T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ERZURUM İL MERKEZİNDE 15 - 49 YAŞ EVLİ KADINLARDA AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİ KULLANMA DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Ezel BİLGE YERLİ

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Elif Okşan ÇALIKOĞLU

Uzmanlık Tezi
ERZURUM 2015

İÇİNDEKİLER

ONAY ..... **III**
TEŞEKKÜR ..... **IV**
ÖZET ..... **V**
ABSTRACT ..... **VI**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **VII**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **X**
1. GİRİŞ **1**
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1. Dünyada Aile Planlamasının Tarihi Sürecine Bakıldığında 5
2.2. Dünya'da Aile Planlaması Uygulamaları 7
2.3. Türkiyede Aile Planlaması Uygulamaları 8
2.3.1. Türkiye'deki aile planlaması sürecinin tarihsel gelişimine bakıldığında 8
2.4. Türkiye'de Aile Planlaması Uygulamaları 13
2.5. Aile Planlaması Yöntemleri 13
2.6. Modern Yöntemler 15
2.6.1. Hormonal kontraseptif yöntemler 15
2.6.2. Mini haplar 19
2.6.3. Post koital kontrasepsiyon 21
2.6.4. Enjekte edilen kontraseptifler 21
2.6.5. Deri altı implantları (norplant, implanon) 24
2.6.6. Vajinal halkalar (Ringler) 26
2.6.7. Rahim içi araçlar (RİA) 26
2.6.8. Bariyer yöntemler 29
2.6.8.1. Kondom 29
2.6.8.2. Kadın kondomu 30
2.6.8.3. Diyafram 30
2.6.9. Spermisit 32
2.7. Cerrahi Kontrasepsiyon 33
2.7.1. Tüp ligasyon (Kadında tüplerin bağlanması) 34
2.7.2. Vazektomi (Erkekte kanalların bağlanması) 35
2.8. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri 35

2.8.1. Bazal vücut ısısı yöntemi 35
2.8.2. Servikal mukus yöntemi 36
2.8.3. Servikal palpasyon yöntemi 36
2.8.4. Semptotermal yöntem 37
2.8.5. Takvim yöntemi 37
2.8.6. Geri çekme yöntemi 38
2.8.7. Vajinal yıkama 38
2.8.8. Emzirme ile gebeliğin önlenmesi 38
2.9. Aile Planlaması Hizmetleri ve Hizmetlerin Sunumunda Örgütlenme 38
3. GEREÇ VE YÖNTEM 43
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı 43
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 43
3.3. Araştırmanın Hipotezleri 43
3.4. Veri Toplama Yöntemi 43
3.5. İncelenen Değişkenler, Verilerin Analizi ve Değerlendirme 44
3.6. İzinler 44
3.7. Araştırmanın Süresi 44
4. BULGULAR 45
4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri 45
4.2. Araştırmadaki Kadınların Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular 54
4.3. Aile Planlaması İle İlgili Bulgular 64
5. TARTIŞMA 81
5.1. Sosyo Demografik Özellikler 81
5.2. Doğurganlık ile İlişkili Özellikler 83
5.3. Aile Planlaması ile İlgili Özellikler 86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 96
KAYNAKLAR 100

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 16.04.2013 tarih ve 63 sayılı yazısı ile **" Erzurum İl Merkezinde 15 - 49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler "** konulu tez konusunun araştırma görevlisi Dr. Ezel BİLGE YERLİ tarafından çalışılması uygun görülmüştür. Seçilen konu incelenmek üzere Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı'nca görüşülmüş ve 02.05.2013 tarih ve 4 nolu oturumunun 1 nolu kararı ile etik kurallara uygun görülmüştür. Çalışma Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı'nca 16.04.2013 tarih ve 2 sayılı oturumunun 16 nolu kararı ile tez çalışması olarak kabul edilmiştir.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tezimim hazırlanması esnasında, desteğini ve hoşgörüsünü esirgemeyen, çalışmalarıyla kendime örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN'a ve danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Elif Okşan ÇALIKOĞLU'na, ihtisas süresi boyunca eğitimime ve tezime olan değerli katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Zahide KOŞAN'a, Yrd. Doç. Dr. Talat EZMECİ'ye, tezimin analizinde yardımcı olan Dr. Sinan YILMAZ'a ve yardımlarından dolayı Sekreter Yeliz ÇAKIR HARARLI'ya teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince beni motive eden anneme, babama, eşime, kardeşlerime, tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve bölümümüzün tüm çalışanlarına teşekkür ederim.

Dr. Ezel BİLGE YERLİ

ÖZET

ERZURUM İL MERKEZİNDE 15 - 49 YAŞ EVLİ KADINLARDA AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİ KULLANMA DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Çalışmamızda Erzurum il merkezinde yaşayan 15- 49 yaş grubu evli kadınların; aile planlaması yöntemlerini kullanma sıklığı, sosyo- demografik özellikleri ve gebelik öyküleriyle tercih ettikleri aile planlaması yöntemleri arasındaki ilişkinin gösterilmesi, eş katılımı durumunun belirlenmesi ve önceki yıllarda yapılan çalışmalarla sonuçların karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamız tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırma olup, evrenini Erzurum il merkezi 15- 49 yaş kadın nüfusu oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 33.07±7.1 dir. Kadınların evlilik yaş ortancası 20, ilk gebelik yaş ortancası 21 dir. Kadınların %81.2'sinin ev hanımı, %45.1'inin eğitim düzeyinin ilkokul ve altında olduğu görüldü. Kadınların toplam gebelik sayı ortalaması 3.07, canlı doğum sayısı ortalaması 2.29, yaşayan çocuk ortalaması 2.27 dir. Araştırmamıza alınan kadınların %77.7'si herhangi bir AP yöntemi kullanırken, %48.2'si modern, %29.5'i geleneksel yöntem kullanmaktaydı. Modern yöntemler içinde RİA ve kondom, geleneksel yöntemler içinde ise geri çekme yöntemi en yüksek oranda kullanılmakta idi. Yaptığımız çalışmada herhangi bir yöntem kullanmayanların oranı %22.3 olup en sık yöntem kullanmama nedenleri arasında gebelik olduğu görüldü. Modern yöntem kullanma durumunun çalışan grupta, eğitim ve gelir durumu arttıkça arttığı, toplam gebelik sayısı arttıkça azaldığı görüldü. Katılımcıların %54.5'i daha önce kullanmış olduğu yöntemi bıraktığını, modern yöntemler içinde RİA ve geleneksel yöntemler içinde de geri çekme yönteminin en yüksek oranda bırakıldığı görüldü. Bırakma nedenleri arasında yan etki ve gebelik yüksek oranda idi.

Çalışmamızda modern AP kullanımını arttırmak için verilen üreme sağlığı hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin daha etkili olması ve daha çok aileye ulaşılması hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Üreme Sağlığı, Aile Planlaması, Kontraseptif Yöntemler

ABSTRACT

THE CASE OF USING FAMILY PLANNING METHODS AND INFLUENCING FACTORS AMONG THE MARRİED WOMAN AGED BETWEEN 15- 49 IN ERZURUM CITY CENTER

It has been aimed, in this study,to show the frequency of using family planning methods among married woman between the age of 15- 29 living in Erzurum city center, the correlation among socio- demographic features and the methods of family planning that they prefer with pregnancy narratives,the identification of the situation about partners' participation,and the comparison of the study results with the previous years'..It has been a definitive cross- sectional kind of survey and embodies the woman population aged between 15- 49 in Erzurum city center.

The mean age of woman participating the research is 33.07+7.1.The median marriage age of woman is 20,the median pregnancy age is 21. It is seen that 81.2%of them are house wives, and the education level of 45.1%is primary school or below primary.The total means of pregnancy number of woman is 3.07,live birth rate is 2.29 and the living child rate is 2.27%.While 77.7%of woman included in our research were using any of the methods of FP, 48.2%of them were using modern,29.55 %of them were using the traditional FP method. RIA and condom are considered as the modern methods while the traditional methods is using waiving.According to our research, the rates of people not using any methods are 22.3%, and the main reason for not using any method has been notified as pregnancy.It is seen that the ratio of using modern methods among working groups increases when the education and income status gets higher and decreases with the rise of total pregnancy number. 54.5%of the participants gave up the previously used methods, RIA,among modern methods and waiving, among traditional methods, were given up by the highest rates. The main reason for giving up are side effects and pregnancy.

Our study should set goals as to reach more families in order to increase the usage of modern family planning methods,and to have an effective health education and reproduction health services.

Key Words: reproductive health,family planning,contraseptive methods

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo Demografik Özellikleri 46
Tablo 2. Katılımcıların Sürekli İlaç Kullanmasını Gerektiren Hastalık ve Sigara İçme Durumu 47
Tablo 3. Katılımcıların Doğurganlık Durumu 48
Tablo 4. Katılımcıların Doğurganlık Tercihleri 49
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Kadınların AP Yöntemlerini Duyma Dağılımları 49
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Kadınların AP Kullanma Durumu..... 50
Tablo 7. Katılımcıların Kullandıkları AP Yöntemlerinin Dağılımları 50
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Kadınların Kullanılan Modern Yöntemle İlgili Danışmanlık Hizmeti Alma ve Sağlık Kontrolüne Gitme Durumları 51
Tablo 9. Araştırmadaki Kadınların Kullandıkları Yöntemi Tercih Etme Nedenleri ve Yöntemin Temin Edildiği Yer Dağılımları 51
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Yöntem Kullanmayan Kadınların Yöntem Kullanmama Nedenleri 52
Tablo 11. Katılımcıların Kullanılan AP Yöntemlerinde Eş Katılım Durumu 52
Tablo 12. Katılımcıların Bıraktıkları Yöntemlerin Dağılımı 53
Tablo 13. Katılımcıların Gebelik Durumu, Gebeliklerin İstenip İstenmeme Durumu, İstenmeyen Gebelik Durumundaki Görüşleri 54
Tablo 14. Katılımcıların Eğitim ve Çalışma Durumlarına Göre İlk Evlilik Yaş Dağılımları 55
Tablo 15. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre İlk Gebelik Yaş Gruplarının Dağılımı 55
Tablo 16. Katılımcıların Yaş Gruplarına, Eğitim, Gelir ve Çalışma Durumlarına Göre Toplam Gebelik Sayı Dağılımları 57
Tablo 17. Katılımcıların Yaş Gruplarına, Eğitim, Gelir ve Çalışma Durumlarına Göre Canlı Doğum Sayı Dağılımı 59
Tablo 18. Katılımcıların Bazı Sosyo- Demografik Özellikler ve Toplam Gebelik Sayılarına Göre Düşük Yapma Durumu 60
Tablo 19. Katılımcıların Bazı Sosyo- Demografik Özelliklere Göre Ölü Doğum Yapma Durumu..... 61

Tablo 20. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Son İki Gebelik Arası Süre Dağılımları 62
Tablo 21. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre İki Gebelik Arasında Olmasını Belirttikleri Süre Dağılımları 62
Tablo 22. Katılımcıların Eğitim, Gelir Durumu ve Canlı Doğum Sayılarına Göre İstenmeyen Gebelikleri Sonlandırma Biçimlerinin Dağılımı 63
Tablo 23. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre İdeal Çocuk sayısı 64
Tablo 24. Katılımcıların Bazı Sosyo - Demografik Özelliklerine Göre AP Kullanma Durumu Dağılımı 65
Tablo 25. Katılımcıların Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Kullanılan AP Yöntemi Dağılımı 67
Tablo 26. Katılımcıların Doğurganlık Öyküleri ve İdeal Çocuk Sayılarına Göre Herhangi Bir AP Yöntemi Kullanma Durumu 68
Tablo 27. Katılımcıların Doğurganlık Öyküleri ve İdeal Çocuk Sayısına Göre Modern ve Geleneksel AP Yöntemi Kullanma durumu 69
Tablo 28. Katılımcıların Eğitim, Çalışma ve Gelir Durumlarına Göre Kullandıkları AP Yöntemleri 71
Tablo 29. Eşlerin AP'yi Doğru Bulma Durumuna Göre Herhangi Bir AP Yöntemini Kullanma Durumu 72
Tablo 30. Eşlerin AP'yi Doğru Bulma Durumuna Göre Modern yada Geleneksel Yöntem Kullanma Durumu 72
Tablo 31. Katılımcıların Tercih Etme Nedenlerine Göre Kullanılan Modern AP Yöntemlerinin Dağılımı 74
Tablo 32. Katılımcıların Eğitim Durumları ve ideal Çocuk Sayısına Göre Geçmişte Herhangi Bir AP Yöntemi Kullanıp Bırakma Durumları 75
Tablo 33. Katılımcıların Eğitim Durumlarına ve İdeal Çocuk Sayısına Göre Geçmişte Herhangi Bir AP Yöntemi Kullanıp Bırakma Durumları 76
Tablo 34. Katılımcıların Geçmişte Bırakılan Yöntemlere Göre Yöntemlerin Bırakılma Nedenleri 77
Tablo 35. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Emzirmenin Gebelikten Koruyup Korumayacağını Bilme Durumunun Dağılımı 78

Tablo 36. Katılımcıların Bazı Sosyo - Demografik Özellikleri ve Toplam Gebelik Sayılarına Göre Kürtaj Olma Durumu 79
Tablo 37. Katılımcıların Kürtaj Olma Durumlarına Göre Herhangi Bir AP Yöntemi Kullanma Durumu 80
Tablo 38. Katılımcıların Kürtaj Olma Durumlarına Göre Modern yada Geleneksel AP Yöntemi Kullanma Durumu 80
Tablo 39. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Kürtajın Bir AP Yöntemi Olup Olmaması Durumu 80

KISALTMALAR DİZİNİ

AP **:** Aile planlaması

RİA **:** Rahim içi araç

OKS **:** Oral kontraseptif

AÖÇ **:** Anne ölümleri çalışması

DSÖ **:** Dünya sağlık örgütü

1. GİRİŞ

Dünyada; nüfus, kalkınma ve doğurganlık arasında kurulan ilişki önce nüfus planlaması, ardından doğum kontrolü ve aile planlaması kavramlarının gelişmesine sebep olmuştur. Bu alanda yapılan çalışmaların kadının statüsü ile ilgili konularla ve kadının genel sağlık sorunları ile ilişkisi, kadın nüfusuna odaklanılmasına ve bu kavramlara kadın sağlığının da eklenmesine yol açmıştır (1)

Nüfus konusundaki uluslararası çabalar, İkinci Dünya Savaşı sonrasında, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümleri azaltmaya, özellikle de çocuk ölümlerini azaltmaya odaklanmıştı.1960'lı yıllarda ise başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünyada, kontrolsüz nüfus artışının ekonomik sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusunda artan bir duyarlılık gelişmeye başlamıştır.1970'ler deki demografi ağırlıklı yaklaşım 1980'lerde yerini sağlıkla ilgili kaygılara, 1990'lar da ise insanların hakları ve ihtiyaçları üzerine bırakmıştır (2,3).

Türkiye'de ise nüfusla ilgili adımlar M.Kemal ATATÜRK tarafından 1926 yılında atılmış ve Merkezi İstatistik Dairesi adı ile TUİK kurulmuş ve 1927 yılında ilk genel nüfus sayımı gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de nüfus sorununu ulusal bir politika olarak ele alan ve üzerinde duran Atatürk, 1924 yılında nüfusu artırma yaklaşımı yani 'pronatalist nüfus politikası'nı devlet politikası haline getirmiştir (4). Bu dönemde Türkiye'de savaşlarda geniş arazi ve nüfus kaybedilmiş olması, tifüs ve sıtma gibi hastalıklardan birçok insanın ölmesi ve aynı zamanda tarımsal kalkınma ve bağımsızlığını korunabilmesi için güçlü bir orduya yani insan gücüne ihtiyacın olması Atatürk'ün nüfus artırma politikasını desteklemesinin başlıca nedenleri olmuştur. Pronatalist nüfus politikası 1920'lerin başında nüfusu hızla artırmak üzere oluşturulmuştur. Politika gereği kontraseptif yöntemlerin ithali yasaklanmış, kontraseptif yöntemlere ilişkin reklamlar ve halk eğitimleri engellenmiş ve büyük aileler için parasal teşvikler sağlanmıştır. Pronatalist politikanın izlendiği yıllarda Türkiye'nin nüfusunda belirgin demografik değişiklikler meydana gelmiştir. Nufusun hızla arttığı ve doğurganlık hızının dikkat çekici bir düzeye ulaştığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Ek olarak yasa dışı düşüklerde ciddi ve hızlı bir artış meydana gelmiş ve isteyerek düşükler anne ölümlerinin başlıca nedeni haline gelmiştir (5- 7).

Bütün bunlar toplumun özellikle de kadınların sağlığı üzerinde belirgin olumsuz etkiler oluşturduğundan pronatailst politikadan vazgeçilmesi sonucuna gidilmiştir. Pronatalist politikaların değişmesi uzun zaman almış ve ancak çeşitli sektörlerin, kişilerin ve sivil toplum kuruluşlarının çabaları ve işbirliği ile mümkün olmuştur. Bu kapsamda Türk Hükümeti 10 nisan 1965' te ulusal Aile planlaması programı için yasal çerçeve oluşturacak yeni bir nüfus planlaması yasası kabul etmiştir (8). nüfus planlaması Kabul edilen yasa ile nüfus planlamasının amacı belirlenmiş, kişilerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarının yolu açılmış, gebeliğin önlenmesi için koruyucu önlemlerin serbest bırakılacağı belirtilmiştir. Güçlü pronatalist nüfus politikasının 40 yıllık uygulamalarının değiştirilmesi üreme sağlığı ve özellikle kadın sağlığı alanında gerçek bir atılım olmuştur. Zaman içinde varolan nüfus planlaması yasasının toplumun ihtiyacını tam olarak karşılamadığından değiştirilmesi gerektiği düşünülerek, yeni bir yasanın hazırlıklarına başlanmıştır. Böylece 24 mayıs 1983 yılında da TBMM'ye sunulan 2827 sayılı yeni Nüfus Planlaması Yasası kabul edilmiştir (9)

1990'lı yıllara gelindiğinde kadın sağlığı ve aile planlamasının kapsamı uluslararası platformda gerçekleştirilen konferanslarda alınan kararlar sonucunda dünyada olduğu gibi Türkiye'de de değişmiştir.Yakın zamana kadar üremeye ilişkin sağlık sorunları, geleneksel olarak ana çocuk sağlığı kapsamında ele alınırken, son yirmi yıllık süreçte tüm dünya ülkelerinde meydana gelen önemli sosyo demografik değişiklikler nedeniyle, mevcut Ana Çocuk Sağlığı (AÇS) yaklaşımının üreme sağlığı konusunda yer alan tüm sağlık sorunlarını çözmede yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Bu nedenle dünya ülkelerinin gündemine üreme sağlığı yeni bir kavram olarak girmiştir (1).

Dünya Sağlık Örgütü 'üreme sağlığının yalnızca üreme sistemi işlevleri ve süreciyle ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil üremenin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması' olarak tanımlanmıştır. Tanımlardan da anlaşılacağı gibi doğurganlığın düzenlenmesi ya da aile planlaması üreme sağlığının temel bileşenleridir. Ayrıca bu tanım, üreme sağlığı yeteneğinin ne zaman ve nasıl kullanacağına karar verme özgürlüğünün gerçekleşebilmesi için gerekli koşulları da içermektedir. Bu koşulların özünde kişilerin aile planlaması ve yasalara aykırı olmayan

doğurganlığı düzenleyici diğer yöntem ve hizmetlerle, belli sağlık hizmetlerine erişebilme hakkı vardır (10).

Dünyada ve Türkiye'de insanların çoğunun henüz tam olarak bilmediği veya hiç duymadığı üreme sağlığı kavramı, 1994'te Kahire konferansında uzun tartışmalar sonucunda tanımlanan yeni bir kavramdır. Bu konferansta yapılan tanıma göre üreme sağlığı, insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamları, üreme yetenekleri ve bu yeteneği kullanıp kullanamayacakları ve ne zaman ve ne sıklıkla kullanacakları konusunda karar verme özgürlükleri olması demektir (1).

Kahire konferansıyla birlikte tüm dünyada ve Türkiye de kabul edilen üreme sağlığı kavramının bir parçası olan aile planlaması, bireylerin ya da eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına; iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını ve sosyo- ekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine; çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür (10).

Aynı zamanda anne ölümleri kalkınmışlık göstergelerinden bir tanesi olarak ifade edilmektedir ve gelişmekte olan ülkelerde anne ölümleri sık olarak görülen bir durumdur. Özellikle istenmeyen gebelikler, genel sağlık hizmetleri ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimdeki farklılıklar ve sosyoekonomik nedenler dünya genelindeki yüksek anne ölüm oranına katkı yapmaktadır (11). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre anne ölüm oranı dünya genelinde yüz binde 210 olarak bildirilmektedir. Bu oran orta- üst gelir grubu ülkelerde yüz binde 53, Avrupa Bölgesi ülkelerinde yüz binde 20'dir. Gelişmiş ülkelerde anne ölüm oranını yüz binde 16 olarak bildirmektedir (12).

Türkiye'de 2005 yılında yapılan ulusal anne ölümleri çalışmasına göre anne ölüm hızı, yüz binde 28.5 olup %61.6'sı önlenebilir nedenlerle olmaktadır (11).

