

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KARŞILANMAMIŞ AİLE PLANLAMASI
GEREKSİNİMLERİNİN AZALTILMASINDA KÜLTÜREL
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ VE HİZMET MODELİNİN
GELİŞTİRİLMESİ**

Safiye TEMEL

**Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2018

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KARŞILANMAMIŞ AİLE PLANLAMASI
GEREKSİNİMLERİNİN AZALTILMASINDA KÜLTÜREL
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ VE HİZMET MODELİNİN
GELİŞTİRİLMESİ**

Safiye TEMEL

**Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU**

ANKARA

2018

**Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimlerinin Azaltılmasında Kültürel
Faktörlerin Belirlenmesi ve Hizmet Modelinin Geliştirilmesi**
Safiye TEMEL

Bu çalışma 05/01/2018 tarihinde jürimiz tarafından "Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı" nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Ayşe AKIN

Başkent Üniversitesi

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU

İstinye Üniversitesi

Üye:

Doç. Dr. İlknur Yüksel KAPTANOĞLU

Hacettepe Üniversitesi

Üye:

Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

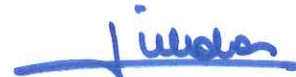
Üye:

Yrd. Doç. Dr. Gülten KOÇ

Hacettepe Üniversitesi

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

31 Ocak 2018


Prof. Dr. Diclehan ORHAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- ☐ Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

- × Tezimin/Raporumun 31.12.2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

- ☐ Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

- ☐ Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

01.02.2018

(İmza)

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Füsün Terzioğlu danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi'ne göre yazıldığını beyan ederim.



Safiye TEMEL

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince değerli bilgileriyle bana yol gösteren, çalışmalarımnda beni cesaretlendiren ve her konuda bana destek olan danışman hocam Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU'na,

Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği eğitimimin her aşamasında bana katkı sağlayan ve manevi destek olan değerli Anabilim Dalı Başkanımız Yrd. Doç. Dr. Gülten KOÇ, anabilim dalı öğretim üyemiz Yrd. Doç. Dr. Çiğdem YÜCEL hocalarıma,

Tez çalışmam süresince, görüş ve önerileri ile tez çalışmama ve akademik gelişimime katkıda bulunan değerli Prof. Dr. Ayşe AKIN, Doç. Dr. İlknur YÜKSEL KAPTANOĞLU, Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ ve Doç. Dr. Alanur ÇAVLİN hocalarıma,

Tez çalışmamın uygulama aşamasında, Aile Sağlığı Merkezinde uygun görüşme ortamını sağlayan, kadınları araştırmaya katılmaya yönlendiren ve bana her zaman manevi destek olan Aile Sağlığı Merkezi'nin değerli çalışanlarına,

Araştırmaya katılan ve deneyimleri ile tez çalışmama büyük katkıda bulunan sevgili katılımcılara,

Her zaman yanımda olan, beni her konuda destekleyen ve yalnız bırakmayan anneme, babama, ablama ve nişanlım Cem ÖZKAN'a,

Çok teşekkür ederim.

ÖZET

Temel, S. Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimlerinin Azaltılmasında Kültürel Faktörlerin Belirlenmesi ve Hizmet Modelinin Geliştirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2018. Bu çalışmanın amacı, karşılanmamış aile planlaması (AP) gereksinimlerinin azaltılmasında kültürel faktörlerin belirlenmesi ve hizmet modelinin geliştirilmesidir. Leininger'in 'Kültürel Bakımın Farklılığı ve Evrenselliği' Teorisi araştırmanın kavramsal çerçevesini oluşturmuş ve etno-hemşirelik araştırma yöntemi kullanılmıştır. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan 32 kadın ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Etno-hemşirelik veri analizinin dört aşaması sonucunda 25 kategori, 9 alt tema ve 5 ana temaya ulaşılmıştır. Ana temalar: karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların gelenek ve göreneklere bağlı bir yaşam tarzı içerisinde aile, dini inanç ve ekonomik durum yaşamlarına yön veren en önemli değerlerdir; karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlardan toplumsal cinsiyet rollerine uygun olarak ekonomik durumu ve sosyal şartları elverdiği ölçüde mutlaka çocuk sahibi olması beklenmektedir; karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar arasında, evlilikleri süresince uzun süreli ya da aralıklı olarak geleneksel geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmak oldukça yaygındır; kadınların AP gereksinimlerinin karşılanmasını din, kadercilik ve mahremiyet gibi kültürel özellikleri ile sağlık hizmetlerinden kaynaklanan sorunlar etkilemektedir; karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerini primer olarak Aile Sağlığı Merkezlerinden (ASM) almayı ve buradaki sağlık çalışanları tarafından ev ziyaretleri yapılmasını istemektedir, şeklinde belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular, ana temalar ve konu ile ilgili literatür çalışması sonucunda '*Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimi Hizmet Modeli*' geliştirilmiştir. Modelin, karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında sağlık çalışanlarına rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Aile planlaması, karşılanmamış gereksinim, Leininger, kültürel bakım, profesyonel bakım.

ABSTRACT

Temel, S. Determination of Cultural Factors in Decreasing the Unmet Needs for Family Planning and Development of the Service Model, Hacettepe University Institute of Health Sciences Obstetrics and Gynecological Nursing Program Doctoral Dissertation, Ankara, 2018. The aim of this study is to determine cultural factors in decreasing the unmet needs for family planning (FP) and develop the service model. Leininger's Culture Care Diversity and Universality Theory constituted the conceptual framework of the study and ethno-nursing research method was used. In-depth interviews were conducted with 32 women who had unmet needs for FP. As a result of four stages of the ethno-nursing data analysis; 25 categories, 9 sub-themes and 5 main themes were reached. Main themes were determined as follows: family, religious belief and economic condition are the most important values directing the lives of women who have unmet needs for FP in a traditional lifestyle; women who have unmet needs for FP are absolutely expected to have a child in accordance with their gender roles as long as their economic and social conditions allow; it is very common among women who have unmet needs for FP to prevent pregnancy with the traditional withdrawal method either for a long time or at intervals throughout their marriage; cultural features like religion, fatalism and privacy, as well as problems caused by healthcare services affect meeting women's needs for FP; women who have unmet needs for FP demand receiving contraceptive healthcare services primarily from Family Health Centers (FHC) and being visited by healthcare professionals at home. As a result of the results obtained from the study, main themes and the related literature review; *'The Service Model of Unmet Needs for Family Planning'* was developed. It is thought that the model will guide healthcare professionals in decreasing the unmet needs for FP.

Keywords: Family planning, unmet need, Leininger, cultural care, professional care.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırma soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimi	6
2.1.1. Karşılanmamış Gereksinimi Tanımlama	6
2.1.2. Karşılanmamış Gereksinimin Önemi	10
2.1.3. Karşılanmamış Gereksinimi Etkileyen Faktörler	13
2.2. Türkiye Toplumunun Sosyal ve Kültürel Özellikleri	21
2.2.1. Etnik Gruplar ve Anadiller	21
2.2.2. Dini İnanç ve Mezhepler	22
2.2.3. Kadereci Yaklaşım	24
2.2.4. Aile ve Akrabalık İlişkileri	25
2.2.5. Komşuluk ve Arkadaşlık İlişkileri	27
2.2.6. Evlenme ile ilgili Gelenek ve Görenekler	28
2.2.7. Doğurganlık Tutum ve Davranışları	29
2.2.8. Geleneksel Sağlık Bakımı İnanç ve Uygulamaları	31
2.2.9. Kitle İletişim Araçları ve Kullanımı	32
2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yapılanması	33
2.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı	33

2.4. Türkiye’de Aile Planlaması ile ilişkili Politika ve Yasal Düzenlemeler	34
2.4.1. Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması Hizmetleri	34
2.4.2. Doğumla ilgili Yasal Düzenlemeler	37
2.4.3. Evlilikle ilgili Yasal Düzenlemeler	38
2.5. Kültürel Bakımın Farklılığı ve Evrenselliği Teorisi	40
2.5.1. Teorinin Ortaya Çıkışı	40
2.5.2. Felsefi ve Teorik Dayanağı	41
2.5.3. Teoriyi Üstün Kılan Özellikleri	43
2.5.4. Temel Kavramlar ve Tanımlar	43
3. BİREYLER VE YÖNTEM	46
3.1. Araştırmanın Şekli	46
3.1.1. Etno-Hemşirelik Araştırma Yöntemi	46
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	48
3.3. Araştırmanın Alanı ve Görüşülenlerin Seçimi	49
3.3.1. Araştırmanın Alanı	49
3.3.2. Görüşülenlerin Seçimi	49
3.4. Veri Üretimi	52
3.4.1. Veri Üretme Araçları	52
3.4.2. Ön Hazırlık	54
3.4.3. Veri Üretme Prosedürü	55
3.5. Veri Analiz Yöntemi	56
3.6. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği	57
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	60
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	61
4. BULGULAR	62
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri	62
4.2. Etno-Hemşirelik Araştırma Bulguları	63
4.3. Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimi Transkültürel Bakım Kararları ve Uygulamaları	200
5. TARTIŞMA	207
5.1. Ana Temalara İlişkin Tartışma	207
5.2. Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimi Hizmet Modeli	220

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	234
6.1. Sonuçlar	234
6.1.1. Kültürel Bakımın Farklılığına ilişkin Sonuçlar	234
6.1.2. Kültürel Bakımın Evrenselliğine ilişkin Sonuçlar	234
6.2. Öneriler	235
6.2.1. Kültürel Bakımın Farklılığına ilişkin Öneriler	235
6.2.2. Kültürel Bakımın Evrenselliğine ilişkin Öneriler	236
7. KAYNAKLAR	237
8. EKLER	
Ek-1. Leininger'in Gün Doğuşu Destekleyicisi	
Ek-2. Leininger'in Yarı Yapılandırılmış Görüşme Rehberi Destekleyicisi	
Ek-3. Leininger'in Gözlem-Katılım-Yansıtma Destekleyicisi	
Ek-4. Leininger'in Yabancıdan Güvenilir Arkadaşa Destekleyicisi	
Ek-5. Olası Katılımcı Tarama Formu	
Ek 6. Bilgi Formu	
Ek-7. Görüşme Yönergesi	
Ek-8. Görüşme Gözlem Formu	
Ek-9. Aile Planlaması Danışmanlığı ve RİA Uygulama Sertifikası	
Ek-10. Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu Katılım Belgesi	
Ek-11. Araştırma Amaçlı Çalışma için Aydınlatılmış Onam Formu	
Ek-12. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.10.2015 tarihli İzin Yazısı	
Ek-13. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14.06.2016 tarihli İzin Yazısı	
Ek-14. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Araştırma İzin Yazısı	
Ek-15. Tablo 4.1. Karşılanmamış aile planması gereksinimi bulunan kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri	
Ek-16. Tablo 4.2. Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi bulunan kadınların obstetrik özellikleri	
Ek-17. Tablo 4.3. Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi bulunan kadınların gebelikten korunma özellikleri	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AP	Aile Planlaması
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BM	Birleşmiş Milletler
CPS	Contraceptive Prevalence Survey
DHS	Demographic Health Survey
DİB	Diyanet İşleri Başkanlığı
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICPD	International Conference on Population and Development
İLKSAN	İlkokul Öğretmenleri Sağlık ve Sosyal Yardım Sandığı
KAP	Knowledge, Attitudes and Practices
HUNEE	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
NST	Nonstres Test
RIA	Rahim İçi Araç
RTÜRK	Radıyo Televizyon Üst Kurulu
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
TCK	Türk Ceza Kanunu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WFS	World Fertility Survey
WHS	World Health Statistics
YTMK	Yeni Türk Medeni Kanunu

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
4.1.	Temaların şematik görünümü	199
5.1.	Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi hizmet modelinin şematik görünümü	223



TABLÖLAR

Tablo		Sayfa
3.1.	Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi bulunan kadınların kota örnekleme şekli	51
4.4.	Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların sosyal ve kültürel özellikleri	64



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Aile planlaması (AP), ailelerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları için verilen hizmetlerin tümüdür (1). Amaç, annelerin ve doğacak çocukların sağlıklı olması ve çocuk sahibi olmak istendiğinde gebeliğin oluşmasıdır (2). İki yıldan az aralıklarla yapılan doğumlar annenin sağlığını önemli ölçüde bozmakta, gebelik sırasında riskleri artırmakta, hatta sık aralıklarla yapılan doğumlar anne ölümlerine neden olmaktadır (3). Etkin bir AP yöntemi kullanımı ise, kadınları riskli gebeliklerden ve gebelik komplikasyonlarından korumaktadır. İstenmeyen ve zamansız gebelikleri önleyerek, deneyimsiz kişiler tarafından yaptırılan veya hijyenik olmayan koşullarda gerçekleştirilen düşükleri azaltmaktadır. Ayrıca yenidoğan, çocuk, maternal morbidite ve mortalitenin azaltılmasında önemli rol oynamaktadır (4). Bunun yanında kadınlar için AP, daha fazla eğitim, daha iyi iş fırsatları ve daha yüksek sosyo-ekonomik durum ile sonuçlanmaktadır (5). AP'nin tüm bu yararlarına rağmen, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 sonuçlarına göre, Türkiye'de tüm kadınların %33'ü, halen evli olan kadınların %47'si modern bir yöntem kullanırken, kadınların %18'i ile evli kadınların %26'sı geleneksel bir yöntem kullanmaktadır (6). Oysa, Akın ve Enünlü (7) tarafından yapılan çalışmada; isteyerek düşük yapan kadınların 1/3'ünün ya bir kontraseptif yöntem kullanırken ya da herhangi bir nedenle yöntem kullanmayı bıraktıktan hemen bir ay sonra gebe kaldıkları, bu kadınların 2/3'ünün ise geri çekme ve diğer geleneksel yöntemler ile korundukları saptanmıştır. Sonuçlar, hem gebelikten korunmayan hem de geleneksel yöntemle korunan kadınların büyük bir kısmının halen AP gereksinimlerinin karşılanmadığını ve istenmeyen gebelikler açısından risk altında olduğunu göstermektedir.

Karşılanmamış AP gereksinimi; gebelik riski altında olduğu ve çocuk istemediği halde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayan kadınların durumunu tanımlamaktadır (8). Karşılanmamış AP gereksinim oranının, gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek olmakla birlikte dünya genelinde %12 (9), Türkiye'de ise %6 (6) olduğu bildirilmektedir. Türkiye'de ek olarak %26 oranında etkin yöntem kullanmadığı (geleneksel yöntemle gebelikten korunduğu için) (6) karşılanmamış AP

gereksinimi olan kadın bulunmaktadır. Ülkemizde karşılanmamış AP gereksinimi oranının geçmiş yıllara göre azaldığı belirtilmekle birlikte gerek karşılanmamış AP gereksinimi (2008 yılı %8, 2013 yılı %6) gerekse geleneksel yöntem kullanım oranında (2008 yılı %27, 2013 yılı %26) büyük bir azalma olmadığı görülmektedir (6). Karşılanmamış AP gereksinimi ise planlanmamış gebelikler, düşükler, gebelik ve doğumla ilişkili ölümlerle sonuçlanabilmektedir (10-13). Ülkemizde son 5 yıl içerisinde isteyerek düşük oranının %4,7 (6), anne ölüm oranının ise 100 bin canlı doğumda 14,7 olduğu bildirilmektedir (14). İsteyerek düşükler, özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadın sağlığında önemli bir sorun oluşturmakta; üreme çağındaki kadınların başlıca ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Kontraseptif yöntemlere ulaşımın yetersiz kalması, yöntem kullanımındaki hatalara bağlı yöntem başarısızlığı ve etkili yöntem kullanılmaması ise kadını isteyerek düşüğe yönelten istenmeyen gebeliklere yol açmaktadır (7). Bu nedenle istenmeyen gebeliklerin önlenemediği, kontraseptif yöntem kullanmayan, geleneksel yöntem kullanan ve yöntem kullanımında başarısız olan kadınların karşılanmamış AP gereksinimi bulunmaktadır. AP hizmetlerinin amacına ulaşması için, bu kadınların gereksinimlerinin karşılanmamasında rol oynayan faktörlerin önemle üzerinde durulması gerekmektedir.

Dünyanın farklı ülkelerinde ve Türkiye’de yapılan çalışmalar AP gereksiniminin karşılanmamasında rol oynayan birçok faktörün bulunduğunu göstermektedir. Bu faktörler; yaş (6, 8, 10,15-21), yerleşim yeri (6, 8, 10, 16-18, 21), eğitim durumu (10, 15-17, 19-24), yaşayan çocuk sayısı (6, 8, 10, 15-17, 23), ekonomik durum (6, 8, 10, 15-17, 20, 21, 24, 25), evlilik yaşı (10, 16, 18), medyayı kullanma (10, 16-18, 21), sosyal ve kültürel faktörler (8, 10, 21, 23, 25-28), dini faktörler (6, 8, 10, 16-18, 20, 28), toplumsal cinsiyete dayalı engeller (6, 8, 10, 17, 18, 21, 22, 25, 28, 29), zayıf, tutarsız ve kararsız doğurganlık tercihleri (25), gebe kalma riskinin düşük olduğu algısı (6, 8, 10, 25, 27), AP yöntem seçiminin sınırlı olması (8, 10, 21, 28), yan etkiler ve sağlık riskleri ile ilgili korku ve deneyimler (6, 8, 10, 23-28) ve mevcut AP hizmetlerinin düşük kalitede olması (8, 10, 21-23, 25-28, 30) ile ilişkilidir. Ülkemizde Güçüz Doğan ve Akın (8) tarafından yapılan çalışmada, AP yöntemi kullanmama ya da geleneksel yöntem kullanma olasılığını arttıran değişkenlerin; kadının 40 yaş ve üstünde olması, herhangi bir gelir getiren

işte çalışmaması, ortaokul veya altı öğrenim düzeyine sahip olması, çocuğu olmaması veya bir çocuğu olması, ideal olarak belirttiği çocuk sayısından daha az sayıda çocuğa sahip olması, kocasının yaşının 25 veya daha küçük ya da 45 yaş ve üstü olması, kocasının öğrenim düzeyinin ortaokul ve altı düzeyde olması, yalnız dini nikahın olması ve eşler olarak AP'yi onaylamamaları olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçları, AP gereksiniminin karşılanmamasında rol oynayan faktörlerin bireylerin ya da grupların sosyal ve kültürel özellikleri ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (8, 16, 17, 31). Bu nedenle karşılanmamış AP gereksinimlerine yönelik hizmet veren sağlık personelinin, hizmet verdiği birey ya da grupların sosyo-kültürel özelliklerini iyi bilmesi ve verdikleri hizmetlerin kültürel bakım odaklı olması gerekmektedir.

Kültür insanın bütüncül ve evrensel özelliğidir. Gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların, hatta aynı toplum içerisindeki farklı grupların kültürel bakım değerleri, normları ve inanışları arasında önemli farklılıklar vardır. Kültürler arasındaki belirgin bakım değerleri ve farklılıklar, bakım beklentileri ve uygulamaları arasında da önemli farklar oluşmasına yol açmaktadır (32-37). Kadınların kültürel özellikleri, AP gereksinimlerine yönelik bakım uygulamalarının gerçekleştirilmesi ve sürdürülmesini de önemli derecede etkilemektedir. Bu nedenle, karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında kültürel faktörlerin belirlenmesi ve karşılanmamış gereksinim gibi önemli ve özel bir boyutuna yönelik bakım hizmetlerinin, kadınların kültürel özellikleri üzerine odaklanan bir 'Hizmet Modeli' ile sistematik bir şekilde sunulmasının doğru bir yaklaşım olduğu düşünülmektedir. Kültürel Bakımın Farklılığı ve Evrenselliği Teorisi, Madaleine Leininger tarafından 1950 yılının ortalarında geliştirilmeye başlanmıştır (37-39). Teorinin temel amacı, bireylerin ya da grupların farklı ya da evrensel kültüre dayalı bakımını etkileyen faktörleri belirlemek ve açıklamaktır (40). Leininger, teoriyi geliştirirken, sağlık çalışanları için birey ya da toplumun yaşamında önemli olan dini, siyasi, ekonomik, çevresel, tarihi, iletişimsel faktörleri, kültürel bakım uygulamalarını ve kültürel değerlerini ortaya çıkarmayı amaçlamıştır. Bu faktörleri kullandığı Sunrise (Gün Doğuşu) Destekleyicisi'ni 1970 yılında geliştirmiştir (35-37, 39-42). Leininger'in Gün Doğuşu Destekleyicisi'nde tanımladığı kültürel özelliklerin tamamının AP gereksinimlerinin karşılanmamasında rol oynayan faktörleri içerdiği görülmektedir.

Bu nedenle de karşılanmamış AP gereksinimlerini etkileyen kültürel faktörlerin Leininger'in Kültürel Bakımın Farklılığı ve Evrenselliği Teorisi çerçevesinde ve Gün Doğuşu Destekleyicisi esas alınarak incelenmesi planlanmıştır. Böylelikle, karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında etkili bir 'Hizmet Modeli' oluşturulması mümkün olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Sağlık ekibinin vazgeçilmez bir parçası olan hemşirelerin AP hizmetlerinde önemli mesleki rolleri ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelik rolleri; bakım, eğitim, yönetim ve araştırma olmak üzere dört ana başlık altında toplanmaktadır. Hemşireler AP hizmetlerinde mesleki rollerine göre çeşitli hemşirelik tanıları koymakta, uygulamakta ve değerlendirmektedir (43). Karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında ise; sağlık bakım hizmetlerine erişimde sorun yaşayanlar, adölesanlar, perimenapozal dönemde olan kadınlar ya da erkekler gibi daha da özel gruplara ulaşması gerekmektedir. Hizmetlere erişimi engelleyen ekonomik, sosyal ve diğer engellerle daha fazla yüzleşen bireylerle karşılaşmaktadır (16, 44). Hemşireler, bu bireylere AP hizmeti verirken kişilerin isteklerini dikkate alarak ve insan haklarına saygılı bir yaklaşım kullanmalıdır (44-47). Çünkü, modern dünyada insanlar sahip olacakları çocuk sayısı ve zamanı konusunda karar verme, planlama ve uygulama hakkına sahiptirler (43, 48). Ayrıca, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan bireylere hizmet sunumunda, bu gereksinimlerinin karşılanmamasında rol oynayan kültürel faktörleri mutlaka göz önünde bulundurması gerekmektedir (49).

Bu çalışmada, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların bu gereksinimlerinin karşılanmasını etkileyen kültürel özelliklerinin anlaşılması ve 'Hizmet Modeli'nin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Sonuçların, hemşirelerin AP'da karşılanmamış gereksinimleri saptama, nedenlerini sorgulama, her kadının kültürel özelliklerine uygun bakımını planlama, sunma, bakımını sürdürme, yönetime uyumunu değerlendirme ve izleme faaliyetlerinde faydalı olacağı düşünülmektedir.

1.3. Araştırma soruları

Bu çalışmada, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların;

1. Kültürel özellikleri, değerleri, inançları ve yaşam tarzları nasıldır?
2. Doğurganlıkla ilişkili karar ve tutumlarını neler belirlemektedir?
3. Gebelikten korunma uygulamaları nasıldır?
4. Niçin etkili bir şekilde gebelikten korunmamamaktadır?
5. Kültürel özellikleri AP gereksinimlerinin karşılanmasını nasıl etkilemektedir?
6. Kültürel değerlere uygun sağlık bakımı gereksinimleri nelerdir?
7. Karşılanmamış AP gereksinimi hizmet modeli nasıl olmalıdır? sorularına yanıt aranmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimi

2.1.1. Karşılanmamış Gereksinimi Tanımlama

Uluslararası AP programları, başlangıcından bu zamana kadar uyum süreci içerisinde sürekli değişimlerden geçmiştir. İlk çalışmalar, 1900'lü yılların başında Avrupa'da ve Amerika Birleşik Devletleri'nde başlamıştır. Bununla birlikte 1960'lara kadar, birçok hükümet AP'yi destekleyen nüfus politikalarını benimseyerek küresel sosyal hareket içinde yerini almamıştır (50). 1951'de ulusal bir nüfus politikasını benimseyen ilk ülke Hindistan iken, 1960'lı yılların başında diğer Asya ülkeleri bunu izlemiştir (51). Türkiye ise 1965 yılından itibaren antinatalist nüfus politikasını uygulamıştır (52). 1970'lerde Çin'in 'tek çocuk politikası' ve Hindistan'ın 'acil durum dönemi' gibi demografik hedef ve teşvik programları, 1994 yılında Kahire'deki Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development, ICPD)'nda bazı önemli kadın hakları savunucusu gruplar tarafından eleştirilmiştir (53, 54). 1994 konferansı, AP gündemini, bireylerin hizmet ve bilgi haklarına odaklanarak cinsel sağlık ve üreme sağlığı kavramlarını içeren daha geniş, bütüncül bir yaklaşım haline dönüştürmüştür (55). ICPD Eylem Programında, karşılanmamış AP gereksinimi, nüfus programları için temel gerekçe olarak belirtilmiştir. Bu program, 'Hükümetlerin AP'ye yönelik amaçlarını, bilgi ve hizmetler için karşılanmamış gereksinimleri açısından tanımlamasının gerektiğini' ve 'önümüzdeki yıllarda tüm ülkelerin, iyi kalitede AP hizmetleri için ulusal olarak karşılanmamış gereksinimlerinin boyutunu değerlendirmelerinin gerektiğini' dile getirmiştir (56). Böylelikle, karşılanmamış gereksinim, demografik hedefleri bireylerin hakları ve seçimleriyle ilişkilendiren önemli bir nokta haline gelmiştir (57).

Milenyum Kalkınma Hedefleri bağlamında da üreme sağlığı ve AP'nin, Birleşmiş Milletler (BM) tarafından özellikle 'hedef 5 anne sağlığını iyileştirme' olmak üzere bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için zorunlu olduğu kabul edilmektedir (58, 59). Bu konu, 2005 Dünya Zirvesinde tekrar dile getirilmiş ve BM Genel Sekreteri, Milenyum Kalkınma Hedeflerini İzleme Programı içerisine üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimi eklemeyi önermiştir. Bunu takiben, Milenyum

Kalkınma Göstergeleri hakkındaki Uzman Grubu tarafından üreme sağlığına evrensel erişimin göstergesi olarak karşılanmamış AP gereksinimi önerilmiştir (59).

Başarılı ve kapsamlı bir AP programına ulaşmada ana kriter AP'ye duyulan talebin büyüklüğünü bilmektir. 1960'lardan beri, önce KAP-boşluğu (Knowledge, Attitudes and Practices, KAP) ve sonra karşılanmamış gereksinim bu talebin büyüklüğünü tahmin etmek için kullanılmıştır (60, 61). 1960'larda birçok ülkede, gebeliği önleyici bilgi, tutum ve uygulamalar üzerine yapılan ilk araştırmalar, 'KAP boşluğu' olarak adlandırılan, kadınların üreme tercihleri ile kontraseptif kullanımı arasındaki boşluğa odaklanmıştır (62). KAP boşluğu'nun tanımlanması, 1960'lı yıllarda ülkelerin (özellikle Asya'da) nüfus politikaları ve uygulamalarını geliştirmesinde önemli bir dönüm noktası olmuştur. KAP araştırmalarının en önemli başarısı ise Dünya Doğurganlık Araştırması (World Fertility Survey, WFS) Programı olmuştur. WFS, 1974 yılında başlamış ve 1984'e kadar devam etmiştir (63).

1978'de Westoff, beş Asya ülkesinin WFS verilerine dayanarak yaptığı çalışmasında 'KAP boşluğu' yerine 'karşılanmamış AP gereksinimi' kavramını kullanmıştır (63, 64). Buna göre, karşılanmamış gereksinim, tüm evli kadınlar içinden daha fazla çocuk sahibi olmak istemeyen ancak kontraseptif kullanmayan evli kadınların yüzdesi olarak hesaplanmıştır (64, 65). Bu tanım, sadece doğumlarını sınırlamak isteyen kadınları dikkate aldığından, doğumlarına ara vermek için kontrasepsiyon gereksinimi olan, ayrıca gebe ve amenoreik olan kadınları göz ardı etmiştir (64). Doğumlara ara verme ve sınırlama için karşılanmamış gereksinim arasındaki farkın önemi, Westoff ve Pebley tarafından 1981'de tartışılmıştır. Bu çalışmada, karşılanmamış gereksinimin 12 adet alternatif tanımı üretilmiştir. Karşılanmamış gereksinimin farklı tanımlarının çok farklı tahminlere (hesaplamalara) yol açtığı görülmüştür (66).

1982'de Nortman, Kontraseptif Yaygınlık Anketleri'nden (Contraceptive Prevalence Survey, CPS) gelen verilere dayanarak karşılanmamış AP gereksiniminin daha geniş bir tanımını yapmıştır (67). Bu tanımda gebe, amenoreik ve emziren kadınların kontrasepsiyon gereksinimi duyan potansiyel bir grup olarak önemine odaklanmıştır. Çünkü bu kadınlar AP açısından duyarlılık oluşturmeyen durumun sona ermesinin hemen ardından gereksinimi olan gruba dahil olmaktadır (65).

1990 yılında Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (Demographic Health Survey, DHS) verilerinden faydalanan Westoff ve birlikte çalıştığı arkadaşları, karşılanmamış gereksinimi ölçmede gerekli iyileştirmeleri yapmış ve yeni bir algoritma geliştirmiştir. Yeni oluşturulmuş algoritma, doğumlara ara verme gereksinimi olan, ayrıca mevcut veya son gebeliği istemeden veya yanlış zamanda olduğundan dolayı karşılanmamış gereksinimi olan gebe veya amenoreik kadınları dahil ederek karşılanmamış gereksinimin hesaplanmasına olanak sağlamıştır (68, 69). Bu algoritma birkaç DHS araştırmasında uygulanmış, aynı zamanda karşılaştırmalı çalışmalarda da kullanılmıştır (70).

Günümüzde, karşılanmamış AP gereksinimini hesaplamak için kullanılan veriler, DHS'den gelmeye devam etmektedir (63, 65). Karşılanmamış AP gereksinimi hesaplamaları ise, bu kavramın değişen tanımlarını daha doğru bir şekilde yakalamak ve DHS'nin giderek genişleyen anketlerinden toplanan yeni bilgileri hesaba katmak için değiştiğinden gittikçe daha karmaşık bir hale gelmiştir. En son yapılan iyileştirme çalışmalarında ise, bu karmaşıklığı azaltmak ve tüm DHS anketleri için standart bir ölçü kullanarak hesaplama yapabilmek amaçlanmıştır (65). Çok sayıda iyileştirme çalışmasının ardından, aşağıdaki tanımlama, algoritmanın hesaplanmasında kullanılmak üzere karşılanmamış AP gereksiniminin standart ölçüsü olarak kabul görmüştür. Aşağıdaki durumlarda, bir kadının karşılanmamış AP gereksiniminin olduğu kabul edilmektedir:

- Üreme çağında olan (15-49 yaş),
- Evli, birlikte veya cinsel olarak aktif olan,
- Doğurgan olan,
- Gelecek iki yıl içinde çocuk sahibi olmak istemeyen,
- Geleneksel ya da modern herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmayan,
- Mevcut veya son gebeliğinin yanlış zamanda veya istenmeyen olduğunu bildiren gebe veya amenoreik kadınlar (65).

Bu algoritmaya göre, karşılanmamış gereksinim grubu, evli veya birlikte yaşayan, kontraseptif kullanmayan, artık çocuk sahibi olmak istemeyen veya bir sonraki doğumunu en az iki yıl ertelemek isteyen tüm kadınları içermektedir. Artık

çocuk sahibi olmak istemeyen kadınların doğumlarını sınırlamak için karşılanmamış bir gereksinimi olduğu kabul edilmektedir. Daha fazla çocuk sahibi olmak isteyen ancak bunu iki yıldan önce istemeyen kadınlar, doğumlarına ara vermek için karşılanmamış bir gereksinimi olan grupta kabul edilmektedir. Gebe ve amenoreik kadınlar, onların gebelikleri veya son doğumları planlanmış olmadığı sürece karşılanmamış gereksinim grubuna dahil edilmektedir. Gebelik veya son doğumları yanlış zamanda olan kadınlar, doğumlara ara vermek üzere karşılanmamış gereksiniminin olduğu düşünülmektedir. Öte yandan, gebelikleri veya son doğumları istemeden meydana gelmiş kadınların doğumlarını sınırlandırmak için karşılanmamış gereksinimi olduğu kabul edilmektedir. Bu algoritmaya göre, gebeliği veya son doğumu kontraseptif başarısızlığından dolayı planlanmamış olan kadınlar da karşılanmamış gereksinim grubuna dahil edilmektedir (65).

Karşılanmamış gereksinimin tanımları, zaman içinde bazı sınırlılıkları nedeniyle eleştiriler almıştır. Bu sınırlılıklardan bazılarının revizyonlara rağmen hala devam ettiği görülmektedir. Bunlardan biri, erkeğin karşılanmamış gereksinimi ve karar vermedeki rolü hakkında bilgi eksikliğinin bulunmasıdır (71-73). Bir diğeri, 'gereksinim' kadınların kendilerinin bir gereksiniminin olduğunu ifade etmesinden ziyade, analistler tarafından kadınlara atfedilmektedir (74). Ayrıca, AP programlarının kontraseptif kullanıcıları üzerindeki etkisi, bakımın kalitesinden ve yöntem seçiminden memnuniyetini dikkate almamaktadır (74, 75). Bir başka önemli eleştiri, geleneksel yöntem kullanıcılarının karşılanmamış bir gereksinimi olup olmadığıdır. 1985'de Bryan Boulier (76), etkisi sınırlı geleneksel yöntem kullanıcılarının karşılanmamış AP gereksinimlerinin olduğunu öne sürmüştür. Sadece etkisi sınırlı kontraseptif kullanıcıları değil, aynı zamanda uygun olmayan uygulamaların kullanıcıları da bazı araştırmacılar tarafından karşılanmamış gereksinim sahibi olarak kabul edilmektedir. Dixon-Mueller ve Germain (74), uygun olmayan, yanlış ya da güvensiz yöntem kullanıcılarının da karşılanmamış gereksinim sahibi olarak göz önünde bulundurulmasının gerektiğinden söz etmektedir. Benzer şekilde, Sinding ve Fathalla (77) karşılanmamış gereksinimin yalnızca 'uygun kontrasepsiyon' ile mümkün olduğunu bildirmektedir. Kontraseptif kullanan, ancak yönteminden memnun olmayan insanların da karşılanmamış gereksinim kategorisine dahil edilmesini önermektedir.

Ülkemizde, TNSA'yı yürüten ve bu kapsamda karşılanmamış AP gereksinimlerini hesaplayan araştırmacılardan Ergöçmen ve Bozbeyoğlu (61), etki derecesi sınırlı ve geleneksel yöntemler ile gebelikten korunan, ancak bu yöntemi etkili ve modern bir yöntem ile değiştirmek isteyen kadınların da karşılanmamış AP gereksinimi grubuna dahil edilmesinin gerektiğini vurgulamaktadır. Ülkemiz için TNSA-2003 verilerine dayanarak yaptıkları hesaplamalarda %7,1 olan karşılanmamış AP gereksinimi oranına, etki derecesi sınırlı ve geleneksel AP yöntemi kullanıp bunu etkili ve modern bir yöntemle değiştirmek isteyen %11,8 oranında karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınların eklenmesiyle, bu oranın %18,9 gibi yüksek bir seviyeye ulaştığını belirtmektedir (61). Ergöçmen ve Bozbeyoğlu (61), geleneksel bir yöntemle etkili bir şekilde gebelikten korunan kadınların tercihlerine saygı duymakla birlikte, geleneksel yöntemden modern yöntemlere geçmek isteyen kadınların da karşılanmamış AP gereksiniminin olduğuna dikkat çekmektedir. Çünkü, bu kadınların gelecekte etkili bir yöntem kullanma istekleri, AP hizmetlerine olan potansiyel talepleri hakkında bilgi vermektedir (78).

2.1.2. Karşılanmamış Gereksinimin Önemi

2013 yılı Dünya Sağlık İstatistikleri (World Health Statistics-WHS 2013) verilerine göre (9), dünyada modern yöntemler için kontraseptif kullanım oranı yerleşim yerine göre kırsal kesimde %27, kentsel kesimde %35; gelir durumuna göre gelir durumu en düşük olanlarda %21, en yüksek olanlarda %38; kadınların eğitim durumlarına göre ise hiç eğitim almamışlarda %17, orta ve üzeri olanlarda ise %35 olarak değişmektedir. Karşılanmamış AP gereksinimi oranının, gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek olmakla birlikte dünya genelinde %12 olduğu bildirilmektedir (9).

2013 yılında Amerika'da yapılan bir çalışmada (79) ise, dünya genelindeki kontraseptif kullanım prevalansı ve karşılanmamış AP gereksinimi oranı incelenmiştir. Araştırma sonuçları, dünya genelinde kontraseptif prevalansının (modern ve geleneksel) 1990 yılında %54,8'den 2010 yılında %63,3'e yükseldiğini, karşılanmamış AP gereksinimi oranının ise 1990'da %15,4'ten 2010'da %12,3'e gerilediğini göstermektedir. Çalışmada, 2010 yılında 146 milyon, 2015 yılında ise

153 milyon kadının karşılanmamış AP gereksiniminin olduğu açıklanmaktadır. 2015 yılı itibariyle gelişmekte olan ülkelerde kontraseptif kullanan kadın sayısının 695 milyon olduğu belirtilmekle birlikte, halen 138 milyon karşılanmamış gereksinimi, 204 milyon ise modern yöntemler için karşılanmamış gereksinimi olan kadının bulunduğu bildirilmektedir (79).

Aynı çalışmada, Türkiye’de 1990 yılında %62,2 olan kontraseptif kullanım prevalansının 2010 yılında %72,7’ye yükseldiği, 1990 yılında %14,7 olan karşılanmamış AP gereksinimi oranının ise %8,7’ye gerilediği belirtilmektedir (79). 2013 yılı itibariyle ülkemizdeki evli kadınların %73’ü kontraseptif kullanırken, bunların % 26’sı etkisi sınırlı, geleneksel bir yöntemle gebelikten korunmaktadır. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların oranının ise %6 olduğu bildirilmektedir (6).

Karşılanmamış AP gereksinimini azaltmanın potansiyel sağlık faydaları çok fazladır. Çünkü bu istenmeyen gebeliklerde azalma anlamına gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre (80), 2010-2014 yılları arasında dünyada her yıl 55,7 milyon düşük meydana gelmiştir. Bu düşüklerin 30,6 milyonunun (%54,9) güvenli koşullarda, 17,1 milyonunun (%30,7) az güvenli koşullarda, 8 milyonunun (%14,4) ise güvenli olmayan koşullarda gerçekleştirildiği tahmin edilmektedir. 2010-2014 yılları arasında her yıl toplam 25,1 milyon (%45,1) düşüğün güvenli olmayan koşullarda yapıldığı ve bunun 24,3 milyonunun (%97) ise gelişmekte olan ülkeleri kapsadığı bildirilmektedir. Güvensiz düşüklerin oranının gelişmekte olan ülkelere (%49,5) gelişmiş ülkelere göre (%12,5) oldukça fazla olduğu belirtilmektedir. Düşüğün yasal durumuna göre bakıldığında ise, güvenli olmayan düşük oranının, isteyerek düşük yapmanın yasak olduğu ülkelere, yasak olmayan ülkelere göre çok daha fazla olduğu açıklanmaktadır. Ayrıca güvenli olmayan düşük oranlarının yüksek olduğu ülkelere anne ölüm oranlarının da yüksek olduğu vurgulanmaktadır (80). Bu kadınların modern kontraseptif yöntemlere erişiminin sağlanması, bu ölümlerin birçoğunun engellenmesi anlamına gelmektedir. Anne ölüm oranlarının yüksek olduğu ülkelere, terme kadar ulaşan gebelikler de önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır. Gelişmekte olan bölgelerdeki anne ölümlülüğü oranının son tahminleri, 2010 yılında 100.000 canlı doğumda Afrika’da 480, Doğu Akdeniz bölgesinde 250, Güneydoğu Asya’da ise 200 anne ölümünün gerçekleştiğini

göstermektedir. Anne ölümleri, gelişmiş bölgelerin tam tersine (100.000 canlı doğumda Amerika’da 63, Batı Pasifik bölgesinde 49, Avrupa’da 20) belli popülasyonlarda önemli ölçüde daha yüksek olabilmektedir (9). Bu risklere maruz kalan milyonlarca kadın gebe kalmayı düşünmemektedir. Anne ölümlerinin azaltılması için, kadınların kaliteli üreme sağlığı hizmetlerine erişmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, 2010 yılı itibariyle 15-49 yaş aralığında olan, evli ya da bir birlikteliği olan kadınların sadece %63’ü kontraseptiflerin bazı formlarını kullanmaktadır ki bunlar arasında etkisi sınırlı geleneksel yöntem kullanıcıları da bulunmaktadır. 2013 yılı WHS verilerine göre, 2011 yılında neonatal ölüm oranının her 1000 canlı doğumda 22 olduğu (üç milyon) bildirilmektedir. Ayrıca 5 yaş altı çocuk ölümleri arasında neonatal ölüm oranının %36’dan %43’e yükseldiği ve bunun en önemli nedeninin ise (çok ve sık doğumlarla ilişkili bir durum olan) prematürite olduğu açıklanmaktadır (9). Bu nedenle, karşılanmamış gereksinimlerin azaltılması ve böylelikle doğum aralıklarının açılması yenidoğan ve çocuk sağlığının iyileştirilmesi açısından da son derece önemlidir. (81).

Karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılması, sadece üreme sağlığı sonuçlarını iyileştirmekle kalmamaktadır. Kontrasepsiyon kullanımı ile, kadınlar gebe kalıp kalmayacağını veya ne zaman gebe kalacağını seçme gücüne sahip olabilmektedir (81). Aynı zamanda genel sağlık durumlarının, okullaşma oranlarının ve ekonomik durumlarının da iyileşmesini sağlamaktadır (5, 82, 83). Ulusal düzeyde ise, hükümetlerin düşük kaynak ortamlarında eğitim ve sağlık gibi altyapı ve sosyal hizmetler sunma girişimlerini aksatan nüfus artışının yükünü azaltmak gibi faydaları söz konusudur. AP’nin yoksulluğun azaltılması, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, kadınların güçlendirilmesi, eğitimin artırılması, çocuk ölümlerinin azaltılması, anne sağlığının iyileştirilmesi, hastalıklarla mücadele edilmesi, çevresel sürdürülebilirliğin artırılması ve kalkınma için küresel bir ortaklık oluşturulması şeklindeki Milenyum Kalkınma Hedeflerine (84) ulaşılmasında en uygun ve maliyetli yol olduğu gösterilmiştir (81). 2015-2030 yıllarını kapsayan Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine (85) ulaşmada ise karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların ele alınması gerekmektedir. Çünkü, sosyal eşitsizliklerin çok olduğu toplumlarda kalkınma göstergelerinin toplumun bütünü için hesaplanması, kimi mağdur sosyal grupların ve onların özel gereksinimlerinin belirlenmesinde boşluk

yaratmaktadır. Bu nedenle kalkınma göstergelerinin alt-nüfus grupları için hesaplanması, dezavantajlı sosyal grupların belirlenmesi ve bu grupların gereksinimleri doğrultusunda özel politikaların geliştirilmesi önem taşımaktadır (86). Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların, AP gereksinimlerinin karşılanmasını etkileyen faktörlerin, Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ulaşmak için politika yapıcılar, hizmet sağlayıcılar ve akademisyenler tarafından göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

2.1.3. Karşılanmamış Gereksinimi Etkileyen Faktörler

Karşılanmamış AP gereksinimlerini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Yapılan literatür taraması sonucunda, karşılanmamış AP gereksinimlerini etkileyen faktörler aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır.

Yaş: Karşılanmamış AP gereksinimlerini etkileyen faktörlerden biri yaştır (8, 10, 15-21). Metheny ve Stephenson (21) tarafından 44 ülkenin DHS verilerine dayanarak yapılan çalışmada, yaştan ilerlemesiyle birlikte karşılanmamış AP gereksinimi oranının anlamlı derecede azaldığı bildirilmektedir. Karşılanmamış AP gereksinimi oranının Nepal’de yapılan (16) bir çalışmada en fazla 20-24 yaş, Hindistan Karnataka’da (20) yapılan çalışmada ise 35-39 yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Erfani ve Yüksel-Kaptanoğlu (15) tarafından İran’da ve Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise, her iki ülkede de yaş ilerledikçe geri çekme yöntemi ile gebelikten korunma oranının arttığı bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, toplam karşılanmamış gereksinim oranının en fazla 15-19 yaş grubunda (TNSA 1998’e göre %23, TNSA 2008’e göre %15) olduğu (8, 17), 20-24 yaş grubunda azaldığı, 24 yaşında sonra ise çok az değiştiği (17) bildirilmektedir. Toplam karşılanmamış AP gereksinimi oranının en yaşlı kadınlarda en az olduğu belirtilmektedir (17).

Yerleşim yeri: Karşılanmamış AP gereksinimleri kadınların kırsal ya da kentsel kesimde yaşama durumlarına göre değişebilmektedir (8, 10, 16-18, 21). Etiyopya’da (10) ve Nepal’de (16) yapılan iki çalışmada, kırsal alanlarda yaşayan kadınların, kentsel alanlarda yaşayan kadınlara göre karşılanmamış AP gereksinimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise, kırsal alanlarda yaşayan kadınların kentsel alanlarda yaşayan kadınlara göre karşılanmamış AP gereksinimi oranlarının (8, 17) daha fazla olduğu bildirilmiştir. Güçüz Doğan ve Akın (8) tarafından belirtildiğine göre, geri çekme prevalansı yönünden yerleşim yeri özelliklerine göre belirgin bir farklılık göze çarpmamaktadır.

Eğitim durumu: Kadınların karşılanmamış AP gereksinimleri eğitim durumlarından etkilenmektedir (10, 15-17, 19-21, 23, 24). Yapılan çalışmalarda Etiyopya’da (10), Hindistan Karnataka’da (20) ve Kamboçya’da (24) kadınların eğitim durumu azaldıkça AP gereksinimlerinin karşılanmamış olma olasılığının arttığı belirlenmiştir. Ülkelerin DHS verileri incelenerek yapılan bir çalışmada (21), kadınların eğitim durumları ile karşılanmamış AP gereksinimleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. Yapılan iki çalışmada (10, 21) ise, eşinin eğitim durumu ilköğretim olan kadınların karşılanmamış AP gereksinimi oranlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Farklı olarak, yapılan bazı çalışmalarda, Kamboçya (24) ve İran’da (15) kadınların eğitim durumu arttıkça geleneksel bir yöntemle gebelikten korunma oranının arttığı, Türkiye’de ise (15) azaldığı bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, kadının ve eşinin eğitim durumu azaldıkça karşılanmamış gereksiniminin arttığı bildirilmiştir (17, 23).

Yaşayan çocuk sayısı: Ailelerin sahip oldukları çocuk sayısı, AP gereksinimlerinin karşılanmasını önemli ölçüde etkilemektedir (8, 10, 15-17). Etiyopya (10) ve Nepal’de (16) yapılan çalışmalarda, çocuk sayısı arttıkça karşılanmamış gereksinimin azaldığı belirlenmiştir. Çocuk sayısı 4/5 ve daha fazla olduğunda ise karşılanmamış gereksinimde tekrar artma olduğu saptanmıştır. Erfani ve Yüksel-Kaptanoğlu’nun (15) çalışmasında İran’da ve Türkiye’de sahip olunan çocuk sayısı 4 ve üzeri olduğunda geleneksel geri çekme yöntemi kullanım oranının azaldığı bulunmuştur.

Ülkemizde Güçüz Doğan ve Akın (8) tarafından yapılan çalışmada, özellikle ideal çocuk sayısından en az bir fazla çocuğa sahip olmalarına ve gebelik riski altında olmalarına rağmen, 4 veya daha fazla çocuk sahibi olan her 8 kadından birinin herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadığı belirlenmiştir. Çağatay Seçkiner (17) tarafından yapılan çalışmada ise, bir kadının sahip olduğu çocuk sayısı

arttıkça doğumlarını sınırlamak için karşılanmamış AP gereksiniminin arttığı bulunmuştur.

Ekonomik durum: Ailelerin karşılanmamış AP gereksinimleri ekonomik durumları ile de ilişkilidir (10, 15-17, 20, 21, 24, 25). Farklı ülkelerin DHS verilerini inceleyen çalışma (21) ile Nepal’de (16), Hindistan Karnataka’da (20) ve Kamboçya’da (24) yapılan çalışmalarda ekonomik durumu iyi olan kadınların karşılanmamış AP gereksinimi oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bazı çalışmalarda, Kamboçya’da (24) ve İran’da (15) kadınların gelir durumu arttıkça, geleneksel bir yöntem ile gebelikten korunma oranlarının da arttığı, Tükiye’de ise azaldığı (15) bulunmuştur.

Ülkemizde, Çağatay Seçkiner (17) tarafından yapılan çalışmada, kadınların ekonomik durumu iyileştikçe kontraseptif kullanım oranının arttığı ve bu nedenle karşılanmamış gereksinim oranının azaldığı bildirilmiştir.

Medyayı kullanma: Kadınların gazete, televizyon, radyo gibi medyayı kullanma durumları AP gereksinimlerinin karşılanmasını etkilemektedir (10, 16-18, 21). Farklı ülkelerin DHS verilerini inceleyen (21) ve Etiyopya’da (10) yapılan çalışmalarda medyadan AP ile ilgili bilgi alan kadınların karşılanmamış AP gereksinimi oranlarının daha az olduğu bildirilmiştir. Nepal’de (16) yapılan çalışmada ise medya kullanan kadınların karşılanmamış AP gereksinimlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur.

Ülkemizde Çağatay Seçkiner (17) tarafından yapılan çalışmada, TNSA 1998 verilerine göre medyadan AP ile ilgili herhangi bir mesaj alan kadınların (%9), diğer kadınlara göre (%14) karşılanmamış gereksinimlerinin daha az olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, TNSA 2008 verilerine göre ise internet kullanan kadınların (%4) kullanmayan kadınlar (%7) ise karşılaştırıldığında karşılanmamış AP gereksinimlerinin daha az olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte televizyon izleme alışkanlığı olan kadınların (%7) televizyon izlemeyen kadınlara göre (%5) karşılanmamış AP gereksinimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (17).

Sosyal ve kültürel faktörler: Çeşitli sosyal ve kültürel özellikler, AP gereksinimlerinin karşılanmasını etkilemektedir (8, 10, 21, 23, 25-28). Metheny ve Stephenson’un 44 ülkenin DHS verilerine dayanarak yaptıkları çalışmada (21) ideal çocuk sayısının yüksek olduğu toplumlardaki kadınların karşılanmamış AP

gereksinimlerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun, çiftler gebeliği önlemek istese bile kontrasepsiyon kullanımının benimsenmesini ve sürdürülmesini önlediği vurgulanmıştır. Engellerin, kontrasepsiyonun toplumda genel olarak kabul görmemesi ile ilişkili olduğu açıklanmıştır (25, 26). Sedgh ve ark'nın 52 ülkenin DHS verilerine dayanarak yaptıkları çalışmada (27) ise, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların %23'ünün kendilerinin ya da yakınlarının, onların kontraseptif kullanımına karşı çıktıklarını belirttikleri bildirilmiştir. Toplumda gebeliğin önlenmesi hakkındaki çelişkiler, evlilik içi planlı bir şekilde kontrasepsiyon uygulamasının, tüm kültürler için 'üreme' olarak adlandırılan toplumun önemli bir değer yargısı ile ilgili bir yenilik olması ile ilişkilidir. Bu nedenle kontrasepsiyon fikri özellikle kullanımının düşük olduğu ülkelerde başlangıçta rahatsız olma ve karşı çıkmaya neden olabilmektedir (25).

Enünlü ve Akın (23) tarafından belirtildiği üzere, ülkemizde, evlendikten sonra ilk 24 ay içerisinde 10 kadından 6'sı gebe kalmakta, ikisi geleneksel yöntem, biri ise herhangi bir modern yöntem kullanmaktadır. Bu sonuçlara dayanarak ülkemizde yeni evli çiftlerin hemen çocuk sahibi olma konusunda motivasyonlarının yüksek olduğu belirtilmektedir (23). Güçüz Doğan ve Akın'ın (8) çalışmasında ise, TNSA 1998 araştırmasına katılan kadınların büyük bir çoğunluğu hem eşlerinin (%82) hem de kendilerinin (%89,8) AP'yi onayladıkları belirtilmiştir. Ancak her 10 kadından birinin de kocasının AP'yi onaylamadığını düşündüğü vurgulanmıştır (8).

Dini faktörler: Karşılanmamış AP gereksinimi oranları bireylerin hangi dine mensup olduklarına (10, 16, 18, 20, 28) ya da dini inanç durumlarına göre (6, 8, 10, 17, 28) değişebilmektedir. Etiyopya'da (10) yapılan çalışmada, kadınların %7,3'ünün dini yasaklar nedeniyle bir kontraseptif yöntem kullanmadıkları belirlenmiştir. Nepal'de (16), Bangladeş'te (18) ve Hindistan Karnataka'da (20) yapılan çalışmalarda ise diğer dinler ile karşılaştırıldığında Müslüman olanlar arasında daha yüksek bir karşılanmamış gereksinimin olduğu belirtilmiştir.

Ülkemizde TNSA 2013 verilerine göre (6) 15-29 yaş grubundaki kadınların %6,3'ü, 30-49 yaş grubundaki kadınların ise %1,1'i dini nedenlerle AP yöntemi kullanmamaktadır. Güçüz Doğan ve Akın (8) tarafından belirtildiği üzere, ülkemizde TNSA 1998 araştırmasına katılan kadınların %76'sı AP'nin dine aykırı olmadığını, %12,3'ü dine aykırı olduğunu, %5,4'ü bazı yöntemlerin dine aykırı olduğunu,

%6,3'ü ise bu konuda bir fikrinin olmadığını belirtmişlerdir. Bu kadınların %73,1'i eşinin AP'yi dine ayrı bulmadığını, %12,2'si dine aykırı bulduğunu, %4,7'si bazı yöntemlerin dine aykırı olduğunu düşündüğünü, %9,9'u ise eşinin bu konuda ne düşündüğü ile ilgili bir fikrinin olmadığını belirtmişlerdir (8). Çağatay Seçkiner'in çalışmasında (17) TNSA 1998 verilerine göre eşi ya da kendisi AP'yi dini açıdan uygun bulmayan kadınların karşılanmamış AP gereksinimlerinin belirgin derecede daha fazla olduğu bulunmuştur. TNSA 2008 verilerine göre ise kadınların dini görevlerini yerine getirme durumları arttıkça karşılanmamış AP gereksinimlerinin de arttığı saptanmıştır (17).

Toplumsal cinsiyete dayalı engeller: Bazı geleneksel toplumsal cinsiyet rolleri, AP gereksinimlerinin karşılanmasını engelleyebilmektedir (10, 17, 18, 21, 25, 28, 29). Aile içinde eşin doğurganlık tercihleri, kontrasepsiyon ve iletişim konusundaki tutumu, kadının karar verme otonomisini etkileyebilmektedir. Genellikle eşin kontrasepsiyon kullanımına karşı çıkması, kontrasepsiyon kullanımı için bir engel oluşturabilmektedir (25). Etiyopya'da (10) yapılan çalışmada, kadınların %5,3'ünün eşi kontraseptif kullanımına karşı olduğu için AP gereksinimlerinin karşılanmamış olduğu bulunmuştur. Metheny ve Stephenson'un 44 ülkenin DHS verilerine dayanarak yaptıkları çalışmada (21), erkek sayısı ortalamasının kadın sayısı ortalamasından daha yüksek olduğu toplumlarda karşılanmamış AP gereksinimlerin daha fazla olduğunun belirtilmesi, yukarıdaki çalışma bulgularını doğrulamaktadır. Bu çalışmada, eş şiddetinin yaygın olduğu toplumlarda yaşayan kadınların da AP gereksinimlerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (21). Bangladeş'te yapılan çalışmada (18) ise, aile içi karar almaya eşitlikçi katılım gösteren kadınların karşılanmamış AP gereksinimlerinin daha az olduğu vurgulanmıştır.

Ülkemizde Çağatay Seçkiner tarafından yapılan çalışmada (17), evlilik yapısı ve ilişkileri daha geleneksel düzeyde olan kadınların karşılanmamış AP gereksinimlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Erkeğin üstünlüğünü onaylayan ve kabul eden kadınların karşılanmamış AP açısından daha dezavantajlı olduğu belirtilmiştir. Karşılanmamış AP gereksiniminin erkeğin otoritesini onaylamayan kadınlar arasında yarı yarıya azaldığı saptanmıştır. Gerek doğumları sınırlama (%6), gerekse toplam (%8) karşılanmamış AP gereksiniminin erkeğin otoritesini onaylayan

kadınlar arasında daha yüksek olduğu belirlenmiştir (17). Yüksel, Yıldız ve Eryurt (29) tarafından yapılan bir çalışmada ise geleneksel geri çekme yöntemi ile gebelikten korunma kararının çoğunlukla erkekler tarafından verildiği, özellikle de daha az eşitlikçi erkeklerin gebelikten korunmada modern yöntemlerden ziyade geri çekme yöntemini seçtikleri bulunmuştur.

Zayıf, tutarsız veya kararsız doğurganlık tercihleri: Machiyama ve ark. tarafından Kenya ve Bangladeş'te yapılan bir araştırmaya (25) göre, bazı kadınların çocuk sahibi olma konusundaki zayıf ve tutarsız tutumları veya kararsızlıkları AP gereksinimlerinin karşılanmasını etkilemektedir. Bu kadınların belirttikleri doğurganlık tercihinin bağlılık derecesi çoğu zaman bilinmemektedir. İleriye dönük isteklerini zayıf bir şekilde dile getirmeleri, karşılanmamış gereksiniminin altında yatan neden olabilmektedir. Gebelikten korunma konusunda yetersiz motivasyon, kadınların kontrasepsiyon uygulamasına yönelik en küçük engelleri bile aşmasına engel olabilmektedir. Belirtilen tercihlere zayıf bağlılık, doğumlarını tamamen sınırlandırmayı isteyenlerden ziyade doğumlarını geciktirmek isteyen kadınlar arasında daha yaygın olarak görülmektedir (25).

Ülkemizde, TNSA 2013 verilerine göre (6), 15-49 yaş grubundaki kadınların %3,4'ü çocuk sahibi olma konusunda kararsız, %1,4'ü ise çocuk sahibi olmak istemekte ancak zamanını bilememektedir. Çocuk sahibi olma konusunda kararsızlık yaşayan kadınlar en fazla oranda (%6,6) 30-34 yaş grubundadır (6). Ülkemizde yapılan, kadınların çocuk sahibi olma konusundaki kararsızlıkları ile AP yöntem kullanımları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya ise rastlanmamıştır.

Gebe kalma riskinin düşük olduğu algısı: Kadınlar, üreme tercihleri her ne olursa olsun, kendilerinde gebelik riskinin olmadığını ya da düşük risk altında olduklarını düşündükleri zaman AP gereksinimleri karşılanamayabilmektedir (8, 10, 25, 27). Özellikle kontraseptif kullanımının yüksek olduğu yerlerde, düşük doğurganlık algısı kontraseptif kullanmamanın başlıca nedenidir (25). 52 ülkenin DHS verilerinin kullanıldığı bir çalışmanın (27) ve Etiyopya'da yapılan çalışmanın (10) sonuçlarına göre, karşılanmamış AP gereksinimleri bulunan kadınların %8-24'ünün nadiren (son 3 ay içerisinde cinsel birliktelik yaşamamış) ya da hiç seks yapmadıkları (10, 27), %20-38,6'sının laktasyonel amenore yaşadıkları (10, 27)

%2,9'unun ise gebe kalma riskini düşük algıladıkları için (10) bir kontraseptif yöntem kullanmadıkları saptanmıştır.

Ülkemizde ise, Güçiz Doğan ve Akın tarafından (8) yapılan çalışmada, kadınların AP yöntemi kullanmama nedenlerinin, sırası ile en fazla oranda düşük doğurganlık algısı (%14,9), menopoz/histerektomi (%12,9), laktasyonel amenore (%6,5), seyrek cinsel ilişki (%4,8), cinsel ilişkide bulunmama (%3,1) gibi doğurganlıkla ilişkili faktörler olduğu belirlenmiştir.

AP yöntem seçiminin sınırlı olması: Kontraseptif yöntem çeşitliliğinin sınırlı olması, bazı kadınların AP gereksinimlerinin karşılanmamasında etkili bir faktördür (8, 10, 21, 28). Ayele ve ark.'nın Etiyopya'da yaptıkları çalışmada (10) kadınların %0,3'ünün yöntemin olmaması ya da tercih ettikleri yöntemin mevcut olmaması nedenleriyle AP gereksinimlerinin karşılanamadığı bulunmuştur.

Ülkemizde Güçiz Doğan ve Akın'ın (8) çalışmasında ise, kadınların yöntem kullanmama nedenleri arasında yönteme ulaşmada güçlük, yöntemin pahalı olması, kullanmasının kolay olmaması ve bedene müdahalede bulunması gibi yöntem seçimini sınırlayan bazı durumlardan söz ettikleri belirtilmiştir.

Yan etkiler ve sağlık riskleri ile ilgili korku ve deneyimler: Kadınların yöntemlerin yan etkileri ve sağlık riskleri ile ilgili korku ve deneyimleri, etkili bir yöntem ile gebelikten korunmalarını etkileyen faktörlerden biridir (6, 8, 10, 23-28). Hukin'in çalışmasında (24), yöntemlerin yan etkileri ve sağlık riskleri nedeniyle duyulan korkunun, modern kontraseptif kullanımındaki en önemli engel olduğu saptanmıştır. Sedgh ve ark.'nın 52 ülkenin DHS verilerini kullandıkları çalışmada (27) kadınların %26'sının, Ayele ve ark.'nın Etiyopya'da yaptıkları çalışmada ise (10) kadınların %18,5'inin yan etkilerle ilgili korku ve sağlıkla ilgili endişeleri nedeniyle kontraseptif bir yöntem kullanmadıkları belirlenmiştir. Yöntemle ilgili endişeler, yan etkiler, adet düzensizliği, sağlık sorunları ve gelecekte fertilitenin kalıcı ya da uzun süreli olarak bozulmasına yönelik endişelerle ilişkilidir. Bu endişeler, yöntemle ilgili kendi deneyimlerine, akranlarının deneyimlerine ya da söylentilere dayanmaktadır (25). Bununla birlikte, birçok ülkede yan etkiler ve sağlık riskleri ile ilgili endişeleri bulunan kadınların çoğunluğu geçmişte etkili bir yöntemle gebelikten korunmuş olan kadınlardır (27). Yan etkiler, ayın zamanda başlıca yöntem bırakma nedenidir (25).

Ülkemizde, Güçiz Doğan ve Akın (8) tarafından yapılan çalışmada da, kadınların AP yöntemleri ile ilgili sağlık sorunları (%1,6) ve yan etkilerden korkularının (%1,1) yöntem kullanmama nedenleri arasında yer aldığı belirtilmektedir. Ayrıca, yan etkiler ve sağlık sorunlarının etkili bir yöntemle gebelikten korunmayı bırakmaya neden olan önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir (23). Ülkemizde TNSA 2013 verilerine göre (6), yan etkiler ve sağlık kaygısı nedeniyle en fazla oranda bırakılan etkili yöntemler sırası ile enjeksiyon (%40), hap (%21), rahim içi araç (RİA) (%7,3) ve kondom (%1)'dur.

Mevcut AP hizmetlerinin düşük kalitede olması:

Ülkelerin AP hizmetlerinin kalitesi karşılanmamış gereksinimlerin azaltılmasını etkileyen önemli bir faktördür (8, 10, 21, 25-28, 30). Sedgh ve ark.'nın (2016) 52 ülkenin DHS verilerini kullandıkları çalışmada (27) gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların %10'undan fazlasının hizmetlerin düşük kalitede olması nedeniyle AP gereksinimlerinin karşılanamadığı bildirilmektedir. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar, kontrasepsiyondan habersiz olduklarını (10, 25, 27), tedarik kaynağını bilmediklerini (10), bir tedarik kaynağına erişemediklerini (10, 25, 27) veya çok fazla maliyetinin olduğunu (10, 25, 27) belirtmektedirler. Ayele ve ark.'nın Etiyopya'daki çalışmasında (10) kadınların son 12 ay içerisinde bir AP çalışanı tarafından ziyaret edilme durumlarının da doğumlara ara vermek için karşılanmamış gereksinimlerinin azaltılmasında önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır.

Türkiye'de Yüksel ve ark. (30) tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanımına engel süreçlerden bazılarının sağlık kurumlarına ulaşma ile ilgili sıkıntılar ve sağlık kurumlarındaki çalışanların olumsuz tavır ve tutumları ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Güçiz Doğan ve Akın'ın (8) araştırmasında ise, kadınların etkili bir yöntem kullanmama nedenleri arasında, hiçbir yöntemi bilmemesi (%0,9), yöntemin elde edileceği kaynağı bilmemesi (%0,4) gibi bilgi eksikliğinden kaynaklanan faktörler ile, yöntemlerin pahalı olması (%0,4), kullanılmasının kolay olmaması (%0,1) ve bedene müdahale edilmesi (%0,1) gibi yöntemlerle ilgili faktörlerin olduğu saptanmıştır. Bu faktörlerin hepsi AP hizmetlerinin sunumundaki yetersizlikler ile ilişkilidir.

Görüldüğü üzere, karşılanmamış AP gereksinimleri, bireylerin demografik özellikleri kadar, toplumların sosyal ve kültürel özelliklerinden, ayrıca ülkelerin sağlık politikaları ve sağlıkla ilgili yasal düzenlemelerinden etkilenmektedir. Bu nedenle, karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında toplumların sosyal ve kültürel özelliklerinin, aynı zamanda ülkelerin konu ile ilgili sağlık politikaları ve yasal düzenlemelerinin bilinmesi gerekmektedir.

2.2. Türkiye Toplumunun Sosyal ve Kültürel Özellikleri

2.2.1. Etnik Gruplar ve Anadiller

Eski dünyanın en önemli medeniyet merkezlerinden olan Anadolu yüzyıllardır değişik milletlere yurt olmuş ve çok farklı yaşama biçimlerini bünyesinde barındırmıştır (87). Son bin yıldır bu coğrafyanın hâkimi Türkler olmuştur. Türklerin hâkimiyetiyle Ermeniler, Lazlar, Kürtler, Araplar, Zazalar ve Müslüman olan ve olmayan diğer etnik gruplar da varlıklarını sürdürmüşlerdir. Son yüzyıllarda ise Balkanlardan ve Kafkaslardan Çerkez, Gürcü Arnavut, Boşnak, Bulgar, Sırp, Hırvat gibi gruplar Türkiye'ye göçmüştür. Bütün bu tarihî ve coğrafi hareketliliklere bağlı olarak Anadolu'da farklı yaşam tarzları, inanış biçimleri ve etnik gruplar bir arada bulunmuş; Türk etniğinin belirleyici olduğu ortak bir kimlik oluşturmuştur (87).

Günümüzde, farklı etnik grupların bir arada yaşadığı ülkemizde Türkçe ile birlikte etnik grupların anadili olarak varlığını devam ettiren birçok dil bulunmaktadır (88). Koç tarafından yapılan çalışmada (89), TNSA 2003 verilerine dayanılarak Türkiye'de birinci büyük anadil grubu olan Türkçe'nin toplam nüfusun %82,5'i, Kürtçe'nin %14,4'ü, Arapça'nın %1,9'u, Rumca, Çerkezce, Gürcüce, Ermenice/Hemşince ve İbranice'nin ise %1,1 tarafından konuşulduğu belirtilmektedir. TNSA 2003 verilerine göre, anadili Türkçe olan grubun hemen tamamının evde yine Türkçe konuştuğu görülürken, anadili Kürtçe olan nüfusun %55,6'sının evde Kürtçe konuştuğu görülmektedir. Bu sonuçlar anadili Kürtçe olan 10,2 milyonluk nüfusun 5,7 milyonunun ev içinde Kürtçe konuştuğunu; 2,2 milyonunun da Kürtçe dışında başka bir dil konuşmadığını göstermektedir (89).

Çavlin Bozbeyoğlu ve Ergöçmen'e göre (90), birey ya da toplulukların etnik ve kültürel özellikleri doğurganlık davranışları, düşüklükleri ve gebelikten korunma

özellikleri üzerinde etkili olmaktadır. Ülkemizde Güçiz Doğan ve Akın (8) ve Çağatay Seçkiner (17) tarafından yapılan çalışmalarda, karşılanmamış AP gereksinimi oranının Kürt kökenli kadınlar arasında en yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Özellikle Türkçe konuşamayan Kürt kökenli kadınların AP hizmetlerine ulaşmada daha dezavantajlı oldukları saptanmıştır. Ayrıca, Güçiz Doğan ve Akın'ın (8) çalışmasında karşılanmamış AP gereksinimlerinin en yüksek, kocasının anadili Kürtçe olan kadınlar arasında olduğu bulunmuştur.

2.2.2. Dini İnanç ve Mezhepler

Toplumsal yapıyı oluşturan en önemli kurumlardan birisi dindir (91). Bu nedenle modern yaşamda dinin birey ve toplum düzeyindeki etkileri gözden geçirilmek durumunda kalmıştır (92). Halkın dini hayatı ya da dindarlık anlayışı ile ilgili birçok araştırmalar yapılmıştır (91). Ülkemizde, 2014 yılında Diyanet İşleri Başkanlığı (DİB) tarafından yürütülen 'Türkiye'de Dini Hayat' araştırmasında, ülkemizde yaşayan kişilerin %99,2'sinin İslam dinine mensup olduğu, %98,7'sinin Allahın gerçekten var ve bir olduğuna inanıp bundan hiçbir şüphe duymadığı, %96,5'inin Kur'an'da anlatılanların hepsinin doğru ve gerçek olup bütün zamanlarda geçerli olduğuna inandığı, %96,2'sinin insanların öldükten sonra yeniden diriltileceği ve yaptıklarının hesabını vereceği önermesine katıldığı bildirilmiştir. Ülke genelinde oldukça dindarım diyenlerin oranının %19,4, dindarım diyenlerin oranının %68,1, ne dindarım ne değilim diyenlerin oranının ise %10,2 olduğu; %1'inin dindar olmadığı, %0,3'nün ise hiç dindar olmadığı bulunmuştur. Kişilerin %50,7'sinin dindarlığın en önemli kriterinin iman edip, ibadetleri eksiksiz yerine getirmek ve İslam ahlakına uygun yaşamak, %37,2'sinin Allah'a inanıp kalbi temiz tutmak, %7,9'unun mübarek gün ve gecelerde ibadet etmek ve %1,1'inin ise ibadetleri eksiksiz yerine getirmek olduğunu belirttikleri açıklanmıştır (93).

Türkiye'de nüfusun büyük bir çoğunluğu Müslüman'dır ve özellikle kırsal yada yarı kentsel alanlarda yaşayan kişiler dini liderlerin görüşlerine çok önem ve değer vermektedirler. Bu nedenle, kadınların AP ve din konusundaki düşüncelerinin öğrenilmesi, modern kontraseptif yöntemlerin yaygınlaştırılması için yapılacak olan aktivite planlarında yol gösterici olacaktır (8).

Mezhep kelimesi dinin farklı anlaşılması ve algılanmasından kaynaklanan dini grupları ifade etmek için kullanılmaktadır (94). İslam toplumu içerisinde Hz. Peygamberin ölümünden hemen sonra başta ‘Hilafet’ sorunu olmak üzere çeşitli konularda anlaşmazlıklar ortaya çıkmıştır. Gelişen siyasi ve sosyal olaylara bağlı olarak zamanla çeşitli mezhepler meydana gelmiştir. Belli bir şahıs ve o şahsa tabi olan bireylerden oluşan ‘mezhepler’ çoğunlukla siyasi bir amaçla çıktıkları yolda, daha sonra dini ve Kur’an-ı Kerim’i kendi anlayışları doğrultusunda yorumlamışlardır (95, 96). Bu şekilde ilk ortaya çıkan mezhepler, siyasi etkenlerin baskın olduğu yönetime ilişkin alanlarda (fırka mezhepler) çıkan mezheplerdir. Bunlar; Haricilik ve Şiiliktir (97). Ülkemizde, Şii mezhebinden köken alan, ancak bazı dini ibadet ve ritüeller yönünden birbirinden ayrılan iki önemli mektep, Caferilik (95) ve Alevilik (98) oldukça yaygın İslami anlayışlardır.

İslam dini içerisinde yer alıp ibadet ve dini ritüellerle ilgili konularda farklı yorumlar getiren mezheplere ‘fıkhi’ mezhepler denmiştir (99). Sosyal değişimin sonucu olarak ortaya çıkan dini sorunlara çözüm getirmek için, fakihler (din bilginleri), farklı sistem ve yöntemler kullanarak, birbirinden farklı sonuçlara ulaşmışlardır. Bunun sonucu olarak, birçok fikhî mezhep oluşmaya başlamıştır (100). Bunlardan bir kısmı, toplumsal tabanını korumuş ve günümüze kadar gelmiştir. Günümüzde, Sünni Müslüman dünyasının büyük çoğunluğunda etkisini gösteren dört fıkhi mezhep, Hanefî, Mâlikî, Şâfiî ve Hanbelî’dir (101).

DİB tarafından yürütülen bir araştırmada (93), ülkemizde İslam dinine mensup olanların %77,5’inin Hanefî, %11,1’inin Şafiî, %0,1’inin Hanbelî, %0,3’ünün Maliki, %1’inin Caferî mezhebine mensup olduğu, %6,3’ünün bir mezhebe mensup olmadığı, %2,4’ünün ise mezhebini bilmediği bildirilmiştir.

Güçüz Doğan ve Akın tarafından (8) yapılan çalışmada, ülkemizde kadınlar ve kocalarının mezheplerine göre gebelik riski altında olma/yöntem kullanma prevalansı incelenmiştir. Bu çalışmada; gebelik riski altında olup bir yöntem kullanmayanların kadınların oranı Sünni mezhebinden olanlarda %12,8, Alevi mezhebinden olanlarda %15,9, diğer mezheplerden olanlarda ise %15,9 olarak belirlenmiştir. Gebelik riski altında olup bir yöntem kullanmayanların kadınların kocalarının ise %12,6 oranında Sünni, %17,7 oranında Alevi, %15,7 oranında ise diğer mezheplerden olduğu saptanmıştır (8).

2.2.3. Kaderci Yaklaşım

Kadercilik, yaşamdaki iyi veya kötü olayların nedenlerini anlamada bireysel güçlerden ziyade çevresel etkinliğe inanma eğilimi olarak tanımlanmaktadır (102). Bir toplum ya da örgütteki kişilerin, bir kişinin eylemlerinin sonuçlarını tamamen kontrol etmesinin mümkün olmadığına inanmaları ile ilgilidir (103). Dolayısıyla bu durum kişinin yaşamındaki olaylar üzerinde dışsal bir kontrol odağının olduğuna dair bir inançla açıklanmaktadır (104). Hiyerarşik kültürlerde, gelecek planlamanın gereksiz olduğu düşünülmektedir. Çünkü olaylar, üst düzey yöneticilerin taleplerini karşılamak için değişebilmekte, bu nedenle de bireysel olarak kontrol etmek mümkün olmamaktadır. Örneğin, başarı planlarına rağmen, üst düzey bir yöneticinin akrabası hiç beklenmedik bir şekilde yönetici pozisyonuna atanabilmekte veya başarısız bir aile üyesi pasif rol gerektiren bir pozisyona terfi ettirilebilmektedir (105).

Kadercilik, aynı zamanda İslam ile de bağlantılı olabilmektedir. Burada, geleceği en iyi Allah'ın bildiği varsayılmaktadır (106). Türkiye, insanların çoğunun Müslüman olduğu hiyerarşik bir kültür olduğundan kadercilik, Türk halkı için yaygın olan kültürel bir değerdir. 2009 yılında Sabancı Üniversitesi tarafından hazırlanan 'Türkiye'de Dindarlık' araştırması sonuçlarına göre, ülkemizdeki insanların %28'inin 'hayatın akışını kendisinin değiştirebileceğine' inandığını bildirirken, yüzde %50'lik bir grubun ise 'hayatı değiştirebilmek için yapabileceğimiz çok az şey vardır' görüşüne katıldıkları bildirilmektedir (107).

Kader kavramı, Dini Kavramlar Sözlüğünde 'ölçmek, tahmin etmek, ölçüp takdir ederek tayin etmek; gücü yetmek ve kudret' anlamlarına gelmektedir (108). Bu tanımın, İslam literatüründe genel olarak kabul gören; 'yaratılmadan daha önce insanın yapacağı davranışların belirlenmesi ve öylece yazılması" şeklinde tanımlanan kaderle bir benzerliği söz konusu değildir (109). İslamiyet, insanın çalışıp gayret etmesinin, ancak her şeye kendi çalışmasıyla ulaşamayacağı için Allah'ın da yardımını talep etmesinin gerektiğini belirtmektedir. Buna göre, kader inancında hem çalışma, gayret etme, mücadele etme hem de Allah'a bağlanma, sığınma, güvenme, onun yardımını bekleme söz konusudur. En olumsuz anlarda bile ümidini kesmeme vardır. İnsanın tedbirini, önlemlerini aldıktan sonra sonucu Allah'tan beklemesi, olumsuz zamanlarda ise "Allah'ın takdiri böyle imiş" diyerek sabırla ve ümitle

hareket etmesi gerekmektedir (110). Bununla birlikte, ülkemizde Yüksel ve ark. (30) tarafından yapılan bir çalışmada, evli ya da bekar kadınların büyük bir çoğunluğunun evlilik, cinsellik, çocuk sahibi olma, kaç çocuk istediği gibi konularda düşünerek karar vermediklerini dile getirdikleri yani bu konularda kaderci bir yaklaşım sergiledikleri belirlenmiştir.

2.2.4. Aile ve Akrabalık İlişkileri

Aile, toplumun bir parçası olarak içinde bulunduğu koşullardan, toplumun kültüründen etkilenen, bununla birlikte kendi içerisindeki ilişkileri ve etkileşimleri de oluşturan bir sistemdir. Aile yapısı ise, ailenin geniş veya çekirdek aile oluşunu, yaşam koşullarını, düşük veya yüksek doğurganlığını ve kadının aile içerisindeki statüsünü kapsamaktadır (111). Günümüzde, ülkemizde hem geniş hem de çekirdek aileler bulunmaktadır. Geniş aile, üç neslin bir arada bulunduğu, aile bağlarının kuvvetli olduğu, erkeklerin karar almada ön planda tutulduğu ve yaşlı erkeklerin aile sorumluluğunu üstlendiği geleneklere bağlı bir aile tipidir (112). Geleneksel geniş ailede din, gelenek ve görenekler hayatın her alanında kendini yoğun bir şekilde hissettirmektedir. Eşin seçilmesinden çocukların isimlerinin verilmesine, evlilik törenlerinden karı-koca ilişkilerine kadar dinin ve geleneğin etkisi görülmektedir. Bu ailelerde genel olarak eşlerin evlenmelerine aile büyükleri karar vermektedir ve çocukların sayısı konusunda bir sınırlama olmamaktadır. Çocuklar ve sayısı neslin devamını sağlama ve ekonomiye katkı bakımından çok büyük bir öneme sahiptir (113, 114).

Çekirdek aile yapısı, sanayileşmiş toplumların özelliklerinden birisidir. Kente göçün artması ile birlikte kentsel yaşamın getirdiği ekonomik zorluklar, kitle iletişim araçlarının toplumu kültürel açıdan etkilemesi, eğitim olanaklarından kız çocuklarının faydalanmasının artması, kadınların çalışma hayatına girmesiyle aile içi ilişkiler farklı bir boyut kazanmıştır (116). Modern çekirdek aile, evlenme yaşı, eş seçimi, evlenme şekli ve eş ilişkileri bakımından geleneksel geniş aileden ayrılmaktadır. Geniş ve ataerkil yapıdaki babanın üstünlüğü biraz daha yok olmuş, anne ekonomik kazancın getirisiyle birlikte erkekle daha eşit seviyeye gelmiştir. Bu değişim aynı zamanda çocuklara da yansımıştır. Çalışan kadın çocuklarının bakımı

için çoğu zaman, bakıcı, kreş gibi başka şahıs veya kurumlardan destek almaya başlamıştır (116).

2016 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan ‘Ailelerle İstatistik’ araştırmasında, ülkemizdeki ailelerin %66,4’ünün çekirdek aile yapısına, %16,3’ünün ise geniş aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Aile içi ilişkilerle ilgili olarak; bazı belirlenmiş konularda alınacak kararları genellikle kimin aldığı cinsiyete göre incelendiğinde, kadınların en yüksek oranda sırasıyla %78,1 ile ev düzeninde, %58 ile alışveriş konularında ve %56,1 ile komşularla ilişkilerde karar alma önceliğinin olduğu bulunmuştur. Erkekler ise %70,6 ile tatil ve eğlence konusunda, %65,9 ile ev seçiminde ve %59,7 ile akrabalarla ilişkiler konularında karar alıcı olduğu saptanmıştır (117). Bireylerin aile bakımına harcadıkları zaman incelendiğinde, erkeklerin bu faaliyet için harcadıkları süre 53 dakika iken, kadınlar için 4 saat 35 dakika olduğu belirlenmiştir. Bireylerin aile bakım faaliyetlerine harcadıkları zamanın dağılımı incelendiğinde, erkeklerin aile bakım faaliyetlerine ayırdıkları toplam sürenin %17,2’sini, kadınların ise %14,1’ini çocuk bakımına ayırdığı bulunmuştur (117).

Sosyalleşme olgusunun en önemli bileşenlerinden biri, akrabalık ilişkileridir (118). Geleneksel yaşam tarzının hüküm sürdüğü ortamlarda, aile ve onun oluşturduğu akrabalık, soyu, otoriteyi ve toprağı devam ettirme, baba ocağını tıttırme, grup üyeliğı ve yöneticiliğı geçme (yerini alma) ve öteki kimi ilişkilerde büyük önem taşımaktadır (119). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye’de Aile Yapısı (2011) araştırmasında; Türkiye’de 18 yaş üstü bireylerin %63,2’sinin amcası, %68,8’inin dayısı, %69,4’ünün teyzesi, %64’ünün halası, %47,5’inin kayınvalidesi, %36,8’inin kayınpederi, %22,4’ünün anneannesi, %17,1’inin babaannesi, %14,3’ünün dedesi vardır (120). 2016 yılındaki araştırmaya göre ise, Türkiye’de hanedeki (evdeki) akrabaların oranı %6,3, diğer akraba hanelerinde yaşayanların oranı ise %1,1’dir. Aynı binada oturan akrabaların çoğunluğu anne baba ya da kayınvalide kayınpederdir (121).

Türkiye’de bireyler için akrabalık ilişkileri önemlidir. Akrabalık ilişkilerinin zayıf olduğu toplumsal yapılarda, ailenin toplumsal yapıyı oluşturan temel kurum olarak toplumsallaştırma fonksiyonunu yerine getirmesi mümkün değildir. Bununla birlikte son yıllarda, sanayileşme sürecinin bir sonucu olarak aile yapısında meydana

gelen değişiklikler akrabalık ilişkilerini de etkilemiştir. Daha önceden akrabalar birbirlerine daha çok zaman ayırıp daha sık görüşürken, günümüzde çalışma şartları, ulaşım ve ekonomik nedenlerden dolayı akrabalarla görüşme sıklığı daha aza inmiştir (122). TÜİK tarafından 2016 yılında yapılan araştırmada; bireylerin akraba ve yakınlarını seçilmiş bazı durumlarda hangi sıklıkla ziyaret ettikleri incelendiğinde, bireylerin akraba ve yakınlarını en fazla %65,4 ile dini bayramlarda bayramlaşma için ziyaret ettiği saptanmıştır. Bayramlaşmadan sonra akraba ve yakınlar en fazla sırasıyla; %61,6 ile başsağlığı için, %59,3 ile düğün, nikah vb. törenlerde, %56,7 ile hasta ziyareti için, %49,5 ile bebeği olan yakınlar için bebek görmede, %47,5 ile kabir/mezarlık ziyaretinde, %46,9 ile askere gidenleri uğurlamada veya karşılamada, %46,8 ile hac veya umre ziyaretlerinde, %45,9 ile ev alan yakınları için ev görmede ziyaret ettikleri belirlenmiştir (117).

Ülkemizde, aile ve akrabalık ilişkilerinin bireylerin AP yöntemi kullanımı üzerine etkisini inceleyen çalışmalar çoğunlukla kadınların eşlerini kapsamaktadır (6, 8, 17, 22, 29). Çağatay Seçkiner (17) tarafından yapılan çalışmada ise, ailenin AP gereksiniminin karşılanmamasında büyük bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Bununla birlikte karşılanmamış AP gereksinimlerini etkileyen faktörlerden; sosyal ve kültürel özellikler, toplumsal cinsiyete dayalı engeller, zayıf, tutarsız veya kararsız doğurganlık tercihleri gibi faktörlerin aile/akrabalık yapısı ve ilişkileri ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir.

2.2.5. Komşuluk ve Arkadaşlık İlişkileri

Toplumumuzda, aile ve akrabalarından sonra en yakın sosyal çevreyi komşular ve arkadaşlar meydana getirmektedir. Toplumsal ilişkiler ağı iyi veya kötü günlerde en yakın çevre ile temas halinde bulunmayı gerektirmektedir (123). 2006 yılı Aile Yapısı Araştırması sonuçlarına göre, ülkemizdeki bireylerin komşularıyla akrabalarıyla olduğundan daha sık görüştükleri bulunmuştur. Ayrıca, yine akrabalık ilişkilerinin aksine, bu komşuluk ilişkileri yaş ilerledikçe azalmamaktadır. Hatta en yaşlı gruplarda komşularla görüşme tek ve en önemli ilişki biçimi haline gelmektedir (124).

Toplumumuzda komşuluk ilişkileri kadınlar için ayrı bir önem taşımaktadır. Kadınlar gündelik iletişimlerini komşuluk üzerinden kurmaktadır. Ayrıca gündelik

yaşamın bütün ufak tefek konularında yardım ve dayanışma için komşularına başvurmaktadır. Böylelikle komşuluk ilişkileri bir kadının sosyal hayattaki gücünü pekiştiren önemli bir etken olmaktadır. (125).

Ülkemizde Yüksel ve ark. (30) tarafından yapılan çalışmada, kadınların cinsellikten, çocuk sahibi olmaktan ve gebelikten korunmaktan bahsederken söylemlerinde genellikle yakın çevredeki tanıdıklarının ve arkadaş sohbetlerinin belirgin etkisinin olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmaya göre, kadınların kendi aralarında yöntemler hakkında konuşmaları paylaşılanların daha çok olumsuz deneyimler olması nedeniyle yöntem kullanımına engel olarak karşımıza çıkmaktadır. Olumlu paylaşımların geçerli olduğu durumlarda ise kadınların yakın çevreleri tarafından kullanılan yöntemleri denemeleri, denenilen yöntemin etkili kullanılmamasına neden olabilmektedir (30).

2.2.6. Evlenme ile ilgili Gelenek ve Görenekler

Genel olarak evlilik, bireylerin ev ya da aile birimi kurmalarının toplumca benimsenmiş ve yaptırıma bağlanmış biçimini oluşturan kurum şeklinde tanımlanmaktadır (126). Tarih sürecinde bireylerin evlenme yaşları, evlilik biçimleri, evleniş şekilleri ya da evlilikten beklentileri değişse de evlenme olgusu her koşulda geçerli kalmıştır (127).

2016 yılında TÜİK tarafından yapılan Aile Yapısı Araştırması'nda (121); ülkemizde ilk evlilik yaşı cinsiyete göre incelenmiş olup; kadınların ve erkeklerin ilk evliliklerini en fazla 20-24 yaş aralığında yaptığı görülmüştür. İlk evliliğini 20-24 yaş aralığında yapan kadınların oranı %34,3 iken, bu oranın erkeklerde %41,3 olduğu bulunmuştur. Evliliğini 18 yaşından önce yapan kadınların oranı %28,2, erkeklerin oranı ise %5,6 olarak bildirilmiştir (121). Yüksel ve ark. (30) tarafından yapılan çalışmada ise, ülkemizde genç kadınların erken yaşta evlilik yapmayı tercih ettikleri, çok da geç kalmadan 20'li yaşların ortalarında evlenmek istedikleri belirlenmiştir.

TÜİK'in araştırmasında (121) evli bireylerin eşleri ile nasıl evlendikleri cinsiyete göre incelendiğinde; görücü usulü ve kendi rızası ile evlenen kadınların ve erkeklerin oranı %47,8 iken, görücü usulü ve kendi görüşü sorulmadan aile kararıyla evlenen kadınların oranının %14,8, erkeklerin oranının ise %9 olduğu saptanmıştır.

