,8	0	0,0	324	30,7
Norplante	20	5,4	13	7,1	9	6,1	1	0,9	4	2,8	1	2,9	2	3,0	0	0,0	50	4,7
Cerrahi yöntem	14	3,8	13	7,1	9	6,1	6	5,3	3	2,1	0	0,0	1	1,5	0	0,0	46	4,4
Geri çekme	31	8,3	12	6,6	11	7,4	19	16,8	32	22,7	8	23,5	13	19,7	0	0,0	126	11,9
Emzirme	2	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,9	3	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,6
Takvim	7	1,9	6	3,3	4	2,7	2	1,8	1	0,7	0	0,0	1	1,5	0	0,0	21	2,0
Enjeksiyon	4	1,1	1	0,5	1	0,7	0	0,0	1	0,7	0	0,0	2	3,0	0	0,0	9	0,9
Spermisid	5	1,3	1	0,5	3	2,0	2	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	1,0
Bilmiyorum	5	1,3	6	3,3	8	5,4	5	4,4	19	13,5	1	2,9	1	1,5	1	0,1	46	4,4
Diğer	6	1,6	4	2,2	4	2,7	4	3,5	5	3,5	1	2,9	2	3,0	0	0,0	26	2,5
Bu yöntemi seçme nedeniniz	$X^2=169,516$ SD=84 p=0,000																	
Cevapsız	13	3,5	7	3,8	10	6,8	10	8,8	28	19,9	0	0,0	1	1,5	1	0,1	70	6,6
Yan etkisi yok	118	31,7	46	25,3	47	31,8	27	23,9	32	22,7	14	41,2	23	34,8	0	0,0	307	29,0
Eşim öyle istiyor	67	18,0	43	23,6	25	16,9	29	25,7	40	28,4	6	17,6	10	15,2	0	0,0	220	20,8
Daha önce kullandığımız yöntem	58	15,6	20	11,0	18	12,2	12	10,6	18	12,8	5	14,7	8	12,1	0	0,0	139	13,2
Etkili kullanımı kolay	53	14,2	24	13,2	15	10,1	8	7,1	8	5,7	6	17,6	9	13,6	0	0,0	123	11,6
Diğerlerinden memnun olmadım	39	10,5	20	11,0	15	10,1	10	8,8	5	3,5	0	0,0	8	12,1	0	0,0	97	9,2
Daha fazla çocuk istemiyorum	16	4,3	16	8,8	11	7,4	8	7,1	4	2,8	2	5,9	7	10,6	0	0,0	64	6,1
Diğer	8	2,2	6	3,3	7	4,7	9	8,0	6	4,3	1	2,9	0	0,0	0	0,0	37	3,5
Sizce en güvenilir yöntem	$X^2=126,652$ SD=49 p=0,000																	
Cevapsız	59	15,9	34	18,7	31	20,9	28	24,8	43	30,5	6	17,6	14	21,2	1	0,1	216	20,4
Kondom	34	9,1	23	12,6	9	6,1	8	7,1	12	8,5	6	17,6	5	7,6	0	0,0	97	9,2
Ria	124	33,3	46	25,3	39	26,4	38	33,6	28	19,9	7	20,6	19	28,8	0	0,0	301	28,5
Geri çekme	19	5,1	7	3,8	3	2,0	6	5,3	16	11,3	6	17,6	8	12,1	0	0,0	65	6,1
Hap	82	22,0	35	19,2	44	29,7	17	15,0	26	18,4	5	14,7	16	24,2	0	0,0	225	21,3
Norplante	13	3,5	5	2,7	5	3,4	1	0,9	3	2,1	1	2,9	0	0,0	0	0,0	28	2,6
Emzirme	3	0,8	2	1,1	0	0,0	1	0,9	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	0,8
Diğer	38	10,2	30	16,5	17	11,5	14	12,4	11	7,8	3	8,8	4	6,1	0	0,0	117	11,1
Kürtaj AP yöntemi mi?	$X^2=81,585$ SD=49 p=0,002																	
Evet	24	6,5	26	14,3	15	10,1	15	13,3	12	8,5	3	8,8	0	0,0	0	0,0	95	9,0
Hayır	348	93,5	156	85,7	133	89,9	98	86,7	129	91,5	31	91,2	66	100	1	100	962	91,0
Danışmanlık almayı isteme	$X^2=18,604$ SD=7 p=0,010																	
Evet	206	55,4	117	64,3	77	52,0	51	45,0	53	37,6	28	82,4	45	68,2	1	100	578	54,7
Hayır, gerek görmüyorum	140	37,6	56	30,8	62	41,9	57	50,4	71	50,4	6	17,6	16	24,2	0	0,0	408	38,6
Önem vermiyorum	5	1,3	2	1,1	2	1,4	0	0,0	3	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	1,1
Eşim istemiyor	9	2,4	5	2,7	2	1,4	3	2,7	10	7,1	0	0,0	1	1,5	0	0,0	30	2,8
Kayınvalidem istemiyor	2	0,5	0	0,0	1	0,7	1	0,9	2	1,4	0	0,0	1	1,5	0	0,0	7	0,7
Eşim korunuyor yeterli	4	1,1	2	1,1	3	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,0	0	0,0	11	1,0
AP danışmanlık merkezi.eve uzak	1	0,3	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
AP danışmanlığı yapanlara güvenmyr.	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2
Diğer	4	1,1	0	0,0	1	0,7	0	0,0	2	1,4	0	0,0	1	1,5	0	0,0	8	0,8
Toplam	372	100	182	100	148	100	113	100	141	100	34	100	66	100	1	100	1057	100
$X^2=18,604$ SD=56 p=0,034																		

Araştırmaya katılanların evlilik yıllarına göre istemeyerek gebe kalma durumlarına bakıldığında evlilik süresi 1-5 yıl arası olanların %23,1'i 6-10 yıl, %20,3'ü 11-15 yıl, %28,4'ü 16-20 yıl, %24,8'i 21-25 yıl, %23,4'ü 26-30 yıl, %2,9'u 31 yıl ve üstü evliliklerde %12,1 olduğu görülmektedir. Bu iki durum karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,027$). İleri düzey analizde 1-5 yıl evlilik süresi önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

26-30 yıl, %82,4'ü 31 yıl ve üstünde olanların kullandığı %81,8'inin yöntem kullandığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir($p<0.05$). İleri düzey analizde 26-30 yıl önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

11-15 yıl evlilik süresine sahip olanların %29,7'sinin ria, %20,9'unun hap, %7,4'ünün geri çekme, 16-20 yıl %27,4'ünün ria, %16,8'inin kondom, %16,8'inin geri çekme, 21-25 yıl %19,1' ria,%22,7'si geri çekme, 26- 30 yıl %26,5'ria, %23,5'i kondom, %23,5'i geri çekme, 31 yıl ve üstünde %22,8'i ria, %22,7'si hap, %19,7'si geri çekme yöntemlerini daha fazla kullandığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir($p<0.05$). İleri düzey analizde 11-15 yıl evlilik süresi önemliliği sağlayan faktördür.

%31,8'i yan etkisi yok, 16-20 yıl %25,7'si eşi öyle istiyor, 21-25 yıl %28,4'ü eşim öyle istiyor, 26-30 yıl %41,2'si yan etkisi yok, 31 yıl ve üstü olanların %34,8'si de yan etkisi yok cevabını verdiğini ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir($p<0.05$). İleri düzey analizde 21-25 yıl evlilik süresi önemlilik faktörüdür.

%30,5'i cevapsız, %19,9'u ria, 26-30 yıl %20,6'sı ria, 31 yıl ve üstü olanların %28,8'i ria, %24,2'si hap cevabının ortaya çıktığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür($p<0.05$).

%91,5'i hayır, 26-30 yıl %100'ü hayır, 31 yıl ve üstü olanların da %100'ü hayır cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). İleri düzey analizde 26-30 yıl önemlilik faktörüdür.

Evlilik süresi ile ap danışmanlığı almayı isteme durumu karşılaştırıldığında 1-5 yıl evli olanların %55,4'ü evet, 6- 10 yıl %64,3'ü evet, 11-15 yıl %52,0'ı evet, 16-20 yıl %50,4'ü hayır gerek görmüyorum, 21-25 yıl %50,4'ü hayır gerek görmüyorum, 26-30 yıl %82,4'ü evet, 31 yıl ve üstü %68,2'si evet cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). İleri düzey analizlerde 1-5 yıl evlilik süresi önemlilik faktörü olarak bulunmuştur.

Tablo 17: Kadınların Gebelik Sayısına Göre Aile Planlaması'na Bakışının Dağılımı																
Gebelik sayısı	1		2		3		4		5		6		7+		Toplam	
İstemeyerek gebe olma	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	4	3,4	24	8,7	44	20,9	72	40,0	34	42,5	24	36,9	22	42,3	224	22,8
Hayır	113	96,6	253	91,3	167	79,1	108	60,0	46	57,5	41	63,1	30	57,7	758	77,2
Kullanılan yöntem	X²=87,320 SD=18 p=0,000															
Cevapsız	6	5,1	7	2,5	7	3,3	7	3,9	2	2,5	4	6,2	4	7,7	37	3,8
Hap	26	22,2	55	19,9	42	19,9	21	11,7	14	17,5	8	12,3	10	19,2	176	17,9
Kondom	23	19,7	46	16,6	26	12,3	34	18,9	13	16,3	4	6,2	5	9,6	151	15,4
Ria	25	21,4	102	36,8	84	39,8	59	32,8	23	28,8	16	24,6	8	15,4	317	32,3
Norplante	6	5,1	22	7,9	10	4,7	6	3,3	2	2,5	3	4,6	0	0,0	49	5,0
Cerrahi yönt.	1	0,9	4	1,4	9	4,3	16	8,9	5	6,3	5	7,7	2	3,8	42	4,3
Geri çekme	17	14,5	26	9,4	18	8,5	16	8,9	14	17,5	11	16,9	14	26,9	116	11,8
Emzirme	1	0,9	4	0,4	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	1,9	4	0,4
Takvim	4	3,4	4	1,4	3	1,4	6	3,3	4	5,0	10	15,4	5	9,6	36	3,7
Enjeksiyon	0	0,0	3	1,1	4	1,9	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	0,8
Spermisid	0	0,0	2	0,7	4	1,9	3	1,7	0	0,0	1	1,5	0	0,0	10	1,0
Bilmiyorum	4	3,4	4	1,4	3	1,4	6	3,3	4	5,0	10	15,4	5	9,6	36	3,7
Diğer	4	3,4	4	1,4	1	0,5	4	2,2	1	1,3	1	1,5	1	1,9	16	1,6
Yöntemi seçme nedeni	X²=151,49 SD=72 p=0,000															
Cevapsız	8	6,8	8	2,9	5	2,4	12	6,7	5	6,3	7	10,8	8	15,4	53	5,4
Yan etkisi yok	37	31,6	79	28,5	75	35,5	45	25,0	27	33,8	17	26,2	11	21,2	291	29,6
Eşim öyle istiyor	27	3,1	54	19,5	35	16,6	33	18,3	18	22,5	20	30,8	15	28,8	202	20,6
Daha önce k. yöntem.	12	10,3	43	15,5	26	12,3	28	15,6	13	16,3	5	7,7	6	11,5	133	13,5
Etkili kullanımı kolay	20	17,1	38	13,7	24	11,4	27	15,0	5	6,3	5	7,7	2	3,8	121	12,3
Diğerlerinden memnun olmadım.	8	6,8	36	13,0	27	12,8	12	6,7	5	6,3	4	6,2	3	5,8	95	9,72
Fazla çocuk istemiyorum	2	1,7	13	4,7	14	6,6	17	9,4	5	6,3	6	9,2	2	3,8	59	6,0
Diğer	3	2,6	6	2,2	5	2,4	6	3,3	2	2,5	1	1,5	5	9,6	28	2,9
En güvenilir yöntem	X²=76,632 SD=42 p=0,000															
Cevapsız	20	17,1	48	17,3	32	15,2	32	17,8	21	26,3	16	24,6	17	32,7	186	18,9
Kondom	19	16,2	29	10,5	18	8,5	15	8,3	7	8,8	4	6,2	1	1,9	93	9,5
Ria	21	17,9	86	31,0	82	38,9	48	26,7	23	28,8	16	24,6	16	30,8	292	29,7
Geri çekme	11	9,4	17	6,1	11	5,2	8	4,4	6	7,5	2	3,1	5	9,6	60	6,1
Hap	31	26,5	63	22,7	46	21,8	35	19,4	14	17,5	13	20,0	8	15,4	210	21,4
Norplante	4	3,4	14	5,1	3	1,4	5	2,8	0	0,0	2	3,1	0	0,0	28	2,9
Emzirme	1	0,9	2	0,7	1	0,5	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,6
Diğer	10	8,5	18	6,5	18	8,5	35	19,4	9	11,3	12	18,5	5	9,6	107	10,9
İki gebelik arası süre	X²=77,334 SD=42 p=0,001															
Cevapsız	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
1 yıl	63	53,8	135	48,7	108	51,2	99	55,0	42	52,5	47	72,3	34	65,4	528	53,8
2yıl	47	40,2	132	47,7	100	47,4	76	42,2	36	45,0	18	27,7	17	32,7	426	43,4
3yıl	7	6,0	10	3,6	2	0,9	5	2,8	1	1,3	0	0,0	0	0,0	25	2,5
4yıl	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
5yıl ve+	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Danışmanlık almayı isteme	X²=59,625 SD=30 p=0,001															
Evet	76	65,0	169	61,0	128	60,7	85	47,2	41	51,3	27	41,5	17	32,7	543	55,3
Hayır, Gerek görmüyorum	36	30,8	95	34,3	69	32,7	78	43,3	34	42,5	33	50,8	30	57,7	375	38,2
Önem vermiyorum	1	0,9	3	1,1	1	0,5	4	2,2	1	1,3	0	0,0	0	0,0	10	1,0
Eşim istiyor	2	1,7	5	1,8	6	2,8	5	2,8	1	1,3	5	7,7	2	3,8	7	0,7
Kayınvalidem istemiyor	0	0,0	1	0,4	1	0,5	1	0,6	2	2,5	0	0,0	2	3,8	7	0,7
Eş korunuyor yeterli	1	0,9	2	0,7	5	2,4	2	1,1	0	0,0	0	0,0	1	1,9	11	1,1
Merkez eve uzak.	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Danışmanlığa güvenmiyorum.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	1	1,3	0	0,0	0	0,0	2	0,2
Diğer	1	0,9	1	0,4	1	0,5	4	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,7
Toplam	17	100	277	100	211	100	180	100	80	100	65	100	52	100	982	100
X²=76,141 SD=48 p=0,006																

Tablo 17’de katılımcıların gebelik sayısına göre istemeyerek gebe kalmasına bakıldığında 1 gebelik geçirenlerin %3,4’ü 2 %8,7’si, 3 %20,9’u 4 %40,0, 5 %42,5, 6 %36,9’u, 7 ve üstünün %42,3’ü evet cevabını verdiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür($p<0.05$). İleri düzey analizde 3 gebeliğe sahip olanlar önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Gebelik sayısı ile hangi yöntemin kullanıldığına bakıldığında 1 kez gebe kalanların %22,2’i hap, 2 %36,8’i ria, 3 %39,8’i ria, 4 %32,8’i ria, 5 %28,8’i ria, %17,5’i geri çekme, 6 %24,6’sı ria, %16,9’u geri çekme, 7 ve daha gebe kalanların %26,9’u geri çekme %19,2’sinin hap kullandığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür($p<0.05$). İleri düzey analizde 6 gebeliğe sahip olanlar önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Gebelik sayısı ile kullanılan yöntemi seçme nedeni kıyaslandığında 1 kez gebe kalanların %31,6’sı “yan etkisi yok”, 2 %28,5’i “yan etkisi yok”, 3 %35,5’i “yan etkisi yok”, 4 %25,0’ı “yan etkisi yok”, %18,3’ü “eşim öyle istiyor”, 5 %33,8’i “yan etkisi yok”, %22,5’i “eşim öyle istiyor”, 6 %30,8’i “eşim öyle istiyor”, 7 ve daha fazla gebelik geçirenlerinde %28,8’i “eşim öyle istiyor” yanıtını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). İleri düzey analizde 3 gebeliğe sahip olanlar önemlilik faktörüdür.

Gebelik sayısı ile en güvenilir yöntemin ne olduğu sorusu karşılaştırıldığında 1 kez gebe olanların %26,5’i hap, 2 %31,0’ı ria, 3 %38,9’u ria, 4 %26,7’si ria, 5 %28,8’i ria, 6 %24,6’sı ria, 7 ve üstü %32,7 cevap vermemiş, %30,8’i ria cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). İleri düzey analizde 4 gebeliği olanlar önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Gebelik sayısı ile iki gebelik ara süre karşılaştırıldığında 1 kez gebe kalanların %53,8’i 1 yıl, 2 gebelik yaşayanların %48,7’si 1 yıl, 3 gebelik %51,2’si 1 yıl, 4 gebelik %55’i 1 yıl, 5 gebelik %52,5’i 1 yıl, 6 gebelik %72,3’ü 1 yıl, 7 ve üstü gebelik yaşayanlarında %65,4’ü 1 yıl olması gerektiğini belirtmiş ve ardaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). İleri düzey analizde 6 gebeliğe sahip olanlar önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Gebelik sayısı ile danışmanlık almayı isteme arasında 1 kez gebe kalanların %65,0’i evet, 2 kez kalanların %61’i evet, 3 kez kalanların %60,7’si evet, 4 kez kalanların %47,2’si evet, 5 kez kalanların %51,3’ü evet, 6 kez kalanların %50,8’i hayır, 7 ve daha fazla gebelik yaşayanların %57,7’si hayır yanıtını vermiş, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). İleri düzey analizde 4 gebeliğe sahip olanlar önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Tablo 18: Kadınların Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Aile Planlaması'na Bakışının Dağılımı