Sağlık Bakanlığı 2013 verilerine göre Türkiye'de anne ölüm oranı yüz binde 15.9, Kuzey doğu Anadolu bölgesinde yüz binde 22.6 olarak hesaplanmıştır (13).

Doğurganlık düzeyini yansıtan bir gösterge olan toplam doğurganlık hızı (TDH) ; TNSA 2013'e göre 2.26, doğu bölgesi için 3.41, genel doğurganlık hızı (GDH) 1000 kadın başına 78'dir (14).

Dünyada 2011 verilerine göre herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma %63.2, etkin yöntem kullanma %57, etkin olmayan yöntem kullanma %6.1, gelişmiş ülkelerde bu oran sırasıyla %70.1, %61, %9; gelişmekte olan ülkelerde %62, %56, %5.6 dır (15). TNSA 2013'e göre Türkiye de halen herhangi bir AP yöntemi kullanma sıklığı %.73.5, etkin yöntem kullanma hızı %.47.4, etkin olmayan yöntem kullanma hızı %.26'dır. Doğu bölgesinde ise bu hızlar sırasıyla %69.2, %39.2, %23 olarak belirtilmiştir (13). Doğu bölgesi için doğurganlık hızı ve anne ölüm oranlarının yüksek olduğu ve AP kullanma oranlarının düşük olduğu gözlemlenmiştir. Erzurum İli Eğitim Araştırma Bölgesinde 1992 yılında yapılan bir çalışmada da halen herhangi bir yöntem kullanan kadınların sıklığı %35 tir (16).

Çalışmamızda Erzurum il merkezinde yaşayan 15- 49 yaş grubu evli kadınların; aile planlaması yöntemlerini kullanma sıklığı, sosyo- demografik özellikleri ve gebelik öyküleriyle tercih ettikleri aile planlaması yöntemleri arasındaki ilişkinin gösterilmesi, eş katılımı durumunun belirlenmesi ve önceki yıllarda yapılan çalışmalarla sonuçların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Aile planlaması ailelerin, istedikleri zaman bakabilecekleri, yetiştirebilecekleri, her bakımdan sorumluluklarını taşıyabilecekleri, kendi iradeleri dahilinde çocuk sahibi olmaları anlamına gelmektedir.

Bireylerin ya da eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına; iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını ve sosyo- ekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine; çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür (16).

Aile planlamasının amaçları;

- Sık aralıkla, çok sayıda, çok erken ve geç yaşta gebelik ve doğumun ana ve çocuk sağlığına yaptığı olumsuz etkileri önlemek.
- İstenmeyen gebelikleri önlemek.
- Toplumu, aileleri ve doğurganlık çağındaki bireyleri üreme fizyolojisi ve doğum kontrolü konusunda eğitmek ve bilinçli, sağlıklı yaşamalarını sağlamak.
- Çocuk sahibi olmak isteyen ve olamayanlara tıbbi imkanlarla yardımcı olmak.
- Topluma ruhen, bedenen sağlıklı çocukların yetişmesini sağlamak.
- Kişilerin sağlık ihtiyaçları doğrultusunda sağlık kuruluşlardan yararlanmasını sağlamak.
- Hızlı nüfus artısının getirdiği sorunları bertaraf ederek, toplumun sağlıklı olmasına katkıda bulunmaktır (19).

2.1. Dünyada Aile Planlamasının Tarihi Sürecine Bakıldığında

İnsanlık tarihi boyunca nüfus politikası, nüfus büyüklüğünün, ulusal ve ekonomik gücün belirleyicisi olduğu şekilde tanımlanan, yani pronatalist nüfus politikasıdır. Aşırı nüfus artışından zaman zaman korkulmasına rağmen, nüfus büyüklüğü saldırılara karşı bir savunma sayılmıştır.

Günümüze gelindiğinde nüfus politikası, hükümetlerin üçüncü dünya ülkelerindeki hızlı nüfus artışının gelişmeye engel teşkil ettiğini görmeleri ile değişmiştir. Eski nüfus politikası büyük ölçüde yerini aile planlamasına bırakmıştır. Bu

değişimin öncüsü bir nüfus bilimci olan Malthus'a kadar dayanmasına karşın, 20. Yüzyılın ikinci yarısında berraklaşmıştır. İkinci dünya savaşından sonra sanayileşmiş ülkeler nüfus büyüklüğü ile askeri güç arasında ilişki olduğu konusundaki görüşlerini gözden geçirmişler; ekonomik ve teknolojik üstünlüğün önemini anlamışlardır. Aynı zamanda, gelişmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkelerdeki hızla artan nüfus karşısında uyarılmışlar ve Batı'da nüfus kontrolü fikri ortaya çıkmıştır (20).

Nüfusu dış kaynaklı bir faktör olarak ele alma eğilimi, özellikle Roma'da düzenlenen 1. Dünya Nüfus Konferansı ile başlayan bir süreç olarak 1950 ve 1960'larda kalkınma stratejilerindeki yaklaşımlarda görülmeye başlanmıştır. Bu yaklaşımlar, çoğunlukla kalkınmanın hızlanması için sanayiye daha çok yatırım yapılmasını ve sadece kişi başına toplam gelir artışını hedeflemekte, gelirin bölgeler ve kişiler arasındaki dağılım özelliklerini göz ardı etmektedir (21).

Kuşkusuz bu yaklaşımlarda uluslararası kuruluşların o dönemdeki gelişmekte olan ülkelerde gözlenen hızlı nüfus artışından ürkmelerinin ve ne pahasına olursa olsun bu hızları aşağı çekme gayreti içine girmelerinin de payı vardır. Bu durum nüfus ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkinin anlaşılmasını geciktirmiş ve konunun yalnızca aile planlaması olarak ele alınmasına yol açmıştır (21).

Bu konudaki kavramlar ve yaklaşımlar 1974'te Bükreş'te toplanan 3. Dünya Nüfus Konferansından sonra değişmiştir. Hükümetler düzeyindeki bu ilk önemli toplantı sonunda kabul edilen 'Dünya Nüfus Hareket Planı'nda çok açık olarak nüfus dinamikleri ile kalkınma faktörleri arasındaki karşılıklı ilişkilere ve etkileşimlere dikkat çekilmiştir. Bükreş Konferansı, nüfus politikalarının, özellikle doğurganlığı azaltıcı ve nüfus artış hızını yavaşlatıcı politikaların, ancak yoğun kalkınma çabaları ile birlikte uygulanabilirse başarılı olabileceğini ortaya koymuştur ve bu durum 1984 yılında Meksika'da düzenlenen 4. Dünya Nüfus Konferansı'nda tartışılmadan kabul edilen bir gerçek haline gelmiştir.

Yapılan bu uluslararası Nüfus Konferansı'nda Aile planlaması; 'Bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları' olarak kabul edilmiş ve bu yaklaşım, uluslararası oybirliği ile güvence altına alınmıştır (22).

1994'te Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (Internatiomal Confernce On Population And Development- ICPD) kalkınmanın temel ve vazgeçilmez bir insan hakkı olduğu vurgulanmıştır. Toplantıda nüfus politikalarının temelinde, bireylerin yaşam kalitesini yükseltme hedefinin yer alması gerektiği, nüfus, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerinin bilincinde olunması gerektiği ilkeleri kabul edilmiştir. Yoksulluğun yok edilmesi için bütün ülkelerin işbirliği yapması zorunluluğu, kadınlarla kız çocuklarına özel olarak önem verecek şekilde eğitimin herkesin hakkı olduğu ve önceliğin çocuklara verilmesi gerektiği ilkeleri kabul edilmiştir (22).

Kahire'deki konferansta ele alınan kavramlardan biri de 'Üreme Hakları'' olmuştur. Üreme hakları; insanların üreme yeteneğine ve bunu ne zaman ve nasıl gerçekleştireceklerine karar verme özgürlüğüne sahip oldukları anlamına gelmektedir. Bu kapsamda; bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet, baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri ve adölesan dönemden başlanarak, postmenapozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır (22).

Konferansın sonuçları daha sonra, 1995'de Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı'nda bir kez daha vurgulanmış ve bu konferanslardan sonra eylem programları hazırlanmıştır. Eylem programlarının ana konularını; kalkınma nüfus ilişkisi, kadınların güçlendirilmesi, cinsiyetler arası eşitliğin ve adaletin sağlanması, kız çocuklar, gençler ve yaşlılar oluşturmuştur (23).

Eylem programında ayrıca aile planlaması çalışmalarının, daha geniş bir kavram olan 'Üreme Sağlığı' içerisinde dahil edilmesinin gereği vurgulanmıştır, Üreme sağlığı hizmetlerinin, temel sağlık hizmetleri aracılığı ile uygun yaştaki herkese sağlanması şart konulmuştur (23).

2.2. Dünya'da Aile Planlaması Uygulamaları

Dünya genelinde, üreme dönemindeki ailelerin %62.7'si gebelikten korunmaktadır Gelişmiş ülkelerde bu oran %72 iken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran %61.2, en az gelişmiş ülkelerde ise %31.4'tür. Modern yöntem kullanımı ise dünyada

%56.1, gelişmiş ülkelerde %61.2, en az gelişmiş ülkelerde %31.4 olarak gerçekleşmektedir. Tüm dünyada en yaygın kullanılan kontraseptif yöntem, tüp ligasyonu (%18.9) olup bunu rahim içi araçlar (RİA) (%14.3) , oral kontraseptifler (Hap) (%8.8) ve erkek kondomu (%7.6) izlemektedir (15).

2.3. Türkiyede Aile Planlaması Uygulamaları

2.3.1. Türkiye'deki aile planlaması sürecinin tarihsel gelişimine bakıldığında

Nüfus, Osmanlı imparatorluğu döneminde üzerinde durulan bir konu olmamıştır. Ancak toprakların genişletilmesi ve korunması için askeri güç gereksinimi nedeniyle fazla nüfus isteği ve tarihin derinliklerinden gelen geleneksel bir inançla büyük aile sahibi olma arzusu geçerliydi. İlk nüfus sayımı 1520- 1530 yılları arasında evlerin sayılması şeklinde, ikinci sayım ise 1831 yılında erkeklerin sayılması şeklinde yapılmıştır (20).

Atatürk, Türkiye'de nüfus sorununu ulusal bir politika olarak ilk ele alan ve üzerinde duran kişidir. Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar, Türkiye'nin nüfus yapısında farklı dönemler yaşanmış ve buna bağlı olarak farklı nüfus politikaları izlenmiştir.

Türkiye'de ise nüfusla ilgili adımlar M. Kemal ATATÜRK tarafından 1926 yılında atılmış ve Merkezi İstatistik Dairesi adı ile TUİK kurulmuş ve 1927 yılında ilk genel nüfus sayımı gerçekleştirilmiş, 1935 yılından sonra 5 yılda bir nüfus sayımı yapılmıştır. 1924 yılında nüfusu artırma yaklaşımı yani 'pronatalist nüfus politikası'nı devlet politikası haline getirmiştir. Atatürk'ün yaptığı bir konuşmada 'ulusumuzun sağlığının korunması ve geliştirilmesi, ölümlerin azaltılması, nüfusun artırılması, bu yolla ulusun bireylerinin dinç ve üstün yetenekli bir biçimde yetiştirilmesi gerekir.' demiştir. Atatürk'ün nüfus artırma politikasını desteklediği sırada Türkiye, savaşlarda geniş arazi ve nüfus kaybetmişti. Tifüs ve sıtmadan halk, büyük kayıplar vermekteydi. Ayrıca o yıllarda tarım henüz makineleşmediğinden tarımsal kalkınma için insan gücüne aynı zamanda da Türkiye'nin bağımsızlığını koruyabilmesi için güçlü bir orduya ihtiyaç vardı. Bütün bunlar düşünüldüğünde o günkü koşullarda bu doğru bir politikaydı (4- 7).

Bu pronatalist politika sonucunda bütün çabalara rağmen 1927- 1945 döneminde nüfus artış hızı ‰ 18, 1946- 1950 döneminde ‰ 22 olmuş ve 1955- 1960 yılları arasında doğum hızı ürkütücü boyutta artmaya başlamıştır. Nüfus artış hızının %3 ulaşması yanı sıra aşırı doğurganlığa, istemli çocuk düşürmelerine ve anne ölümlerine neden olmuştu. 1958 yılında Ankara Doğumevi Başhekimi olan Zekai Tahir Burak, Sağlık Sosyal Yardımlaşma Bakanlığı'na yukarıda belirtilen olumsuzlukları yazılı bir rapor halinde bildirerek Türkiye'de gebeliği önleyici araç gereç ve ilaçların satış ve kullanımının serbest bırakılmasını önermiştir (6).

Pronatalist politikaların değişmesi kolay olmamış, oldukça uzun zaman almış ve ancak çeşitli sektörlerin, kişilerin ve sivil toplum kuruluşlarının çabaları ve işbirliği ile mümkün olmuştur.

Pronatalist politikadan antinatalist politikaya geçişte ve yasanın hazırlanmasında Prof. Dr. Nusret Fişek ve Dr. Zekai Tahir Burak çok etkili olmuştur. 1963 yılında BM-Nüfus konseyinin işbirliği ve Prof. Fişek yönetiminde tüm ülkeyi kapsayan aile planlaması bilgi tutum davranış araştırması yapılmıştır. Bu araştırma doğurganlık konularında ülke düzeyinde yapılan ilk araştırma olup ülkedeki aşırı doğurganlığın boyutunu ve olumsuz sonuçlarını, aynı zamanda Türkiye'deki ailelerin aile planlaması konusundaki olumlu tutumunu da ortaya koymuştur (5).

Bütün bu hazırlık aşamalarından sonra 10 nisan 1965' te Türk Hükümeti ulusal aile planlaması programı için yasal çerçeve oluşturacak yeni yasayı kabul etmiştir (8).

Nüfus planlaması kanuna göre:

Aile planlaması fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları' demektir. Bu husus, gebeliği önleyici tedbirler ile sağlanır. Tıbbi zaruretler dışında gebelik sona erdirilemez veya sterilizasyon veya kastrasyon ameliyatı yapılamaz.' bu yasaya göre aşağıda sayılanlar ülkede yasal hale gelmiştir:

- Gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili bilgi ve eğitim verilmesi
- Cerrahi sterilizasyon yöntemleri hariç tüm gebeliği önleyici yöntemlerin sunulması
- Yalnızca tıbbi nedenlerle isteyerek düşüklere ve cerrahi sterilizasyona izin verilmesi

Kabul edilen yasa ile nüfus planlamasının amacı kişilerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarının sağlanması gebeliğin önlenmesi için koruyucu önlemlerin serbest bırakılacağı belirtilmiştir. 40 yıldır uygulanan güçlü pronatalist nüfus politikasının değiştirilmesi üreme sağlığı ve özellikle kadın sağlığı alanında gerçek bir atılım olmuştur. 1963'te fertilite konularında yapılan ilk ülke çapındaki araştırmadan sonra 5 yıl arayla ulusal araştırmalar tekrarlanmıştır (24).

Bu yasa temelinde Türkiye'de yıllar boyu sağlanan aile planlaması hizmetleri ancak belli bir düzeye ulaşılabilmiştir. Bu yasadan sonra kontraseptif yöntem kullanımı artmıştır. Ancak yasal olmamasına karşın isteyerek düşüklerin giderek arttığı görülmüştür. Provoke düşüklere bağlı anne ölümleri görülmeye devam etmiştir. 1981 yılında 450 bin kadının düşük yaptığı ve bunun neredeyse 300 binin isteyerek düşük olduğu tahmin edilmektedir. Bu da 1965'de yürürlüğe giren yasanın Türkiye'de isteyerek düşüğü önlemekte yetersiz kaldığını göstermektedir (24).

İlk antinatalist nüfus planlaması yasasının toplumun ihtiyacı tam olarak karşılamadığı ve değiştirilmesi gerektiği düşünülerek yeni antinatalist yasanın hazırlıklarına başlanmıştır[9]. TBMM'ye sunulan 2827 sayılı yeni Nüfus Planlaması Yasası 24 mayıs 1983 yılında da kabul edilmiştir (9).

Bu yasaya göre:

- 10 haftaya kadar olan gebelikler isteğe bağlı olarak sona erdirebilir.
- 10 haftanın üzerindeki gebelikler tıbbi nedenlerle sona erdirebilir.
- Hastanelerde ve AÇSAP Merkezlerinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının denetimi altında eğitimli genel pratisyenler menstrüel regülasyon hizmeti verebilirler.
- Erkek ve kadınlara gönüllü cerrahi sterilizasyon uygulanabilir
- Eğitimli doktor, hemşire ve ebeler RİA gibi etkin gebeliği önleyici yöntemleri uygulayabilirler.
- Yasada, aile planlaması konusunda sektörler arası işbirliği sağlanmasıda vurgulanmaktadır.

1990'lı yıllara gelindiğinde kadın sağlığı ve aile planlamasının kapsamı uluslararası platformda gerçekleştirilen konferanslarda alınan kararlar sonucunda dünyada olduğu gibi Türkiye'de de değişmiştir. Ülkemizde üreme sağlığı ve aile

planlaması konuları doğurganlık ve annelik kavramları ile bağdaştırıldığından buna ilişkin olarak 15- 49 yaş arasındaki kadınlar ele alınmaktaydı. Ancak, 1994 yılında Kahire'de düzenlen Uluslararası Nüfus Kalkınma Konferansı (UNKK) ile üreme sağlığı konusunda daha kapsamlı bir yaklaşım getirilmiştir (1).

Üreme Sağlığı kavramı bu konferansta tüm dünyada kabul görmüş ve Dünya Sağlık Örgütü üreme sağlığını: "Üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması" şeklinde tanımlamıştır (1).

Kahire konferansı sonrası Türkiye ve üye ülkeler, eski 'Ana Çocuk Sağlığı- Aile Planlaması' geleneksel yaklaşımlarını değiştirmiş aşağıda belirtildiği üzere üreme sağlığı amaçları hizmet kapsamı doğrultusunda bir çok konunun üreme sağlığı kapsamında ele alınması vurgulanmıştır (25).

Üreme sağlığının amaçları:

- Üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili ihtiyaçların karşılamada yardımcı olmak
- İstenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmak
- Erkeklerin katılımını artırmak
- Emzirmeyi teşvik etmek
- Kadınları dikkate alarak, cinsel yolla bulaşan hastalıkları, komplikasyonlarını önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak
- Cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin gelişmesini sağlamak
- Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak
- Gençlere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirmek, hizmet ve danışmanlık sağlamak
- Erken yaştaki gebelikleri azaltmak

Üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamı:

- Sorumlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme, eğitim, iletişim

- Yaygın aile planlaması hizmetleri, aile planlamasında bilgilendirme- eğitim iletişim danışmanlık
- Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım, emzirme
- Genital yol enfeksiyonlarının (GYE) etkin kontrolü
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların CYBE önlenmesi ve AIDS ile mücadele
- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi
- Güvenli olmayan düşüklere son verilmesi düşüğe bağlı olumsuz sonuçlarda gerekenin yapılması
- Üreme organlarının malignensilerinin önlenmesi ve tedavisi
- Yeterli beslenmenin sağlanması
- Bebek ve çocuk sağlığı
- Adölesan sağlığı ve cinselliği
- Sağlıklı yaşam biçimi
- Çevresel faktörlerin düzenlenmesi
- Sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesi (25).

Üreme sağlığı hizmetleri ile ilgili yeni yaklaşımda; hizmetlerin tüm yaşam boyu, herkesi hedefleyerek, birey ve toplumun gereksinimlerine uygun kontraseptif seçenekler sunarak insanların bilinçli- özgür seçim yapmalarını sağlayan hizmet veren ve alan arasında etkileşimi olası kılan üreme hedeflerini gerçekleştirilmesine yardımcı ve üreme organları ve işlevleriyle ilgili hastalık ve yaralanmaları önleyici nitelikte olması gerekmektedir.

Üreme sağlığı kadın ve erkek için yaşamın bütün dönemlerinde önemlidir. Ancak yaşamın dönemleri ve cinsiyete göre üreme sağlığı ile ilgili sorunlar ve hizmet gereksinimi farklılık göstermektedir. Çocukluk döneminde kadınla erkek arasında daha az olan farklılık, adölesan döneminde artmakta, üreme dönemin de (15- 49 yaş) en üst düzeye ulaşmakta, ileri yaşlarda tekrar azalmaktadır. Hangi yaş dönemi olursa olsun üreme sağlığı ile ilgili sorunlar ve hizmet gereksinimi erkeklere göre kadınlarda daha fazladır (26).

2.4. Türkiye'de Aile Planlaması Uygulamaları

TNSA 2008 verilerine göre, Türkiye'de evli kadınların %73'ü herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Evli kadınların %46'sı modern yöntemlerden birini kullanırken, %27.0'si geleneksel yöntemlerden birini kullanmaktadır. Evli kadınlar arasında en yaygın kullanılan yöntem RIA'dır (%17.0). RIA kullanan kadınları, kondom (%14) , tüp ligasyonu (%8) , hap (%5) kullanan kadınlar, izlemektedir. Bulunduğumuz ilide kapsayan kuzey Doğu Anadolu bölgesinde ise evli kadınların %70.4 ü herhangi bir yöntem kullanmaktadır bölgemizdeki evli kadınların %44.6 'sı modern yöntem kullanırken,%25.8'i geleneksel yöntem kullanmaktadır. Bölgedeki evli kadınlar arasında en yaygın kullanılan yöntem RİA (%23.6) dır bunu sırasıyla hap (7.2) ,kondom (%6.9) ve tüp ligasyonu (%4.7) izlenmektedir (17).