Eşini kendi kararı ve ailesinin rızası ile seçen kadınların oranı %27,1, erkeklerin oranı %33,8, kendi kararı ve ailesinin rızası dışında evlenen kadınların oranı %2,6, erkeklerin oranı ise %2,5 olarak belirlenmiştir (121). Bireylerin evliliklerinde gerçekleştirdikleri nikah türü incelendiğinde; bireylerin %97,1'inin hem resmi hem de dini nikah yaptığı bildirilmiştir. Sadece resmi nikah yapanların oranı %1,8, sadece dini nikah yapanların oranı ise %1,1 olarak açıklanmıştır (121). Yine TÜİK tarafından yapılan 'İstatistiklerle Aile' araştırması sonuçlarına göre, evli bireylerin eşleri ile akraba olup olmadıkları incelendiğinde, bireylerin %23,2'sinin eşi ile akraba olduğu saptanmıştır (117).

Ülkemizde, çoğunlukla cinselliğin evlilikle birlikte yaşanması norm olarak kabul edilmektedir. Yüksel ve ark. (30) tarafından yapılan çalışmada, evlenmemiş kadınların gebeliğin önlenmesi için bilgi edinmek gerektiğini söyledikleri ve bu bilgiyi evliliğin yakın olduğu tarihlerde edinmenin uygun olduğunu dile getirdikleri belirtilmiştir. Kadınların bu tutumunun, cinsellikle ilgili normlarla ilişkili olduğu ve ileride evli kadınların en azından evliliğin ilk yıllarında yöntem kullanmaya başlamalarının önündeki önemli engellerden biri olarak ortaya çıktığı bildirilmiştir (30).

2.2.7. Doğurganlık Tutum ve Davranışları

Türk toplumunda evlilik, çocuk sahibi olmakla eş değer tutulmaktadır. Bir aile için çocuk sahibi olmak evlilik bağına güçlendirmek, eşine yakın olmak, analık-babalık içgüdüsüne sahip olmak, ailenin adını devam ettirmek, yaşlılık güvencesi olmak gibi anlamlara gelmektedir (128).

Ülkemizde yaşayan insanların doğurganlık tutum ve davranışlarını belirleyen en önemli araştırmalar Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HUNEE) tarafından yapılan TNSA'dır. Son olarak 2013 yılında yapılan araştırmaya göre; ülkemiz için toplam doğurganlık hızının kadın başına 2,26 olduğu bulunmuştur. TNSA 2008'de 2,16 olarak belirlenen doğurganlık hızı ile karşılaştırıldığında bu durum, ülkemizde doğurganlık hızındaki azalma eğiliminin durduğunu göstermektedir. Ülkemizde 15-19 yaş grubundaki tüm kadınların yaklaşık olarak %97'si hiç doğum yapmamıştır. Ancak bu oran 25-29 yaş grubundaki kadınlar için hızla %33'e ve 35 ve üzeri yaştaki kadınlar için ise %8'in altına düşmektedir. 45-49

yaş grubundaki kadınların sadece yüzde 7'si çocuk sahibi olmamıştır. Doğurganlık çağının sonuna gelmiş kadınların ortalama 3 çocuğa sahip oldukları bulunmuştur (6). Sonuçlar, Türkiye'de çocuk sahibi olmanın çok önemli olduğunu ve bu nedenle çocuk doğurmanın neredeyse evrensel hale geldiğini göstermektedir.

Araştırma tarihinde, 45 ve üzeri yaştaki kadınların %13'ü ilk doğumlarını 18 yaşına kadar gerçekleştirmiş iken; 20-29 yaş grubundaki kadınların %5-6'sı bu yaşa kadar çocuk doğurmaya başlamıştır. 15-19 yaş grubunda olan kadınların ise neredeyse %5'i çocuk doğurmaya başlamıştır. Adölesan dönemde (15-19 yaş) çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesinin 18 yaşından sonra keskin bir şekilde arttığı görülmektedir. 19 yaşındaki kadınların yüzde 16'sı anne olmuş veya ilk çocuğuna gebedir (6). Bu oranlar, ülkemizde halen kadınların erken yaşlarda doğum yapmaya başladıklarını göstermektedir. Yüksel ve ark'nın (30) çalışmasında da, ülkemizdeki kadınların erken yaşta evlenmek kadar evlendikten kısa bir süre sonra çocuk sahibi olmayı evliliğin doğal bir uzantısı olarak kabul ettikleri ve üzerinde çok da düşünmedikleri bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların başka çocuk sahibi olmak isteyip istememe durumlarına bakıldığında; kadınların %57'sinin doğurganlıklarını sonlandırmak istediği, % 47'sinin ileride başka çocuk sahibi olmak istemediği, % 9'unun ise zaten tüplerini bağlattığı belirlenmiştir. Gelecekte çocuk sahibi olmak isteyen kadınların oranının ise %33 olduğu, bununla birlikte bu kadınların %18'inin (başka) çocuk sahibi olmak için en az iki sene beklemek istedikleri saptanmıştır. Dolayısıyla, yaklaşık halen evli her 10 kadından 7'si gebeliği önlemek veya geciktirmek için bir AP yöntemi gereksinimi içerisinde (6).

Araştırmaya katılan kadınların gebeliklerini planlama durumlarına bakıldığında; son beş yıllık dönem içerisinde gerçekleşen doğumların %74'ü istenen zamanda gerçekleşmiş, % 11'inin daha sonra olması tercih edilmiş ve %13'ü de istenmemiştir. Annenin yaşı ve doğum sırası büyüdükçe istenmeyen doğumların oranının çok hızlı bir şekilde arttığı görülmüştür (6). Sonuç olarak kadınların yaklaşık ¼'ü son beş yıl içerisinde istenmeyen gebelik yaşamıştır. Araştırma sonuçları, Türkiye'de toplam istenen doğurganlık hızının 1,9 olduğunu göstermektedir. Bu da gerçek toplam doğurganlık hızı olan 2,3 çocuktan %17 daha azdır. Buna göre, eğer tüm istenmeyen doğumlar önlenebilmiş olsaydı, TDH

gözlenen doğurganlık düzeyinden 0,4 çocuk daha düşük olacaktı. Gerçek doğurganlık hızı ile istenen doğurganlık hızı arasındaki en büyük fark, düşük refah düzeyine sahip, Doğu bölgesinde yaşayan, eğitimi olmayan ve kırsal alanlardaki kadınlarda söz konusudur. Öte yandan, en yüksek refah düzeyine sahip kadınlar ile ortaokul ve üzeri eğitimi olan kadınlarda iki gösterge arasındaki farklılık en azdır (6).

2.2.8. Geleneksel Sağlık Bakımı İnanç ve Uygulamaları

Toplumumuzda, bazı geleneksel sağlık bakımı inanç ve uygulamaları günümüze kadar taşınmıştır. Kimi toplum üyeleri tarafından hem sağlığı korumak hem de hastalıklardan kurtulmak ve iyileşmek amaçlı bu geleneksel uygulamalar kullanılmaktadır. Sıklıkla karşılaşılan bazı kronik hastalıkların bakım uygulamalarında; karabaş otu, kekik, ebegumeci, ısırgan otu, kuru nar gibi bitkisel ve muska yapmak, hocaya gitmek gibi spirutuel uygulamalara başvurulmaktadır (129-131). Ayrıca herhangi bir kötü durum veya hastalık halinde nazardan kurtulmak için kurşun döktürme toplumumuzun geleneksel bir uygulamasıdır (132). Bununla birlikte, DİB tarafından yürütülen araştırmada (93), nazardan kurtulmak için kurşun döktürmenin doğru olduğunu belirtenlerin oranı %11,7, yanlış olduğunu belirtenlerin oranı %79,3 ve bu konuda fikri olmadığını belirtenlerin oranı ise %8,1 olarak bulunmuştur.

Gebelikten korunma konusunda ülkemizde çiftler tarafından doğurganlığı kontrol etmek için kullanılan ve bilinen en eski geleneksel AP yöntemi geri çekme yöntemidir (133). Toplumumuzda modern yöntemler ile gebelikten korunma yıllar içinde artmakla birlikte (1993’ te %34,5, 2013’te %47,4), geri çekme yöntemi hala en çok kullanılan yöntem (2013’te %25,5) olmaya devam etmektedir (6). Geri çekme yönteminin kullanımını; sosyo-ekonomik durum ve eğitim düzeyi, erkeklerin AP kullanımına olan destek veya engelleri, maliyetinin olmaması ve her durumda erişilebilir olması, yöntem kullanımının dini açıdan bir sakıncasının bulunmaması gibi özellikler ve düşünceler etkilemektedir (133). Türk ve ark. (134) tarafından yapılan bir çalışmada, toplumumuzdaki kadınların geri çekme yöntemine yönelik ‘kısmen olumlu’ bir tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca Gabalcı ve Terzioğlu’nun (135) AP yöntemlerinin cinsel yaşam üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmada, ülkemizdeki kadınlar için geri çekme yönteminin cinsel yaşam üzerine

etkilerini modern AP yöntemlerinin etkilerine benzer buldukları bildirilmiştir. Bu sonuçlar, geri çekme yönteminin toplumumuzdaki kadınlar tarafından benimsenmiş bir geleneksel gebelikten korunma yolu olduğunu doğrulamaktadır.

2.2.9. Kitle İletişim Araçları ve Kullanımı

Bir toplumdaki bireylerin kitle iletişim araçlarına ulaşma durumu ve bu kitle iletişim araçlarından faydalanma şekli bireysel gelişimini sağlama, böylelikle her türlü sosyal imkan ve olanaklardan faydalanmalarını etkileyen bir faktördür (136). Bu noktada, toplumumuzdaki bireylerin radyo, televizyon, internet gibi kitle iletişim araçlarını kullanım durumları ve hangi amaçlarla kullandıkları önemli bir konudur.

2014 yılında Radyo Televizyon Üst Kurulu (RTÜRK) tarafından yapılan ‘Radyo Dinleme Eğilimleri Araştırması’nda (137) katılımcıların %47,6’sının sıklıkla, %29,3’ünün nadiren, %13’ünün ise çok sık radyo dinledikleri bulunmuştur. En çok dinlenen program türlerinin ise sırasıyla; haber bültenleri ve haber programları (%43,3), dini programlar (%21,3), canlı spor müsabakaları (%14,5), güldürü/talk show programları (%14,2), kültür-sanat programları (%12,8) ve tartışma programları (%12,3) olduğu belirtilmiştir (137).

2012 yılında RTÜRK tarafından yapılan ‘Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması’na göre (138) katılanların hafta içi günlük ortalama televizyon izleme süresinin cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, kadınların 3,8 saat, erkeklerin ise 3,6 saat televizyon izlediği saptanmıştır. Hafta sonu günlük ortalama televizyon izleme süresinin cinsiyete göre dağılımına bakıldığında ise, kadınların 4,4 saat, erkeklerin ise 4,3 saat televizyon izlediği bulunmuştur (138). 2016 yılında RTÜRK tarafından yapılan araştırmada ise, televizyon programlarının izlenme sıklığına cinsiyet açısından bakıldığında, hem erkeklerin hem de kadınların en fazla oranda, realite show, dizi ve kadın programlarını izledikleri belirlenmiştir (139).

TÜİK tarafından yapılan ‘Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması’nda (140), bilgisayar ve internet kullanım oranlarının, 16-74 yaş grubundaki erkekler için %65,7 ve %75,1 iken, kadınlarda %47,7 ve %58,7 olduğu belirtilmiştir. İnternet kullanım amaçları dikkate alındığında, 2016 yılının ilk üç ayında internet kullanan bireylerin %82,4’ünün sosyal medya üzerinde profil oluşturduğu, mesaj gönderdiği veya fotoğraf vb. içerik paylaştığı, %74,5’inin

paylaşım sitelerinden video izlediği, %69,5'inin online haber, gazete ya da dergi okuduğu, %65,9'unun sağlıkla ilgili bilgi aradığı, %65,5'inin mal ve hizmetler hakkında bilgi aradığı ve %63,7'sinin ise internet üzerinden müzik dinlediği bulunmuştur (141).

Dünyanın farklı ülkelerinde yapılan çalışmalarda medya kullanımının kadınların AP gereksinimlerinin karşılanmasını etkilediği gösterilmiştir (10, 16, 17, 18, 21). Ülkemizde ise Çağatay Seçkiner (17) tarafından yapılan bir çalışmada, internet kullanan kadınların karşılanmamış AP gereksinimlerinin daha az olduğu, televizyon izleyen kadınların daha fazla olduğu belirlenmiştir.

2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yapılanması

Ülkemizde sağlık politikaları geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetleri sunmak resmi olarak Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğundadır. Bununla birlikte, özel sektör de çoğunlukla sağlık hizmetlerinin yürütülmesine katkıda bulunmaktadır. Hizmetin sunulması ve bazı özel programların uygulanması görevi, Sağlık Bakanlığı içinde yer alan Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü gibi çeşitli genel müdürlükler tarafından paylaşılmaktadır (142).

2.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

2003 yılında Türkiye kapsamlı bir sağlık sistemi reformu başlatmıştır (Sağlıkta Dönüşüm Programı). Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) amaçları en etkin ve verimli bir şekilde sağlık hizmetlerini düzenlemek, finanse etmek ve hakkaniyete uygun olarak sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak olarak belirlenmiştir. Bu program kapsamında, sağlık hizmetleri finansmanı reformu ile tüm kamu finansman kurumları birleştirilerek tek bir kamu sağlık finansman kurumu oluşturulmuş; sağlık hizmet ve sunumu ile ilgili yeni düzenlemelere gidilmiştir (143).

SDP uygulanmadan önce, Türkiye’de sağlık sistemi Bağ-Kur (Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu), Emekli Sandığı (Devlet Çalışanının Emeklilik Fonu) ve SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu)

olarak ayrılan ve birimlerinin arasında sınırlı koordinasyon olan parçalı bir yapıya sahipti. Bu sosyal güvenlik kurumları kendi hastane ağları ile çalışıyorlardı. Sağlık hizmetleri, kamusal, özel kuruluşlar tarafından, Maliye Bakanlığı aracılığıyla devlet tarafından ya da sosyal güvenlik kurumları (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) ve cepten ödemeler ile finanse ediliyordu. Tüm bu kurumların farklı geri ödeme mekanizmaları vardı. Bu kurumlar dışında, yoksul ailelerin sağlık hizmetine erişimini sağlamak üzere Yeşil Kart adı verilen bir sosyal yardım programı vardı (6). 31.05.2006 yılında çıkarılan 5510 sayılı ‘Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’ ile tüm sosyal güvenlik kurumları tek bir çatı altında toplanmıştır (144).

24 Kasım 2004’te, Aile Hekimliği Kanunu meclisten geçmiştir. Aile hekimliği sistemi ildeki aile hekimlerine bağlı nüfusu birey olarak yakından takip eden, kişilere verilen koruyucu sağlık hizmetlerini takip eden sistemdir. Buna göre her aile hekiminin, ortalama 3000-4000 bireyden sorumlu olup gerekli önleyici ve iyileştirici sağlık hizmetini kayıtlı kişilere sunması beklenmektedir (145). Bu sistem, 2010 yılından beri Türkiye’nin her yerinde uygulanmakta olup, daha önceden birinci basamak sağlık hizmetlerinden sorumlu olan Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri sisteminin yerine geçmiştir (146). Ülkemizde 2007 yılı itibarıyla 943 olan Aile Sağlığı Merkezi (ASM) sayısı (147) 2016 yılında 7636’ya ulaşmış (14), bununla birlikte kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, ayrıca AP hizmetlerinin sunumunda primer sağlık kurumları olan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezlerinin 2006 yılı itibarıyla 298 olan sayısı (147), 2016 yılında 181’e (14) düşmüştür.

2.4. Türkiye’de Aile Planlaması ile ilişkili Politika ve Yasal Düzenlemeler

2.4.1. Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması Hizmetleri

Türkiye Cumhuriyeti’nin 1923’te kurulmasından itibaren nüfus politikaları gündemde bir konudur. Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı sürecindeki ağır insan kayıpları ve ekonominin tarıma dayalı olması nedeniyle Cumhuriyetin ilk yıllarında doğurganlığın arttırılmasının gerektiği kabul edilmiştir. İş gücü kaynağındaki eksiklik ve ülkenin savunma ihtiyacı yanında, yüksek bebek ve çocuk ölümü hızları da, Türkiye’yi 1950’lerin sonuna kadar pronatalist bir nüfus politikası izlemeye yönlendirmiştir (6, 148, 149). Nüfus artışını doğrudan veya dolaylı yollarla

teşvik eden çok sayıda kanun bu dönemde kabul edilmiştir. Bu kanunlar, 5 ve daha fazla sayıda çocuk sahibi olan kadınlara para ödülü, vergi indirimi ve sağlık nedenleri dışında gebeliği önleyici yöntemlerin reklamının, ithalatının ve satışının yasaklanması ile, sağlık sorunları dışında gebeliklerin isteyerek sonlandırılmasının yasaklanmasını içermiştir (6, 149).

1950’lilerde nüfus artış hızının yüksek olması, yasal olmayan yollarla yapılan kürtajların artmasına ve bunun sonucu olarak pek çok annenin hayatını kaybetmesine neden olmuştur. Bu durum, nüfus konusunun yeniden politik gündem içinde yer almasına yol açmıştır. Kent nüfusunun hızla artması ve istihdam sorunları da hükümetlerin bu konudaki tutumlarını antinatalist politika yönünde değiştirmelerinde önemli rol oynamıştır. Antinatalist politika doğrultusunda, ilk olarak Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda nüfus planlaması konusunu ele almıştır (6, 52, 149).

DPT ve Sağlık Bakanlığı’nın çalışmaları sonucunda, ilk Nüfus Planlaması Hakkında Kanun 1965 yılında kabul edilmiştir. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile yeni AP politikasını yürütme sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Bu kanunla modern gebeliği önleyici yöntemlerin ithaline, devletin sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak hizmet sunumuna ve çiftlerin AP konusunda sağlık eğitimlerinin desteklenmesine izin verilmiştir (149). Bununla birlikte, tıbbi zorunluluklar dışında gebeliği sonlandırılmasına ve gönüllü cerrahi sterilizasyon yapılmasına izin verilmemiştir (150).

1983 yılında daha liberal ve geniş kapsamlı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır (149, 151). İkinci Nüfus Planlaması Kanunu ile, bu konuda eğitim almış hekim dışındaki sağlık personeline intrauterin cihaz yerleştirme yetkisi verilmiş, gebeliğin 10. haftasına kadar isteyerek düşükler yasallaşmış, eğitilmiş pratisyen hekimlerin gebelikleri sonlandırmasına izin verilmiş, istekleri üzerine erkeklerin ve kadınların cerrahi sterilizasyonu yasal olarak onaylanmış ve ülke çapında AP hizmetleri sunulması için sektörler arası işbirliği oluşturulmuştur (149).

1983 yılından günümüze kadar Türkiye’de AP hizmetleri hem devlet hem de özel sektör tarafından her basamakta verilmektedir. AP’de tüm yöntemlere ilişkin danışmanlık hizmetleri bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından sunulmaktadır. RİA uygulaması kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, eğitim alarak

sertifikalandırılmış doktor, ebe ve hemşire; menstrual regulasyon uygulaması kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, eğitim olarak sertifikalandırılmış doktor; vazektomi üroloji uzmanı, eğitim olarak sertifikalandırılmış doktor; tüp ligasyonu ise kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile genel cerrahi uzmanı tarafından yapılabilmektedir (152).

ASM'ler ve AÇSAP merkezleri bu hizmetlerin halka ulaştırılmasında kilit rol oynamaktadır. Eczaneler de bazı gebeliği önleyici yöntemlerin (kondom, KOK, spermisit) halka ulaştırılmasında rol almaktadır. Kliniğe dayalı hizmetlerin yanı sıra topluma dayalı hizmetlerden birisi olan ev ziyaretlerinde ebe ve hemşireler AP hizmetlerinin sunumunda danışman, eğitici, uygulayıcı ve araştırmacı rollerde görev almaktadır. Devlet hastanelerinin, doğumevlerinin AP kliniklerinde de hizmet sunulmaktadır (152).

İkinci Nüfus Planlaması Kanunu günümüzde de geçerliğini korumakla birlikte, ülkemizde 2002 yılı itibariyle ise, aile politikalarında yeni bir döneme girilmiştir. Bu yeni dönemde, toplumumuzda halen yerini koruyan aile kurumunun önemine dikkat çekilerek, onun bütünlüğünü korumak ve devamını sağlamak amaç kabul edilmiştir (153). Bu ilke doğrultusunda, 2007-2013 dönemini kapsayan Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda dengeli ve sürdürülebilir kalkınma hedefi ile uyumlu bir nüfus yapısına ulaşmak amacıyla nüfusun eğitim, sağlık ve insan gücü yönünden niteliklerinin iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve bu alanlardaki farklılıkların giderilmesinin nüfus politikasının temel hedeflerini oluşturduğu belirtilmektedir (154). Buna göre, Türkiye'nin antinatalist politikadan 'nüfusun nitelik ve niceliğini iyileştirmek amacıyla uygulanan bir nüfus politikası'na doğru geçiş yaptığı görülmektedir (52). 2014-2018 yıllarını kapsayan Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında ise, özellikle kadınların çalışma hayatı dikkate alınarak, toplam doğurganlık hızının kademeli olarak artırılmasını amaçlayan politikalar yapılması hedeflenmektedir. Bu Planda, doğum izni haklarının geliştirilmesi, kreş ve çocuk yuvası gibi hizmetlerin teşviki, esnek çalışma olanaklarının sağlanması önerilmektedir (155).

2.4.2. Doğumla ilgili Yasal Düzenlemeler

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planının doğurganlığın teşvik edilmesini amaçlayan politikaları doğrultusunda, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından 2015 yılında ‘Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı’ sunulmuştur. 2016 yılında, Gelir Vergisi Kanunu ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda yapılan değişiklikler sonrası, doğum sebebiyle verilecek izinler bugünkü şeklini almıştır. Buna göre; kadın memura; doğumdan önce 8, doğumdan sonra 8 hafta olmak üzere toplam 16 hafta süreyle analık izni verilmektedir. Çoğul gebelik durumunda, doğum öncesi 8 haftalık analık izni süresine iki hafta eklenmektedir. Ancak beklenen doğum tarihinden 8 hafta öncesine kadar sağlık durumunun çalışmaya uygun olduğunu doktor raporuyla belgeleyen kadın memur, isteği hâlinde doğumdan önceki üç haftaya kadar kurumunda çalışabilmektedir. Bu durumda, doğum öncesinde bu rapora dayanarak fiilen çalıştığı süreler doğum sonrası analık izni süresine eklenmektedir. Ayrıca, kadın memura, çocuğunu emzirmesi için doğum sonrası analık izni süresinin bitim tarihinden itibaren ilk 6 ayda günde üç saat, ikinci 6 ayda günde bir buçuk saat süt izni verilmektedir. Süt izninin hangi saatler arasında ve günde kaç kez kullanılacağı hususunda, kadın memurun tercihi esas alınmaktadır. Doğum sonrası analık izni süresi sonunda kadın memur, isteği hâlinde çocuğun hayatta olması kaydıyla analık izni bitiminde başlamak üzere ayrıca süt izni verilmeksizin birinci doğumda iki ay, ikinci doğumda dört ay, sonraki doğumlarda ise 6 ay süreyle günlük çalışma süresinin yarısı kadar çalışabilmektedir. Çoğul doğumlarda bu süreler birer ay ilave edilmektedir. Doğum yapan memura, doğum sonrası analık izni süresinin bitiminden; eşi doğum yapan memura ise, doğum tarihinden itibaren istekleri üzerine 24 aya kadar aylıksız izin verilmektedir (156).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının talebi üzerine, Bakanlar Kurulu’nca 15/5/2015 tarihinde “Doğum Yardımı Yönetmeliği”nin yürürlüğe konulması kararlaştırılmıştır (157). Buna göre; annenin veya babanın veya her ikisinin Türk vatandaşı olması halinde canlı doğan birinci çocuğu için 300 TL, ikinci çocuğu için 400 TL, üçüncü ve sonraki çocukları için 600 TL tutarında bir defaya mahsus olmak üzere doğum yardımı yapılmaktadır (158).

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 17.04.2008'de değiştirilen 16. maddesine göre; kendi çalışmalarından dolayı gelir veya aylık alan kadına ya da gelir veya aylık alan erkeğin sigortalı olmayan eşine, her çocuk için yaşaması şartıyla doğum tarihinde geçerli olan ve Kurum Yönetim Kurulunca belirlenip Bakan tarafından onaylanan tarife üzerinden emzirme ödeneği verilmektedir (144).

Devlet Memurları Kanunu'nun 202. maddesine göre evli bulunan devlet memurlarına aile yardımı ödeneği verilmektedir. Bu yardım, memurun çalışmayan veya herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşundan aylık almayan eşi için 1500, çocuklarından her biri için de 250 gösterge rakamının (72. ay dahil olmak üzere 0-6 yaş grubunda yer alan çocuklar için bir kat artırımlı) aylık katsayısı ile çarpılması sonucu elde edilecek miktar üzerinden ödenmektedir. 13/2/2011 tarihli ve 611 sayılı kanun ile yapılan değişikliğin ardından, memurların çocukları için yararlandırılacakları çocuk yardımı ödemelerinde çocuk sayısı sınırlaması kaldırılmıştır. Madde 203'e göre, aile yardımı ödeneği devlet memurlarına her ay aylıklarıyla birlikte ödenmektedir (159).

2.4.3. Evlilikle ilgili Yasal Düzenlemeler

Evlilikle ilgili yasal düzenlemeler kadınların doğurganlıklarını etkileyen önemli bir faktördür. 2002 yılı itibariyle Yeni Türk Medeni Kanunu (YTMK)'nin 124. maddesine göre ülkemizde hem kadının hem erkeğin evlenmesi için yasal yaş sınırı 17'dir. Ancak, hâkim olağanüstü durumlarda ve pek önemli bir sebeple 16 yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verebilmektedir (160).

Ülkemizde 2002 yılı itibariyle YTMK'nın 134. maddesine göre evlendirme yetkisi belediye başkanlarına, belediyeler tarafından görevlendirilen evlendirme memurlarına ve köylerde muhtarlar verilmişti. YTMK'nın 143. maddesine göre ise evlenmenin geçerli olması için resmi nikah yapılması gerekmekte idi. Halk arasında son derece yaygın olan dini nikah uygulamasının yapılabilmesi için öncelikle resmi nikah yapılmış olması zorunluydu (160). Son olarak 07.12.2017'de yayınlanan Resmi Gazete'de yer alan düzenlemeyle artık İçişleri Bakanlığı il ve ilçe müftülerine ve müftülük personeline (imamlara) evlendirme yetkisi vermiştir. Ayrıca, Evlendirme Yönetmeliğindeki yeni düzenlemede, 2015'te Anayasa Mahkemesi

kararıyla Türk Ceza Kanunu (TCK)'ndan çıkarılan, 'resmi nikah olmadan imam nikahı yapılması' ve 'evlilik cüzdanını göstermeden imam nikahı yapılması' suçları yönetmelikten çıkarılmıştır (161).

2015 yılında, 3/6/2011 tarihli ve 633 sayılı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye 'Çeyiz hesabı ve devlet katkısı' ile ilgili ek madde eklenmiştir. Buna göre, 19/10/2005 tarihli ve 5411 sayılı Bankacılık Kanununa tabi mevduat veya katılım bankalarının yurt içi şubelerinde Türk Lirası cinsinden çeyiz hesabı açtıran, asgari 3 yıl boyunca sistemde kalan, 27 yaşını doldurmadan ilk evliliğini yapan ve evliliğini takiben bankaya başvuranlara Devlet katkısı ödenmektedir. Devlet katkısı ödemesi hesapta biriken toplam tutarın %20'sini ve azami 5.000 Türk Lirasını kapsamaktadır. Azami tutar her yıl yeniden değerlendirme oranı kadar artırılmaktadır (162).

31.05.2006'da kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa göre, annesi ya da babasını kaybetmiş olan ve bu nedenle ölüm aylığına bağlanmış olan kız çocuklarına 'çeyiz parası' verilmektedir. Bu kanunun 37. maddesine göre, evlenmeleri nedeniyle 34. maddeye göre bağlanan gelir veya aylıkları kesilmesi gereken eş veya çocukların, evlenmeleri ve talepte bulunmaları halinde almakta oldukları aylık veya gelirlerinin bir yıllık tutarı bir defaya mahsus olmak üzere evlenme ödeneği olarak ödenmektedir (144).

Ülkelerin sağlık politikaları ve sağlıkla ilgili yasal düzenlemeleri ile toplumunun sosyal ve kültürel özellikleri, onların sağlık bakımı gereksinimlerinin karşılanmasını etkileyen önemli faktörlerdir (163). Bu araştırmada karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında kültürel faktörlerin belirlenmesi için Türkiye toplumunun tüm bu özelliklerini kapsayacak ve irdelleyecek bir kavramsal çerçeve kullanmak amaçlanmıştır. Sonuç olarak Leininger'in 'Kültürel Bakımın Farklılığı ve Evrenselliği Teorisi'nin karşılanmamış AP gereksinimlerini etkileyen kültürel faktörlerin belirlenmesinde en doğru kavramsal çerçeveyi oluşturduğuna karar verilmiştir.

2.5. Kültürel Bakımın Farklılığı ve Evrenselliği Teorisi

2.5.1. Teorinin Ortaya Çıkışı

Madeleine M. Leininger, transkültürel hemşireliğin kurucusu ve transkültürel hemşirelik ve insan bakım teorisinin lideridir. Leininger, lisans mezuniyeti hemşirelik olan, kültürel ve sosyal antropolojide PhD elde eden ilk profesyonel hemşiredir (164). Leininger, 1950'lerin ortalarında Cincinnati'de bir Çocuk Rehberlik Evinde (Çocuk Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Merkezi) çalışırken, sağlık çalışanlarının çocukların davranışlarını etkileyen kültürel faktörleri anlamada eksik olduklarını fark etmiştir. Farklı kültürel geçmişe sahip olan çocuklar arasında, bakım ve psikiyatrik tedaviye yanıtındaki farklılıkları gözlemlemiştir. Hemşirelik kararları ve eylemlerinin bu çocuklara yeteri kadar yardım etmediği yönündeki endişeleri artmıştır. Burada çalışırken, Seattle-Washington Üniversitesi'nde kültürel, sosyal ve psikolojik antropoloji üzerine doktora yapmaya karar vermiştir (163, 165).

Doktora öğrencisi iken Leininger birçok kültürü öğrenmiştir ve bütün hemşirelerin ilgilenmesi gereken bir alan olduğuna inanmıştır. Yaklaşık 2 yıl boyunca Yeni Gine'nin Doğu Yayıllarındaki Gadsup insanları ile bir arada yaşamıştır. Köyün etnografik ve etno-hemşirelik araştırmasını yapmıştır. Sadece kültürün eşsiz özelliklerini değil, aynı zamanda batı ve batı olmayan kültürler arasında sağlık bakımı verme ve sağlık uygulamaları ile ilişkili farklılıkları da gözlemlemiştir. Gadsup'lular ile derinlemesine çalışması ve buradaki deneyimlerinden yola çıkarak Kültürel Bakımın Farklılığı ve Evrenselliği Teorisi ve etno-hemşirelik araştırma yöntemini geliştirmeye devam etmiştir (165). Leininger'in, insan bakımına odaklı transkültürel hemşireliği geliştirme isteği ve ilgisi 50 yıldan fazla sürmüştür (163).

1950 ve 1960'larda, Leininger transkültürel hemşireliğin kavramları, teori, ilke ve uygulamalarını oluşturan, hemşirelik ve antropoloji arasında bilgi ve teorik araştırma yönünden birçok ortak alan tanımlamıştır. Hemşirelik ve Antropoloji: İki Dünyayı Kaynaştırma (*Nursing and Anthropology: Two World to Blend*) kitabı transkültürel hemşirelik alanı, Kültürel Bakım Teorisi ve kültüre dayalı sağlık bakımının gelişimine temel oluşturmuştur. Transkültürel hemşirelikteki major kavramları, teorik fikirleri ve uygulamaları tanımlayan bir sonraki kitabı

Transkültürel Hemşirelik: Kavramlar, Teoriler ve Uygulamalar (Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practice, 1978) transkültürel hemşirelik üzerine ilk kesin yayındır (165). Son 50 yılda, Leininger Amerika’da ve dünyanın her yerinde kültürleri çalışmak için Kültürel Bakım Teorisi’ni oluşturmuş, açıklamış ve kullanmıştır. Teoriyi doldurmak ve kültürlerin içerisini ve emik bakışı keşfetmek için etno-hemşirelik nitel araştırma yöntemini geliştirmiştir. Etno-hemşirelik araştırma yöntemi, kompleks bakım ve kültürel fenomeni incelemede hemşireler için geliştirilen ilk hemşirelik araştırma yöntemidir (166).

2.5.2. Felsefi ve Teorik Dayanağı

Leininger’in teorisi antropoloji ve hemşirelik disiplinlerinden türetilmiştir (167). O, dünyadaki farklı kültür ve alt kültürlerin bakım değerleri, ifadeleri, sağlık-hastalık inançları ve davranış şekilleriyle ilgili olarak karşılaştırmalı çalışma ve analizlere odaklanan hemşireliğin geniş bir alanı olarak transkültürel hemşireliği tanımlamıştır (165).

Teorinin amacı, dünya görüşü, sosyal yapı ve kültürel faktörlerle ilgili olarak insan bakımının farklılığı ve evrenselliğini keşfetmek ve onların kültürel açıdan uygun bir şekilde sağlık-iyiliğini sürdürmesi, tekrar kazanması ve ölümle yüzleşmesi için farklı ve benzer kültürlerin insanlarına kültürel uyumlu bir bakım sunma yollarını ortaya çıkarmaktır (163). Teorinin hedefi, insanlar için faydalı olan, hasta, aile ve kültür grubunun sağlık yaşam biçimlerinin içini dolduracak, kültürel olarak uyumlu bir bakım geliştirmek ve sunmaktır (163).

Transkültürel hemşirelik, kültürel olarak uyumlu ve güvenilir bir bakım sunmada kültürel bakım hemşirelik bilgisini kullanmanın ötesinde bir farkındalık durumunu ifade etmektedir (165). Leininger bunun; bireylere, ailelere, gruplara ve kurumlara sunulan hemşirelik bakımında rehberlik etmesi için kültürel olarak belirlenmiş, yerleşmiş ve özel-farklı hemşirelik uygulamalarını gösteren yeni bir çeşit hemşirelik uygulaması olacağını belirtmiştir. O, kültür ve bakım bilgisinin, insanları anlamada en geniş ve en holistik araç olduğundan dolayı, hemşirelik eğitimi ve uygulamalarının merkezinde ve zorunlu olduğunu iddia etmektedir (167). Ek olarak, çok kültürlü bir dünyada yaşadığımız için transkültürel hemşireliğin formal çalışma, araştırma ve uygulamaların en önemli, amacına uygun ve çok umut verici

alanlardan biri olduğunu belirtmektedir (163, 167). Leininger, ayrıca hasta ve hemşireler açısından etkili ve başarılı sonuçlar için, transkültürel hemşirelik bilgisi ve yeterliğinin tüm hemşirelik karar ve eylemlerine rehberlik etmede umut verici olacağını öngörmüştür (163).

Leininger, hemşirelikte yeni ve geleneksel teorilerden farklı bir teoriyi ele almış ve düzenlemiştir (165). Leininger teorisi, bazı bilinmeyen fenomenleri anlamak veya açıklamak için önemli görünen bir ilgi alanı veya bir fenomen hakkında bilginin sistematik ve yaratıcı bir şekilde keşfi olarak tanımlamaktadır. O, etkili, memnun edici ve kültürel uyumlu bir bakım sunmak için hemşirelik teorisinin bireyler, aileler ve grupların kültürel yaşam biçimlerine dayalı olarak bakımları, değerleri, ifadeleri, inançları, davranışları ve uygulamaları hakkında yaratıcı bir keşif yapmasının gerektiğine inanmaktadır. Ona göre, hemşireler insan gereksinimlerini kültürel yönden tanımlamada başarısız olurlarsa, orada daha az yararlı ve daha az etkili hemşirelik bakım uygulamalarının işaretleri olacaktır. Hatta iyileşme ve iyilik durumunun kısıtlanması ile hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetsizliğin kanıtları da olacaktır (163, 167).

Leininger, farklı kültürlerden insanların inançları hakkında bilgi verebilen ve onların istedikleri bakım ve diğer gereksinimlerinin çeşidini saptamak üzere Kültürel Bakımın Farklılığı ve Evrenselliği Teorisini geliştirmiştir (163). Kültür, insanların kararları ve davranışlarının etkileyen kalıplaşmış ve değerli yaşam biçimleridir. Bu yüzden teori, bireylerin dünyasını keşfetme ve dökümante etme, uygun bir etik içerisinde (profesyonel bilgi) onların emik bakış açıları, bilgi ve uygulamalarını kullanma ve böylelikle kültürel olarak uyumlu profesyonel bakım eylemleri ve kararları almaları için hemşirelere yöneliktir. Aslında kültürel bakım, insan yaşamını ve varlığını sosyal yapı faktörleri, dünya görüşü, kültürel geçmişi ve değerleri, çevresel şartlar, dil ifadeleri ve jenerik (halk) ve profesyonel örnekleri içeren en bütünsel perspektifte ele aldığından dolayı en geniş ve bütüncül hemşirelik teorisidir. Bunlar, bireylerin sağlık ve iyiliğini etkileyebilen ve terapötik hemşirelik uygulamalarına rehberlik edebilen hemşireliğin esası olarak yerleşmiş bakım bilgisini keşfetmede kritik ve önemli unsurların bazılarıdır. Kültürel Bakım Teorisi, emik (içerideki) ve etik (dışarıdaki) bilgiden türetilmiş bir tümevarım ve tündengelim olabilir. Bununla birlikte Leininger insanlar veya kültürden gelen emik

bilginin elde edilmesini destekler, çünkü bu bilgi en inandırıcı ve güvenilir olandır (165).

2.5.3. Teoriyi Üstün Kılan Özellikleri

Kültürel Bakımın Farklılığı ve Evsenselliği Teorisi'nin diğer hemşirelik teorilerinden bazı farklı özellikleri vardır. Bunlardan en önemlisi, bütüncül ve kapsamlı kültürel bakımı keşfetme üzerine odaklanan tek teoridir. Kültürlerde bulunan çoklu holistik faktörleri evrensel olarak içermesinden dolayı batı ve batı dışı kültürlerde kullanılabilen tek teoridir. Dünya görüşü, sosyal yapı faktörleri, dil, geleneksel ve profesyonel bakım, etnik öykü ve çevresel şartlar gibi insan bakımını etkileyen kapsamlı faktörleri keşfetmeye odaklanan tek teoridir. Teorinin kültürel olarak uyumlu bakım sonuçlarına ulaşmak için sistematik olarak incelenebilen hem kuramsal hem de uygulama boyutu vardır. İnsanlar için iyilik, sağlık ve memnun oldukları bir yaşam tarzını desteklemede kültürel olarak uyumlu bakım kararları ve eylemlerine ulaşmak için üç teorik uygulama modeli ile kültür ve farklı kültürlerde bakım üzerine odaklanan tek teoridir. Teori, *'Bakım ve sağlıkla ilgili farklı olan nedir? Evrensel olan nedir?'* konularında bakımı baştan sona keşfetmek için tasarlanmıştır. Spesifik bakım yapıları ile farklı ve zıt transkültürel hemşirelik bakım uygulamalarını tanımlamak için karşılaştırmalı bir odağa sahiptir (168). Teorinin, etno-hemşirelik yöntemi (bir teoriyi doldurmak için tasarlanmış ilk hemşirelik araştırma yöntemi) ile derinlemesine bilgi ve emik veriyi ayrıntılı bir şekilde ortaya çıkarması için tasarlanmış destekleyicileri vardır. Bu destekleyiciler aynı zamanda, kültürel sağlık bakım değerlendirmeleri için de kullanılabilmektedir. Teori, kültürel olarak uyumlu, güvenli ve sorumlu bir bakıma varmak için hemşirelik ve sağlık bakımı içinde yeni bilgi üretebilmektedir (165).

2.5.4. Temel Kavramlar ve Tanımlar

Leininger, teoriyle ilgili birçok terim geliştirmiştir. Bu terimler, Leininger tarafından şu şekilde tanımlanmaktadır (165, 163, 169).

İnsan bakımı ve bakım verme: Bu kavram, sağlığı, insani bir durumu veya yaşam biçimini iyileştirmek, sakatlık ve ölümle yüzleşmek durumlarında belirgin

veya beklenen gereksinimleri olan bireyin kendisine ve yakınlarına yardım etmek için yardımcı, destekleyici, etkinleştirici ve kolaylaştırıcı yolların tanımlanması ile ilgili kuramsal ve belirgin fenomenleri (olguları) ifade etmektedir.

Kültür: Bu kavram, öğrenilen, paylaşılan ve genellikle bir nesilden diğerine geçirilen bireylerin, grupların veya kurumların kalıplaşmış yaşam biçimleri, değerleri, inançları, normları, sembolleri ve uygulamalarını ifade etmektedir.

Kültürel Bakım: Bu kavram, bireyin sağlığı ve iyiliği, sakatlık ve ölümle yüzleşmesi ve diğer insani durumlarıyla ilgili belirgin ve beklenen gereksinimleri üzerine odaklanan kendisi ve yakınlarına yönelik sentezlenmiş ve kültürel olarak uyumlu hale getirilmiş yardımcı, destekleyici, etkinleştirici ve kolaylaştırıcı bakım davranışlarını ifade etmektedir.

Kültürel Bakımın Farklılığı: Bu kavram, kültürler ve insanlar içinde ve arasında bakım inançları, anlamları, kalıpları, değerleri, sembolleri ve yaşam biçimlerindeki çeşitliliği ve farklılıkları ifade etmektedir.

Kültür Bakım Evrenselliği: Bu kavram, evrensel olarak dünyanın her yerindeki insanlar için bakımın anlamları, kalıpları, değerleri, sembolleri ve yaşam biçimlerine dayalı kültürel ortaklıkları ve benzerlikleri ifade etmektedir.

Dünya Görüşü: Bu kavram, bir birey veya grubun yaşam ve dünya hakkındaki bir değer, duruş, resim ve bakış açısı ile ilgili olarak dünyaya bakma ve anlama şeklini ifade etmektedir.

Kültürel ve Sosyal Yapı Boyutları: Bu kavram, bir kültürün (veya alt kültürün) dini ve felsefi, sosyal (akrabalık), politik, ekonomik, eğitimsel, teknolojik özellikleri ile kültürel değerlerini, etnik geçmişini ve anadilini içeren özellikler yönünden dinamik, bütüncül ve birbiriyle ilişkili yönlerini ifade etmektedir.

Çevresel Şartlar: Bu kavram, özel bir çevre ya da durumla ilgili olarak insanların açıklamalarına ve kararlarına anlam kazandıran deneyimleri ile ilişkili bir çevre (fiziksel, coğrafik ve sosyo kültürel), durum ya da olayların tümünü ifade etmektedir.

Etnik Öykü: Bu kavram, belirli bir kültürün insanları hakkında bilinen, onaylanan ve yazılı hale getirilen şekliyle zaman içinde ard arda sıralanan gerçekler, olaylar veya gelişmeleri ifade etmektedir.

Emik: Bu kavram, yerel, yerli veya içindekilerin bir olgu ya da olay hakkındaki görüş ve değerlerini ifade etmektedir.

Etik: Bu kavram, bir olgu ya da olay hakkında dışarıdakilerin veya daha evrensel olan görüş ve değerleri ifade etmektedir.

Sağlık: Bu kavram, bireyler veya gruplar tarafından kültürel olarak oluşturulmuş, tanımlanmış, önemsenmiş ve uygulanmış olan, onların günlük yaşamlarındaki fonksiyonlarını yerine getirmesini sağlayan iyiliğin tanımını veya iyileştirici bir tanımı ifade etmektedir.

Transkültürel Hemşirelik: Bu kavram, bireylere veya gruplara kültürel olarak uyumlu ve faydalı yollarla sağlığını koruma veya yeniden kazandırmada ve sakatlık, ölüm ve diğer insani durumlarla başa çıkmada yardım etmek için bütüncül Kültürel Bakım olgusu ve yetkinlikleri üzerine odaklanan humanistik ve bilimsel bilgi ve uygulamaların formal bir alanını ifade etmektedir.

Kültür Bakımı Koruma ve Savunma: Bu kavram, belirli bir kültürün insanlarına onlar için anlamlı olan bakım değerleri ve yaşam biçimlerini kaybetmemesi ve sürdürmesinde, hastalıklardan iyileşmesinde, sakatlık ve ölümle başa çıkmasında onlara yardım eden destekleyici, kolaylaştırıcı ve etkin profesyonel eylem ve kararları ifade etmektedir.

Kültürel Bakıma Uyumlu Hale Getirme: Bu kavram, anlamlı, faydalı ve uyumlu sağlık sonuçları için onlara adapte olmak ve uyum sağlamak üzere belirli bir kültürün insanlarına yardım eden destekleyici, kolaylaştırıcı ve etkin profesyonel eylem ve kararları ifade etmektedir.

Kültürel Bakım için Yeniden Yapılandırma: Bu kavram, yeni, farklı ve faydalı sağlık sonuçları için bireylerin yaşamlarını yeniden düzenlemelerine, değiştirmelerine ve modifiye etmelerine yardım eden destekleyici, kolaylaştırıcı ve etkinleştirici profesyonel eylem ve kararları ifade etmektedir.

Kültürel Uyumlu Hemşirelik Bakımı: Bu kavram, birey veya grupların sağlık, iyilik, hastalık, sakatlık durumlarında ve ölümle yüzleşmesinde genel yaşam biçimlerini faydalı ve anlamlı bir şekilde doldurmak ve gereksinimlerini karşılamak üzere duyarlı ve yaratıcı kültürel uyumlu bakımı ve sağlık bilgisini kullanmayı ifade etmektedir.

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırmada, nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nicel araştırma yoluyla elde edilemeyen daha çok ‘neden’ ve ‘nasıl’ gibi soruların cevaplarını elde ederek daha detaylı ve derinlemesine bilgi üretmek, katılımcıların anlamlandırma biçimini anlamak ve daha iyi formüle etmek (170) amaçlanmıştır. Niceliksel araştırmalarda, amaçlar ve öncelikler göz önüne alınarak her konu hakkında, özellikle de araştırılan kişilerin o olayı yorumlayışını içeren bilgileri almak her zaman mümkün olmamaktadır. Bu da araştırmacıyı genellikle bakış açıları ve ele alış tarzlarını içeren yorumlayıcı açıklamalar yapmaktan ve nedensel bağlantıları böyle bir bütünlük içinde kurmaktan yoksun bırakmaktadır (171). Nitel araştırma yöntemi ise, katılımcıların bakış açısı ve anlamlandırma biçimini (emik yaklaşım) ortaya koyan ve bunları araştırmacının profesyonel bakış açısıyla (etik yaklaşım) buluşturan bir yöntemdir (172). Araştırma konusunun, kişinin özelini konuşmayı gerektiren hassas bir konu olması, yüzeyin biraz daha altına inerek ayrıntıların yakalanması ve görüşülen kişinin bakış açısının bütüncül bir biçimde kavranabilmesi için çalışmanın nitel araştırma yöntemlerinden derinlemesine görüşme ile gerçekleştirilmesi tercih edilmiştir (171). Karşılanmamış AP gereksinimlerini etkileyen kültürel faktörlerin belirlenmesi ve hizmet modelinin geliştirilmesi amacıyla, Leininger’in ‘Kültürel Bakımın Farklılığı ve Evrenselliği Teorisi’ doğrultusunda nitel etno-hemşirelik araştırma yöntemi kullanılmıştır.

3.1.1. Etno-Hemşirelik Araştırma Yöntemi

Etno-hemşirelik araştırma yöntemi, Leininger tarafından ‘Kültürel Bakımın Çeşitliliği ve Evrenselliği Teorisi’nin içini doldurmak ve nitel yaklaşım ile anlamlı veriler elde etmek için geliştirilmiştir (172). Bu yöntem, kültürel uyumlu bakım ve hizmete temel oluşturacak yeni bilgiler üretmek için geniş kapsamlı ve karmaşık bakım, hizmet ve kültür fenomenine girmede önemli bir araç olarak görülmektedir (172). Teori ve yöntem, bakım ve hizmet uygulamalarını açıklayan etnik köken, aile, akrabalık, dini inanç, gelenek- görenek, teknoloji, eğitim, ekonomi, politika ve yasal bazı olgulara ilişkin sosyal ve yapısal faktörleri açığa çıkarabilmektedir. Leininger,

farklı kültürel ortamlarda yaşayan insanlardan kapsamlı bakım, hizmet ve kültür bilgisi toplayabilmek için bazı destekleyiciler geliştirmiştir (172). Araştırmamızda, Leininger'in Gün doğuşu destekleyicisi, Yarı-yapılandırılmış görüşme rehberi destekleyicisi, Gözlem-katılım-yansıma (O-P-R) destekleyicisi ve Yabancıdan arkadaşına (S-F) destekleyicisini kullanmak, araştırmacıya karşılanmamış AP gereksinimleri ile ilişkili kültürel özellikleri ve faktörleri anlamada yönlendirici bir temel oluşturmuştur. Destekleyiciler, belirli bir grubun araştırma konusu ile ilgili ne bildiği ve deneyimlediği hakkında araştırmacıya daha geniş bilgi sağlamak üzere rehberlik etmektedir (173).

Gün doğuşu destekleyicisi (Ek-1): Leininger, Gün doğuşu destekleyicisini insanların bakımını ve iyiliğini etkileme potansiyeline sahip faktörleri bütüncül bir bakış açısı ile ortaya koyarak kültürel bakım olgusunu açığa çıkarmada bilişsel bir harita olarak geliştirmiştir (164, 174). Araştırmacı, katılımcılarla yapılan görüşmeler aracılığıyla, kültürel değerleri, inançları ve yaşam şekillerinin yanı sıra, teknolojik faktörler, eğitimsel faktörler, dini ve felsefi faktörler, ekonomik faktörler, politik ve yasal faktörler ve akrabalık ve sosyal faktörler hakkında da bilgiye ulaşmaktadır (Ek-1. Gün doğuşu destekleyicisi, Hotun Şahin, Onat Bayram ve Avcı 2009'dan alınmıştır). Gün doğuşu destekleyicisi, bu çalışmada karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında kültürel faktörlerin belirlenmesi için oluşturulan derinlemesine görüşme sorularının hazırlanmasında kullanılmıştır.

Yarı-yapılandırılmış Görüşme Rehberi Destekleyicisi (Ek-2): Bu rehber, Leininger'in Gün doğuşu destekleyicisi ile birlikte kullanılmasını önerdiği görüşme rehberi destekleyicidir (174). Bu destekleyici ile, destekleyicide önerilen soruların adapte edilmesi ve araştırma konusu ile ilgili birçok açık uçlu sorunun geliştirilmesi sağlanmaktadır. Araştırmamızın görüşme yönergesi sorularının oluşturulmasında Leininger'in yarı yapılandırılmış görüşme rehberi destekleyicindeki sorulardan faydalanılmıştır.

Gözlem-katılım-yansıma (G-K-Y) Destekleyicisi (Ek-3): G-K-Y destekleyicisi, araştırmacıya, bilgi vericilerin alışkın oldukları, doğal yaşamlarında ya da iş ortamlarında gözlemler yapmasında rehberlik etmektedir (164, 174). Bu araştırmada gözlemler, araştırmacının, araştırmanın yapıldığı ASM'ye arabulucu olan aile hekiminin yardımıyla girmesi ve ASM'yi incelemesiyle başlamıştır. Burada

verilen hizmetlerle ilgili gözlem ve alan notları tutulmuştur. Araştırmacı, ASM'deki hemşirelik faaliyetlerine katılımcı olmuştur. Gözlem ve alan notlarıyla, ASM'de verilen hizmetler, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinin niteliği, gebelikten koruyucu hizmet alan ve almayan kadınların özellikleri hakkında bilgi elde edilmiştir. Bu esnada, anahtar ve genel bilgi vericiler tespit edilmiştir.

Yabancıdan Güvenilir Arkadaşa Destekleyicisi (Y-A) (Ek-4): Y-A destekleyici, kültürel gerçeklerin ortaya çıkarılmasında bilgi vericiler ve çalışanlarla birlikte hareket ederken, araştırmacının kendi davranışlarının, hislerinin ve tepkilerinin farkında olması konusunda bir değerlendirme ve yansıtma rehberi olarak hizmet etmektedir (164, 174). G-K-Y destekleyicisi ile aynı zamanda kullanılan Y-A destekleyicisi, gerek ASM'de çalışan doktor ve hemşirelerle gerekse karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlarla güvenilir bir arkadaş olmanın bu çalışmada doğru alan notları oluşturmak, gözlem ve görüşmeleri güvenilir bir şekilde yürütmek için gerekli olması nedeniyle araştırmacı tarafından kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmacı, bu araştırmaya ön hazırlık olarak katıldığı 'AP Klinik Uygulama Sertifika Programı' eğitimi sırasında, aynı eğitim programına katılmış olan Mamak İlçesindeki bir ASM'nin aile hekimlerinden birisi ile tanışmıştır. Kendisine çalışma hakkında bilgi vermiştir. Bu aile hekimi, ASM'ye gelen ve karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar ile arabulucu olmayı kabul etmiştir. Araştırmanın yapıldığı ASM'nin kayıtlarından o bölgede 15-49 yaş grubunda, evli ve etkili bir yöntem ile gebelikten korunmayan 1124 kadın olduğu belirlenmiştir. Bu ASM bölgesinde 1124 etkili yöntemle gebelikten korunmayan kadının bulunması ve burada çalışan aile hekiminin arabuluculuk yapmayı kabul etmesi nedeniyle karşılanmamış AP gereksinimleri hakkındaki bu çalışmanın belirlenen ASM bölgesinde yürütülmesine karar verilmiştir.

Araştırmanın uygulamasının yapıldığı ASM, Mamak-Hürel mahallesinde yer almakta ve 16.000 nüfusa hizmet vermektedir. Bu ASM'ye kayıtlı 15-49 yaş kadın sayısı 4.497'dir. ASM'de 4 muayene odası, bir aşı ve emzirme odası, bir acil müdahale odası ve bir AP polikliniği vardır. AP polikliniğinde bir jinekolojik muayene masası, bir etüv, bir ışık kaynağı, bir muayene masası, bir RİA uygulama

seti bulunmaktadır. Burada 4 doktor, 5 hemşire ve bir hizmetli görev yapmaktadır. Poliklinik hizmetleri ve hasta muayenesi, aşı uygulamaları, gebe muayenesi, hasta eğitimi, birinci basamak düzeyinde laboratuvar tahlilleri, evde bakım gereksinimi olan hastaların tespiti ve ilgili yere bildirimi, enjeksiyon, pansuman vb. sağlık bakım hizmetleri sunulmaktadır.

ASM'ye muayene, enjeksiyon, aşı, gebe ve çocuk izlemi gibi nedenlerle gelen kadınlar burada araştırmaya uygunluk açısından değerlendirildikten sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar ile istedikleri tarih ve saatte ve istedikleri yerde (ev, cafe, ASM vb) derinlemesine görüşmelerin yapılması planlanmıştır. Ön görüşmeler için 2 kadının evine gidilmiş, burada yapılan görüşmeler çocukların istekleri, eşin eve gelmesi, telefonun ve kapının çalması, komşuların ve tamircinin gelmesi gibi nedenlerle sürekli bölünmüştür. Ayrıca, ön görüşmeler sırasında bazı kadınlar ASM'nin güvenilir bir yer olduğunu, burada aile hekimleri ve hemşirelerinin bulunduğunu ve onların araştırmacı ile rahatlıkla ve çekinmeden görüşebileceklerini dile getirmişler ve kendileri için daha güven verici olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle esas derinlemesine görüşmeler için kadınlar uygun oldukları gün ve saatte ASM'ye davet edilmiştir. Derinlemesine görüşmeler ASM'deki AP polikliniğinde yapılmıştır. AP polikliniği, ASM çalışanları tarafından aktif olarak kullanılmamaktadır. Bu nedenle, herhangi bir bölünme yaşamaksızın görüşmeler yapılabilmektedir.

3.3. Araştırmanın Alanı ve Görüşülenlerin Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Alanı

Araştırmanın alanını seçilen ASM bölgesindeki 15-49 yaş aralığında olan ve etkili bir yöntem ile gebelikten korunmayan kadınlar oluşturmuştur. Bu ASM bölgesinde 15-49 yaş aralığında, evli ve etkili bir yöntemle gebelikten korunmayan 1124 kadın bulunmaktadır.

3.3.2. Görüşülenlerin Seçimi

Derinlemesine görüşmelerin yapılmasında; nitel araştırmalar için amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme ile ASM bölgesinden araştırmaya

alınacak kadınların seçimi yapılmıştır. Amaçlı örnekleme, derinlemesine araştırma yapabilmek amacıyla çalışmanın amacı doğrultusunda bilgi açısından uygun durumların seçilmesidir (176). Ölçüt örnekleme ise, örneklemin araştırma problemiyle ilgili olarak belirlenen niteliklere sahip kişiler, olaylar, nesneler ya da durumlardan oluşturulmasıdır (170). Karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında kültürel faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma için belirlenmiş olan görüşülenlerin dahil edilme kriterleri, araştırma için önemli olan ölçütlerdir. Bu ölçütler, konu ile ilgili literatur taranarak geliştirilmiştir (61, 63, 65, 177).

Görüşülen dahil edilme kriterleri:

1. 15-49 yaş aralığında olma,
2. Fertil olma,
3. Aktif bir cinsel yaşamı bulunma,
4. Gebe ise istemeden gebe kalmış olma,
5. Menstruasyon görüyor olma,
6. Doğum sonu ilk 6 aylık dönemde olma (adet görme ve bebeğini etkili emzirmeme),
7. Artık çocuk istememe,
8. Hemen çocuk sahibi olmayı düşünmeme,
9. Çocuk sahibi olma konusunda kararsız olma,
10. Korunma yöntemi kullanmama,
11. Geleneksel yöntem kullanma ancak etkili bir yöntem kullanmak isteme,
12. İletişim kurmayı engelleyen fizyolojik ve psikolojik bir rahatsızlığı olmama,
13. Araştırmaya katılmaya gönüllü olma.

Araştırmamızda, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların görüşülen dâhil edilme kriterlerine uyup uymadığını belirlemek için araştırmacı tarafından ‘Olası katılımcı tarama formu’ oluşturulmuştur (Ek-5). Bu form, 5 uzman görüşü

doğrultusunda düzenlenmiş, geliştirilmiş ve kullanılmıştır (F. Terzioğlu¹, A. Akın², İ. Yüksel Kaptanoğlu³, A. Çavlin Bozbeyoğlu⁴, G. Güvenç⁵).

Görüşülen dahil edilme kriterlerine uygun kadınlar ile yapılacak derinlemesine görüşme sayısı, kota örnekleme yöntemi doğrultusunda 32 olarak belirlenmiştir. Yapılan literatür araştırmasında AP gereksiniminin karşılanmamasında rol oynayan iki önemli faktörün yaş (16, 17, 178, 179) ve eğitim durumu (16, 49, 178-180) olduğu görülmüştür. Buna göre kadınların yaş ve eğitim durumuna göre 30 yaş altı, 30 yaş ve üzeri, lise altı ve lise ve üzeri olmak üzere dört kota belirlenmiş, her kotada 8 kadın olacak şekilde örnekleme yapılmıştır (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi bulanan kadınların kota örnekleme şekli

30 yaş altı		30 yaş ve üzeri	
Lise altı	Lise ve üzeri	Lise altı	Lise ve üzeri
8	8	8	8

Araştırmanın uygulama aşamasında sürekli ASM’de bulunan araştırmacı, ASM’de çalışan doktor ve hemşireler için güvenilir arkadaş (Y-A destekleyicisi) olduğu için, onlardan sağlık bakım hizmeti alan ve araştırmaya uygun olduğunu düşündükleri kadınları arabuluculuk yaparak araştırmacıya yönlendirmişlerdir. Bu nedenle, araştırmacı hem ASM’ye gelen kadınlarla doğrudan kendisi iletişimi başlatarak, hem de ASM çalışanları tarafından yönlendirilen kadınları araştırma için değerlendirmiştir.

Araştırmanın uygulama aşamasında, ASM’ye gelen ve ön görüşme yapılan 170 kadın ‘Olası katılımcı tarama formu’ doğrultusunda görüşülen dahil edilme kriterlerine uygunluk yönünden taranmıştır. 42 kadının görüşülen dahil edilme

¹ Prof. Dr. Füsün Terzioğlu. İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi.

² Prof. Dr. Ayşe Akın. Başkent Üniversitesi Kadın Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürü.

³ Doç. Dr. İlknur Yüksel Kaptanoğlu. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Öğretim Üyesi.

⁴ Doç. Dr. Alanur Çavlin Bozbeyoğlu. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Öğretim Üyesi.

⁵ Doç. Dr. Gülден Güvenç. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi

kriterlerine uygun olduğu, 128 kadının ise uygun olmadığı belirlenmiştir. Görüşülen dahil edilme kriterlerine uyan kadınlardan 6'sı daha sonra uygun zamanda görüşme için geleceğini söylemiş, ancak bir iletişim bilgisi vermeyi kabul etmemiştir. Görüşmeye alınan kadınlardan birisinin yanında çocuğu olduğu ve çok ağladığı için görüşme yarıda kesilmiştir. Görüşmeye alınan başka bir kadının ise görüşme sorularına samimi cevaplar vermediği ve soruları geçiştirdiği dikkat çektiğinden, bu görüşme araştırma dışı bırakılmıştır. Ayrıca araştırmanın son döneminde ASM'ye gelen ve örnekleme kriterlerine uyan iki kadın, yaş ve eğitim yönünden ait oldukları kotaların görüşmeleri tamamlandığı için araştırmaya davet edilmemiştir. Görüşülen dahil edilme kriterlerine uymayan kadınlardan 111'i etkili bir yöntem ile gebelikten korunmaktadır. 16 kadın araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Kadınlardan biri ise, eşinin hastalığı nedeniyle iki yıldır cinsel aktivitelerinin olmadığını belirttiği için araştırmaya davet edilmemiştir.

Araştırmanın uygulama aşamasındaki derinlemesine görüşmeler sırasında kültürel özellikler ve karşılanmamış AP gereksinimi bilgisi yönünden zengin olduğu düşünülen ve görüşme süresi 60 dk'nın üzerinde olan 12 kadın 'anahtar bilgi vericiler', diğer 20 görüşülen ise 'genel bilgi vericiler' olarak değerlendirilmiştir.

3.4. Veri Üretimi

3.4.1. Veri Üretme Araçları

Araştırmanın verileri; Bilgi formu (Ek-6), Görüşme yönergesi (Ek-7) ve Gözlem formu (Ek-8) ile toplanmıştır. Veri üretme formlarının hazırlanması aşamasında ve ön uygulama sonuçları doğrultusunda formlarda yapılan düzenlemelerde 4 uzman görüşü alınmıştır (F. Terzioğlu¹, A. Akın², İ. Yüksel Kaptanoğlu³, G. Güvenç⁴).

¹ Prof. Dr. Füsün Terzioğlu. İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi.

² Prof. Dr. Ayşe Akın. Başkent Üniversitesi Kadın Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürü.

³ Doç. Dr. İlknur Yüksel Kaptanoğlu. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Öğretim Üyesi.

⁴ Doç. Dr. Gülden Güvenç. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi

Bilgi formu (Ek-6): İlgili literatür doğrultusunda (17, 178, 179, 181) araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. İki bölüm şeklinde ve toplam 41 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölüm, kadının ve eşinin yaşı, eğitim durumu, evlenme şekli, aile tipi, çalışma ve gelir durumu gibi sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan 30 soru içermektedir. İkinci bölüm, gebelik, doğum, düşük sayısı, emzirme durumu, son doğum şekli ve zamanı ile tekrar çocuk isteme durumu gibi obstetrik özelliklerini sorgulayan 11 sorudan oluşmaktadır.

Görüşme Yönergesi (Ek-7): Bu yönerge, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlarla görüşme sırasında yol gösteren yarı yapılandırılmış soru formudur. Ailenin karşılanmamış AP gereksinimini belirlemeye yönelik kültürel özellikleri sorgulanırken Leininger'in Gün Doğuşu destekleyicisi ve Yarı-yapılandırılmış görüşme rehberi destekleyicisi esas alınmıştır (166, 174). Sorular, araştırmanın destekleyicileri ve araştırmanın içeriğine uygun literatür taraması doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (16, 17, 171, 182-185).

Görüşme yönergesi, 9 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular, kadının kendini tanıtmayı, eşi hakkında bilgi vermesi, evliliği, çocuğun anlamı, gebelikten korunmaya ilişkin düşünceleri, gebelikten korunmamasında etkili olan faktörler, ülkemizdeki sağlık hizmetleri ile ilgili düşünceleri, önerileri ve eklemek istediklerinden oluşmaktadır. Görüşme yönergesindeki 2 soru alternatif soru ile açıklanmakta, 8 soru ise daha fazla bilgi üretmek için sonda sorularla desteklenmektedir. Sonda sorular, esas soru ile bağlantılı olarak kültürel değerleri, inançları ve yaşam şekillerini, teknolojik faktörleri, eğitimsel faktörleri, dini ve felsefi faktörleri, ekonomik faktörleri, siyasi ve hukuki faktörleri ve akrabalık ve sosyal faktörleri sorgulamaktadır.

Gözlem Formu (Ek-8): Araştırmacının görüşme anındaki gözlemlerini not alması için ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (186-188). Bu form, görüşme süresi, görüşmenin yapıldığı ortam, ortamın özellikleri, görüşme esnasında bulunan kişiler, görüşülen kişinin özellikleri, beden dili, görüşme sırasında özel anlar/zorluk yaşanan durumlar ve görüşülenin verdiği başlıca tepkiler başlıklarından oluşmaktadır.

3.4.2. Ön Hazırlık

Araştırmacı, AP Klinik Uygulamaları bilgi ve becerisini geliştirmek, böylelikle katılımcıları daha iyi anlayabilmek ve gerektiğinde danışmanlık yapabilmek için ‘AP Klinik Uygulama Sertifika Programı’ kapsamında; 01-26.06.2015 tarihleri arasında bir hafta teorik, üç hafta uygulamalı olmak üzere bir ay süresince ‘AP Danışmanlığı ve RİA Uygulama Eğitimi’ne katılmış ve sertifika almıştır (Ek 9).

Ayrıca, nitel araştırma bilgi ve becerisini arttırmak için 18-19.04.2017 tarihlerinde ‘Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu’na katılmıştır (Ek-10).

Hazırlanan ‘Olası katılımcı tarama formu (Ek-5)’, ‘Bilgi formu (Ek-6)’, ‘Görüşme yönergesi (Ek-7)’ ve ‘Gözlem formu (Ek-8)’ nun işlerliğini test etmek için iki pilot çalışma yapılmıştır. Böylelikle ‘Bilgi formu’ ve ‘Görüşme yönergesi’ndeki soruların anlaşılıp anlaşılmadığı kontrol edilmiştir. İlk pilot çalışma için Mart 2016 tarihinde araştırmanın yürütüleceği ASM bölgesinde bulunan ve karşılanmamış AP gereksinimi bulunan üç kadın ile görüşme yapılmıştır. Yapılan görüşmeler sonunda Olası katılımcı tarama formu, Bilgi formu, Görüşme yönergesi ve Gözlem formu yeniden gözden geçirilip düzenlemeler yapılmıştır. Birinci düzenlemeden sonra Temmuz 2016 tarihinde aynı ASM bölgesinde ikinci pilot uygulama yapılmıştır. Bu uygulamada, 19 ‘Olası Katılımcı Tarama Formu’, 6 ‘Bilgi Formu’ test edilmiştir. 4 kadın ile derinlemesine görüşme yapılmış, bu doğrultuda ‘Görüşme Yönergesi’ ve ‘Gözlem Formu’ değerlendirilmiştir. Pilot uygulama sonrası, görüşmenin akıcılığı ve içeriğin bütünlüğü açısından alt başlıkların yerleri değiştirilmiştir. Veri karmaşasına sebep olan bazı sorular çıkarılmış, bazı sorular yeniden düzenlenmiştir. Soruların anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini sağlamaya yönelik bazı düzenlemeler yapılmıştır. Görüşmelerden araştırma sorularının hepsine yanıt alabilmek ve yeteri kadar derinlemesine veri elde edebilmek için bazı sorular eklenmiştir (Görüşmede kadının kendi gebelik ve doğumlarını açıkladığı bölüm yeniden düzenlenerek ‘*Sizin için çocuğun anlamı nedir?*’ sorusu ile başlatılmıştır. İdeal çocuk sayısı ile ilgili sorudan hemen sonra çocuk sayısını arttırmasında etkili olacak faktörler hakkında soru sorulması planlanmıştır. Görüşmenin yapıldığı sırada gebelikten korunma/korunmama durumu ile ilgili sorulardan hemen önce ‘*Gebelikten korunmaya ilişkin düşünceleriniz nelerdir?*’ sorusu eklenmiştir. Gebelikten

korunmayı etkileyen faktörler arasında sonda sorularla '*çevredeki insanlar ve kitle iletişim araçlarının*' da etkisinin değerlendirilmesi planlanmıştır. Gebelikten koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görüşlerinin alındığı kısım, genel olarak ülkemizdeki sağlık hizmetleri hakkındaki görüşlerinden başlanarak genelden özele sorularla yeniden düzenlenmiştir. Sağlık hizmetleri ve gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik önerileri ayrı bir başlık altında ele alınmıştır).

Pilot uygulama yapılan kadınlar araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

3.4.3. Veri Üretme Prosedürü

Araştırmanın veri üretimi; Ağustos 2016- Mart 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmacı, seçilen ASM'ye muayene, aşı, gebe ve çocuk izlemi, enjeksiyon uygulaması vb. nedenlerle gelen ve 15-49 yaş arasında olması muhtemel kadınlara yaklaşıp veya ASM çalışanları tarafından kendisine yönlendirilen kadınlara gebelikten korunma durumu ile ilgili birkaç soru sormak istediğini belirtmiştir. Soruları yanıtlamayı kabul eden kadınları 'Olası Katılımcı Tarama Formu' doğrultusunda değerlendirmiştir. Bu değerlendirme sonucunda görüşülen dahil edilme kriterlerine uyduğu belirlenen kadınlara araştırma hakkında daha detaylı bilgi verilerek uygun oldukları tarih ve saatte ve uygun gördükleri yerde derinlemesine görüşmeye davet etmiştir. Görüşmeyi kabul eden kadınların çoğunluğu, o gün ASM'ye geliş nedeniyle ilgili işlemleri tamamladıktan sonra görüşmenin yapılmasını uygun görmüştür. Derinlemesine görüşmeler ASM'de bulunan ve ASM çalışanlarının görüşmelerin yapılması için uygun yer olarak kullanımına izin verdiği AP polikliniğinde yapılmıştır. Kadınlar derinlemesine görüşme için AP polikliniğine alınmıştır. Görüşmeye başlamadan önce araştırmanın amacı, önemi, araştırmaya katılımın tamamen kendi isteğine bağlı olduğu, görüşmenin gizliliği, istediği zaman görüşmeyi sonlandırabileceği, herhangi bir çekincesi ve sormak istediği bir soru olup olmadığı konusunda açıklamalarda bulunulmuştur. Kadına eğer izin verirse görüşmenin ses kayıt cihazı ile kaydedileceği belirtilmiştir. Araştırmaya katılan bütün kadınlar ses kaydının yapılmasına izin vermiştir. Birkaç kadın ses kaydı yapılması ile ilgili endişesini dile getirmiştir. Araştırmacı tarafından ses kayıtlarının hiç kimse ile paylaşılmayacağı, bilgilerin gizli tutulacağı ve isimlerin asla

açıklanmayacağı bilgisi tekrar hatırlatılınca ses kaydına izin vermişlerdir. ‘Araştırma amaçlı yazılı onam formu (Ek-11)’ kadına sunulmuş, bu onam formunun araştırmacı tarafından şu ana kadar açıklanan bilgileri içerdiği, bunları okuması, herhangi bir soru sormak isterse bunu dile getirmesi ve eğer herhangi bir sorun yoksa imzalaması istenmiştir. İmzalanmış onam formunun bir kopyası kadına verilmiştir. Onam formunda yer alan iletişim bilgileri üzerinden istediği zaman araştırmacıya ulaşabileceği hatılatılmıştır. Kadın hazır olduğunda, ses kayıt cihazı açılarak ‘yarı yapılandırılmış görüşme yönergesi (Ek-7)’ doğrultusunda yüz yüze derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler 35-85 dk. arasında sürmüştür. Görüşmeden hemen sonra kadından ‘bilgi formu (Ek-6)’nu doldurması istenmiştir. Araştırmacı görüşme ile ilgili gözlemlerini ‘gözlem formu (Ek-8)’na kaydetmiştir.

Araştırmacı, ASM’de derinlemesine görüşmeler için katılımcıları belirlemediği ya da derinlemesine görüşmeler yapmadığı zamanlarda, ASM’yi AP hizmetleri için gerekli ortam, teknik donanım ve malzemeler yönünden incelemiş, doktor, ebe/hemşireler tarafından verilen AP hizmetlerinin niteliğini gözlemlemiş, ASM çalışanlarının burada verilen AP hizmetleri ile ilgili görüşlerini almış ve verdikleri hizmetlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için bazı sorular sormuştur. Böylelikle araştırma alanı ve AP hizmetleri ile ilgili gözlem ve alan notlarını oluşturmuştur.

3.5. Veri Analiz Yöntemi

Bu araştırmanın veri analizi Mart-Ekim 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Leininger’in 4 aşamadan oluşan nitel veri analizi yöntemi kullanılmıştır (166, 174).

Ham verinin toplanması, tanımlanması ve belgelenmesi: Veri analizinin ilk aşamasında, araştırmacı çalışmanın amacı ve araştırma soruları ile ilişkili verileri toplamış ve kayıt altına almıştır. Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlarla yapılan görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilmiş, gözlem ve alan notları oluşturulmuştur. Kayıtlar, bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Veriler emik bir yaklaşımla (kadınların bakış açısı doğrultusunda) kaydedilmiştir. Ancak, etik verilere de (evrensel değerlere de) dikkat edilmiştir. Kavramsal anlamlar tanımlanmış, ilk yorumlar yapılmıştır.

Görüşülenlerden elde edilen bilgilerin kayıt edilmesi sırasında, katılımcıların kimliklerini gizlemek adına görüşme 1'den görüşme 32'ye kadar numaralar verilmiştir. Örneğin birinci katılımcı 'Katılımcı 1' olarak isimlendirilmiş ve 'K1' olarak kodlanmış, 32. katılımcı 'Katılımcı 32' olarak isimlendirilmiş ve 'K32' olarak kodlanmıştır. Bunun yanında görüşme sürecinde katılımcılar kendi isimlerini kullandıkları ya da başka bir isimden örnek verdikleri durumlarda ifadenin akışını bozmamak için örnek verilen isimler de değiştirilmiş ve başka isimler kullanılmıştır.

Tanımlayıcı ve Bileşenlerin Belirlenmesi ve Kategorize Edilmesi: Veri analizinin ikinci evresinde veriler kodlanıp sınıflandırılmıştır. Emik ve etik tanımlayıcılar benzerlikler ve farklılıklar yönünden, tekrarlayan bileşenler ise anlamlar yönünden incelenmiştir.

Alt Tema ve Kavramsal Analiz: Veri analizinin üçüncü aşamasında, benzer ya da farklı anlamlar, ifadeler, deyimler, yorumlamalar ve açıklamalar doyuma ulaşmış fikirleri ve alt temaları keşfetmek için tekrar kontrol edilmiştir.

Ana Temalar, Araştırma Bulgusu, Teorik Formülasyonlar ve Öneriler: Dördüncü ve son aşama, veri analizi, sentezi ve yorumunun en üst seviyesidir. Önceki analiz aşamalarından gelen veriler sentezlenmiş, yorumlanmış ve teorik formüller oluşturulmuştur. Soyut temalar, bulgular ve öneriler özetlenmiş ve sunulmuştur.

3.6. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Etno-hemşirelik araştırmasının geçerliği ve güvenirliliği için altı kriter vardır (166, 172). Bunlar; güvenirlilik, doğrulanabilirlik, ortamdaki anlamı, tekrarlayan kalıplar, aktarılabilirlik ve doygunluk'tur. Çalışmanın niteliği ve hassasiyetinin değerlendirilmesinde bu kriterler kullanılmıştır.

Güvenirlilik, nitel araştırmada önemlidir. Doğru, inandırıcı ve güvenilir bilgi ve deneyimlere dayanılarak bilgi vericiler ve araştırmacılar tarafından oluşturulan bulguların gerçek, doğru ve inandırıcı olduğunu refere etmektedir (172). Bu çalışmanın yöntemi, güvenirliliği sağlayan bazı bileşenleri içermektedir (170):

1) Çalışmanın araştırmacısı, hazırlık aşamasında araştırma konusu ile ilgili olarak 'AP Klinik Uygulama' eğitim programına katılmıştır. Araştırmanın hazırlık,

veri toplama, analiz ve raporlama aşamalarında danışmanın denetiminde aktif olarak rol almıştır.

2) Araştırmada veri kaynağı olan bireyler, amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme ile belirlenmiş ve görüşülen dahil edilme kriterleri açık bir şekilde tanımlanmıştır. Aynı zamanda, kadınların karşılanmamış AP gereksinimlerini etkileyen iki önemli faktör olan yaş ve eğitim yönünden kota örnekleme yapılmıştır. Anahtar ve genel bilgi vericiler belirtilmiştir.

3) Araştırmacının, araştırmanın uygulama aşamasında ASM çalışanları ve görüşülenler ile oluşturduğu sosyal ortam ve süreçler, G-K-Y ve Y-A destekleyicileri aracılığı ile açıklanmıştır.

4) Veri analizinden elde edilen kategori, alt tema ve temalar belirtilmiştir. Verilerin toplanmasından sonra, bir tablo üzerinde verilerdeki kalıpları tanımlayan kodlamalar yapılmıştır. Aynı kodu içeren ve birbirini tamamlayan kalıplar bir araya getirilerek kategori raporları yazılmıştır. Benzer nitelikteki kategoriler incelenerek alt temalar oluşturulmuştur.

Doğrulanabilirlik, bilgi vericiler tarafından doğrulanmış nesnel ve öznel verileri işaret etmektedir (172). Karşılanmamış AP gereksinimini etkileyen kültürel faktörler araştırmacının gözlemleri ve Leininger'in 4 aşamalı etno-hemşirelik nitel veri analizi aracılığıyla doğrulanmıştır. Araştırma konusu olan karşılanmamış AP gereksinimlerini etkileyen kültürel faktörlerin belirlenmesinde, araştırmanın hazırlık aşamasından sonuçların yorumlanmasına kadar 'AP ve Karşılanmamış AP gereksinimleri' alanında uzman görüşü alınmıştır. Etno-hemşirelik araştırma veri toplama formlarının hazırlanması, verilerin toplanması, analizi ve sonuçların yorumlanması aşamalarında 'Nitel Araştırma Yöntemleri' alanında uzman görüşü alınmaya devam edilmiştir. Araştırma sonucunda ulaşılan sonuçlar uzmanlar tarafından teyit edilmiştir. Araştırmacı, araştırma süreci boyunca elde edilen tüm kayıtları ve saha notlarını korumuştur. Araştırma raporu yazılırken, bilgi vericiler tarafından verilen bilgilerin değişmemesine özen gösterilmiştir. Araştırmada, görüşme, gözlem ve alan notlarından elde edilen bilgiler, birbiriyle örtüşmüş ve verilerin doğruluğunu teyit etmiştir. Ulaşılan sonuçlar, 5 anahtar bilgi verici ile paylaşılmış ve sonuçların doğruluğu bilgi vericiler tarafından onaylanmıştır.

Ortamdaki anlamı, verilerin, konu ile ilgili kişilerle alakalı olarak anlaşılır anlamlar taşımasının önemini ifade etmektedir (172). Bu kriter, olay ya da durumla ilgili davranışların, sembollerin, iletişim şekillerinin ve diğer aktivitelerin yorumlanması ve anlaşılmasının önemi üzerine odaklanmaktadır. Araştırmacı, açıklanan durumları ve faaliyetleri anlayabilmeli ve bunları daha geniş ortamlara aktarabilmelidir. Bu nedenle, araştırmamızda benzer ya da farklı sosyo-kültürel ortamlarda olan ve karşılanmamış AP gereksinimleri benzer ya da farklı olan kadınlar ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Kadınların kültürel özellikleri ve bu özelliklerin karşılanmamış AP gereksinimlerine etkisi bütüncül bir yaklaşımla ele alınmıştır.

Tekrarlayan kalıplar, zaman içinde tekrarlanan ve tekrarlama eğilimi olan deneyimler, ifadeler, olaylar ve aktiviteleri ifade etmektedir (172). Araştırmamızda karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların geçmişten günümüze kadar yansıyan ve değişen kültürel özellikleri, ayrıca gebelikten korunma tutum ve davranışları zaman kavramı içerisinde ele alınmıştır.

Aktarılabilirlik, nitel araştırma bulgularının başka bir benzer ortam ya da duruma aktarılabilir olup olmadığını ifade etmektedir (172). Nitel araştırmanın amacı genelleme yapmak değil, derinlemesine bilgi elde etmektir. Bu kriter, benzer çevresel koşullar veya durumlardan elde edilen bulguların benzer olmasını gerektirmektedir. Bu çalışmadaki veriler, bir ASM bölgesinde yaşayan ve karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlardan toplanmıştır. Araştırmaya katılan kadınlar Türk toplumu ve kültürünün bir parçasını oluşturmaktadır. Bu nedenle, araştırma bulguları, bazı Türk toplumu kadınlarının kültürel ortamlarına, gelenek ve göreneklerine aktarılabilir, onların karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında etkili olabilir. Ancak araştırma bulguları ile ilgili olarak tüm Türk toplumu kadınları için bir genelleme yapılamaz.

Doğgunluk, araştırma konusu ile ilgili tüm verinin bilgi vericilerden alındığı ve daha fazla yeni bilgi gelmesinin beklenmediği ayrıntılı araştırmayı ifade etmektedir (172). Araştırmamızda kadınların karşılanmamış AP gereksinimlerini etkileyen iki önemli faktör olan yaş ve eğitim durumu yönünden kota örnekleme yapıldığı için, planlandığı şekilde 32 kadın ile derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Görüşmelerden sonra yapılan incelemede, verinin gerekli doygunluğa ulaştığı görülmüştür.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmacı, araştırma süresince insan haklarının farkında olarak ve etik kaygıları göz önünde bulundurarak çalışmaya özen göstermiştir. Araştırma için öncelikle “Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı”ndan 07.10.2015 tarih ve GO 15/609-28 karar numarası ile etik kurul izni alınmıştır (Ek-12). Mart 2016’da yapılan Tez İzlem Kurulu Toplantısında araştırmanın içeriğinde ve başlığında bazı değişikliklere gidilmiş ve bu değişiklikler Etik Kurul Başkanlığı’na bildirilmiştir. Etik Kurul Başkanlığı’nın 14.06.2016 tarihli ve 16969557-618 sayılı yazısı ile araştırmanın aynı etik kurul izni ile yapılmasının uygun bulunduğu belirtilmiştir (Ek-13).

Etik kurul izninin alınmasından sonra, araştırma bir ASM’de yapıldığı için Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun ‘Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu’ndan 04.12.2015 tarih ve 67350377 sayı ile araştırma izni alınmıştır (Ek-14). Ayrıca, araştırmanın yürütüldüğü ASM’de çalışan doktor ve hemşirelerden izin alınmıştır. ASM çalışanları, derinlemesine görüşmelerin ASM’nin AP polikliniğinde yapılmasının uygun olduğunu belirtmiş ve araştırma için AP polikliniğinin kullanılmasına izin vermiştir.

ASM’ye gelen ve araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan kadınlara araştırmaya katılımın tamamen kendi isteklerine bağlı olduğu dile getirilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlarla derinlemesine görüşmeler istedikleri yer, tarih ve saatte yapılmıştır. Görüşmeye başlamadan önce, katılımcının haklarının korunmasını ayrıntılı olarak anlatan ‘Araştırma Amaçlı Yazılı Onam Formu’ kadına sunulmuştur. Araştırmaya katılan tüm kadınlar tarafından imzalanan yazılı onam formları araştırmacı tarafından korunmuştur. Araştırmacı kadınlara, araştırmanın olası yararlarını, araştırmaya katılmanın kadınlar için herhangi bir riskli durum oluşturmadığını, araştırmaya katılımı reddetmesinin ASM’deki durumunu ve hizmet alımını hiçbir şekilde etkilemediğini, herhangi maddi bir tazminat ya da masrafin söz konusu olmadığını, eğer isterse herhangi bir zamanda araştırmadan çekilme hakkının

olduğunu ve araştırmayla ilgili bir sorusu olursa her zaman çekinmeden araştırmacıyı arayarak sorabileceğini açıklamıştır.

Derinlemesine görüşmeler, ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Katılımcılar ve görüşme sırasında bahsedilen diğer kişiler için takma ad kullanılmıştır. Tüm veriler, araştırmacı tarafından korunmuş ve saklanmıştır. Bilgiler, araştırmacı, tez danışmanı, tez kurulu başkanı ve üyeleri haricinde gizli tutulmuştur. Katılımcılara, isimlerinin bu araştırmadan geliştirilen herhangi bir yayında kullanılmayacağı açıklanmıştır. Yazılı onam formunun bir kopyası ve araştırmacının iletişim bilgileri her bir katılımcıya verilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan biri, görüşülen Kürt kökenli bir kadının anadilinin Kürtçe olması ve iyi derecede Tükçe bilmemesidir. Bu kadın zaman zaman soruları anlamakta zorlanmıştır. Bu durumda araştırmacı alternatif sorularla kadının anlayabileceği şekilde soruyu tekrar yöneltmiştir. Kadın, soruların çoğunluğunu yanıtlamış, kendi kültürel değerlerini ve inançlarını içeren yorumları ile çalışmaya zenginlik katmıştır. Soruları anlayamadığı bazı durumlarda ise, bunu açıkça ifade etmiştir.

Araştırmanın bir diğer sınırlılığı ise, görüşülenlerin sadece kadınlardan oluşmasıdır. Oysa, karşılanmamış AP gereksinimi kadın ve erkeğin cinsel ve üreme sağlığını ilgilendiren ortak bir problemdir. Ayrıca karşılanmamış AP gereksinimleri her ikisinin sosyo-demografik ve kültürel özelliklerinden etkilenmektedir. Araştırmamızda kadınlarla yapılan görüşmelerde eşlerinin sosyo-demografik ve kültürel özellikleri ile gebelikten korunma düşüncelerine yer verilmiştir. Ancak erkekler araştırmaya dahil edilmemiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmamıza katılan kadınların ve eşlerinin bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1’de (Ek-15) yer almaktadır. Araştırmada yaş ve öğrenim durumu özellikleri yönünden kota örnekleme yöntemi kullanıldığı için, görüşülen kadınların yarısı 30 yaş altı, yarısı ise 30 yaş ve üzerindeki bir yaşta iken, eşlerin büyük bir çoğunluğu 30 yaş ve üzerindedir. Kadınların yarısının öğrenim durumu lisenin altında (hiç eğitim almamış, ilkokul ve ortaokul), yarısının ise lise ve üzerinde (lise, önlisans, lisans) olmasına karşın, eşlerin yarısından fazlasının öğrenim durumu lise ve üzerindedir (lise, üniversite, doktora). Kadınların büyük bir çoğunluğu 15-24 yaş aralığında evlenirken, eşlerin ise çoğunluğu 25 yaşından sonra evlenmiştir. Eşlerin tamamı çalışırken, kadınlardan yalnızca 6’sı çalışmaktadır. Kadınlar, kendilerinin ya da eşlerinin memleketi ya da en uzun yaşadığı yer olarak başta Ankara olmak üzere çoğunlukla Çorum, Kırşehir, Kırıkkale, Çankırı gibi İç Anadolu bölgesindeki şehirleri ifade etmektedir. Kadınların ve eşlerin büyük bir çoğunluğunun Ankara’da yaşama süresi 5 yıl ve üzerindedir. Kadınlar ve eşlerin çoğunluğu Türk kökenli, anadili Türkçe ve Hanefi mezhebindedir. Kadınların yarısından fazlası görücü usulü evlenmiş, üçte biri ise akraba evliliği yapmıştır. Kadınların üçte ikisi ekonomik durumunu yetersiz olduğunu belirtmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların bazı obstetrik özellikleri Tablo 4.2’de (Ek-16) yer almaktadır. Kadınların çoğunluğunun gebelik ve yaşayan çocuk sayısı 1 ya da 2’dir. Büyük bir çoğunluğu normal doğum yaptığını ifade etmektedir. Kadınların üçte biri evliliği süresince bazı gebeliklerinin düşükle sonuçlandığını belirtmektedir. Düşük yapan kadınların çoğunluğu kendiliğinden düşük yapmıştır. Araştırmamıza katılan kadınların yarısının son çocuğu 0-4 yaş arasındadır. Çocuğunu emziren kadın sayısı ise çok azdır. Kadınlar ve eşlerin çoğunluğunun ideal çocuk sayısı 2 ya da 3’tür. Kadınların büyük bir çoğunluğu tekrar çocuk sahibi olmak istemezken, eşlerin büyük bir çoğunluğu tekrar çocuk sahibi olmak istemektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların gebelikten korunma özellikleri Tablo 4.3’de (Ek-17) yer almaktadır. Kadınlardan 4’ü istemeden gebe kalmış ve görüşmenin

yapıldığı sırada gebeliği devam eden kadınlardır. Gebe olmayan kadınların ise 22'si geri çekme, biri takvim+geri çekme, üçü bazen kondom bazen geri çekme yöntemi ile gebelikten korunduklarını, ikisi ise hiçbir şekilde gebelikten korunmadığını belirtmektedir. Kadınların geçmişte gebelikten korunma durumlarına bakıldığında; 20 kadının etkili bir yöntemle gebelikten korunduğu, en fazla sayıda ise kondom ve RİA kullanıldığı saptanmıştır.