Yaşayan çocuk 1	1		2		3		4		5		6+		Toplam	
İstemeyerek gebelik	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	20	12,4	46	14,3	70	29,7	48	38,7	20	30,3	29	31,9	233	23,3
Hayır	141	87,6	276	85,7	166	70,3	76	61,3	46	69,7	62	68,1	767	76,7
Herhangi bir yöntem kullanma	$\chi^2=52,670$ $SD=5$ $p=0,000$													
Evet	126	78,3	243	75,5	176	74,6	87	70,2	32	48,5	26	28,6	691	69,1
Hayır	35	21,7	79	24,5	60	25,4	37	29,8	34	51,5	65	71,4	309	30,9
Hangi yöntemi kullandığı	$\chi^2=112,208$ $SD=15$ $p=0,000$													
Cevapsız	3	1,9	9	2,8	11	4,7	5	4,0	4	6,1	7	7,7	39	3,9
Hap	38	23,6	69	21,4	42	17,8	8	6,5	11	16,7	11	12,1	179	17,9
Kondom	30	18,6	50	15,5	35	14,8	23	18,5	7	10,6	4	4,4	149	14,9
Ria	42	26,1	120	37,3	80	33,9	40	32,3	19	28,8	14	15,4	315	31,5
Norplante	10	6,2	20	6,2	11	4,7	3	2,4	2	3,0	2	2,2	48	4,8
Cerrahi yöntem	1	0,6	8	2,5	15	6,4	15	12,1	2	3,0	3	3,3	44	4,4
Geri çekme	19	11,8	26	8,1	24	10,2	14	11,3	15	22,7	23	25,3	121	12,1
Emzirme	1	0,6	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,2	4	0,4
Takvim	4	2,5	3	0,9	4	1,7	5	4,0	1	1,5	3	3,3	20	2,0
Enjeksiyon	0	0,0	3	0,9	4	1,7	0	0,0	1	1,5	0	0,0	8	0,8
Spermisid	1	0,6	4	1,2	3	1,3	2	1,6	0	0,0	0	0,0	10	1,0
Bilmiyorum	5	3,1	8	2,5	4	1,7	6	4,8	3	4,5	17	18,7	43	4,3
Diğer	7	4,3	1	0,3	3	1,3	3	2,4	1	1,5	5	5,5	20	2,0
Bu yöntemi seçme nedeniniz	$\chi^2=192,560$ $SD=60$ $p=0,000$													
Cevapsız	7	4,3	12	3,7	10	4,2	8	6,5	4	6,1	22	24,2	63	6,3
Yan etkisi yok	48	29,8	92	28,6	84	35,6	29	23,4	15	22,7	21	23,1	289	21,9
Eşim öyle istiyor.	41	25,5	50	15,5	44	18,6	25	20,2	20	30,3	26	28,6	206	20,6
Daha önce kullandığım yöntem	16	9,9	56	17,4	27	11,4	21	16,9	9	13,6	9	9,9	138	13,8
Etkili kullanımı kolay	24	14,9	46	14,3	30	12,7	14	11,3	5	7,6	1	1,1	120	12,0
Diğerlerinden memnun olmadım	16	9,9	41	12,7	18	7,6	9	7,3	6	9,1	3	3,3	93	9,3
Daha fazla çocuk istemiyorum	3	1,9	19	5,9	19	8,1	12	9,7	5	7,6	4	4,4	62	6,2
Diğer	6	3,7	6	1,9	4	1,7	6	4,8	2	3,0	5	5,5	29	2,9
Sizce en güvenilir yöntem	$\chi^2=116,349$ $SD=35$ $p=0,000$													
Cevapsız	24	14,9	54	16,8	47	19,9	25	20,2	14	21,2	35	38,5	199	19,9
Kondom	25	15,5	30	9,3	21	8,9	7	5,6	2	3,0	3	3,3	88	8,8
Ria	34	21,1	107	33,2	70	29,7	36	29,0	25	37,9	18	19,8	290	29,0
Geri çekme	13	8,1	16	5,0	11	4,7	9	7,3	3	4,5	8	8,8	60	6,0
Hap	42	26,1	75	23,3	56	23,7	21	16,9	14	21,2	12	13,2	220	22,0
Norplante	8	5,0	11	3,4	6	2,5	1	0,8	0	0,0	2	2,2	28	2,8
Emzirme	2	1,2	3	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,2	7	0,7
Diğer	13	8,1	26	8,1	25	10,6	25	20,2	8	12,1	11	12,1	108	10,8
İki gebelik arası süre	$\chi^2=82,875$ $SD=35$ $p=0,000$													
Cevapsız	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,1
1 yıl	87	54,0	161	50,	127	53,8	69	55,6	36	54,5	70	76,9	550	55,0
2 yıl	64	39,8	152	47,2	107	45,3	51	41,1	28	42,4	20	22,0	422	42,0
3 yıl	10	6,2	9	2,8	1	0,4	3	2,4	2	3,0	0	0,0	25	2,5
4 yıl	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
5 yıl+	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	0,1
Danışmanlık almayı isteme	$\chi^2=56,753$ $SD=25$ $p=0,000$													
Evet	114	70,8	193	59,9	125	53,0	59	47,6	28	42,4	28	30,8	547	54,7
Hayır, gerek görmüyorum	40	24,8	110	34,2	92	39,0	58	46,8	36	54,5	51	56,0	387	38,7
Önem vermiyorum	2	1,2	2	0,6	2	0,8	3	2,4	0	0,0	1	1,1	10	1,0
Eşim istemiyor	4	2,5	7	2,2	7	3,0	0	0,0	1	1,5	9	9,9	28	2,8
Kayınvalidem istemiyor	0	0,0	2	0,6	1	0,4	2	1,6	0	0,0	2	2,2	7	0,7
Eş korunuyor yeterli	1	0,6	4	1,2	5	2,1	0	0,0	1	1,5	0	0,0	11	1,1
Danışmanlık merkezi eve uzak	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Danışmanlık yapanlara güvenmiyor	0	0,0	0	0,0	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2
Diğer	0	0,0	3	0,9	2	0,8	2	1,6	0	0,0	0	0,0	7	0,7
Toplam	161	100	322	100	236	100	124	100	66	100	91	100	1000	100
	$\chi^2=93,493$ $SD=40$ $p=0,000$													

Araştırmaya katılanların yaşayan çocuk sayısının istenmeyerek gebelik durumu ile kıyaslandığında 1 çocuk sahibi olanların %87,6'sı hayır, 2 çocuk %85,7'si hayır, 3 çocuk %70,3'ü hayır, 4 çocuk %61,3'ü hayır 5 çocuk %69,7'si hayır, 6 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %68,1'i hayır cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). İleri düzey analizde 1 çocuk sahibi olanlar önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Yaşayan çocuk sayısının herhangi bir yöntem kullanma durumuna bakıldığında 1 çocuk sahibi olanların %78,3'ü evet, 2 çocuk %75,5'i evet, 3 çocuk %74,6'sı evet, 4 çocuk %70,2'si evet, 5 çocuk %51,5'i hayır, 6 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %71,4'ü hayır cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). İleri düzey analizde 5 çocuk sahibi olanlar önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Yaşayan çocuk sayısının hangi yöntemi kullandığına bakıldığında 1 çocuk sahibi olanların %26,1'i rüya, %23,3'ü hap, 2 çocuk %37,3'ü rüya, 3 çocuk %33,9'u rüya, 4 çocuk %32,3'ü rüya, %18,5'i kondom, 5 çocuk %28,8'i rüya, %22,7'si geri çekme, 6 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %25,3'ü geri çekme, %15,4'ü rüya olarak tespit edilmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). İleri düzey analizde 4 çocuk sahibi olanlar önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Yaşayan çocuk sayısı ile kullanılan yöntemleri seçme nedenlerine bakıldığında 1 çocuk sahibi olanların %29,8'i yan etkisi yok, %25,5'i eşim öyle istiyor, 2 çocuk %28,6'sı eşim öyle istiyor, %17,4'ü daha önce kullandığımız yöntem, 3 çocuk %35,6'sı yan etkisi yok, 4 çocuk %23,4'ü yan etkisi yok, 5 çocuk %30,3'ü eşim öyle istiyor, 6 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %28,6'sı eşim öyle istiyor cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). İleri düzey analizde 6 çocuk sahibi olanlar önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Yaşayan çocuk sayısı ile en güvenilir yöntem arasında 1 çocuk sahibi olanların %26,1'i hap, 2 çocuk %33,2'si rüya, 3 çocuk %29,7'si rüya, 4 çocuk %29'u rüya, 5 çocuk %37,9'u rüya, 6 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %38,5'i cevapsız, %19,8'i rüya cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Yaşayan çocuk sayısı, iki gebelik arası süre ile karşılaştırıldığında 1 çocuk sahibi olanların %54,0'ı 1 yıl, 2 çocuk %50,0'ı 1 yıl, 3 çocuk %53,8'i 1 yıl, %4 çocuk %55,6'sı 1 yıl, 5 çocuk %54,5'i 1 yıl, 6 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %76,9'u 1 yıl yanıtını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Yaşayan çocuk sayısı, danışmanlık almayı isteme durumuna bakıldığında 1 çocuk sahibi olanların %70,8'i evet, 2 çocuk %59,9'u evet, 3 çocuk %53,0'ı evet, 4 çocuk %47,6'sı evet, 5 çocuk %54,5'i hayır, gerek görmüyorum, 6 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %56,0'ı hayır, gerek görmüyorum, cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel

olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). İleri düzey analizde 6 çocuğa sahip olanlar önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Yaşayan çocuk sayısı ile aile planlaması danışmanlığı alma durumu karşılaştırıldığında 1 çocuk sahibi olanların%70,0'ı 2 çocuk sahibi olanların %59,9'u 3 çocuk sahibi olanların %53,0'ı evet cevabını vermiş, danışmanlık almayı istememe nedenine bakıldığında; 3 çocuk sahibi olanların %39,0'ı 4 çocuk %46,8'i, 5 çocuk sahibi olanların %54,5'i gerek görmüyorum cevabını vermiş ve aralarında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İleri düzey analizde 3 çocuk sahibi olanlar önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.



Tablo 19: Kadınların Eğitimine Göre Aile Planlaması'na Bakışı Dağılımı

Eğitim	Okur-yazar değil		Okur-yazar		İlkokul		Ortaokul		Lise		Yüksekokul		Toplam	
İstemeyerek gebe olma	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	19	25,3	40	25,0	101	25,5	33	15,3	38	14,4	13	9,3	244	19,5
Hayır	56	74,7	120	75,0	295	74,5	182	84,7	226	85,6	127	90,7	1006	80,5
Yöntem kullanımı	X²=29,832 SD=5 p=0,000													
Evet	18	24,0	88	55,0	255	64,4	114	53,0	176	66,7	75	53,6	726	58,1
Hayır	57	76,0	72	45,0	141	35,6	101	47,0	88	33,1	65	46,4	524	41,9
Hangi yöntem	X²=75,414 SD=15 p=0,000													
Cevapsız	12	16,0	11	6,9	30	7,6	57	26,5	53	20,1	39	27,9	202	16,2
Hap	8	10,7	26	16,3	72	18,2	29	13,5	44	16,7	17	12,1	196	15,7
Kondom	8	10,7	22	13,8	46	11,6	27	12,6	38	14,4	29	20,7	170	13,6
Ria	15	20,0	39	24,4	139	35,1	52	24,2	63	23,9	22	15,7	330	26,4
Norplante	2	2,7	3	1,9	18	4,5	7	3,3	15	5,7	5	3,6	50	4,0
Cerrahi yöntem	1	1,3	11	6,9	16	4,0	8	3,7	9	3,4	2	1,4	47	3,8
Geri çekme	18	24,0	25	15,6	33	8,3	12	5,6	24	9,1	14	10,0	126	10,1
Emzirme	1	1,3	2	1,3	2	0,5	0	0,0	1	0,4	0	0,0	6	0,5
Takvim	1	1,3	1	0,6	5	1,3	3	1,4	6	2,3	5	3,6	21	1,7
Enjeksiyon	0	0,0	1	0,6	2	0,5	3	1,4	3	1,1	0	0,0	9	0,7
Spermisid	1	1,3	1	0,6	4	1,0	3	1,4	1	0,4	2	1,4	12	1,0
Bilmiyorum	6	8,0	11	6,9	17	4,3	9	4,2	3	1,1	4	2,9	50	4,0
Diğer	2	2,7	7	4,4	12	3,0	5	2,3	4	1,5	1	0,7	31	2,5
Bu yöntemi seçme nedeni	X²=157,891 SD=60 p=0,000													
Cevapsız	21	28,0	18	11,3	37	9,3	65	30,2	51	19,3	40	28,6	232	18,6
Yan etkisi yok	12	16,0	40	25,0	104	26,3	42	19,5	67	25,0	47	33,6	312	25,0
Eş öyle istiyor	20	26,7	40	25,0	75	18,9	36	16,7	42	15,9	19	13,6	232	18,6
Önce kullandığımız yöntem	13	17,3	16	10,0	60	15,2	20	9,3	27	10,2	10	7,1	146	11,7
Etkili kullanımı kolay	3	4,0	12	7,5	28	7,1	26	12,1	43	16,3	12	8,6	124	9,9
Diğ. Memnun olmadım	3	1,0	16	10,0	47	11,9	11	5,1	15	5,7	5	3,6	97	7,8
Daha fazla çocuk istemiyorum.	1	1,3	11	6,9	30	7,6	10	4,7	12	4,5	4	2,9	68	5,4
Diğer	2	2,7	7	4,4	15	3,8	5	2,3	7	2,7	3	2,1	39	3,1
En güvenilir yöntem	X²=126,750 SD=35 p=0,000													
Cevapsız	28	37,3	44	27,5	91	23,0	53	24,7	43	16,3	24	17,1	283	22,6
Kondom	1	1,3	13	8,1	30	7,6	24	11,2	23	8,7	19	13,6	110	8,8
Ria	18	24,0	39	24,4	126	31,8	62	28,8	71	26,9	40	28,6	356	28,5
Geri çekme	9	12,0	11	6,9	13	3,3	8	3,7	17	6,4	8	5,7	66	5,3
Hap	12	16,0	4	2,1	90	22,7	46	21,4	69	26,1	28	20,0	279	22,3
Norplante	2	2,7	3	1,9	8	2,0	4	1,9	8	3,0	3	2,1	28	2,2
Emzirme	0	0,0	0	0,0	5	1,3	0	0,0	4	1,5	0	0,0	9	0,7
Diğer	5	6,7	16	10,0	33	8,3	18	8,4	29	11,0	18	12,9	119	9,5
Kürtaj AP yöntemi mi	X²=58,153 SD=35 p=0,008													
Evet	14	8,7	17	10,6	30	7,6	18	8,4	5	5,7	18	12,9	112	9,0
Hayır	61	81,3	143	89,4	366	92,4	197	91,6	249	94,3	122	87,1	1138	91,0
Danışmanlık almayı isteme	X²=16,313 SD=5 p=0,006													
Evet	24	32,0	69	43,1	219	55,3	130	60,5	166	62,9	77	55,0	685	54,8
Hayır, gerek görmüyorum	47	62,7	72	45,0	54	38,9	72	33,5	87	33,0	54	38,6	486	38,9
Önem vermiyorum	0	0,0	3	1,9	4	1,0	1	0,5	2	0,8	3	2,1	13	1,0
Eş istemiyor	1	1,3	9	5,6	10	2,5	5	2,3	3	1,1	2	1,4	30	2,4
Kayınvalide istemiyor	1	1,3	2	1,3	2	0,5	2	0,9	0	0,0	0	0,0	7	0,6
Eş korunuyor	0	0,0	3	1,9	5	1,3	0	0,0	2	0,8	1	0,7	11	0,9
Danışmanlık merkezi uzak	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Danışmanlığa güvenmiyor	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,4	0	0,0	2	0,2
Yöntemlere güvenmiyorum	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Diğer	2	2,7	1	0,6	2	0,5	3	1,4	3	1,1	3	2,1	14	1,1
Toplam	75	100	760	100	396	100	215	100	264	100	140	100	1250	100
	X²=75,689 SD=45 p=0,003													

Katılımcıların eğitim durumuna göre istemeyerek gebe olma durumuna bakıldığında okur-yazar olmayanların %74,7'si hayır, okur-yazar %75,0'ı hayır, ilkököl %74,5'i hayır, ortaokul %84,7'si hayır, lise %85,6'sı hayır, yüksek okul mezunlarının da %90,7'si hayır cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,05). İleri düzey analizde ilkököl grubu önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Eğitim durumu ile herhangi bir yöntem kullanmaya bakıldığında okur-yazar olmayanların %76'sı hayır, okur-yazar %55,0'ı evet, ilkököl %64,4'ü evet, ortaokul %53,0'ı evet, lise %66,7'si evet, yüksek okul mezunlarının %53,6'sı evet cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). İleri düzey analizde yüksekokul mezunları önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Eğitim durumuyla hangi yöntem durumuna bakıldığında okur-yazar olmayanların %20,0'ı ria, okur-yazar %24,4'ü ria, %15,6'sı geri çekme, ilkököl %35,1'i ria, ortaokul %26,5'i cevapsız, lise %23,9'u ria, yüksekokul mezunlarının %27,9'u cevapsız, %20,7'si kondom

cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). İleri düzey analizde ilkokul grubu önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Eğitim durumuyla bu yöntemi seçme nedenine okur-yazar olmayanların %26,7'si eş öyle istiyor, okur-yazar %25,0'ı yan etkisi yok, %25,0'ı eşim öyle istiyor, ilkokul %26,32'ü yan etkisi yok, ortaokul %30,2'si cevapsız, lise %25,0'ı yan etkisi yok, %16,3'ü etkili kullanımı kolay, yüksekokul mezunlarının %33,6'sı yan etkisi yok, cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri düzey analizde ilkokul grubu önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Eğitim durumuyla en güvenilir yöntemin ne olduğuna bakıldığında okur-yazar olmayanların %37,3'ü cevapsız, okur-yazar %24,4'ü ria, ilkokul %31,8'i ria, ortaokul %28,8'i ria, lise %26,9'u ria, %26,1'i hap, yüksekokul mezunlarının %28,6'sı ria, cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri düzey analizde lise grubu önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Eğitim durumuyla kürtajın AP yöntemi olup olmadığına bakıldığında okur-yazar olmayanların %81,3'ü hayır, okur-yazar %89,4'ü hayır, ilkokul %92,4'ü hayır, ortaokul %91,62'si hayır, lise %94,3'ü hayır, yüksekokul mezunlarının %87,1'i hayır yanıtını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri düzey analizde ilkokul, grubu önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Eğitim durumuyla AP danışmanlığı isteme durumuna bakıldığında okur-yazar olmayanların %62,7'si hayır, gerek görmüyorum, okur-yazar %72,0'ı hayır gerek görmüyorum, ilkokul %55,3'ü evet, ortaokul %60,5'i evet, lise %62,9'u evet, yüksekokul mezunlarının %55,0'ı evet, yanıtını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri düzey analizde ilkokul grubu önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Tablo 20: Kadınların Gebelik Sayısının Kullanılan Yönteme Göre Dağılımı

Kullanılan yöntem	1		2		3		4		5		6+		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cevapsız	6	20,0	2	4,8	0	0,0	3	5,7	1	5,9	2	8,3	14	6,2
Hap	5	16,7	7	16,7	11	18,3	7	13,2	5	29,4	4	16,7	39	17,3
Kondom	5	16,7	10	23,8	10	16,7	14	26,4	2	11,8	1	4,2	42	18,6
Ria	7	23,3	14	33,3	26	43,3	13	24,5	5	29,4	5	20,8	70	31,0
Norplante	1	3,3	1	2,4	1	1,7	2	3,8	1	5,9	0	0,0	6	2,7
Cerrahi yöntem	0	0,0	1	2,4	4	6,7	4	7,5	2	11,8	1	4,2	12	5,3
Geri çekme	3	10,0	1	2,4	3	5,0	3	5,7	1	5,9	1	4,2	12	5,3
Emzirme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	1	0,4
Takvim	1	3,3	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	2	8,3	5	2,2
Enjeksiyon	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Spermisid	0	0,0	3	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,3
Bilmiyorum	2	6,7	1	2,4	3	5,0	4	7,5	0	0,0	7	29,2	17	7,5
Diğer	0	0,0	0	0,0	2	3,3	2	3,8	0	0,0	0	0,0	4	1,8
Toplam	30	100	42	100	60	100	53	100	17	100	24	100	226	100

$\chi^2=88,488$ SD=60 $p=0,010$

Tablo 20'de kaçınıcı gebeliğin istemeyerek olma durumu ile kullanılan yönteme bakıldığında 1. gebeliği istemeyerek olanların %23,3'ü ria, 2.%33,3'ü ria, 3. %43,3'ü ria,4.

