

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ŞANLIURFA'DA KARŞILANMAMIŞ AİLE
PLANLAMASI İHTİYACI VE NEDENLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Rabia Rojda ŞAKAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fatma KORUK

ŞANLIURFA

2024

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ŞANLIURFA'DA KARŞILANMAMIŞ AİLE
PLANLAMASI İHTİYACI VE NEDENLERİNİN
BELİRLENMESİ

Rabia Rojda ŞAKAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fatma KORUK

**(Bu tez, Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü-
HÜBAK- tarafından 21307 proje numarası ile desteklenmiştir.)**

ŞANLIURFA

2024

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez yazım süresince benden umudunu kesmeyip bilgi ve tecrübeleriyle yoluma ışık tutan, çok değerli hocam ve tez danışmanım sayın Doç. Dr. Fatma KORUK 'a,

Projemi destekleyen Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğüne,

Araştırmaya katılmayı kabul eden bölgede savaşları, kayıpları, göçleri, depremleri aşırp özünde insanca yaşatmak olan tüm kadınlara,

Veri toplama sürecimde benden yardımlarını esirgemeyen Aile Sağlığı Merkezindeki sağlık çalışanları nezdinde tüm sağlık emekçilerine,

Araştırmamın istatistiksel analizi boyunca bilgilerini ve tecrübelerini bana hoşgörüsüyle yansıtan saygıdeğer hocam Prof. Dr. İbrahim KORUK 'a,

Çalışmam boyunca beni destekleyen değerli ebeveynlerim Mustafa ve Emine Akengin ile kardeşlerime,

Tüm sıkıntılı zamanlarımda yanımda olan ve sevgili eşim M. Baran Şakar 'a,

Manevi desteklerini benden esirgemeyen arkadaşlarım Gurbet Ortaç ve Yaprak Başçeken 'e en içten dileklerle teşekkür ederim.

Rabia Rojda ŞAKAR

2024

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	i
TABLOLAR DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Aile Planlamasının Tanımı ve Önemi.....	3
2.2. Aile Planlamasının Tarihçesi.....	3
2.3. Aile Planlamasının Yararları	4
2.3.1. Aile Planlamasının Kadın Sağlığı Açısından Yararları.....	4
2.3.2. Aile Planlamasının Toplum Sağlığı Açısından Yararları.....	5
2.4. Aile Planlaması Yöntemleri.....	6
2.4.1. Modern Aile Planlaması Yöntemleri.....	6
2.4.2. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri.....	9
2.5. Kadınların Aile Planlaması Kullanımını Etkileyen Faktörler.....	12
2.5.1. Yaşanılan Yer ve Toplum.....	12
2.5.2. Ekonomik Durum.....	12
2.5.3. Eğitim Durumu ve Statü.....	13
2.5.4. Aile Planlaması Yöntemleriyle İlgili Bilgi Düzeyi	13
2.5.5. Doğurganlık Özellikleri.....	13
2.5.6. Kültürel ve Dini Özellikler.....	15

2.5.7. Yan Etkiye Yönelik Kaygılar.....	15
2.5.8. Yanlış İnanç ve Tutumlar.....	16
2.6. Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacının Tanımı	16
2.7. Dünyada ve Türkiye’de Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı....	17
2.8. Aile Planlaması Hizmetlerine Erişimde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih.....	22
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	22
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	22
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	23
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	25
3.8. Verilerin Toplanması ve Araçlar.....	25
3.8.1. Ön Uygulama.....	25
3.8.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	26
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.10. Araştırmada Yaşanan Güçlükler ve Araştırmanın Sınırlılıkları....	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	27
4.2. Kadınların Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyaç Düzeyi ile İlişkili Faktörler.....	37
5. TARTIŞMA.....	46

6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	49
6.1. Sonuç.....	49
6.2. Öneriler.....	50
7. KAYNAKLAR.....	51
8. EKLER.....	60
EK 1. Harran Üniversitesi Etik Kurul Kararı	
EK 2. Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu	
EK 3. Veri Toplama Formu	
EK 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	
EK 5. İntihal Raporu	
EK 6. Tez Çalışması Orjinallik Raporu ve Beyan Belgesi	
EK 7. Tez Veri Giriş Formu	

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı- 1.....	27
Tablo 4.1.2. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı-2.....	29
Tablo 4.1.3. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı-1.....	30
Tablo 4.1.4. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı-2.....	30
Tablo 4.1.5. Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımına İlişkin Bazı Faktörlerinin Dağılımı-1.....	31
Tablo 4.1.6. Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımına İlişkin Bazı Faktörlerinin Dağılımı-2	33
Tablo 4.1.7. Kadınların Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyaç Düzeyini Etkileyen Bazı Faktörlerin Dağılımı.....	34
Tablo 4.1.8. Kadınların Karşılanmamış Aile Planlamasına İhtiyacına İlişkin Dağılımı	35
Tablo 4.2.1. Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacına Göre Dağılımı-1.....	38
Tablo 4.2.2. Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacına Göre Dağılımı-2.....	40

Tablo 4.2.3. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Karşılanmamış	
Aile Planlaması İhtiyacına Göre Dağılımı-1	41
Tablo 4.2.4. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Karşılanmamış	
Aile Planlaması İhtiyacına Göre Dağılımı-2	42
Tablo 4.2.5. Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımını Etkileyen	
Bazı Faktörlerin Karşılanmamış Aile Planlaması	
İhtiyacına Göre Dağılımı-1	43
Tablo 4.2.6. Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımını Etkileyen	
Bazı Faktörlerin Karşılanmamış Aile Planlaması	
İhtiyacına Göre Dağılımı-2	44
Tablo 4.2.7. Kadınların Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacını Arttıran	
Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Modeli	45

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyaç Düzeyi Algoritması.... 24

Şekil 2. Şanlıurfa’da Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyaç Düzeyi
Algoritması (Consort Şeması)..... 36



KISALTMALAR DİZİNİ

AP: Aile Planlaması

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BM: Birleşmiş Milletler

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KAP: Karşılanmamış Aile Planlaması

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TDH: Toplam Doğurganlık Hızı

UNFPA: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

ÖZET

ŞANLIURFA'DA KARŞILANMAMIŞ AİLE PLANLAMASI İHTİYACI VE NEDENLERİNİN BELİRLENMESİ

Rabia Rojda ŞAKAR

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Araştırma, Şanlıurfa'da karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı ve nedenlerinin araştırılması amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa merkez ilçelerinde Aile Sağlığı Merkezlerinden sağlık hizmeti alan, doğurganlık çağında ve herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örnek seçiminde küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İl merkezindeki her bir Aile Sağlığı Merkezi bir küme olarak alınmıştır. Gerekli küme sayısını hesaplamak için yapılan pilot uygulama sonucunda küme sayısı 16 olarak bulunmuş ve araştırma toplam 313 kadınla tamamlanmıştır. Araştırma için Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Harran Üniversitesi Etik Kurul'undan yazılı izin, çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan ise bilgilendirilmiş sözlü onamları alınmıştır. Araştırmanın verileri, Veri Toplama Formu aracılığıyla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, standart sapma, tek değişkenli analizlerden Ki-kare ve Mann Whitney-U testi ve çok değişkenli analizlerden Lojistik Regresyon modeli kullanılmıştır. Araştırmada kadınların %35.5' inin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı (%2.6' sının gebeliklerine ara vermek için, %32.9' u artık gebelik istemediği için) olduğu belirlenmiştir. Herhangi bir eğitim kademesini tamamlamamış, eşinin eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan, gelir düzeyi düşük, evde en çok Arapça konuşan, yaş ortalaması 31.6 ± 7.32 'nin üzerinde olan kadınlar ile gebelik ve doğum yapma öyküsü olan, yaşayan kız çocuğu sayısı fazla olan, son doğumun üzerinden geçen süresi fazla olan, aile planlaması yöntem kullanma öyküsü olan, son gebeliğini

istememiş ve tekrar gebe kalmak istemeyen kadınların karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Evde en çok Arapça konuşulması karşılanmamış aile planlamasını ihtiyacını 3.5 kat, yaşayan kız çocuğu sayısının 2 ve üzerinde olması 1.8 kat, kadının yaşının 34 ve üzerinde olması 1.2 kat ve son doğumun üzerinden geçen süresinin 30 ay ve üzerinde olması 1.0 kat artıran en önemli faktörlerdir. Çalışmada, karşılanmamış aile planlaması ihtiyaç düzeyinin Türkiye ortalamasından yaklaşık olarak 3 kat yüksek olduğu, sosyo-demografik, obstetrik ve aile planlaması yöntemleriyle ilişkili faktörlerin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacını etkilediği belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; aile planlaması hizmetleri planlanırken, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacını artıran faktörlerin göz önünde bulundurulması, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı fazla olan gruplara sağlık profesyonelleri tarafından eğitim, danışmanlık, takip ve izlemlerin yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, aile planlaması, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı

ABSTRACT
DETERMINATION OF UNMET NEED FOR FAMILY PLANNING IN
ŞANLIURFA AND ITS REASONS

Rabia Rojda ŞAKAR

Department of Nursing, Master's Thesis

The research was conducted in a cross-sectional manner to investigate the unmet need for family planning and its reasons in Şanlıurfa. The population of the research consisted of women who received health services from the Family Health Center in the central districts of Şanlıurfa, who were of childbearing age and who did not use any family planning method. Cluster sampling method was used in sample selection of the research. Each Family Health Center in the city center was taken as a cluster. As a result of the pilot application to calculate the required number of clusters, the number of clusters was found to be 16 and the research was completed with a total of 313 women. For the research was obtained from Şanlıurfa Provincial Health Directorate and Harran University Ethics Committee, and informed verbal consent was obtained from women who agreed to participate in the study. The data of the research were collected by face-to-face interviews via the Data Collection Form. In evaluating the data; Percentage, mean and standard deviation were used for descriptive statistics, Chi-square and Mann Whitney-U test were used for univariate analyses, and Logistic Regression model was used for multivariate analyses. In the study, it was determined that 35.5% of women unmet need for family planning (2.6% to interrupt their pregnancy, 32.9% because they did not want pregnancy anymore). It was found that women who did not complete any level of education, whose husband's education level was a secondary school or below, who had low-income level, who mostly spoke Arabic at home, whose mean age was above 31.6 ± 7.32 years, and women who had a history of pregnancy and childbirth, who

had a high number of living daughters, who had a long time since the last birth, who had a history of using for family planning methods, who did not want their last pregnancy and who did not want to get pregnant again had a higher unmet need for family planning ($p<0.05$). The most important factors that increase the need for family planning by 3.5 times are Arabic being spoken at home, having two or more daughters living at home by 1.8 times, having thirty-four and over increase the women's age by 1.2 times and having thirty months or more since the last birth by 1.0 times. In the study, the unmet need for family planning need level is approximately higher than the Turkey average. It was determined that it was 3 times higher and that factors related to socio-demographic, obstetrics and family planning methods affected the need for family planning. In line with these results; when planning family planning services, it is recommended that factors that increase the need for family planning should be taken into consideration, and that groups in need of family planning should be provided with training, consultancy, follow-up and follow-up by health professionals.

Key Words: Women, family planning, unmet need for family planning

GİRİŞ

Dünya nüfusunun kalkınabilmesi ve kadınların doğurganlığı arasında kurulan hassas ilişki ilk olarak ‘nüfus planlaması’ daha sonrasında ‘Aile Planlaması (AP)’ kavramlarını günümüze kadar getirmiştir. Dünya nüfusunun kalkınabilmesi ve sosyal anlamda tam bir iyilik halinin oluşabilmesi için, toplumun genelinin bu gelişmelere katkı sunması beklenmektedir. Günümüzde bu ilerlemeler kadının statüsüne ve kadının genel sağlık sorunlarıyla ilgili durumlarla ilişkilendirilmiş beraberinde kadın nüfusuna odaklanılmasına sebep olmuştur. ‘Kadın Sağlığı’ kavramıyla günümüzde geline nokta kadının doğurganlık özelliğinden ayrı tutulamaz bir hale bürünmüş kadınların nüfus kontrolünde, AP yöntemlerini kullanarak etkili bir rol almasına sebep olmuştur. Bu rolle birlikte kadınların AP yöntemlerine ulaşabilmesi ve kullanabilmesi; dünya nüfusunu kontrol altına alabilmenin yanında, yaşama hakkı, düşüncelerini özgürce ifade etme hakkı, çalışma ve eğitim hakkı gibi çeşitli insan haklarının gelişmesine olanak sağlamıştır (1,2).

AP; kadınların arzu ettikleri sayıda, uygun gördüğü aralıklarla ve kendilerine uygun zamanda çocuk sahibi olmasını sağlamakla birlikte kadınların kendi bedenleri üzerinde sadece kendilerinin söz hakkı olduğunu gösteren bir haktır (1). AP hizmetlerine ulaşmada, kullanımında sorunlar yaşanması beraberinde karşılanmamış AP (KAP) ihtiyacını getirmektedir (3).

KAP ihtiyacı ise, doğumlarının arasını açmak istediği veya daha fazla doğum yapmak istemediği halde herhangi bir gebeliği önleyici yöntemi kullanmayan cinsel yönden aktif kadınların yüzdesi olarak tanımlanmaktadır (4,5). KAP ihtiyaç düzeyinin dünya çapında yaklaşık olarak %12 olduğu belirtilmektedir (6). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler'in (BM) bildirimlerine göre ise, üreme çağındaki 1,9 milyar kadının AP ihtiyacı vardır ve bunların yaklaşık 270 milyonunun KAP ihtiyacı bulunmaktadır (3,6.). Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık olarak 218 milyon kadın bilgi veya erişim eksikliği, eş, aile veya toplumun destek eksikliğine bağlı birçok nedenden AP yöntemlerini kullanamamaktadır (7). Türkiye’de ise, bölgelere göre farklılık göstermekle beraber AP yöntem kullanım oranı %70 ile %72 olan dünya ortalamasına yakındır (8).

Ülkemizde KAP ihtiyacı incelendiğinde kadınların, %3,9'unun gebeliklerinin arasını açmak ve %7,6'sının doğumlarına sonlandırmak olmak üzere, toplam %11,5'inin KAP ihtiyacının olduğu görülmektedir (8).

2019 yılında Covid-19 salgınıyla süregelen pandemi sürecinin, Suriye iç savaşının Türkiye'ye yarattığı göçlere bağlı kültürel farklılaşmanın ve 2023 Büyük Türkiye Depreminin yarattığı ekonomik ve sosyal buhranın; özellikle kırılğan gurup olarak nitelendirebileceğimiz yaşlı, kadın ve çocuklar üzerinde oldukça yıkıcı etkiler yarattığı bilinmektedir. Bu durumların üreme sağlığını ve hizmetlerine erişimi kesintiye uğrattığı buna bağlı kadınların doğurganlıklarını kontrol altına almakta zorluklar yaşadığı ve AP hizmetlerine erişmede ve kullanmada kısıtlılıklara maruz kaldığı bilinmektedir (5). Günümüzde Türkiye toplumunda yaşayan bireylerin AP hizmetlerine erişmede yaşadığı tüm bu engel ve kısıtlılıkların yanında içinde bulunduğu bölge, sosyal, kültürel ve ekonomik durumları da etkili olmakta bu durumlar KAP ihtiyacını daha da arttırmaktadır (5). Özellikle ülkemizin Doğu Bölgelerinde yaşayan sosyodemografik ve sosyoekonomik düzeylerinin düşük olduğu kadınlar AP hizmetlerine erişme de ve etkin kullanımda KAP açısından dezavantajlı gruplardan biri olarak nitelendirilmiş ve KAP ihtiyacının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (8).

Araştırmanın yapıldığı Şanlıurfa ili de, Türkiye'nin Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan, doğurganlık hızının en yüksek olduğu ildir (9). Bu durum, Şanlıurfa'nın KAP ihtiyacı açısından dezavantajlı bir bölgede olduğunu, bölgede AP hizmetlerine erişim ve sunumun öncelikli konular olduğunu göstermektedir. KAP ihtiyacını artıran faktörlerin belirlenmesi, AP hizmetlerinin etkili planlanmasında, bu hizmetlerin erişiminde ve kullanımında etkili olacaktır. Bu nedenle, araştırma Şanlıurfa'da KAP ihtiyaç düzeyini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Planlamasının Tanımı ve Önemi

AP'nin günümüz kaynaklarında birden fazla tanımı bulunmaktadır (3,11). 1968 yılındaki BM Uluslararası İnsan Hakları Konferansı'nda; çocukların sayısı ve dünyaya getirilme zamanını özgürce ve sorumluluk sahibi bir şekilde belirlemenin ebeveynlerin temel bir insan hakkı olduğunu ve bu hak doğrultusunda devletlerin toplumdaki bireyleri, özellikle kadınları desteklemesi gerektiği vurgulanmıştır (11). DSÖ ise AP'yi bireylerin istedikleri zamanda ve sayıda, doğurganlığını kontrol edebilmesini, gebeliklerinin arasını açmayı veya sınırlandırmayı mümkün kılan bunun yanında gebeliğin sonuçlarını da doğrudan etkileyen profesyonellerin sunduğu bir sağlık hizmeti olarak tanımlamıştır (3).