4.2. Etno-Hemşirelik Araştırma Bulguları

Karşılanmamış AP gereksinimlerini etkileyen kültürel faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan derinlemesine görüşmelerden üretilen bilgiler, Leininger'in 4 aşamadan oluşan nitel veri analizi yöntemine göre analiz edilmiştir. Veri analizinin birinci aşamasında, üretilen bilgilerin kavramsal anlamları tanımlanmıştır. İkinci aşamada, belirlenen kavramlar benzerlikler ve farklılıklar yönünden incelenmiş, tekrar eden bileşenler anlam yönünden çalışılmıştır. İkinci aşama sonucunda, 23 kategori elde edilmiştir. Analizin üçüncü aşamasında, veriler benzer ya da farklı anlamlar, ifadeler, deyimler, yorumlamalar ve açıklamalardan doyuma ulaşmış fikirler ve tekrar eden alt temaları keşfetmek için incelenmiş ve bu aşama sonucunda 9 alt tema oluşturulmuştur. Analizin dördüncü ve son aşamasında ise önceki analiz aşamalarından elde edilen veriler sentezlenmiş, yorumlanmış, böylelikle 5 ana temaya ulaşılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan kavramlar, kategoriler, alt temalar ve temalar Tablo 4.4'de yer almaktadır.

Tablo 4.4. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların sosyal ve kültürel özellikleri

Tenalar	Alt temalar	Kategoriler	İlgili Kavramlar
Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların gelenek ve göreneklere bağlı bir yaşam tarzı içerisinde aile, dini inanç ve ekonomik durum yaşamlarına yön veren en önemli değerlerdir.	Gelenek ve göreneklerine bağlı yaşam tarzı	Aile	- Aile yapısı - Aile ilişkileri
		Akrabalık	- Akrabalık ilişkileri
		Evlilik	- Evlenme şekli - Evlenme adetleri - Nikah durumu - Evlenme ödeniği - Üreme sağlığı ve cinsel eğitim
		Arkadaşlık	- Arkadaşlık ilişkileri
		Etnik köken	- Etnik köken özellikleri - Anadil
	Eğitimsel ve ekonomik faktörler	Eğitim durumu	- Eğitim durumunun yaşama etkisi - Sağlık hizmetlerine ulaşmaya etkisi
		Ekonomik durum	- Ekonomik durumun yeterliliği - Kadınların çalışma durumu
		Yaşam tarzı	- Yaşam tarzı özellikleri - Teknolojik imkanlar
	Din	Dini inanç ve uygulamaları	- Dini inanç - Din eğitimi - İbadet etme - Diğer dini değerler ve uygulamalar - Dinin yaşam tarzına etkisi - Mezhep

Tablo 4.4. (Devam) Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların sosyal ve kültürel özellikleri

Temalar	Alt temalar	Kategoriler	İlgili Kavramlar
Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlardan toplumsal cinsiyet rollerine uygun olarak ekonomik durumu ve sosyal şartları elverdiği ölçüde mutlaka çocuk sahibi olması beklenmektedir.	Doğurganlık tutum ve davranışları	Çocuğun önemi	- Çocuğun anlamı - Cinsiyet tercihi
		Doğurganlık özellikleri	- Gebelik ve doğumları - İstenmeyen gebelikler
	Doğurganlığı etkileyen faktörler	İdeal çocuk sayısı	- İdeal çocuk sayısı - İdeal çocuk sayısını etkileyen faktörler
		Doğumla ilişkili yasal izinler ve maddi destekler	- Maddi desteklerden faydalanma - Yasal izinlerden faydalanma - Yasal hakların çocuk sahibi olmaya etkisi
Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar arasında, evlilikleri süresince uzun süreli ya da aralıklı olarak geleneksel geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmak oldukça yaygındır.	Doğal yollarla sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların tedavisi	Eşin tutum ve davranışları	- Eşin gebelik sırasındaki tutum ve davranışları - Eşin çocukların bakımına katılımı
		Geleneksel sağlık bakımı inanç ve uygulamaları	- Geleneksel uygulamalar - Geleneksel inançlar
	Gebelikten korunmada rol oynayan faktörler	Geleneksel gebelikten korunma yöntemleri	- Geri çekme yöntemi - Bildiği –geleneksel- gebelikten korunma yöntemleri - Bildiği –geleneksel- düşük yöntemleri
		Etkili gebelikten korunma yöntemi kullanmama nedenleri	- İstemedi gebelikten korunmamış olması - Kadereci yaklaşım - Olumsuz duyumlar - Olumsuz deneyimler - Kondomu düzenli kullanmama - Bireysel nedenler (Enjeksiyon yaptırmaktan korkma gibi)
Kadınların AP gereksinimlerinin karşılanmasını din, kaderecilik ve mahremiyet gibi kültürel özellikleri ile sağlık hizmetlerinden kaynaklanan sorunlar etkilemektedir.	Gebelikten korunmayı etkileyen faktörler	Gebelikten korunmayı etkileyen faktörler	- Eşin gebelikten korunma ile ilgili düşünceleri - Çevredeki insanların rolü - Televizyon, radyo, internet ve gazete gibi kitle iletişim araçlarının rolü - Sağlık çalışanlarının rolü - Genel sağlık durumu - Eğitim durumunun rolü - Sağlık kurumlarına ulaşma - Mahremiyet duygusu - Sağlık kurumlarındaki teknik imkanlar ve malzeme durumunun rolü - Ekonomik durumun etkisi - Etnik farklılıklar - Dinin etkisi

Tablo 4.4. (Devam) Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların sosyal ve kültürel özellikleri

Temalar	Alt temalar	Kategoriler	İlgili Kavramlar
Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerini primer olarak ASM'lerden almayı ve buradaki sağlık çalışanları tarafından ev ziyaretleri yapılmasını istemektedir.	Sağlık bakımı hizmetleri	Sosyal güvence	- Sosyal güncenin yeterliliği
		Sağlık bakımı hizmetleri ile ilgili düşünceler	- Hastanelerde verilen sağlık bakımı hizmetleri - ASM'lerde verilen sağlık bakımı hizmetleri - Sağlık çalışanları ile ilgili görüşler
		Sağlık bakımı hizmetleri ile ilgili öneriler	- Hastaneler ile ilgili öneriler - ASM'ler ile ilgili öneriler - Sağlık çalışanları ile ilgili öneriler
	Gebelikten koruyucu sağlık bakımı hizmetleri	Gebelikten koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görüşler	- Gebelikten koruyucu sağlık hizmeti almayı etkileyen faktörler - Gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği yerler - Gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterliliği - Gebelikten koruyucu sağlık hizmetleri alanında çalışanlar ile ilgili görüşler - İsteyerek düşük hizmetlerine yönelik görüşler
		Gebelikten koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili öneriler	- Gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik öneriler - Gebelikten koruyucu yöntemlerle ilgili öneriler - Gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alanında çalışanlar ile ilgili öneriler

Ana Tema I: Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların gelenek ve göreneklere bağlı bir yaşam tarzı içerisinde aile, dini inanç ve ekonomik durum yaşamlarına yön veren en önemli değerlerdir.

‘Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların gelenek ve göreneklere bağlı bir yaşam tarzı içerisinde aile, dini inanç ve ekonomik durum yaşamlarına yön veren en önemli değerlerdir’ ana teması içerisinde, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların aile, akrabalık, arkadaşlık ilişkilerinden, evlilik özelliklerinden ve etnik kökenlerinden, eğitim/ekonomik durumlarından, yaşam tarzlarından ve dini inanç durumlarından bahsedilecektir.

Aile

Aile Yapısı: Araştırmamızda görüşülen kadınların büyük bir çoğunluğu, ataerkil aile ortamından söz etmektedir. Ataerkil bir aile ortamında yetişen bu kadınlar, kendi evliliklerinde de ataerkil düzenin devam ettiğini açıklamaktadır. Kadınlar, ev içerisinde babanın diğer aile üyeleri üzerinde mutlak bir otoriteye sahip olduğunu, annenin söz hakkının babadan sonra geldiğini, babanın karısı ve çocukları ile ilişkilerinde mesafeyi her zaman koruduğunu ve bu nedenle onlara olan sevgisini açık bir şekilde göstermediğini anlatmaktadır. Babanın gelenek ve göreneklere bağlı bir yaşam tarzını öğretmek için, kızlarının açık saçık giyinmesine, dışarıya çıkmasına, arkadaşlık ilişkisi geliştirmesine hatta okula gitmesine engel olduğunu dile getirmektedir. İçinde ikiden çok kuşağı barındıran geniş ailelerde büyüdüğünü açıklayan bazı kadınlar, ev içindeki otoritenin büyükler (özellikle erkek olan) tarafından sağlandığını ifade etmektedir. Çünkü, onların kültüründe aile büyüklerine çok büyük bir hürmet ve saygı bulunmaktadır. Bu tür geniş ailelerde, aile büyükleri ataerkil aile yapısının bir gelenek olarak nesilden nesile taşınmasında önemli rol oynamaktadır. Çocuklarının evliliklerinde de ataerkil düzenin sürdürülmesini desteklemektedir. Karı-kocanın çok samimi ilişkiler içinde olmasına, büyüklerin yanında yan yana oturmasına, birbiriyle şakalaşmasına, çocuğunu sevmesine, kucağına almasına sıcak bakmamaktadır. 29 yaşında ve önlisans mezunu bir kadın içinde büyüdüğü ailenin geniş ve ataerkil özelliklerini şu şekilde ifade etmektedir.

'İuu şöle babam.. Şöyle diyim yani bizim kültürümüzde erkeklere çok değer verilmiş. Bayanlar bastırılmış. Şey olarak bastırılmış. Annem de zamanında çok çekmiş yani. O konuda mesela kayınvalideyle beraber oturduğu için babam da gurbetlerde çalıştığı için.. Aslında anneme çok değer verir kendisi. Çok böyle elinde tutmaya çalışır. Ama büyüklerle beraber yaşadığı için çok samimi bi karı koca ilişkileri olamamış yani. Büyüklerin şeyiyle. Yani ayıptır işte büyüklerin yanında oturulmaz. Büyüklerin yanında çocuk eli tutulmaz. Karısıyla şakalaşılmaz. Böyle bişeyler olduğu için bu onları etkilemiş. Ondan sonra işte.. Şimdi babamın dediği geçer' (K4; 29 yaş, önlisans mezunu).

Araştırmamızda kadınların büyük bir çoğunluğu çekirdek aile yapısına sahip olmakla birlikte, çok az sayıda geleneksel geniş aile yapısına sahip kadınlar da bulunmaktadır. Geniş aileler, çoğunlukla eşin (erkeğin) aile üyelerini kapsamaktadır. Bugün çekirdek aile yapısına sahip olan kadınlardan bazıları ise, geçmişte belirli bir süre kocasının ailesiyle birarada yaşadıklarını dile getirmektedir. Evliliği süresince, geniş aile yapısı içerisinde aile büyüklerinin ataerkil düzeni koruma ve sürdürme çabaları nedeniyle sürekli erkek otoritesine maruz kalan bu kadınlar, çekirdek aile yapısına dönüştükleri zaman eşlerinin daha eşitlikçi tutum ve davranışları ile karşılaştıklarını anlatmaktadır. Kadınlardan bazıları ise yetiştikleri aile ortamındaki ataerkil yapının, kendi çekirdek ailesi içinde daha eşitlikçi bir yapıya dönüştüğünü dile getirmektedir. Bu kadınlara göre, eşitlikçi bir yönetimin söz konusu olduğu ev içinde kadın ve erkek ortak kararlar almakta, karı-koca ve çocuklar birbiriyle daha sıcak ve samimi ilişkiler kurmakta, hatta ev içi sorumluluklar daha fazla paylaşılmaktadır. Bununla birlikte, evde eşi ile eşit söz hakkına sahip olduğunu ve eşitlikçi bir ilişki yapılarının olduğunu belirten kadınlardan bazıları, kocasının 'çok kıskanç olduğu için' yalnız başına dışarıya çıkmasını ya da aile ve akrabalar dışında arkadaşlık ilişkisi geliştirmesini istemediğini, arkadaşlık sitelerine girmesin diye bilgisayar ve internet kullanmasını yasakladığını dile getirmektedir.

Araştırmamızda, ataerkil yapıyı sürdürmeye çalışan erkekler ile evli olan ve erkeğin otoriter davranışlarına itiraz edip, daha eşitlikçi bir yaklaşım isteyen bazı kadınlar evlilikleri ile ilgili sorunlar yaşadıklarını açıklamaktadır. Bu kadınlar

yaşadıkları sorunların, eşinin ya da eşinin bir başka aile üyesinin (erkek kardeşi gibi) evde aşırı söz sahibi olması, giyimine, yemeğe, çocuğunun bakımına, misafire yönelik tutumlarına sürekli müdahale etmesi ve eşinin güçlü aile bağları nedeniyle sürekli karısını suçlu bulması ile ilişkili olduğunu belirtmektedir.

Araştırmamıza katılan çok az sayıda kadın anaerkil bir aile ortamında yetiştiğinden söz etmektedir. Bununla birlikte kadınlardan biri babasını çok küçük yaşta kaybettiği için, ikisi ise babasının pasif kişilik özellikleri nedeniyle ev içerisindeki otoritenin annesi tarafından sürdürüldüğünü açıklamaktadır. Anaerkil aile ortamında büyüyen bu kadınlar, kendi evliliklerinde de anaerkil düzeni devam ettirmektedir.

Araştırmamızda yalnızca bir kadın, eşitlikçi bir aile ortamında büyüdüğünü dile getirmekte ve kendi evlilik ilişkileriyle ilgili olarak da daha eşitlikçi ifadeler kullanmaktadır. Bu kadın, araştırmanın en genç katılımcılarından biridir. Bu nedenle ataerkil ve geniş aile yapısına özgü zaman içindeki değişimin onun ebeveynlerini de olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Görüşülen kadın, evde anne ve babasının eşit söz hakkına sahip olduklarını belirtmekle birlikte, gelenek ve göreneklerine bağlı bir aile olduklarını da şu sözleri ile vurgulamaktadır.

‘İyi bi ailem var. Yani hani tutucu değiller. En önemlisi de bu benim için. Iıuu ama gelenek ve göreneklerine sahip bi aile. Iıuu yani hani sorun çıkarıyolar tabi bazen. Hani millet ne der falan filan. Iıu bu tarzda’ (K1; 24 yaş, lise mezunu).

Aile İlişkileri: Araştırmamızdaki katılımcıların büyük bir çoğunluğu güçlü aile bağlarından söz etmektedir. Bu kadınlar aile üyelerinin birbirine çok düşkün olduklarını, hatta anne ve babaları öldükten sonra bile kardeşleri ile birbirlerine olan bağlılıklarının devam ettiğini belirtmektedir. Kadınlardan çok azı, aileleri ile ilişkilerinin iyi olmadığından söz etmektedir. Bunun nedenini ise, aile üyeleri arasında dargınlık olması, dağılmış aile yapısı ve miras kavgası olarak açıklamaktadır. Kadınlar, kendi aile ilişkilerinde olduğu gibi eşlerinin aile ilişkileri ile ilgili olarak da güçlü aile bağlarından söz etmektedir. Eşlerinin aileleri ile ilişkilerinin iyi olmadığını belirten birkaç kadın ise bunun nedenini, aile bağlarının

güçlü olmaması, aile üyelerinin arasında bazı sorun ve kavgaların yaşanması ve dağılmış aile yapısı olarak açıklamaktadır.

Araştırmamızda güçlü aile bağlarından söz eden kadınlardan bazıları yaşamlarında görüş ve düşüncelerine önem verdikleri kişiler olarak aile üyelerinden bahsetmektedir. Bu aile üyeleri babaanne, anne, baba, abla, kız kardeş, eş, kayınvalide ve kızı olarak değişebilmektedir. Kendi ailesi Iğdır'da olan, Ankara'da ise eşinin ailesiyle birlikte yaşayan bir kadın başta eşi olmak üzere annesi, babası, kız kardeşleri ve kayınvalidesine güvendiğini ve her konuda onların fikirlerini aldığını şu sözleri ile ifade etmektedir.

'Ya vardır muhakkak, şöyle söyleyeyim, eşim tabi önden gelir, muhakkak bir şey yaptığımda ettiğimde danışırım, fikri önemlidir benim için. Bunun haricinde, eşimin olmadığı konularda genelde ya annemle konuşurum, danışırım, ya da babamla konuşurum ya da kız kardeşlerimle. Bizim aramız yani hem arkadaş gibiyiz, hem kardeş gibiyiz yani, onlarla konuşurum, Kaynanam var.Özellikle birine yoğunluk dersiniz eşimle olur genelde danışma konusunda. (Hım, yine bu danışma fikir alışverişinde bulunma konusunda bu insanları seçme nedeniniz ne, neden eşiniz, neden anneniz?) Sıklıkla çevremde olduklarından ya da sevdiklerimden, bundan ötürü, güvendiğim insanlar olduğundan' (K29; 27 yaş, lisans mezunu).

Araştırmamıza katılan kadınlar, anne, baba, dede, anneanne, babanne, amca, hala, dayı, teyze gibi aile büyüklerinin çocuklarına, torunlarına ve yeğenlerine yönelik; çocuklar, torunlar ve yeğenlerin ise aile büyüklerine yönelik hasta veya sağlıklı olsun ihtiyaç duyulan durumlarda verdikleri bakımları dile getirmektedir. Kadınlardan bazıları aile büyüklerinin verdikleri bakımlardan söz etmektedir. Aile büyüklerinin verdikleri bakım, kimi zaman ailenin ekonomik durumunun kötü ve çocuk sayısının çok fazla olması nedeniyle bir çocuğun dedesi ve babanesi tarafından büyütülmesi, fiziksel ve zihinsel engelli bir çocuğun annesi tarafından bakılması, hasta bir kadının kayınvalidesi tarafından bakılması ya da kayınpederi tarafından hastaneye götürülmesi, çalışan kadınların çocuklarına annesinin ya da kayınvalidesinin bakması, annenin acemiliği ya da hastalığı nedeniyle yenidoğan bir

bebeğin bakımının daha çok anneannesi ve babaannesi tarafından yapılması şeklinde olabilmektedir. Kadınlardan bazıları ise, çocukların aile büyüklerine verdikleri bakımdan bahsetmektedir. Çocukların aile büyüklerine yönelik bakım, anne ve babanın yaşlılık dönemindeki bakımı ya da hasta/engelli olan annenin, babanın ve kardeşin bakımı şeklinde olabilmektedir.

Akrabalık

Akrabalık İlişkileri: Araştırmamıza katılan kadınların büyük bir çoğunluğu kendilerinin ya da eşlerinin akrabaları ile güçlü akrabalık bağlarından söz etmektedir. Kadınlara göre akrabalık bağlarının güçlü olmasının nedenleri, bir zamanlar akrabaların aynı çatı altında yaşamış olması, aynı köyde yaşayan ve tanıdık aileler arasında birden fazla evliliğin olması ve akraba evliliğinin yaygın olmasıdır. Aile yapıları genelde çekirdek yapıya dönüşse bile çoğunlukla aynı şehirde yaşayan akrabalar şartlar elverdiği sürece birbirlerine yakın evlerde oturmaya özen göstermektedir. Akrabalar, farklı şehirlerde veya ülkelerde yaşasalar da aile büyüklerinin yaşadığı şehirde ya da köyde tatillerde veya düğün, bayram, cenaze gibi özel durumlarda mutlaka bir araya gelmektedir. Aslen Bitlis’li olan ancak ailesi de kendisi gibi Ankara’da yaşayan bir kadın, her yıl farklı şehirlerde yaşayan tüm akrabalarının Bitlis’te toplandıklarını ve akrabalık ilişkilerini iyi bir şekilde devam ettirdiklerini şu şekilde anlatmaktadır.

‘Bitlis’te, köyde oturuyorlar. Tam Bitlis’te oturma değil. O köy var. (Onlarla görüşebiliyo musunuz?) He he he. (Ne sıklıkta, hangi durumlarda görüşüyorsunuz?) Görüşüyor, hep gidiyor. Bayramdan sonra hepsi de ora gidiyor. Okullar tatil, herkes ora gidiyor’ (K17; 39 yaş, hiç eğitim almamış).

Araştırmamızda, kadınlardan bazıları, akrabalık ilişkileri iyi olmakla birlikte çocuk büyütme, iş yaşamı, ekonomik şartlar ve yaşam koşulları gibi nedenlerle çok sık görüşemediklerini açıklamaktadır. Az sayıda kadın, kendilerinin ve eşinin akrabaları ile ilişkilerinin iyi olmadığından söz etmektedir. Bunun nedeni olarak ise akrabalık bağlarının kopuk olmasını belirtmektedir.

Güçlü akrabalık bağlarının bir sonucu olarak araştırmamızda katılımcılardan bazıları yaşamlarında görüş ve düşüncelerine önem verdikleri kişiler olarak akrabalarından bahsetmektedir. Bu akrabalar, teyze, kuzen, elti, görümce, görümcenin kocası, yeğen olarak değişebilmektedir. Akrabaların genellikle gebelik, evlilik sorunları, din ve sağlık ile ilgili konularda görüşlerine başvurulmaktadır.

Toplumumuzda, yine güçlü akrabalık bağlarının bir sonucu olarak akrabaların birbirine yönelik bakım sorumluluğu bulunmaktadır. Bu nedenle, katılımcılardan bazıları akrabaların bakım sorumluluğuna yönelik yaşamlarındaki deneyimlerinden söz etmektedir. Kadınlardan ikisi eşlerinin anne ve babası küçük yaşta ayrıldığı için dayısı ve teyzesi tarafından bakıldığını ve büyütüldüğünü, birisi küçükken annesi hastalandığı için kendisinin teyzesinin yanına bırakıldığını ve onun tarafından bakıldığını, birisi ise çalıştığı için çocuğuna eltisinin baktığını açıklamaktadır.

Evlilik

Evlenme Şekli: Araştırmamızda kadınlar, eşleriyle nasıl tanıştıklarından söz etmektedir. Kadınların çoğunluğu, geleneksel olarak ‘görücü usulü’ ile evlendiklerinden bahsetmektedir. Bu kadınlar, hala, teyze, amca, gelin gibi yakın akraba ve tanıdıkların aracılığı ve aile büyüklerinin uygun görmesi ile evlendiklerini dile getirmektedir. Onlar için kocasını tanıma sürecinin ailelerin bu evliliğe onay vermesinden sonra başladığını açıklamaktadır. Kadınlardan biri görücü usulu evliliğini şu şekilde ifade etmektedir.

‘Görücü usulu. İkimiz de aynı köylüydük. O beni tanııymıyodu, ben onu tanııymıyodum. Öyle... Dışarda çalışıyodu. Ben de köyde olduğum için.. Aileler bi şey yaptılar. Öyle tanıştık ☺☺’ (K6; 41 yaş, ilkokul mezunu).

Kadınlardan bazıları, eşleriyle akraba olduklarından ve akraba evliliği yaptıklarından söz etmektedir. Kadınlar, içe kapalı bir aile kültürüne sahip olmak, dışarıdan biriyle evlenildiği zaman kültür çatışması yaşamak ve uyum sağlayamamak gibi durumlar söz konusu olduğundan, aile büyüklerinin çocuklarını küçük yaştan itibaren akrabası olan birine yönlendirdiklerini ve bu düşüncüyü kafalarına

yerleştirdiklerini açıklamaktadır. Akriba evliliği yapan kadınların tamamı aile bağlarının güçlü olduğunu belirtmektedir.

Görüşülen kadınlardan bazıları ise, evlenmeden önce belli bir süre eşleriyle flört ettiklerini ve sevgili olduklarını ifade etmektedir. Bu kadınlar, eşleriyle aynı ya da yakın işyerlerinde çalıştıklarını, iş nedeniyle bir şekilde karşılaştıklarını, arkadaş ve akrabaların aracılığı ile tanıştıklarını ve kendileri evlenmeye karar verdikten sonra bu durumu aileleri ile paylaştıklarını belirtmektedir. Evlenmeden önce eşiyse sevgili olduklarını anlatan kadınlardan ikisi, aileleri bu evliliğe onay vermediği için kaçarak evlendiklerini açıklamaktadır.

Evlenme Adetleri: Araştırmamıza katılan kadınlar, eşleriyle tanıştıktan sonra evleninceye kadar geçen süreçteki adetlerinden, gelenek ve göreneklerinden söz etmektedir. Kadınlar, toplumumuzda yaygın bir gelenek olarak bu süreçteki sırası ile kız isteme, söz, nişan, kına gecesi ve düğün adetlerinden bahsetmektedir. Görüşülen kadınlardan çoğunluğu, salon düğünü, köy düğünü ya da ev düğünü yaptıklarını açıklamaktadır.

Kadınlardan bazıları, evlilik törenlerinin dini değere uygun bir şekilde mevlüt tarzında yapıldığını belirtmektedir. Bu kadınlardan biri, yaşamında dinin en önemli yere sahip olması nedeniyle, diğeri ise evlenmeden 3 ay önce amcası vefat ettiği için mevlüt okutarak evlendiklerini anlatmaktadır. Dinin yaşamında çok önemli bir yere sahip olduğunu belirten ve 6 yıldır evli olan bir kadın mevlüt tarzında yaptıkları evlilik törenini sözleri ile açıklamaktadır.

‘Mevlüt tarzında oldu. İuu şöyle diyim. Gelinle damat beraber oturuyolar. İşte Kur’an ve Mevleviler geliyo işte. İlahiler okunuyo, Kur’an okunuyo, dualar ediliyo. Yemek yeniliyo. Ondan sonra fıkralar anlatılıyo. Hikayeler anlatılıyo derken bu şekil bitiyo ve ayrılıyoruz’
(K4; 29 yaş, önlisans mezunu).

Kadınlardan bazıları ise, sadece nikah yaparak evlendiklerinden bahsetmektedir. Bu kadınlardan ikisi ikinci evliliği olduğu için, birisi ise eşinin anne ve babası hayatta olmadığı için sadece nikah töreni yaptıklarını açıklamaktadır.

Nikah Durumu: Ülkemizde evliliğin yasal ve dinen geçerli sayılması için resmi nikah ve dini nikah yapılması yaygın bir gelenektir. Araştırmamıza katılan

kadınların tamamı da hem resmi ve hem de dini nikahlarının bulunduğunu belirtmektedir. Kadınların çoğunluğu, düğün tarihine yakın bir zamanda ya da düğün ile birlikte hem dini hem de resmi nikahlarının kıyıldığından bahsetmektedir.

Kadınlardan bazıları, kız isteme, söz kesme veya nişan olayı ile birlikte evlilik sürecinin henüz başlangıcında dini nikahlarının kıyıldığını belirtmektedir. Bazı kadınlar ise, kız isteme, söz kesme veya nişan ile birlikte dini nikahlarının kıyıldığını, düğünde ise tekrar dini nikahın tazelendiğini ifade etmektedir. Bu kadınlar, kız istemeden hemen sonra aile büyüklerinin isteği ile eş adayı ile rahatça konuşabilmesi için (gelin ile damat adayı birbirine dokunur, el ele tutuşur veya öpüşürse günaha girmesin diye) bir dini nikah yapıldığını, düğünde ise kadın ile erkeğin birbirini eşi olarak kabul ettiğine dair tekrar dini nikah yapıldığını belirtmektedir. 9 yıldır evli olan bir kadın evlilik sürecinde iki dini nikahın nasıl ve ne amaçla yapıldığını sözleri ile açıklamaktadır.

'Benim dini nikahım, eşim uzakta olduğu için bir hafta sonra oldu. (Hı hı, evlendikten bir hafta sonra mı oldu?) Yok, evlendikten değil, istendikten bir hafta sonra oldu. Evlendikten sonra değil. Evlendiğimde de bir daha yapıldı, geldiğim gün gelinliğimle. (İki defa mı dini nikah yapıldı?) Biri hemen şey, hani konuşabilmemiz için falan bizim oralarda yasaktır. Hemen bir dini nikah şey edilir, ben bunu kabul ettim gibisinden.. Birinde de eşim diyerek kabul ettim, benim diyerek oluyormuş. Onu ben bilmiyordum, buraya gelince. İki tane yapıldı...' (K24; 26 yaş, lise mezunu).

Evlenme Ödeneği: Araştırmamızda görüşülen kadınlardan yalnızca biri, evlilik yardımından faydalandığından söz etmektedir. 18 yaşında babasını kaybeden ve 19 yaşında evlenen, şu anda 6 yıldır evli olan bu kadın babası öldüğü için çeyiz parası olarak yaklaşık 2000 TL verildiğini şu sözleri ile belirtmektedir.

'Evet. Çeyiz parası olarak babam öldüğünden dolayı çeyiz parası almıştım. (Hı hı, ne kadar aldınız?) 2 milyara yakın bir para almıştım' (K25; 25 yaş, ortaokul mezunu).

24 yaşında ve bir yıldır evli olan bir kadın ise evlilik nedeniyle işinden ayrıldığı için, işten ayrılma (kıdem) tazminatı aldığını ifade etmektedir.

Üreme Sağlığı ve Cinsel Eğitim: Araştırmamıza katılan kadınlardan bazıları, evlenmeden önce cinsellik hakkında hiçbir eğitim almadıklarından ve bu durumun yaşamlarını nasıl etkilediğinden bahsetmektedir. Kadınlardan biri, evlenmeden önce ailesi ya da yakın akrabaları tarafından cinsel ilişkinin nasıl olacağı ve ne yapılacağı gibi konularda kendisine asla bir bilgi verilmediğini ve ilk cinsel deneyimini bilinçsiz bir şekilde yaşadığını ifade etmektedir. Bu kadın, eşinin evlenmeden önce aile büyüklerinden birinin yönlendirmesiyle cinsel deneyim yaşadığını ve cinsel ilişkiyi bilerek evlendiğini düşünmekte ve erkeklerin cinsellik konusunda daha rahat olduğunu belirtmektedir. Başka bir kadın, evleninceye kadar cinsel yaşam olduğunu bile bilmediği ve aile büyükleri ile bu konuları asla konuşamadığı için bugün eşine bir adet gecikmesi durumunu söylemeye utandığını ve özellikle üreme sağlığı ile ilgili hizmetleri almaktan çekindiğini şu şekilde dile getirmektedir.

‘Çekiniyosun. Hele bu kadın doğum üzerinde bire bir çekiniyosun. Eşinnen dahi her şeyi paylaşamıyorsun. Utanıyorum. Çek... Geçen bi günüm geçti dedim. Çekinerekten söyledim. Çünkü bizler ailede onu gördük. Hani her şeyi paylaşamıyorsun büyüklerin yanında. Ama bizlerde evlenene kadar cinsel yaşamın olduğunu bilmiyoduk. Gerçekten çekiniyoduk biz’ (K15; 44 yaş, ortaokul mezunu).

Kadınlardan bazıları, evlenmeden önce cinselliği içeren konularda konuşmak ya da araştırma yapmak tabu olduğu için gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmadıklarından söz etmektedir. Lisans mezunu bir kadın, evlenmeden önce bekar bir kadın olarak bir cinsel yaşamı olmadığı için gebelikten korunma yöntemleri hakkında hiç bilgi sahibi olmaya çalışmadığını belirtmektedir. Bazı kadınlar, gebelikten korunma konusunda kendisini yönlendiren, bilgilendiren birileri olmadığı için evlenir evlenmez gebe kaldıklarını açıklamaktadır. Cinsellikle ilgili konulardaki baskı ve utanma duygusu nedeniyle, şu anda da üreme sağlığı ile ilgili hizmetleri almakta zorlandıklarını, gebelikten korunma konusunu çevresindeki insanlarla hiçbir şekilde konuşmadıklarını, hatta sağlık personelleri ile de konuşmak istemediklerini dile getirmektedirler. Kadınlardan bazıları, cinsellikle ilgili konuları

araştırmaktan çekindikleri ve halk arasında ‘ilk çocuktan önce gebelikten korunmanın iyi olmadığı’ söylemlerinden dolayı gebelikten korunmadıkları ve henüz hazır olmadıkları bir zamanda gebe kaldıklarını anlatmaktadır.

Arkadaşlık

Arkadaşlık İlişkileri: Araştırmamıza katılan kadınların çoğunluğu arkadaşlık ilişkilerinin iyi olduğundan bahsetmektedir. Çalışan kadınlar, iş çıkışı arkadaşlarıyla dışarıda kahve içtiklerini, bunun yanında aile olarak görüştikleri arkadaşları olduğunu ve ev ziyaretlerinde bulunduklarını açıklamaktadır. Ev hanımı olanlar ise komşuluklarının çok iyi olduğunu, düğün/cenaze vb olaylarda birbirlerine destek olduklarını, birbirlerine çok güvendiklerini, komşularından köye giden olursa ev anahtarlarını bile birbirlerine rahatlıkla teslim edebildiklerini, komşulardan birinin işi olduğu zaman hep birlikte yaptıklarını anlatmaktadır. Menemenlik/mantı gibi kışlık yiyeceklerini bir araya toplanarak hazırladıklarını, oturdukları binanın bahçesinde hep birlikte gözleme pişirip yediklerini ve sohbet ettiklerini açıklamaktadır. Görüşmenin yapıldığı ASM’ye iki kadın arkadaşıyla birlikte gelmiş olan bir kadın onlarla olan yakın arkadaşlığını şu sözleri ile belirtmektedir.

‘Bu arkadaşarımla devamlı görüşürüz. Günlük muhakkak görüşürüz yani. Bir yere giderken mesela gidiyorum, geliyorum, buradayız merak etme deriz birbirimize. Üçümüz devamlı görüşürüz. Öbür komşularımızla da mesela görüşürüz de mesela onlarla bir hastası, bir cenazesi falan olursa öyle. Dışarıda çıktığım zaman görüşürüz. Ama bunlarla muhakkak görüşürüz, her şeyimizi paylaşıyoruz, ne olursa yani, konuşuruz. Bir araya geldiğimiz zaman bir şey yapıyorsak yardım ederiz birbirimize. Mesela yazın halı yıkama olsun beraber yıkarız. Hamur kesme böyle şeyler olduğu zaman beraber yaparız onları. Ondan sonra birbirimize bazen kahvaltıya geliriz. Ondan sonra o beni çağırır, ben onu çağırırım, öyle’ (K23; 39 yaş, lise mezunu).

Arkadaşlık ve komşuluk ilişkilerinin iyi olduğunu belirten kadınlardan bazıları yaşamlarında görüş ve düşüncelerine önem verdikleri kişiler olarak yine komşularından ve arkadaşlarından bahsetmektedir.

Görüşülen kadınlardan bazıları ise arkadaşlık ve komşuluk ilişkilerinin iyi olmadığından bahsetmektedir. Bu kadınlar, evlendikten sonra arkadaşları ile çok fazla görüşemediğini, aşırı samimi arkadaşlık ilişkilerinden zarar göreceğini düşündüğünü, hoşgörülü olmadığı ve bencil olduğu için arkadaş edinemediğini, arkadaşının olmadığını, eşlerin evde olması ve çocukların dersleri nedeniyle komşularıyla görüşemediklerini, çalıştığı için arkadaşlarıyla fazla vakit geçiremediğini, eşi kıskanç olduğu için arkadaşlarıyla görüşmesine izin vermediğini ve komşularıyla bazı sorunlar yaşadığı için görüşmediğini dile getirmektedir.

Etnik Köken

Etnik Köken Özellikleri: Türkiye’de en yaygın etnik grup Türk olduğundan dolayı, araştırmamıza katılan bazı Türk kökenli kadınlar ‘Türk olmakla ilişkili belirgin bir özellikleri ya da değerleri olup olmadığı’ sorulduğunda ‘normal’, ‘sıradan’, ‘herkes gibi’ şeklinde yanıt vermektedirler. Türk kökenli kadınlardan bazıları ise ya herhangi bir açıklama yapmamakta ya da belirgin bir özellikleri ya da değerleri olmadığını belirtmektedir. Hep Ankara’da yaşadığını ve etnik kökeninin Türk olduğunu belirten bir kadın, ‘Türk olmak’ la ilişkili belirgin bir özellik ya da değerleri olup olmadığı sorulduğunda şu şekilde yanıt vermektedir.

‘(Sizin etnik kökeniniz ne A. Hanım? Türk? Kürt?) Türküz. (Türksünüz..) Hı hı. Giresun. (Peki bu hani etnik kökeninizle ilgili bildiğiniz belirgin bir özelliğiniz, önem verdiğiniz bi değeriniz?) Yok. Normal işte..’ (K2; 30 yaş, lise mezunu)

Gürcü etnik kökenli kadınlardan birisi, Türkiye’de uzun yıllardır farklı etnik grupların bir arada yaşamasının bir sonucu olarak eskiye dair pek bir özelliklerinin kalmadığını ve artık gelenek göreneklerin, yaşam tarzlarının birbirine çok benzediğini dile getirmektedir. Bir diğer Gürcü kökenli görüşülen ise, Gürcülerin kadına daha çok değer verdiklerini, kadının sözünü dinlediklerini, büyüklere daha çok saygı gösterdiklerini, misafirperver olduklarını ve dini inançlarına önem verdiklerini belirtmektedir.

Annesi Çerkez, babası Arap kökenli olan bir görüşülen, Çerkez kökenli olan annesinin daha modern, yenilikçi ve anlayışlı bir yapısının olduğunu, Arap kökenli

babasının ise güçlü aile bağlarından daha çok etkilendiğini ve geleneksel bir yapıya sahip olduğunu açıklamaktadır. Arap kökenli babaannesinin çok katı kurallarının olduğunu ve bir çocuk olarak kendisinden bu kurallara uymasını beklediğini, çocuğa çok önem vermediklerini ve çocuk ölse bile kaderci bir yaklaşım sergilediklerini belirtmektedir. Çerkez kökenli annesinin ailesinin çocuklarına çok düşkün olduğunu ve önem verdiğini, bununla birlikte annesi kaçarak evlendiği için onunla hiç görüşmediklerini ve bu durumu kabullenmediklerini anlatmaktadır.

Araştırmamıza katılan Kürt kökenli olan kadınlara, Kürtlere özgü gelenek, görenek ve özellikler sorulduğunda birisi sorudan rahatsız olarak cevap vermemekte, ikisi ise çok küçük yaşta geldikleri için geleneklerini bilmediklerini dile getirmektedir. Tatar kökenli olan bir görüşülen ise, Tatarlara özgü gelenek, görenek ve ananeler hakkında bir bilgisinin olmadığını belirtmektedir.

Anadil: Araştırmamıza katılan kadınlardan biri hariç hepsi iyi derecede Türkçe konuşmaktadır. Kürt kökenli olan bu kadın kendisinin çoğunlukla Kürtçe konuştuğunu, okula gitmediğini ve okuma yazma bilmediğini, bu nedenle de zorluklar yaşadığını şu sözleri ifade etmektedir.

‘(Anadilin Kürtçe di mi?) He. Anadilim... Hepsi de Kürt. (Mesela biraz Türkçe konuşabiliyosun..) Gadına zor. Erkek biliyor. Ben okula gitmiyor. Okuma yazma ben bilmiyor. Hiç okula gitmiyor’ (K17; 39 yaş, hiç eğitim almamış)

Bu kadın, az Türkçe bildiği için ASM’ye eşi ile birlikte gelmiştir. Görüşme sırasında, araştırmacı tarafından sorular mümkün olduğu kadar kadının anlayabileceği şekilde sorulmuştur. Anlayamadığı durumlarda alternatif sorular kullanılmıştır. Kadın ise cevaplarının anlaşılmadığını farkettiğinde, farklı kelimeler kullanmayı deneyerek anlaşılır hale getirmeye çalışmıştır.

Ülkemizdeki resmi dil Türkçe olduğu için, kendisi ya da eşi ‘Türk’ dışında farklı etnik kökenden olan kadınlar, anadillerini bilip bilmedikleri açısından sorgulanmıştır. Gürcü kökenli olan kadınlardan birisi iyi derecede Gürcüce bildiğini, bir kadın ise Gürcüce’yi anlayabildiğini fakat aile büyükleri gibi tam olarak konuşamadığını dile getirmektedir. Eşinin Gürcü kökenli olduğunu belirten kadın ise, onun iyi derecede Gürcüce bildiğini belirtmektedir.

Kürt kökenli olan ve Ankara'ya gelmeden önce uzun yıllar çoğunlukla kendileri gibi Kürt kökenli vatandaşların bulunduğu memleketlerinde yaşamış olan kadınlardan ikisi ve eşlerden biri iyi derecede Kürtçe konuşmaktadır. Kendisinin veya eşinin ailesinin yıllar önce memleketlerinden başka şehirlere göç ettiklerini açıklayan kadınlardan bazıları ise onların Kürtçe bilmediklerini ifade etmektedir.

Babasının ve eşinin Arap kökenli olduğunu belirten bir kadın, Arap kökenli bireylerin Kürtçe konuştuklarını, babasının aile üyelerinin de Kürtçe konuştuğunu ve bu nedenle kendisinin Kürtçe'yi anlayabildiğini ancak konuşamadığını, uzun yıllardır Ankara'da yaşayan eşinin ise hiç Kürtçe konuşamadığını belirtmektedir.

Kendisinin ya da eşinin etnik kökeninin Azeri, Tatar ve Laz olduğunu belirten kadınlardan bazıları anadillerinin Türkçe olduğunu ifade etmektedir.

Eğitim Durumu

Eğitim Durumunun Yaşama Etkisi: Araştırmamıza katılan kadınların eğitim durumu, ekonomik durumu, teknolojiye faydalanma durumları ve yaşam tarzları birbiriyle yakından ilişkilidir. Kadınlara göre, eğitim durumu en başta iyi bir meslek sahibi olmak, böylelikle yeteri kadar para kazanmak, iyi bir sosyal çevre içinde bulunmak, kendini geliştirmek ve her türlü imkanlardan daha iyi faydalanmak anlamında önemlidir. Kadınların eğitim durumları hiç eğitim almamıştan lisans mezunu olmaya kadar değişebilmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların çoğunluğu, eğitim durumlarını yetersiz bulduklarından ve bu durumun yaşamlarını olumsuz yönde etkilediğinden söz etmektedir. Eğitim durumu ilkokuldan lisansa kadar değişebilen, çalışan/çalışmayan kadınlardan bazıları, iş bulabilmek ya da daha iyi şartlarda çalışabilmek açısından eğitim durumlarını yetersiz bulduklarını ifade etmektedir. Bazı kadınlar, eğitim durumları yeterli olmadığı için sosyal yaşamda yaşadıkları sıkıntılardan bahsetmektedir. Örneğin; hiç eğitim almamış olan kadın, Kürt kökenli olup okuma yazma bilmediği ve Türkçe'yi iyi konuşamadığı için yalnız başına dışarı çıkamadığını, ortaokul mezunu kadın büyük şehire taşındıklarında yalnız başına dışarıya çıkmaya korktuğunu, diğer ortaokul mezunu kadın ise sosyal ortamlarda çok sessiz kaldığını ve konuşamadığını dile getirmektedir. Lise mezunu olan bir kadın, eğitim durumu yeterli olmadığı için sosyal yönden iyi bir yaşam tarzının olmadığını

anlatmaktadır. Ev hanımı olan bir kadın eğitim durumunun lise olduğunu, çalışmadığı için maddi açıdan etkilendiğini ve sosyal ortamının olmadığını şu sözleri ile belirtmektedir.

‘Lise. (Peki eğitim durumunuzun yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?) Bence evet. (Nası etkiliyo?) Yani en azından maddi açıdan. Öyle söylim. Manevi olarak da, sosyal hayat olarak da. Her türlü etkiliyo bence. Hani belki üniversiteyi okusaydım daha farklı bir ortam olurdu. Daha farklı yaşam tarzım olurdu. Yani öyle düşünüyorum’ (K7; 36 yaş, lise mezunu).

Kadınlardan bazıları, eğitim durumları yeterli olmadığı için çocuklarına yeteri kadar faydalı olamadıklarını dile getirmektedir. Bu kadınlar, çocuğu ona bir şey sorduğu zaman cevap veremediğinde kendisini kötü hissettiklerini, çocuklarını iyi yönlendiremediklerini, bazıları ise bu nedenlerle bugün çocuklarının da okumadığını ve iş bulmakta zorlandığını açıklamaktadır.

Kadınlardan bazıları, eğitim durumlarının yaşamlarını etkilemediğinden bahsetmektedir. İlkokul mezunu bir kadın, 41 yaşında olduğu için artık zamanının geçtiğini ve kendi eğitimi için bir şey yapmadığını açıklamaktadır. Ortaokul mezunu olan kadın, bu sene kızının liseye gideceğini ve eğer isterse onunla birlikte dışarıdan liseyi okuyabileceğini ve kendisini geliştirebileceğini düşünmektedir. Lise mezunu bir kadın ise eğitim durumunun yaşamını hiçbir şekilde etkilemediğini belirtmekle yetinmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınlardan bazıları, eğitimin kişinin kendisini geliştirmesi açısından önemli olduğunu düşündüklerinden ve bu anlamda kendi eğitim durumlarını yeterli bulduklarından söz etmektedir. Bu kadınlardan ikisi üniversite, dördü lise mezunudur. Üniversite mezunu olan kadınlar, eğitimin kişinin kendini geliştirmesi, kendini doğru bir şekilde ifade edebilmesi ve farklı bilgiler edinebilmesi açısından önemli olduğunu vurgulamaktadır. Lise mezunu kadınlardan ikisi ise eğitim durumu eşlerinden yüksek olduğu için gerektiğinde eşine destek çıktıklarını, çocuklarına ders konusunda kendilerinin yardımcı olduklarını belirtmekle birlikte, daha bilinçli bir insan olarak zaman zaman yaşadıkları sıkıntılara katlanmakta zorlandıklarını ve bu yüzden üzüldüklerini, eğer okumamış

olsalardı bazı durumları daha kolay kabullenebileceklerini düşündüklerini açıklamaktadır.

Araştırmamıza katılan kadınlar, eşlerinin eğitim durumunun yaşamlarını nasıl etkilediğinden de bahsetmektedir. Eşleri ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olan kadınlardan bazıları, eşlerinin istedikleri işi yapabilmeleri ya da daha iyi şartlarda çalışabilmeleri açısından eğitim durumlarını yetersiz bulduklarını dile getirmektedir. İlkokul mezunu olan eşler temizlik personeli ve oto elektrik tamircisi; ortaokul mezunu olan eşler pimapen PVC ustası, bilgisayar tamircisi, kaynakçı ve elektronik eşya tamircisi, lise mezunu eşler ise inşaat boyacısı ve güvenlik görevlisi olarak çalışmaktadır. Eşleri ortaokul, lise ve yüksek lisans mezunu olan kadınlardan bazıları, eşlerinin eğitim durumunun sosyal yaşamlarını olumsuz yönde etkilediğinden söz etmektedir. Eşi yüksek lisans mezunu olan kadın, eşinin doktora öğrencisi olduğu için sürekli ders çalıştığını, işlerinin çok yoğun olduğunu ve bu yüzden hiçbir sosyal etkinliklerinin olmadığını dile getirmektedir. Eşi lise mezunu olan kadın, eşinin eğitim durumunun sosyal açıdan yaşamlarını etkilediğini vurgulamaktadır. Eşinin 45 yaşında olduğunu ve elektrikçi dükkanının bulunduğunu belirten bir kadın, eğitim durumunun onun düşünce tarzı ve hayata bakış açısını etkilediğini, eğer daha iyi bir eğitim almış olsaydı daha iyi bir işinin olabileceğini ve dolayısıyla yaşam tarzının da daha güzel olacağını düşündüğünü şu sözleri ile ifade etmektedir.

‘Ortaokul. (Ortaokul, sizce ortaokul mezunu olması onun yaşamını etkiliyor mu, etkiliyorsa nasıl etkiliyor?) Etkiliyor tabi. Bakış açısını da etkiliyor, düşüncesini de etkiliyor. Yaşam açısından da daha az geliri var. Okumuş olsaydı, güzel bir meslek sahibi olsaydı maaşı da yüksek olurdu. Yaşam tarzı da daha düzgün olurdu’ (K32; 42 yaş, lise mezunu).

Kadınlardan biri, ortaokul mezunu olan ve otomobil boyacısı olarak çalışan eşinin eğitim durumunu çocuklarının eğitimi ve geleceği açısından yetersiz bulduğundan söz etmektedir. Eşleri ilkokul ve lise mezunu olan kadınlardan bazıları ise, eşlerinin eğitim durumunu kişisel gelişimini sağlama ve sağlıklı bir şekilde iletişim kurma anlamında yetersiz bulduklarından bahsetmektedir. Kadınlar, eşlerinin

kendisine, çocuklarına ve çevresindeki insanlara yönelik çok ilgisiz olduğunu ve çoğu zaman kendini ifade etme konusunda çok yetersiz kaldığını dile getirmektedir.

Kadınlardan bazıları, eşlerinin eğitim durumunu kişisel gelişimini sağlaması ve sağlıklı bir şekilde iletişim kurması anlamında yeterli bulduklarından söz etmektedir. Bu kadınların eşleri ilkökul, lise, lisans ve yüksek lisans mezunudur. Eşi yüksek lisans mezunu olan kadın, eşinin şu anda doktora öğrencisi olduğunu, onu çok bilgili ve çalışkan bulduğunu, ayrıca eşinin iyi olduğu konularda son derece mütevazı ve ağırbaşlı davranışlar sergilediğini ve kendisiyle hiç övünmediğini anlatmaktadır. Eşi lisans mezunu olan kadın, eşi için bilgili ve kültürlü olmanın çok önemli olduğunu belirtmekte, aynı zamanda sinirli olmak gibi bir kişilik özelliğini eğitim durumu nedeniyle çok iyi kontrol edebildiğini ve nerede nasıl davranması gerektiğini iyi bildiğini vurgulamaktadır. Eşi lise mezunu olan kadın, eşinin sürekli kitap okuduğunu ve iş ilişkilerinde çok başarılı olduğunu ifade etmektedir. Eşi ilkökul mezunu olan bir kadın, eşinin çok okuyan ve araştıran bir yapıya sahip olduğunu, bu nedenle kendisini geliştirdiğini ve üniversite mezunu arkadaşlarının bile takdirini topladığını dile getirmektedir. Kendisi hiç eğitim almamış ve anadili Kürtçe olduğu için iyi düzeyde Türkçe konuşamayan bir kadın, eşinin ilkökul mezunu olduğunu, okuma yazma bildiğini, gazete ve kitap okuyabildiğini ve bu nedenle Türkçe'yi de iyi düzeyde konuştuğunu vurgulamaktadır.

Eğitim Durumunun Sağlık Hizmetlerine Ulaşmaya Etkisi: Görüşülen kadınlardan bazıları, eğitim durumunun sağlık hizmetlerine ulaşmayı hangi şekillerde etkilediğinden söz etmektedir. Önlisans mezunu olan kadınlardan biri, eğitim durumu yetersiz olan kadınların, doktorların yanında utandıklarını ve kendilerini tam olarak ifade edemediklerini; lisans, önlisans ve ortaokul mezunu olan üç kadın eğitim durumu yetersiz olan kadınların internet ve bilgisayarlı sağlık hizmetlerine ulaşmada kullanmadıklarını; ortaokul mezunu olan bir kadın özellikle kendisi gibi kadınların jinekolojik konular mahrem olduğu için bu konularda konuşmaya çekindiklerini ve yeteri kadar okuma alışkanlıklarının da olmadığını belirtmektedir. İlkokul mezunu olan bir kadın ise hastane prosedürleri ve hastane ile ilgili teknolojik konuları halletmede güçlük çektiğini şu şekilde dile getirmektedir

‘İlkokul. Yani zorluklar yaşadığım zaman oluyo.Yani böyle bi hastane işi olsun, şu olsun, bu olsun zorluklar oluyo. Bazı bilmediğim

yeni teknolojik şeylerde zorluklar oluyo' (K10; 49 yaş, ilkokul mezunu).

Ekonomik Durum

Ekonomik Durumun Yeterliliği: Bireylerin ekonomik durum yeterlilik algısı yaşam tarzları ve gereksinimleri doğrultusunda değişebilmektedir. Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğu, ekonomik durumlarının yetersiz olduğundan söz etmektedir. Bunlardan 33 haftalık gebe bir kadın, gebelik kontrolleri için özel bir hastaneye gittiğini, burada muayene ücreti ve testler için daha çok ücret ödemek zorunda kaldıklarını, gebeliği nedeniyle ekstra masraflarının çıktığını (çatlak kremi vs) ve bebek hazırlıkları yaptıkları için eşinin maaşının yetmediğini açıklamaktadır. Diğer kadınlar ise kendilerine kredi çekerek ev veya araba satın aldıkları ve henüz borcunu bitiremedikleri, başka birtakım borçları olduğu, eşinin maaşı ile evin temel ihtiyaçlarını karşılayamadıkları, çocukların eğitim masrafları fazla olduğu, bazı kronik hastalıkları (epilepsi gibi) nedeniyle sürekli hastaneye gitmek durumunda kaldıkları, kalabalık bir aile (9 kişi) oldukları için giderleri çok fazla olduğundan dolayı ekonomik durumlarını yetersiz algılamaktadır. Ekonomik durumunu yetersiz bulan kadınlardan birisi devlet memuru, birisi sigortalı işçi, birisi esnaf, üçü ise sigortasız olarak evde el işi yapıp satma, temizlik işlerine gitme ve çocuk bakıcılığı yapma gibi işlerde çalışmaktadır. Geniş aile yapısına sahip olan kadınların tamamı, ekonomik durumunu yetersiz algılamakta ve kayınvalidesi, kayınpederi ya da görümcesinden maddi destek gördüklerini açıklamaktadır. Güçlü aile bağlarından söz eden diğer bazı kadınlar da kendisinin ya da eşinin ailesinden maddi destek gördüklerini belirtmektedir. Bu kadınlardan biri kayınpederine, biri ise kayınvalidesine ait bir evde oturduklarını ve böylelikle kira ödemekten kurtulduklarını dile getirmektedir. Kısa bir süre öncesine kadar eşinin ailesiyle birlikte yaşamış, şu anda da onların yazın köyde kalacaklarını, kışın yine yanlarına geleceklerini anlatan bir kadın eşinin güvenlik görevlisi olarak çalıştığını, aylık gelirin 1300-1400 TL olduğunu, birtakım borçları nedeniyle maaşın yetmediğini, bu nedenle kayınpederi ve görümcesinin maddi destekte bulunduğunu, evlerinin kendilerine ait olduğunu ve arabalarının bulunmadığını şu sözleri ile belirtmektedir.

‘İşte eşim çalışıyor. (Ne iş yapıyor?) Güvenlik. Kayın pederim de yardımcı oluyor çok şükür. Öyle..Görümcem yardımcı oluyor bazen. (Peki aylık geliriniz yeterli oluyor mu, ne kadar maaş alıyor eşiniz?) 1300-1400 civarları. (Yeterli buluyor musunuz, bütün ihtiyaçlarını karşılıyor mu, nasıl değerlendiriyorsunuz bunu?) İşte orasını sormayın. (gülüyor) Ya birtakım borçlar falan var, onlara gidiyor. Borçlar olduğu için yoksa yeterli olur yani. (Peki eviniz kira mı?) Yok bizim. (Arabanız var mı?) Yok’ (K19; 29 yaş, ortaokul mezunu).

Kadınlardan bazıları ekonomik durumlarının iyi olduğundan söz etmektedir. Bu kadınlardan birisi emekli işçi, birisi sigortalı işçi, birisi ise devlet memuru olarak çalışmaktadır. Diğer 6 kadın ise ev hanımıdır. Kadınların aylık gelir durumu 2.000-10.000 TL arasında değişmektedir. Kadınlar aylık gelir durumlarının iyi olduğunu, ev ve araba sahibi olduklarını, gelirlerinin çocukları ile birlikte gereksinimlerini karşılamaya yettiğini belirtmektedir. Sadece, eşinin pimapen PVC ustası olduğunu, iş buldukça çalıştığını ve son zamanlarda testis kanseri nedeniyle çok da çalışmadığını anlatan bir kadın, evlerinin kira olduğunu, arabalarının olmadığını, borçlarının bulunduğunu ifade etmekte, bununla birlikte ‘*Allağa şükür aç da değiliz açık da değiliz*’ şeklinde kaderci ve kanaatkar bir yaklaşım sergilemektedir.

Kadınların Çalışma Durumu: Araştırmamıza katılan kadınların çoğunluğu ev hanımı olmakla birlikte bazıları çalışmaktadır. Kadınlardan biri, İlkokul Öğretmenleri Sağlık ve Sosyal Yardım Sandığı’nda (İLKSAN) müdür olarak çalışırken emekli olmuştur. Sigortalı olarak düzenli bir iş sahibi olan kadınlar, bir kız öğrenci yurdunda temizlik personeli, bakanlıkta memur, tüpçü dükkanında esnaf, markette kasiyer ve belediyede memur olarak çalışmaktadır. Ekonomik durumu yetersiz olan bazı kadınlar ise aile ekonomisine katkıda bulunmak için sigortasız olarak birtakımı işler yapmaktadır. Bu kadınlar, ev temizliğine gitme, evde el işi yapıp satma ve çocuk bakıcılığı yapma gibi işlerle uğraşmaktadır.

Ev hanımı olan kadınlardan bazıları geçmişte çalışmış olduklarından ve farklı nedenlerle işten ayrılmak durumunda kaldıklarından söz etmektedir. Kadınların iş bırakma nedenleri; evlenip memleketten Ankara’ya gelmek, evlendikten sonra çalışma saatlerinin çok uzun gelmesi, doğumun yaklaşması, doğumdan sonra çocuğa bakmak ve ikinci doğumdan sonra çocuklara bakmak şeklindedir. 3 yıldır evli olan

bir kadın 10 yıl boyunca ön muhasebeci olarak çalıştığını, doğumdan sonra çocuğuna bakmak için işini bırakmak zorunda kaldığını ve çocuğu biraz büyüdükten sonra tekrar çalışmak istediğini şu sözleri ile belirtmektedir.

‘(Ne iş yapıyodunuz Z.?) Ön muhasebe. 10 yıl çalıştım ben. İşte D. den (kızı) dolayı bıraktım. (Doğumla mı?) Iıı bebeğe ben bakmak için. Doğumdan sonra bıraktım zaten. Kayınvalidem yaşlı olduğu için bakamadı. Annem de zaten başında iki tane torunu var. O yüzden veremedim.Ama D. büyüdükten sonra kesinlikle çalışmayı düşünüyorum. 3-5 yaşına gelince’ (K7; 36 yaş, lise mezunu)

Ev hanımı olan ve ekonomik durumunu yetersiz bulan kadınlardan bazıları ise ilerleyen zamanlarda çalışmak istediklerinden bahsetmektedir. İlerleyen dönemde çalışmayı planlayan kadınlardan önlisans mezunu olan biri Kur'an Kursu Eğiticiği için KPSS sınavı ile atanarak devlet memuru olmayı, ilkokul mezunu olan biri hastanelerde personel olarak çalışmayı, ilkokul mezunu olan bir diğeri çocukları büyüdüğü ve eşinin işleri iyi olmadığı için çalışmayı planladığını, ortaokul mezunu olan biri ise çocuklarına güvenilir bir bakıcı bulduktan sonra çalışmayı düşündüğünü dile getirmektedir.

Yaşam Tarzı

Yaşam Tarzı Özellikleri: Araştırmamıza katılan ve ev hanımı olan kadınlardan bazıları, günlük yaşamlarının genelde ev içerisinde geçtiğinden ve çoğunlukla ev içi aktivitelerle meşgul olduklarından söz etmektedir. Kadınlar, evin temizlik işlerini yaptıklarını, yemek hazırladıklarını, alışverişe gittiklerini, namaz kılma, Kur'an okuma, dua etme gibi dini aktivitelerde bulunduklarını, boş zamanlarında televizyon izlediklerini ya da komşularıyla vakit geçirdiklerini, kışlık yiyeceklerini hazırladıklarını anlatmaktadır. Çalışan kadınlar ise, gününün büyük bir kısmının işyerinde geçtiğinden, artakalan zamanda ise ev işleri ile ilgilendiklerinden söz etmektedir. İster ev hanımı ister çalışan olsun kadınların çoğunluğu ise, yaşam tarzlarında çocuklarının önemli bir belirleyici olduğundan ve günlük yaşamlarındaki aktivitelerinin çoğunu çocuklarına göre düzenlemek durumunda kaldıklarından bahsetmektedir. Kadınlar, çocukların yemekleri, kıyafetleri, banyosu, uykusu gibi

temel ihtiyaçlarını karşıladıklarını, derslerine yardım ettiklerini, okula getirip götürdüklerini, boş zamanlarında ise birlikte yaptıkları eğitici ve eğlendirici faaliyetleri anlatmaktadır. Bir çocuk annesi ve çalışan bir kadın yaşamlarında her şeyin çocuk merkezli olduğunu ve çocuğıyla çok zaman geçirdiğini şu sözleri ile ifade etmektedir.

‘Günlük hayatımda çocuk olduktan sonra aslında her şey çocuk merkezli oluyo. İu yani işe gelip gidiyorum. ...İu yani gün içerisinde hep çocukla geçiyo zamanım’ (K9; 26 yaş, lisans mezunu).

Araştırmamıza katılan kadınlar, eşlerinin günlük yaşam tarzlarından da bahsetmektedir. Görüşülen kadınlardan bazıları, eşlerinin iş yaşamlarının çok yoğun olduğundan ve hafta içi geç saatlere kadar çalışmak durumunda kaldığını ifade etmektedir. Ekonomik durumunu yetersiz olduğunu belirten kadınlardan bazıları, eşlerinin çalışmadıkları zamanlarda çoğunlukla ailesi ile birlikte vakit geçirdiğini dile getirmektedir. Kadınlardan bazıları ise, eşlerinin çalışmadıkları zamanlarda evde ya da dışarıda farklı şekillerde zaman geçirdiklerini belirtmektedir. Eşlerinin boş zamanlarında spor salonuna gittiğini, arkadaşlarıyla dışarıya çıktığını, kahveye gittiğini, evde televizyon izlediğini, internete girdiğini, bilgisayar oyunu oynadığını, gazete okuduğunu, zikir çekerek ibadet ettiğini, karı-koca dışarıya gezmeye çıktıklarını, ailelerini ziyaret ettiklerini, misafirlğe gittiklerini, Yaz mevsiminde köye gittiğini ve genellikle orada vakit geçirdiğini dile getirmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınlar, hafta sonlarında ya da eşinin/kendisinin izinli oldukları günlerde nasıl zaman geçirdiklerini anlatmaktadır. Kadınlardan çoğunluğu eşi ve çocukları ile birlikte ‘aile ortamı olabilecek yerlere’ gitmekten söz etmektedir. Bu yerler, alışveriş merkezi, piknik alanı ve park olabilmektedir. Hafta sonları özellikle aile, akraba ve arkadaş ziyaretleri yaptıklarını ve misafir kabul ettiklerini dile getirmektedir. Ekonomik durumlarının yetersiz olduğunu belirten kadınlardan bazıları, hafta sonları ya para harcamayı gerektirmeyen yerlere gittiklerinden (park gibi) ya da evde vakit geçirdiklerinden söz etmektedir. Kısa bir süre öncesine kadar eşinin ailesi ile birlikte yaşadıklarını açıklayan iki kadın, ataerkil aile yapısının bir sonucu olarak, eşlerinin izinli oldukları günlerde kendileri ve çocukları ile birlikte vakit geçirmediüklerinden, sürekli kardeşleriyle birlikte vakit geçirdiklerinden,

arkadaşları ile birlikte dışarıya çıktıklarından ve kahveye gittiklerinden bahsetmektedir. Görüşme yapılan kadınlardan yalnızca birisi, sinemaya ve konsere gitmek gibi sosyal etkinliklerden söz etmiştir. Bu kadın önlisans mezunu ve İLKSAN'dan emekli müdürdür.

Araştırmamıza katılan kadınlar, tatillerini nasıl geçirdiklerinden söz etmektedir. Görüşme yapılan kadınların çoğunluğu, güçlü aile ve akrabalık bağlarının bir sonucu olarak tatilde ailelerinin yanına gitmekten veya akrabalarıyla birlikte geçirmekten bahsetmektedir. Kendi ailesi Adıyaman'da yaşayan, eşi ise Kırşehir'li olan bir kadın tatillerde memleketi Adıyaman'a ya da eşinin Kırşehir'deki köyüne gittiklerini şu sözleri ile belirtmektedir.

'Memlekete gidiyoduk. Ya da onların köyüne gidiyoduk. Geziyoduk.

..... Yani yani. Babanın yanına' (K3; 35 yaş, lise mezunu).

Kendisinin ve eşinin ailesinin Ankara'da yaşadığını belirten kadınlardan bazıları ise, tatillerde turistik tatil yerlerine gittiklerini, gezdiklerini ve dinlendiklerini dile getirmektedir. Ekonomik durumunu yetersiz olarak belirten kadınlardan ikisi, eşleri yıllık izin kullandığında, genellikle evde zaman geçirdiklerinden söz etmektedir.

Teknolojik İmkanlar: Araştırmamızda kadınların teknolojik imkanlardan hangi amaçlarla faydalandıkları ve kişisel gelişimleri için bu imkanları kullanma durumları değerlendirilmiştir. Görüşülen kadınlardan bazıları teknolojiyi kişisel gelişimlerini arttırmak amacıyla kullandıklarından söz etmektedir. Özellikle bilgisayar ya da cep telefonundan internete bağlanarak, çocuklarının ödevlerine yardımcı olduklarını, sağlık ve hastalık ile ilgili konuları, ilaçların içeriği ve özelliklerini, doğal ve alternatif tedavi yöntemlerini, gebelikte bebeğin büyüme ve gelişimini, gebelikte beslenmede dikkat edilecek konuları, çocukların fizyolojik ve psikolojik gelişimini, çocuklarla iletişimi, çocuğun beslenmesi ve uykusunu, çocuk bakımı ve kıyafetlerini araştırdıklarını, yemek, pasta, börek tarifi aldıklarını, el işi öğrendiklerini, güncel haberler hakkında bilgi sahibi olduklarını, dini konuları araştırdıklarını, eşle iletişim, kadınla ilgili konular ve gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduklarını dile getirmektedir.

Kadınlardan bazıları teknolojinin sosyal medya ve iletişim amaçlı kullanımından söz etmektedir. Bu kadınlar teknolojinin facebook, instagram, messenger gibi sosyal medya amaçlı kullanımından ve whatsapp gibi iletişim amaçlı kullanımından bahsetmektedir. Biri lise diğeri lisans mezunu ve yaşları 24 ve 26 olan iki kadın ise teknolojiyi eğlence amaçlı kullandıklarını belirtmektedir. Kadınlar internetten film açıp izlediğini, eşinin bilgisayarda oyun oynadığını ve televizyonda dizi izlediğini dile getirmektedir.

Ev hanımı olan kadınlardan bazıları hiçbir şekilde bilgisayar ya da internet kullanmadıklarından bahsetmektedir. Bu kadınlardan bazıları evde bilgisayar ve internet sahibi olduklarını, bunları sadece çocuklarının dersleri ve ödevleri için kullandıklarını, kendilerinin ise bilgisayar ve internet kullanmaktan hoşlanmadıklarını belirtmektedir. Kadınlardan ekonomik durumunun yetersiz olduğunu belirtenler, evde bilgisayarlarının bulunmadığını, bilgisayarda ya da telefonda internet bağlantılarının olmadığını dile getirmektedir. Ev hanımı olan bir kadın bilgisayar ve internet sahibi olmadıklarını ve kullanmadığını şu sözleri ile belirtmektedir.

‘Nasıl yani? (Mesela bilgisayarınız var mı?) Ha yok, bilgisayar falan hiçbir şey yok. (İnternet kullanıyor musunuz?) Yok, kullanmıyoruz’
(K22; 22 yaş, ortaokul mezunu).

Dini İnanç ve Uygulamaları

Dini İnanç: Araştırmamıza katılan kadınların tamamı, Allah’ın varlığına inandıklarını ve Müslüman olduklarını belirtmektedir. Görüşülen kadınların büyük bir çoğunluğu, dini inancın onların yaşamında önemli bir yerinin olduğundan bahsetmektedir. Görüşülen kadınlardan biri, 7 yıl boyunca medrese (din) eğitimi aldığını ve böylelikle dini değerleri çok iyi öğrendiğini, amacının din kültürü öğretmeni ya da Kur’an kursu eğiticiliği gibi bir meslek sahibi olmak olduğunu açıklamakta ve dinin yaşamda en önde tutulması gereken inançlardan birisi olduğuna inandığını şu sözleri ile belirtmektedir.

‘Bence dünyaya geldiysek dini inanç en önde tutulması gereken inançlardan bi tanesi...’ (K4; 29 yaş, önlisans mezunu).

Farklı olarak, biri lisans, biri ise lise mezunu olan ve her ikisi de çalışan iki kadın, Allah'ın varlığına inandıklarını ve Müslüman olduklarını belirtmekle birlikte dini inancın yaşamlarında önemli bir yerinin olmadığından söz etmektedir. Bu kadınların ikisi de, dini inancın ve dini değerlere göre yaşamının önemli olduğu ailelerde yetiştiklerini açıklamaktadır. Kadınlardan biri dinin onun için çok önemli olmadığını ve diğer aile üyelerine göre kendisinin dine daha uzak olduğunu şu sözleri ile belirtmektedir.

'...İu şey biraz daha kendimi soğuk görüyorum. Ailenin içinde mesela dine en uzak olan heralde benimdir diye düşünüyorum...' (K9; 26 yaş, lisans mezunu)

Kadınlar, eşlerinin dini inanç durumundan da bahsetmektedir. Görüşülen kadınların çoğunluğu eşlerinin dini inanç durumlarının kendi inanç durumlarına benzer olduğunu ve dinin yaşamlarında önemli bir yere sahip olduğunu belirtmektedir. Dinin kendi yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu belirten kadınlardan ikisi, eşlerinin yaşamında dinin kendilerine göre çok daha önemli bir yere sahip olduğunu açıklamaktadır. Bu kadınlardan birisi eşinin dine kendisinden daha yakın olduğunu, sürekli dini kitaplar okuduğunu ve kendisini geliştirdiğini şu sözleri ile ifade etmektedir.

'O da aynı, benimki gibi. Aynı görüş açıdan. Onun için de öyle bişey yoktur. O benden dine daha çok yakın hissediy o kendini. (Neden öyle düşünüyorsunuz?) Çünkü okuduğu kitaplar hep dini kitaplardan. Kendini daha çok geliştiriy o. Geçmiş ee peygamber efendimizin hayatlarını daha çok okumak istiy o. Nasıl bu mertebeye geldiğimizi, nasıl Müslümanlığa kabul edildi... Öyle şeylerden daha çok kendini şey yapıy o, tatmin etmeye çalışıy o. Bi yanlış hareketimiz olur mu, çocuklara yanlış bi bilgi verir miyiz diyerekten... Kendisini o konuda çok güzel geliştiriy o. O yorgun zamanlarda gelir kitap okumayı sever' (K15; 44 yaş, ortaokul mezunu).

Kendisinin ve eşinin Arap kökenli olduğunu ve mezhep kavramını bilmediğini belirten kadın, eşinin zikir çekip ibadet ettiğini ve bir 'Sofî' olarak

kendini dine adadığını belirtmektedir. Türk kökenli ve Hanefi mezhebinden olduğunu belirten diğer kadın, eşinin daha önce ‘cami imamı’, şu anda ise DİB’de memur olarak çalışan bir din adamı olduğunu, ayrıca İlahiyat konusunda doktora eğitimi almakta olduğunu dile getirmektedir. Eşlerinin Alevi mezhebinden olduğunu açıklayan veya kendi yaşamında dinin önemli bir yerinin olmadığını belirten kadınlar ise dinin eşlerinin yaşamında önemli bir yerinin olmadığını dile getirmektedir. Kadınlardan biri eşinin ne Alevi mezhebi ne de Sünni mezhebine göre dinle ilgili pek bir şey bilmediğini şu sözleri ile ifade etmektedir.

‘Hani Alevilikle ilgili sorsanız hiçbi şey bilmiyo. Yani Sünniliğin yapabileceği şeyleri de bilmiyo. Abdest almayı, namaz kılmayı...’
(K11; 29 yaş, ortaokul mezunu).

Din yaşamında önemli bir yere sahip olsun ya da olmasın araştırmamıza katılan kadınlardan büyük bir çoğunluğu, yaşamlarındaki iyi ya da kötü olay ve eylemlerin değiştirilemez bir biçimde Allah tarafından önceden belirlendiğini benimsediklerini ve bu durumları ‘Allah’ın bir takdiri’ olarak kabullendiklerini gösteren kaderci bir yaklaşımdan bahsetmektedir. Kadınlardan biri kadere inandığını ve hayatında iyi ya da kötü bir şey olduğunda bu durumu kabullendiğini şu sözleri ile ifade etmektedir.

‘İuuu kadere inanırım. İuuu kaderde nelere inanırım. Yani hani bişey oluyosa hayatımda kötü veya iyi genelde derim hani kader.... Demek kaderimizde bu da varmış...’ (K1; 24 yaş, lise mezunu).

Kadınlar, küçükken geçirdiği bir hastalıkla ilgili olarak Allah’ın onun yaşamasına izin verdiğini, doktorlar onun çocuk sahibi olamama riski olduğunu söylemesine rağmen çocuk sahibi olmasının Allah’ın bir takdiri olduğunu, doktor çocuğunun zeka özürlü olma ihtimali olduğunu söylediğinde bu durumu Allah’ın bir takdiri olarak görüp çocuğunu doğurmaya karar verdiğini, epilepsi hastası olan bir kadın gebeliği sırasında ve doğum sonu 6. aya kadar epilepsi nöbeti geçirmemesiyle ilgili olarak Yüce Allah’ın bir takdiri olduğunu ve Allah’ın onu koruduğunu, eşi testis kanseri olduğu için doktorların muhtemelen tekrar çocuk sahibi olmayacaklarını söylediği bir dönemde tekrar gebe kalmasının ‘Allah’ın bir lütfü’ ve

‘mucizesi’ olduğunu, üvey anneden kurtulmak için alkolik bir adamla evlenmesinin ya da görücü usulü ile eşiyle evlenmiş olmasının bir ‘nasip işi’ olduğunu dile getirmektedir.

Din Eğitimi: Araştırmamıza katılan kadınlar, çocukken aileleri tarafından camiye ve Kur’an Kursu’na gönderildiklerini, dinle ilgili birçok şeyi ailelerinden öğrendiklerini açıklamaktadır. İslam dinini ailelerinin onlara öğrettiği gibi, onların da çocuklarına öğretmeye çalıştıklarından bahsetmektedir. Kadınlar, çocuklarına, namaz, temizlik, Kur’an okumayı öğretme, Ramazan ayının önemi ve Ramazan’da yapılması gerekenleri öğrettiklerini dile getirmektedir. Kadınlardan biri İslam dinini aile büyüklerinin O’na öğrettiği gibi kendisinin de çocuklarına öğretmeye çalıştığını, onlara namaz, temizlik, cunup gibi konularda bilgi verdiğini şu sözleri ile vurgulamaktadır.

‘...Ama yaşantımda elimden geldiği kadar çocuklarımıza dini öğretmeye çalışırım bilmediği yönlerini. Çünkü şimdiki gençlerimiz dine biraz soğuk bakıyorlar. Yaşantılarına da uygulamıyorlar. Ya bilmediğin konuları bu namazda olsun, diğer temizlik yönünden, cunuptur şunun bunun hakkında elimden geldiği kadar büyüklerimden gördüğüm kadarıyla onlara da anlatmaya çalışırım’ (K15; 44 yaş, ortaokul mezunu).

Önlisans mezunu olan ve dinin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu belirten iki kadın ise, başını örtme, namaz kılma gibi bazı dini ibadet ve uygulamaların aileden o şekilde öğrenildiği için değil, kişinin dini hakkında okuyup araştırması sonucunda bilinçli bir şekilde ve bunları isteyerek ve benimseyerek yapması gerektiğini vurgulamaktadır. Dinin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu belirten kadınlardan bazıları, küçük yaşta aile içinde başlayan din eğitiminin ilerleyen yıllarda (büyüdüklerinde) toplum içindeki bazı dindar bireyler tarafından sürdürüldüğünden veya cami gibi ibadet yerlerinde verilen Kur’an kursu gibi eğitimlerle devam ettiğinden söz etmektedir.

İbadet Etme: Araştırmamıza katılan kadınlardan yalnızca biri, hiç ibadet etmediğinden söz etmektedir. Bu kadın dinin yaşamında önemli bir yere sahip olmadığını, bu nedenle hiç namaz kılmadığını, ancak geçmişte oruç tuttuğunu, şu

anda ise fibromiyalji rahatsızlığı nedeniyle birçok ilaç kullandığı için oruç tutmayı da bıraktığını belirtmektedir.

Dinin yaşamında önemli bir yere sahip olmadığını belirten bir kadın da dahil olmak üzere bazı kadınlar sadece her yıl Ramazan ayında düzenli olarak oruç tuttuklarından söz etmektedir. Dinin yaşamında önemli bir yere sahip olmadığını belirten kadın, namaz kılmayı ve Kur'an okumayı bildiğini ancak yapmadığını açıklamaktadır. Bir kadın, adet dönemlerinde ara vermesi gerektiği, kendisinde vajinal enfeksiyon, akıntı ve idrar kaçırma sorunu olduğu için abdesti bozulur ve namazı kabul olmaz diye düşünerekten namaz kılmadığını belirtmektedir. Diğer kadınlar ise, namaz kılmaya bir türlü başlayamadıklarını, çocuklarla ilgilenmekten fırsat bulamadıklarını ifade etmektedir.

Dinin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu belirten kadınlardan bazıları, düzenli olarak oruç tuttuklarından, ancak bazen namaz kılabilindiklerinden veya Kur'an-ı Kerim okuyabildiklerinden söz etmektedir. Kadınlar, bütün gün çocuklarla ilgilenmekten veya işyerinde çalışmaktan ibadet etmeye fırsat bulamadıklarını, ancak akşamları çocuklar uyuduktan veya işten eve döndükten sonra namaz kılabilindiklerini veya Kur'an-ı Kerim okuyabildiklerini açıklamaktadır.

Görüşme yapılan ve dinin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu belirten kadınların çoğunluğu, günde beş vakit namaz dahil olmak üzere ibadetlerini yerine getirmeye çalıştıklarından söz etmektedir. Kadınlar, her yıl Ramazan ayında oruç tuttıklarını, günde 5 vakit namaz kıldıklarını, fırsat buldukça (özellikle Perşembe ve Cuma akşamları) Kur'an-ı Kerim ve Yasin okuduklarını dile getirmektedir. Kadınlardan biri namaz kıldığını, oruç tuttuğunu ve ibadetlerini iyi bir şekilde yaptığını şu şekilde açıklamaktadır.

'(Namazlarınızı kılar mısınız?) Evet. Kılıyorum. (Orucunuzu tutar mısınız?) Aynen öyle. İbadetlerimizi inşallah Allahım kabul etsin dört dörtlük yapıyoruz' (K13; 28 yaş, lise mezunu).

Araştırmamızda dinin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu belirten kadınlardan ikisi, gebelikleri sırasında oruç tuttuklarından söz etmektedir. Kadınlardan biri, doktoru herhangi bir sorun olmadığı sürece oruç tutmasında bir sakınca olmadığını söylediği için gebeliği sırasında Ramazan ayı boyunca hiçbir

sorun yaşamadan oruçlarını tuttuğunu açıklamaktadır. Diğer kadın ise, Ramazan ayının ilk 10 günü oruç tuttuğunu, daha sonra doktoru yasakladığı için oruç tutmayı bıraktığını anlatmaktadır.

Kadınlar, eşlerinin ibadet etme durumları ve şekillerinden de bahsetmektedir. Kadınların çoğunluğu, eşlerinin ibadet etme durumlarının ve şekillerinin kendi ibadetlerine benzer olduğunu ifade etmektedir. Dinin yaşamında önemli bir yerinin olmadığını belirten bir kadın, eşinin Alevi mezhebinden olduğunu ve hiç ibadet etmediğini açıklamaktadır. Dinin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu belirten diğer kadınlar ise, eşlerinin kendilerine benzer şekilde oruç tuttuklarını, namaz kıldıklarını ve Kur'an-ı Kerim okuduklarını belirtmektedir. Bu kadınlar, ayrıca eşlerinin İslam dinine göre sadece erkeklere farz olan Cuma namazını kıldıklarını vurgulamaktadır. Kadınlardan biri eşinin günde beş vakit namaz kılmasa bile Cuma namazı yada Teravih namazlarını kıldığını, ayrıca oruç tuttuğunu şu sözleri ile belirtmektedir.

'...Mesela önemli günlerde hani şey yapar. Oruçla mesela orucunu olsun, Teravih olsun öyle şeyleri yapar. (Peki namazını kılar mı?) Namazını beş vakit namazını kılmaz. Ama normalde Cumasını, Teravih namazlarını öyle önemli gecelerde kılacağı namazları kılar. (Oruç tutar mı?) Tutar, hiç bırakmaz orucunu o. (Tamam, Kur'an bilir mi peki o da?) Yok, bilmez. Ben de evlendikten sonra öğrendim zaten' (K23; 39 yaş, lise mezunu).

Dinin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu belirten kadınlardan bazıları, eşlerinin kendilerine göre daha az ibadet ettiklerinden söz etmektedir. Kadınlar bu durumu, eşinin işlerinin yoğun olması, ibadet etmeyi önemsememesi ve Alevi mezhebinden olması ile ilişkilendirmektedir.

Dinin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu, ancak sürekli çocuğuyla ilgilendiği için sadece akşamları ibadet edebildiğini belirten ve başı açık olan bir kadın, eşinin kendini Allah'a adayan bir tasavvuf adamı olduğunu belirtmekte ve onu 'Sofî' olarak nitelendirmektedir. Eşinin hergün zikir çekerek ibadet ettiğini, beş vakit namazını kıldığını, oruç tuttuğunu ve tüm ibadetlerini yerine getirdiğini vurgulamaktadır.

Diğer Dini Değerler ve Uygulamalar: Kadınlar, ibadet etmenin dışında yaşamlarında önemli olan bazı dini değerlerden ve kavramlardan bahsetmektedir. Dinin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu belirten bazı kadınlar, sadaka verdiklerini, tevekkül ettiklerini, dua ettiklerini, salavat getirdiklerini, Allah’a şükrettiklerini, haram olan şeylerden uzak durduklarını, helale yakın olduklarını, kul hakkı yememeye çalıştıklarını, sevap olan eylemleri yerine getirdiklerini, merhamet gösterdiklerini, yalan söylememeye, gıybet ve dedikodu yapmamaya çalıştıklarını dile getirmektedir. Dinin yaşamında önemli bir yere sahip olmadığını belirten bir kadın ise geçmişte ailesi tarafından kendisine ‘günah’ olarak öğretilen bazı şeylerin zaman içinde günah olmadığını farkına vardığını açıklamaktadır.

Eşlerinin din adamı olduğunu ve onların yaşamlarında dinin çok önemli bir yere sahip olduğunu belirten iki kadın, eşleri için; Sofi olmak, ilahi dinlemek, hadis okumak, kurban kesmek, zekat vermek gibi bazı dini uygulamaların çok önemli olduğundan bahsetmektedir. Eşinin ‘Sofi’ olduğunu belirten bir kadın ‘Sofilik’ kavramını şu şekilde açıklamaktadır.

‘Sofilik.. Onlar mesela rütbe rütbe yükseliyorlar galiba. Yani mesela zikir çekiyorlar. Kaç bin tane onların sayıları var. Mesela herkes ilerledikçe rütbeleri yükseliyor ve zikirlerin sayıları yükseliyor. Mesela bir saat başlıyorsun, 1.5 saat 2 saat yükseliyor bu zikir saatleri. Bu da bir elinde tespihle zikir çekiyor, kafasının üstünde bir çarşaf oluyor beyaz bir çarşaf oluyor, onun altında çekiyor. (Buna haftada bir mi yapıyor?) Hayır, her gün. Bir ibadet şekli, beş vakit namazının dışında. Çok yoğun, evet. (Değil mi namaz kılıyor, oruç tutuyor) Evet, evet. (Kur’an bilir mi?) Bilir. Kur’an’ı Arapça biliyor mu bilmiyorum, bilmiyor diye biliyorum. Onun dışında dediğim gibi namazında niyazında..’ (K27; 25 yaş, ortaokul mezunu).

Dinin Yaşam Tarzına Etkisi: Kadınlardan bazıları, dini inançlarının yaşam tarzları üzerine etkisini dile getirmektedir. Kendisi ve eşi için yaşamlarındaki en önemli değer din olduğunu belirten bir kadın, eşinin bir kadın olarak kendisinden sadece kız öğrencilerin bulunduğu sınıflarda Kur’an kursu eğitici olmasını istediğini, bir diğer alternatif olan kız ve erkek öğrencilerin bulunduğu sınıflarda Din

kültürü öğretmenliği yapmasını ise erkeklerle muhatap olmasını uygun bulmadığı için istemediğini ifade etmektedir.

Eşi bir din adamı olan ve DİB’de çalışan bir kadın, eşinin arkadaş ortamında ‘haremlık selamlık olayı’nın yaygın olduğunu, kadınlar ve erkeklerin bir arada oturmadığını, eşinin bir kadınla asla tokalaşmadığını ve göz teması kurmadığını şu şekilde açıklamaktadır.

‘Yani dediğim gibi eşim zaten hoca. Iıuuu hani çok dikkat ettiği şeyler vardır. (Mesela neler önemlidir onun için?) Mesela hani onların immmm benim eşimde değil de arkadaş çevresinde daha çok haremlık selamlık olayı var. Bayanlar ve erkekler biarada oturmuyo.Iuu benim eşim o kadar şey değil. Ama hani kesinlikle bi bayanla tokalaşmaz. Iuu hani göz teması kurarak sohbet etmez...’ (K13; 28 yaş, lise mezunu).

Kendisi iki haftadır Kur’an kursuna devam eden bir kadın, Kur’an kursu’ndaki din hocasının söylediğine göre, kaza orucu tutmak, dışarıya çıkmak ve herhangi bir yere gitmek konusunda eşinden izin almasının dini bir gereklilik olduğuna inandığını belirtmektedir.

Dinin yaşamında önemli bir değer olmadığını belirten bir kadın, dinimize göre erkek karısıyla ne zaman cinsel ilişkide bulunmak isterse kadının eşiyle birlikte olmak zorunda olduğunu ve eşinin cinsel ilişki isteğini reddetmemesi gerektiğini açıklamaktadır.

Dinin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu belirten bir kadın, evli bir kadın olarak eşine sadık kalması ve eşinden başka bir erkekle ilgilenmemesini dinine düşkün ve dininden korkan bir kadın olması ile ilişkilendirmektedir.

Araştırmamızda karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar, İslam dinine uygun giyim tarzı olan tesettürden bahsetmektedir. Başörtülü ve pardesülü kadınlardan bazıları, dinine uygun bir şekilde giyinmenin kendileri için önemli olduğundan ve bu nedenle örtündüklerinden söz etmektedir. Kadınların evden dışarıya çıktıkları zaman örtünmelerinin dini açıdan önemli olduğunu, bu nedenle kadınların başını örtmesi, kısa kollu giysi ile dışarıya çıkmaması, vücut hatlarını belli etmeyen etek gibi kıyafetler giymesi, erkeğe özgü bir kıyafet olarak

nitelendirdiği pantolonu giymemesi gerektiğini belirtmektedir. Başı açık olan kadınlardan bazıları, dini değerlere göre yaşamının kendileri için önemli olduğundan ve bu nedenle örtünmeyi istediklerinden, ancak henüz örtünmediklerinden bahsetmektedir. Görüşme sırasında başı açık olan ve üzerinde kot pantolon ile gömlek bulunan bir kadın dinine uygun bir şekilde giyinmek istediğini, şu anda alışma safhasında olduğunu ve ileride örtünmek istediğini şu sözleri ile ifade etmektedir.

‘...Onun dışında ilk etapta kıyafet olarak dinimize uygun diyim daha doğrusu giyinmeyi çok amaç ediniyorum. Ama şu anda kendimi hala böyle ona alıştırma safhasındayım diyim size. Belki ileride hani o örtünmek anlamında böyle bişey düşünüyorum’ (K12; 46 yaş, önlisans mezunu)

Hem başörtülü hem de başörtüsüz kadınlardan bazıları ise, aile büyüklerinin kendilerinden dine uygun bir şekilde giyinmelerini beklediklerinden, ancak bunu tam olarak sağlayamadıklarından söz etmektedir. Başı açık olan bir kadın kendi babası ve kayınpederinin kendisinden pantolon giymemesini veya giydiyse de kalçasını uzun bir giysiyle kapatmasını beklediklerini ifade etmektedir. Başı açık olan bir başka kadın, annesi, üç ablası ve kayınvalidesi dahil çevresindeki insanların hep başörtülü olduğunu, bu nedenle hem kayınvalidesinin hem de kendisinin örtünmeyi istediğini, ancak eşi ve çocuklarının şu anda onun örtünmesini istemediklerini belirtmektedir. Bu kadın, örtündüğü zaman herkesin kendisine bakacakmış gibi hissettiğini ve bu yüzden biraz çekindiğini de ifade etmektedir. Başörtülü olan bir kadın, kendi ailesinde ablasının babasının zorlamasıyla başını örttüğünü, kendisinin ise ablası ve arkadaşlarından etkilenerek başını örtmeye karar verdiğini belirtmektedir. Bu kadın, evde ya da balkona çıkarken başörtüsü takmadığını ve bu konuda çok katı kuralları olmadığını da ifade etmektedir. Evlendikten sonra kayınvalidesinin kendisinden etek giymemesini, hatta pardesü ya da kara çarşaf giymesini istediğini belirten kadın, eşinin ise annesine göre daha ileri görüşlü olduğunu ve pantolon giymesi, güzel ve bakımlı olmasını beklediğini dile getirmektedir.