%26,4'ü kondom, 5. %29,4'ü rila, %29,4'ü hap, 6ve üstünde %20,8'i rila cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo 21: Kadınların Gelir Durumuna Göre Gebelik İstemi ve Kürtaja Bakışı Dağılımı

Gelir durumu	Gelir-giderden az		Gelir- gidere denk		Gelir-giderden fazla		Toplam	
İstemeyerek gebelik olma	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	173	22,4	61	14,5	10	17,2	244	19,5
Hayır	599	77,6	359	85,5	48	82,8	1006	80,5
Kürtaj ap yöntemi midir?	$X^2=10,968$ SD=2 p=0,004							
Evet	55	7,1	51	12,1	6	10,3	112	9,0
Hayır	717	92,9	369	87,9	52	89,7	1138	91,0
Toplam	772	100	420	100	58	100	1250	100
	$X^2=8,541$ SD=2 p=0,014							

Gelir durumu ile istemeyerek gebe olmaya bakıldığında gelir-giderden az olanların %77,6'sı hayır, gelir-gidere denk olanların %85,5'i hayır, gelir-giderden fazla olanların %82,8'i hayır cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri düzey analizlerde gelir-giderden az grubu önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Gelir durumu ile kürtajın AP yöntemi olma durumuna bakıldığında gelir-giderden az olanların %92,9'u hayır, gelir-gidere denk olanların %87,9'u hayır, gelir-giderden fazla olanların %89,7'si hayır, cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri düzey analizlerde gelir-giderden az grubu önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Tablo 22: Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları

APTÖ	Sayı	Ortalama $\pm$ standart sapma	Minimum değerler	Maksimum değerler
Genel	1250	134,99 $\pm$ 23,07	34,00	170,00
Topluma ilişkin	1250	54,90 $\pm$ 10,03	14,00	70,00
Yönteme ilişkin	1250	49,14 $\pm$ 9,00	12,00	87,00
Gebeliğe ilişkin	1250	30,94 $\pm$ 6,77	8,00	69,00

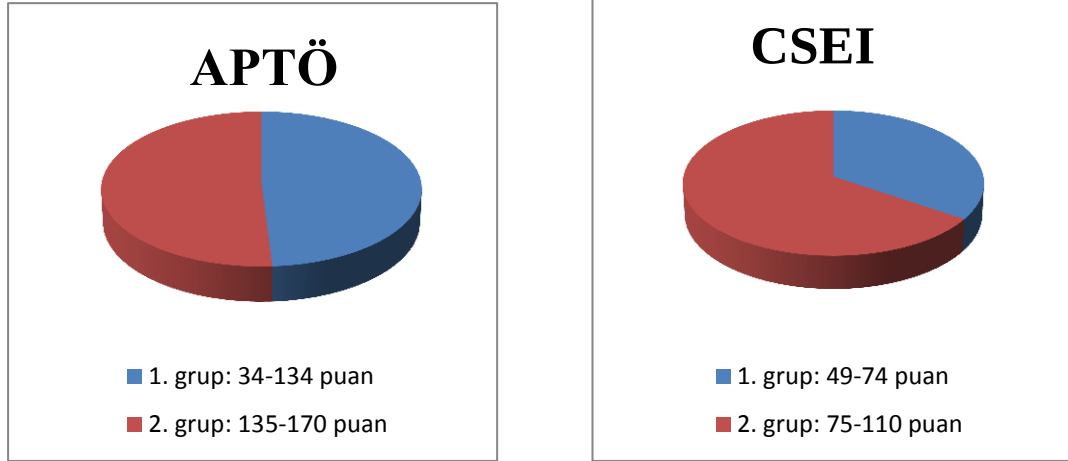
Uygulanan ölçek sonucunda bireyler; minimum 34, maksimum 170 puan arasında puanlar almıştır. Ölçekte bireylerin aldıkları puanların artması olumlu yönde değerlendirilmiştir.

Tablo 23: Kadınların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları Dağılımı

Ölçekler	Sayı	Ortalama $\pm$ standart sapma	Minimum değerler	Maksimum değerler
Coopersmith ölçeği genel	1250	75,068 $\pm$ 4,959	49,00	110,00
Coopersmith ölçeği kısa form	1250	34,428 $\pm$ 3,005	21,00	59,00
Genel özsaygı alt ölçeği	1250	39,638 $\pm$ 3,032	1,00	2,38
Sosyal özsaygı alt ölçeği	1250	11,202 $\pm$ 1,158	7,00	20,00
Ev-aile alt ölçeği	1250	12,433 $\pm$ 1,313	21,00	59,00

Tablo 23'e bakıldığında Coopersmith benlik saygısı ölçeğinden alınan genel puan ortalaması 75,068 olarak bulunmuştur.

Grafik 1: Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Puanları



Grafik 1’de aile planlaması tutum ölçeği puanları 2 grupta toplanmıştır.1. grup 34-134 arası puan alanlar olup araştırmaya katılanların %49,0’ı düşük tutum, 2. grup, 135-170 arası puan alanlar olup katılımcıların %51,0’ı yüksek düzeyde tutuma sahiptir.

Grafik 1’de araştırmaya katılanların benlik saygısı puanlarına bakıldığında 1.grup 49-74 arası puan alanların %34,5’inin düşük benlik saygısı, 2.grup 75-110 arası puan alanların %65,5’i yüksek benlik saygısına sahiptir.

Tablo 24: Coopersmith Benlik Saygısı Puanlarının Yaş, Aile Yapısı ve Eğitime Göre Dağılımı

Benlik saygısı	49-74 puan		75-110 puan		Toplam	
Yaş	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
17-19	16	3,7	31	3,8	47	3,8
20-24	28	6,5	52	6,3	80	6,4
25-29	77	17,9	108	13,2	185	14,8
30-34	95	22,0	157	19,2	252	20,2
35-39	173	40,1	388	47,4	561	44,9
40-49	23	5,3	41	5,0	64	5,1
50+	19	4,4	42	5,1	61	4,9
Eğitim	X²=9,000 SD=6 p=0,174					
Okur-yazar değil	24	5,6	51	6,2	75	6,0
Okur-yazar	58	13,5	102	12,5	160	12,8
İlkokul	134	31,1	262	32,0	396	31,7
Ortaokul	66	15,3	149	18,2	215	17,2
Lise	102	23,7	162	19,8	264	21,1
Yüksekokul	47	10,9	93	11,4	140	11,2
Toplam	431	100	819	100	1250	100
Aile yapısı	X²=3,930 SD=5 p=0,560					
Çekirdek	323	74,9	654	79,9	977	78,2
Geniş	104	24,1	145	17,7	249	19,9
Parçalanmış	4	0,9	20	2,4	24	1,9
Toplam	431	100	819	100	1250	100
X²=10,095 SD=2 p=0,006						

Araştırmaya katılanların benlik saygısı puanları ile aile yapısı karşılaştırıldığında çekirdek aileye sahip olanların %79,9’u yüksek benlik saygısına sahip, parçalanmış aile yapısına sahip olanların %2,4’ü yüksek benlik saygısına sahip olduğu saptanmış ve aralarındaki fark

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). İleri düzey analizlerde çekirdek aile önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların 35-39 yaş grubunda olanların %47,4'ü yüksek benlik saygısına, yüksekokul mezunu olanların %11,4'ü yüksek benlik saygısına sahip olmadığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı görülmüştür($p>0.05$). İleri analizlerde 35-39 önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.



Tablo 25: Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanlarının Yaş, Yaşayan Çocuk ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Yaş	17-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-49		50+		Toplam	
Tutum	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
34-134 puan	35	5,7	39	6,4	87	14,2	124	20,2	275	44,9	27	4,4	26	4,2	613	100
135-170 puan	12	1,9	41	6,4	98	15,4	128	20,1	286	44,9	37	5,8	35	5,5	637	100
Toplam	47	3,8	80	6,4	185	14,8	252	20,2	561	44,9	64	5,1	61	4,9	1250	100
X²=14,674 SD=6 p=0,23																
Yaşayan çocuk sayısı	1 çocuk		2		3		4		5		6+		Toplam			
34-134 puan	76	16,3	153	32,8	102	21,9	51	10,9	45	9,7	39	8,4	466	100		
135-170 puan	85	15,9	169	31,6	134	25,1	73	13,7	21	3,9	52	9,7	534	100		
Toplam	161	16,1	322	32,2	232	23,6	124	12,4	66	6,6	91	9,1	1250	100		
X²=15,573 SD=5 p=0,08																
Eğitim	Okur-yazar değil		Okur-yazar		İlkokul		Ortaokul		Lise		Yüksekokul		Toplam			
34-134 puan	27	4,4	76	12,4	204	33,3	97	15,8	128	20,9	81	13,2	613	100		
135-170 puan	78	7,5	84	13,2	192	30,1	118	18,5	136	21,4	59	9,3	637	100		
Toplam	75	6,0	160	12,8	396	31,7	215	17,2	264	21,1	140	11,2	1250	100		
X²=11,938 SD=5 p=0,36																

Tablo 25’de katılanların 35-39 yaş grubunda %44,9’unun tutum puanının yüksek olduğu, 2 çocuğa sahip olanların %31,6’sının tutum puanının yüksek olduğu, ilkokul mezunlarının %30,1’i, lise mezunlarının %21,4’ünün tutum puanının yüksek olduğu saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0.05). İleri düzey analizlerde tutum puanlarına göre 35-39 yaş grubu önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur. Yaşayan çocuk sayısına göre tutum puanlarında 2 çocuk önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Tablo 26: Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanlarının Kürtaj Durumuna Göre Dağılımı

Tutum	1		2		Toplam	
Kürtaj	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1	62	82,7	49	65,3	111	74,0
2	10	13,3	17	22,7	27	18,0
3	1	1,3	6	8,0	7	4,7
4	2	2,7	1	1,3	3	2,0
5+	0	0,0	2	2,7	2	1,3
Toplam	75	100	75	100	150	100
X ² =9,242 SD=4 p=0,55						

Tablo 26’da Araştırmaya katılanların 1 kez kürtaj olanların %82,7’sinin tutum puanları ortalama altı, 2 kez kürtaj olanların %22,7’sinin tutum puanları ortalamanın üstüdür. İleri düzey analizlerde 1 kürtaj önemliliği sağlayan faktör bulunamamıştır.

Tablo 27: Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Benlik Saygısına Göre Dağılımı

Benlik saygısı	Benlik saygısı 1. grup		Benlik saygısı 2. grup		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tutum 1. grup	290	67,3	141	32,7	431	100
Tutum 2. grup	323	39,4	496	60,6	819	100
Toplam	613	100	637	100	1250	100
X²=87,625 SD=1 p=0,000						

Tablo 27’de Araştırmaya katılanların tutum puanları ile benlik saygısı puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Araştırmaya katılan kadınların %18,8'i 25-29 yaş, %33,3'ü 30-39, %11,0'ının 40-44 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Polat ve arkadaşları Elazığ 2000 çalışmasında(117) kadınların yarısından çoğu 25-39 yaş arasında, Doğan'ın 2008 Afyon çalışmasında(116) kadınların %25,4'ünün 28-33 yaş ve %25,4'ünün 34-39 yaşları arasında olduğu, Kayhan 2008 Afyon araştırmasında(122) %34,4'ü 22-28, %26,5'i 29-35 yaş arasında olduğu, Apay ve arkadaşlarının 2008 çalışmasında(124) katılanların %70,0'ı 18-35, %29,6'sı 36 ve üzeri yaşta, Giliç ve arkadaşlarının 2001 Niğde çalışmasında(141) %37,8'inin 25-34 yaş grubunda olduğu, Çayan'ın 2009 Aydın çalışmasında(70) katılımcıların %35,8'inin 19-29 yaş, %38,2'sinin 30-39 yaş, Songur'un 2009 Gaziantep çalışmasında(131) katılımcıların %14,82'i 20-24, %21,0'ı 25-29, %20,3'ü 30-34, %17,4'ü 35-39 yaş grubunda, Mumcunun 2004 Afyon araştırmasında(120) katılımcıların %24,1'i 24-29 yaş grubunda, %12,1'i 30-34 üzeri yaş grubunda, %32,7'sinin 35 ve üstü yaş grubunda, Ballı'nın 2011 İzmir çalışmasında(148) katılımcıların %7,3'ü 20-24 yaş %21'i 25-29 yaş, %19,2'si 30-34 yaş, %21,9'u 35-39 yaş aralığında, Ertop ve Altay'ın 2012 yılında Samsun'da yaptıkları çalışmada(125) araştırma kapsamına alınan kadınların %28,3'ü 30-34 yaş arasında, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) %20,5'i 22-29 yaş, %54,'si 30-39 yaş, Aydın'ın 2013 Mersin çalışmasında(130) katılımcıların %30,6'sı 20-25 yaş, %47,2'si 31 yaş ve üzerinde, Salman'ın 2014 Isparta çalışmasında(126) katılımcıların %36,5'i 26-33, %33,3'ü 34-41 yaş, 2015 yılında Yazıcı'nın 2015 İstanbul çalışmasında(127) kadınların %34,8'i 25-31, %25,1'i 32-38 yaş aralığında olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların yaş ortalaması $33,69 \pm 10,59$ olup 2012 Aktoprak'ın Konya çalışmasında(118) ortalama $34,96 \pm 6,20$, Kutlu ve arkadaşlarının 2014 Konya araştırmasında(119) ortalama $30,7 \pm 6,9$ yaş, Polat ve arkadaşlarının Elazığ 2000 çalışmasında(117) ortalama $30,05 \pm 6,3$, Doğan ve arkadaşlarının 2008 Afyon çalışmasında(116) ortalama $33,99 \pm 7,40$, Ertop ve Altay'ın 2012 Samsun çalışmasında(125) ortalama $31,2 \pm 6,5$, Çayan'ın 2009 Aydın araştırmasında(70) ortalama $33,52 \pm 7,82$, Kayhan'ın 2008 Afyon araştırmasında(122) ortalama $30,76 \pm 7,60$, Çöl ve arkadaşlarının 1994 araştırmasında(123) ortalama $32,24 \pm 7,22$, Mumcu'nun 2004 Afyon çalışmasında(120) ortalama, $30,6243$, Apay ve arkadaşlarının 2008 Erzurum araştırmasında(124) ortalama $31,42 \pm 7,95$, Salman'ın 2014 Isparta çalışmasında(126) ortalama $33,2 \pm 7,28$, Yazıcı'nın 2015 İstanbul çalışmasında(127) ortalama $31,18 \pm 1,02$, Hamidanoğlu'nun 2011 Şanlıurfa çalışmasında(149) AÇSAP merkezlerine başvuranların ortalama $34,7 \pm 8,2$, olarak bulunmuş ve çalışmamızın bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Kadınların ilk evlilik yaşı ortalama $16,46 \pm 7,73$, 2012 Aktoprak'ın Konya çalışmasında(118) $22,3 \pm 3,54$, Çöl ve arkadaşlarının 1994 araştırmasında(123) $23,43 \pm 3,21$, Kutlu ve arkadaşlarının 2012 Konya çalışmasında(119) $20,6 \pm 2,5$, Salman'ın 2014 Isparta çalışmasında(126) $21,3 \pm 4,1$ Hamidanoğlu'nun 2011 Şanlıurfa çalışmasında(149) $20,1 \pm 4,2$,

Ballı'nın 2011 İzmir çalışmasında(148) $19,9 \pm 2,8$ Songur'un 2009 Gaziantep çalışmasında(131) $19,8 \pm 3,3$ bulunmuş, bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmada kadınların %6'sı okur-yazar değil, %31,7'si ilkokul, %17,2'si ortaokul, %21,1'i lise, %11,2'si yüksekokul mezunu olup, Çayan'ın 2009 Aydın çalışmasında(70) kadınların %36,5'inin ilkokul, %14,3'ünün ortaokul, %28,3'ünün lise ve %20,8'inin yüksekokul mezunu olduğu, Mumcu'nun 2004 yılında Afyon'da yaptığı çalışmada(120) katılımcıların %72,0'ı ilköğretim, %16,9'u orta öğretim, %11,1'si yüksek öğretim, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) %37,3'ü ilköğretim, %19,9'u lise, Kutlu ve arkadaşlarının 2014 Konya çalışmasında(119), %26,0'ı ilkokul, %24,5'i ortaokul, %37,6'sı lise, %11,9'u üniversite mezunu, Kayhan 2008 Afyon çalışmasında(122) %30,4'ü ortaöğretim, %6,0'ı lisans ve lisansüstü eğitim, Mumcu'nun 2004 Afyon çalışmasında(120) %11,1'i lisans ve lisans üstü, Apay ve Pasinlioğlu 2008 Erzurum çalışmasında(124) %38,2'si ilköğretim, %39,1'i ortaöğretim mezunu, Apay ve arkadaşlarının 2010 çalışmasında(121) %13,2'si okur-yazar değil, %49,1'i ilköğretim, %37,7'si lise ve üzeri, Ballı'nın 2011 İzmir çalışmasında(148) %65,0'ı ilkokul, %11,7'si ortaokul, %10,2'si lise, %1,4'ü üniversite mezunu, Ertop ve Altay'ın 2012 Samsun çalışmasında(125) %37,6'sı lise ve %11,9'u üniversite mezunu, Aydın'ın 2013 Mersin çalışmasında(130) %37,0'ı ilköğretim, %37,0'ı lise, %14,9'u üniversite mezunu, Yazıcı'nın 2015 İstanbul çalışmasında(127) kadınların %36,6'sı ilkokul, %13,7'si ortaokul, %26,9'u lise, %11,9'u üniversite mezunu olup bizim çalışmamızın bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırma katılımcılarının %54,6'sı ev hanımı, %12,7'si işçi olup, Yazıcı'nın 2015 İstanbul çalışmasında(127) %70,6'sı ev hanımı, %15,0'ı işçi, Ertop ve Altay'ın 2012 Samsun çalışmasında(125) %15,4'ü çalışıyor, %84,6'sı çalışmıyor, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) %53,0'ı çalışmıyor, Hamidanoğlu'nun 2011 Şanlıurfa çalışmasında(149) %7,5'i esnaf, %5,0'ı işçi, %27,5'i işsiz, %25,0'ı memur, Songur'un 2009 Gaziantep çalışmasında(131) %88,6'sı ev hanımı, %7,3'ü memur olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmalarla bulgularımız benzerlik göstermektedir.

Katılanların %80,0'ı evli ve evlilik süresi ortalaması $13,08 \pm 11,27$ 'dir. Yazıcı'nın 2015 İstanbul çalışmasında(127) $9,91 \pm 1,41$, Aydın'ın 2013 Mersin çalışmasında(130) katılımcıların %39,8'i evli, Songur'un 2009 Gaziantep araştırmasında(131) $12,7 \pm 8,8$ olarak bulunmuştur. Çalışmalarla bulgularımız benzerlik göstermektedir.