Günümüzde AP tüm dünyada ve ülkemizde oldukça önem taşımaktadır. Dünya nüfusunun neredeyse yarısını oluşturan kadınların AP yöntemlerine ulaşabilmesi ve etkin bir şekilde kullanabilmesi; dünya nüfusunu kontrol altına alabilmenin yanında, kadınlara birçok olanak ve hakkı da beraberinde getirmektedir (3). Kadın sağlığının korunmasının ve geliştirilmesinin; yaşama hakkı, düşünce ve ifade özgürlüğü, çalışma hayatına katılma hakkı ve eğitim hakkını da kapsayan çeşitli haklar ile paralellik gösterdiği belirtilmektedir (11). AP, kadınların doğurganlıklarını diledikleri gibi kontrol edebilmenin yanında bedenleri üzerinde sadece kendilerinin söz hakkı olduğunu gösteren bir olgudur (3,4). Bu haklardan çeşitli nedenlerle yoksun bırakılmış kadınlarda AP hizmetlerinin kullanılmamasına bağlı aşırı doğurganlık, istenmemiş, planlanmamış, riskli gebelikler, erken ve ileri yaş gebelikler, fetüse ilişkin sorunlar, kadının ruh sağlığı bozuklukları vb. sorunlar meydana gelebilmektedir (5,6).

2.2. Aile Planlamasının Tarihçesi

AP yöntemlerinin tarihi incelendiğinde doğum kontrol yöntemlerinin ağırlıklı olarak cinsel ilişkinin seyreltilmesi, isteyerek düşük ve emzirme olduğu görülmektedir (14). İlk çağlarda daha çok bitkisel veya birtakım davranışsal yöntemler (dolunaydan kaçınma, adak adama, muska takma vs.) kullanıldığı gözlenmiştir. Sonraki dönemlerde ise çeşitli kimyasal karışımlar, hayvansal kaynaklı malzemeler ve tamponlar gibi doğum

kontrol yöntemleri kullanılarak günümüzdeki yöntemlere ulaşılmıştır (15,16). AP ile ilgili yazılmış en eski belge Çin'de bulunmuş olup kontrasepsiyon ve düşük yapmaya yardımcı reçeteleri içermektedir (15). En eski görseller biri ise 12.000-15.000 yaşında ve Fransa'da bir mağaranın duvarında resmedilen cinsel ilişki esnasında, prezervatif benzeri bir materyal kullanan erkeği temsil etmektedir. Prezervatif Avrupa'da 1500'lü yıllardan itibaren ilk olarak frengi tehdidinin önüne geçmek daha sonra ise gebeliği önlemek için kullanılmıştır (14,15).

Dr. Marie Stopes'in de içerisinde bulunduğu birçok kadın tarafından 1900'lü yıllarda doğum kontrolünde gerçek denilebilecek reformlar yaşanmıştır. 1921 yılında Holloay, Kuzey Londra'da doğum kontrol kliniklerinin ilkinin açarak "Bilge Ebeveynlik" başlıklı bir doğum kontrol kılavuzu yazmış uzun yıllar bu kılavuz insanlara rehberlik etmiştir (15,16). Uzun yıllardır kondom ve geri çekme gibi doğum kontrol yöntemleri kullanılırken rahim içi araç ve hap gibi yöntemler 1960'lı yıllardan sonra kullanılmaya başlanmıştır (14). Son 30 yıl içerisinde ise acil kontrasepsiyon, vajinal halka, implantlar veya deri altı enjeksiyonlar üretilmeye başlanmış ve kullanılabilir duruma gelmiştir (14,17). Günümüzde ise doğurganlıklarını kontrol altına almak isteyen kadınlar için birçok farklı yöntem bulunmaktadır (17).

2.3. Aile Planlamasının Yararları

2.3.1. Aile Planlamasının Kadın Sağlığı Açısından Yararları

AP hizmetlerinin karşılanması kadınların nitelikli ve güvenli AP hizmetlerine ulaşmalarını sağlamak; plansız gebelikleri, güvensiz ortamlarda ve güvensiz şekillerde yapılan düşükleri engellemek, gebeliklerin istenen aralıklarda olmasını sağlamak, çiftler arasında cinsel yaşamın sağlıklı bir şekilde devamlılığını sağlamak, annenin ruhsal ve fiziki sağlığını korumaktan geçmektedir (19,20).

Doğurganlığın kontrol edilemediği ve doğurganlık oranının yüksek olduğu ülkelerde; erken dönemde bilinçsizce gerçekleşen evlilik ve doğumların, ileri yaştaki gebeliklerin, iki yıldan daha kısa dönemlerde gerçekleşen planlanmamış, istenmeyen gebeliklerin daha fazla olduğu gözlenmektedir (13,18). Erken ve ileri yaşta, sık

aralıklarla gerçekleşen gebeliklerin erken doğum, erken membran rüptürü, anemi ve doğuma bağlı kanamaları arttırarak anne yaşamını tehdit ettiği, anne ölümlerine yol açtığı belirlenmiştir (21). AP hizmetlerinin kullanımı konusunda erken ve ileri yaştaki kadınlara ulaşmak ve onları bilgilendirmek özellikle doğuma bağlı oluşabilecek birçok komplikasyonun önüne geçmeye, anne ölümlerini engellemeye, anne sağlığını korumaya ve geliştirmeye olanak sağlar. 2005 Ulusal Anne Ölümleri Raporuna göre ülkemizde anne ölüm oranı, yüz bin canlı doğumda %28.5 iken, 2019 yılında bu oran %13.1 olarak belirtilmektedir (23). AP hizmetleri etkin kullanılabilirse istenmeyen gebelikler/isteyerek düşükler önüne geçilebileceği ve anne ölümlerinin azaltılabileceği düşünülmektedir. Anne ölümlerinin önüne geçebilmek için nitelikli AP hizmetlerine öncelik ve önem verilmesi bu anlamda öncelik taşımaktadır. Çünkü anne ölümlerinin etkin AP hizmetleri ile dünya genelinde %25-%24 seviyesinde azaltılabileceği bildirilmektedir (22).

2.3.2. Aile Planlamasının Toplum Sağlığı Açısından Yararları

AP hizmetleri Toplum Sağlığı Hizmetleri kapsamında yer almaktadır (22). AP hizmetleri öncelikli olarak, aileyi oluşturan tüm bireylerin kaliteli yaşam standardına ulaşmasını sağlamakta, anne ve bebek ölümlerini azaltmakta, riskli ve istenmeyen gebelikleri önlemekte, anne sağlığını koruyarak dengeli ve planlı bir nüfus dağılımını sağlayarak topluma yararlar sunmaktadır (24).

Ülkelerin refah seviyeleri ve kalkınma göstergeleri sağlıklı bireylerle ve her bir bireyin üretkenliği ile doğru orantılıdır (22). AP yöntemlerinin ulaşımında ve kullanımındaki yetersizlikler kadınların riskli gebeliklerden kaçınamamalarına, isteyerek düşüklere ve doğuma bağlı anomalilerin oluşmasına neden olabilmektedir (22,24). AP yöntem kullanımının yaygınlaşması erken ve ileri yaştaki kadınların gebeliğe ve doğuma bağlı komplikasyonları yaşamasına engel olmaktadır (22). Buna bağlı sağlık hizmetlerinin üzerindeki yükün azalmasına, toplumun nitelikli ve dengeli bir nüfusla şekillenmesine olanak sağlar (24). Bu durumlar bireylerin hayatlarını sürdürmede psikosozyal sorunlara yol açarken devletlerin üzerinde ise sosyal ve ekonomik yüklerle neden olabilmektedir (22).

2.4. Aile Planlaması Yöntemleri

AP yöntemleri günümüzde; kontrasepsiyon, doğum kontrolü ve gebelikten korunma yolları gibi birçok isimle bilinmektedir (3). Gebeliği önlemek için etki mekanizmaları açısından AP yöntemleri modern ve geleneksel olarak iki başlık altında değerlendirilmektedir (25,26).

2.4.1. Modern Aile Planlaması Yöntemleri

2020 yılı raporlarına göre DSÖ'nün dünya genelinde üreme çağındaki evli kadınlarda modern AP kullanma sıklığının yaklaşık %57 olduğu tespit edilmiştir (27). 2018 TNSA sonuçlarına göre ise ülkemizde üreme çağındaki evli kadınların modern AP yöntemlerini kullanma sıklığı ise %49 civarındadır (8). Modern AP yöntemini tercih etme nedenleri incelendiğinde; bireylerin tutum ve davranışları, yöntemle ilişkin bilgi düzeyleri, AP hizmetine olan erişim durumları, cinsiyete dayalı engeller vb. durumların etkili olduğu görülmektedir (27,28). Modern AP yöntemlerini şu şekilde sıralayabilmekteyiz;

- **Rahim İçi Araçlar (RİA)**

RİA uygulaması dünya genelinde yaygın olarak kullanılan bir AP yöntemidir.

Etki Mekanizması ve Etkinliği; RİA içerdiği maddeye göre 5 ya da 10 yıl kullanılabilen ve sadece uterus üzerinde fizyolojik bir etki yaratmaktadır (28). Genel olarak hormon ve bakır içeren RİA yöntemi uzun süre etkilidir ve T şeklinde bir yapısı vardır. Eğitimli sağlık personeli tarafından sağlık kuruluşlarında preparatın uterusu yerleştirilmesi şeklinde aseptik koşullarda vajinal yoldan yapılmaktadır, uterus içinde salınan maddelerle fertilizasyonun engellemektedir (29).

Olumlu - Olumsuz Yönleri; Ucuz ve uzun süre etkili olması, doğurganlığa hızlı bir şekilde geri dönüş sağlayabilmesi, emzirme sürecini etkilememesi ve cinsel ilişkiden bağımsız olması bu yöntemin avantajları arasında gösterilmektedir (29). Yoğun ve sık kanamalar, zaman içinde RİA'nın uterusu, servikse, vajinaya ilerleyebilmesi ve yerleştirme sırasında ortaya çıkan uterus prolapsusu bu yöntemin dezavantajları arasında yer almaktadır (29).

- **Hormonal Kontraseptifler**

Son 30 yıllık geçmişte hormonal AP yöntemleri; kombine oral kontraseptifler (KOK), yalnız progesteron içeren (mini) haplar, enjekte edilen kontraseptifler, deri altı implantlar, post koital (acil kontrasepsiyon) haplar, vajinal halka, erkekler için hormonal kontraseptifler şeklindeki formlarda yerini almaktadır (30,31).

Etki Mekanizması ve Etkinliği; Salgıladıkları hormonlar aracılığıyla, ovulasyonu baskılama servikal mukusu kalınlaştırarak spermin geçişini önleme ve endometriyumu inceltme etkileri ile gebeliği engellemektedir (31,32).

Olumlu- Olumsuz Yönleri; Bireylerin AP yöntemine ilişkin olumlu davranış ve tutumlara sahip olmaları, bu yöntemin sağladığı avantajlara etki etmektedir. Bu yöntemler, kullanımı kolay olan, kadın tarafından kontrol edilebilen ve bırakıldıktan kısa bir süre içerisinde doğurganlık özelliğine dönüş sağlayan yöntemlerdir (32). Hormonal yöntemlerin, ektopik gebeliğe ve pelvik inflamatur hastalığına karşı koruyucu olduğu bilinmekle beraber yöntemin diğer avantajı ise demir desteği bulunan KOK'un anemi ile mücadelede etkili olduğunun kanıtlanmış olmasıdır (32,33). Bu yönteme ilişkin dezavantajların ise menstürasyon döngüsünde meydana gelen değişiklikler, göğüslerde hassasiyet, amenore, bulantı, baş ağrısı, ruhsal problemler ve kilo artışının olmasıdır (33).

- **Prezervatifler (Kondom)**

Kondom halk dilinde eski çağlardan bu yana kılıf olarak bilinmekte ve günümüzde en yaygın modern AP yöntemlerinden biri olarak kullanılmaktadır (33,34).

Etki Mekanizması ve Etkinliği; Kondomlar koitus sonrası seminal mainin kadın üreme organı olan vajene geçmesini mekanik bir bariyer oluşturarak engeller (35). Kondomlar tek sefere mahsus kullanılır ve doğru kullanıldığında yüksek oranlarda gebeliğe karşı koruyuculuk sağlarlar (35,36). Çiftlerin cinsel becerileri kondomun etkili kullanımı ile paraleldir i (36).

Olumlu- Olumsuz Yönleri; AP'ye erkeklerin de katılımını sağlamaktadır. Kondom kullanımı kontrasepsiyon özelliğinin yanında, kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklara (CYBH) karşı korunması için kondom kullanımına erişebilmesi açısından da avantaj sağlamaktadır (36). Kondomlar ekonomik, kullanımı pratiktir ve reçetesiz satın alınabilirler (33). Çiftlerin bu yöntemi doğru ve sürekli kullanma durumu değiştiğinden

başarı oranları da farklılık göstermektedir. İlk yılın sonunda istenmeyen gebelik oranları, tipik kullanımda %14'ten, en doğru kullanımla %3'e düşer (36,37). Kondomların takip gerektirmemesi, erken boşalmayı önlemesi, çiftlerde üzerinde hormonal yan etkisinin olmaması ve kolay temin edilmesi diğer olumlu özelliklerindedir (35). Bazı cinsel birleşmelerde erkeğin duyarlılığını ve cinsel ilişkiyi sekteye uğratabileceğinden ereksiyon zorlaşabilir (38,39). Ancak doğru kullanıldığında geri dönüşler oldukça başarılıdır (39).

- **Diyafram, Servikal Başlık**

Etki Mekanizması; Bariyer yöntemler kadın ve erkek cinsel organı arasında mekanik bir engel oluşturarak spermin, vajinaya geçişini engeller. Fiziksel olarak gebeliğin oluşumunun önüne geçen bir yöntemdir. (32,39).

Olumlu- Olumsuz Yönleri; Emziren annelere uygun olması, kullanımının kolay olması, yan etkisinin az olması, CYBE' ye ve servikal kansere karşı koruyucu olması olumlu özelliklerindedir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratması ve yöntemin pahalı olması yönteme ilişkin dezavantajlardır (39).

- **Tüp Ligasyonu ve Vazektomi**

Modern ve kalıcı olan AP yöntemleridir (40). Cerrahi yöntem ile sağlık kuruluşlarında erkek ve kadın için uygulanmaktadır (40). Bu yöntem halk arasında tüplerin bağlanması tubektomi ya da tüp ligasyon olarak bilinmektedir (40). Vazektomi ise erkeklerde en güvenilir AP yöntemi olarak bilinmektedir. (27,40).

Etki mekanizması ve Etkinliği; Tüpligasyon işleminde kadının karın kısmında küçük bir kesik açılır, fallop tüplerine ulaşılır ve tüplerin kesimi veya blokajı sağlanarak kalıcı bir şekilde doğurganlığı sonlandırılır (32,38). Vazektomi de ise skrotumdan küçük bir kesik açılarak, spermi penise taşıya tüplere ulaşılır ve vas deferens kanalının bloke edilmesi veya kesilip bağlanması sağlanır (32). Bu şekilde sperm geçişi engellenerek fertilizasyonun önlenmesi gerçekleştirilmektedir (32,39).

Olumlu- Olumsuz Yönleri; Etkili ve kalıcı olmasının yanında cinsel ilişkiden bağımsız olması sterilizasyon yönteminin avantajları arasında gösterilebilmektedir (32). Anestezi ve aseptik koşullar gerektirmesi ve doğurganlığa geri dönüşün olmaması bu yöntemin dezavantajlarıdır (32,35).

- **Spermisidler**

Spermilerin endometriuma ulaşmadan önce üreme hücrelerinden olan spermleri hareketsiz bırakan materyallerdir. Çözünebilen filmlerde, vajinal tablet formlarında ve köpüksü jel vb. farklı çeşitleri mevcuttur (35,36).

Etki Mekanizması; Spermin hücre zarını öldüren bir kimyasal olan surfaktandan üretilirler. Cinsel birleşmeden yaklaşık 30-45 dakika önce vajen içerisine yerleştirilmelidir (38). Etkileri kısa süreli olmakla birlikte genellikle bir saattir (39).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri; Penis ve vajende doku bütünlüğü açısından duyarlılık oluşturabilir (39). Tek başlarına etkili bir yöntem olmadığından kondom veya diyafram gibi diğer AP yöntemleriyle birlikte kullanılması tavsiye edilmektedir (39). Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı (gonore, genital herpes, trikomoniasis ve sifilize) karşı koruyucu olduğu belirlenmiştir (35,39). İleri düzeydeki servikal kanserlerde ve HIV riskinde kullanılamayışı olumsuz yönlerindedir (32). Ayrıca içeriğinde bulunan maddelere karşı alerjisi olanlar ve gebelik şüphesi olanlarda kullanılamamaktadır (32,35).

2.4.2. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

Geleneksel yöntemler günümüzde AP amacıyla toplum içinde yaygın olarak kullanılan uygulamalardır (34). Vajinal duş, geri çekme, emzirme, takvim yöntemi ve servikal mukusa göre ovulasyonun belirtilerinin takip edildiği uygulamalar geleneksel yöntemler olarak nitelendirilmektedir (26).

- **Koitus Interraptus – Geri Çekme**

Tarih boyunca bilinen en eski kontrasepsiyon yöntemi olarak bilinmektedir. Bu yöntem ilk kez İbraniler tarafından kullanılmış ve sonrasında Müslümanlar tarafından “azl” ismiyle nitelendirilerek kullanılmıştır. Halk dilinde dışarı çekilme, dışarı atma ve dikkat etme gibi birçok ad verilmektedir (25).

Etki Mekanizması; Geri çekme yaygın bir şekilde kullanılmaktadır ve cinsel ilişki esnasında erkeğin ejakülasyonunu vajina dışında uyguladığı bir uygulamadır (38).

Olumlu- Olumsuz Yönleri; Yöntemin en büyük dezavantajı spermin rahim içine ve servikse ejakülasyondan (boşalma) önce ulaşması ihtimalidir (35,36). Bu yöntemin olumsuz özellikleri; istenmeyen gebeliklere neden olabilmesi, etkinliğinin ve

güvenilirliğinin oldukça az olması, çiftler arasında tatmini azaltması, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratması ve erkeklerde erken boşalma vb. gibi sorunlar yaratmasıdır (37,38,39).