2.5. Aile Planlaması Yöntemleri

Sosyal ve ekonomik faktörler, gelenek, görenek ve dinin etkisi ile nüfus planlaması ve doğum kontrolü konuları asırlardan beri tartışma konusu olmuştur. İnsanlık zaman zaman nüfusu sınırlama gereği duyarken diğer yandan toplum yapısı ve ekonomik koşullar daha fazla nüfusu gerektirmektedir (27).

Gebeliği önlemeye ilişkin ilk yazılı belgelerde, M.Ö. 2700 yıllarında Çin" de çocuk düşürme metoduyla doğumların önlenmesinden bahsedilmektedir.

Mısır'da M.Ö. 1850" de yazılmış Petre Papirüs'ü ve M.Ö. 1550" de yazılmış Ebers Papirüslerinde ise gebeliği önlemek amacı ile vajene yerleştirilen, çeşitli maddelerden yapılmış tamponlardan ve coitus interrupts'tan söz edilmektedir (27).

Milattan önceki devirlerde Arapların çöldeki uzun yolculuklar sırasında, gebe kalmalarını önlemek amacı ile develerin uteruslarına küçük çakıl taşları yerleştirdikleri bilinmektedir. Bu yöntemin insanlarda kullanılmasına ilişkin ilk bilgilere Hipokrat'ın kadın hastalıkları konusundaki yazılarda rastlanır (27).

Bütün toplumlarda ve kültürlerde geleneksel olarak kadının doğurganlığı ile aylık adet dönemleri arasında bağ kurulmuştur (28).

Eski Yunanlılar gebeliği önlemek için kadın ve erkeğin birleşmeleri sırasında, rahim ağzını bal ve sedir yağıyla kapatarak tohumun rahme girmesini önlemeye çalışmışlardır (27, 28).

MS II. yüzyılda yasamış olan Roma'nın ünlü hekimi Soranus, gebe kalmayı önlemenin daha kolay ve daha doğru olduğunu savunan ilk düşünürlerdendir. Efesli Soranus birleşmeden belirli sürelerle uzak durması savunan ilk düşünürlerdendir (27, 28).

Rönesans devrinde Fransızlar ve İngilizler prezervatifi kullanmışlardır. Kondom ile ilgili ilk yazılı tanım, 1564 yılında İtalyan hekim Gabriel Follapio tarafından yapılmış, cinsel yolla bulasan hastalıklardan korunmak için ketenden yapılmış kılıfın losyonla kullanılmasını önermiştir. Daha sonra ise hayvan bağırsağından yapılan doğal kondomlar kullanılmaya başlanmış, 1840'ta kauçuğun yapılması ile kondom, gebeliği önlemek amacı ile kullanmıştır (27,28).

Dünyada Rahim içi araç (RİA) kullanan ilk ülke olan Çin'de 'Mahuç Halkası' denilen ipliksiz, çelik yapılı halka biçiminde bir RİA kullanılmıştır. İlk RİA'ların ipek böceği bağırsağından yapıldığı ve halka seklinde olduğu bilinmektedir. Modern RİA'lar 1960‟ larda kullanılmaya başlanmış 19702lerde "Bakır T" gibi daha ufak RİA'lar kullanılmaya başlanmıştır. Takvim yöntemi, 1920'lerde Japonya'da bulunmuş, haplar ise, 1934‟ te saf progesteronun elde edilmesinden sonra kullanıma sunulmuştur (27).

Günümüze gelindiğinde aile planlaması yöntemleri modern ve geleneksel olarak ikiye ayrılır:

A) Modern yöntemler:

1- Hormonal kontraseptif yöntemler

- Kombine oral kontraseptifler
- Minihaplar
- Enjekte edilen kontraseptifler
- Deri altı implant
- Vajinal halkalar
- Postkoidal kontrasepsiyon

2- Rahim İçi Araçlar

3- Bariyer Yöntemler

- Kondom

- Diyafram
- Spermisit

4- Cerrahi yöntemler

- Tüp ligasyon
- Vazektomi

B) Geleneksel yöntemler

- Geri çekme
- Emzirme
- Takvim yöntemi
- Servikal mukus yöntemi
- Servikal palpasyon
- Bazal vücut ısısı
- Semptotermal yöntem
- Vajinal yıkama

2.6. Modern Yöntemler

2.6.1. Hormonal kontraseptif yöntemler

- **Kombine Oral Kontraseptifler**

Kombine oral kontraseptifler (KOK) sentetik östrojen ve çeşitli progestinlerden oluşur. Düşük doz KOK'larda östrojen miktarı 30 mcg ve daha azdır, 21,22,28 günlük paketler halinde sunulmaktadır. Koruyuculuğu kullanıma bağlı olarak %92 ile %99.7 arasında değişmektedir.

Etki mekanizması: KOK'ların içerdikleri, östrojen ve progestinin etkisi ile, Ovülasyonu inhibe ederek, endometrial tabakayı etkileyerek, servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin uterus içerisine geçmesini engelleyerek gebeliği önler.

Kullanım kuralları

- Kadın adetinin ilk 5 günü içindeyse hemen hapa başlayabilir.
- Adetin 6. gününde ise gebe olmadığından emin ise hapa başlanabilir. Ancak 7 gün ek yöntem kullanmalıdır.

- Doğum sonrası emziriyorsa 6 aydan sonra, emzirmiyorsa 21. günden sonra hapa başlanabilir.
- Düşük sonrası ilk 7 gün içinde hapa başlanabilir. Ek yöntem gerektirmez.
- 21 gün boyunca her gün ve tercihen aynı saatlerde bir hap yutulur.
- Hap bitince 7 gün ara verilir, birkaç gün içinde kanama başlar ancak kanama gününden bağımsız olarak 8. gün yeni pakete başlanır.

Hap unutulması durumunda;

1. 30- 35 mcg etinil östrodiol içeren haptan 1 veya 2 hap unutulduysa, 20mcg etinil östrodiol içeren haptan 1 hap unutulduysa: Hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı o günün hapı da yutulmalı (2 hap/gün) ve düzenli olarak her gün 1 hap yutulmaya devam edilmelidir. Ek yönteme gerek yoktur.

2. 30- 35 mcg etinil östrodiol içeren haptan 3 veya daha fazla unutulduysa, ve 20mcg etinil östrodiol içeren haptan 2 veya daha fazla hap unutulduysa: hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı, 'o günün hapı' hapı da yutulmalı (2 hap/gün) ve düzenli olarak her gün 1 hap yutulmaya devam edilmelidir. Ek yöntem kullanılmalıdır. Siklusun ilk haftasında unutulmuşsa bu süre içerisinde ek yöntem kullanmaksızın cinsel ilişkiye girilmişse acil kontrasepsiyon gerekir. Siklusun 3. Haftasında unutulmuşsa kullanılan paket bitirilmeli, hiç ara verilmeden yeni pakete başlanmalıdır.

Olumlu yönleri:

- Kullanımı kolay, son derece etkili ve cinsel ilişki zamanından bağımsız yöntemlerdir.
- Adet kanamaları, miktarca daha az, daha kısa ve düzenli hale gelir.
- Demir eksikliği anemisi riskini azaltır.
- Premenstruel gerginlik ve endometriyozisle ilgili şikayetler azalır.
- Dismenoreyi tedavi eder.
- Aknelere iyi gelebilir.
- Benign meme hastalıklarını (Kist, Fibroadenom vb.) azaltır.
- Benign over kistlerinin oluşumunu azaltır.
- Romatoid artrit riskini azaltır.

- Ektopik gebeliği önler.
- Endometrial kanser riskini azaltır.
- Over kanseri riskini azaltır.
- Pelvik enfeksiyon riskini azaltır.
- Osteoporoz riskini azaltır
- Etkileri ve yan etkileri çok iyi incelenmiştir.
- Bırakıldığı zaman fertilite kısa sürede geri döner.

Olumsuz yönleri:

- Her gün hap alınmasının hatırlanması gerekir.
- Bazı kadınlar kilo alabilir
- Bazen ara kanaması ve lekelenme olabilir.
- Bazı ilaçlarla (barbitüratlar, fenitoin, fenilbuzaton, rifampisin ve diğer bazı antibiyotiklerle) etkileşimi vardır.
- Çok ender olmakla birlikte, özellikle sigara içen kadınlarda, dolaşım bozukluklarına neden olabilir.
- Kan basıncını yükseltebilir.
- Klamidya enfeksiyon riskini artırır.

Kombine oral kontraseptif kullananlarda görülebilecek yan etkiler:

- Mide bulantısı
- Göğüslerde duyarlılık
- Adet miktarının azalması, amenore veya adetler arası lekelenme
- Baş ağrısı
- Baş dönmesi
- Kilo artışı

Yöntemi kullanacak kişiye, yukarıdaki yan etkilerden bazılarının, başlangıçta görülebileceğini, sağlık açısından hiçbirinin önemli olmadığı, bunların zamanla kendiliğinden geçeceği, danışmanlık sırasında anlatılmalı; eğer herhangi bir endişesi olursa sağlık kuruluşuna hemen başvurabileceği belirtilmelidir.

Kullanım kontrendikasyonları:

- Halen gebe veya gebelik kuşkusu olanlar,
- Meme kanseri veya meme kanseri öyküsü olanlar,
- Geçmişte veya halen tromboembolik ya da diğer vasküler hastalığı (tromboflebit, felç, akciğer embolisi vb.) olanlar,
- Genital organ kanseri olanlar,
- Kalp hastalığı veya kuşkusu olanlar,
- Akut karaciğer hastalığı olanlar kombine oral kontraseptifleri kullanmamalıdır (29).

Rölatif kontrendikasyonlar

- 35 yaş üzerinde günde 15'ten az sigara içilmesi
- Hipertansiyon öyküsü olan kan basıncı ölçümlerinin yapılamadığı kişiler
- Kontrol altında hipertansiyon
- Hipertansiyon (sistolik 140- 159 mmHg, diyastolik 90- 99 mmHg)
- 35 yaş üzerinde aurasız migren
- Semptomatik safra kesesi hastalığı
- Hafif siroz
- KOK ile ilişkili kolestaz öyküsü
- KOK metabolizmasıyla etkileşebilecek ilaç (antikonvülzanlar, bazı antibiyotikler) kullanımı
- Birinci derece akrabada 45 yaşından önce gelişen VTE öyküsü bulunması (30)

Kombine oral kontraseptif kullananlarda sağlık yönünden önemli olabilecek uyarı işaretleri:

- Şiddetli karın ağrısı
- Şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı
- Şiddetli baş ağrısı, kuvvet ya da his kaybı
- Şiddetli uyluk ya da bacak ağrısı
- Ani görme kaybı ya da bulanık görme, konuşma bozukluğu.

Tüm bu uyarı işaretlerinin özenle değerlendirilmesi özellikle de trombo- embolik olaylar yönünden incelenmesi gerekir, bu nedenle kombine oral kontraseptif kullananlarda bu belirtilerden herhangi biri ya da gebelik kuşkusu varsa veya depresyon, sarılık, memede kitle gelişirse, kullanıcı mutlaka bir sağlık kuruluşunda değerlendirilmelidirler (29).

2.6.2. Mini haplar

Yalnız progestin içerirler. Mini haplarda, kombine oral kontraseptiflere oranla daha düşük dozda progestin bulunur ve östrojen içermezler.

Etki mekanizması:

Mini haplar gebeliği;

- Servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin geçişini engelleyerek,
- %40- 60 oranında Ovülasyonu engelleyerek,
- Tubal motiliteyi etkileyerek,
- Endometriyumu incelterek implantasyonu engelleyerek önlerler.
- KOK'lara göre etkileri biraz daha düşüktür. Yine de emzirenlerde %98.5 oranında, emzirmeyenlerde %96 oranında gebeliği önler

Kullanımı:

- Mini hap kullanımı Mini hapa adetin ilk 5 günü içerisinde günü başlanır.
- Mini hap her gün kullanılmalı, ara verilmemelidir.
- Gebelik olasılığının elenmesi kaydıyla menstrüel siklusun herhangi bir gününde başlanması da olasıdır.
- Eğer mini hapa adetin ilk 5 günü içerisinde başlanılmazsa iİlk 7 gün ek bir kontraseptif yöntem kullanılması gereklidir.
- Birinci ve ikinci trimester düşük ve kürtajlarından sonraki ilk 7 gün içerisinde başlanırsa ek bir korunma yöntemi kullanmasına gerek yoktur. Mini hap günün aynı saatinde alınmalıdır (3 saat içerisinde).
- Mini hapların alımı arasındaki saat 24'ü aştığında servikal mukusun sperm geçirgenliği artış gösterir. Minihap alındıktan sonraki 2 saat içinde kusulursa mümkün olan en kısa sürede yeni bir minihap alınması önerilir.

- Mini hap alınması 3 saatten kısa bir süreyle unutulduğunda, fark edilir edilmez hemen alınması gereklidir. Daha sonra uygulamaya önerilen şekilde devam edilir (gerekirse günde 2 minihap alınmış olur).
- Mini hap alınması 3 saatten uzun bir süreyle gecikmişse sonraki 48 saat boyunca ek bir kontraseptif yöntem uygulanmalıdır. İki veya daha fazla mini hap alınması unutulduysa 2 gün süreyle günde 2 mini hap alınmalı ve 48 saat süreyle ek bir kontraseptif yöntem uygulanmalıdır. Gerek varsa acil kontrasepsiyon yapılmalıdır.

Olumlu yönleri:

- Östrojen içermedikleri, progestin miktarı da çok düşük olduğu için endikasyonları daha geniştir.
- Emzirenler için uygundur, anne sütünün miktarını azaltmaz, niteliğini değiştirmez.
- İleri yaş grup kadınlara da çok uygundur. KOK'lara göre yan etkileri daha azdır.
- Adet miktarını azaltır.
- Metabolik etkileri azdır.
- Cinsel ilişkinin zamanından bağımsız yöntemlerdir.

Olumsuz yönleri:

- Emzirme dışındaki koruyuculuğu daha azdır.
- Ara kanaması, lekelenme, amenore ve adet düzensizliği daha sıklıkla görülür.
- Mini hap alınması geciktirilirse veya unutulursa gebelik olasılığı artar.
- Dış gebelik (enderdir).

Kullanım kontrendikasyonları:

Mutlak kontrendikasyonlar

- Gebelik
- Meme kanseri

Rölatif kontrendikasyonlar

- Aktif viral hepatit

- Karaciğer tümörleri
- Ciddi siroz
- Akut derin ven trombozu (DVT) veya pulmoner emboli (PE)
- Antifosfolipid antikor pozitifliği.

Yan etkileri:

- Amenore
- Kanama/lekelenme
- Baş ağrısı
- Alt karın/pelvik ağrı (dış gebelik ekarte edilmeli)
- Memede duyarlık
- Göğüs ağrısı (Kardiyo- vasküler hastalık yönünden araştırılmalı)
- Sarılık (Aktif karaciğer veya safra kesesi hastalığı araştırılmalı)
- Bulantı/baş dönmesi (Belirtiler, pelvik muayene ve test ile gebelik ekarte edilmelidir (30).

2.6.3. Post koital kontrasepsiyon

Acil kontrasepsiyon gerektiren durumlarda kullanılır. Kontraseptif amaçlı, sürekli kullanılmamalıdır. Kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİA‟ nın düşmesi, hap alınmanın unutulması veya cinsel tecavüz gibi durumlarda acil kontrasepsiyona ihtiyaç vardır. Geçmişte bu amaçla, birkaç gün süreyle yüksek doz östrojen kullanımı önerilmiş, uygulanılmıştır da ancak ciddi yan etkileri nedeni ile artık kullanılmamaktadır. Günümüzde çeşitli post koital rejimler denenmişse de halen üzerinde durulan üç uygulama vardır (31).

1- Post koital haplar

2- RU- 486.

3- Post koital RİA

2.6.4. Enjekte edilen kontraseptifler

Kombine enjekte edilen kontraseptifler doğal östrojen ve progesteron içeren intra muskuler enjekte edilerek kullanılan kontraseptif yöntemlerdir

Etki mekanizması:

- Ovülasyonu baskılar,
- Servikal müküsü kalınlaştırarak spermlerin geçişini engeller,
- Endometriyumu ince, atrofik hale getirir.
- Tuba motilitesi değişerek sperm geçişi azalır.

Kullanımı: (ilk kez)

- Kadın adetinin ilk **7** günü içerisindeyse: Hemen başlanır. (ek yöntem gerekmez.)
- Kadın adetinin **8- 28.** günlerinde ve gebe olmadığına emin ise enjeksiyon başlanır + 7 gün cinsel ilişkiye girilmez veya ek yöntem kullanılır.
- Doğum sonrası emziriyorsa, 6 aydan sonra gebe olmadığına emin ise enjeksiyon başlanır **+7** gün cinsel ilişkiye girilmez veya ek yöntem kullanılır. Emzirmiyorsa 21.günden sonra enjeksiyona başlanabilir
- Adet görmeye başlamışsa: adetinin ilk **7** günü içindeyse hemen başlanır, ek yöntem gerekmez.
- Düşük sonrası ilk **7** gün içerisindeyse hemen başlanır.
- Düzenli olarak 4 haftada 1 kez kombine aylık enjeksiyon uygulanır. Enjeksiyon tarihinde ±7 gün değişiklik kabul edilebilir. Enjeksiyon tarihinden 7 gün geçmiş ise ve gebe olmadığından emin ise enjeksiyon yapılabilir ancak 7 gün ek yöntem kullanması gerekir.

Yan etkileri: Kullananlarda en sık olarak;

- Adet düzensizlikleri
- Baş ağrısı
- Baş dönmesi
- Kilo alma
- Memede duyarlılık görülebilir.

Olumlu yönleri:

- Cinsel ilişkiden bağımsızdır
- Gebelikten koruyuculuğu yüksektir
- Bırakıldığında hemen gebe kalınabilir
- Kullanımı kolaydır

Kesinlikle kullanmaması gerekenler:

- Halen gebe veya gebelik şüphesi olanlar
- Doğum sonrası emziren anneler, doğum sonu ilk 6 ay
- Auralı migreni olanlar
- 35 yaş üstü günde 15'ten fazla sigara içenler
- Meme kanseri veya meme kanseri öyküsü olanlar
- Genital organ kanseri olanlar
- Geçmişte veya halen tromboembolik yada vasküler hastalığı olanlar
- Uzun süre hareketsiz kalmayı gerektirecek büyük cerrahi müdahaleler
- İskemik kalp hastalığı veya kuşkusu olanlar

Sadece progesteron içeren enjekte edilen kontraseptifler ise depo medroxiprogesteron asetat (DMPA) içeren Depo provera ve noretisterone enantate içeren NET- E olmak üzere iki türü bulunmaktadır.. Türkiye'de 1995'ten beri sadece Depo Provera kullanımdadır.

Etki mekanizması:

- Ovülasyonu baskılar,
- Servikal müküsü kalınlaştırarak spermlerin geçişini engeller,
- Endometriyumu ince, atrofik hale getirir.
- Tuba motilitesi değişerek sperm geçişi azalır

Kullanımı:

- Adetin ilk 7 günü içnde ise hemen başlanabilir. Ek yöntem gerekmez
- 8- 28 gün içindeyse gebe olmadığından eminse başlanabilir ancak 7 gün ek yöntem gerekir. Doğum sonrası emziriyorsa 6 haftadan sonra, emzirmiyor ise 21.günden sonra başlanabilir.
- Düşük sonrası ilk 7 gün içinde başlanabilir. Ek yöntem gerekmez.
- Düzenli olarak, 12 haftada 1 kez uygulanır. Enjeksiyon normal tarihinde yapılamayacaksa 2 hafta erken veya 4 hafta geç yapılabilir. Bu süre içinde ek yöntem gerekmez. Enjeksiyon tarihini 4 hafta fazla geçmiş ise ve gebe olmadığından emin ise enjeksiyon yapılabilir ancak 7 gün süre ile cinsel ilişkide bulunmamalı veya 7 gün ek yöntem kullanılmalıdır.

Olumlu yönleri

- Gebelikten koruyucu etkisi yüksektir
- Kullanımı kolaydır
- Emzirenler güvenle kullanabilir
- Sigara içenlerde güvenle kullanabilir
- Endometrium ve over kanserinden korur
- Pelvik enfeksiyonlardan korur
- Safra kesesi, kalp kapak hastalığı olanlar kullanabilir
- İlaçlarla etkileşimi yoktur.

Olumsuz yönleri:

- Enjeksiyonların uygulanması için sağlık personeli gerektirir
- Adet düzensizliğine neden olabilir
- Bazı kadınlarda kullanım bırakıldığında adet gecikebilir
- Kilo artışı yapabilir
- Kullanım bırakıldığında doğurganlığın geri dönüşü gecikebilir.

Yan etkileri:

- Adet düzensizlikleri
- Kilo artışı
- Enjeksiyonlar bırakıldığında gebeliğin geri dönüşü gecikebilir

Kontrendikasyonlar:

- Gebelik
- Mevcut meme kanseri (29)

2.6.5. Deri altı implantları (norplant, implanon)

Çeşitli progestinler içeren cilt altına yerleştirilen plastik çubuk veya kapsüllerdir.