Mezhep: Araştırmamıza katılan kadınlardan bazıları, Hanefi, Şafi, Maliki ve Alevi mezheplerinin bazı özelliklerinden söz etmektedir.

Hanefî ve Şafî mezheplerinden olduklarını belirten bazı kadınlar Hanefî mezhebinin özelliklerini, diğer bir Sünnî mezhep olan Şafî mezhebinin özellikleri ile karşılaştırarak açıklamaktadır. Kadınlar, abdest aldıktan sonra karşı cinse dokunmanın Hanefî mezhebine göre abdesti bozmadığını, Şafî mezhebine göre ise bozduğunu; yine Hanefî mezhebine göre vücutta çok az bir kanama olduğu zaman, Şafî mezhebine göre ise kan çizme boyunu aştığı zaman abdestin bozulduğunu; Şafî mezhebinde namazın daha çok sünnetinin değil de farzının kılındığını belirtmektedir. Kendisinin Kürt kökenli olduğu için normalde Şafî mezhebinden olduğunu, ancak sonradan Hanefî mezhebine geçtiğini belirten bir kadın bu tercihinin nedenlerini ve iki mezhep arasındaki farklılıkları şu şekilde açıklamaktadır.

‘Ben Hanefî mezhebine göre şey yapıyorum. Bizde normalde Kürtlerde Şafîdir yani de ben Hanefî mezhebine göre şey yapıyorum, kılıyorum. (Peki bu hani mesela Hanefî olmanızla ilgili belirgin özellikler neler?) Şimdi bizde Şafî mezhebinde işte abdest konusunda, örneğin karşı cinsten herhangi biri ile tokalaşamıyordun veyahut da elini değdiremiyordun, abdestin hemen bozuluyordu. Ben de iş ortamında olduğu için ister istemez gelen oluyordu, giden oluyordu, tokalaşmak zorunda kalıyordum, abdest bozuluyordu. Ben ondan ötürü Hanefî mezhebine göre kılmaya başladım. Çünkü Hanefî mezhebinde böyle bir şey söz konusu değil, yok. (Başka var mı böyle farklı?) Onun dışında Şafî mezhebinde parmağını veyahut herhangi bir yerin kanadığı zaman abdestin bozulmuyor ama Hanefî mezhebinde bozuluyor. Bizim Şafî mezhebinde çizme boyunu aşması lazım o kanın işte kanayan yer her neresi ise. Bozmaz bizde ama Hanefî mezhebinde bozar. Bildiğim belirgin özellikleri bunlar’ (K29; 27 yaş, lisans mezunu).

Hanefî mezhebinden olan ve önlisans mezunu bir kadın, bazı sağlık problemleri nedeniyle ‘Maliki’yi taklit ederek’ ibadet etmek durumunda kaldığından söz etmektedir. Bu kadın, kendisinin dişle ilgili bazı sağlık problemleri yaşadığını, bu nedenle kulaktan dolma bilgilerden yola çıkarak dini kitaplardan araştırma yaptığını, bunun sonucunda diş dolgusu olan ya da diş protezi kullananların Maliki

mezhebini taklit ederek abdest alması ve namaz kılması gerektiği bilgisine ulaştığını ve şu anda ibadetlerini Maliki'yi taklit ederek yaptığını anlatmaktadır. Maliki'yi taklit ederek abdest almak ve namaz kılmak Hanefi mezhebine göre bazı küçük farklılıklar içermektedir. Ayrıca abdeste ve namaza '*Niyet ettim Maliki'ye göre abdest almaya/ namaz kılmaya*' ifadesi ile başlamak gerekmektedir.

Kadınlardan bazıları, Hanefi mezhebinin özelliklerini, Alevi mezhebi ile karşılaştırarak açıklamışlardır. Hanefi mezhebinden olan iki kadın, Hanefi mezhebinden farklı olarak Alevi mezhebinden olan insanların namaz kılmadıklarını, oruç tutmadıklarını, gusül abdesti almadıklarını, 10 gün boyunca 'Aşure orucu' tuttuklarını, bu süreçte aynaya bakmadıklarını, yumurta yemediklerini, su içmediklerini, hoşaf suyu içtiklerini, evlerinde diğer Alevi mezhebenden olan insanlarla bir araya gelerek Kur'an-ı Kerim okuduklarını ve onlara aşureyi de içeren yemekler ikram ettiklerini açıklamaktadır. Eşi Alevi mezhebenden olan iki kadın ise, Alevilerin Cami yerine Cemevleri'ne gittiklerini ve orada ibadet ettiklerini, semah yaptıklarını dile getirmektedir.

İlkokul ve ortaokul mezunu olan bazı kadınların, mezhep kavramını ve hangi mezhepten olduklarını bilmedikleri görülmüştür.

Sonuç olarak, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar aile tarafından korunan ve sürdürülen, onların akraba ve arkadaşları ile olan sosyal ilişkilerini ve kendi evliliklerini etkileyen gelenek ve göreneklerine; temelinde eğitim ile ilişkilendirdikleri ve yaşam tarzları üzerinde önemli bir belirleyici olan ekonomik durumlarına; ve ayrıca dini inanç ve değerlerine bağlı bir yaşam sürmektedirler.

ANA TEMA 2: Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlardan toplumsal cinsiyet rollerine uygun olarak ekonomik durumu ve sosyal şartları elverdiği ölçüde mutlaka çocuk sahibi olması beklenmektedir.

'Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlardan toplumsal cinsiyet rollerine uygun olarak ekonomik durumu ve sosyal şartları elverdiği ölçüde mutlaka çocuk sahibi olması beklenmektedir' ana teması içerisinde, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar için çocuğun anlamı, doğurganlık özellikleri, ideal çocuk sayısı ve bunu etkileyen faktörler, ülkemizdeki doğumla ilişkili yasal

haklardan faydalanma durumları ve eşlerin doğum ve çocuklara ilişkin tutum ve davranışlarına yönelik özelliklerinden bahsedilecektir.

Çocuğun Önemi

Çocuğun Anlamı: Araştırmamıza katılan kadınlar, çocuk sahibi olmanın aile ve toplum için çok önemli olduğundan ve bu nedenle gördükleri baskılardan söz etmektedir. Küçük yaşta evlenen (19 yaş) ve anne olan bir kadın (21 yaş), 15 günlük evliyken ve çocuk sahibi olmak onun için henüz bir şey ifade etmezken eşinin ailesinin kendisine sürekli *‘Meyvesiz ağacın dibine oturulmaz’* ve *‘Biz tavuğu bile yumurtluyor mu diye bakıyoruz, alıyoruz. Yumurtlamayan tavuk alınmaz. Bizde çocuğu olmayan kadının ne işi var’* (K25; 25 yaş, ortaokul mezunu) dediğini ve ondan çocuk doğurmasını beklediklerini belirtmektedir. 19 yaşında evlenen ve 22 yaşında anne olan bir diğer kadın ise ailelerin bu beklentisi nedeniyle çocuk sahibi olmayı bir mecburiyet olarak düşündüklerinden söz etmektedir. 20 yaşında evlenen bir kadın evlendikten sonraki 2,5 sene içinde çocuk sahibi olamadığı için eşinin ailesi tarafından boşanma derecesine kadar varan derecede baskı gördüğünü anlatmaktadır. 17 yaşında evlenmiş ve evlendikten sonra 1,5 yıl çocuk sahibi olamamış bir diğer kadın, köyde kendisiyle aynı zamanda evlenen bütün kadınların çocuğu olmasına rağmen kendisinin çocuğu olmadığı için kayınvalidesinin sürekli kocasına *‘seni evlendiricem’* dediğini ve bu nedenle kendisinin çok üzüldüğünü açıklamaktadır. Kadınlardan bazıları, anne olduklarında yaşları çok küçük olduğu, henüz çalışmayı düşündükleri, biraz daha kendi hayatlarını yaşamak istedikleri, bir çocuğun ihtiyaçlarını karşılamak yönünden kendilerini yeterli hissetmedikleri bir anda gebe kaldıkları ve çocuk sahibi oldukları için, gebelikte yaşadıkları fizyolojik ve psikolojik sorunları ayrıca doğum deneyimini kaldırmakta zorlandıklarını anlatmaktadır. Bununla birlikte aynı kadınlar, her ailenin mutlaka çocuk sahibi olması gerektiğini vurgulamaktadır. Kadınlardan biri, çocuk sahibi olmanın insanın kendinden bir parça olması ve soyunu devam ettirebilmesi için önemli olduğunu şu sözleri ile belirtmektedir.

‘Ya soyu sürdürmek derler ya, Öyle söyliim. Hani insanın kendisinden bi parça olması, soyunu devam ettirebilmesi.. Güzel bişey yani’ (K7; 36 yaş, lise mezunu).

Kadınlar, çocuk sahibi olmaya çeşitli değerler atfetmektedir. Bu değerler; hayatın anlamı, kutsal, hayata bağlayan bir şey, mutluluk veren, hayattaki en değerli varlık, anne olmak, evin neşesi, canın bir parçası, cennete bir kapı anahtarı, aileyi sınımsız bağlayan, baba olmak, ailenin temeli, evin tadı tuzu, evdeki sevgi ve düzen, bereket, yuvayı perçinleyen, tatlı bir meyve, evin bir yemişi, neşe, can, aileyi tamamlayan en güzel şey, en güzel duygu, çok güzel bir duygu, her şeyi unutturabilecek kapasitede bir şey, ailenin bütünü, arkadaş, ailenin kuvvetlenmesi, gelecek, evin her şeyi, evliliğin tadı şeklindedir. Sadece lisans mezunu olan ve çalışan bir kadın çocuk sahibi olmayı ‘çok büyük bir sorumluluk’ olarak tanımlamakta ve çocuk sahibi olmak için ‘biraz erken davrandığını’ belirtmektedir. Bu kadın, evlendikten iki ay sonra gebe kaldığını, bu sürede henüz eşine bile alışmadığını, bir sürü hayalini gerçekleştiremediğini, aslında dünya turuna çıkmak, yurt dışında tatil yapmak, yamaç paraşütünü denemek istediğini, ancak çocuk sahibi olduktan sonra bunların imkansız hale geldiğini, şu anda kendisini daha pesimistik bulduğunu ve aslında çocuk sahibi olmaya hiç de hazır olmadığını ifade etmektedir.

Araştırmamızda kendisi ya da eşi Kürt kökenli olan kadınlar, onların kültüründe çok çocuk sahibi olmanın ve kalabalık bir ailenin öneminden söz etmektedir. Kendisi Kürt kökenli ve 8 kardeş olan, evlenmeden önce amcaları, onların eşleri ve çocukları ile bir arada kalabalık bir aile olarak yaşadıklarını anlatan bir kadın, ailesinde amcasının ilk eşinden çocuk sahibi olamadığı için ikinci bir eş ile evlendiğini, annesi ve babasının ise evlendikten sonra önce 4 kız, daha sonra da 4 erkek çocuğu sahibi olduklarını, bu kadar çok çocuk sahibi olmalarının toplum baskısıyla ilişkili olup olmadığını bilemediğini, ancak annesinin çocukları çok sevdiğini açıklamaktadır. Kendisi (10 kardeş) ve eşi (14 kardeş) Kürt kökenli olan ve en küçüğü 6 yaşında 7 çocuk sahibi bir diğer kadın ise memleketleri olan Bitlis’te çocuğun çok sevildiğini ve çocuk sahibi olmanın çok önemli olduğunu, bir kadının en az 13-14 çocuk doğurduğunu, bu nedenle aslında kendisinin sahip olduğu çocuk sayısını az bulduğunu belirtmektedir. Bu kadın, onların kültüründe bir kadının çocuk doğurmasının mecbur olduğunu vurgulamaktadır. Eşi Kürt kökenli (11 kardeş) ve

kendisi en küçüğü bir yaşında 5 çocuk annesi olan bir kadın, eşinin Muş'ta kalabalık bir ailede büyüdüğü için çocukları çok sevdiğini ve bu nedenle bir çocuk sahibi daha olmak istediğini anlatmaktadır. Bu kadın, Türk kökenli olan kendi kardeşlerinin bir ya da iki çocuk sahibi olduklarını, Kürt kökenli olan eşinin ailesinde ise daha çok sayıda çocuk sahibi olduklarını, bununla birlikte geçmişe göre şu anda daha az çocuk sahibi olmaya çalıştıklarını şu sözleri ile açıklamaktadır.

(Şimdi siz Türk kökenlisiniz. Eşiniz Kürt kökenli. Çocuk sayısı açısından farklı mı düşünüyorlar?) Evet. (Nasıl farklılıklar görüyorsunuz? Anlatır mısınız?) Benim kendi kardeşlerim var. Kazan'da oturan kardeşim var. 2 çocuğu var. Bi gızı bi oğlu... Büyük ablam var. Bi gızı bi oğlu var. Abim var. Pursaklar'da oturuyo. Onun bi gızı bi oğlu var. Kız kardeşim var Alanya'da. Onun bi tane. Bi bende çocuk sayısı çok. 5 tane 😊😊 (😊😊 Ne düşünüyo eşinizin ailesi, eşiniz? Ne Görüyorsunuz?) Seviyolar çocuğu da hani. Orda da artık değişmiş o düşünceleri. Eskisi kadar hani çocuğum olsun da sadece hani çocuğum olduğu bilinsin şeyinde değiller. Onlar da yeteri kadar şey yapıyo artık. En azından heralde 2 tane mi 3 tane mi ne var. Önceki kadar değiller o böyle çok çocuk olsun da sürekli doğuralım şeyinde değiller. (Ee siz niye 5 tane yaptınız S. Hanım?) Oldu da işte diyom ya doğum kontrolleri bende işe yaramıyo' (K16; 36 yaş, ortaokul mezunu).

Cinsiyet Tercih: Kadınlar, aile içinde çocuğun cinsiyeti ile ilgili tercihlerden söz etmektedir. Kadınların çoğunluğu, erkek çocuğunun ailedeki öneminden bahsetmektedir. 30 yaşında ve iki erkek çocuk annesi olan bir kadın, erkek çocuğu isteğinin kültürel ve geçmişten gelen bir durum olduğunu belirtmekte, erkek çocuğu doğduğu zaman aile içinde daha bir sevinildiğini, kız çocuklarına çok önem verilmediğini, hatta günümüzde bile kız çocukları için aynı durumun söz konusu olduğunu belirtmektedir. 29 yaşındaki ilk çocuğu kız, ikinci çocuğu erkek olan bir diğer kadın ise aile büyüklerinin erkek çocuğunu bir nevi kendilerine bakıcı olarak gördüklerini, kız çocuklarının ise evlenip kendilerinden uzaklaşacağını düşündüklerini dile getirmektedir. 26 yaşında ve bir kız çocuğu annesi olan bir kadın,

kendisinin üç kız kardeş olduğunu, eşinin ailesinde de kız kardeşlerin fazla olduğunu, bu nedenle erkek çocuk sahibi olmayı çok istediğini, erkek çocuğunun soyu devam ettireceği için aileler tarafından daha çok sevildiğini ve benimsendiğini şu sözleri ile ifade etmektedir.

‘...Erkek çocuk çok istiyorum. İlk çocuğum kızdı ama doğum anına kadar sürekli kız mı erkek mi diye onu sordum doktora. Yani erkek olmasını çok istiyodum ☺ (Neden erkek olmasını çok istiyodunuz?) Ya bilmiyorum biz üç kızız. Şimdi eşimgil de çok kız kardeşleri var. Ya böyle erkek olunca daha farklı olacak diye ☺☺ Ya bilmiyorum daha böyle hani soyu mu yürütcek, daha böyle farklı bi benimseme oluyo erkek çocukta’ (K9; 26 yaş, lisans mezunu).

Kadınlardan bazıları, eşlerinin erkek çocuğu isteğinden söz etmektedir. Görüşmenin yapıldığı sırada ilk çocuğuna 33 haftalık gebe olan ve çocuğunun cinsiyetinin kız olduğunu belirten bir kadın eşinin de ‘her erkekte olduğu gibi’ erkek çocuk babası olmak istediğini dile getirmektedir. 22 yaşında ve bir erkek çocuk annesi olan bir kadın, eşinin baba sevgisi görmediğini, bu nedenle hep erkek çocuk sahibi olmak istediğini, onunla parka gitmek, oyun oynamak ve birlikte zaman geçirmek hayalleri kurduğunu ve erkek çocuk sahibi oldukları için çok sevindiklerini belirtmektedir. 26 yaşında ve bir erkek çocuğu annesi olan bir kadın, gebelik döneminde eşinin erkek çocuk sahibi olacağı için çok sevindiğini ve heyecanlandığını, daha gebeliğin erken dönemlerinde bebeğin odasını, perdelerini, halısını, dolabını, yatağını vs. hazırladığını, bütün eşyalarında mavi renk seçtiğini dile getirmektedir. 36 yaşında ve üç çocuk annesi olan bir kadın, aslında kendisinin üçüncü çocuğa sahip olmayı düşünmediğini, ancak eşi erkek çocuk sahibi olmak istediği için üçüncü çocuğu da dünyaya getirdiğini ifade etmektedir.

Görüşülen kadınlardan yalnızca biri, kendisinin kız çocuğu isteğinden söz etmektedir. İlk çocuğuna 33 haftalık gebe olan bu kadın karnındaki bebeğinin cinsiyetinin kız olduğunu, kendisinin de kız çocuğu olmasını tercih ettiğini, kız çocuklarını daha şirin, cicili bicili ve estetik bulduğunu ifade etmektedir. Zaten erkek çocuğu sahibi olan kadınlardan bazıları ise, bir de kız çocuğu sahibi olma isteklerinden bahsetmektedir. Bu kadınlar, kız çocuklarının anne babaya daha

düşkün, daha anlayışlı ve daha bağlı olduklarını, erkek çocuklarının ise yapı itibari ile daha soğukkanlı olduğunu ve sıkıntıya gelemediğini, bu nedenle kız çocuklarının hastalık vb. durumlarda anne baba ile daha fazla ilgilendiğini ve destek olduğunu açıklamaktadır. İki erkek çocuk annesi olan bir kadın kız çocuğuna sahip olmak istemesinin nedenlerini şu şekilde anlatmaktadır.

'...Sonra bir ara çok istedim kızım olsun dedim, heveslendim, hastalığıma rağmen. Sonra işte biraz şey yaşadım adet şeylerinde bozukluk oldu... Baya bir sıkıntı yaşadım. Şimdi de bilmiyorum. Korunuyorum artık. Bu saatten sonra da istemiyorum artık. Çünkü 42 yaşına geldim, artık zor. (Neden kız istediniz?) Erkek çocuğu şey oluyor yapı itibari ile dışarıda oluyor. Kız çocuğu anneye babaya daha düşkün oluyor. Daha anlayışlı oluyor. Annenin babanın halinden anlıyor. Evlense çalışsa gitse bile dönüp dolaşıp geliyor. Erkek çocuğu ya belki de Allah tarafından olan bir şey hani yapı itibari ile biraz soğukkanlı oluyor erkek çocuğu, sıkıntıya gelmiyor, öyle' (K32; 42 yaş, lise mezunu).

Doğurganlık Özellikleri

Gebelik ve Doğumları: Araştırmamıza katılan kadınlar, gebelik ve doğum deneyimlerinden söz etmektedir. Kadınların büyük bir çoğunluğunun gebelik ve doğum sayısı 1-3 arasındadır. Kendisi ya da eşi Kürt kökenli olan iki kadının gebelik ve doğum sayısı en fazladır. Bu kadınların eğitim durumu hiç eğitim almamış ve ortaokul mezunu şeklindedir. Evlilik süresi ise 11 ve 22 yıldır. Araştırmamıza katılan diğer iki Kürt kökenli kadının ise gebelik ve doğum sayısı 1'dir. Bu kadınların eğitim durumu lise ve lisans mezunudur. Evlilik süresi ise 5 ve 2 yıldır. Bu nedenle Kürt kökenli kadınların evlilik süresi ve eğitim durumlarının gebelik ve doğum sayılarını etkileyen bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Görüşülen kadınlar, gebelik süresince doğum öncesi bakım alma ve doğum sırasında bir sağlık personelinden hizmet alma durumlarından söz etmektedir. Kadınların büyük bir çoğunluğu, gebelik izlemlerini yaptırmak ve doğum yapmak için sağlık hizmetlerinden faydalandıklarını dile getirmektedir. Kadınlar, gebelik

izlemleri ve doğum yapmak için çoğunlukla ‘Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’, ‘Eğitim ve Araştırma Hastanesi’, ‘Tıp Fakültesi Hastanesi’, ‘Devlet Hastanesi’ ve Sağlık Ocağı gibi kamu kuruluşlarından hizmet aldıklarını dile getirmektedir.

Ekonomik durumunu yeterli olarak algılayan kadınlardan bazıları ise, gebelik izlem ve kontrollerini yaptırmak ve doğum yapmak için sürekli özel hastane veya özel doktordan hizmet almayı tercih ettiklerini dile getirmektedir. Ekonomik durumunu yetersiz olarak algılayan bir kadın, gebeliğinin başlangıcında gittiği bir Tıp Fakültesi Hastanesinde aldığı hizmetlerden memnun kalmadığı için özel hastaneye gitmeye karar verdiğini açıklamaktadır. Ekonomik durumunu yetersiz olarak algılayan bir başka kadın ise ilk gebeliğinin kendiliğinden düşükle sonuçlandığını, ikinci gebeliğinde de düşük tehlikesi yaşadığı için endişelendiğini ve gebelik izlemleri ve doğumunu özel hastanede yaptığını anlatmaktadır. Görüşülen kadınlardan bazıları, gebelik ve doğum hizmetleri için bazen özel hastaneleri bazen ise ‘Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’, ‘Tıp Fakültesi Hastanesi’, ‘Devlet Hastanesi’ gibi daha az maliyetli hastaneleri tercih ettiklerini dile getirmektedir. Bu kadınların eğitim durumları, ekonomik durumları ya da gebelik ve doğum sayıları değişebilmektedir. Kadınlar gebelik izlemleri ya da doğum yapmak için özel hastanelerden hizmet almayı tercih ettiklerini, ancak özel hastanelerde muayene, laboratuvar, doğum ücretlerini pahalı buldukları için, bütçelerine göre bazen izlem, bazen testler, bazen de doğum için kamu hastanelerine gittiklerini açıklamaktadır. Gelir durumunu yeterli olarak algılayan ve ilkokul mezunu olan bir kadın, akraba evliliği yaptığı için çocuklarında bir sorun olmasından korktuğunu ve bu nedenle gebelik izlemleri için özel bir kliniğe, doğum yapmak için ise bir ‘Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne gittiğini belirtmektedir.

Görüşülen kadınlardan bazıları, gebelikleri sırasında hiç doğum öncesi bakım hizmeti almadıklarını ve gebelik kontrolü yaptırmadıklarını, doğumlarını ise bir ‘Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde, ‘Sigorta Hastanesi’nde, ‘Devlet Hastanesi’nde ve ‘Sağlık Ocağı’nda yaptıklarını ifade etmektedir. Bu kadınların tamamı 36 yaşından büyüktür ve ekonomik durumunu yetersiz olarak algılamaktadır. Üç çocuk annesi olan bir kadın evliliği süresince üç gebelik geçirdiğini, gebelikleri sırasında hiç doğum öncesi bakım almadığını, köyde yaşadıkları için ilk doğumunda

yöntemi ile gebelikten korunurken, ortaokul mezunu olan iki kadın ise gebelikten korunmazken gebe kaldığını belirtmektedir. Dört kadın da çocuğunu dünyaya getirmeyi seçmiştir.

Görüşülen kadınlardan bazıları, evlilikleri süresince bir kez istemeden gebe kaldıklarından söz etmektedir. Bu kadınlardan biri gebelikten korunmazken, üçü geri çekme yöntemi, üçü kondom ile gebelikten korunurken, biri ise doğum sonu 3. ayda ilk adetini görür görmez gebe kaldıklarını açıklamaktadır. Bu istenmeyen gebelikle ilgili olarak, 7 kadın ara vermek isterken, 3 kadın ise artık çocuk sahibi olmak istemezken gebe kaldığını açıklamaktadır. Ara vermek isteyen 7 kadının tamamı çocuğunu dünyaya getirmeyi seçmiş, artık çocuk sahibi olmak istemeyen kadınlardan ikisi çocuğunu dünyaya getirmeyi, biri ise gebeliğinin 6. ayında çocuğuna anensefali teşhisi konduğu için gebeliğini sonlandırmayı seçmiştir. İki çocuğu arasında iki yaş farkı bulunan bir kadın, ikinci çocuğu ile ilgili olarak kazara gebe kaldığı için çok bunaldığını ve stres yaptığını, eşine geri çekme yöntemi ile korunurken dikkat etmediği için kızdığını, daha sonra ise Allah'ın bir takdiri olarak gördüğünü ve gebeliğini kabullendiğini şu sözleri ile dile getirmektedir.

'Kazayla kalınca ona çok stres yapmıştım onu.O kadar kazayla kaldığım için ilk etapta çok bunalmıştım. Eşime de çok o konuda şeyapmıştım yani baskı yapmıştım neden dikkat etmedin, neden şeyapmadın diye. Sonradan Allahın takdiri dedik gene işte' (K4; 29 yaş, önlisans mezunu).

Kadınlardan bazıları ise, evlilikleri süresince iki kez istemeden gebe kaldıklarından söz etmektedir. Kadınlardan ikisi, her iki istenmeyen gebeliği de doğumla sonuçlandırmaya karar vermiş, birisi bir gebeliğini doğumla sonuçlandırmaya, diğer gebeliğini ise isteyerek düşükle sonlandırmaya karar vermiştir. Aile ilişkilerinin iyi olmadığını ve psikolojik rahatsızlığının olduğunu belirten bir kadın, evlendikten 6 ay sonra evden atıldıklarını, diyabet ve tansiyon rahatsızlığı geçirdiğini, doğumunda sorun yaşadığını, maddi açıdan çok sıkıntılar yaşadıklarını ve aslında kendisinin hiç çocuk sahibi olmaya hazır olmadığını belirtmektedir. Aynı kadın, ikinci gebeliği ile ilgili olarak ise iki çocuğu arasında 9 yaş farkı bulunduğunu, ikinci çocuğuna artık çocuk sahibi olmak istemediği halde

kazara gebe kaldığını, başlangıçta çok pişman olduğunu, fakat daha sonra onu doğurduğuna sevindiğini ifade etmektedir. Eşinin kendisi ve çocukları ile hiç ilgilenmediğini anlatan diğer bir kadın, hem ikinci hem de üçüncü çocuğuna eşi geri çekme yöntemiyle korunurken istemeden gebe kaldığını ve yaşamının çok zorlaştığını belirtmektedir. Evlendikten 1 yıl sonra Ankara'ya taşındıklarını belirten bir kadın, bu arada ikinci kez gebe kaldığını, maddi olarak zor bir dönemden geçtikleri için gebe olduğunu öğrendiğinde çok üzüldüğünü, ancak yine de doğurmaya karar verdiğini açıklamaktadır. Aynı kadın, bir yıl sonra 3. kez gebe kaldığını, ilk çocuğu kalp hastası olduğu ve ameliyat olması gerektiği için yeni bebekle yeteri kadar ilgilenemeyeceğini düşündüğünü, bu nedenle gebeliği istemediğini ve isteyerek düşükle sonlandırdığını şu sözleri ile dile getirmektedir.

'...Sonra kaç sene, üç sene sonra falan tekrar hamile kaldığımı öğrendim. Bu şok oldu. Hayatımda bir hata yaptım, şimdiki aklım olsa böyle bir şey asla yapmazdım. (Ne yaptınız?) Onu aldurdım, ki şu anda çok pişmanım ve büyük bir günaha girdim. Keşke onu da doğursaymışım. Bana hep şey dendi işte bu kalp ameliyatı olduğunda çok zorlu bir süreç bizi bekliyor, hayır öyle bir şey yokmuş, hiç hiç öyle değilmiş, ki keşke doğum yapsaymışım da ya ben 12 gün yattım. Evde bakarlardı, ölmezdi diyorum ben şimdi hani, onun günahına girdim. Evde o 12 gün ölmezdi, eminim iyi bakacaklarına. Bu benim hayatımdaki en büyük pişmanlığım' (K28; 29 yaş, ortaokul mezunu).

İdeal Çocuk Sayısı

İdeal Çocuk Sayısı: Araştırmamıza katılan kadınlar, kendileri için ideal olan çocuk sayısından ve nedenlerinden bahsetmektedir. Görüşme yapılan kadınlardan hiçbiri, hiç çocuk sahibi olmamanın ideal olduğunu dile getirmemektedir. İki kadın, kendileri için ideal çocuk sayısının 'bir' olduğundan söz etmektedir. Bir çocuk sahibi olan bir kadın, çevre şartlarını çocuk yetiştirmek için çok güvenilir bulmadığından ve maddi sebeplerden dolayı kendisi için ideal çocuk sayısının bir olduğunu ve başka çocuk sahibi olmayı düşünmediğini belirtmektedir. Üç çocuk sahibi olan bir diğer kadın ise ikinci çocuğuna kazara gebe kaldığını, üçüncü çocuğuna ise isteyerek sahip

olduklarını, ancak büyük oğlunun bazı psikolojik sorunlar yaşadığını ve bu nedenle kendisiyle ilişkilerinin iyi olmadığını, bu durumun ise hem kendisini hem de diğer çocuklarını etkilediğini anlatmaktadır.

Kadınlardan çoğunluğu, kendileri için ideal çocuk sayısının ‘iki’ olduğundan söz etmektedir. Bu kadınlar, 15 Temmuz 2016’da yapılan darbe girişiminin de etkisiyle (görüşmeden bir ay önce) ülkemiz şartlarında çok fazla sayıda çocuk yapmamanın gerektiğini düşünmesi, çocuğuna iyi bir yaşam ve gelecek verme imkanı olanların çocuk sahibi olması, bir kız ve bir erkek olmak üzere iki çocuğun ideal olması, çocuğunun tek (kardeşsiz) kalmaması, eşinin iki çocuk istemesi, ilerleyen zamanlarda maddi durumunun nasıl olacağını bilmemesi, çevre ve ortam şartlarının güvenilir olmaması, eğitim ortamlarının karışık durumda olması, ona gelecekte ne vaad edebileceğini bilmemesi, iyi bir şekilde yetiştirme konusunda endişelerinin olması, maddi imkanlar, annenin fiziksel ve ruhsal sağlığı, çocuk bakmanın zor olması, çocukların iş bulmasının zor olması, eşin çocuk büyütmede desteğinin olmaması ve yalnız hissetmesi gibi nedenlerle ideal çocuk sayılarının iki olduğunu açıklamaktadır. İki çocuk annesi olan bir kadın kendisi için ideal çocuk sayısının iki olduğunu belirtmekte ve bunun kardeşlerin birbirlerine destek olmaları açısından önemli olduğunu şu sözleri ile dile getirmektedir.

‘Hani ben tek çocuktan yana da değildim. İki çocuğum olsun, işte bir oğlum bir kızım olsun diye çok uğraştım ama ikisi de erkek oldu (gülüyor). Anneye babaya bir şey olduğu zaman iki kardeş olması daha avantaj. İşte ben diyorum bir şey olursa bana, bak iki kardeş birbirlerine sıkıca tutunurlar’ (K28; 29 yaş, ortaokul mezunu).

Kadınlardan bazıları, kendileri için ideal çocuk sayısının ‘üç’ olduğundan söz etmektedir. Bu kadınlar, maddi imkanlar, çocuğun iyi bir eğitim alması, çocuğun iyi bir geleceğinin olması, çocuğun bakımının zor olması, son çocuğun ilerleyen yaşlarda (35-40 yaş) yaşlılık eğlencesi olması, hem kız hem erkek çocuk istemesi, kardeşlik ilişkilerinin gelişmesi, güçlü aile bağlarının kurulması, yaşlandıklarında çocuklarının onları ziyaret etmesi, çocukları sevmesi, kalabalık aile olmayı sevmesi nedenleriyle ideal çocuk sayılarının üç olduğunu açıklamaktadır.

Lisans mezunu ve bir çocuk annesi olan bir kadın, kendisi için ideal çocuk sayısının '5' olduğundan söz etmektedir. Bu kadın, eşinin 6 kız kardeşinin bulunduğunu, dolayısıyla ailede soyu devam ettirecek tek kişi olduğunu, bunun da sorumluluğunu üzerinde taşıdığı için beş çocuk istediğini dile getirmektedir.

Kürt kökenli bir kadın, kendisi için ideal çocuk sayısının '13' olduğundan söz etmektedir. Bu kadın, onun memleketinde bir kadının en az 13-20 çocuk sahibi olmasının gerektiğini dile getirmektedir.

İdeal Çocuk Sayısını Etkileyen Faktörler: Araştırmamıza katılan kadınlar, ideal çocuk sayısını yaşamlarında hangi durumlar ya da şartlar değişirse arttıracaklarını açıklamaktadır. Kadınlardan bazıları, yaşam şartları çok iyi olsa da ideal çocuk sayısını arttırmayacaklarından söz etmektedir. Bu kadınlar, çocuk bakmanın ve büyütmenin çok zor olması, çocuk sayısı artınca kendilerine ait bir yaşamlarının kalmaması, psikolojik sorunlarının olması, ileri bir yaşta olması, fizyolojik rahatsızlığının bulunması, çalışan bir kadın olması ve çocuğuna bakacak kimse bulunmaması, olumsuz doğum deneyimi nedeniyle doğumdan korkması, çocuk sayısının zaten fazla olması nedenleriyle hiçbir şekilde ideal çocuk sayısını arttırmayacaklarını belirtmektedir.

Kadınlardan bazıları, maddi imkanları daha iyi olursa ideal çocuk sayısını arttırabileceklerinden söz etmektedir. Bu kadınlar, ekonomik durumu daha iyi olursa, çocuğu için daha güvenli olacağını düşündüğü bir semte taşınabileceğini, çocuklarına daha iyi bakabileceğini, çocuklarına maddi ve manevi olarak daha iyi şartlarda bir gelecek sağlayabileceğini, hızla değişen ve gelişen teknoloji ile birlikte çocuklarının sürekli değişen tablet, odasına televizyon, markalı ve çizgi film kahramanlı kıyafet gibi isteklerini karşılayabileceğini, borçlarını ödeyebileceğini, kira ödemekten kurtulabileceğini dile getirmektedir. Bazı kadınlar ise, maddi durumun yanına eşinin sağlığının iyi olması, çocuğun bakımına yardımcı olabilecek birinin olması, dini açıdan çocukları iyi bir şekilde yetiştirebilecek olması ve kendi sağlık durumunun daha iyi olması gibi şartları da eklemektedir. İki çocuk annesi olan bir kadın kendisi için ideal çocuk sayısının üç olduğunu belirtmiş ve eğer maddi durumu daha iyi olsaydı ve kalp hastalığı, diyabet ve hipertansiyon gibi rahatsızlıkları olmasaydı çocuk sayısını arttırabileceğini şu sözleri ile dile getirmektedir.

'Neler değişirse? Maddi imkanım değişirse, sağlığım daha dört dörtlük olmuş olsa çünkü kalp hastasıyım, şeker hastasıyım, tansiyon hastasıyım' (K20; 42 yaş, lise mezunu).

Kadınlardan bazıları, eşleri ile iyi ilişkiler içerisinde olsalardı ideal çocuk sayısını arttırabileceklerinden söz etmektedir. Bir erkek çocuk annesi olan kadınlardan biri, eşi ile aralarının iyi olmadığını, eşinin tutarsız davranışlar sergilediğini belirtmekte ve eğer eşinin bu tutumları düzelirse bir tane de kız çocuğu sahibi olmak istediğini dile getirmektedir. Üç çocuk annesi olan bir diğer kadın ise, eşi ile iyi ilişkiler içerisinde olsaydı, eşi kendisine ve çocuklarına ilgi gösterseydi ideal çocuk sayısını arttırabileceğini, ancak bu şartlarda çocuklarını tek başına büyütmek zorunda kaldığını ve çok zorlandığını ifade etmektedir.

Kadınlardan bazıları, yaşamlarında çocuğun bakımına destek olacak kimseler olsaydı ideal çocuk sayısını arttırabileceklerinden söz etmektedir. Bu kadınlardan biri, Ankara'dan Çorum'a ailesinin yanına dönerlerse ve eşi orada iyi bir işe girerse ideal çocuk sayısını arttırabileceğini, orada ailesinin kendisine ve çocuklarına göz kulak olacağını ve çocukların bakımı konusunda yardımcı olacaklarını açıklamaktadır. İki çocuk annesi olan diğer bir kadın ise çalıştığı için ilk çocuğuna kayınvalidesinin baktığını fakat ikinci bir çocuk sahibi olurlarsa bakamayacağını söylediğini, bu nedenle iki çocuğu arasında 10 yaş farkının bulunduğunu, ikinci çocuğuna ise kız kardeşinin baktığını, bir anne olarak çocuğunun yanında olamadığını ve çocukları açısından zor bir durum olduğunu ifade etmektedir. 25 yaşında ve bir çocuk annesi bir kadın, çocuğunun bakımına destek olacak bir kimsesi bulunmadığını, bu nedenle uzun bir süre çalışmadığını ve sosyal bir hayatının olmadığını ve tekrar çocuk sahibi olmaktan korktuğunu dile getirmektedir.

Doğumla İlişkili Yasal İzinler ve Maddi Destekler

Maddi Desteklerden Faydalanma: Araştırmamıza katılan kadınların çoğunluğu, devlet tarafından her doğum için bir defaya mahsus olarak verilen doğum yardımından faydalanmadıklarından bahsetmektedir. Bu kadınlar, ülkemizdeki doğum yardımı uygulaması hakkında hiç bilgilerinin olmadığını, bundan hangi kadınların faydalanabildiğini, nereye başvurmak ve ne yapmak gerektiğini

bilmediklerini dile getirmektedir. Az sayıda kadın doğum yardımından faydalandıklarından bahsetmektedir. Bu kadınların hepsinin son çocuklarının doğum tarihi son 2,5 yıl içindedir. Kadınlar bu uygulamadan memnun olduklarını belirtmekle birlikte, çocuğun çok fazla masrafı olduğu için bu paranın miktarının yeterli olmadığını, özellikle çalışmayan kadınların çocuklarının ihtiyaçlarını karşılamada zorlanacağını düşündüklerini ifade etmektedir.

Kadınlardan bazıları, doğum yaptıkları için devlet tarafından her doğum için bir defaya mahsus olarak ödenen emzirme yardımından faydalanmadıklarından söz etmektedir. Bu kadınlar, emzirme yardımı hakkında bilgilerinin olmadığını, nereye başvurmak ve ne yapmak gerektiğini bilmediklerini ifade etmektedir. Az sayıda kadın ise, emzirme yardımından faydalandıklarından bahsetmektedir. Bu kadınların hepsinin son çocuklarının doğum tarihi son 5 yıl içindedir. Kadınlar, emzirme yardımı olarak ödenen paranın miktarının çok az olduğundan şikayet etmektedir.

Kendisi ya da eşi sigortalı olarak düzenli bir işte çalışan kadınlardan çoğunluğu, doğumdan sonra devlet tarafından her ay düzenli bir şekilde maaşa yansıyan aile yardımından faydalandıklarından bahsetmektedir. Kadınların çocuklarının doğum tarihi son 21 yıl içindedir. Bu kadınlar, Türkiye’de her çocuk başına ödenen 30 TL’nin çocukların ihtiyaçlarını karşılamada çok yetersiz kaldığını, devlet aile yardımının miktarını arttırsa çocuklar için daha iyi bir gelecek sağlanabileceğini ve refah düzeyinin artacağını dile getirmektedir. İki çocuk annesi olan bir kadın çocuk parası ile ilgili düşüncelerini şu şekilde anlatmaktadır.

‘...Şu anki devletin sunmuş olduğu imkanlar. Mesela devlet destek vermiyo çocuklara. Çocuk okutmalarına mesela. Bi Amerika’da mesela 200 euro veriyo çocuk başına. Türkiye’de de 30 lira veriyo. 30 lira bez bile almıyo. Ama şimdi mesela devletimiz çok iyi has yani çok güzel şeyler yapıyo ama bu çocuk konusunda mesela fakir aile.. Gene biz elhamdülillah ihtiyacımızı karşılıyoruz ediyoz ama çok fakir insanlar var. 30 lirayla çocuğu geç.. Yani hiçbişi yapamazlar. Onlara maddi imkan sağlansa, çocukların okuması için şeyapılsa daha refah düzeyine yükseliriz diye düşünüyorum’ (K4; 29 yaş, önlisans mezunu).

Az sayıda kadın, aile yardımından faydalanamadıklarından bahsetmektedir. Bunun nedenlerini ise; eşi esnaf olduğu için bir maaş almaması ve eşinin patronunun ödememesi olarak belirtmektedir. Kadınlardan bazıları, doğumdan sonra devlet tarafından her ay düzenli olarak maaşa ek olarak ödenen aile yardımından faydalanıp faydalanmadıklarını bilmediklerinden bahsetmektedir. Bu kadınların eğitim durumu ortaokul ve lisedir. Kadınlar, eşlerinin bu konuda kendilerine bir şey söylemediğini ifade etmektedir.

Yasal İzinlerden Faydalanma: Araştırmamızda çalışan kadınlar doğum izinlerinden bahsetmektedir. Bu kadınlardan ikisi sigortalı işçi, ikisi ise devlet memurudur. Kadınlar, 8 hafta doğum öncesi ve 8 hafta doğum sonu izinlerinin, doğum öncesi izini doğum sonuna aktarsalar bile yeterli olmadığını, bu nedenle doğum sonu 6. aya kadar rapor ya da ücretsiz izin almak durumunda kaldıklarını ifade etmektedir. Çalışan kadınlardan bazıları süt izinlerinden söz etmektedir. 46 yaşında olan ve emekli bir kadın, şu anda 14 yaşında olan ikinci çocuğunda 6 ay boyunca günde bir saat süt izni kullandığını dile getirmektedir. Bir bakanlıkta memur olarak çalışan bir kadın ise, şu anda 15 aylık olan bebeğini emzirmesi için işyerindeki amirinin kendisine yarım gün süt izni verdiğini, bu nedenle çocuğunu rahatlıkla emzirebildiğini, ancak başka bir işyerinde çalışsaydı süt izinleri yetersiz olduğu için ya da amirler süt iznine göndermediği için çocuğunu süttten kesmek durumunda kalabileceğini, ablasının bu tür problemler yaşadığını ve çocuğunu emzirebilmek için bir yıl ücretsiz izin kullandığını şu şekilde anlatmaktadır

‘En son devletin bi açıklaması vardı şey için imm bu uuu çocuk ilkokula gidene kadar yarım gün yarım maaş... Ama girmedi yürürlüğe. Aslında o girseydi ben onu düşünecektim. İu bizim u bakanlıkta da merkez u teşkilat olduğu için biraz daha esnek oluyo, amirin direk seninle uyumuna bağlı. Hani benim amirim, müdürüm yarım günlüğüne kadar izin veriyodu. Bir iki ay önceye kadar şey yapıyodum ben. Yarım gün izin kullanıyodum. Yani ama onun haricinde eğer banka çalışanı olsaydım ya da başka yerde çalışan olsaydım hiç heralde süttten keserdim çocuğu çünkü hiç kimse göndermiyomuş. Ablam sırf o yüzden bir yıllık ücretsiz izin aldı, aramızda beş ay var çocukların o mesela ücretsiz izin aldı çünkü

çocuğunu bırakamadı. Ya izinler bence yetersiz' (K9; 26 yaş, lisans mezunu).

Yasal Hakların Çocuk Sahibi Olmaya Etkisi: Araştırmamıza katılan kadınlar, yasal hakların çocuk sahibi olma üzerine etkisini açıklarken; doğum parası, süt parası, rapor parası, doğum izni, süt izni, çocuk parası kavramlarından bahsetmektedir. Kadınlardan bazıları, çocuk sahibi olmaya yönelik izin ve para unsurlarını içeren bu yasal hakların çocuk sahibi olma kararları üzerinde bir etkisinin olmadığından bahsetmektedir. Bu kadınlardan biri sigortalı olarak çalışmakta, biri emekli, diğerleri ise ev hanımıdır. Kadınlar, bu tür yasal düzenlemelere güvenerek çocuk sahibi olmayacağını, doğum parası ve süt parası gibi yardımların bir kereye mahsus verildiğini ancak çocuğun ihtiyaçlarının çok daha fazla olduğunu ifade etmektedir. Çalışan bir kadın, daha önce doğum nedeniyle 4 ay doğum izni, devamında ise 6 ay ücretsiz izin kullandığını, bir defaya mahsus olmak üzere doğum öncesi ve doğum sonrası izin süresini kapsayan 4 aylık dönem için işyerinden rapor parası ve doğumdan sonra süt parası aldığını, ayrıca her ay maaşına ek olarak iki çocuk için toplam 60 TL para aldığını açıklamaktadır. Neredeyse çocuk sahibi olmaya yönelik tüm yasal izin ve parasal haklardan faydalanmış olan bu kadın bile, çocuk sahibi olmaya yönelik bu yasal düzenlemelerin çocuk sahibi olma kararı üzerinde bir etkisinin olmadığını ifade etmektedir.

Görüşülen kadınlardan bazıları, çocuk sahibi olmaya yönelik izin ve para unsurlarını içeren bu yasal haklardan bazı insanların etkilenecek çocuk sahibi olmaya karar verebileceklerinden bahsetmektedir. Bu kadınlar lise ve önlisans mezunudur. Ayrıca ekonomik durumlarını yetersiz olarak algılamaktadır. Bu kadınlardan biri, aylık 30 TL çocuk yardımı ile ekmek almayı düşünen insanların olduğunu, bir tanıdığının ise sigortalı olursa ve doğum yaparsa sigortadan yaklaşık 2000 TL tazminat alacağı için kendisine sigorta yaptırdığını ve bu parayı alabilmek için üçüncü bir çocuk sahibi olmayı planladığını şu sözleri ile ifade etmektedir.

'Etkiliyo. Etkilenen kesim var, etkilenmeyen kesim var. Yani çünkü bazı kesimler var ki 30 milyona hatta hiç olmazsa bir aylık ekmeğimi alırım düşüncesi var diye düşünüyorum. Çünkü dediğim gibi böyle konuştuğum insanlar var mesela. Yani bi kere de olsa şeyaparım diyo. Mesela ben bi tanışım var. Benim zamanımda 70 milyon bize doğum

şeyi verilmişti. Bi tanışım eğer kendisi sigortalı olarak gözükiirse 2 milyar maaş yapılcağı söylendi ve gitti kendini şeyaptırdı. Ben diyo üçüncüyü de yaparım diyo ve çok yakın yakın arayla bu kadar para aldığım için üçüncüyü de yaparım diyebiliyo yani' (K4; 29 yaş, önlisans mezunu).

Kadınlardan bazıları ise, çocuk sahibi olmaya yönelik izin ve para unsurlarını içeren bu yasal hakların çocuk sahibi olma kararları üzerinde bir etkisinin olup olmadığı sorulduğunda, bu yasal düzenlemelerle ilgili bazı önerilerinden söz etmektedir. Bu kadınlar ev hanımıdır ve ekonomik durumunu yetersiz olarak algılamaktadır. 5 ve 7 çocuk annesi olan iki kadın, doğum parasının bir kereye mahsus verildiğini, yaklaşık 600 TL miktarındaki bu paranın, her ay ve özellikle kadınlara verilmesini istemekte; bir çocuk annesi genç bir kadın ise, çalışan kadınların çocukları için ücretsiz bir kreş ya da bakım yeri imkanının sağlanmasını dile getirmektedir.

Eşin Tutum ve Davranışları

Eşin Gebelik Sırasındaki Tutum ve Davranışları: Araştırmamızda, kadınlar gebelikleri süresince eşlerinin kendilerine ve bebeklerine yönelik tutum ve davranışlarından söz etmektedir. Görüşülen kadınlardan bazıları, gebe oldukları için eşlerinin çok mutlu olduklarından, hem kendisi hem de bebekle sürekli ilgilendiklerinden bahsetmektedir. Kadınlar eşlerinin bebeğe olan ilgisini karnından bebeğini sevmesi, bebeğin seslerini dinlemesi, bebekle konuşması, bebeğe şarkılar söylemesi, bebeğin ne yaptığını ve nasıl hareket ettiğini sorması, tekmelerini ve hareketlerini hissetmeye çalışması şeklinde tarif etmektedir. Lisans mezunu ve çalışan genç bir kadın ise eşinin ileride bebeğin görebilmesi için aylık olarak karnının fotoğraflarını çektiğini ve hem annenin hem babanın konuşmalarından oluşan videolar hazırladığını belirtmektedir. Ataerkil bir aile yapısına sahip olduklarını belirten kadınlar eşlerinin gebelik sırasında karısına olan ilgisini canının bir şey isteyip istemediğini sorması, çok güzel ilgi ve sevgi göstermesi şeklinde tanımlarken; eşitlikçi bir aile yapısına sahip olduklarını belirten kadınlar gebe iken eşlerinin işlerinde ona yardım ettiğini, ağır işler yapmamasını söylediğini, hiçbir iş

yapmamasını istediğini ve her istediğini aldığını açıklamaktadır. Bir çocuk (2 yaş) annesi olan bir kadın gebeliği sırasında eşinin kendisine ve bebeğe yönelik tutumlarının çok iyi olduğunu belirtmekte, karnını dinlediğini, bebeğin tekmelerini hissetmeyi sevdiğini, kendisine ise hiçbir iş yaptırmadığını ve her işi kendisinin yaptığını şu sözleri ile anlatmaktadır.

‘Çok iyiydi ya çok seviyordu. Geliyordu gidiyordu dinliyordu. Tekmelediği zaman onun da içi kıpır kıpır oluyordu, aha vuruyor diyordu, top oynuyor diyordu. Çok iyiydi. Hiçbir şey yapmamı istemiyordu, yat bütün gün diyordu. Her gün arıyordu, ne istiyorsun, ne getireyim, ne yapayım. Hiç yormazdı beni. Ben sadece evde bütün gün yatardım, hiçbir şey yapmazdım. Her günüm öyle geçiyordu’ (K31; 21 yaş, ortaokul mezunu).

Kadınlardan bazıları, gebelikleri sırasında eşlerinin kendileriyle yeteri kadar ilgilenmediklerinden bahsetmektedir. Bu kadınların hepsi ideal çocuk sayısının ‘iki’ olduğunu belirtmektedir. Kadınlar eşlerinin bu ilgisizliklerini gebe olduğunu öğrendiğinde hiç heyecanlanmaması, gebe iken ona destek olmaması, normalde olduğu gibi her işini yine onun görmesini istemesi, eşinin sinirli davranması, ihtiyacı olan ilgi ve sevgiyi göstermemesi, gebe iken eşinin sürekli iş için başka şehirlerde olması ve yanında durmaması, karnındaki bebekten korkması ve ona dokunmaması, uyurken bebeğin tekmesini hissettiğinde eşinin yanından uzaklaşması, gebelik süresince karısını yalnız bırakması ve tek başına hissettirmesi, gebelik kontrol ve muayeneleri için karısıyla birlikte hastaneye gitmemesi, doğumda hastanede yanında olmaması, karısıyla ve gebeliğiyle hiç ilgilenmemesi şeklinde tarif etmektedir.

Geçmişte ya da şu anda eşinin ailesiyle yaşayan bazı kadınlar, aile büyüklerinin kendilerinin ya da eşlerinin gebeliğe yönelik tutum ve davranışlarını nasıl etkilediğinden söz etmektedir. Bu kadınlardan biri, birinci gebeliği sırasında kayınvalide ve kayınpederi ile birlikte yaşadıklarını, ailede *‘Gelin her şeyi yapar. Biz de hamile kaldık. Biz de çocuk doğurduk’* (K15; 44 yaş, ortaokul) görüşü var olduğu için normal zamanda olduğu gibi her işi kendisinin yapmasının beklendiğini, eşinin bu konuda hiçbir şey söylemediğini ve ona destek olmadığını, hiçbir konuda bir yardımda bulunmadığını belirtmektedir. Aileden ayrı yaşadıkları ikinci gebeliği

sırasında ise eşinin davranışlarının çok değiştiğini, evde soba yakma, temizlik yapma, alışverişe çıkma ve çocuğa bakma konularında kendisine çok yardımcı olduğunu açıklamaktadır. Bir diğer kadın, ilk gebeliği sırasında kayınvalide ve kayınpederi ile birlikte yaşadıkları için eşinin hiçbir şey hissedemediğini, üzerinde anne baba baskısının olduğunu, eşinin ailesinden ayrı yaşadıkları ikinci gebeliği sırasında ise hem eşinin hem de kendisinin gebelik duygusunun farkına vardıklarını, eşinin kendisini hiç stres ve sıkıntıya sokmadığını, her istediğini aldığını dile getirmektedir. İlk gebeliği sırasında kayınvalide, kayınpeder ve üç kayınbiraderi ile birlikte yaşadıklarını belirten bir başka kadın, eşinin gebelik konusunda hiç bir şey hissetmediğini, son derece agresif ve gergin olduğunu, ikinci gebeliğinde ise son derece anlayışlı davrandığını, gebe bir kadın olarak yetemediğini düşündüğü noktalarda bu durumu anlayışla karşıladığını belirtmektedir. Kısa bir süre öncesine kadar kayınvalide ve kayınpederi ile yaşayan başka bir kadın ise gebelikleri sırasında eşinin tutum ve davranışlarında normal zamana göre hiçbir değişiklik olmadığını, sadece gebeliğinin son zamanlarında sancıların başlamasından korktuğunu dile getirmektedir. Kayınvalide, kayınpeder ve görümcesiyle birlikte yaşayan bir kadın, eşinin çok yoğun çalıştığını, bu nedenle kendisiyle çok fazla ilgilenemediğini, sadece beslenmesine çok dikkat ettiğini, bunun yanında gebeliğin ilerleyen dönemlerinde hareket etmekte, yatmakta ve kalkmakta çok zorlandığını ve bunları hep kendisinin yaptığını, doğumdan sonra ise bebeğini emzirmesi için kendisini vermede yardımcı olduğunu anlatmaktadır. Evlendiğinden beri kayınvalidesiyle birlikte yaşayan bir diğer kadın, gebe iken canı bir şey çektiğinde eşinin onu kayınvalidesinden gizli dışarıya çıkarıp o şeyi yedirdiğini açıklamaktadır.

Kadınlardan bazıları, gebelikleri sırasında eşlerinin kendilerine kötü davrandıklarından söz etmektedir. Bu kadınlar, eşlerinin ataerkil aile yapısını sürdürmeye çalışmalarına ve otoriter davranışlarına karşı geldikleri için bazı ailevi problemler yaşadıklarını belirten kadınlar arasındadır. Eşinden şiddet gördüğünü ve ilk gebeliğinin de eşi onu sarstığı için düşükle sonuçlandığını anlatan bir kadın, düşükle sonuçlanan iki gebelikten sonraki üçüncü gebeliğinde de düşük tehlikesi yaşadığını, bu nedenle eşinin bebek için endişelendiğini ve yemek istediği şeyleri hemen aldığını, ancak kendisine karşı tutum ve tavırlarının kötü olduğunu, herhangi bir ağrı durumu söz konusu olduğunda eşinin bunu inandırıcı bulmadığını, kendisini

naz yapmak, yalan söylemek ve numara yapmakla itham ettiğini ve onunla ilgilenmediğini dile getirmektedir. Kadınlardan bir diğeri ise, gebeliği sırasında eşinin kendisine çok kötü davrandığını, dövmeyle bile kalkıştığını, eşinin ailesinin onları ziyarete geldiğini ve onlara hizmet etmek durumunda kaldığını, bu yüzden yeteri kadar dinlenemediğini şu sözleri ile anlatmaktadır.

‘Çok zordu, çok kötüydü ya. Hiç güzel değildi hocam, hiç güzel değildi. Aşırı hepsi yani ben doğum yapana kadar ya çektirmedikleri acı çile kalmadı bana. Çok zorlu şeyler yaşadım ben ya. Normalde beni dövmeyle bile kalktı. Karnımdaki o çocuğu seni vurur öldürürüm diye, şöyle böyle de. Görseniz, çok zordu yani hamileliğim bütün yıl boyunca. Annesi babası gelirdi. Her gün onun bir stresi, şeyi. Hiç doğru düzgün yatamazdım, rahat rahat oturamazdım’ (K22, 22 yaş, ortaokul).

Eşin Çocukların Bakımına Katılımı: Araştırmamıza katılan kadınlar, eşlerinin çocukların bakımına katılma durumlarından söz etmektedir. Kadınlardan bazıları, kendileri gibi eşlerinin de çocukların bakımına katıldığını dile getirmektedir. Bu kadınlar eşlerinin, annenin çalıştığı saatlerde tüm gün çocuğa baktığını, çocuğu parka götürdüğünü, yemeğini yedirdiğini, banyosunu yaptırdığını, bebeğin banyosunu beraber yaptıklarını, bezini değiştirdiğini, kıyafetini girdirdiğini, saçlarını taradığını, anne yemek hazırlarken çocukla ilgilendiğini, çocuğun uyuması için birlikte onu salladıklarını, çocuğu ayağının üzerinde salladığını, çocukları hasta olduğunda başucunda beklediğini belirtmektedir. Dini değerlerin ailesi için çok önemli olduğunu belirten iki çocuk annesi bir kadın eşinin çocukların yemeğini yedirdiğini, giyinmesine yardım ettiğini, saçlarını taradığını, 2,5 yaşındaki erkek çocuğunun banyosunu yaptırdığını, ancak 5 yaşındaki kız çocuğunun ‘kız’ olduğu için banyosunu yaptırmadığını şu sözleri ile ifade etmektedir.

‘Çocukların bakımına da ilgilenir. Yeri gelir yemek yedirir, üstünü giydirir. Kızımı kız çocuğu olduğu için çok şey yapmak istemez. Dikkat eder öyle konulara. Ama oğlan çocuğu yeri gelir banyoya sokar onu yıkar mesela. Hatta der ki kızım da kısa don giydiren onu bile

yıkarım falan der. Kızımın saçları tarar mesela. Yani yapar elinden geldiği kadar yardımcı olmaya çalışır' (K4; 29 yaş önlisans mezunu).

Kadınlardan bazıları, eşlerinin kısmen çocukların bakımına katıldıklarından söz etmektedir. Bu kadınlar, eşinin gündüzleri çocuklara baktığını geceleri ise bakmadığını, karısının işi olduğu zaman çocuklar için sofrayı hazırladığını, okula giderken kıyafetlerini giydirdiğini, okula götürüp getirdiğini, çocukları kucağına alıp sevdiğini, gezmeye götürdüğünü, beşikte salladığını, birlikte oyun oynadıklarını, resim yaptıklarını ve yazı yazdıklarını, banyosunu yaptırdığını, karısının işi olduğunda bezini değiştirdiğini, çocuklarıyla güzel bir şekilde konuştuğunu, dışarıdan yemek söylediğini, bisiklet sürmeyi öğretmeye çalıştığını dile getirmektedir.

Geçmişte ya da şu anda eşinin ailesi ile bir arada yaşayan kadınlar, eşinin ailesi ile bir arada yaşarken eşinin çocukların bakımına katılmadığından söz etmektedir. Evlendikten sonra iki yıl kayınvalidesiyle birlikte yaşadığını anlatan bir kadın, ilk çocuğu doğduğu zaman kayınvalidesi ile birlikte yaşadığı için eşinin çok fazla ilgilenmediğini, çocuğu hasta olduğunda kayınvalidesi ile birlikte hastaneye gittiklerini, kayınvalidesinin hazır bez kullanmasına izin vermediğini, ikinci çocuğunda ise hastaneye gitmeleri gerektiğinde eşinin kendisine eşlik ettiğini, hazır bez kullandığını, çocuğuna muz, bisküvi vb her şeyi aldığını, ancak eli yatkın olmadığı için çocuğunun yemeğini yedirmediğini ya da bezini değiştirmede, sadece ihtiyaçlarını gördüğünü ve onları sevdiğini dile getirmektedir. Evlendikten sonraki ilk 10 yıl kayınvalide, kayınpeder ve üç kayınbiraderi ile birlikte yaşadığını anlatan bir başka kadın eşinin ilk çocuğunun bakımına katılmadığını, ancak ikinci çocuğunun yemeğini yedirdiğini, uyuttuğunu, gezmeye götürdüğünü ve benzeri ihtiyaçlarını karşıladığını belirtmekte, eşindeki bu değişimde ise eşinin ailesinden ayrı yaşamının çok büyük etkisinin olduğunu vurgulamaktadır. Evlendikten sonra iki yıl kayınbiraderi ile birlikte yaşadıklarını anlatan bir kadın, çocuğunun sünnetinde bile yalnız olduğunu, hastalandığı zaman onu hastaneye kendisinin götürdüğünü, çocuğunun istediği şeyleri almadığını, banyosunu falan yaptırmadığını, çocuğunun her türlü bakımıyla kendisinin ilgilendiğini açıklamaktadır. Bir yıl öncesine kadar eşinin ailesiyle bir arada yaşadıklarını anlatan bir kadın, eşinin çocuğunu çok sevdiğini, ancak bakımına hiç katılmadığını belirtmektedir. Eşinin ailesinin yaz

mevsiminde köye gittiğini, kış mevsiminde ise yanlarına geldiklerini anlatan başka bir kadın, eşinin boş zamanlarında kahveye gittiğini ve çocukların bakımına katılmadığını, sadece evin içinde çocuklarla oynadığını ve nadir de olsa çocukları parka götürdüğünü ifade etmektedir. Görüşmenin yapıldığı sırada kayınvalide ve kayınpederi ile birlikte yaşayan bir kadın, eşinin sadece çocuklarını yanında yatırdığını, büyük oğlunun derslerine yardım ettiğini, markete falan giderken çocuklarını gezmeleri için yanında götürdüğünü dile getirmektedir. Kayınvalide, kayınpeder ve görümcesi ile birlikte yaşayan bir diğer kadın ise eşinin biraz zorlamayla çocuğun bakımına katıldığını, kayınpederinin *'kızım o ne anlar'* dediğini ve eşinin çocuk bakımını yapamayacağını düşündüğünü, bununla birlikte bebeğin banyosunu birlikte yaptırdıklarını, dışarıya gezmeye götürdüğünü, ancak bezini değiştirmedeğini ve bunu yapamayacağını düşündüğü için kendisinin de istemediğini belirtmektedir.

Görüşme yapılan kadınlardan bazıları ise, eşlerinin çocuk bakımına hiç katılmadığından söz etmektedir. Eşinin kendisi ve çocuklarla hiç ilgilenmediğini anlatan bir kadın, eşinin çocuklar ağladığında bile kızdığını ve hiç ilgilenmediğini dile getirmektedir. Eşinin testis kanseri olduğunu ve hastalığı nedeniyle sinirli bir hale dönüştüğünü anlatan bir kadın, eşinin iki yıldır sadece bir ya da iki kez çocuğunu uyuttuğunu, onun dışında bezini değiştirme, mama yedirme ve üzerini giydirmeye gibi hiçbir bakımına katılmadığını belirtmektedir. Eşinin birkaç yıl öncesine kadar alkol bağımlısı olduğunu açıklayan bir kadın, eşinin çocuklarını kucağına bile alıp sevmediğini, hiç ilgilenmediğini, onları tek başına büyüttüğünü, ancak eşinin ailesinden destek gördüğünü dile getirmektedir. Lisans mezunu ve çalışan bir kadın, eşinin sabahtan akşama kadar işyerinde olduğunu, çocukla sürekli kendisinin ilgilenmek durumunda kaldığını, bu yüzden çok sıkıldığını ve bunaldığını, kızının babasıyla iletişiminin iyi olmadığını ve onu sevmediğini, eşinin ise kızını kazanmak için yeteri kadar emek vermediğini, onunla iletişime geçmeye çalışmadığını, oyun oynamadığını, parka götürmediğini şu sözleri ile ifade etmektedir.

'Bebeğin bakımına.. Biraz zorlamayla çünkü zaten sabahtan akşama kadar iş yerinde.. (Sen de iştesin?) Ben de işteyim, ben artık saat üçte geliyorum. Bi kaç aydır saat üçte çıkıyorum iş yerinden. İu çocuk şu

anda babasından nefret ediyö. Sebebini bilmiyorum ama ya aslında keşke kız çocuğı bi de babaya daha düşkün olur derler. İletişimleri daha iyi olsa benim yüküm de hafıfliceğ. O kadar bunalıyorum, sıkılıyorum ki çocuk sürekli üstümde. Gece tüm uyku şeylerinde falan hep ben kalkıyorum, eşim hep uyuyo. Ya ben çok emek vermediğini düşünüyorum. Çünkü mesela yakınlaşmaya çalışıyo, kızım onu reddediyo, hemen gidiyo. Ama yani onunla oyun oynaması lazım, iletişime geçmesi lazım, parka götürmesi lazım, hani bi şekilde onun dilinden onunla arasını iyileştirmesi lazım’(K9; 26 yaş, lisans mezunu).

Sonuç olarak; karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar için çocuk sahibi olmak çok önemlidir. Kadınların istenmeyen gebelik yaşama oranı yüksek olmakla birlikte bu gebeliklerin çoğunluğu doğumla sonuçlanmaktadır. Onların ideal çocuk sayısını etkileyen başlıca faktörler ekonomik durumları, sosyal ortamları ve çocuğun bakımına destek olacak birilerinin bulunmasıdır. Kadınların eşleri, doğum öncesi-sırası-sonrasında kadına ve çocuğun bakımına yeteri kadar destek olmamakla birlikte kadınlar doğurmaya devam etmektedir.

Ana Tema 3: Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar arasında, evlilikleri süresince uzun süreli ya da aralıklı olarak geleneksel geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmak oldukça yaygındır.

‘Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar arasında, evlilikleri süresince uzun süreli ya da aralıklı olarak geleneksel geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmak oldukça yaygındır’ ana teması içinde karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların geleneksel sağlık bakımı inanç ve uygulamalarından, ayrıca geleneksel gebelikten korunma yöntemlerinden bahsedilecektir.

Geleneksel Sağlık Bakımı İnanç ve Uygulamaları

Geleneksel Uygulamalar: Araştırmamıza katılan ve karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar, bazı geleneksel sağlık bakımı inanç ve uygulamalarından söz etmektedir.

Görüşülen kadınlardan bazıları, gebe kalmak için yapılan bazı ‘geleneksel uygulamalardan’ bahsetmektedir. Araştırmanın en genç katılımcılarından ve henüz bir çocuk annesi olan bu kadınlar, halk arasında gebe kalmak için cinsel birliktelikten hemen sonra sırtüstü yatıp ayakları yukarı kaldırarak veya sol tarafına doğru yatarak meninin overlere doğru akışını kolaylaştırmak gerektiğini duyduklarını belirtmektedir. Ayrıca, evlendikten sonra enfeksiyon sorunu nedeniyle gebe kalamadığını anlatan bir kadın, komşusunun önerisi ile soğan kaynatarak içtiğini, böylelikle enfeksiyon sorununun iyileştiğini ve gebe kaldığını şu sözleri ile ifade etmektedir.

‘(Peki evlendiniz ne kadar sonra gebe kaldınız?) 6 ay sonra. (O sırada gebelikten korundunuz mu yoksa normal ilişki ama..) Zaten benim enfeksiyonum vardı. Enfeksiyondan.. Zaten enfeksiyon beni koruyodu zaten. Komşumun birisi çok sağolsun gitti bana soğan falan kaynattı içirdi, enfeksiyonu falan söküyomuş ediyomuş diye. Gerçekten de hamile kaldım hocam (gülüyor)’ (K22; 22 yaş, ortaokul mezunu).

Kadınlardan bazıları, hastalıkların tedavisinde ‘şifalı bitkiler ve doğal yöntemler’ uygulamasından bahsetmektedir. Yine araştırmanın genç katılımcılarından olan bu kadınlar, çok ciddi bir durum söz konusu olmadıkça hastaneye gitmeyi ve ilaç kullanmayı tercih etmediklerini, bunun yerine ıhlamur, adaçayı, zencefil gibi şifalı olduğuna inandıkları bitkilerle iyileşmeye çalıştıklarını dile getirmektedir.

Geleneksel İnançlar: Araştırmamıza katılan ve karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar, bazı geleneksel sağlık bakımı inançlarından söz etmektedir.

Araştırmamıza katılan bazı kadınlar, ‘nazar’ inancından bahsetmektedir. Bu kadınlar, güzel bir bebeğe, güzel bir kadına hayranlık ve beğeni dolu bakışların ya da mutlu bir aile ortamı ile ilgili övgü dolu sözlerin, nazar değmesi nedeniyle o kişinin hastalanmasına veya aile ilişkilerinin bozulmasına neden olduğunu dile getirmektedir. 29 yaşında ve önlisans mezunu olan bir kadın, mavi gözlü, tombul ve çok güzel bir çocuk olduğu için daha 20 günlükken kendisine nazar değdiğini ve

hastalandığını, bu yüzden 60 gün hastanede tedavi gördüğünü, bu hastalığından dolayı sırtında küçük bir iz kaldığını ifade etmektedir.

Dinin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu belirten kadınlardan bazıları, ‘muska’ inancından bahsetmektedir. Kadınlar, muskanın üzerinde taşıyan kişiyi zararlı etkilerden koruduğunu, iyilik getirdiğini ve hastalıklardan kurtardığını belirtmektedir. 42 yaşında ve lise mezunu olan bir kadın, evliliği süresince 3 kez kendiliğinden düşük yaptığını belirterek, aile büyüklerinin bu durumu çocuk kız olduğunda rahimde durduğu, erkek olduğunda ise gebeliğin düşükle sonuçlandığı şeklinde yorumladıklarını, son olarak istemeden yine gebe kaldığında yengesinin kendisine bir muska getirdiğini ve bebek 6 aylık oluncaya kadar takmasını söylediğini, böylelikle bu gebeliğinin 6. aya kadar devam ettiğini, ancak 6. ayda sağ bacağına ağrı girmesiyle doktora gittiğini ve çocuğunda anensefali sorununun olduğunu öğrendiğini, bu nedenle gebeliği sonlandırma kararı aldıklarını şu şekilde anlatmaktadır.

‘Çocuk hani dediler ya aile büyükleri, aman dediler senin bir oğlan düşüyor kız duruyor düşükleri oğlana yordular. Yengem bir muska getiriyor bana şu kadar şöyle kocaman bir muska. Dedi 6 aylık olana kadar bunu tak, çocuk düşmesin. Hani biz bekliyoruzkine bu da 4 aylık olunca düşecek falan, çocuk düşmedi’ (K20; 42 yaş, lise mezunu).

Kadınlardan biri, gebelik sırasında ‘erkek çocuğunun yukarıda, kız çocuğunun kasıkta’ durduğu inancından bahsetmektedir. 26 yaşında ve lise mezunu olan bir kadın, büyüklerinden gebelik sırasında erkek çocuğunun rahmin üst taraflarında, kız çocuğunun ise rahmin alt taraflarında durduğunu duyduğunu, ancak ikinci çocuğunun cinsiyetinin erkek olmasına rağmen kasıklarına yakın durduğunu ve onu rahatsız ettiğini açıklamaktadır.

Kadınlardan biri, gebelik sırasında ‘diş çektirmenin düşük yapmaya sebep olduğu’ inancından söz etmektedir. 29 yaşında ve önlisans mezunu olan bir kadın, ikinci çocuğuna istemeden gebe kaldığını belirterek gebe kaldığını öğrenince eşine çok kızdığını ve bu sırada dişinin ağrıdığını, büyüklerinden ise ‘gebe iken diş çektirmenin düşük yaptırdığını’ duyduğunu, bu nedenle o çocuğun düşmesi için

dişini çektiğini açıklamaktadır. Bu kadın, isteyerek düşük yapamamış ve çocuğunu dünyaya getirmiştir.

Geleneksel Gebelikten Korunma Yöntemleri

Geri Çekme Yöntemi: Araştırmamıza katılan ve karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların çoğunluğu etki derecesi sınırlı, geleneksel bir yöntem olan geri çekme ile gebelikten korunmaktadır.

Araştırmamızda kadınlar, geri çekme yöntemini öğrendikleri yerler ya da kişilerden bahsetmektedir. Kadınlardan bazıları, geri çekme yöntemini herhangi bir yerden öğrenmediklerinden ‘mantıklı olarak vajinaya boşalma olmayınca gebeliğin olmayacağını’ düşündüklerinden söz etmektedir ve geri çekme yöntemini ‘kendi yöntemimiz’ olarak nitelendirmektedir. Kadınlar, ayrıca geri çekmenin nesilden nesile geçen ve artık bilinen bir yöntem olduğunu dile getirmektedir. Eşinin ve kendisinin yaşamındaki en önemli değer din olduğunu belirten bir kadın ise, geri çekme yöntemini dini kitaplardan öğrendiğinden söz etmektedir. 29 yaşında, önlisans mezunu ve daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış olan bu kadın, geri çekme yöntemini dini kitaplardan öğrendiğini, bu kitaplara göre, çocuklara maddi imkanı sağlayacak olan erkek olduğundan dolayı, eğer erkek çocuk sahibi olmak istemiyorsa gebelikten kendisinin korunmasının gerektiğini, kadının tavuk tüyü gibi nesnelerle rahmini karıştırarak gebelikten korunmaya çalışmasının kesinlikle yasak olduğunu, kürtaj hükmünde sayıldığını ve o kişinin çocuk katili olarak değerlendirildiğini, bu nedenle eşinin geri çekme yöntemini uyguladığını şu sözleri ile ifade etmektedir.

‘Ee geri çekilmeyi nasıl öğrendik. Geri çekilmeyi de ☺ dini kitaplardan öğrendim diyim size.Ondan sonra dini şeyimizde mesela dinimiz diyo ki peygamberimiz diyo ki eeee kadın diyo kendisi diyo korunamaz diyo. Erkeğin kendisinin korunması gerekiyo diyo. Eğer istemiyosa diyo çünkü maddi imkanı sağlayacak olan erkektir diyo. Eğer erkek çocuk istemiyosa diyo geri çekilme yoluyla kendini kollayabilir diyo. Kesinlikle diyo işte o zamanlarda şey diyolarmış tüylerle müylerle bişeylerle korunuyolarmış peygamber efendimiz

zamanında. Bunları kesinlikle yapmayın diyo. Bunlar aynı kürtaj hükmündedir ve siz çocuk katili hükmünde sayılırsınız diye... Eşim de normal çekilme yoluyla korunuyo' (K4; 29 yaş, önlisans mezunu).

Kadınlardan bazıları geri çekme yöntemini nasıl öğrendiklerini bilmediklerini, bazıları ise geri çekme yöntemini eşlerinin bildiğini ve onların bu yöntemi nereden öğrendiklerini bilmediklerini dile getirmektedir. 36 yaşında, lise mezunu ve bazen kondom ile gebelikten korunduklarını belirten bir kadın, kendisinin ilk evliliği ve ilk cinsel deneyimi olduğu için geri çekme yöntemini bilmediğini, eşinin geri çekme yöntemini bildiğini ve uyguladığını ifade etmekte, ayrıca bir 'erkek' olarak eşinin daha önce cinsel deneyim yaşamış olabileceğini ve bu yöntemi bilmesinin bununla ilişkili olabileceğini şu sözleri ile ima etmektedir.

'Eşim biliyodu onu. Hani ben bilmiyodum normalde. İlk evliliğim sonuçta.Nerden öğrendi? Ya hiç bilmiyorum nereden öğrendi. Ya bi erkek olarak biliyodur. Öyle söylüyim. Öyle düşünüyorum. Kendisi daha iyi bilir' (K7; 36 yaş, lise mezunu).

Araştırmamızdaki kadınlardan bazıları, geri çekme yöntemini çevredeki insanlardan öğrendiklerini açıklamaktadır.

Kadınlardan bazıları, geri çekme yönteminin olumlu yönlerinden söz etmektedir. 10 yıldır geri çekme yöntemi ile gebelikten korunduğunu belirten bir kadın, geri çekme yönteminin olumlu yönlerini bilmediğini belirtmektedir. Evlendiğinden beri (3 yıl) gebelikten hiç korunmamış olan bir kadın, geri çekme yönteminin olumlu yönünün 'gebelikten koruması' olduğunu dile getirmektedir. Bazen kondom bazen geri çekme yöntemi ile gebelikten korunduklarını belirten bir kadın ise geri çekme yönteminin olumlu yönünün 'tensel teması sağlaması' olduğunu ve bu nedenle kondoma göre geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmayı daha mantıklı bulduğunu açıklamaktadır. Biri daha önce RİA, oral kontraseptif ve kondom ile gebelikten korunmuş ve biri daha önce etkili bir yöntemle korunmamış olan iki kadın ise geri çekme yönteminin 'eşinde ya da kendisinde herhangi bir cinsel memnuniyetsizliğe sebep olmadığını' vurgulamaktadır.

Araştırmamıza katılan kadınlardan bazıları, geri çekme yönteminin olumsuz yönlerinden söz etmektedir. İstenmeyen gebelik yaşamış kadınlardan bazıları, geri çekme yönteminin olumsuz yönünün ‘menin vajinaya kaçması ve bu nedenle gebe kalma olasılığının fazla olması’ olduğunu belirtmektedir. Daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış olan bir kadın, geri çekme yöntemi ile gebelikten korunurken kazara nasıl gebe kalındığını bir türlü anlamadığını, ancak en sonunda kendisinin de bu durumu yaşadığını şu sözleri ile dile getirmektedir.

‘... Ama hani ‘kazayla falan gider’ falan diyolardı. Ama ben hatta şey diyodum ‘kazayla nasıl olur’ işte. Çevremdeki insanlar hani. Şey olur ya, kazayla oldu çocuk falan filan. Böyleydi. Hani ben de şey derdim hep ‘kazayla nasıl olur ya hani zaten dikkat edince içine boşalmayınca nasıl olur’ falan derdim işte. Ama oluyomuş işte yani..’
(K1; 24 yaş, lise mezunu).

Daha önce etkili yöntemler ile gebelikten korunmuş kadınlardan bazıları, geri çekme yönteminin olumsuz yönünün ‘erkeğin tam boşalma anında geri çekmek durumunda kaldığı için yaşadığı tatmin olamama sorunu’ olduğunu vurgulamaktadır. Daha önce biri kondom, diğeri RİA yöntemi ile gebelikten korunmuş iki kadın ise geri çekme yönteminin olumsuz yönünün ‘cinsel ilişki sırasında meninin vajinaya kaçması ile ilgili kendilerinin yaşadıkları korku’nun olduğunu belirtmektedir. Bu iki kadından kondom ile gebelikten korunan genç kadın, geri çekme yönteminin diğer bir olumsuz yönünün ‘kendi cinsel tatminini olumsuz etkilemesi’ olduğunu ifade etmektedir.

Bildiği -Geleneksel- Gebelikten Korunma Yöntemleri: Araştırmamıza katılan kadınlar, halk arasında uygulandıklarını bildikleri -geleneksel -gebelikten korunma yöntemlerinin olup olmadığından söz etmektedir. Kadınlardan çoğunluğu, halk arasında uygulanan –geleneksel- gebelikten korunma yöntemlerinin olup olmadığını ‘bilmediklerinden’ bahsetmektedir. Kadınlardan bazıları ise, halk arasında uygulanan –geleneksel- gebelikten korunma yöntemlerinden bazılarını bildiklerini dile getirmektedir. 26 yaşında ve lisans mezunu olan bir kadın, kendisinin gebe kalmamak için cinsel birliktelikten hemen sonra ayağa kalktığını ve meninin dışarıya akmasını kolaylaştırmaya çalıştığını belirtmektedir. 44 yaşında, ortaokul

mezunu olan bir diğerkadın, annesinin eskiden gebelikten korunmak için kadınların vajinasına sabun koyduklarını anlattığını, yine büyüklerinden cinsel birliktelikten sonra hemen ayağa kalkmak ve tuvalete gidip vajinayı temizlemek gerektiğini öğrendiğini ifade etmektedir. Kadınlardan biri ailesinde halasının ve amcalarının eşlerinin eskiden gebe kalmamak için cinsel ilişkide bulundukları günün sabahında rahim içini kuş ya da tavuk tüyüyle karıştırıp kanama yaparak gebelikten korunmaya çalıştıklarını şu şekilde anlatmaktadır.

‘Evet evet onu bende duydum.Yani işte dediğiniz gibi bitki tohumu falan o tarz şeyler yerleştiriyorlar. Ben hatta şey duydum. Ona da çok şaşırmıştım ve çok ayıpladım yani. Tüy... kuş tüyü, tavuk tüyü... işte onu afedersiniz adet.Diyolardı ki mesela o şekilde biz kendimizi koruyoduk diyo yani hiç olmazsa çocuk olmuyodu diyodu. O şekil avutuyolardı demek ki kendini ne bileyim.. (Kim diyo bunu?) Mesela kendi büyüklerimiz. Mesela amcamın hanımları falan.Iuu ben hiç unutmam. Halam bi kere anlatmıştı. Demişti ki biz eşimizle beraber olurduk. Ertesi gün diyo tavuk şeyiyle karıştırırdık ki sakın çocuk olmasın diye karıştırırdık oramızı diye. Ben çok şaşırmıştım. Yani o mikrop yapar bir. İkincisi daha kötüye gidicek sonucu..’ (K4; 29 yaş, önlisans mezunu).

Bildiği –Geleneksel- Düşük Yöntemleri: Araştırmamıza katılan kadınlar, halk arasında uygulandıklarını bildikleri –geleneksel- düşük yöntemlerinin olup olmadığından söz etmektedir. Kadınlardan bazıları, halk arasında uygulanan –geleneksel- düşük yöntemlerinin olup olmadığını bilmediklerini belirtmektedir. Bu kadınlardan biri hariç (iki kez kendiliğinden düşük yapmış) diğerleri hiç düşük yapmamıştır.

Kadınların çoğunluğu, halk arasında uygulanan –geleneksel- düşük yöntemlerinden bazılarını bildiklerinden söz etmektedir. Bildikleri –geleneksel- düşük yöntemleri; bir yerden atlamak, hoplayıp zıplamak, ağır bir şeyler kaldırmak, şişle rahimi karıştırmak, bir şeyle rahimi karıştırmak, kibrit çöpü gibi şeylerle rahimi karıştırmak, tavuk tüyü ile rahimi karıştırmak, hap içmek, aspirin içmek, ip asılmak, yüksek yerlere uzanmak, koşmak, ebegümece yemek ya da kaynatıp içmek,

maydonoz yemek ya da suyunu içmek, karnına taş koydurmak, ip atlamak, gripin içmek, mekik çekmek, kuru soğan kabuğunu kaynatıp içmek, fazla hareket etmek, limon tuzunu suyun içinde eritip içmektir.

Sonuç olarak; karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar arasında geçmişte ya da güncel olarak doğal olduğu, kimyasal madde içermediği ve sağlığa zarar vermediği için geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmak oldukça yaygındır. Kadınlar diğer bazı geleneksel gebelikten korunma ve düşük yapma yöntemlerini bilmekle birlikte bu yöntemleri kullanmamaktadır.

Ana Tema 4: Kadınların AP gereksinimlerinin karşılanmasını din, kadercilik ve mahremiyet gibi kültürel özellikleri ile sağlık hizmetlerinden kaynaklanan sorunlar etkilemektedir.

‘Kadınların AP gereksinimlerinin karşılanmasını din, kadercilik ve mahremiyet gibi kültürel özellikleri ile sağlık hizmetlerinden kaynaklanan sorunlar etkilemektedir’ ana teması içerisinde, karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınların etkili gebelikten korunmama nedenleri ve gebelikten korunmalarını etkileyen faktörlerden bahsedilecektir.

Etkili Gebelikten Korunma Yöntemi Kullanmama Nedenleri

Araştırmamıza katılan kadınlar, etkili bir şekilde gebelikten korunmama nedenlerinden söz etmektedir. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların etkili bir yöntemle gebelikten korunmama nedenleri; istemeden gebe kalmaması, kaderci yaklaşım, etkili gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili olumsuz duyumları ve olumsuz deneyimleri, kondomu düzenli kullanmama, hap içememe, RİA taktırmaktan korkma ve enjeksiyonu yaptıramamadır.

İstemeden Gebe Kalmaması Olması: Araştırmamızda, doğum sonu 9. ayda olan ve evlendikten sonra 5 ay boyunca geri çekme yöntemi ile gebelikten korunan bazı kadınlar, bu süreçte istemeden gebe kalma durumunu yaşamadıkları için geri çekme yöntemi ile gebelikten korunduklarını açıklamaktadır. Doğum sonu dönemde olan kadın, bu süreçte zaman zaman içe boşalma olduğunu ve gebe kalmadığı için etkili bir yöntemle gebelikten korunmayı düşünmediklerini şu sözleri ile belirtmektedir.

*‘İşte aslında birkaç içe boşalma oldu, gebe kalmadım, kalmayınca..
Birkaç defa olmuştu yani içeri boşalma falan, kalmıyorum diye,
kalmıyorum diye şey yapmadım fazla da’* (K19; 29 yaş, ortaokul).

Evlendiğinden beri geri çekme yöntemini uyguladıklarını ve bu süreçte hiç gebe kalmadığını belirten kadın ise, evliliğinin 5. ayında istemeden gebe kalmış ve görüşmenin yapıldığı sırada 33 haftalık gebedir.

Kaderci Yaklaşım: Araştırmamıza katılan kadınların büyük çoğunluğu, görüşmeler sırasında evlilikleri, eğitimleri, ekonomik durumları, yaşam tarzları, sağlık durumları, doğurganlıkları ve gebelikten korunma durumları gibi konularda kaderci bir tutum içerisinde olduklarını belirten ifadeler kullanmaya devam etmişlerdir. Kaderci yaklaşım sergileyen kadınlar gebelikten korunma konusunda ise *‘Allah verecekse öyle de olur, böyle de olur’* düşüncesi ile gebelikten etkili bir şekilde korunmayı seçmediklerinden söz etmektedir. Bu kadınların yaşlarının, eğitim durumlarının, maddi durumlarının kaderci yaklaşım tarzları üzerinde bir etkisi bulunmamaktadır. Kaderci yaklaşım sergileyen kadınlar arasında hem evliliği süresince gebelikten hiç korunmamış, hem daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmuş hem de daha önce hiç etkili yöntemle korunmamış kadınlar yer almaktadır. Bununla birlikte kaderci bir yaklaşım sergileyen tüm kadınların çocuk sayısı 1 ya da 2’dir. Bu nedenle çocuk sayısı az olan kadınların gebelikten korunma konusunda daha kaderci bir tutum içerisinde oldukları düşünülmektedir. Kadınlar, çocuk sahibi olmayı şans, nasip, kısmet işi olarak değerlendirmekte, etkili bir yöntem ile gebelikten korunmayı biraz da ihmal ettiklerini belirtmektedir. Şu anda çocuk sahibi olmayı düşünmediklerini, ancak kaza ile gebe kalırsa da o çocuğa sahip olmayı isteyeceklerini dile getirmektedir. Görüşmenin yapıldığı gün ASM’ye kondom ile gebelikten korunurken meni her yere bulaştığı ve adeti geciktiği için gebelik testi yaptırmaya gelen bir kadın, eğer gebe ise bir de kız çocuğu sahibi olmak istediği için gebe olduğuna sevineceğini, gebe değilse de bu duruma hiç üzülmeceğini belirtmektedir. 36 yaşında, ilkokul mezunu ve iki çocuk (20 yaş, 16 yaş) annesi olan bir kadın, daha önce RİA ile uzun süre gebelikten korunduğunu, ancak son olarak taktırdığı iki RİA’nın üst üste yerinden düştüğünü, eşinin geri çekme yöntemi ile cinsel ilişkiden zevk alamadığını, bu nedenle eşiyle 4 yıldır hiçbir şekilde gebelikten korunmadan cinsel ilişkide bulunduklarını, her aybaşı adet olunca

gebe kalmadığını anladığını ve aynı şekilde korunmasız cinsel ilişkiye devam ettiklerini, ‘Allah verirse’ gebe kalacağını ve çocuğunun olacağını şu sözleri ile ifade etmektedir.

‘Evet canım. Allah verirse olur diyor. Allah vermezse ne yapayım diyorum yani, ne yapabilirim.. Hiçbir şekilde korunmuyoruz da. Eşime de dedim hani korunalım. Eşim de gerek görmedi, ben böyle alamıyom dedi. Sen bilirsın dedim bende. Ben de rahatsız olmaya başladım spiralden. Bilmiyorum. Kendimizi denedik. Yatıyoruz kalkıyoruz aybaşı geldikten sonra adet görünce ha, tamam, bende bir şey yok, devam diyoruz (gülüyor). Yine aybaşı gelip de adet görünce yine bende bir şey yok, devam, diyorum. Bu şekilde de kendimi denedim’ (K21; 36 yaş, ilkokul mezunu).

