



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

KADINLARDA ÖZ ANLAYIŞ VE BOYUN EĞİCİ DAVRANIŞIN
AİLE PLANLAMASI KULLANIM DURUMUNA ETKİSİ

Dr. Fatih KILIÇASLAN
UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

SİVAS
2023



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

KADINLARDA ÖZ ANLAYIŞ VE BOYUN EĞİCİ DAVRANIŞIN
AİLE PLANLAMASI KULLANIM DURUMUNA ETKİSİ

Dr. Fatih KILIÇASLAN
UZMANLIK TEZİ

Doç. Dr. Sanem NEMMEZİ KARACA
DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

SİVAS
2023

ONAY SAYFASI

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

İMZA

Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL

Doç. Dr. Sanem NEMMEZİ KARACA

Dr. Öğr. Üyesi Elif Erdoğan CEYLAN

Bu tez, tarih ve sayılı Yönetim Kurulu Kararı ile belirlenen ve yukarıda imzaları olan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet ALİM
Tıp Fakültesi Dekanı



Tıpta Uzmanlık Tez Yazım Yönergesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 10/02/2010 tarih ve 2010 / 1-2 sayılı kararı ile kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. Bu tez bu yönetmelik hükümlerine göre yazılmıştır.

TEŞEKKÜR

Her an yenilik ve değişim içerisinde olan tıp dünyasında, uzmanlık eğitimime engin tecrübesi ve bilgisiyle kıymetli katkıları olan, yalnız tıp alanına değil hayata dair farklı bir bakış açısı ile yaklaşmayı öğreten, kıymetli hocam Prof. Dr. Yeltekin Demirel'e,

Asistanlık eğitimim boyunca yardımlarını esirgemeyen, maddi ve manevi desteğiyle her sorunlarımla yakinen ilgilen, mrmce hatırlayacağım saygı değer hocam Doç. Dr. Sanem Nemmezi Karaca'ya,

Tezimi hazırlama ve yazma sürecimde, yardımlarını esirgemeyen sayın Dr. . Ö. Hatice Deniz zdemir'e ve Uzm. Dr. Şeyma Baltacıoğlu'na,

Rotasyonlarım süresince emeği geçen sayın hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Kendilerini tanımakla minnettar olduğum ve her biri bende ayrı güzel hatıralar bırakan sevgili aile hekimi asistanı arkadaşlarıma muhabbetlerimle birlikte,

Tanımış olduğum andan itibaren hayatımın her saniyesini varlığıyla ve desteğiyle güzelleştiren, her derdime ortak olan, biricik ve güzel karım mran Kılıçaslan'a,

Haklarını asla ödeyemeyeceğim her daim dualarını üzerimden eksik etmeyen annem Şerife Kılıçaslan'a ve babam Osman Kılıçaslan'a en derin minnettarlığımla,

TEŞEKKÜR EDERİM...

Dr. Fatih KILIÇASLAN

Sivas, 2023

ÖZET

KADINLARDA ÖZ ANLAYIŞ VE BOYUN EĞİCİ DAVRANIŞIN AİLE PLANLAMASI KULLANIM DURUMUNA ETKİSİ

Dr. Fatih KILIÇASLAN

Uzmanlık Tezi

Sivas 2023

Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nın göstergelerine göre halen birçok kadın istenmeyen gebelik konusunda kendi özgür iradeleri ile aile planlaması yapamamaktadır. Bu sorunların başlıca sebebi; eşlerinin dayatmalarına karşı kadınların aile planlaması tercihlerini ifade edememeleri ve uygulayamamalarıdır. Bu çalışmada Sivas ilinde ikamet eden kadınların aile planlaması kullanım durumlarına öz-anlayışın ve boyun eğici davranışın etkisinin olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmamız aktif ve düzenli cinsel yaşamı olan kadınlar üzerinde, 2022 Temmuz-Aralık tarihleri arasında yürütülen kesitsel tanımlayıcı tarzda bir çalışmadır. Aile planlaması ile ilgili verileri, Öz Anlayış Ölçeği (ÖZAN) ve Boyun Eğici Davranış Ölçeği (BEDÖ) sorularını içeren bir anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme tekniği yardımıyla uygulanmıştır. Veriler SPSS 22 programında değerlendirilmiş, yanılma düzeyi 0,05 alınmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması $31 \pm 7,89$ olup; %42,36'sının aile planlaması konusunda sağlık personelinin danışmanlık aldığı ve %71,49'unun eşlerinin aile planlamasını kullanımını desteklediği öğrenilmiştir. Kadınların %83,88'i aile planlaması sorumluluğunun eşlerden her ikisine de ait olduğunu, %22,73'ü eşinin kendisini korunmasız birlikteliğe zorladığını ve %20,25'i bu duruma karşı koymadığını/koymadığını belirtmiştir.

Eşleri tarafından aile planlaması açısından desteklenmeyenlerin boyun eğici davranış düzeyleri daha yüksek saptanmıştır ($F=4,83$; $p=0,008$). Ayrıca desteklenen kadınların öz anlayış düzeyleri anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur ($F=6,56$;

$p=0,001$). Aile planlaması sorumluluğunun eşlerin her ikisine de ait olduğunu belirten kadınların boyun eğici davranış düzeyleri daha düşüktür. Eşleri tarafından korunmasız birlikteliğe hiç zorlanmamış kadınların BEDÖ puanları daha düşük ($F=67,13$; $p=0,001$), ÖZAN puanları daha yüksek bulunmuştur ($F=34,23$; $p=0,001$). Bu tutuma karşı koyabilirim diyen kişilerin BEDÖ puanları anlamlı düzeyde düşük ($F=271,08$; $p=0,001$), öz anlayışlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($F=77,77$; $p=0,001$).

BEDÖ puanı ortalaması $37,75 \pm 13,17$ (min-max:17-71) ve ÖZAN puanı ortalaması $76,31 \pm 16,98$ 'dir (min-max:29-118). ÖZAN puanı ile BEDÖ puanı arasında ters yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r:-0,53$; $p=0,005$). Buna göre ÖZAN puanı ile BEDÖ puanı arasındaki regresyon denklemi ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=13,58$; $p=0,001$). Buna göre ÖZAN puanında ki 1 birimlik artışa karşılık BEDÖ puanında 0,41 birimlik azalış görülür.

Kadınların öz anlayış düzeylerinin boyun eğici davranışlarını etkilediği ve bu durumun aile planlamasına da etkisinin olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, Kadınlar, Öz duyarlılık, Boyun eğicilik

ABSTRACT

THE EFFECT OF WOMEN’S SELF-COMPASSION AND SUBMISSIVE BEHAVIOR ON FAMILY PLANNING

Dr. Fatih KILIÇASLAN

Sivas 2023

According to the indicators of the World Health Organization and Turkey Demographic and Health Surveys, many women still cannot practice family planning of their own free will regarding unwanted pregnancy. The main reason for this problem is that women could not express and practice their family planning preferences against the impositions of their husbands. In this study, it was aimed to determine whether women’s self-compassion and submissive behaviour have an effect on family planning, residing in Sivas.

Our research is a descriptive cross-sectional study conducted between July 2022 and December 2022 on women with active and regular sexual life. The data on family planning were gathered with the help of face-to-face interview through a questionnaire containing the questions from the Self-Compassion Scale (ÖZAN) and the Submissive Behaviour Scale (BEDÖ). The data were evaluated in the SPSS 22 program and the margin of error was considered as 0.05.

The mean age of the participants was $31 \pm 7,89$. It was learned that 42.36% of them received counselling from health personnel about family planning and spouses of 71.49% of them supported practicing family planning. 83.88% of the women stated that the responsibility of family planning belongs to both spouses, 22.73% of them stated that their spouses forced them into unprotected sexual practice and 20.25% of them could not/did not resist this situation.

Submissive behaviour levels of those who were not supported by their spouses in terms of family planning were found to be higher ($F=4.83$; $p=0.008$). In addition, the self-compassion levels of supported women were found to be significantly higher ($F=6.56$; $p=0.001$). The submissive behaviour levels of women who stated that the responsibility of family planning belonged to both spouses were lower. Submissive

behaviour scale scores of women who were never forced into unprotected sex by their husbands were lower ($F=67.13$; $p=0.001$), and self-compassion scale scores were higher ($F=34.23$; $p=0.001$). It was observed that the submissive behaviour scale scores of those who said they could resist this attitude were significantly lower ($F=271.08$; $p=0.001$), and their self-compassion scores was higher ($F=77.77$; $p=0.001$).

The mean submissive behaviour scale score is 37.75 ± 13.17 (min-max: 17-71) and the mean self-compassion scale score is 76.31 ± 16.98 (min-max: 29-118). An inverse, moderately significant correlation was found out between the self-compassion scale score and the submissive behaviour scale score ($r:-0.53$; $p=0.005$). Accordingly, the regression equation between the self-compassion scale score and the submissive behaviour scale score is inverse and statistically significant ($t=13.58$; $p=0.001$). Accordingly, there is a 0.41-unit decrease in the submissive behaviour scale score, in contrast to a 1-unit increase in the self-compassion scale score.

It is found out that women's self-compassion scale levels affected their submissive behaviours and this situation also has an effect on family planning.

Keywords: Family planning, Woman, Self-compassion, Submissive Behaviour

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iv
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
İÇİNDEKİLER	xi
TABLolar DİZİNİ	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
KISALTMALAR.....	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Üreme Sağlığı.....	2
2.1.1.Üreme Sağlığının Tanımı ve Amacı	2
2.1.2.Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması (AP) Kapsamında Sunulan Hizmetler ..	3
2.1.3. Aile Planlamasının Tanımı ve Önemi.....	4
2.1.4. Dünyada ve Ülkemizde Aile Planlaması	6
2.1.5. Kontraseptif Yöntemler	9
2.1.5.1. Modern Olmayan (Doğal, Geleneksel) AP Yöntemleri.....	9
2.1.5.1.1. Menstrüel Siklusla İlgili Yöntemler	9
2.1.5.1.2. Laktasyonel Amenore Metodu (LAM).....	10
2.1.5.1.3. Koitus İnteruptus (Geri çekme)	11
2.1.5.1.4. Vajinal duş	11
2.1.5.2. Modern AP Yöntemleri	12
2.1.5.2.1. Bariyer yöntemler	12
2.1.5.2.2. Rahim içi araç (RİA).....	13
2.1.5.2.3. Hormonal Kontraseptifler	14

2.1.5.2.4. Cerrahi Yöntemler	16
2.1.5.2.5. Acil Kontrasepsiyon	17
2.2. Öz Anlayış	18
2.3. Boyun Eğici Davranış	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Yeri.....	22
3.2. Araştırmanın Tipi, Evren ve Örneklemi.....	22
3.3. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Veri Toplama Formları	22
3.4. İstatistiksel Analizi	24
3.5. İzinler.....	24
3.6. Araştırma Bütçesi	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	38
6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE ÜSTÜN YÖNLERİ.....	52
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKÇA	56

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri	25
Tablo 2. Katılımcıların obstetrik geçmişleri	26
Tablo 3. Katılımcıların AP yönelik özellikleri.....	26
Tablo 4. Ölçeklerin güvenirliğine ilişkin bulgular	27
Tablo 5. Ölçeklerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesine ilişkin bulgular	27
Tablo 6. Ölçeklerin puanlama dağılımına ilişkin bulgular.....	28
Tablo 7. ÖZAN'ın BEDÖ üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik basit regresyon analizi..	28
Tablo 8. ÖZAN ile BEDÖ puanları arasında ki regresyon analizi sonuçları.....	28
Tablo 9. Ölçek puanlarının değişkenlere göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular.....	30
Tablo 10. Ölçek puanlarının değişkenlere göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular.....	32
Tablo 11. Obstetrik özelliklere göre ölçeklerin puanlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 12. Ölçek puanlarının değişkenlere göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular.....	34
Tablo 13. Ölçek puanlarının değişkenlere göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular.....	35
Tablo 14. Ölçek puanlarının değişkenlere göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular.....	37

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Öz anlayış puanı ile boyun eğici davranış puanı arasındaki regresyon yönü29



KISALTMALAR

AP: Aile Planlaması

ÖZAN: Öz Anlayış Ölçeği

BEDÖ: Boyun Eğici Davranış Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TTB: Türk Tabipler Birliği

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri

AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNFPA: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

RRP: Tecavüz sonrası gebelik

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

CDC: Ulusal Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi

NSVRC: Ulusal Cinsel Şiddet Kaynak Merkezi

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

AIDS: Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkelerin politikaları, kültürleri, dinsel farklılıkları ve bunun yanında psikolojik bazı sebepler aile planlaması (AP) programlarının uygulanmasına yön vermektedir (1). Düzenlenmemiş AP ve doğurganlık, kadınların yaşamında ki en önemli sorunlarından biridir (2).

Bununla birlikte kadının AP kullanım durumuna yön veren psikolojik faktörler göz ardı edilmemelidir. Birçok ruhsal problemin de aile planlamasının önünde engel olabildiği bildirilmektedir (3). Bir diğer açıdan kadının boyun eğiciliği ve öz anlayışının AP kullanım durumu üzerinde etkili olacağı yadsınamaz.

Ülkemizde ilk kez, boyun eğme terimi Budak tarafından 2003 yılında tanımlandı. Budak'a göre boyun eğme, otoritenin kanunlarına ve direktiflerine göre hareket etmektir. Boyun eğicilik kişinin otorite konumundaki kişiye gönüllü olmadan biat ettiği anlamına gelmektedir (4).

Yüksek düzeyde boyun eğici olanlara benzer olarak, düşük derecede öz anlayışa sahip bireyler de fikir ve haklarını savunamayan ve bu sebeple kendilerini rahat bir şekilde ifade edemeyen, negatif duygu ve düşüncelerini abartan ve haklarında varılan her türlü yargıyı kolaylıkla kabullenebilen kişilik özelliklerine sahiptirler. Öz anlayış; bireylerin kendilerine kibar ve merhametli olmaları, sorunlarına karşı duyarlı ve açık yaklaşımları, bunun yanında eksiklikleri ve yetersizliklerine karşı acımasız olmayan bir duruş sergileyebilmeleri olarak tanımlanabilir. Kendine şefkatli, nazik ve anlayışlı olmayı gerektirir (5,6). Boyun eğicilik gibi öz anlayışın da bireyin karar verme aşamasında etkili olduğu bilinmektedir. Öz anlayışın; bilinçli farkındalık, yaşam sevinci, kendini olduğu gibi kabullenebilme, özerk bir birey olma, iyimser olma, sorunlarla başa çıkabilme becerisine sahip olma, mutlu olma vb. terimlerle eş yönlü olduğu bilinmektedir (6-8).

Bu çalışmada öz anlayış ile birlikte boyun eğici davranışın kadınlarda AP kullanım tercihlerindeki etkisini saptamayı ve AP tercih ve yöneliminde öz anlayış ve boyun eğici davranışın etkisi var ise ne yönde olduğunu belirlemeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üreme Sağlığı

2.1.1. Üreme Sağlığının Tanımı ve Amacı

Üreme sağlığı, bireylerin sorunsuz, güvenli ve tatmin edici bir cinsel birlikteliklerinin olması yanında üreme haklarını ve bu hakkı ne zaman ve ne sıklıkta kullanacağına özgürce karar verebilmelerini içerir. Bu bağlamda bireyler güvenli, etkili, makul ve ödenebilir şekilde doğurganlıklarını planlayabilmek için danışmanlık alabilme hakları doğrultusunda sağlık profesyonellerine rahatlıkla ulaşabilmelidir (9–12).

Üreme sağlığı ilk kez 1994 yılında Kahire’de Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda (ICPD) dile getirilmiştir. Konferans konu başlıkları altında üreme sağlığı birçok yönden ele alınmıştır. Özellikle son 20 yılda dünyanın gelişmiş pek çok ülkesinde sosyo-ekonomik, siyasal ve demografik ilerlemeler olmuştur. Bu ülkelerde üreme sağlığı hizmetlerine ulaşabilme konusunda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu gelişmeler sonrasında doğum ve ölüm oranlarının azaldığı vurgulanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde kalıcı bir ilerleme için hükümetler, aile planlaması ve cinsel sağlığı içeren konuları üreme sağlığı hizmetleri kapsamı altında ele almıştır. Bu hizmetler kadın ve erkek farkındalığı temelinde ele alınmıştır. Ayrıca her kesimin üreme sağlığı hizmetlerine kesintisiz ve sınırlama olmaksızın kolaylıkla ulaşabilmesi gerekliliği kabul görmüştür (11).

Üreme sağlığı kapsamında programların 2 amacı vardır:

1. Bireylerin sağlıklı bir danışmanlık alarak üreme yeteneklerini kullanabilmeleri,

2. Ulaşılabilir ve yetkin kontraseptif yöntemlerle cinsel yaşamlarını tehlikeye atmadan en sağlıklı şekilde çocuk sahibi olmalarının sağlanması ve kadınların hamilelik dönemlerini güvenle sürdürebilmeleri ve çocuk sahibi olmaları, bebeklerinin sıhhatli olması ve sıhhatinin sürdürülebilmesi için mümkün olabilen en iyi sağlık hizmetine ulaşabilmeleri (9).

2.1.2.Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması (AP) Kapsamında Sunulan Hizmetler

Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı'na aile planlaması yöntemleri kapsamında danışmanlık ve uygulama hizmetlerinin yerine getirilmesi görevi, 1965 yılında çıkarılan 557 sayılı Kanunla yürürlüğe girmiştir. 1983 yılında da Nüfus Planlaması hizmetlerinin yerine getirilme işleri, Sağlık Bakanlığı programları kapsamında Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü'ne devredilmiştir(13). 1983 senesinde 2827 sayılı Kanun maddesiyle değişen planlamaya göre, 10 haftaya kadar olan gebeliklerin küretaj işlemine izin, kadın ve erkeğe sterilizasyon yapabilme izni ve ebe ve hemşirelere aile planlaması danışmanlık ve uygulamaları konusunda yetki verilmiştir (14).

Bu değişiklikle aynı zamanda kontraseptif malzemelerin ulaştırılması, kullanım şekilleri ve AP danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması teşvik edilmiştir(15). AP danışmanlık hizmetleri ile beklenen seviyeye ulaşılamamış olmasına karşın, AP uygulamaları ile ilgili yasanın yürürlüğe girmesi ile yöntem kullanımında gözle görülür artış olduğu gözlenmiştir (16).

AP danışmanlık hizmetleri, kadın sağlığını yükselten ve kadın statüsünün olumlu yönde ilerlemesine katkı sağlayan önemli hizmetlerdendir. AP danışmanlık ve uygulama hizmetleri, 1978 yılında Alma Ata Bildirgesinde, Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) adı altında kabul görmüştür (17).

Temel Sağlık Hizmetlerinin ana prensipleri, genel katılımı sağlamak, topluma eşit ulaşım ve birimler arası işbirliğini sağlamaktır. AP danışmanlık hizmetleri, meydana gelebilecek hastalıkları ve ölümleri önlemede, ulaşılabilir, pahalı olmayan, kolay ve basit koruyucu TSH' nin başında gelmektedir (18,19).

Üreme sağlığı kapsamında verilen her türlü danışmanlık hizmetleri kadınlar için sağlıklı gebeliği ve çiftlerin etkili ve güvenli cinsel yaşamları ile sağlıklı bebeklere sahip olması konularını kapsar (9,20).

Danışmanlık hizmetleri çiftlerin üreme, cinsel yaşam, annelik ve babalık konusunda güvenli alışkanlıklar kazanabilmeleri için bilgilendirilmesi, eğitimi ve desteklenmesini kapsamaktadır. Bununla birlikte istenmeyen gebelikleri önlemek için

kişilerin aile planlaması danışmanlık hizmetleri ve korunma yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi, eğitimi, kullanımlarının desteklenmesi ayrıca cinsel sağlıklarını etkileyebilecek sosyo-kültürel, çevresel değişkenlerin düzenlenmesini de içerir (16).

AP danışmanlık ve uygulama hizmetleri, birinci basamak aile sağlığı merkezlerinde, sağlık evleri ve AÇSAP birimlerinde verilebilmektedir (21). AP danışmalığı, AP hizmetlerinin birinci basamağı ve vazgeçilmez olanıdır (22).

AP kapsamında sunulan danışmanlık hizmetleri, kontrasepsiyon konusunda bilgilendirmeyi, en etkin yönetime karar verebilmeyi, yönetime başlama ve devam ettirebilmeyi, seçilen yöntemin uygun bir şekilde kullanılmasını ve yöntemin beklenmedik etkileri konusunda bilgilendirmeyi kapsamalıdır. Ayrıca yöntem kullanımı esnasında oluşabilecek sorunlar konusunda geri dönüşlerin yapılabilmesine olanak sağlamalıdır (22).

2.1.3. Aile Planlamasının Tanımı ve Önemi

Dünya sağlık örgütüne (DSÖ) göre AP, bireylerin istediği sayı da ve istediği zaman aralığında çocuk sahibi olabilmeleri olarak tanımlanmaktadır (23). AP hizmetleri, beklenmedik gebeliklere engel olmakla birlikte, anne ve çocuk ölümlerinin azaltılmasını, toplumun sosyo-ekonomik durumu doğrultusunda bireylerin aile büyüklüklerini belirlemelerin de karar sahibi olabilmelerine fırsat sağlamaktadır (24). Bu sebeplerden dolayı AP, bağışıklama gibi temel sağlık hizmetleri kapsamında yer almıştır (25).

DSÖ'nün bu tanımı doğrultusunda her çift, sosyo-ekonomik açıdan yetiştirebilecekleri, fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı olan çocuklara sahip olmak konusunda özgürdürler (26).

AP bireylerin tercihleri doğrultusunda gebeliklerinin sayı ve zamanlarının planlanması ve gebeliğin geçici veya kalıcı olarak önlenmesi kavramlarını içermekle birlikte etkin ve başarılı yöntemlerin kullanılması konusunda danışmanlık sunmaktadır (27).

Kadınların ilk gebe kaldıkları yaş, her iki doğum arasında geçen süre, toplam gebelik, canlı doğum ve küretaj sayıları hastalık ve ölüm oranlarını etkileyen önemli faktörlerdendir. Kadının dolayısıyla da toplumun eğitim seviyesini artırmanın en

önemli yollarından biri kontrolsüz doğumların önlenmesi ve bu konuda bireylere danışmanlık hizmeti sağlanmasıdır (28).

Gelişmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkelere göre gebelik ve doğumla ilişkili ölümler konusunda daha planlı sağlık hizmeti sunmakla birlikte, gelişmekte olan ülkelere rol model olmaktadır. Uluslararası çalışmalar, profesyonel AP danışmanlık hizmetleri ile anne ve bebek ölümlerinin %30-40 oranında azaltılabileceğini göstermiştir. Bu sebeple AP hizmetlerinin kadın sağlığını koruma ve geliştirme konusunda vazgeçilmez bir rolü olduğu düşünülmektedir (29).