Çeşitli türleri vardır

- Norplant ve jadelle
- İmplanon
- Elcometrine
- Uniplant

Türkiye'de çeşitli çalışmalar çerçevesinde Norplant ve Jadelle uygulanmıştır. Ancak halen implanon ruhsatlı olarak kullanımdadır. İmplananon 68 mg etongestrel içeren kesintisiz olarak düşük miktarda hormon salıveren 3 yıl süre ile koruma sağlayan uzun etkili geri dönüşümlü cilt altına uygulanan bir yöntemdir. Tek çubuklu olduğu için Norplant'a göre daha kolay ve daha kısa sürede uygulanır ve çıkarılır.

İmplant da diğer, sadece progestin içeren kontraseptifler gibi;

- Ovülasyonu baskılayarak,
- Servikal mukusu kalınlaştırarak, spermlerin geçişini engelleyerek
- Endometriyumu incelterek tüm bu etkilerin kombinasyonu ile gebeliği çok etkili olarak önler

Kullanımı:

- 3 yılda bir kez cilt altına uygulanır
- Kadın adetin ilk **5** günü içindeyse: hemen uygulanabilir. Ek yöntem gerekmez.
- Kadın adetinin **6- 28.** günlerinde ve gebe olmadığından emin ise hemen uygulanabilir, 7 gün cinsel ilişkiye girilmez veya ek yöntem kullanılır.
- Doğum sonrası emziriyorsa, 6 haftadan sonra, emzirmiyorsa hemen başlanabilir.
- Düşük sonrası ilk 7 gün içinde uygulanabilir. Ek yöntem gerekmez.ktp

Olumlu yönler

- Cinsel ilişkiden bağımsızdır.
- Hatırlanmayı gerektirmez.
- Menarştan menopoza dek her yaşta güvenle kullanılabilir.
- Östrojene bağımlı yan etki olmaz.
- Kullanımı kolaydır
- Emzirenlerde ve sigara içenlerde güvenle kullanılabilir.
- Çıkarılınca doğurganlık geri dönüşünde gecikme olmaz (29).

2.6.6. Vajinal halkalar (Ringler)

Hormon içeren silastik halkalar vajene yerleştirildiğinde, salınan hormonun özelliği ve düzeyine bağlı olarak koruyuculuk sağlanır. Etki mekanizması diğer kombine hormonal yöntemlere benzer ancak esas olarak Ovülasyonun baskılanması ile etki eder. Türkiyede yakın zamanda NuvaRing adıyla kullanıma girmiştir (29)

2.6.7. Rahim içi araçlar (RİA)

Günümüzde pek çok ülkede kullanılan 2 tip RİA vardır.

1. **Bakırlı RİAlar**: TCu 380A, Multiload (MLCu 250 ve 375) ve Nova T (TCu 200Ag ve 380Ag) gibi bakırlı araçlar.

2. **Hormonlu RİAlar**: Gövde kısmında progesteron içeren Progestasert ile levenorgestrol (LNg 20) içeren Levonava ve Mirena.

Türkiye'de Kullanılmakta Olan Bakırlı RİA'lar:

Türkiye'de T Cu 380, Multiload ve Nova T gibi çeşitleri bulunmaktadır. Poliüretandan yapılmışlardır. Gövdelerinde ve kollarında bakır bant yada tel içerirler. Geriye dönüşümlü, emniyetli ve kontraseptif etkisi çok yüksek olan yöntemlerdir. genel olarak başarısızlık oranı ilk kullanım yılı için 100 kadında 3- 5 arasındadır. Bakır T- 380 A'larda %1 den az olduğu bildirilmektedir,5- 10 süreyle etkilidir.

Türkiye'de Kullanılmakta Olan Hormonlu RİA'lar:

Ülkemizde hormonlu RİA olarak "Mirena®" piyasada bulunmaktadır.

Levonorgestrol (LNg 20) içerenler; "T" şeklindeki iskeleti polietilenden (LevoNova® ve Minera®) yapılmıştır, gövdesi 52mg Levonorgestrel içeren bir silindir bulunur. Rahim içi sistem (RİS) olarak adlandırılır. 5 yıl süre ile gebelikten korur.

Etki mekanizması:

Bakırlı RİAlar, Bakır iyonlarının doğrudan sperm üzerine etkisi ile;

- Spermin üst genital yollara ulaşmasına,
- Ovum transportuna
- Fertilizasyona engel olarak gebelikten korur.

Levonorgestrel içeren RİA'lar,

- Asıl etki hormon- lokal etkilidir.
- Endometriyal proliferasyon engellenir,
- Servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin uterusa geçmesine engel olur.
- Ovülasyonu etkilemez.

Uygulama zamanı:

İnterval: Bakırlı RİA adet kanamasının başlangıcından itibaren ilk **12 gün** içinde uygulanabilir. Adetli olması gerekmez. Ek bir yöntem kullanmak gerekmez. Bakırlı RİA kadın gebe olmadığından emin olunan herhangi bir zamanda uygulanabilir.

LNG- RİA, adet kanamasının başlangıcından itibaren, siklusun ilk **7 günü** içinde uygulanabilir. Ek bir yöntem kullanmak gerekmez.

İlk 7 gün dışında ise, kadının gebe kalmadığından emin olunan herhangi bir zamanda uygulanabilir. Ancak 7 gün süre ile ek bir yöntem ile korunmalı veya cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır.

Doğum sonrası dönem,

Plesantanın ayrılmasından sonra ilk 10 dakika içerisinde doğumda aşırı kanama ve enfeksiyon riski yoksa Cu- RİA uygulanabilir. Postpartum RİA uygulanmışsa, doğum sonrası kanama bitene kadar cinsel ilişkiden kaçınılması önerilir.

Doğum sonrası erken dönem geçtikten sonra (48 saat) ,uterusun perfore olma riski arttığından uygulama, sezaryen dahil, doğumun 4. hafta sonuna kadar ertelenmelidir.

Doğum sonu kadın emzirmiyorsa doğum sonrası ilk 48 saat içinde LNG- RİA uygulanabilir, emziriyorsa dört hafta sonraya ertelenmelidir.

Düşük sonrası dönem Bakırlı ve hormonlu RİA için, enfeksiyon belirtisi yoksa Menstrüel regülasyondan (MR) , ilk ya da ikinci trimester spontan düşükten ya da kürtajdan hemen sonra veya ilk hafta içinde uygulanabilir. Daha sonraki uygulamalarda gebelik olasılığı ekarte edilmelidir. İkinci trimester düşükten sonra RİA nın atılma olasılığı yüksek olduğundan dolayı girişim ertelenebilir.

Çıkarma zamanı; gebelik istendiği için çıkarılıyorsa siklusun herhangi bir gününde çıkarılabilir, gebelik istenmiyorsa cinsel ilişkinin olmadığı 7 günlük sürenin sonunda çıkarılabilir.

Olumlu yönleri:

- Güvenli ve çok etkili, geriye dönüşümlü yöntemlerdir.
- Yöntemin kullanımı cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır.
- Kullanımı kolaydır
- Uygulandıktan sonra uzun süre etkilidir.
- Emzirenler için uygundur.
- Çıkarıldığında fertilitenin dönmesi gecikmez
- İlaçlarla etkileşimi yoktur

Olumsuz yönleri:

- Uygulama ve çıkarılması konu ile ilgili eğitilmiş sağlık personeli gerektirir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalık riskinde olanlar için uygun bir yöntem değildir.
- Uygulamadan sonra birkaç ay adetlerde artma, ağrı ve ara kanamaları yapabilir

Kullanım endikasyonları:

- Gebeliklerin arasında uzun süre olmasını isteyenler ve/veya artık çocuk istemeyenler,
- Hormonal kontrasrptifler için uygun olmayanlar,
- Emzirenler,
- Cinsel ilişkiden bağımsız yöntem isteyenler,
- Bir veya daha çok çocuğu olanlar,
- Acil kontrasepsiyona gereksinimi olanlar.

Kesin olarak RİA uygulanılmaması gerekenler:

- Uterus, serviks, over veya diğer pelvik organ kanseri olanlar.
- Uterin kaviteyi ilgilendiren şekil bozukluğu olanlar.
- Gebelik
- Akut veya tekrarlayan pelvik enfeksiyon.
- Tanı konmamış vajinal kanama (29).

2.6.8. Bariyer yöntemler

Genellikle vajene uygulanan, spermlerin üst genital kanala geçmesini engelleyen yöntemlerdir. Bunlar;

- Kondomlar
- Diyaframlar
- Spermisitlerdir.

Bariyer yöntemler için kesin kontrendikasyon teşkil eden durum yoktur.

2.6.8.1. Kondom

Erkek kondomu: cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen lateks kauçukta yapılmış ince kılıftır.

Kullanımı: kondom zedelenmeden dikkatlice parmaklarla paket açılmalı, kondom cinsel ilişkiden önce takılmalı, kondomun ucunu baş ve işaret parmağıyla sıkıştırarak havası boşaltılmalı sertleşmiş penis üzerine geçirilmelidir. Kondom sıvazlanarak tüm penise geçirilmelidir. Cinsel ilişki bitiminde penisten sıyrılmasını engellemek için kondom tutularak penis dışarı çekilmeli ve semenin kondomu içinden çıkmamasına dikkat edilerek penisten çıkartılmalıdır.

Erkek kondomunun olumlu yönleri:

- Aile planlamasına erkelerin de katılımını sağlar.
- Güvenlidir.
- Ucuzdur ve kolay bulunur.
- AIDS ve CYBE‟ lere karşı korunma sağlar.
- Erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir.
- Reçete ve tıbbi izlem gerektirmez.

Erkek kondomunun olumsuz yönleri:

- Cinsel ilişkiye bağımlıdır.
- Yeterli miktarda kondom bulundurulması önceden planlanmalıdır.
- Bazı çiftlerde duyarlılığı azaltabilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Bazı erkelerde ereksiyonu güçleştirir.

- Kullanımdan sonra yok edilmesi sorun olabilir.
- Lateks materyal yırtılabilir ya da sıyrılabilir.
- Her cinsel ilişkide yeni bir tane kullanmak gerekir. Buda ek maliyet getirmektedir.

2.6.8.2. Kadın kondomu

17 cm uzunluğunda, yumuşak ve ince bir poliüretan tabakasından yapılmış vajina içini tümüyle kaplayan tek taraflı kapalı silindir bir kılıftır. Poliüretan özelliği nedeniyle vajinanın içine yerleştirildiğinde kısa zamanda vajina duvarına sıkı bir şekilde tutunur ve vücut ısısı ile uyum sağlar. Kılıfın açık olan ucunun etrafını saran ve bir tane de kapalı olan ucun içinde serbest olarak bulunan bükülebilir iki halkası vardır. Kapalı olan kısmındaki halka serviksi sararken, açık uçtaki halka kadının dış genital sisteminde kalır. Böylece dış genital kısmın en ucundan tüm vajinanın iç yüzeyini kaplayarak yukarı doğru uzanan kondom, serviksi de tümüyle kaplayarak, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan gebelikten korumayı sağlar.

Kadın kondomunun olumlu yönleri:

- AIDS ve CYBE' lere karşı korunma sağlar.
- Poliüretandan yapılmış olması; daha az alerjiktir.
- Kadının adetli olduğu dönemlerde de kullanılmaktadır
- İlişki kalitesini çok az etkilemektedir.
- Kadın ilişkiden saatlerce önceden takabilmektedir.
- İlişkiyi bölmek gerekmez.

Kadın kondomunun olumsuz yönleri:

- Kadın takmakta zorlanabilir.
- Bu kondomu kullanmak için kadının kendi anatomisini iyi bilmesi gerekir.
- Doğru bir yerleştirme deneyim gerektirir.
- Fiyatı erkek kondomuna göre daha pahalıdır (29).

2.6.8.3. Diyafram

Serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan ya da silikondan yapılmış kontraseptif yöntemlerdir.

Koitusdan önce kubbe kısmına spermisit konularak uygulanır. Böylece mekanik ve kimyasal bariyer etkilerin kombinasyonu sonucu spermlerin üst genital kanala geçmeleri engellenerek oldukça yüksek düzeyde kontrasepsiyon sağlamış olur. Çeşitli türleri geliştirilmiştir, çapları farklı ölçülerde diyaframlar mevcuttur.

Yöntemin kullanımı:

- Her cinsel ilişkide kullanmalı
- İdrarını yaptıktan ve ellerini yıkadıktan sonra kullanılmalı
- Diyafram yüzeyinin sağlam olup olmadığı kontrol edilmeli
- İç yüzeyine 5ml ve kenarlarına kayganlaştıracak kadar spermisit krem/jel sürülmeli
- Elin üç parmağı arasında kenarlar sıkıştırılarak bir araya getirilmeli
- Bir ayak yüksekte bir yere kaldırılmalı veya yatakta öne eğilip diz üstü bükülerek bacak açılmalı
- Hazne ağzı her iki elle açılmalı
- Kremlenen diyaframı hazneden içeri arka duvara doğru itip, ön duvarı idrar torbasının arkasına, arka kenarı da haznenin arka duvarına yaslamalı
- Parmağı hazneye uzatarak, serviksin tamamen diyafram ile kapandığından emin olunmalıdır.
- Diyafram cinsel ilişkiden 6 saat önce yerleştirilmeli
- Cinsel ilişkiden sonra 6 saat boyunca yerinde bırakılmalı vajina asla yıkanmamalıdır.
- Diyafram takıldıktan sonra en fazla 24 saat kalabilir.24 saatti geçirilmemelidir.
- Diyaframı çıkarmak için, eller sabunla iyice yıkandıktan sonra işaret parmağı hazneye sokularak, diyaframın ön kenarına takılarak çekilir.
- Çıkarılan diyafram sabunlu suyla yıkanıp iyice kurulanıp kutusuna konur.

Olumlu yönleri

- Korunmanın kontrolü kadın elinde olduğundan özgüveni artırır.
- Kadınların genital organlarını tanımalarına yardımcı olur.
- Serviks kanserinden koruyabilir

- Hiçbir sistemik yan etkisi yoktur, herkes kullanabilir

Kontrendikasyonlar:

- Kauçuk ya da spermisit allerjisi olması,
- Vajene diyaframı doğru yerleştirmeyi öğrenememe,
- Anatomik yapının diyaframın iyi yerleşmesini engellediği durumlar,
- Tekrarlayan üriner enfeksiyonlar.

Yan etkileri:

- Ender olarak allerjik reaksiyon,
- Üriner enfeksiyonların tekrarlaması,
- Vajinal akıntı (Diyafram vajende gereğinden uzun süre tutulursa)
- Vajen duvarında bası nedeni ile lezyon (29).

2.6.9. Spermisit

Aerosol, krem, jel, macun, supozituvar, vajinal köpük tablet ve vajinal sünger gibi türleri vardır. Spermisitlerdeki temel etkili madde, nonoxynol- 9, octoxynol- 9 ve menfegol'dür. Köpük spermisitler dışındakilerin tek başına kontraseptif amaçla kullanımı önerilmemektedir. Doğru, zamanında ve her koitusta kullanılmaları önemlidir.

Etki mekanizması: vajinal spermisitler,sperm hücre membranını tarip ederek sperm motilitesini azaltan kimyasal ajandır

Kullanımı: spermisitler kontraseptif amaçla koitustan 10- 15dk önce vajene uygulanmalıdır. Uygulanmayı izleyen 1saat içinde koitus olmaz ise uygulama tekrarlanmalıdır.

Olumlu yönleri:

- Sistemik etkisi yoktur
- Hemen etkilidir ve kayganlaştırıcı özelliği vardır.
- Emziren ve premenapozal dönemde kullanılırsa vajen kuruluğunu artırır.
- Cinsel yolla bulaşan bazı enfeksiyonlardan korur.
- Antiviral etkinliği nedeniyle kullanmayanlara göre serviks kanseri daha az görülür.

Yan etkileri:

Ender ve önemsizdir. Kimyasal maddeye karşı duyarlılık ve allerji sonucu lokal irritasyon olabilir (29).

2.7. Cerrahi Kontrasepsiyon

Halen dünyada en yaygın olarak kullanılan en etkili kontraseptif yöntem cerrahi sterilizasyon olup toplam 200 milyondan fazla çift bu yöntemle gebelikten korunmaktadır. Cerrahi sterilizasyon (kadında tüpligasyonu, erkekte vazektomi) artık çocuk istemeyen aileler için uygun yöntemlerdir. Günümüz teknolojisi ile yöntemin geriye dönüşümü sağlanabilirse de bu işlem pahalı ve güçtür. Aynı zamanda başarı şansı da yüzde yüz değildir. Bu nedenle cerrahi sterilizasyon yöntemleri topluma, kişilere hizmetler sunulurken "geriye dönüşümü olmayan, kalıcı yöntemler" olarak tanıtılmalıdır.

Kalıcı nitelikleri nedeni ile, yöntemlerin sunumundaki danışmanlık daha da önemlidir. Kullanıcılar, tüpligasyonu veya vazektomiyi yeterli düzeyde bilgilendirildikten sonra bilinçli ve gönüllü olarak kendi kararları ile seçmelidir. Özellikle gönüllülük unsuru kalıcı yöntemlerde çok önemlidir. Hiç bir koşulda bu unsur göz ardı edilmemelidir. Bunu vurgulamak amacı ile cerrahi sterilizasyon için çoğu kez, "Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon" deyimi kullanılır.

Ülkemizde 1965- 1983 yılları arasında cerrahi sterilizasyon sadece medikal endikasyon ile yapılabiliyordu. 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı yasa ile, kadın ve erkekte cerrahi sterilizasyon, reşit yaştaki bireylerin isteği üzerine yapılabilmektedir. Ne var ki hizmetlerin topluma yaygın olarak ve nitelikli sunulmasında hala eksiklikler mevcuttur.

Etki mekanizması: Gebeliği oluşturacak üreme hücrelerinin (ovum ve sperm) , üreme kanalında cerrahi olarak yapılan engelleme sonucu birleşememeleri ile kontraseptif etki meydana gelir. Vazektomi ve tüp ligasyonundan sonra her iki cinsiyette de, cinsel fonksiyonlarda hiçbir değişiklik, etkilenme meydana gelmez. Sadece artık çocukları olmaz. Danışmanlıkta bu husus özellikle vurgulanmalıdır. Kalıcı, çok etkili yöntemlerdir. İlk kullanım yılı için başarısızlık hızı tüp ligasyonunda %0.4 vazektomi için daha da düşük olup %0.2 olarak bildirilmektedir (29).

2.7.1. Tüp ligasyon (Kadında tüplerin bağlanması)

Kadında cerrahi sterilizasyon, histerektomi gibi daha büyük operasyonlar sonucu oluşabilirse de, kontraseptif amaçla, ovum ve sperm transportunu engelleyen tüpligasyonu yapılmaktadır.

Tüplere ulaşmada üç yaklaşım vardır:

- Vajinal
- Transservikal
- Abdominal

Olumlu yönleri:

- Çok etkili, güvenli bir yöntemdir.
- Maliyeti bir defaya mahsustur.
- Cinsel ilişkinin zamanlamasından bağımsızdır
- Uygulamadan sonra kontraseptif etkisi hemen başlar.

Olumsuz yönleri:

- Kalıcı bir yöntemdir.
- Küçükte olsa cerrahi bir işlemle yapılır ve bu işlemin az da olsa bazı komplikasyonları olabilir.
- Düşük bir oranda da olsa başarısızlık durumunda ektopik gebelik riski vardır.

Endikasyonları:

- Artık çocuk istemeyen aileler.
- Gebeliğin medikal yönden yüksek risk taşıdığı durumlar,
- Artık kontraseptif yöntem kullanma ayrıntısı ile uğraşmak istemeyenler için uygundur.

Kontrendikasyonları: Tüpligasyonu için sürekli ve kesin medikal kontrendikasyon yoktur. Tüpligasyonu işleminin hemen yapılmasını engelleyen durumlar vardır. Ancak tüp ligasyonu için en önemli sosyal kontrendikasyon eşlerin ileride çocuk arzusu konusunda emin olmamalarıdır (29).

2.7.2. Vazektomi (Erkekte kanalların bağlanması)

Erkekte vasdeferenslerin kapatılması ile sperm transportunun engellenmesi olan vazektomi, basit, kolay bir işlemle gerçekleştirilir. Son derece etkili ve emniyetli bir yöntemdir. Artık çocuk istemeyen aileler için uygundur. Tüpligasyonuna kıyasla hem işlem daha kolay ve basittir hem de işleme bağlı yan etki ve komplikasyonlar daha azdır.

Olumlu yönleri:

- Kolay, basit, kısa sürede uygulanan çok etkili, güvenli bir yöntemdir.
- Cinsel ilişkiyi etkilemez.
- Uzun dönemde olabilecek sağlık riski taşımaz.

Olumsuz yönleri:

- Kalıcı bir yöntemdir.
- Küçük de olsa cerrahi bir işlemdir buna bağlı bazı sorunlar (kanama, ağrı, enfeksiyon, granülom) olabilir.
- Hemen etkili olmaz (işlemden sonra ilk 20 ejakülasyonda spermler mevcuttur).

Endikasyonları:

- Artık çocuk istemeyenler,
- Gebeliğin eşi için yüksek risk oluşturduğu durumlar,
- Sonradan özen gerektirmeyen bir yöntem isteyenler için uygundur.

Vazektomi olanların hormon yapımında hiçbir değişiklik meydana gelmez. Yönteme bağlı pişmanlığı önlemede en önemli uygulama, yöntemi isteyenlere yeterli ve kapsamlı danışmanlık verilmesidir. Bu asla ihmal edilmemelidir (29).