- **Emzirme (Laktasyonel Amenore Yöntemi)**

Etki Mekanizması; Emzirme döneminde gebelik ihtimali mevcuttur (41). Doğumdan hemen sonra annenin fizyolojisinde bazı değişiklikler olur. Prolaktin hormonu metabolizma içerisinde yükselmeye başlar ve anne emzirmeye devam ederse yüksek seyrederek ve ovumların olgunlaşmasını baskılar, ovumlar yeterli olgunluğa ulaşmadığından ovulasyon dolayısıyla sonrasında fertilizasyon gerçekleşemez (41,42).

Olumlu- Olumsuz Yönleri; Menstrasyondan önce de ovulasyon gerçekleşebileceğinden gebelik ihtimali açısından dikkatli olmak gerekir. Bebeğe ek gıda başlanırsa ek kontraseptif bir yöntemle başlanmalıdır (42). Bu koşullar tam olarak sağlandığında ilk 6 ay için etkili emziren annenin gebelik riskinin yaklaşık %2'dir (42,43).

- **Vajinal Lavaj**

Etki Mekanizması ve Etkinliği; Sirke, su ve benzeri ürünler vasıtasıyla koitustan (cinsel ilişkiden) sonra vajinanın yıkanarak seminal meniye vajinadan uzaklaştıran eylemler vajinal lavaj olarak nitelendirilmektedir (32,45).

Olumlu- Olumsuz Yönleri; Bu uygulamadan önce spermin rahim ağzına ulaştığı düşünülürse doğum kontrolü için etkisiz bir yöntemdir. Bununla beraber kadınlarda enfeksiyonlara neden olabilmekte ve vajina florasını bozarak jinekolojik sorunlara neden olmaktadır (43).

- **Takvim Yöntemi**

Etki Mekanizması ve Etkinliği; Menstrual döngünün 6 ay – 1 yıllık gözlem süresi sonunda en az sekiz aylık döngü izlenerek ovulasyonun gerçekleştiği günler belirlenir. Ovulasyonu tespit edildiği doğurganlık ihtimalinin yüksek olduğu günlerde çiftler cinsel ilişkiden kaçınarak gebeliğin oluşmasını engellemeye çalışır (45).

Olumlu- Olumsuz Yönleri; Menstrual döngü uzunluklarının birçok nedenden etkilenebilmesi bu yöntemin etkinliğini olumsuz etkiler (45,46). Kadının menstrual döngüsündeki olası bir düzensizlik istenmeyen gebelikler ile sonuçlanabilmektedir.

Eğitim, sosyokültürel ve ekonomik düzeyin düşük olduğu bireylerde takvim yöntemine uyum sağlamak oldukça zordur (46,47).

- **Servikal Mukus Yöntemi**

Etki Mekanizması ve Etkinliği; Menstural döngü boyunca foliküler gelişim devam eder, östrojen miktarı artar, servikal mukus artar ve zamanla ince, şeffaf ve sulu olur. Bu fizyolojik ortam, fertilizasyon için uygun dönemdir ve çiftler cinsel birleşmeden kaçınmalıdır (43,48).

Olumlu- Olumsuz Yönleri; Servikal mukusun yoğunluğunu kontrol etmek zor olduğundan, koitustan kaçınılacak günlerde belirsizlikler oluşabilir ve istemeyen gebelikler ortaya çıkabilir.

- **Bazal Vücut Isısı Kontrolü**

Ovumdan dölleme için yeterli olgunluğa erişmiş folikül oluşuktan sonra, salgılanan hormonlardan biri olan progesteron vücut sıcaklığını artırır ve sonraki döngüye kadar vücut sıcaklığının yüksek kalmasını sağlar (48). Isı artışından bir önceki gün ovumun yeterli olgunluğa ulaşıp tubalara doğru ilerlediği düşünölmektedir. Bazal vücut ısısı arttıktan sonraki üç gün boyunca cinsel birleşmeden kaçınılarak gebelik engellenir (25,49)

Etki Mekanizması ve Etkinliği; Bazal vücut ısısı, normal yaşam aktivitelerden önceki vücut ısısıdır. Çevresel birçok faktörden kaynaklı vücut ısısı değişebileceğinden bu yöntemin etkili bir kontrasepsiyon olduğu düşünölemez (48,50). Isı ölçme işleminde; cıvalı termometre kullanılarak, genellikle sabah uykudan uyandıktan hemen sonra, her gün aynı saatlerde ağız, koltuk altı ya da vajina gibi hassas noktalardan ölçölüp bir yere not edilmeli ve artış takip edilerek ovulasyon günleri hesaplanmalıdır (34,48).

Olumlu- Olumsuz Yönleri; En büyük olumsuzluğu ovulasyondan önceki tüm süreçte cinsel perhiz uygulanmasıdır Ayrıca farklı nedenlerden dolayı (hastalık, çevresel faktörler) vücut sıcaklığı etkilenebildiğinden istenmeyen gebeliklere neden olabilir (45,48,50).

2.5. Kadınların Aile Planlaması Kullanımını Etkileyen Faktörler

Kadınların AP yöntemi kullanmasını etkileyen faktörler incelendiğinde; yaşanılan yer ve toplum, ekonomik durumu, eğitim durumu ve statü, AP ile ilgili bilgi düzeyi, doğurganlık özellikleri, kültürel ve dini özellikler, yan etkilere yönelik kaygılar, yanlış inanç ve tutumlar vb. gibi nedenlerin etkili olduğu görülmektedir (5).

2.5.1. Yaşanılan Yer ve Toplum

TNSA verilerine dayanılarak Türkiye’de sırasıyla en çok konuşulan dillerin; Türkçe, Kürtçe, Arapça, Zazaca ve Balkan dilleri olduğu tespit edilmiştir (44). Birçok etnik grubu bünyesinde barındıran ülkemiz topraklarında coğrafi ve tarihi trafiğe dikkat edildiğinde Anadolu’da farklı yaşam tarzları, inanç biçimleri ve kültürlerin yüz yılarca iç içe yaşadığını ve birbirlerini üreme davranışları açısından da etkilediğini düşünebiliriz (5,51).

Bireylerin, mensubu oldukları topluluğun etnik yapısının; doğurganlık özelliklerini, gebelikten korunma yollarını, düşükleri etkilediği belirlenmiştir (51,52). Farklı etnik toplulukları ve kültürel çeşitliliği içinde barındıran ülkemizde AP hizmetleri arayışı ve kullanımı da bu çeşitlilikten etkilenebilmektedir (51). Evde en çok konuşulan dilin Arapça ve Kürtçe olduğu kadınlarda AP yöntem kullanımının daha az olduğu görülmektedir (5). Yine ülkemizde özellikle doğu bölgelerinde olan Suriyeli göçmen sayısının fazla olduğu, “TNSA 2018 Suriyeli Göçmen Rapor”unda ortaya konmuştur ve etnik kökeni Suriye olan kadınların AP hizmetlerine erişimde dezavantajlı guruplardan olduğu belirlenmiştir (53).

2.5.2. Ekonomik Durum

AP kullanımı etkileyen en önemli faktörlerden biri kadınların ekonomik durumudur (5). Ekonomik durum, kadınların yaşamını ve sağlığını doğrudan etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Kadınların gelir düzeyinde yaşanan olumlu bir artış, psikolojik yönden kendisini daha güvende, daha huzurlu ve daha özgür hissetmesine neden olabilmektedir. Bu doğrultuda kadınlar, doğurganlıklarıyla ilgili verecekleri

önemli bir karar süresince (örneğin gebelik vb.), içgüdüsel olarak gelir düzeylerinin yarattığı refah durumuna göre davranışları değişiklik gösterebilir (5,54).

Çağatay Seçkiner tarafından yapılan bir çalışmada kadınların ekonomik düzeylerinin artmasına bağlı olarak doğurganlıklarını kontrol etme ve AP hizmetlerine erişimlerinin olumlu yönde etkilendiği görülmüştür (55). Kadınların kazançları ve ekonomik özgürlükleri arttıkça doğurganlıklarını kontrol edebilme durumunun ve AP arayışının da arttığı görülmüştür (55).

2.5.3. Eğitim Durumu ve Statü

Kadın sağlığı kadının toplumdaki statüsü ve eğitim düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Literatürde kadının eğitim düzeyi ve toplum içindeki statüsü arttıkça doğurganlık hızının azaldığını, AP yöntemi kullanma oranının arttığını görülmektedir (58,59,127). Ülkemizde ise eğitim düzeyi düşük olan çiftlerin KAP ihtiyacının arttığı bildirilmiştir (5,60).

Kamboçya ve Etiyopya’da yapılan çalışmalarda kadının eğitim durumu ve toplum içindeki statüsü arttıkça AP hizmetlerini arayış ve kullanım oranlarının arttığı tespit edilmiştir (56,57).

2.5.4. Aile Planlaması Yöntemleriyle İlgili Bilgi Düzeyi

AP yöntemleri hakkında bilgisi olan kadınların bunları kullanma ve temin etme durumları daha kolay ve hızlı olmaktadır (60). Yapılan bazı araştırmalar, eğitim düzeyi ve iletişim kanallarının artmasıyla, AP kullanımının da arttığını göstermektedir (60,61). Farklı ülkelerin demografik ve sağlık verilerini inceleyen çalışmalarda kitle iletişim araçlarından, sosyal medyadan, sağlık kuruluşundan veya bir sağlık profesyonelinin daha önce gebelikten koruyucu yöntemlerle ilgili daha önce bilgiye ulaşmış olan kadınların KAP ihtiyaç düzeylerinin daha az olduğu bildirilmiştir (57,62).

2.5.5. Doğurganlık Özellikleri

TNSA 2018 yılı raporuna göre; toplam doğurganlık hızının (TDH) ülkedeki her bir kadın başına ortalama %2,3 olduğu belirlenirken, lise ve üzeri eğitim almış kadınlarda

TDH oranı %1,8, ilkokulu bitirmemiş veya hiç eğitim almamış kadınlarda bu oranın %4,2 olduğu tespit edilmiştir (8)

Türkiye’de adölesan dönemde (15-19 yaş) olan kadınların %4’ü hali hazırda çocuk sahibiyken, ortanca ilk doğum yaşı %23.3’tür (25-49 yaşlarındaki kadınlar için). (8). Kadınların çocuk istemesi yaşayan çocuk sayısına göre farklılaşır. Yaşayan çocuk sayısının artması gelecekte çocuk sahibi olma isteğini azaltmaktadır (64). Tek çocuğa sahip kadınların %64’ü yeniden çocuk sahibi olmayı planlarken, dört ve üzerinde çocuğa sahip kadınlarda bu oran %6 olarak bulunmuştur (8). Çocuk sayısı fazla olan kadınlarda istenmeyen gebelikler ve isteyerek düşük yapma oranları da yükselmektedir. Ülkemizde hiç çocuğu olmayan kadınlarda isteyerek düşük oranı %7 iken beş ve daha fazla çocuğu olanlarda bu oran %19 bulunmuştur (8,65).

Genç anne yaşı, istenmeyen gebelikler ve aşırı doğurganlık annenin ruh sağlığı durumuna olumsuz etkileyerek kürtaj ya da düşük ile sonuçlanmakta ve eşlerin cinsel hayatının olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır (65). Bunun yanında doğan bebekler bu durumdan olumsuz bir şekilde etkilenmektedir. Ülkemizde kadınların düşükten önce ve sonra AP yöntemi kullanımlarında artış gözükmektedir (66,67). İsteyerek düşük öncesi RİA kullanımı yaklaşık olarak %2 olup düşük sonrasında bu oranlar sırasıyla %11- %20 arasında değiştiği bildirilmiştir (8).

Literatürde plansız bir şekilde gerçekleşen gebeliklerin AP yöntemlerini kullanmama sonucunda geliştiği görülmektedir (68-71). Ülkemizin batısında gerçekleştirilen bir çalışmada planlı gebeliği olan kadınların yaklaşık olarak %81’i, planlı olmayan kadınların ise yaklaşık olarak %20’sinin modern yöntemler kullandığı belirlenmiştir (71). İstanbul’da gerçekleştirilen bir çalışmada plansız gebelik öncesi geri çekme yöntemi kullanımı yaklaşık olarak %35 iken plansız gebelikten sonra ise bu oranın yaklaşık olarak %19’a düştüğü belirlenmiş, kürtaj oranının artmasında plansız gebeliklerin etkili olduğu vurgulanmıştır (67). Yapılan bir diğer çalışmada isteyerek düşük yapan kadınların isteyerek düşük yapmayanlara göre geleneksel yöntem kullanımlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (69). Etiyopya’da gerçekleştirilen çalışmada AP yöntem kullanımı devamlı bir şekilde arttırılması halinde yaklaşık olarak 3,20 milyon istenmeyen gebeliğin önüne geçilebileceği vurgulanmıştır (57).

2.5.6. Kültürel ve Dini Özellikler

Çeşitli kültürlerden insanların varlığı AP arayışı ve kullanımı noktasında da farklılıklar oluşmasına neden olmaktadır (70,72). TNSA 2018 verilerine göre yaşanan bölgelere göre AP yöntem kullanımının farklılık gösterdiği ifade edilmektedir (8). Doğuda yaşaya kadınların yaklaşık olarak %9'unun kuzeyde yaşayan kadınların ise %7'si KAP ihtiyacı bulunmaktadır (8). Dolayısıyla farklı bölgelerde ve kültürlerde yaşayan kadınların çocuk sahibi olma istekleri AP yöntem kullanımlarını etkileyebilmektedir (73,74).

Webster ve ark.'nın 5 farklı Afrika ülkesinin verileriyle yaptığı çalışmada; AP kullanımında dini inançların direkt olarak etkili olduğu ve dini inancın herhangi bir AP yöntemi kullanılmamasına zemin hazırladığı belirtilmiştir (75). Üç farklı dini inanış (İslamiyet, Hristiyanlık ve Musevilik) çerçevesinde yapılan başka bir çalışmada ise; din unsurunun 20 yaşın altındaki kadınlar için AP kullanımına engel teşkil etmediği belirtilirken, 35 yaşın üzerindeki kadınlarda AP kullanımını yaklaşık olarak %15 oranında etkilediği tespit edilmiştir (77). Pakistan'da geleneksel değerleri benimseyen toplumlarda, baskıcı dini yaklaşımlar nedeniyle genç çiftlerin AP hizmetleri almaktan çekindiği ve geleneksel AP yöntemlerine yöneldiği belirlenmiştir (76).

2.5.7. Yan Etkiye Yönelik Kaygılar

Kadınların AP yöntemlerinin yan etkileri ve oluşturabileceği sağlık riskleri ile ilgili korku ve tecrübeleri AP yöntemi seçimlerini ve gebelikten korunmalarını etkileyen önemli faktörlerdir (78,79). Nitekim literatür incelemesinde, yan etki ve sağlık ile ilgili endişelerden dolayı AP kullanmama oranı %18,5 ve %26 arasında değişmektedir. (80). AP yöntemlerini kullanmama nedenleri; kansere, menstrual siklus düzensizliğine ve menstürasyon kanamasının artmasına neden olacağı ile ilgili endişeleri ve gelecekte doğurganlığın kalıcı ya da uzun süreli kaybedilmesine yönelik kaygıları kapsamaktadır (5,6). Bununla birlikte, AP yöntemlerine yönelik sağlık riskleri ile ilgili kaygılara sahip kadınların çoğunluğu geçmişlerinde herhangi bir dönemde gebelikten korunmuş olan kadınlardır (5,80).

Ülkemizde, yapılan bir çalışmada, kadınların AP'nin sağlık sorunları yaratacağı (%1,6) ve yan etkilere yönelik endişenin (%1,1), veya AP'yi kullanmama veya kullanılan yöntemi bırakma nedenleri arasında yer aldığı belirtilmektedir (78). Ülkemizde AP yöntemlerinin yaratacağı yan etkiler ve sağlık sorunlarının oluşacağı endişesi nedeniyle bırakılan yöntemler; sıklıkla enjeksiyon (%43,9) ve oral kontraseptiflerdir (%29,8).(64).

2.5.8. Yanlış İnanç ve Tutumlar

Yanlış inançlar, kadınların AP yöntemlerini kullanmamalarındaki en büyük sebeplerden biridir (81). Kadınların yanlış inançlara bağlı AP kullanmama nedenleri genellikle; kısırlığa neden olabileceğinin düşünülmesi, eşlerinin AP yöntemi kullanılmasını istememesi, cinsellikte zevki azaltacağı vb. gibi durumları kapsamaktadır (81,82). Yapılan bir çalışmada kadınların yaklaşık olarak %10'unun "RİA karın içine kaçır" ifadesini duyduğu ve buna yönelik yanlış inançlara sahip olduğu belirtilmiştir. (82). Yapılan başka bir çalışmada ise kadınların vajinal duş yöntemini sıklıkla kullanmasının sebepleri arasında, cinsel ilişki sonrasında gebelikten korunmak için temizliğin gerekli olduğu düşüncesinin yattığı bildirilmiştir. (83).

2.6. Karşılanmamış Aile Planlamasının Tanımı

KAP ihtiyacı, sonraki doğumundan/gebeliğinden önce aralık oluşturmak veya daha fazla doğum yapmak istemediği halde herhangi bir AP yöntemi kullanmayan kadınların yüzdesi olarak tanımlanmıştır (6,64).