AP danışmanlığı kişiye kontrasepsiyon tercihinde iradeye ve bilgiye dayalı hizmet vermeyi amaçlar. Danışmanlık hizmetlerine verilecek önem genç nüfusu fazla, gelişmekte olan ülkelerde bir adım öne çıkmaktadır. Bununla birlikte özellikle sosyo-ekonomik durumu ve eğitim düzeyi düşük ailelere verilecek danışmanlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda cinsel sağlık alanında ihtiyaçları karşılayabilecek yetkin ve yeterli danışmanlık birimlerine, danışmanlık verecek nitelikli sağlık profesyonellerine duyulan ihtiyaç her geçen yıl artmaktadır (22).

Uluslararası çalışmalara göre mevcut gebeliklerin yarıdan fazlasının planlanmamış ve beklenmeyen gebelikler olduğu bilinmektedir (29). Planlanmamış ve riskli gebelikler, aşırı sık yapılan doğumlar, yalnızca anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda toplumların sosyo-ekonomik açıdan gelişmelerini sekteye uğratmaktadır. AP hizmetleri anne ve bebek ölümlerini önlemek, sağlıklarını geliştirmek için önemli bir yoldur. Araştırmalara göre her yıl dünya genelinde beş yüz bin kadının beklenmedik gebelik ve riskli doğum nedeniyle öldüğü bildirilmektedir (15).

Çok küçük yaşta, fazla sayıda ve 2yıldan az aralıklı gebeliklerde hastalık ve ölüm riski artış göstermektedir. Plansız ve riskli gebelikler gelişmekte olan ülkelere daha sık görülmektedir. Bu sebeple bizim gibi ülkelere bu durumu tersine çevirebilmek öncelikle amaç edinilmiştir (30).

Diğer yandan Türkiye’de uzun yıllardır süregelen anne ve çocuk sağlığı programları, annelerin daha sağlıklı bebeklere sahip olabilmeleri için öncelikle riskli gebeliklerin tespit edilmesini amaçlamıştır. Bu yaklaşımlar, anne sağlığını olumlu

yönde geliştirmesine karşın, anne ölümlerinde beklenen düzeyde azalmayı sağlamamıştır (31). AP hizmetlerinin ucuz ve ulaşılabilir olması ve bu kapsamda verilecek danışmanlık hizmetlerinin düzenli ve sürekli olması ile anne ve bebek ölüm oranlarının azaltılabileceği öngörülmektedir (29).

2.1.4. Dünyada ve Ülkemizde Aile Planlaması

Üreme sağlığı kavramının ilk kez kullanıldığı Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda nüfus planlama politikalarının ana amacının ailelerin hayat kalitesinin artırılması olduğunun altı çizilmiştir. Bunun yanında konferansın maddeleri arasında bireylerin üreme sağlığı ve AP konusunda danışmanlık alma ve uygulayabilme, doğurganlıklarını düzenleyebilme hakları olduğu belirtilmiştir (32).

Dünyanın çeşitli ölkelerinde üreme sağlığına yaklaşım konusunda farklılıklar bulunmaktadır. AP danışmanlık ve uygulama hizmetleri gelişmekte olan ölkelerde yeni bir kavram olmasa da Güney Afrika gibi bazı ölkelerde modern yöntemlerin kullanım oranlarının düşük olduğu ve kontrasepsiyon için karşılanmamış ihtiyaçların yüksek olduğu bilinmektedir (24).

Amerika'da 2004'de yayınlanan bir çalışmanın sonuçlarına göre her yıl yaklaşık üç milyon kadın kendilerinin veya partnerlerinin herhangi bir yöntem kullanmamaları nedeniyle istenmeyen gebelik riskiyle karşı karşıya kalmaktadır (33).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu(UNFPA) son araştırmasına göre aile planlaması hizmetlerine ve malzemelerine erişimdeki kesintiler, 115 ölkede 12 milyon kadının doğum kontrolüne erişimini kaybetmesine ve 1,4 milyon kadar planlanmamış gebeliğe yol açtı (34).

Birçok öлке için Covid-19 pandemisi, modern aile planlaması kullanımına yönelik karşılanmamış talebi derinleştirmiş, konunun küresel boyutta yenilikçi çözümlere duyulan ihtiyacı göz önüne sermiştir (34).

Veriler, tüm dünyada 1950'li yılların sonuna doğru 5,1 olan doğurganlık oranlarının, 1990'larda 3,7'lere kadar düştüğünü göstermektedir. Yaklaşık altı yüz milyon evli kadının herhangi bir korunma yöntemini kullandığı ve bunun nerdeyse dörtte üçünün gelişmekte olan ölkelerde yaşayan kadınlardan olduğu görölmüştür (35).

Danimarka’da 2001’de yapılan çok uluslu bir çalışmaya göre gelişmiş ülkelerde bile plansız gebelikler ve sonucunda küretajlar, riskli gebeliklerle ilgili komplikasyonlar, halen tüm dünyada AP bilincinin yeterli düzeyde olmadığına göstergesidir (36).

Bireylerin yaşı, çalışma koşulları, eğitim ve yaşam şartları, sahip olunan çocuk sayısı ve cinsiyeti, yöntemlerin ulaşılabilir olması AP kullanımını etkileyen nedenler arasındadır(37). Birçok ülkede etkin ve modern yöntem kullanımının eğitilmiş ve genç kadınlar arasında daha yüksek oranda olduğu gözlenmektedir (38).

Ülkemizde 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının (TNSA) ortaya koyduğu veriler ışığında, Türkiye’de AP yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma oranları çok yüksektir. Kadınların hemen hemen tamamı en az bir modern aile planlaması yöntemi hakkında bilgi sahibi olduğunu beyan etmiştir. Oral kontraseptifler (%93), tüp ligasyon yöntemi (%85), rahim içi araç (%84) ve erkek ve kadın prezervatifleri (%83) kadınlar tarafından en çok bilinen yöntemler arasındadır (39).

Türkiye’de evli çiftlerin dörtte üçü, herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Kadınların yarısı modern yöntemleri tercih ederken yaklaşık beşte biri ise modern olmayan yöntemleri tercih etmektedir. Modern olmayan yöntemler arasında en çok kullanılan geri çekme yöntemidir (%20). Erkek prezervatifi (%19), rahim içi araçlar (%14) ve tüp ligasyonu (%10) en çok tercih edilen modern korunma yöntemleridir. Herhangi bir modern veya geleneksel yöntemin kullanımı bireylerin yaşlarına, eğitim durumlarına ve yaşadıkları bölgelere göre farklılık göstermektedir. Kırsal bölgelerde modern yöntemleri tercih eden evli kadınların oranı %45 iken kent merkezlerinde bu oranın %50 olduğu görülmüştür. Türkiye’nin Doğu kesimlerinde modern yöntem tercih etme oranı %43 ile en düşük oranda iken, Orta Anadolu Bölgesinde %54 ile en yüksek orandadır. Herhangi bir modern AP yöntemi kullanımı ilköğretim seviyesi altındaki kadınlar arasında %40 ile en düşük seviyelerde iken, eğitim seviyesinin artmasıyla paralellik göstererek lise ve üniversite bitirmiş kadınlar arasında %52’ye çıkmaktadır (39).

Ülkemizde 1993 yılında, evli kadınlar arasında modern olmayan yöntem kullanımı %28 iken, 2018’de bu oranın %21’e gerilediği görülmüştür. Ayrıca herhangi

bir AP yöntem kullanımı %63'ten %70'e çıkmıştır. Herhangi bir modern yöntemin kullanımı ise 1993 yılında %35 iken yeni programlar ve politikalarla bu oran 2018'de %49'a yükselmiştir (39).

TNSA 2018 verileri halen evli olan kadınlar arasında %12'lik bir kesimin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının olduğunu; bu kesimin %4'ünün bir sonraki gebelik için ara vermek istediğini, %8'inin ise artık daha fazla çocuk sahibi olmak istemediğini ortaya koyar. Eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında bu oran, hiç eğitim almamış veya ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında %20 ile en yüksek seviyede, lise veya üzeri eğitim almış kadınlar arasında %9 ile en düşüktür. Refah seviyelerine göre karşılaştırıldığında, aynı oran düşük refah seviyesine sahip ailelerde yaşayan kadınlarda %18 iken, en yüksek refah seviyesindeki kadınlarda %8'e düşmektedir (39).

Bireylerin etkin bir yöntem kullanabilmeleri için, yeterli bir şekilde AP danışmanlık ve uygulama hizmetlerinden yararlanabilmeleri gerekmektedir. Bu sebeple AP hizmetlerinin ulaşılabilir ve ucuz olması gerekmektedir. Mevcut AP hizmetleri kapsamında yöntemlerin güvenli ve ulaşılabilir olmasına ve kadınların tamamına yakınının en az bir etkin yöntemi kullanmasına ve bu yönteme nasıl ve nereden ulaşabileceklerini bilmelerine karşın, kadınların sadece üçte birinin etkin bir AP yöntemi kullandığı bilinmektedir (39).

Diğer yandan ülkemizde her üç kadından ikisinin gebelikleri arasında geçen sürenin iki yıldan az olduğu bilinmektedir(40). Gebelikler arasında geçen sürenin iki yıldan daha kısa olması riskli gebeliklerin ve dolayısıyla gebelik komplikasyonlarının artmasına sebep olmaktadır. Bu durum hem annenin hem de bebeklerinin sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Son yıllarda yapılan çalışmaların verileri, etkin ve yeterli AP danışmanlık ve uygulama hizmetleriyle bu oranları azaltabileceğimizi göstermektedir (41).

Diğer yandan ülkemizin Orta Doğu kültürüyle birlikte ataerkil aile yapısına sahip olması, yerleşmiş olan güçlü kültürel ve geleneksel inanışlar doğrultusunda pek çok alanda olduğu gibi AP hizmetlerinin kullanılması ve benimsenmesinde de etkindir. Bu durum kontrasepsiyon kullanımı ve gebelik komplikasyonları konusunda kadınları olumsuz yönde etkilemektedir (42).

2.1.5. Kontraseptif Yöntemler

Kontrasepsiyon amaçlı kullanılan yöntemler; modern yöntemler ve modern olmayan ya da doğal/geleneksel yöntemler olarak iki başlık altında gruplandırılır. Modern yöntemlerin etkinliği, geleneksel yöntemlere göre daha yüksektir (43).

2.1.5.1. Modern Olmayan (Doğal, Geleneksel) AP Yöntemleri

DSÖ geleneksel aile planlaması yöntemlerini, adet siklusunun farklı evrelerini fiziksel ve biyolojik açıdan gözleyerek doğurganlığın planlanması olarak tanımlar. Gebelik istenmiyorsa bu dönem boyunca ilişkiden kaçınmak gerekmektedir (44,45).

Çalışmalar, geleneksel AP yöntemlerin gebeliği önlemede %98'lere kadar etkinlik gösterdiğini ve güvenli kullanım aralıklarının %84 ile %98 dolayında olduğunu ortaya koymuştur. Geleneksel AP yöntemleri, dünyanın pek çok bölgesinde etkili olduğu gösterilmiş yöntemlerdir (46).

2.1.5.1.1. Menstrüel Siklusla İlgili Yöntemler

a) Takvim Yöntemi

En eski AP yöntemlerinden olup, kadın doğurganlık ve fizyolojisinin henüz tam olarak anlaşılmadığı dönemlerde bile, kadınların genital salgılarının kıvam ve renklerindeki farklılıklara bakarak, doğurganlıklarının değiştiğini anlamaya çalıştıkları görülmüştür. Fertilite farkındalığına dayalı yöntemlerin bilinmesinde, aylık döngüdeki doğurganlık günlerinin bilinmesi gerekmektedir. Kadının gebe kalma ihtimalinin yüksek olduğu günlerde cinsel perhiz uygulanmalı ya da herhangi bir uygun bariyer yöntemin kullanılması gerekmektedir. Bu yöntem vücut ısısı, servikal mukus yöntemi ve servikal palpasyon yöntemlerini de içerir. Kullanım sonuçlarına göre, ilk yılda %10-30 oranında gebelik görülebilir (47).

b) Vücut Isısı yöntemi

Vücut ısısı yönteminde, vücut sıcaklığının âdetin farklı dönemlerinde değiştiği göz önünde bulundurulur. Vücut sıcaklığında 0.4-0.8 santigrat derece artış ovulasyon öncesi dönemi ve üç gün sonra ovulasyonun olacağını gösterir. Bu sebeple, vücut sıcaklığında artışın olduğu günden itibaren üç gün boyunca cinsel birliktelikten kaçınmak gereklidir. Bu yöntemin başarısı oldukça düşüktür (48).

c) Servikal Mukus Yöntemi

Ovulasyon zamanının yaklaşmasıyla genital salgıların miktarı artar, viskozitesi azalır ve rengi şeffaflaşırken; bu zamanın öncesi ve sonrasında tam tersi olur ve servikal mukus daha yapışkan bir hal alır. Servikal mukusun iki parmak arasında uzayabilecek kadar elastik ve kaygan hale geldiği bu dönemde, sperm yumurtaya ulaşabilmek için en uygun zamana sahiptir. Mukusun fertilizasyona uygun olduğu bu günlerde bariyer yöntemleri kullanılmasıyla veya cinsel ilişkiden uzak durarak gebelikten kaçınılmaya çalışılır (48).

d) Servikal Muayene Yöntemi

Bu yöntem, kadının kendini muayene etmesi ile serviks kıvamındaki değişiklikleri fark etmesi ve tanımlayıp yorumlaması temeline dayanan bir aile planlaması yöntemidir. Servikste saptanan değişikliklerle fertil ya da infertil dönem belirlenebilir. Bu yöntemi kullanmak için kadının çömelmiş ya da ayakta olması gerekmektedir. Hangi konumu seçerse seçsin her defasında aynı konumda olması gerekmektedir (49).

İnfertil dönemde serviks serttir ve external os kapalıdır, serviks palpasyonla muayenede ele kolayca ulaşır. Bu infertil dönemde çiftler ilişkiye girebilir. Ovulasyon yaklaştıkça serviks yumuşamıştır, pelvis içinde yükselmiş ve servikal os açık hale gelmiştir. Yine palpasyonla muayenede serviks hissedilmez. Bu dönem fertil dönem olarak kabul edilir ve cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır aksi halde çiftler koruyucu bir bariyer yöntemi kullanmalıdır (50,51).

e) Semptotermal Yöntem

Semptotermal yöntem diğer adıyla servikal mukus yöntemi, servikal palpasyon ve bazal vücut ısısı yöntemlerinin birleşimi ile fertil günlerin yorumlanması esasına dayanan bir aile planlaması yöntemidir. Yöntemlerin teker teker kullanılması yerine bu üç yöntemin birlikte kullanılması daha etkilidir ve önerilmektedir (52–54)

2.1.5.1.2. Laktasyonel Amenore Metodu (LAM)

Laktasyonel amenore diğer adıyla emzirme yöntemi, gelişmekte olan ülkelerde, etkin bir korunma yöntemi olarak görülebilmektedir. Ancak bazı sebepler yüzünden yeterli kullanılamaması etkin bir yöntem olarak kabul görmesine engel

olmaktadır. LAM'ın kullanımının yaygınlaşması ve başarılı olabilmesi için, yöntem hakkında danışmanlık verilmesi zorunludur (55).

Emzirme yöntemi, emziren anneler tarafından kullanılan yöntemdir. Emzirmenin doğum sonu doğurganlığının dönüşünü geciktirdiği çok eski dönemlerden beri bilinir. DSÖ tarafından yaklaşık 30 yıldır kabul görmektedir. Bebeğin meme başını tutması ile prolaktin salınımı artmakta ve bu sebeple süt salgısının artması yanında hipotalamus ve hipofiz hormonları baskılanmaktadır. LAM, emzirmenin fizyolojik ve hormonal etkinliğine bağlı bir yöntemdir. Çalışmalarda bebeklerini her 1-2 saatte bir etkin şekilde emzirebilen kadınlarda, gebelik olasılığının %2 dolayında olduğunu ve doğumdan sonraki 6 ay boyunca LAM yönteminin diğer korunma yöntemlerine geçilene kadar ek bir yöntem olarak kullanılabileceği bildirilmiştir (56).

Emzirme gözlemlenirken, her memenin kendiliğinden süt üretemeyeceği, her yeni doğanın da etkili ve yeterli ememeyeceği ihtimalini göz önünde bulundurmak gereklidir. Bu nedenle, emzirme yöntemi anne ve bebek arasındaki uyuma bağlı olması nedeniyle yeterince güvenilir değildir. Düzenli ve tam emziremeyen kadınların emzirme esnasında gebe kalabileceği riskini bilmesi gerekmektedir (57).

2.1.5.1.3. Koitus Interruptus (Geri çekme)

Bu yöntem, tüm dünyada birinci sırada en çok tercih edilen, bilinen en eski doğal yöntemdir. Geri çekme yöntemi, partnerler arasında uyum ve motivasyon gerektiren bir yöntemdir. Herhangi bir yöntem kullanmalarına karşın gebe kalanların %60'ı bu esnada geri çekme yöntemini kullandıklarını belirtmiştir (58).

Penis, ejakulasyon öncesi vajenden geri çekilerek, spermin vajene girişi engellenmeye çalışılır. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratıp, çiftlerin cinsel tatminini azaltabilir. Etkinlik seviyesi tamamen eşlerin karşılıklı motivasyonuna bağlıdır, her çift başarıyla uygulayamamaktadır (59).

2.1.5.1.4. Vajinal duş

Gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde kadınların pek çoğu, ilişki sonrasında vajina kanalındaki spermleri basınçlı su ile yıkamanın gebeliği önlediğine inanmaktadır. Etkili bir korunma yöntemi değildir. Ejakulasyondan 10 saniye sonra

sperm servikal girişine ulaşır. Bu yöntem vajina iç duvarının salgısını ve florasını olumsuz etkileyerek doğal yapısını bozar. Bu nedenle sağlıklı bir yöntemdir. Zamanla kadında ve erkekte cinsel tatminsizliğe sebep olabilir. İlişki esnasında spermisit de kullanılmış ise vajinal duş sonrası gebelik riski artmaktadır (58).

2.1.5.2. Modern AP Yöntemleri

2.1.5.2.1. Bariyer yöntemler

Spermin yumurtaya ulaşmasını engellemek amaçlı fiziksel bariyer içeren yöntemlerdir. Sadece gebeliği önlemekle kalmaz cinsel yolla bulaşan hastalıklardan da (CYBH) korur. Bariyer yöntemlerden prezervatif erkekler tarafından kullanılırken, geri kalanları kadınlar tarafından kullanılmaktadır. Güvenle ve reçetesiz alınıp kullanılabilir. Herhangi bir yan etkileri yoktur. Koruma oranı %98 civarındadır (60).

a) Prezervatif (Kondom)

Prezervatif, ilişki esnasında penis üzerine geçirilen kauçuk bir kılıftan ibarettir. Yalnızca tek kullanım için tasarlanmıştır. Yan etkileri yoktur, sağlık kuruluşları tarafından ücretsiz dağıtılmaktadır. Kondom ışık ve nem olmayan yerlerde saklanmalıdır. Paketin son kullanım tarihi, kondomun kullanımından önce ve sonra yırtık veya delik olup olmadığı kontrol edilmelidir. İlişkiden sonra ereksiyon bitmeden çıkarılmalıdır. Plansız ilişki öncesinde kullanıma uygundur. Prezervatiflerin diğer bir özelliği, erkeklerin aile planlaması sorumluluğuna katılmalarını sağlamasıdır (61).

Prezervatiflerin pek çok çeşidi mevcuttur. Büyük bir kısmı lateksten yapılmaktadır. Günümüzde poliüretan ve silikondan yapılmış olanları da mevcuttur. Beraberinde kullanılacak olan spermisitler bariyer etkinliğini arttırmaktadır (62).

b) Spermisidler

Tek başına kullanılabilen fakat genellikle vajinal bariyer yöntemleriyle birlikte kullanılır. En sık kullanılan formu sperm hücre zarını yok ederek spermi etkisiz hale kılan bir ajandır. Spermisidal formülasyonlar arasında jeller, kremler, fitilleri film ve erkek prezervatifleri bulunmaktadır. Köpüren formları kullanıldığında cinsel ilişkiden önce en az 5-10dk beklenmelidir. Etkinliği 1 saate kadar devam eder, hiçbir sistemik yan etkisi yoktur (63).

c) Diyafram

Diyafram; rahim girişini kapatan, sperm geçişini önleyen şapka şeklinde, ince kauçuktan yapılan araçtır. Spermisidlerle birlikte kullanımı önerilir. Aynı diyafram

1,5-2 yıla kadar kullanılabilir. Kondomlar gibi her kullanımda kontrol edilmelidir. Cinsel ilişkiden sonra en az 6 saat çıkartılmamalıdır. Uterus prolapsusu ve vajinal septumda kullanılmamalıdır. Uygun diyafram boyunu belirleyebilmek için pelvik muayene gereklidir. Kullanımını öğrenmek uzun zaman alabilir (64).

d) Kadın kondomu

İki farklı halkadan oluşan, poliüretan ya da lateks bir kılıftır. Her kullanımdan sonra kontrol edilmelidir. Erkek kondomu gibi tek kullanımlıktır ve planlama yapmadan anında koruma, kolay erişim sağlaması ve sistemik yan etkilerinin olmaması nedeniyle tercih edilirler. Yerleştirme ve kullanımda rahatsızlık, olası lateks alerjisi, bakteriyel vajinoz vakalarında artış ve toksik şok sendromu ile ilişkileri dezavantajları olabilir(65). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı onayı ile Femidom ismiyle satılmaktadır. Kadın kondomu, erkek kondomu gibi CYBH'lara karşı korunma sağlamaktadır. Kadın kondomlarının kullanımı, Güney Afrika ve Latin Amerika'daki bazı ülkelerde daha yüksek seviyelerde olup, hükümet politikalarıyla desteklenmektedir (66).

2.1.5.2.2. Rahim içi araç (RİA)

RİA'lar, dünya genelinde ikinci en sık kullanılan modern yöntemlerdir. Uzun etkili ve güvenilirliğinin yüksek olması ve planlama gerektirmemesi sebebiyle en çok tercih edilen modern yöntemlerden biridir. Çin'de kadınların yarıya yakını rahim içi araç kullanırken, ABD'de rahim içi araçların Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PIH) riskini artırdığını gösteren yayınların artması ve yüksek maliyetli malpraktis davaları nedeniyle kullanım oranlarında düşme olduğu bildirilmiştir. RİA kullanan kadınlarda, kullanmayanlara göre PIH gelişme riski bir miktar artar. Bu riskin RİA'nın takılması ve çıkarılması esnasındaki işleme bağlı olduğu düşünülmektedir (67).