2.8. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

2.8.1. Bazal vücut ısısı yöntemi

Ovülasyondan sonra korpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu, termojenik veya ısı artırıcıdır. Vucut ısısını 0,2 ile $0,5^0$C arasında yükseltir ve bir

sonraki Ovülasyona kadar yüksek ısıda tutar. Termal kayma denilen bu yükseliş bu yöntemin temelini oluşturur.

Ovülasyon dönemi, vücut ısısını izleyerek saptanabilir. Bazal vücut ısısı sabahları alınmalı ve kaydedilmelidir. Vücut ısısındaki çok küçük artışı bile kaydedebilen özel bir termometre ile çok duyarlı ölçümler yapılmalıdır. Hastalık, stres, düzensiz uyku gibi birçok durumda vücut ısısı artış gösterdiğinden ısı tablosunun çok iyi yorumlanması gerekir (32).

2.8.2. Servikal mukus yöntemi

Fertil çağda her kadın menstrüel siklus süresince servikal mukusun niteliğinde değişiklikler hisseder. Servikal mukus yöntemi bu değişikliklerin izlenmesi ve kaydedilmesi temeline dayanır. Adet kanaması sonrası birkaç gün çoğu kadında hiç mukus gözlenmez ve vajina kuru hissedilir. Bu günlere kuru günler denir. Kuru günlerden sonra tipik olarak yapışkan,koyu kıvamlı pürtüklü mukus hissedilmeye başlanır. Rengi sarıdan beyaza değişebilir.

Ovülasyon yaklaşırken mukus artar incelir rengi berraklaşır; daha elastiki ve kaygan olur. Mukustaki bu değişim spermlerin ortalama 3- 5 güne kadar yaşamasına ve yumurtaya doğru ilerlemesine uygun bir ortam yaratır.

Ovülasyonda sonra artan progesteron düzeyi ile mukus yine değişir: azalır, yapışkan ve pürtüklü olur ve vajina kuru hissedilir. Bu tür mukus, spermin birkaç saatten fazla yaşamasını ve hareket etmesini güçleştirir;

Ovülasyondan önceki mukussuz kuru günlerde cinsel ilişkide bulunabilir. Herhangi bir mukus görüldüğü yada vajinada ıslaklık hissedildiği ilk gün, fertil dönemin başlangıcını belirler fertil dönem bitene kadar cinsel perhiz uygulanmalıdır (32).

2.8.3. Servikal palpasyon yöntemi

Kadının kendi kendini muayenesi ile serviks kıvamındaki değişikliklerin izlenmesi temeline dayanır. Serviks çömelmiş veya ayakta iken palpe edilebilir. Saptanan değişikliklerle fertil dönem tanımlanır. İnfertil dönemde serviks serttir,

external os kapalıdır kolay ulaşılır. Yaklaşmakta olan ovülasyonla birlikte serviks yumuşar pelvis içinde yükselir servikal os açılır.

Buna göre Serviks palpe edilebiliyorsa pelvisin alt kısmındadır. Serviks ele sert gelir ve os kapalıdır. Bu infertiliteyi gösterir Eğer serviks kolay hissedilemiyorsa pelvis içinde yukarı çıkmıştır, yumuşaktır ve servikal os açık olmalıdır. Bu ise fertiliteyi göstermektedir (32).

2.8.4. Semptotermal yöntem

Semptotermal yöntem servikal mukus ve bazal vücut ısısı yöntemlerinin birleşimidir. Bu yöntem, servikal mukusun, bazal vücut ısısının ve diğer fertilite belirtilerinin gözlenmesi ve yorumlanmasına dayanır (32).

2.8.5. Takvim yöntemi

Takvim yöntemi, menstriüel siklusun fertil ve inferil günlerini hesaplamak için matematiksel formüllere dayanan geleneksel bir yöntemdir.

Takvim yönteminin dayandığı temeller:

- Düzenli menstrüel siklus
- Ovülasyonun bir sonraki menstrüel peryottan önceki 12.- 14.günlerde olacağı varsayımı
- Yumurtanın Ovülasyondan sonraki 12- 24 saat arasında döllenebileceği varsayımı
- Spermin kadının vajinal kanalı ve/veya uterusunda yalnızca 24- 72 saat canlı kalabileceği varsayımı

Fertil dönemin hesaplanması için daha önceki altı menstrüel siklus süresinin bilinmesi gerekir. Altı aylık dönemde kaydedilen en kısa siklusdan 18, en uzun siklusdan ise 11 çıkartılarak fertil günler belirlenir.

Takvim yöntemi birkaç nedenden dolayı çok güvenli değildir stres ve hastalık gibi kadının siklus uzunluğunu büyük ölçüde etkileyebilecek faktörler yapılan hesapların duyarlılığını azaltır (32).

2.8.6. Geri çekme yöntemi

Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organının ejakulat gelmesinden önce vajinadan çıkarılarak meninin vajina dışına boşalmasına dayanan yöntemdir (32).

2.8.7. Vajinal yıkama

Pek çok kadın vajinal duvar ve kanalındaki spermleri yıkayıp atma düşüncesi ile cinsel ilişkiden hemen sonra vajinayı suyla yıkamanın gebeliği önlediğine inanır. Bu yöntem tamamen etkisizdir, çünkü spermler birkaç saniye içinde servikal mukusu geçip tüpe ulaşır (32).

2.8.8. Emzirme ile gebeliğin önlenmesi

Laktasyonel amonere yönteminin tanımı, annenin emzirme döneminde emzirmeyle ilgili bazı koşullara uyarak laktasyon amoneresini bir aile planlaması yöntemi olarak kullanmasıdır. İlk altı aylık dönemde belli koşullarda emzirmenin %98 oranında etkili bir kontraseptif yöntem olduğu kabul edilmektedir.

Tam emzirme koşulları:

- Bebeğin altı aydan küçük olması
- Bebeğin gece gündüz her istediğinde ve sık aralıklarla (günde en az 6- 10 kez) en az 4 dakika emzirilmesi
- Bebeğin beslenmesinin en az %85'i anne sütüyle sağlanmasıdır (33).

2.9. Aile Planlaması Hizmetleri ve Hizmetlerin Sunumunda Örgütlenme

Türkiye, Cumhuriyet döneminin başlangıcından beri aile planlaması hizmetlerine,ülkenin demografik yapısının bir gereği, toplumun gereksinimini ve 'hakkı" bakış açısı ile gerekli politikalarını oluşturmuş, oluşturulan politikaları son derece uygun stratejilerle uygulamalara yansıtmış, bu konuda politik kararlılığını sürdürebilmiştir. Bütün bu tutarlı politikaların sonuçları, kadın anne ve çocuk sağlığına morbidite ve mortalitelerin düşmesi şeklinde olumlu olarak yansımıştır.

Aile planlaması hizmetleri, özellikle 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı 'Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun' çerçevesinde temel sağlık hizmetlerinin entegre bir bölümü olarak ev ziyaretleriyle ile 15- 49 yaş kadınların izlenmesi, gebelerin

aynı şekilde izlenmelerinde AP eğitiminin de yapılması, gereksinimi olan kadınlara sağlık ocaklarında ve AÇSAP Merkezlerinde, hastanelerin AP kliniklerinde uygulamaların yapılması şeklinde verilmiştir. Bu hizmetlerde gerek toplumun sağlık eğitimi ve AP yöntemleri konusunda toplumun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesinde kilit personel, sağlık ocağı ve sağlık evlerinde çalışan pratisyen hekim ebe ve hemşireler olmuştur. Bütün bu çabaların yaklaşık 40 yıl sürdürülmesi sonucunda Türkiye'de AP ile ilgili olumlu yönler özetlenecek olursa:

- Halk, aile planlamasına motivedir ve bu hizmetleri almak istemektedir. Geçen 40 yılda toplumun konuyla ilgili bilgilendirilmesinde motivasyonu ve uygulamalarında önemli mesafeler alınmıştır.
- AP konusunda yasal engel yoktur.
- Eğitim ve uygulama hizmetlerinde standartlar geliştirilmiş belli kurallar konulmuş ve bütün bunlar yazılı hale getirilmiştir.
- Toplumun sosyal yapısındaki değişiklikler AP uygulamalarını olumlu yönde etkileyecek şekilde gelişmektedir.
- Hizmetlerin verilmesinde daha önce uygulanmış olan TSH sistemi uygun olup alt yapısı oldukça tamdır.
- Hizmet vermede sağlık insan gücü sayıca yeterlidir.
- Sağlık bakanlığı ve diğer sektörler arasında iyi bir işbirliği vardır.
- Gönüllü kuruluşlar ve diğer kamu sektörleri toplumun bilgilendirilmesine giderek artan oranda katkıda bulunmuşlardır
- Bebek ve çocuk ölüm hızlarında azalma, ilk evlenme yaşında azda olsa ileriye kayma, kadını statüsünde bir miktar yükselme AP hizmetleri açısından olumlu yönlerdir.
- Konunun bilimsel yönünü inceleyecek, araştıracak insan gücü ve teknik kapasite mevcuttur.

Kadın, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, dolayısı ile aile planlaması hizmetlerinin sorumluluğu 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile Sağlık Bakanlığına verilmiştir. 665 sayılı yasa ile kurulan Ana ve Çocuk Sağlığı Müdürlüğü ile 557 sayılı yasa ile kurulan Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü 1982 yılında birleştirilmiştir.

Aile planlaması hizmetlerinde toplumun bilgilendirilmesi önemli bir bileşen olup bu konuda ilgili bütün taraflara (üniversiteler, medya vb) görev düşmektedir. Klinik hizmetlerin standartlarının belirlenmesi, kurallarının konulması, bu konuda gereken teşkilatın kurulması, verilen hizmetlerin izleme ve değerlendirilmesinin yapılması Sağlık Bakanlığının yasal sorumluluğundadır. Yakın zamana dek bu sorumluluklar merkez düzeyde; SB- AÇSAP, temel sağlık hizmetleri ve tedavi hizmetleri genel müdürlüklerinin işbirliği ile yürütülmüştür. İl düzeyinde ise bu sorumluluklar, vali başkanlığında sağlık müdürlüğü ve ekibi tarafından yürütülmektedir (23).

Alan uygulamalarında ise 1963- 2011 yılları arasında ‘kadın- anne- çocuk sağlığı ve aile planlaması ‘ hizmetlerini veren kilit kuruluşlar, sağlık ocakları, sağlık evleri ve AÇSAP Merkezleri ve hastanelerin AP- klinikleri olmuştur. Bu kuruluşlarda hizmetin gereği hekim ebe hemşire sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni vb. oluşan ekip ve danışmanlık ve klinik hizmetleri topluma çok yönlü ve nitelikli olarak sunmuştur. 2004 yılında kabul edilen ’Aile Hekimliği Pilot Yasası’ ile yukarıda sözü edilen hizmet modeli değiştirilmiş olup ekip hizmetlerinin yerine aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanından oluşan bir birim öngörülmüş ve 2011 yılından itibaren bu model tüm Türkiye düzeyinde uygulanmaya başlanmıştır (34).

5.02.2014 tarihinde yenilenen toplum sağlığı merkezinin kadın ve üreme sağlığı hizmetlerine ilişkin görevleri:

a) Kadın ve üreme sağlığı hizmetleri hakkında topluma yönelik eğitim programlarını planlamak ve uygulamak,

b) Aile hekimliği birimleri tarafından verilen kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin, koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun biçimde verilmesini sağlamak,

c) Aile hekimleri ve/veya aile sağlığı elemanlarına üreme sağlığı, rahim içi araç uygulaması ve ilgili diğer teorik ve beceri kazandırma eğitimlerini vermek veya verilmesini sağlamak,

ç) Bölgesindeki sağlık kuruluşlarının (aile hekimliği birimleri, kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel sağlık kuruluşları gibi) kadın ve üreme sağlığı hizmetleri ile ilgili verilerini ve bilimsel çalışmalarını izlemek ve değerlendirmek,

d) Evlilik öncesi danışmanlık hizmeti vermek ve evlilik işlemi için gerekli sağlık raporunun aile hekimlerince verilmesini sağlamak,

e) Üreme sağlığı hizmeti sunan sağlık personelini iş başında izlemek ve değerlendirmek,

f) Kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin daha etkin yürütülebilmesi için yerel idareciler ve toplum liderleri başta olmak üzere ilgili kişi, kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak ve verilecek hizmetleri planlamak,

g) Bu alanda Bakanlıkça planlanan programları yürütmek ve yürütülmesini sağlamak

Toplum sağlığı merkezlerinin bünyesin de bir alt birim olan kadın, ana, çocuk ve ergenlerin sağlık düzeyini yükseltmek, üreme sağlığı hizmetlerini sunmak ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarıyla işbirliği içinde kadın, ana, çocuk ve ergen sağlığı hizmetlerinin sunumunu, koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun olarak gerçekleştirmek üzere açılan AÇS- AP'ın görevleri şunlardır:

- Hizmet bölgesindeki kadın, gebe, lohusa, çocuk ve ergenlere Kurumun belirlediği standartlara uygun hizmet verilmesini sağlamak ve Kurumca belirlenen tedbirleri almak; başvuranlara bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve serviks kanseri gibi konularda erken teşhis için KETEM birimi ile işbirliği yapmak,
- Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığının geliştirilmesine yönelik olarak sorumluluk bölgesinin ihtiyaçları ve şartlarına göre Kurum veya müdürlükçe hazırlanmış olan programları uygulamak,
- Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığına yönelik hizmet sunan diğer kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yaparak hizmetlerin sunumunda koordinasyon sağlamak,
- Başvuranların, birimde uygulanamayan gebeliği önleyici yöntemleri diğer sağlık kuruluşlarından almalarını sağlamak,
- Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında; mahallin kitle iletişim araçları ile sivil toplum kuruluşlarından da faydalanmak suretiyle eğitim çalışmalarını organize etmek, sistemli bir şekilde halk eğitimi ve danışmanlık hizmetleri vermek,

- İlin birinci basamak sağlık hizmetlerini veren kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında hizmet içi eğitimlerini yürütmek,
- Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında hizmet içi eğitimlerinin devamlılığının sağlanmasını temin için Kurumca belirlenen eğitim merkezlerinde eğitici eğitimlerini yapmak,
- Gerektiğinde il dışı sağlık personelinin de kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında eğitimlerini sağlamak,
- İlde yataklı veya yataksız sağlık hizmeti veya destek hizmeti veren kuruluşlar ile sağlık eğitimi veren diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konuları ile ilgili yürüttüğü hizmetlerin kayıt ve bildirimlerini yapmak,
- Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında Kurumca verilen diğer görevleri yapmak.

Sağlık personelinin kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı kapsamındaki hizmet içi eğitimlerinin planlanması ve yürütülmesi için, Kurumca belirlenen fiziki yapı, insan kaynakları ve günlük hizmet yükü gibi kriterler göz önünde bulundurularak, açılan birimler, ihtiyaç çerçevesinde eğitim merkezi olarak faaliyet gösterebilir.

Aile sağlığı merkezleri ise ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermekle yükümlüdür (35).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Çalışmamız Erzurum il merkezinde 01/02/2013 - 01/06/2015 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Erzurum İl Halk Sağlığı Müdürlüğü 2013 yılı verilerine göre Erzurum il merkezi 15- 49 yaş kadın nüfusu olup, Palandöken, Yakutiye, Aziziye ilçeleri için toplam 109669 kişiden oluşmaktadır. 2008 TNSA verilerine göre Doğu Bölgesi için gebeliği önleyici yöntem kullanma sıklığı (modern ve geleneksel yöntem) %61.4 'tür (16). Evren büyüklüğünün bilindiği durumlarda sapma miktarı %5, güven düzeyi %99 alınarak optimum örnek sayısı 637 kişi olarak hesaplanmıştır (17). Örneğe alınan 637 kişiden 627'sine ulaşılmıştır. Katılım hızı %98'tir.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

Çalışmamızda 15- 49 yaş evli kadınlarda aile planlaması kullanma durumunun sosyodemografik özellikler, doğurganlık özellikleri, emzirme, küretaj olma durumuna göre farklılık gösterdiği düşünülmektedir. Buna göre;

1. Kadınların sosyo- demografik özelliklerine göre aile planlaması kullanma durumu farklılık göstermektedir.
2. Kadınların doğurganlık özelliklerine göre aile planlaması kullanma durumu farklılık göstermektedir.
3. Kadınların eğitim durumuna göre emzirme yöntemini kullanma durumu farklılık göstermektedir.
4. Kadınların küretaj olma durumuna göre aile planlaması kullanma durumu farklılık göstermektedir.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın amacına yönelik 3 bölümden oluşan toplam 53 soruluk anket formu hazırlanmıştır. Birinci bölümde kadınların sosyo – demografik özelliklerine ait, ikinci bölümde gebelik ve doğum öyküsü, üçüncü bölümde ise aile planlaması kullanma durumlarına ait sorular bulunan anket, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Anket 40 kadına ön deneme olarak uygulanmış ve ön deneme sonrası gerekli düzenlemeler yapılarak son seklini almıştır.

3.5. İncelenen Değişkenler, Verilerin Analizi ve Değerlendirme

Çalışmada incelenen bağımlı ve bağımsız değişkenler aşağıdaki gibidir.

a) Bağımlı değişkenler: Aile planlaması kullanma durumu

b) Bağımsız değişkenler: Kadınların sosyo- demografik özellikleri ve gebelik öyküleri

Veri girişi ve istatistiksel analizler SPSS for Windows 20.00 programı aracılığı ile yapılmıştır. Verilerin analizi Ki Kare, Ki Kare Trend, Bonferoni düzeltmeli Man Whitney U, Spearman korelasyon ile değerlendirilmiştir.

3.6. İzinler

Araştırma amaç ve kapsamını içeren bilgi formu hazırlanmış, ilgili birimlere gönderilmiştir. Araştırma ile ilgili etik ve idari izinler alınmıştır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre sağlanmış olup, toplanan bilgilerin araştırmanın amacı dışında kullanılmayacağı anket formunda belirtilmiştir.

3.7. Araştırmanın Süresi

Araştırma Düzenleme Planı ve Zaman Çizelgesi (2013– 2015)

	2013					**2014**					**2015**				
	Ocak – Şubat	**Mart - Nisan**	**Mayıs - Haziran**	**Temmuz - Ağustos**	**Eylül - Ekim**	**Kasım Aralık**	**Ocak - Şubat**	**Mart - Nisan**	**Mayıs - Haziran**	**Temmuz - Ağustos**	**Eylül - Ekim**	**Kasım Aralık**	**Ocak - Şubat**	**Mart - Nisan**	**Mayıs - Haziran**
KONUNU BELİRLENMESİ LİTERATÜR TARAMASI															
PLANLAMA AŞAMASI Ön denemenin yapılması, Gerekli izinlerin alınması, Anket formunun hazırlanması															
UYGULAMA AŞAMASI Veri toplama, veri işleme															
ANALİZ AŞAMASI Verilerin analizi, yorumlanması															
YAZIM AŞAMASI Araştırma raporunun yazımı, basımı, raporun ilgili yerlere sunumu															

4. BULGULAR

Araştırma bulguları üç bölüm halinde sunulmuştur. Birinci bölümde katılımcılara ait tanımlayıcı bulgular, ikinci bölümde doğurganlık özelliklerine ilişkin bulgular, üçüncü bölümde ise aile planlaması kullanma durumuna ilişkin bulgular bulunmaktadır.

4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların sosyo demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Kadınların yaş ortalaması 33.03 ± 7.1, eşlerinin yaş ortalaması 37.6 ± 7.8'dir. Kadınların yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında en fazla kadının %26.8 ile 30- 34 yaş grubunda, en az %7.3 ile 45- 49 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Kadınların %81.2'si ev hanımı olup eşlerinin %32.1'i ise memurdu.

Kadınların %45.1'i, eşlerinin %19.1'inin eğitim düzeyinin ilkokul ve altı, kadınların %17.7'si eşlerinin %34.1'inin ise üniversite mezunu olduğu görüldü. İlçelere göre araştırma grubundaki kadınların %35.7'sinin Palandöken ilçesinde yaşadığı, %77.8'nin çekirdek aile olduğu, %56.8'inin ailelerinde yaşayan kişi sayısının 4 ve altı olduğu görüldü.

Kadınların gelir durumlarının %53.4'ünün 1001- 3000 TL, %4.5'ininde 5000 TL üzerinde olduğu, %99.7'si resmi nikahlı olduğu, %12.9'unun eşi ile akrabalığı bulunduğu ve %2.2'sinin sakat çocuğa sahip olduğu saptandı.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo Demografik Özellikleri

Yaş	**Sayı**	**Yüzde**
15- 19	9	1.4
20- 24	63	10.0
25- 29	137	21.9
30- 34	168	26.8
35- 39	125	19.9
40- 44	79	12.6
44- 49	46	7.3
Kadınların eğitim durumu		
İlkokul ve altı	283	45.1
Ortaokul	95	15.2
Lise	138	22.0
Üniversite	111	17.7
Eşlerin eğitim durumu		
İlkokul ve altı	120	19.1
Ortaokul	90	14.4
Lise	203	32.4
Üniversite	214	34.1
Yerleşim yeri		
Yakutiye	207	33.0
Palandöken	224	35.7
Aziziye	196	31.3
Aile tipi		
Çekirdek Aile	488	77.8
Geniş Aile	139	22.2
Ailedeki kişi sayısı		
4 ve altı	356	56.8
5 ve üstü	271	43.2
Gelir durumu		
1000 TL ve altı	193	30.8
1001 TL - 3000 TL	335	53.4
3001 TL - 5000 TL	71	11.3
5001 TL ve üstü	28	4.5
Resmi nikah		
Var	625	99.7
Yok	2	0.3
Eşle akrabalık durumu		
Var	81	12.9
Yok	546	87.1
Toplam	627	100.0

Araştırmaya katılan kadınların sürekli ilaç kullanmasını gerektiren hastalık durumu ve sigara kullanma durumu Tablo 2'de verilmiştir. Buna göre kadınların %79.4'ünde herhangi bir hastalık yokken, %20.6'sının sürekli ilaç kullanımını gerektiren bir hastalığı mevcuttu.