Antinatalist politikaların ön plana çıktığı 1960'lı yıllardan itibaren AP gereksinimi tartışılan bir konu olmuş, AP kullanımı bu dönemden sonra yaygınlaşmaya başlamış fakat kadınların doğum kontrol davranışları ile üreme tercihleri arasında tutarsızlıklar olduğu gözlenmiştir. Doğurganlıklarını sonlandırmak istediği halde AP kullanmayan cinsel yönden aktif kadınlar bu tutarsız üreme davranışlarıyla AP hizmetlerinde henüz tanımlanamamış bir boşluk oluşturmuştur. Üreme tercihleri ve doğum kontrol davranışları arasındaki bu çelişkili durum farklı bir algoritma ihtiyacını beraberinde getirmiş ve bu boşluk KAP kavramının oluşmasına neden olmuştur.(5,84). 1978'de KAP ilk kez tanımlanmış olup, uzun yıllar boyunca, daha fazla doğum yapmak istemeyen ve

bunun yanında gebeliği önleyici bir yöntem kullanımı olmayan evli kadınları yüzdesi şeklinde hesaplanmıştır (84,85). KAP 1990 yılına kadar çok sayıda farklı hesaplamalarla ve tanımlamalarla geliştirilmeye devam edilmiş ve Nüfus Sağlık Araştırmaları'nın 1990 yılında sunduğu verilerden faydalanan Westoff ve ekibi modern KAP algoritmasını oluşturmuşlardır (5,104,105). Daha sonra Bradley tarafından 2012 yılında tanımı yapılan günümüzde de hala geçerliliğini koruyan en güncel hali benimsenmiştir (85,86).

Son yıllarda; gebe olmayan ve daha önce herhangi bir AP yöntemi kullanmayan ya da doğum sonrasında geçici kısırlık döneminde olan kadınların infertil şeklinde değerlendirilip değerlendirilmemesi tartışma konusu yaratmış ve hangi durumlarda bu tanımlamaya dâhil edilmeleri gerektiği değerlendirilmiştir. Buna göre;

- AP yöntemi kullanmadığı halde yaşayan çocuğu olmayan kadınlar,
- Son beş yıl süresince menstürasyon görmeyen kadınlar,
- Menopozda veya infertil olan kadınlar, AP gereksinimi olmayan kadınlar

olarak sınıflandırılmıştır ve KAP tanımlamasına dâhil edilmemişlerdir (85).

Çok sayıda KAP tanımını geliştirme çalışmasının ardından aşağıdaki özellikleri taşıyan;

- Üreme çağında ve doğurgan olan (15-49 yaş),
- Evli veya aktif bir cinsel yaşamı olan,
- Önümüzdeki iki yıl içinde çocuk sahibi olmak istemeyen,
- Herhangi bir AP yöntemi kullanmayan,
- Mevcut/son gebeliğini planlamamış veya istenmeyen olduğunu düşünen

kadınların KAP ihtiyacının olduğu sonucuna varılmıştır (84,86).

2.7. Dünyada ve Türkiye’de Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı

Dünyada 1,9 milyar kadından yaklaşık olarak 1 milyarı AP gereksinim duymakta ve 190 milyon kadının AP gereksinimi olmasına karşın ne modern ne de geleneksel yöntem kullanmadığı bildirilmektedir (3,87). KAP ihtiyaç düzeyi dünya genelindeki 15-49 yaş kadınlarda yaklaşık olarak %10 şeklinde yüksek düzeydedir (3,). KAP ihtiyaç düzeyi, yüksek geliri olan ülkelerde %8 civarındayken düşük gelire sahip olan ülkelerde yaklaşık olarak %17 civarında olduğu bildirilmiştir (86). Bunun yanında düşük ve orta

gelire sahip olan ülkelerde tüm gebeliklerin yaklaşık olarak %50'si istenmeyen gebeliklerden oluşmaktadır (86,87).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir meta analiz çalışmasında da, dünya genelindeki AP kullanma yaygınlığı ve KAP ihtiyaç düzeyi incelenmiştir. Araştırma sonuçları, dünya genelinde AP kullanma prevalansının 1990-2010 yılları arasında %54,8'den, %63,3'e yükseldiğini, KAP ihtiyaç düzeyinin ise bu yıllar arasında %15,4'ten %12,3'e gerilediğini göstermektedir. Çalışmada, 2010 yılında 146 milyon, 2015 yılında ise 11.153 milyon kadının KAP ihtiyacının içerisinde olduğu bildirilmektedir (87). 2015-2023 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde AP yöntemi kullanan kadın sayısının 695 milyon olduğu belirtilmekte ve hala yaklaşık olarak 138 milyon kadının KAP ihtiyacı olduğu bildirilmektedir (87).

DSÖ'nün verilerine göre, gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki, yaklaşık 214 milyon kadının KAP ihtiyacının olduğu ve bunun sebepleri olarak AP yöntemlerine sınırlı erişim, yöntemlerin yan etkisi, kötü deneyimler, AP yöntem kullanımına yönelik kültürel, dini engeller, var olan AP hizmetlerinin niteliksiz olması ve toplum içerisinde cinsiyete dayalı engellerin olması gösterilmektedir (85,86).

Türkiye'de ise 1983 yılında kadınlar AP konusunda 2827 sayılı kanun ile önemli kazanımlar elde edilmiştir. Buna bağlı olarak 1993-2013 döneminde KAP ihtiyacı devamlı bir şekilde azalış göstermiştir (8,88). Fakat 2013-2018 döneminde KAP ihtiyaç düzeyi %6'dan %12'ye çıkmıştır (8,89). Bunun nedenleri arasında hükümetin güçlü toplum için doğurganlığı teşvik edici söylem ve girişimlerde bulunması, geleneksel ve muhafazakâr toplum yapısının belirginleşmesine bağlı kadınların yaşadığı baskı ile statülerini doğurganlıklarıyla ölçmesi gösterilebilir. 2013-2018 yılları arasındaki artış da buna paralel bir şekilde ilerlemektedir (90). Bunun yanında 35 yaş üstünde ki kadınlarda AP gereksinimlerinin daha fazla olduğu ve AP hizmetlerinin ulaştırılması noktasında daha fazla çalışılması gerektiği düşünülmektedir (88,89).

TNSA 2018 verileri, doğurganlık çağındaki kadınların %12'sinin KAP ihtiyacı içerisinde olduğunu; bu kadınların %4'ünün doğumlarına ara vermek istediğini, %8'inin ise doğurganlıklarını sonlandırmak istediğini ortaya koymaktadır (8). Ülkemizin doğu bölgesinde ve 20-24 yaş arasındaki evli kadınlar (%17) için KAP ihtiyacının daha yüksek

olduğu belirtilmektedir (8). KAP ihtiyacı, henüz hiç bir eğitim kademesini tamamlamamış kadınlar arasında en yüksek (%20), lise veya üzeri bir eğitim kademesini tamamlamış kadınlar arasında en düşük düzeydedir (%9) (8). KAP ihtiyacı, en düşük refah düzeyinden en yüksek refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan evli kadınlar arasında %18'den, %8'lere kadar düşmektedir. KAP ihtiyacının kentsel ve kırsal kesimler arasında farklılık göstermemesi ise dikkat çekici bir noktadır (5,8).

2.8. Aile Planlaması Hizmetlerine Erişimde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Kadınların gebelikten korunmaya karşı herhangi bir önlem almaması sonucu oluşan istenmeyen gebelikler sonrasında gelişen doğumlar ve düşüklere bağlı kadınların ve hane içinde yaşayan bireylerin psikososyal ve sosyoekonomik yönlerden etkilendikleri bildirilmektedir (91,92).

Bu etkiler ve değişimler göz önünde bulundurulduğunda, AP talebi ile gelen çiftlere yönelik doğurganlığın sonlandırılması, plansız gebeliklerin önlenmesi, gebeliklerinin aralığına karar verebilmesi ve bilinçli bir şekilde gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılabilmesi için AP konusunda nitelikli eğitimlerin ve danışmanlıkların verilmesinde hemşirenin sorumluluğu oldukça önemlidir. Bir gebeliği önleyici yöntemin seçilmesi çiftler açısından karmaşık bir süreçtir; sağlık profesyonelleri, gerekli bilgilerin sağlanmasında ve kullanılacak AP yöntemleri hakkında çiftlerin karar vermelerinin desteklenmesinde etkili bir noktadadır. Kaliteli ve nitelikli AP danışmanlığının hedefleri bilinerek ve bunların sağlıkta eşitlikle ilişkisi göz önüne alınarak, hasta merkezli hizmetler sağlanmalıdır. Her bir gebeliği önleyici yöntem çiftlere ayrı ayrı sunulmalı ve kendileri için en iyisini seçmelerinde çiftler sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmelidir (93,94).

AP hizmetinin amacı incelendiğinde, bireylerin üreme hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olmak için tasarlandığı gözlenmektedir. Dolayısıyla AP hizmetinin, istenmeyen gebeliği önlemeye yönelik tek bir duruma odaklanmaması gerekmektedir çünkü bu durum danışanların tercihleriyle uyumlu olmayabilir. Bunun yerine, sağlık profesyonelleri kadın ve erkeklerin, doğurganlıkları ve AP yöntemi kullanımları hakkında

isteklerine ve üreme hedeflerine uygun mantıklı, bilinçli kararlar vermelerini destekleyerek, istedikleri üreme sonuçlarına ulaşmalarına yardımcı olmaya odaklanmalıdır (95,96).

Özellikle AP hakkında bilgilendirmelerde bulunacak olan sağlık personelleri, içinde bulunduğu toplumun yanlış inançları ve AP ihtiyaçları arasındaki öncelikleri bilmeli ve hizmetin niteliğini, erişebilirliğini artırıcı girişimlerde bulunmalıdır. Bu yüzden hizmet verilecek; toplumun özellikleri (kültür, inanç, din, dil vb.), içinde yaşanan evin özellikleri (sosyodemografik, ekonomik seviye), kadına verilen değer ve statüsü (toplum ve ailede), toplumun çocuğa verdiği değer, çiftler arasında evliliğin konumu (kaçıncı evlilik, çiftler arasındaki yaş farkı, çiftler arasında evlilik bağı ile alınan sorumluluklar), çiftlerin üremeye ilişkin düşünce ve davranışı (istenen çocuk sayısı, cinsiyet tercihi, AP kullanma isteği), erkeğin doğurganlığa dair tutum ve davranışı (istenen çocuk sayısı, istenen cinsiyet, AP yöntemi) bilinmeli eğitimin içeriği bu kriterlere göre yapılmalıdır (95,97).

Türkiye’de Bakanlar Kurulu kararıyla 1983 yılında yürürlüğe giren Nüfus Planlaması Kanunu AP yöntemlerinin kullanım sunumlarını aktifleştirmiş ve gerekli kurslar açılarak hemşireler sertifikalandırılmıştır (96).

2827 numaralı yasaya göre Sağlık Bakanlığınca gerçekleşen kursları bitirebilen ebe/hemşirelerin görev tanımı ve sorumlulukları:

- Farklı eğitim yöntemleriyle her koşuldaki ve her çağıdaki bireylere eğitim ulaştırabilmek
- Toplumdaki her bir bireye AP yöntemlerine dair eğitim sağlamak,
- Kullanılan AP yöntemlerinin kullanım şeklini, faydalarını ve bireyi kendisi için en uygun olanın tercihine karar vermesi için desteklemek,
- Oral kontraseptif kullanacak kadınlarda yan etkileri açısından gerekli bilgilendirmelerde bulunmak,
- Vajinal muayene yapabilecek yeterlilikte olmak ve uygun olan kadınlara RİA önermek,
- RİA kullanan kadınların belli araklılarla izlemlerini yapmak,

- Fizik muayene ve takipte olası patolojik durumlar için kadını ilgili uzmana yönlendirmek,
- Prezervatif dağıtmak ve spermisitlerin doğru kullanılabilmesi için kadınları bilgilendirmek,
- Görev yaptığı kurumda uygun araçlar, ilaç ve tıbbi ekipmanlara erişebilmek ve bunların etkin kullanımını sağlamak,
- Devam eden AP ve yöntemleri hakkında güncel bilgileri takip etmek şeklindedir (98).

Sonuç olarak AP hizmetleri sunulurken hemşirenin oldukça önemli görev ve sorumluluğunun olduğu bilinmektedir. AP için başvuran çiftlere, en uygun desteği sunabilmek için bireyin gerekli bulgularına ulaşabilen hemşire; AP hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmeti sunma fırsatını da elde ettiğinden istenmeyen gebeliklerin ve isteyerek düşüklerin önüne geçebilecektir. Dolayısıyla çiftlerin genel sağlık durumuna ve bireysel mutluluğuna katkı sağlamış olurken AP ihtiyacı da karşılanarak toplumun refah düzeyine katkı sunulmuş olur (98).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih

Araştırma Ocak 2022 – Ocak 2023 tarihleri arasında yürütülmüş olup, verileri Mayıs 2022 tarihinde toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Şanlıurfa il merkezinde yürütülmüştür. Araştırmanın verileri il merkezindeki Haliliye, Eyyübiye ve Karaköprü ilçelerinde bulunan ASM'lerden toplanmıştır. Şanlıurfa il merkezine bağlı 46 ASM bulunmaktadır.

ASM'lerde aile hekimleri, aile sağlığı elemanları (ebe, hemşire), tıbbi sekreter ve sağlık hizmetleri personelleri (güvenlik, temizlik vb.) hizmet vermektedir. Bu ASM'lerde 15-49 yaş izlemleri kapsamında yaklaşık 457.886 kadına AP danışmanlığı ve hizmetleri sunulmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Bu araştırmanın evrenini, Şanlıurfa merkez ilçelerindeki ASM'lerden sağlık hizmeti alan doğurganlık çağındaki, herhangi bir AP yöntemi kullanmayan evli kadınlar oluşturmuştur.

Araştırmanın örnek seçiminde küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İl merkezindeki her bir ASM bir küme olarak alınmıştır. ASM'ye herhangi bir nedenle gelen ve çalışmanın dâhil edilme kriterlerine uyan ilk 20 kadın küme çapını oluşturmuştur. Küme sayısı hesaplamasında KAP oranısı esas alınmıştır.

Örnekleme, gerekli olan küme sayısını hesaplayabilmek için gerekli değerler bilinmediği için merkez ilçelerden Haliliye İlçesi'nde 2 ASM, Eyyübiye İlçesi'nde 2 ASM, Karaköprü İlçesi'nde 2 ASM pilot çalışma yapmak üzere seçilmiştir. Pilot çalışmada toplam 120 kadın ile görüşülmüştür. Pilot çalışmada; ortalama küme çapı 20

(mean cluster size the population), evren orantısı tahmin edicisi (estimator of the population proportion) 0.258, pilotun varyansı 3.76, evren orantısı tahmin edicisinin varyansı (estimated varyans of \hat{p}) 0.0013, tahmini tolerans sınırı 0.074, tahmini hata sınırı (the bound on the error of estimation) 0.04 alınarak gerekli küme sayısı 16 olarak hesaplanmıştır. Örneğin ICC'sı -0.052, desen etkisi 1.99'dur.

Çalışmaya katılmadan vazgeçen, verilerini eksik beyanda bulunan, daha sonra verisinin kullanılmasını istemeyen 7 kadın çalışmadan çıkarıldığı için; araştırma, Eyyübiye ilçesinde 6 ASM (116 kadın), Haliliye ilçesinde 6 ASM (118 kadın) ve Karaköprü ilçesinde 4 ASM (79 kadın) olmak üzere toplam 16 ASM ve 313 kadınla tamamlanmıştır.

3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Örnekleme dâhil olma kriterleri;

- Doğurganlık çağında ve evli olmak,
- Herhangi bir AP yöntemi kullanmamak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- İletişim sorunu olmamak.

Örnekleme dışlanma kriteri;

- Herhangi bir psikolojik veya algılama sorununa sahip olmak.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

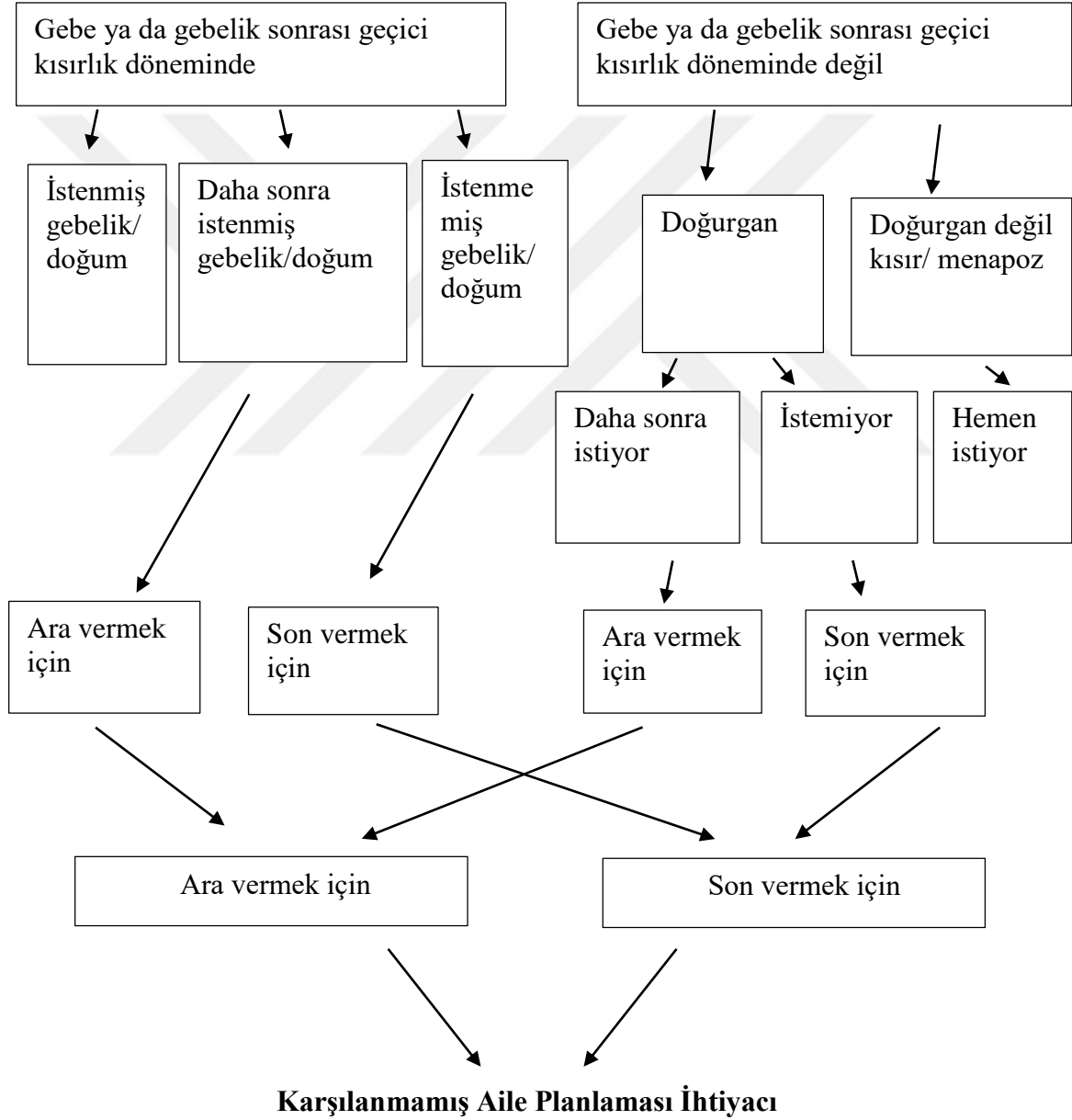
Araştırmanın bağımlı değişkeni; KAP ihtiyacı düzeyidir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; kadınların sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri ile KAP ihtiyacına ilişkin özellikleridir.