Etki mekanizması tam olarak bilinmiyorsa da, rahim içinde inflamasyon oluşturduğu düşünülmektedir. Bakırlı ve hormonlu olarak iki çeşit rahim içi araç bulunmaktadır. Bakırlı RİA'lar; bakır etkisiyle spermin fagosite edilmesi ve hareketliliğinin azaltılması ile üst genitallere ulaşması engellenmiş olur. Ayrıca yumurtanın transportunun bozar ve endometriyum duvarını etkileyerek implantasyonu da engellemek suretiyle fertilizasyonu çok yönlü etki gösterir. Bakırlı RİA'ların kullanım süreleri uzundur (67).

Hormon içeren RİA'lar kalınlaşmış servikal mukus, endometrial desidualizasyon, glandüler atrofi ve fertilizasyonu engelleyen artan glikodelin A üretiminin lokal etkileri ile etki gösterir. Yaklaşık 5yıl süreyle gebelikten korur. Son veriler etkinliğinin 7 yıla kadar uzadığını göstermektedir. Amonere ve düzensiz kanama gibi yan etkileri olmakla birlikte takıldıktan sonra 12 hafta içinde iyileşme eğilimindedir. Bakırlı RİA'lara göre kontraseptif etkileri daha fazladır. Her yaşta kullanılabilir, ilaç etkileşimi yoktur, emzirenlere tavsiye edilir. Kanama şikâyeti olan kadınlarda takip amaçlı takılabilmektedir (68).

2.1.5.2.3. Hormonal Kontraseptifler

a) Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

Yüksek kontraseptif etkileri sebebiyle gelişmiş ülkelerde en popüler ve en sık kullanılan yöntemlerdir. Tüm dünyada 60 milyondan fazla kadının KOK kullandığı düşünülmektedir. 2018 TNSA verilerine göre Türkiye'de de en çok bilinen yöntem (%93) KOK'lardır (69,70).

KOK'lar östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içermektedir. Overlerden yumurtanın atılımını engeller, servikal mukusun viskozitesini artırarak spermelerin geçişini önler, endometriyum duvar kalınlığını incelterek implantasyonu baskılar. Uygulamaları bırakıldıktan kısa süre sonra doğurganlık yeniden başlar (71).

KOK'lar doğru şekilde kullanıldıkları takdirde % 99 civarında koruyuculuk sağlamaktadır. Bununla birlikte en sık terk edilen modern yöntemlerdendir. Yöntemi terk etme nedenleri arasında rahim içi araçlarda olduğu gibi sistemik yada lokal yan etkilerinin olması yanında kullanımının sık sık unutulmasının da etkili olduğu bildirilmektedir (72).

Menstürel siklusu düzensiz ve aşırı kanama şikâyeti yaşayan kadınlarda öncelikle önerilen yöntemlerdendir. Bunun birlikte, kronik kalp rahatsızlığı, serebrovasküler hastalık öyküsü bulunan, kronik karaciğer hastalığı ve tümörü olan, östrojen bağımlı tümör ve kanser hastaları ve tanı konulmamış anormal uterin kanamaları olan kadınlarda kullanılmaması gerektiği, aynı zamanda şeker hastaları, sigara kullananlar, metabolik sendromlu kişiler, majör depresyonu olanlarda ve emziren annelerde bebekleri 6 aydan küçük ise tercih edilmemesi gerektiği belirtilmelidir (71).

Diğer yandan sistemik kullanımları nedeniyle diğer yöntemlere göre KOK'lar en fazla yan etki profiline sahip yöntemlerdir (73).

b)Mini Haplar

Mini haplar format olarak sadece progesteron içermektedirler. İçeriğindeki progesteron hormonu sayesinde ovulasyon baskılanır, servikal mukusun kalınlaşmasını sağlayarak spermin rahime geçişini engeller ve rahim duvarında incelmeye neden olarak implantasyon olasılığının azalmasını sağlar. Menstruel siklusun birinci gününden başlanarak aksatılmadan sürekli alınması ve özellikle ilk yedi gün ek bir yöntem kullanılması gereklidir. Mini hapların emziren annelerde ilk 9 ayda %98.5 oranında, emzirmeyen kadınlarda ise %96 oranında etkili olduğu bildirilmiştir. Eğer mini hapın alınmasında gecikme olur veya unutulursa gebelik olasılığı artmaktadır (74,75).

c)Cilt altı Enjeksiyon ve İmplantlar

Ayda bir kez uygulanabilen, kombine preparatlardır. Enjeksiyon olarak yapılırlar. Yan etki profili ve kontrendikasyonları KOK'lara benzerdir (76).

Deri altı implantları derinin altına yerleştirilen ve sentetik bir progestin olan levonorgestrel (LNG) içeren kapsüllerdir. Küçük cerrahi bir uygulama ile üst kolun iç kısmına, derinin altına yerleştirilir. İçeriğindeki hormon sayesinde ovulasyon baskılanır, servikal mukusun kalınlaşması sağlanarak sperm geçişi engellenir ve endometriyum incelir. Bu yöntem doğru olarak uygulandığında koruyuculuğu %99.9 düzeyindedir (50,53).

d) Vajinal halkalar

Menstrüel siklusun 3.-4.gününde vajene yerleştirilen hormonal etkili bir yöntemdir. Etkinlik süresi 3 haftadır. 3 haftanın ardından 7gün ara verilir, sonraki ilk gün yeni bir halka uygulanır. Sağlıklı kişilerde vajen florasını değiştirmedeği bildirilmektedir fakat lezyonları olanlarda ilaç etkileşimi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma vardır (76).

2.1.5.2.4. Cerrahi Yöntemler

a) Tüp Ligasyonu Yöntemi

Tüp ligasyonu çocuk istememe, sağlık sorunları nedeniyle gebe kalınmasında sakınca olması ve artık kontraseptif yöntem kullanma ayrıntısı ile uğraşmak istenmeme gibi durumlarda spermin yumurtaya geçişini ve yumurtanın fertilizasyonunu engelleyecek şekilde fallop tüplerinin cerrahi olarak kesilmesi, bağlanması, koteterizasyon (yakılması), klipslenmesi gibi yöntemler bütünüdür. Lokal ya da genel anestezi altında uygulanabilir. Kontrasepsiyon anlamında etkisi yüksek ve güvenilir bir yöntemdir (77).

Dünya çapında evli kadınlar arasında 199 milyon, evli olmayan kadınlar arasında ise yaklaşık 19 milyon kullanıcısı bulunmaktadır (78).

Tüp ligasyonunun ülkemizde kullanım durumuna baktığımızda ise yaklaşık %10 düzeyinde olduğu görülmüş ve yıl geçtikçe kullanım oranında artış olduğu tespit edilmiştir (39)

Cerrahi işlem sonrası kontraseptif etkisi hemen başlar ve cinsel ilişkinin zamanlamasından tamamen bağımsızdır. Kalıcı ve geriye dönüşsüz bir yöntem olduğu için pişmanlık duyulmaması adına eşlere bu konuda iyi bir danışmanlık hizmeti verilmesi gerekmektedir. Karar sonrası eşler bilinçli bir şekilde onay verdiğini ve rızasını içeren izin belgesini imzalarlar (79).

Tüp ligasyon işlemi birçok durumda yapılabilir. Sezaryen operasyonu sırasında, hamile kalınmadığından emin olunmuşsa menstrüel döngünün herhangi bir gününde, doğum sonu ilk yedi gün içinde veya doğum ertesi 6. haftadan sonraki herhangi bir zamanda ve düşük sonrası hemen uygulanabilir (80).

b) Vazektomi

Vazektomi, erkekte spermlerin geçişini sağlayan kanalın testislerde bulunup bağlanması ya da kesilmesi işlemi olarak tanımlanır. Fizyolojik olarak testislerde üretilen spermler vaz deferens adlı kanal yoluyla ejakulata yani meni sıvısına karışır, vas deferensin kesilmesiyle de spermler meni sıvısına geçemez ve fertilizasyon durumu ortadan kalkar. Lokal anestezi altında yapılır ve tüp ligasyon işlemine göre daha basit ve kısa sürede tamamlanır (81,82).

Sadece spermilerin geçişini engellediği için cinsel yaşamı etkilemez. Erkekler arasında çok tercih edilen bir yöntem değildir (83).

Dünya genelinde 16 milyon kullanıcısı bulunmaktadır ve bu %2’lik bir orana denk gelmektedir(84). Türkiye’deki bu oran %0.1 düzeyinde tespit edilmiş ve oranın dünya geneline göre çok düşük olduğu grlmştr (39).

Vazektomi en etkili kontraseptif yöntemlerden birisidir. Yöntemin etkili olabilmesi için 20 ejakülasyon süresi boyunca veya iki aya kadar beklenilmelidir ve bu dönemde ek bir koruyucu yöntem kullanılmalıdır (82).

2.1.5.2.5. Acil Kontrasepsiyon

Ertesi gün hapı olarak bilinmektedir. Korunmasız cinsel ilişkiden ya da kullanılan yöntemin başarısız olmasından sonra, oral alınabilen ya da rahim içi araç kullanarak fertilizasyonun nlenmesine dayanan yöntemdir. Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 5 gün içinde kullanıldığında gebeliği önlemeye yardımcı olur. Bununla birlikte tecavüz olayları sonrası kullanılabilir. Böylelikle fertilizasyon, implantasyon olmadan nlenmiş olur (85).

Steril olmayan şartlarda yapılan düşükler, gelişmekte olan lkelerin önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. Danışmanlık hizmetleriyle acil kontrasepsiyon kullanımının teşvikini sağlamak, sağlıksız kretajlarla ilişkili hastalık ve ölüm oranlarında azaltılmasını sağlayabilir. Acil kontrasepsiyonun, modern yöntem kullanımının düşük, sağlıksız ve güvensiz küretaj oranlarının yüksek olduğu gelişmemiş ve az gelişmiş lkelerde yüksek öneme sahiptir (86).

Doğru zamanda kullanıldığında yöntemin başarısızlık oranı %0,2-3 civarındadır. Esasen bir korunma yöntemi değil, acil durumlar için ikinci bir şanstır (86).

Yukarıda bahsedilen üreme sağlığı ve AP yöntemlerinin kullanımı partnerlerin her ikisinin ortak katılımı ile mümkün olmaktadır. Ancak bu şekilde en doğru zamanda gebelikler planlanabilmekte ve yöntemler başarılı olabilmektedir. Aksi halde AP kullanım tercihleri konusunda kadınların eşleri tarafından destek görememeleri ya da yöntem kullanmamaları konusunda baskı görmeleri anneler ve bebekleri için olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. z anlayışları yüksek olup düşük boyun eğici davranışa

sahip kadınların eşleriyle aldıkları ortak kararları uyumlu bir şekilde uygulayabilecekleri düşünülmüştür. Bu sebeple AP danışmanlık hizmetlerinin, bizim gibi ataerkil toplumlarda kadınların öz anlayış ve boyun eğici davranışların durumu göz önünde bulundurularak verilmesi uygun olacaktır.

2.2. Öz Anlayış

Doğu felsefesinde köklü bir yeri olmasına karşın psikoloji literatürüne yeni giren öz-anlayış terimi son yıllarda ülkemizde araştırmalara konu olmaktadır. Temelinde öz duyarlılık olan bu kavramı psikolojik anlamda iyi oluş olarak ifade etmek mümkün olup, ruhsal problemlerle ilişkisi araştırılmaya devam etmektedir. Öz anlayış kavramı Self- compassion teriminden Türkçeye çevrilmiştir. Self- compassion kelimesinin kökeni Latin bir terim olan ‘Compati’ kelimesine dayanmaktadır. Compati acı çekmek, kendine acımak olarak tanımlanmaktadır (87).

Herhangi bir öznel önyargı içermeden, başkalarının ruhsal durumlarının farkında olarak, herhangi bir duygu, düşünce ve davranış üzerinde insanlarla ortak hisleri paylaşabilmek ve onlara karşı merhamet göstermek, anlayış veya duyarlılık olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ifadeyle, insanların ruhsal problemlerinin farkında olarak sorunlarına şefkatle yaklaşp, onlardan etkilenmek ve onları kaçınılmaksızın önyargısız bir şekilde kabullenmeyi içerir (88–91).

En yalın haliyle, kişinin kendine duyarlı olması şeklinde tanımlanabilir. Yalnızca diğer insanların ruhsal sorunlarına değil kendi kusurlarına karşı da acımasız olmadan anlayışla yaklaşmayı içerir. Bu sebeple kendini olduğu gibi kabul edebilmeyi ve anlayışı kendine yöneltmeyi gerektirir (92).

Öz anlayışın, bir farkındalık ve iç görü olarak bireyin geçmişte yaşamış olduğu ayrılıklar, başarısızlıklar, acılar gibi dramatik tecrübelerini, kendini olması gerekenden fazla sorumlu hissetmeden, her insanın yaşamında olabilecek ortak sorunlar olarak görmesini sağladığı belirtilmektedir. Bununla birlikte insanın kendini olumsuz tecrübelerden uzaklaştırmasının ve kendi ruh sağlığını koruyacak tedbirler almasının öz anlayışını yükselteceği, böylelikle kendine zarar vermeyecek olumlu duygu ve hisleri yaşamasını sağlayacak davranışları sergileyeceği öngörülmektedir (85,86).

Öz duyarlık ya da anlayış kavramını Neff (2003) üç unsura ayırmaktadır: Öz şefkat; insanın kendisini acımasız şekilde eleştirmeden, yetersiz ve başarısız hissettiğinde kendine karşı duyarlı ve nazik olmasıdır. Ortak paydaşım (ortak değer); olumsuz tecrübeleri insan yaşamının kaçınılmaz bir parçası olarak görmeyi, insanın deneyimleri ile insanı ayrı tutmayı, izole etmeyi kapsar. Bilinçli farkındalık; Acı veren duygu ve düşünceleri saplantı haline getirmeden dengeli bir iç görü içinde kalarak kabullenebilmektir (95).

Öz anlayış, kendine karşı acımasız olmamaktır bu sebeple öz şefkat düzeyi yüksek bireyler, kendi kusurlarının farkında olurlar fakat kendilerine karşı sert bir yargılama yapmazlar(5,6). Aynı şekilde dramatik tecrübelerine karşı kendilerine daha sevecenlikle yaklaşacakları ve duygularını etkin bir şekilde düzenleyebilecekleri belirtilmektedir (95).

Öz anlayışı yüksek kişiler, yetersizliklerinin aynı zamanda insan olmanın getirdiği bir kusur olduğunu ve kendilerini kusurları ile kabullenmesi gerektiğini ve merhamete layık olduklarını kabul eder. Daha az peşin hükümde bulunmayı, insanları daha az yargılamayı sağlar. Öz şefkat, bireysel başarısızlıklar veya zorlu hayat şartlarında, insanın kendi ile barışık kalma, uyumlu yaşama koşuludur (5,96,97).

Öz anlayış düzeyleri düşük olan insanlar ise tipik olarak başkalarına karşı kibar ve şefkatli olmalarına karşın, kendilerine her zaman daha acımasızdırlar. Bu bireyler kendi sınırlamalarıyla baş başa kaldıklarında ortaya çıkan yoğun bireysel odaklanma, daima kendileri için olumsuzluk barındıran dairesel çıkmaza yol açabilir (98).

2.3. Boyun Eğici Davranış

Boyun eğicilik; değişmez aile ve toplum dinamikleri, baskın kültür yapısı, otorite kuralları, değer yargıları, şiddet vb. olguların etkisi altında itaati ve uyumu ön plana çıkartan bir davranış modelidir. Başka bir deyişle boyun eğicilik, kendisinden beklenen şeylerin sonuçlarının ne olduğunu veya kendisi için bir anlam ifade edip etmediğini tartışmadan yerine getirmesidir. Boyun eğici davranışın temel özelliği otoriteye karşı itaat ya da uyumun ötesinde, altında bastırılmış bir karakterin varlığı söz konusudur. Bu kişiler insanlarla olan ilişkilerinde saygı ile itaat kavramını birbirine karıştırmakta, itaati bir saygı davranışı olarak algılayabilmektedir (99).

Boyun eğme, bir grup kuralına olduğu gibi, tek bir kişiye uyma şeklinde de kendini gösterebilir. İnsanları incitmemeye, kırmamaya özen gösteren, herkesi memnun etmek için çabalayan, yardımsever olma eğilimli, aşırı ödün verici, “hayır” diyemeyen, “evet” demeye şartlanmış, hoşuna gitmeyen durumları ifade etmekte zorlanan, öfkelerini dışa vurmakta zorlanan, planlarında sürekli onaylanma gereksinimi duyan, kendi düşünce ve haklarını savunamayan vb. davranışlarla gözlenebilen bir kişilik özelliğinin toplamıdır (100).

Boyun eğici davranışın sergilenmesinde 3 temel olgu etkili olmaktadır. İlki; kişinin otoriteye itaat etmesinin yapabileceği en doğru şey gibi (iletişimsel etki) gösterilmesidir. İkincisi; kişinin otorite ya da otorite kurallarına uyanlar tarafından reddedilmek ve onaylanmamak korkusu yüzünden (normatif etki) boyun eğmesidir. Sonuncusu ise; sosyal yaşamın her alanında normların sorgulanmadan (bilinçsiz uyum) kabul edilmesidir (101).

Boyun eğiciliğın artması; bireyin karşılaştığı problemleri çözmek için gereken irade ve becerinin gelişmesini, lider olma karakterini ve pozitif kişilik gelişimini engellemektedir. Bununla birlikte önemli bir etkisi de yaşadığı deneyimlerle baskı ve şiddeti benimseyen, onaylayan hatta zamanla üreten bir kimlik geliştirme olasılığının olduğu öngörülmektedir (102).

Bu kişiler, çevrelerindeki insanların talepleriyle yaşamak zorunda kalan ve onlarla başa çıkabilmek için gerçek duygularını gizlemeye alışmış, kendi duygu ve düşüncelerini geri plana atarak uzlaşmacı çözümler benimseyen kişilik özelliklerine sahiptirler (103).

Aile içerisindeki ilişkilerde, öfke ve saldırgan olma gibi şiddet davranışlarını gösterenlerin daha baskıcı ve kontrolcü oldukları, buna karşın ilişkilerinde boyun eğcilik sergileyenlerin ise otoritelerinin zayıf olduğu, bununla birlikte bu kişilerde majör depresyon başta olmak üzere pek çok ruhsal sorunlarının görülebileceği bildirilmiştir (104).

Boyun eğiciliğın gelişmesinde, anne, baba tutumu, aile içi ilişkiler, annenin eğitim seviyesi, aile içi şiddet öyküsü ve tartışmaların boyutu yanında kişilik özellikleri de etkili olmaktadır. Erken yaştan itibaren, şiddete maruz kalan bireyler,

zamanla çaresizlik, çözümsüzlük, depresif duygu durum ve içe kapanık tutumun etkisi ile boyun eğici davranış geliştirmektedir. Şiddetin varlığı ve sürekliliği, bireyin kendini ifade etme ve duygularını dışa vurma becerisini olumsuz yönde etkilerken, yaşadığı çaresizlik boyun eğiciliğini artırmaktadır. Böylece boyun eğiciliğin artmasıyla, otorite ile arasındaki kriz yatışmakta ve bu durumda boyun eğici davranışları pekiştirilmektedir (104,105).

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde bu alanda yapılan çalışmaların değerler, şiddet, psikolojik sağlamlık, tükenmişlik, güvenli bağlanma stilleri, yeme farkındalığı, ansiyete ve stres konularıyla sınırlı olduğu kadınların AP kullanım durumuna etkisinin incelenmemiş olduğu görülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi (SCÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından planlanan bu çalışma; üniversitemiz etik kurul ve Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı onayı sonrası, SCÜTF Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Jinekoloji polikliniği ile Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran kadınlar üzerinde yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Tipi, Evren ve Örneklemi

Kesitsel, tanımlayıcı tipte olan bu araştırma 2022 Temmuz-Aralık tarihleri arasında Sivas ilindeki 15-49 yaş arası kadınlara yüz yüze uygulandı. Araştırma gebelik düşüncesi olmayan, son 1 yıldır aktif ve düzenli bir cinsel yaşamı olan kadınlar üzerinde yürütüldü. İlimizde çalışmamıza dâhil edebileceğimiz toplam kadın nüfusu 319 bin idi. Bu evren için 0,05 anlamlılık düzeyinde, %95 güven aralığı belirlendiğinde; $t=1,96$, $\alpha=0,05$, $d=0,05$, $p=0,30$, $N=319\ 000$ olarak alındığında örneklem hacmi aşağıdaki formül kullanılarak 378 kişi olarak belirlendi.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Çalışmanın yürütüldüğü tarihte Sivas ili genelinde 26'sı merkezde, 16'sı ilçede olmak üzere toplam 42 Aile Sağlığı Merkezi vardı. Bunlardan araştırmanın yürütülmesine izin veren ve araştırmacının Aile Sağlığı Merkezi'nde bulunmasına destek olan 5'i merkezden, 3'ü ilçelerden toplam 8 Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışma gerçekleştirildi. Ayrıca evren çeşitliliğine katkı sağlaması, örneklem hacmini genişletebilmek amacıyla, SCÜTF hastanesi jinekoloji polikliniğine kırsal ve merkezden başvuran kadınlar da çalışmaya dahil edildi. Veri kayıpları göz önüne alınarak; SCÜTF Jinekoloji polikliniğinden 284 ve Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran 200 olmak üzere toplam 484 kadına ulaşıldı.

3.3. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Veri Toplama Formları

Çalışmamız gerekli izinlerin alınmasının ardından 01 Temmuz- 31 Aralık 2022 tarihleri arasında yürütüldü. Bu tarihler arasında araştırmacı, belirli süreliğine Aile Sağlığı Merkezi'nde görevlendirilerek; çeşitli sebeplerle Aile Sağlığı Merkezi'ne ve

hastane polikliniğine başvuran tüm kadınları çalışma hakkında bilgilendirdi. Çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar üzerinde araştırma yürütüldü ve imzalı/sözlü onamları alındı.

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formları kullanıldı. Anketin ilk 22 sorusu sosyo-demografik özelliklerin yanı sıra aile planlaması ile ilgili verilerin değerlendirildiği bölümden oluşmaktaydı. Bu bölümden sonra sırasıyla 24 soruluk Öz Anlayış (ÖZAN) ve 16 soruluk Boyun Eğici Davranış (BEDÖ) ölçekleri uygulandı.