Sürekli ilaç kullanmasını gerektiren hastalığa sahip kadınların %23.3'ü tiroid ile ilgili, %6.2'si psikiyatrik hastalıklarla ilgili ve %6.2'si ise hipertansiyon (HT) ile ilgili ilaçlar kullandığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %15.6'sı sigara kullanmakta olup, bunların %51'i ise günde 10 ile 20 adet arasında sigara kullandıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 2. Katılımcıların Sürekli İlaç Kullanmasını Gerektiren Hastalık ve Sigara İçme Durumu

	Sayı	**Yüzde**
Hastalık Durumu		
Var	129	20.6
Yok	498	79.4
Toplam	627	100.0
Hastalıklar		
Hipertansiyon	8	6.2
Diabetus Mellitus	5	3.9
Kalp hastalığı	3	2.3
Tiroid ile ilgili hastalıklar	30	23.3
Psikiyatrik hastalıklar	8	6.2
Migren	13	10.1
Birden fazla hastalık	10	7.8
Diğer	52	40.3
Toplam	129	100.0
Sigara kullanma durumu		
Var	98	15.6
Yok	529	84.4
Toplam	627	100.0

Araştırmaya katılanların kadınların doğurganlık durumları ile ilgili özellikler Tablo 3'te verilmiştir. Kadınların evlilik yaş ortancası 20, ilk gebelik yaş ortancası 21 ve tüm kadınların %94.1'i en az 1 kez gebelik geçirmişlerdi.

Kadınların toplam gebelik sayı ortalaması 3.07 gebelik olup, %14.6'sı 5 ve üzeri gebelik geçirdiklerini belirtti. Kadınların %34.7 si 2 canlı doğum yapmış olup, canlı doğum sayısı ortalaması 2.2 doğum, %34.7'sinde yaşayan çocuk sayısı 2, yaşayan çocuk ortalaması 2.2 çocuktu. Kadınların %21.5 inin iki gebelik arası süresi 24 ayın altında olduğu saptandı.

Tablo 3. Katılımcıların Doğurganlık Durumu

Doğurganlık özellikleri	**Sayı**	**Yüzde**	**Ortalaması**
Toplam gebelik sayısı			3.07
0	37	5.9	
1	97	15.5	
2	167	26.6	
3	137	21.9	
4	96	15.3	
5 ve üstü	93	14.8	
Toplam	627	100.0	
Canlı doğum sayısı			2.29
0	23	3.9	
1	127	21.5	
2	205	34.7	
3	160	27.1	
4	60	8.5	
5 ve üstü	25	4.2	
Ölü doğum sayısı			
0	497	84.2	
1	73	12.4	
2ve üstü	20	3.4	
Düşük			
0	386	65.4	
1	144	24.4	
2ve üstü	60	10.2	
Yaşayan çocuk			2.27
0	26	4.4	
1	127	21.5	
2	205	34.7	
3	159	26.9	
4	49	8.3	
5 ve +	24	4.1	
Toplam	590 *	100	
Son iki gebelik arası süre			
24 ay >	94	21.5	
24 ay <	343	78.5	
Toplam	437	100.0	

*Gebelik öyküsü olmayanlar dahil edilmemiştir.

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık tercihleri Tablo 4'te gösterilmiştir. Kadınların %40'ı ideal çocuk sayısının 3 olması gerektiğini, %97.6'sı ise iki doğum arasında en az 2 yıl ve üzerinde süre olması gerektiğini belirtti.

Tablo 4. Katılımcıların Doğurganlık Tercihleri

İdeal çocuk sayısı	**Sayı**	**Yüzde**
2 ve altı	218	34.8
3	251	40.0
4 ve üstü	158	25.2
Kaç yıl arayla doğum yapılmalı		
< 2 yıl	15	2.4
2 yıl <	612	97.6
Toplam	627	100.0

Araştırmaya katılan kadınların tamamı herhangi bir AP ve modern AP yöntemlerinden en az birini duyduğunu belirtirken, modern AP yöntemlerinden en fazla oral kontraseptif (%100) ve rahim içi araç (RİA) (%99) en az ise spermisit (%29.8) ; geleneksel yöntemler içinde ise en fazla geri çekme (%96.7) en az ise takvim yöntemini (%53.7) duyduklarını belirtmişlerdir (Tablo5).

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Kadınların AP Yöntemlerini Duyma Dağılımları

Aile Planlaması Yöntemi	**AP YÖNTEMLERİNİ DUYMA DURUMU**					
	Evet		**Hayır**		**Toplam**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Oral kontraseptif	627	100.0	0	0.0	627	100
Kondom	620	98.9	7	1.1	627	100
Enjeksiyon	568	90.6	59	9.4	627	100
RİA	621	99.0	6	1.0	627	100
Deri altı implant	289	46.1	338	53.9	627	100
Spermisit	187	29.8	440	70.2	627	100
Tüp ligasyon	607	96.8	20	3.2	627	100
Vazektomi	248	39.6	379	60.4	627	100
Geri çekme	606	96.7	21	3.3	627	100
Emzirme	612	97.6	15	2.4	627	100
Takvim yöntemi	337	53.7	290	46.3	627	100
Vajinal duş	456	72.7	171	27.3	627	100

Araştırmamızda herhangi bir yöntem kullanmayan 40 kadın infertilite ve menapoz nedeniyle herhangi bir AP yöntemi kullanma analizlerine dahil edilmedi.

Araştırmaya alınan kadınların %77.7'si kendileri yada eşlerinin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığını belirtirken, %22.3'ü herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır. Yöntem kullananlar içinde ise modern bir aile planlaması yöntemi kullananların oranı %62.1 idi (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Kadınların AP Kullanma Durumu

AP yöntemlerini kullanma durumu	**Sayı**	**Yüzde**
Modern yöntem kullananlar	283	48.2
Geleneksel yöntem kullananlar	173	29.5
Herhangi bir yöntem kullanmayanlar	131	22.3
Toplam	587	100.0
Yöntem kullananlar		
Modern Yöntem	283	62.1
Geleneksel Yöntem	173	37.9
Toplam	456	100.0

Araştırmamızda AP yöntemi kullanan kadınların kullandıkları yöntemlerin dağılımı Tablo7'de gösterildi. Modern yöntemlerden RİA (%25.4), geleneksel yöntemlerden ise geri çekme yönteminin (%35.5) en yüksek oranda kullanıldığı görüldü.

Tablo 7. Katılımcıların Kullandıkları AP Yöntemlerinin Dağılımları

AP YÖNTEMİ KULLANMA	**Sayı**	**Yüzde**
Oral kontraseptif	21	4.6
Kondom	114	25.0
Enjeksiyon	3	0.7
RİA	116	25.4
Deri Altı İmplant	0	0.0
Spermisit	1	0.2
Geriçekme	162	35.5
Emzirme	7	1.5
Takvim Yöntemi	3	0.7
Vajinal duş	1	0.2
Tüp Ligasyon	28	6.1
Vazektomi	0	0.0
Toplam	456	100.0

Çalışma kapsamındaki modern yöntem kullanan kadınların %64'ü kullandığı yöntem için sağlık kuruluşundan danışmanlık hizmeti aldığını, %31.4'ü kullandığı yöntemle ilgili sağlık kontrolüne gittiğini belirtmişlerdir (Tablo8).

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Kadınların Kullanılan Modern Yöntemle İlgili Danışmanlık Hizmeti Alma ve Sağlık Kontrolüne Gitme Durumları

	Sayı	**Yüzde**
Danışmanlık Hizmeti Alma Durumu		
Evet	181	64.0
Hayır	102	36.0
Sağlık Kontrolüne Gitme		
Evet	89	31.4
Hayır	194	68.6
Toplam	283	100.0

Araştırmaya katılan kadınların kullandığı yöntemleri en yüksek oranda güvenilir olması (%58.5) ve yan etkisinin az olması (%35.6) nedeni ile tercih ettiklerini belirtirken, modern AP yöntemi kullanan kadınların %72.4'ü kullandıkları yöntemi sağlık kuruluşundan temin ettiğini belirtmiştir (Tablo9).

Tablo 9. Araştırmadaki Kadınların Kullandıkları Yöntemi Tercih Etme Nedenleri ve Yöntemin Temin Edildiği Yer Dağılımları

	Sayı	**Yüzde**
Yöntemi Tercih Etme Nedeni		
Güvenilir	358	78.5
Kolay ulaşılır	112	24.6
Ücretsiz	189	41.5
Yan etkisi az	243	53.3
Diğer nedenler	21	4.6
Yöntemin Temin Edildiği Yer		
Sağlık kuruluşu	205	72.4
Eczane	47	16.6
Eczane veya sağlık kuruluşu	4	1.4
Market	27	9.5

Araştırma kapsamında herhangi bir yöntem kullanmayan kadınların oranı %27.3'tü. Yöntem kullanmayan kadınların yöntem kullanmama nedenlerinin dağılımına bakıldığında ise %40.9'u var olan gebelik nedeniyle yöntem kullanmadıklarını belirtti (Tablo 10).

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Yöntem Kullanmayan Kadınların Yöntem Kullanmama Nedenleri

	Sayı	**Yüzde**
Yöntem Kullanmama Nedenleri		
Gebelik	70	40.9
Çocuk isteği	49	28.7
Tıbbi nedenler	23	13.5
Menopoz	17	9.9
Diğer nedenler	12	7.0
Toplam	171	100.0

Araştırmaya katılan kadınlara AP yöntemlerini çiftlerden hangisinin kullanması gerektiği sorulduğunda %38.3'ü sadece erkeklerin, %19.5'i ise sadece kadınların kullanması gerektiğini düşünmektedir. Kadınların %92.5'i eşlerinin aile planlamasına ait yöntemlerin kullanımını doğru bulduğunu belirtmiş olup AP yöntemi kullanan kadınların %97.5'i kullandığı yönteme eşiyle birlikte karar vermiştir (Tablo11).

Tablo 11. Katılımcıların Kullanılan AP Yöntemlerinde Eş Katılım Durumu

	Sayı	**Yüzde**
AP yöntemlerini eşlerden kimin kullanması gerektiği		
Kadın	120	19.5
Erkek	257	38.3
Her ikisi	240	41.0
Bilmiyor	8	1.3
Eşin AP hakkındaki düşüncesi		
Doğru buluyor	580	92.5
Doğru bulmuyor	29	4.6
Bilmiyorum	18	2.9
Toplam	627	100.0
AP yöntemine eşlerin birlikte karar verme durumu		
Evet	444	97.4
Hayır	12	2.6
Toplam	456	100.0

Katılımcıların %54.5'i daha önce kullanmış olduğu yöntemi bıraktığını belirtmiş olup, modern yöntemler içinde RİA (%36.8) ve geleneksel yöntemler içinde de geri çekme yönteminin (%14.8) en yüksek oranda bırakıldığı görülmüştür. Yöntemi bırakma nedeni olarak kadınların %38'i yan etki, %22.8'i de gebe kaldığı için bıraktıklarını belirtmişlerdir. (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların Bıraktıkları Yöntemlerin Dağılımı

	Sayı	**Yüzde**
Bırakılan yöntem		
RİA	126	36.8
Oral Kontraseptif	86	25.1
Kondom	61	17.8
Enjeksiyon	10	2.9
Spermisit	3	0.9
Deri Altı İmplant	1	0.3
Geri çekme	50	14.6
Emzirme	2	0.6
Takvim	3	0.9
Bırakma nedenleri		
Yan Etki	130	38.0
Gebelik istemi	92	26.9
Gebe kaldığı için	78	22.8
Diğer	42	12.3
Toplam	342	100.0

Araştırmaya katılan kadınların %12.1 gebe olup bu gebeliklerinde %13.2'si istenmeyen gebelikti. Kadınların %91.5'i istenmeyen bir gebelik olması durumunda bebeğin doğurulması gerektiğini belirtti (Tablo13).

Tablo 13. Katılımcıların Gebelik Durumu, Gebeliklerin İstenip İstenmeme Durumu, İstenmeyen Gebelik Durumundaki Görüşleri

Gebelik Varlığı	**Sayı**	**Yüzde**
Evet	76	12.1
Hayır	551	87.9
Toplam	627	100.0
Gebeliğin İstenip İstenmeme Durumu		
Evet	66	86.8
Hayır	10	13.2
Toplam	76	100.0
İstenmeyen Gebelik Durumundaki Görüşü		
Doğurmalı	574	91.5
Aldırmalı	32	5.1
Düşürmeli	6	1.0
Bilmiyorum	15	2.4
Toplam	627	100.0

4.2. Araştırmadaki Kadınların Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan kadınların eğitim ve çalışma durumlarına göre ilk evlilik yaşlarının dağılımı Tablo14'te gösterilmiştir. Kadınların eğitim durumlarına göre ilk evlilik yaşlarına bakıldığında eğitim düzeyi ilkokul ve altı olan grupta ilk evlilik yaşı 20 yaşın altında olanların sıklığı en yüksekti (%51.9). Kadınların eğitim durumlarına göre ilk evlilik yaşları açısından anlamlı fark vardı ilk evlilik yaşı ile eğitim durumları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı derecede korelasyon vardır ($r=0.34, p<0.001$).

Kadınların çalışma durumlarına göre ilk evlilik yaşlarının dağılımına bakıldığında, çalışan kadınlar içinde ilk evlilik yaşı 20- 30 yaş grubunda olanların sıklığı en yüksekken (%82.2) , 30 yaş ve üstü grupta ise en düşüktü (%5.9). Kadınların çalışma durumları arasında ilk evlilik yaşı açısından anlamlı fark vardı ($p<0.001$).

Tablo 14. Katılımcıların Eğitim ve Çalışma Durumlarına Göre İlk Evlilik Yaş Dağılımları

	İlk Evlendikleri Yaş Grubu								
	< 20		**20- 30**		**30<**		**Toplam**		**İstatistik**
Eğitim Durumu	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
İlkokul ve altı	147	51.9	132	46.6	4	1.4	283	100	X^2=63.250 **P<0.001**
Ortaokul	41	43.2	51	53.7	3	3.2	95	100	
Lise ve üzeri	48	19.3	189	75.9	12	4.8	249	100	
Çalışma Durumu									
Çalışıyor	14	11.9	97	82.2	7	5.9	118	100	X^2=42.513 **P<0.001**
Çalışmıyor	222	43.6	275	54.0	12	2.4	509	100	
Toplam	236	37.6	372	59.3	19	3.0	627	100	

Çalışmamıza katılan kadınların eğitim durumlarına göre ilk gebelik yaşlarına bakıldığında ilk gebeliğini 20 yaşın altında yaşayanlarda ilkokul ve altı grup en yüksekken (%36.7) üniversite mezunlarında bu oran en düşüktü (%4.4). Kadınların eğitim durumlarına göre ilk gebelik yaş grupları açısından anlamlı fark vardı (p<0.001) (Tablo15).

Tablo 15. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre İlk Gebelik Yaş Gruplarının Dağılımı

	Kadınların İlk Gebelik Yaş Grupları									
	< 20		**20- 25**		**26- 30**		**30<**		**Toplam**	
Eğitim durumu	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
İlkokul ve altı	105	37.6	145	52.0	25	9.0	4	1.4	279	100
Ortaokul	30	32.3	50	53.8	8	8.6	5	5.4	93	100
Lise	23	18.0	83	64.8	18	14.1	4	3.1	128	100
Üniversite	4	4.4	33	36.7	38	42.2	15	16.7	90	100
Toplam	162	27.5	311	52.7	89	15.1	28	4.7	590	100
				X^2=128.619		**p<0.001**				

Araştırmaya katılan kadınların yaş grupları, eğitim, gelir ve çalışma durumlarına göre toplam gebelik sayı dağılımı Tablo 16'da verilmiştir. Kadınların yaş gruplarına göre toplam gebelik sayılarına bakıldığında 15- 24 yaş grubunda 1 gebeliğe sahip olma %48, 25- 34 ve 35 yaş üstü grupta ise 3 gebeliğe sahip olma sırası ile %39.7 ve %78.4'tü. Kadınların yaş gruplarına göre toplam gebelik sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0.001$).

Kadınların eğitim durumları arasında toplam gebelik sayıları açısından anlamlı fark var idi ($p<0.001$). Gruplar arası farkın eğitim düzeyi ilkokul ve altı ile ortaokul, lise ile üniversite mezunları dışında tüm gruplar arasından kaynaklandığı görüldü. Kadınların eğitim durumları ile toplam gebelik sayıları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı derecede korelasyon vardı ($r = - 0.32$, $p<0.001$).

Kadınların gelir durumları arasında toplam gebelik sayıları açısından anlamlı fark saptandı ($p<0.001$). Bu farkın 1000 TL ve altı ile 3001 TL ve üzeri, 1001 - 3000 TL ile 3001 TL üzeri geliri olan gruplar arasından kaynaklandığı bulundu. Kadınların eğitim durumları ile gelir dağılımları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı derecede korelasyon vardı ($r = - 0.15$, $p<0.001$).

Kadınların çalışma durumlarına göre toplam gebelik sayılarına bakıldığında çalışan grupta 2 gebelik (%28.8) , çalışmayan grupta 3 gebelik sıklığı daha yüksekti (%58). Çalışma durumları arasında toplam gebelik sayıları açısından anlamlı fark vardı ($p<0.001$).

Tablo 16. Katılımcıların Yaş Gruplarına, Eğitim, Gelir ve Çalışma Durumlarına Göre Toplam Gebelik Sayı Dağılımları

	Toplam Gebelik Sayısı										
	0		1		2		3 ve üstü		Toplam		İstatistik
Yaş grupları	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
15- 24	7	9.7	35	48.6	21	29.2	9	12.5	72	100	
25- 34	25	8.2	55	18.0	104	34.1	121	39.7	305	100	X^2=168.969
35 yaş üstü	5	2.0	7	2.8	42	16.8	196	78.4	250	100	**P< 0.001**
Eğitim durumu											
İlkokul ve altı	4	1.4	23	8.1	74	26.2	182	64.3	283	100	
Ortaokul	2	2.1	12	12.6	26	27.4	55	57.9	95	100	X^2=91.991
Lise	10	7.2	34	24.6	38	27.5	56	40.6	138	100	**P< 0.001**
Üniversite	21	18.9	28	25.2	29	26.1	33	29.7	111	100	
Gelir durumu											
1000 TL ve altı	8	4.1	20	10.4	58	30.1	107	55.4	193	100	X^2=30.691
1001- 3000 TL	16	4.8	52	15.5	80	23.9	187	55.8	335	100	**P< 0.001**
3001 TL ve üzeri	13	13.1	25	25.3	29	29.3	32	32.3	99	100	
Çalışma Durumu											
Çalışıyor	20	16.9	33	28.0	34	28.8	31	26.3	118	100	X^2=63.492
Çalışmıyor	17	3.3	64	12.6	133	26.1	295	58.0	509	100	**P< 0.001**
Toplam	37	5.9	97	15.5	167	26.6	326	52.0	627	100	

Çalışmamıza katılan kadınların yaş gruplarına, eğitim, gelir ve çalışma durumlarına göre canlı doğum sayı dağılımları Tablo 17'de gösterilmiştir. Kadınların yaş gruplarına göre canlı doğum sayılarına bakıldığında 15- 24 yaş grubunda 1 canlı doğum yapan kadınların sıklığı (%60), 35- 49 yaş grubunda ise 3 canlı doğum yapan kadınların sıklığı (%66.5) en yüksekti. Kadınların yaş grupları arasında canlı doğum sayıları açısından anlamlı fark bulundu ($p<0.001$).

Kadınların evlendikleri yaş gruplarına göre canlı doğum sayılarının dağılımlarına bakıldığında ilk evlilik yaşı 30 yaş üstünde olan grupta 1 canlı doğum (%56.3) , 20 yaş altında 3 canlı doğum (%56.6) yapan kadınlar çoğunluktaydı. Kadınların ilk evlilik yaşlarına göre canlı doğum sayıları açısından anlamlı fark vardı ($p<0.001$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre canlı doğum sayıları incelendiğinde aralarında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.001$). Gruplar arası farkın eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlar ile lise, ilkokul ve altı ile üniversite, ortaokul ile üniversite mezunları arasından kaynaklandığı görüldü. Kadınların eğitim durumları ile canlı doğum sayıları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı derecede korelasyon vardı ($r = - 0.29$, $p<0.001$)

Kadınların gelir durumları arasında canlı doğum sayılarının dağılımı incelendiğinde aralarında anlamlı fark vardı ($p<0.001$). Gruplar arası farkın geliri durumu 1000 TL ve altı ile 1001- 3000TL arası gelir dışında diğer tüm gruplardan kaynaklandığı görüldü. Kadınların gelir durumları ile canlı doğum sayıları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı derecede korelasyon vardı ($r = - 0.12$, $p<0.001$).