Olumsuz Duyumlar: Kadınların etkili gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili olumsuz duyumları; etkili yöntemlerin sonraki gebelikler üzerine olumsuz etkileri, oral kontraseptifler, RİA, kondom ve enjekte edilen yöntemlerle ilgili olumsuz duyumlarını içermektedir. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların gelenek ve göreneklere bağlı bir yaşam tarzı içerisinde güçlü aile, akraba ve arkadaşlık bağlarından oluşan sosyal ilişkileri, bireysel özellikleri dikkate almadan başkalarının duyum ve deneyimlerinin bu kadınlar üzerinde etkili olmasına sebep olmaktadır. Etkili yöntemlerle ilgili olumsuz duyumlarından söz eden kadınlar ise ya daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış ya da olumsuz duyumlarının olduğunu belirttiği yöntemler dışındaki bir etkili yöntemi kullanmayı tercih etmiştir.

24-29 yaş aralığında olan genç kadınlardan bazıları, RİA, oral kontraseptif, implant ve enjeksiyon gibi etkili yöntemlerle gebelikten korunmanın bir sonraki çocukta sağlık problemlerine yol açtığı, doğurganlığın geri dönmesini geciktirdiği ya da infertiliteye neden olduğu yönünde duyumları bulunmaktadır. Bu durumlar çalışmamızda, özellikle toplumumuzda yeni evli ve doğurganlığa ara verme gereksinimi olan kadınların etkili bir yöntemle gebelikten korunmamasında önemli bir neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir çocuk (1 yaş) annesi ve geri çekme yöntemi ile gebelikten korunduklarını belirten bir kadın hap ya da spiral gibi bir

yöntemle gebelikten korunduğu zaman bir sonraki çocukta sağlık problemleri olabileceği yönünde duyumları olduğunu ve bu nedenle etkili bir yöntemle gebelikten korunmadığını şu sözleri ile dile getirmektedir.

‘Bir de ikinci çocuğa hani korunduğun zaman ilaçla, veyahut spiral ile, veyahut başka bir kolla herhalde korunma yöntemleri falan var, tam olarak bilmiyorum, araştırmadım, bebeğe sonraki korunmayı bıraktıktan sonra hamile kalacağın zaman bebekte sağlık problemleri oluşturabilir, diye bildiğim için de kullanmak da istemedim, hani ne kadar doğru bilmiyorum’ (K29; 2 yaş, lisans mezunu).

Lise ve önlisans mezunu olan kadınlardan bazılarının, oral kontraseptifler ile ilgili kansere, kilo almaya, kılınmada artışa neden olduğu ve her gün hap almayı unutma riskinin yüksek olduğu yönünde olumsuz duyumları söz konusudur. Bu kadınlar, ya daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış ya da kondom ile gebelikten korunmuştur.

Yaşları ve eğitim durumları birbirinden çok farklı olan kadınlardan bazıları, çevresindeki insanlardan RİA’nın rahimle ilgili sıkıntılara, hormonal bozukluğa, ağrıya, bel ağrısına, fazla kanamaya, rahim ağzında yaraya, adet düzensizliğine neden olduğunu, takıldıktan sonra yerinden kayabildiğini ve RİA kullanırken gebe kalılabildiğini duyduklarını belirtmektedir. Bu kadınların biri kondom ile gebelikten korunmuş, diğerleri ise daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamıştır.

İlkokul mezunu bir kadın, çevresinde kondom ile gebelikten korunurken istemeden gebe kalan insanlar olduğunu bildiğini ifade etmektedir. Bu kadın, diğer etkili yöntemlere de güvenmemekte ve evlendiğinden beri geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmaktadır.

22- 29 yaş aralığında olan bazı genç kadınlar ise, enjeksiyon yöntemlerinin kansere, adet düzensizliğine, felce, kilo kaybına, hormonal bozukluğa neden olduğu, overlere zarar verdiği ve korunmayı bıraktıktan sonra gebe kalmayı engellediği yönünde olumsuz duyumlarının olduğunu açıklamaktadır. Bu kadınlardan biri daha önce etkili bir yöntemle korunmamış, diğerleri ise bazen kondom bazen geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmaktadır.

Olumsuz Deneyimler: Araştırmamızda daha önce etkili bir yöntem ile gebelikten korunmuş olan kadınlar bu yöntemlerle ilgili yaşadıkları bazı olumsuz deneyimlerinden söz etmektedir. Kadınların etkili gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili olumsuz deneyimleri oral kontraseptifler, RİA, kondom ve enjekte edilen yöntemlerle ilgili olumsuz deneyimlerini içermektedir.

Kadınların oral kontraseptifler ile ilgili olumsuz deneyimleri; adet kesmesi, hipertansiyona neden olması, migren rahatsızlığını tetiklemesi, aşırı uyku haline, uyuşukluğa, çok yemek yemeye, kilo olmaya, cinsel istekte azalmaya, nefes darlığına, yüz kıllarında artmaya, mide bulantısına sebep olması ve ileri yaşta (39 yaş) bırakmak durumunda kalınması şeklindedir. Oral kontraseptif kullanan kadınların hepsi, diğer etkili gebelikten korunma yöntemlerini de kullanmayı denemiştir.

Kadınlar, RİA'nın ağrıya, bel ağrısına, aşırı kanamaya ve rahim ağzında yaraya sebep olduğunu, yerinden kaydığını ve düştüğünü dile getirmektedir. RİA ile gebelikten korunan kadınların biri hariç hepsi 30 yaşın üzerindedir. Bu kadınlar, RİA kullanımı konusunda ısrarcıdır. Gebelikleri arasında uzun süre RİA kullandıklarını, ancak son kullanımda yaşadıkları sorunlar nedeniyle bıraktıklarını, ya da birden fazla üst üste taktırdıkları RİA'nın yerinden kayması nedeniyle vazgeçmek zorunda kaldıklarını belirtmektedir.

Kadınlar, kondom ile ilgili olumsuz deneyimlerini; eşinde ve kendisinde cinsel memnuniyetsizliğe sebep olması, kondom ile gebelikten korunurken gebe kalması, kullandıkları kondomun delik çıkması, kondomu etkili bir şekilde kullanmada başarısız olmaları ve çoğu zaman meninin dışarıya akması, kondomun kendisinde kanamaya sebep olması şeklinde açıklamaktadır. Kondom kullanan ve olumsuz deneyimlerinden söz eden kadınların biri hariç hepsi 30 yaşın altındadır.

Kadınlar, enjekte edilen yöntemlerin ise sürekli kanamaya, aşırı kanamaya, yüz kıllarında artmaya ve bacak bölgesinden yapılan enjeksiyonların bacakta şişme ve ağrıya neden olduğunu belirtmektedir. Enjekte edilen yöntemler ile gebelikten korunan kadınların tamamı 33 yaşının üzerindedir. Bu kadınlar evlilikleri süresince 3-4 etkili yöntem ile gebelikten korunmaya çalışmıştır. Etkili gebelikten korunma yöntemleriyle ilgili yaşadıkları olumsuz deneyimler nedeniyle çok yıprandıklarını dile getirmektedir. Üç çocuk annesi olan ve şu anda geri çekme yöntemi ile

gebelikten korunduklarını belirten bir kadın evliliği süresince RİA, kondom ve üç aylık enjeksiyon yöntemleri ile gebelikten korunmaya çalıştıklarını, ancak bu yöntemlerle ilgili yaşadıkları olumsuz deneyimler nedeniyle şu anda geri çekme yöntemi ile gebelikten korunduklarını şu sözleri ile dile getirmektedir.

‘Üç tane korunma yöntemi yaptık (spiral, prezervatif, üç aylık iğne) ama beceremedik. Dördüncüsü de hoşumuza gitti, dördüncü bir şekilde devam ediyoruz (Geri çekme yöntemi)’ (K26; 33 yaş, ortaokul mezunu).

Kondomu Düzenli Kullanmama: Araştırmamıza gebelikten kondom ile korunmayı tercih eden ancak her ilişkide kondom kullanmayan üç kadın dahil edilmiştir. Ayrıca istemeden gebe kalmış olan kadınlardan birisi de bazen kondom bazen geri çekme yöntemi ile gebelikten korunduklarını ve geri çekme yöntemi ile gebelikten korunurken kaza ile gebe kaldığını açıklamıştır. Bu kadınların, düzenli olarak kondom kullanmama nedenleri; en küçük çocuğunun 18 aylık olması ve onu emzirmeye devam ettiği için gebe kalmayacağını düşünmesi (gebe kalmış), umursamazlık, ihmal, eşinin ve kendisinin kondom almaya çekinmesi ve bu nedenle sürekli kondom bulundurmamalarıdır. Kadınların hepsi 22-29 yaş aralığında ve ortaokul mezunudur. Bu kadınlar, daha önce başka bir etkili yöntem ile gebelikten korunmayı denemediklerini belirtmektedir. İki çocuk annesi (9 yaş, 2 yaş) olan ve şu anda üçüncü çocuğuna 24 haftalık gebe olan bir kadın gebelikten korunmak için kondom kullandıklarını, ancak son gebeliğinde küçük çocuğunun 18 aylık olduğunu ve onu emzirmeye devam ettiğini, bu nedenle gebe kalmayacağını düşündüklerini ve geri çekme yöntemini uyguladıklarını, böylelikle istemeden gebe kaldığını şu şekilde açıklamaktadır.

‘(Peki bu gebe kaldığınızda kılıf mı kullanıyodunuz?) Kılıf kullanıyoduk. Ondan sonra işte bişey olmaz gibisinden falan oldu. O yüzden.. İşte çocuğu da emziriyodum. 18 aylık oldu zaten emziriyodum. O yüzden hani pek de güvenmiyodum açıkçası. İşte dışarı boşalma da oluyodu. O yüzden.. (O zaman her ilişki de kılıf kullanmıyodunuz yani?) Evet. Öyle oldu ☺☺ (Şimdi bu gebeliğiniz

kaç haftalık oldu?) 24 hafta 3 günlük. 6. ayımıza girdik' (K11; 29 yaş, ortaokul mezunu).

Bireysel Nedenler: Araştırmamızdaki bazı kadınlar, ağrı kesici bile olsa hap içemedikleri ya da hap içmekten hoşlanmadıkları için oral kontraseptifleri içemediklerini, enjeksiyon yaptırmaktan korktukları için enjekte edilen yöntemleri tercih edemediklerini ve RİA taktırmaktan korktukları için ise RİA ile gebelikten korunamadıklarını dile getirmektedir. Hap içemediğini belirten kadınlardan biri daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmadığını, biri ise RİA ile gebelikten korunmayı denediğini ifade etmektedir. RİA taktırmaktan korkan kadınlardan biri daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmadığını, biri ise oral kontraseptif ve kondom yöntemleri ile gebelikten korunmaya çalıştığını belirtmektedir. Enjeksiyon yaptıramadığını belirten kadın ise daha önce RİA ile gebelikten korunmayı denediğini açıklamaktadır.

Gebelikten Korunmayı Etkileyen Faktörler

Araştırmamıza katılan kadınlar, gebelikten korunmayı hangi faktörlerin ne şekilde etkilediğinden söz etmektedir. Gebelikten korunmayı etkileyen faktörler, eşin gebelikten korunma ile ilgili düşünceleri, çevredeki insanların rolü, televizyon, radyo, internet ve gazete gibi kitle iletişim araçlarının rolü, sağlık çalışanlarının rolü, genel sağlık durumu, eğitim durumunun rolü, sağlık kurumlarına ulaşma, mahremiyet duygusu, sağlık kurumlarındaki teknik imkanlar ve malzeme durumunun rolü, ekonomik durumun etkisi, etnik farklılıklar ve dinin etkisi başlıkları altında toplanmıştır.

Eşin Gebelikten Korunma ile ilgili Düşünceleri: AP gereksinimlerinin karşılanmasında kadınların gebelikten korunma ile ilgili düşünceleri kadar, eşlerinin görüş ve düşünceleri de önemlidir. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan bazı kadınların eşleri etkili bir yöntem ile gebelikten korunmaya karşı çıkmaktadır. Etkili bir yöntemle gebelikten korunmaya karşı çıkmalarının nedenleri; karısını erkek bir doktorun görmesini ve muayene etmesini istememesi, ara verme gereksinimi duymadan istenilen çocuk sayısına ulaşmak istemesi, geri çekme yöntemini gebelikten korunmada kesin bir çözüm olarak görmesidir. İki çocuk annesi (10 yaş,

16 aylık) ve geri çekme yöntemi ile gebelikten korunan bir kadın eşinin etkili bir yöntem ile gebelikten korunmasına karşı çıktığını, bu nedenle 3 yıl önce eşinde gizli olarak RİA taktırdığını (aşırı kanama ve bel ağrısı nedeniyle RİA'yı çıkarttı), eşi ile etkili gebelikten korunma yöntemlerine karşı çıkmasının nedenlerini hiç konuşmadığını ve eşinin bu tutumunun evlendiklerinden beri değişmediğini şu sözleri ile dile getirmektedir.

‘Çünkü böyle şeylere karşı. Buraya gelmeden önce de telefon açtım. ‘İstemiyorum dedi, sakın öyle bişey yapma’ dedi. Karşı olduğu için ben aleti gizli taktırmıştım. Öyle söyliyim. Eee bilmiyorum. Söyledim. Böle böle böle dedim. ‘Hemşire, S. Hemşire hatta aradı. Böyle bi yöntem varmış. Gidip konuşcam’ dedim. O da ‘Hiç gitmenin bi anlamı yok. Ben istemiyorum. Sakın öyle bişi yaptırma’ dedi. Bilmiyorum. Hiç o konulara girmiyorum. Girdiğim zaman tartışıyoruz. O yüzden girmiyorum açıkçası. 10 yıldır aynı düşüncede gidiyor’ (K2; 30 yaş, lise mezunu).

Eşleri etkili yöntemle gebelikten korunmaya karşı olan kadınlardan biri, evlendiğinden beri gebelikten hiç korumadığını, biri daha önce etkili bir yöntemle gebelikten hiç korunmadığını, biri daha önce eşinden gizli RİA taktırdığını, biri gebelikten geri çekme yöntemi ile korunmada eşine güvenmediği için ASM'den oral kontraseptif aldığını belirtmektedir. Kadınların üçü evliliğinde ataerkil bir aile yapısının söz konusu olduğunu dile getirirken, bir kadın ise evliliğinde eşitlikçi bir ilişki yapısının olduğunu ve eşinin kıskançlık yapmasını kendisine olan sevgisi ile ilişkili bulduğunu açıklamaktadır.

Bazı kadınların eşleri ise genel anlamda etkili bir yöntem ile gebelikten korunmaya karşı çıkmamakla birlikte, belirli bir etkili gebelikten korunma yönteminin kullanılmasına karşı çıkmaktadır. Eşlerin, kadınlarda olduğu gibi belirli yöntemlerin (RİA, oral kontraseptif gibi) infertiliteye neden olduğu ve bazı sağlık sorunlarına (kanser gibi) yol açtığı şeklinde duyumlarının olması, emzirmeye engel olacağını düşünmesi, yöntemin geri dönüşsüz olması ve yöntemin para ile satıldığını düşünmesi o yöntemle gebelikten korunmaya karşı çıkmalarına neden olmaktadır. Bu

kadınlar eşleri ile ev içinde eşit söz hakkına sahip olduklarını belirtmekle birlikte, bazıları ekonomik durumlarını yetersiz olarak algıladıklarını açıklamaktadır.

Kadınlarda olduğu gibi, evliliğin başlangıcında karısı ya da kendisi etkili bir yöntem ile gebelikten korunmaya çalışmış, ancak bu süreçte yöntem ile ilişkili bazı yan etkiler, istemeden gebe kalma veya cinsel memnuniyetsizlik gibi olumsuz deneyimlerin yaşanması, bazı kronik hastalıkların ortaya çıkması nedeniyle bir süre sonra etkili bir yöntemle gebelikten korunma isteğinden vazgeçmiş eşler bulunmaktadır. Bu kadınların evlilik süresi 16-25 yıl arasında değişmektedir. Kadınlar, evliliğin başlangıcındaki ataerkil ilişki yapısının zaman içinde daha eşitlikçi bir hale geldiğini dile getirmektedir. Ayrıca, evlilikleri süresince oral kontraseptif, RİA, enjekte edilen yöntemler ve kondom yöntemlerinden 1-3 tanesini kullanmayı denediklerini açıklamaktadır.

Görüşülen kadınlardan bazıları ise, eşlerinin kendisinden etkili bir yöntem ile gebelikten korunmasını istediğinden söz etmektedir. Eşlerinin bu isteği karşısında kadınlar, yan etkilerinden korktukları için etkili bir yöntemle korunmaya çekinmekte, bazı rahatsızlıkları nedeniyle etkili yöntemi kullanamamakta, eşinin kendisinin gebelikten korunmasını istemekte ya da birlikte belirli bir etkili yöntem ile gebelikten korunmaya karar vermiş durumdadırlar. Bu kadınların ikisi hariç diğerleri ekonomik durumlarının yetersiz olduğunu belirtmektedir. Ekonomik durumunu yeterli olarak algılayan kadınlardan biri eşinin kendisinin gebelikten korunmasını istemekte, diğeri ise RİA ile gebelikten korunmaya karar verdiklerini ve doktorun önerisi ile rahiminin toparlanmasını beklediklerini belirtmektedir.

Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların eşlerinin büyük bir çoğunluğu kondom ile gebelikten korunmak istememektedir. Bu erkeklerden bazıları gebelikten korunmayı kadının sorumluluğu olarak gördüğünden, çoğunluğu ise kondom ile cinsel ilişkide bir şey hissedemediği ve tatmin olamadığı için kondom kullanımına karşı çıkmaktadır. Kadınlardan biri eşinin hepatit B taşıyıcısı olması nedeniyle kondom kullanması konusunda özellikle uyarılmasına rağmen cinsel ilişkiden zevk alamadığı için kondom kullanmadığını şu sözleri ile açıklamaktadır.

‘.....Hepatit B var onda. Sürekli taşıyıcı. Ama çocuklara geçmedi. Biz bi ara prezervatiften korunmuştuk. 3 seneden sonra eşim ‘artık istemiyom’ dedi. (Neden?) Bilmiyorum. Kendi ne derler zevk

açısından mı artık. His açısından mı... 3 senedir de eşim kendisi korunuyo' (K15; 44 yaş, ortaokul mezunu).

Kondom kullanmak istemeyen eşlerin yaşı 35-54 arasında değişmektedir ve yarısı eşlerinin etkili bir yöntem ile gebelikten korunmasını istemektedir. Eşinin kondom kullanmak istemediğini belirten kadınların aile yapıları, ataerkil, anaerkil ve eşitlikçi olarak değişebilmektedir. Bu kadınlardan biri hariç diğerleri ekonomik durumunu yetersiz olarak algılamaktadır.

Kadınlardan bazıları, eşleri ile etkili bir yöntem ile gebelikten korunma konusu hakkında hiç konuşmadıklarından söz etmektedir. Bunun nedeni olarak kocasıyla cinsellik ya da cinselliği ilgilendiren konularda konuşmadıklarını ya da eşinin bu konularda çok umursamaz ve sorumsuz davrandığını belirtmektedir. Eşleri ile cinsellik konusunda konuşmadıklarını belirten kadınlar, eşlerinin dine aşırı derecede bağlı olduklarını ifade etmektedir. Birinin eşi DİB'de çalışmakta ve din üzerine doktora eğitim yapmaktadır. Diğerinin eşi ise 'Sofi' olarak nitelendirilen kendini Allah'a adanmış bir tasavvuf adamıdır. Eşinin gebelikten korunma konusunda umursamaz ve sorumsuz davrandığını belirten kadın ise, eşi ile bazı evlilik sorunları yaşadıklarını ve iyi bir iletişimlerinin olmadığını anlatmaktadır.

Çevredeki İnsanların Rolü: Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların gebelikten korunma tutum ve davranışlarını etkileyen faktörlerden birisi çevredeki insanlardır. Araştırmamızdaki kadınlardan bazıları, yakın çevrelerindeki insanların geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmalarına neden olduğundan söz etmektedir. Bu kadınlar, kendisi ya da eşinin ailesiyle ilgili olarak ataerkil aile yapısı, güçlü aile bağları ve sıkı arkadaşlık ilişkilerinin olduğunu açıklamaktadır. Yakın çevresindeki insanların geri çekme yöntemi ile gebelikten korunması onların da geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmasında etkili olmuştur. Çevredeki insanlar aileden biri (kayınbaba), amcanın kızı ve arkadaş olarak değişebilmektedir. Eşinin etkili bir yöntem ile gebelikten korunmalarına kesinlikle karşı olduğunu, bu nedenle geri çekme yöntemi ile gebelikten korunduklarını belirten bir kadın kayınpederinin de geri çekme yöntemini uyguladığını ve bu gebelikten korunma şeklinin aileden gelen bir durum olduğuna inandığını şu şekilde ifade etmektedir.

‘Eşimin mi? Olabilir. Ailesinden gelebilir. Çünkü kayınbabam da öyle. Bence aileden gelen bişi..’ (K2; 30 yaş, lise mezunu).

Bazen aile dışındaki insanlar (halasının kızı, eşinin halası, komşusu, kuzenler, elti ve görümceler) karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlara etkili bir yöntem ile gebelikten korunmalarını önerebilmekte, ancak kadınların eşi ve kayınvalidesi daha baskın olduğu için veya etkili yöntemlerle ilgili olumsuz duyumları ve deneyimleri nedeniyle bu önerileri dikkate almamaktadırlar. Bazı aile büyüklerinin (kayınvalide gibi) onların çocuk sahibi olması konusundaki baskılarından dolayı, onlar henüz çocuk sahibi olmaya hazır olmasalar bile gebelikten korunmamalarına neden olabilmektedir. Bazen etkili bir yöntem ile gebelikten korunan çevredeki insanların yaşadıkları (abla gibi) bazı olumsuz deneyimler de (doğurganlığın gecikmesi gibi), karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların etkili bir yöntem ile gebelikten korunmasına engel olabilmektedir.

Güçlü aile bağlarından söz eden kadınlardan bazıları, ailesindeki diğer kadınların (anne ve abla gibi) etkili bir yöntem ile korunduklarından ve bu durumun geçmişte kendisin de etkili bir yöntem ile gebelikten korunmayı denemesine sebep olduğundan söz etmektedir. Ancak yaşadıkları bazı olumsuzluklar nedeniyle yöntemi bırakmak durumunda kaldıklarını ifade etmektedir.

Kadınlardan bazıları, akrabalarının ve çevrelerindeki insanların geri çekme yönteminin etkili bir şekilde gebelikten korumadığını ve sağlığa zararlı olduğunu söylediklerinden, etkili bir yöntem ile gebelikten korunmalarını önerdiklerinden, ancak kendilerinin bunu yapmak istemediklerinden söz etmektedir. Kadınlar, önerilen yöntem dinen uygun olmadığı için, eşi gebelikten korunmaya karşı olduğu için, etkili yöntemlerle ilgili olumsuz duyumları ve deneyimleri bulunduğu için bu önerileri dikkate almadıklarını belirtmektedir.

Kadınlardan bazıları, yakın çevrelerinde hem etkili hem de etkisiz yöntemlerle gebelikten korunan insanların olduğundan, ancak bu insanların kendi gebelikten korunma şekilleri üzerinde hiçbir etkisinin olmadığından söz etmektedir. Bu kadınlar, eşlerinin etkili bir yöntemle gebelikten korunmaya karşı çıkması, bazı sağlık sorunlarının olması, daha önce etkili yöntemlerle ilgili olumsuz

deneyimlerinin bulunması nedeniyle çevredeki insanların gebelikten korunma şekilleri üzerinde bir etkisinin bulunmadığını belirtmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınlardan bazıları çevrelerindeki insanlar ile gebelikten korunma ile ilgili konular hakkında konuşmadıklarından ve bulunduğu ortamda konuşulmasından asla hoşlanmadıklarından söz etmektedir. Şu anda geri çekme yöntemi ile gebelikten korunan bir kadın bu durumu şu sözleri ile açıklamaktadır.

‘Ya ben bu tür özel şeyleri ben hiç kimse ile paylaşmam, ilk defa sizinle oturdum konuştum yani. Hiç sevmem çünkü özel konuları, hiç kimse ile paylaşmam. Paylaşan insana da kızarım açık söylemek gerekirse, bunlar özel şeylerdir anlatmayın diye. Sevmem yani’ (K30; 45 yaş, lise mezunu).

Kadınların bu tutumunun toplumumuzda gelenek ve göreneklere bağlı bir yaşam tarzı içerisinde cinsellik ve cinsellikle ilişkili konuların konuşulmasının yasak olması ve kadınların böyle bir sosyal ortamda yaşaması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu kadınların hiçbiri, etkili gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili olumsuz duyumları olduğunu dile getirmemiştir.

Televizyon, Radyo, İnternet ve Gazete gibi Kitle İletişim Araçlarının Rolü: Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların çoğunluğu, kitle iletişim araçlarını kullandıklarından, ancak gebelikten korunma yöntemleri hakkında bir şey duymadıklarından, okumadıklarından ve araştırmadıklarından söz etmektedir. Bu kadınlar arasında, daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmuş ve daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış kadınlar bulunmaktadır. Daha önce etkili yöntemler ile korunmuş ve olumsuz deneyimler yaşamış olan kadınlar, geri çekme yöntemi ile ilgili bir şikâyetleri olmadığı için araştırma gereği duymadıklarını, daha önce etkili bir yöntemle korunmamış kadınlar ise, sadece eşinin bildikleri doğrultusunda geri çekme yöntemini uyguladıklarını açıklamaktadır. Kadınların sahip oldukları çocuk sayısı 1-3 arasında değişmektedir.

Kadınlar etkili yöntemler hakkında bilgi sahibi olmak için kitle iletişim araçlarından en çok interneti kullanmaktadır. Daha önce etkili bir yöntem ile korunmuş olan ve bundan sonra etkili bir yöntem ile korunmaya karar veren

kadınlardan bazıları bunları internetten araştırdıklarını ve öğrendiklerini belirtmektedir. Bu kadınların eğitim durumu, hiç eğitim almamış, ilkokul ve ortaokuldur. Kadınlardan biri geçmişte RİA ve kondomu internetten öğrendiğini ve kullandığını, biri internetten edindiği bilgiler doğrultusunda emzirme döneminden sonra tüp ligasyonu, biri doğumdan sonra tüp ligasyonu, biri ise doğumdan sonra deri altı kapsülü ile gebelikten korunmaya karar verdiğini açıklamaktadır. Doğumdan sonra deri altı kapsülü ile korunmaya karar verdiğini belirten kadın, utangaç ve çekingen bir yapısı olduğu için bu konuları başka biri ile konuşmaktan ve soru sormaktan çekindiğini, ayrıca kulaktan dolma bilgiler edinmek istemediğini, bu nedenle interneti bu tür araştırmalar için aktif olarak kullandığını belirtmektedir. İnternetten gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili araştırma yaptığını belirten kadınlardan bazıları araştırmamızda en çok çocuk sahibi olan (5 ve 7) kadınlardır. Bu kadınlar daha önce kullandıkları 3-4 etkili yöntem ile ilgili yaşadıkları olumsuz deneyimler nedeniyle internetten tüp ligasyonu ile ilgili araştırma yaptıklarını açıklamaktadır. Hiç eğitim almamış ve doğumdan sonra tüp ligasyonu yaptırmaya karar veren bir kadın ise internetten gebelikten korunma yöntemleri hakkında araştırma yapmak için çocuklarından destek aldığını şu sözleri ile dile getirmektedir.

‘Duydum. (Neler duydunuz mesela? Hangi yöntemleri duydunuz?) En iyi kordon. En iyi odur. (Nerden öğrendiniz onu?) İnternete bakıyon ☺☺☺. (İnternete mi baktınız?) Baktım. Ne bilem ☺ (Siz mi baktınız?) Yooohhh. Çocuklar baktı’ (K17; 39 yaş, hiç eğitim almamış).

Kadınlar, kitle iletişim araçlarından geri çekme yönteminin etkili bir şekilde gebelikten korumadığı ve sağlığa zararlı olduğunu duyduklarını belirtmektedir. Bu kadınlar arasında, hem daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmuş hem de daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış kadınlar bulunmaktadır. Etkili yöntemler ile ilgili olumsuz duyumları ya da deneyimleri nedeniyle geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmaya devam etmektedir. Kadınların geri çekme yöntemi kullanım süresi 5-21 sene olmak üzere oldukça uzundur.

Kadınlardan bazıları televizyondaki filmlerde ya da dizilerde oral kontraseptif ve RİA ile gebelikten korunan kişileri gördüklerini, ancak gebelikten korunma ile ilgili bir eğitim programına hiç rastlamadıklarını dile getirmektedir. Bu kadınlar 24-

26 yaşında ve lise mezunudur. Şu an kadar ya etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış ya da kondom ile gebelikten korunmuş kadınlardır. Kadınlardan biri, televizyonda sadece çok çocuk sahibi olmanın zararlı olduğu konusuna yer verildiğini, bunun dışında gebelikten korunma yöntemleri hakkında herhangi bir bilgi verilmediğini şu sözleri ile belirtmektedir.

‘Ya iletişim araçlarında sadece çok çocuk yapmanın zararlı olduğunu gösterdiler. Ona da zaten katılıyorum. Çok çocuk yapmak bakamayacağın kadar.. Onun haricinde..’ (K32; 42 yaş, lise mezunu).

Kadınlar, gebelikten korunmaları üzerinde televizyondan daha çok çevreden edindikleri duyumların ya da bireysel deneyimlerinin etkili olduğunu açıklamaktadır.

Araştırmamıza katılan kadınlardan biri ise, kitle iletişim araçlarını hiç kullanmadığından söz etmektedir. 42 yaşında olan, 7 sene önce Ankara’ya taşındıklarını ve öncesinde Çankırı’nın bir köyünde yaşadığını anlatan bu kadın, o zamanlar köy yerinde internet olmadığını ve işle güçle uğraşmaktan televizyon izlemediklerini, bu nedenle gebelikten geri çekme yöntemi ile korunmasında kitle iletişim araçlarının hiç etkisinin olmadığını açıklamaktadır.

Sağlık Çalışanlarının Rolü: Araştırmamıza katılan kadınlardan bazıları, gebelikten korunmamaları/korunma şekilleri hakkında sağlık çalışanları ile hiç konuşmadıklarını ve onların bu konuda bir etkisinin olmadığını dile getirmektedir. Bu kadınların arasında hiç gebelikten korunmayan, geri çekme yöntemi ile gebelikten korunan ve bazen kondom bazen geri çekme yöntemi ile gebelikten korunan kadınlar bulunmaktadır. İlkokul mezunu olan ve 4 yıldır hiçbir şekilde gebelikten korunmayan bir kadın, 4 yıl öncesine kadar sürekli RİA ile gebelikten korunduğunu ve 2-3 ayda bir sağlık kontrolüne gittiğini, ancak son 4 yıldır herhangi bir üreme sağlığı hizmeti almadığını ve muayene olmak zorunda kalmadığını ifade etmektedir. Gebelikten geri çekme yöntemi ile veya bazen kondom bazen geri çekme yöntemi ile korunduklarını belirten kadınlar da, gebelikten korunma hizmeti almak için hiç sağlık kurumlarına gitmediklerini, sağlık çalışanları ile gebelikten korunma durumları hakkında konuşmadıklarını ve gebelikten korunma şekilleri üzerinde onların bir etkisinin olmadığını dile getirmektedir. Bu kadınların yaş aralığı 21-45,

eğitim durumları ise ilkokul-lise arasında değişmektedir. Bununla birlikte, kadınların çoğunluğu tekrar çocuk sahibi olmak istemediğini belirtmektedir.

Kadınlardan bazıları sağlık çalışanları ile gebelikten korunma durumları hakkında konuştuklarından, ancak onların duyarsız ve ilgisiz davrandıklarından söz etmektedir. Bu kadınlar geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmaktadır ve daha önce hiç etkili bir yöntem ile gebelikten korunmamıştır. 29 yaşında ve önlisans mezunu olan bir kadın, daha önce ASM’de gebelikten korunma yöntemlerini sorduğunu, oradaki sağlık çalışanlarının kendisine nasıl istiyorsa ve hangi yöntemi uygun buluyorsa onunla gebelikten korunabileceğini söylediklerini, eşiyle birlikte geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmaya karar verdiklerini ve sağlık çalışanlarının gebelikten korunma tercihlerinde hiçbir etkisinin olmadığını şu sözleri ile ifade etmektedir.

‘Onla da hiçbir etki şeyi olmadı. Çünkü hiç sormadım. Sağlık ocağında, önceki aile sağlık merkezinde sormuştum. Onlar da hiçbir şey demedim. Sen nasıl istiyosan, senin için hangisi daha uygunsa o şekil yapabilirsin demişti. Ben de daha da şeyapmadım. Yani etkili olmadı sağlık çalışanlarının’ (K4; 29 yaş, önlisans mezunu).

27 yaşında ve lisans mezunu bir kadın ise, doğumdan hemen sonra hastaneye gittiğini ve oradaki hemşireye kendisinin ileride bir çocuk sahibi daha olmayı düşündüğünü, bu nedenle geri çekme yöntemi ile gebelikte korunacaklarını söylediğini ve etkili gebelikten korunma yöntemleri hakkında bir şey sormadığını dile getirmektedir. Bu kadının etkili gebelikten korunma yöntemlerinin bir sonraki çocukta sağlık problemlerine veya infertiliteye sebep olduğu yönünde duyuları bulunmaktadır.

Kadınlardan bazıları sağlık çalışanlarının onları etkili bir yöntemle gebelikten korunmaları konusunda yönlendirmekle birlikte bu yönlendirmelerin ve hizmetlerin yetersiz kaldığını dile getirmektedir. Lisans ve önlisans mezunu iki kadın, sağlık çalışanlarının kendilerine etkili gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi verdiklerini, ancak hızlı bir şekilde sadece yöntemlerin ismini söylediklerini, içeriğinde ne olduğu ve gebelikten nasıl koruduğunu açıklamadıklarını ifade etmektedir. Bu nedenle kadınlar, kafalarındaki sorulara tatmin edici cevaplar

bulamadıklarını ve sağlık çalışanlarının etkili bir yöntemle korunması konusunda kendilerini ikna etmede yetersiz kaldıklarını belirtmektedir. Bir çocuk annesi (15 aylık) olan ve doğumdan sonra gebelikten hiç korunmadıklarını açıklayan bir kadın bu durumu şu sözleri ile ifade etmektedir.

'Belki de biraz böyle ürkmüş olabilirim ilk bu u spiralden ya da iğneden felan bahsedildiğinde. İuu direk hani u çok detaylı anlatılmadı hani direk bu bu bu. Olmuş olabilir evet. Şey yani yetersiz kalmış olabilir sağlık çalışanları o yönde' (K9; 26 yaş, önlisans mezunu).

Benzer nedenlerle, ortaokul mezunu iki kadın da, ASM'deki hemşirelerin kendilerini etkili bir yöntem ile gebelikten korunma konusunda yönlendirdiklerini ancak kendilerinin geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmaya devam ettiklerini açıklamaktadır. Kadınlardan önlisans mezunu olan, daha önce deri altı kapsülü hakkında bilgi almak için bir hastanenin AP polikliniğine gittiğini, ancak oradaki doktorun kendisine doğrudan RİA ile gebelikten korunmasını söylediğini, bu nedenle oradan ayrıldığını ve geri çekme yöntemi ile korunmaya devam ettiğini dile getirmektedir. Ortaokul mezunu bir kadın, ASM'ye geldiğinde aile doktorunun kendisini doğrudan enjeksiyon yöntemi ile gebelikten korunmaya yönlendirdiğini, ancak kendisinin bu yöntemle gebelikten korunmak istemediğini belirtmektedir. Ortaokul mezunu bir kadın, ASM hemşiresinin kendisine RİA ile gebelikten korunmasını önerdiğini, ancak neye benzediğini ve nasıl bir şey olduğunu bilmediği için korktuğunu ve taktırmadığını açıklamaktadır. Bu kadın, aynı zamanda 5 yıldır genital enfeksiyon sorunu yaşadığını ve birçok ilaç kullanmasına rağmen bu sorunun hala devam ettiğini dile getirmektedir. Aynı kadın, gebelikten korunması için kendisine kondom verildiğini, ancak eşinin kondomu başarılı bir şekilde kullanamadığını, meniye her yere bulaştırdığını ve görüşmenin yapıldığını gün adet gecikmesi nedeniyle gebelik testi yaptırmaya geldiğini ifade etmektedir. Ortaokul mezunu bir başka kadın, ASM hemşiresinin kendisini kondom ile gebelikten korunmaya yönlendirdiğini, ancak hem eşinin hem de kendisinin kondom almaktan çekindikleri için sürekli tedarik edemediklerini ve her cinsel ilişkide kondom kullanamadıklarını açıklamaktadır. İlkokul mezunu bir kadın, gebelikten korunması için kendisine kondom verildiğini ancak eşinin kondom kullanmayı reddettiğini

belirtmektedir. Bu kadın daha sonra kendisine oral kontraseptif verildiğini, ancak ileri bir yaşta olduğu için tansiyonunun yükseldiğini ve hap kullanmayı bırakmak durumunda kaldığını açıklamaktadır. Kadın gebe kalmaktan korktuğu için hala etkili bir yöntemle gebelikten korunmayı istemekte ancak yaşadığı olumsuzluklar nedeniyle sağlık çalışanlarına danışmaktan çekindiğini dile getirmektedir. Kadınların yaptıkları açıklamalardan sağlık çalışanlarının zaman zaman etkili gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi vermediği, eksik bilgi verdiği, eğitimler sırasında model ve yöntem örneklerini kullanmadığı, doğrudan belirli bir yönteme yönlendirdiği, kadının ve eşinin özelliklerini tanımadan yanlış yönlendirdiği ve yöntemin etkin ve doğru bir şekilde kullanılıp kullanılmadığını değerlendirmedeği anlaşılmaktadır.

RİA ile gebelikten korunmak isteyen kadınlardan, ASM'deki sağlık çalışanları RİA uygulaması yapmadıkları için bu yöntemle gebelikten korunamadıklarını dile getirmektedir. Kayınvalidesi ve kayınpederi ile birlikte yaşayan, çocuklarını bırakacak kimse bulamayan, ASM dışındaki sağlık kurumlarına ulaşmada sıkıntı yaşayan bazı kadınlar hastaneye gidemedikleri için RİA uygulaması yaptıramamaktadır. İki çocuk annesi (7 yaş, 3 yaş), geri çekme yöntemi ile gebelikten korunduklarını ve kayınvalidesi ve kayınpederi ile birlikte yaşadıklarını belirten bir kadın kendisinin RİA taktırmak istediğini, ancak böyle mahrem bir konuyu kayınvalidesi ile paylaşmaktan çekindiğini, RİA taktırmak için hastaneye gitmesinin gerektiğini, orada da RİA hemen takılmazsa ve kendisine başka bir gün gelmesini söylerlerse tekrar gidemeyeceğini, aslında ASM'de RİA takılsa hemen bu hizmetten faydalanacağını ve kendisi için çok iyi olacağını şu şekilde ifade etmektedir.

'Evet, var. Mesela korunmaya dediğim gibi gidebilirim. Ama gün atarlar gibisinden düşünüyorum. Tekrar gidemem diyerek hemen gittiğim an bakıp da takarlarsa olur. Ama sağlık çalışanları hemen gidince ya kan alma, ya bir vakit harcatma oluyor. Onu da ben de bir zamanım yok. Yine bir şekilde yürüyüşe gidiyorum, ediyorum gibisinden eşimle çıkıp gidebilirim. Ama bana gün atacak gibisinden gidemiyorum. Ona da tekrar gidemeyeceğim, bir anlamı kalmıyor diye, o yüzden olmuyor. Aslında Sağlık Ocaklarında falan da bu

durum olsa hemen yaptırırım. Aslında bu uygulansa bence çok güzel bir şey Sağlık Ocağında' (K24, 26 yaş, lise mezunu).

Bu kadının hizmet aldığı ASM'de AP polikliniği bulunmaktadır. Burada bir RİA uygulaması yapılabilmesi için gerekli teçhizat ve malzemeler mevcut durumdadır. En önemlisi de sağlık çalışanlarının 'AP Danışmanlığı ve RİA Uygulama' sertifikaları vardır.

Sağlık çalışanları, çevrelerindeki insanlara kendi gebelikten korunma şekilleri ile de örnek oluşturmaktadır. Önlisans mezunu ve emekli bir kadın, takvim+geri çekme yöntemini bir sağlık çalışanı olan arkadaşının uyguladığını, yöntemi ondan öğrendiğini ve bir sağlık çalışanı olarak onun bu şekilde gebelikten korunmayı seçmiş olmasının kendisinin de bu yönteme güvenmesine neden olduğunu belirtmektedir. Bu kadın, geçmişte RİA, oral kontraseptif ve kondom gibi etkili yöntemlerle gebelikten korunmaya çalışmış, son 14 yıldır ise takvim+geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmaktadır.

Genel Sağlık Durumu: Araştırmamıza katılan ve karşılanmamış AP gereksinim bulunan kadınlar, kendisinin, eşinin, ya da çocuklarının sağlık durumlarından, bunların gebelikten korunmamaları/korunma şekilleri ile ilişkisinden söz etmektedir.

Kadınlardan bazıları genel sağlık durumlarının iyi olduğunu belirtmektedir. Bu kadınların çoğunluğunun yaşı 30'un altında olmakla birlikte tamamının yaşı 36'nın altındadır. Kadınlardan bazıları ise bazı sağlık sorunlarını dile getirmektedir. Bu sorunlar; depresyon, anemi, tiroid hastalığı, mide yanması, böbrek taşı, migren, epilepsi, cinsel isteksizlik, fibromiyalji, genital enfeksiyon, adet düzensizliği, hipertansiyon, kalp yetmezliği, hiperkolesterol, psödotümör serebri (yalancı tümör) hastalığıdır. Bu kadınların büyük bir çoğunluğu 36-49 yaş aralığındadır. Bunun dışında 22 yaşında olan iki kadın adet düzensizliği ve genital enfeksiyon sorunlarının olduğunu, 25 yaşında bir kadın ise epilepsi hastası olduğunu belirtmektedir. Kadınların ekonomik durumlarının sağlık durumları üzerine bir etkisi bulunmamaktadır. Kadınlar yaşadıkları bu sağlık sorunları ve hastalıklar nedeniyle farklı ilaçlar kullanmaktadır (antidiyabetik, antikoagülan, antidepresan, antiepileptik, opioid, antihipertansif vb). Kadınlardan biri kendisine iki ay önce meme kanseri şüphesi ile biyopsi yapıldığını, biyopsi sonucunun temiz çıktığını, ancak Onkoloji

hastanesindeki doktorun kendisini oral kontraseptif kullanmaması konusunda uyardığını şu sözleri ile belirtmektedir.

‘Benim şu anda hani şeyim yok. Göğsümden parça aldırardım. Sonucum temiz çıktı. Anjio oldum kalpten. Tansiyonum var. Yani öyle tetikleyici önemli bi rahatsızlığım yok.Şeyi bana göğsümden parça aldırduğum için kadın doğum şeyi, doğum kontrol hapı kullanmayın dediler. Onu kullanmadık zaten. (Kim dedi?) Hastanedeki doktorum dedi. Onkolojideki doktor. Anlattı hani. Böyle böyle dedi. Daha iki ay oldu ben parça aldırılı. ‘Neyinen korunuyosunuz’ dedi. Ben de prezervatif arkasından geri çekme yöntemini kullandık, korunuyoz dedim. ‘Hap kullanmıcaksınız’ dedi. Şey için dedi sağlık açısından. Kanseri tetikleyen bişeymiş’ (K15; 44 yaş, ortaokul mezunu).

Bir kadın günde bir paket sigara içmektedir. Kadınların sağlığı ile yakından ilişkili bu durumlar ve kullandıkları ilaçlar, onların doğurganlık kararları üzerinde etkili olmaktadır. Genç kadınlardan ikisi çocuk sahibi olma konusunda kararsız olduğunu, biri ise (epilepsi hastası) tekrar çocuk sahibi olmak istediğini ifade etmektedir. 35 yaşın üzerindeki kadınların tamamı ise tekrar çocuk sahibi olmak istemediklerini belirtmektedir. Yaşadıkları sağlık sorunları ve hastalıklar nedeniyle, kadınların etkili bir yöntem ile gebelikten korunmaları oldukça önemlidir. Bununla birlikte, içinde bulundukları hastalık durumu bazı etkili gebelikten korunma yöntemlerini kullanmalarına engel olabilmektedir.

Kadınlardan bazıları eşlerinde bazı sağlık sorunlarının söz konusu olduğunu belirtmektedir. Bu sorunlar; pnömotoraks, astım, lumbal herni, epilepsi, orak hücre anemisi taşıyıcısı, testis kanseri ve hepatit B taşıyıcılığıdır. Özellikle pnömotoraks, epilepsi, orak hücre anemisi, testis kanseri olan eşlerin yaşı 25-31 arasındadır. Astım, lumbal herni ve hepatit B taşıyıcısı olan eşler ise 36-47 yaş aralığındadır. Ekonomik durum ile eşlerin sağlık durumları arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Kadınlardan biri, eşinin günde bir paket sigara içtiğini ifade etmektedir. Erkekler de kadınlarda olduğu gibi yaşadıkları bu sağlık sorunları ve hastalıklar nedeniyle farklı ilaçlar kullanmaktadır. Erkeklerin sağlığını etkileyen bu hastalıkların ve kullandıkları ilaçların, onların doğurganlık kararları üzerinde etkili olması veya özellikle bazı

etkili gebelikten korunma yöntemlerini kullanmayı tercih etmesi beklenmektedir. Ancak, pnömotoraks, orak hücre anemisi taşıyıcılığı, testis kanseri ya da hepatit B taşıyıcılığı gibi önemli sağlık sorunları onların doğurganlık kararını etkilememektedir. Bir çocuk annesi (15 aylık) olan bir kadın eşinin epilepsi hastası ve orak hücre anemisi taşıyıcısı olduğunu, bu hastalıkların çocuğuna geçme riskini araştırmadan gebe kaldığını, bu konuda bilinçsiz davrandığını ve bu süreçte aslında gebelikten korunmasının gerektiğini düşündüğünü şu sözleri ile ifade etmektedir.

‘Aslında u tam aksine korunmam gerekiyordu. Çünkü eşimde epilepsi vardı ve taşıyıcılık (orak hücre anemisi taşıyıcısı) var. Aslında baya detaylı testler yaptırdıktan sonra doğum yapmam gerekirdi. Çünkü evlenmeden önce de bunu düşünüyordum acaba çocuğuma epilepsi geçer mi? Acaba bi şey olur mu? Hani bunun şeyini ben nasıl veririm hakkını felan diye.. Ama u ya heralde bilinçsiz davranıyoruz bilmiyorum şu anda düşününce’ (K9; 26 yaş, lisans mezunu).

Araştırmamızda 31 yaşın altında olan erkekler mutlaka tekrar çocuk sahibi olmayı istemekte, 36 yaşın üzerinde olan erkekler ise ideal çocuk sayısına ulaştıkları için tekrar çocuk sahibi olmak istememektedir. Pnömotoraks nedeniyle hastanede yatan ya da testis kanseri nedeniyle ameliyat olan bir eş kendisi, eşi ve çocuklarının geleceğini hiç hesaba katmadan eşinin gebe kalmasına sevinebilmektedir. Hepatit B taşıyıcısı olan (47 yaşında) bir erkek, özellikle kondom kullanmaları konusunda sağlık çalışanları tarafından uyarılmasına rağmen, cinsel ilişkide memnuniyeti azalttığı gerekçesiyle 3 yıldır kondom kullanmamaktadır.

Kadınlardan bazıları, çocuklarında var olan bazı sağlık sorunlarından ve onların özel bir bakıma ihtiyaçları olduğundan söz etmektedir. Bu sorunlar; tip I diyabet, doğumda hipoksi nedeniyle epilepsi, davranış bozukluğu, epilepsi ve konuşma zorluğudur. Bu çocukların beslenmesi, ilaçları vb. bakımları özel olarak ilgilenmek, daha fazla zaman ayırmak ve onları dinlemek, onlarla konuşmaya çalışmak gerekmektedir. Bu nedenle, çocuklarında var olan bu sağlık sorunlarının da ebeveynlerin doğurganlık ve etkili bir yöntemle gebelikten korunma kararlarını etkilemesi beklenmektedir. Bununla birlikte çocuğu tip 1 diyabet hastası olan kadının en küçüğü 1 yaşında olan 5 çocuğu bulunmakta, 15 yaşındaki oğlunda davranış

bozukluğu bulunan kadının 14 ve 5 yaşında iki çocuğu daha bulunmakta ve hasta çocuğun davranışlarından bu çocuklar da etkilenmektedir. 2 yaşındaki çocuğu epilepsi hastası olan kadın ise ikinci çocuğuna 27 haftalık gebedir. İlkokul ve ortaokul mezunu olan bu kadınlar, tekrar çocuk sahibi olmayı asla düşünmemekte, bununla birlikte etkili bir yöntem ile gebelikten korunmamaktadır.

Eğitim Durumunun Rolü: Araştırmamıza katılan kadınlar, eğitim durumlarının gebelikten korunma durumlarını etkileyip etkilemediğinden söz etmektedir. Kadınlardan bazıları, eğitim durumlarının gebelikten korunma durumları üzerinde bir etkisinin olmadığından bahsetmektedir. Bu kadınlar ilkokul, ortaokul, lise ve lisans mezunu olduğunu belirtmektedir. Bir çocuk annesi (2 yaş) ve (istmeden) 27 haftalık gebe olan bir kadın, hiç eğitim almamış bir kadının bile eğer isterse etkili bir yöntemle gebelikten korunabileceğini, bu konuda eğitimi bir kriter olarak görmediğini şu sözleri ile ifade etmektedir.

'Hayır düşünmüyorum. Yani hiç okula gitmemiş bi insan bile korunabilir. İu okul onun için bi şey olduğunu düşünmüyorum' (K14; 22 yaş, ilkokul mezunu).

İlkokul ve ortaokul mezunu bazı kadınlar, gebelikten korunma yöntemleri konusunda interneti etkin bir şekilde kullandıklarını ve etkili gebelikten korunma yöntemlerini öğrendiklerini açıklamaktadır. Lise mezunu bir kadın ise, geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmasının lise mezunu olması ile bir ilişkisinin olmadığını, ancak artık doğal olmayan her şeye korkarak baktıklarına ve yanına yaklaşmadıklarını ifade etmektedir. Ortaokul mezunu bir kadın ise, gebelikten korunmamalarının ya da etkili bir şekilde korunmamalarının eğitim durumları dışında tamamen kişisel sebeplerle olduğunu vurgulamaktadır.

Kadınlardan bazıları, eğitim durumlarının gebelikten korunma durumlarını etkileyip etkilemediği hakkında bir fikirlerinin olmadığından bahsetmektedir. Bu kadınlar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olduklarını belirtmektedir. Kadınlar, işle güçle uğraşmaktan hiç böyle bir konunun aklına gelmediğini ve bu konunun üzerinde düşünmediğini ifade etmektedir. Bununla birlikte, bu kadınların hepsi ev hanımıdır.

Kadınlardan bazıları ise, eğitim durumunun gebelikten korunma durumu üzerinde etkili olduğundan söz etmektedir. Kadınlar, ortaokul, lise, önlisans, lisans

mezunu olduklarını belirtmektedir. Lise, önlisans ve lisans mezunu olan kadınlara göre, eğitim durumun yeterli olması, kadının gebelikten korunma yöntemleri hakkında eğitim hayatı sırasında bilgi kazanmasını sağlayabilmektedir. Sonrasında, kadına iyi bir iş ve sosyal ortam sağlamakta, bu nedenle kadın kendisini daha iyi ifade edebilmekte, utanma ya da çekinme gibi sorunları daha az yaşamaktadır. Eğitim durumunun kişiyi daha bilinçli bir hale getirmesi, geri çekme yönteminin güvenilir olmadığı ve etkili bir yöntemle gebelikten korunması konusunda farkındalığını arttırmaktadır. Ortaokul mezunu olan kadınlara göre, eğitim durumunun yetersiz olması ise, kadının iletişim kurmada yetersiz olmasına sebep olmaktadır. Kendisi gibi eğitim durumu az olan insanlardan oluşan bir sosyal çevre içerisinde birçok şeyi öğrenememekte ve kendisini geliştirememektedir. Kullandığı gebelikten korunma yönteminin sağlığa zararlı olup olmadığını ya da kendisi için hangi gebelikten korunma yönteminin daha iyi olduğunu merak edip araştırma gereği duymasını engellemektedir. Eğitim durumu yetersiz olan kadın, çoğunlukla eşinin kararları doğrultusunda hareket etmektedir. Etkili ve kendileri için uygun bir yöntemle gebelikten korunma konusunda eşini ikna edememektedir. Eşi tarafından kondomun düzenli ve etkili bir şekilde kullanılmasını sağlayamamaktadır. Yöntemi temin etmekten (kondom gibi) utanmakta ve çekinmektedir. İki çocuk annesi (11 yaş, 7 yaş) ve geri çekme yöntemi ile gebelikten korunduklarını belirten bir kadın eğitim durumunun etkili bir yöntemle gebelikten korunmasını nasıl etkilediğini şu sözleri ile açıklamaktadır.

‘Düşünüyorum. Çünkü cahil kalıyoruz, çoğu şeylerde hani bilmiyoruz. Belki eğitim durumum iyi olsaydı yani iyi olsaydı derken okumuş olsaydım.. İnsanların içine girdiğimde de hemen diyalog kuramam, bir yere gittiğimde çok fazla kimse ile konuşmam, öyle yani.. Biraz zamanın geçmesi gerekiyor. Öyle bir şey olmamış olsaydı, okumuş olsaydım mesela daha çabuk diyalog kurardım. O sayede de hani kendimi daha çok geliştirirdim. Ortam mesela.. Herkes bir şey anlatırdı, çevrendekiler hep okumuş olacaktı ve sen de ona göre yönlendirecektin kendini’ (K28; 29 yaş, ortaokul mezunu).

Sağlık Kurumlarına Ulaşma: Araştırmamıza katılan kadınlar, her istediklerinde ya da her ihtiyaç duyduklarında sağlık kurumlarına ulaşabilme durumlarından söz etmektedir. Kadınların büyük bir çoğunluğu, ihtiyaç duydukları her zaman sağlık kurumlarına ulaşabildiklerini ve bu konuda herhangi bir sıkıntı yaşamadıklarından dile getirmektedir.

Kadınlardan üçü ise, ihtiyaç duydukları her zaman sağlık kurumlarına ulaşabilme konusunda sıkıntı yaşadıklarından bahsetmektedir. Bu kadınlar, ASM evlerine yakın olduğu için oraya her zaman gidebildiklerini ve bir sıkıntı yaşamadıklarını, ancak hastaneye gitmeleri gerektiğinde çocuklarını bırakacak kimse bulamadıkları, eşi izin vermediği ve aynı evde yaşadığı kayınvalidesi ve kayınpederinden çekindiği için hastanelere gitmekte sıkıntı yaşadıklarını açıklamaktadır. Bu kadınlar, ortaokul ve lise mezunu olduklarını belirtmektedir. Ortaokul mezunu olan bir kadının 5 çocuğu bulunmaktadır. Bu kadın evi hastanelere uzak olduğu için çocukları ile birlikte gidemediğini ve çocuklarını bırakacak kimsesinin olmadığını şu sözleri ile belirtmektedir.

‘Valla yaşıyoz. Mesela hani bura yakinken başka yere gitmek zorundasın. Daha böyle hani yol mesafesi olduğu için hani çocuklarla gittiğim için gidemiyorum’ (K16; 36 yaş, ortaokul mezunu).

Ortaokul mezunu olan bir diğer kadın, eşinin ataerkil ve despot davranışlarından söz etmekte ve hastaneye gitmesi gerektiği zaman izin vermediğini dile getirmektedir. Lise mezunu olan kadın ise kayınvalidesi ve kayınpederi ile birlikte yaşadığını, ASM evine yakın olduğu için buraya her zaman gelebildiğini, ancak bir hastaneye gitmesi gerektiği zaman onların bunun nedenini sorgulamaya başladıklarını, RİA taktırmak istediğini ise kayınvalidesine söylemekten utandığını ve çekindiğini anlatmaktadır.

Mahremiyet Duygusu: Görüşülen kadınlardan bazıları, mahremiyet duygusunu korumak amaçlı gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili konuşamadıklarından, muayene olamadıklarından veya etkili bir yöntemle gebelikten korunamadıklarından söz etmektedir. Bu kadınlar ilkokul ve ortaokul mezunudur. Ayrıca biri hariç (36 yaş) diğerleri 30 yaşın altındadır. Kadınlar, hastane gibi bir sağlık kurumuna gittiği zaman görüşmek istediği sağlık çalışanı ile çoğu zaman

yalnız kalamamakta, ebe/hemşire, stajyer öğrenci ve doktor gibi birçok sağlık çalışanı aynı odada birarada bulunduğu için sorununu rahatça ifade edememekte ya da sorularını soramamaktadır. Bir çocuk annesi (3 yaş) ve bazen kondom bazen geri çekme yöntemi ile gebelikten korunduklarını belirten bir kadın bu durumu şu sözleri ile açıklamaktadır.

‘Yani normal Ankara Hastanesi’ne falan gittiğimde bile tek kalamıyoruz bile. Çoğu ebeler var, biliyorsunuz stajyer doktorlar falan var, onların yüzünden hiçbir şeyi anlatamıyoruz zaten’ (K22; 22 yaş, ortaokul mezunu).

RİA uygulaması ya da jinekolojik muayene için soyunmaktan, genital bölgesini açmaktan rahatsız olmaktadır. Bu kadınlar için zaten zor olan cinsellikle ve gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili konuları konuşmak ve jinekolojik muayene olmak yönünden bir erkek doktorla konuşmayı ve muayene olmayı asla istememekte, hemsini olan bir kadın doktorla daha rahat ve kolay iletişim kuracaklarını düşünmektedir. Onlar, kadın doktorun yanında daha rahat soyunabileceğini ve muayane olmaktan çekinmeyeceğini belirtmektedir. Kadınlardan biri ise eşinin çok kıskanç olduğunu, karısını asla bir erkek doktorun görmesini istemediğini, bu nedenle doğumunu bile kadın doktorun yaptırmasını istediğini şu sözleri ile açıklamaktadır.

‘(Eşinden bahsediyor) Artık seni özelde doğum ettireceğim diyor, bir bayan doktor diyor. Burada erkek ettirdi ya. Çok kıskanç olduğu için o öyle şeylere gelemiyor, izin vermiyor’ (K31; 21 yaş, ortaokul mezunu).

Sağlık Kurumlarındaki Teknik İmkânlar ve Malzeme Durumunun Rolü:

Araştırmamıza katılan kadınlar, sağlık kurumlarındaki teknik imkânlar ve malzeme durumunun etkili bir şekilde gebelikten korunmamaları üzerine etkisi olup olmadığından ve ne şekilde etkilediğinden söz etmektedir. Kadınlardan bazıları, sağlık kurumlarındaki ‘teknik imkânlar’ yetersiz olduğu için, etkili bir şekilde gebelikten korunamadıklarını dile getirmektedir. Bu kadınların tamamı, her türlü gebelikten korunma gereksinimlerinin ASM’den karşılanabilmesini istemektedir. Bu

nedenle de ASM'deki teknik imkânların yetersizliğini açıklamaktadır. Kadınlardan biri, bağlı bulunduğu ASM'de muayene poliklinikleri dışında sadece gebe odasını gördüğünü, başka Sağlık Merkezlerinde ya da hastanelerde olduğu gibi RİA uygulaması da dâhil tüm gebelikten korunma hizmetlerinin verildiği AP polikliniğini hiç görmediğini (görüşmenin yapıldığı oda) ve gebelikten korunmaya yönelik hizmet verildiğini duymadığını şu sözleri ile ifade etmektedir.

'...(Burada verilmiyor mu peki bu hizmetler?) Burda hiç görmedim ben. Hani burda dediler gebe odası var. Mesela hani başka sağlık ocaklarında veya yerlerde böyle hani şeyler oluyodu. Hani böyle spiral taktırmak için yerler... Burda ben hiç duymadım' (K16; 36 yaş, ortaokul mezunu).

Bu kadın, 5 çocuk annesi olup hastaneye gitmesi gerektiği zaman çocuklarını bırakacak kimsesinin olmadığını ve bu nedenle hastaneye gitmekte sıkıntı yaşadığını açıklamaktadır. Kadınlardan bazıları, RİA ile gebelikten korunmayı istediğini, ancak ASM'deki teknik imkânlar ve malzeme durumunun yeterli olmadığını, oysa birçok insanın hastaneye gidemediğini, bu nedenle bu hizmetin burada da verilmesini, RİA taktırmak isteyen insanların bu hizmete kolaylıkla ulaşabilmesini ve kontrollerini düzenli olarak burada yaptırabilmesini istediğini ifade etmektedir. Bu kadınlar, hastane evlerine uzak olduğu için ve kayınvalidesi ve kayınpederi ile birlikte yaşadığı için hastanelere gitmekte zorluk yaşadığını belirtmektedir. Eşi izin vermediği için hastaneye gitmekte sıkıntı yaşadığını belirten bir kadın ise, ASM'de ultrason cihazının olmasının gerekli olduğunu belirtmektedir. 44 yaşındaki bir kadın, ASM'de jinekolojik muayene olamadıklarını, buradaki (görüşmenin yapıldığı AP polikliniğindeki) jinekolojik muayene masasını ilk kez gördüğünü ve burada smear örneği falan alınmadığını dile getirmektedir. 39 yaşında ve evlendiğinden beri geri çekme yöntemi ile gebelikten korunan bir kadın, kız kardeşi ile birlikte gittiği bir özel doktorun muayenehanesindeki ortamın çok güzel ve temiz olduğunu, daha çok ve yeni malzemeler bulunduğunu dile getirmektedir. Ekonomik durumu kötü olan bu kadın, ASM'ler de de benzer şekilde, güzel ve temiz bir ortamın olmasını, daha çok ve yeni malzemeler olmasını istemektedir.

Kadınlardan bazıları sağlık kurumlarındaki ‘malzemeler’ yetersiz olduğu için, etkili bir şekilde gebelikten korunamadıklarından söz etmektedir. Bu kadınlar, lise, önlisans ve lisans mezunu olup, hepsi de 30 yaşın altındadır. Malzeme yetersizliği, ASM’lerdeki oral kontraseptif, kondom, enjeksiyon gibi yöntemlerin bazen bitmiş olması ve kadının bu yöntemi almaya gittiğinde temin edememesi, bazı yöntemlerin sağlık kurumlarından ücretsiz olarak temin edilemiyor olması (deri altı kapsülü gibi) ve gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmeti verilirken, maket, model, broşür vb. malzemelerin kullanılmaması ile ilişkilidir. İki çocuk annesi bir kadın daha önce bir yıl doğum kontrol hapı kullandığını, ancak kendisine verilen hap bittikten sonra tekrar hap almak için geldiğinde hapın bittiğini ve ellerinde kalmadığını söylediklerini, bu nedenle tekrar gelmeye üşendiğini ve doğum kontrol hapı kullanmayı bıraktığını şu şekilde ifade etmektedir.

‘...Ben bir ara buradan doğum kontrol hapı aldım, onunla da korundum. Hani unutmamaya da çalıştım ki hiç unuttuğumu da hatırlamıyorum, hep düzenli içmişimdir onu. Ama yetersiz yani, yetersiz oluyor. ...O zaman bir sene falan kullandım. Sonra bir gün geldim burada hap bitmiş, yarın gelin dediler, o gün de Ramazan’dı. Bir daha gelmeye de erindim, bıraktım onu da’ (K28; 29 yaş, ortaokul mezunu)

Araştırmacı, ASM’de bulunduğu ve görüşmeleri yaptığı sırada, gebelikten korunmak için kondom veya oral kontraseptif almak ve enjeksiyon yaptırmak için gelen bazı kadınların, ASM’de bu malzemeler bittiği için yöntemi temin edemediklerini ve hemşireler tarafından daha sonra gelmeleri konusunda yönlendirildiklerini gözlemlemiştir. ASM’de bir AP Polikliniği bulunmakta, bu poliklinikte, kayıt masası, muayene sedyesi, lavabo, jinekolojik muayene masası, RİA uygulama seti gibi malzemeler yer almaktadır. Bununla birlikte AP polikliniği sağlık çalışanları tarafında aktif olarak kullanılmamaktadır. Kondom, oral kontraseptif ve enjeksiyonu gibi malzemeler hemşirelerin bütün gün çalıştıkları ve her işlerini orada yaptıkları ‘Gebe Odası’nda bulundurulmakta, bunları talep eden kadınlara bu odada verilmektedir. Gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık hizmeti bazen ayaküstü, yöntemle özel ve çok kısa bir şekilde

verilmekte, çoğu zaman ise sadece istedikleri yöntemi temin etmesi sağlanmaktadır. Danışmanlık hizmeti sadece sözel anlatım tarzında olmakta, herhangi bir AP Rehberi, broşürü, gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili örnekler ve maket kullanımına yer verilmemektedir. Burada çalışan doktorların RİA uygulama sertifikası bulunmakla birlikte ASM’de RİA bulunmamakta ve uygulaması yapılmamaktadır. RİA ile gebelikten korunmak isteyen bir kadın olursa ASM’ye yakın bir AÇSAP Merkezine veya hastanelerin AP polikliniklerine yönlendirilmektedir. ASM çalışanları konu ile ilgili olarak RİA uygulaması sırasında ortaya çıkabilecek uterus perforasyonu gibi komplikasyonların ya da kadının bayılması gibi beklenmeyen durumların ortaya çıkması halinde müdahale imkanlarının olmadığından, ayrıca bir ultrason cihazları bulunmadığı için RİA uygulamasından önce ya da sonra bir değerlendirme yapma şanslarının olmamasından söz etmektedir.

Kadınlardan bazıları, sağlık kurumlarındaki teknik imkânlar ve malzeme durumunun etkili bir şekilde gebelikten korunmamaları ile bir ilişkisinin olmadığından söz etmektedir. Bu kadınlardan biri hariç hepsi daha önce hiç gebelikten korunmaya yönelik sağlık hizmeti almamıştır. Biri ise, RİA uygulaması yaptırmak için bir ‘Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin AP polikliniğinden faydalanmıştır.

Kadınlardan bazıları ise, daha önce gebelikten korunma ile ilgili bir hizmet almadıkları için sağlık kurumlarındaki teknik imkânlar ve malzeme durumları ile ilgili bir fikirlerinin olmadığından söz etmektedir. Bu kadınların evlilik süresi üç yıldan az, gebelikten korunma şekli geri çekme, sahip oldukları çocuk sayısı ise bir’dir.

Ekonomik Durumun Etkisi: Araştırmamıza katılan kadınlar ile gebelikten korunmamaları ya da gebelikten korunma şekillerinin ekonomik durumları ile ilişkisi hakkında görüşülmüştür. Görüşme yapılan kadınlardan çoğunluğu, gebelikten korunmamaları ya da etkili bir şekilde korunmamalarının ekonomik durumları ile bir ilişkisinin olmadığından söz etmektedir. Bu kadınlar arasında hem ekonomik durumunu yeterli olarak algılayan hem de yetersiz olarak algılayan kadınlar bulunmaktadır. Çalışan kadınların hepsi gebelikten etkili bir şekilde korunmamalarının ekonomik durumları ile bir ilişkisinin olmadığını belirtmektedir.

Bir kadın, gebelikten korunma yöntemlerinin sağlık kurumlarından ücretsiz olarak temin edilebildiğini ya da uygun bir ücretle eczanelerden, marketlerden alınabildiğini, bu nedenle gebelikten etkili bir şekilde korunmak isteyen herkesin biraz para ayırarak bunu yapabileceğini şu sözleri ile belirtmektedir.

‘Yok. Zaten çok pahalı bir şey değil. Sadece şeyler pahalı, doğum kontrol hapları pahalı. O da markasından markasına değişiyor çoğunluğu. Hani spiral dediğiniz şey 15-20 milyon. Bunu taktırmak için bir para istemiyor Devlet Hastanesi. Sadece sana diyor ki spirali al getir, ben sana takarım diyor. Diğerlerinde sen zaten kendi yöntemlerinle hani aşırıdır, iğnedir alıyorsun geliyorsun. Burada kendileri vuruyorlar, gerek bile duymuyorlar. Hani öyle para isteyen pul isteyen bir şey değil aslında. Adam bir ömür boyu rahat etmek için yahut da bir altı ay bir sene rahat etmek için, sadece bir 15 milyonuna kıyabilir yani. Bunu herkes yapabilir’ (K25; 25 yaş, ortaokul mezunu).

Kadınlardan bazıları ise, gebelikten korunmamaları ya da etkili bir şekilde korunmamalarının ekonomik durumları ile ilişkisinin olduğundan söz etmektedir. Bu kadınlar arasında hem ekonomik durumunu yeterli olarak algılayan hem de yetersiz olarak algılayan kadınlar bulunmaktadır. Gebelikten etkili bir şekilde korunmamalarının ekonomik durumları ile ilişkisinin olduğunu belirten kadınların hepsi ev hanımıdır. Kadınlar, etkili gebelikten korunma yöntemlerini sağlık kurumlarından ücretsiz alabildiği sürece bir sorun olmayacağını, ancak eczaneden kendisi alması gerektiğinde parasını ödeyemeyeceğini, bu durumun ise etkili bir yöntemle gebelikten korunmasına engel olduğunu ifade etmektedir. Oral kontraseptif, enjeksiyon ve kondom yöntemlerinin kadının tekrar alması gereken zamanda sağlık kurumunda bitmiş olması, RİA, oral kontraseptif, enjeksiyon ve kondom yöntemlerinin sağlık kurumlarında sadece belirli bir markasının bulunması nedeniyle, ayrıca bazı etkili yöntemlerin (implant gibi) sağlık kurumlarından hiç temin edilememesi durumunda, kadınlar kullanmak istedikleri yöntem ve markaları eczanelerden veya marketlerden temin etme konusunda ekonomik sıkıntı yaşamaktadır. Bir çocuk annesi ve ikinci çocuğuna 27 haftalık gebe olan bir kadın ilk

doğumundan sonra implant taktıramamasının maddi durumu ile ilişkili olduğunu şu şekilde açıklamaktadır.

‘Evet. Yani maddi durum... İlk çocuktan sonra var. Öyle söylüyüm. Ufak tefek maddi sorunlardan dolayı oldu.Eee deri altı kapsül taktırabilirdim’ (K14; 22 yaş, ortaokul mezunu).

Etnik Farklılıklar: Araştırmamıza katılan kadınlar, etnik kökenlerinin gebelikten korunma durumları üzerine etkisinin olup olmadığından söz etmektedir. Görüşülen kadınların çoğunluğu, gebelikten korunmamaları ya da etkili bir yöntemle korunmamaları üzerinde etnik kökenlerinin herhangi bir etkisinin olmadığını belirtmektedir. Bu kadınların arasında Kürt, Arap, Gürcü ve Türk kökenli kadınlar bulunmaktadır.

Gürcü kökenli ve Türk kökenli bazı kadınlar ise, eski zamanlara göre etnik kökenlerinde sahip olunan çocuk sayısının biraz daha azaldığını, ancak gebelikten korunma şekilleri yönünden etnik kökenlerine özgü belirgin bir özellik fark etmediklerini dile getirmektedir. Bu kadınların sahip oldukları çocuk sayısı 2-3’tür.

Kadınlardan bazıları, gebelikten korunmamaları ya da etkili bir yöntemle korunmamaları üzerinde etnik kökenlerinin herhangi bir etkisinin olup olmadığını bilmediklerinden bahsetmektedir. Bu kadınlardan 2’si Türk kökenli, 1’i ise Kürt kökenlidir. Türk kökenli kadınların daha çok etnik köken kavramını bilmediğinden, Kürt kökenli kadının ise etnik kökenle ilişkili soruları ‘önyargı’ olarak algılaması engellenemediğinden bu şekilde cevap verdikleri düşünülmektedir. Türk kökenli kadınların çocuk sayısı 2-3, Kürt kökenli kadının ise 7 (8. çocuğuna 20 haftalık gebe) dir.

Kadınlardan bazıları, gebelikten korunmamaları ya da etkili bir yöntemle korunmamaları üzerinde etnik kökenlerinin herhangi bir etkisinin olup olmadığı sorulduğunda Kürt kökenli vatandaşların daha çok çocuk sahibi olma eğiliminde olduklarından bahsetmektedir. Bu kadınlardan 4’ü Türk, 1’i ise Azeri kökenlidir. Bir kadının 1, üç kadının 2 ve bir kadının ise 5 çocuğu bulunmaktadır. 5 çocuk sahibi olan kadının eşi Kürt kökenlidir. Kadınlar, Türklerin en fazla 1 ya da 2 çocuk sahibi olurken, Kürtlerin 5-6 hatta 10 çocuk sahibi olduklarını, Kürt kökenli kadınların gebelikten korunmadıklarını, eşlerinin de gebelikten korunmaya karşı olduklarını

ifade etmektedir. Onlar, Kürt kökenli vatandaşların maddi durumlarının çocuk sahibi olma kararlarını etkilemediğini belirtmektedir. Eşi Kürt kökenli olan kadın ise, eşinin ailesine kalsa kendisinin sürekli doğum yapmasını istediklerini ve çok sayıda çocuk sahibi olmasını beklediklerini dile getirmektedir. Kendisi ve eşi Türk kökenli olan, 2 çocuk annesi bir kadın bu konudaki görüşlerini şu sözleri ile açıklamaktadır.

‘Kürtler çoğunlukla çocuğa daha çok şey veriyolar. Onlar daha çok yapıyolar. Korunmak onlarda yok gibi bişey. Çünkü bizim de var çevrelerimizde. Ben 44 yaşımdayım, 2 çocuk annesiyim. Ama 25 yaşında 3-4 çocuk annesi olanlar var. Senede bir tane doğum yapanlar var. Onlarda korunma gibi bir şey yok heralde. Ya bi de erkekler onların hoşgörüynen bakmıyo heralde korunmalarına’ (K15; 44 yaş, ortaokul mezunu).

Dinin Etkisi: Araştırmamıza katılan kadınlar, dini inançlarının gebelikten korunma durumları üzerinde bir etkisinin olup olmadığından söz etmektedir. Kadınlardan büyük bir çoğunluğu, gebelikten korunmamaları ya da etkili bir yöntemle korunmamaları üzerinde dini inanç durumlarının herhangi bir etkisinin olmadığından bahsetmektedir. Bu kadınlardan biri hariç diğerleri dinin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu ifade etmektedir. Kadınlar, dini açıdan gebelikten korunmanın uygun olduğunu, Allah’ın ‘tedbirini al yine’ diyerek istemeden gebe kalmamak için tedbir almayı buyurduğunu, gebelikten korunmanın Peygamber Efendimiz zamanında bile söz konusu olduğunu ve daha o zamanlarda insanların gebelikten korunmak için kendilerine göre önlemler aldıklarını belirtmektedir. Dini açıdan o çocuğa bakabilecek olmanın en önemli konu olduğunu vurgulamaktadır. Kadınlar, gebelikten korunmanın günah olmadığını, ancak istemeden gebe kalındığında, o gebeliği isteyerek düşükle sonlandırmanın çok büyük günah olduğunu dile getirmektedir. Bir kadın, istemeden gebe kalıp, o gebeliği isteyerek düşükle sonlandırmaktansa gebelikten korunmanın daha uygun olduğunu, bunun için ise en başta tedbirini almak gerektiğini şu sözleri ile vurgulamaktadır.

‘Valla dini boyutu.. Yani diyor, istemediğin çocuğu hani hamile kalıp aldırımtansa, korunması daha mantıklı. Bence öyle hani. Yani

hamile kalıp aldırsan bir can. Üç tane de olsa aynı evladın, aynı şekil oluyor mesela. Ha şimdi öldürmüşsün ha karında iken öldürmüşsün. Onu baştan tedbirini alacaksın. Onu düşünüyorum ben sadece' (K23; 39 yaş, lise mezunu).

Görüşülen kadınlardan bazıları, gebelikten korunmamaları ya da etkili bir yöntemle korunmamaları üzerinde dini inanç durumlarının etkisinin olduğundan bahsetmektedir. Dini değerlere uygun bir şekilde yaşamının kendisi ve eşi için çok önemli olduğunu belirten bir kadın, dinimize göre gebelikten korunma kararının kadına değil erkeğe ait olduğunu, evin geçiminden ve çocukların bakımından erkek sorumlu olduğu için, erkeğin karısına ve çocuklarına bakabilecek durumdaysa eşini gebe bırakabileceğini, bakamayacak durumdaysa gebelikten korunabileceğini şu sözleri ile dile getirmektedir.

'Var. Ee işte dediğim gibi dinimizde peygamberimiz efendimiz diyor ki dinimizde korunma kadına ait değildir, erkeğe aittir. Çünkü bakım yani kadının maddi imkanı ve çocuğun maddi imkanıyla baba sorumlu olduğu için eğer baba çocuğuna ve karısına bakabilecek durumdaysa çekinmez yani hamile bırakabilir hanımını. Ama eğer bakamayacak durumdaysa o zaman hanımıyla konuşur eder ve çocuk yapmaz diye dinimiz buyuruyo' (K4; 29 yaş, önlisans mezunu).

Bu kadın, aynı zamanda RİA'nın fertilize olmuş ve rahime ulaşmış zigotu parçaladığı için dinen kullanımının uygun olmadığını ifade etmektedir. Dinin kendisi ve ailesi için çok önemli olduğunu belirten bir başka kadın tüplerin bağlanmasının dini açıdan kendini bilerek ve isteyerek kısırlaştırma olarak değerlendirildiğini ve bu nedenle bu yöntemle gebelikten korunmanın dinen uygun bulunmadığını ve günah sayıldığını dile getirmektedir. RİA'nın ve tüplerin bağlanması yönteminin dinen uygun olmadığını belirten bu kadınlar, implantla gebelikten korunmanın dini açıdan daha uygun olduğunu vurulmaktadır.

Araştırmamıza katılan kadınlar, dini inanç durumlarının isteyerek düşük yapma kararları üzerinde bir etkisinin olup olmadığından söz etmektedir. Dinin yaşamlarında önemli bir yere sahip olduğunu belirten bu kadınlar, dini açıdan

isteyerek düşük yapmanın çok büyük bir günah olduğunu açıklamaktadır. Dinin yaşamına yön veren en önemli değer olduğunu ve ikinci çocuğuna istemeden gebe kaldığını anlatan bir kadın, isteyerek düşük yapmayı hiç düşünmediğini, bunun dinimizde yerinin olmadığını, çocukların Allah'ın bize birer emaneti olduğunu, bu tür düşünceler içerisinde olunursa (gebeliği sonlandırmak gibi) Allah'ın bunun hesabını en sevdiğimiz bir başka kişi üzerinden soracağını, bu nedenle ikinci gebeliğini Allah'ın bir takdiri olarak gördüğünü ve şu anda ona sahip olduğu için çok mutlu olduğunu şu sözleri ile ifade etmektedir.

'Yok düşünmedim. Çünkü kürtaj dinimizde yok. Onun için de Allah bana başka bi yerden bunu sorar diye bunu Mevla Taala takdir etmiş ve vermişti. Ben bunu aldırırsam öbür çocuğumdan sorar diye. Mesela dinimiz diyo ki o çocuk benden size bi emanettir diyo. Eğer siz onu istemeyip de kürtaj etmek öyle bişeyler düşünürseniz diyo, aldirmek falan düşünürseniz diyo Allah diyo onu sizden alır. En sevdiğinizle alır diyo. Ve ben bunu düşündüğüm için ben bu çocuğu aldırırsam Allah bana kızımdan sorar. Ben bi de kızımda işte öyle dedikleri zaman dedim ki kesinlikle aldırmıcam bunu. O Allahın Takdiri dedim. Ve dediğim gibi işte. İyiki de olmuş. Çok da sevimli bi oğlum var yani ☺' (K4; 29 yaş, önlisans mezunu).

Üçüncü çocuğuna istemeden gebe kaldığını anlatan bir başka kadın da gebeliğini sonlandırmayı hiç düşünmediğini, çevresinde çok uğraşmasına rağmen bir türlü çocuk sahibi olamayan insanlar olduğunu, bu nedenle Allah'a şükrettiğini ve şu anda tekrar istemeden gebe kalsa yine de isteyerek düşükle sonlandırmayı düşünmeyeceğini dile getirmektedir. 4 yıldır hiçbir şekilde gebelikten korunmadığını açıklayan bir kadın gebelikten korunmamasına rağmen gebe kalmamasını 'Allah'ın nasip görmemesi' ile açıklamakta, gebe kalmaktan biraz korktuğunu ve eğer kalırsa doğum yapacağını belirtmektedir. Kadınlar, Allah'ın verdiği bir canı Allah'tan başkasının alamayacağını ve onu yok ederse öbür dünya da bunun hesabını veremeyeceğini dile getirmektedir. Ayrıca, çocuk sahibi olmak istemeyenlerin gebelikten korunmasının gerektiğini, ancak şu anda etkili bir şekilde gebelikten korunmadıkları için tekrar gebe kalsalar yine isteyerek düşük yapmayacaklarını,

Allah'ın o çocuğu vermesinde bir hayır olduğuna inandıklarını ifade etmektedir. Kadınlardan bazıları, farklı nedenlerle (maddi sıkıntılar, çocuk sayısının çok olması vb. gibi) isteyerek düşük yapan kadınların sonrasında manevi olarak çok yıkıma uğradıklarını ve psikolojik sıkıntılar yaşadıklarını dile getirmektedir.

Görüşme yapılan kadınlardan yalnızca biri, istemeden gebe kalırsa isteyerek düşük yapmayı tercih edeceğinden söz etmektedir. Dini değerlerin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu, namazlarını kıldığını, Kur'an okuduğunu ve dua ettiğini belirten bu kadın evliliği süresince hiç istemeden gebe kalmadığını, kalırsa da isteyerek düşük yapacağını, dinine düşkün birisi olarak isteyerek düşük yapmanın günah olduğunu bildiğini, ancak en büyük oğlunun yaşadığı psikolojik sorunlardan (davranış bozukluğu) diğer iki çocuğunun olumsuz etkilendiğini ve kendisinin çocuklara bakmakta zorlandığını, bu nedenle tekrar çocuk sahibi olmayı hiç istemediğini ifade etmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınlar, İslam mezheplerinin gebelikten korunma durumları üzerinde etkisinin olup olmadığından söz etmektedir. Görüşülen kadınların çoğunluğu, gebelikten korunmamaları ya da etkili bir yöntemle korunmamaları üzerinde mezheplerinin herhangi bir etkisinin olmadığını açıklamaktadır. Bu kadınlar, Hanefi mezhebinden olduklarını ya da mezhep kavramını bilmediklerini dile getirmektedir.

Kadınlardan bazıları, mezheplerinin gebelikten korunmamaları ya da etkili bir yöntemle korunmamaları üzerinde herhangi bir etkisinin olup olmadığını bilmediklerini belirtmektedir. Bu kadınlardan biri Hanefi mezhebenden, biri ise Şafi mezhebenden Hanefi mezhebine geçmiş bir kadındır.

Görüşme yapılan ve dinin yaşamında çok önemli bir yere sahip olduğunu belirten bir kadın, gebelikten korunmaması ya da etkili bir yöntemle korunmaması üzerinde mezhebinin etkisinin olup olmadığı sorulduğunda, mezhebine göre çocuk sahibi olmanın kurallarını açıklamaktadır. Hanefi kitaplarından okuduğuna göre, mezhep imamlarının bir çocuğun İslami şartlara uygun bir şekilde yetiştirilmesinin önemli olduğunu vurguladığını, buna göre eğer çocuğunu İslami değerlere uygun bir şekilde yetiştiremeyecek olanların çocuk sahibi olmamasını önerdiğini ifade etmektedir.

Eşinin Şafi mezhebinden olduğunu, kendisinin ise Hanefi mezhebinden olup evlendikten sonra Şafi mezhebine geçtiğini anlatan bir kadın ise eşinin akrabalarının kendisine Şafi mezhebine göre gebelikten korunmanın günah olduğunu söylediklerini, ancak kendisinin tüplerini bağlatmak konusunda kararlı olduğunu şu sözleri ile dile getirmektedir.

‘(Şafilerde gebelikten korunmayla ilgili özel bişey var mı?) Şöyle onlarda korunmak günahmış. Bana da dediler hani ‘Gorunma, şeyapma... Günah’ filan. Dedim ‘Huuuu. Olur’ dedim ‘Günah. Ben senede bir çıkartiyim. Senede bir çıkartiyim’ dedim. ‘Siz deli misiniz, nesiniz?’ dedim. Dedim ‘Yok. Ben bağlatıcam’ (K16; 36 yaş, ortaokul mezunu).

Sonuç olarak, karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınların istemeden gebe kalmamış olması, belirli bazı etkili yöntemlerle ilgili olumsuz duyumları/deneyimleri bulunması, bazı sağlık sorunlarının olması, etkili yöntemi başarılı bir şekilde kullanamaması veya bireysel nedenlerle belirli bir yöntemi kullanamadığında başka bir etkili yöntemle gebelikten korunma arayışı içerisinde olmaması ve *‘Allah verirse öyle de olur böyle de olur’* şeklindeki tutumu nedenleriyle kaderci yaklaşımı; etkili gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili dini inançları; ayrıca mahremiyetini koruma duygusuyla gebelikten korunma yöntemleri hakkında eşi, çevresindeki insanlar ve sağlık çalışanları ile konuşmaması, mahrem konuları araştırmaması AP gereksinimlerinin karşılanmasını etkilemektedir. Kadınların çoğu zaman eşi, çevresindeki insanlar hatta sağlık çalışanları da mahremiyet, din ve kadercilik anlayışı içerisinde olabilmektedir. Kadınların AP gereksinimlerinin karşılanmasını etkileyen bir diğer önemli faktör ise sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları ile hizmet sunumları, sağlık kurumlarının ve hizmetlerinin ulaşılabilirliği, sağlık kurumlarındaki teknik imkanlar ve malzeme durumunun yeterliliği gibi sağlık hizmetlerinden kaynaklanan sorunlardır.

Ana Tema 5: Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerini primer olarak ASM’lerden almayı ve buradaki sağlık çalışanları tarafından ev ziyaretleri yapılmasını istemektedir.

‘Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerini primer olarak ASM’lerden almayı ve buradaki sağlık çalışanları tarafından ev ziyaretleri yapılmasını istemektedir’ ana teması içerisinde, ülkemizdeki sosyal güvence hizmetleri, genel olarak sağlık bakımı hizmetleri ile ilgili görüş ve önerileri ile gebelikten koruyucu sağlık hizmetleri hakkındaki görüş ve önerilerinden bahsedilecektir.

Sosyal Güvence

Sosyal Güvencenin Yeterliliği: Araştırmamıza katılan kadınlar, ülkemizde sosyal güvencenin sağlık bakımı hizmetlerini karşılama durumundan söz etmektedir. Ülkemizde 31.05.2006 yılında çıkarılan ‘Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’ ile SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart şeklinde ayrılan tüm sosyal güvenlik kurumları tek bir çatı altında toplanmıştır (144). Günümüzde vatandaşlar, farklı kurumlara sosyal güvence primlerini yatırmakla birlikte, tüm sosyal güvenlik kurumlarının sundukları hizmet ve olanaklar birbirine benzer hale gelmiştir.

Araştırmamızda kadınlardan bazıları, sosyal güvencelerinin ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerini almada yeterli olduğunu ifade ederken, çoğunluğu sosyal güvence ile ilgili olarak yaşadıkları bazı sorunları dile getirmektedir. Sosyal güvencelerinin ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerini almada yeterli olduğunu ve herhangi bir sorun yaşamadıklarını dile getiren kadınlar arasında, sosyal güvencesi SSK, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart olan kadınlar bulunmaktadır. Bu kadınlar, şu ana kadar aile içinde çok ciddi bir sağlık sorunları olmamakla birlikte hem devlet hastanelerinde hem de özel hastanelerde tüm sağlık hizmetlerinden faydalanabildiklerini ve sosyal güvence ile ilgili bir sıkıntı yaşamadıklarını ifade etmektedir.

Kadınlardan bazıları ise, sosyal güvencelerinin özel hastanelerde verilen sağlık hizmetlerini karşılamada yetersiz kaldığını belirtmektedir. Bu kadınlar arasında, sosyal güvencesi SSK, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart olan kadınlar bulunmaktadır. Kadınlar, her yönden kaliteli bir sağlık hizmeti almak istedikleri için özel hastaneye gitmek istediklerini, ancak sosyal güvencelerinin burada verilen bütün hizmetleri karşılamadığını dile getirmektedir. Eşi asgari ücretle güvenlik görevlisi olarak çalışan bir kadın, eşinin sosyal güvencesi olan sigortadan faydalandıklarını ve

özel hastaneye gitmek istediklerinde ekstra para ödemek durumunda kaldıklarını şu şekilde açıklamaktadır.