Tanımlar: KAP ihtiyaç düzeyi; Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Birleşmiş Milletler (BM) Nüfus Fonu Türkiye Ofisi (UNFPA)'nin aşağıda yer alan algoritmasına göre tanımlanmıştır (18). Algoritmaya göre: gebe ya da gebelik sonrası geçici infertil döneminde olan kadınlardan plansız gebeliği olan, daha sonra gebe kalmak isteyen ya da doğurganlığa son vermek isteyen kadınlar ile gebe ya da gebelik sonrası geçici kısırlık

döneminde olmayan, ancak şu anda ya da daha sonrasında gebe kalmak istemeyen kadınlar, KAP ihtiyacı olan kadınlar olarak tanımlanmaktadır (Şekil 1).

Yöntem Kullanmayan Kadınlar



Şekil 1: Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı Düzeyi Algoritması

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik bakımından uygunluğu için Harran Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (EK 1) ve çalışmanın yürütülebilmesi için Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK 2) yazılı izin, örneklem seçimine uyup çalışmaya katılmaya rıza gösteren kadınlardan ise bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

3.8. Verilerin Toplanması ve Araçlar

Araştırmacı tarafından genişçe taranan literatür neticesinde (3,5,8,18,25,36) oluşturulan Veri Toplama Formu (EK 3) kullanılarak veriler toplanmıştır.

Veri Toplama Formu;

✓ Kadınların sosyo-demografik özelliklerini (kadınların ve eşlerinin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin eğitim durumu, eşinin çalışma durumu, hane içinde en çok konuşulan dil, gelir, sağlık güvenceleri, aile tipi) içeren 10 soru,

✓ Doğurganlık özelliklerini (toplam gebelik sayısı, toplam yaşayan çocuk sayısı, son doğumunu ne zaman yaptığı, daha önce aile planlaması kullanıp kullanmama durumu, daha önce kullandığı aile planlaması yöntemi, daha önce kullandığı yöntemi bırakmış ise bırakma nedeni, son gebeliğin planlı olup olmama durumu,) içeren 7 soru,

✓ KAP ilişkin özelliklerini (şu an AP yöntemi kullanmama nedeni, son doğum veya gebeliğini isteyip istememe durumu, tekrar gebe kalmayı düşünme durumu, ne zaman gebe kalmayı istediği durumu, kendine uygun yöntem kullanmayı düşünme durumu, aile planlaması kullanmayı düşünüyorsa hangisini ve ne kadar süre sonra kullanacağını), içeren 6 soru olmak üzere toplamda 23 sorudan oluşmaktadır.

3.8.1. Ön Uygulama

Veri Toplama Formunun eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi, uygulama planının belirlenmesi ve örneklem sayısının belirlenmesi amacıyla 09.05.2022 ve 12.05.2022 tarihleri arasında pilot seçilen 6 ASM'de ön uygulama yapılmıştır. Karaköprü ilçesindeki ASM'lerde 40, Haliliye ilçesindeki ASM'lerde 40 ve Eyyübiye ilçesindeki ASM'lerde 40 olmak üzere toplam 120 kadın ile

ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonrasında veri toplama formunda herhangi bir değişiklik yapılmadığından bu gruptaki kadınlar örnekleme dâhil edilmiştir.

3.8.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Araştırmanın veri toplama formu 09-28 Mayıs 2022 tarihleri arasında her ASM’de 09:00-16:00 saatleri arasında, kriterlere uyan ve ASM’ye başvuran kadınlar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır.

Kadınlar ASM’ye daha çok bebeklerinin genellikle aşı programları için başvurduğundan, yüz yüze görüşmeler kadınlar aşılama için beklerken bekleme salonunda gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amacı ve formunun içeriği her kadına ayrı ayrı açıklanmış ve bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. ASM’lere göre farklılık göstermekle birlikte günde yaklaşık olarak 40 kadın ile görüşülmüştür. Her bir kadınla görüşme ortalama 8-10 dakika sürmüştür.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda toplanan veriler, bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Windows 20.0 istatistik programı kullanılarak araştırmacılar tarafından analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, standart sapma; tek değişkenli analizlerden ki-kare, Mann Whitney-U testi ve çok değişkenli analizlerden Lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Bulgular %95 güven aralığında $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Araştırma sırasında katılımcılara yönelik hiçbir girişimsel işlem veya ölçüm yapılmamıştır. Veriler sözlü beyana dayalıdır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar verilerin toplandığı yer ile sınırlıdır.

Araştırma verileri toplanırken, özellikle Eyyübiye ve Haliliye ilçesindeki ASM’lerin çok yoğun ve kalabalık olması ve yüz yüze görüşme için araştırmacıya ayrılacak yeterli fiziki koşulların olmaması, genellikle bebekleriyle gelen annelerin bebeklerin bakımıyla ilgilenmesi görüşmelerin uzamasına sebep olan güçlüklerdendir.

4. BULGULAR

Şanlıurfa’da kadınların KAP ihtiyaç düzeyi ve nedenlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular aşağıda belirtilen iki başlık altında ele alınmıştır.

4.1. Kadınları Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

4.2. Kadınların Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı ile İlişkili Faktörlere Yönelik Bulgular

4.1. Kadınları Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Kadınları tanıtıcı özelliklerin dağılımı Tablo 4.1.1’ de verilmiştir. Tabloya göre; kadınların %41.5’i herhangi bir eğitim kademesini tamamlamamış, sadece %11.9 gelir getiren bir işte çalışmakta, %76.4’ü gelirini giderinden az olarak algılamakta ve %37.4’ünün sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Yine kadınların %21.4’ü geniş ailede yaşamakta ve %56.9’u evlerinde Türkçe dışında bir dil (%32.6 Kürtçe, %24.3 Arapça) kullanmaktadır. Kadınların eşlerinin ise %22.3’ü herhangi bir eğitim kademesini tamamlamamış, %86.9’unun gelir getiren bir işi vardır ve çoğunlukla işçi (%48.0) olarak çalışmaktadırlar (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı- 1

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	73	23.3
Okur-yazar	57	18.2
İlköğretim	56	18.0
Ortaöğretim	48	15.3
Lise	47	15.0
Üniversite ve üzeri	32	10.2
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	276	88.1

Tablo 4.1.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı- 1 (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Çalışıyor	37	11.9
İşçi	10	3.3
Memur	22	7.0
Esnaf	5	1.6
Eşinin Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	23	7.3
Okur-yazar	47	15.0
İlköğretim	54	17.3
Ortaöğretim	54	17.3
Lise	80	25.5
Üniversite ve üzeri	55	17.6
Eşinin Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	41	13.1
Çalışıyor	272	86.9
İşçi	148	48.0
Memur	49	15.7
Esnaf	66	21.0
Emekli	9	2.2
Evde Konuşulan Dil		
Türkçe	135	43.1
Kürtçe	102	32.6
Arapça	76	24.3
Algılanan Gelir Durumu		
Gelir giderden az	236	76.4
Gelir gidere eşit	71	22.6
Gelir giderden fazla	6	1.0
Sağlık Güvencesi		

Tablo 4.1.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı- 1 (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Var	196	62.6
Yok	117	37.4
Aile Tipi		
Çekirdek aile	246	78.6
Geniş aile	67	21.4
Toplam	313	100.0

Kadınların ve eşlerinin yaş özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.2 de verilmiştir. Tabloya göre kadınların yaş ortalaması 31.65 ± 7.32 ve eşlerinin yaş ortalaması 35.73 ± 7.89 'tür (Tablo 1.4.2).

Tablo 4.1.2. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı-2

Tanıtıcı Özellikler	Ortalama \pm SS	Ortanca (Min- Max)
Kadının Yaşı	31.65 ± 7.32	31.0 (17-49)
Eşinin Yaşı	35.73 ± 7.89	35.0 (20-61)

Kadınların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.3 ve Tablo 4.1.4'de verilmiştir. Tablo 4.1.3'e göre; kadınların %99.1'inin en az bir gebelik öyküsü, %95.6'sının doğum öyküsü vardır. Kadınların %94.9'unun en az bir tane yaşayan çocuğu vardır (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.4'e göre ise; kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması 4.0 ± 2.4 , toplam doğum sayısı ortalaması 3.3 ± 2.0 ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 3.28 ± 2.0 'dir. Kadınların yaşayan kız çocuğu sayısının ortalaması 2.0 ± 1.2 iken yaşayan erkek çocuğu sayısının ortalaması 2.0 ± 1.1 'dir. Yine tabloya göre; kadınların son doğumlarının üzerinden geçen süre ortalaması 39.3 ± 47.3 aydır (Tablo 4.1.4).

Tablo 4.1.3. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı-1

Obstetrik Özellikler	Sayı	%
Gebelik Öyküsü		
Var	309	99.1
Yok	4	0.9
Doğum Öyküsü		
Var	299	95.6
Yok	14	4.4
Yaşayan Çocuk Durumu		
Var	297	94.9
Yok	16	5.1
Toplam	313	100.0

Tablo 4.1.4. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı-2

Doğurganlık Özellikleri	Ortalama ± SS	Ortanca (Min- Max)
Gebelik Sayısı	4.0 ± 2.4	4.0 ± (1- 14)
Doğum Sayısı	3.3 ± 2.0	3.0 ± (1- 12)
Yaşayan Çocuk Sayısı	3.28 ±2.0	3.0 ± (1- 12)
Kız	2.0 ± 1.2	2.0 ± (1- 8)
Erkek	2.0 ± 1.1	2.0 ± (1- 7)
Son Doğumun Üzerinden Geçen Süre(Ay)	39.3 ± 47.3	20.0 ± (1- 252)

Tablo 4.1.5’de kadınların AP yöntem kullanımına ilişkin bazı faktörlerin dağılımı verilmiştir. Kadınların %78.3’ü hayatlarının herhangi bir döneminde herhangi bir AP yöntemi kullanmıştır. Kadınların daha önce kullandıkları AP yöntemini bırakma

nedenleri arasında sıklıkla; gebelik planlama ya da gebe olma (%54.9), sağlık sorunları ile ilgili nedenler (%13.1) ve ekonomik nedenler (%5.1) yer almaktadır.

Tablo 4.1.5' e göre kadınların şu an herhangi bir AP yöntemi kullanmama nedenleri arasında; gebe/lohusa olması (%58.2), menopoz/infertil olması (%10.5) yer alırken, diğer nedenler arasında sıklıkla; eşi veya eşinin ailesi tarafından AP yöntem kullanımının kısıtlanması (%5.7), AP yöntemlerine karşı olan yanlış inanç ve tabular (%5.4) yer almaktadır.

Yine Tablo 4.1.5'e göre kadınların %74.4'ü gelecekte AP kullanmayı isterken en sık tercih edilen yöntemler sırasıyla RİA (%30.4) ve kondom (%19.8) 'dur. Yine bu tabloya göre kadınların %25.6'sı gelecekte AP kullanmayı istemezken, kadınlar sıklıkla eşi istemiyor/kararsız (%6.8) olduğu ve gebelik düşündüğü (%5.8) için yöntem kullanmayı istememektedir (Tablo 4.1.5).

Tablo 4.1.5. Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımına İlişkin Bazı Faktörlerinin Dağılımı-1

AP Kullanımına İlişkin Durumlar	Sayı	%
AP Yöntem Kullanma Öyküsü		
Yok	68	21.7
Var	245	78.3
Önceki AP Yöntemi Bırakma Nedeni		
Yok	68	21.7
Var	245	78.3
Gebelik Planlanmış/Gebe	172	54.9
Sağlık Sorunlarıyla İlgili Nedenler	41	13.1
Ekonomik Nedenler	16	5.1
Yanlış İnanç, Korku Ve Tabular	15	4.7
Dini Nedenler	1	0.5
Şu An AP Kullanmama Nedeni		
Gebe/Lohusa	182	58.2

Tablo 4.1.5. Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımına İlişkin Bazı Faktörlerinin Dağılımı-1 (Devamı)

AP Kullanımına İlişkin Durumlar	Sayı	%
İnfertil/Menopoz	33	10.5
Diğer Nedenler	98	31.3
Eşi/ Eşinin Ailesi İstemiyor	18	5.7
Yanlış İnanç ve Tabular	17	5.4
Kendisi İstemiyor/ Gebelik Planlıyor	14	4.5
Ekonomik Nedenlerden Ulaşamıyor	13	4.2
Sağlıkla İlgili Nedenler	13	4.2
Yöntemlere Güvenmiyor/Korkuyor	10	3.2
Yöntem Değiştirmek İçin Bırakmış	6	1.9
Aktif Cinsel Yaşamı Yok	5	1.6
AP Hakkında Bilgisi Sınırlı/Yok	2	0.6
Gelecekte AP Kullanma İsteği		
Var	233	74.4
Rahim İçi Araçlar	95	30.4
Kondom	62	19.8
Hap ve İğneler	35	11.1
Tüp Ligasyonu	21	6.7
Geri Çekme Yöntemi	20	6.4
Yok	80	25.6
Eşi İstemiyor/Kararsız	21	6.8
Gebelik İstiyor	19	5.8
Sağlıkla İlgili Nedenler	17	5.6
Ekonomik Nedenler	14	4.5
Yanlış İnanç ve Tabular	9	2.9
Toplam	313	100.0

Tablo 4.1.6’da kadınların AP yöntemi kullanımına ilişkin bazı faktörlerin dağılımı verilmiştir. Tabloya göre; kadınların daha önce kullandıkları yöntemi kullanma süresi ortalaması 40.3 ± 33.2 ay iken, tekrar gebe kalmayı düşünen kadınlar, bu gebeliği ortalama 2.2 ± 1.1 yıl sonrası için planlamaktadırlar. Ayrıca, gebeliklerine ara vermek veya sonlandırmak isteyen kadınlar ortalama 10.3 ± 11.1 yıl boyunca gebelikten koruyucu bir AP yöntemi kullanmayı planlamaktadır (Menapoza kadar yanıtını veren kadınlarda TNSA 2018 verilerine göre ortalama menapoz yaşı (48.7) esas alınarak hesaplanmıştır). (Tablo 4.1.6).

Tablo 4.1.6. Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımına İlişkin Bazı Faktörlerin Dağılımı-2

Özellikler	Ortalama \pm SS	Ortanca (Min- Max)
Tekrar Gebelik Planlama Süresi (Yıl)	2.20 ± 1.1	2.0 (1- 8)
Daha Önce Kullanılan Yöntemin Süresi(Ay)	40.3 ± 33.2	$36.0 \pm (1- 192)$
Gelecekte Planlanan Yöntemi Kullanım Süresi (Yıl)	10.3 ± 11.1	10.0 (1- 27)

Tablo 4.1.7’de KAP ihtiyaç düzeyini etkileyen bazı faktörlerin dağılımı verilmiştir. Kadınların %23.4’ü son gebeliği/doğumu istemeden gerçekleşmiştir ve sıklıkla eşi veya eşinin ailesi istediği için (%7.3) ya da korunurken gebe (%11.2) kalmıştır. Tablo 4.1.7’e göre kadınların %59.2’si tekrar gebe kalmayı istemezken, %36.1’i bunu ekonomik nedenlerden, %11.5’ise bunu sağlığının bozulacağına dair endişelerden istememektedir (Tablo 4.1.7).