Sosyo-demografik veri formu aracılığıyla; yaş, medeni durum, eğitim-gelir düzeyi, yaşanılan yer, meslek, akrabalık durumu, obstetrik öykü, kronik hastalık, sürekli ilaç kullanım durumu, AP yöntemleri ile ilgili bilgi kaynakları, mevcut ve eski kullanılan AP yöntemi, değişiklik varsa nedeni, kullanım süresi ve mevcut AP yöntemini tercih sebebi soruldu. Ayrıca AP sorumluluğunun kime ait olduğu, eşin desteği, korunmasız cinsel ilişkiye zorlanma durumu ve katılımcının tepkileri de bu bölümde araştırıldı.

İkinci bölümde Gilbert ve Allan'ın ilk kez 1994 yılında geliştirmiş olduğu Boyun Eğici Davranışlar Ölçeği yer almaktaydı. Kişilerin sosyal yaşamlarında sergilemiş oldukları boyun eğici davranış düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bu ölçek 16 sorudan oluşmaktaydı (106). Nesrin ve Şahin tarafından 1997 yılında Türkçe'ye uyarlanan ölçek 5'li likert tarzında olup verilen cevaplar; 'hiç yapmam=1' ve 'her zaman yaparım=5' arasında derecelendirilmekteydi. BEDÖ'den alınabilecek puanlar en az 16, en fazla 80 olup; yüksek puan alan kişilerin daha fazla boyun eğiciliğe sahip olduğu şeklinde yorumlandı. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. BEDÖ'nün Cronbach-alfa-iç tutarlılık kat sayısı 0.89 olarak tespit edilmiş, test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise 0.84'tür (107,108).

Üçüncü kısımda yer alan Öz Anlayış Ölçeği (ÖZAN), Neff tarafından ilk kez 2003 yılında kişilerin öz anlayış düzeylerinin saptanması amacıyla geliştirilmişti. Türkçe'ye uyarlama çalışması 2008 yılında Deniz, Kesici ve Sümer tarafından yapılmış olup; orijinalinden farklı olarak 24 soruluk tek boyutlu bir ölçektir. Beşli likert tipinde olan ölçekte sorulara verilen cevaplar; 'Hemen hemen hiçbir zaman=1' ve 'Hemen hemen her zaman=5' arasında derecelendirmektedir. Ölçekte; 1, 3, 5, 7,10, 12, 15, 17, 19, 22 ve 23. sorular olmak üzere toplam 11 soru ters kodlanmaktadır.

ÖZAN'dan; en az 24, en çok 120 puan alınabilirken, yükselen puanlar öz anlayışın yükseldiğini belirtmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.89 ve test-tekrar test güvenirliği 0.83 olarak hesaplanmıştır (102,108).

Ölçeğin Türkçe'ye ilk uyarlama çalışması Akın ve arkadaşları tarafından 2007 yılında Öz Duyarlık Ölçeği olarak yapılmış olmasına karşın, bu çalışmada en güncel hali olan Deniz ve arkadaşları tarafından geliştirilen form 44 kullanılmıştır (94,111,112).

3.4. İstatistiksel Analizi

Tüm veriler SPSS (statistical package for social sciences) for Windows 22 programına bilgisayar ortamında kaydedilerek analiz edildi. Verilerin analizinde öncelikle hangi testlerin (parametrik/non-parametrik testler) uygulanacağına karar vermek için karşılanması gereken varsayımlar test edildi. Dağılımın normalliğine karar vermek için Kolmogorov-Smirnov, normal dağılımın diğer varsayımları olan basıklık ve çarpıklık değerleri ve histogram grafiğinden yararlanıldı. Bağımsız iki grup karşılaştırmasında t-testi (Independent sample t-testi) ilişkisiz iki ya da daha fazla grupların karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi, farkın kaynağının belirlenmesi için post hoc testlerinden Tukey testi kullanıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi ve iki değişken arasındaki bağıntıyı belirlemek için regresyon analizine bakıldı. Verilerimiz tablolarda aritmetik ortalama, standart sapma, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtildi. Verilerden elde edilen değerlerin anlamlı olup olmadığının yorumlanmasında 0.05 anlamlılık düzeyi ölçüt olarak kullanıldı.

3.5. İzinler

Bu çalışma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22.06.2022 tarih ve 2022-06/36 Karar No'lu etik kurulu onayı (EK-1) ve Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'nün 13.12.2022 tarih ve 2022/17 Karar No'lu izni (EK-2) ile yapılmıştır.

3.6. Araştırma Bütçesi

Araştırma süresince hiçbir kişi veya kurumdan maddi destek alınmamış; gerekli kırtasiye masrafları araştırmacılar tarafından sağlanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışma yaş ortalaması $32 \pm 7,89$ (min 17-max 49) olan son bir yılda gebelik düşüncesi olmayıp cinsel aktif 15-49yaş arası 484 kadın ile yapıldı. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de özetlendi.

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

Değişkenler	Grup (n=484)		
Yaş, ortalama $\pm$ SS	$32 \pm 7,89$ (17-49)		
	Grup (n=484)	n	%
Medeni durum	Evli	403	83,26
	Evli değil	81	16,74
Eğitim durumu	İlkokul	57	11,78
	Ortaokul	65	13,43
	Lise	143	29,55
	Yüksekokul	219	45,25
Çalışma durumu	Çalışıyor	242	50
	Çalışmıyor	242	50
Eş mesleği	Çalışıyor	394	96,57
	Çalışmıyor	14	3,43
Eş ile akrabalık	Evet	41	10,17
	Hayır	362	89,83
Ailenin gelir düzeyi	Düzenli gelir yok	27	5,58
	Düşük/çok düşük	15	3,10
	Orta	350	72,31
	Yüksek	92	19,01
Yaşadığı yer	İl merkezi	341	70,45
	İlçe merkezi	109	22,52
	Belde-köy	34	7,02
Kronik hastalık	Hayır	391	81,12
	Evet	91	18,88
Kullandığı ilaç	Hayır	414	85,54
	Evet	70	14,46

Veriler n, % olarak ifade edilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların obstetrik geçmişleri

	Grup (n=484)	n	%
Gravida	1	132	37,39
	2	86	24,36
	3	73	20,68
	4+	62	17,56
Parite	1	168	49,70
	2	100	29,59
	3	51	15,09
	4+	19	5,62
Abort sayısı	1	100	84,03
	2	14	11,76
	3	3	2,52
	4+	2	1,68
D&C sebebi	İsteğe bağlı	41	66,13
	Tıbbi nedenlerle	21	33,87

Veriler n, % olarak ifade edilmiştir.

Katılımcıların AP ile ilgili bilgileri tablo 3’de gösterildi.

Tablo 3. Katılımcıların AP yönelik özellikleri

(n=484)	Grup	n	%
AP öğrenilen kaynak	Hekim	169	34,92
	Yardımcı sağlık personeli	205	42,36
	Kitap, dergi, tv, sosyal medya	63	13,02
	Diğer	47	9,71
Bırakılan AP yöntemi	RİA	32	28,57
	Kondom	29	25,89
	OKS	43	38,39
	Diğer	8	7,14
Yöntemi bırakma sebebi	Sağlık nedenleri yüzünden	30	26,79
	Yöntemle ilgili problemler	24	21,43
	Gebelik isteği	53	47,32
	Diğer	5	4,46
Şuan kullanılan AP yöntemi	RİA	190	39,26
	Kondom	185	38,22
	OKS	40	8,26
	Diğer	69	14,26
AP kullanma sebebi	Etkili bir yöntem	164	33,88
	Sağlıklı olduğu için	106	21,90
	Kullanım kolaylığı	131	27,07
	Sağlık sorunları yüzünden	17	3,51
	Eşin isteği	45	9,30
	Diğer	21	4,34

Veriler n, % olarak ifade edilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların AP yönelik özellikleri-2

(n=484)	Grup	n	%
AP sorumluluğu kime aittir	Kadına	38	7,85
	Erkeğe	18	3,72
	Eşlerin her ikisinde	406	83,88
	Bilmiyorum/fikrim yok	22	4,55
Eşin destekleme durumu	Evet	346	71,49
	Hayır	22	4,55
	Emin değilim	116	23,97
Eşin korunmasız birlikteliğe zorlama durumu	Hayır, hiç olmadı	374	77,27
	Birkaç kez yaşandı	96	19,83
	Sıklıkla yaşanır	14	2,89
Eşin korunmasız birlikteliğe zorlama durumuna tepki	Karşı koyabilirim	386	79,75
	İstesem de başaramam	52	10,74
	Karşı koymam	46	9,50

Veriler n ,% olarak ifade edilmiştir.

BEDÖ ve ÖZAN'nın yüksek düzeyde güvenilirliğe sahip oldukları Tablo 4'de gösterildi.

Tablo 4. Ölçeklerin güvenilirliğine ilişkin bulgular

	Cronbach Alpha	Soru Sayısı
BEDÖ	0,891	16
ÖZAN	0,902	24

Cronbach alfa: korelasyon katsayısı

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ve basıklık çarpıklık katsayıları incelenerek değerlendirilmiştir. Kolmogorov-Smirnov testi sonunda anlamlılık değeri 0,05'ten küçük olan verilerde basıklık ve çarpıklık değerleri $\pm 2,0$ arasında olmasında (George ve Mallery, 2010) değerlerin normal dağılımdan aşırı sapma göstermediği, değerlendirilerek analizler parametrik testler ile gerçekleştirilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Ölçeklerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesine ilişkin bulgular

	Kolmogorov-Smirnov		Çarpıklık*	Basıklık*
	İstatistik	p		
BEDÖ	0,14	0,001	0,80	-0,40
ÖZAN	0,07	0,001	-0,35	-0,08

P>0,05 anlamlı, *; basıklık ve çarpıklık değerleri $\pm 2,0$ arasında anlamlı.

BEDÖ min puanı 17 maks puanı 71 ve ortalaması $37,75 \pm 13,17$ 'dir. ÖZAN min puanı 29 maks puanı 118 ve ortalaması $76,31 \pm 16,98$ 'dir (Tablo 6).

Tablo 6. Ölçeklerin puanlama dağılımına ilişkin bulgular

	Min.	Mak.	Ort.	S. Sapma
BEDÖ	17,00	71,00	37,75	13,17
ÖZAN	29,00	118,00	76,31	16,98

ÖZAN puanı ile boyun eğici ölçeği davranış ölçeği puanı arasında ters yönlü ($r:-0,53;p=0,005$) bir ilişki bulunmuştur. Bu korelasyon katsayısı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Buna göre ÖZAN puanı arttığında BEDÖ puanı azalmaktadır ve ilişki orta düzeydedir. Buna göre öz anlayış puanı ile boyun eğici davranış puanı arasında bulunan belirtme katsayısı 0,28 bulunmuştur. Buna göre BEDÖ puanındaki değişikliğin %28'lik bölümü Öz anlayış puanı ile açıklanırken geriye kalan %72'lik bölüm çalışmaya alınmayan değişkenlere aittir (tablo 7).

Tablo 7. ÖZAN'ın BEDÖ üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik basit regresyon analizi

	r	R²	Tahmini Standart Hatası
Toplam BEDÖ puanı	-0,53	0,28	11,208

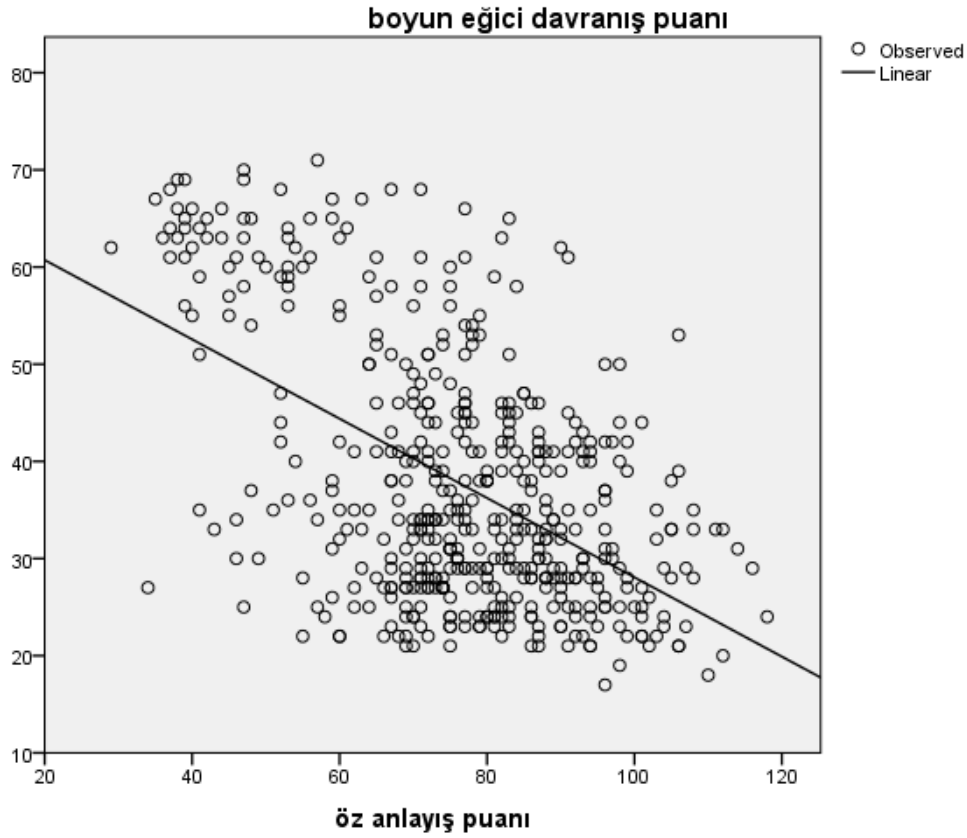
Bağımsız değişken: ÖZAN, Bağımlı değişken: BEDÖ, r:Pearson korelasyon katsayısı, R²:Belirtme katsayısı.

Buna göre ÖZAN puanı ile BEDÖ puanı arasında $\hat{y}=68,88-0,41x$ regresyon denklemi bulunmuştur. Bulunan bu regresyon denklemi ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlıdır($t=13,58;p=0,001$). Buna göre öz anlayış puanındaki 1 birimlik artışa karşılık boyun eğici davranış puanında 0,41 birimlik azalış görülür (Tablo 8).

Tablo 8. ÖZAN ile BEDÖ puanları arasında ki regresyon analizi sonuçları

	Beta	t	p
Sabit sayı	68,885	29,339	0,001
Toplam BEDÖ puanı	-0,408	13,585	0,001

Bağımsız değişken: ÖZAN, Bağımlı değişken: BEDÖ, t:bağımsız iki örneklem testi, $p<0,05$ anlamlı.



Şekil 1. ÖZAN ile BEDÖ puanları arasındaki regresyon yönü.

Kişilerin medeni durumlarına göre BEDÖ puanları karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur ($t=3,27$; $p=0,001$). Medeni durumlarına göre puanlar bağımsız iki örneklem testi ile karşılaştırıldığında evli kişilerin boyun eğicilik düzeylerinin bekâr kişilere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$), (Tablo 9).

Çalışma durumlarına göre BEDÖ puanları karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=6,15$; $p=0,001$). Çalışma durumlarına göre bağımsız iki örneklem testi ile bakıldığında çalışan kişilerin boyun eğicilik düzeylerinin çalışmayanlara göre daha düşük olduğu saptandı. Çalışma durumlarına göre ÖZAN puanları karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=4,05$; $p=0,001$). Çalışma durumlarına göre gruplar bağımsız iki örneklem testi ile bakıldığında çalışan kişilerin öz anlayış düzeylerinin çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 9).

Eşlerin akrabalık durumuna göre BEDÖ puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=3,16$; $p=0,001$). Eşlerin akrabalık

durumlarına göre bağımsız iki örneklem testi ile bakıldığında akraba olan kişilerin ($44,85 \pm 13,68$) boyun eğicilik düzeylerinin akraba olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Eşlerin akrabalık durumuna göre ÖZAN puanları karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur ($t=-2,12$; $p=0,03$). Bağımsız iki örneklem testine göre akraba olan kişilerin öz anlayış düzeylerinin akraba olmayanlara göre daha düşük olduğu saptandı (Tablo 9).

Tablo 9. Ölçek puanlarının değişkenlere göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular

Değişkenler(n=484)	Ölçekler	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	t	p
Medeni durum	BEDÖ	Evli	403	$38,62 \pm 13,33$	3,27	0,001
		Evli değil	81	$33,43 \pm 11,47$		
	ÖZAN	Evli	403	$76,47 \pm 16,99$	0,47	0,641
		Evli değil	81	$75,51 \pm 17,00$		
Çalışma durumu	BEDÖ	Çalışıyor	242	$34,20 \pm 11,62$	6,15	0,001
		Çalışmıyor	242	$41,29 \pm 13,68$		
	ÖZAN	Çalışıyor	242	$79,38 \pm 16,95$	4,05	0,001
		Çalışmıyor	242	$73,22 \pm 16,47$		
Eşlerin çalışma durumu	BEDÖ	Çalışıyor	394	$38,57 \pm 13,28$	0,55	0,582
		Çalışmıyor	14	$40,57 \pm 15,30$		
	ÖZAN	Çalışıyor	394	$76,54 \pm 16,81$	1,34	0,182
		Çalışmıyor	14	$70,36 \pm 20,09$		
Akrabalık durumu	BEDÖ	Evet	41	$44,85 \pm 13,68$	3,16	0,001
		Hayır	362	$38,00 \pm 13,12$		
	ÖZAN	Evet	41	$71,00 \pm 16,05$	2,12	0,03
		Hayır	362	$76,93 \pm 17,05$		
D&C sebebi	BEDÖ	İsteğe bağlı	41	$41,27 \pm 17,33$	0,37	0,723
		Tıbbi	21	$39,67 \pm 14,10$		
	ÖZAN	İsteğe bağlı	41	$71,02 \pm 20,16$	0,97	0,34
		Tıbbi	21	$76,14 \pm 18,93$		
Kronik rahatsızlık	BEDÖ	Hayır	391	$37,40 \pm 12,82$	0,99	0,321
		Evet	91	$38,92 \pm 14,51$		
	ÖZAN	Hayır	391	$76,11 \pm 16,38$	0,84	0,401
		Evet	91	$77,76 \pm 19,10$		
Kullanılan ilaç	BEDÖ	Hayır	414	$37,71 \pm 13,06$	0,14	0,892
		Evet	70	$37,96 \pm 13,87$		
	ÖZAN	Hayır	414	$76,47 \pm 16,67$	0,51	0,613
		Evet	70	$75,34 \pm 18,78$		
AP kullanım yöntemi	BEDÖ	Modern AP	442	$37,19 \pm 13,00$	0,67	0,500
		Geleneksel AP	33	$38,76 \pm 10,39$		
	ÖZAN	Modern AP	442	$76,36 \pm 16,83$	1,16	0,247
		Geleneksel AP	33	$79,88 \pm 16,83$		

Veriler n olarak ifade edilmiştir. t:Bağımsız iki örneklem t testi. Bold karakterler istatistiksel olarak anlamlı değerleri göstermektedir. $p < 0,05$ anlamlı.

BEDÖ puanları kişilerin yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık önemli bulunmuştur ($F=2,65$; $p=0,049$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey karşılaştırma testine göre 26-30 yaş arası kişilerin boyun eğici davranış düzeylerinin, 36-49 yaş grubu kişilere göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$), (Tablo 10).

BEDÖ puanları kişilerin eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık önemli bulunmuştur ($F=26,61$; $p=0,001$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey testine göre gruplar ikiye ayrılmış ve karşılaştırıldığında ilkökul ve ortaokul mezunu kişilerin boyun eğici davranış düzeyleri, lise ve yüksekokul mezunlarına göre, lise mezunu kişilerin yüksekokul mezunu kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$), (Tablo 10).

ÖZAN puanları kişilerin eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık önemli bulunmuştur ($F=12,12$; $p<0,001$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey karşılaştırma testine göre ortaokul mezunu kişilerin öz anlayış düzeyleri, ilkökul, lise ve yüksekokul mezunlarına göre, lise mezunu kişilerin yüksekokul mezunu kişilere göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$), (Tablo 10).

BEDÖ puanları kişilerin gelir düzeyine göre karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık önemli bulunmuştur ($F=6,25$; $p=0,001$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey karşılaştırma testine göre düşük/çok düşük gelir düzeyine sahip kişilerin boyun eğici davranış düzeyleri, düzenli geliri olmayan, orta ve yüksek gelirli kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$), (Tablo 10).

BEDÖ puanları kişilerin yaşam yerlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur ($F=5,81$; $p=0,001$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey karşılaştırma testine göre il merkezinde yaşayan kişilerin boyun eğici davranış düzeyleri belde-köyde yaşayan kişilere göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$), (Tablo 10).

Tablo 10. Ölçek puanlarının değişkenlere göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular

Değişken	Ölçek	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	F	p	Fark (p)
Yaş	BEDÖ	15-25 ¹	128	37,77±12,69	2,65	0,049	2<4 (0,026)
		26-30 ²	150	35,72±12,05			
		31-35 ³	76	37,62±13,22			
		36-49 ⁴	130	40,15±14,51			
	ÖZAN	15-25	128	74,55±15,55	0,78	0,507	
		26-30	150	77,67±16,91			
		31-35	76	76,07±15,77			
		36-49	130	76,50±19,00			
Eğitim düzeyi	BEDÖ	İlkokul ¹	57	44,54±13,85	26,61	0,001	1>3 (0,025) 1>4 (0,000) 2>3(0,004) 2>4(0,001) 3>4(0,001)
		Ortaokul ²	65	45,32±14,10			
		Lise ³	143	39,13±13,58			
		Yüksekokul ⁴	219	32,83±10,08			
	ÖZAN	İlkokul ¹	57	76,14±16,17	12,12	0,001	2<1 (0,011) 2<3 (0,006) 2<4 (0,001) 3<4 (0,010)
		Ortaokul ²	65	66,68±15,63			
		Lise ³	143	74,71±17,29			
		Yüksekokul ⁴	219	80,25±16,12			
Gelir düzeyi	BEDÖ	Düzenli değil ¹	27	37,22±12,33	6,25	0,001	2>1 (0,023) 2>3 (0,030) 2>4 (0,001)
		Düşük/çok	15	50,40±13,81			
		Orta ³	350	37,98±13,35			
		Yüksek ⁴	92	34,95±11,37			
	ÖZAN	Düzenli değil ¹	27	73,65±17,50	2,68	0,059	
		Düşük/çok	15	69,07±15,69			
		Orta ³	350	75,85±16,91			
		Yüksek ⁴	92	79,99±16,82			
Yaşam yeri	BEDÖ	İl merkezi ¹	341	36,63±13,48	5,81	0,003	1<3(0,006)
		İlçe merkezi ²	109	39,35±11,52			
		Belde-köy ³	34	43,85±13,08			
	ÖZAN	İl merkezi	341	76,21±16,83	1,75	0,144	
		İlçe merkezi	109	77,99±18,38			
		Belde-köy	34	71,73±12,75			

Veriler n (%) olarak ifade edilmiştir. F: Tek yönlü varyans analizi. Fark: seçeneklerin kendi aralarında ki korelasyonunu göstermektedir. Bold karakterler istatistiksel olarak anlamlı değerleri göstermektedir. p<0,05.