'Sigorta. (Sence bu sosyal güvence bütün sağlık gereksinimlerinizi karşılıyor mu, yetersiz kaldığı noktalar var mı?) Bence var. Bir özel bir yere gitmeye kalksan ora ayrıyeten istiyor. Sigorta karşılamıyor diyorlar' (K24; 26 yaş, lise mezunu).

Ekonomik durumu yeterli olan bazı kadınlar, onlar için çocuk sahibi olmak çok özel bir durum olduğu için, özellikle gebelik izlemlerini yaptırmak ve doğum yapmak için özel hastaneleri tercih ettiklerini, bununla birlikte ekstra çok ücret ödemek durumunda kaldıklarını açıklamaktadır. Ekonomik durumu yetersiz olan kadınlardan bazıları ise, gebelik izlemlerini yaptırmak ve doğum yapmak için özel hastaneye gitmeyi istediğini ancak sosyal güvencesi burada verilen hizmetleri karşılamadığı için gidemediğini ifade etmektedir. Sosyal güvencelerinin özel hastanelerde verilen sağlık hizmetlerini karşılamada yetersiz kaldığını belirten kadınların hepsi 29 yaşın altında, 0-1-2 çocuk sahibi kadınlardır.

Ekonomik durumunun yetersiz olduğunu belirten kadınlardan bazıları, eczaneye ilaç almak için gittikleri zaman karşılaştıkları birikmiş muayene ücretlerini ödemekte zorlandıklarını ifade etmektedir. Bu kadınlar arasında sosyal güvencesi SSK ve Emekli Sandığı olan kadınlar bulunmaktadır. Kadınlar, eczaneye ilaç almaya gittiği zaman birikmiş, yüklü miktarda muayene ücreti ile karşılaştıklarını, hem birikmiş muayene ücreti hem de ilacın ücretinin belli bir miktarını ödemek durumunda kalmalarından dolayı sıkıntı yaşadıklarını dile getirmektedir. Muayene ücretlerini ödediğinde ilacı alacak parasının kalmadığını belirten bazı kadınlar, bazen reçeteyi işleme koymadan ilacın ücretinin tamamını ödemeyi daha uygun bulduklarını açıklamaktadır.

Ekonomik durumunu yeterli ya da yetersiz olarak algılayan kadınlardan bazıları ise, sosyal güvencelerinin bazı ilaçların ücretlerini hiç ödemediğinden, bazı ilaçların ücretlerini ise kısmi olarak ödediğinden şikayet etmektedir. Bu kadınlar arasında sosyal güvencesi Bağ-Kur ve SSK olan kadınlar bulunmaktadır. Sosyal güvencelerinin Bağ-Kur olduğunu belirten bir kadın, Bağ-Kur primlerini düzenli olarak yatıramadıkları için ücretsiz olarak muayene olabildiklerini fakat ilaçlar için

para ödemek durumunda kaldıklarını açıklamaktadır. Sosyal güvencelerinin SSK olduğunu belirten bir kadın, sigortanın bazı önemli hastalıklarda (kanser gibi) kullanılan pahalı ilaçların ücretini karşılamadığını, diğer ilaçların ise belirli bir oranını karşıladığını, bu nedenle ilaçların ücretini ödemekte zorlandıklarını şu sözleri ile dile getirmektedir.

‘Eşimden dolayı sigortamız var. (Peki bu sigorta sizce, sizin bütün sağlık gereksinimlerinizi karşıladığını düşünüyö musunuz, yetersiz kaldığı noktalar var mı?) Bana göre kalmıyo. Ama kalan kısımları görüyorum çünkü esnaflık yapıyorum, sigortanın karşılamadığı birçok ilaç varmış, benim çünkü ailemde iki ablam, bir yengem kanser hastası. Ve sigortanın karşılamadığı ilaçlar varmış. Bende yok ama bende de olabilirdi, ben nasıl alacaktım o zaman parayla. Ki artı şu ilaçların yüzdesini bile ödemekte zorlanıyorum bazen. Bi sürü raporum var o raporlu olduğum halde yani bir gidiyorum eczaneye 50-60 milyon para çıkıyor. Yani.. Karşılamadığı kısımlar var sigortanın’ (K20; 42 yaş, lise mezunu).

Ekonomik durumu yetersiz olan bir kadın, sosyal güvencelerinin SSK olduğunu, bu sosyal güvence ile kızının diyabet pompasını eskiden ücretsiz alabilirken şu anda ücret ödemek durumunda kaldığını ve kızının diğer ilaçlarının da ücretliye dönmesinden endişelendiğini dile getirmektedir.

Ekonomik durumunu yeterli olarak algılayan bir kadın, sosyal güvencelerinin Bağ-Kur olduğunu, bu sosyal güvencenin hastanelerde yapılan bazı testlerin (süt, domates, peynir gibi bazı alerji testlerinin) ücretini karşılamadığını ve bu konuda kendisi gibi başkalarının da sıkıntı yaşayabileceğini düşündüğünü dile getirmektedir.

Ekonomik durumunu yeterli olarak algılayan diğer bir kadın, sosyal güvencelerinin SSK olduğunu, bu sosyal güvenceyi diş implantı ücretini karşılamadığı için yeterli bulmadığını açıklamaktadır.

Ekonomik durumunu yeterli olarak algılayan, ortaokul mezunu bir kadın, sosyal güvencelerinin SSK olduğunu belirtmekte ve hastane ücretlerinin sigorta tarafından karşılanabilmesi için gerekli prosedürlerin çok fazla ve yorucu olduğunu ifade etmektedir. Kısa bir süre önce çocuğu merdivenlerden düştüğü için hastaneye

gittiklerini ve çocuğunun ameliyat edildiğini anlatan bu kadın, hastaneye yatış işlemlerinin kolay olmasıyla birlikte, taburculuk sırasında ücretlerin sigorta tarafından karşılanabilmesi için bir gün boyunca birçok evrak ve prosedürle uğraşmak durumunda kaldıklarını dile getirmektedir.

Sağlık Bakımı Hizmetleri İle İlgili Düşünceleri

Hastanelerde Verilen Sağlık Bakımı Hizmetleri: Araştırmanıza katılan kadınlar, şu anda ülkemizdeki hastanelerde verilen sağlık bakımı hizmetleri ile ilgili düşüncelerinden söz etmektedir. Kadınlardan bazıları, ülkemizde genel olarak hastanelerde verilen sağlık bakımı hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerinden bahsetmektedir. Hastanelerde verilen hizmetlerden memnuniyetlerini dile getiren kadınlar ilköğretim, lise ve önlisans mezunudur. Kadınlar, bazen beklemek durumunda kalmakla birlikte genel olarak hastanelerde verilen sağlık bakımı hizmetlerinden memnun kaldıklarını, bununla birlikte ülkemizde bazı hastanelerde verilen sağlık bakımı hizmetlerinin iyi olmadığını bildiklerini, ülkemizde hastanelerde verilen sağlık bakımı hizmetlerinin bazı eksiklikleri olmakla birlikte birçok ülkeye göre iyi düzeyde olduğunu düşündüklerini belirtmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınlar, hastanelerden sağlık bakımı hizmeti alırken yaşadıkları bazı sorun ve sıkıntıları dile getirmektedir. Kadınlardan bazıları, hastanelerin çok kalabalık olduğundan ve bu yüzden çok sıra beklemek zorunda kaldıklarından bahsetmektedir. Bu kadınlar lisans, önlisans, lise ve ortaokul mezunudur. Kadınlar, önceden randevu almış olsa bile poliklinik önünde en az 1-2 saat beklemek durumunda kaldıklarını, çoğu zaman sıraya uyulmadan muayene için hasta alındığını, tetkik sonuçlarını doktora göstermekte zorlandıklarını, kimi zaman kalabalık nedeniyle bir süre bekledikten sonra oradan hiçbir hizmet almadan ayrılmak durumunda kaldıklarını ifade etmektedir. Yaşadıkları bu sorunlar nedeniyle hastane ortamlarına yönelik olumsuz bir algının oluştuğunu ve bu nedenle hastaneye gitmeyi hiç istemediklerini açıklamaktadır. Kadınlar, hastanelerdeki bu kalabalık nedeniyle sağlık çalışanlarının da hastalarına yeteri kadar zaman ayıramadıklarını ve çok verimli olamadıklarını vurgulamaktadır. Kadınlardan biri hastanelerdeki aşırı kalabalık sorununu şu sözleri ile dile getirmektedir.

‘Mesela hastane ortamına bi girdiğim zaman ben otomatikmen bi negatifleşiyorum. Yani çünkü baştan aşağı bi olumsuzluk var. Bi düzen yok. Bi polikliniğe gittiğin zaman yani randevu bile alsa bir saat iki saat orda bi bekliyorsun. Böyle bi sistem yok. Öyle.Çok kalabalık. Bi sıralama yok. Bişey yok. ...Yani bakıyorum şimdi mesela adam sonuç almaya gelmiş o da muayene sırası bekliyo, öbürü de muayene sırası bekliyo, randevu almış o da sıra bekliyo, herkes sıra bekliyo. Ben böyle bişey görmedim. Artık hastaneye gitmek bile istemiyorum. Ben dün mesela doğum için yani kasıklarım ağrıyo benim bu sıralar eee ağrıyodu. Onun için bi gidiyim dedim inan gittiğime pişman oldum. Randevu almıştım, hatta iki ay önceden randevu almıştım yani gittiğime pişman oldum. Bekliyorsun orda..’
(K4; 29 yaş, önlisans mezunu).

Kadınlardan biri, hastaneye yatış ve taburculuk prosedürlerinin çok fazla olmasından ve bu nedenle çok uzun sürmesinden şikayet etmektedir. Ortaokul mezunu olan bu kadın, oğlu merdivenlerden düştüğü için hastaneye gittiklerini, çok fazla hastane yatışı ve taburculuk prosedürleri ile karşılaştıklarını ve bu nedenle işlemlerin çok uzun sürdüğünü açıklamaktadır.

Kadınlardan ikisi, hastanelerdeki hijyen yetersizliği probleminden söz etmektedir. Ortaokul mezunu olan bir kadın, özellikle bir ‘Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde kullanılan aletlerin ve muayene masalarının çok kirli olduğunu ifade etmektedir. Lisans mezunu olan bir başka kadın ise hastanelerdeki emzirme odalarının çok küçük ve hijyen yönünden çok yetersiz olduğunu belirtmekte, küçük bir odanın içinde bazı annelerin bebeklerini emzirmeye çalıştığını, bazılarının altını değiştirdiğini, ayrıca hasta ve sağlam bebeklerin bir arada bulunduğunu şu sözleri ile belirtmektedir.

‘...Ve hastanelerde özellikle emziren annelerin odasının çok hijyensiz olduğunu düşünüyorum. Çok kötü, felaket küçücük bir yer, küçücük bir yere üç dört kişi giriyor. Kimi altını değiştiriyor, kimi emziriyor, kimi hasta, susturmaya çalışıyor. Küçücük bir yer, hele P.

Hastanesinin'nin şuradan daha küçük, belki siz biliyorsunuzdur.
Hastanelerin en kötü tarafı o' (K29; 27 yaş, lisans mezunu).

Kadınlardan biri, hastanelerdeki odaların çok karışık ve yönlendirmelerin ise yetersiz olduğundan söz etmektedir. Önlisans mezunu olan bu kadın hastane odalarının çok karışık olduğunu, hastane çalışanlarının (sekreter ya da personel) ise bu konuda insanları doğru bir şekilde ya da yeteri kadar yönlendirmediklerini düşündüğünü, eğitilmiş bir insan olarak kendisinin bile hastanede aradığı yeri bulmakta çok zorlandığını, köyden gelen birinin bu konuda daha çok sıkıntı çekeceğini, bu nedenle hastane çalışanlarının daha çok yardımcı olmasının ya da farklı şekilde çözümlerin bulunmasının gerektiğini anlatmaktadır.

Kadınlardan biri, hastanelerde kullanılan bazı cihazların sayıca yetersiz veya bozuk olduğundan söz etmektedir. Lise mezunu olan bu kadın hastanelerde (örneğin göz muayenesi için) çok özel cihazlar olduğunu, ancak bu cihazlar sayıca az ya da bazen bozuk olduğu için çok sıra beklemek durumunda kaldıklarını, bu cihazlardan daha fazla olsa hastalıkların daha hızlı tedavi olacağına ve böylelikle hasta sayısının azalacağına inandığını ifade etmektedir.

Görüşülen kadınlardan bazıları, kamu hastaneleri yerine özel hastanelerden sağlık hizmeti almayı tercih ettiklerinden ve bunun nedenlerinden söz etmektedir. Bu kadınlar ortaokul, lise ve önlisans mezunudur. Kadınlar, genel olarak kamu hastanelerinde (Tıp Fakültesi, Devlet Hastanesi vb.) kalabalık nedeniyle uzun süre beklemek zorunda kaldıkları için, doktorların kendileri ile yeteri kadar ilgilenmediklerini düşündükleri için, hastaya karşı tavır ve davranışlarından rahatsız oldukları (konuşurken yüzüne bakmama, sorulara cevap vermeme ya da azarlar tarzda cevap verme gibi) için, bazı hastane prosedürlerini doğru bulmadıkları için (gebelik muayenesi sırasında eşini muayene odasına almama, bebeğin ultrason görüntüsünü vermeme), hizmetleri ve olanakları daha iyi olduğu için özel hastaneye gitmeyi tercih ettiklerini açıklamaktadır.

ASM'lerde Verilen Sağlık Bakımı Hizmetleri: Araştırmamıza katılan kadınlar, ASM'lerden memnuniyet durumlarından söz etmektedir. Kadınlardan bazıları, ASM'de verilen hizmetlerden memnun olduklarından bahsetmektedir. Bu kadınlar hiç eğitim almamış, ilköğretim, ortaokul, lise ve önlisans mezunudur. Kadınlar, ASM evlerine yakın olduğu için her istediklerinde gelebildiklerini, aile hekimini ve

hemşiresini sevdiklerini, kendilerine çok nazik davrandıklarını, onlarla her sorunlarını rahatlıkla konuşabildiklerini ve onlardan öneri alabildiklerini dile getirmektedir. Kadınlardan biri ASM’de verilen hizmetlerden memnuniyetini şu sözleri ile açıklamaktadır.

*‘He he he he. Burdan çohh memnundur. (Burda neler var güzel?)
Güzel dohtor burda. Dili hoştir. Hemşirenin dili hoştir. Fırça atmıyor.
O da çoh güzel’ (K17; 39 yaş, hiç eğitim almamış).*

Kadınlardan bazıları, ASM’de verilen hizmetlerden memnun olmadıklarından söz etmektedir. Bu kadınlar ortaokul ve lise mezunudur. 5 yaşında bir çocuk annesi olan bir kadın, çocuğu hasta olduğunda hastanede sıra beklememek için ASM’ye gelmeyi tercih ettiğini, ancak buradaki doktorun çocuk hastalıkları uzmanı olmadığı için çocuğu yüzeysel bir şekilde muayene ettiğini ve geri gönderdiğini, bu nedenle yeteri kadar ilgilenilmediğini düşündüğünü, ayrıca çocuktan kan alınmasını gerektiren durumlarda ASM’de kelebek set bulunmadığını ve bu gibi nedenlerle ASM’de verilen hizmetleri yetersiz bulduğunu ifade etmektedir. 45 yaşında, fibromiyalji rahatsızlığı nedeniyle çok fazla ağrısının olduğunu ve birçok ilaç kullandığını belirten diğer bir kadın ise ASM’ nin sadece ilaç yazdırmak için kullanılan bir yer olduğunu düşündüğünü, bunun dışında hastalandığı zaman buradaki doktorundan istirahat raporu alamadığını, sürekli kullandığı ilaçların raporlarını ASM’den çıkartamadığını ve bu nedenlerle burada verilen hizmetleri yetersiz bulduğunu şu sözleri ile dile getirmektedir.

‘Tabi ki yetersiz yani burası. Neden böyle düşünüyorum? Ne bileyim yani mesela rahatsızlandığım zaman geleyim ben burada rahatlıkla mesela ilacımı yazdırdığım gibi rahatlıkla raporumu alayım gideyim mesela. Ben bunların sıkıntısını çok yaşıyorum mesela fibromiyalji hastası olarak. Her şey için mesela hastaneye gidilmesin diyorum. Mesela ne bileyim bir ilacın raporu en azından buradan çıksın, her şey hastaneye koşturuyoruz. Yani burası sadece bir ilaç deposu gibi kullanılıyor’ (K30; 45 yaş, lise mezunu).

Sağlık Çalışanları ile ilgili Görüşler: Araştırmamıza katılan kadınlar, sağlık kurumlarında karşılaştıkları sağlık çalışanları ile ilgili görüş ve düşüncelerinden söz etmektedir.

Kadınlar, ‘hastanelerde’ çalışan bazı hemşirelerin verdikleri sağlık bakımı hizmetlerinden memnun kaldıklarını açıklamaktadır. Bu kadınların eğitim durumu ilkokul, ortaokul, lise ve önlisansdır. Kadınlar, bu hemşirelerle ihtiyaç duydukları her şeyi rahatlıkla konuşabildiklerini ve sorularını sorabildiklerini, hemşirelerin kendilerini dinlediklerini ve gerekli eğitimleri verdiklerini, kan alma vb bakım hizmetlerini sunduklarını, doğum yaptığında kendisini yalnız bırakmadıklarını, bebeğinin mamasını yedirdiklerini, gazını çıkardıklarını, burnunu temizlediklerini, tüm bunları yaparken cana yakın ve gülyüzlü davrandıklarını ve bu nedenle hemşirelerin sundukları hizmetlerden memnun olduklarını ifade etmektedir. Kadınlardan biri hemşirelerden memnuniyetini şu sözleri ile açıklamaktadır.

‘Hemşirelerden beklentilerim... Yani şeyettiğim zaman gene onlar da bi destek oluyo. Yani şeyettiğim zaman hemen gan alıyolar. Bişey istediğin zaman bilgisini veriyolar, bi şey söylediğin zaman. Ne biliyim iyi yani, öyle yani. Başka da bilmiyom 😊😊’ (K6; 41 yaş, ilkokul mezunu).

Kadınlardan bazıları, ASM’de çalışan hemşirelerin verdikleri sağlık bakımı hizmetlerinden memnun olduklarından söz etmektedir. Bu kadınlar ortaokul ve lise mezunudur. Kadınlar, ASM’deki hemşirelerin hastaları ile güzel bir şekilde ilgilendiklerini, ihtiyaç duydukları konularda onları bilgilendirdiklerini, özellikle doğum sonu dönemde gebelikten korunma yöntemleri ve enfeksiyonu önleme kuralları hakkında bilgi verdiklerini, bu dönemde sürekli telefonla arayıp durumlarını değerlendirdiklerini dile getirmektedir.

Kadınlardan biri, bazı hemşirelerin hastalarını yeteri kadar önemsemediklerinden ve ilgilemediklerinden bahsetmektedir. Bu kadının eğitim durumu ortaokuldur. 9 ay önce doğumunu yaptığı bir ‘Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin doğum sonu kliniğindeki hemşirelerin hastaları ile ilgilenmediklerini, hastalara yönelik tutum ve davranışlarının güzel olmadığını ve

annelere bebeklerini almaları konusunda emir verir tarzda ve bağırarak toplu çağrıda bulunduklarını belirtmektedir.

Kadınlar, 'hastanelerde' çalışan bazı doktorların verdikleri sağlık bakımı hizmetlerinden memnun olduklarından söz etmektedir. Bu kadınlar ortaokul ve lise mezunudur. Lise mezunu kadın, anemi sorunu nedeniyle gittiği bir devlet hastanesindeki dahiliye doktorunun tedaviden önce anemiye sebep olan faktörleri bulmak istediğini belirttiğini, bu nedenle bu dahiliye doktoruna çok saygı duyduğunu, onun bilgisine ve deneyimine güvendiğini açıklamaktadır. Ortaokul mezunu kadın ise küçük oğlunun kalbinde delik olduğunu, bu nedenle uzun süre ameliyat edilmeden ilaç tedavisi gördüğünü, 3 yıl önce kendi imkanları ile araştırıp buldukları bir 'Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki doktorun ise oğlunu ameliyat ettiğini ve şu anda sağlık durumunun iyi olduğunu, bu nedenle bu doktorun bilgi ve deneyiminin iyi olduğunu düşündüklerini ve ondan aldıkları hizmetten memnun olduklarını ifade etmektedir.

Kadınlar, bazı doktorların hastalarını yeteri kadar önemsemediklerinden ve ilgilemediklerinden bahsetmektedir. Bu kadınlar hiç eğitim almamış, ilkokul, ortaokul, lise, önlisans ve lisans mezunudur. Kadınlar, doktorları hem verdikleri bakım hizmetleri hem de iletişim tarzları yönünden değerlendirmektedir. Kadınlar bakım hizmetleri yönünden doktorların; çok acil olsa bile onları umursamadıklarını, hastaya çok az zaman ayırdıklarını ve bir an önce işini bitirip gitmeyi düşündüklerini, kadının söylediklerini dinlemedikleri için yanlış test yaptırdıklarını veya yanlış yönlendirdiklerini, kadından bilgi almak için hiç soru sormadıklarını, fiziksel muayene etmediklerini ve doğrudan reçete yazdıklarını, hastanın sorularına cevap vermek istemediklerini, herhangi bir soruya cevap vermesi için başkasına yönlendirdiklerini ve yeteri kadar açıklama yapmadıklarını belirtmektedir. Kadınlar iletişim tarzları yönünden doktorların; konuşurken hastanın yüzüne bakmadıklarını, çok resmi davrandıklarını, sert ve azarlayıcı bir tarzda iletişim kurduklarını, kadının söylediklerini dinlemediklerini, dikkate almadıklarını ya da işine karışma olarak değerlendirdiklerini, hasta soru sorduğunda sıkıldığını gösteren davranışlar sergilediklerini ya da azarlayarak cevap verdiklerini, hastaya karşı (çok çocuk sahibi olduğu için) önyargılı ve aşağılayıcı davrandıklarını, 3-4 saat acil serviste bekletip daha sonra başka bir hastaneye gitmesini söylerken çok rahatsız edici bir tavır

takındıklarını dile getirmektedir. Kadınlar, nasıl bir muamele ile karşılaşacaklarını bilemedikleri için hastaneye gitmekten çekindiklerini, rahat ve doğru bir iletişim kuramadıkları için birçok şeyi anlayamadıklarını, doktorlar hastalarını güzel bir şekilde dinlemedikleri için tekrar gitmek zorunda kaldıklarını ve zaman kaybına sebep olduklarını, bu nedenle doktorların hastalarını iyi bir şekilde dinlemesinin ve doğru şekilde, doğru yere yönlendirmesinin gerektiğini belirtmektedir.

Kadınlardan bazıları ise genel olarak sağlık çalışanlarının hastalarını yeteri kadar önemsemediklerinden ve ilgilenmediklerinden bahsetmektedir. Bu kadınlar ilkokul, ortaokul, lise ve önlisans mezunudur. Kadınlar, sağlık çalışanlarının hastalarını yeteri kadar önemsemediklerini ve onlarla ilgilenmediklerini, kendi aralarında bile birbirleriyle olan iletişimlerinin kötü olduğunu, hastalara iyi davranmadıklarını, onlarla azarlar şekilde ve emir verir tarzda konuştuklarını, jinekolojik muayeneye hazırlanırken anlayış ve sabır göstermediklerini, aşağılayıcı ve hakaret içeren sözler sarf ettiklerini dile getirmektedir. Kadınlardan biri, bir ‘Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ndeki jinekolojik muayene sırasında sağlık çalışanlarından gördüğü olumsuz muameleyi şu şekilde açıklamaktadır.

‘...Hastanelere falan gittiğimde hiç iyi davranmıyorlar zaten. Zekai Tahir’i bilirsiniz siz de hocam. Orası çok kötüydü ilk başta. Zaten sürekli bir de azarlıyorlardı. Kadınlara falan mesela hiç iyi davranmıyorlar. Mesela konuşurken mesela yani ne bileyim onu iyice anlamam lazım. Mesela o samimiyetliğini göstermesi lazım bir doktorun. Ama hiç kimse de öyle yok. Azarlayarak ‘şunu yap bunu yap böyle yap, şuraya otur’. Mesela alt konusunda, alt tedavisi yapılırken bile aşırı derece soğuklar. Hani kötüler. Yok şöyle oturacaksın, yok böyle oturacaksın. Sanki ben ilk defa, yüz defa mı oturuyorum oraya. Otururken falan aşırı derecede çok şey yapıyorlar. Kızıyolar yani çok tersler o konuda. Hiç memnun değilim yani. Kendilerini düzeltsinler’ (K22; 22 yaş, ortaokul mezunu).

Sağlık Bakımı Hizmetleri İle İlgili Önerileri

Araştırmamıza katılan kadınlar, ülkemizdeki sağlık bakım hizmetleri ile ilgili önerilerinden söz etmektedir. Kadınların, hastaneler ve ASM'lerde verilen sağlık bakımı hizmetleri ve sağlık çalışanları ile ilgili önerileri bulunmaktadır.

Hastaneler ile ilgili Önerileri: Kadınlar, 'hastanelerdeki' sağlık bakım hizmetleri ile ilgili önerilerini açıklamaktadır. Görüşülen kadınlardan bazıları, kamu hastanelerinin hijyen, konfor ve sağlık çalışanlarının kişilerarası iletişimi yönünden özel hastanelere benzer bir hizmet anlayışına sahip olunmasını istediklerinden bahsetmektedir. Bu kadınlar lise mezunudur. Kadınlar, devlet hastanelerinin de özel hastaneler gibi daha temiz olmasının, sağlık çalışanlarının hastalar ile daha iyi bir iletişim tarzı içerisinde olmasının ve daha kaliteli hizmet vermesinin gerektiğini ifade etmektedir. Kadınlardan biri kamu hastanelerinden bu beklentilerini şu şekilde açıklamaktadır.

'Önerilerim neler? Devlet hastanelerinin daha iyi şartlarda olmasını isterdim. Daha hijyenik olmasını isterdim. Yani devlet hastanelerindeki insanlara insan gibi davranılmıyo bence. Farklı şekilde davranılıyo. Bi ses yükseltiyolar, yüzüne bakmıyolar, bişey sorduğunda ben birçok kez denk geldim ama ilgilenmiyolar, doktora bişey soruyosun yüzüne bakmıyo. Tersleyebiliyo. Oysaki hiç bi hakkı yok buna çünkü o doktor da o insanlar sayesinde parasını kazanıyo. İıuu yani özel hastanelere gerek kalmamalı diye düşünüyorum hani o kadar fazla. Tamam özel hastaneler kadar da olamaz devlet hastanesi. Ama daha iyi şartlarda da olabilir diye düşünüyorum yani' (K1; 24 yaş, lise mezunu).

İlkokul mezunu bir kadın ise özel hastanelerle bir kıyaslama yapmamakla birlikte kamu hastanelerinin ameliyathane, hasta odası gibi birimlerinin daha temiz ve gerektiğinde steril olmasını istediğinden bahsetmektedir.

Kadınlardan bazıları, şehirdeki birçok hastanede her zaman aşırı bir yoğunluk olduğundan, bu nedenle muayene olmak vb. hizmetleri almakta sürekli sıkıntı yaşadıklarından ve hatta hizmet alamadıklarından, bu sorunun çözülmesini

istediklerinden bahsetmektedir. Bu kadınlar ortaokul ve önlisans mezunudur. Önlisans mezunu olan kadın ülkemizin başkenti olan bir büyükşehirde yaşadığımız için, buradaki hastanelerde aşırı bir yoğunluk ve kalabalık olduğunu, bir Üniversite Hastanesi ya da Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinden hizmet alabilmek için en yakın bir ay sonraya randevu alınabildiğini ya da hiç hizmet alınamadığını, bu sorunun devlet ve hastane yönetimleri tarafından çözülmesinin gerektiğini dile getirmektedir. Ortaokul mezunu ve 24 haftalık gebe olan kadın ise Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma hastanelerinde gebe kadınların (Nonstres test) NST uygulaması için çok fazla sıra beklemek durumunda kaldıklarını, bu nedenle NST odası sayısının arttırılabileceğini şu şekilde ifade etmektedir.

‘...Çünkü yani gerçekten mesela bi oda varsa bi oda daha olması gerektiğini düşünüyorum mesela. Özellikle kadınlar çok bekliyo NST sırasında. Aşırı derecede çok bekliyo. Sıra çok bekliyolar mesela. Yani ne bileyim. Yani bunları düşünüyorum’ (K11; 29 yaş, ortaokul mezunu).

Kadınlardan bazıları, devletin sağlık hizmetlerine daha fazla bütçe ayırmasının gerektiğinden söz etmektedir. Bu kadınlar ilkokul ve lise mezunudur. Kadınlar böylelikle hastanelerin tıbbi teçhizat ve malzeme eksikliğinin tamamlanmasını; doktor sayısının daha fazla olmasını istediklerini dile getirmektedir.

Kadınlardan biri, Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi gibi kadınların sağlık hizmeti aldığı yerlerde erkeklerin bulunmamasını istediğinden söz etmektedir. Ortaokul mezunu olan bu kadın Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma hastanelerinde daha iyi bir sağlık bakım hizmetinin olmasının gerektiğini, ayrıca bunun gibi daha çok kadınların hizmet aldığı hastanelerde erkeklerin bulunmamasının gerektiğini belirtmektedir.

ASM’ler ile ilgili Öneriler: Araştırmamıza katılan kadınlar, ASM’lerdeki sağlık bakım hizmetleri ile ilgili önerilerinden söz etmektedir.

Kadınlardan bazıları ASM’lerin, toplumun sağlıkla ilgili eğitilmesi konusunda daha aktif olmasını istediklerini dile getirmektedir. Bu kadınlar lise ve önlisans mezunudur. Lise mezunu olan kadın, bilboardlarda ya da afişlerde sağlıkla ilgili bilgiler görmek ve sağlıkla ilgili yeni gelişmelerden haberdar olmak istediğini,

ASM'lerin ise bu konularda bilgiyi insanlara ulaştırmasının gerektiğini belirtmektedir. Kadınlardan biri, erkeklerin sağlık kurumlarına gitmeye ve sağlık ile ilgili konuları öğrenmeye çok açık olmadıklarını, bu nedenle kadınların sağlık konularında eğitilmesinin çok önemli olduğunu, böylelikle eşlerine de yardımcı olabileceklerini şu sözleri ile ifade etmektedir.

'Açıkçası eee gidildiği zaman hani bi bayan olarak söylüyorum erkekte kapalı kutu. Erkekler çok fazla eee şey değil. Paylaşmıyo... Ben onu gördüm. Çok nadirdir. Hep arkadaş çevresinden anladığım kadarıyla ya da büyüklerinden bilmem nelerinden öğrendiği kadarıyla paylaşıyorlar. Ama kadınlar bu konuda çok yetiştirilmeli diye düşünüyorum. Bilgi sahibi olmalı. Ki eşine de bu konuda bence biraz yardımcı olabilir. Çünkü her ne kadar erkek çok rahat bilmem ne dense de bence tam tersi. Kadın aslında daha rahat kendini ifade edebiliyo. Daha rahat da ihtiyaçlarını söyleyebiliyo. Daha rahat da gidebiliyo hastanelere, sağlık kuruluşlarına. Erkeğin ben şurda hiç görmüyorum ki erkek gelip de böyle bi rahatsızlığım var. Ya da bi sağlık kuruluşuna gittiğine ben hiç şahit olmadım. Çok afakidir yani giden' (K12; 46 yaş, önlisans mezunu).

Kadınlardan biri, ASM'de Kadın Hastalıkları alanında uzman 'kadın' bir doktorun olmasını istediğinden bahsetmektedir. Ortaokul mezunu olan bu kadın, özellikle jinekolojik sorunlar ve cinsellikle ilişkili konularda bir erkek doktorla konuşmak ya da muayene olmak istemediğini, eğer kadın bir doktor olursa kendisini daha rahat ifade edebileceğini ve muayene olabileceğini açıklamaktadır.

Kadınlardan biri, bazı laboratuvar tetkiklerinin ASM'de yapılabilmesini istediğinden söz etmektedir. Lise mezunu olan bu kadın, bazı laboratuvar tetkikleri için ASM'de kan alındığını ve bu kanın tetkik için hastaneye gönderildiğini, oysa ASM'de de bu tetkiklerin yapılabilmesinin gerektiğini ifade etmektedir.

Sağlık Çalışanları ile ilgili Önerileri: Araştırmamıza katılan kadınlar, 'sağlık çalışanları' ile ilgili bazı önerilerinden bahsetmektedir.

Kadınlardan bazıları, 'sağlık çalışanlarının' hastaları ile daha çok ilgilenmelerini ve daha iyi davranmalarını istediklerinden söz etmektedir. Bu

kadınlar ilkokul, ortaokul, lise ve önlisans mezunudur. Kadınlar, sağlık çalışanlarından ilgilenmeyen bir tavır, asık bir surat, kızma, azarlama, bağırma, çağırma gibi davranışlar görmek istemediklerini, hastaları ile daha çok ilgilenmelerini, daha özverili çalışmalarını ve daha vicdanlı, güleryüzlü, sabırlı ve anlayışlı davranmalarını beklediklerini; sorulara güzel bir şekilde ve tatmin edici yanıt vermelerini ya da açıklama yapmalarını istediklerini; tıbbi terimler kullanmadan hastanın anlayabileceği bir şekilde konuşmasını beklediklerini dile getirmektedir. Kadınlardan biri sağlık çalışanlarından bu beklentilerini şu şekilde açıklamaktadır.

‘Valla hemşirelerden de beklentimiz; soru sorulduğu zaman tatmin edici cevaplar vermesi. Öyle.. Güler yüzlü olmalarıDoktor da aynı şekilde.. Sabırlı olması, anlayışlı olması, anlatımı güzel olması, anlayacağımız dilde konuşması, tıp dilinde değil de bizim anlayacağımız dilde anlatması’ (K32; 42 yaş, lise mezunu).

Kadınlardan bazıları, ‘doktorların’ hastaları ile daha çok ilgilenmelerini ve daha iyi davranmalarını istediklerinden söz etmektedir. Bu kadınlar ilkokul, ortaokul ve lise mezunudur. Kadınlar, uykusundan kaldırıldığı için sinirlenen, bağırarak çağıran, hasta şikayetini anlatırken yüzüne bakmayan, soru sormayan, muayene etmeyen, sadece şikayetini dinleyip reçete yazan doktorlar istemediklerini; daha anlayışlı, ılımlı, sabırlı ve derdini anlatabilecekleri doktorların olmasını istediklerini ifade etmektedir. Bu kadınlar, doktordan, hastalığı ya da durumu hakkında kendisine açıklama yapmasını ve nelere dikkat etmesinin gerektiğini kendisine anlatmasını beklediklerini belirtmektedir. İlkokul mezunu ve 49 yaşında bir kadın sürekli hastalandığını ancak doktorlar ‘kötü birşey dicerler korkusuyla’ hastaneye gitmeye çekindiğini, bu nedenle onlardan sadece güleryüz ve anlayış beklediğini dile getirmektedir.

Kadınlardan bazıları, ‘hemşirelerin’ hastaları ile daha çok ilgilenmelerini ve daha iyi davranmalarını istediklerinden söz etmektedir. Bu kadınlar ilkokul, lise ve önlisans mezunudur. Kadınlar, hem iyi hem de kötü tavırlar sergileyen hemşirelerin olduğunu, ancak bütün hemşirelerin hastalarına iyi davranmalarını istediklerini, hastalarına daha çok ilgi göstermelerini, özellikle yaşlılar daha az bilgi sahibi

oldukları için onlarla daha çok ilgilenmelerini ve daha anlayışlı davranmalarını, güler yüzlü olmalarını, doğru yönlendirmelerini beklediklerini ifade etmektedir.

Kadınlardan biri, hastanede kaldıkları ve sağlık bakımı hizmetleri aldıkları sürece aynı doktordan veya sağlık çalışanından o hizmeti almayı sürdürmeyi istediğinden bahsetmektedir. Lise mezunu olan bu kadın ayaktan ya da yatarak tedavi için hastaneye gittiğinde tek bir doktordan hizmet almak istediğini ve farklı doktorlar tarafından değerlendirilmek ve hizmet almak istemediğini dile getirmektedir.

Gebelikten Koruyucu Sağlık Hizmetleri İle İlgili Görüşleri

Gebelikten Koruyucu Sağlık Hizmeti Almayı Etkileyen Faktörler:

Araştırmamıza katılan ve karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti almalarını etkileyen faktörlerden söz etmektedir.

Kadınlardan bazıları, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti almalarını etkileyen en önemli faktörün ‘eşleri’ olduğundan bahsetmektedir. Bu kadınlardan biri ortaokul mezunu ve daha önce kondom kullanmış, biri ise lise mezunu ve daha önce RİA ile gebelikten korunmuştur. Daha önce kondom ile gebelikten korunduklarını belirten kadın eşinin kondom kullanmak istemediğini, RİA ile gebelikten korunan kadın ise eşinin etkili bir yöntem ile gebelikten korunmasına izin vermediğini açıklamaktadır. Daha önce RİA taktırmış olan kadın, bunu eşinden gizli yaptığını ve tekrar etkili bir yöntemle gebelikten korunmaya karar verirse yine aynı şekilde eşine bilgi vermeyeceğini dile getirmektedir.

Kadınlardan ikisi, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti almalarını ‘ekonomik durumları’ ve ‘çocuk sayısı’ gibi birbiriyle ilişkili ailevi faktörlerin etkileyebileceğinden bahsetmektedir. Bu kadınlar ortaokul ve önlisans mezunudur. Ortaokul mezunu olan kadın, ekonomik durumlarının iyi olmadığını belirtmekte ve 5 çocuğu bulunmaktadır. Bu kadın evliliği süresince RİA, oral kontraseptif ve enjeksiyon yöntemleri ile gebelikten korunmayı denediğini, ancak yan etkileri nedeniyle bu yöntemleri kullanmayı bıraktığını açıklamaktadır. 1 yaşında olan son çocuğunu emzirmeyi bıraktıktan sonra tüplerini bağlatmayı düşündüğünü vurgulamaktadır. Önlisans mezunu olan kadın ise iki çocuk sahibi ve ekonomik durumunun yetersiz olduğunu belirtmektedir. Gebelikten koruyucu sağlık hizmeti

almayı etkileyecek en önemli faktörün ailenin maddi durumu olduğunu vurgulamakta ve diğer bazı ailesel faktörlerin de etkili olabileceğini dile getirmektedir.

Kadınlardan biri, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti almayı etkileyen faktörlerin ‘eşin tutumu’, ‘çevredeki insanlar’ ve ‘kadının fiziksel sağlık durumu’ olduğunu şu sözleri ile açıklamaktadır.

‘Faktör olarak bi kere eşin yaklaşımı, bir eş. Ondan sonra çevre ve artı fiziki yapı. Yani bi rahatsızlığı var mı, ne hissediyosun? Ben kendi adıma mesela rahatsız olmasaydım spiralden ya da haptan belki o şekilde o tedaviyle sürekli gidicektim yani. O yöntemi uygulayacaktım. Ama naptım hem spiralden rahatsızlık duydum hem haptan rahatsızlık duydum. Dolayısıyla başka bi arayış içersine girdim. Bu şekilde... Ama yıllarca spiralle korunmayı tercih eden insanlar var. Ben biliyorum yani çevremde çıkarttırıyo, atıyorum yarasını tedavi ettiriyo, tekrar spiral taktırıyo gibi. Bu yöntemi uygulayan insanlar var. Hap yöntemini de uygulayan insanlar var. Yani sürekli aynı yöntemle duran’ (K12; 46 yaş, önlisans mezunu).

Bu kadın, ilk doğumundan sonra 8 yıl RİA ile gebelikten korunduğunu, ikinci doğumundan sonra taktırdığı RİA’nın ise ağrı ve kanama ile birlikte yerinden düştüğünü belirtmektedir. Daha sonra 6 ay boyunca oral kontraseptif kullanan bu kadın uyku hali, uyuşukluk, kilo alma, cinsel isteksizlik sorunları nedeniyle hap kullanmayı bıraktığını açıklamaktadır. Kısa bir süre kondom ile gebelikten korunmayı denediklerini belirten bu kadın, kondomun eşinin ve kendisinin cinsel memnuniyetini olumsuz etkilediğini ve bu nedenle kullanmak istemediklerini dile getirmektedir. Bu kadın, son 14 yıldır bir arkadaşından öğrendiği takvim+geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmaya devam ettiğini belirtmektedir. Tüm bu nedenlerle, etkili gebelikten korunma yöntemlerinin kadının sağlığı üzerindeki etkisi; gebelikten korunma yöntemlerinin seçimi ya da sağlık üzerine etkilerine yönelik eşin yaklaşımı (kadının yaşadığı yan etkiler, kadının eşiyile birlikte olmak istememesi ya da cinsel memnuniyetsizlik yaratan yöntemlere bakış açısı yönünden) ve çevredeki insanların gebelikten korunma seçimleri ya da etkili yöntemlerle ilgili olumlu ya da olumsuz

deneyimlerinin bir ailenin etkili bir yöntemle gebelikten korunmasını etkileyebilecek faktörler olduğunu belirtmektedir.

Kadınlardan bazıları, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti almalarını etkileyen en önemli faktörün 'istemeden gebe kalmak' ya da 'gebelik şüphesi yaşamak' olacağından bahsetmektedir. Bu kadınlardan biri ilkokul mezunu ve daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamıştır. Diğeri ise ortaokul mezunu, daha önce RİA ve kondom yöntemleri ile gebelikten korunmuş, 3 yıldır ise geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmaktadır. Kadınların ikisi de evlilikleri süresinde istenmeyen bir gebelik yaşamadığını belirtmektedir. İlkokul mezunu olan kadın, ancak gebe kalırsa etkili bir yöntemle gebelikten korunmayı düşünebileceğini, ancak böyle bir ihtimali aklına bile getirmek istemediğini belirtmektedir. Ortaokul mezunu olan kadın ise, ancak gebe kaldığından şüphelenirse, önce ASM'ye gelerek gebelik testi yaptıracağını, eğer gebe değilse hastaneye başvurarak etkili bir yöntemle gebelikten korunmayı düşüneceğini açıklamaktadır.

Kadınlardan bazıları, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti almayı etkileyen en önemli faktörün bu konuda 'bilinçli olmak' olduğundan bahsetmektedir. Bu kadınlar ilkokul, ortaokul, lise ve lisans mezunudur. 26 yaşında, lisans mezunu ve daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış olan bir kadın, eşinin ve kendisinin gebelikten korunma konusunda biraz bilinçsiz davrandıklarını, çocuğun geleceğini fazla düşünmeden kadercı bir yaklaşım sergilediklerini şu sözleri ile dile getirmektedir.

'Yok aslında. Yani eşim de ben de biraz belki bilinçsiz davranıyoruz. Yani belki de gerçekten hani çocuğuna gelecek vadetmen lazım. Ama biz biraz daha hani olsun nasıl olsa Allah rızkını verir bi şekilde büyür gözüyle baktığımızdan heralde yani öyle yeterince korunmayı tercih etmiyoruz, neden bilmiyorum...' (K9; 26 yaş, lisans mezunu).

Kadınlardan bazıları, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti almamasının tamamen kendi hatası olduğunu, ASM'ye gelip sağlık çalışanlarına soru sormadığını ve bu konuda bir şey yapmadığını ve bu konuyu ihmal ettiğini ifade etmektedir. 27 yaşında, lisans mezunu ve daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmadığını belirten bir kadın, bazı insanların gebelikten korunma konusunu çok

önemsemediklerini, çocuk doğurduktan sonra onu çöpe bile atabildiklerini, bunun yerine bir sağlık kurumuna gidip gebelikten korunmayı tercih edebilecek iken, bilinçsiz oldukları için bu şekilde davrandıklarını, gebelikten korunma konusunda bireylerin kendilerinin de bilinçli davranmalarının gerektiğini, tek başına sağlık çalışanlarının bu konuda bir şey yapamayacağını dile getirmektedir. Bazen kondom bazen geri çekme yöntemi ile gebelikten korunan bazı kadınlar ise, kendilerinin gebelikten korunmaya yönelik sağlık gereksinimlerinin karşılanmadığını düşündükleri, eğer bu konuları araştırmacı ile daha önce konuşmuş olsaydı ya da bir doktor ya da hemşire kendisini biraz yönlendirseydi, bazen kondom bazen de geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmak zorunda kalmayacaklarını, daha bilinçli bir şekilde ve daha etkili olarak gebelikten korunmuş olacaklarını ifade etmektedir.

Kadınlardan biri, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti almasını etkileyen bir faktörün ‘sağlık çalışanlarına güvenmek’ olduğundan bahsetmektedir. Daha önce oral kontraseptif, RİA ve kondom yöntemleri ile gebelikten korunduğunu belirten bir kadın, gebe kalmaktan çok korktuğu için gebelikten nasıl korunacağını ASM’deki sağlık çalışanları ile konuşmayı düşündüğünü, ancak daha önce ileri bir yaşta olmasına rağmen kendisine oral kontraseptif verdikleri ve bu nedenle hipertansiyon hastalığı ortaya çıktığı için, tekrar sağlık çalışanları ile gebelikten korunma konusunda konuşmaya cesaret edemediğini şu sözleri ile ifade etmektedir.

‘Dediğim gibi. İlk başta bişey oldu. Hiç danışma felan yani korkuyla ben de yani düşünüyodum hani nası yapabilirim falan diye bi danıştım diye sağlık ocağına. Cesaret edemedim. Cesaretim olmadı. (Ne zaman bu?) Yenilerde. Hani bi soruyum dedim bu düzensizliğimden dolayı ama cesaretim olmadı. (Neden cesaretin olmadı N. Hanım?) İşte o tansiyon olayından sonra..’ (K10; 49 yaş, ilkokul mezunu).

Kadınlardan biri, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti almasını etkileyen bir faktörün ‘ASM’de uygun teknik donanım ve malzemelerin olması’ olduğundan bahsetmektedir. 36 yaşında, ilkokul mezunu olan ve 4 yıldır gebelikten hiçbir şekilde korunmayan bu kadın daha önce RİA ile gebelikten korunmuş ve ASM’nin AP polikliniğini ilk defa görmüş bir kadın olarak, burada AP polikliniği ve jinekolojik

muayene masasının bulunmasının çok hoşuna gittiğini, hastane uzak olduğu için her zaman oraya gitmenin mümkün olmadığını ifade etmektedir.

Gebelikten Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Verildiği Yerler:

Araştırmamıza katılan kadınlar, ‘gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği yerler’ ile ilgili görüşlerinden bahsetmektedir.

Kadınlardan bazıları, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği yerler ile ilgili görüşleri sorulduğunda, sadece bu hizmetlerin verildiği bazı yerleri bildiklerinden söz etmektedir. Bu kadınlardan biri daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış, ikisi ise daha önce kondom ile gebelikten korunmuştur. Daha önce kondom kullandıklarını belirten kadınlar, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinin hastanelerin AP polikliniklerinde ve ASM’lerde verildiğini belirtmektedir. Daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış olan kadın ise etkili gebelikten korunma yöntemlerinin ASM ve eczanelerden temin edilebildiğini bildiğini, hastanelerden temin edilip edilmediği konusunda bir fikrinin olmadığını ve daha önce böyle bir hizmet almadığı için bu yerlerle ilgili bir değerlendirme yapamadığını açıklamaktadır.

Kadınlardan biri, daha önce böyle bir hizmet almadığı için gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerle ilgili bir değerlendirme yapamayacağını dile getirmektedir. Bu kadın lise mezunu ve bazen kondom ile gebelikten korunmaktadır. Bir arkadaşından duyduğu kombine enjeksiyon yöntemi ile gebelikten korunmayı düşündüğünü açıklamaktadır.

Kadınlardan biri, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği ASM ile ilgili olumlu görüşlerinden söz etmektedir. Lise mezunu ve daha önce RİA ile gebelikten korunduğunu belirten bu kadın, gebelikten korunma konusunda daha önce sadece ASM’deki hemşiresi ile görüştüğünü ve burada almış olduğu hizmetten memnun olduğunu dile getirmektedir. Kadın, 3 yıl önce bir arkadaşının tavsiyesi ile taktırdığı RİA’yı ağrı ve aşırı kanama nedeniyle çıkartmak durumunda kaldığını açıklamaktadır. 16 ay önce yaptığı ikinci doğumunda sonra ASM’deki hemşiresi ile gebelikten korunma hakkında konuştuğunu belirten bu kadın, bu süreçte sürekli geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmuştur.

Kadınlardan bazıları ise, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği bazı yerlerle ilgili olumsuz görüşlerinden söz etmektedir. Bu kadınlardan biri

önlisans mezunu ve daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış, biri ortaokul mezunu, daha önce RİA, oral kontraseptif ve enjeksiyon yöntemleri ile gebelikten korunmuş, biri lise mezunu ve daha önce RİA, kondom ve enjeksiyon yöntemleri ile gebelikten korunmuş, biri ise ortaokul mezunu, daha önce oral kontraseptif ve kondom yöntemlerini kullanmıştır. Önlisans mezunu ve daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış olan kadın, daha önce gebelikten koruyucu sağlık hizmeti almak üzere bir ‘Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin AP polikliniğine gittiğini, oradaki doktordan deri altı kapsülü hakkında bilgi almak istediğini, ancak doktor kendisini doğrudan RİA ile gebelikten korunmaya yönlendirince, deri altı kapsülü hakkında bilgi almadan oradan ayrıldığını ifade etmektedir. Diğer üç kadın ise ASM’de RİA taktıramamaktan ve bunun için hastaneye gitmek zorunda olduklarından şikayet etmektedir. Bu kadınlar, ASM’nin evlerine yakın olduğunu, buradaki sağlık çalışanları ile daha sıcak ilişkiler içinde oldukları için her şeyi konuşabileceklerini ve sorunlarını anlatabileceklerini, bu nedenle ASM’de RİA taktırabilmek ve kontrol izlemlerini yaptırabilmek istediklerini belirtmektedir. Daha önce doğum kontrol hapı ve kondom yöntemlerini kullandığını belirten bir kadın kendisinin utandığı için gebelikten korunma konusunu kimse ile konuşmadığını, ancak çevresindeki insanlardan eskiden RİA’nın Sağlık ocaklarında taktırılabilirdiğini, şu anda ASM’lerde RİA taktıramamaktan ve bunun için hastanelerin AP polikliniklerine gitmek durumunda kalmaktan şikayet ettiklerini, ASM’lerde RİA taktırabilmenin ve kontrol izlemlerini yaptırabilmenin kendileri için daha kolay olduğunu söylediklerini şu şekilde ifade etmektedir.

‘Çok zor bir soruydu. Yanlış kişiye soruldu. Hani ben bu konuyu utanıp kimse ile konuşmadığım için bilmiyorum. Çevremdekiler de işte eskiden aletler Sağlık Ocağında takılıyor diye biliyorduk. Şu anda olmamasından, hastaneye gidip taktırmaktan şikayetçi olduklarını duydum. Ben yapmadım ama anlatanlardan duydum, işte daha kolay olduğunu, kontrollerin de Sağlık Ocaklarında yapıldığını söylüyorlardı. Şu anda böyle bir imkanın olmadığını, direkt hastanelere gittiklerini falan anlatıyorlar’ (K28; 29 yaş, ortaokul mezunu).

Gebelikten Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Yeterliliği: Araştırmamıza katılan kadınlar, ‘gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterlilik durumundan’ söz etmektedir.

Kadınlardan bazıları, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğundan, bu nedenle insanların gebelikten korunma konusunda yeteri kadar bilinç kazanamadıklarından ve istenmeyen gebelikler yaşadıklarından söz etmektedir. Bu kadınlardan 3’ü de lise mezunudur. Kadınlardan biri bazen kondom ile gebelikten korunduğunu, biri daha önce oral kontraseptif ve kondom yöntemleri ile gebelikten korunduğunu, biri ise daha önce RİA, oral kontraseptif ve kondom yöntemleri ile gebelikten korunduğunu belirtmektedir. Kadınlardan biri, gebelikten koruyucu sağlık hizmetleri yetersiz olduğu için birçok insanın istemeden ve bilinçsiz bir şekilde gebe kaldığını, kimsenin bu konuları bilmediğini, bilmedikleri için de ASM’ye ya da hastanelere gitmediğini dile getirmektedir. Diğer kadın, hastanelerde verilen gebelikten koruyucu hizmetlerin yeterli olduğunu düşünmediğini, kamu hastanelerinde özel hastanelerdeki gibi bir ilgi ve alaka durumunun söz konusu olmadığını ve insanların da gebelikten korunma hizmeti almaya meyilli olmadıklarını dile getirmektedir. Başka bir kadın ise gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğunu düşündüğünü, 3 yıldır ASM’ye gelip gittiğini ancak hiç kimse ile gebelikten korunma yöntemleri hakkında bir konuşma yapmadığını, bu nedenle görüşme sorularına cevap veremediğini ve eksik olduğunu hissettiğini, oysaki bu araştırma içeriğindeki gibi bir görüşmenin hoşuna gittiğini ve bilinç kazandığını şu sözleri ile belirtmektedir.

‘Yetersiz, hep yetersiz diyorum. (Nedir o yetersiz kaldığı noktalar neler?) Mesela şu an mesela soru sorduğunuz zaman belki de ben düzgün bir cevap vermiyorum. Niye? Tamam çok fazla belki hastaneye gitmediğim için. Yani bu tür şeylerle ilgili oturup konuşmadığım için olabilir yani, eksikim vardır mutlaka diye düşünüyorum. O kadar yani. İlk defa ben sizinle karşılaşıyorum burada (ASM). Üç senedir gelip gidiyorum buraya, ilk defa böyle bir insanla karşılaşıyorum ve hoşuma da gitti yani. (Daha önce hiç Aile Hekiminiz ya da hemşirenizle bu konuda konuşmanız?) Yok yok hayır, hiç olmadı, hayır’ (K30, 45 yaş, lise mezunu).

Kadınlardan biri, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğuna dair bir algısının olduğundan, bu nedenle gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik endişelerinin bulunduğu ve bu hizmetlere güvenmediğinden söz etmektedir. Daha önce RİA, kondom ve enjeksiyon yöntemleri ile gebelikten korunduğunu belirten bir kadın, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğunu ve kendi gereksinimlerini karşılamadığını düşündüğünü, yetersiz olarak algıladığı için bu hizmetlere yönelik endişelerinin bulunduğunu, bu nedenle gebe kalma korkusu yaşasa da gebelikten koruyucu hizmet almak istemediğini şu sözleri ile ifade etmektedir.

‘(Peki, gebelikten korunma anlamında sağlık gereksinimlerinin karşılandığını düşünüyor musun?) Düşünmüyorum, düşünmüyorum. Nedeni.. Yetersiz değil mi sizce, ondan.. Yetersiz olduğundan endişem. (Gebelik kaygısı, gebe kalma korkusu yaşıyorsunuz herhalde?) Yaşıyorum ama dediğim gibi kaldıysam aldırırım’ (K26; 33 yaş, ortaokul mezunu).

Kadınlardan biri, ASM’de gebelikten korunmaya yönelik malzemelerin yetersiz olduğundan söz etmektedir. 39 yaşında, lise mezunu ve daha önce kondom ile gebelikten korunduklarını belirten bu kadın, ASM’ye geldiği zaman gebelikten korunma yöntemleri hakkında konuşabileceği birisinin olmasını istediğini, ancak böyle birisini bulsa bile RİA taktırmak için gerekli donanımına sahip olmadıklarını ifade etmektedir.

Kadınlardan bazıları, gebelikten koruyucu hizmetlerin yeterliliği ile ilgili bir görüşlerinin olmadığından söz etmektedir. Bu kadınlar ortaokul ve lise mezunudur. Biri daha önce kondom ile gebelikten korunduğunu, biri daha önce oral kontraseptif ve kondom yöntemleri ile gebelikten korunduğunu, biri ise daha önce RİA, kondom ve enjeksiyon yöntemleri ile gebelikten korunduğunu belirtmektedir. Bu kadınlardan ikisi gebelikten korunma konusunu ilk kez bu çalışma kapsamında araştırmacı ile konuştuğunu, biri ise son bir senedir hiç hizmet almadığı için gebelikten koruyucu hizmetlerin yeterliliği ile ilgili bir fikrinin olmadığını dile getirmektedir.

Gebelikten Koruyucu Sağlık Hizmetleri Alanında Çalışanlar ile ilgili Görüşler: Araştırmamıza katılan kadınlar, ‘gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alanında çalışanlar’ ile ilgili görüşlerinden bahsetmektedir.

Kadınlar, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alanındaki bazı çalışanların tutum ve davranışlarından memnun kaldıklarından söz etmektedir. Bu kadınlar ortaokul ve lise mezunudur. Ortaokul mezunu olan kadın, bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin semt polikliniğinde çalışan kadın doktorun hastalarına yönelik tutum ve davranışlarının çok güzel olduğunu, lise mezunu olan kadın ise daha önce oturduğu bölgedeki ASM’nin sağlık çalışanlarının çok güler yüzlü olduğunu, onlara alıştığını ve çok sevdiğini, bu nedenle hala görüşmeye devam ettiğini dile getirmektedir.

Kadınlardan biri, gebelikten koruyucu hizmet alanında yer alan sağlık çalışanlarının gebelikten koruyucu yöntemlerle ilgili eğitimlerini ve bilgilerini yeterli bulduğundan söz etmektedir. 46 yaşında, önlisans mezunu ve daha önce RİA, kondom ve oral kontraseptif yöntemleri ile gebelikten korunduğunu belirten bu kadın, gebelikten koruyucu hizmet alanında yer alan sağlık çalışanlarının gebelikten koruyucu yöntemlerle ilgili eğitimlerini ve bilgilerini yeterli bulduğunu ifade etmektedir. Bu kadın, kendisinin gebelikten koruyucu hizmetleri bir ‘Özel Hastane’de çalışan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanı olan doktorundan aldığını açıklamaktadır.

Kadınlardan biri, gebelikten koruyucu hizmet alanında yer alan sağlık çalışanlarının eğitimini ve bilgisini yeterli bulmadığından, çünkü kadınları etkili bir şekilde yönlendirme ve ikna etme konusunda yetersiz olduklarından söz etmektedir. Daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış olan bu kadın, kendisinin gebelikten korunma konusunda sağlık çalışanlarından çok fazla destek görmediğini düşündüğünü, yalnızca doğumdan hemen sonra doktorunun emzirmenin gebelikten koruyacağını ve isterse RİA taktırabileceğini söylediğini, ayrıca ASM’deki hemşirelerin biraz kendisini bilgilendirdiğini, sağlık çalışanlarının gebelikten korunma konusunda kadınları etkin bir şekilde yönlendirme ve ikna etme konusunda yetersiz olduklarını düşündüğünü, görüşme sırasında gebelikten korunma konusunda birçok şeyi bilmediğini fark ettiğini şu sözleri ile dile getirmektedir.

‘Ya ben çok aslında şey almadım destek almadım. O yüzden çok da bilmiyorum. Bi tek doğum yaptığım doktorumun yönlendirmesi oldu.

Bi de iğnelere geldikçe bu sağlık ocağındaki hemşirelerin. Ama onlarda da çok konuşmadık bu konuyu. Doktorum sütün koruyacağını söyledi, onun haricinde de yani spiral takabileceğini söyledi. (Sağlık personelinin eğitim ve bilgisi yeterli mi sizce?) Değil çünkü yeterli olsa bi şekilde ee hani karşı tarafı ikna etme, yönlendirme daha etkili olur, etkin olur. Bi şekilde benim burda ikna etmiş olsalardı ya ben derdim ki evet hani çok hakimler bu konuda. Öyle bi şey olmadı... Gerçi siz sordukça ben şoklanıyorum. Evet hiç birini bilmiyorum, nasıl önlediğini bilmiyorum' (K9; 26 yaş, lisans mezunu).

Kadınlardan bazıları, sağlık çalışanlarının gebelikten koruyucu yöntemlerle ilgili yeterli bir şekilde bilgilendirme yapmadıklarından söz etmektedir. Bu kadınlar ilkokul ve ortaokul mezunudur. Kadınlardan biri daha önce oral kontraseptif, RİA ve kondom yöntemleri ile gebelikten korunduğunu, biri daha önce kondom ve RİA ile gebelikten korunduğunu, biri ise bazen kondom kullandıklarını dile getirmektedir. 49 yaşında ve ilkokul mezunu olan bir kadın, 5 yıl önce ileri bir yaşta oral kontraseptif kullandığı sırada hipertansiyon hastalığı ortaya çıktığı ve sağlık çalışanlarının böyle bir durumda ne yapması gerektiği konusunda kendisini bilgilendirmediği için biraz kızgın olduğunu ifade etmektedir. Ortaokul mezunu diğer bir kadın, kendisinin gebelikten korunma gereksiniminin kısmen karşılandığını düşündüğünü, bu noktada yöntemlerin dikkatli ve doğru bir şekilde kullanılmasının önemli olduğunu ve sağlık çalışanlarının yöntemlerin kullanım kurallarını eksiksiz ve doğru bir şekilde öğretmesinin gerektiğini vurgulamaktadır. Bazen kondom kullandıklarını belirten kadın, kendisinin gebelikten korunma ihtiyacının karşılandığını düşünmediğini, eşinin kondomu doğru bir şekilde kullanamadığını, her ay adetinin geciktiğini ve gebe kalma korkusu yaşadığını, bu nedenle gebelikten korunma hizmetini eşi ile birlikte almalarının gerektiğini şu sözleri ile belirtmektedir.

(Peki siz bu gebelikten korunmaya yönelik ihtiyacınızın karşılandığını düşünüyo musunuz?) Düşünmüyorum. Eşim konusunda hiç düşünmüyorum yani karşılamıyor doğru düzgün yani. Eşim de yaparsa çok iyi olur (gülüyor). İkimiz beraber yaparsak mesela, karşılarırsak kafam rahatlar hiç değilse. Her zaman bir hamile

şüphesi ile yaşamam. Ay kaldım mı acaba, şöyle mi oldu, niye benim adetlerim gecikiyor, gibi düşüncelerim olmaz hiç değilse. En büyük sorun erkeklerin destek alması lazım hocam, bayanlarda bitmiyor her zaman biliyorsunuz' (K22; 22 yaş, ortaokul mezunu).

Aynı kadın, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alanında çalışanların gebelikten korunma konusunda bilgi verdiklerini, ancak bunun pek uzun bir konuşma olmadığını belirtmektedir.

Kadınlardan biri, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alanında çalışan doktor ve hemşirelerin kadının herhangi bir konuda kendi düşüncesi ve kararı olsa bile onların kendi önerilerinde ısrar ettiklerinden söz etmektedir. 36 yaşında, ilkokul mezunu ve 4 yıldır hiçbir şekilde gebelikten korunmadığını belirten bu kadın, 21 yıllık evliliği süresince uzun zaman RİA ile gebelikten korunduğunu belirtmektedir. Son olarak taktırdığı iki RİA'nın üst üste yerinden kayması nedeniyle RİA kullanma isteğinden vazgeçtiğini dile getirmektedir. Eşinin ise cinsel memnuniyetini azalttığı için geri çekme yöntemini uygulamadığını açıklamaktadır. Bu kadın, bunların dışında başka bir yöntem ile gebelikten korunmayı hiç düşünmediğini vurgulamaktadır. Ancak sağlık çalışanlarının, gebelikten korunma konusunda kendi önerilerinde ısrar ettiklerini açıklaması, gebelikten korunma gereksiniminin bu nedenle karşılanmadığını düşündürmektedir.

Kadınlardan bazıları, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alanında hemşirelerin bir rolünün ve görevinin olmadığını düşündüklerinden söz etmektedir. Bu kadınlar önlisans mezunudur. 29 yaşında ve daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış olan kadın, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alanında, hemşirelerin bir rolünün olmadığını ve daha çok doktorların etkin bir şekilde görev almasının gerektiğini düşündüğünü ifade etmektedir. Daha önce RİA, oral kontraseptif ve kondom yöntemleri ile gebelikten korunmayı denemiş kadın ise hemşirelerin görev ve yetkilerini tam olarak bilmediğini, doktorların sınırsız bir yetkiye sahip olduğunu ve bu nedenle her şeyi konuşabileceğini düşündüğünü, hemşirelerin ise yetkisinin sınırlı olduğunu ve hangi konuda ne kadar kendisine yardımcı olabileceklerini bilemediğini, bu nedenle hizmet almak için hiç hemşirelere yönelmediğini, onlardan danışmanlık almadığını ve hemşireleri gebelikten koruyucu hizmet alanı içerisinde düşünemediğini şu sözleri ile dile getirmektedir.

'Hani görev tanımı olarak tam böyle bilmediğim için... Hani çerçevesi nedir? Nereye kadar yetki sahibi? Nerden sonrası onu aşıyo? O konuda bi bilgiye sahip olmadığım için hani 'şöyle şöyle bize bi yardımcı olsa, vatandaşlara şöyle davransa' diyemiyorum. Bilmediğim için... Ama hani doktor dediğim zaman sanki sınırsız geliyo şuraya kadar her şeyi söyleyebilir. Atıyorum danışabiliriz. İşte her türlü sorumuzu sorabiliriz gibi bi düşünce var. Fakat hemşirelere yönelik sanki daha farklı böyle hani düşüncem. Benim düşüncemi söylüyim. Bi yere kadar yetkisi var. Bi yerden sonra belki hemşirenin hani çok fazla şeyi yok. Onun sınırı var gibi geliyo bana. O nedenle de hemşireye direk yönlenme bende pek olmamıştır hani. Hemşireye danışmak çok fazla aklıma gelmedi diyebilirim size. O nedenle de hizmet noktasında düşünemiyorum. Hani bana bu konuda ya da yardımcı olabilir diye bi fikrim yok' (K12; 46 yaş, önlisans mezunu).

İsteyerek Düşük Hizmetlerine Yönelik Görüşleri: Araştırmamıza katılan

kadınlar, isteyerek düşük hizmetlerine yönelik görüşlerinden söz etmektedir.

Kadınlardan bazıları, isteyerek düşük yapmak isteyen kadınlara hastanelerde bu sağlık hizmetinin verilmesinin gerektiğinden bahsetmektedir. Bu kadınların biri 24 yaşında ve lise mezunu, diğeri ise 26 yaşında ve lisans mezunudur. Lise mezunu olan kadın, isteyerek düşük yapmak isteyen kadınlar için bu sağlık hizmetinin verilmesinin iyi olduğunu ve zaten verilmesinin gerektiğini ifade etmektedir. Lisans mezunu olan kadın ise, emin olmamakla birlikte isteyerek düşük yapmanın ülkemizde yasaklandığını bildiğini, ancak toplum yapımız eskiye göre biraz daha değiştiği ve artık evlenmeden önce de birliktelik yaşayan insanlar olduğu için, çocuk sahibi olmanın sıkıntı yaratacağı durumlarda gebeliği sonlandırmanın daha doğru olduğunu düşündüğünü, bu nedenle isteyerek düşük yapma konusunda insanların özgür olmasının gerektiğini ifade etmektedir. Planlanmamış ve evlilik dışı bir gebeliğin aile açısından sıkıntı oluşturacağını, doğacak çocuğun bakılmayacağını hatta çöpe atılacağını, bu nedenle günaha girileceğini, bunların yerine en baştan gebeliğin sonlandırılmasının daha uygun olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte kendisinin isteyerek düşük yapmak durumunda kalırsa ne yapacağını, nereye ve ne zamana kadar başvurmasının gerektiğini bilmediğini vurgulamakta, yine emin

olmamakla birlikte bir gebeliğin isteyerek 4. aya kadar sonlandırılabilceğini Şu sŖzleri ile aēıklamaktadır.

‘En son ocuk aldırma yasaklandı sanırsam. Ama bence u ocuk aldırma Şeyi dŖŖŖnŖyorum mesela u evlenmeden Ŗnce de birlikte olan artık biraz daha farklı bi toplum var hani, biraz daha esnedi bu kurallar hani elbette bi sıkıntı yaratcak durum olduğunda bence bu yŖnteme baŖvurulmalı yani. ocuk aldırma durumunun bence ŖzgŖr olması gerekiyo. Iu planın dıŖıysa ya da ne bileyim ailevi tehditlerin varsa ortalığa ya ortama gelecek... Yazık o çocuğunda hiç bi gŖnahı yok, bakımsız kalcak, Ŗpe atılıyo, baŖka Şeyler yapılıyo yani. Onun yerine en baŖtan alınması daha uygun olur diye dŖŖŖnŖyorum. Hastanelerde de onu da bilmiyorum mesela ben ocuk aldırarak istesem naapcam, nereye gitcem, hangi zamana kadar gitmeliyim... Heralde dŖrdŖncŖ aydan Ŗnce alıyolar ama tam olarak kaçıncı haftada..’ (K9; 26 yaŖ, lisans mezunu).

Ŗlkemizde yasal olarak 1983 yılından beri, annenin sağlığı açısından bir sakınca bulunmadığı taktirde istek Ŗzerine gebeliğin 10. haftasının sonuna kadar isteyerek dŖŖŖk yapılmasına izin verilmektedir (151). Cumhurbaşkanımızın ICPD Eylem Programı’nın uygulanmasına iliŖkin 2012 Uluslararası Parlamenterler Konferansı kapanıŖ oturumundaki ‘...KŖrtajı bir cinayet olarak gŖrŖyorum...’ sŖzlerinden sonra bazı sağlık kurumlarında isteyerek dŖŖŖk hizmetlerinin verilmediği haberleri (189, 190) halk arasında isteyerek dŖŖŖklerin yasaklandığı yŖnŖnde sŖylentilere neden olmuŖtur.

Kadınlardan biri, isteyerek dŖŖŖk yapmak isteyen kadınlara hastanelerde bu sağlık hizmetinin verilmemesinin gerektiğinden bahsetmektedir. Bu kadın, evliliği sŖresince iki kez kendiliğinden dŖŖŖk yapmıŖtır. Son olarak geri çekme yŖntemi ile gebelikten korunurken istemeden 5. kez gebe kalmıŖ olan bu kadın gŖrŖŖme sırasında 24 haftalık gebe idi. Dinin yaŖamında Ŗnemli bir yere sahip olduğunu ve dinen isteyerek dŖŖŖk yapmanın gŖnah olduğunu belirten bu kadın, bir kadının hayatı bir tehlike sŖz konusu olmadıkça gebeliğini sonlandırmasına karŖı olduğunu, bu nedenle

isteyerek düşük yapan kadınlara çok kızdığını ve isteyerek düşüklere yönelik sağlık hizmetlerinin olmamasının gerektiğini düşündüğünü şu sözleri ile belirtmektedir.

‘Onlara çok kızıyorum ben. Kürtaj olan kadınlara özellikle çok kızıyorum. Bilerek isteyerek çocuklarını aldıkları anda çok kızıyorum. (Peki bu amaçla verilen hizmetleri nasıl buluyosunuz?) Bence olmaması gerektiğini düşünüyorum ben. (Böyle bir hizmetin olmaması gerektiğini mi düşünüyorsunuz?) Evet olmaması gerektiğini düşünüyorum. Mecbur kalınmadığı sürece tabii ki. Yani annenin sağlığı tehlikeye girmediği sürece olmaması gerektiğini düşünüyorum ben’ (K11; 39 yaş, ortaokul mezunu).

Kadınlardan bazıları, isteyerek düşük hizmetlerine yönelik bir görüşlerinin olmadığından bahsetmektedir. Bu kadınlar lise ve önlisans mezunudur. Lise mezunu olan kadın, dinin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu belirtirken, önlisans mezunu olan kadın dinin yaşamında en önemli değer olduğunu vurgulamaktadır. Her iki kadın da ikinci çocuğuna istemeden gebe kalmış ve doğurma kararı vermiştir. Lise mezunu olan kadın, ‘dinen isteyerek düşük yapmak günah’ olduğu için eşinin bu gebeliği sonlandırmasına karşı çıktığını dile getirmektedir. Önlisans mezunu olan kadın ise, ‘dinen isteyerek düşük yapmak günah’ olduğu için gebeliği sonlandırmayı hiç düşünmediklerini belirtmektedir. Dolayısıyla, isteyerek düşük hizmetleri ile ilgili bir görüşlerinin olmadığını belirten bu kadınlar, isteyerek düşük yapmayı dini açıdan uygun bulmamaktadır.

Kadınlardan biri, 2 gün önce isteyerek düşük yaptığından ve bu sırada aldığı sağlık hizmetlerinden memnun olduğundan bahsetmektedir. 26 yaşında, lise mezunu, bir çocuk annesi (1 yaş) ve daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış olan bu kadın, isteyerek düşük yaptığı sırada doktorunun ve hemşiresinin kendisine çok iyi davrandığını, onunla yeteri kadar ilgilendiğini, işlem sırasında hiç canının yanmadığını ve ortamın hijyenik olduğunu belirtmektedir. Ancak o hastaneden hizmet almaya gelen diğer bazı kadınların yaşadıkları bazı sorunlar nedeniyle orada RİA taktırmamasını söylediklerini, RİA uygulaması için kendisini başka bir ‘Üniversite Hastanesi’ ne yönlendirdiklerini ifade etmektedir.

Kadınlardan biri, daha önce isteyerek düşük yaptığından ve bu sırada aldığı sağlık hizmetlerinden memnun olmadığından bahsetmektedir. 22 yaşında ve ortaokul mezunu olan bu kadın, ilk doğumundan bir yıl sonra tekrar gebe kaldığını, ancak eşi bu bebeği istemediği için gebeliğini isteyerek düşükle sonlandırdığını ifade etmektedir. Kadın, müdahale odasına girdiği andan itibaren orada bulunan sağlık çalışanlarının kendisine kötü davrandıklarını, sürekli onu azarlayarak ve emir verir tarzda konuştuklarını ve onun ne hissettiğini anlamaya çalışmadıklarını dile getirmektedir.

Gebelikten Koruyucu Sağlık Hizmetleri İle İlgili Önerileri

Gebelikten Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Yönelik Önerileri:

Araştırmamıza katılan kadınlar, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik önerilerinden söz etmektedir.

Kadınlardan bazıları, Aile Sağlığı Elemanları tarafından düzenli olarak ev ziyaretlerinin yapılmasını istediklerinden söz etmektedir. Bu kadınlar ilkokul, ortaokul, lise ve lisans mezunudur. Ev ziyaretleri yapılmasını isteyen kadınlar arasında, daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış, daha önce kondom ile, kondom ve RİA ile, oral kontraseptif ve kondom ile, oral kontraseptif, RİA ve kondom ile, RİA, kondom ve enjeksiyon yöntemleri ile gebelikten korunmuş kadınlar bulunmaktadır. Bu kadınlar, eskiden Sağlık ocaklarında çalışan ebeler tarafından ev ziyaretlerinin yapıldığını ve bu ziyaretlerden çok memnun kaldıklarını, şu anda da Aile Sağlığı Elemanlarının benzer şekilde ev ziyaretleri yapabileceğini ve gebelikten korunmaları konusunda insanlarla iletişime geçebileceklerini dile getirmektedir. Kadınlar, kendilerinin ya da yakın çevrelerindeki bazı insanların ASM'ye gelmekten ve sorunları ile ilgili konuşmaktan çekindiklerini ve utandıklarını (örn; doktora muayene olup vücudunu göstermek istemediği için), bu nedenle ebe ve hemşirelerin evlere gelmesini istediklerini, böylelikle sadece orta yaş kadınlara değil aynı zamanda genç kızlara ya da yaşlı kadınlara da ulaşabileceklerini, onların ihtiyaç duydukları konularda eğitimler yapabileceklerini belirtmektedir. Ev ziyaretlerinin kadınlara bireysel ya da grup olarak gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi vermek için iyi bir yöntem olduğunu, daha sonra ise evde sunulabilecek hizmetleri orada verebileceklerini, evde verilemeyen hizmetler için ise ASM'ye davet

edebileceklerini ya da hastaneye yönlendirebileceklerini vurgulamaktadır. Daha önce etkili yöntemlerle gebelikten korunmuş kadınlardan biri bazı ASM bölgelerinde şu anda da ev ziyaretlerinin halen yapılmakta olduğunu duyduğunu dile getirmektedir. Çünkü, SDP ile oluşturulan Aile Hekimliği Sistemi içerisinde de eskiden olduğu gibi ev ziyaretleri yer almaktadır. Ancak bazı Aile Sağlığı Elemanları ev ziyaretleri gerçekleştirmekte, bazı Aile Sağlığı Elemanları ise gerçekleştirmemektedir. Kadınlardan biri, ev ziyaretleri yapılması isteğini ve nedenlerini şu sözleri ile anlatmaktadır.

‘...Önceden sağlık ocaklarındaki hemşireler evlere gelirdi. Bilgi verirlerdi. Anlatırlardı. Şimdi ben çekiniyorum gelmeye. O çekiniyo gelmeye. Ne kadar da olsa evde bağlanıp kalıyosun. O yüzden bayağa bi şey. Ben çocuklarımla bile hemşirelerin gelip de evde boyunun ölçüsünü aldıklarını biliyorum ben. Şimdi yok öyle bişey. Sen kendin getiriyosun çocuklarını.Daha çok bilgilendirmek. Genç kızlarımıza da olsun... Büyüklerimize de olsun. Sade yani orta yaş grubu değil. Belirli bi yaşta, benim kayınvalidem 70 yaşında ama çekiniyo. Gelip te kendini anlatamıyo. ‘Bu yaştan sonra kendimi doktora mı göstereyim’ diyerekten çok çekindiği noktalar oluyo. Yani kendi hastalıklarını da bilmiyolar bile. O yüzden hani evlere de gelip te bilgi vermeleri benim daha çok hoşuma gider’ (K15; 44 yaş, ortaokul mezunu).

Kadınlardan bazıları, gebelikten korunma hizmetlerinin tamamını ASM’den alabilmek istediklerinden söz etmektedir. Bu kadınlar ortaokul ve lise mezunudur. Gebelikten korunmaya yönelik hizmetlerin tamamını ASM’den alabilmek istediklerini belirten kadınlar arasında, daha önce etki bir yöntemle gebelikten korunmamış, daha önce RİA, oral kontraseptif ve enjeksiyon ile, kondom ile, oral kontraseptif ve kondom ile gebelikten korunmuş kadınlar bulunmaktadır. Bu kadınlar, ASM’nin evlerine yakın olduğunu, burada hem gebelikten korunma yöntemlerini temin etmek hem de kontrol izlemlerini yaptırmak daha kolay olacağı için bu hizmetlerin ASM’de verilmesini istediklerini belirtmektedir. ASM’de gebelikten korunma konusunda bilgili ve iletişimi güzel hemşirelerin bulunmasını ve

gebelikten korunmaya yönelik teçhizat ve malzemelerin olmasını istediklerini dile getirmektedir. Özellikle, RİA uygulaması için şu anda hastaneye gitmek zorunda olduklarını ancak çocuğunu bırakacak bir yakını olmadığı için ya da kayınvalidesi ve kayınpederinden izin alamadığı için gidemediklerini, bu nedenle RİA uygulama hizmetinin ASM'lerden temin edilebilmesinin kendileri için önemli olduğunu ifade etmektedir. Kadınlardan biri bu talebini şu şekilde belirtmektedir.

'Ya şimdilik yeterli değil mesela. (Neden yeterli olmadığını düşünüyorsunuz?) Mesela sağlık ocaklarında da koydurabiliriz spreyl. Ama hastaneye gitmek zorunda kalıyoz. Ben hani ona da çok şey yapıyorum. Mesela gitmek imkanı olan var olmayan var. Mesela benim imkanım yok. Çocuğumu olmadığı için bi başkasına koyuyom. Yani hastanelerde de olabilir. Spreyl, iğne ya da herhangi bir şey buralarda da olabilir. Ama taaa kadın doğuma gitmen lazım veya hastaneye gitmen lazım ki bişeylere ulaşalım. Bunlar hani benim şeyim' (K8; 26 yaş, lise mezunu).

Kadınlardan bazıları, gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili halka yönelik 'grup' eğitimlerin yapılmasını istediklerinden söz etmektedir. Bu kadınlar lisans, önlisans ve ortaokul mezunudur. Halka yönelik grup eğitimlerinin yapılmasını isteyen kadınlar arasında, daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış, daha önce RİA, kondom ve oral kontraseptif ile, kondom ve RİA ile, RİA, oral kontraseptif ve enjeksiyon ile gebelikten korunmuş kadınlar bulunmaktadır. Kadınlar, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerini yeterli bulmadıklarını, gebelikten korunmaya yönelik eğitimlerin düzenlenmesinin ve bireylerin bu eğitimlere ihtiyaç duyup katılmasının gerektiğini, bu konuda farkındalık kazanmalarında ise ASM'lerin önemli bir faktör olduğunu belirtmektedir. Ayrıca, kadınların ASM'lerde, hastanelerde, kadın lokallerinde veya muhtarlık ve belediyeler aracılığı ile toplu olarak ulaşılabilecek yerlerde bir araya toplanarak gebelikten korunma yöntemleri konusunda detaylı eğitimlerin yapılmasını istediklerini dile getirmektedir.

Kadınlardan biri, gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili eğitimlerin 'zorunlu olması' gerektiğinden söz etmektedir. 26 yaşında, lisans mezunu ve daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış olan bu kadın ASM'deki AP odasının kapısında

duran levhayı herkesin gördüğünü, ancak kimsenin bu hizmete ulaşmak için bir girişimde bulunmadığını, bu nedenle insanların gebelikten korunmaya yönelik hizmetleri alması için bir yaptırımın olması gerektiğini, örneğin gebe kalan bütün kadınlara doktora gittiği zaman zorunlu olarak gebelikten korunma eğitiminin verilmesinin gerektiğini dile getirmektedir. Kadının bu sözlerinden ASM'deki AP odasının aktif olarak kullanılmadığını bilmediği anlaşılmaktadır.

Kadınlardan biri, gebelikten korunma konusunun belirli bir çocuk sayısından sonra ya da kadın için hayati tehlike oluşturan durumlarda yasal olarak zorunlu tutulması gerektiğinden söz etmektedir. 36 yaşında ve ortaokul mezunu olan bu kadın, eskiden insanların utandıkları için gebelikten korunma hakkında konuşamaz iken günümüzde bu konuda daha bilinçli davrandıklarını ve gebelikten korunmak için bir arayış içerisinde olduklarını, bununla birlikte belirli bir çocuk sayısına ulaşan ve gebeliğin hayati tehlike oluşturacağı insanlar için gebelikten korunmanın hatta tüplerini bağlatmanın yasal olarak zorunlu hale getirilmesinin gerektiğini ifade etmektedir. 5 çocuk annesi olan kadın, evliliği süresinde RİA, oral kontraseptif ve enjeksiyon yöntemleri ile gebelikten korunmaya çalıştığını, ancak yan etkileri nedeniyle bu yöntemleri kullanmayı bırakmak durumunda kaldığını açıklamaktadır. 5. çocuğunun doğumunda (1 yıl önce) tüplerini bağlatmak istediğini, doğumu normal yolla gerçekleştiği için bağlatamadığını ifade etmektedir. Bu nedenle sezeryan müdahaleli doğumlarda olduğu gibi normal doğumdan hemen sonra tüplerin bağlanması istediğini dile getirmektedir. Ülkemizde bazı kurumlarda normal doğumdan hemen sonra, bazı kurumlarda ise bir gün sonra tüplerin bağlanması işlemi laparoskopik olarak yapılmaktadır. Kadının bu sözlerinden ya bu uygulamadan haberdar olmadığı ya da ekonomik durumu yetersiz olduğu için tüplerin bağlanması işlemi için ekstra bir para ödemek istemediği düşünülmektedir.

Kadınlardan bazıları, kitle iletişim araçları kullanılarak gebelikten korunmaya yönelik bilgilerin yaygınlaştırılması gerektiğinden söz etmektedir. Bu kadınlar ilkokul, ortaokul ve lise mezunudur. Gebelikte korunma bilgilerinin yaygınlaştırılmasında kitle iletişim araçlarından yararlanılmasının gerektiğini belirten kadınlar arasında daha önce gebelikten hiç korunmamış, daha önce kondom ile, kondom ve RİA ile gebelikten korunmuş kadınlar bulunmaktadır. Kadınlar cep telefonundan mesaj göndererek ya da görüşme yapılarak, sosyal medyadan

paylaşımlar yapılarak ve televizyon, radyo, internet ve broşürler aracılığı ile gebelikten korunmaya yönelik bilgilerin yaygınlaştırılmasının gerektiğini belirtmektedir. Kadınlardan biri, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinde kitle iletişim araçlarının kullanılmasını şu sözleri ile önermektedir.

'Bu en güzel şey televizyon, televizyon herkesin evinde var yani. Kadınların anlayacağı bir dilde, çocukların hani şey yapmayacağı anlamayacağı ama annelerin babaların anlayacağı bir dilde anlatılabilir. Bir de şimdi her yerde Sağlık Ocağı var. Broşürler dağıtılır evlere, binalara. Ondan sonra radyo kanallarında mesela mesajlar verebilir ara ara, küçük küçük anlatımlar olabilir radyolarda, televizyonlarda. Şimdi herkesin evinde internet var, ellerinde telefonlarda internet var, internet aracılığı ile anlatılır. O şekilde.. Sağlık hizmetleri kadınların nasıl korunacağı, ne yapması gerekiyor, başına böyle bir şey geldiği zaman ne yapacak, aydınlatılması lazım tabi bunların' (K32; 42 yaş, lise mezunu).

Kadınlardan biri, hastanelerde Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı'nın ayrı bir dalı olarak oluşturulan bir birimden gebelikten korunmaya yönelik nitelikli hizmet almak istediğinden söz etmektedir. 26 yaşında, lisans mezunu ve daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış olan bu kadın hastanelerde Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı'nın ayrı bir dalı olarak oluşturulan bir birimden gebelikten korunmaya yönelik nitelikli bilgi ve hizmet almak istediğini ifade etmektedir. Kadının bu sözlerinden, hastanelerin AP poliklinikleri hakkında bir bilgisinin olmadığı ya da buralarda verilen hizmetleri yeterli bulmadığı anlaşılmaktadır.

Gebelikten Koruyucu Yöntemlerle ilgili Önerileri: Araştırmamıza katılan kadınlar, 'gebelikten koruyucu yöntemlerle ilgili' bazı önerilerinden bahsetmektedir.

Kadınlardan bazıları, 'sağlığa zarar vermeyen' gebelikten koruyucu yöntemlerin olmasını istediklerinden söz etmektedir. Bu kadınlar önlisans mezunudur. Biri daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış, biri ise daha önce RİA, kondom ve oral kontraseptif yöntemleri ile gebelikten korunmuştur. Daha önce etkili bir yöntemle korunmamış olan kadın, oral kontraseptifler ve enjeksiyon

yöntemlerinin içerisinde ne tür katkı maddeleri olduğunu bilmediğini ve kansere neden olduğu yönünde duyumlarının olduğunu belirtmektedir. Bu kadın, deri altı kapsülünü sağlığa zarar vermeyen bir yöntem olarak algılamakta, gebelikten korunmada bu yönteme ilgi duymakta, ancak daha önce başvurduğu AP polikliniğindeki doktor kendisini RİA ile gebelikten korunmaya yönlendirdiği için yöntemi temin edemediğini açıklamaktadır. Daha önce RİA, kondom ve oral kontraseptif yöntemleri ile gebelikten korunmayı denemiş, ancak yaşadığı yan etkiler nedeniyle kullanmayı bırakmış olan kadın ise sağlığa zarar vermeyen bir gebelikten korunma yöntemi istediğini şu sözleri ile dile getirmektedir.

‘Bence olmalı. Olmalı. Yani benim şu anda bildiğimin dışında gerçekten kadınların ihtiyaçlarını görebilecek... Hani eşleriyle arasındaki mesefeyi de korucak, ama kadını da koruyacak bi takım farklı farklı yöntemler. Gerçekten sağlıklı olacak ama. Yani kimyasını bozmıyacak, bi kere hormonlarını bozmayacak... Yani varsa böyle imkanlar ki hiç araştırmadım şu ana kadar ihtiyaç hissetmediğim için. Ama olmasını isterdim şahsen’ (K12; 46 yaş, önlisans mezunu).

Kadınlardan biri, ‘dinen uygun olan (örn: fertilizasyonu engelleyen)’ gebelikten koruyucu yöntemlerin olmasını istediğinden söz etmektedir. Daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış olan kadın, şu anda geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmalarının nedenini de dinen uygun olması ile açıklamaktadır. Dini açıdan evin geçimini sağlayan kişi erkek olduğundan, gebelikten korunma kararı ve eyleminin erkeğe ait olduğunu belirtmektedir. Bu kadın, ayrıca RİA’ların etki mekanizmalarından biri fertilizasyon oluştuktan sonra implantasyonu önlemek olduğundan, dinimize göre böyle bir gebelikten koruyucu yöntemi kullanmanın uygun olmadığını şu sözleri dile getirmektedir.

‘...Spiral mesela kesinlikle dinimiz de spirali önermiyo. O kesinlikle kürtaj hükmündedir diyor. Çocuk diyor rahme düşüyor ondan sonra rahimde parçalıyor diyor dinimiz spiral için...’ (K4; 29 yaş, önlisans mezunu).

Kadınlardan bazıları, kadının ve erkeğin ‘cinsel memnuniyeti azaltmayan’ gebelikten koruyucu yöntemlerin olmasını istediklerinden söz etmektedir. Bu kadınlar önlisans mezunudur. Biri daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış, biri ise daha önce RİA, kondom ve oral kontraseptif yöntemleri ile gebelikten korunmuştur. Kadınlardan biri, oral kontraseptifin kendisinde cinsel isteksizlik sorununa sebep olduğunu ve eşi ile birlikte olmayı hiç istemediğini, diğeri ise kondomun eşinin cinsel memnuniyetini azalttığını ve bu nedenle kondom ile gebelikten korunmak istemediklerini belirtmektedir.