Tablo 4.1.7. Kadınların Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyaç Düzeyini Etkileyen Bazı Faktörlerin Dağılımı

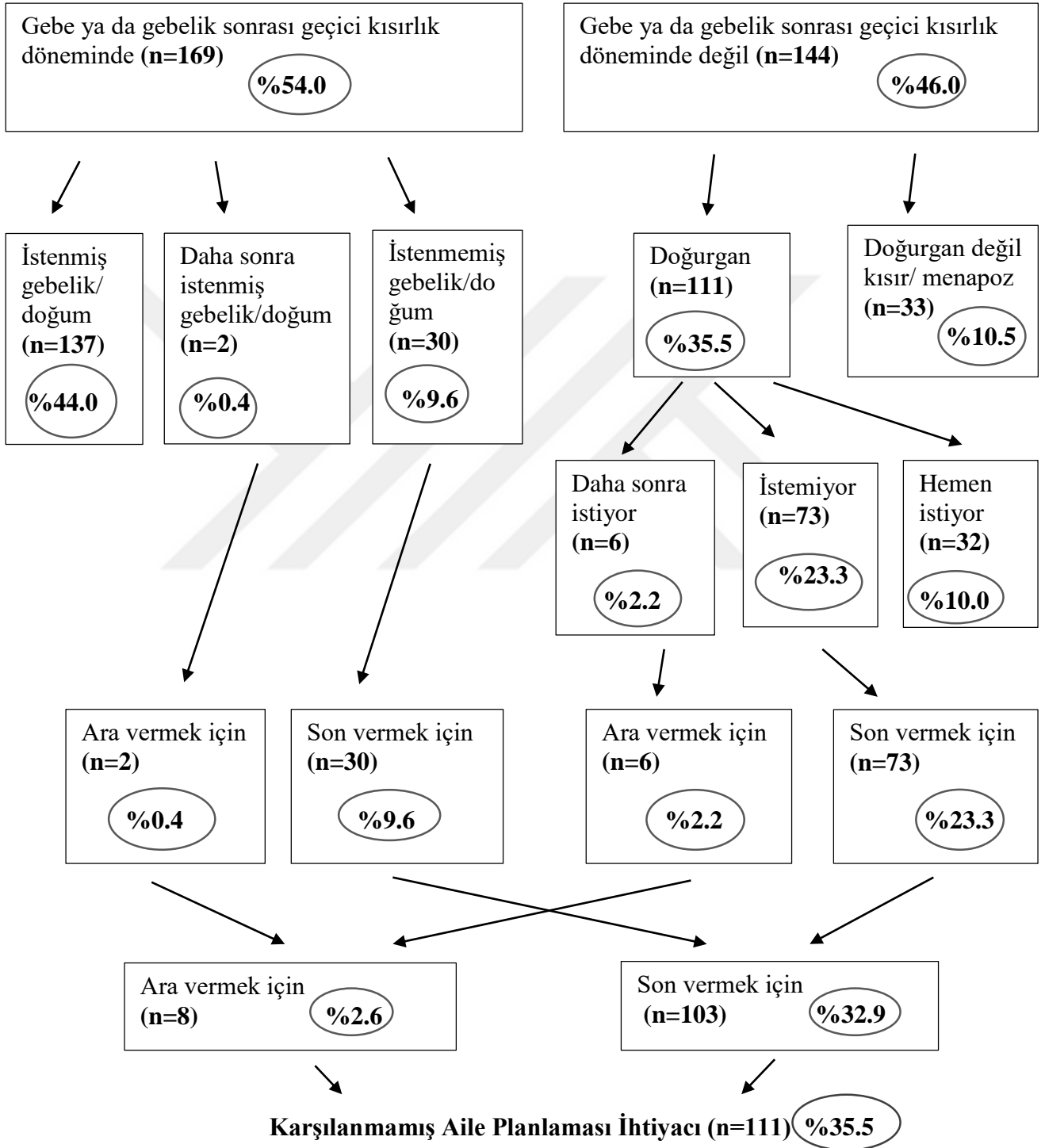
KAP İhtiyacını Etkileyen Özellikler	Sayı	%
Son gebeliği/doğumu isteme durumu		
Evet	240	76.6
Hayır	73	23.4
Korunurken Gebe Kalmış	35	11.2
Eşi/Eşinin Ailesi İsteddiği İçin Gebe Kalmış	23	7.3
Sağlıkla İlgili Nedenlerden İstememiş	7	2.2
Ekonomik Zorluklardan İstememiş	5	1.7
Yanlış İnanç ve Tabular	3	1.0
Tekrar Gebe Kalmayı İsteme Durumu		
Evet	128	40.8
Hayır	185	59.2
Ekonomik Nedenler	113	36.1
Sağlıkla İlgili Kaygılar	36	11.5
Sosyal Kaygılar	23	7.3
Eşi Yok/ İstemiyor	7	2.3
Yanlış İnanç ve Tabular	6	2.0
Toplam	313	100.0

Tablo 4.1.8’de kadınların KAP ihtiyacına ilişkin dağılımı verilmiştir. Kadınların %35.5’inin KAP ihtiyacı vardır ve %2.6’sı gebeliklerine ara vermek, %32.9’u gebeliklerine son vermek için AP hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır (Tablo 4.1.8).

Tablo 4.1.8. Kadınların Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacına İlişkin Dağılımı

Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı (KAP)	Sayı	%
Var	111	35.5
Gebeliklerine ara vermek için	8	2.6
Gebeliklerine son vermek için	103	32.9
Yok	202	64.5
Toplam	313	100.0

Yöntem Kullanmayan Kadınlar (n=313)



Şekil 2: Şanlıurfa'da Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyaç Düzeyi Algoritması (Consort Şeması)

4.2. Kadınların Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı ile İlişkili Faktörlere Yönelik Bulgular

Kadınların bazı tanıtıcı özelliklerinin KAP ihtiyaç düzeyine göre dağılımı Tablo 4.2.1 ve 4.2.2’de verilmiştir. Tablo 4.2.1’e göre; okur-yazar olmayan (%52.1), çalışmayan (%37.3), eşi okur-yazar olan (%55.3), eşi çalışmayan (%41.5), evde en çok Arapça konuşan (%48.7), geliri giderinden az (%38.6), sağlık güvencesi olan (%35.7) ve geniş aile de yaşayan (%46.3) kadınların KAP ihtiyaç düzeyi daha fazladır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, KAP ihtiyaç düzeyi ile kadının ve eşinin eğitim düzeyi ile evde en çok kullanılan dil açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), kadının ve eşinin gelir getiren bir işte çalışma durumu, algılanan gelir durumu, sağlık güvencesi ve aile tipi açısından gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2’ye göre ise; kendisinin (34(17-49)) ve eşinin yaş ortancası (37(20-61)) daha yüksek olan kadınların KAP ihtiyaç düzeyleri de daha fazladır ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.1. Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacına Göre Dağılımı-1

Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı						
Tanıtıcı Özellikler	Var		Yok		İstatiksel Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	X²	P
Eğitim Düzeyi					23.899	0.001
Okur-yazar değil*	38	52.1	35	47.9		
Okur-yazar	23	40.4	34	59.6		
İlköğretim	24	42.9	32	57.1		
Ortaöğretim	12	25.0	36	75.0		
Lise	8	17.0	39	83.0		
Üniversite ve üzeri	6	18.8	26	81.2		
Çalışma Durumu					2.860	0.091
Çalışıyor	8	21.6	29	78.4		
Çalışmıyor	103	37.3	173	62.7		
Eşinin Eğitim Düzeyi					20.922	0.001
Okur-yazar değil	7	30.4	16	69.6		
Okur-yazar*	26	55.3	21	44.7		
İlköğretim	23	42.6	31	57.4		
Ortaöğretim	24	44.4	30	55.6		
Lise	17	21.2	63	78.8		

Tablo 4.2.1. Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacına Göre Dağılımı-1 (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı		İstatistiksel Analiz			
	Var	Yok	X ²	P		
	Sayı	%	Sayı	%		
Üniversite ve üzeri	17	21.2	63	78.8		
Eşinin Çalışma Durumu					0.471	0.492
Çalışıyor	94	34.6	178	65.4		
Çalışmıyor	17	41.5	24	58.5		
Evde Konuşulan Dil					7.765	0.021
Türkçe	41	30.4	94	69.6		
Kürtçe	33	32.4	69	67.6		
Arapça*	37	48.7	39	51.3		
Algılanan Gelir Durumu					5.936	0.051
Gelir giderden az	91	38.6	145	61.4		
Gelir gidere eşit	20	28.2	51	71.8		
Gelir giderden fazla	0	0	6	100.0		
Sağlık Güvencesi					0.014	0.904
Var	70	35.7	126	64.3		
Yok	41	35.0	76	65.0		

Tablo 4.2.1. Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacına Göre Dağılımı-1 (Devamı)

Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı						
Tanıtıcı Özellikler	Var		Yok		İstatiksel Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	X²	P
Aile Tipi					3.769	0.052
Çekirdek aile	80	32.5	166	67.5		
Geniş aile	31	46.3	36	53.7		

* Fark yaratan grup

Tablo 4.2.2. Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacına Göre Dağılımı-2

Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı				
Tanıtıcı Özellikler	Var	Yok	İstatiksel Analiz	
	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	M-W-U	P
Kadının Yaşı	34.2 (17-49)	29.5 (19-53)	7093.5	0.001
Eşin Yaşı	37.7 (20-61)	31.6 (22-68)	4955.5	0.001

Kadınların bazı obstetrik özelliklerinin KAP ihtiyacına göre dağılımı Tablo 4.2.3 ve tablo 4.2.4’de verilmiştir. Tablo 4.2.3’ e göre gebelik öyküsü (%35.4), doğum öyküsü (%35.1) ve yaşayan çocuk sayısı (%35.1) fazla olan kadınların KAP ihtiyacı daha fazladır ve bu gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.3. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacına Göre Dağılımı-1

Tanıtıcı Özellikler	Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı				İstatistiksel Analiz	
	Var		Yok		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Gebelik Öyküsü					14.120	0.001
Var	111	35.4	202	64.6		
Yok	0	0	0	0		
Doğum Öyküsü					5.136	0.023
Var	110	35.1	189	61.8		
Yok	1	0.3	13	3.8		
Yaşayan Çocuk Durumu					6.288	0.012
Var	110	35.1	187	60.0		
Yok	1	0.3	15	4.6		

Tablo 4.2.4’de ise; kadınların gebelik sayısı ortancası (5(1-14)), doğum sayısı ortancası (4(1-12)), yaşayan çocuk sayısı ortancası (4(1-12)), yaşayan kız çocuğu sayısı ortancası (2(1-8)), yaşayan erkek çocuğu sayısı ortancası (2(1-7)), son doğumunun üzerinden geçen süre ortancası (30(1-180) ay) fazla olanların KAP ihtiyacı da daha fazladır ve bu gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (p <0.05).

Tablo 4.2.4. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacına Göre Dağılımı-2

Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı				
	Var	Yok	İstatistiksel Analiz	
Tanıtcı Özellikler	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	M-W-U	P
Gebelik Sayısı	5 (1-14)	3 (1-11)	5225.0	0.001
Doğum Sayısı	4 (1-12)	2 (1-11)	4727.0	0.001
Yaşayan Çocuk Sayısı	4 (1-12)	2 (1-11)	4870.5	0.001
Kız Çocuğu	2(1-8)	1 (1-7)	4445.5	0.001
Erkek Çocuğu	2(1-7)	4(1-7)	4955.5	0.001
Son Doğumun Üzerinden Geçen Süre (Ay)	30(1-180)	18 (1-252)	8580.0	0.010

Tablo 4.2.5 ve Tablo 4.2.6’da kadınların AP yöntem kullanımını etkileyen faktörlerin KAP ihtiyacına göre dağılımı verilmiştir. Tablo 4.2.5’e göre; son gebeliğini/doğumunu istemeyen (%24.4), tekrar gebelik istemeyen (%35.5) ve AP yöntem kullanma öyküsü olan (%31.9) kadınların KAP ihtiyacı daha fazladır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; KAP ihtiyaç düzeyi ile son gebeliğini/doğumunu isteme durumu ve tekrar gebelik düşünme durumu açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p < 0.05$), AP yöntem kullanma öyküsü açısından gruplar arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4.2.5. Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımını Etkileyen Bazı Faktörlerin Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacına Göre Dağılımı-1

Özellikler	Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı				İstatistiksel Analiz	
	Var		Yok		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Son Gebeliği/Doğumu İsteme Durumu					143.6	0.001
Evet	40	13.7	177	61.3		
Hayır	71	24.4	2	0.6		
Tekrar Gebe Kalmayı İsteme Durumu					65.4	0.001
Evet	8	5.9	97	33.4		
Hayır	103	35.5	82	28.2		
AP Yöntem Kullanma Öyküsü					14.120	0.100
Var	100	31.9	145	46.3		
Yok	11	3.5	57	18.3		

Tablo 4.2.6'ya göre; kadınların tekrar gebelik planlama süresinin ortancası (2.5(1-5) yıl), daha önce kullanılan AP yöntem süresinin ortancası (36(1-180) ay) ve gelecekte planlanan yöntemi kullanım süresinin ortancası (10(2-27) yıl) daha fazla olanların KAP ihtiyacı daha fazla bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; KAP ihtiyaç düzeyi ile tekrar gebelik planlama süresi ve daha önce kullanılan AP yöntem süresi açısından gruplar arasındaki fark anlamsız bulunurken ($p>0.05$), gelecekte planlanan yöntemi kullanım süresi açısından gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.2.6. Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımını Etkileyen Bazı Faktörlerin Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacına Göre Dağılımı-2

Tanıtıcı Özellikler	Karşılanmamış Aile Planlaması			
	Var	Yok	İstatistiksel Analiz	
	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	M-W-U	P
Tekrar Gebelik Planlama Süresi (Yıl)	2.5 (1-5)	2.0 (1-8)	250.5	0.075
Daha Önce Kullanılan Yöntemin Süresi (Ay)	36 (1-180)	24 (1-192)	6536.5	0.100
Gelecekte Planlanan Yöntemi Kullanım Süresi (Yıl)	10 (2-27)	5.0 (1-27)	3883.5	0.001

Tablo 4.2.7’de tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı fark yaratan; konuşulan dil (kategorik; Arapça), yaşayan kız çocuğu sayısı (sürekli; 2 ve üzeri), yaşayan erkek çocuğu sayısı (sürekli; 2 ve üzeri), kadının yaşı (sürekli; 34 ve üzeri), planlanan yöntem kullanım süresi (sürekli; 10 yıl ve üzeri) ve son doğumun üzerinden geçen süre (sürekli; 30 ay ve üstü) değişkenleri ile lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Model “Enter” yöntemi ile yapılmıştır. Lojistik regresyon analizi sonucuna göre; KAP ihtiyacını; hane içinde Arapça konuşuluyor olması 3.5 kat, yaşayan kız çocuğu sayısının 2 ve üzerinde olması 1.8 kat, kadının yaşının 34 ve üzerinde olması 1.2 kat ve son doğumunun üzerinden geçen sürenin 30 ay ve üzerinde olması 1.0 kat arttırdığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2.7. Kadınların Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacını Arttıran Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Modeli

Risk Faktörleri	B	P	QR	%95 CI
Konuşulan Dil (Arapça)	1.256	0.032	3.512	1.112 - 11.087
Yaşayan Kız Çocuğu Sayısı (2 ve üzeri)	0.628	0.040	1.875	1.220 - 2.881
Son Doğumun Üzerinden Geçen Süre (30 ay ve üzeri)	0.019	0.033	1.019	1.002 - 1.038
Kadının yaşı (34 ve üzeri)	0.189	0.005	1.208	1.060 - 1.317
Yaşayan erkek çocuğu sayısı (2 ve üzeri)	0.421	0.070	1.524	0.966 - 2.404
Planlan yöntem kullanım süresi (10 yıl ve üzeri)	-0.033	0.100	0.968	0.931 - 1.006
Sabit	-8.525	0.001	0.001	

5.TARTIŞMA

KAP ihtiyacı, AP kullanımının bir belirleyicisi olmanın yanında toplumun sosyoekonomik, psikososyal, biyolojik, dini ve kültürel unsurlarını değerlendirmeye olarak çiftlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olabilmelerini de ifade eder (5). BM'in verilerine göre KAP ihtiyacının dünya genelinde yaklaşık %10 olduğu, özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu oranın daha yüksek olduğu belirtilirken (6), Türkiye'de ise KAP ihtiyacının yaklaşık olarak %11.5 olduğu bildirilmektedir (6,18). Bu çalışmada KAP ihtiyacı %35.5 olarak bulunmuştur. Kadınların %2.6'sının gebeliklerine ara vermek için, %32.9'unun ise doğurganlıklarını sonlandırmak için KAP ihtiyacı bulunmaktadır. Bu sonuç, Türkiye ortalamasının yaklaşık olarak üç katıdır. Araştırmanın yapıldığı Şanlıurfa'nın, Türkiye'de toplam doğurganlık hızının ve ortalama çocuk sayısının en yüksek il (9) olduğu göz önüne alındığında, bu sonuç şaşırtıcı değildir.

Literatür incelendiğinde KAP ihtiyacını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen birçok faktör olduğu belirtilmektedir (102-115). Bunlardan biri sosyo-demografik faktörlerdir. Eğitim, gelir düzeyi ve dil gibi sosyo-demografik faktörler AP hizmetlerine erişim ve kullanımda oldukça önemlidir. Literatürde eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yükseldikçe AP hizmetlerine erişim ve uygun kullanımın arttığı, dilin bu hizmete erişilebilirliği artırıcı ya da azaltıcı bir faktör olabileceği gösterilmiştir (87,93,116-126). Bu çalışmada da kadının ve eşinin eğitim düzeyi düşük, gelir düzeyi düşük, yaş ortalamaları fazla ve evde çok konuşulan dili Arapça olanlarda KAP ihtiyacı daha yüksektir. Eğitim düzeyi, çalışma durumu ve ekonomik durumun kadının toplum içindeki statüsünü belirleyen, gücünü arttıran ve toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlayan en önemli bileşenlerden olduğu bilinmektedir (117,119). Bunun yanında AP yöntem kullanımının da kadının statüsünde belirleyici olduğu belirtilmektedir (108,113). Araştırmada kadınların eğitim düzeylerinin ve ekonomik durumlarının Türkiye ortalamasından düşük olduğu (112) göz önünde bulundurulduğunda, kadınların AP hizmetlerine ulaşmada ve kullanımda dezavantajlı grup olduğu düşünülebilir. Nitekim Şanlıurfa'da yapılan benzer çalışmalarda, sosyo-kültürel faktörlerin, toplumsal cinsiyet normlarının ve kadının statüsünün kadınların doğurganlıkları ve AP kullanımları üzerinde etkisi olduğu gösterilmiştir (7,119,124,127). Türkiye'nin kuzeyinde gerçekleştirilen bir başka çalışmada üniversite okuyan kadınların AP kullanım oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (106). Çalışmada, ana dili Arapça olan kadınların KAP ihtiyacı daha fazladır

ve dil, KAP ihtiyacını 3.5 kat artıran bir faktör olarak bulunmuştur. Türkiye’de sıklıkla Arapça konuşan, Suriyeli mülteci kadınlarla yapılan bir çalışmada dil ve kültürel yapının AP hizmetlerine ulaşmada bariyer yarattığı belirlenmiştir (118).