Araştırmada eş eğitimleri %6,6'sı okur-yazar, %35,0'ı ilkokul, %15,4'ü ortaokul, %16,7'si lise, %10,9'u yüksek okul mezunu olup, Yazıcı'nın 2015 İstanbul çalışmasında(127) %33,9'u ilkokul, %15,9'u ortaokul, %26,9'u lise, %15,0'ı lisans mezunu, Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) %70,2'si ilköğretim, %29,8'i lise ve üzeri, Aydın'ın 2013 Mersin çalışmasında(130) eşlerin %51,2'si ilköğretim, %23,3'ü lise, %20,9'u üniversite mezunu, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) eş eğitimi %37,9'u ilköğretim, %21,1'i lise mezunu, Ballı'nın 2011 İzmir çalışmasında(148) eşlerinin %56,6'sı ilkokul, %18,7'si ortaokul, %19,5'i lise

mezunu, Songur'un 2009 Gaziantep araştırmasında(131) eşlerinin %33,8'i ilkokul, %21,5'i ortaokul, %27,5'i lise, %14,9'u üniversite mezunu olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmalar çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmada katılımcı eşlerinin %27,9'u işçi, %17,2'si esnaf, %12,6'sı memur olup, Yazıcı'nın 2015 İstanbul çalışmasında(127) %9,7'si esnaf, %21,6'sı memur, Aydın'ın 2013 Mersin çalışmasında(130) %69,8'i çalışıyor, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) eşlerin %19,9'u işçi, %43,4'ü memur, %36,7'si serbest meslek sahibi, Songur'un 2009 Gaziantep araştırmasında(131) eşlerinin %44,6'sı esnaf, %21,3'ü memur, %14,8'i işçi olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmalar bulgularımızla benzerlik göstermektedir

Katılımcıların %61,8'inin gelir-giderden az, %33,6'sının gelir-gidere denktir. Yazıcı'nın 2015 İstanbul çalışmasında(127) %51,1'inin orta, %36,6'sının ekonomik durumu iyi, Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) %17,3'ü kötü, %54,0'ı orta, %28,7'si iyi, Demir'in 2013 yılında Edirne'de yaptığı çalışmada(129) katılımcıların %49,6'sının gelir giderden az, Aydın'ın 2013 yılında Mersin'de yaptığı çalışmada(130) katılımcıların %50,0'ı gelir-giderden az, %43,5'i gelir-gidere denk, Ertop ve Altay'ın 2012 yılında Samsun'da yaptıkları çalışmada(125) %27,8'i gelir-giderden az, %60,6'sı gelir-gidere denk, olduğunu ifade etmiştir. Yapılan bu çalışmalar bizim çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmada katılımcıların %80,6'sı şehir merkezinde yaşamakta, Demir'in 2013 yılında Edirne'de yaptığı çalışmada(129) katılımcıların %82,8'i şehir merkezinde, Aydın'ın 2013 yılında Mersin'de yaptığı çalışmada(130) katılımcıların %84,3'ü şehir merkezinde, Apay ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları çalışmada(126) katılanların %79,2'si şehir merkezinde yaşamakta, olduğunu ifade etmiştir. Yapılan bu çalışmalar bizim çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %78,2'si çekirdek, %19,9'u geniş, %1,9'u parçalanmış aileye sahiptir. Yazıcı'nın 2015 yılında İstanbul'da yaptığı çalışmada(127) %82,4'ü çekirdek, %17,6'sı geniş aile, Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) %70,6'sı çekirdek aile, %29,4'ü geniş aile, Aydın'ın 2013 Mersin çalışmasında(130) %89,8'i çekirdek, %10,2'si geniş aile, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) %95,8'si çekirdek aile, %4,2'i geniş aile, Songur'un 2009 Gaziantep çalışmasında(131) %90,7'si çekirdek aile, Apay ve arkadaşlarının 2008 çalışmasında(124) %78,3'ü çekirdek aileye sahip olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmalar bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %74,6'sı sosyal güvenceye sahip, Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) %86,4'ü Aydın'ın 2013 Mersin çalışmasında(130) %81,5'i, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) %95,2'si sosyal güvenceye sahip, Songur'un 2009 Gaziantep çalışmasında(131) %69,4'ü sosyal güvenceye sahip, Apay ve arkadaşlarının 2008 çalışmasında(124) %93,9'u sosyal güvenceye sahip olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmalar bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %56,4'ü evli ama akrabalık ilişkisinin olmadığını %11,8'inde akraba evliliği olduğunu, Songur'un 2009 Gaziantep çalışmasında(131) %25,5'inde akraba evliliği olduğunu ifade etmiştir. Bu bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların ilk evlenme yaşı %32,4'ü 18 yaş altı, %28,8'i 18-20 yaş %19,3'ü 21-25 yaş arasındadır. Yazıcı'nın 2015 İstanbul çalışmasında(127) %13,7'si 18 yaş altı, %67,4'ü 18-24 yaş arası, Aydın'ın 2013 Mersin çalışmasında(130) %10,4'ü 19 yaş ve altı, %60,4'ü 20-25 yaş arasında, Ballı'nın 2011 İzmir'de çalışmasında(148) %19,7'si 18 yaş altı, %77,1'i 18-25 yaş arasında, Songur'un 2009 Gaziantep çalışmasında(131) %49,3'ü 15-19 yaş arasında yer almıştır. Bu bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %24,9'u 1-5 yıl, %28,6'sı 6-10 yıl, %18,4'ü 11-15 yıl evlilik süresine sahip, Yazıcı'nın 2015 İstanbul çalışmasında(127) %31,3'ü 0-4 yıl, %24,2'si 5-9 yıl, %18,9'u 10-15 yıl evlilik süresine sahip, Apay ve arkadaşlarının 2008 çalışmasında(124) katılanların %33,5'i 1-5 yıl, %26,9'u 6-10 yıl, %39,6'sı 11 yıl ve üzeridir. Bu çalışmalar bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların ilk doğum yaşına bakıldığında %33,8'i 21-25 yaş, %17,0'ı 18 yaş altı, Aydın'ın 2013 Mersin çalışmasında(130) katılımcıların %50,0'ı 19-25 yaş %50,0'ı 26 yaş ve üzerinde ilk doğum yapmış, Ballı'nın 2011 İzmir'de çalışmasında(148) katılımcıların %24,7'si ilk doğumlarını 15-19 yaş, % 49,2'si 20-24 yaş arasında yapmış olup, bu çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %9,4'ü 1 gebelik, %22,2'si iki gebelik, %16,9'u üç gebelik %10,1' 4 ve üzerinde gebelik geçirmiş olup, Yazıcı'nın 2015 İstanbul çalışmasında(127) %92,1'i 0-4 gebelik, Aydın'ın 2013 çalışmasında(130) katılımcıların %74,4'ü 1-2 gebelik, %25,6'sı 3 ve üzeri gebelik, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) %26,5'i 1, %39,2'si 2, %21,1'i 3, %11,4'ü 4 ve daha fazla gebelik, Ballı'nın 2011 İzmir çalışmasında(148) katılanların %19,8'i 1 gebelik, %28,6'sı 2, %46,6'sı 3 ve üzeri gebelik, Songur'un 2009 Gaziantep araştırmasında(131) katılımcıların %16,6'sı 1, %22,3'ü 2, %21,3'ü 3, %28,8'i 4 ve üzeri gebelik, Apay ve arkadaşlarının 2008'de yaptıkları çalışmada(124) katılanların %47,6'sı 1-2, %26,9'u 3-4 gebelik geçirmiştir. Bu çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların gebelik sayısı ortalaması $2,84 \pm 2,36$ olup, Yazıcı'nın 2015 İstanbul çalışmasında(127) $2,33 \pm 0,96$, Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) $2,5 \pm 1,51$, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) $2,26 \pm 1,21$, Ballı'nın 2011 İzmir çalışmasında(150) $2,77 \pm 1,58$, Songur'un 2009 Gaziantep araştırmasında(131) $2,70 \pm 1,89$, olarak bulunmuştur. Bu çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %18,5'i 1 normal doğum, %18,8'i 2 normal doğum, %12,5'i 3 normal doğum, %28,6'sı en az 1 kez sezaryanla doğum yapmış, Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) %66,2'si normal doğum, %33,8'i sezeryanla doğum yapmıştır. Bu çalışma bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %10,9'u 1 canlı doğum, %19,9'u 2 canlı doğum, %13,5'i 3 canlı doğum yapmış olup, canlı doğum sayısı ortalaması $1,87 \pm 2,00$, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) %31,2'si 1, %55,0'ı 2, %13,8'i 3 ve üzeri canlı doğum yapmış ve canlı doğum sayısı ortalaması $1,86 \pm 0,72$, Ballı'nın 2011 İzmir çalışmasında(148) %27,1'i 1, % 38,5'i 2, %19,8'i 3 canlı doğum yapmış ve canlı doğum sayısı ortalaması $2,15 \pm 1,06$, Songur'un 2009 Gaziantep araştırmasında(131) %16,3'ü 1, %28,1'i 2, %24,1'i 3 canlı doğum yaptığını ifade etmiştir. Bu çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların yaşayan çocuk sayısına bakıldığında %12,9'u 1, %25,8'i 2, %18,9'u 3 çocuk sahibi olup, Yazıcı'nın 2015 İstanbul çalışmasında(127) %28,2'si 1, %36,1'i 2, %13,2'si 3 yaşayan çocuk, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) %31,9'u 1, %55,0'ı 2, %12,5'i 3 ve üzeri yaşayan çocuk, Ballı'nın 2011 İzmir çalışmasında(148) katılanların, %27,1'i 1, %38,8'i 2, %19,0'ı 3 çocuk, Apay ve arkadaşlarının 2008'de yaptıkları bir çalışmada(124) %25,0'ı 1-2, % 3-4, %33,0'ı 5 ve üzeri çocuk, Yağmur ve Ulukoca'nın 2008 Eskişehir çalışmasında(145) %12,6'sı 3 ve üzerinde çocuğa sahiptir. Bu çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %17,8'i 1 düşük yapmış, %76,1'i cevap vermemiş, kürtaj sayısına bakıldığında; %8,9'u 1 kürtaj, %88,0'ı cevapsız, %80,0'ı istemeyerek gebelik olmadığını ifade etmiş, Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) %23,2'si düşük, %7,7'si kürtaj yaptırdığını, Aydın'ın 2013 Mersin çalışmasında(130) %8,3'ü düşük, %9,3'ü dilatasyon ve küretaj yaptırdığını , Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) %15,7'si düşük, %16,3'ü kürtaj yaptırdığını, Ballı'nın 2011 İzmir çalışmasında(148) %16,0'ı kendiliğinden düşük, %17,8'i isteyerek düşük yaptığını, Ballı'nın 2011 İzmir çalışmasında(148) %12,5'i 1, %3,5'i 2 ve üstünde kendiliğinden düşük, %12,2'si 1, %5,6'sı 2 ve üstünde isteyerek düşük yapmış, Songur'un 2009 Gaziantep araştırmasında(131) %10,6'sı 1, %4,0'ı 2 kez kendiliğinden düşük, %6,4'ü 1 kez istemli düşük, Apay ve arkadaşlarının 2008'de yaptıkları çalışmada(124) %16,5'i 1, %10,8'si 2 abortus, Yağmur ve Ulukoca'nın 2008 Eskişehir çalışmasında(145) %36,1'i isteyerek düşük yapmıştır. Bu çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Günümüzde her dört gebelikten bir tanesinin istenmediği, istenmeyen bu gebeliklerin büyük çoğunluğunun isteyerek düşükle sonuçlandığı, doğumların ise aile üyeleri ve doğan çocuklar için başta psikolojik ve ekonomik olmak üzere pek çok sorunu beraberinde getirebileceği belirtilmektedir. Çalışmamızda düşüklerin, bir aile planlaması yöntemi gibi kullanıldığını ve algılandığını göstermektedir. Bu nedenle, aile planlaması eğitimlerinin daha genç yaşta ve çiftler düşük gibi olumsuz deneyimler yaşamadan önce verilmesi gerekmektedir.

Katılımcıların %80,5'i istemeyerek gebelik yaşamadığını, %19,5'i istemeyerek gebelik yaşadığını ve bununda genellikle 3. ve daha sonraki gebeliklerde olduğunu ifade etmiş, Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) %72,8'inin son gebeliğini planladığı, %52,6'sı bir daha çocuk sahibi olmayı düşünmediğini ifade etmiştir. Bu çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %65,0'ında herhangi bir sağlık sorunu olmadığını %35,0'ında olduğunu ve en fazla %6,6 ile diabet hastalığı bulunduğunu, katılanların eşlerinin %67,1'inde herhangi bir sağlık sorunu yok, Aydın'ın 2013 Mersin çalışmasında(130) %14,8'i kronik bir hastalığa sahip olmadığını ifade etmiştir. Bu çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %43,0'ı aile planlaması danışmanlığı aldığını, %57,7'si almadığını, %54,8'i danışmanlık almayı istediğini, %45,2'si aile planlaması danışmanlığı almayı istemediğini, %38,9'u buna gerekçe olarak gerek görmediğini, Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) %76,1'i aile planlaması danışmanlık hizmeti aldığını, %23,9'u almadığını, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) %62,0'ı AP danışmanlık hizmeti aldığını, %38,0'ı almadığını ifade etmiştir. Bu çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %75,0'ı aile planlaması danışmanlık hizmetinin açıklayıcı, anlaşılır olması gerektiğini, Aydın'ın 2013 Mersin çalışmasında(130) %16,7'si aile planlaması eğitimi aldığını, %83,3'ü almadığını ifade etmiştir. Bu çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcılar aile planlamasının tanımını; %61,9'u bakabileceği sayıda çocuk sahibi olma, %22,7'si az çocuk yapma olarak yanıtlamış, Demir'in 2013 Edirne çalışmasında(129), %55,2'si bilmiyorum, %44,8'i bir veya birden fazla verdikleri yanıtların dağılımına bakıldığında; %76,8'i nüfusa ve üreme hızına ilişkin, %23,2'si ekonomik açıdan, %11,0'ı sağlık ve aile mutluluğu ile ilgili yanıtlar vermiş, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) %100,0'ı AP'yi bildiğini, Songur'un 2009 Gaziantep çalışmasında(131) %94,5'i AP'yi duyduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %58,0'ı herhangi bir koruyucu yöntemi kullandığını, Aydın'ın 2013 Mersin çalışmasında(130) %24,1'i koruyucu yöntem kullandığını, Ertop ve Altay'ın 2012 yılında Samsun çalışmasında(125) %80,2'si etkin yöntem kullandığını, Apay ve arkadaşlarının 2008'de yaptıkları çalışmada(124) %57,5'i aile planlaması yöntemi kullandığını ifade etmiştir. Bu çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcılara aile planlaması ile ilgili bilgi kaynağı sorulduğunda %30,9'u sağlık ocağı, %16,0'ı doktor, %14,2'si eş-akraba, %8,1'i tv-medya olarak cevaplamış, Yazıcı'nın 2015 İstanbul çalışmasında(127) %68,7'si sağlık personelinen, Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) %47,8'i sağlık personeli, %47,1'i komşu-akraba-arkadaştan, Aydın'ın 2013 Mersin çalışmasında(130) %72,2'si ebe-hemşire, %11,0'ı doktordan, Aktoprak'ın 2012 Konya'da yaptığı çalışmada(118) %74,1'i sağlık personeli, %59,0'ı gazete-dergi, %39,2'si tv-radyo-internet, %19,3'ü akraba- komşu cevabını vermiş, Apay ve arkadaşlarının 2008'de yaptıkları bir çalışmada(124) %50,0'ı sağlık çalışanı, %39,3'ü kendi kararı, %10,3'ü eş-dost-akraba, Songur'un 2009 Gaziantep çalışmasında(131) %40,8'i komşu-arkadaş, %17,3'ü TV-basın, %16,9'u hekim, %16,3'ü hemşire-ebe cevabını, Yağmur ve Ulukoca'nın 2008 Eskişehir çalışmasında(145) kadınların %73,3'ü erkeklerin %57,6'sı sağlık personelinen almıştır. Bu çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların çoğunun AP ait bilgiyi ASM ve sağlık çalışanlarından alması, doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmaları açısından önemlidir. Bu durum katılanların AP'ye yönelik olumlu tutum geliştirilmesine katkıda bulunabilir.

Katılımcıların halen %20,4'ü hap, %13,6'sı kondom, %26,4'ü ria, %10,1'i geri çekme yöntemlerini kullandığını, bu yöntemi seçme nedenlerine bakıldığında %25,0'ı yan etkisi yok, %18,6'sı eşim öyle istiyor, %11,6'sı daha önce kullandığımız yöntem cevabını, %72,4'ü kullandıkları yöntemi doğru ve aktif kullandıklarını, Yazıcı'nın 2015 İstanbul çalışmasında(127) %67,0'nın halen bir yöntem kullandığı, yöntem olarak %30,3'ü ria, %23,0'ı kondom, %19,7 hap tercih ettikleri, yöntem kullanmayanların da %40'nın gebelik nedeniyle, %26,7'sinin çocuk sahibi olma isteği olduğundan dolayı kullanmadığını, Aydın'ın 2013 Mersin çalışmasında(130) %36,3'ü kondom, %33,3'ü ria, %21,6'sı oral kontraseptifleri kullandığını, Ertop ve Altay'ın 2012 Samsun çalışmasında(125) %25,8'i ria, %15,2'si hap'ı, %33,3'ü kondom'u, %5,8'i tüp ligasyonu %19,9'u geri çekme yöntemini kullandığını, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) %89,8'i halen AP yöntemi kullandığını, bu yöntemlerin %47,3'ü kondom, %25,2'si ria, %9,1'i geleneksel yöntem olduğunu, Songur'un 2009 Gaziantep çalışmasında(131) %29,5'i ria, %27,3'ü kondom, %27,3'ü geri çekme, %11,5'i oral kontraseptifleri kullandığını, Yağmur ve Ulukoca'nın 2008 Eskişehir çalışmasında(145) %23'ü AP yöntemi kullanmamakta, %5,8'i geleneksel(geri çekme) yöntem, %71,2'si etkin yöntem (hormonsal %22, rahim içi araç (RİA) %41.9, tüpligasyonu %4.7, kondom %5.8) kullanmaktadır. TNSA 2013(78) yılı verilerinde de %26,0 geri çekme yöntemi, %17,0 ria ve %16,0 kondom olup, bizim bulgularımızla benzerdir.

Katılımcıların halen kullandıkları yöntem hakkındaki düşünceleri sorulduğunda %25,0'sı yan etkisi yok, %18,6'sı eşim öyle istiyor, %9,9'u etkili kullanımı kolay cevabını, Songur'un 2009'da Gaziantep çalışmasında(131) %46,8'i güvenilir olduğu için, %21,9'u kullanımı kolay olduğu için, %19,0'ı sağlık nedeniyle kullandığını, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) %75,8'i güvenli-kullanımı kolay cevabını vermiştir. Çalışma bulguları bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %29,0'ı daha önce farklı yöntem kullanmadığını, %19,5'i hap, %10,5'i kondom, %5,7'si ria, %0,3'ü cerrahi yöntem, %0,6'sı diyafram, %0,8'si spermisid, %12,2'si geri çekme, %5,5'i emzirme yöntemini kullandığını, Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) %41,5'i daha önce AP yöntemi kullanıp bıraktığını ve bu yöntemlerin %30,1'i hap, %28,3'ü kondom, %20,4'ü ria olduğunu, Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) %49,1'i daha önce AP yöntemi kullanıp bıraktığını, kullanılan AP yöntemlerinin %36,8'i ria, %33,7'si kondom, %33,7'si hap, %22,7'si geri çekme yöntemi olduğunu, Songur'un 2009 Gaziantep çalışmasında(131) daha önce %44,1'i oral kontraseptif, %29,3'ü ria, %12,6'sı kondom'u kullanıp bıraktıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma bulguları bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %48,0'ı daha önce yöntem kullanıp bırakmıştır. Bunlar sırasıyla %19,6'sı hap, %10,5'i kondom, %5,7'si ria, %12,2'si geri çekmedir. Aktoprak'ın 2012

Konya çalışmasında(118) iftlerin %49,1'inin şu ana kadar herhangi bir AP yöntemini bıraktığı saptanmıştır. Çiftlerin şu ana kadar en fazla bıraktığı dört yöntem sırasıyla; RİA (%36,8), kondom (%33,7), hap (%33,7), geri çekme yöntemi (%22,7) olarak tespit edilmiştir. Balcı ve arkadaşlarının 2008 Kayseri çalışmasında(143) %54,2'si oral kontraseptif, %10,6'sı ria, %44,9'u kondom kullanıp bırakmış, Songur'un 2009 Gaziantep çalışmasında(131) daha önce %44,9'u etkin, %5,6'sı etkin olmayan bir AP yöntemi kullanmıştır. TNSA 2008(77) sonuçlarına göre her üç kadından birinin yöntemi kullanmaya başladıktan sonraki 12 ay içinde kullandıkları yöntemi bıraktıkları saptanmıştır. Yöntem bırakma oranı, enjeksiyon için %71, hap için %50, geri çekme için ise %38 olarak bulunmuştur. Çalışma bulguları bizim bulgularımızla benzerdir. Üreme sağlığı açısından son derece önemli bir yere sahip olan AP hizmetleri her geçen gün biraz daha gelişmekte ve çiftlere yeni seçenekler sunmaktadır. Ancak kullanılan AP yöntemleri bir süre sonra bırakılmaktadır. Gebeliği nlemede kullanılan yöntemi uygulamanın sürdürülebilirliği, yönteme başlanması kadar önemlidir. AP programlarının hizmet kalitesinin arttırılabilmesi için yöntem kullanımını bırakmanın nedenlerinin ve yöntem bırakma oranlarının bilinmesi son derece önemlidir (TNSA 2008) (77). Bilinen tüm AP yöntemlerinin bazı yan etkileri vardır. Yöntemlerin yan etkileri hem onları seçimde belirleyici olabilmekte hem de yöntemleri terk etmede etkili olabilmektedir. Bu nedenle yöntemi kullanan kişilerin ne gibi şikayetlerinin olduğunun ve hangi yan etki ile karşı karşıya kaldığının sağlık çalışanları tarafından bilinmesi, hem sorunlarının çözülmesinde hem de AP danışmanlığı hizmetlerinin planlamasında önemlidir (Balcı ve ark 2008)(143).