Gravida ile BEDÖ arasında aynı yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki katsayısı bulunmuştur ($r:0,26;p=0,001$). Gravida ile ÖZAN arasında ters yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki katsayısı bulunmuştur ($r:-0,15;p=0,001$), (Tablo 11).

Parite ile BEDÖ arasında aynı yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki katsayısı bulunmuştur ($r:0,27;p=0,001$), (Tablo 10). Parite ile ÖZAN arasında ters yönlü düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r:-0,15;p=0,001$), (Tablo 11).

Abortus ve D&C sayıları ile BEDÖ arasında aynı yönlü, ÖZAN arasında ter yönlü ilişki katsayıları bulunmuştur. Bulunan bu ilişki katsayıları istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0,05$), bulunan bu ilişki katsayıları aynı zamanda zayıftır (Tablo 11).

Tablo 11. Obstetrik özelliklere göre ölçeklerin puanlarının karşılaştırılması

		BEDÖ	ÖZAN
Gravida	r	0,26	-0,15
	p	0,001	0,001
Parite	r	0,27	-0,15
	p	0,001	0,001
Abort	r	0,11	-0,09
	p	0,233	0,352
D&C	r	0,11	0,12
	p	0,323	0,372

r:Pearson ilişki(korelasyon) katsayısı. Bold karakterler istatistiksel olarak anlamlı değerleri göstermektedir. $P<0,05$ anlamlı.

BEDÖ ve ÖZAN puanları bırakılan AP yöntemi ve bırakma sebebine göre karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$), (Tablo 12).

Tablo 12. Ölçek puanlarının değişkenlere göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular

Değişken	Ölçekler	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	F	p	Fark(p)
Bırakılan yöntem	BEDÖ	RİA	32	40,56±14,5	1,14	0,342	
		Kondom	29	39,55±15,1			
		OKS	43	37,63±13,6			
		Diğer	8	47,63±16,1			
	ÖZAN	RİA	32	77,59±19,1	2,13	0,103	
		Kondom	29	71,48±17,7			
		OKS	43	80,74±19,7			
		Diğer	8	66,50±20,9			
AP bırakma sebebi	BEDÖ	Sağlık	30	37,33±12,8	1,59	0,203	
		Yöntemle	24	36,17±13,2			
		Gebelik	53	42,77±15,8			
		Diğer	5	37,80±9,52			
	ÖZAN	Sağlık	30	76,80±19,6	0,76	0,521	
		Yöntemle	24	80,25±17,1			
		Gebelik	53	73,92±20,8			
		Diğer	5	82,40±12,6			

Veriler n (%) olarak ifade edilmiştir. F: Tek yönlü varyans analizi. Bold karakterler istatistiksel olarak anlamlı değerleri göstermektedir. Fark: seçeneklerin kendi aralarında ki korelasyonunu göstermektedir. $P<0,05$ anlamlı.

BEDÖ puanları AP kullanıma sebebi durumuna göre karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($F=3,11; p=0,009$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey yöntemine göre etkili bir yöntem diyen kişilerin boyun eğici davranış düzeyleri eşimin isteği diyen kişilere göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Diğer gruplar arasındaki farklılık anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$), (Tablo 13).

BEDÖ puanları kişilerin ‘AP yöntemi kullanma sorumluluğu kime aittir?’ sorusuna verilen yanıtlara göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=5,78; p=0,001$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey karşılaştırma testine göre aile planlaması sorumluluğunun eşlerin her ikisine de ait olduğunu belirten kişilerin boyun eğici davranış düzeyleri, bilmiyorum/cevap vermek istemiyorum diyen kişilere göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$). Diğer gruplar arası farklılık anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$), (Tablo 13).

Tablo 13. Ölçek puanlarının değişkenlere göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular

Değişken	Ölçekler	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	F	p	Fark (p)
AP öğrenilen kaynak	BEDÖ	Hekim	169	37,71±13,41	0,42	0,742	
		Sağlık personeli	205	38,27±12,69			
		Kitap, dergi, tv	63	36,14±12,80			
		Diğer	47	37,74±14,94			
	ÖZAN	Hekim	169	76,61±17,92	1,23	0,301	
		Sağlık personeli	205	76,37±16,09			
		Kitap, dergi, tv	63	73,13±16,99			
		Diğer	47	79,26±17,14			
AP kullanma sebebi	BEDÖ	Etkili	164	36,06±12,69	3,11	0,009	5>1 (0,008)
		Sağlıklı	106	37,92±12,82			
		Kullanım	131	38,50±13,65			
		Sağlık nedeni ⁴	17	37,82±16,28			
		Eşimin isteği ⁵	45	43,64±12,16			
		Diğer ⁶	21	32,71±11,45			
	ÖZAN	Etkili bir yöntem ¹	164	76,59±15,98	1,88	0,090	
		Sağlıklı	106	75,75±17,49			
		Kullanım	131	75,44±17,50			
		Sağlık nedeni ⁴	17	75,35±20,54			
		Eşimin isteği ⁵	45	74,50±17,02			
		Diğer ⁶	21	86,95±13,12			
AP yöntemi kullanma sorumluluğu kime ait	BEDÖ	Kadına ¹	38	40,89±14,95	5,78	0,001	3<4 (0,003)
		Erkeğe ²	18	42,61±13,63			
		Her ikisine ³	406	36,76±12,55			
		Fikrim yok ⁴	22	46,59±16,26			
	ÖZAN	Kadına ¹	38	76,03±16,59	2,81	0,059	
		Erkeğe ²	18	70,94±14,36			
		Her ikisine ³	406	77,04±16,89			
		Fikrim yok ⁴	22	67,64±18,96			

Veriler n (%) olarak ifade edilmiştir. F: Tek yönlü varyans analizi. Fark: seçeneklerin kendi aralarında ki korelasyonunu göstermektedir. Bold karakterler istatistiksel olarak anlamlı değerleri göstermektedir. P<0,05 anlamlı.

BEDÖ puanları eşin aile planlamasını destekleme durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (F=4,83; p=0,008). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey karşılaştırma testine göre ‘eşiniz aile planlaması konusunda sizi destekler mi’ sorusuna hayır diyenlerin boyun eğici davranış düzeyleri evet ve emin değilim diyen kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05), (Tablo 14).

ÖZAN puanları eşin aile planlamasını destekleme durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (F=6,56; p=0,001). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey

karşılaştırma testine göre eşiniz aile planlaması konusunda sizi destekler mi sorusuna evet diyenlerin öz anlayış düzeyleri hayır ve emin değilim diyen kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$), (Tablo 14).

BEDÖ puanları eşlerin korunmasız birlikteliğe zorlama durumuna göre karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($F=67,13$; $p=0,001$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey karşılaştırma testine göre hayır hiç olmadı diyenlerin boyun eğicilik davranış düzeyleri birkaç kez yaşandı ve sıklıkla yaşanır diyenlere göre daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$), (Tablo 14).

ÖZAN puanları eşlerin korunmasız birlikteliğe zorlama durumuna göre karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($F=34,23$; $p=0,001$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey karşılaştırma testine göre hayır hiç olmadı diyenlerin öz anlayış düzeyleri birkaç kez yaşandı ve sıklıkla yaşanır diyenlere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$), (Tablo 14).

BEDÖ puanları eşlerinin korunmasız birlikteliğe zorlamasına karşı koyabilme durumuna göre farklılık önemli bulunmuştur ($F=271,08$; $p=0,001$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey karşılaştırma testine göre karşı koyabilirim diyen kişilerin boyun eğici davranış düzeyleri karşı koymam diyenlerin ve karşı koymak isterim ama başaramam diyen kişilere göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu bulundu. Ayrıca karşı koyamam diyenlerin boyun eğici davranış düzeyleri karşı koymak isterim ama başaramam diyen kişilere göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$), (Tablo 14).

ÖZAN puanları kadınların eşlerinin korunmasız birlikteliğe zorlamasına karşı koyabilme durumuna göre farklılık önemli bulunmuştur ($F=77,77$; $p=0,001$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tukey karşılaştırma testine göre karşı koyabilirim diyen kişilerin öz anlayış düzeyleri karşı koymak isterim ama başaramam diyen ve karşı koymam diyenlere göre anlamlı biçimde daha yüksek saptandı ($p<0,05$). Ayrıca karşı koymam diyenlerin öz anlayış düzeyleri karşı koymak isterim ama başaramam diyen kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$), (Tablo 14).

Tablo 14. Ölçek puanlarının değişkenlere göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular

Değişken	Ölçekler	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	F	p	Fark(p)
Eşlerin AP'nı destekleme durumu	BEDÖ	Evet ¹	346	37,05±12,53	4,83	0,008	2>1(0,006) 2>3(0,034)
		Hayır ²	22	45,86±15,58			
		Emin değilim ³	116	38,28±14,08			
	ÖZAN	Evet ¹	346	77,94±15,91	6,56	0,001	1>2(0,021) 1>3(0,014)
		Hayır ²	22	68,05±21,50			
		Emin değilim ³	116	72,98±18,31			
Eşlerin, korunmasız zorlama birlikteliğe durumu	BEDÖ	Hayır ¹	374	34,43±10,05	67,13	0,001	2>1(0,001) 3>1(0,001)
		Birkaç kez ²	96	49,42±15,94			
		Sıklıkla ³	14	46,50±16,70			
	ÖZAN	Hayır ¹	374	79,55±14,40	34,23	0,001	1>2(0,001) 1>3(0,021)
		Birkaç ²	96	64,93±18,98			
		Sıklıkla ³	14	67,93±28,03			
Bu duruma karşı koyabilme durumu	BEDÖ	Karşı koyabilirim ¹	386	32,96±8,62	71,08	0,001	2>1(0,001) 3>1(0,001) 2>3(0,011)
		İstesemdebaşaramam ²	52	59,10±9,55			
		Karşı koyamam ³	46	53,78±11,67			
	ÖZAN	Karşı koyabilirim ¹	386	80,41±14,05	77,77	0,001	2<1(0,001) 3<1(0,001) 2<3(0,001)
		İstesemdebaşaramam ²	52	56,15±17,49			
		Karşı koymam ³	46	64,40±17,45			

Veriler n (%) olarak ifade edilmiştir. F: Tek yönlü varyans analizi. Bold karakterler istatistiksel olarak anlamlı değerleri göstermektedir. Fark: seçeneklerin kendi aralarında ki korelasyonunu göstermektedir. P<0,05 anlamlı.

5. TARTIŞMA

AP yöntemlerinin kullanımı ile ailelerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları sağlanabilir, bununla birlikte planlanmış gebeliklerle hem annelerin hem de bebeklerinin sağlıkları korunabilir. Devletlerin bu konuda ki programları sürekli değişmekte ve gelişmektedir. AP programları yeterli düzeyde olsa da bu durumu başarıya ulaştıracak diğer bir konu, kadınların psikolojik açıdan yeterli olmalarıdır. Ancak bu durumda yüksek öz anlayış ve düşük boyun eğici davranışa sahip kadınlar, AP kullanım durumları konusunda partnerleri ile ortak ve sağlıklı kararlar alabilirler.

Bu çalışmamızda amacımız AP yöntemlerini tercih ve kullanım başarısında kadınlarda öz anlayış ve boyun eğiciliğin etkisinin ne yönde olduğunu saptamaktır. Bununla birlikte AP yöntemlerini tercih ve kullanımda etkisi varsa bunun ne derecede etkili olduğunu tespit edip literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

Çalışmamıza katılan kadınların yaş ortalaması $32 \pm 7,8$ 'dir. 15-25yaş arası 128, 26-30yaş arası 150, 31-35yaş arası 76, 36-49yaş arası 130 kişi'dir. 2022 yılında Manisa'da Canan ve arkadaşlarının kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada yaş ortalaması $32,7 \pm 8,4$ olup %29,6'sı 32-38 yaş arasındadır(113). Ankara'da 903 kadın ile yapılan bir çalışmada kadınların yaş ortalaması $33,1 \pm 7,6$ olup %22,8'i 25-29 yaş grubundadır (114). İzmir'de kadınların postpartum dönemde AP yöntem tercihi ve tutumunu inceleyen bir çalışmada kadınların yaş ortalaması $28,4 \pm 5,9$ olarak saptanmıştır (115). Şanlıurfa'da bir çalışmada kadınların yaş ortalaması $30,1 \pm 7,3$ bulunmuştur (116). Ülkemizde son zamanlarda kadınların AP tutumlarının incelendiği çalışma bulguları ile çalışmamızdaki kadın yaş ortalaması benzerdir.

Çalışmamızda katılımcıların %83,26'sı evli, %16,74'ü bekârdır. Batı Karadeniz'de yürütülen bir çalışmada kadınların %95'i evlidir(117). Manisa'da yapılan araştırmada kadınların %56,4'ünün evli, %43,6'sının bekâr olduğu saptanmıştır (118). Literatürde ki bu çalışmaların bulguları çalışmamızla farklılık göstermektedir. Farklılığın çalışmalara katılan kadınların yaş ortalamalarının değişkenlik göstermesinden kaynaklandığı düşünüldü.

Çalışmamıza katılan kadınların eğitim düzeyleri incelendiğinde katılımcıların %11,78'i ilkokul, %13,43'ü ortaokul, %29,55'i lise, %45,25'i yüksekokul mezunudur.

2018 TNSA verilerinde 15-49 yaş arasındaki kadınların %9'u ilkokulu bitirmemiş/eğitim almamış, %29'u ilkokul, %20'si ortaokul ve %41'i lise ve üzeri mezunudur (119). Yapılan benzer çalışmalarda Bolu'da kadınların %47,8'i (120), Aydın'da %20,8'i (121), Manisa'da %40,6'sı (118), Trakya'da %37,4'ü (122), Ankara'da %13,5'i (114) üniversite mezunudur. Karadeniz'de yapılan çalışmada katılımcıların %44,6'sının üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (117). Şanlıurfa'da kadınların AP'na ilişkin tutumlarını inceleyen çalışmada kadınların %18'i lise ve üzeri eğitim almıştır (116). Şanlıurfa'da katılımcıların %69,9'unun okur-yazar olmadığı, Bolu'da %71,4'ünün, İzmir'de %66,4'ünün, Konya'da %84,9'nun ve Ankara'da %64,7'sinin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (116,123–126). Çalışma sonuçlarında görüldüğü gibi bu araştırmada kadınların eğitim seviyesinin diğer çalışmalardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Farklılığın nedeni bölgesel olmakla birlikte zamanla kadınların eğitim düzeyindeki artıştan kaynaklandığı düşünüldü.

Çalışmamızda katılımcıların çalışan ve çalışmayan kadın oranı eşittir. TNSA 2018 verilerine göre 15-49 yaş arası kadınların %28'i çalışmaktadır (119). Bilge'nin Erzurum'da benzer çalışmasında çalışmayan kadın oranı %81,2'dir (127). Salman ve arkadaşlarının Isparta'da yaptığı bir çalışmada çalışmayan kadın oranı %48,7'dir (128). İncelenen literatür ile çalışmamızda çalışan ve çalışmayan kadın oranı farklılık göstermektedir. Bu farklılık ülkemizde batıdan doğuya gidildikçe sosyo-kültürel ve ekonomik şartların değişmesi ile birlikte eğitim düzeyinin de etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların eşlerinin %96,57'si çalışmaktadır. Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde eşlerin büyük çoğunluğu herhangi bir işte çalışmaktadır (122,124,127,128). Çalışmamız eşlerin çalışma durumuna göre literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda kadınların %10,17'si eşleri ile akrabadır. 2018 TNSA verilerine göre İç Anadolu Bölgesinde akraba evlilik oranı %25 bulunmuştur (119). Erzurum'da kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada eşler ile akrabalık oranı %23,8'dir (127). Yaptığımız çalışmada kadınların eşleri ile akrabalık durumlarının TNSA 2018, Erzurum, Bolu Dört Divan, İzmir Bayraklı ve Manisa'da yapılan çalışmalara göre daha düşük olduğu görülmekte idi (123,129–131). Bu fark çalışmamız katılımcılarının

çoğunlukla il merkezinde ikamet etmelerinden kaynaklanmaktadır. Akraba evliliklerinin oranı kırsalda daha fazla olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamız katılımcılarının aile gelir düzeyleri sorgulandığında %5,58'nin düzenli geliri yok, %3,10'nun düşük/çok düşük, %72,31'nin orta, %19,01'nin yüksek gelire sahip olduğu anlaşılmıştır. Aydın ve arkadaşlarının Bolu'da kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada ailelerin %71,1'inin, Aydın'da Karaçam ve Çayan'ın çalışmasında %71,4'ünün ve Ankara'da Ayaz ve Efe'nin çalışmasında %57,3'ünün gelirinin giderine eşit olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışma sonuçlarına paralel olarak Konya'da yürütülen bir çalışmada kadınların %54'ü gelirinin giderine eşit olduğunu belirtmiştir. Şanlıurfa'da kadınların %81,6'sının ve İzmir'de %53'ünün gelir durumu düşük bulunmuştur (43,121,125,126,132). Çalışmamızda ailelerin gelir düzeyinin daha yüksek bulunma sebebi, çalışmamıza katılan kadınların çalışma oranların diğer çalışmalardan daha yüksek bulunmasından olduğu düşünüldü.

Çalışmamız katılımcıların yaşadıkları yer sorgulanmış, %70,45'i il merkezi, %22,52 ilçe merkezi, %7,02'si belde/köyde yaşamaktadır. TNSA (2018) verilerine göre 15-49 yaş kadınların %78'i kent merkezlerinde yaşamaktadır (70). Canan ve arkadaşlarının Manisa'da yaptığı benzer bir çalışmada kadınların %53,4'ü ilçede yaşamaktadır (113). Demet'in çalışmasında il merkezinde yaşayan kadınların oranı %84,1 iken köyde yaşayanların oranı %9,9'dur (133). Çalışmamız ile literatür arasında ki farkın sebebi şehirler arasında ki sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ile ilgili olduğu düşünüldü.

Çalışmamıza katılan kadınların, 'herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?' sorusuna %81,12'si hayır, %18,88'si evet cevabını vermiştir. Demet ve arkadaşlarının çalışmasında %22,8'nin herhangi bir kronik rahatsızlığı vardır (133). Bilge'nin çalışmasında bu oran %20,6'dır (134). Katılımcıların kronik hastalık oranları ile literatür arasında benzerlik bulunduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılan kadınların, sürekli kullandığınız herhangi bir ilaç var mı sorusuna %85,54'ü hayır, %14,16'sı evet cevabını vermiştir. Bilge'nin çalışmasında herhangi bir ilaç kullanan sayısı %20,6'dır (134). Literatür çalışmalarıyla çalışmamız arasında paralellik bulunmaktadır.

Çalışmamızda katılan kadınların gebelik sayısı sorgulanmış ortalama 1,64 olup, %27,27 ile tek gebelik geçirenlerin sayısı en yüksektir. Bilge'nin Erzurum'da yaptığı çalışmada ortalama gebelik sayısı 3,07 olup, 2 gebelik geçirenler en yüksektir (127). Nevşehir Özkonak'da yapılan çalışmada gebelik oranı 3,4'dür (135). İzmir Işıkkent'de kadınlarda yapılan çalışmada toplam gebelik sayısı 3,3 olup bizim çalışmamızdan yüksektir (131). Çalışmamıza katılımın çoğunlukla il merkezinden olmasının ve diğer çalışmalarda ilçe ve köy katılımlarının daha yüksek olmasının bu farklılığa sebep olduğu düşünüldü.

Çalışmamız katılımcılarının doğum oranları ortalama olarak 1.24 olup %34,71 ile en çok tek canlı doğumdur. TNSA 2018 verilerine göre 15-49 yaş kadınların canlı doğum oranı 1,6'dır (119). Ezel'in çalışmasında bu oran 2,29'dur (70). Trabzon, Konya, İzmir, Yozgat, Bayraklı ve Bolu Dört Divan'da yapılmış olan çalışmalarla çalışmamız verilerinin benzerlik gösterdiği, Nevşehir Özkonak, Manisa gece konu bölgesinde ise bizim çalışmamıza göre canlı doğum sayılarının daha yüksek olduğu görüldü (123,130,131,135-139). Çalışmamız ile TNSA 2018 verileri uyumludur. Diğer çalışmalarla olan farklılığın, çalışmaların tek merkezli olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Çalışmamız katılımcılarının ortalama düşük sayısı 0,17 olup, düşük yapma oranı %24,5'dir. TNSA(2018) verilerine göre bu oran %5,9'dur (70). Bilge'nin çalışmasında düşük yapanların ortalaması 0.5 ± 0.8 olup düşük yapma oranı %34,6'idi (127). Çalışmamız verileriyle literatür arasında ki farkın bölgesel kaynaklı olduğu düşünüldü.

Çalışmamızda katılan kadınların küretaj olma oranı %12,80'dir. Bunlar içerisinde isteğe bağlı küretaj olanlar %66,13, tıbbi nedenli küretaj olanlar %33,87'dir. 2018 TNSA verilerine göre bu oran %5,9 olup batıdan doğuya gidildikçe bu oran artmaktadır (70). Bozkurt'un Denizli il merkezinde 15-49 yaş arası kadınlarda üzerinde yaptığı çalışmada küretaj oranı %5,6'dır (140). Yavuz ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %14,1'dir (133). Çalışmamız katılımcılarının küretaj olma oranları literatür ile farklılık göstermektedir. Muhtemel farklılığın sebebi, Türkiye'de batıdan doğuya ve il merkezlerinde kırsala gidildikçe sosyo-ekonomik düzeyin

düşmesi ve aile fert sayılarının yüksek olması ile birlikte istenmeyen gebelik sayılarında artış olmasına bağlandı.