Çalışmada, kendisinin ve eşinin yaş ortalaması yüksek olan kadınların KAP ihtiyacı daha fazla ve kadının yaş ortalamasınının 34’ün üzerinde olması KAP ihtiyacını 1.2 kat artıran bir faktör olarak bulunmuştur. Avrupa’da yapılan bazı çalışmalarda kadının yaşının artması ile AP yöntem kullanımının da arttığı bildirilmiştir (120,121,122). Fakat bu araştırmada KAP ihtiyacının yaş arttıkça arttığı görülmektedir. Bu durum çiftlerin istediği çocuk sayısına erişememiş olmasından ve kadınların çok çocuk doğurarak statü kazanmak istemelerinden dolayı AP kullanmadıklarını düşündürmektedir.

Literatürde kadınların obstetrik öykülerinin AP yöntem kullanımında değişikliklere neden olabileceği gözlemlenmiştir (102-107,112-116,124-127). Bu araştırmada gebelik, doğum, yaşayan çocuk sayısı ve son doğumunun üzerinden geçen süresi fazla olan kadınların KAP ihtiyacı fazladır. Ataerkil ve geleneksel toplumda otorite figürü erkek iken, kadın ancak doğurganlığıyla toplum içinde statü kazanabilmektedir (119). 81 il içerisinde kadının toplumsal eşitliği karnesi raporunda Şanlıurfa’nın 75. sırada olması göz önünde bulundurulduğunda, Şanlıurfa’da kadınların doğurganlığı ile statü elde etme çabasında olduğu düşünülebilir (126). Araştırmada yaşayan kız çocuğu sayısının 2 ve üzerinde olması KAP ihtiyacını 1.8 kat artıran bir faktör olarak bulunmuştur. Şanlıurfa’da yapılan farklı çalışmalar incelendiğinde, kadınların erkek çocuk doğurarak statülerini yükselttiklerini düşündükleri belirlenmiştir (124,127). Bu nedenle kadınların, erkek çocuk tercihlerinin olduğu ve bunun sonucu olarak planladıklarından/istediklerinden daha fazla çocuğa sahip oldukları belirtilmektedir (119,124.127). Doğu Afrika’da yapılan bir meta-analiz çalışmasında AP kullanım durumunu etkileyen normlar incelenmiş ve bazı obstetrik durumların (çok çocuklu olma, gebelik sayısının fazla olması) AP yöntem kullanımında etkili olduğu belirtilmiştir (103). Araştırmada son doğumunun üzerinden geçen zamanı 30 ayın üzerinde olan kadınların KAP ihtiyacınının 1.0 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu duruma kadınların AP kullanımındaki kararsızlıklar ve buna bağlı yöntem kullanmama süresinin artmasının neden olduğu düşünülmektedir.

Literatürde AP yöntem kullanımına ilişkin bazı davranışların KAP ihtiyacını etkilediği belirlenmiştir (117-128). Özellikle geleneksel veya muhafazakâr yapıya sahip

toplumlarda kadınlar yanlış inanç ve dini baskılardan dolayı AP kullanımlarının etkilendiği görülmektedir (117,114,128). Araştırmada daha önce kullandığı AP yöntemini bırakan kadınların sıklıkla sağlığının bozulacağı, yanlış inanç, tutumlar ve dini nedenlerden dolayı AP kullanmayı bıraktığı görülmektedir. Pakistan'ın baskıcı dini yaklaşımı sonucunda genç çiftlerin AP hizmetleri almaktan çekindikleri belirlenirken (117), araştırmanın yürütüldüğü bölgede yapılan başka bir çalışmada kadınların RİA'nın içeri kaçacağını ve sağlığın tehlikeye gireceğini düşündüğü, tüp ligasyonu günah olarak algılayan yanlış inanç ve tutumlara sahip olduğu belirtilmiştir (128). Araştırmada son gebeliğini istememiş, tekrar gebelik düşünmeyen ve daha önce kullandığı AP yöntemini bırakmış olan kadınların KAP ihtiyacı olduğu gözlenmiştir. Ankara'da yapılan bir araştırmaya göre tekrar gebelik düşünmeyen ve gebeliklerine ara vermek isteyen kadınların daha önce AP kullanma ve bırakma öyküsü olduğu ve gelecekte AP kullanmayı düşündüğü görülmüştür (110). Çalışmada kadınların yöntem kullanmayı düşünme süresi uzadıkça KAP ihtiyacının arttığı görülmektedir. Kadınların gelecekte AP yöntemlerinden tüp ligasyonu tercih etmesinde yaşlarının ve sahip oldukları çocuk sayısının fazla olmasının etkili olduğu düşünülürken, kondomun diğer yöntemlere göre daha ekonomik ve ulaşılabilir olması kadınların bu yöntemlere yöneldiğini düşündürmüştür (86,105,115).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Şanlıurfa'da Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı ve Nedenlerinin Belirlenmesine yönelik yapılan araştırmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

- Kadınların yaş ortalaması 31.65 ± 7.32 'dir. Kadınların %41.5'i herhangi bir eğitim kademesini tamamlamamış ve yaklaşık dörtte birinin sosyo-ekonomik düzeyi kötüdür.
- Kadınların yaklaşık üçte birinin kötü obstetrik öyküsü vardır.
- Kadınların, şu an AP yöntemi kullanmama nedenleri sıklıkla; eşi/eşinin ailesi tarafından engellenmesi, yöntemlerle ilgili yanlış inanç, korku ve tabularının olması ve ekonomik yetersizliklerdir.
- Kadınların önceki AP yöntemini bırakma nedenleri sıklıkla (gebelik/lohusa ve menapoz/infertilite dışındaki nedenler) yanlış inanç, korku ve tabular ile sağlığının bozulacağına dair yaşanan endişelerdir.
- Kadınların %35.5'inin KAP ihtiyacı bulunmaktadır. Bu kadınların %32.9'unun doğurganlığını sonlandırmak için ve %2.6'sının gebeliklerine en az 2 yıl ara vermek için KAP ihtiyacı bulunmaktadır.
- Herhangi bir eğitim kademesini tamamlamamış, eşinin eğitim düzeyi ortaokul ve altında olan, evde en çok Arapça konuşan, kendisinin ve eşinin yaş ortalaması fazla olan, gebelik, doğum öyküsü ve yaşayan çocuk sayısı fazla olan, son doğumunun üzerinden geçen süresi fazla olan, AP yöntem kullanma öyküsü olan, son gebeliğini istememiş, tekrar gebe kalmayı istemeyen kadınların KAP ihtiyacının daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).
- KAP ihtiyacını; hane içinde Arapça konuşuluyor olması 3.5 kat, yaşayan kız çocuğu sayısının 2 ve üzerinde olması 1.8 kat, kadının yaş ortalamasınının 34 ve üzerinde olması 1.2 kat ve son doğumunun üzerinden geçen sürenin 30 ay ve üzerinde olması 1.0 kat arttırmaktadır.

6.2. Öneriler

Şanlıurfa'da KAP ihtiyacı ve nedenlerinin incelenmesi sonucunda elde edilen verilere göre şu öneriler oluşturulmuştur;

- AP hizmetlerinin planlanmasında ve sunumunda, sosyo-ekonomik düzeyi düşük kadınlar ile kötü obstetrik öyküye sahip kadınların KAP ihtiyacı açısından dezavantajlı grup olarak değerlendirilmesi,
- Hizmet sunulan toplumun dil ve kültürel özelliklerinin göz önünde bulundurularak AP hizmetlerinin kullanımını ve niteliğini arttıracak desteklerin verilmesi,
- AP yöntemlerine ilişkin yanlış inanç, tabu ve endişelere sahip kadınlara eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- Özellikle obstetrik özelliği kötü olan, az aralıklarla sık doğum yapan kadınlara AP hizmeti verilirken yöntem kullanımının sürekli kılınması için takibin yapılması,
- Ekonomik durumları yetersiz olan kadınlara ücretsiz bir şekilde AP yöntemlerinin sunulması,
- AP yöntemlerine erişim ve kullanım engelleri ile ilgili verilerin güncel tutularak, bunlara yönelik gerekli müdahalelerin planlanması, izlemlerin yapılması,

7. KAYNAKÇA

1. United Nations Population Funds (UNFPA), 2018 Temmuz, 'Family Planning is a Human Right'. [//turkiye.unfpa.org/tr/](http://turkiye.unfpa.org/tr/)
2. World Health Organization (WHO), 2022. Media News, access link: <https://www.who.int/news/item/15-11-2022-who-updates-recommendations-to-guide-family-planning-decisions>
3. WHO Healt Topic, Family Planing And Contraception, 2021. Erişim: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1092306/retrieve>
4. UNFPA, 2021, United State of World Population Highglst, 'My Body is My Own', access link: <http://unfpa.org/sowp-2021>
5. Temel S, Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimlerinin Azaltılmasında Kültürel Faktörlerin Oluşturulmasının ve Hizmet Modelinin Geliştirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2018
6. UNFPA, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2020, World Contraceptive Use, access; https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/familyplanning/cp_model.asp
7. Gözü kara F., Kabalcıoğlu F. & Ersin F. (2015). Şanlıurfa İlinde Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12 (1), 9-15. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/hutfd/issue/41549/505630>
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (TNSA), T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara/Türkiye, erişim; http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
9. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Doğum İstatistikleri, 2022. Sayı: 49673, Yayın tarihi: 15 Mayıs 2023, erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2022-49673>
10. Yücel, U. , Güner S. & Şen F. S. (2018). 15-49 Yaş Arası İki Yaşından Küçük Çocuğu Olan Kadınlarda Aile Planlaması Hizmet Kullanımının Değerlendirilmesi. Medical Sciences, 13 (4), 120-128. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/nwsamed/issue/39586/466263>
11. Proclamation of Teheran, Final Act of the International Conference on Human Rights, Teheran, 22 April to 13 May 1968, U.N (1968). Erişim tarihi: 10.10.2023, <https://web.archive.org/web/20170118213500/http://hrlibrary.umn.edu/instree/12ptichr.htm>
12. Gavas E. ve İnal S., Türkiye'de Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Kullanma Durumları ve Tutumları: Sistematik Derleme. Sağlık Ve Yaşam Bilimleri Dergisi, 2022
13. United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: 2019, erişim; https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/familyPlanning_DataBooklet_2019.pdf

14. Fertility Awareness-Based Methods for Family Planning: a Literature Review J. Christ Nurs. 2020 Oct/Dec;37(4):E47-E48. [doi: 10.1097/CNJ.0000000000000774](https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000774). PMID: 32898078
15. Kuloglu BU, Cansu Ç, Kılıç D, Aydın S, Önel Z. ,_Geçmişten Günümüze Doğum Kontrol Yöntemleri; 2012
16. Christin-Maitre S. History of Oral Contraceptive Drugs and Their Use Worldwide. , est Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2013;27(1):3-12.
17. Moos RH. , Psychological Aspects of Oral Contraceptives. Archives of General Psychiatry. 1968;19(1):87–94.
18. Çavlin A, Çağtay P, Türkiye’de Karşılanmamış AP İhtiyacı, UNFPA& HÜNEE, Aralık 2020.
19. Kurtuluş H. , Aile Planlaması Danışmanlığı Verilmesinin Yöntem Seçimine Etkileri. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. , 2009;p. 20–41.
20. Erol E. 1.Basamakta Çalışan Aile Hekimleri’nin Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. , 2021;p.8-10.
21. Karaçam Z. , Kızılca Çakaloz D. , & Demir R. (2021). The impact of adolescent pregnancy on maternal and infant health in Turkey: Systematic review and meta-analysis. Journal of gynecology obstetrics and human reproduction, 50(4), 102093. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2021.102093>
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2014). Ulusal Anne Ölümleri Raporu, 2021
23. Nour NM. (2008). An İntroduction to Maternal Mortality. Reviews in Obstetrics and Gynecology, Spring 1(2),
24. WHO, Building Partnerships To İncrease Access To Contraceptive Methods, IBP network, 2022, [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/family-planning-and-contraception/access-to-quality-family-planning-serviceshttp](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/family-planning-and-contraception/access-to-quality-family-planning-serviceshttp)
25. İkinci İ, Şanlıurfa’da Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi, Görüş ve Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, 2019.
26. Tanrıverdi G. Kontrasepsiyon. In: Jinekolojide Pratik Bilgiler. 2020. 199–221.
27. WHO. Family Planning / Contraception Methods, 2020, p.1–4. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/familyplanning-contraception>
28. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family Planning: the Unfinished Agenda. Vol. 368, Lancet. Elsevier B.V. ; 2006. p. 1810–27.
29. Gülersoy Özaydın N, Debay M. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. 2009. 346.
30. WHO. Family Planning: A Global Handbook for Providers. 3th ed. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research Johns; 2018. 1–460.
31. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 9. Baskı. Sistem Ofis Matbaacılık, Ankara, 2012.

32. WHO. Family Planning: A Global Handbook for Providers. 4th ed. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research Johns; 2020. 1–420
33. Anand A, Prasad V, Alam M. Herbal or Modern Methods of Contraception, Choice is Yours. *Int. J. Reprod Contraception, Obstet. Gynecol.* 2015;4(4):947–53
34. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Hemşirelik Aile Planlaması. Ankara, 2012.
35. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Contraceptive Use National Center for Health Statistics Nursing Home Care Related Fast Stats More data. 2021. p. 1–2. Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/contraceptive.htm>
36. 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.
37. Kaşlı F. , Aile Planlaması. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014
38. 1984 Uluslararası Nüfus Konferansı Raporu. <http://www.findarticles.com>. Erişim Tarihi: 25.06.2011 23.
39. Özaydın N, Gül R, Özdemir Şahin E. Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Tıbbi Uygunluk Kriterleri. *TC Sağlık Bakanlığı*. 2011;1–130
40. İnal MM. Kontraseptif Yöntemler. *Türkiye Klinikleri. J. Surg. Med. Sci.* 2006; 2(22): 41-50.
41. Doğurganlık Bilinci ve Aile Planlaması. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000:326-327
42. Prata N, Fraser A, Huchko MJ, Gipson JD, Withers M, Lewis S, et al. Women’s Empowerment and Family planning : A Review of the Literature. *Journal of Biosocial Science.* 2017;49(6):713–43.
43. Öztaş Ö, Baydar Artantaş A, Üstü Y, Uğurlu M. 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve 66 Davranışları. *Ankara Medical Journal.* 2015;15(2):67–76
44. (TNSA) 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2003
45. Sutton JA, Walsh-Buhi ER. Factors Influencing College Women’s Contraceptive Behavior: An Application of the Integrative Model of Behavioral Prediction. *Journal of American College Health.* 2017;65(5):339–47.
46. Ayaz S, Efe ŞY. Family Planning Attitudes of Women and Affecting Factors. *Journal of the Turkish German Gynecological Association.* 2009;10(3):137–41.
47. John Hopkins. *Manuel of Gynecology*, 2000, 1(1): 209-212.
48. Taşkın L. Aile Planlaması/ Gebeliğin Önlenmesi. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu; 2009. p. 527–45.
49. Farr G, Rivera R. , Interaction between IUD use and breast-feeding status at time of IUD insetion analysis of T Cu-380 A acceptors in developing countries. , *Am J Obstet Gynecol.* 1992; 167: 144.
50. Dynes M, Stephenson R, Rubardt M, Bartel D. The Influence of Perceptions of Community Norms on Current Contraceptive Use among Men and Women in Ethiopia and Kenya. *Elsevier. Health & Place.* 2012;18(4):766–73.

51. Aka M. Türkiye’de diller ve etnik gruplar. Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim Dergisi. 2012;1(1):293-297.
52. Çavlin Bozbeyoğlu A, Akadlı Ergöçmen B. Ethno-cultural analysis of abortion and contraception: The cases of Turkey and selected central Asian states. Turkish Journal of Population Studies. 2010-11;32(32):63-82.
53. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, Türkiye: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, TNSA 2018 Suriyeli Göçmen Örnekleme.
54. Ensari Alpay E, Yavuz M, Kahyaoğlu M (2015). Gelir Durumunun Risk Algısına Etki Eden Diğer Sosyo -Ekonomik ve Demografik Faktörler Üzerindeki Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 16(1), 205 - 226.
55. Çağatay Seçkiner P. Determinants Of Unmet Need For Family Planning In Turkey With A Particular Emphasis On Different Approaches [Phd Thesis]. Ankara: Hacettepe University; 2013.
56. Hukin EF. Contraception in Cambodia: Explaining unmet need [PhD thesis]. London: London School of Economics and Political Science; 2012. Kılınç A, S,
57. Ayele W, Tesfaye H, Gebreyes R, Gebreselassi T. Trends and Determinants of Unmet Need for Family Planning and Programme Options, Ethiopia. Further Analysis of the 2000, 2005, and 2011 Demographic and Health Surveys, Calverton Maryland USA: ICF International; 2013. 32. DHS Further Analysis Reports No: 81.
58. Tezel A, Gönenç İM, Akgün Ş, Karataş DÖ, Yıldız TA. Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Dergisi. 2015;18(3):3–10.
59. Ayhan S. Şanlıurfa’da Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri, Tercih Nedenleri ve Etkileyen Faktörler. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F. Gözükara). Şanlıurfa, 2016.
60. Investing in Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle -Income Countries, 2019 [Internet] <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/investing-sexual-andreproductive-health-low-and-middle-income-countries> Erişim tarihi: 05.01.2023.
61. Çıtak Bilgin N, Ak B, Coşkun Potur D, Özdoğan E. Identifying Engaged Couples’ Knowledge and Attitudes about Family Planning. J. Acad. Res. Nurs. (JAREN). 2019;5(2):141–8.
62. Metheny N, Stephenson R. How the community shapes unmet need for modern contraception: An analysis of 44 demographic and health surveys. Studies in Family Plannig. 2017;48(3):235-251
63. Selim S, Üçdoğruk Ş. Sayma Veri Modelleri ile Çocuk Sayısı Belirleyicileri: Türkiye’deki Seçilmiş İller için Sosyoekonomik Analizler. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Dergisi. 2003;18(2):13–31.
64. Aslıyüksek C, Kadınların Aile Planlaması Tutumları İle Doğum Kontrol Yöntemlerine Yönelik Engellerinin İncelenmesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2022.
65. WHO. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed.
66. Bayer A. Planlanmamış Gebeliklerin Yaşanma Sıklığı ve Beden İmajına Etkisi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi (Danışman: Prof. Dr. A. Taşpınar). Aydın, 2021.