Katılımcıların %50,6'sı ilk cinsel bilgi kaynağının aile, %15,8'i eş, %18,0'ı arkadaş cevabını vermiş, Yazıcı'nın 2015 İştambul çalışmasında(129) %85,0'ı cinsel bilgi kaynağının aile içi veya aile byği olmadığını, Demir'in 2013 Edirne çalışmasında(129) % %56,3' okul, %44,6'sı medya, %17,9'u sağlık çalışanlarından aldıklarını ifade etmiştir. Çalışma bulguları bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, günümüzde çok önemli bir problem olarak yer almaktadır. Modern aile planlaması yöntemleri arasında yer alan "kondom" kullanımının, bu sorunla mücadele kapsamında önemli bir yeri bulunmaktadır. Bizim alışmamızda da kondom kullanım oranı %13,6 ve katılımcıların %60,9'u aile planlamasının bulaşıcı hastalıkları önleyeceğini, katılanların %90,5'i cinsel yolla bulaşan hastalık geçirmediğini, %4,2'si gonore, %4,0'ı mantar, %0,8'i aids, %0,2'si sfiliz, %0,2'si trikomanas geçirdiğini ifade etmiştir. Akın ve arkadaşlarının 2006 Ankara çalışmasında(144) aile planlaması hizmetlerine ve çalışmalarına "erkek" katılımının sağlanması konusunda erkeklerin kullanabileceği yöntemlerin yaygınlaştırılmasının yanı sıra başka yaklaşımlar da bulunduğu ifade edilmiştir. Bu yaklaşımlarda temel olarak erkeklerin, aile planlaması hizmetlerinin tamamında aktif olmaları beklenmektedir.

Çalışmamızda en fazla kullanılan yöntemler sırasıyla %26,4 ria, %20,4 hap, %13,6 kondom, %10,1 geri çekmedir. Yağmur ve Ulukoca'nın 2008 Eskişehir çalışmasında(145) %22,0'ı hormonal, %41,9'u ria, %4,7'si tpligasyon, %5,8'i kondom kullanmaktadır. Aktoprak'ın 2012 Konya

çalışmasında(118) kadınlarda kondom (% 95,8), ria (% 92,2), hap (% 89,8) ve geri çekme yöntemi (% 86,1), Gılıç ve arkadaşlarının 2009'da yaptıkları çalışmada(141) %59,6'sı geri çekme, %31,0'ı ria, %29,2'si kondom, Songur'un 2009 Gaziantep çalışmasında(131) %44,1'i oral kontraseptif, %29,3'ü ria, %12,6'sı kondomdur. TNSA 2008(77) sonuçları da bulgularımızı destekler şekilde modern yöntem kullanan kadınların en fazla RİA (%17) ve hap (%14) kullandıklarını göstermektedir. Çalışma bulguları bizim bulgularımızla ile benzerdir.

Çalışmamızda en az kullanılan yöntemler incelendiğinde %1,0 spermisid, %2,2 emzirme ve takvim %3,8 cerrahi yöntem %2,5 diğer yöntemler olarak bulunmuştur. Polat ve arkadaşlarının 2000'de yaptığı çalışmada(117) %0,3 ile spermisit ve %0,3 ile enjeksiyon, Yazıcının 2015 İstanbul çalışmasında(127) %6,6 ile tüpligasyon olarak tespit edilmiş olup aynı zamanda çalışma kapsamındaki kadınların implant, fitil, takvim yöntemi ve vazektomiyi aile planlaması yöntemi olarak kullanmadıkları tespit edilmiştir. Çalışma bulguları bizim bulgularımızla ile benzerdir.

Çalışmamızda sağlıklı bir gebelik için iki gebelik arası süreye; %53,5'i 0-3 yıl, %43,6'sı 4-7 yıl cevabını vermiştir. Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) sağlıklı bir gebelik için yaş sınırları ve iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi sahibi olma durumu bakımından %98,8'i 18 yaşından önce ve % 89,2'si 35-40 yaşından sonra gebe kalınmaması ve % 92,8'i iki gebelik arası süre en az iki yıl olması gerektiği konusunda bilgi sahibi olduğu, Şankazan ve Yıldız'ın 2002 Ankara çalışmasında(142) %53,8'i ileri yaşta doğum yapmanın sakıncalı olduğu, % 76,9'u uygun gebelik aralığı konusunda bilgi sahibi olduğu, Altay ve Gönener'in 2009 Samsun çalışmasında(139) % 89,6'sı ileri yaşta doğum yapmanın kadın sağlığına zararlı olduğunu, % 64,8'i uygun gebelik aralığının 2-3 yıl olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışma bulguları bizim bulgularımızla ile benzerdir. TNSA 2003(75) verilerine göre, annelerin iki yıldan az aralıkla doğum yapmaları durumunda, bebek ölümlerinin arttığı belirtilmektedir. Çalışmamızda sağlıklı bir gebelik için yaş sınırları ve iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi sahibi olma oranının yüksekliği anne ve bebek sağlığı yönünden önemli bir bulgudur.

TNSA 2003'de(75) ve Altay ve Gönener'in 2009 Samsun çalışmasında(139) bireylerin aile planlaması yöntemlerini kullanma durumları yaş, öğrenim durumu gibi faktörlerin yanında ilk evlenme yaşı, evlilik süresi, sahip olunan çocuk sayısı, ideal çocuk sayısı basta olmak üzere AP yöntemleri hakkında bilgi alma ve yöntem seçimine birlikte karar verme, gibi birçok faktörlerden etkilenmektedir. Bizim çalışmamızda da aile planlamasına bakışı yaş, evlilik süresi, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve eğitim durumu anlamlı olarak etkilemiştir. Çalışma bulguları bizim bulgularımızla ile benzerdir.

Çalışmada 25-29, 30-34, 35-39 yaşları arasında modern yöntem kullanma sıklığının, arttığı görülmekle birlikte, kadınların yaşı ile yöntem kullanmaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Akın ve arkadaşlarının 2006 Ankara çalışmasında(144) yaşın artmasıyla birlikte herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanımı artmaktadır. Depe ve Erenel'in 2006 Ankara çalışmasında(140), 25-34 yaşlar arasında herhangi bir yöntem kullanma sıklığında anlamlı şekilde artma olduğunu

saptanmıştır. Altay ve Gönener'in 2009 Samsun çalışmasında(139) 25-29 yaslar arasında geleneksel yöntem kullanma sıklığının, 35-39 yaslar arasında modern yöntem kullanma sıklığının arttığı görülmekle birlikte, erkeklerin yaşı ile yöntem kullanmaları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışma sonuçları bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir(tablo 13).

Çalışmamızda evlilik süresi ile AP'ye bakışı karşılaştırıldığında evlilik süresi arttıkça herhangi bir yöntem kullanma oranının arttığı görülmektedir(tablo 14). Çalışmamıza benzer şekilde Akın ve arkadaşlarının 2006 yılında Ankara çalışmasında(144) evlilik süresinin artması herhangi bir modern aile planlaması yöntemi ve kondom kullanımını azaltmıştır. Altay ve Gönener'in 2009 Samsun çalışmasında(139) evlilik süresinin artışı, herhangi bir modern aile planlaması yöntemi kullanımını azaltmaktadır. Yöntem kullanma açısından gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur. Çalışma bulgusu bizim bulgumuzla farklılık göstermektedir.

Çalışma kullandığımız Coopersmith benlik saygısı envanterinde benlik saygısı puan ortalaması $75,068 \pm 4,959$, ve %65,5'i yüksek benlik saygısına sahiptir. Dinçer ve Öztunç'un 2009 Ankara çalışmasında(132) benlik saygısı puan ortalaması $71,94 \pm 15,86$, Özkan ve Özen'in 2007 Antalya çalışmasında(133) benlik saygısı puan ortalaması $74,78 \pm 16,2$, Değirmenci'nin 2006 Denizli çalışmasında(135) benlik saygısı ölçeği puan ortalaması obez bireylerde $70,61 \pm 12,67$, kontrol grubunda $74,09 \pm 11,43$, Dinçer ve Öztunç'un 2009 Ankara çalışmasında(132) benlik saygısı puan ortalaması $71,94 \pm 15,86$ olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız yapılan diğer çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında katılanların Benlik saygısı puan ortalamalarının biraz daha yüksek olduğu görülse de diğer çalışmalarda tespit edilen puanlarla uyumludur.

Araştırmamızda 35-39 yaş grubunda olanların %47,4'ü yüksek benlik saygısına sahip, yüksekokul mezunu olanların %11,4'ünün düşük benlik saygısına sahip ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı görülmüştür($p>0.05$). Yaş ilerledikçe benlik saygısının yükseldiği ama eğitim durumu benlik saygısını etkilememiştir.

Yaş ilerledikçe benlik saygısının yükseldiği ama eğitim durumu benlik saygısını etkilememiştir. Kurt ve arkadaşlarının 2013 yılında romatoid artrit hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada(146) BSÖ'den lise mezunları ile lisans ve üstü mezunlarının ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek puan aldıkları saptandı 20-44 yaş grubundaki hastaların BSÖ' den 45-59 yaş grubu hastalardan daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.

Harputlu ve arkadaşlarının 2007 yılında İzmir'de yaptıkları çalışmada(147) Benlik saygısının, yaş, medeni durum, aile yapısı, çocuk sahibi olup olmama durumu, gelir-gider durumu, cinsiyet gibi sosyo-demografik özelliklerle ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da yaş ve eğitim benlik saygısını etkilemezken aile yapısı ile benlik saygısı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Katılımcıların benlik saygısı puanları ile aile yapısı karşılaştırıldığında, çekirdek aileye sahip olanların %79,9'u yüksek benlik saygısına, parçalanmış aile yapısına sahip olanların %2,4'ü

yüksek benlik saygısına sahip olduğu saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

Araştırmada kullanılan aile planlaması tutum ölçeği puan ortalaması $134,99 \pm 23,07$ minimum 34 maksimum 170 puan alınmıştır. Ayaz ve Efe'nin 2009 Ankara çalışmasında(136) APTÖ puan ortalaması $120,11 \pm 13,8$, Gözükara ve arkadaşlarının 2012 Şanlıurfa çalışmasında(137) APTÖ puan ortalaması $124,20 \pm 27,34$, Çayan'ın 2009 Aydın çalışmasında(70) APTÖ puan ortalaması $130,28 \pm 13,81$, Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) APTÖ puan ortalaması $117,632 \pm 11,12$ olarak bulunmuştur. Çalışma bulguları yapılan diğer çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamalarının biraz daha yüksek olduğu görülse de diğer çalışmalarda tespit edilen puanlarla uyumludur.

Araştırmada kadınların AP'ye ilişkin tutumları; toplumun AP'ye ilişkin tutumu, AP yöntemlerine ilişkin tutum ve doğuma ilişkin tutum alt boyutlarında incelenmiştir. Kadınların toplumun AP'ye ilişkin tutumu, AP yöntemlerine ilişkin tutum ve doğuma ilişkin tutum alt boyutlarına ilişkin tutumlarının da olumlu olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda aile planlaması tutum ölçeğinin Topluma ilişkin alt boyut puan ortalaması $54,90 \pm 10,03$, Yönteme ilişkin alt boyut puan ortalaması $49,14 \pm 9,00$, Gebeliğe ilişkin alt boyut puan ortalaması $30,94 \pm 6,77$, Gözükara ve arkadaşlarının 2012 Şanlıurfa çalışmasında(137) aile planlaması tutum ölçeği'nin "Toplumun aile planlamasına ilişkin tutumu" alt boyutundan $54,75 \pm 14,10$, "Aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumu" alt boyutundan $38,87 \pm 8,20$ ve "Doğuma ilişkin tutumu" alt boyutundan $29,70 \pm 5,96$ puan, Çayan'ın 2009 Aydın çalışmasında(70) aile planlaması tutum ölçeği "Toplumun aile planlamasına ilişkin tutumu" alt boyutundan $59,62 \pm 7,49$, "Aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumu" alt boyutundan $38,55 \pm 5,01$ "Gebeliğe ilişkin tutumu" alt boyutundan $32,11 \pm 3,80$ puan, Çiftçioğlu'nun 2009 Mersin çalışmasında(138), topluma ilişkin alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi $36,64 \pm 8,86$, eğitim sonrası $46,65 \pm 9,07$, Yönteme ilişkin alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi $35,16 \pm 6,36$, eğitim sonrası $41,35 \pm 5,15$, Gebeliğe ilişkin alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi $24,64 \pm 5,07$ eğitim sonrası $30,64 \pm 3,94$, Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) aile planlaması tutum ölçeği alt ölçeği olan Toplumun aile planlamasına ilişkin alt boyut $53,621 \pm 6,34$, Yönteme ilişkin alt boyut $35,040 \pm 4,12$ Gebeliğe ilişkin alt boyut $28,971 \pm 3,98$ puan, Apay ve arkadaşlarının 2008'de yaptıkları çalışmada(124) aile planlaması tutum ölçeği alt ölçeklerinden "Toplumun aile planlamasına ilişkin tutumu" alt boyutundan $51,88 \pm 0,52$, "Aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumu" alt boyutundan $36,72 \pm 0,29$ ve "Doğuma ilişkin tutumu" alt boyutundan $28,73 \pm 0,26$ puan almıştır. Çalışma sonuçlarımız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Gözükara ve arkadaşlarının 2012 Şanlıurfa çalışmasında(137) 17-34 yaş grubundaki kadınların APTÖ puanlarının ($108,93 \pm 36,85$), 35 ve üstü yaş grubundaki kadınların puanından ($92,10 \pm 34,91$) yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuç 35 ve üstü yaş grubundaki kadınların aile planlamasına karşı tutumlarının daha

olumsuz olduğunu göstermesi, dolayısıyla bölgedeki ileri yaş gebeliklerin fazla olmasını destekler bir bulgu olması açısından önemlidir. Bizim çalışmamızda 17-29 yaş grubunda katılımcıların %23,7'sinin tutum puanı yüksek, 30-39 yaş grubunda katılımcıların %64,6'sının tutum puanı yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur(Tablo 22). Bu sonuç 30 yaş ve üstü kadınların aile planlamasına karşı olumlu tutumlarının olduğunu göstermektedir. Abedi'nin 2010 Norveç çalışmasında(150), 31-45 yaş grubundaki kadınların (%59,5) aile planlamasına karşı tutumlarının olumlu olduğu, ancak 20-30 yaş grubundaki kadınların (%53,0) aile planlamasına karşı tutumlarının olumsuz olduğu belirtilmektedir. Abedi'nin bu bulgusu bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) kadınların yaşları ile yöntemle ilişkin alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadınların yaşları ile toplam puan, topluma ve gebeliğe ilişkin alt boyut puan ortalamaları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu çalışma bulgusu bizim bulgularımızla benzerdir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi yükseldikçe APTÖ puan ortalamalarının yükseldiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur($p<0.05$) (Tablo 22). Gözükara ve arkadaşlarının 2012 Şanlıurfa çalışmasında(137) eğitim düzeyi yükseldikçe APTÖ puan ortalamalarının yükseldiği (%56,2), Apay ve arkadaşlarının 2010'da yaptıkları çalışmada(121) eğitim düzeyi yükseldikçe APTÖ puan ortalamalarının yükseldiği (%49,1) görülmüştür. Bu çalışma sonuçları bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

TNSA 2008'de(77) kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe aile planlaması yöntemi kullanım oranlarının yükseldiği; yöntem kullanımının eğitimi olmayan ya da ilkokulu bitirmemiş kadınlarda %61, lise mezunu veya daha yüksek eğitimi olan kadınlarda %77 olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde Apay ve arkadaşlarının 2010'da yaptıkları çalışmada(121), Ayaz ve Efe'nin 2009 Ankara çalışmasında(136), Ersin ve arkadaşlarının 2003 Şanlıurfa çalışmasında(151) ve Gözükara ve arkadaşlarının 2012 Şanlıurfa çalışmasında(137) eğitim düzeyi yükseldikçe aile planlaması yöntemi kullanım oranlarının yükseldiği belirtilmektedir. Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) katılımcıların çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu ve lise ve üzeri eğitim alanların toplam puan ve toplum, yöntem ve gebeliğe ilişkin alt ölçek ortalamalarının ilköğretim mezunu olan kadınlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yüksek eğitim düzeyi çiftlerin AP hizmetlerinden yararlanmalarını ve olumlu tutum geliştirmelerinde etkili olabilir.

Katılımcıların yaşayan çocuk sayısı ile aile planlaması tutum ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Apay ve arkadaşlarının 2010'da yaptıkları çalışmada(121) ve Gözükara ve arkadaşlarının 2012 Şanlıurfa çalışmasında(137), kadınlar obstetrik özelliklerine göre incelendiğinde; gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve düşük sayısı APTÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Gebelik ve çocuk sayısı yüksek olanlarda APTÖ puanlarının düşük bulunmuştur. Bu çalışma sonuçları bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda literatürden farklı olarak kürtaj ile APTÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$). Gözükara ve arkadaşlarının 2012 Şanlıurfa çalışmasında(137) kürtaj ve ölü doğum sayısı ile APTÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışma bulgusu bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Aktoprak'ın 2012 Konya çalışmasında(118) kadınların toplam puan ve AP yöntemlerine olan tutumlarını ölçmeye yarayan yönteme ilişkin puanları; küretaj olmayanlarda, olanlardan daha olumlu yönde ve fark istatistiksel olarak önemlidir. Topluma ve gebeliğe ilişkin alt boyut puanlarının küretaj olma durumuna göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Çayan 2009'da yaptığı çalışmada(70) küretaj olmanın toplam puan, toplam, yöntem ve gebeliğe ilişkin alt puanları ile ilişkili olmadığı, Eryılmaz'ın 2014 Konya çalışmasında(128) kadınların; düşük yapma, küretaj olma, son gebeliğini planlama ve en son doğum şekli ile toplam puan, toplum, yöntem ve gebelik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Küretaj olmayan kadınlarda AP yöntemlerine karşı olumlu tutum olması yöntem kullanımını arttıran ve küretaj'a gereksinim duymayı azaltan önemli bir unsur olarak düşünülebilir.

Tablo 15'de katılımcıların yaş'ı ile istemeyerek gebe kalma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0,005$). Yaş arttıkça istemeyerek gebe kalma yüzdesi de artmıştır. Bu durum ileri yaş gebeliklerinin avantaj ve dezavantajlarını ve hem anne hem bebek sağlığı açısından riskli durumların artabileceği de akla getirilmelidir.

Yaş ile herhangi bir yöntem kullanma durumu karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,005$). 20-40 yaşları arasında yöntem kullanma oranının yüksek, 19 yaş altı ve 40 yaşından sonra bu oranın düştüğü görülmektedir. Bu durumun nedenine bakıldığında eş faktörünün baskın olduğu görülmektedir(%37,5'i eşim öyle istiyor).

Yaş ile kullanılan yöntem arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0,005$). Tüm yaş gruplarında modern yöntemlerin daha fazla tercih edildiği görülmekle birlikte 30 yaşında sonra özellikle geri çekme yönteminin kullanımında artış olmuştur. Bunun nedenine bakıldığında eş faktörünün yöntem seçiminde baskın olduğuna bağlanabilir (%37,5'i eşim öyle istiyor).

Yaş ile danışmanlık almayı isteme arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,005$). 17-19 yaş grubunda %68,1'i evet, 25-29 yaş grubunda %67,6'sı evet, 50 yaş ve üstünde beklenen bir sonuç olarak %54,7'si "hayır gerek görmüyorum" cevabını vermiştir.