AP yöntemlerini öğrendikleri kaynaklar incelendiğinde; %34,91'i hekimlerden, %42,36'sı yardımcı sağlık personellerinden, %22,73'ü kitap, dergi, tv, sosyal medyadan cevabını vermiştir. TNSA verilerine (2018) göre kadınların büyük çoğunluğu (%81) kitle iletişim araçlarından (radyo, TV, yazılı basın, internet) AP hakkında herhangi bir bilgi edinmiştir (70). Ömür'ün İstanbul'da (2021) yaptığı çalışmada kadınların yalnızca %15'i hekim önerisi almış, %43,9'u hiç sağlık çalışanı desteği almamış (141). Feyza ve arkadaşlarının Ordu'da 323 kadın üzerinde yaptığı çalışmada herhangi bir sağlık profesyonelinin danışmanlık alan hasta oranı %34,7'dir (142). Gülbahar ve arkadaşlarının Afyon'da 200 kadınla yaptığı çalışmada kadınların büyük oranı (70,5) herhangi bir sağlık kuruluşundan AP hakkında danışmanlık almamıştır (143). Çalışmamızın bu verileri ile literatür arasında ki farkın kadınların, sağlık hizmetine ulaşım imkânlarının farklı merkezlerde yetersiz olabileceği düşünülebilir, bununla birlikte farklı yaş gruplarında internet, telefon gibi teknoloji ürünlerini kullanım oranlarının değişebileceği düşünüldü.

Katılımcıların daha önceden kullanıp herhangi bir sebeple bıraktıkları AP yöntemi incelendiğinde; %28,56 ile en çok RİA, %25,89 ile kondom, %38,39 ile oks, %7,14 ile diğer cevabını vermiştir. Bırakma sebebi olarak %47,32 ile en çok gebelik isteği, %26,79 ile yan etkileri yüzünden, %21,43 ile yöntem ile ilgili sorunlardan cevabını vermiştir. Gaziantep'te bir sağlık ocağına başvuran 165 kadınla yapılan çalışmada kadınların %70,9'unun daha önce herhangi bir AP yöntemi kullandığı, bunlardan %50,9' unun OKS, %37,6'sının prezervatifle, % 6,7'sinin RİA ile korunduğu ve bu yöntemi bıraktığı belirlenmiştir (144). Ömür'ün çalışmasında kadınların %45'i modern yöntemlerden birini kullandığını beyan etmiş ve hala beşte biri geri çekme yöntemini tercih ettiklerini belirtmiştir. Yöntem bırakma gerekçesi olarak gebelik düşüncesi olan kadınlardan sonra ki sırayı alan %21,4'lük kısım eşim korunmamı istemiyor diyerek eş baskını ortaya koymuştur (141). Ezel'in çalışmasında AP bırakma nedenleri arasında en çok gebelik isteği ve yan etki nedeni bulunmaktadır (134). Bazı yerel çalışmalarda ise eşin istememesi de önemli yöntemleri kullanmama nedenleri arasındaydı (123,135,139). Bu durumla ilgili farkın bu bölgelerde AP kullanımına erkeklerin katılımının düşük olması ile açıklanabilir. Uluslararası

çalışmalarda yöntem bırakma nedenleri arasında gebelik isteği en yüksek oranda olmakla birlikte yan etkiler, yöntemler hakkındaki bilgi eksikliği de önemli nedenler arasındaydı (145–147). Uluslararası farklılık ölkelerin gelişmişlik seviyesi, verilen AP programlarının kapsamı ve devlet politikaları ile açıklanabilir.

Katılımcıların şuan kullanmakta olduğu AP yöntemi ve kullanma sebebi incelendiğinde; kadınların 98,1'i herhangi bir yöntem kullanmaktadır, bunların %91,32'si modern yöntemlerden bir tanesini, %6,81'i modern olmayan yöntemlerden bir tanesi kullanmaktadır. Katılımcıların %1,85'i herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. Katılımcıların %39,25'i RİA, %38,22'si kondom, %8,26'sı oks, %12,69'u diğer yöntemler cevabını vermiştir. Kadınların %33,88'i yöntemi etkili olduğu için, %21,9 sağlıklı olduğu için, %27,07'si kullanımı kolay olduğu için, %3,51'i sağlık sorunları yüzünden, %9,30'u eşinin isteği olduğu için kullanıyor. Tüm dünyada kadınların %63'ü herhangi bir yöntem kullanılırken bunların %57'si modern AP, %6'sının ise geleneksel bir AP yöntemi kullandığını belirtmiştir. Kullanılan yöntem tercihleri açısından bakıldığında Asya'da tüp ligasyonu ve RİA en fazla kullanılırken, Avrupa ve Afrika'da OKS, kondom ve enjeksiyon yöntemleri daha fazla tercih edilmiştir (148). Türkiye'de ise TNSA(2018) verilerine göre kadınların %70'i herhangi bir yöntemi kullanmaktadır. En yaygın kullanılan yöntemler geri çekme(%20), erkek kondomu(%19) ve RİA(%14)'dir (70). Ercan ve arkadaşlarının İstanbul'da yaptığı bir çalışmada modern yöntem kullanımı %55,2, geleneksel yöntem kullanımı %44,8'dir. En sık tercih ettikleri yöntemler geri çekme yöntemi (%44.8), RİA (%21.6) ve tüp ligasyonu (%14.4) şeklindedir (149). Bilge'nin çalışmasında katılımcıların %77.7'si herhangi bir kontraseptif yöntemi kullandığını beyan etmiş, %48,2'si modern bir yöntemi, %29,5'i geleneksel bir yöntemi, %22,3'ü ise herhangi bir AP yöntemi kullanmadığını belirtmişti. Kontrasepsiyon kullananların içinde RİA en çok kullanılan yöntem iken, kondom ikinci sıradadır (134). Çalışmamız ile literatür verileri farklılık göstermektedir. Muhtemel farklılığın sebebi bölgesel olmakla birlikte çalışmaya katılan kadınların ortalama yaş dağılımlarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünöldü. Bununla birlikte farklı coğrafyalarda farklı önceliklerin ve kültürel anlayışların olabileceği de göz ardı edilmemelidir. Ölkemizde AP yöntemleri politikalar gereği Aile Sağlığı Merkezleri tarafından ücretsiz dağıtılmaktadır. RİA ve prezervatifler bu kapsama giren yöntemlerden olup, bu durum RİA ve prezervatiflerin

yüksek orandaki kullanımlarını açıklayabilir. Gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde doğurganlığın yüksek olması ve kadınların kısa aralıklarla gebe kalma korkusu, bu ülkelerde uzun etkili yöntemlerin (RIA ve tüp ligasyonu) kullanımının artmasında etkili olmuştur. Doğurganlığın daha düşük olduğu ve aile fert sayısının daha az olduğu gelişmiş ülkelerde OKS ve kondom gibi yöntemlerin daha çok tercih edilmesi, bu yöntemlerin pratik olması ve terkedildiğinde doğurganlığın etkilenmemesi ve geri dönüşümünün hızlı oluşu ile açıklanabilir. Bununla birlikte prezervatiflerin bütün dünyada olduğu kadar, özellikle Afrika'da AIDS ve diğer CYBH'dan korunmak amacı ile tercih edildiği düşünülmüştür (148,150).

Araştırmamıza katılan kadınların AP yöntemi sorumluluğunun; %83,88'i ile en çok eşlerden her ikisine, %7,85'i kadına, %3,72'si erkeğe ait olduğunu düşünmekte, bununla birlikte katılımcıların %4,55'i bilmediğini/fikir beyan etmek istemediğini belirtmiştir. Gülbahar'ın araştırmasında çalışma grubunun üçte ikisi AP yöntem kullanımının her iki cinsinde sorumluluğunda olması gerektiği belirtmektedir. Yalnızca kadının sorumluluğu olduğunu belirtenler daha az orandadır (143). Bu durum erkeklerin de AP konusunda daha etkin eğitimlerinin son derece önemli olduğunu göstermektedir (151). Erkeklerin gebeliğin kontrolünde kadınlarla eşit düzeyde sorumluluk almadıkları görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin büyük bölümü AP'nı onaylamakta, sorumluluğu çiftlerin paylaşması gerektiğini belirtmekte, buna karşın yöntemleri kadınların kullanması gerektiğine inanmaktadır (152). Erkeklerin AP konusunda eğitiminin desteklenmesi ile etkin yöntem seçimi ve kullanımı oranlarında artış sağlanabilecektir (153). Çalışmamız verileri ile literatür arasında bölgesel olduğu düşünülen farklılıklar vardır.

Araştırmamıza katılan kadınların AP yöntemi kullanımda %71,49'nun eşi tarafından desteklendiğini, %4,55'i eşi tarafından desteklenmediğini, %23,97'si de fikir beyan etmek istemediğini belirtmiştir. Gülbahar'ın araştırmasında yöntemle eşiyile birlikte karar verenler %85 oranındadır (143). Ömür'ün çalışmasında korunma yöntemine eşleri ile birlikte karar verenlerin oranı %88,2'dir (141). ABD Ulusal Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)'nin bir çalışmasında kadınların %30'unun partnerlerinin korunmak istemediklerini ve partnerleri tarafından bir tür üremeye zorlandığını bildirmiştir (154). CDC'nin 2020 verilerine göre son 20 yılda yaklaşık 18 milyon kadın yaşamları boyunca tecavüz yaşadı, bu kadınların %5,2'si partnerleri

tarafında cinsel birlikteliğe zorlanmıştı. Yaklaşık 3milyon kadın RRP (tecavüz sonrası gebelik) yaşadı. Yakın bir partnerleri tarafından tecavüze uğrayan kadınların %30'u aynı partner tarafından bir tür üremeye zorlandı. Kadınların %20'si eşlerinin, istemedikleri halde onları hamile bırakmaya çalıştığını veya doğum kontrolünü kullanmalarını engellemeye çalıştığını bildirdi. Yaklaşık %23'ü eşlerinin prezervatif kullanmayı reddettiğini bildirdi (155). Esra ve arkadaşlarını erken evlilik üzerine yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre kadının, ataerkil yapıda kültürel kabullerin ve beklentilerin olduğu toplumlarda, erken evliliğin ve kadın istemese de çocuk sahibi olma zorunluluğunun olduğunu göstermektedir. Bu beklentiye göre kız çocuğu evlendirilmeli, hamile kalmalı, anne olmalı, çocuk bakmalı, erkeğine kadınlık yapmalıdır (156). Jensen ve Thornton'un çalışmasında (2003) çocuk sahibi olmaya önem atfeden ataerkil toplumlarda çocuk yaşta kızlar evlendirilmektedir, çünkü kızlar ne kadar erken yaşta evlenirse doğurganlıklarının da o kadar yüksek olacağı düşünülmektedir (157). Yine Akpan'ın 2003 yılında yaptığı çalışmaya göre geleneksel alışkanlıklar ve inançlarla belirlenen ve kadından beklenen toplumsal cinsiyet rolleri ile kadının rızası dışında gebe kalmaya zorlanması ataerkil kültürün sonucudur (158). Literatür incelendiğinde Türkiye gibi toplumlarda özellikle İç Anadolu, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde kadının doğurganlığına atfedilen önem, ataerkil kültürel yapı kadını istemese de boyun eğici olamaya, eşleriyle korunmasız birlikteliğe zorlamıştır. Çalışmamız ile literatür verileri uyumlu bulunmuştur.

Katılımcıların %19,83'ü korunmak istediği halde eşlerinin bunu reddettiği ve kendisini korunmasız birlikteliğe birkaç kez zorladığını, %2,89'u sık sık zorladığını, %77,27'si de hiç zorlamadığını belirtmiştir. Ankara'da 18-67 yaş arasındaki 155 kadınla yapılmış olan bir çalışmada kadınların %7.2'si "ara sıra", %7.2'si "bazen", %1.3'ü ise "sık sık" eşleri tarafından korunmasız cinsel birlikteliğe zorlandıklarını belirtmiştir (159). Türkiye'nin Doğu ve Güneydoğu Bölgelerindeki farklı merkezlerde 599 kadın ile yapılan bir çalışmaya göre kadınların %16.3 ile "sık sık", %35.6 ile "bazen" eşlerinin cinsel saldırısına maruz kaldıklarını bildirmektedirler (160). Erberk ve arkadaşlarının (2004) psikiyatr yardımı almak için başvuran çiftler üzerinde yaptığı çalışmada erkeklerin %26'sının bazen, %10'unun sıklıkla, %6'sının her zaman eşlerini cinsel ilişkiye zorladıkları saptanmıştır (161). Ulusal Cinsel Şiddet Kaynak Merkezi (NSVRC)'nin 2019 verilerine göre her beş kadından biri hayatları boyunca

en az bir kez tecavüze uğradı. Bu kadın kurbanların yaklaşık yarısı (%51,1) partneri tarafından en az bir kez korunmasız birlikteliğe zorlandığını bildirdi (162). Ülkemizde batıdan doğuya gidildikçe kadınların, bu olumsuz durumla karşılaşma yüzdelerinin arttığı görülmüştür. Bu sebeple verilerimiz literatür ile paralellik göstermektedir.

Katılımcıların bu durumda eşlerine tepkilerinin nasıl olacağı sorulduğunda; %79,75'nin karşı koyabilirim, %10,74'nün karşı koymak isterim fakat başaramam, %9,50'sinin karşı koymam cevabı verdiği tespit edildi. NSVRC'nin verilerine göre 2017'de tecavüz ve cinsel saldırıların %40'ı polise bildirildi, ancak 2018'de yalnızca yaklaşık %25'i polise bildirildi (163). Ülkemizde Esra'nın yapmış olduğu çalışmada kadınlar genel olarak ataerkil ve erkek hegemon yapının söz sahibi olduğu kültür içinde yetişmiştir. Ataerkil toplum içinde kadınların yaşamları, kendileri için belirlenen roller çerçevesinde anlam kazanır. Bu roller doğrultusunda kadın ailesinin ve eşinin çocuk sahibi olma isteğine çoğunlukla karşı koymamakta veya koyamamaktadır (156). Literatür verileri incelendiğinde çalışmamız verileriyle farklılığın bölgesel olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamız katılımcılarının BEDÖ ortalaması $37,75 \pm 13,17$ 'dir. Birbirinden bağımsız gruplar üzerinde yapılmış olan çeşitli çalışmaların BEDÖ puanları incelenmiştir. Malatya'da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin boyun eğicilikleri ile şiddet ilişkileri incelenmiş olup öğrencilerin BEDÖ puan ortalaması 36.15 ± 8.57 bulunmuştur (164). Sakarya'da öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada BEDÖ puan ortalaması kız öğrencilerde 34,08 iken, erkek öğrencilerde 37,21 olarak saptanmıştır (165). Antalya'da hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada da BEDÖ puan ortalaması $34,9 \pm 8,7$ bulunmuştur (166). Van'da Botan ve arkadaşlarının mesleki eğitim merkezine devam edenler üzerinde yaptığı çalışmada bireylerin BEDÖ puan ortalaması $44,3 \pm 11,4$ olarak saptanmış ve diğer çalışmalardan daha yüksek olduğu görülmektedir (167). Botan'ın çalışmasında BEDÖ puan ortalamasının yüksek olmasının sebebi, sosyal şartlardan kaynaklanan değişkenlere bağlı olabileceği gibi katılımcıların ekonomik ve yerel kültürel özelliklerinden etkilenmiş olabilir. Bizim çalışmamızda katılımcıların BEDÖ puanları literatür çalışmaları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamız katılımcılarının ÖZAN ölçeği puan ortalaması $76,31 \pm 16,98$ 'dir. İzmirli ve Engin'in üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ÖZAN ölçek puan ortalaması $77,03 \pm 14,33$ 'dür (168). Sarıcaoglu'nun çalışmasında ÖZAN ölçek ortalaması $77,20 \pm 13,34$ 'dür (91). Pınar'ın İstanbul'da yaptığı bir çalışmada ÖZAN ölçeği puan ortalaması $78,20 \pm 16,11$ bulmuştur (169). Kasım ve arkadaşlarının Konya'da yaptığı çalışmasında ÖZAN ölçeği puanı ortalaması $75,16 \pm 14,48$ 'dir (170). Çalışmamız ÖZAN ölçek puanları açısından literatür ile uyumlu olup literatür verileri tarafından desteklenmektedir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların boyun eğici davranış puanları ile öz anlayış puanları arasında anlamlı ve orta düzeyde ters yönlü bir ilişki bulunmuştur. Boyun eğici davranışın öz anlayış tarafından yordandığı anlaşılmış olup öz anlayış düzeyi artarken boyun eğici davranışın azaldığı gözlenmiştir. Çalışmamız bu bulguları Hatice Deniz ve Engin, 2020; Gilbert ve Irons, 2004; Akın, 2009; Castilho ve diğerleri, 2014; Gupta ve Mishra, 2016 çalışmalarıyla uyumlu bulunmuştur (171–174).

Çalışmamız katılımcıları yaş özelliklerine göre incelendiğinde; 36-49 yaş arası, kadınların 26-30 yaş arası kadınlardan daha yüksek boyun eğicilik sergiledikleri bulunmuştur. Botan'ın çalışmasında katılımcıların yaşları arttıkça boyun eğiciliklerinin de arttığını tespit etmiştir (167). Çalışmamız bu verileri literatür ile uyumludur. Kadınların eş ve anne rolü zamanla kendi istek ve arzularının önüne geçebilmektedir. Bununla birlikte hayat beklentileri ailesinin huzuru ve refahı olmaktadır. Bu yönüyle zamanla edinilen alışkanlıklar ve beklenmedik öncelikler kadını yüksek boyun eğici davranış sergilemeye zorlamış olabilir.

Çalışmamız katılımcıları medeni durumları açısından incelendiğinde; evli olanların evli olmayanlara göre boyun eğici davranışı anlamlı şekilde yüksektir. Öz anlayışları açısından anlamlı bir ilişki yoktur. Dönmez'in öğretmenler üzerinde yaptığı çalışmada evli olanların, olmayanlara göre daha boyun eğici olduğu bulunmuştur (175). Botan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada evli olanların olmayanlara göre boyun eğiciliğinin daha yüksek olduğunu bulmuştur (167). Genel olarak evlilik beraberinde yeni alışkanlıklar ve kurallar getirmektedir. Bununla birlikte ataerkil toplumlarda boyun eğici davranış sergileyen kişiler yeni problemler birlikte eşlerinin alışkanlıkları ve arzuları karşısında kendi duygu ve düşüncelerini ifade etmekte

zorlanacakları ve devamlı biçimde eşlerinden onay alma gereksinimi duyacakları düşünülebilir (104). Bu davranış şekli kadınlarda boyun eğici davranış sergilemesi desteklemektedir. Bu sebeple çalışmamız verileri literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamız katılan kadınların geçirdikleri toplam gebelik, doğum ve çocuk sayıları yönünden incelendiğinde; artan gebelik, doğum ve çocuk sayısı ile birlikte kadınların öz anlayışlarında azalma, boyun eğici davranışlarında artma görülmektedir. Literatür verileri incelendiğinde evli olan kadınların bekar kadınlara göre, ileri yaş kadınların genç kadınlara göre daha yüksek boyun eğici davranış sergiledikleri bilinmektedir (167,175). Gebelik, doğum ve çocuk sayısında artış zaman içerisinde düşük öz anlayış ve yüksek boyun eğici kadının hayatında otorite olan eşlerinden sonra çocuklarının da kendileri için yeni bir odak noktası olacağı ve bunun kadınların psikolojik yönden yıpranmışlığını artıracığı düşünülebilir. Bununla birlikte beklenmeyen gebelik ve sonucunda psikolojik olarak çocuk sahibi olmaya kendini hazır hissedemeyen boyun eğici karakterli kadınların annelik statüsüne iradeleri dışında evrilmelerinden kaynaklı olacağı düşünülebilir.

Çalışmamız katılımcıları çalışma durumları açısından incelendiğinde; çalışan kadınların çalışmayanlara göre öz anlayışları anlamlı biçimde yüksek ve boyun eğicilikleri de anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Botan ve arkadaşlarının çalışmasında sosyoekonomik durumu yüksek olan bireylerin boyun eğiciliklerinin, sosyoekonomik durumu düşük olanlara göre daha düşük boyun eğicilik sergiledikleri bulunmuştur (167). Ekonomik şiddete maruz kalmış kadınların çoğu, ekonomik ve sosyal yönden bağımsız olabilmeyi arzular. Bağımsız hayat kurabilmek temelde gerekli ekonomik, eğitim ve mesleki beceri kaynaklarına olan ihtiyacı zorunlu kılmaktadır. Bu kaynakların yokluğu kadının şiddet uygulayan eşe geri dönme olasılığını artırmaktadır (176). Eşleri tarafından örselenmiş kadınların çok azı bu kaynaklara sahip olabilmektedir. Bu şartlar kadının gerek hayatta kalmak ve toplum tarafından damgalanmamak için gerekse çocuklarının refahı için kendi istek ve arzularını ikinci plana atmaya mecbur bırakır. Bu bakımdan ekonomik özgürlüğü olmayıp eşleri tarafından ekonomik baskı altında olan kadınlarda öz anlayışın düşük boyun eğiciliklerinin yüksek olacağı düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan evli kadınların eşleriyle akrabalık durumları açısından incelendiğinde; eşleri ile akraba olanların, akraba olmayanlara göre öz anlayışlarının anlamlı bir şekilde düşük olduğu ve boyun eğiciliklerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu anlaşıldı. Bu konuda literatür verisi bulunamamıştır. Çalışmamızın bu verilerinin ataerkil toplumlarda erken yaşta ve akraba evliliklerinin daha yüksek olmasına bağlı olduğu düşünülmüştür(156).

Çalışmamız katılımcılarının eşlerinin çalışma durumları, DC sayısı, kronik rahatsızlık, kullandıkları ilaç, AP kullanım yöntemine ve AP öğrenilen kaynaklara göre öz anlayış ve boyun eğici davranışlarında herhangi bir anlamlılık bulunamamıştır.

Çalışmamız katılımcılarının eğitim düzeyleri arttıkça öz anlayışlarında anlamlı bir şekilde artış olduğu bununla birlikte boyun eğici davranışlar sergileme yönünden de anlamlı bir düşme olduğu tespit edilmiştir. Botan'ın Van'da yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça bireylerin boyun eğici davranışlarında azalma olduğu bulunmuştur (167). Yüksel ve arkadaşlarının Batman'da öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada annelerinin eğitim düzeyleri arttıkça öğrencilerin boyun eğici davranışlarının azaldığı anlaşılmıştır (177). Çalışmamız verilerinin eğitim seviyesi yüksek bireylerin, eğitim seviyesi düşük bireylere göre sosyal olma, iletişim becerileri geliştirme ve kendini yeterli bir şekilde ifade edebilme ve kendi çocuklarını bu yönde eğitebilme yönünden öz anlayışları yönünden yüksek, boyun eğici özelliklerinin düşük olması beklenen bir durumdur. Çalışmamız bu verileri literatür ile uyumludur.