67. Işık M. Adölesan Gebelerin Doğum Hakkında Bilgilendirilmesiyle Doğum Korkusunun Değerlendirilmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi (Danışman: Dr.Öğr. Üyesi A. Kocatürk). İstanbul, 2021.
68. Karaçalı M, Özdemir R. Karabük İlinde 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerine Erişimini Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal Public Health*. 2018; 16(2): 131-145.
69. Motlagh M.E, Nasrollahpour Shırvanı S.D, Hassanzadeh-Rostamı Z, Torkestanı F, Rabıee S, Ashrafian Amırı H, Radpooyan L. Prevalence, associated factors and consequences of unwanted pregnancy in Iran. *Iran Journal Public Health*. 2020; (49)8: 1530-1538.
70. Kasahun AW, Adane HA, Tadele Girum T, Wako GV. Effects of scaling up family planning on maternal survival in Ethiopia: Spectrum modeling. *International Journal of Women's Health*. 2021; 13; 711–716.7
71. Çayan A. 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler İle İlişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi (Danışman: Doç. Dr. Z. Karaçam). Aydın, 2009.
72. Göçer Ş, Mazıcıoğlu MM, Ulutabanca RÖ, Ünalın D, Karaduman M, Şahin Tarhan K. Mevsimlik tarım işçisi kadınlarda doğurganlık ve aile planlaması yöntemi 130 kullanım durumlarının belirlenmesi. *Journal of Health Services and Education*. 2018; 2(1): 40-46.
73. Avcı S, Seda Mutlu S, Yiğit F. Evli kadınların aile planlaması yöntem tercihlerine etki eden faktörler. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; 4(2): 128-138.
74. Chipeta EK, Chimwaza W, Kalilani-Phiri L. Contraceptive knowledge, beliefs and attitudes in rural Malawi: misinformation, misbeliefs and misperceptions. *Malawi Medical Journal*. 2010; 22(2): 38-41.
75. Webster J, Krishnaratne S, Hoyt J, Dechasa Demissie S, Spilotros N, Landegger J, Kambanje M, Pryor S, Mosei E, Marcus S, Gnintoungbe M, Curry D, Hamon K. J. Context-acceptability theories: example of family planning interventions in five african countries. *Implementation science*. 2021; (16)12: 1-14.
76. Imran M, Yasmeen R. Barriers to family planning in Pakistan. *Journal of Ayub Medical Coll Abbottabad*. 2020; 32(4): 588–591.
77. Saka G, Ertem M, İçlin E. Diyarbakır Doğum Evi Hastanesinde Doğum Yapan Gebelerde Risk Faktörleri. *Perinataloji Dergisi*, 2001; 9(2): 110-5.
78. Tözün M, Sözman M, 2014. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Dergisi*
79. WHO (2011) Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed.
80. Guaye A, Speizer SI, Corroon M, Okigbo CC. Belief in family planning myths at the individual and community levels and modern contraceptive use in Urban Africa. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2015; 41(4): 191–199.
81. Twesigye R, Buyungo P, Kaula H, Buwembo D. Ugandan women's view of the risk: generally favorable but many have misperceptions about health risks. *Global Health: Science and Practice*. 2016; (4)2: 73-82.
82. Yanikkerem E, Yasayan A. Vaginal douching practice: frequency, associated factors and relationship with vulvovaginal symptoms. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2016; 66(4): 387-392.

83. Bradley SE, Croft TN, Fishel JD, Westoff CF. Revising unmet need for family planning. DHS Analytical Studies. Calverton MD: ICF International; 2012, No:25.
84. Mauldin WP. Fertility studies: Knowledge, attitude, and practice. Studies in Family Planning. 1965;1(7):1-10
85. Bradley SE. Revising unmet need for family planning: International Coaching Federation (ICF) ; 2012.
86. Investing in Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle -Income Countries, 2019 [Internet] <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/investing-sexual-and-reproductive-health-low-and-middle-income-countries> Erişim tarihi: 05.01.2
87. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: A systematic and comprehensive analysis. Lancet. 2013;381:1642-52.
88. Zengin N. (2010). “Sağlık Hakkı” ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1 (1), 44-52. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spkd/issue/29282/313485>
89. Kol E. 2015. Türkiye'de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi, 5 (1), 135-164.
90. Sert G. 2013. Üreme Haklarının Yasal Temelleri ve Etik Değerlendirme. <http://www.ikgv.org/pdf/>
91. Özmen NR. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına Bağlı Gaziemir 10 Ve 11 Nolu Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı Kadınlarda Kısa Gebelik Aralığını Belirleyen Faktörlerin Araştırılması, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2021, İzmir
92. Serhatlıoğlu SG. & Göncü N. (2020). Covid-19 ve Aile Planlaması Hizmetlerine Yansımaları. , Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 2(3), 184-191
93. Dehlendorf C, Kimport K, Levy K, Steinauer J. A qualitative analysis of approaches to contraceptive counseling. Perspect Sex Reprod Health. 2014;46(4):233–236
94. Beji NK. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 1. Basım. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul, 2015, s: 1-560
95. Taşkın L. Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 16. Baskı, Akademisyen Kitapevi: Ankara, 2020, s: 540-558.
96. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2014). Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 943, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No: SB-SAG-2014/5, Ankara.
97. Hatcher A, Kowal D. Kontraseptif Yöntemler Uluslararası Basım. Ed: Dervişoğlu AA, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Ankara, 1990.
98. UNESCO, Key Data Girl's and Women's right to education. Her Atlas: interactive advocacy tool on girls' and women's right to education, 3 January 2023, Last update:4 October 2023 access: <https://en.unesco.org/education/girls-women-rights>
99. Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson Jr BR, Tunçalp Ö, Assifi A ve ark. Global, regional and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet. 2017;390:2372-81.
100. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. Lancet Infectious Diseases. 2006;368:1810– 1827.

101. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet*. 2012;380:111–25. 83. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet* 2012;380:149–56.
102. Bizuneh AD. & Azeze GG. (2021). Post-abortion family planning use, method preference, and its determinant factors in Eastern Africa: a systematic review and meta-analysis. *Systematic reviews*, 10(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01731-4>.
103. LaCross, A, Smaldone A. & Angelson J. (2019). Ambivalence Toward Pregnancy as an Indicator for Contraceptive Nonuse: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of midwifery & women's health*, 64(4), 385–394. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12969>
104. Alene M, Yismaw L, Berelie Y, Kassie B, Yeshambel R & Assemie M. A. (2020). Prevalence and determinants of unintended pregnancy in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *PloS one*, 15(4), e0231012. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231012>
105. Islam MZ, Billah A, İslam MM, Rahman M & Khan N. (2022). Negative effects of short birth interval on child mortality in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of global health*, 12, 04070. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.04070>
106. Mavi Aydoğdu SG, Emine Akça E. Amasya il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran kadınların aile planlaması yöntem kullanımı ve etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2018; (27)6: 384-391
107. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: A systematic and comprehensive analysis. *Lancet*. 2013;381:1642-52.
108. Haque R, Alam K, Rahman SM, Keramat SA & Al-Hanawi M. K. (2021). Women's empowerment and fertility decision-making in 53 low and middle resource countries: a pooled analysis of demographic and health surveys. *BMJ open*, 11(6), e045952. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045952>
109. Dinç A. 40 yaş üzeri evli kadınların kontraseptif tercihlerinin incelenmesi. *Dergi Park Akademik*. 2018: 251-255.
110. Yılmaz Tuğral Z. Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Kadınların Aile Planlaması Hakkında Farkındalıklarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıpta uzmanlık tezi (Danışman: Uzm. Dr. İ. Arslan). Ankara, 2018.
111. Trading Economics, Unemployment Rate - List Of Countries, 2023 first six months, 2023 access: <https://tr.tradingeconomics.com/country-list/unemployment-rate>
112. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Eğitim ve İç Gücü İstatistikleri. Sayı: 49376, Yayın Tarihi: 10.10.2323, erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-Agustos-2023-49376>
113. Dikmen H. (2018). Bursa İli İznik İlçesi 5'nolu Aile Sağlık Merkezine Başvuran 15-49 Yaş Aralığındaki Kadınların Aile Planlaması Bilgilerini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi (Master's thesis, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).).

114. UN, Population Division: www.population.un.org/dataportal/home (<https://population.un.org/dataportal/home>). Accessed May 17, 2023).
115. Dev R, Kohler P, Feder M, Unger JA, Woods NF & Drake AL. (2019). A systematic review and meta-analysis of postpartum contraceptive use among women in low- and middle-income countries. *Reproductive health*, 16(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0824-4>
116. Nelson HD, Darney BG, Ahrens K, Burgess A, Jungbauer RM, Cantor A, Atchison C, Eden KB, Goueth R & Fu R. (2022). Associations Of Unintended Pregnancy With Maternal and Infant Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Jama*, 328(17), 1714–1729. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.19097>
117. European Institute For Gender Equality (2019). Gender Statistics Database, Gender Equality Index Intersectionalities. Retrieved From https://eige.europa.eu/genderstatistics/dgs/indicator/index_data_index_intersect/meta_data.
118. Doğan M. (2023, September). Suriyeli Mülteci Gebe Kadınların Aile Planlamasıyla İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi Evaluation of The Knowledge, Attitudes And Behaviors of Syrian Refugee Pregnant Women Regarding Family Planning. In Latin American International Congress on Natural and Applied Sciences-V (P. 16).
119. Koruk F, Eroğlu K, Koruk İ, Çelik K & Güner P. (2022). Married Men's Perspectives and Reproductive Behaviors on Fertility in The Province with The Highest Fertility Rate in Turkey: A Mix Method Study. *Türkiye'de Doğurganlığın En Yüksek Olduğu İlde Evli Erkeklerin Üreme Davranışları ve Doğurganlığa Bakış Açıkları: Karma Yöntem Araştırması*. *Nobel Medicus*, Vol.18, No.2, 89-98.
120. Nouhjah S, Amiri E, Khodai A, Yazdanpanah A, Baghu Mn. Popular Contraceptive Methods in Women Aged 35 Years And Older Attending Health Centers Of 4 Cities İn Khuzestan Province, Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2013;15(10):E4414.
121. Çalikoğlu EO, Yerli EB, Kavuncuoğlu D, Yılmaz S, Koşan Z, Aras A. Use of Family Planning Methods and Influencing Factors Among Women in Erzurum. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research* 2018;24:5027-5034.
122. Weaver EH, Frankenberg E, Fried BJ, Thomas D, Wheeler SB, Paul JE. Effect Of Village Midwife Program on Contraceptive Prevalence and Method Choice in Indonesia. *Stud Fam Plann*, 2013; 44(4): 389–409.
123. Henz U. (2008). Gender Roles and Values of Children: Childless Couples in East and West Germany. *Demogr Res*, 19, 1451-1500.
124. Koruk F, Beyazgül B & Koruk İ. (2023). The Effect of Gender Role Attitudes on The Number of Children and Child Gender Preference. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(13).
125. Ökten Ş. (2006). The Effects Of Socio-Cultural and Structural Characteristics of GAP Region on Family Structure (Turkish: GAP Bölgesi'nin Sosyo-Kültürel ve Yapısal Özelliklerinin Aile Yapısına Etkileri). *Aile ve Toplum*, 8,3(9), 23-34.
126. Düşündere AT, Bilgiç AK & Avşar İ. (2020). Turkey in 81 Cities Gender Equality Scorecard (Turkish: 81 İlde Türkiye'nin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Karnesi-Tskp/Tepav). Retrieved From

<https://www.tskb.com.tr/uploads/file/8c1cb7177b044d3e4d0aaae6a7ed121c1639646238384.pdf>.

127. Fatma Koruk, Kafiye Eroğlu & İbrahim Koruk. (2023) Gender-Based Approach in Family Planning in Practices in Turkey's Most Fertile Province: Secondary Analysis of Mix Method Two Studies. J Basic Clin Health Sci 2023; 7: 644-651 <https://doi.org/10.30621/jbachs.1152326>

128. Altın F. Gaziantep İlinde El Beceri Kurslarına Gelen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik, Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi (Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).



EK 3. Veri Toplama Formu

Anket No:

Tarih:

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**Şanlıurfa’da Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı ve Nedenlerinin Belirlenmesi**” dir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kendinizi tanıtıcı bilgi sorularının yer aldığı bu ankette vereceğiniz cevaplar doğru sonuçların elde edilebilmesi açısından çok kıymetlidir. Lütfen soruların tamamını yanıtlayınız.

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

A. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız? (...)
2. Eğitim düzeyiniz nedir?
 1. Okur-yazar değil
 2. Okur-yazar
 - 3.İlkokul
 - 4.Ortaokul
 - 5.Lise
 - 6.Üniversite ve üzeri
3. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 1. Evet (işiniz nedir? ...)
 2. Hayır
- 4.Eşinizin yaşı nedir? (....)
- 5.Eşinizin eğitim düzeyi nedir?
 1. Okur-yazar değil
 2. Okur-yazar
 - 3.İlkokul
 - 4.Ortaokul
 - 5.Lise
 - 6.Üniversite ve üzeri
6. Eşiniz çalışıyor mu?
 1. Evet (işi nedir?)
 2. Hayır

7. Evinizde en çok konuşulan dil hangisidir?

1. Türkçe
2. Kürtçe
3. Arapça
4. Diğer (.....)

8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. Gelir giderden az
2. Gelir gidere eşit
3. Gelir giderden fazla

9. Sağlık güvenceniz var mı?

1. Var
2. Yok

10. Aile tipiniz nedir?

1. Çekirdek aile
2. Geniş aile

B. DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ

11. Toplam gebelik sayınız nedir? (....)

12. Kaç doğum yaptınız? (...)

13. Yaşayan çocuk sayınız nedir? (kız....., erkek....)

14. Son doğumunuzu ne zaman yaptınız? (.....)

15. Daha önce hiç aile planlaması yöntemi kullandınız mı?

1. Evet (hangi yöntemi kullandınız?.....)
2. Hayır (18. Soruya geçiniz)

16. Ne kadar süre kullandınız? (....)

17. Daha önce kullandığınız aile planlaması yöntemini bırakma nedeniniz nedir?

C. KARŞILANMAMIŞ AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

18. Şu anda aile planlaması yöntemi kullanmama nedeniniz nedir?

1. Gebe/ Lohusa
2. İnfertil/ Menapoz (anket bitmiştir)
3. Diğer (.....)

19.Son gebeliğiniz/doğumunuz istenen bir gebelik/doğum muydu?

1.Evet

2.Hayır (açıklayınız

20. Tekrar gebe kalmayı istiyor/planlıyor musunuz?

1.Evet

2.Hayır (açıklayınız.....)

21. Ne kadar süre sonra gebe kalmak istiyorsunuz? (.....)

22. Kendinize uygun bir AP yöntemi kullanmayı düşünüyor musunuz?

1.Evet (hangi yöntem.....)

2.Hayır (Nedenini açıklayınız.....) (Anket bitmiştir)

23. Kullanmayı planladığınız aile planlaması yöntemini ne kadar süre kullanmayı düşünüyorsunuz?(.....)

EK 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (BGOF)

(Hasta ve Kontrol grubu gönüllüler için ayrı hazırlanmalıdır)

(Onam Formunda çalışmaya ait bilgiler dışında gereksiz bilgilerin yer almaması ve şablon olarak yazılan gereksiz yazıların çıkarılması gerekmektedir)

ÇALIŞMANIN ADI:

Şanlıurfa'da Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı ve Nedenlerinin Belirlenmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz Çalışmaya Katılma Onayı Formunu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir/ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Şanlıurfa'da kadınların karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının ve bunların nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışma için herhangi bir kan ya da vücut sıvısı örneği alınmayacaktır. Bu çalışma için size sosyo-demografik (yaş, öğrenim durumu, meslek vb.), doğurganlık özellikleri ve aile planlamasına ilişkin özelliklerin olduğu bazı sorular sorulacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma ile Şanlıurfa'da kadınların karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı ve bunların nedenleri belirlenerek bunlara yönelik yapılacak danışmanlık, eğitim ve bilimsel

Çalışma faaliyetlerine katkıda bulunulacaktır. Bu çalışmaya katılmanız size hiçbir zarar vermeyecektir.

KİŐİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

KiŐisel bilgileriniz tamamen bilimsel amaçlı kullanılıp, isim, telefon, adres vb. bilgileriniz hiçbir Şekilde paylaşılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŐVURULACAK KİŐİLER:

1. Rabia Rojda ŞAKAR

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıŐtı ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hr irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek Şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Vasi (var ise) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		