Kadınların çalışma durumlarına göre canlı doğum sayılarına bakıldığında çalışan grupta 1 canlı doğum yapan kadınlar (%38.7) , çalışmayan grupta ise 3 canlı doğum yapmış kadınların sıklığı en yüksekti (%43.7). Çalışma durumları arasında canlı doğum sayıları açısından anlamlı fark vardı ($p<0.001$).

Tablo 17. Katılımcıların Yaş Gruplarına, Eğitim, Gelir ve Çalışma Durumlarına Göre Canlı Doğum Sayı Dağılımı

	Canlı Doğum Sayısı										
	0		1		2		3 ve üstü		Toplam		İstatistik
Yaş Grupları	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
15- 24	8	12.3	39	60.0	16	24.6	2	3.1	65	100	X^2=188.043
25- 34	12	4.3	74	26.4	124	44.3	70	25.0	280	100	**P< 0.001**
35 yaş üstü	3	1.2	14	5.7	65	26.5	163	66.5	245	100	
İlk Evlenme Yaşı											
<20	4	1.7	29	12.3	69	29.4	133	56.6	235	100	
20- 30	18	5.3	89	26.3	132	38.9	100	29.5	339	100	X^2=59.343
30<	1	6.3	9	56.3	4	25.0	2	12.5	16	100	**P< 0.001**
Eğitim Durumu											
İlkokul ve altı	6	2.2	33	11.8	102	36.6	138	49.5	279	100	
Ortaokul	6	6.5	19	20.4	26	28.0	42	45.2	93	100	X^2=65.460
Lise	2	1.6	42	32.8	46	35.9	38	29.7	128	100	**P< 0.001**
Üniversite	9	10.0	33	36.7	31	34.4	17	18.9	90	100	
Gelir Durumu											
1000 TL ve altı	7	3.8	31	16.8	71	38.4	76	41.1	185	100	X^2=30.691
1001- 3000 TL	7	2.2	68	21.3	105	32.9	139	43.6	319	100	**P< 0.001**
3001 TL ve üzeri	9	10.5	28	32.6	29	33.7	20	23.3	86	100	
Çalışma Durumu											
Çalışıyor	9	9.2	37	37.8	32	32.7	20	20.4	98	100	X^2=34.080
Çalışmıyor	14	2.8	90	18.3	173	35.2	215	43.7	492	100	**P< 0.001**
Toplam	23	3.9	127	21.5	205	34.7	235	39.8	590	100	

Çalışmamıza katılan kadınların yaş gruplarına, toplam gebelik sayılarına, eğitim ve çalışma durumlarına göre düşük yapma durumları Tablo 18'de gösterilmiştir. Kadınların yaş gruplarına göre düşük yapma durumlarına bakıldığında 35 yaş üstü grubundaki kadınların düşük yapma oranı en yüksekti (%47.3). Kadınların yaş grupları arasında düşük yapma durumu açısından anlamlı fark vardı ($p<0.001$). Kadınların yaş grupları ile düşük yapma durumları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı derecede korelasyon vardı ($r = 0.24$, $p<0.001$)

Çalışmamızdaki kadınların toplam gebelik sayılarına göre düşük yapma durumlarına bakıldığında 3 ve üstü gebelik geçirmiş kadınların düşük yapma oranı en yüksekti (%54.3). Toplam gebelik sayıları arasında düşük yapma durumu açısından anlamlı fark vardı ($p<0.001$). Kadınların toplam gebelik sayıları ile düşük yapma durumları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı derecede korelasyon vardı ($r = 0.47$, $p<0.001$)

Kadınların eğitim ve çalışma durumları arasında düşük yapma durumu açısından anlamlı fark yoktu.

Tablo 18. Katılımcıların Bazı Sosyo- Demografik Özellikler ve Toplam Gebelik Sayılarına Göre Düşük Yapma Durumu

	Düşük Yapma Durumu						
	Düşük yok		**Düşük var**		**Toplam**		**İstatistik**
Yaş grupları	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
15- 24	55	84,6	10	15.4	65	100	X^2=42.027 **P< 0.001**
25- 34	203	72.5	77	27.5	280	100	
35 yaş üstü	129	52.7	116	47.3	245	100	
Eğitim durumu							
İlkokul ve altı	177	63.4	102	36.6	279	100	X^2=1.491 P>0.05
Ortaokul	61	65.6	32	34.4	93	100	
Lise	86	67.2	42	32.8	128	100	
Üniversite	63	70.0	27	30.0	90	100	
Çalışma durumu							
Çalışıyor	70	71.4	28	28.6	98	100	X^2=1.1773 P>0.05
Çalışmıyor	317	64.4	175	35.6	492	100	
Toplam gebelik							
1	95	97.2	2	2.1	97	100	X^2=112.685 **P <0.001**
2	143	85.6	24	14.4	167	100	
3 ve üstü	149	45.7	177	54.3	326	100	
Toplam	387	65.6	203	34.4	590	100	

Araştırmaya katılan kadınların yaş gruplarına, eğitim, gelir ve çalışma durumlarına göre ölü doğum yapma durumu Tablo 19'da gösterilmiştir. Kadınların yaş gruplarına göre ölü doğum yapma durumlarına bakıldığında 35 yaş ve üstü grubunda ölü doğum yapma oranı en yüksekti (%20.8). Kadınların yaş gruplarına göre ölü doğum yapma durumu açısından anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Kadınların eğitim düzeylerine göre ölü doğum yapma durumu incelendiğinde aralarında anlamlı fark bulundu. Gruplar arası farkın öğrenim düzeyi ilkokul ve altı (%18.6) ile lise (%9.4) olan gruplar arasından kaynaklandığı görüldü.

Kadınların gelir gruplarına göre ölü doğum yapma durumu incelendiğinde aralarında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Gruplar arası farkın geliri 1000 TL ve altı grup (%22.2) ile 1001- 3000 TL grup (%13.2) arasından kaynaklandığı görüldü.

Kadınların çalışma durumlarına göre ölü doğum yapma durumları açısından anlamlı fark olduğu gözlendi ($p<0.05$). Çalışan kadınlarda ölü doğum yapma sıklığının daha düşük olduğu görüldü.

Tablo 19. Katılımcıların Bazı Sosyo- Demografik Özelliklere Göre Ölü Doğum Yapma Durumu

	Ölü Doğum Yapma Durumu						
	Ölü Doğum Yok		**Ölü Doğum Var**		**Toplam**		**İstatistik**
Yaş grupları	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
15- 24	58	89.2	7	10.8	65	100	
25- 34	245	87.5	35	12.5	280	100	X=8.178
35 yaş üstü	194	79.2	51	20.8	245	100	**P< 0.05**
Eğitim durumu							
İlkokul ve altı	227	81.4	52	18.6	279	100	
Ortaokul	74	79.6	19	20.4	93	100	X^2=8.663
Lise	116	90.6	12	9.4	128	100	**P< 0.05**
Üniversite	80	88.9	10	11.1	90	100	
Çalışma durum							
Çalışıyor	90	91.8	8	8.2	98	100	X^2=5.111
Çalışmıyor	407	82.7	85	17.3	492	100	**P<0.05**
Gelir durumu							
1000TL ve altı	144	77.8	41	22.2	185	100	
1001- 3000TL	277	86.8	42	13.2	319	100	X^2=8.480
3001- 5000TL	56	88.9	7	11.1	63	100	**P<0.05**
5001TL ve üstü	20	87.0	3	13.0	23	100	
Toplam	497	84.2	93	15.8	590	100	

Araştırmamıza katılan birden fazla gebelik öyküsü olan kadınların eğitim durumlarına göre iki gebelik arası süre dağılımlarına bakıldığında iki gebelik arası süresi 2 yılın altında olanlar ortaokul mezunlarında en yüksekti (%31.9). Kadınların eğitim durumlarına göre iki gebelik arası süre dağılımı açısından anlamlı fark vardı ($p<0.05$). Gruplar arası farkın eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlar ile ortaokul, ilkokul ve altı ile üniversite mezunları arasından kaynaklandığı görüldü (Tablo20).

Tablo 20. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Son İki Gebelik Arası Süre Dağılımları

Son İki Gebelik Arası Süre							
	2yıl altı		**2yıl ve üzeri**		**Toplam**		**İstatistik**
Eğitim durumları	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
İlkokul ve altı	37	16.7	184	83.3	221	100	X^2=9.598 **P < 0.05**
Ortaokul	23	31.9	49	68.1	72	100	
Lise	17	20.0	68	80.0	85	100	
Üniversite	17	28.8	42	71.2	59	100	
Toplam	94	21.5	343	78.5	437	100	

Çalışmaya alınan kadınlar iki gebelik arası sürenin 2 yıl ve üzeri olması gerektiğini düşünenlerin sıklığı eğitim düzeyi lise ve üzeri olanlarda en yüksekti (%98.4). Eğitim grupları arasında iki gebelik arasında olmasını belirttikleri süre açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre İki Gebelik Arasında Olmasını Belirttikleri Süre Dağılımları

İki Gebelik Arasında Olmasını Belirttikleri Süre							
	2yıl altı		**2yıl ve üzeri**		**Toplam**		**İstatistik**
Eğitim durumları	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Ortaokul ve altı	11	2.9	367	97.1	378	100	X^2=1.093
Lise ve üzeri	4	1.6	245	98.4	249	100	P > 0.05
Toplam	15	2.4	612	97.6	627	100	

Araştırmaya katılan kadınların eğitim, gelir durumları ve canlı doğum sayılarına göre gebeliği sonlandırma biçimlerinin dağılımı Tablo 22'de gösterilmiştir. Kadınların gelir durumları arasında istenmeyen gebelikleri sonlandırma biçimi açısından anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Gruplar arasında farkın geliri 1000 TL ve altı (%86.5) ile 1001-3000 TL (%94.3) olanlar arasından kaynaklandığı görüldü. Kadınların eğitim durumları ve canlı doğum sayıları arasında istenmeyen gebelikleri sonlandırma biçimi açısından anlamlı fark yoktu.

Tablo 22. Katılımcıların Eğitim, Gelir Durumu ve Canlı Doğum Sayılarına Göre İstenmeyen Gebelikleri Sonlandırma Biçimlerinin Dağılımı

	İstenmeyen Gebeliği Sonlandırma Biçimi						
	Doğurmalı		**Diğer**		**Toplam**		**İstatistik**
Eğitim durumu	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
İlkokul ve altı	257	90.8	26	9.2	283	100	
Ortaokul	90	94.7	5	5.3	95	100	X^2=1.792
Lise	127	92.0	11	8.0	138	100	P >0.05
Üniversite	100	90.1	11	9.9	111	100	
Gelir durumu							
1000TL ve altı	167	86.5	26	13.5	193	100	X^2=9.648
1001- 3000TL	316	94.3	19	5.7	335	100	**P<0.05**
3001TL ve üzeri	91	91.9	8	8.1	99	100	
Toplam	574	91.5	53	8.5	627	100	
Canlı doğum sayısı							
0	22	95.7	1	4.3	23	100	
1	112	88.2	15	11.8	127	100	X^2=2.380
2	187	91.2	18	8.8	205	100	P >0.05
3 ve üstü	217	92.3	18	7.7	235	100	
Toplam	538	91.2	52	8.8	590	100	

Çalışmamıza alınan kadınların eğitim durumlarına göre düşündükleri ideal çocuk sayısı incelendiğinde aralarında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Gruplar arası farkın eğitim düzeyi ilkokul ve altı ile lise, ilkokul ve altı ile üniversite olan gruplar arasından kaynaklandığı görüldü. Kadınların eğitim durumları ile ideal çocuk sayısı arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı derecede korelasyon vardı ($r = - 0.15$, $p<0.001$) (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre İdeal Çocuk sayısı

	İdeal Çocuk Sayısı								
	2 ve altı		3		4 ve üstü		Toplam		İstatistik
Eğitim durumu	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
İlkokul ve altı	83	29.3	110	38.9	90	31.8	283	100	
Ortaokul	32	33.7	38	40.0	25	26.3	95	100	
Lise	60	43.5	54	39.1	24	17.4	138	100	X^2=17.707 **P<0.05**
Üniversite	43	38.7	49	44.1	19	17.1	111	100	
Toplam	218	34.8	251	40.0	158	25.2	627	100	

4.3. Aile Planlaması İle İlgili Bulgular

Araştırmaya alınan kadınların yaş gruplarına, gelir durumlarına, kendilerinin ve eşlerinin eğitim ve çalışma durumlarına göre herhangi bir AP kullanma durumlarının dağılımı Tablo 24'te gösterilmiştir. Kadınların yaş gruplarına göre herhangi bir AP yöntemi kullanma durumlarının dağılımına bakıldığında 35 yaş üstü grubunda herhangi bir AP yöntemi kullanma sıklığı en yüksekti (%87.2). Yaş gruplarına göre herhangi bir AP yöntemi kullanma açısından anlamlı fark vardı ($p<0.001$).

Kadınların herhangi bir AP yöntemi kullanma sıklığı eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda en yüksek (%82.9) , üniversite olanlarda ise en düşük idi (%66.7). Kadınların eğitim durumları arasında herhangi bir AP yöntemi kullanma açısından anlamlı fark vardı ($p<0.05$). Bu farkın eğitim düzeyi ilkokul ve altı ile üniversite mezunu olanlar arasından kaynaklandığı görüldü. Kadınların eşlerinin eğitim durumları arasında ise herhangi bir AP yöntemi kullanma durumu açısından anlamlı fark yoktu.

Araştırma kapsamındaki çalışmayan kadınlarda herhangi bir AP yöntemi kullanma oranı en yüksekti (%79.7). Kadınların çalışma durumları arasında herhangi bir AP yöntemi kullanma durumu açısından anlamlı fark vardı ($p<0.05$). Kadınların eşlerinin çalışma durumlarına göre herhangi bir AP yöntemi kullanma sıklığı açısından anlamlı fark yoktu.

Çalışmaya katılan kadınlardan geliri 1001- 3000 TL arası olan grupta herhangi bir AP yöntemi kullanma sıklığı (%80.1) en yüksekti. Gelir grupları arasında herhangi bir yöntem kullanma durumları açısından anlamlı fark vardı ($p<0.05$). Gelir grupları arasındaki farkın 1001- 3000 TL ile 3001 TL üzeri olanlar arasından kaynaklandığı görüldü.

Tablo 24. Katılımcıların Bazı Sosyo - Demografik Özelliklerine Göre AP Kullanma Durumu Dağılımı

	Herhangi Bir AP Yöntemi Kullanma Durumu						
	Kullanan		**Kullanmayan**		**Toplam**		**İstatistik**
Yaş grupları	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
15- 24	44	62.0	27	38.0	71	100	
25- 34	221	74.4	76	25.6	297	100	X^2=23.420
35 yaş üstü	191	87.2	28	12.8	219	100	**P < 0.001**
Eğitim durumu							
İlkokul ve altı	214	82.9	44	17.1	258	100	
Ortaokul	70	78.7	19	21.3	89	100	X^2=12.012
Lise	100	75.8	32	24.2	132	100	**P < 0.05**
Üniversite	72	66.7	36	33.3	108	100	
Eşin eğitim durumu							
İlkokul ve altı	86	78.2	24	21.8	110	100	
Ortaokul	70	85.4	12	14.6	82	100	X^2=3.072
Lise	152	78.8	41	21.2	193	100	P > 0.05
Üniversite	148	73.3	54	26.7	202	100	
Çalışma durumu							
Çalışıyor	78	69.0	35	31.0	113	100	X^2=6.049
Çalışmıyor	378	79.7	96	20.3	474	100	**P < 0.05**
Eşin çalışma durumu							
Çalışıyor	443	77.4	129	22.6	572	100	X^2=0.717
Çalışmıyor	13	86.7	2	13.3	15	100	P > 0.05
Gelir durumu							
1000TL altı	141	78.8	38	21.2	179	100	
1001-3000TL	250	80.1	62	19.9	312	100	X^2=6.708
3000TL üzeri	65	67.7	31	32.3	96	100	**P <0.05**
Toplam	456	77.7	131	22.3	587	100	

Araştırmaya katılan kadınların yaş gruplarına, gelir durumlarına, kendilerinin ve eşlerinin eğitim ve çalışma durumu göre modern yada geleneksel yöntem kullanma durumu dağılımı Tablo 25'te gösterilmiştir. Yaş gruplarına göre kadınların modern veya geleneksel yöntemleri kullanma durumlarına bakıldığında; 25- 34 yaş grubunda modern (%74.7) ve 35 yaş üstü grubunda geleneksel yöntem (%29.8) kullanma sıklığı en yüksek olmakla birlikte aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Yöntem kullanan kadınlarda eğitim durumları göre modern yada geleneksel yöntem kullanma durumu incelendiğinde aralarında anlamlı fark vardı (p<0.001). Eğitim düzeyi üniversite olan kadınların modern AP yöntemi kullanma sıklığı diğer gruplara göre daha yüksekti (%86.1). Gruplar arasındaki farkın eğitim düzeyi ilkokul ve

altı ile üniversite, ortaokul ile üniversite mezunu olanlar arasından kaynaklandığı görüldü. Yöntem kullanan kadınların eşlerinin eğitim düzeyleri arasında modern ya da geleneksel AP yöntemleri tercih etme durumlarına bakıldığında; eşi üniversite mezunu olanlarda modern yöntem (%75) , lise mezunu olanlarda geleneksel yöntem kullananların (%48.7) sıklığı daha yüksek olup aralarında anlamlı fark vardı.

Yöntem kullanan kadınlarda çalışan grupta modern yöntem kullanma sıklığı (%78.2) en yüksek ve çalışmayan grup ile aralarında anlamlı fark vardı ($p<0.05$). Yöntem kullanan kadınlardan eşi çalışanlarda modern yöntem tercih etme sıklığı (%76.9) en yüksek olmakla birlikte aralarında fark yoktu.

Çalışmaya alınan yöntem kullanan kadınlarda gelir durumu 5001 TL ve üzeri olanlarda modern yöntem (%83.3) , 1001- 3000 TL arasında ise geleneksel yöntem kullanma sıklığı en yüksekti (%41.6). Gelir dağılımları arasında modern yada geleneksel yöntem kullanma durumu açısından anlamlı fark var idi. ($p<0.05$). Gruplar arası farkın geliri 1000 TL ve altı ile 1001- 3000TL arası dışında olan tüm gruplardan kaynaklandığı görüldü. Buna göre gelir arttıkça kadınların modern yöntem kullanma sıklığı artmakta idi.

Tablo 25. Katılımcıların Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Kullanılan AP Yöntemi Dağılımı

	Yöntem Kullanma Durumu						
	Modern Yöntem		Geleneksel Yöntem		Toplam		İstatistik
Yaş Grupları	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
15- 24	29	65.9	15	34.1	44	100	
25- 34	139	62.9	82	37.1	221	100	X^2=0.620
35 yaş üstü	115	60.2	76	39.8	191	100	P >0.05
Eğitim Durumu							
İlkokul ve altı	122	57.0	92	43.0	214	100	
Ortaokul	37	52.9	33	47.1	70	100	X^2=22.525
Lise	62	62.0	38	38.0	100	100	**P < 0.001**
Üniversite	62	86.1	10	10.0	72	100	
Eşin Eğitim Durumu							
İlkokul ve altı	52	60.5	34	39.5	86	100	
Ortaokul	42	60.0	28	40.0	70	100	X^2=7.954
Lise	78	51.3	74	48.7	152	100	P >0.001
Üniversite	111	75.0	37	25.0	148	100	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	61	78.2	17	21.8	78	100	X^2=10.415
Çalışmıyor	222	58.7	156	41.3	378	100	**P < 0.05**
Eşin Çalışma Durumu							
Çalışıyor	273	61,6	170	38.4	443	100	X^2=0.717
Çalışmıyor	10	76.9	3	23.1	13	100	P > 0.05
Gelir Durumu							
1000TL altı	83	58.9	58	41.1	141	100	
1001- 3000TL	146	58.4	104	41.6	250	100	X^2=14.228
3000TL üzeri	54	83.1	11	16.9	47	100	**P <0.05**
Toplam	283	62.1	173	37.9	456	100	

Araştırmamıza katılan kadınların toplam gebelik, canlı doğum ve ideal çocuk sayılarına göre herhangi bir AP kullanma durumu dağılımı Tablo 26 'te verilmiştir. Kadınların toplam gebelik sayılarına göre herhangi bir AP yöntemi kullanma durumlarına bakıldığında, toplamda 3 ve üstü gebelik geçiren kadınlarda yöntem kullanma sıklığı en yüksekti (%85). Kadınların toplam gebelik sayıları arasında herhangi bir AP yöntemi kullanma durumu açısından anlamlı fark vardı (p<0.001). Kadınların gebelik sayıları arttıkça yöntem kullanma sıklığı artmakta idi.

Kadınların canlı doğum sayılarına göre herhangi bir AP yöntemi kullanma durumlarına bakıldığında 3 ve üzeri canlı doğum yapan kadınlarda yöntem kullanma sıklığı (%94) en yüksekti. Kadınların canlı doğum sayılarına göre herhangi bir AP yöntemi kullanma durumları arasında anlamlı fark vardı (p<0.001). Kadınların canlı doğum sayıları arttıkça yöntem kullanma sıklığı artmakta idi.