Tablo 16'da katılımcıların evlilik süresi ile istemeyerek gebe kalma ve yöntem kullanma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,027$). Evlilik süresi ile istemeyerek gebe kalma ve yöntem kullanma durumlarına bakıldığında beklenen bir sonuç olarak evlilik süresi arttıkça istemeyerek gebe kalma oranında azalma ve herhangi bir AP yöntemi kullanmada artış olmuştur. Evlilik süresi ile herhangi bir yöntem kullanma durumlarına bakıldığında evlilik süresi 1-5 yıl arası olanların %76,1'i, 6-10 yıl %74,1'i 11-15 yıl %71,6'sı, 16-20 yıl %51,3'ü, 21-25 yıl %39,0'ı Evlilik süresi ile kullanılan yöntem ve nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.05$). Modern AP yöntemleri daha çok tercih edilmekle birlikte geleneksel

yöntemlerden özellikle geri çekme kullanım oranı da evlilik süresi arttıkça yükselmiştir (1-5 yıl evli olanların %37,1'i ria, 6- 10 yıl %30,8'inin ria, %18,1'inin kondom, 11-15 yıl %29,7'si ria 16-20 yıl %27,4'ü ria, %16,8'i geri çekme, 21-25 yıl, %22,7'si geri çekme, 26- 30 yıl %26,5'ria, %23,5'i kondom, %23,5'i geri çekme, 31 yıl ve üstünde %22,8'i ria, %19,7'si geri çekme). Bunun nedenlerine bakıldığında kullanılan yöntemlerin genellikle yan etkisinin olmadığı ve eşin öyle istemesine bağlanmaktadır.

Evlilik süresi ile kürtaajın AP yöntemi olup olmadığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır($p<0.05$). Kürtaaj AP yöntemi olarak görülmemektedir

Evlilik süresi ile AP danışmanlığı almayı isteme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.05$). Evlilik yılı arttıkça danışmanlık almayı isteme oranı da artmıştır (26-30 yıl %82,4).

Tablo 17'de katılımcıların gebelik sayısına göre istemeyerek gebe kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür($p<0.05$). Gebelik sayısı arttıkça istemeyerek gebelik sayısı da artmıştır (4. Gebelik %40,0, 5. Gebelik %42,5).

Gebelik sayısı ile hangi AP yönteminin kullanıldığına bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Modern yöntemlerden en çok ria tercih edilmiş olup, 7 ve daha fazla gebelik geçirenlerin %26,9'unun geri çekme kullanması dikkat çekicidir. Seçilen yöntemlerin nedenlerine bakıldığında yan etkisinin olmadığı, 7 ve üzerindeki gebeliklerde eşin öyle istemesi beklenen bir sonuçtur.

Gebelik sayısı ile en güvenilir yöntemin karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). En çok ria cevabı verilmiştir.

Gebelik sayısı ile iki gebelik ara süre karşılaştırıldığında arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Gebelik sayısı ne olursa olsun katılımcıların çoğunluğunun iki gebelik arası sürenin 1 yıl olması gerektiği düşüncesi dikkat çekicidir.

Gebelik sayısı ile danışmanlık almayı isteme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.05$). 6 ve üzerinde gebelik yaşayanların %50'den fazlası danışmanlık almayı istememiştir.

Tablo 18'de Araştırmaya katılanların yaşayan çocuk sayısının istemeyerek gebelik durumu ile kıyaslandığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

1 çocuk ya da 6 ve daha fazla çocuğa sahip olanda istemeyerek gebelik yaşamadığını ifade etmiştir.

Yaşayan çocuk sayısının herhangi bir yöntem kullanma ve hangi yöntemi kullandığına bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). 1-4 arası çocuğu olanların AP yöntemi kullandığı ve en çok ria'yı tercih ettiği, 5 ve daha fazla çocuk sahibi olanların çoğunluğunun yöntem kullanmadığı ve kullanılan yönteminde geri çekme olduğu belirlenmiştir.

Yaşayan çocuk sayısı ile en güvenilir yöntem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.05$). En güvenilir yöntem hap ve ria olarak ifade edilmiştir.

Yaşayan çocuk sayısı, iki gebelik arası süre ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0.05$). Yaşayan çocuk sayısı kaç olursa olsun iki gebelik arası sürenin 1 yıl olması gerektiği ifade edilmiştir.

Yaşayan çocuk sayısı ile danışmanlık almayı isteme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.05$). 5 ve daha fazla çocuk sahibi olanların “hayır gerek görmüyorum” cevabı dikkat çekicidir.

Tablo 19’da eğitim durumuna göre istemeyerek gebe olma durumuna bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Beklenen bir sonuç olarak eğitim düzeyi arttıkça istemeyerek gebe kalma olasılığı düşmüştür.

Eğitim durumu ile herhangi bir yöntem kullanma arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Okur-yazar olmayanların %76’sı hayır, okur-yazar %55,0’ı evet, ilköğretim %64,4’ü evet, ortaokul %53,0’ı evet, lise %66,7’si evet, yüksek okul mezunlarının %53,6’sı evet cevabını vermiştir. Eğitim düzeyi arttıkça yöntem kullanım oranı da artmıştır.

Eğitimle hangi yöntemin kullanıldığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.05$). En çok rila, kondom ve geri çekme tercih edilmiştir. Eğitim durumu yöntem seçimini az etkilemiştir.

Eğitim durumuyla en güvenilir yöntemin ne olduğuna bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). En güvenilir yöntem rila olarak ifade edilmiştir.

Eğitimle kürtajın AP yöntemi olup olmadığına bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Kürtaj AP yöntemi değildir.

Eğitim durumuyla AP danışmanlığı isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır($p<0.05$). Okur-yazar olmayanların AP danışmanlığı istememesi beklenen bir sonuçtur (%62,7’si hayır). Eğitim düzeyi arttıkça danışmanlık almayı isteme de artmıştır.

Tablo 20’de kaçınıcı gebeliğin istemeyerek olma durumu ile kullanılan yönteme bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). En çok tercih edilen yöntem rila’dır.

Tablo 19’da gelir durumu ile istemeyerek gebe olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.05$). Gelir durumu istemeyerek gebeliği etkilememiştir.

Gelir durumu ile kürtajın AP yöntemi olma istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.05$). Gelir düzeyi düşük olanlarda kürtaj’ı AP yöntemi olarak tercih etmemektedir.

Tablo 25’de benlik saygısı puanı ile yaş ve eğitim durumları arasında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür($p>0.05$). Yaş ve eğitim düzeyi benlik saygısını etkilememiştir.

Katılımcıların benlik saygısı puanı ile aile yapısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır($p<0.05$). Çekirdek aileye sahip olanların benlik saygısı daha yüksek, parçalanmış aileye sahip olanların benlik saygısı daha düşüktür.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

- Kadınların %37,3'ü 25-34 yaş grubunda, yaş ortalaması 33,69±10,59'dur.
- Katılımcıların %18,8'i okula gitmemiş, %31,7'si ilkokul, %11,2'si yüksekokul mezunudur.
- Katılımcıların %54,6'sı ev hanımı, %80,0'ı evlidir.
- Eşlerin, %35'i ilkokul, %15,4'ü ortaokul, %16,7'si lise, %10,9'u yüksekokul mezunu; %27,9'u işçi, %17,2'si esnaftır.
- Katılanların, %61,8'inin gelir-giderden az, %33,6'sının gelir-gidere denk; %74,6'sı SGK, %6,7'si özel sigortaya sahip, %18,7'sinin sosyal güvencesi yoktur.
- Katılanların, %80,6'sı şehir merkezinde yaşamakta, %78,2'si çekirdek aile tipine sahiptir.
- Katılımcılar %28,6'sı 6-10 yıl, %24,9'u 15 yıl, %18,4'ü 11-15 yıl, %6,9'u 16-20 yıl, %2,6'sı 21-25 yıl, %2,3'ü 26-30 yıl, %1,0'ı 31 yıl ve üstü evli ve %11,8'i akraba evliliği yapmıştır.
- Katılanların ilk evlenme yaşı %32,3'ü adölesan evlilik/18 yaş altı, %48,1'i 18-25 yaşadadır.
- Katılımcıların %12,9'u 1, %25,8'i 2, %41,3'ü 3 ve daha fazla sayıda çocuğa sahiptir. Katılımcıların %10,9'u 1, %19,9'u 2, %32,2'si 3 ve daha fazla canlı doğum yapmıştır. Katılanların %28,6'sı 1, %10,1'i 2 ve daha fazla sezeryanla doğumu tercih etmiştir.
- Katılımcıların %17,8'i 1 düşük, %8,9'u 1, %3,2'si 2 ve daha fazla sayıda kürtaj yaptırmıştır.
- Katılanların %42,3'ü AP danışmanlığı aldığını, %54,8'si aile planlaması danışmanlığı almak istediğini ifade etmiştir.
- Katılımcılar,"aile planlaması ne demektir?" Sorusuna, %61,9'u bakabileceği sayıda çocuk sahibi olma olarak belirtmiştir.
- Katılımcıların %58,0'ı herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığını, %36,5'i ilk ilişkiden, %26,7'si ilk doğumdan itibaren, AP'yi ilk kez kullandığını ifade etmiştir.
- Kullanılan yöntemle ilgili bilgi kaynağı sorulduğunda, %58,9'u sağlık çalışanları olduğunu belirtmiştir.
- Katılımcılara en güvenilir yöntem sorulduğunda %28,5'i ria, %22,3'ü hap, %5,3'ü geri çekme olarak yanıtlamıştır.
- Katılımcıların %20,4'ü hap, %13,6'sı kondom, %26,4'ü ria kullandığını, %16,2'si hiçbir yöntem kullanmadığını ifade etmiştir.
- Katılımcıların %65,5'i yüksek benlik saygına sahiptir.
- Çalışmaya katılanların aile planlaması tutum ölçeği puanlarına bakıldığında %49,0'ı düşük, %51,0'ı yüksek düzeyde tutuma sahiptir.
- Yaş (tüm yaş grupları) ile herhangi bir yöntem kullanma durumu karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,005).

- Yaş ile danışmanlık almayı isteme karşılaştırıldığında 17-19 yaş grubunda %68,1'i evet, 25-29 yaş grubunda %67,6'sı evet cevabını vermiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,005$).
- Evlilik süresi kullanılan yöntemlere bakıldığında 1-5 yıl evli olanların %37,1'i ria, %18,3'ünün hap, %8,3'ünün geri çekme, 6- 10 yıl %30,8'inin ria, %18,1'inin kondom, %6,6'sının geri çekme, 11-15 yıl %29,7'sinin ria, %20,9'unun hap, %7,4'ünün geri çekme, 16-20 yıl %27,4'ünün ria, %16,8'inin kondom, %16,8'inin geri çekme, 21-25 yıl %19,1' ria,%22,7'si geri çekme, 26- 30 yıl %26,5'ria, %23,5'i kondom, %23,5'i geri çekme, 31 yıl ve üstünde %22,8'i ria, %22,7'si hap, %19,7'si geri çekme yöntemlerini daha fazla kullandığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur($p<0.05$).
- Evlilik süresi ile kürtajın AP yöntemi olup olmadığı karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0.05$).
- Katılımcıların gebelik sayısına göre istemeyerek gebe kalmasına bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir($p<0.05$).
- Yaşayan çocuk sayısı, danışmanlık almayı isteme durumuna bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).
- Katılımcıların eğitim durumuna göre istemeyerek gebe olma durumuna bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0.05$).
- Eğitim durumuyla kürtajın AP yöntemi olup olmadığına bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).
- Eğitim durumuyla AP danışmanlığı isteme durumuna bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0.05$).

6.2. Öneriler

- ✓ Aile Planlaması uygulamaları genel olarak tüm dünyada uygulanmaktadır. Uygulamaların tam anlamıyla işlerlik kazanması her ülkede farklı şekilde ilerler ve bunu etkileyen toplum yapısı, din, aile yapısı, eğitim durumu, tabular, gelenek-görenek gibi çeşitli sebepler vardır. Bizim çalışmamızda da bu faktörler etkindir.
- ✓ Az gelişmiş veya gelişmekte olan toplumlarda eş ve aile büyüklerinin aile yapısı ve birey sayısına karar vermesi, kadının aile planlaması uygulamalarını bilse dahi uygulamada pasif kalmasına neden olur. Bizim çalışmamızda “evde kim söz sahibi?” sorusuna %31,5’i eşim %4,5’i kendisinin olduğunu %40,0’ı ap’yi ilk evlendikten sonra, %9,0’ı ilk doğumdan sonra duyduğunu belirtmiştir. Bunun için eğitim şarttır. Eğitim aile planlaması uygulamalarının işlerliği adına hem kadın hem de topluma gereklidir.
- ✓ Aile planlaması ile ilgili çalışmamızda, aile planlaması uygulama ve yöntemlerinin daha çok bilinip uygulanıyor olduğu ortaya çıksa da henüz istenilen seviyeye ulaşılmadığı görülmektedir (%10,1 geri çekme, %2,2 takvim yöntemi). Diğer modern yöntemlerin de kullanılabilirlik oranında artış olması aile planlaması uygulamalarının daha profesyonelce yürütüldüğünü gösterecektir.
- ✓ Geleneksel bir yöntem olan geri çekme yöntemi bizim çalışmamızda da azımsanmayacak oranda kullanılmaktadır. Buna karşılık kondom, hap ve RİA yöntemleride daha etkilidir. Bu sonuç bireylerin istenmeyen gebeliği önlemek için daha etkin ve modern yöntemleri tercih ettiğini göstermektedir. Ülkemizde geri çekme yönteminin fazla kullanımının sosyo-kültürel nedenlerinin incelenmesi ve eğitim düzeyi düşük olan, grupları da kapsayacak şekilde hizmetler planlanıp uygulanması önerilir.
- ✓ Araştırmamızda eğitim durumu yükseldikçe modern yöntem kullanımı artmış ve aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır. AP danışmanlığı ve eğitimleri ile bu oran artırılabilir.
- ✓ Çalışmamızda %32,3 adölesan evlilik azımsanmayacak orandadır. Aile planlaması uygulamaları bünyesinde buna karşı önlem alınabilir. Bu bireylere aile planlaması hakkında bilgiler verilip kontrol sistemi işletilmelidir. Böylece 18 yaş ve altı evlilik oranı düşürülebilir. Böylelikle dolaylı da olsa anne-bebek ölümleri de engellenmiş olur.
- ✓ Çalışmamızda aile planlaması dendiğinde gebeliğin önlenmesi ve az çocuk düşüncesi (%22,7) akla gelmektedir. Bu yanlış bir inanıştır. Bu konuda uzmanlarca gerekli tedbirler alınmalı, bu yanlış algı ortadan kaldırılmalıdır.
- ✓ Çalışmamızda katılımcıların %57,7’si AP danışmanlığı almadığını %45,2’si istemediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %12,2’si en az 1 kez kürtaj yaptırmıştır. AP danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin adölesanları, bekâr erkekleri ve evli çiftleri de kapsayacak şekilde planlanması ve uygulanması önerilir. Bu sayede eşler çocuk sahibi olma konusunda daha net ve sağlıklı kararlar alacaklardır. Aile planlaması hizmet ve uygulamaları hakkında uzmanlarca bilgilendirilen evli çiftlerin cinsel yaşamları daha sağlıklı olacaktır.

- ✓ Araştırmamızda katılımcıların yarısından çoğu aile planlaması danışmanlık hizmeti almak istediğini belirtmiştir. Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının yüksek oranda davranışa dönüşebilmesi için aile planlaması eğitim programları ve danışmanlık hizmetleri planlanması ve uygulanması önerilir.
- ✓ Genel değerlendirmelere ek olarak özel değerlendirmeler de söz konusudur. Çalışmamızda sıkça kullanılan RİA, kondom ve hap kullanımının tercih edilme nedenleri araştırılabilir. Diğer taraftan öteki yöntemlerin pek bilinmeme ve kullanılmama gerekçeleri de incelenebilir.
- ✓ Çalışmamızda yararlandığımız eski tarihli araştırmalar neticesinde aile planlaması hizmetlerinde önemli aşama kat edildiğini tespit ettik. Bizim çalışmamız da daha sonra yapılacak olan araştırmalara farklı fikirler verecektir. Özellikle sağlık personelinin aile planlaması uygulamaları hakkında ne kadar etkili olduğu konusunda karşılaştırılma yapılmasına kaynak olacaktır.
- ✓ Aile planlaması uygulamaları topluma hitap etmeli ve benimsenmelidir. Araştırmamız bu yönüyle de önemlidir. Ülkemizin başka bölgelerinde yapılacak benzer çalışmalar ile karşılaştırılıp farklılıklar tespit edilebilir.
- ✓ Aile planlaması hakkında çalışma yürüten, eğitim veren, sağlık personeli veya ilgili kurumlara kaynaklık edecek olan çalışmamız, alınacak önlemlere, yapılacak faaliyetlere katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

- 1- Özvarış Ş, Ertan E.A. Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım. www.huksam.hacettepe.edu.tr (erişim: 23.12.2015)
- 2- Bozkurt Ö. K. Uluslararası Nüfus Ve Kalkınma Konferansı (Icpd,1994) Eylem Programı'nın Türkiye'de Uygulanan Sağlık Politikalarına Yansımalarının Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden İncelenmesi. 2011, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Tezi,101 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Ayşe Akın).
- 3- K. Alper Tunga. Türk Silahlı Kuvvetlerinin Bir Eğitim Birliğinde Verilmekte Olan Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitimlerinin Bu Alandaki Etik Sorunlar Üzerine Etkisi. 2010, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 129 sayfa, Eskişehir, (Doç. Dr. Ömür Elçioğlu).
- 4- Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi Sözlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara, 1. Baskı- Nisan 2011.
- 5- Gölbaşı Z, Adölesan Kızlara Yönelik Okula Dayalı Üreme Sağlığı Eğitim Programının Etkinliği, Doktora Tezi, Ankara, 2002.
- 6- Koluçak S, Güneş G, Pehlivan E. İnönü Üniversitesi Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Konularında Bilgi Düzeyleri ve Hizmetten Beklentileri, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17(1): 7-14, 2010.
- 7- Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğünün 16 Ağustos 2006 Tarihli ve Sayı: B.10. 0. Açs.0.12.00.14/610/3323 Sayılı “Yazılı Soru Önergesi” Konulu Yazısı, <http://www.tbmm.gov.tr/d22/7/7-14789c.pdf>, (erişim:25.10.15)
- 8- Akın A, 21. Yüzyılda Herkes İçin Üreme Sağlığı Ve Hakları, Uluslararası Nüfus Ve Kalkınma Konferansı (Eylül,1994), Önerilen Etkinliklere İlişkin Özet Rapor, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 4-6, Ankara, 1995.
- 9- Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009.
- 10- Vakalarla Türkiye'de Üreme Hakları, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Ağustos, 2012.http://www.ikgv.org/pdf/UREMEDE_ETIK_KITAPCIGI.pdf (erişim:10.12.2015)
- 11- Ergin I, Üreme Sağlığının Değişen Çehresi, Uluslararası Metinler, [Http://Halksagligi.Med.Ege.Edu.Tr/Seminerler/200607/Ureme_Sagligi_IE.Pdf](http://Halksagligi.Med.Ege.Edu.Tr/Seminerler/200607/Ureme_Sagligi_IE.Pdf), (erişim:25.10.2015)
- 12- Eryurt M.A, Canpolat Ş.B, Koç İ. Türkiye’de Nüfus ve Nüfus Politikaları: Öngörüler ve Öneriler, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 46, Sayı 4, s. 129-156, Aralık, 2013.
- 13- Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 1998, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Ekim, 1999.