Çalışmamıza katılımcılarının ailelerinin toplam gelirleri açısından incelendiğinde; gelirleri düşük olanların yüksek olanlara göre yüksek boyun eğicilik sergilediği görülmüştür. Öz anlayışları açısından böyle bir anlamlılık görülmemiştir. Ulusoy'un Aydın (2016)'da yaptığı çalışmada sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bireylerin boyun eğici davranışlarının daha düşük olduğunu saptamıştır (178). Abdullah ve arkadaşlarının 2010'da yapmış olduğu çalışmada ve Yıldırım'ın Lise öğrencilerinde boyun eğici davranışların yaygınlığı çalışmasında da sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerde boyun eğici davranışın yüksek olduğu saptanmış (179,180). Çalışmamız bu verileri literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların yaşadıkları yer açısından incelendiğinde belde-köylerde yaşayanların il merkezlerinde yaşayanlara kıyasla yüksek boyun eğicilik sergiledikleri anlaşılmıştır. Çalışmamız bu verileri Türkiye gibi ataerkil toplumlarda kültür, örf, gelenek etkenlerinin daha kırsal ve küçük nüfuslu yerleşim yerlerinde daha baskın olmasından kaynaklı olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamız katılımcılarına AP sorumluluğu eşlerden hangisine ait olmalı sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde; eşlerden her ikisine ait olduğunu düşünenlerin bilmiyorum/fikir beyan etmek istemiyorum diyenlere kıyasla öz anlayışları daha yüksek bulunmuş, aynı şekilde boyun eğici davranışları daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan kadınların kullandıkları AP yöntemini eşlerinin isteği olduğu için kullananların, etkili bir yöntem olduğu için kullananlara göre boyun eğici davranışları daha yüksek bulunmuştur. CDC'nin 2020'deki bir çalışmasına göre eşlerin beşte birinin prezervatif kullanmayı reddettiği bilinmektedir (155). Ayrıca kadınların eşleri tarafından destek görenlerin destek görmeyenlere göre öz anlayışları yüksek ve boyun eğicilikleri düşük bulundu. Öz anlayışın eleştiri, düşünce baskısı ve mükemmeliyetçilikle negatif ilişkili olduğu bilinmektedir (6–8). Bununla birlikte yüksek boyun eğici davranış sergileyen kişiler, otoritenin kurallarına ve verdiği emirlere gönülsüzde olsa uygun şekilde hareket etmektir (4). Bu sebeple eşleri tarafından daha az eleştiri, baskı gören bunun aksine eşleri tarafından desteklenen kadınların daha yüksek öz anlayış geliştirecekleri ve daha az boyun eğici davranış sergileyecekleri düşünülebilir.

Diğer yandan eşleri tarafından destek görmeyen kadınların, bu konuda emin olamayan kadınlara göre boyun eğicilikleri daha yüksek bulunmuştur. Eşlerinin destekleri konusunda emin olamayan kadınların düşük boyun eğici davranış sergilemesi, bu kadınların büyük kısmının evli olmamasından ve partnerlerinin düşüncelerini bilmemelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan kadınları eşleri tarafından korunmasız birlikteliğe zorlanmaları bakımından incelendiğimizde; eşleri tarafından korunmasız birlikteliğe hiç zorlanmayan kadınların 'birkaç kez' ya da 'sıklıkla' zorlanan kadınlara göre öz anlayışları daha yüksek, boyun eğici davranışları daha düşük bulunmuştur. Kadınların

eşleri ya da partnerleri tarafından korunmasız birlikteliğe zorlanması, kadınlarda bir tür cinsel travmaya sebep olmaktadır. Bu travma, kadının benlik saygısında azalmaya ve bilişsel düzeyde çarpık bir düşünceler oluşturmaya sebep olmaktadır. Bu tahrifat cinsel benlik saygısında azalmaya neden olup; “Ben değersizim”, “Haz almayı asla hak etmem”, “Cinsel zevkler, başkaları için geçerlidir”, “Cinsellik içinde zorbalık, korku ve acı barındırmakta” türden düşünceleri içermektedir (181). Cinsel travmalar kadın tarafından benim isteklerimin bir önemi yok, önemli olan gebe kalabilmem ve eşimin haz alması şeklinde yorumlanmaktadır. Bu yönelimler, kadının öz anlayışının azalması ile boyun eğici davranışının artması sonucu olduğu düşünülebilir.

Çalışmamız katılımcılarının eşleri tarafından korunmasız birlikteliğe zorlanmaları durumunda verecekleri tepkiler incelendiğinde; ‘karşı koyabilirim’ diyen kadınların öz anlayışları ‘karşı koymam’ diyen ve ‘karşı koymak istesem de bunu başaramam’ diyen kadınlardan daha yüksek olduğu, boyun eğici davranışları da aynı şekilde daha düşük olduğu görüldü. Bununla birlikte ‘karşı koymam’ diyenlerin ‘karşı koymak istesem de bunu başaramam’ diyen kadınlara göre öz anlayışları daha yüksek ve boyun eğici davranışları daha düşük bulunmuştur. Genel benlik saygısı yüksek olan insanlar aynı zamanda yüksek düzeyde cinsel benlik saygısı bildirecektir. Cinsel benlik saygısı cinsel iletişim ile doğrudan ilintilidir. Öz değer-öz şefkat cinsel benlik saygısı üzerinde benzersiz bir yordayıcı olup eşlerin uyumlu cinsel iletişim içinde olmaları konusunda eşleri desteklemektedir (182). Cinsel benlik saygısı ve cinsel iletişimi yüksek kadınların öz anlayışları yüksek ve boyun eğiciliklerinin düşük olacağı düşünülmüştür. Bu konuda yapılan literatür çalışmasına rastlanılmamıştır.

6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE ÜSTÜN YÖNLERİ

Çok merkezli bir araştırma olmasına karşın çalışmamızın örneklemini Sivas ilindeki kadınlardır. Bu nedenle bulgularımız örnekleminde özelinde değerlendirilmelidir. Daha geniş örneklem sayıları ile yapılacak çalışmalarla bulgularımız karşılaştırılmalıdır.

Çalışmamız dizaynı nedeniyle son 1 yıl içerisinde gebelik düşüncesi olmayan, cinsel aktif, 15-49 yaş arası kadınlarda yüz yüze görüşme tekniği aracılığıyla yapılmıştır. Ancak çalışmamızın konusu gereği toplumumuzda mahrem kabul edilen bir araştırma olması nedeniyle verilen cevaplar değerlendirilirken bazı sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Katılımcılar bazı soruları yanıtlarken utanmış ya da cevapları normalize etmek istemiş olabilir. Bu verilerin kişisel beyana dayalı oldukları göz önünde bulundurularak sonuçlarımızın yorumlanması uygun olacaktır.

Örneklem seçimi gerekli izinlerin alınamaması nedeniyle randomizasyon yöntemiyle yapılamamıştır. Destek vermeyi kabul eden birimlere başvuran kadınlar üzerinde çalışmamız yürütülmüştür. Bu durum evreni temsiliyeti azaltmış olabilir. Yine de örnekleminin kırsal-kentsel, farklı eğitim ve gelir durumundan pek çok kadını içermesi nedeniyle toplum verilerini yansıttığını düşünmekteyiz.

Aile Planlaması bireysel farklılıklar gösterebileceği için, kadınların kendi tecrübe ve deneyimlerine dair tanımlayıcı verilerin elde edilmesi bakımından çalışmamız literatüre kıymetli katkılar sunmuştur.

Literatürde Aile Planlaması, Boyun Eğici Davranış ve Öz anlayış konuları ayrı ayrı çalışmalarda olmasına karşın; kadınların AP kullanım durumları üzerinde Boyun Eğici Davranış ve Öz anlayışın rolü özelinde değerlendiren bir başka çalışmaya rastlanmamıştır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Konferansı'nın nihai bildirgesinde anababanın sahip olacakları çocuk sayısı ve zamanı konusunda karar vermeleri noktasında hür ve yetkili kılınmıştır. Bu doğrultuda her birey, AP hizmeti alma hakkında sahiptir. Üreme hakkı, evrensel insan haklarından biridir ve her bireyin istediği sayıda çocuk sahibi olmaya karar verme hakkı vardır (183). Barcelona Deklorasyonu'nda belirtildiği gibi Annelik özgür bir seçim olmalıdır. Etkin aile planlaması yöntemi her kadın için ulaşılabilir olmalıdır (184). Bununla birlikte 1948 DSÖ Tüzüğü'nde sağlığın tanımı yapılırken, 'yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir' ifadelerini kullanmıştır (185). Bu nedenle Aile Planlaması yapacak kadının ruhsal yönden de; Öz Anlayış ve Boyun Eğicilik özelinde tam bir iyilik halinde olması zorunludur. Çalışmamız Temmuz-Aralık 2022 tarihlerinde Sivas İlinde 15-49 yaş arası, son bir yıldır gebelik düşüncesi olmayan, cinsel aktif kadınlar üzerinde yapılmış, kadınları AP kullanım durumlarına Öz Anlayış ve Boyun Eğici Davranışlarının ne düzeyde etki ettiği değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza dâhil edilen katılımcıların yaş ortalaması $31 \pm 7,89$ olarak bulundu. Kişilerin çoğunluğu evli (%83,26) olup, %45,25'i yükseköğretim seviyesindedir ve %50'si çalışıyor. Tamamına yakınının (%96,57) eşi çalışmakta, %89,83'ünün eşiyle akrabalık bağı bulunmamaktadır. %72,31'i orta düzey gelire sahip ve %70,45'i il merkezinde yaşamaktadır. %81,12'sinin herhangi bir kronik rahatsızlığı yok, %85,54'ü de herhangi bir ilaç kullanmamaktadır. Kadınların %42,36'sı aile planlaması danışmanlığını sağlık personelinde almış, en çok terk edilen yöntemin (%38,39) OKS olduğu anlaşılmış, buna sebep olarak %47,32'si gebelik isteğini belirtmiş ve şuan kadınların çoğunluğu (%39,26) aile planlaması için spiral kullanmaktadır. Gravida oranı en çok %37,39 ile 1 çocuk sahibi olanlardır. Parite oranı en fazla %49,7 ile 1 kez canlı doğum yapanlardır. Abortus yapanlar içerisinde, çoğunluğu %84,03 oranıyla 1 kez yapanlarıdır. Küretaj olan kadınların %66,13'nün sebebi isteğe bağlı küretajdır. Sosyo-demografik veriler doğrultusunda kadınların genel olarak ortalama Türk aile yapısını yansıttığı sonucuna varılmıştır.

Kadınların %71,07'si 1 yıldan fazla süredir herhangi bir AP yöntemi kullanmakta olup, %33,88'i kullandığı AP yöntemini etkili bir yöntem olduğu için kullanırken, kadınların %9,30'u eşi bu yöntemi kullanması isteği olduğu için kullanıyor. %83,88'i AP sorumluluğunun eşlerden her ikisine de ait olduğunu belirtmiş, %71,49'u eşi tarafından AP kullanımını konusunda destek görmekte, %4,55'i ise eşleri tarafında hiç destek görmemektedir. Kadınların büyük çoğunluğu (%77,27) eşlerinin kendilerini hiç korunmasız birlikteliğe zorlamadığını belirtmiş, eşleri tarafından korunmasız birlikteliğe zorlanan kişilerin oranı ise %22,72'dir. Bunların %19,83'ü bu durumu birkaç kez yaşamışken, %2,89'u sıklıkla yaşamaktadır. Kadınların %79,75'i bu duruma karşı koyabileceğini belirtmişken, %10,74'ü karşı koyamayacağını, %9.50'si bu durumda karşı koymayacağını belirtmiştir. Bu konuda farklı çalışmalar da farklı oranlara ulaşmak mümkün iken, çalışmaların ekserisin de kadınların eşleri tarafından destek görmemeleri veya baskı altında olmaları yadsınamaz bir gerçektir. Bu oran azımsanamaz bir seviyededir. Bu sebeple yalnızca kadınların değil, erkeklerinde en sağlıklı şekilde AP'na katılımları sağlanmalıdır.

BEDÖ minimum puanı 17 maksimum puanı 71 ve ortalaması $37,75 \pm 13,17$ 'dir. ÖZAN minimum puanı 29 maksimum puanı 118 ve ortalaması $76,31 \pm 16,98$ 'dir. Çalışmamızda öz anlayışın boyun eğici davranışı negatif yönlü orta düzeyde yordadığı sonucuna varılmıştır. Buna göre öz anlayış puanında ki 1 birimlik artışa karşılık boyun eğici davranış puanında 0,41 birimlik azalış görülür. Verilerimiz literatür ile uyumlu olduğundan, çalışmamızın dağılım olarak kabul edilebilir aralıkta olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmamız katılımcıları yaş özelliklerine göre incelendiğinde; 36-49 yaş arası, kadınların 26-30yaş arası kadınlardan ve evli olanların evli olmayan daha yüksek boyun eğicilik sergiledikleri bulunmuştur. Kadının aile içerisinde zamanla değişen eş, anne, anneanne, babaanne rolü onu kendi ihtiyaçları dışında ki ihtiyaçları incelemeye zorlamaktadır. Beklenmedik veya planlı olmayan bu durumun kadının öz anlayışında düşme ve boyun eğiciliğinde artmanın sebebi olabileceği düşünüldü.

Belde-köyde yaşayanların il merkezinde yaşayanlara göre daha yüksek boyun eğici olduğu anlaşılmıştır. Eşleri ile akraba olanların olmayanlara göre öz anlayışları daha düşük, boyun eğici davranışları daha yüksek bulunmuştur. Aile içerisinde inanın

ve kültürün etkisi ile baskı altında kalan kadının ortalama kişilik özelliği taşıyan akraba ile evlendirilmesi aile içerisinde konumunun değişmeyeceğini düşündürebilir.

Çalışmayan kadınların çalışanlara göre öz anlayışları daha düşük olup, boyun eğicilikleri daha yüksek bulunmuştur. Kadınların eğitim seviyeleri arttıkça öz anlayışlarında artış, boyun eğiciliklerinde azalma olmaktadır. Gelir seviyelerindeki artış kadının daha az boyun eğici davranış sergilemesine sebep olmaktadır. Toplum ve aile içerisinde eğitiminin, refahının artmasıyla ve kendi imkânlarıyla ayakları üzerinde durabiliyor olması kadının kendini ruhsal yönden daha yeterli görmesine sebep olabilir. Bu durumda kadınların daha fazla eğitim imkânı alması için politika geliştirilebilir.

AP sorumluluğu konusunda bilmiyorum/fikir beyan etmek istemiyorum diyenlerin boyun eğicilikleri, sorumluluğun eşlerden her ikisine de ait olduğunu düşünenlerden daha fazladır. Eşleri tarafından korunmasız birlikteliğe zorlanan kadınlar, hiç yaşamayanlara kıyasla daha az öz anlayışa sahipken, daha çok boyun eğiciliğe sahipler. Bu duruma karşı koyabilen kadınlar, karşı koymayan ya da istese de karşı koyamayanlara göre daha yüksek öz anlayış ve daha düşük boyun eğiciliğe sahiptir. Cinsel benlik saygısının genel benlik saygı ile doğrudan ilişkilidir. Öz anlayışın ise genel benlik saygısı üzerinde bensiz bir yordayıcı olduğu bilinmektedir (182). Bu sebeple cinsel benlik saygısı ve cinsel iletişimi yüksek kadınların öz anlayışları yüksek ve boyun eğiciliklerinin düşük olacağı bir gerçektir.

Kadınların, öz anlayışlarını artırmak amacıyla yapılacak her müdahale, psikolojik sağlamlıklarına olumlu yönde katkı sağlayacaktır. Bu amaca yönelik eğitim çalışmaları düzenleyip, aile rehberlik programları planlanabilir. Henüz okul çağında olan riskli öğrencilerle etkinlikler yürüten psikolojik danışman ve rehberlik öğretmenlerine büyük görev düşmektedir. Bu konuda en büyük görev AP danışmanlığı sunan birinci basamak sağlık profesyonellerine düşmektedir. Danışmanlık hizmeti sırasında kadınlar öz anlayış ve boyun eğicilikleri yönünden değerlendirilmeli, gerekli görüldüğünde psikiyatrik yönlendirme yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Prata, N. The Need for family planning, *Popul Environ* (2007) 28:212–222.
2. Şahin, S., Cevahir, S., Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne İsteğe Bağlı Kürtaj İçin Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006; 1(1).
3. E. Tozoğlu ve ark., Unintended and Unwanted Pregnancies in Women with Major Psychiatric Disorders: A Cross-Sectional Comparative Study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 2020;30(3):230-240 DOI:10.5455/PCP.20200517084650.
4. Budak, S. (2003). *Psikoloji Sözlüğü* (2. Baskı). Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
5. Neff, K. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*. 2.2, 85–101. DOI:10.1080/15298860309032.
6. Neff, K. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*. 2.3, 223–250. DOI:10.1080/15298860309027.
7. Uysal, R. (2014). Life Satisfaction And Self-Compassion: A Structural Equation Modelling. *International Journal of Current Research*. 6.6, 7251-7256.
8. Abbondandolo, S.ve Sigal, M. (2018). Self-compassion and proactive coping: Moving beyond ordinary to extraordinary coping. *International Journal of Educational Studies*. 5.1, 21-26.
9. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Ankara: Damla Matbaası; 1997.
10. Akın A. Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı. *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu* 2012; 306-62.
11. United Nations, Report of the International Conference on Population and Development. Cairo 5-13 September. United Nations Publication. Sales No: 95.XIII.18. NewYork 1995.

12. World Health Organization: Reproductive health. [Online].
13. Tokuş, B., Eskiocak, M., Edirne Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yöntem Kullanım Oranları, STED 2005; 14(1): 8-14.
14. Açıkalın İ., Türkiye’de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. STED 2001, 10(5);176-9.
15. Baksu et. al, Change in contraceptive choices and the effect of education on use of contraception at the family planning clinic of Şişli Etfal Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey, The European Journal of Contraception and Reproductive Health .
16. Yıldırım G, Turaçlar N, Bakır A, Özdemir L. Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 25(3): 99-104.
17. Nahhaee, N., Mirahmadizadeh, A.R., Iranian women’s perceptions of familyplanning services quality: A client-satisfaction survey, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2005;10(3):192–198.
18. Bülbül, S.H., Bin Yıl Hedefleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48:1-7.
19. Pınar, G., Öktem, M., Sağlık Personelinin acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi görüş ve uygulamaları, 2005; 2(3): 204-209.
20. Akın A, Üner S, Arslan ŞA, Yıldırım N. Kadının statüsü ve sağlıkla ilgili gerçekler. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Afşaroğlu Matbaası, Ankara 2008.
21. Akın A, Özvarış ŞB. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. İçinde: Bertan M, Güler Ç.(Edi) Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi; 1995. s:133.
22. Bilgel N. Aile Hekimliği. Medikal Tıp Kitabevi. Bursa, 2006; syf: 88.
23. Allen J, Gay B, Crebolder H, Jan H, Svab I, Ram P. Wonca The European

Definition of General Practice / Family Medicine, 2011, Barcelona, Spain.

24. Prata N. The need for family planning, Population and Environment. 2007;28(4-5)212–222.
25. Kaya H, Tatlı H, Açık Y, Deveci S. E. Bingöl ili Uydükent sağık ocağı bölgesindeki 15–49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanım düzeyinin belirlenmesi, Fırat Üniversitesi Sağık Bilim Dergisi. 2008;22(4)185–191.
26. Hassa H., Gençlik Cinsellik ve Korunma Yöntemleri. Anadolu Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Merkezi Yayınları. s:1-17.
27. Eryılmaz, G.The evaluation of family planning services given in Erzurum motherchild health and family planning center in Eastern Turkey. The Euro Journ of Contracep and Reprod Health Care 2006;11(2):146-50.
28. Toker, S. O., Sağık Yüksekokulu Öğrencilerinin Aile Planlaması Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Aile ve Toplum Dergisi, Sayı:8, Cilt:2, Yıl:7, Ocak-Mart 2005.
29. Erci, B., Turkish women’s satisfaction with family planning services, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2002;7: 227–233.
30. Stubblefield PG. (Çeviri Turan H). Aile Planlaması. Ed. Berek JS. Çev. Ed. Erk A. Novak Jinekoloji içinde. kaçınıcibasım Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2004. S: 231-293.
31. Türkiye Üreme Sağılığı Programı Acil Obstetrik Bakım, Destek Personel Uyum Eğitimi Katılımcı Rehberi, Ankara 2007.
32. Akın A., Aile Planlamasından Üreme Sağılığına Geçiş, Aktüel Tıp Dergisi, 2001; 6 (1): 4-8.
33. Timothy Clenney, M.D., New Contraceptive Options, American Family Physician, 2004; 4 (69): 853-60.
34. Ending-unmet-need-family-planning-world-8-billion-innovations-enabling-access-all.

35. Benagiano et al., Contraception Today, Annals New York Academy of Sciences, 2006; 1092: 1-32.
36. Who Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health, Reproductive Health/ Pregnancy Programme, Denmark 2001.
37. Kridli et all., Contraception in Jordan: a cultural and religious perspective, 2001 International Council of Nurses, International Nursing Review, 48, 144–151.
38. Attitudes and behavior towards contraception among Greek women during reproductive age: a country-wide survey, Y. Tountas et al. / European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 116 (2004) 190–195).
39. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.(2018). Aile Planlaması, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA. Ankara, 83-105.
40. Önder R.Ö., Sarp N. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastl. Hast. Doğum Servisindeki Gebe Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi ve Tutumları Yönünden İncelenmesi. Sağlık ve Toplum. 1998, 8:2;11- 4.
41. Aile Planlaması Konusunda Özellikler: Afyon'dan Bir Kesit STED 2003; 12(5): 180-183.
42. Depe, Y., Erenel A.Ş.,Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüş ve Davranışları, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006, 10 (3).
43. Aydın, S., Aile Planlaması ve Yöntemleri-I, 2007; 1-3: 84-90.
44. Memmel L, Gilliam M. Kontrasepsiyon. Ed: Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE, Danforth's Obstetrics and Gynecology. 10. Baskı. pp 567-585,.
45. Family Planning, Contraception,
46. C.J. Leonard et al. / Survey of attitudes regarding natural family planning in an urban Hispanic population, Contraception 74 (2006) 313–317).
47. Günalp, T., Kontrasepsiyon. Kadın hastalıkları ve doğum tanı ve tedavi içinde. Ed. Günalp, S., Tucer, ZS. Pelikan yayınları. Ankara, 2004. s:603-629.
48. Memmel L, Gilliam M. Kontrasepsiyon. Ed: Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF,

- Nygaard IE, Danforth's Obstetrics and Gynecology. 10. Baskı. pp 567-585, Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2010.
49. Şimşek, B. (2009). 15-49 Yaş Çalışan Ve Çalışmayan Kadınlarda Kontraseptif Kullanımı Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
 50. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2005).Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi.
 51. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). Evliliğe Sağlıklı Başlangıç Üreme Sağlığı. Ankara, 20-37.
 52. Özçelik, E. (2016). Doğal Aile Planlaması Yöntemleri. The Journal Turkish Family Physician, 07(3): 45-53.
 53. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2009). Kontraseptif Yöntem Kullanımı İçin Tıbbi Uygunluk Kriterleri, Aile Planlaması İçin Bir DSÖ Temel Kaynağı. Dördüncü Baskı, 15-43.
 54. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile Planlamasında Genel Bilgiler, İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1997, s:122-140.
 55. Lopez Martinez et all., Acceptance of lactational amenorrhoea for family planning after postpartum counseling, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care December 2006;11(4):297–301.
 56. Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi, 2006;2(22):60-67.
 57. Neifert MR. The optimization of breastfeeding in the perinatal period, Clinics in perinatology 1998; 25:303-326.
 58. İnce, N., Özyıldırım, B.A., Gebelikten korunmada geri çekme yöntemi. Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2003; 17: 180-182.
 59. Başer, İ., Güngör, S., Koitus interruptus (geri çekme) yönteminin etkinliği ve eğitim seviyesinin önemi, Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 8-10.
 60. İnal, M.M., Bariyer kontraseptif yöntemler, Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci

2006, 2(22):41-50.

61. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, 1997, Bölüm 14.
62. Kestelman P, Trussell J. Efficacy of the simultaneous use of condoms and spermicides. *Fam Plann Perspect.* 1991;23(5):226-7.
63. H. Sangi-Haghpeykar et al., Disparities in contraceptive knowledge, attitude and use between Hispanic and non-Hispanic whites, *Contraception* 74 (2006) 125– 132.
64. Gökmen O, Çiçek N; Günümüzde Kontrasepsiyon, Bariyer Kontrasepsiyon, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001, syf: 319.
65. WHO The female Condom: A guide for plannin gand programming.
66. Hoffman S., Mantell, J., The Future of the Female Condom, *International Family Planning Perspectives*, 2004; 3: 139-45.
67. Rahim içi araçlar. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi içinde. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000 s:453-521.
68. Rahim içi araç kullanan kadınlarda servikal sitolojik değişiklikler Turgut Özal Tıp dergisi, 2000; 7 (3).
69. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2004; 61-65.
70. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması. TNSA 2008.
71. Kişnişçi. Aile planlaması, Genel Bilgiler, Akın A., Kadın ve Doğum Hastalıkları 1:6;137-166.
72. Goto et al., Oral cotraceptives and women's health in japan", *Jama* 1999; 282 (22): 2173-7.
73. Oral kontraseptifler. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi içinde. T.C. Sağlık

- Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000 s:367-401.
74. Rodrigues, İ., Grou, M.F, Joly, J. (2001). Effectiveness of Emergency Contraceptive Pills Between 72 and 120 Hours After Unprotected Sexual Intercourse. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 184(4):531-537.
75. Uludağ, S. (2009). Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı. İstanbul.
76. Medical eligibility criteria for contraceptive use.
77. Giray, S. (1995). Kadınların Ve Erkeklerin Cerrahi Sterilizasyon Yöntemi Olan Tüpligasyonu - Vazektomi İşlemlerine İlişkin Duygu Ve Düşüncelerinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
78. United Nations. (2019). Contraceptive Use by Method 2019. Erişim Adresi:
79. Dündar, T., Özsoy, S.(2019). Gönüllü Sterilizasyonda Eş Onayı: Bir Üreme Hakkı İhlali mi?. Sted, 28(3): 222-227.
80. Valet, A.,Goerke, K., Steller, J. (1994). Klinik Muayene Tanı Tedavi Acil Kılavuzu Kadın Hastalıkları Ve Doğum. Yüce Yayınları, (2): 420-422.
81. Doğan, G.(2008). Kontrasepsiyon Amaçlı Başvuran Kadınların Erkek Kontrasepsiyonuna Bakış Açısı. Afyon, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
82. Kırca, Ü. (2012). Erkeklerde Gönüllü Cerrahi Kontrasepsiyon: Vazektomi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics, 5(1):63-6.
83. Çorak, G., Özsoy, S.A., Vural, B.K., Tuncay, B. (2008). Vazektomi Olan Erkeklerin Yönteme İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Aile ve Toplum Dergisi, 10(4): 43-54.
84. United Nations. (2019). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Estimates and Projections of Family Planning Indicators.

85. Allen RH, Goldberg AB, Emergency Contraception. A clinical review, Clin Obstet Gynecol, 2007; 50(4): 927-36.
86. Kongyuy E.Y., Ngassa, P., A survey of knowledge, attitudes and practice of emergency contraception among university students in Cameroon, BMC Emergency Medicine, 2007; 7: 7.
87. Atlı, F. (2019). Öğretmenlerin öz-anlayışları ile mesleki tükenmişlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul.
88. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. Mindfulness (N Y) [Internet]. 2015 Jun 25;6(3):444–54.
89. Dilmaç, B., Deniz, M., ve Deniz, M. E. (2009). Üniversite öğrencilerinin öz-anlayışları ile değer tercihlerinin incelenmesi. Değerler Eğitimi Dergisi, 7(18), 9-24.
90. Albertson, E. R., Neff, K. D., ve Dill-Shackleford, K. E. (2014). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. Mindfulness, 6(3), 444-454. doi: 10.1007/s12671-014-0277-3.
91. Sarıcaoğlu, H., ve Arslan, C. (2019). Bilinçli öz-anlayış programının üniversite öğrencilerinin öz-anlayışına etkisi. Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(3), 2381-2399.
92. Bacanlı F, Çarkıt E. Öz Şefkatin Cinsiyete Göre İncelenmesi: Meta Analiz Çalışması. Ege Eğitim Derg [Internet]. 2020 May 28; Available from:
93. Başer Baykal N, Usta T, Kılıç Memur HN, Şirin A. Üniversite Öğrencilerinin Öz-Anlayışlarının, Bağlanma Stilleri ve İlişki Durumları Bakımından İncelenmesi. Kastamonu Eğitim Derg [Internet]. 2019 May 15;27(3):1023–32.
94. Deniz, M. E., Kesici, Ş.ve Sümer, A. S.. (2008). The Validity And Reliability of The Turkish Version of The Self-Compassion Scale. Social Behavior and

Personality. 36.9, 1151-1160.

95. Neff K. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self Identity* [Internet]. 2003 Apr;2(2):85–101.
96. Neff, K. D. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept. J.Bauer ve H. A. Wayment (Eds.) *Transcending Self-Interest: Psychological Explorations of the Quiet Ego* in. Washington DC: APA Books, 95-105.
97. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults. *Self Identity* [Internet]. 2010 Jul;9(3):225–40.
98. Neff KD, Vonk R. Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. *J Pers* [Internet]. 2009 Feb;77(1):23–50.
99. Kağıtçıbaşı, Ç. (2008). *Günümüzde İnsan ve İnsanlar, Sosyal Psikolojiye Giriş*. 12. Baskı. İstanbul: Sistem Matbaacılık.
100. Göktuna, S.: Çözüm odaklı kısa terapi tekniğinin alt sosyo ekonomik seviyedeki kadınların geleceğe umut ile bakabilme ve boyun eğici davranışlarına etkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2007.
101. Tuzcuoğlu, S. and B. Korkmaz: Psikolojik danışma ve rehberlik öğrencilerinin boyun eğici davranış ve depresyon düzeylerinin İncelenmesi, 2001.
102. Kaya, M., Güneş, G., Kaya, B. ve Pehlivan, E. (2004).. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 5, 5-10.
103. Akın A. (2009). Self-compassion and Submissive Behavior (Özduyarlık ve Boyun Eğici Davranış), *Eğitim ve Bilim Education and Science*, 34.152,138-147.
104. Allan, S. ve Gilbert, P. (2002). Anger and anger expression in relation to perceptions of social rank, entrapment and depressive symptoms. *Personality and individual differences*. 32.3, 551-565.
105. Körner A, Coroiu A, Copeland L, Gomez-Garibello C, Albani C, Zenger M, et

- al. The Role of Self-Compassion in Buffering Symptoms of Depression in the General Population. Seedat S, editor. PLoS One [Internet]. 2015 Oct 2;10(10):e0136598.
106. Gilbert P, Allan S. Assertiveness, submissive behaviour and social comparison. Br J Clin Psychol [Internet]. 1994 Sep;33(3):295–306.
107. Savaşır, I. ve Şahin, N. (1997). Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
108. Şahin, N. H. ve Şahin, N. (1992). Reliability and Validity of the Turkish Version of the Automatic Thoughts Questionnaire. Journal of Clinical Psychology, 48(3), 334-340.
109. Akın A. (2011). Self-Compassion And Self-Deception (Öz-Duyarlık Ve Öz-Aldatma), Educational Research Association The International Journal of Educational Researchers. 2.3, 25-33.
110. Deniz, M.E., Kesici Ş. ve Sümer A.S.(2008) The Validity and Reliability Study of the Turkish Version of Self-Compassion Scale. Social Behavior and Personality: An International Journal, 36 (9), 1151–1160.
111. Akın, Ü., Akın, A., ve Abacı, R. (2007). Öz-Duyarlık Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 33.33, 1-10.
112. Deniz, M. E., Sümer, A. S. (2010). Farklı Öz-anlayış Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresin Değerlendirilmesi. Eğitim ve Bilim. 35.158, 115-127.
113. Canan, ark (2022). Kadınların Aile Planlaması Tutumları İle Doğum Kontrol Yöntemlerine Yönelik Engellerin İncelenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
114. Tezel A, Gönenç Mİ, Akgün Ş, Karataş Öztaş D, Yıldız Altuntaş T. Kadınların sile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;18:3.

115. Egelioglu Cetişli N. Kadın sağlığı sorunları ve bilimsel araştırma alanları. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2021; 6(2): 3-6.
116. Gözükara F, Kabalcıoğlu F, Ersin F. Şanlıurfa ilinde kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2015; 12(1): 9-16.
117. Bilgin Çıtak N, Kesgin Tokur M. Kanatlı sektöründe çalışan kadınların aile planlaması ve acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. Journal of Health Sciences. 2020; 29: 123-132.
118. Şen S, Oğuz Gülşen B, Sezer, G, Köken Durgun S. Ebelik öğrencilerinin aile planlaması tutumlarının belirlenmesi. Medical Sciences (NWSAMS). 2019; 14(3): 146-153.
119. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları, 2018.
120. Bilgin Çıtak N, Ak B, Potur Coşkuner D, Özdoğan E. Identifying Engaged Couples' Knowledge and attitudes about family planning. Journal Of Academic Research In Nursingjaren (JAREN). 2019; 5(2): 141-148.
121. Çayan A. 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler İle İlişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi (Danışman: Doç. Dr. Z. Karaçam). Aydın, 2009.
122. Muhtaroglu P. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları-Doğum Polikliniği Ve Servisine Başvuran 16–49 Yaş Aralığındaki Evli Kadınların Aile Planlamasına Karşı Tutumlarının Karşılaştırılması. 2019, Kırklareli Üniversitesi.
123. Altuntaş F. Bolu Dörtdivan İlçesi'nde Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Düzce (Danışmanlık: Yrd. Doç. Dr. Atilla Senih Mayda).
124. Egelioglu Cetişli N, Kahveci M, Hacılar A. Kadınların postpartum kontraseptif tercihleri ve tutumları. Journal Of Academic Research In Nursing (JAREN). 2020; 6(1): 67-72.

125. Eryılmaz N, Ege E. Doğum sonu dönemdeki kadınların aile planlaması konusundaki tutumları ve ilişkili faktörler. *Journal of Human Sciences*. 2016; 13(2): 3389-3401.
126. Ayaz S, Efe Yaman Ş. Family planning attitudes of women and affecting factors. *Journal of the Turkish-German Gynecol Assoc*. 2009; 10: 137-141.
127. Bilge Yerli E. Erzurum il merkezinde 15-49 yaş evli kadınlarda aile planlaması yöntemlerini kullanma durumları ve etkileyen faktörler. T.C Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum 2015.
128. Salman Z. Süleyman Demirel Üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların aile planlaması hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları. T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Te.
129. Güraksın A, Erzurum İli Eğitim Araştırma Sağlık Ocakları Bölgesinde 15- 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Aile Planlaması ile İlgili Bilgi Tutm Davranış, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi,1992,Erzurum, (Danışmanlık Prof.Dr. Arif Özel).
130. Oral CS, Gecekondur Bölgesinde Yaşayan Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Saptanması, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,2006,Manisa (Danışman: Doç. Dr. Gönül Dinç).
131. Ballı F Ö, Bayraklı İlçesi Cengizhan Mahallesi 18- 49 Yaş Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Kullanımı Ve İlişkili Erişim Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi,2011,İzmir.
132. Buçak F, Kahraman S. mevsimlik tarım işçisi gebe kadınların aile planlamasına yönelik tutumların belirlenmesi. *Journal of Health Sciences*. 2018; 2(1): 40-46.
133. Yavuz D., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi

Düzy ve Tutumları. Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, 2018.

134. Bilge E.Y.,Erzurum İl Merkezinde Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları Ve Etkileyen Faktörler, Atatürk üniversitesi TIP Fakültesi,uzmanlık tezi, Erzurum 2015.
135. Kahraman K. Nevşehir Özkonak Kasabasında Yaşayan 15 - 49 Yaş Grubu Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,2005,Kayseri (Danışmanlık: Prof. Dr. Nimet Karataş).
136. Geçer N. Trabzon’da İki Farklı Sosyoekonomik Yerleşim Yerinde 20 – 44 Yaş arası Evli Kadınların İsteyerek Düşük ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Trabzon.
137. Kutlu R, Sayın S, Uçar M, Aslan Ark. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumları Ve Bu Yöntemleri Tercih Nedenleri Türk Aile Hek Derg 2014;18 (3) :134- 141.
138. Ernel AŞ, Kavlak T, Bingöl B. Kadınların Doğum Sonrası Altı Ay Sonunda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu Van Tıp Dergisi 2011;18 (2) :68-76.
139. Çağlayan K E, Kara M, Aslan N. Yozgat İlinde Yaşayan Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemler Cumhuriyet Tıp Derg 2014;36:57- 61.
140. Bozkurt D., Denizli İl Merkezinde 15-49 Yaş Arası KAdınlarda Aile Planlaması Covid-19’un Etkisi. Uzmanlık Tezi, 2022 Denizli.
141. Ömür V., Aile Sağlığı Merkezine Gelen Doğurgan Yaştaki Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusunda Bildi Düzey Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. 2021 İstanbul.
142. Feyza N, Şule M, Mehtap S, Ayşe Nur Y, Özlem D. 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 2021, 4(3), 326-336 DOI:10.38108/ouhcd.881578.

143. Gülbahar B, Hülya E, Ayşegül T, Aslı A. Aile Planlaması Konusunda Özellikler: Afyon'dan Bir Kesit. Sted 2003, cilt 12, sayı 5, 180.
144. Sak ME, Evsen MS, Sak S, Çaça FN. Kontrasepsiyon yöntemlerinin etkinliği ve kadınların eğitim düzeyi: güneydoğu anadolu'da bir ilçe örneği. Dicle Tıp Dergisi, 2008; 35(4):265-270.
145. Khan S, Verma R, Mahmood S E, Corralates Of Use Of Family Planning Methods Among Married Women Of Reproductive Age Group In Bareilly, India. NJCMİNDİA, 2012; 3 (4) :623- 626.
146. Giray H, Keskinoglu P. Işıkkent Sağlık Ocağı 'na Başvuran 15- 49 Yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı Ve Etkileyen Etmenler Sted 2006, 15 (2) :23- 26.
147. Asamoah BO, Agardh A, Ostergren PO. Inequality in fertility rate and modern contraceptive use among Ghanaian women from 1988- 2008. Int J Equity Health, 2013, 12: 37.
148. Ending unmet need for family planning in a world of 8 billion: The innovations enabling access for all.
149. Ercan E., Yetişkin Üreme Çağındaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinden Memnuniyetleri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, 2019 istanbul.
150. Johnson S, Pion C, Jennings V. Current Methods and Attitudes of Women Towards Contraception in Europe and America Reproductive Health Journal 2013; 10 (7) :1- 9.
151. Önder R.Ö., Sarp N. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastl. Hast. Doğum Servisindeki Gebe Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi ve Tutumları Yönünden incelenmesi. Sağlık ve Toplum. 8:2;11- 4.1998.
152. Ceylan S, Tekbaş Ö.F. Aile Planlamasına Bütüncül Yaklaşım; Erkeklerin Katılımı. Sağlık ve Toplum. 10:3;16-21. 2000.
153. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 1999, Celal Bayar Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı

AD. Manisa 2001.

154. Smith, S. G., Zhang, X., Basile, K. C., Merrick, M. T., Wang, J., Kresnow, M., & Chen, J. (2018). The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2015 data brief – updated release. Centers for Disease Control and Prevention.
155. Basile, K.C., Smith, S.G., Liu, y., Kresnow, M., Fasula, A.M., Gilbert, L., Chen, J. (2018). Rape-related pregnancy and association with reproductive coercion in the U.S. American Journal of Preventive Medicine. 55(6), 770-776
156. Esra B, Filiz Y, Çiğdem S, Seçil s. Çiçeklerin Kaderi: Türkiye’de Kadınların Erken Evliliği Üzerine Nitel Bir Araştırma. Bilig BAHAR 2015/ sayı 73.
157. Jensen, Robert ve Rebecca Thornton (2003). “Early Female Marriage in the Developing World”. Gender and Development 11(2): 9-19.
158. Akpan, Eno-Obong (2003). “Early Marriage in Easter Nigeria and Health Consequences of Vesigo- Vaginal Fistulae (VVF) Among Young Mothers”. Gender and Development 11(2): 70-76.
159. Gülçür, L. (1996) Ankara Araştırması, Sıcak Yuva Masalı, Metis Yayınları, İstanbul.
160. İlkcaracan. P. (1998) Women for Women’s Human Rights Exploring the Context of Women’s Sexuality in Eastern Turkey, Reproductive Health Matters, 6(12): pp.66-75.
161. Erberk E., Eradamalar N., Beştepe E., Akar H., Alpkan L. Kadına Yönelik Fiziksel ve Cinsel Şiddet: Üç Grup Evli Çiftte Karşılaştırmalı Bir Çalışma.Düşünen Adam; 2004, 17(4):196-204.
162. Black, M.C., Basile, K.C., Breiding, M.J., Smith, S.G., Walters, M.L., Merrick, M.T., Chen, J., & Stevens, M.R. (2011). The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: National Center for Injury Preventi.
163. Cantor, D., Fisher, B., Chibnall, S., Harps, S., Townsend, R., Thomas, G., Lee, H., Kranz, V., Herbison, R., & Madden, K. (2019). Cinsel Saldırı ve Cinsel

Suistimal Konulu AAU İklim Araştırması Raporu. Amerikan Üniversiteleri Birliği.

164. Kaya, M., et al.: Submissive behaviors and its relationship with violence among students of medical school, Anadolu Psikiyatri Dergisi; 5(5-10,2004.
165. M. Koç, B. Bayraktar, and S. Çolak: Üniversite öğrencilerinde boyun eğici davranışlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi; 28(257-280,2010.
166. Özkan, İ.A.v.Ö., A. : Öğrenci hemşirelerde boyun eğici davranışlar ve benlik saygısı arasındaki ilişki, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni; 7(1):53-58,2008.
167. Botan E., Mesleki Eğitim Merkezine Devam Eden Gençlerin Sağlık-Sosyal-Ekonomik Durum Ve Boyun Eğici Davranışları Açısından Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Van, 2017.
168. İzmirli, M. (2012). Öz-Anlayış, Yaşam Doyumu, Negatif ve Pozitif Duygu: Türk ve Diğer Ülke Üniversite Öğrencilerini Arasında Bir Karşılaştırma . Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi , 1 (23) , 428-446 .
169. Pınar T,Yetişkinlik Döneminde Öz Anlayış Ve Kişiler Arası Bilinçli Farkındalığın Affetmeyi Yordaması. 2022i, İstanbul.
170. Kasım T, Farklı Öz-Anlayış Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinin Karar Vermede Ösaygı, Karar Verme Stilleri Ve Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.Doktora Tezi. (2010), Konya.
171. Özdemir H., Bağlanma Stilleri İle Partner Şiddeti Arasındaki İlişkide Öz-Anlayışın Ve Boyun Eğici Davranışın Aracılık Rolü. Doktora Tezi. (2020), İstanbul.
172. Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., Amaral, V. ve Duarte, J. (2014). Recall of threat and submissiveness in childhood and psychopathology: The mediator effect of self-criticism. Clinical psychology & psychotherapy. 21.1, 73-81.
173. Gilbert, P. ve Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. Memory.12.4, 507-516.

DOI:10.1080/09658210444000115.

174. Gupta, S. ve Mishra, J. (2016). Mindlessness, Submissive Behavior And Thought Suppression: A Perceptual Buffering Of Self-Compassion To Psychological Vulnerabilities Among Indians. *Journal Depress Anxiety*. 5.4, 1-6 DOI: 10.4172/2167-1044.1000246.
175. Burhanettin D., Hasan D. Lise öğretmenlerinin boyun eğici davranışlarına ilişkin algıları, *Kastamonu Üniversitesi Kastamonu Eğitim Dergisi*, İnönü Üniversitesi, (2009) Malatya.
176. Gondolf E.W. (1988). The state of the debate: A review as say on women battering. *Response*. 11: 3-8.
177. Yüksel B, Sporti Etkinlikler Kapsamında Lise Öğrencilerinin Sosyal Onay İhtiyacı İle Boyun Eğici Davranışlarının İncelenmesi. 2021, Batman.
178. Ulusoy, H., N. Tosun, and J.C. Aydın: Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme, Boyun Eğici Davranışlar ve Otonomi Düzeyleri, *Journal of Health and Nursing Management*; 3(1):8-17,2016.
179. Abdullah, A., K. Alim, and Z.B. MACİT: İlköğretim II Kademe Öğrencilerinin Boyun Eğici Davranış Düzeylerinin İncelenmesi, *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*; 11(1):2010.
180. Yıldırım, İ.: Lise öğrencilerinde boyun eğici davranışların yaygınlığı, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*; 26(26):2004.
181. Goodwin, A.J., Agronin, M.E. (1997) *A Woman's Guide to Overcoming Sexual Fear and Pain*, New Harbinger Publications, Inc. Oakland-Canada, pp.59-118.
182. Melanie K and Alia O, Global self-esteem and sexual self-esteem as predictors of sexual communication in intimate relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, Vol. 16 (3-4) 2007.
183. United Nations, Final Act of the International Conference on Human Rights, U.N. Document A/CONF. 32/41, Newyork 1968, s. 15.
184. Atasay, B., Arsan, S. (2004). Anne ve Yenidoğan Hakları Barcelona

Deklorasyonu. TBB Dergisi 52:172-176.

185. Akın A. Üremeye İlişkin Haklar ve Üreme Sağlığı, Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet). Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 1994; 15-9.