Kadınlardan biri, ‘ekonomik yönden uygun’ gebelikten koruyucu yöntemlerin olmasını istediklerinden söz etmektedir. Önlisans mezunu ve daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamış olan kadın, etkili bir gebelikten korunma yönteminin sağlığa zarar vermemesi kadar ekonomik yönden uygun olmasının da önemli olduğunu, toplumumuzdaki kadınların bunlara ihtiyaç duyduğunu dile getirmektedir.

Kadınlardan ikisi, ‘gebelikten çok etkili bir şekilde koruyan’ gebelikten koruyucu yöntemlerin olmasını istediklerinden bahsetmektedir. Bu kadınlar ilkokul ve ortaokul mezunudur. Her ikisi de daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmamıştır. Kadınlar, mevcut gebelikten koruyucu yöntemlerin kendileri için yeterli olmadığını, bu yöntemlere güvenmediklerini ve gebe kalacağını düşündüklerini dile getirmektedir. Çevrelerinde RİA ve kondom gibi etkili yöntemlerle gebelikten korunurken gebe kalan insanlar olduğunu, bu nedenle mevcut etkili yöntemlerin gebelikten koruyuculuğuna güvenmediklerini ve başka gebelikten koruyucu yöntemlerin olmasını istediklerini açıklamaktadır. Kadınlardan biri, gebelikten korunmada mevcut etkili yöntemlere güvenmediğini şu sözleri ile ifade etmektedir.

‘Mesela napılsın.... ☺☺☺ Ya şimdi belki onlara göre yeterli olabilir ama bana göre değil yani. Ben güvenmiyorum. İnanmıyorum yani. Ben hemen hamile kalacağımı düşünüyorum mesela. Artık noluyo onu da bilmiyom. Nolabilir yani..’ (K5; 36 yaş, ilkokul mezunu).

Kadınlardan bazıları, ‘erkeklerin kullanabileceği’ başka gebelikten koruyucu yöntemlerin olmasını istediklerinden söz etmektedir. Bu kadınlar ilkokul ve önlisans

mezunudur. İkisi de daha önce oral kontraseptif, RİA ve kondom yöntemleri ile gebelikten korunmuştur. Kadınlar, kadınların kullanabileceği gebelikten koruyucu yöntemlerden bazıları ile kendilerinin gebelikten korunmayı denediklerini, bunun yanında erkeklerin kullanabileceği başka gebelikten koruyucu yöntemlerin olmasının ve erkeğin de gebelikten korunma sorumluluğunu üzerine almasının gerektiğini ifade etmektedir.

Kadınlardan biri, ‘doğumdan hemen sonra uygulanabilen, çok etkili’ başka gebelikten koruyucu yöntemlerin olmasını istediğinden söz etmektedir. 36 yaşında, ortaokul mezunu, daha önce RİA, oral kontraseptif ve enjeksiyon yöntemleri ile gebelikten korunduğunu belirten bu kadın mevcut yöntemlerden daha farklı gebelikten koruyucu yöntemlerin olmasını istediğini, doğumdan hemen sonra uygulanabilen tüplerin bağlanması kadar etkili, ancak geri dönüşü olabilen gebelikten koruyucu yöntemlerin olmasını istediğini ifade etmektedir. 5 çocuk annesi olan bu kadın, daha önce RİA taktırdığını ve ara kanamaları çok fazla olduğu için çıkartmak durumunda kaldığını, enjeksiyon yöntemini de sürekli kanamaya sebep olduğu için bıraktığını, oral kontraseptiflerin ise kendisinde nefes darlığına sebep olduğunu açıklamaktadır.

Kadınlardan biri, ‘sağlık kurumlarındaki gebelikten koruyucu yöntem ve malzemelerinin eksik olmaması’nı istediğinden söz etmektedir. 39 yaşında, lise mezunu ve daha önce kondom ile gebelikten korunduklarını belirten bu kadın gebelikten korunma konusunda sağlık çalışanlarının eğitimlerinin yeterli olduğunu, ancak gebelikten koruyucu yöntem ve malzemeler eksik olduğu için kendileri ile yeteri kadar ilgilenemediklerini ifade etmektedir.

Kadınlardan bazıları, gebelikten koruyucu yöntemlerle ilgili bir önerilerinin olmadığından söz etmektedir. Bu kadınların eğitim durumu hiç eğitim almamış ve ortaokul mezunudur. Biri daha önce RİA, kondom ve enjeksiyon yöntemleri ile, diğeri ise oral kontraseptif, RİA, enjeksiyon ve kondom yöntemleri ile gebelikten korunmuştur.

Gebelikten Koruyucu Sağlık Hizmeti Alanında Çalışanlar ile ilgili Önerileri: Araştırmamıza katılan kadınlar, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alanında çalışanlar ile ilgili’ önerilerinden bahsetmektedir.

Kadınlardan biri, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alanında görev alan bazı çalışanların bu konularda yeterli bilgi sahibi olmadıklarını düşündüğünden ve eğitim alması gerektiğinden söz etmektedir. 36 yaşında, ortaokul mezunu ve 5 çocuk annesi olan bu kadın gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alanındaki bazı çalışanların bilgilerinin yetersiz olduğunu düşündüğünü, bu nedenle özellikle yeni çalışmaya başlamış olanların bir eğitimden geçirilmesinin gerektiğini ifade etmektedir.

Kadınlardan bazıları, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alanında çalışanların mutlaka gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili bilgilerinin olduğundan, ancak bu bilgileri (farklı şekillerde) kadınlara aktarmasının gerektiğinden söz etmektedir. Bu kadınlar ilkokul, lise ve lisans mezunudur. Kadınlar, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alanında çalışanların mutlaka gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili bir eğitim aldıklarını düşündüklerini, ancak asıl sorunun bu bilgilerin kadınlara aktarılmasında olduğunu, bu nedenle seminerler düzenleyerek ya da saha çalışması yaparak gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili kadınları bilgilendirmelerinin gerektiğini ifade etmektedir. Lisans mezunu olan kadın, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alanında hemşirelerin önemi rol oynadığını, çünkü konu ile ilgili eğitimlerin daha çok hemşireler tarafından yapıldığını, bu nedenle hemşirelerin duyuşal ve görsel eğitim materyalleri (broşür, maket, model vb) kullanarak gebelikten korunma konusunda eğitimler yapmalarının gerektiğini, eğitimsel videolar hazırlayıp internet ortamında paylaşabileceklerini şu sözleri ile belirtmektedir.

‘İu bence yine hemşireye çok rol şey düşüyo. Çünkü doktorlar bazen burunlarından kıl aldırmyolar, yani onların tutup da bi şeyler anlatcağını sanmıyorum. Heralde hemşirelerle beraber ya slayt olabilir başka şeyler olabilir. Hem göze de hitap eden çünkü farklı iletişim şekilleri var duyuşal, hani sözel, şey görsel. Her açıdan daha etkili sunumlarla slaytlarla ben çünkü o şeyi örnek veriyorum ya bu doğum için o A. Hastanesinin yaptığı A Hastanesi diyorum pardon ya B Hastanesi.. B Hastanesi. Orası çok güzel şey hazırlıyo internet sitesinden ulaşabiliyosun. İu mesela bebek bakımıyla ilgili kim bakcaksa gidiyosun orda ı eline oyuncak bebekle beraber işte nasıl bakımı yapıldığına dair ya da ne bileyim doğum normal doğum istiyosan nefes egzersizi yerde yapabileceğin egzersizler... Mesela

eşimle beraber gitmiştik masajları gösterdi, gerçekten de etkili oldu. Yani bence bu tarz dersler çok önemli, ben çünkü herkese öneriyorum gördüğüm. Kendim gittim reklamını ☺ bu şekilde yapıyorum herkese öneriyorum' (K9; 26 yaş, lisans mezunu).

Kadınlardan biri, sağlık çalışanlarının gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alması konusunda ikna edici olmasının gerektiğinden söz etmektedir. 45 yaşında, lise mezunu ve daha önce RİA, oral kontraseptif ve kondom yöntemleri ile gebelikten korunduğunu belirten bu kadın bazı kadınların gebelikten korunmanın ya da isteyerek düşük yapmanın günah olduğunu düşündüğünü, bu nedenle sağlık çalışanlarının bu konuda ikna edici davranmasının gerektiğini belirtmektedir.

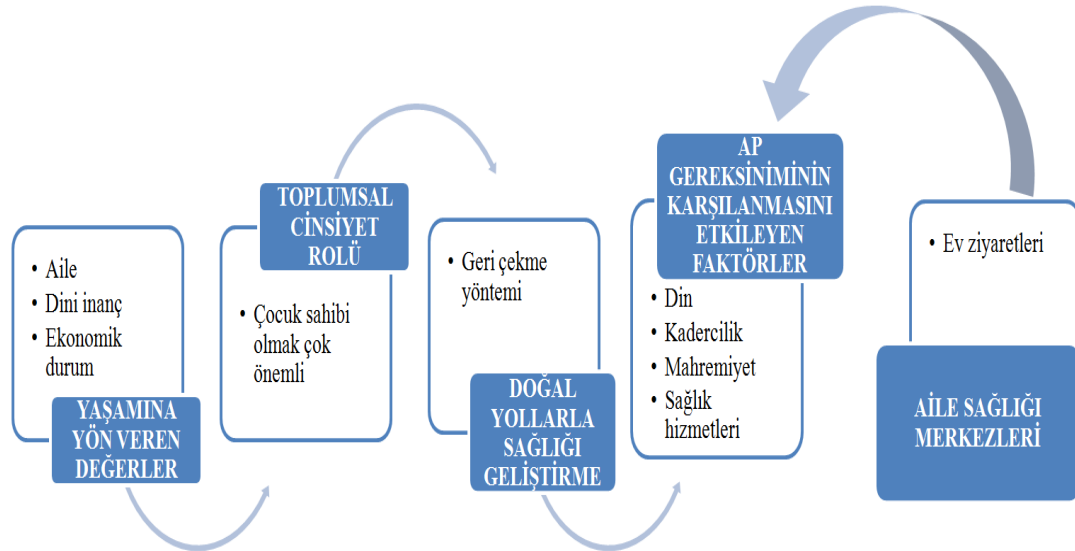
Kadınlardan biri, sağlık çalışanlarının RİA uygulaması sırasında kadınların mahremiyet duygusuna saygı göstermesinin gerektiğinden söz etmektedir. 33 yaşında, ortaokul mezunu ve daha önce RİA, kondom ve enjeksiyon yöntemleri ile gebelikten korunduğunu belirten bu kadın RİA uygulaması yapılacak kadınların AP polikliniğindeki RİA uygulama odasına toplu olarak (7-8 kadın bir arada) alındığını ve hepsinin bir arada soyundurulduğunu belirtmekte, odaya tek tek alınmaları gerektiğini dile getirmektedir.

Kadınlardan biri, gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alanında çalışanların sadece kadınlara değil, aynı zaman da erkeklere de hizmet vermesinin gerektiğinden söz etmektedir. 22 yaşında ve ortaokul mezunu olan bu kadın gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinin sadece kadınlara değil erkeklere de verilmesinin gerektiğini, onların da profesyonel bir sağlık çalışanından öğrenmeye ihtiyacının olduğunu ve gebelikten korunmanın kadın ve erkeğin ortak sorunu olduğunu şu sözleri ile belirtmektedir.

'...Veriyolar zaten de yine de bu tek bizim için geçerli değil. Bunu erkekler için de yani, erkeklere de verilmesi gerekiyo. Çoğu zaten şey erkeklerde kanaat yani. Çoğu akılları fikirleri ona verecekler yani. Biz anlatsak, biz desek zaten şimdi böyle böyle oldu, böyle konuşmalar oldu ciddiye mi alacaklar? Almayacaklar.. Aman deyip gidecekler yani. Çoğu şeyleri onlar için yapacak. Aslında güzel bir şey erkek doktoru olacak. Eşlerimizi çekecek konuşacak mesela. Bize nasıl böyle

bayanlar çoğu şeyde bayanlar da var. Erkeklerle de olacak. Her şey ortak olması lazım aslında' (K22; 22 yaş, ortaokul mezunu).

Sonuç olarak; karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar sosyal güvencenin gebelikten korunma yöntemlerinin tüm form ve şekillerini kapsamasını, böylelikle hangi yöntemi kullanmayı tercih ederlerse onu ücretsiz olarak temin edebilmeyi istemektedir. Gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerini primer olarak kendilerine en yakın olan ve her ihtiyaç duyduklarında kolaylıkla gidebilecekleri ASM'den almak istemektedir. ASM çalışanları tarafından düzenli olarak ev ziyaretlerinin yapılmasını, ihtiyaç duydukları konularda bilgi gereksinimlerinin karşılanması, doğru yönlendirmelerin yapılması ve hizmet sunumunun başlatılması anlamında önemli bulmaktadır.



Şekil 4.1. Temaların şematik görünümü

Araştırmamızda elde edilen ana temaların şematik görünümü Şekil 4.1' de verilmiştir. Buna göre, ana temaların tamamı birbiriyle ilişkili ve birbirini etkileyen özelliklere sahiptir. Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlardan aile, din ve ekonomik durum gibi yaşamına yön veren değerler arasında, geleneksel toplumsal cinsiyet rollerine uygun olarak mutlaka çocuk sahibi olması beklenmekte, kadın doğumlarına ara vermek ya da sınırlamak istediğinde çoğunlukla geleneksel bir gebelikten korunma yöntemi olan geri çekmeyi tercih etmekte, gebelikten korunma

tercihini özellikle kaderci dünya görüşü, dini inancı, mahremiyetini koruma isteği ve sağlık hizmetlerinden kaynaklanan sorunlar etkilemekte; gebelikten korunma hizmetlerini ise kendisine en ulaşılabilir olan ASM'lerden almayı ve ASM çalışanlarının düzenli olarak ev ziyareti yapmalarını istemektedir.

4.3. Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimi Transkültürel Bakım Kararları ve Uygulamaları

Leininger'in Kültürel Bakım Teorisi'ne özgü üç bakım kararı ve uygulama modu; kültürel bakımı koruma/savunma, kültürel bakıma uyumlu hale getirme ve kültürel bakım için yeniden yapılandırma'dır. Bu modlar, teori aracılığıyla ulaşılan araştırma konusuna özel bakım kararı ve uygulamalarının belirlenmesi ve kullanılabilmesi için gereklidir (191). Araştırmamızda, karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında ulaşılan kültürel bakımı kararları ve uygulamaları ise şu şekildedir.

Kültürel bakımı koruma/savunma: Bu bakım kararı ve uygulama modunda, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar için önemli olan kültürel özellikler ve değerler sergilenmektedir. Bu özelliklerin 'korunması ve sürdürülmesi' konusunda sağlık çalışanlarına farkındalık kazandırılması amaçlanmaktadır.

1. Karşılanmamış AP gereksinimi olan bazı kadınlar;
 - a. Ataerkil bir aile yapısına sahip olabilmektedir.
 - b. Geniş bir aile içerisinde yaşayabilmektedir.
 - c. Güçlü aile ve akrabalık bağlarına sahip olabilmektedir. Aile üyeleri ve akrabaların kişinin kararları üzerinde önemli etkisi bulunabilmektedir.
 - d. Dini inanç ve ibadet etme yaşamında önemli bir yere sahip olabilmektedir.
 - e. Evlenmeden önce cinsel yaşam ve gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgisi olmayabilmektedir.
 - f. Ev içi sorumluluk ve ilişkilerde geleneksel cinsiyet rollerine uygun davranabilmektedir.
 - g. Nazara inancı olabilmektedir. Üzerinde muska taşımanın kendisini kötülüklerden koruduğuna inanabilmektedir.

- h. Kayınvalidesi ve kayınpederi ile birlikte yaşadığı için, eşi izin vermediği için, çocuklarını bırakacak kimse bulamadığı için sağlık kurumlarına ulaşmada sıkıntı yaşıyabilmektedir.
2. Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar arasında akraba evliliği yaygın bir gelenektir.
 3. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar, yaşamlarındaki iyi ya da kötü olaylar karşısında kaderci bir yaklaşım sergilemektedir.
 4. Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadın ve ailesi için çocuk sahibi olmak son derece önemlidir.
 5. Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar evlendikten sonra çocuk sahibi oluncaya kadar asla etkili bir yöntemle gebelikten korunmayı tercih etmemektedir.
 6. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadına ve ailesine göre ‘soyun ilerlemesi’ ve ‘neslin devamı’ için erkek çocuğu sahibi olmak gerekmektedir.
 7. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadın doğal yöntemlerle sağlığını korumak, geliştirmek ve hastalığını tedavi etmek istemektedir.
 8. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadın için mahremiyet duygusunun korunması çok önemlidir. Bu nedenle üreme sağlığı sorunlarını ve gebelikten korunma konularını, aile üyeleri ve çevrelerindeki insanlar ile konuşmak istememektedir. Hatta bu konuları konuşup paylaşmadığı kişi bazen eşi bile olabilmektedir. Kadınların mahremiyet duygusunu koruma güdüsü, sağlık çalışanları ile üreme sağlığı ve gebelikten korunma hakkında konuşmasına ve muayene olmasına engel olmaktadır.
 9. Toplumumuzda bir kadının çocuk sahibi olması çok önemli olmakla birlikte, Kürt kökenli kadınlar için sadece çocuk sahibi olmak değil, aynı zamanda çok sayıda çocuk sahibi olmak önemli bir kültürel özelliktir.
 10. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların yaşamında dini inanç önemli bir yere sahiptir. Kadınlar, dini açıdan gebelikten korunmanın caiz (uygun) olduğuna, isteyerek düşük yapmanın ise günah olduğuna inanmaktadır.

Kültürel bakıma uyumlu hale getirme: Bu bakım kararı ve uygulama modunda, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların gözüyle ülkemizde

verilen gebelikten koruyucu sağlık hizmetleri değerlendirilmekte, kültürel bakıma uyumlu hale getirmek için ‘iyileştirilmesi gereken konular’ sergilenmektedir.

1. Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar için ocuk sahibi olmak çok önemli olmakla birlikte, doğurganlığa ara verme ya da sınırlama gereksinimleri bulunmaktadır. Bu nedenle kadınların istediği zaman ve istediği sayıda ocuk sahibi olabilmesi için etkili bir yöntemle gebelikten korunmasının desteklenmesi gerekmektedir.
2. Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar arasında geleneksel geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmak yaygındır. Ancak bu kadınların istenmeyen gebelik yaşama oranı da fazladır. Bu nedenle kadınların bireysel ve kültürel özelliklerine en uygun etkili bir yöntemle gebelikten korunması sağlanmalıdır.
3. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar, gebelikten korunma konusunda ‘Allah verirse öyle de olur böyle de olur’ şeklinde kaderci bir yaklaşım sergiledikleri için, istemeden gebe kalmakta ve ocuk sahibi olmaktadır. Bunun yerine etkili bir yöntemle gebelikten korunması ve tedbirini alması, eğer yine de gebe kalırsa o zaman kaderine inanması ve ocuk sahibi olması konusunda desteklenmesi gerekmektedir.
4. Dini açıdan gebelikten korunmanın caiz, isteyerek düşük yapmanın ise günah olduğuna inanan kadınlar, istenmeyen bir gebelik yaşamamaları ve bu gebeliği isteyerek düşükle sonlandırmak durumunda kalmamaları için etkili bir yöntemle korunmalarının dinen daha uygun olduğu konusunda desteklenmelidir.
5. Dinin yaşamında çok önemli bir yere sahip olduğunu belirten ve dini açıdan bazı etkili gebelikten korunma yöntemlerini kullanmanın uygun olmadığına inanan kadınların, dinen uygun olduklarına inandıkları etkili yöntemlerle gebelikten korunması konusunda desteklenmesi gerekmektedir.
6. Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar AP hizmetlerini ASM’lerden almak istemektedir. Bu nedenle, tüm ASM’lerden RİA uygulaması dahil bütün etkili gebelikten korunma yöntemleri temin edilebilmelidir. Bunun için ASM’lerin teknik teçhizat ve malzeme eksiklerinin giderilmesi gerekmektedir.
7. Gerek ASM’de gerekse hastanelerde hijyenik, konforlu ve birey ile sağlık çalışanının rahatlıkla görüşebileceği AP poliklinikleri oluşturulmalıdır.

8. Sağlık çalışanları, kadın hemen çocuk sahibi olmayı istemediği sürece, her kadına etkili yöntemlerle gebelikten korunma hakkında eğitim yapmalıdır. Bu eğitim sırasında, afiş, broşür, model, maket, slayt, sunum vb. eğitim materyalleri kullanılmalıdır.
9. Kadınlar, sağlık çalışanları tarafından ‘AP genel danışmanlık hizmeti’ kapsamında bütün etkili gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmelidir.
10. AP eğitimi ve hizmetleri, mümkünse kadın ve eşine birlikte verilmelidir.
11. Kadının ya da eşinin aile üyelerinin gebelikten korunma şekilleri dikkate alınmalıdır.
12. Kadının ve eşinin gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi kaynakları (çevredeki insanlar, kitle iletişim araçları vs) değerlendirilmelidir.
13. AP genel danışmanlık hizmetleri sırasında, çiftin etkili gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili olumsuz duyumları değerlendirilmeli, bu duyumların gerçekliği ve bireysel özelliklere göre farklılığı konusunda açıklama yapılmalıdır.
14. Kadının ya da eşinin etkili bir yöntem ile ilgili olumsuz deneyimleri dikkate alınmalı, sağlık durumları, aile yapısı ve ilişkileri, dini inancı, ekonomik durumu vb. özellikleri açısından kendilerine uygun başka bir etkili yöntemle gebelikten korunmaları konusunda yönlendirilmelidir.
15. Sağlık çalışanları tarafından gebelikten korunmaya yönelik verilen genel danışmanlık hizmetleri kapsamında etkili yöntemlerin temin edilebileceği yerler, gebeliği önleme şekli, olumlu yönleri, olumsuz yönleri, yöntemin kullanım süresi, kullanım kuralları, kontrole gitme sıklığı, acil olarak bir sağlık kurumuna başvurmayı gerektiren durumlar hakkında detaylı bilgi verilmelidir.
16. Kadına eğitim veya hizmet verilirken, eşin gebelikten korunma ile ilgili düşünceleri ve tutumu mutlaka öğrenilmeli, seçilen veya kullanılan etkili yönteme uyumu değerlendirilmelidir.
17. Kondom ile gebelikten korunması gereken (hastalık nedeniyle) veya kondom ile gebelikten korunmayı seçen çiftler, kondom kullanım kuralları konusunda bilgilendirilmeli ve doğru kullanıp kullanmadıkları değerlendirilmelidir.

18. Kondomu düzenli bir şekilde kullanmayan çiftler, ilişkiye bağlı olmayan etkili yöntemlerle gebelikten korunmaları konusunda yönlendirilmelidir.
19. Hap içmeyen, RİA taktırmaktan veya enjeksiyon yaptırmaktan korkan kadınlar, kendileri için uygun başka bir etkili yöntemle gebelikten korunması konusunda yönlendirilmelidir.
20. Kadınlara, etkili gebelikten korunma yöntemleri hakkında daha fazla bilgi edinmek için internetten faydalanabileceği hakkında bilgi verilmelidir.
21. Sağlık çalışanı, kadını kendi kafasındaki belirli bir etkili yöntem ile gebelikten korunmaya yönlendirmemeli, bu konuda seçimi kadına bırakmalıdır.
22. Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadının, kendisi, eşi ve çocuklarının sağlık durumları hakkında bilgi sahibi olunmalı, duruma göre etkili bir yöntemle gebelikten korunmasının önemi açıklanmalıdır. Kadın belirli bir etkili yöntemle gebelikten korunmayı düşündüğünde bu yöntemin kadın ya da eşi açısından uygunluk durumu değerlendirilmelidir.
23. Eğitim durumu yetersiz olan bazı kadınlar, sağlık kurumlarına gitmekten ve sorununu anlatmaktan utanıp çekinmektedir. Bu kadınlar teknolojik gelişmelerden faydalanamadıkları ve internet kullanamadıkları için de birçok şeyi öğrenememekte ve kendisini geliştirememektedir. Sağlık çalışanının bu durumların farkında olması gerekmektedir. Böylelikle, kadınları sağlık kurumlarından faydalanmaya, üreme sağlığı ve gebelikten korunma ile ilgili sorunlarını konuşmaya teşvik etmeli, kadının ihtiyacı olan eğitim ve hizmet gereksinimini tam olarak karşılamaya çalışmalıdır.
24. Çiftin mahremiyetinin korunması için;
 - a. Gebelikten korunma konusunu, hizmet alan birey ile sağlık çalışanının uygun bir ortamda ve baş başa konuşması,
 - b. Kadının istediği taktirde, üreme sağlığı sorununu veya gebelikten korunma konusunu kadın bir sağlık çalışanı ile konuşması ve kadın sağlık çalışanı tarafından muayene edilmesi,
 - c. Kadınların, muayene ya da RİA uygulama odasına tek olarak alınması ve işleme hazırlanması,
 - d. Muayene sırasında kadının mahremiyet duygusunun korunmasına dikkat edilmesi

- e. Görüşme veya muayene sırasında kadının mahremiyet duygusunu korumak istemesine saygı duyulduğunun gösterilmesi gerekmektedir.
- 25. Aile sağlığı elemanları tarafından ev ziyaretlerinin düzenli ve etkin bir şekilde gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği denetlenmelidir.
- 26. AP ve etkili gebelikten korunma yöntemleri hakkında radyo, televizyon, gazete ve internet gibi kitle iletişim araçlarında daha fazla bilgiye yer verilmelidir.

Kültürel bakım için yeniden yapılandırma: Bu bakım kararı ve uygulama modunda, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların kültürel özellikleri ve değerleri ile gebelikten korunmaya yönelik tutumları arasındaki ilişkiler değerlendirilmekte ve bu ilişkiler doğrultusunda gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerinde ‘yeniden yapılandırılması gereken konular’ sergilenmektedir.

1. ASM ve diğer sağlık kurumlarının web sayfalarında etkili yöntemlerle gebelikten korunma konusu ele alınmalıdır.
2. AP ve etkili yöntemlerle gebelikten korunma konusunda eğitim videoları hazırlanmalı ve kitle iletişim araçları vasıtasıyla yayınlanmalıdır.
3. Sağlık çalışanlarının düzenli olarak ‘kişilerarası iletişim teknikleri’ konusunda eğitim alması sağlanmalıdır.
4. ASM ve hastanelerde düzenli olarak ‘AP Eğitim Günleri’ organize edilmeli, bu eğitim günleri halka duyurulmalıdır. Katılımcılara, interaktif öğretim yöntemleri kullanılarak AP ve etkili gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi verilmelidir. Böylelikle bireylerin soru sormalarına fırsat verilmelidir.
5. Gebe kadınların gebelik dönemi izlem ve takiplerinde mutlaka AP danışmanlık eğitimi alması sağlanmalıdır.
6. Deri altı kapsülü dahil tüm etkili gebelikten korunma yöntemleri sosyal güvence kapsamında olmalı ve sağlık kurumlarından ücretsiz olarak temin edilebilmelidir.
7. Sosyal güvence herhangi bir gebelikten korunma yönteminin tüm formlarını ve markalarını kapsamalıdır.
8. ASM’lerde ya hastanelerde olduğu gibi, AP polikliniği çalışanlarının ayrı olması ve bu kişilerin ‘AP danışmanlığı ve RİA uygulaması’ sertifikasına sahip olması, ya da tüm ASM doktor ve hemşirelerinin ‘AP Danışmanlığı ve RİA

Uygulaması' eğitiminden geçmiş ve sertifika almaya hak kazanmış olması gerekmektedir.

9. ASM'lerde kadınların AP gereksinimlerinin tam olarak karşılanmasını teşvik etmek için, aile hekimleri tarafından verilen AP hizmetleri (gebe ve aşı izlemlerinde olduğu gibi) 'performans değerlendirmesi' kapsamına alınmalıdır.
10. Çok etkili bir şekilde gebelikten koruyan, sağlığa zarar vermeyen (yan etkileri olmayan), pahalı olmayan, kısırlaştırmayan, etki mekanizması ovulasyonu baskılamak veya fertilizasyonu önlemek olan ve gebelikten korunmada erkeğin sorumluluk almasını sağlayan başka etkili yöntemlerin geliştirilmesi gerekmektedir.



5. TARTIŞMA

Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların kültürel özellikleri Leininger'in 'Kültürel Bakımın Farklılığı ve Evrenselliği Teorisi' doğrultusunda incelenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, ana tema başlıkları altında tartışılmıştır. Ayrıca, araştırma sonuçları ve ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen 'Karşılanmamış AP gereksinimi hizmet modeli' sunulmuştur.

5.1. Ana Temalara İlişkin Tartışma

Ana Tema 1: Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların gelenek ve göreneklere bağlı bir yaşam tarzı içerisinde aile, dini inanç ve ekonomik durum yaşamlarına yön veren en önemli değerlerdir.

Günümüzde toplumumuzdaki aileler çoğunlukla çekirdek yapıda olmakla birlikte geniş aileler de bulunmaktadır. Aile yapısı ister çekirdek ister geniş olsun özellikle geleneksel ailelerde ev içi ilişkilerde ataerkil yapı varlığını devam ettirmektedir (114). Ataerkil yapının sürdürülmesinde aile büyükleri önemli rol oynamaktadır. Çünkü gelenek ve göreneklerimiz içerisinde aile büyüklerine büyük saygı ve hürmet gösterilmektedir (112). Ataerkil aile yapısı, aile büyüklerine hürmet ve saygı, ayrıca gelenek ve göreneklere bağlı yaşam tarzı nedeniyle güçlü aile ve akrabalık bağları hala devam etmektedir (114, 119). Ayrıca toplumumuzda endogamik (192) ve akraba evliliklerinin (117) yaygın olması da bu bağları güçlendirmektedir (193). Tüm bu faktörler ise, aile ve akrabalar içerisinde aile büyükleri ve erkeklerin söz hakkı üstünlüğünü devam ettirmektedir. Bu nedenle kadının aile içinde karar alma mekanizmalarına katılımı ve etkinliği zaman zaman kısıtlanmaktadır. Araştırmamızda, karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınların çoğunluğu için aile yaşamlarına yön veren en önemli değerdir. Kadınlardan bazıları ise içinde büyüdükleri aile ortamı veya kendi evlilikleri ile ilgili olarak geleneksel geniş aile yapısı, ataerkil aile ilişkileri, akraba evliliği, güçlü aile ve akrabalık bağları gibi özelliklere sahiptir. Böylelikle, karşılanmamış AP gereksinimi olan kadının yaşamında önemli bir belirleyici olan aile faktörü, kadının gelenek ve göreneklere bağlı bir yaşam tarzı içerisinde tutulmasına neden olmakta, ev içerisinde erkekle eşit

söz hakkı sahibi olmasını engellemekte, karar alma mekanizmalarına katılımını ve etkinliğini azaltmaktadır.

Sosyo-ekonomik durum yaşam tarzının belirlenmesinde önemli bir faktördür (194). Araştırmamıza katılan kadınlar ise kendilerinin ve eşlerinin öğrenim durumları, ekonomik durumları, teknolojik imkanlardan faydalanmaları ve yaşam tarzları arasındaki ilişkiyi çok açık bir şekilde ifade etmişlerdir. Öğrenim durumlarının yetersiz olmasının özellikle iyi bir işte çalışmalarına ve yeteri kadar para kazanmalarına engel olduğunu, gerek öğrenim durumu gerekse ekonomik durum yetersizliği nedeniyle sosyal anlamda yaşamlarının olumsuz etkilendiğini, teknolojik imkanlardan yeteri kadar yararlanamadıklarını, zamanlarının çoğunu evin içerisinde ve çocukları ile birlikte geçirmek durumunda kaldıklarını ve tüm bu nedenlerle kişisel anlamda bir gelişimlerinin olmadığını açıklamışlardır. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların, gerek belirtilen eğitimsel ve ekonomik kaynaklı faktörler gerekse geleneksel olarak kadının çoğunlukla ev içerisinde kalması komşuluk ve arkadaşlık ilişkilerinin yaşamlarında en önemli sosyal ortam ve bireysel öğrenme kaynağı olmasına sebep olmaktadır (125). 2006 yılı Aile Yapısı Araştırması sonuçlarına göre (124), ülkemizdeki kadınların komşularıyla akrabalarıyla olduğundan daha sık görüşüyor olmaları araştırma sonuçlarımızı doğrulamaktadır.

Türkiye toplumunda yaşayan insanların büyük bir çoğunluğu için dini inanç yaşamında önemli bir yere sahiptir (91). Ülkemizde son yapılan araştırmalara göre, ülke genelinde kendisini dindar olarak tanımlayanların oranının %87,5, orta derecede dindar olarak tanımlayanların oranının %10,2, dindar olmadığını belirtenlerin oranının ise %1,3 olduğu bulunmuştur (93). Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar için de benzer bir durum söz konusudur. Araştırmamıza katılan kadınların büyük bir çoğunluğu, dinin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu ve mümkün olduğu kadar namaz kılma, oruç tutma, Kur'an-ı Kerim okuma gibi ibadetlerinin yerine getirmeye çalıştıklarını, Allah'a dua ve şükrettiklerini anlatmışlardır. İslam dininin gereklilikleri ile bütünleşen toplumun gelenek ve görenekleri kadının yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir. Kadın, dini açıdan uygun bir şekilde giyinmekte, yalnız olarak veya eşinden izin almadan sokağa çıkamamakta, eş dışında erkeklerle bir araya gelmesine neden olacak işlerde çalışmamakta ve

aktivitelerde bulunamamakta, yaşamdaki yegane sorumluluğunu eşine ve çocuklarına hizmet etmek olarak algılamakta, eşi her istediğinde cinsel ilişkiye girmesinin gerektiğini belirtmekte, hatta gebelikten korunma konusunda eşi belirleyici olmaktadır.

Ana Tema 2: Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlardan toplumsal cinsiyet rollerine uygun olarak ekonomik durumu ve sosyal şartları elverdiği ölçüde mutlaka çocuk sahibi olması beklenmektedir.

Toplumumuzda aile kurumunun çok önemli bir yeri bulunmaktadır (115). Geleneksel toplumlarda aile kurumunun oluşturulması anlamına gelen evlilik ise, kadının cinsel yaşamının (195) ve doğurganlığının başlangıcı (196) demektir. Son yıllarda biraz daha değişime uğramakla birlikte, bir kadının evlenmeden önce cinsel birliktelik yaşaması dinen ve geleneksel olarak yasak bir durumdur (197). Kadınların evlenmeden önce cinsel birliktelik yaşamasının önüne geçmek için, bu süreçte cinsellik hakkında konuşmak, cinsel bilgi edinmek de çoğu zaman engellenmektedir (30, 195, 198). Evlenmeyle birlikte başlayan cinsel yaşamın hemen devamında kadının çocuk doğurması beklenmektedir (196). Bu nedenle evlendikten sonra hemen çocuk sahibi olunamayan bazı durumlarda evliliğin bitmesi hatta erkeğin yeniden evlenmesi bile söz konusu olabilmektedir. Çünkü çocuk toplum ve aile için soyun devam ettirilmesi anlamına gelmektedir (128). Tüm bu toplumsal ve kültürel değerler, evlendikten sonra aile ekonomik ve sosyal olarak çocuk sahibi olmaya kendilerini hazır hissetmese bile kadınların gebelikten korunmasına engel olmaktadır (21). TNSA 2013 verilerine göre, ülkemizde 15-49 yaş grubundaki evli kadınların %8,6'sı evliliği süresince hiç gebeliği önleyici yöntem kullanmamış, %36,9'u ise ilk çocuğuna sahip olduktan sonra gebeliği önleyici yöntem kullanmıştır (6). Araştırmamıza katılan ve karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların tümü ise, ilk çocuklarını dünyaya getirene kadar gebelikten korunmadıklarını açıklamışlardır. Kadınlar devam eden süreçte ise ya ideal çocuk sayısına ulaşana ya da tercih ettikleri cinsiyette çocuk sahibi olana kadar etkili bir yöntemle gebelikten korunmamaktadır. Bu süreçte sıklıkla henüz hazır olmadıkları bir zamanda gebe kalmakta ve bu gebeliklerini doğumla sonuçlandırmaktadırlar.

Ülkemizde HUNEE tarafından yapılan TNSA sonuçlarına göre son yıllarda ideal çocuk sayısında bir artış olduğu belirlenmiştir. TNSA 2013 araştırmasına göre kadınların %40'ının ideal çocuk sayısının iki, %25'inin ise dört ve üzeri olduğu bulunmuştur. Ayrıca, eğitim durumu daha düşük ve ekonomik durumu daha yetersiz olan kadınların ideal çocuk sayısının daha fazla olduğu saptanmıştır (6). Araştırmamızda ise, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların ve eşlerin çoğunluğu için ideal çocuk sayısı 2-3 olmakla birlikte, ideal çocuk sayısını etkileyen en önemli faktörün ekonomik durumları ve bununla ilişkili olarak yaşadıkları ortamın şartları olduğunu belirtmektedirler. Araştırmamıza katılan kadınlar, ideal çocuk sayısını etkileyen bir diğer faktörün çocukların bakımında yeterli aile ve eş desteğinin olması olduğunu dile getirmişlerdir. Bunun yanında, eşinin gebelikleri sırasındaki tutumu ve çocukların bakımına katılımı çoğu zaman eşitlikçi olmamakla birlikte, kadınlar doğurmaya devam etmektedir.

Ana Tema 3: Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar arasında, evlilikleri süresince uzun süreli ya da aralıklı olarak geleneksel geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmak oldukça yaygındır.

Ülkemizde son 20 yıldır etkili gebelikten korunma yöntemi kullanım oranında belirgin bir artış söz konusu olmakla birlikte (%34,5'ten %47,4'ye), geleneksel geri çekme yöntemi ile gebelikten korunma oranında bir azalma görülmemektedir (%26,2'den %25,5'e). Buna göre, ülkemizde her dört kadından biri geri çekme yöntemi ile korunmaktadır. Etkili yöntem kullanımındaki artışın büyük bir kısmını ise kondom (%6,6'dan %15,8'e) gibi ilişkiye bağlı yöntemlerin kullanımı oluşturmaktadır (6). Araştırmamızda, geri çekme yöntemi ile gebelikten korunan ancak bu yöntemi etkili bir gebelikten korunma yöntemi ile değiştirmek istediğini belirten kadınlar, karşılanmamış AP gereksinimi olan kadın grubuna dahil edilmiştir. Bu kadınlar, etken maddelerini bilmedikleri, birçok yan etki/komplikasyonlarını öğrendikleri etkili yöntemlerle gebelikten korunmaya çekinmelerine; doğal yollarla sağlığı korumak ve iyileştirmek istemelerine; etkili bir yöntemle gebelikten korunmayı sürekli ihmal etmelerine neden olan birçok faktörden söz etmekte, bu nedenle ya gebelikten hiç korunmamakta ya da etkili bir yöntem kullanmamaktadır. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar gebelikten korunmada geri çekme

uygulamasını ise *'kendi yöntemimiz'* şeklinde bir sahiplenme duygusuyla açıklamaktadır. Bu yöntemin, gebelikten korunmada, sessiz bir şekilde nesilden nesile geçen bir uygulama olduğunu vurgulamaktadırlar. Bazı kadınlar evlilikleri süresince, bazı kadınlar etkili yöntemlerle ilgili yaşadıkları bazı olumsuz deneyimlerden sonra, bazı kadınlar ise ilişkiye bağlı yöntemleri tedarik etmede sıkıntı yaşadıkları her durumda geri çekme yöntemine başvurmaktadır. Özellikle kondom kullanan bazı kadınlar, kondom ile karşılaştırıldığında geri çekme yönteminin ten temasını sağlaması nedeniyle daha üstün bir gebelikten korunma yöntemi olduğunu belirtmektedirler. Araştırmamızda etkili yöntemlerden kondom kullandığını belirten bütün kadınlar gebelikten korunma durumunu 'bazen kondom bazen geri çekme' olarak belirtmektedir. Bu nedenle ilişkiye bağlı yöntemlerle gebelikten korunan kadınların bu yöntemi etkin bir şekilde uygulayıp uygulamadıkları AP'de önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Daha önce etkili bir yöntemle gebelikten korunmuş kadınlar ise, etkili yöntemler ile karşılaştırdıklarında gerek cinsel ilişkiyi kesintiye uğratması gerekse gebe kalma korkusu yaşamaları nedeniyle geri çekme yönteminden memnuniyetsizliklerini dile getirmekte, bu nedenle bu yöntemi bazen uyguladıklarını bazen uygulamadıklarını belirtmektedirler. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan ve geri çekme yöntemini yaygın bir şekilde uygulayan bu kadınların ara verme ve sınırlama gereksinimi içerisinde iken istemeden gebe kalma sayıları da oldukça yüksektir. Bu nedenle geri çekme yöntemi ile gebelikten korunan kadınların bu yöntemi etkin bir şekilde kullanma konusundaki başarıları önemlidir. Yöntemi etkili bir şekilde kullanamayan, yüksek düzeyde gebe kalma korkusu yaşayan ve bu yöntemle korunurken istemeden gebe kaldığını belirten kadınların AP gereksinimlerinin etkili bir yöntemle karşılanması, sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından zorunludur.

Ana Tema 4: Kadınların AP gereksinimlerinin karşılanmasını din, kadercilik ve mahremiyet gibi kültürel özellikleri ile sağlık hizmetlerinden kaynaklanan sorunlar etkilemektedir.

Kadercilik, ülkemizde yaygın bir kültürel değerdir. 2009 yılında yapılan bir araştırmaya göre ülkemizdeki insanların %50'si 'hayatı değiştirebilmek için yapılabilecek çok az şey olduğunu' inanmaktadır (107). Araştırmamızda katılan ve

karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar ise, görüşmenin her aşamasında aile yapıları ve ilişkileri, evlilikleri, yaşam tarzları, ekonomik durumları, çocukları vb. konularda görüşlerini belirtirken yaşama karşı kaderci bir yaklaşım içerisinde olduklarını dile getirmişlerdir. Onların bu kaderci yaklaşımları gebelikten hiç korunmamaları, etkili bir yöntemle gebelikten korunmamaları, seçtikleri gebelikten korunma yöntemlerini düzenli bir şekilde kullanmamaları üzerinde çok etkili olmaktadır. Genel anlamda çocuk sahibi olmakla ilgili ‘Allah verecekse öyle de olur böyle de olur’ şeklinde bir tutum sergilemektedirler. Bu nedenle de çoğu zaman henüz hazır olmadan veya artık çocuk sahibi olmayı hiç istemezken gebe kalmaktadırlar. Kadınların kaderci yaklaşımları çoğu zaman belirli bir etkili yöntemle ilgili kendi deneyimleri, çevresinden duyuları veya hap içememe, RİA taktırmaktan ve enjeksiyon yaptırmaktan korkma gibi nedenler karşısında farklı bir etkili yöntemle korunmayı istemelerine engel olmaktadır. Aynı şekilde herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle belirli bir etkili yöntemle gebelikten korunamadığını açıklayan kadınlar farklı yöntemlerle gebelikten korunma arayışı içerisine girmemektedirler. Bu kadınların etkili bir yöntemle gebelikten korunması ve tedbirini alması, eğer yine de gebe kalırsa o zaman kaderine inanması ve çocuk sahibi olması konusunda desteklenmesi gerekmektedir.

İslam Hukuku’na göre, insan vücudu için mahremiyet, bakılması, dokunulması veya konuşulmasının yasaklandığı, haram kılındığı dokunulmazlık halini ifade etmektedir. Kişinin korumaya çalıştığı özel hayatı, başkalarının bilmemesi gereken ve bildiği zaman günah olan özel durumları içermektedir (199). Çalışmamıza katılan, büyük bir çoğunluğu dindar olan ve karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar için ise mahremiyetin korunması üzerinde durulması gereken bir diğer önemli konudur. Bu kadınların çoğunluğu, gebelikten korunma konusunu mahrem bulduğu için çevresindeki insanlar hatta sağlık çalışanları ile konuşmaktan çekindiğini dile getirmektedir. Özellikle öğrenim durumu daha düşük olan kadınlar, gebelikten korunma konusunu sağlık çalışanları ile konuşmaktan, sağlık kurumlarına gitmekten, muayene olmaktan daha çok utanmakta ve çekinmektedir. Hatta bazı kadınlar cinsellik, bir adet gecikmesi durumu veya gebelikten korunma konusunu eşleriyle bile konuşmaktan çekindiklerini açıklamaktadır. Yüksel ve ark. (30) tarafından yapılan çalışmada da, görüşülen

kadınlardan bazıları gebelikten korunma ile ilgili konuları ailesiyle konuşamamaktan şikayetçi oldukları, bu konuda konuşmanın ayıp olduğunu ve bu tür mahrem konuların kimseyle konuşulmaması gerektiğini söyledikleri bildirilmiştir. Kadınların mahremiyet duygusunu koruma isteği, gebelikten korunma konusunda bilgi kaynaklarına ulaşmasını ve hizmet arayışına girmesini engelleyen önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Karşılanmamış AP gereksinimi oranları, bireylerin hangi dine mensup olduklarına (10, 16, 18, 20, 28) ya da dini inanç durumlarına göre (10, 28) değişebilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda diğer dinler ile karşılaştırıldığında Müslüman olanlar arasında daha yüksek bir karşılanmamış gereksinimin olduğu belirtilmiştir (16, 18, 20). Araştırmamıza katılan kadınların tamamı Müslüman olup, büyük bir çoğunluğu için dini inanç yaşamlarında önemli bir yere sahiptir. Karşılanmamış AP gereksinimi olan bu kadınlar, dini açıdan gebelikten korunmanın caiz (uygun) olduğunu vurgulamaktadırlar. Bununla birlikte dinin yaşamında çok önemli bir yere sahip olduğunu belirten bazı kadınlar, belirli bazı gebelikten korunma yöntemlerinin dinen uygun olmadığından söz etmektedirler. Bunlardan biri; dini açıdan çocuklara bakacak ve ihtiyaçlarını karşılayacak olan erkek olduğu için gebelikten korunma kararının ve uygulamasının erkeğe ait olduğu şeklindedir. Bu durumda dinen kadının gebelikten korunması uygun değildir. Bir diğeri; RİA'nın etki mekanizmalarından biri implantasyonu engellemek olduğu için, döllenme gerçekleşikten sonra fetüsü yok ettiği ve bu nedenle küretaj hükmünde sayıldığı şeklindedir. Bu nedenle dinen RİA ile gebelikten korunmak uygun bulunmamaktadır. Sonuncusu ise; tüplerin bağlanması bilerek ve isteyerek kendini kısırlaştırmak anlamına geldiği için dinen yasaktır. Görüldüğü üzere, dini inanç bazı kadınların belirli etkili yöntemlerle gebelikten korunmayı seçmelerine engel olmaktadır. Bu kadınlar, kendileri için uygun olduğunu düşündükleri etkili bir yöntemle gebelikten korunmayı istediklerinde sağlık çalışanları tarafından ısrarla RİA, tüplerin bağlanması vb. yöntemleri kullanmaya zorlandıklarında ise etkili yöntemle gebelikten korunma isteklerinden vazgeçmektedirler. Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar dini açıdan gebelikten korunmanın uygun olduğunu belirtmekle birlikte isteyerek düşük yapmanın günah ve yasak olduğunu belirtmektedirler. Kadınların, bu inançları nedeniyle istemeden gebe kalsalar dahi herhangi bir sağlık problemi

olmadığı sürece bu gebelikleri doğumla sonuçlanmaktadır. Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlara verilecek AP hizmetlerinde, sağlık çalışanlarının gebelikten korunmanın dinen uygun olduğunu bununla birlikte istenmeyen bir gebelikle karşılaşp küretajla sonlandırmak yerine etkili bir şekilde gebelikten korunmanın daha doğru olduğu konusunda kadınları yönlendirmeleri gerekmektedir.

Dünyada yapılan farklı çalışmalarda (10, 18, 21) medyadan AP ile ilgili bilgi alan kadınların karşılanmamış AP gereksinimi oranlarının daha az olduğu bildirilmiştir. Araştırmamızda ise, karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar, radyo, televizyon, gazete gibi kitle iletişim araçlarından yalnızca çok çocuk sahibi olmanın kötü bir şey olduğunu öğrendiklerini, etkili gebelikten korunma yöntemleri konusunda ise çok az bilgi verildiğini dile getirmektedirler. Oysa bazı kadınlar, gebelikten korunma gibi konuları çevresindeki insanlar ile konuşmaktan çekindiği için, interneti bu konuda çok faydalı bulduklarını ve aktif olarak kullandıklarını, böylelikle bireysel olarak ve mahremiyetini koruyarak etkili gebelikten korunma yöntemleri konusunda bilgi sahibi olduklarını belirtmektedirler. Üstelik, gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili bilgi edinmek için internetten faydalandıklarını belirten kadınların öğrenim durumları hiç eğitim almamış, ilkokul ve ortaokuldur. Öğrenim düzeyi daha az ve mahremiyetinin korunmasını son derece önemseyen bu kadınların karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında internet faydalı bir kitle iletişim aracı olarak önemle göz önünde bulundurulmalı, diğer kitle iletişim araçlarında ise gebelikten korunma konusuna daha fazla yer verilmelidir.

Dünyada yapılan farklı çalışmalar, kadınların karşılanmamış AP gereksinimleri ile ekonomik durumları arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (10, 16, 20, 21, 24, 25). Bu çalışmalardan bazılarında kadınların ekonomik durumları iyileştikçe karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaldığı (16, 21, 24), bazılarında ekonomik durumu kötü olan kadınların doğumlara ara vermek, iyi olan kadınların ise doğumlarını sınırlamak için gereksinimlerinin daha fazla olduğu (10), bazılarında ise kadınların ekonomik durumu iyileştikçe geleneksel bir yöntem ile gebelikten korunma oranlarının da arttığı (24) bulunmuştur. Araştırmamızda, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar çoğunlukla etkili bir yöntemle gebelikten korunmamalarının ekonomik durumları ile bir ilişkisinin olmadığını belirtmişlerdir. Kadınlar, etkili gebelikten korunma yöntemlerinin ASM ve hastanelerin AP

polikliniklerinden ücretsiz olarak temin edebildiğini, ya da eczanelerden çok az bir para ödeyerek alınabildiğini dile getirmişlerdir. Çok az sayıda kadın, zaman zaman ekonomik sıkıntı yaşadıkları için kondom alamadıklarını ve kullanamadıklarını veya oral kontraseptifler ASM’de bittiği zaman eczanelerden almakta zorlandıklarını açıklamıştır. Bununla birlikte, deri altı kapsülü ile gebelikten korunmak isteyen bazı kadınlar, deri altı kapsülleri sosyal güvence kapsamında olmadığından ve bu nedenle kamu sağlık kuruluşlarından temin edilemediğinden bu yöntemle gebelikten korunamamaktadır. Bazı kadınlar ise RİA, oral kontraseptif, enjekte edilen yöntemler, kondom vb. gebelikten korunma yöntemlerinin kamu kuruluşlarında kullanıma sunulmasının dışında farklı formları ya da markalarını kullanmak istemektedirler. Kamu kuruluşlarında genellikle etkili gebelikten korunma yöntemlerinin tek bir formu (yalnızca bakırlı RİA gibi) veya tek bir markası (oral kontraseptif, enjekte edilen yöntemler ve kondomda olduğu gibi) kullanıma sunulmaktadır. Kadınlar arasında ise genellikle kamu kuruluşlarında verilen etkili gebelikten korunma yöntemlerinin yan etkilerinin daha fazla olduğu, cinsel memnuniyeti olumsuz etkilediği, eczanelerden satın alınan marka ya da formların daha kaliteli ve daha sağlıklı olduğu yönünde bir kanı bulunmaktadır. Bu nedenle kadınlar, etkili gebelikten korunma yöntemlerinin bütün form ve şekillerini sağlık kurumlarından ücretsiz olarak temin edebilmek istemektedirler. 2002 yılında Güçüz Doğan ve Akın tarafından (8) yapılan çalışmada, ülkemizde herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kadınlar arasında gebelik riski altında olduğu halde bir kontraseptif yöntem kullanmayan kadınların oranının sosyal güvencesi olan kadınların yaklaşık iki katı olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde kontraseptif yöntemlerin tamamı sosyal güvence kapsamında olmamakla birlikte, sosyal güvencenin sağlık hizmetlerinden yararlanmayı teşvik edici bir faktör olduğu ve modern kontraseptif kullanımını olumlu yönde etkilediği vurgulanmıştır (8). Çağatay Seçkiner tarafından yapılan çalışmada (17) da sosyal güvencesi olmadan çalışan kadınların karşılanmamış AP gereksinimlerinin en yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (TNSA 1998’de %16, TNSA 2008’de %7). Amerika’da Sonfield ve ark. (200) tarafından yapılan çalışmada ise, 2013 yılında Amerika’da yürürlüğe giren Ekonomik Bakım Yasası’na göre birçok özel sağlık sigortasının Amerikalılar’a herhangi bir masraf çıkarmayacak şekilde kontraseptif yöntemleri, hizmetleri ve danışmanlığı kapsadığı

belirlenmektedir. Bunun sonucu olarak, iki yıl içinde oral kontraseptifler için para ödemeyen kadın sayısının %15'ten %67'ye yükseldiği, benzer durumların enjekte edilen yöntemler, vajinal halka ve RİA için de söz konusu olduğu belirtilmiştir (200). Ülkemizde, bütün kontraseptif yöntemlerin Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınması, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan ve ekonomik durumu yetersiz olan kadınların tercih ettikleri farklı yöntemlere daha kolay ulaşmalarını sağlayacağı için gereksinimlerinin karşılanmasında önemli rol oynamaktadır.

Karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında etkili olan faktörlerden biri AP'ye yönelik sağlık hizmetlerinin niteliğidir (10, 21, 25-28). Batı ve Orta Afrika bölgesindeki kadınların %10'undan fazlasının AP hizmetlerinin düşük kalitede olması nedeniyle gereksinimleri karşılanamamaktadır (27). Sağlık hizmetlerinin kalitesini ise, sağlık çalışanlarından kaynaklanan faktörler, sağlık kurumlarındaki malzeme ve teknik imkanların yetersizliği ve sağlık kurumlarındaki AP eğitimlerinin yetersizliği etkilemektedir.

Sağlık çalışanlarından kaynaklanan faktörlerle ilgili olarak, karşılanmamış AP gereksinimi olan bazı kadınların, kontrasepsiyondan habersiz oldukları (25, 27), etkili gebelikten korunma yöntemleri hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmadıkları (10), bir tedarik kaynağına nasıl ulaşacaklarını bilmedikleri (10, 25, 27) ve bu nedenle hizmetlere ulaşmada sıkıntı yaşadıkları (10) belirlenmiştir. Araştırmamıza katılan kadınlardan bazıları ise, sağlık personelleri ile bir araya geldikleri ortamlarda, etkili bir şekilde gebelikten korunmanın önemi konusunda yeteri kadar aydınlatılmadıklarını, bu konuda bir farkındalık kazanmalarının sağlanmadığını dile getirmişlerdir. Kadınlar sağlık çalışanları ile AP konusundaki görüşmelerinde çoğu zaman yeteri kadar ilgilenilmediğini, gebelikten korunma konusunda kendi düşüncelerini dile getirdiklerinde sağlık çalışanının umursamaz davrandığını veya ayak üstü geçiştirerek, çok hızlı bir şekilde, hatta kadının etkili yöntemlerden ürkmesine sebep olabilecek tarzda eğitimler yaptıklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının kadınları etkili bir yöntemle gebelikten korunmaya ikna etme konusunda yetersiz kaldıklarını vurgulamışlardır. Kadınlar AP danışmanlık hizmetleri ile ilgili görüşlerini ise, sağlık çalışanlarının herhangi bir afiş, model, maket, rehber vs. kullanılmadan, yöntemler hakkında yüzeysel bilgi vererek, kadının kafasındaki sorulara yanıt bulmasından çok farklı soruların oluşmasına neden olacak

bir tarzda verildiğini açıklamışlardır. Kadınlardan bazıları geçmişte etkili bir yöntemle gebelikten korunmayı seçmiş, ancak bazı sağlık sorunları ya da eşinin kullanmak istememesi gibi nedenlerle bu yöntemleri kullanmayı bırakmıştır. AP danışmanlık hizmetleri sırasında sağlık çalışanı tarafından, seçilen yöntemin kadın veya eşi için uygunluğunun daha ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi, AP yöntemlerinin daha etkin bir şekilde kullanılması anlamına gelmektedir. AP yöntemlerinin uygulama hizmetleri ile ilgili olarak kadınların en çok rahatsız oldukları konu, RİA uygulaması sırasında uygulama odasına kadınların topluca alınması, birarada soyundurulması, jinekolojik muayene masasına alınması sırasında mahremiyetinin korunmaması, yapılacak ve yapılan işlemler hakkında bilgi verilmemesi, çok aceleci davranılması ve sağlık çalışanlarının iletişim tarzlarının kötü olmasını içermektedir. Ayrıca AP izlem hizmetleri ile ilgili de bazı sorunların olduğu belirlenmiştir. Karşılanmamış AP gereksinimleri bulunan kadınların çoğunluğu geçmişte etkili bir yöntem ile gebelikten korunmayı denemiş, ancak bazı yan etkileri nedeniyle yöntemi kullanmayı bırakmışlardır. Sağlık çalışanları tarafından izlem hizmetleri sırasında bu kadınların detaylı bir şekilde değerlendirilmesi ve gerekirse hemen başka bir etkili yöntemle korunması konusunda danışmanlık hizmeti verilmesi gerekmektedir. Kadınlar, bazen seçmiş oldukları etkili yöntemi, eşinin kullanmak istemediğinden veya bazı yöntemleri doğru olarak kullanamadıklarından söz etmişlerdir. Bu kadınların da izlem hizmetleri sırasında belirlenmesi, eşi kondom kullanmak istemeyen kadınların farklı bir yöntemle yönlendirilmesi veya kondom/oral kontraseptifleri doğru ve düzenli bir şekilde kullanamayan kadınların bu konunun ne kadar önemli olduğu konusunda uyarılması izlem hizmetlerinin başarısı için önemli olan konulardır.

Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar için sağlık hizmetlerinden kaynaklanan bir diğer sorun, sağlık kurumlarında sunulan AP yöntem çeşitliliği ve teknik imkanların yetersizliği ile ilgilidir (10, 21, 28). Bazı kadınların, sağlık kurumlarında AP yöntemlerinin tamamının olmaması veya gebelikten korunmayı tercih ettikleri yöntemin mevcut olmaması/temin edilememesi nedeniyle AP gereksinimi karşılanamamaktadır (10). Araştırmamızda geçmişte etkili bir yöntemle korunduğunu belirten kadınlardan bazıları da, oral kontraseptif, kondom, enjeksiyon gibi AP yöntemlerini temin etmek için ASM'ye geldiklerinde ASM'de bu yöntemler

bittiği ve ellerinde kalmadığı için alamadan evlerine geri döndüklerini, bu nedenle yöntemi kullanmayı bıraktıklarını dile getirmişlerdir. Kadınlardan bazıları özellikle RİA ile gebelikten korunmak istediklerini ancak ASM’de bu yöntemi temin edemedikleri için gebelikten korunmadıklarını açıklamışlardır. Bu kadınlar, birlikte yaşadıkları kayınvalidesi ve kayınpederi izin vermediği için hastaneye gidemediklerini, hastanenin evlerine uzak olduğunu ve çocuklarını bırakacak kimseleri olmadığı için hastanelere gitmekte zorlandıklarını açıklamışlardır. Bu nedenle özellikle ASM’lerde AP yöntem eksikliklerinin zamanında giderilmesi, RİA uygulama hizmetlerinin aktif olarak verilmesi kadınların AP gereksinimlerinin karşılanmasında önemli bir konuyu oluşturmaktadır.

Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınların, AP, gebelikten korunma yöntemleri, AP hizmetlerine ulaşma ve yöntemleri temin etme gibi konularda eğitimlere gereksinimleri vardır (10, 25, 27). Araştırmamıza katılan kadınlar da, bu konularda bilgi sahibi olmak istediklerini dile getirmişlerdir. Bunun için ASM’lerde veya hastanelerin AP polikliniklerinde düzenli olarak ‘AP eğitim günleri’ düzenlenmesini önermektedirler. ASM’lerin ve hastanelerin web sayfalarında AP ile ilgili bilgilere yer verilmesinin gerektiğini belirtmektedirler. Sağlık kurumlarında AP ile ilgili afişler görmeyi istemektedirler. Cep telefonlarından mesaj ile bilgilendirilmek, sağlık çalışanları tarafından telefonla aranarak gebelikten korunma yöntemleri veya soruları hakkında görüşmeler yapmak istemektedirler. ASM ve diğer sağlık kurumlarının AP konusunda halkı eğitmesine yönelik daha genel ve kapsamlı faaliyetlerde bulunmasını beklemektedirler.

Ana Tema 5: Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar, gebelikten koruyucu sağlık hizmetlerini primer olarak ASM’lerden almayı ve buradaki sağlık çalışanları tarafından ev ziyaretleri yapılmasını istemektedir.

Ülkemizde, 2010 yılı itibarı ile tüm illerde Aile Hekimliği Sistemine geçilmiştir. Aile Hekimliği Sistemi içinde dört grup ASM bulunmaktadır. Bunlardan A ve B grubu ASM’lerde AP hizmetleri verilmekte, C ve D grubu ASM’lerde ise verilmemektedir (146). Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar ise, AP hizmetlerinin tamamını ASM’lerden alabilmek ve etkili gebelikten korunma yöntemlerinin hepsini ASM’lerden temin edebilmek istemektedirler. ASM’ler

kadınların evlerine en yakın olan ve koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sürekli iletişim halinde oldukları sağlık çalışanlarının bulundukları yerlerdir. Bu nedenle kadınlar, aile sağlığı çalışanlarına kendilerini çok daha rahat ifade edebildiklerini, ayrıca evlerine yakın olduğu için yöntemi kullanmaya başlama, yöntemin devamlılığını sağlama, izlem hizmetlerini düzenli olarak alabilme anlamında bu hizmetlerin tamamını ASM'lerden almanın kendileri için en iyi seçenek olduğunu belirtmektedirler. Bununla birlikte ASM'lerde zaman zaman AP malzemelerinin bitmesi, danışmanlık hizmetlerinin çoğu zaman ayaküstü ve herhangi bir eğitim materyali kullanmadan verilmesi, RİA uygulaması yapılmaması gibi bazı sıkıntılar bulunmaktadır. Günümüzde ASM'lerde en çok üzerinde durulan ve sağlık çalışanları tarafından önemsenen hizmetler gebe, çocuk, bebek izlemleri ve aşılama hizmetleridir. Çünkü bu hizmetler Aile Hekimliği Sistemi içerisinde birer performans göstergesi olarak değerlendirilmekte, düzenli olarak yürütülmediği durumlarda ise maddi ceza uygulaması görmektedir (146). Bu nedenle, Aile Hekimliği Sistemi içerisinde, AP hizmetlerinin de performans göstergesi içerisine dahil edilmesinin karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında çok önemli bir girişim olacağı düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde, toplumun kültürünün, alışkanlıklarının ve beklentilerinin bilinmesi ve bunların dikkate alınması, hizmetlerin benimsenmesini ve kullanımını artırmaktadır (201). Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar ise, ASM'lerde çalışan aile hekimleri ve hemşireleri tarafından ev ziyaretlerinin yapılmasını istediklerini dile getirmişlerdir. Kadınlar, Aile Hekimliği Sistemine geçilmeden önce Sağlık ocaklarında çalışan ebeler tarafından düzenli olarak evlerine gelindiğini, bu ziyaretler sırasında ihtiyaç duydukları ve merak ettikleri birçok konuyu sağlık çalışanı ile rahatlıkla konuşma fırsatı bulduklarını anlatmışlardır. Aynı şekilde şu anda ASM çalışanlarının ev ziyaretleri yaparak etkili gebelikten korunma yöntemleri konusunda kendilerine bilgi vermelerini, daha sonra kadını uygun zamanda ASM'ye davet ederek yöntemi kullanmasını sağlamalarını, devamında ise yöntemle ilgili bir sorun ve sıkıntı yaşadıklarında yine ev ziyaretleri sırasında bunları sağlık çalışanları ile daha rahat bir şekilde konuşmak istediklerini açıklamışlardır. Kadınlar, eğitim durumu yetersiz olanların, yaşlıların, genç kızların mahremiyetini korumak amaçlı ASM veya

hastaneye gitmeye çekindiği durumlarda ev ziyaretlerinin özellikle önemli ve anlamlı olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların bu açıklamalarından, mevcut Aile Hekimliği Sistemi içinde yer alan ev ziyaretlerinin etkin bir şekilde uygulanmadığı ve amacına ulaşmadığı anlaşılmaktadır. Oysa, Yüksel ve ark.'nın (30) çalışmasında kadınların kendileri gideceklerine daha çok sağlık çalışanlarının eve gelip gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgi vermesini tercih ettikleri bildirilmiştir. Ayele ve ark.'nın (10) çalışmasında ise, kadınların son 12 ay içerisinde bir sağlık çalışanı tarafından ziyaret edilme durumlarının karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır. Bu nedenle, ev ziyaretlerinin gerçekleştirilmesi ve karşılanmamış gereksinimi olan kadınların AP hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanabilmesi için ev ziyaretleri konusunda bazı düzenlemelerin ve iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir.

5.2. Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimi Hizmet Modeli

Herhangi bir araştırma sonucunda sağlık hizmeti modelinin geliştirilmesi, araştırma sonuçlarının klinik uygulamaya başarılı bir şekilde entegre edilmesi için temel belirleyicilerin ortaya konması anlamına gelmektedir. Yararlı bir hizmet modelinin geliştirilmesinde ise oluşturulan kanıtların niteliği, hizmetlerin verileceği ortam ve çevrenin özellikleri ve kanıtları uygulamaya dönüştürmede kullanılan stratejiler çok önemlidir (202).

Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama süreci, araştırma sorularının oluşturulmasını, bu sorular doğrultusunda kanıtların toplanmasını ve toplanan kanıtlar değerlendirilmesini ve sentezini içermektedir. Bu değerlendirmeler sonucunda, kanıtların hizmet uygulamalarında bir değişiklik veya iyileştirme gerektirip gerektirmediği belirlenmelidir. Eğer kanıtlar bir değişikliği destekliyorsa, kanıtlar bu anlamda yorumlanmalı, uygulama değişiklikleri planlanmalı ve geliştirilmelidir. Planlanan değişiklikler sırasında hizmetler, yerel, ulusal topluma ve bireylerin kültürel özelliklerine uygun olarak düzenlenmelidir (203).

Araştırmamızda, Leininger'in 'Kültürel Bakımın Farklılığı ve Evrenselliği Teorisi' kavramsal çerçevesinde, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların kültürel özellikleri nitel etno-hemşirelik araştırma yöntemi ile incelenmiştir. Nitel araştırmalar kanıt oluşturmak için, bireylerin geleneksel dünya görüşlerini ortaya

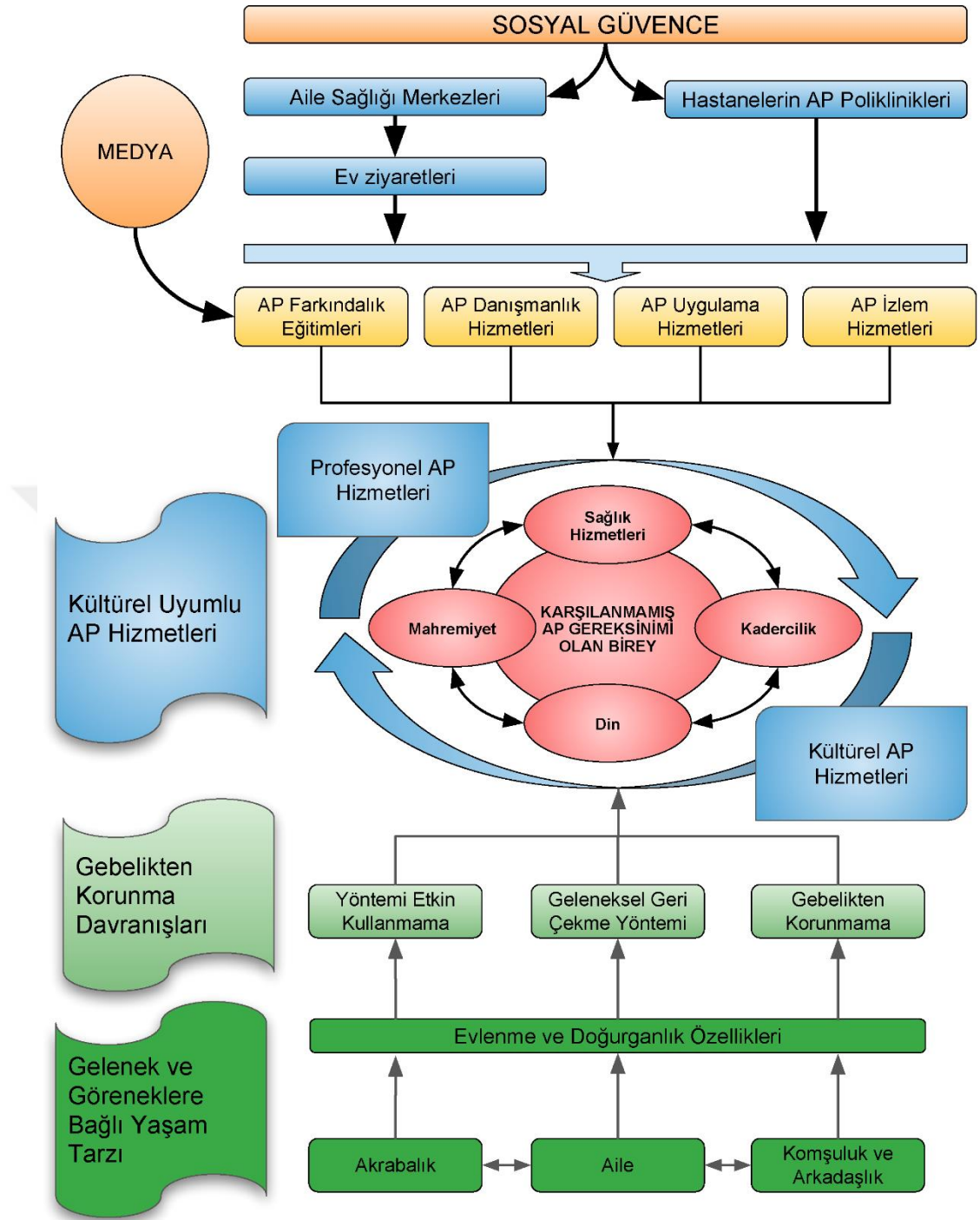
çıkarmada kullanılan tanımlayıcı çalışmaların eşsiz bir boyutunu oluşturmaktadır. Etnografik (etnohemşirelik araştırma yönteminin temelini oluşturmaktadır) araştırma yöntemleri ise kültürle özgül özellikleri ve yaşam şekillerini tanımlayan ve analiz eden bir araştırma yöntemidir (204). Bu çalışmada, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlarla yapılan derinlemesine görüşmeler, araştırmacı tarafından oluşturulan gözlem ve alan notları sonucu ulaşılan kategori, alt tema ve temalar ile, bunlardan yola çıkarak ortaya konulan transkültürel bakım kararları ve uygulamaları doğrultusunda, ayrıca konu ile ilgili literatür dikkate alınarak ‘Karşılanmamış AP Gereksinimi Hizmet Modeli’ geliştirilmiştir (Şekil 5.1). Bu, açıklayıcı hizmet modeli, Kleinman tarafından belirtildiği gibi (205), karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların algılarının, sağlık çalışanları tarafından göz önüne alınmasını, böylelikle kadınlar ve sağlık çalışanları arasında ortak bakım yollarının bulunmasını ve sunulan sağlık bakımı hizmetlerinin iyileştirilmesini sağlayan bir hizmet çerçevesi oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri alanının sosyal boyutu ile ilgili yapılan çalışmalar, topluma yönelik sağlık bakımının üç boyutunun olduğunu ortaya koymuştur. Buna göre; sağlık bakımının, profesyonel, popüler (aile, sosyal ağlar ve toplum) ve folklorik (geleneksel çözüm yolları) boyutları bulunmaktadır (205). Karşılanmamış AP gereksinimi hizmet modelinde; karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadın, aile yapısı, aile-akraba-arkadaşlarından oluşan sosyal çevresi, evlilik ve çocukla ilgili toplumsal değerler, geleneksel gebelikten korunma yöntemleri, dini inanç, kadere yaklaşım ve mahremiyet duygusu gibi sahip olduğu sosyal ve kültürel özellikleri ile birlikte modelin merkezinde yer almaktadır. Kadının tüm bu sosyal ve kültürel özelliklerinin, verilecek olan etkili AP ile ilgili farkındalık kazandırma ve yönlendirme, AP danışmanlık, uygulama ve izlem hizmetlerinde göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Ek olarak AP hizmetlerinin nitelik yönünden de iyileştirilmesi gerekmektedir. Kadınlar, tüm AP hizmetlerini primer olarak ASM’lerden alabilmek istemektedir. ASM’ler AP gereksinimlerinin karşılanmasında en temel ve en önemli basamağı oluşturmaktadır. Bununla birlikte tüm AP hizmeti veren birimlerde, hizmetlerin iyileştirilmesi ve bu kadınlara ulaştırılabilmesi için ele alınması gereken konular vardır. Son olarak, sosyal güvencenin tüm AP yöntem ve hizmetlerinin kapsayacak şekilde düzenlenmesi ve kitle iletişim araçlarında etkili

gebelikten korunma konusunun daha etkin bir şekilde ele alınması karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında önemli faktörlerdir.

‘Karşılanmamış AP Gereksinimi Hizmet Modeli’nde yer alan her bir kavrama ait detaylı açıklamalar aşağıda yer almaktadır. Bu kavramlar, konu ile ilgili literatur bilgisine, araştırmaya ait bulgular ve temalara dayanılarak oluşturulmuş ve açıklanmıştır.





Şekil 5.1. Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi hizmet modelinin şematik görünümü

- **Gelenek ve göreneklere bağlı yaşam tarzı:** Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadın, aile yapısı, güçlü aile, akrabalık ve komşuluk ilişkileri

içerisinde gerek evlenme şekli ve özellikleri, gerek evlilik içi rolleri, gerekse doğurganlık beklentileri yönünden gelenek ve göreneklere bağlı yaşam tarzını sürdürmektedir.

- **Aile:** Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadın, geniş/çekirdek, ataerkil/anaerkil/eşitlikçi aile yapılarına sahip olabilmektedir. Ayrıca çekirdek ve eşitlikçi aile yapısına sahip olsa bile toplumumuzdaki aile kavramının önemi, güçlü aile bağlarının sürdürülmesine neden olmaktadır. Bu nedenle bazı kadınlar gebelikten korunma konusunda aile büyüklerinin etkisinde kalabilmektedir. Bu etkilenme, onların gebelikten korunduğu şekilde gebelikten korunma veya onlar çocuk doğurmasını istediği için gebelikten korunmama şeklinde olabilmektedir. Ayrıca aile büyükleri ile birarada ya da yakın mesafede yaşayan kadınlar zaman zaman onlar izin vermediği için sağlık kurumlarına ulaşmada sıkıntı yaşayabilmektedir.
- **Akrabalık:** Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlar, geçmişten gelen geleneksel geniş aile yapısının da etkisiyle, günümüzde çekirdek aile yapısına sahip olsalar dahi akrabaları ile güçlü bağlarını devam ettirmektedirler. Ayrıca toplumumuzda akraba evliliğinin yaygın bir durum olması, onların akrabalık bağlarının daha da güçlenmesini pekiştirmektedir. Kadın, ailede olduğu gibi çoğu zaman gebelikten korunma konusunda akrabalarının etkisinde kalabilmektedir. Akrabalarının gebelikten korunma şekilleri, etkili yöntemlerle ilgili deneyimleri ya da duyumları kadın tarafından önemsenmektedir.
- **Komşuluk ve Arkadaşlık:** Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadın için arkadaşlık özellikle komşuluk ilişkileri çok önemlidir. Bu nedenle arkadaş ve komşuların gebelikten korunma şekilleri, etkili yöntemlerle ilgili deneyim ve duyumları da kadın için önemlidir.
- **Evlenme ve doğurganlık özellikleri:** Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar için evlilik, cinsel yaşamın ve doğurganlığın başlangıcı anlamına gelmektedir. Bu kadınlar, çoğu zaman evlenmeden önce üreme sağlığı, cinsel yaşam ve gebelikten korunma konusunda hiç bilgi sahibi olmamaktadır. Bu nedenle evlendikten sonra hemen çocuk sahibi olmak istemese bile gebelikten korunmamakta ve evlenir evlenmez gebe

kalmaktadır. Bu durumun bir diğer nedeni ise aile büyükleri ve toplumun kadından evlenir evlenmez mutlaka çocuk sahibi olmasını beklemesidir. Özellikle erkek çocuk sahibi olmak ise soyun devamı için çok önemlidir. Evlilikle ilgili bu değer yargıları, kadının evlendikten sonra ilk çocuğunu doğuruncaya kadar gebelikten korunmasını engellemekte, ilerleyen yıllarda ise farklı cinsiyette çocuk sahibi olmak için ideal çocuk sayısından fazla sayıda çocuk sahibi olmasına neden olabilmektedir.

- **Gebelikten korunma davranışları:** Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar arasında sağlığı korumak, geliştirmek ve hastalıklardan kurtulmak için geleneksel ve doğal yöntemlere başvurmak yaygındır. Kadınlar gebelikten korunma konusunda da bu tutumlarını sürdürmektedirler. Bu nedenle ya hiç gebelikten korunmamakta, ya geleneksel yöntemlerle gebelikten korunmayı tercih etmekte, ya da etkili gebelikten korunma yöntemlerini düzenli ve doğru olarak kullanmamakta ve sık sık geleneksel yöntemlere başvurmaktadır.
- **Yöntemi etkin kullanmama:** Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan bazı kadınlar zaman zaman kondom gibi ilişkiye bağlı yöntemlerle ya da oral kontraseptiflerle gebelikten korunmaya çalışmaktadırlar. Bununla birlikte kadınlar, kondomu düzenli olarak her ilişkide kullanamadıklarından ya da bazen meninin her yere bulaşması gibi kullanımın başarısız olduğu durumlardan söz etmektedirler. Kondom kullanan kadınların hepsi sıklıkla kondom bulamadıklarında ya hiç korunmadan ya da geri çekme yöntemi ile gebelikten korunarak cinsel birliktelik yaşadıklarını açıklamaktadırlar. Kadınlar bu nedenlerle, doğumlara ara vermek veya sınırlamak gereksinimi içindeyken istemeden gebe kaldıklarından söz etmektedir. Karşılanmamış AP gereksinimi olan bazı kadınlar ise, oral kontraseptif ve enjekte edilen yöntemleri temin etmede yaşadıkları bazı sıkıntılar nedeniyle yöntem kullanmayı bıraktıklarını belirtmektedirler.
- **Geleneksel geri çekme yöntemi:** Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar arasında, evliliği süresince geçmişte, şu anda ya da zaman zaman geri çekme yöntemi ile gebelikten korunmak son derece yaygın bir uygulamadır. Geri çekme yöntemi ile gebelikten korunan ancak bu yöntemi

etkili bir AP yöntemi ile değiştirmek isteyen kadınların, doğumlarına ara verme veya sınırlama gereksinimi içindeyken istemeden gebe kalma oranı çok yüksektir. Bu istenmeyen gebelikler ise çoğu zaman doğumla sonuçlanmaktadır. Kadınlar sahip oldukları çocukların doğumu ile ilgili çoğunlukla ya buna hazır olmadıkları yanlış zamanda ya da artık hiç çocuk sahibi olmayı düşünmez iken doğduklarını ifade etmektedir. Geri çekme yöntemini etkili bir yöntemle değiştirmek isteyen kadınlar gebe kalmayı asla istememekte ve yüksek derecede gebe kalma korkusu yaşamaktadır.

- **Gebelikten korunmama:** Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlardan kimisi, geçmişte kullandıkları etkili yöntemlerle ilgili yaşadıkları bazı olumsuz deneyimler nedeniyle gebelikten korunma konusunda kaderci bir yaklaşım sergiledikleri için, doktora gidip jinekolojî muayene olmak istemedikleri için, sağlık çalışanları ile gebelikten korunma konusunu konuşamadıkları için ve gebelikten etkili bir şekilde korunmayı sürekli ihmal ettikleri, bu konuda bilinçsiz davrandıkları için gebelikten korunmamaktadırlar. Hepatit B taşıyıcılığı gibi bir hastalık nedeniyle gebelikten kondomla korunması gereken kadın bile, gebelikten hiç bir şekilde korunmamayı seçebilmektedir.
- **Karşılanmamış AP gereksinimi olan birey:** Karşılanmamış AP gereksinimi olan birey, üreme çağında (14-49 yaş), doğurgan, doğumlarına ara vermek veya sınırlamak isteyen, bununla birlikte etkili bir yöntemle gebelikten korunmayan ve geleneksel yöntemi etkili bir yöntemle değiştirmek isteyen kadınları kapsamaktadır.
- **Mahremiyet:** Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar için mahremiyetin korunması çok önemlidir. Kadınlar mahremiyetini korumak isteği nedeniyle üreme ve cinsel sağlık, gebelikten korunma gibi konuları eşleri, diğer aile üyeleri, yakın çevresindeki arkadaşları ile konuşmamaktadır. Sağlık kurumlarına gitmemektedir ve sorunlarını anlatmamaktadır. Sağlık kurumuna gittiğinde ise bir kadın sağlık çalışanı ile konuşmak ve ondan hizmet almak isteyebilmektedir. Bu konuşma ya da hizmetler sırasında sağlık çalışanı ile yalnız kalmak istemektedir. Jinekolojik muayene ve işlemler sırasında mahremiyetinin önemszenmesi beklemektedir.

- **Kadercilik:** Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar, doğurganlık ve gebelikten korunma konusunda kaderci bir yaklaşım sergilemektedir. ‘Allah verecekse öyle de olur böyle de olur’ veya ‘Allah onun rızkını verir’ gibi bir tutum içerisinde olabilmektedirler. Bu yaklaşımları, onların gebelikten hiç korunmamasına, etkili bir yöntemle gebelikten korunmamasına ve istemedikleri halde gebe kaldıkları zaman ise bu gebeliklerin doğumla sonuçlanmasına neden olmaktadır.
- **Din:** Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların yaşamında dini inanç önemli bir yere sahiptir. Kadınlar gebelikten korunmanın dini açıdan caiz olduğuna, istemeden gebe kaldıklarında ise bu gebeliği isteyerek düşükle sonlandırmanın günah olduğuna inanmaktadırlar. Bu kadınlar için istenmeyen gebeliklerin doğumla sonuçlanmasının en önemli nedeni dindir. Dini inancın yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu belirten bazı kadınlar ise, gebelikten korunmanın dinen caiz olduğunu belirtmekle birlikte, dinen bu sorumluluğun erkeğe ait olduğunu, kalıcı yöntemlerin kendini bilerek ve isteyerek kısırlaştırma anlamına geldiği için dinen uygun olmadığını, RİA’nın fertilizasyon sonrası implantasyonu engelleyerek gebeliği önlediği için fetüsün ölümü anlamına geldiğini ve uygun olmadığını ifade etmektedirler.
- **Sağlık hizmetleri:** Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların, AP hizmetlerinin verildiği kurumlar, AP hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları, sağlık kurumlarındaki teknik imkan ve malzeme durumunun yeterliliği, ayrıca verilen AP hizmetlerinin niteliği gibi faktörler AP gereksiniminin karşılanmasını etkileyen ve sağlık hizmetlerinden kaynaklanan sorunlarını oluşturmaktadır.
- **AP konusunda farkındalık kazandırma:** Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların belirlenmesi ve etkili bir yöntemle gebelikten korunmaya ikna edilmesinde sağlık çalışanlarının kadınlara yaklaşımları ve yapacakları eğitimler çok önemlidir. Sağlık çalışanlarının üreme çağında olan kadınlar için etkili bir yöntemle korunmaya yönelik girişim ve eğitimleri şu şekilde olmalıdır.
 - Kadının gebelikten korunma durumu sorgulanmalıdır.

- İsteddiği zaman ve istediği sayıda çocuk sahibi olması konusunda desteklenmelidir.
- Geri çekme yöntemini ya da ilişkiye bağlı yöntemleri (kondom gibi) etkili, doğru ve sürekli kullanma durumu değerlendirilmelidir.
- Geri çekme veya ilişkiye bağlı yöntemleri etkili bir şekilde kullanamayan kadınlar, etkili veya ilişkiye bağlı olmayan başka bir etkili yönteme yönlendirilmelidir.
- Kadının çocuk sahibi olma ve gebelikten korunma konusundaki kaderci yaklaşımı daha sağlıklı ve güvenilir bir hale getirilmelidir. Bu nedenle etkili bir yöntemle korunmasının gerektiği, ancak yine de gebe kalırsa o zaman bunu kader olarak kabullenmesi gerektiği belirtilmelidir.
- Dini açıdan bazı gebelikten korunma yöntemlerini uygun bulmadığını belirten kadınlara, diğer etkili gebelikten korunma yöntemlerinden bahsedilmelidir.
- Kadın ve eşinin aile üyelerinin gebelikten korunma şekilleri dikkate alınmalıdır.
- Kadının ve eşinin gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili bilgi kaynakları (çevredeki insanlar, kitle iletişim araçları vs) değerlendirilmelidir.
- Gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili olumsuz duyumları veya deneyimleri dikkate alınmalıdır.
- Hap içemeyen, RİA taktırmaktan korkan veya enjeksiyon yaptıramayan kadınlara diğer etkili gebelikten korunma yöntemlerinden bahsedilmelidir.
- Mahremiyetini korumak amaçlı çevresindeki insanlar ya da sağlık çalışanları ile konuşmaktan çekinen kadınlar, gebelikten korunma konusunda internetten daha detaylı bilgi alabileceği konusunda yönlendirilmelidir.
- Özellikle eğitim durumları yetersiz olan kadınlar üreme sağlığı ve gebelikten korunma ile ilgili sorunlarını konuşmaya teşvik edilmeli,

bu kadınlara sağlık kurumlarından nasıl faydalanacağı hakkında bilgi verilmelidir.

- **AP danışmanlık hizmetleri:** AP hizmetlerinin birinci basamağını danışmanlık hizmetleri oluşturmaktadır. Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınlara verilecek olan danışmanlık hizmetlerinde şu noktalara dikkat edilmelidir.

- AP danışmanlık hizmeti, hemen çocuk sahibi olmak istemeyen, gebe veya doğum sonu erken dönemde (ilk 6 ay) olan tüm kadınlara verilmelidir.
- Danışmanlık hizmetlerine mümkünse kadın ve eşinin birlikte katılımı sağlanmalıdır.
- Mahremiyeti korumak için uygun bir ortamda ve sağlık çalışanı ile yalnız kalınarak danışmanlık yapılmalıdır.
- Kadının isteği dahilinde gerekirse kadın bir sağlık çalışanından danışmanlık alması sağlanmalıdır.
- Danışmanlık hizmetleri sırasında afiş, broşür, model, maket, slayt gibi eğitim materyalleri aktif şekilde kullanılmalıdır.
- Genel danışmanlık hizmetleri kapsamında;
 - Etkili gebelikten korunma yöntemleri,
 - Yöntemlerin temin edilebileceği yerler,
 - Gebeliği önleme şekilleri,
 - Olumlu yönleri,
 - Olumsuz yönleri,
 - Kullanım süreleri,
 - Kullanım kuralları,
 - Kontrole gitme sıklığı,
 - Acil olarak bir sağlık kurumuna başvurmayı gerektiren durumlar hakkında detaylı bilgi verilmelidir.
- Danışmanlık hizmetleri sırasında, çiftin etkili gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili olumsuz duyumları değerlendirilmeli, bu duyumların gerçekliği ve bireysel özelliklere göre farklılığı konusunda açıklama yapılmalıdır.