- 14- Keskin H, Sungur O, Transformation In Regional Policy: Changes In Regional Policies In Development Plans In Turkey, Mayıs, 2010, Mpra P: 46574, Posted: 21. July 2013 10:07 Utc (Online At <https://Mpra.Ub.Uni-Muenchen.De/46574/>)
- 15- Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı No:3-B, Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2009.
- 16- Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı, 2005-2015.
- 17- Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009.
- 18- İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu, s:203-209.
- 19- Vakalarla Türkiye’de Üreme Hakları, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Turap Tanıtım Yayınları, Ağustos, 2012.
- 20- Investing in people: National progress in implementing the ICPD programme of action 1994-2004, 2004, UNFPA Publ, p.10. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file_/278_filename_icpd04_summary.pdf, (erişim:30.10.2015)
- 21- The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women and its Optional Protocol, Handbookk for Parliamentarians, United Nations, 2003.
- 22- Hemşirelik Kadın Sağlığı ve Dönemleri, T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2012
- 23- Aktaş D, Şahin E, Gönenç M. Kadın Sağlığını Etkileyen, Sık Görülen Bazı Jinekolojik Problemler ve Hemşirelik Yaklaşımları, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012, 1(2) :37-52.
- 24- Akın A, Ersoy K, 2050’ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Sağlık Sistemine Bakış, Yayın No: TÜSiAD-T/2012-11/533, Kasım, 2012.
- 25- Köksal S, Yurtseven E, Epidemiyoloji Ders Notları, İstanbul Üniversitesi Akademik, pdf s:121-144.
- 26- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Sekreterliği Hız ve Oran, 720S00019, Ankara,2011.
- 27- Kadın Hayatının Dönemleri, http://www.duzen.com.tr/eJournals/2010/Bulten- Mayis2010_Kadin_Hayatinin_Donemleri.pdf (erişim 03.11.2015)
- 28- Kadın Sağlığı ve Dönemleri, T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Hemşirelik, Ankara, 2012, s:37-43.
- 29- Taşkın L, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı, VII. BASKI, Sistem Ofset, Ankara, 2003.
- 30- Akhan E.S, Ergen Hastada Endometriozis Yönetimi, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, www.endometriozisderneği.com (erişim 03.11.2015).
- 31- Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi Bilgilendirme Dosyası- 5, “Kadın Cinselliği” Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, www.cetad.org.tr (erişim 03.11.2015).
- 32- Çelik A.S, Pasinlioğlu T, Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar Ve Hemşirenin Rolü Derleme Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2013, Cilt:1, Sayı:1, S:48-56. <http://193.255.88.70/ojs/index.php/sbf/issue/view/1> (erişim:03.11.2015)

- 33- Dünyada ve Türkiye’de Üreme Sağlığı, Türkiye Bilim Sitesi, <http://www.genbilim.com/fen-bilimleri/tip/dunyada-ve-turkiyede-ureme-sadlydy> (erişim 04.11.2015)
- 34- World health statistics 2015, www.who.int/.../world_health_statistics/2015 (erişim 07.11.2015).
- 35- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın Ölümleri İzleme ve Değerlendirme Programı, <http://kadin.ureme.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/804> anne ölümleri izleme ve değerlendirme programı (erişim 08.11.2015).
- 36- Padır İ, Dünyada ve Türkiye’de Anne Ölümleri, İstanbul, 2015, http://www.phd.org.tr/19kongresunum/ibrahim_padir.pdf (erişim 08.11.2015)
- 37- Anne Ölümleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı, http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/sunumlar_ve_seminerler/20mart_Sempozyum/Anne_oluml_eri.pdf (erişim 08.11.2015)
- 38- İğde F. A, Gül R, Yalçın M, Karadenizli D. Anne Ölümleri ve Acil Obstetrik Bakım Genel Tıp Dergisi, 2008, 18(1): 47-53.
- 39- Tezcan S, Türkiye’de Anne Ölümlerinin Boyutu, Nedenleri ve Yapılması Gerekenler (UAÖÇ) XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 25 Ekim 2007, Denizli, <http://www.halksagligi.pamukkale.edu.tr/kongre/.../STezcan%20Sunum.ppt> (erişim 08.11.2015).
- 40- Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Kürtaj Raporu, <http://www.tjod.org/turk-jinekoloji-ve-obstetrik-dernegi-tjod-kurtaj-raporu/> (erişim 08.11.2015)
- 41- GLOBAL REPORTS UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf (erişim 15.11.2015).
- 42- T.C Sağlık bakanlığı HIV-AIDS veri tabloları, 1985-2014, http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/veriler_Haziran_2014.pdf (erişim 15.11.2015)
- 43- T.C Sağlık bakanlığı HIV-AIDS veri tabloları, (01 Ekim 1985–30 Haziran 2013) http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/veriler_Haziran_2013.pdf (erişim 15.11.2015).
- 44- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara, Türkiye, Kasım, 2014, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf (erişim 15.11.2015)
- 45- Beji N.K, Kaya D, İnfertilite de Birey-Çift ve Grup Danışmanlığı, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2012, 9(3): 10-14.
- 46- Canavarro M. C, Moura R. M, Gameiro S, Assessing infertility stress: Re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory, I. Soares Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra, Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802, Coimbra, PORTUGAL.
- 47- Rashibi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F, Shariat M, Abedinia N, Ashrafi M. Health-related QOL in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment, BMC Health Serv Res 2008;8:186, doi:10.1186/1472-6963-8-186.

- 48- Verhaak CM, Smeenk MJ, Evers AWM, Kremer JAM, Kraaimant FW, Braat DDM. Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. Hum Reprod Update, 2007, 13:27-36.
- 49- Aşçı Ö, Beji N.H, İ.Ü.F.N. İnfertilite Danışmanlığı Hemşireliği Dergisi, 2012, Cilt:20, Sayı 2: 154-159, ISSN:1304-4869, Derleme Yazısı, İstanbul, 2012.
- 50- Applegarth LD Individual counseling and psychotherapy In: CR Newton, editor. Counseling the infertility couple. A comprehensive handbook for clinicians. Second edition. Cambridge University Press; 2006: p.129-141.
- 51- <http://www.saglikplatformu.com/haberler/Ayrinti.asp?HaberNo=5572> (erişim 19.11. 15)
- 52- Kırca N, Pasinlioğlu T, İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2013; 5(2) :162-178 doi:10.5455/cap.20130511
- 53- Taşkın L, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 8. Basım, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2007.
- 54- Atıcı E, Tıp tarihinde Kansere ve Lösemi, Türk Onkoloji Dergisi, 2007;22(4) :197-204
- 55- Bayrak U, Gram E, Mengeş E, Okumuş Z.G, Sayar H.C, Skrijelj E, Açıkgoz A, Çehrelı R, Ellidokuz H, Üniversite Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Alışkanlıklar ve Kansere Konusundaki Bilgi ve Tutumları, DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 24, Sayı 3, s:95-104, Eylül, 2010.
- 56- DSÖ kanser raporu 2014, <http://www.who.int/cancer/country-profiles/en> (erişim 17.11.2015).
- 57- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu- Kansere Daire Başkanlığı, Kansere İstatistikleri, Kansere taramaları, Ketem taramaları, <http://kanser.gov.tr/> (erişim 17.11.2015).
- 58- T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu-Kansere Daire Başkanlığı, <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/49-meme-kanseri.html> (erişim 17.11.2015).
- 59- Karayurt Ö, Andıç S, Meme Bakım Hemşireliği. The Journal of Breast Health, 2011, Vol:7, No:4, s:196-202.
- 60- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Ankara, 2014, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf> (erişim 17.11.2015).
- 61- Sağlık Araştırması 2012, Türkiye İstatistik Kurumu, <http://www.tuik.gov.tr/> (erişim:17.11. 2015).
- 62- Elmi Ş, HIV/AIDS, HBV, HCV, SİFİLİZ ve GENİTAL HERPES'in Toplumda Ve Riskli Davranış Modeli Gösteren Seks İşçilerinde Karşılaştırılması. 2007, Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, 55 sayfa, İstanbul, (Şef Uzm. Dr. Özcan Nazlıcan).
- 63- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE/HIV/AIDS) Katılımcı Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009.
- 64- HIV/AIDS, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en> (erişim 17.11.2015).
- 65- HIV/AIDS NEDİR? http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/AIDS_web2014.pdf (erişim 17. 11.2015).

- 66- Tümer A, HIV/AIDS Epidemiyolojisi Ve Korunma. Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi, http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/Epid_web_A.T_2015.pdf (erişim 18.11.2015).
- 67- T.C. Sağlık Bakanlığı HIV/AIDS Veri Tabloları (Ekim 1985– Haziran 2014), Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı, Zührevi Hastalıklar Birimi, http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/veriler_Haziran_2013.pdf (erişim 18.11.2015).
- 68- Karagüzel N. Fertil Çağdaki Kadınlarda Kontraseptif Yöntemler ve Anemi İlişkisi. 2006, Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 77 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. E. Zeynep Vural Tuzcular)
- 69- Kolsuz A. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Merkezi Eğitim ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. 2007, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Uzmanlık Tezi, 41 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Yüksel Altuntaş).
- 70- Çayan A. 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler İle İlişkisi. 2009, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 147 sayfa, Aydın, (Doç. Dr. Zekiye Karaçam).
- 71- Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Cilt: II, Bölüm: 11-18, http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/ulusaile_plan_hizmet_rehberi2_cilt.pdf (erişim 18.11.2015).
- 72- The Population of Turkey, 1923-1994. Demografik Structure and Development, Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara, Nisan, 1995.
- 73- Türk T.Y, İstenmeyen Gebeliği Olan ve Olmayan Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Seçimleri. 2009, Sağlık Bakanlığı Dr. Lütü Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 54 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Ekrem Orbay).
- 74- Yılmaz S.D, Ege E, Akın B, Çelik Ç, 15-49 Yaş Kadınların Kürtaj Nedenleri ve Kontraseptif Tercihleri. İ.Ü.F.N. Hemşireliği Dergisi, 2010, Cilt 18, Sayı 3: 156-163, İstanbul, 2010.
- 75- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/ozetrapor.pdf> (erişim 19.11.2015).
- 76- Öztürk H, Okçay H, İstenmeyen gebelikler ve istemli düşükler. Aile ve Toplum Dergisi, 2003, 6(2) :63-9
- 77- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye, Ekim, 2009, www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf (erişim 19.11.2015).
- 78- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Kasım, 2014, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2013ana_rapor.pdf (erişim 19.11.2015).

- 79- Kürtaj ve Sezaryen Doğuma Bilimsel ve Evrimsel Bir Bakış, <http://www.evrimagaci.org/makale/365>(erişim 19.11.2015).
- 80- <http://www.yeniakit.com.tr/haber/son-5-yilda-296-bin-kurtaj-yapilmis-17223.html> (erişim 19.11.2015).
- 81- WHO. Contraception/Family planning, <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/familyplanning/en/index.html> (erişim 19.11.2015).
- 82- Dağlar D. Kломifen Sitrat Tedavisinin Başarısız Olduğu İnfertil Hastalarda Oral Kontraseptif İle Supresyon Sonrası Kломifen Sitrat Tedavisinin Başarısının Değerlendirilmesi. 2005, Sağlık Bakanlığı İşstanbul Bakırköy Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 61 sayfa, İşstanbul, (Op. Dr. Ali İşmet Tekirdağ)
- 83- Koyuncuer A, “Kontrasepsiyon ve Türkiye’de Durum”, ed. dergisi 2004, cilt 13, sayı 12, sf:455-459.
- 84- Kurtuluş H. Aile Planlaması Danışmanlığı Verilmesinin Yöntem Seçimine Etkileri. 2009, Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 72 sayfa, İşstanbul, (Uz. Dr. Esra Esim Büyükbayrak)
- 85- Wiegratz I, Thaler CJ. Hormonal contraception-What kind, when, and for whom? Dtsch Arztebl Int 2011; 108(28–29) :495-506.
- 86- ESHRE Capri Workshop Group: Female contraception over Human Reproduction Update, Vol.15, No.6 p.599–612, 2009, Advanced Access publication on May 20, 2009. Doi:10.1093/humupd/dmp020
- 87- Yılmaz S.D, Ege E, Akın B, elik , 15-49 Yaş Kadınların Kürtaj Nedenleri ve Kontraseptif Tercihleri. İ..F.N. Hemşireliği Dergisi, 2010, Cilt 18, Sayı 3: 156-163 ISSN 1304-4869.
- 88- Oral Kontrasepsiyon Kılavuzu, Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği, Basım Yılı 2012, ISBN 978-605-5720-12-4.
- 89-” Contraception and Adolescents.” Official Journal Of The American Academy Of Pediatrics Committee On Adolescence Pediatrics,1999;104(5):1161-1166 <http://pediatrics.Aappublications.org/content/104/5/1161.full.html> (erişim 02.11.2015)
- 90- Scholes D, Ichikawa L, LaCroix AZ, Spangler L, Beasley JM, Reed S, Ott SM. Oral contraceptive use and bone density in adolescent and young adult women. Contraception. 2010 81(1):35-40.
- 91- Sağlık Bakanlığı Aids Raporu, <http://www.medihaber.net/2013/11/30/saglik-bakanliginin-aids-raporu/> (erişim 19.11.2015)
- 92- Ramos M.M, Canavarro M.C, Gameiro S, Soares I, “Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory” Human Reproduction, Vol.0, No.0, p.1–10, November 2011. Doi:10.1093/humrep/der388 [http://humrep.oxfordjournals.org/by_guest_on November 19,2011](http://humrep.oxfordjournals.org/by_guest_on_November_19,2011)

- 93- Rashibi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F, Shariat M, Abedinia N, Ashrafi M. Health-related QOL in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. BMC Health Serv Res 2008; 8:186. Doi:10.1186/1472-6963-8-186.
- 94- Verhaak CM, Smeenk JMJ, Evers AWM, Kremer JAM, Kraaimant FW, Braat DDM.” Women’s emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research” Human Reproduction Update, Vol.13, No.1 p.27–36, 2007. Doi:10.1093/humupd/dml040 Downloaded from: <http://humupd.oxfordjournals.org/by guest on December 2015-12-10>
- 95- “History and Efficacy of Emergency Contraception: Beyond Coca-Cola” Charlotte Ellertson International Family Planning Perspectives, Vol. 22, No. 2 (Jun, 1996), p. 52-56 Published by: Guttmacher Institute, Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/2950731> (erişim 10-12-2015)
- 96- Adalı E, Yıldızhan R, Ataman O, Acil kontrasepsiyon. Van Tıp Dergisi, 2008;15(1) :34-39.
- 97- Eren S, Tuğrul S, Yıldırım G. Acil kontrasepsiyon. J Turkish German Gynecol Assoc 2005;6 (1):13-16.
- 98- Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70210/1/WHO_RHR_HRP_10.06_eng._pdf (erişim10.12.2015)
- 99- Ayazaoğlu S, 0-6 Ay Arası Bebeği Olan Annelerin Kontrasepsiyon Yöntemi Olarak Laktasyonel Amenore Metodu’na İlişkin Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
- 100- Aile Planlaması ve Yöntemleri Ppt Sunum. bys.trakya.edu.tr/file/open/53526968 (erişim10.12.2015)
- 101- Örsal Ö, Kubilay G, Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. İ.Ü.F.N. Hemşireliği Dergisi, 2007, Cilt15- Sayı 60:155-164 ISSN 1304-4869.
- 102- Güloğlu B, Aydın G, Coopersmith Özsayęı Envanteri’nin Faktör Yapısı. Eğitim ve Bilim/Education and Science, Cilt/Vol. 26, Sayı/No. 122, Ekim/October, 2001: 66-71.
- 103- Benlik Saygisi: Actual Medicine.Qxd- Medical Network, www.medicalnetwork.com.tr/.../Geniş%20Açı%20Temmuz%202010.pdf (erişim 18.12.2015).
- 104- Global Cancer Statistics, 2012, Lindsey A. Torre, MSPH1; Freddie Bray, PhD2; Rebecca L. Siegel, MPH3; Jacques Ferlay, ME4; Joannie Lortet-Tieulent, MSc5; Ahmedin Jemal, DVM, PhD6 6 CAncer J Cln 2015;65:2 March/April 2015, 87–108
- 105- Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009, Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı No: 3-B s.135-175.
- 106- Berktaş F, Kadınların İnsan Haklarının Gelişimi ve Türkiye, Sivil Toplum ve Demokrasi Konferans Yazıları. Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Kuruluşları Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul, 2004.
- 107- Van der Akker OBA. Reproductive health psychology. UK: Wiley-Blackwell; 2012.
- 108- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Danışmanlık Becerilerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Cilt: 9, Sayı: 4, 2006, s:10-21.

- 109- Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F, Yaşam Dönemlerine göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(1):67-99 © 2011, EISSN:1309-0674 PISSN:1309-0658.
- 110- Karadağ G, Koçak H.S, Yılmaz M, Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Kullanma ve Tercih Etme Nedenleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2013, 2(1) s:13-25.
- 111- Karakoyunlu F.N, Öncel S, Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Kadına Ait Hemşirelik Bakım Süreci Örneği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009, 12(3) :82-92.
- 112- Nazik E, Eryılmaz G, Kadınlarda dispareni ve hemşirelik yaklaşımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2011, 4(1) :213-214.
- 113- Tiryaki Şen H, Taşkınyılmaz F, Ünüvar Ö.P, Demirkaya F, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Empatik Beceri Düzeyleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2012, 3(1) :6-12.
- 114- Gölbaşı Z, Evcili F, Hasta Cinselliğinin Değerlendirilmesi Ve Hemşirelik: Engeller Ve Öneriler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013, 16(3) :182-189.
- 115- Özdemir H, Erkeğin Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerinin Kadın Cinsel Yaşamına Etkisi. 2014, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans tezi, 168 sayfa, Aydın, (Doç. Dr. Nevin Akdolun Balkaya).
- 116- Doğan G, Kontrasepsiyon amaçlı başvuran kadınların erkek kontrasepsiyonuna bakış açısı., 2008, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 64 sayfa, Afyon, (Doç. Dr. Mehmet Yılmaz)
- 117- Polat S.A, Açık Y, Gürateş B, Elâzığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 2000;7(3) :260-265.
- 118- Aktoprak M. Evli Kadınlar Ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları Ve İlişkili Faktörler. 2012, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 102 sayfa, Konya, (Doç. Dr. Belgin Akın).
- 119- Kutlu R, Sayın S, Uçar M, Aslan M, Demirbaş O, Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumları Ve Bu Yöntemleri Tercih Nedenleri. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2014; 18 (3) :134-141.
- 120- Mumcu N, Geleneksel Uygulama Ve İnançların Aile Planlaması Yöntemleri Kullanımına Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2004.
- 121- Apay S.E, Nazik E, Özdemir F, Pasinlioğlu T, Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13 :3 1.

- 122- Kayhan Ö. 15-49 Yaş Bayanların Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi ve Tutumları. 2008, Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 72 sayfa, Afyon, (Yrd. Doç. Dr. Gülelgül Köken).
- 123- Çöl M, Çalışkan D, Akdur R, Genç Yaş Evliliklerinin Anne Ve Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri. Ankara Tıp Mecmuası (The Journal Of The Faculty Of Medicine) Vol. 47:95-108, 1994.
- 124- Apay S.E, Pasinlioğlu T, Nişanlı Çiftlerin Evlendikten Sonra Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 4
- 125- Ertop N.G, Altay B, 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Eş Uyumuna Etkisinin İncelenmesi. K.Ü. Tıp Fak Dergisi, 2012;14(3) ISSN 1302-3314.
- 126- Salman Z. Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları. 2014, Süleyman Demirel Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Isparta,
- 127- Yazıcı M. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Demografik Özellikleri İle Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemi Arasındaki İlişki. 2015, T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,
- 128- Eryılmaz N. Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Aile planlaması Konusundaki Tutumları Ve İlişkili Faktörler. 2014, Selçuk Üniversitesi, sağlık bilimleri enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 49 sayfa, Konya, (Doç.Dr. Emel Ege)
- 129- Demir A. Evlenme Aşamasındaki Bireylerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, Aile Planlaması Yöntemleri Ve Bebek Bakımı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2013, Trakya üniversitesi, tıp fakültesi aile hekimliği ana bilim dalı, Uzmanlık Tezi, 68 sayfa, Edirne, (Doç. Dr. Ayşe Çaylan)
- 130- Aydın R. Engelli Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. 2013, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 105 Sayfa, Mersin, (Yrd. Doç. Dr. Duygu Vefikuluçay Yılmaz)
- 131- Songur D. Gaziantep Binevler Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlamasını Kullanma Durumu ve Etkileyen Etmenler. 2009, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 252 Sayfa, Gaziantep (Prof. Dr. Servet Özgür)
- 132- Dinçer F, Öztunç G, Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Benlik Saygısı ve Atılganlık Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2009: 22–33.
- 133- Özkan İ.A, Özen A, Öğrenci Hemşirelerde Boyun Eğici Davranışlar ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2008; 7(1) :53-58. www.korheh.org
- 134- Üstündağ H, Gül A, Demir N, Zengin N, Stomalı Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. Türkiye Klinikleri, J Med Sci 2007, 27:522-527.

- 135- Değirmenci T. Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete. 2006, Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 65 Sayfa, Denizli, (Prof. Dr. Nalan Kalkan Oguzhanoglu)
- 136- Ayaz S, Efe Ş.Y, Family planning attitudes of women and affecting factors. Turkish-German Gynecol Assoc 2009; 10: 137-41.
- 137- Gözüokara F, Kabalcıoğlu F, Ersin F, Şanlıurfa İlinde Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Journal of Harran University Medical Faculty) Cilt 12. Sayı 1, 2015.
- 138- Yüksek G.Ç. İleri Doğurganlık Yaşındaki Evli Kadınların Ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Bu Konuda Verilen Eğitimin Etkisinin Değerlendirilmesi. 2009, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 88 sayfa, Mersin (Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karataş)
- 139- Altay B, Gönener D. Evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini bilme ve kullanma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi, 2009;14(1):56-64.
- 140- Depe Y, Erenel AŞ. Erkeklerin aile planlamasına ilişkin görüş ve davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006;10(3):29-36.
- 141- Gılıç E, Ceyhan O, Özer A. Niğde Doğumevi'nde doğum yapan kadınların aile planlaması konusundaki bilgi tutum ve davranışları. Fırat Tıp Dergisi, 2009; 14(4):247-241.
- 142- Şankazan S, Yıldız A. Ankara ili Deliler Köyü'ndeki evli erkeklerin aile planlaması ile ilgili bilgi tutum ve davranışları, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2002; 55(1):41-50.
- 143- Balcı E, Öztürk A, Gün İ, Öztürk Y. Kayseri ili Talas ilçesindeki 15-49 yaş kadınlarda kullanılan aile planlaması yöntemiyle ilgili şikâyetlerin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 2008;17(1):54-62.
- 144- Akın L, Nilufer Ozaydın N, Aslan D, Türkiye'de Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanmalarını Etkileyen Faktörler, Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 63-69.
- 145- Yağmur Y, Ulukoca N, Eşlerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu ve Etkileyen Etmenler. Sted, 2010, cilt 10, sayı 6, s:229-233.
- 146- Kurt E, Özdiilli K, Yorulmaz H, Romatoid Artrit'li Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. Nöropsikiyatri Arşivi, 2013; 50: 202-208.
- 147- Harputlu D, Terzi C, Eşrefgil G, Uz S, Sökmen S, Füzün M, Kolostomi ve İleostomili Bireylerde Benlik Saygısı. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi, 2007;17: 178-185
- 148- Ballı F.Ö. Bayraklı İlçesi Cengizhan Mahallesi 18-49 Yaş Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve İlişkili Erişim Faktörlerinin Değerlendirilmesi. 201, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 109 sayfa, İzmir
- 149- Hamidanoğlu M. Şanlıurfa'da Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. 2011, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 84 Sayfa, Şanlıurfa,

- 150- Abedin A, Knowledge, attitudes and practice survey of family planning among South Asian immigrant women in Oslo. 2010, This research was conducted in partial fulfillment of the Masters of Philosophy degree in International Community Health at the department of General Practice and Community Medicine, NorwayFaculty of Medicine, University of Osloensis, 87 pages, Norway,
- 151- Ersin F, Gözükara F, Şimşek Z, Kayahan M, Kurçer M.A, Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Yöntem Bırakma Nedenleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2003\1 s:30-37.
- 152- Örsal Ö, Ankara Belediye Sınırları İçinde Yaşayan Bireylerin Aile Planlamasına yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. 2006, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 98 Sayfa, Ankara



8. EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

- 1-Yaş.
- 2-Eğitiminiz: Okur-yazar değil() okuryazar() ilkokul() ortaokul() lise() yüksekokul()
- 3-Mesleğiniz: Ev hanımı() İşçi() Memur() emekli() işsiz() diğer(.....)
- 4-Medeni Haliniz: Evli() Dul () Bekar() Eğer evliyseniz: akrabalığınız var mı? Evet() Hayır()
- 6-Eşinizin Eğitimi: Okur-yazar değil() okuryazar() ilkokul() ortaokul() lise() yüksekokul()
- 7-Eşinizin mesleği: İşçi() Memur() Esnaf() Emekli() İşsiz() Diğer(.....)
- 8-Gelir durumunuz: Gelir-giderden az() Gelir-gidere eşit() Gelir-giderden fazla()
- 9-Sosyal güvenciniz: SGK() Özel sigorta() Yok()
- 10- Bugüne kadar en uzun yaşadığınız yer neresidir? Köy () Kasaba () İlçe() Şehir()
- 11-Aile yapınız: Çekirdek aile() Geniş aile() Parçalanmış aile()
- 12-Evlilik Süresi.....İlk evlenme yaşı..... İlk adet yaşı..... İlk doğum yaşı.....
- 13-Gebelik sayısı.....Yaşayan çocuk sayısı.....Normal doğ. sayısı.....Sezeryan sayısı.....Canlı doğ. sayısı.....Düşük sayısı.....Kürtaj sayısı.....
- 14-İstemeyerek gebe kaldığınız oldu mu? Hayır() Evet() Kaçınıcı gebeliğiniz istemeyerek oldu?.....
- 15-Herhangi bir sağlık sorununuz var mı? Yok() Var() Diabet() Yüksek tansiyon() Guatr() Depresyon() Damar tıkanıklığı öyküsü() Kolesterol yüksekliği() Rahim kanseri() Meme kanseri öyküsü() Işın tedavisi() Kemoterapi (ilaçla kanser tedavisi)() Ailede meme/rahim kanseri()genetik hastalık(.....) Diğer(.....)
- 16- Eşin herhangi bir sağlık sorunu var mı? Yok() Var Diabet() Yüksek tansiyon() Depresyon() Guatr() Damar tıkanıklığı öyküsü() Kolesterol yüksekliği() Işın tedavisi() Kemoterapi (ilaçla kanser tedavisi)() genetik hastalık (.....) Diğer(.....)
- 17- Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? Yok() Var() Diabet() Hipertansiyon() Kemoterapi() Depresyon() Kolesterol() Ağrı kesici() Diğer.....
- 18-Sigara içiyor musunuz? Hiç içmedim() Evet() ...adet/gün.....yıl, İçiyordum, bıraktımadet/günyıl içtim.dır içmiyorum.
- 19- Alkol kullanıyor musunuz? Hiç kullanmadım() Kullandım() ayda haftada.....
- 20- Evde kim söz sahibi? Eşim ve ben() Eşim() Ben() Kayınvalidem-kayınpederim() Annem-babam() Diğer.....
- 21-Aile planlaması ne demektir? Çocuk yapmama() Az çocuk yapma() Kısırlık() Cinsel yaşamın kısıtlanması() Bakabileceği sayıda çocuk sahibi olma()
- 22-Aile planlaması kavramını ilk ne zaman duydunuz? Okul hayatında() Evlendikten sonra() İlk doğumdan sonra() Diğer.....
- 23-Aile planlamasını ilk ne zaman kullandınız? İlk ilişkiden itibaren() İlk doğumdan itibaren() İkinci doğumdan sonra() Diğer.....
- 24-Herhangi bir koruyucu yöntem kullanıyor musunuz? Evet() Hayır()
- 25-Hangi yöntem/ yöntemleri kullanıyorsunuz? Hap() Kondom() RIA() Norplante() Cerrahi yöntem() Geri çekme() Emzirme() Takvim() Diyafram() Enjeksiyon() Spermisid() Bilmiyorum() Diğer....
- 26- Bu yöntemi seçme nedeniniz nedir? Yan etkisi yok() Eşim öyle istiyor() Daha önce kullandığımız yöntem() Etkili, Kullanımı kolay() Diğerlerinden memnun olmadım() Daha fazla çocuk istemiyorum() Diğer.....
- 27- Bu yöntemi doğru ve aktif kullanabiliyor musunuz? Evet() Hayır()
- 28- Daha önce kullandığı farklı doğum kontrol yöntemleri var mı? Hayır() Hap() Kondom() RIA() Norplante() Cerrahi yöntem() Geri çekme() Emzirme() Takvim() Diyafram() Enjeksiyon() Spermisid() Bilmiyorum() Diğer.....
- 29-Sizce doğurganlığın kontrolü için en güvenilir yöntem hangisidir?.....
- 30- Bu yöntem/Aile planlaması ile ilgili bilgiyi nereden aldınız? TV-medya() Doktor() Hemşire() Sağlık ocağı() Arkadaş() Eş-akraba() Diğer()
- 31-Gebelik ve emzirme döneminde herhangi bir yöntem kullanılır mı? Evet(.....) Hayır()
- 32-İki gebelik arasındaki süre ne kadar olmalıdır?.....
- 33-Uzun süreli bir yöntem kullanmanın zararı var mıdır? Evet(nedir.....) Hayır()
- 34-Kullandığınız yönteme ait malzemeyi nereden alıyorsunuz? Aile sağlığı merkezi() Eczane() Aile planlaması merkezi() Diğer.....
- 35-Yeterli malzeme temin edebiliyor musunuz? Evet() Hayır()
- 36- Kürtaj bir aile planlaması yöntemi midir? Evet() Hayır()
- Düşük bir aile planlaması yöntemidir? Evet() Hayır()
- 37-Aile planlaması kanseri önler mi? Evet() Hayır()
- Aile planlaması bulaşıcı hastalıkları önler mi? Evet() Hayır()
- 38- İlk cinsel yaşam bilgilerinizi kimden aldınız? Aileden() Arkadaş() Öğretmen() Erkek arkadaş() Eş() Gazete, kitap,vs.() Diğer.....
- 39-Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirdiniz mi? Hayır() Evet() Gonore() Sifiliz() AIDS() Mantar() Trikomonas() Diğer.....
- 40-Aile planlamasının yararı var mıdır? Evet() Kanserden korur() İsteddiği sayıda çocuk sahibi olmayı sağlar() Cinsel yaşam sağlıklı olur() Erken / ileri yaştaki gebelikleri önler() Düşüğü önler() Kürtajı azaltır() Erkeğin aile planlamasına dahil olmasını sağlar()Gebelikler arası süreyi uzatır() Hayır()
- 41-Daha önce aile planlaması ile ilgili danışmanlık aldınız mı? Evet() Hayır()
- 42- Danışmanlık almak ister misiniz?Evet() Hayır() Neden?Gerek görmüyorum() Önemli vermiyorum() Eşim istemiyor() Kayın validem istemiyor() Eşim korunuyor yeterli() AP danışmanlık merkezi evime uzak() AP danışmanlığı yapanlara güvenmiyorum() AP yöntemlere güvenmiyorum()
- 43-Aile planlaması danışmanlık hizmeti nasıl olmalıdır? Açıklayıcı olmalı() Anlaşılır olmalı() Yöntemi seçebilmeliyim() Sorularımı rahatlıkla sorabilmeliyim() Yan etkileri söylenmeli() Diğer.....

Ek 2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği

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

Ek 3. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği

Evet Hayır

- | | |
|---------|--|
| () () | 1. Hayatımda olanlardan genellikle rahatsızlık duymam. |
| () () | 3. Eğer gücüm yetse kendimle ilgili değiştirmek istediğim pek çok özelliğim var. |
| () () | 4. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebilirim. |
| () () | 5. İnsanlar benimle birlikteyken hoş ve neşeli vakit geçirirler. |
| () () | 6. Evdeyken kolayca canım sıkılır, moralim bozulur. |
| () () | 7. Yeni şeylere alışmam uzun zaman alır. |
| () () | 8. Yaşıtlarımın arasında seviliyorum. |
| () () | 9. Anne ve babam duygularımı genellikle dikkate alır. |
| () () | 10. Güçlükler karşısında kolayca pes ederim. |
| () () | 11. Anne ve babamın benden beklentisi çok fazla (aşırı derecede). |
| () () | 12. Kendim olabilmek oldukça zor. |
| () () | 13. Hayatımdaki her şey karmakarışık. |
| () () | 14. Arkadaşlarım genellikle düşüncelerimi izlerler. |
| () () | 15. Kendimi değersiz görüyorum. |
| () () | 16. Pek çok kere evden ayrılmayı, kaçmayı istemişimdir. |
| () () | 18. Çoğu insan kadar güzel görünüşlü biri değilim. |
| () () | 19. Söyleyecek bir şeyim olduğunda, genellikle çekinmeden söylerim. |
| () () | 20. Anne - babam beni anlıyor. |
| () () | 21. İnsanların çoğu benden daha çok seviyor. |
| () () | 22. Anne ve babamın çoğu zaman beni sanki zorladıklarını hissediyorum. |
| () () | 24. Sık sık keşke başka birisi olsam diye arzularım. |
| () () | 25. Kendimi güvenilir biri olarak görmüyorum. (Bana bel bağlanmaz) |
| () () | 26. Hiçbir şey için kaygı duymam. |
| () () | 27. Kendimden oldukça eminim. |
| () () | 28. Sevecen birisiyim, başkaları tarafından kolayca sevilirim. |
| () () | 29. Anne ve babamla birlikte oldukça hoş ve neşeli vakit geçirmekteyiz. |
| () () | 30. Hayal kurmaya çok zaman harcıyorum. |
| () () | 31. Keşke daha küçük olsaydım. |
| () () | 32. Her zaman yapılması gerekeni, doğru olanı yaparım. |
| () () | 34. Birileri her zaman ne yapmam gerektiğini bana söylemeli. |
| () () | 35. Yaptığım şeylerden dolayı sık sık pişmanlık duyarım. |
| () () | 36. Hiçbir zaman mutlu olmam. |
| () () | 38. Genellikle kendimi koruyabilir, kendime dikkat edebilirim. |
| () () | 39. Oldukça mutluyum. |
| () () | 40. Oyunu kendimden daha küçüklerle oynamayı tercih ederim. |
| () () | 41. Tanıdığım herkesi seviyorum. |
| () () | 43. Kendimi anlayabiliyorum. |
| () () | 44. Evde hiç kimse bana fazla ilgi göstermiyor. |
| () () | 45. Hiç bir zaman azar işitmem. |
| () () | 47. Kendi başıma karar verebilir ve bu kararımda ısrar edebilirim. |
| () () | 48. Cinsiyetimden (erkek ya da kız olmaktan) memnun değilim. |
| () () | 49. Başka insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmıyorum. |
| () () | 50. Hiç bir zaman utanmam. |
| () () | 51. Sık sık kendimden utandığımı hissediyorum. |
| () () | 52. Arkadaşlarım sık sık beni kızdırır, dalga geçerler. |
| () () | 53. Her zaman doğruyu söylerim. |
| () () | 55. Bana ne olacağı hiç umurumda değil. |
| () () | 56. Başarısız bir insanım. |
| () () | 57. Azarlandığımda kolayca bozulurum. |
| () () | 58. Kime ne söyleyeceğimi her zaman bilirim. |

Ek 4. Kurum İzin Yazısı



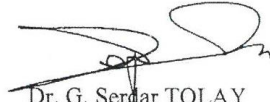
T.C.
GAZİANTEP BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ
Sağlık Ve Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü

Sayı : 17204552 / 70
Konu: Anket çalışması izni

11.11.2014

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşirelik Anabilim Dalına)

Enstitünüzde eğitim gören Firdevs Gür'ün, belediyemize bağlı olarak hizmet vermekte olan GAMEK bünyesindeki birimlerimizde eğitim gören kursiyerler üzerinde anketlerini uygulaması hususunda gerekli izin verilmiş olup bilgilerinize rica ederim.


Dr. G. Serdar TOLAY
Başkan a.
Genel Sekreter Yardımcısı

Ek 5. Etik Kurul Onay Formu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gaziantep İlinde El Beceri Kurslarına Gelen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	283

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç. Dr. Rabia SOHBET
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği A.D
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği A.D
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	
	DESTEKLEYİCİ	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐
		FAZ 2 ☐
		FAZ 3 ☐
		FAZ 4 ☐
		Gözlemsel ilaç çalışması ☐
		Tıbbi cihaz klinik araştırması ☐
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐
		İlaç dışı klinik araştırma ☒
		Diğer ise belirtiniz:
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLE N BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		
	SIGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Gaziantep İlinde El Beceri Kurslarına Gelen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi	
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		283	
KARAR BİLGİLERİ	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
	Karar No: 2014/283	Tarih: 22.09.2014	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>Min</i>
Prof. Dr. Ercan SIVASLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	<i>case</i>
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	<i>MF</i>
Prof. Dr. Feridun IŞIK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	<i>MF</i>
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	<i>MF</i>
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Bünyamin KISACIK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	<i>MF</i>
Doç. Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Kemal ÜSTÜN	DİŞ HEKİMLİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	<i>MF</i>
Doç. Dr. Seval KUL	BİYOSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Uzm. Dr. Cahide Elif ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>Can</i>
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Baha Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞ. MÜH (sivil Üye)	GASKİ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

Min

Ekki teslim olan.
Pirides GİR
Pirides

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 22.12.1983. Tarihinde mersinde doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Mersin’de tamamladıktan sonra 2002 yılında Erciyes Üniversitesi Hemşirelik bölümünü kazandı.

2006 yılında mezun oldu. Gaziantep Av. Cengiz.Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesine hemşire olarak atandı. 2013-2014 eğitim öğretim yılında Gaziantep Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı kapsamında yüksek lisans eğitimini tamamladı.

YAYINLAR

- 1- Genç Kızların Meme Kanseri Bakışı, Sözel Sunum ve Bildiri Kitabında Tam Metin Yayın. 1. Uluslararası Kadın Çalışmaları Kongresi 9-11 Nisan 2015 Adana.
- 2- Kadınlara Verilen Sosyal Haklar Erkekleri Şiddete mi Yöneltiliyor? Sözel Sunum ve Bildiri Kitabında Tam Metin Yayın 1. Uluslararası Kadın Çalışmaları Kongresi 9-11 Nisan 2015 Adana.
- 3- Çocuk Endokrinoloji Kliniğine Başvuran Hasta Yakınlarının Tıp 1 Diyabet Hakkındaki Bilgi ve Uygulamaları, Poster Sunum, 18.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 5-9 Ekim 2015, Konya.
- 4- Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde İş Doyumu İle Tükenmişlik Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler, Poster Sunum, 18.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 5-9 Ekim 2015, Konya.
- 5- Gebelik Süresince Gebelerin Algıladıkları Sosyal ve Emosyonel Durumlar sözel sunum sosyal bilimler konferansı, İstanbul, 2013.
- 6- Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Kan Bağışı Duyarlılığı, Sözel Sunum Sosyal Bilimler Konferansı, İstanbul, 2013
- 7- Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü 1.Sınıf Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddete Bakışı. Sözel Sunum Sosyal Bilimler Konferansı, İstanbul, 2013.
- 8- Gaziantep İlinde El Beceri Kurslarına Gelen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları Sözel Sunum ve NWSA Academic Journals/Medical Sciences Dergisi, Yayın, 1-4 Eylül 2016, İstanbul.
- 9- Lise Öğrencilerinde Premenstrüel Şikayetler, Poster Sunum, 16 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 27-31 Ekim 2013, Antalya.
- 10- Gaziantep Çocuk Hastanesine Başvuran Hasta Yakınlarının Aile Hekimliğini Bilme ve Kullanma Düzeyleri, Poster Sunum, 17 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ekim 2015, Edirne.