- Kadının ya da eşinin etkili bir yöntem ile ilgili olumsuz deneyimleri dikkate alınmalı, sağlık durumları, aile yapısı ve ilişkileri, dini inancı, ekonomik durumu vb. özellikleri açısından kendilerine uygun başka bir etkili yöntemle gebelikten korunmaları konusunda yönlendirilmelidir.
- Hangi yöntemle gebelikten korunacağı kararı mutlaka kadına ve eşine bırakılmalıdır.
- Eşin gebelikten korunma ile ilgili düşünce ve tutumları kesinlikle dikkate alınmalıdır.
- Seçtikleri yöntemin, fiziksel (sağlık), sosyal, eğitimsel ve ekonomik durumlarına uygunluğu değerlendirilmelidir.
- Seçtikleri yöntemle ilgili detaylı bilgi verilmelidir.
- **AP uygulama hizmetleri:** Danışmanlık hizmetinden sonra etkili bir yöntemle gebelikten korunmaya karar veren kadının bu yöntemi temin etmesi sağlanmalıdır. Tüplerin bağlanması, deri altı kapsülünün yerleştirilmesi, RİA takılması ve enjekte edilen yöntemlerin uygulanması gibi bazı invaziv işlemler sırasında ise şu noktalara dikkat edilmelidir.
 - Kadına yapılacak işlem hakkında bilgi verilmelidir.
 - Kadın uygulama veya muayene odasına tek başına alınmalıdır.
 - İşleme hazırlık ve işlem sırasında mahremiyetine özen gösterilmelidir.
- **AP izlem hizmetleri:** Karşılanmamış AP gereksinimi olan kadının etkili bir yöntem ile gebelikten korunmaya başlaması kadar bu yöntemi kullanmayı sürdürmesi de önemlidir. Bunun için izlemler sırasında şu noktalara dikkat edilmelidir.
 - Kadının ve eşinin yönteme uyumu değerlendirilmelidir.
 - Yöntemi kullanmayı sürdürüp sürdürmediği ve doğru kullanıp kullanmadığı mutlaka değerlendirilmelidir.
 - Eğer doğru ve düzenli kullanmıyorsa, bunun etkili bir şekilde gebelikten korunabilmek için öneminden tekrar bahsedilmelidir.
 - Kullanım hatalarının düzeltilmeyeceği veya önemli yan etkilerin söz konusu olduğu durumlarda kadın başka bir etkili yöntemle korunması konusunda yönlendirilmelidir.

- İzlem sırasında yöntem değiştirmek istediğini belirten kadınların, diğer yöntem için AP eğitim (hazırlık) hizmetleri başlatılmalıdır.
- **Aile sağlığı merkezleri:** ASM, kadınların en çok iletişim halinde oldukları ve gebelikten korunmaya yönelik hizmetleri en çok olmak istedikleri primer sağlık kurumdur. Kadınların AP gereksinimlerinin karşılanabilmesi için ise ASM'lerde üzerinde durulması gereken konular şunlardır.
 - Mevcut sistem içinde her ailenin hekimi ve hemşiresi/ebesi sabit olduğu için tüm aile sağlığı çalışanlarının 'AP Klinik Uygulama Sertifika Programı'na katılması ve sertifika almaya hak kazanması gerekmektedir.
 - ASM'lerde bulunan AP poliklinikleri AP eğitim, danışmanlık, uygulama ve izlem hizmetleri için aktif olarak kullanılmalıdır.
 - ASM'lerin AP polikliniklerinden, tüm etkili gebelikten korunma yöntemleri temin edilebilmelidir. Bu nedenle ellerindeki oral kontraseptifler, enjekte edilen yöntemler, kondom vb. kontraseptif malzemeler tükenmeden yenisi tedarik edilmeli, böylelikle hizmetin devamlılığı sağlanmalıdır.
 - ASM'lerde özellikle RİA uygulaması için gerekli olan teçhizat ve malzemeler bulundurulmalı, kadınlar hastane ya da bir başka sağlık kurumuna gitmesine gerek kalmadan bu yöntemi temin edebilmelidir.
 - ASM'ler tarafından AP hizmetlerinin tam olarak yürütülmesi ve kadınların gereksinimlerinin karşılanabilmesi için AP hizmetleri (gebe izlem ve aşılama hizmetleri gibi) 'performan değerlendirme' sistem kapsamına alınmalıdır.
- **Ev ziyaretleri:** Kadınların, AP hizmetlerine katılımını ve ulaşımını sağlamada ASM'lerin önemli bir yeri bulunmaktadır. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlara ulaşmak için ASM çalışanları tarafından düzenli olarak ev ziyaretleri yapılmalı, burada kadının gereksinimleri değerlendirilmeli ve AP konusunda farkındalık kazandırma eğitimleri başlatılmalıdır. Ev ziyaretleri sırasında, aynı zamanda etkili bir yöntem ile gebelikten korunan kadınların yönteme uyumu ve kullanmayı sürdürme durumları değerlendirilmelidir.

- **Tüm AP hizmeti veren kurumlar:** Karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılması için ASM'ler dahil tüm AP hizmeti veren kurumların üzerinde durması gereken durumlar bulunmaktadır.
 - AP hizmeti veren birimler hijyenik, konforlu, birey ile sağlık çalışanının rahatlıkla görüşebileceği ve mahremiyetinin korunacağı ortamlar olmalıdır.
 - AP hizmeti veren tüm kurumların web sayfalarında 'AP hizmetleri' ve 'Etkili gebelikten korunma yöntemleri' ile ilgili bilgi ve eğitimlere yer verilmelidir.
 - AP hizmetlerinde görev alan tüm sağlık çalışanlarının düzenli aralıklarla 'kişilerarası iletişim teknikleri' konusunda eğitimleri sağlanmalıdır.
 - AP hizmeti veren kurumlar tarafından, belirli aralıklarla halka açık 'AP eğitim günleri' düzenlenmelidir. Bu eğitimlerin halka uygun şekillerde duyurusu yapılmalı ve katılımları sağlanmalıdır.
- **Sosyal güvence:** Karşılanmamış AP gereksnimi bulunan kadınlar, zaman zaman kendileri için uygun olduğunu düşündükleri etkili yöntem, yöntemin belirli bir formuna veya markasına ulaşma konusunda sıkıntı yaşamaktadırlar. Bu nedenle genel sağlık sigortası tüm etkili gebelikten korunma yöntemlerini, aynı zamanda bu yöntemlerin bütün formlarını ve markalarını kapsamalıdır. Böylelikle, AP hizmeti veren kurum ve birimlerin de bütün etkili gebelikten korunma yöntemlerini ve bu yöntemlerin tüm formlarını ve markalarını hizmete sunmaları sağlanmalıdır.
- **Medya:** Cinsellik ve gebelikten korunma gibi cinsellikle ilişkili durumların konuşulmadığı toplumlarda radyo, televizyon, gazete ve internet gibi kitle iletişim araçları kadınlar için önemli bir öğrenme aracıdır. Bu nedenle, AP hizmeti ve etkili gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili sağlıklı bilgilerin ve videoların oluşturulması, bu bilgi ve videoların kitle iletişim araçları aracılığıyla yayılması gerekmektedir.
- **Kültürel AP hizmetleri:** Kadınlar için karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında, onların sosyal ve kültürel özelliklerinin göz önünde bulundurulması önemlidir. Bu kadınlara verilecek AP hizmetlerinde,

kadınların aile yapısı, aile, akrabalık ve komşuluk ilişkileri, karar alma mekanizmalarına katılım durumu, geleneksel cinsiyet rolleri, doğurganlığın kadın, ailesi ve içinde bulunduğu ortam için taşıdığı anlamlar göz önüne alınmalıdır. ‘Gebelikten korunma’nın kadın için ne anlama geldiği belirlenmelidir. Kadının AP gereksiniminin karşılanmasını etkileyen kadenci dünya görüşü, mahremiyetini koruma isteği, dini değerleri ve AP’ye yönelik sağlık hizmetleri ile ilgili algıları değerlendirilmelidir.

- **Profesyonel AP hizmetleri:** Kadınların, karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında, AP hizmetlerinin her aşamasında, sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarının önyargısız ve profesyonel olması, hizmetleri kadının gereksinimlerini karşılamaya uygun bir şekilde sunması, devam eden süreçte etkili yöntem kullanımının başarılı bir şekilde sürdürülüp sürdürülmediğini izlemesi gerekmektedir. Sağlık kurumlarının, karşılanmamış AP gereksinimi gibi özel bir gruba verilecek olan AP hizmetlerinde, tüm etkili gebelikten korunma yöntemlerini zamanında ve eksiksiz olarak kullanıma sunabilmesi önemlidir.
- **Kültürel uyumlu AP hizmetleri:** Kültürel uyumlu AP hizmetleri, kültürel AP hizmetleri ile profesyonel AP hizmetlerinin birbiriyle bağlantılı ve birarada sunulmasını gerektirmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Leininger'in 'Kültürel Bakımın Farklılığı ve Evrenselliği' Teorisi doğrultusunda karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında kültürel faktörlerin belirlenmesi ve hizmet modelinin geliştirilmesi amacıyla yapılan araştırmamızın sonuç ve önerileri, toplulumuzda karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlara verilecek olan AP hizmetlerinde 'kültürel bakımın farklılığı' ve 'kültürel bakımın evrenselliği' başlıkları altında sunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Kültürel Bakımın Farklılığına ilişkin Sonuçlar

Toplumumuzda karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların, AP gereksinimlerinin karşılanmasını etkileyen kültürel faktörlerin temelinde gelenek ve göreneklere bağlı bir yaşam tarzı bulunmaktadır. Gelenek ve göreneklere bağlı yaşam tarzı içerisinde kadınların aile üyeleri, akrabaları, komşu ve arkadaşları ile olan etkileşimleri onların gebelikten korunma kararları üzerinde son derece etkilidir. Toplumun evlenmeye kattığı değerler, kadınların evlenmeden önce cinsel yaşam ve gebelikten korunma hakkında bilgi sahibi olmasının önüne geçmektedir. Ayrıca evlendikten sonra bir kadının çocuk sahibi olması çok önemli olduğu için kadınlar ilk çocuğunu doğurana kadar hiç gebelikten korunmamakta, bazı kadınlar ise infertiliteye neden olabileceği düşüncesiyle ideal çocuk sayısına ulaşana kadar etkili bir yöntemle gebelikten korunmamaktadır. Toplumumuzda doğumlarına ara verme veya sınırlama gereksinimi içindeyken istenmeyen gebelikler yaşayan ve bu nedenle karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar ya gebelikten hiç korunmamakta, ya geleneksel bir yöntemle korunmakta ya da etkili yöntemi doğru ve başarılı bir şekilde kullanamamaktadır. Araştırmamızda karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında kilit rolü oynayan kültürel faktörlerin ise kadınların kaderci dünya görüşü, dini inancı ve mahremiyet duygusu ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

6.1.2. Kültürel Bakımın Evrenselliğine ilişkin Sonuçlar

Toplumumuzda karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların, AP gereksinimlerinin karşılanmasını etkileyen evrensel faktörlerin temelinde sağlık

hizmetlerinden kaynaklanan sorunlar bulunmaktadır. Ülkemizde AP hizmetleri kapsamında sunulan kadınlarda AP konusunda farkındalık kazandırma eğitimleri, AP danışmanlık, uygulama ve izlemleri ile ilgili hizmetler kadınların gebelikten korunma durumları üzerinde son derece etkilidir. Bununla birlikte, sağlık kurumlarının ulaşılabilirliğinden, sağlık çalışanlarının tutumlarından ve çalışma tarzlarından, sağlık kurumlarındaki teknik imkan ve malzemelerin yetersizliğinden kaynaklanan bazı sorunlar kadınların etkili bir yöntemle gebelikten korunmasının önüne geçmektedir. Kadınlar AP hizmetlerinin tamamını kendilerine en yakın sağlık kurumu olan ASM'lerden almak istemektedir. Ayrıca, ASM çalışanları tarafından düzenli olarak ev ziyaretleri yapılmasının AP konusunda farkındalık kazanma ve AP hizmeti almaya başlamada çok önemli olduğunu belirtmektedirler. Hastanelerin AP poliklinikleri ya da ASM'lerden daha konforlu, hijyenik ve sağlık çalışanlarının insan haklarına saygılı davrandığı ortamlarda hizmet almak istemektedirler. AP gereksinimlerinin karşılanmasında bu kurumlardan AP yöntemlerinin tüm form ve şekillerine istedikleri zaman ve ücretsiz olarak ulaşabilmenin önemini vurgulamaktadırlar.

Ülkemizde karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların, AP gereksinimlerinin karşılanmasını etkileyen bir diğer evrensel faktör, televizyon, radyo, gazete gibi kadınların kolaylıkla ulaşabildiği kitle iletişim araçlarında AP konusuna çok az yer verilmesidir. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan az sayıda kadının AP konusunda bilgi almak için faydalandıkları en önemli kitle iletişimi aracı internettir. Oysa, karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınlar AP konusunda farkındalık kazanmak için televizyon, radyo, gazete, telefon ve internet gibi kitle iletişim araçlarından faydalanmayı beklemektedir.

6.2. Öneriler

6.2.1. Kültürel Bakımın Farklılığına ilişkin Öneriler

Ülkemizde, karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında kültürel uyumlu AP hizmetleri için, araştırma bulgularımıza dayanarak geliştirilen 'Karşılanmamış AP Gereksinimi Hizmet Modeli'nin sağlık çalışanları tarafından kullanılması önerilmektedir. Bu Hizmet Modeli'nin etkinliğini değerlendirmek, daha da geliştirmek ve önerilerde bulunmak üzere akademisyenler tarafından benzer

alışmalar yapılması gerekmektedir. Karşılanmamış AP gereksinimi bulunan bir kadının, öncelikli olarak hangi boyutlarda gereksiniminin olduğunu belirlemek üzere ‘Karşılanmamış AP Gereksinimi Ölçeği’nin geliştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca, ülkemizde verilen sağlık hizmetleri ile ilgili bazı yasal iyileştirmeler ve düzenlemeler yapılmasının (AP hizmetlerinin Aile Hekimliği Sistemi içerisinde performans göstergesi olarak değerlendirilmesi gibi) AP hizmetlerini daha amacına uygun ve etkili hale getireceği düşünülmektedir.

6.2.2. Kültürel Bakımın Evrenselliğine ilişkin Öneriler

Karşılanmamış AP gereksinimlerinin azaltılmasında, ülkelerin kültürel uyumlu AP hizmetleri sunmaları beklenmektedir. Araştırmamızda geliştirilen ‘Karşılanmamış AP Gereksinimi Hizmet Modeli’nin benzer kültürel özelliklere sahip ülkelerde kullanılması ve modelin kendi kültürel özelliklerine uyumlu hale getirilmesi önerilmektedir. Farklı kültürel özelliklere sahip ülkelerin ise karşılanmamış AP gereksinimlerini azaltmada hizmetlerini kültürel uyumlu hale getirmesi gerekmektedir.

Evrensel olarak, karşılanmamış AP gereksinimi tanımının dünyada farklı kültürel özelliklere sahip olan ve AP hizmetlerinin temel amacı istenmeyen gebeliklerinin önlenmesi gereksinimi içinde bulunan tüm kadınları kapsayabilmesi için geleneksel yöntemlerle gebelikten korunan ve etkili yöntemi doğru ve başarılı bir şekilde kullanamayan kadınları da içermesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Hatcher RA, Kowal D, Guest F, Trussell J, Stewart F. Kontraseptif yöntemler: Uluslar arası basım. Dervişoğlu AA, çeviri editörü. Ankara: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını; 1990.
2. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü. Aile planlamasında temel bilgiler. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı; 1997.
3. Neyzi O, Uzel N, Bulut A, Kartoğlu Ü, Gökçay G. Ana ve çocuk sağlığında temel bilgiler. 2. baskı. Ankara: UNICEF-Sağlık Bakanlığı;1992.
4. Ali M, Seuc A, Rahimi A, Festin M, Temmerman M. A global research agenda for family planning: Results of an exercise for setting research priorities. Bulletin of the World Health Organization. 2014;92(2):93-98.
5. Canning D, Schultz TP. The economic consequences of reproductive health and family planning. Lancet. 2012;380:165–71.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK; 2014. 371. Yayın No: NEE- HÜ.14.01.
7. Akın A, Enünlü T. İsteyerek düşükler. Akın A, editör. Türkiye’de ana sağlığı, aile planlaması hizmetleri ve isteyerek düşükler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, TAP Vakfı, UNFPA; 2002.
8. Güçüz Doğan B, Akın A. Türkiye’de aile planlaması yöntem kullanma davranışları, aile planlaması hakkındaki görüşler ve gelecekte yöntem kullanma konusundaki eğilimler. Akın A, editör. Türkiye’de ana sağlığı, aile planlaması hizmetleri ve isteyerek düşükler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, TAP Vakfı, UNFPA; 2002.
9. World Health Organization. World Health Statistics 2013: A Wealth of Information on Global Public Health. Switzerland Geneva: World Health Organization; 2013. 172. NLM Classification: WA 900.1.
10. 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.
11. Miller E, McCauley HL, Tancredi DJ, Decker MR, Anderson H, Silverman JG. Recent reproductive coercion and unintended pregnancy among female family planning clients. Contraception. 2014;89(2):122-128.
12. Tohma YA, Özdeğirmenci Ö, Çoşkun B, Çolak E, Dilbaz B, Erkaya S. İstemli gebelik sonlandırılması, bir aile planlaması yöntemi midir?. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2014;11(4):110-12.
13. Mihciokur S, Akin A, Dogan BG, Ozvarış SB. The unmet need for safe abortion in Turkey: A role for medical abortion and training of medical students. Reproductive Health Matters. 2015;22(44):26-35.

14. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı; 2017. 8. Sayı:5.
15. Erfani A, Yüksel Kaptanoğlu İ. The use of withdrawal among birth limiters in Iran and Turkey. *Studies in Family Planning*. 2012;43(1):21-32.
16. Tiwari S. (2012). Factors influencing unmet needs for family planning among currently married women in Nepal [Master Thesis]. Norway: University of Tromsø; 2012.
17. 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.
18. Uddin J. Gendered power dynamics and unmet need for family planning among married women in Bangladesh [Master thesis]. Ames, Iowa: Iowa State University; 2014.
19. Teshema AL, Bishaw MA, Bunare TS. Assessment of the magnitude and associated factors of unmet need for family planning among women of reproductive age group with disabilities in Bahir Dar City, Amhara Region, North West Ethiopia. *Open Journal of Epidemiology*. 2015;5:51-58.
20. Kashyap R, Vidya GS, Dhar R. A study on unmet need of contraception among married women in urban field practice area of JJM Medical College, Davangere, Karnataka. *Natl J Community Med*. 2017;8(4):203-207.
21. Metheny N, Stephenson R. How the community shapes unmet need for modern contraception: An analysis of 44 demographic and health surveys. *Studies in Family Planning*. 2017;48(3):235-251.
22. Akın A. Cultural and psychosocial factors affecting contraceptive use and abortion in two provinces of Turkey. Mundigo AI, Indriso C, editors. *Abortion in the developing world*. London: Zed Books; 1999.
23. Enünlü T, Akın A. Türkiye’de kontraseptif kullanım dinamikleri. Akın A, editör. Türkiye’de ana sağlığı, aile planlaması hizmetleri ve isteyerek düşükler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, TAP Vakfı, UNFPA; 2002.
24. Hukin EF. Contraception in Cambodia: Explaining unmet need [PhD thesis]. London: London School of Economics and Political Science; 2012.
25. Machiyama K, Casterline JB, Mumah JN, Huda FA, Obare F, Odwe G et al. Reasons for unmet need for family planning, with attention to the measurement of fertility preferences: Protocol for a multi-site cohort study. *Reproductive Health*. 2017;14(23):1-11.
26. Cleland J, Harbison S, Shah IH. Unmet need for contraception: Issues and challenges. *Studies in Family Planning*. 2014;45(2):105-122.
27. Sedgh G, Ashford LS, Hussain R. Unmet need for contraception in developing countries: Examining women’s reasons for not using a method. New York: Guttmacher Institute; 2016. 93.

28. World Health Organization. Global unmet need for contraception [Internet]. 2017 [Erişim tarihi: 30.11. 2017]. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>.
29. Yüksel I, Yıldız D, Eryurt ME, İrez M. Türkiye’de erkeklerin kullandığı gebeliği önleyici yöntemler: Geri çekme ve kondom kullanımının belirleyicileri. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 İleri Analiz Çalışması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2010. 304.
30. Yüksel İ, Kardam F, Koç İ, Ergöçmen B. Gebeliği önleyici yöntem kullanımına engel olan süreçler. Niteliksel Araştırma: Gebeliği Önleyici Yöntemler ve İstemli Düşükler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2003. 97. Yayın No: NEE-HÜ. 03-01.
31. Schenker JG, Rabenou V. Family planning: Cultural and religious perspectives. Human Reproduction. 1993;8(6):969-976.
32. Nahas V, Amasheh N. Culture care meanings and experiences of postpartum depression among Jordanian Australian women: A transcultural study. Journal of Transcultural Nursing. 1999;10(1):37-45.
33. Liang HF. Understanding culture care practices of caregivers of children with cancer in Taiwan. Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2002;19(6):205-217.
34. Shapiro ML, Miller J, White K. Community transformation through culturally competent nursing leadership: application of theory of culture care diversity and universality and tri-dimensional leader effectiveness model. Journal of Transcultural Nursing. 2006;17(2):113-118.
35. Mixer SJ. Use of the culture care theory and ethnonursing method to discover how nursing faculty teach culture care. Contemporary Nurse. 2008;28(1-2):23-36.
36. Durmaz A. Kültür bakım çeşitlilik ve evrensellik kuramı. Ocakçı AF, Ecevit Alpar Ş, editörler. Hemşirelikte kavram, kuram ve model örnekleri. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013.
37. Ersin F, Bahar Z (2013). Odak grup görüşmeleri ve kültürel bakım farklılık-evrensellik teorisi ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu E Dergisi. 2013;6(3):165-168.
38. Alligoog MR, Tomey M. Nursing Theory Utilization&Application. 3th ed. St. Louis, Mo: Mosby Elsevier; 2006.
39. Bayık Temel A. Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. Anadolu Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;11(2):92-101.
40. Leininger M. Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. Journal of Transcultural Nursing. 2002;13(3):189-192.
41. Leininger M. Theoretical questions and concerns: Response from the theory of culture care diversity and universality perspective. Nursing Science Quarterly. 2007;20(1): 9-13.

42. Karaca Sivrikaya S. Leininger'in kültürel bakımda farklılık ve evrensellik modeli. Seviğ Ü, Tanrıverdi G, editörler. Kültürlerarası hemşirelik. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2012.
43. Saygılı P. Aile planlaması hizmetlerinde hemşirenin rolü. Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi. 2006;2(13):37-44.
44. Hardee K, Kumar J, Newman K, Bakamjian L, Harri, S, Rodríguez M ve ark. Voluntary, human rights-based family planning: a conceptual framework. Studies in Family Planning. 2014;45(1):1-18.
45. Khosla R. Looking for human rights at the Family Planning Summit [İnternet]. 2012 [Erişim tarihi 10 Aralık 2017]. Erişim adresi: <https://www.amnesty.org/en/latest/campaigns/2012/07/looking-for-human-rights-at-family-planning-summit/>.
46. Krishnan S. Highs and lows at the London Family Planning Summit [İnternet]. 2012 [Erişim tarihi 10 Aralık 2017]. Erişim adresi: <http://asap-asia.org/blog/highs-and-lows-at-the-london-family-planning-summit/#sthash.GFdAY6mw.dpbs>.
47. Cates W, Maggwa B. Family planning since ICPD—how far have we progressed?. Contraception. 2014;90(6):14-21.
48. Gavin L, Moskosk S. Developing new federal guidelines on family planning for the United States. Contraception. 2014;90(3):207-210.
49. Halperin DT. Scaling up of family planning in low-income countries: lessons from Ethiopia. The Lancet. 2014;383(9924):1264-67.
50. Donaldson P, Tsui AO. 1990. The international family planning movement. Population Bulletin. 1990;45(3):1-45.
51. Tsui AO. Population policies, family planning programs, and fertility: the record. Population and Development Review. 2001;27(Supplement):184-204.
52. Doğan M. Türkiye'de uygulanan nüfus politikalarına genel bakış. Marmara Coğrafya Dergisi. 2011;23:293-307.
53. McIntosh CA, Finkle JL. The cairo conference on population and development: a new paradigm?. Population and Development Review. 1995;21(2):223-260.
54. Sen G. The world programme of action: a new paradigm for population policy. Environment. 1995;37(1):10-37.
55. Cohen SA, Richards CL. The cairo consensus: Population, development and women. International Family Planning Perspectives. 1994;20(4):150-155.
56. UNFPA. Programme of action [İnternet]. 1994 [Erişim tarihi 10 Aralık 2017]. Erişim adresi: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf.
57. Sinding S, Ross J, Rosenfield A. Seeking common ground: Unmet need and demographic goals. International Family Planning Perspectives. 1994;20(1):23-27.

58. Bernstein S, Hansen CJ. Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals. Washington: World Bank; 2006.
59. Sedgh G, Hussain R, Bankole A, Singh S. Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method. Occasional Report, New York: Guttmacher Institute; 2007.
60. Bongaarts J, Bruce J. The causes of unmet need for contraception and the social content of services. *Studies in Family Planning*. 1995;26(2):57-75.
61. Ergöçmen BA, Bozbeyoğlu AÇ . An alternative approach to measure unmet need for family planning in Turkey. *Turkish Journal of Population Studies*. 2005;27:3-16.
62. Bongaarts J. The KAP-gap and the unmet need for contraception. *Population and Development Review*. 1991;17(2):293-315.
63. Bradley SEK, Casterline JB. Understanding unmet need: History, theory, and measurement. *Studies in Family Planning*. 2014;45(2):123-150.
64. Westoff CF. The unmet need for birth control in five Asian Countries. *International Family Planning Perspectives*. 1978;10(3):173-181.
65. Bradley SEK, Croft TN, Fishel JD, Westoff CF. Revising unmet need for family planning. *DHS Analytical Studies*. Calverton MD: ICF International; 2012, No:25.
66. Westoff CF, Pebley A. Alternative measures of unmet need for family planning in developing countries. *International Family Planning Perspectives*. 1981;7(4):126-136.
67. Nortman DL. Measuring unmet need for contraception to space and limit births. *International Family Planning Perspectives*. 1982; 8(4):125-134.
68. Westoff CF, Ochoa LH. Unmet need and the demand for family planning. *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*. Columbia Maryland: Institute for Resource Development, 1991, No:5.
69. Westoff CF, Bankole A. Unmet need: 1990-1994. *Demographic and health surveys comparative studies*. Calverton, Maryland: Macro International, 1995, No:6.
70. Casterline JB, Sinding SW. Unmet need for family planning in developing countries and implications for population policy. *Population and Development Review*. 2000;26(4):691-723.
71. Ngom P. Implications of man's unmet need in Africa. *Studies in Family Planning*. 1997;28(3):192-202.
72. Bankole A, Ezeh AC. Unmet need for couples: an analytical framework and evaluation with DHS data. *Population Research and Policy Review*. 1999;18 (6):579-605.
73. Becker S. Measuring unmet need: Wives, husbands or couples? *International Family Planning Perspectives*. 1999;25(4):172-180.

74. Dixon-Mueller R, Adrienne Germain A. Stalking the elusive 'unmet need' for family planning. *Studies in Family Planning*. 1992;23(5):330-335.
75. Pariani S, Heer DM, Jr Van Arsdol MD. Does choice make a difference to contraceptive use? Evidence from East Java. *Studies in Family Planning*. 1991;22(6):384-390.
76. Boulier BL. Evaluating unmet need for contraception: Estimates for thirty-six developing countries. *Population and Development Series*. Washington DC: World Bank; 1985, No:3.
77. Sinding SW, Fathalla MF. The Great Transition. *Populi*. 1995;22(8):18-21.
78. Güçiz Doğan B, Enünlü T. Türkiye’de kontraseptif kullanımı. Akın A, Bertan M, editörler. Türkiye’de ana sağlığı, aile planlaması hizmetleri ve isteyerek düşükler. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı; 1996.
79. 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.
80. Ganatra B, Gerdtz 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.
81. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *Lancet Infectious Diseases*. 2006;368:1810–1827.
82. 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.
84. Millennium Development Goals [İnternet]. [Erişim tarihi 16.01.2018]. Erişim adresi: <http://www.un.org/millenniumgoals/>.
85. 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri [İnternet]. [Erişim tarihi 16.01.2018]. Erişim adresi: <http://unesco.org.tr/dokumanlar/duyurular/skh.pdf>.
86. Eryurt MA, Koç İ. Yoksulluk ve çocuk ölümlülüğü: Hanehalkı refah düzeyinin çocuk ölümlülüğü üzerinde etkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2009;52:113-121.
87. Aka M. Türkiye’de diller ve etnik gruplar. *Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim Dergisi*. 2012;1(1):293-297.
88. Buran A, Yüksel Çak B. Türkiye’de diller ve etnik gruplar. Ankara: Akçay Yayınları; 2012.
89. Koç İ. Etnik analiz: Türkiye’de Türkçe ve Kürtçe anadil nüfuslarının demografik farklılaşma ve bütünleşme düzeyleri [Bildiri]. 21. Yüzyıl Türkiye Enstitüsü Atölye Çalışması; 2006; Ankara.

90. 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.
91. Köroğlu ZC. Türkiye’de dini hayatın incelenmesi: Bütüncül bir yaklaşım. *Gümüşhane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2012;1(2):82-102.
92. Özdalga E. Modern Türkiye’de örtünme sorunu, resmi Laiklik, popüler İslam. İstanbul: Sarmal yayınları; 1998.
93. Diyanet İşleri Başkanlığı. Türkiye’de Dini Hayat Araştırması. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı; 2014.
94. Sarıkaya, MS. İslam düşünce tarihinde mezhepler. 7. baskı. Isparta: Rağbet Yayınları; 2017.
95. Yıldız Y. Gebze Caferi toplumunun sosyo-kültürel yapısı (İnanç ve değerler bağlamında alan araştırması) [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2009.
96. Çelik C. Türkiye’de dini grupların sosyolojisi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Stratejik Araştırmalar Merkezi (ERUSAM) Yayınları; 2011.
97. Akbulut A. Hariciliğin Siyasi Görüşlerinin İtikadileşmesi. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 1989;C. XXXI:331-348.
98. Balcıoğlu R. Alevilik üzerine bir değerlendirme. *Türk Kültürü ve Hacı Bektaş Veli Araştırma Dergisi*. 2003;28:1-3.
99. Kirman MA. Din sosyolojisi terimler sözlüğü. İstanbul: Rağbet yayınları; 2011. fıkhi mezhepler; s.219.
100. Koca F. Mezhep. Ankara: DİA; 2004.
101. Ünverdi M. Temel ibadetler konusunda Hanefiler ve Şafiler arasındaki farklılıklar. [Yüksek lisans tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2011.
102. Wheaton B. Stress, personal coping resources, and psychiatric symptoms: an investigation of interactive models. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983;24(3):208-229.
103. Aycan Z, Kanungo RN, Mendonca M, Yu K, Deller J, Stahl G et al. Impact of culture on human resource management practices: A 10-country comparison. *Applied Psychology: An International Review*. 2000;49(1):192-221.
104. Ross CE, Mirowsky J, Cockerham WC. Social class, Mexican culture, and fatalism: their effects on psychological distress. *American Journal of Community Psychology*. 1983;11(4):383-399.
105. Aycan Z. The Interplay between cultural and institutional/structural contingencies in human resource management practices. *The International Journal of Human Resource Management*. 2005;16(7):1083-1119.
106. Leat M, El-Kot G. HRM practices in Egypt: the influence of national context?. *The International Journal of Human Resource Management*. 2007;18(1):147-158.

107. Çarkoğlu A, Kalaycıoğlu E. Türkiye’de Dindarlık: Uluslar arası bir Karşılaştırma. İstanbul: Sabancı Üniversitesi, TÜBİTAK, TÜİK, İstanbul Politikalar Merkezi, İnfakto ve Birim Araştırma; 2009. 43.
108. Dini Kavramlar Sözlüğü. Kader [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 11.12.2017]. Erişim adresi: <http://www.diyanet.gov.tr/dinikavramlar/dinikavramlar-K/KADER>.
109. Coşgun S. Kader anlayışının 15-18 yaşlar arasındaki gençlerin tutum ve davranışlarına etkisi (Karabük örneği) [Yüksek Lisans Tezi]. Sakarya: Sakarya Üniversitesi; 2002.
110. Kartopu S. Kaygının kader algıları ile ilişkisi: Kahramanmaraş örneği [Doktora Tezi]. Kayseri: Erciyes Üniversitesi; 2012.
111. Kağıtçıbaşı Ç. Kültürel Psikoloji - Kültür Bağlamında İnsan ve Aile. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları; 1998.
112. Sayın Ö. Aile sosyolojisi. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 1990.
113. Erol M. Geniş aileden çekirdek aileye geçiş sürecinde aile içi ilişkilerde meydana gelen nitelik değişimlerinin aile üzerindeki etkileri [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1992.
114. Ünal V. Geleneksel geniş aileden çekirdek aileye geçiş sürecinde boşanma sorunu ve din. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2013;6(26):588-602.
115. Atila S. Toplumsal değişimin aile ve yaşlılar üzerine etkisi (İstanbul’daki beş huzurevinde inceleme) [Yüksek Lisans Tezi]. Sakarya: Sakarya Üniversitesi; 2006.
116. Ağdemir S. Aile ve Eğitim. Aile ve Toplum. 1991;1(1).
117. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ailelerle İstatistik. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2016. 5. Sayı:24646.
118. Aybars Aİ. Ailede Sosyal Faaliyetler. Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler, Öneriler. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2014. 334.
119. Balaman AR. Evlilik ve akrabalık türleri: sosyal antropolojik yaklaşımla. Ankara: T.C. Kültür Bakanlığı Yayınları; 2002.
120. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye’de Aile Yapısı Araştırması. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2011.
121. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Aile Yapısı Araştırması. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2016. Sayı:21869.
122. Özbay F. Akrabalık ve komşuluk ilişkileri. Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler, Öneriler. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2014. 334.
123. Kulak S. Diyarbakır’ın Bismil kırsalında kadınlar arasında komşuluk ve akrabalık ilişkileri [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi; 2008.
124. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye’de Aile Yapısı Araştırması. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2006. 42.

125. Delaney C. Tohum ve toprak. Somuncuoğlu S, Bora A, çevirenler. İstanbul: İletişim Yayınları; 2001.
126. Aksan G. Evlilik ve ayrılma: Ailenin kurulması ve sona ermesi. Aydın M, editör. Sistemik Aile Sosyolojisi. Konya: Çizgi Kitabevi; 2014.
127. Kuru AG. Türk ailesinde karakter ve otorite: Bir toplumsal tip olarak kaynana ve kaynanalık rolü üzerine bir araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2016.
128. Kılıç M, Ejder Apay S, Kızılkaya Beji N. İnfertilite ve kültür. İ.Ü.F.N. Hem. Derg. 2011;19(2):109-115.
129. Polat H. Sivas-Ulaş bölgesinde halk hekimliği uygulamaları. Ankara: Ürün Yayınları; 1995.
130. Yalın S (1988) Geleneksel hasta bakım uygulamaları [Yüksel Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1988.
131. Acıyurt A. Sivas Gölova ilçesinde kronik hastalığı olan bireylerin geleneksel sağlık uygulamalarının belirlenmesi [Yüksel Lisans Tezi]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2008.
132. Öztürk E. Türk kültüründe nazar ve Antalya ilinin Akseki, Alanya, Manavgat ilçelerinde bulunan nazarlıklar [Yüksel Lisans Tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2005.
133. Türk R, Terzioğlu F. Geri çekme yöntemi ve kullanımını etkileyen faktörler. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;1(3):67-80.
134. Türk R, Terzioğlu F, Gelbal S. A scale development study to determine couples' attitudes towards the withdrawal method of family planning. International Refereed Academic Journal of Sports, Health and Medical Sciences. 2016;18:45-61.
135. Gabalcı E, Terzioğlu F. The effect of family planning methods used by women of reproductive age on their sexual life. Sex Disabil. 2010;28:275-285.
136. Arslan A. Medyanın birey, toplum ve kültür üzerine etkileri. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi. 2004;1(1):1-12.
137. Radyo Televizyon Üst Kurulu (RTÜRK). Radyo Dinleme Eğilimleri Araştırması. Ankara: Radyo Televizyon Üst Kurulu; 2014. 275.
138. Radyo Televizyon Üst Kurulu (RTÜRK). Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması. Ankara: Radyo Televizyon Üst Kurulu; 2012. 152.
139. Radyo Televizyon Üst Kurulu (RTÜRK). Vatandaş Bildirimleri Yıllık Raporu. Ankara: Radyo Televizyon Üst Kurulu; 2016. 49.
140. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2017. Sayı:24862.
141. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2016. Sayı: 21779.
142. Teşkilat Şeması [İnternet]. 24 Kasım 2017 [Erişim Tarihi: 07.12.2017]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>.

143. Sağlıkta Dönüşüm Programı [İnternet]. Aralık 2003 [Erişim Tarihi: 07.12.2017]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>.
144. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu [İnternet]. 16 Haziran 2006 [Erişim Tarihi: 07.12.2017]. Erişim adresi: www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.doc.
145. Aile Hekimliği Kanunu [İnternet]. 9 Aralık 2004 [Erişim Tarihi: 07.12.2017]. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Asp?MevzuatKod=1.5.5258&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=5258>.
146. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği [İnternet]. 25 Mayıs 2010 [Erişim Tarihi: 19.12.2017]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525-10.htm>.
147. TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydan Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı; 2010. 162. Yayın No:806.
148. Doğanay H. Türkiye Beşeri Coğrafyası. İstanbul: MEB Yayınları; 1997.
149. Akın A. Emergence of the family planning program in Turkey. Robinson WC, Ross JA, editors. The global family planning revolution: Three decades of population policies and programs. Washington DC: The World Bank; 2007.
150. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun [İnternet]. 10 Nisan 1965 [Erişim Tarihi: 07.12.2017]. Erişim adresi: https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc048/kanuntbmmc048/kanuntbmmc04800557.pdf.
151. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun [İnternet]. 27 Mayıs 1983 [Erişim Tarihi: 07.12.2017]. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf>.
152. Aile Planlaması [İnternet]. [Erişim Tarihi: 07.12.2017]. Erişim adresi: <http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/281-aile-planlamas.html>.
153. Turgut F. Türkiye’de aile siyasetinde yeni dönem politikaları (2000 sonrası bir değerlendirme) [Yüksel Lisans Tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2014.
154. TC Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013. Ankara: TC Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı; 2007. 106. Yayın No: DPT 2723.
155. TC Kalkınma Bakanlığı. Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018. Ankara: TC Kalkınma Bakanlığı; 2013. 212. Karar No: 1041.
156. Resmi Gazete (Tebliğ) [İnternet]. 13 Nisan 2016 [Erişim Tarihi: 07.12.2017]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/04/20160413-10.htm>.
157. Resmi Gazete (Yönetmelik) [İnternet]. 23 Mayıs 2015 [Erişim Tarihi: 07.12.2017]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/05/20150523-5.htm>.

158. Doğum Yardımı Yönetmeliği [İnternet]. 15 Mayıs 2015 [Erişim Tarihi: 07.12.2017]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/05/20150523-5-1.pdf>.
159. Devlet Memurları Kanunu [İnternet]. 23 Temmuz 1965 [Erişim Tarihi: 07.12.2017]. Erişim adresi: http://mevzuat.meb.gov.tr/html/12056_657.html.
160. Türk Medeni Kanunu [İnternet]. 8 Aralık 2001 [Erişim Tarihi: 07.12.2017]. Erişim adresi: [http://portal.tnb.org.tr/Kanunlar/Medeni%20Kanun%20\(4721\).pdf](http://portal.tnb.org.tr/Kanunlar/Medeni%20Kanun%20(4721).pdf).
161. Resmi Gazete [İnternet]. 2 Aralık 2017 [Erişim Tarihi: 07.12.2017]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/12/20171202.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/12/20171202.htm>.
162. Resmi Gazete [İnternet]. 7 Nisan 2015 [Erişim Tarihi: 07.12.2017]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/04/20150407.pdf>.
163. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. The theory of culture care diversity and universality. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, editors. Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory. 3rd ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2015.
164. Leininger M, McFarland MR. About the authors. Leininger M, McFarland MR, editors. Transcultural nursing: Concept, theories, research, and practice. 3rd ed. USA: McGraw-Hill; 2002.
165. McFarland MR. Culture care theory of diversity and universality. Alligood MR, Tomey AM, editors. Nursing theorists and their work. 7th ed. USA: Mosby Elsevier; 2010.
166. Leininger M. The theory of culture care and the ethnonursing research method. Leininger M, McFarland MR, editors. Transcultural nursing: Concept, theories, research, and practice. 3rd ed. USA: McGraw-Hill; 2002.
167. McFarland MR, Leininger M. Transcultural nursing: Curricular concept, principles, and teaching and learning activities for the 21st century. Leininger M, McFarland MR, editors. Transcultural nursing: Concept, theories, research, and practice. 3rd ed. USA: McGraw-Hill; 2002.
168. Leininger M. Transcultural nursing and globalization of health care: Importance, focus, and historical aspects. Leininger M, McFarland MR, editors. Transcultural nursing: Concept, theories, research, and practice. 3rd ed. USA: McGraw-Hill; 2002.
169. Leininger M. Essential transcultural nursing care concepts, principles, examples, and policy statements. Leininger M, McFarland MR, editors. Transcultural nursing: Concept, theories, research, and practice. 3rd ed. USA: McGraw-Hill; 2002.
170. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 2. baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2013.

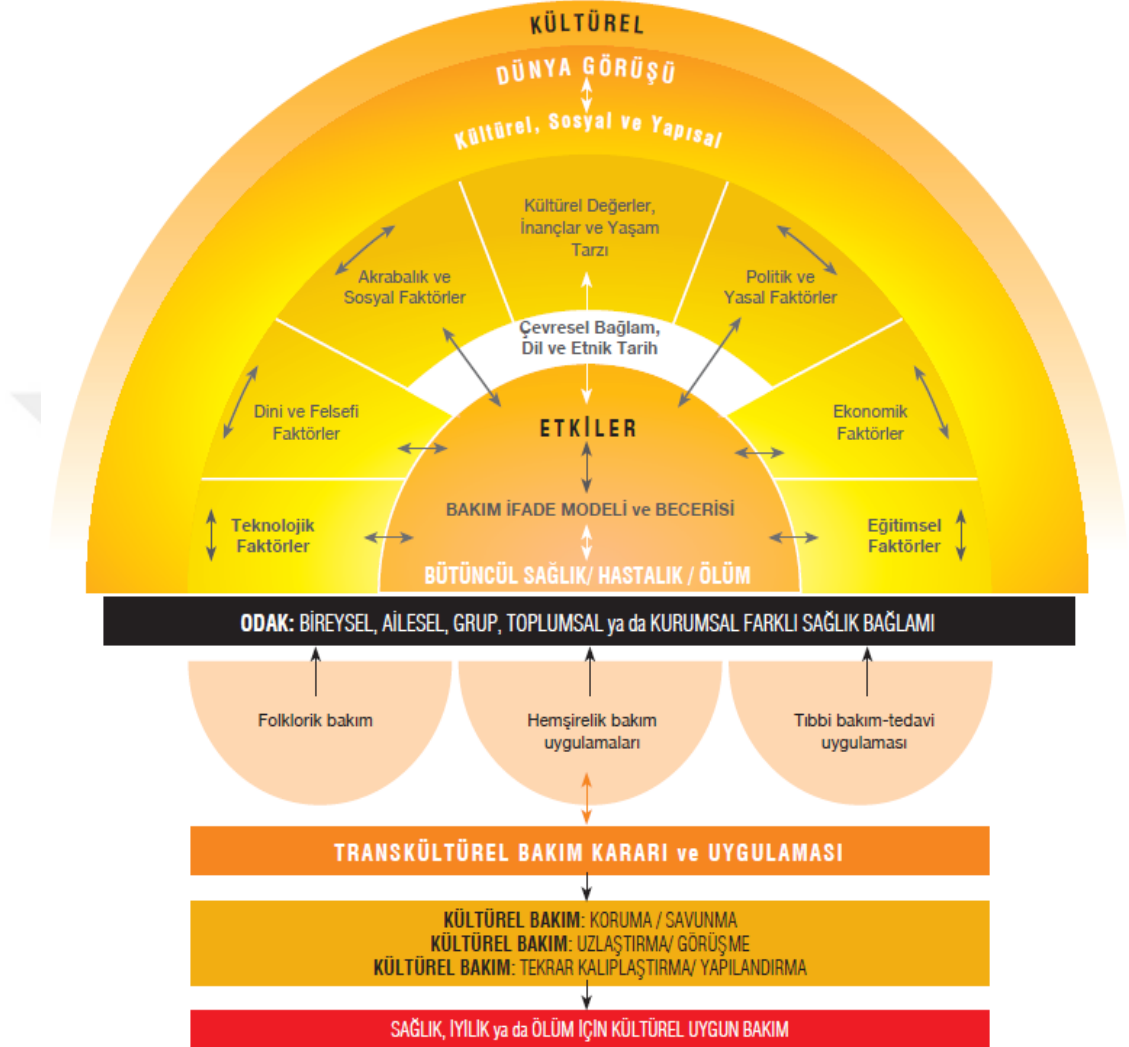
171. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Niteliksel Araştırma: Gebeliği Önleyici Yöntemler ve İstemli Düşükler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2003. 97. Yayın No: NEE-HÜ. 03-01.
172. Wehbe-Alamah HB, McFarland MR. The ethnonursing research method. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, editors. Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory. 3rd ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2015.
173. Hubbert AO. An ethnonursing research study: Adults residing in a midwestern Christian philosophy urban homeless shelter. *Journal of Transcultural Nursing*. 2005;16(3):236-244.
174. Wehbe-Alamah HB, McFarland MR. Leininger's enablers for use with the ethnonursing research method. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, editors. Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory. 3rd ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2015.
175. Hotun Şahin N, Onat Bayram G, Avcı D. Kültürlere duyarlı yaklaşım: Transkültürel hemşirelik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2009; 6(1):2-7.
176. Patton MQ. How to use qualitative methods in evaluation. Newbury park, CA: SAGE Publications; 1997.
177. Sinai I, Igras S, Lundgren R. A practical alternative to calculating unmet need for family planning. *Open Access Journal of Contraception*. 2017;8:53-59.
178. Çayan A. 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi [Yüksek lisans Tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2009.
179. Çalışkan BG, Doğan B, Ölçüm GG. Kırsal bölgede yaşayan kadınların aile planlaması yöntemi tercihlerine yaş ve eğitimin etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(4): 189-194.
180. Kutlu R, Sayın S, Uçar M, Aslan R, Demirbaş O. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(3):134-141.
181. Temel S. Geri çekme yöntemi ile korunan çiftlerin cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2012.
182. Hitchcock J, Schubert PE, Thomas SA. Spiritual and cultural perspectives. *Community health nursing: Caring in action*. 2nd ed. USA: Pelmar Publishing; 2003.
183. Tanrıverdi G, Seviğ Ü, Bayat M, Birkök MC. Hemşirelik bakımında kültürel özellikleri tanılama rehberi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2009;6(1):793-806.
184. Taşçı-Duran E, Sevil U. A comparison of the prenatal health behaviors of women from four cultural groups in Turkey an ethnonursing study. *Nursing Science Quarterly*. 2013;26(3):257-266.

185. Çavlin Bozbeyoğlu A. Doğurganlık kontrolünde rasyonelliğin sınırları: Türkiye kürtaj ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı. *Fe Dergi*. 2011;3(1):24-37.
186. Strauss AL. *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press; 1987.
187. Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. (3rd ed). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009.
188. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*. 2000;1(1):22.
189. Kürtaj yapıyor musunuz? Hayır yapmıyoruz [İnternet]. 2015 [Erişim tarihi: 17.01.2018]. Erişim adresi: <https://www.morcati.org.tr/tr/290-kurtaj-yapiyor-musunuz-hayir-yapmiyoruz>.
190. Fiili kürtaj yasağı devam ediyor [İnternet]. 2016 [Erişim tarihi: 17.01.2018]. Erişim adresi: <https://www.morcati.org.tr/tr/370-fiili-kurtaj-yasagi-devam-ediyor>.
191. Leininger M, Wehbe-Alamah HB. Leininger's father protective care. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, editors. *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2015.
192. Yıldırım E. Aile ve evlilik türleri. Canatan K, Yıldırım E, editörler. *Aile Sosyolojisi*. İstanbul: Açılım Kitap; 2011.
193. Özkan S, Gültepe M. Bir iletişim biçimi olarak evliliğin kültürel, siyasi ve ekonomik unsurları (Giresun örneği). *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2017;4(1):25-44.
194. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *DEUHYO ED*. 2009;2(4):145-154.
195. Erbil N, Orak E, Bektaş AE. What are mothers knowing about sexual education, how much are mothers giving sexual education to their daughters?. *Journal of Human Sciences*. 2010;7(1):366-383.
196. Saydam BK. Türk toplumunda infertil kadınların statüsü. *Sağlık ve Toplum*. 2003;13(1):30-34.
197. Sakallı N, Karakurt G, Uğurlu O. Evlilik öncesi yaşanan cinsel ilişkiye ve kadınların evlilik öncesi cinsel ilişkide bulunmasına karşı tutumlar. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*. 2001;22:15-29.
198. Gürsoy E, Gençalp NS. Cinsel sağlık eğitiminin önemi. *Aile ve Toplum*. 2010;6(23):29-36.
199. Şen Y. İslam hukukuna göre sağlık hizmetlerinde mahremiyet hakkı. *EKEV Akademi Dergisi*. 2015;19(61):425-450.
200. Sonfield A, Tapales A, Jones RK, Finer LB. Impact of the federal contraceptive coverage guarantee on out-of-pocket payments for contraceptives: 2014 update. *Contraception*. 2015;91:44-48.

201. Kızıl C, Akman V, Öztürk S. Aile sağlığı merkezlerinden hizmet alan hastaların hasta memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi: Yalova ili örneği. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2015;8(2):6-31.
202. Newhouse RP, White K. Translation. Dearholt SL, Dang D, editors. *Johns Hopkins nursing evidence-based practice: Model and guidelines*. 2th ed. USA: Sigma Theta Tau International; 2012.
203. Dearholt SL. The Johns Hopkins nursing evidence-based practice model and process overview. Dearholt SL, Dang D, editors. *Johns Hopkins nursing evidence-based practice: Model and guidelines*. 2th ed. USA: Sigma Theta Tau International; 2012.
204. Costa L, Poe SS. Evidence appraisal: Research. Dearholt SL, Dang D, editors. *Johns Hopkins nursing evidence-based practice: Model and guidelines*. 2th ed. USA: Sigma Theta Tau International; 2012.
205. Kleinman A, Eisenberg L, Good, B. Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 2006;4(1):140-149.

8. EKLER

Ek-1. Leininger'in Gün Doğuşu Destekleyicisi



Ek-2. Leininger'in Yarı Yapılandırılmış Görüşme Rehberi Destekleyicisi

1. Dünya Görüşü

Ben sizin etrafınızdaki dünyayı nasıl gördüğünüzü bilmek istiyorum. Gördüğünüz şeylerin sizin için ne anlama geldiğini benimle paylaşabilir misiniz?

2. Etnik Öykü

Hemşirelikte, bireyin kültürel geçmişi hakkında bilgi edinmek bizim için faydalıdır. Kültürel geçmişinizi bana açıklayabilir misiniz? Nerede doğdunuz ve nerelerde yaşadınız? Aileniz, onların kökenini söyler misiniz? Siz ve aileniz farklı coğrafyalarda ve farklı yerlerde yaşadınız mı? Sizi ve sizin gereksinimlerinizi anlamamıza yardımcı olacak hatırladığınız göç (yerleşim), belirli bir yaşam olayı veya deneyimlerinizi bana söyleyebilir misiniz? Hangi dilleri konuşuyorsunuz? Arkadaşlarınız veya yabancılar tarafından aidiyetinizden nasıl bahsedilmesini istersiniz?

3. Akrabalık ve Sosyal Faktörler

Ben sizin ailenizi (akrabalarınızı), yakın arkadaşlarınızı ve onların sizin için ne anlama geldiğini bilmek istiyorum. Akrabalarınız ve arkadaşlarınız sizin yaşamınızı ve özellikle de bakımınızı ve sağlıklı yaşam şeklinizi nasıl etkilemektedir? Yaşamınızda önem verdiğiniz ve önem vermediğiniz insanlar kimlerdir? Aileniz (ya da içinde bulunduğunuz ortam) sizin sağlığınıza korumanıza ya da hasta olmanıza nasıl katkıda bulunuyor? Bakım veren bir aile olarak görüyor musunuz? Eğer öyle değilse, ne onları daha iyi bakım veren yapardı? Ailenizin, hasta ya da sağlıklı olduğunuzda size ya da diğerlerine bakım verme sorumluluğu var mı? (Açıklayınız). Aile üyelerinizin (veya sosyal arkadaşlarınızın) ne şekilde size bakım vermesini istersiniz? Hemşirelerin size nasıl bakım vermesini istersiniz?

4. Kültürel Değerler, İnançlar ve Yaşam Biçimleri

Hemşirelik bakımı verirken, sizin kültürel değerlerinizi, inançlarınızı ve yaşam biçiminizi anlamış olmak hemşireler için önemlidir. Hemşirelerin sizin sağlığınıza yeniden kazanmanıza ve sürdürmenize yardımcı olurken hangi değerlerinizi ve

inançlarınızı bilmelerini istersiniz? Size bakım verirken bilmeleri gereken en önemli inanç ve uygulamalarınız nelerdir? Sizin bakım değerlerinize ve inançlarınıza dayanarak ‘iyi bakım’ şekilleri ile ilgili bana bazı örnekler veriniz.

5. Dini, Manevi ve Felsefi Faktörler

İnsanlar hasta olduğunda ya da bir sorun olduğunu hissettiklerinde, genellikle dua (ibadet) ederler veya dinleri ve manevi inançlarından faydalanırlar. Hemşirelikte, biz dininizin geçmişte size ne şekilde faydası olduğunu ve bugün nasıl faydası olabileceğini öğrenmek istiyoruz. Sizin inanç ve uygulamalarınızın, iyiliği sürdürme ve sağlığı yeniden kazanmada kendinize veya başkalarına bakım verirken ne şekilde faydası olduğunu düşünüyorsunuz? Din, sizin iyileşmeniz veya kriz, sakatlık ve ölümle yüzleşmenizde size nasıl yardımcı oluyor? Dine önem veren hemşireler size, ailenize ve arkadaşlarınıza ne şekillerde bakım verebilirler? Hangi spiritual (manevi) faktörleri sizin bakımınıza dahil etmemiz gerekiyor?

6. Teknolojik faktörler

Günlük yaşamınızda, yüksek teknolojik-modern cihaz ve ekipmanlara çok bağımlı mısınız? Hastanedeki muayene ve bakımınız ile ilgili neler düşünüyorsunuz? (Açıklayınız) Teknolojik faktörlerin hangi şekillerde sizin iyiliğinizi sürdürmenize yardım ettiğini ya da engel olduğunu düşünüyorsunuz? Sağlıklı kalmak veya bakıma erişmek için modern teknolojilere bağımlı olduğunuzu düşünüyor musunuz? (Bazı örnekler veriniz)

7. Ekonomik faktörler

Bugün, birisi sıklıkla ‘Para, sağlık ve daha uzun yaşama anlamına gelir’ sözünü duyabilmektedir. Bu ifade ile ilgili ne düşünüyorsunuz? Paranın sizin sağlığınıza, bakıma erişiminizi ve profesyonel hizmetleri elde etmenizi ne şekilde etkilediğine inanıyorsunuz? İyiliğinizi sürdürebilmek için parayı gerekli buluyor musunuz? Eğer değilse, açıklayınız. Hastane maliyetlerini evde bakım maliyetleri ile karşılaştırdığınızda nasıl buluyorsunuz? Opsiyonel: Ailenizde kimler para kazanıyor? Onlar sizin sağlığınıza korumanıza yetecek veya hasta olduğunuzda size yardım edebilecek kadar kazanıyorlar mı?

8. Politik ve yasal faktörler

Dünyamız, sizin sağlığını etkileyebilecek politik kararlar ve eylemlerle dolu gibi görünüyor. Politika hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Bu durum sizin ve başkalarının iyiliğini sürdürmesini nasıl etkiliyor? Toplumunuzda ya da evinizde hangi politik ve yasal problemler sizin iyiliğinizi etkilemekte, kendiniz ya da başkaları tarafından bakılmanızda sorun oluşturmaktadır? (Açıklayınız).

9. Eğitimsel Faktörler

Ben, eğitimin sizin sağlığını korumanıza ya da hasta olmanıza ne şekilde katkıda bulunduğunu düşündüğünüzü öğrenmek istiyorum. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları için size bakım verirken hangi eğitimsel bilgi, değer ve uygulamaların önemli olduğuna inanıyorsunuz? Örnekler veriniz. Sizin eğitim düzeyiniz sağlığını korumanız ya da hasta olmanızı nasıl etkiliyor? Ne kadar örgün eğitime gittiniz? Eğitim ve sağlık talimatlarına önem verir misiniz? (Açıklayınız).

10. Dil ve İletişim Faktörleri

Hastalarla iletişim ve hastaları anlama, bakım gereksinimlerini karşılamada önemlidir. Siz gereksinimlerinizi hemşirelere nasıl iletmek istersiniz? Hangi dilleri konuşuyor ve anlıyorsunuz? Dil ve iletişimdeki hangi engeller diğerlerinden bakım ve yardım almanızı etkiliyor? Siz ve hemşireler arasında bakım şekillerini etkileyen hangi sözel ve sözel olmayan problemleri görüyor ve yaşıyorsunuz? İnsanların sizinle ne şekilde iletişime geçmesini istersiniz, niçin? Hemşirelerin anlaması gereken, iletişim süresince herhangi bir önyargı ve ırksal problemler deneyimlediniz mi? Sizinle iyi ve etkili iletişimi sağlayan başka herhangi bir şeyi bana söylemek ister misiniz?

11. Profesyonel ve Geleneksel Bakım İnançları ve Uygulamaları

Hastanede ya da evde hangi profesyonel hemşirelik bakım uygulamalarını ve tutumlarını sizin iyiliğiniz için en faydalı buluyorsunuz? Hangi evde bakım uygulamaları ya da tedavilerine kültürel açıdan önem veriyorsunuz? Ben sizin toplumunuzdaki geleneksel şifacılar hakkında bilgi edinmek istiyorum, onlar size nasıl yardım ediyorlar? Sağlık, hastalık ve iyilik, sizin, aileniz ve kültürünüz için ne

anlama geliyor? Hangi profesyonel ve geleneksel uygulamalar sizin için en mantıklı ve faydalıdır? Sizin kültürünüzden gelen iyileştirici veya bakım uygulamalarına örnekler verebilir misiniz? Hangi geleneksel veya profesyonel uygulamalar ve yiyecek tercihleri sağlığınıza iyi gelmektedir? Hangi yiyecekler yaşamınızda ya da kültürünüzde tabu/yasaktır? Hastanedeki geçmiş ya da güncel deneyimleriniz iyileşmenizi veya sağlığınıza ne şekilde etkilemektedir? İyi bakım uygulamaları sunabilmek için, sizi iyileştiren şeyler hakkında başka neler bilmeliyim?

12. Genel ve Özel Hemşirelik Bakım Faktörleri

Hastanede ya da evde hemşireler tarafından ne şekilde bakılmak istersiniz? Siz ve kültürünüz için bakımın anlamı nedir? İyi hemşirelik bakımı, sağlığını yeniden kazanma ve sürdürme arasında ne gibi bir ilişki görüyorsunuz? İyi hemşirelik bakımının engelleri ve kolaylaştırıcılarını bana söyleyebilir misiniz? Hangi değerler, inançlar ve uygulamalar sizin istediğiniz hemşirelik bakım şeklini etkiler? Hastanedeki ve evdeki hangi streslerin iyileşmeniz ve iyiliğinizi sürdürmenizde göz önünde bulundurulması gerekir? Size bakım verme şekilleri ile ilgili bana başka bir şey söylemek ister misiniz? Hangi toplumsal kaynaklar iyileşmenize ve iyi kalmanıza yardımcı olmaktadır? Yararlı olmayan hemşirelik bakımı uygulamalarına örnekler veriniz. Hemşireler size ve ailenize bakım vermek için hangi çevresel ve ev içi faktörlerin farkında olmalılardır? Hangi kültürel hastalıklar sizin kültürünüzde ortaya çıkmaya meyillidir? Ağrı ve stresi nasıl yönetiyorsunuz? (Açıklayınız). Sizin inandığınız şekilde iyi bir hemşirelik bakımı alabilmeniz için bana başka bir şey söylemek ister misiniz? Özel ve genel örnekler veriniz.

Ek.3. Leininger'in Gözlem-Katılım-Yansıtma Destekleyicisi

Aşamalar	1	2	3	4
	Primer Gözlem ve Aktif Dinleme (Aktif Katılım Yok)	Primer Gözlem (Sınırlı Katılım)	Primer Katılım (Sürekli Gözlem)	Primer yansıtma (Bilgi vericiler ile bulguları doğrulama)



Ek-4. Leininger'in Yabancıdan Güvenilir Arkadaşa Dektekleyicisi

Bu destekleyicinin amacı, araştırmacının (veya bir klinisyen tarafından da kullanılabilir) doğru, inanılır ve güvenilir veri elde etmek (veya bir klinisyen olarak iyi ilişkiler kurmak) için güvenilmeyen bir yabancı olmaktan güvenilir bir arkadaş olmaya geçmeyi kolaylaştırmaktır. Kullanıcı, bir yabancıdan güvenilir bir arkadaşla geçerken göstergelerdeki yansımalar üzerinden kendini değerlendirir. Bunlar kültürlerden dinamik göstergelerdir.			
Yabancı Göstergeleri (Çoğunlukla etik veya dışarıda kalanın bakış açısı)	Belirtilen tarih	Güvenilir Arkadaş Göstergeleri (Çoğunlukla emik veya içeride olanın bakış açısı)	Belirtilen tarih
Kendini ve diğerlerini koruma aktiftir. Onlar, dışarıdan müdahalelere karşı gözetimci ve koruyucudurlar. Şüpheli ve sorgulayıcıdırlar.		Kendini koruma daha az aktiftir. Araştırmacıya daha çok güvenirler (onların gözetimciliği daha düşük veya azdır). Araştırmacıdan daha az şüphelenirler ve daha az sorgularlar.	
Araştırmacının yaptığı ya da söylediği şeyi aktif olarak izlerler ve dikkat ederler. Araştırmacıya ya da yabancıya güven işareti sınırlıdır.		Araştırmacının sözlerini ya da eylemlerini daha az izlerler. Güvenin ve bir arkadaş olarak kabul edilmenin işaretleri daha çoktur.	
Araştırmacının nedenleri ve çalışmaları hakkında şüpheleri vardır. Araştırmacı ya da yabancı bulguları ne şekilde kullanacağını sorgulayabilirler.		Araştırmacının nedenleri, çalışmaları ve davranışlarını daha az sorgularlar. Bir arkadaş olarak birlikte çalışma ve araştırmacıya yardım etme işaretleri vardır.	
Özel bir bilgi olarak kültürel sırlarını ve görüşlerini paylaşmak istemezler. Yerel yaşam şekillerini, değerlerini ve inançlarını korurlar. Araştırmacı veya bir yabancı tarafından derinlemesine araştırılmaktan hoşlanmazlar.		Kültürel sırlarını, özel dünyalarına ait bilgi ve deneyimlerini paylaşmaya isteklidirler. Çoğunlukla herhangi bir derinlemesine sorgulama olmaksızın yerel görüşlerini, değerlerini ve yorumlarını kendiliğinden sunarlar.	
Bir yabancı ile arkadaş olmaktan veya ona sır vermekten rahatsız olurlar. Geç gelebilir, gelmeyebilir ve zamanla araştırmadan çekilebilirler.		Arkadaşlıktan-paylaşım ilişkisinden hoşlandığının ve rahat olduğunun işaretleri vardır. Zamanında gelir ve gerçek bir arkadaş olduğuna dair kanıtlar sunar.	
Doğru olmayan veriler sunmaya meyillidir. Kendini, ailesini, topluluğunu ve kültürel yaşam şeklini korumak için gerçekleri değiştirir. Emik değerler, inançlar ve uygulamalar spontan olarak paylaşılmaz.		İnançlar, insanlar, değerler ve yaşam şekillerin doğru olması için gerçeği aramak ister. Emik fikirleri açıklar ve yorumlar. Böylece araştırmacı doğru kültür verisi ve bilgisine sahip olur.	

Ek-5. Olası Katılımcı Tarama Formu

Evli (Eşi Var)

☐ Evet ☐ Hayır

Yaş (15-49)

☐ Evet ☐ Hayır

Gebe ☐ Evet ☐ Hayır

Menapoz ☐ Evet ☐ Hayır

Doğum Sonu (6 Ay) ☐ Hayır ☐ Evet

☐ İSTENMEYEN ☐ İstenen

İnfertil ☐ Hayır ☐ Evet

Emzirme ☐ Hayır ☐ Evet

Ek gıda/su verme ☐ Evet ☐ Hayır

Adet görme ☐ Evet ☐ Hayır

Çocuk İsteme ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsız

Hemen ☐ Evet ☐ Hayır

Gebelikten Korunma ☐ Evet ☐ HAYIR

☐ Hap ☐ Spiral ☐ Kondom ☐ İmplant ☐ Aylık iğne ☐ 3 aylık iğne

☐ Kadında tüplerin bağlanması ☐ Erkekte tüplerin bağlanması ☐ Diğer.....

☐ Geri çekme ☐ Takvim ☐ Vajinal yıkama ☐ Diğer.....

Etkili/Modern Yönteme Değiştirmek İsteme

☐ EVET ☐ Hayır

☐ ARASTIRMAYA DAVET ET

Ek 6. Bilgi Formu

A) Demografik ve Sosyokültürel Özellikler

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Öğrenim durumunuz nedir?

☐ Hiç eğitim almamış ☐ İlkokuldan ayrılmış ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐
Önlisans ☐ Lisans ☐ Yüksek lisans ☐ Doktora

3. Kaç yaşında evlendiniz?.....

4. Eşinizle evlenme şekliniz nedir? ☐ Tanışarak ☐ Görücü usulü ☐ Diğer

5. Nikah durumunuz nedir? ☐ Resmi nikah ☐ İmam nikahı ☐ Diğer

6. Akraba evliliği durumunuz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

7. Akraba evliliği yaptıysanız eşinizle akrabalık derecenizi belirtiniz

8. Şu andaki aile tipiniz nedir? ☐ Çekirdek aile ☐ Geniş aile ☐ Diğer

9. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

10. 9. soruya evet cevabı verdiyseniz ne iş yapıyorsunuz?
.....

11. Aylık gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla

12. Sosyal güvenceniz nedir?.....

13. Memleketiniz neresidir?.....

14. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?.....

15. Ne kadar zamandır burada yaşıyorsunuz?.....

16. Dinin hangi kolundansınız (Sünni, Alevi, Şafi, Caferi, Nusayri vb)?.....

17. Etnik kökeniniz nedir (Türk, Kürt, Arap, Ermeni, Çerkez vb)?
.....

18. Ana diliniz nedir?

Eşiniz

19. Kaç yaşındadır?.....

20. Öğrenim durumu nedir?

☐ Hiç eğitim almamış ☐ İlkokuldan ayrılmış ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐
Önlisans ☐ Lisans ☐ Yüksek lisans ☐ Doktora

21. Kaç yaşında evlendi?.....

22. Gelir getiren bir işte çalışıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

23. 22. soruya evet cevabı verdiyseniz ne iş yapıyor?.....

24. Sosyal güvencesi nedir?.....

25. Memleketi neresidir?.....

26. En uzun süre yaşadığı yer neresidir?.....

27. Ne kadar zamandır burada yaşıyor?.....

28. Dinin hangi kolundandır (Sünni, alevi, şafî, Caferî, Nusayrî)?.....

29. Etnik kökeni nedir (Türk, Kürt, Arap, Ermeni, Çerkez vb)?

30. Ana dili nedir?

B) Obstetrik özellikler

31. Gebelik Sayısı.....

32. Yaşayan Çocuk Sayısı (Kız, erkek).....

33. Doğum Sayısı (Lütfen doğum şekli/şekillerinizi belirtiniz)

34. Düşük Sayısı.....

35. Kürtaj Sayısı.....

36. Emziriyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

37. Son çocuğunuzun yaşı kaçtır (ay/yıl) belirtiniz.....

38. İdeal Çocuk Sayısı.....

39. Tekrar çocuk sahibi olmak istiyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsız

Eşiniz için

40. İdeal Çocuk Sayısı.....

41. Tekrar çocuk sahibi olmak istiyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsız

Ek-7. Görüşme Yönergesi

Giriş

Merhaba Ben Safiye TEMEL. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Doktora Öğrencisi ve Araştırma Görevlisiyim. Çocuk istemeyen ve etkili bir şekilde gebelikten korunmayan kadınların kültürel özellikleri hakkında bir araştırma yapıyorum. Sizinle görüşme yaparak, yaşam tarzınızı ve kültürel özelliklerinizi anlamayı, gebelikten korunma ile ilgili düşüncelerinizi öğrenmeyi ve sağlık gereksinimlerinizi doğru bir şekilde tanımlamayı planlıyorum. Böylelikle istemeden gebe kalmanız ve çocuk sahibi olmanızı önlemede size uygun sağlık hizmeti modelini geliştirmeyi amaçlıyorum. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim.

Görüşmeye geçmeden önce, görüşmemizin gizli olduğunu ve görüşmede konuşulanları yalnızca benim ve bazı araştırmacıların bileceğini belirtmek isterim. Bunun yanında araştırma raporunda isminiz kesinlikle yer almayacak, bunun yerine kod isimler kullanılacak veya isminiz şifrelenecektir.

İzin verirsiniz görüşmeyi kaydetmek istiyorum. Bu şekilde hem zamanı daha iyi kullanabiliriz, hem de sorulara vereceğiniz cevapların kaydını daha ayrıntılı tutma fırsatı elde edebilirim. Görüşme sonunda istemediğiniz bazı bilgileri silebilirim. Ses kayıt cihazındaki verileri ise görüşmenin yazıya aktarılmasından sonra sileceğim. Görüşmeye devam etmek istiyorsanız, size bazı sorular soracağım. Bu soruları cevaplarken açık, içten olmanız ve doğru cevaplar vermeniz benim için önemli. Görüşmenin yaklaşık bir saat süreceğini tahmin ediyorum.

Görüşmeye başlamadan önce bana sormak istediğiniz soru ya da belirtmek istediğiniz düşünceniz varsa lütfen söyleyin.

- Görüşmeye sizi tanıyarak başlamak istiyorum. Biraz kendinizden bahseder misiniz?

Sonda: Doğum yeri?
Yaşı?
Yaşadığı yerler?
Ailesi (nerede yaşıyor, kaç kardeş, onlarla ilişkileri vs)?
Etnik (ailesel) kökeni?
Anadili?

Akrabaları?
Arkadaşları?
Aile akraba ve arkadaşlarından onun için önemli olan kişiler?
Evinde birlikte yaşadığı kişiler?
Geçimlerini nasıl sağladıkları?
Sosyal güvencesi?
Eğitim durumu?
Günlük hayatında neler yaptığı?
Dini inanç durumu?
Mezhebi?
Yaşamında önemli olan ve yaşamına yön veren değerleri?

- Biraz eşiniz hakkında bilgi verir misiniz?

Sonda: Doğum yeri?
Yaşı?
Yaşadığı yerler?
Ailesi?
Etnik (ailesel) kökeni?
Anadili?
Akrabaları?
Sosyal güvencesi?
Eğitim durumu?
Günlük hayatında neler yaptığı?
Dini inanç durumu?
Mezhebi?
Yaşamında önemli olan ve yaşamına yön veren değerleri?

- Eşinizle evliliğinizden bahseder misiniz?

Sonda: Nasıl tanıştıkları?
Akraba evliliği durumu?
Evlenmeye nasıl karar verdikleri?
Evlenme yaşları?

Evlenme şekli (düğün, mevlüt, nikah vb)?

Nikah durumu (dini, resmi, her ikisi)?

Evlenme sürecindeki gelenek ve görenekleri?

Evlilik nedeniyle devletten katkı payı ya da yardım alma durumları?

Evlilik süresi?

- **Sizin için çocuğun anlamı nedir?**

Alternatif: *Sizde çocuk sahibi olma ne anlama gelmektedir?*

Sonda: *Gebelik ve doğumları?*

Gebelik sayısı?

Doğum sayısı?

Yaşayan çocuk sayısı?

Gebelik aralıkları?

Cinsiyetleri?

İstmeden (kazara) gebe kalma durumu? Evet ise, ne yaptığı?

Olmaması gereken (ideal) çocuk sayısı? Nedeni?

Çocuk sayısını arttırmanızda etkili olacak faktörler?

Doğum yaptığında doğum yardımı, çocuk yardımı, (çalışıyorsa)

doğum izni, süt izni gibi yasal haklardan faydalanma durumu?

Gebelikleri sırasında eşinin kendisine ve gebeliğe yönelik tutumu?

Eşin çocukların bakımına katılımı?

- **Gebelikten korunmaya ilişkin düşünceleriniz nelerdir?**

Sonda: *Şu anda gebelikten korunma durumu? Evet ise...*

Nasıl korundukları?

Bu yöntemi nasıl öğrendikleri?

Ne kadar süredir kullandıkları?

- **Gebelikten korunmamanız/.....ile korunmanızda etkili olan faktörler nelerdir?**

Alternatif: *Gebelikten korunmama/..... ile korunma nedenleriniz nelerdir?*

Sonda: *Çevresindeki insanlar?*

Kitle iletişim araçları?

Sağlık çalışanları?

Sağlık çalışanlarının iletişim tarzı?

Sağlık çalışanlarını anlama ve anlaşma?

Genel sağlık/hastalık durumu?

Eğitim durumu ile ilişkisi?

Sağlık kurumlarına ulaşma?

Sağlık kurumlarındaki teknik imkanlar ve malzeme durumu?

Maddi durum ile ilişkisi?

Çocuk sahibi olma ve onu yetiştirme açısından?

Gebeliği önleyici yöntemleri temin etme açısından?

Etnik (ailesel) kökeni ile ilişkisi?

Mezhebi ile ilişkisi?

Son dönemde yapılan nüfus artışını destekleyici yasal düzenlemeler?

Dini inanç ve uygulamaları?

Yaşamında önemli olan ve yaşamına yön veren değerleri?

Eşin gebelikten korunmama/..... ile gebelikten korunma ile ilgili düşünceleri?

- **Şu ana kadar sizin bazı ailesel ve kültürel özelliklerinizden, sağlık durumunuzdan, gebelik ve doğumlarınızdan, gebelikten korunma ile ilgili düşünceleriniz ve bilgilerinizden konuştuk. Tüm bunları düşündüğümüzde ülkemizdeki sağlık hizmetlerini nasıl buluyorsunuz?**

Sonda:

Sağlık hizmetlerinden memnuniyeti?

Sağlık hizmetlerinden kaynaklanan sorunlar?

Sağlık çalışanlarından kaynaklanan sorunlar?

Gebelikten koruyucu sağlık hizmeti alma durumu?

Gebelikten koruyucu sağlık hizmeti almasını etkileyen faktörler?

Gebelikten koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görüşleri?

Hizmetin verildiği yerler?

Sunulan hizmetlerin yeterliliği?

Sağlık personelinin tutumu?

Sağlık personelinin eğitimi ve bilgisi?

Sunulan yöntemlerin yeterliliği?

İhtiyacının karşılanma durumu?

İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasına yönelik verilen hizmetler hakkındaki görüşleri?

- **Ülkemizde uygulanmakta olan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik önerileriniz nelerdir?**

Sonda:

Gebelikten koruyucu hizmetlerin geliştirilmesine yönelik önerileri?

Sağlık çalışanlarından beklentileri?

Doktorlardan?

Hemşirelerden?

Diğerlerinden?

- **Son olarak bana söylemek istediğiniz bir şey var mı? Evet ise lütfen belirtiniz.**

Ek-8. Görüşme Gözlem Formu

Görüşme No:

Yer:

Tarih:

Görüşme süresi (dk):

Görüşmenin yapıldığı ortam

Ortamın özellikleri

Görüşme esnasında bulunan kişiler

Görüşülen kişinin özellikleri

Beden dili (Jestleri, mimikleri, el kol hareketleri, göz teması vb)

Görüşme sırasındaki özel anlar/zorluk yaşanan durumlar

Görüşülenin verdiği başlıca tepkiler

Ek-9. Aile Planlaması Danışmanlığı ve RİA Uygulama Sertifikası

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	Sertifika No: 26490
SERTİFİKA		
EBE SAFİYE TEMEL		
.....01/06/2015 - 26/06/2015..... tarihleri arasında ANKARA Z.T.B. K.S.F. A.HASTANESİ'N 'de katıldığı RAHİM İÇİ ARAÇ uygulama kursunu 2827 sayılı Yasaya dayalı olarak çıkarılan 507 sayılı Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütecek Personelin Eğitimi, Görev yetki ve Sorumlulukları Hakkındaki Yönetmeliğin 11. Maddesi uyarınca başarı ile tamamlayarak bu Sertifikayı almaya hak kazanmıştır.		
Uzm.Dr. Sema YANIKSOĞLU Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanı	 Uzm.Dr. Bekir KESKİNKILIÇ Kurum Başkanı Başkan Yardımcısı	

Ek-10. Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu Katılım Belgesi



Ek-11. Araştırma Amaçlı Çalışma için Aydınlatılmış Onam Formu

‘Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimlerinin Azaltılmasında Kültürel Faktörlerin Belirlenmesi ve Hizmet Modelinin Geliştirilmesi’ hakkında bir çalışma yapmaktayız. Bu çalışma “ocuk istemeyen ve etkili bir şekilde gebelikten korunmayan kadınların kültürel özelliklerini belirlemek ve uygun hizmet modelini geliştirmek” üzere planlanmıştır. Bu nedenle sizinle görüşme yaparak, yaşam tarzınızı ve kültürel özelliklerinizi anlamak, gebelikten korunma ile ilgili düşüncelerinizi öğrenmek ve sağlık gereksinimlerinizi doğru bir şekilde tanımlamak amaçlanmaktadır. Araştırma Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmadan elde edilecek veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Herhangi bir kimlik bilgisi açıklanmayacaktır. Görüşme yaklaşık bir saat sürecektir ve izin vererseniz ses kayıt cihazı ile kaydedilecektir. Görüşme sorularına samimi ve iten cevaplar vermeniz araştırmanın başarısı açısından büyük önem taşımaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu araştırmacılar:

Prof. Dr. Füsun TERZİGLU

Arş. Gör. Safiye TEMEL

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz.

Kabul ediyorum ()

Ek-12. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.10.2015 tarihli İzin Yazısı



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 1058

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 07.10.2015 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2015/20
Proje No : GO 15/609 (Değerlendirme Tarihi: 16.09.2015)
Karar No : GO 15/609 - 28

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Fusun TERZİOĞLU'nun sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Safiye TEMEL'in tezi olan GO 15/609 kayıt numaralı ve "*Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimlerinin Azaltılmasında Leininger'in Kültürel Bakım Modeli'ne Göre Hemşirelik Hizmetlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi*" başlıklı proje önerisi araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, yöntemde söz edilen çalışma aşamaları tamamlandıkça etik kurula bilgi verilmek kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 9. Prof. Dr. Rahime Nohutçu (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | 10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye) | 11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu (Üye) | 12. Prof. Dr. Leyla Dinç (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer (Üye) | 13. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | 14. Doç. Dr. S. Kutay Demirhan (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ali Düzova (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Levent Akın (Üye) | 16. Av. Meltem Onurlu (Üye) |

Ek-13. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14.06.2016 tarihli İzin Yazısı



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 618
Konu :

14.06.2016

Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU
Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Sayın Prof. Dr. TERZİOĞLU

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunduğunuz GO 15/609 no'lu proje ile ilgili olarak, 31/05/2016 tarihli dilekçenizde bildirilen Arş. Gör. Safiye TEMEL'in tezi olarak "Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimlerinin Azaltılmasında Kültürel Faktörlerin Belirlenmesi ve Hizmet Modelinin Geliştirilmesi" başlıklı tezin daha önce GO 15/609 - 28 karar no'su ile verilen "Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimlerinin Azaltılmasında Leininger'in Kültürel Bakım Modeli'ne Göre Hemşirelik Hizmetlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi" başlıklı proje kapsamında alınan etik kurul izni ile yapılabileceği oy birliği ile uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU
Başkan

Ek: Katılımcı Listesi

Ek-14. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Araştırma İzin Yazısı



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU - THSK AİLE
HEKİMLİĞİ EĞİTİM VE GELİŞTİRME DAİRE
BAŞKANLIĞI
04/12/2015 20:31 - 67350377 - E.657



00015719231

K-Q
TSE-ISO-EN
9000



CERTIFICATE

Sayı : 67350377
Konu : Araştırma İzin Talebi (Prof.Dr.
Fusun TERZİOĞLU)

ANKARA VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

Hacettepe Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof.Dr. Fusun TERZİOĞLU sorumluluğunda yapılması planlanan "Karşılammamış Aile Planlaması Gereksinimlerinin Azaltılmasında Leininger'in Kültürel Bakım Modeline Göre Hemşirelik Hizmetlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi" konulu araştırma için Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bu nedenle bilgi paylaşımı yapılamayacağından araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması gerektiği kararına varılmıştır. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, bu merkezde çalışan personelden ve araştırmaya katılacak hastalardan gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde mesai saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Ayrıca, araştırma talebinin Kurumumuz tarafından yapılan değerlendirmesi neticesinde; danışmanlık sunumundan sonra RİA uygulaması planlarsa, bu uygulamanın hastanın bağlı bulunduğu aile sağlığı merkezinde yada uygulamanın yapılabildiği başka bir aile sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi veya maddi çıkar sağlamayacak şekilde bir sağlık kuruluşuna yönlendirilerek yalnızca yetkili personel tarafından yapılması gerektiği kararına varılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Alev YÜCEL
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Nusret Fişek Cad. No:4 N Blok
G.SARIÇOBAN Tel:0312 565 59 44 e-posta gokcen.saricoban1@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 170781ee-a6ef-4ea0-8a87-c89a441b6b1b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-15. Tablo 4.1. Karşılanmamış aile planması gereksinimi bulunan kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri (n=32)

Özellikler	Kadınlar (n)	Eşler (n)
Yaş		
30 yaş altı	16	4
30 yaş ve üzeri	16	28
Öğrenim durumu		
Lise altı	16	13
Lise ve üzeri	16	19
Evlenme yaşı		
15-19 yaş	17	2
20-24 yaş	10	12
25 yaş ve üzeri	5	18
Çalışma durumu		
Çalışıyor	6	32
Çalışmıyor	26	0
Memleketi		
İç Anadolu Bölgesi	22	21
Karadeniz Bölgesi	7	6
Doğu Anadolu Bölgesi	2	3
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	1	1
Akdeniz Bölgesi	0	1
En uzun süre yaşadığı yer		
İç Anadolu Bölgesi	27	27
Karadeniz Bölgesi	2	3
Doğu Anadolu Bölgesi	2	1
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	1	0
Akdeniz Bölgesi	0	1
Ankara’da yaşama süresi		
5 yıldan az	5	3
5 yıl ve üzeri	27	29
Mezhebi		
Hanefi	28	26
Şafi	1	1
Alevi	0	2
Mezhep kavramını bilmiyor	3	3
Etnik kökeni		
Türk	22	21
Diğer (Kürt, Gürcü, Tatar, Azeri, Laz, Arap, Çerkez)	9	10
Etnik köken kavramını bilmiyor	1	1
Anadili		
Türkçe	27	28
Diğer (Kürtçe, Gürcüce)	5	4
Evlilik şekli		
Tanışarak		13
Görücü usulü		19
Nikah durumu		
Resim nikah		32
İmam nikahı		32
Akraba evliliği		
Var		10
Yok		22
Aile tipi		
Çekirdek aile		29
Geniş aile		3
Aylık gelir durumu		
Gelir giderden az		21
Gelir gidere eşit		11
Gelir giderden fazla		0

Ek-16. Tablo 4.2. Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi bulunan kadınların obstetrik özellikleri (n=32)

Bazı obstetrik özellikler	(n)
Gebelik sayısı	
1-2	20
3 ve üzeri	12
Yaşayan çocuk sayısı	
Yok	1
1-2	25
3 ve üzeri	6
Doğum sayısı	
Yok	1
1-2	24
3 ve üzeri	7
Doğum şekli (n=31)*	
Normal doğum	51
Sezeryan müdahaleli doğum	13
Düşük yapma durumu (n=12)**	
Kendiliğinden düşük	12
Terapötik düşük	3
İsteyerek düşük	3
Emzirme durumu	
Evet	4
Hayır	28
Son çocuğun yaşı (n=31)***	
0-4 yaş	17
5-14 yaş	8
15-24 yaş	6
Kendisi için ideal çocuk sayısı	
1	2
2	17
3	11
5 ve üzeri	2
Tekrar çocuk sahibi olmak isteme durumu	
Kararsız	4
Evet	8
Hayır	20
Eşi için ideal çocuk sayısı	
0	1
1	2
2	14
3	9
4	3
5 ve üzeri	3
Eşinin tekrar çocuk sahibi olmak isteme durumu	
Kararsız	6
Evet	17
Hayır	9

*Bir kadın henüz doğum yapmamış olup, diğer kadınlar, birden fazla doğum yaptığı için n katlanmıştır.

**20 kadın hiç düşük yapmamış olup, diğer kadınlar birden fazla düşük yaptığı için n katlanmıştır.

***Bir kadının henüz çocuğu bulunmamaktadır.

Ek-17. Tablo 4.3. Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi bulunan kadınların gebelikten korunma özellikleri (n=32)

ÖZELLİKLER	Kadınlar (n)
Gebelikten korunma durumu	
Gebelikten korunmuyor	2
Geri çekme yöntemi ile gebelikten korunuyor	22
Takvim+geri çekme yöntemi ile gebelikten korunuyor	1
Bazen kondom bazen geri çekme yöntemi ile gebelikten korunuyor	3
Gebe*	4
Geçmişte gebelikten korunma durumu (n=20)**	
Oral kontraseptif	7
Rahim içi araç	12
Kondom	17
Enjekte edilen yöntem	4
Geleneksel yöntem	11

**Araştırmamıza katılan bir kadın gebelikten korunma yöntemi kullanmadan, bir kadın geri çekme yöntemi ile, bir kadın bazen kondom bazen geri çekme yöntemi ile, bir kadın ise kondom ile gebelikten korunurken istemeden gebe kaldığını belirtmiştir.*

***Araştırmamıza katılan bir kadın evliliği süresince gebelikten hiç korunmamış, 11 kadın etkili bir yöntemle gebelikten korunmamıştır. Diğer 20 kadın ise birden fazla etkili yöntem kullandığı için n katlanmıştır.*

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Safiye TEMEL

Doğum yeri ve tarihi: Muğla/Yatağan-25.08.1978

Uyruğu: TC

İletişim adresi ve telefonu: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi D Blok
Altındağ/Ankara. Tel: 0 312 305 15 80/133

II- Eğitimi

Doktora: 2012-2018 Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

Yüksek Lisans: 2009-2012 Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

Lisans: 1996-2000 Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü.

III- Mesleki Deneyimi

Öğretim Görevlisi: 2001-2008 Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü.

Öğretim Görevlisi: 2008-2011 Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü.

Araştırma Görevlisi: 2011-2012 Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü.

Araştırma Görevlisi: 2012-devam ediyor Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

IV- Bilimsel Faaliyetleri

Yayınları

Terzioğlu F, **Temel S** & Uslu Sahan F. Factors affecting performance and productivity of nurses: professional attitude, organisational justice, organisational culture and mobbing. Journal of Nursing Management. 2016;24(6):735-744.

Temel S, Terzioğlu F & Isik Koc G. Premenstrual syndrome in university students: its correlation with their attitudes toward gender roles, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2017; DOI: 10.1080/0167482X.2017.1338265.

Bildiri özetleri

Terzioğlu F, **Temel S**, Uslu F. determination of the possible effects on performance and productivity in working environment (oral presentation). 8th ICN International Nurse Practitioner/APN Network Conference Abstract Book p.37. Helsinki-Finland, August 18-20, 2014.

Terzioğlu F, Türk R, **Temel S**. Missed nursing care: comparison of accredited and non-accredited hospitals in Turkey (poster presentation). 8th ICN International Nurse Practitioner/APN Network Conference Abstract Book p.120-121. Helsinki-Finland, August 18-20, 2014.

Yıldız H, **Temel S**. Erectil function, premature ejaculation profile and sexuality in couples using the withdrawal and intrauterine device method (oral presentation). The 22nd World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility COGİ. Budapest-Hungary, September 17-19, 2015.

Temel S, Yıldız H. The evaluation of sexual functions of the couples using the withdrawal contraceptive method (oral presentation). 18th ISPOG (International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology) Congress Abstracts Book, p. 109, Auditorio Edgar Neville, Malaga-Spain, May 12-14, 2016.

Temel S, Terzioğlu F, Koç G. The Relationship Between University Students' Premenstrual Syndrome and Attitudes Toward Gender Roles (oral presentation). 18th ISPOG (International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology) Congress Abstracts Book, p. 106, Auditorio Edgar Neville, Malaga-Spain, May 12-14, 2016.

Katıldığı kongreler, sempozyum vb.

Kongre, 1st International Balkan Congress on Health Sciences. Trakya Üniversitesi Balkan Kongre Merkezi, Edirne/TURKEY. 14-16 Mayıs 2014.

Kongre, 8th ICN International Nurse Practitioner/APN Network Conference. Scandic Grand Marina Congress Center, Helsinki-Finland, August 18-20, 2014.

Çalıştay, II. Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Lisansüstü Eğitim Çalıştayı. Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Balcalı Kampüsü Adana, 2-4 Nisan 2015.

Kongre, 18th ISPOG (International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology) Congress, Auditorio Edgar Neville, Malaga-Spain, 12-14 May 2016.