Kadınların düşündükleri ideal çocuk sayılarına göre herhangi bir AP yöntemi kullanma durumuna bakıldığında ideal çocuk sayısını 4 ve üstü olmasını isteyenlerde herhangi bir AP kullanma oranı en yüksekti (%84.2). Kadınların düşündükleri ideal çocuk sayısına göre herhangi bir AP yöntemi kullanma durumu açısından anlamlı fark vardı (p>0.05)

Tablo 26. Katılımcıların Doğurganlık Öyküleri ve İdeal Çocuk Sayılarına Göre Herhangi Bir AP Yöntemi Kullanma Durumu

	Herhangi Bir AP Yöntemi Kullanma Durumu						
	Kullanan		**Kullanmayan**		**Toplam**		
Toplam Gebelik Sayısı	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
0	15	44.1	19	55.9	34	100	
1	65	69.1	29	30.9	94	100	X^2=35.741
2	120	75.9	38	24.1	158	100	**P < 0.001**
3 ve üstü	256	85.0	45	15.0	301	100	
Toplam	456	77.7	131	22.3	587	100	
Canlı Doğum Sayısı							
0	5	25.0	15	75.0	20	100	
1	75	61.0	48	39.0	123	100	X^2=35.741
2	157	81.3	36	18.7	193	100	**P < 0.001**
3 ve üstü	204	94.0	13	6.0	217	100	
Toplam	436	81.8	97	18.2	533	100	
İdeal Çocuk Sayısı							
2 ve altı	159	77.9	45	22.1	204	100	X^2=6.123
3	174	73.4	63	26.6	237	100	**P <0.05**
4 ve üstü	123	84.2	23	15.8	146	100	
Toplam	456	72.7	131	27.3	587	100	

Çalışmamızdaki yöntem kullanan kadınların toplam gebelik, canlı doğum ve ideal çocuk sayısına göre modern yada geleneksel yöntem kullanma durumları Tablo 27'de verilmiştir. Yöntem kullanan hiç gebelik geçirmemiş kadınlarda modern yöntem kullanma (%80) , 2 gebelik geçirmiş kadınlarda ise geleneksel yöntem kullanma sıklığı en yüksekti (%45.8). Yöntem kullanan kadınların toplam gebelik sayılarına göre modern ya da geleneksel AP yöntemi kullanma durumu açısından anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Yöntem kullanan kadınların canlı doğum sayılarına göre modern ya da geleneksel AP yöntemi kullanma durumlarına bakıldığında canlı doğum yapmayanlar ve 1 canlı doğum yapanlarda modern yöntem sıklığı en yüksek olmakla birlikte (%71.3) gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Kadınların düşündükleri ideal çocuk sayılarına göre de modern ya da geleneksel AP yöntemi kullanma durumu açısından fark yoktu.

Tablo 27. Katılımcıların Doğurganlık Öyküleri ve İdeal Çocuk Sayısına Göre Modern ve Geleneksel AP Yöntemi Kullanma durumu

	Yöntem Kullanma Durumu						
	Modern Yöntem		**Geleneksel Yöntem**		**Toplam**		**İstatistik**
Toplam Gebelik Sayısı	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
0	12	80.0	3	20.0	15	100	
1	48	73.8	17	26.2	65	100	X^2=9.073
2	65	54.2	55	45.8	120	100	**P < 0.05**
3 ve üstü	158	61.7	98	38.3	256	100	
Toplam	283	62.1	174	37.9	456	100	
Canlı Doğum Sayısı							
0- 1	57	71.3	23	28.8	80	100	X^2=5.714
2	87	55.4	70	44.6	157	100	P > 0.05
3 ve üstü	127	62.3	77	37.7	204	100	
Toplam	271	61.5	170	38.5	441	100	
İdeal Çocuk Sayısı							
2 ve altı	104	65.4	55	34.6	159	100	X^2=3.116
3	104	59.8	70	40.2	174	100	P >0.05
4 ve üstü	75	61.0	48	39.0	123	100	
Toplam	283	62.1	173	37.9	456	100	

Araştırmaya katılan kadınların eğitim, çalışma ve gelir durumlarına göre kullandıkları AP yöntemleri Tablo 28'de verilmiştir. Yöntem kullanan kadınların eğitim durumlarına göre kullandıkları yöntemler incelendiğinde aralarında anlamlı fark vardı ($p<0.001$). Bu farkın tüm gruplar arasından kaynaklandığı görüldü. Eğitim düzeyi üniversite olan kadınlarda hap ve kondom sıklığı, ortaokul ve altı grupta ise RİA, tüp ligasyon ve geri çekme yöntemlerini kullananların sıklığı diğer gruplara göre daha yüksekti.

Yöntem kullanan kadınların çalışma durumlarına göre kullandıkları yöntemlere bakıldığında çalışan grupta en fazla kondom kullanılırken (%48.7) , çalışmayan grupta en fazla geri çekme yöntemi kullanılmaktaydı (%41.3). Yöntem kullanan kadınların çalışma durumlarına göre kullandıkları yöntemler açısından anlamlı fark vardı ($p<0.001$).

Yöntem kullanan kadınların gelir durumlarına göre kullandıkları yöntemler incelendiğinde aralarında anlamlı fark vardı ($p<0.001$). Gruplar arası farkın aylık geliri 1000 TL ve altı ile 3001TL ve üzeri, 10001- 3000 TL ile 3000TL üzeri olanlar arasında kaynaklandığı görüldü Araştırmaya dahil edilen yöntem kullanan kadınların aylık gelirleri artıkça hap, kondom ve tüp ligasyon yöntemi kullananların sıklığı artarken, RİA ve geri çekme yöntemini kullananların sıklığı azalmaktaydı.

Tablo 28. Katılımcıların Eğitim, Çalışma ve Gelir Durumlarına Göre Kullandıkları AP Yöntemleri

Kullanılan AP Yöntemleri													
	Hap+ Enjeksiyon		**Kondom**		**RİA**		**Tüp Ligasyon**		***Geri çekme**		**Toplam**		**İstatistik**
Eğitim Durumu	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Ortaokul ve altı	13	4.6	47	16.5	77	27.1	22	7.7	125	44.0	284	100	X^2=54.578
Lise	6	6.0	29	29.0	26	26.0	1	1.0	38	38.0	100	100	**P <0.001**
Üniversite	5	6.9	39	54.2	13	18.1	5	6.9	10	13.9	72	100	
Çalışma durumu													
Çalışıyor	5	6.4	38	48.7	14	17.9	4	5.1	17	21.8	78	100	X^2=29.534
Çalışmıyor	19	5.0	77	20.4	102	27.0	24	6.3	156	41.3	378	100	**P <0.001**
Gelir durumu													
1000TL ve altı	9	6.4	26	18.4	39	27.7	9	6.4	58	41.1	141	100	X^2=34.440
1001- 3000TL	10	4.0	56	22.4	66	26.4	14	5.6	104	41.6	250	100	**P <0.001**
3001 TL ve üstü	5	7.7	33	50.8	11	16.9	5	7.7	11	16.9	65	100	
Toplam	24	5.3	115	25.2	116	25.4	28	6.1	173	37.9	456	100	

* Diğer etkisiz yöntemler geri çekme yöntemine dahil edilmiştir.

Herhangi bir AP yöntemi kullanma sıklığı, eşinin AP yöntem kullanımını doğru bulan kadınlarda en yüksek (%78) ve eşi AP yöntem kullanımını doğru bulmayan grup ile aralarında yöntem kullanma açısından anlamlı fark vardı ($p<0.05$) (Tablo 29).

Eşi AP yöntem kullanımını doğru bulmayan kadınlarda modern yöntem kullanma sıklığı (%65.4) en yüksek olmakla birlikte AP yöntem kullanımını doğru bulan grup ile aralarında modern yöntem kullanma sıklığı açısından anlamlı fark yoktu. Yöntem kullanan ve kullandığı yönteme eşiyle birlikte karar vermeyen kadınlarda modern yöntem kullanma sıklığı en yüksek olmakla birlikte yönteme eşiyle karar vermeyenlerle aralarında modern yöntem kullanma sıklığı açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 30).

Tablo 29. Eşlerin AP'yi Doğru Bulma Durumuna Göre Herhangi Bir AP Yöntemini Kullanma Durumu

	Herhangi Bir AP yöntemi						
Eşlerin AP Hakkındaki düşüncesi	**Kullanan**		**Kullanmayan**		**Toplam**		**İstatistik**
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Doğru buluyor	430	78.8	116	21.2	546	100	X^2=5.176
Doğru bulmuyor	26	63.4	15	36.6	26	100	**P <0.05**
Toplam	456	77.7	131	22.3	587	100	

Tablo 30. Eşlerin AP'yi Doğru Bulma Durumuna Göre Modern yada Geleneksel Yöntem Kullanma Durumu

	Kullanılan AP Yöntemi						
Eşlerin AP Hakkındaki Fikri	**Modern**		**Geleneksel**		**Toplam**		**İstatistik**
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Doğru buluyor	266	61.9	164	38.1	430	100	X^2=0.129
Doğru bulmuyor	17	65.4	9	34.6	26	100	P >0.05
AP Yöntemine Birlikte Karar Verme							
Evet	274	61.7	170	38.3	444	100	X^2=0.876
Hayır	9	75.0	3	25.0	12	100	P >0.05
Toplam	283	62.1	173	37.9	456	100	

Çalışmamıza katılan modern yöntem kullanan kadınların AP yöntemlerini temim etme yerlerine göre kullanılan yöntemlerin dağılımlarına bakıldığında kadınların kondom ve hap yöntemini en sık eczane ve marketten temin ettiği görüldü (sırasıyla %87.2, %11.5). Temin etme yerleri arasında kullanılan modern yöntemlerin sıklığı açısından anlamlı fark vardı ($p<0.001$).

Araştırmaya katılan kadınların RİA'yı tercih etme nedeni güvenilir ve ücretsiz olması iken kondomu tercih etme nedeni ise kolay ulaşılır ve yan etkisinin az olması idi. Modern yöntem kullanan kadınlarda yöntemlerin güvenilir, yan etkisi az, kolay ulaşılır ve ücretsiz olup olmama durumları arasında tercih edilen modern yöntemler açısından anlamlı fark vardı ($P<0.05$) (Tablo 31).

Tablo 31. Katılımcıların Tercih Etme Nedenlerine Göre Kullanılan Modern AP Yöntemlerinin Dağılımı

Modern AP Yöntemlerini Tercih Etme Nedenleri	**Kullanılan Modern AP Yöntemleri**										
	Hap + Enjeksiyon		**Kondom**		**RİA**		**Tüp Ligasyon**		**Toplam**		**İstatistik**
Güvenilir [1]	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Evet	24	9.6	90	35.9	114	45.4	23	9.2	251	100	X^2=22.241
Hayır	0	0.0	25	78.1	2	6.3	5	15.6	32	100	**P <0.001**
Kolay ulaşılır											
Evet	12	10.9	56	50.9	39	35.5	3	2.7	110	100	X^2=16.611
Hayır	12	6.9	59	34.1	77	44.5	25	14.5	173	100	**P <0.05**
Yan etkisi az											
Evet	1	0.9	90	83.3	10	9.3	7	6.5	108	100	X^2=135.062
Hayır	23	13.1	25	14.3	106	60.6	21	12.0	175	100	**P < 0.001**
Ücretsiz [2]											
Evet	13	7.1	59	32.1	112	60.9	0	0.0	184	100	X^2=63.116
Hayır	11	11.1	56	56.6	4	4.0	28	28.3	99	100	**P<0.001**
Toplam	24	8.5	115	40.6	116	41.0	28	9.9	283	100	

[1] Güvenilir grubunda hap,[2] Ücretsiz grubunda ise tüp ligasyon analize dahil edilmemiştir. .

Araştırmaya alınan kadınlarda eğitim durumlarına göre geçmişte herhangi bir AP yöntemi bırakma sıklıkları açısından anlamlı fark vardı ($p<0.05$). Bu farkın eğitim düzeyi lkokul ve altı grup (%61.7) olanlar ile lise (%45.3) arasından kaynaklandığı görüldü (Tablo 32).

Eğitim düzeyi ilkokul ve altı grupta geçmişte modern yöntemi bırakma sıklığı (%88.5) , ortaokul olanlarda ise geleneksel AP'yi bırakma sıklığı (%23.1) en yüksek olmakla birlikte; kadınların eğitim durumlarına göre modern ve geleneksel AP yöntemi bırakma sıklıkları arasında anlamlı fark yoktu (Tablo33).

Araştırmaya katılan kadınların düşündükleri ideal çocuk sayısını 3 ve üzeri olarak belirtenler geçmişte kullandıkları herhangi bir AP ve modern AP yöntemini bırakma oranları en yüksekti (sırası ile %57.1, %84.9). Kadınların düşündükleri ideal çocuk sayılarına göre geçmişte kullandığı herhangi bir AP yöntemi bırakma oranları açısından anlamlı fark var iken ($p<0.05$) modern yada geleneksel yöntem bırakma oranları açısından fark yoktu (Tablo 32,33).

Tablo 32. Katılımcıların Eğitim Durumları ve ideal Çocuk Sayısına Göre Geçmişte Herhangi Bir AP Yöntemi Kullanıp Bırakma Durumları

Kullandığı Herhangi Bir Yöntemi Bırakma Durumu							
	Bırakanlar		**Bırakmayanlar**		**Toplam**		**İstatistik**
Eğitim durumları	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
İlkokul ve altı	174	61.7	108	38.3	282	100	
Ortaokul	52	52.0	42	44.7	94	100	X^2=12.169
Lise	62	45.3	75	54.7	137	100	**P <0.05**
Üniversite	54	48.6	57	51.4	111	100	
İdeal çocuk sayısı							
2 ve altı	110	50.7	107	49.3	217	100	
3	132	53.0	117	47.0	249	100	X^2=6.400
4 ve üstü	100	63.3	58	36.7	158	100	**P <0.05**
Toplam	342	54.8	282	45.2	624*	100	

*Toplam kadın sayısına primer İnfertil olan 3 kadın dahil edilmedi.

Tablo 33. Katılımcıların Eğitim Durumlarına ve İdeal Çocuk Sayısına Göre Geçmişte Herhangi Bir AP Yöntemi Kullanıp Bırakma Durumları

	Geçmişte Bırakılan Yöntem						
	Modern		**Geleneksel**		**Toplam**		**İstatistik**
Eğitim durumları	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
İlkokul ve altı	154	88.5	20	11.5	174	100	
Ortaokul	40	76.9	12	23.1	52	100	X^2= 5.933
Lise	49	79.0	13	21.0	62	100	P > 0.05
Üniversite	44	81.5	10	18.5	54	100	
İdeal çocuk sayısı							
2 ve altı	90	81.8	20	18.2	110	100	X^2= 1.770
3	109	82.6	23	17.4	132	100	P > 0.05
4 ve üstü	88	88.0	12	12.0	100	100	
Toplam	287	83.9	55	16.1	342	100	

Araştırmaya dahil edilen kadınların daha önce kullandıkları AP yöntemlerini bırakma nedenlerine bakıldığında; yan etkisinden dolayı hap ve RİA (sırasıyla %51.5, %57.9) , gebe kalma nedeniyle kondom ve geri çekme yöntemlerini (sırasıyla %34 ve %54.5) sıklıkla bıraktıkları görüldü. Bırakılan yöntemler arasında bırakma nedenleri açısından anlamlı fark vardı. ($p<0.001$) (Tablo34).

Tablo 34. Katılımcıların Geçmişte Bırakılan Yöntemlere Göre Yöntemlerin Bırakılma Nedenleri

	Bırakma Nedenleri										
	Gebe Kalma		Gebelik İsteği		Yan Etki		Diğer		Toplam		İstatistik
Bırakılan Yöntemler	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
HAP +Enjeksiyon	13	13.4	22	22.7	50	51.5	12	12.4	97	100	X^2=45.297
Kondom	22	34.4	21	32.8	7	10.9	14	21.9	64	100	**P<0.001**
RİA	13	10.3	29	23.0	73	57.9	11	8.7	126	100	
Geri Çekme *	30	54.5	20	36.4	0	0.00	5	9.1	55	100	
Toplam	78	22.8	92	26.9	130	38.0	42	12.3	342	100	

*Geri çekme yöntemi analize dahil edilmemiştir.

Araştırmamıza katılan kadınların %81.9'u emzirmenin gebelikten korumayacağını belirtti. Emzirmenin bir AP yöntemi olarak değerlendirilemeyeceğini düşünenlerin sıklığı üniversite mezunu olanlarda en yüksek (%86.5) olup aralarında anlamlı fark yoktu (Tablo35)

Tablo 35. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Emzirmenin Gebelikten Koruyup Korumayacağını Bilme Durumunun Dağılımı

	Emzirmenin Gebelikten Koruma Durumu						
	Korumaz		**Korur**		**Toplam**		**İstatistik**
Eğitim Durumu	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
İlkokul ve altı	227	80.2	56	19.8	283	100	
Ortaokul	79	83.2	16	16.8	95	100	X^2=2.409
Lise	111	80.4	27	19.6	138	100	P >0.05
Üniversite	96	86.5	15	13.5	111	100	
Toplam	513	81.8	114	18.2	627	100	

Araştırmaya katılan kadınların bazı sosyo demografik özellikler ve toplam gebelik sayılarına göre kürtaj olma durum dağılımı Tablo 36'da gösterilmiştir. Katılımcıların %24.9'u kürtaj olduğunu belirtmiş olup, bunların %89.6'sı tıbbi nedenli kürtajdı.

Kadınların ve eşlerinin eğitim durumlarına göre kürtaj olma sıklığının ilkokul ve altı grupta en yüksek olduğu görüldü (sırası ile %29, %31.1). Kadınların eğitim grupları arasında kürtaj olma durumu açısından anlamlı fark yok iken eşlerin eğitim grupları arasında anlamlı fark vardı ($p<0.05$).

Kadınların toplam gebelik sayıları arasında kürtaj olma durumu açısından anlamlı fark vardı. Gebelik sayısı arttıkça kadınların kürtaj olma sıklığı artmakta idi. ($p<0.001$).

Kadınların çalışma ve gelir durumlarına göre kürtaj olma durumları açısından anlamlı fark yoktu.

Tablo 36. Katılımcıların Bazı Sosyo - Demografik Özellikleri ve Toplam Gebelik Sayılarına Göre Kürtaj Olma Durumu

	Kürtaj Olma Durumu						
	Evet		Hayır		Toplam		
Eğitim durumu	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
İlkokul ve altı	81	29.0	198	71.0	279	100	
Ortaokul	26	28.0	67	72.0	93	100	X^2=2.839
Lise	29	22.7	99	77.3	128	100	P >0.05
Üniversite	20	22.2	70	77.8	90	100	
Eş öğrenim							
Ortaokul ve altı	65	31.1	144	68.9	209	100	X^2=6.011
Lise	53	27.3	141	72.7	194	100	**P< 0.05**
Üniversite	38	20.3	149	79.7	187	100	
Çalışma durum							
Çalışıyor	22	22.4	76	77.6	98	100	X^2=0.963
Çalışmıyor	134	27.2	358	72.8	492	100	P >0.05
Gelir durumu							
1000 ve altı	54	29.2	131	70.8	185	100	
1001- 3000	81	25.4	238	74.6	319	100	X^2=1.877
3001- 5000	17	27.0	46	73.0	63	100	P >0.05
5001 üstü	4	17.4	19	82.6	23	100	
Aile tipi							
Çekirdek	120	26.3	336	73.7	456	100	X^2=0.016
Geniş	36	26.9	98	73.1	134	100	P >0.05
Toplam Gebelik							
1	2	2.1	95	97.9	97	100	X^2=87.443
2	16	9.6	151	90.4	167	100	**P <0.001**
3 ve +	138	42.3	188	57.7	326	100	
Toplam	156	26.4	434	73.6	590	100	

Çalışmamıza katılan kadınların kürtaj olma durumlarına göre herhangi bir AP yöntemi ve yöntem kullanan kadınlarda ise modern ya da geleneksel yöntem kullanma açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 37, 38).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre kürtajın bir AP yöntemi olarak değerlendirme durumuna bakıldığında üniversite mezunlarında AP yöntemi olarak kullanılmayacağını düşünenlerin sıklığı en yüksekti (%98.2). Kadınların eğitim durumlarına göre kürtajın bir AP yöntemi olarak değerlendirilme durumu açısından anlamlı fark vardı ($p<0.05$) (Tablo39).

Tablo 37. Katılımcıların Kürtaj Olma Durumlarına Göre Herhangi Bir AP Yöntemi Kullanma Durumu

Herhangi Bir AP							
	Kullanan		Kullanmayan		Toplam		İstatistik
Kürtaj olma	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Evet	108	77.1	32	22.9	140	100	X^2=0.787
Hayır	333	80.6	80	19.4	413	100	P >0.05
Toplam	441	79.7	112	20.3	553	100	

Tablo 38. Katılımcıların Kürtaj Olma Durumlarına Göre Modern yada Geleneksel AP Yöntemi Kullanma Durumu

Kullanılan AP Yöntemi							
	Modern		Geleneksel		Toplam		İstatistik
Kürtaj olma	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Evet	70	64.8	38	35.2	108	100	X^2=0.683
Hayır	201	60.4	132	39.6	333	100	P >0.05
Toplam	271	61.5	170	38.5	441	100	

Tablo 39. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Kürtajın Bir AP Yöntemi Olup Olmaması Durumu

Kürtajın AP Yöntemi Olup Olmaması Durumu							
	Evet		Hayır		Toplam		İstatistik
Eğitim durumu	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Ortaokul ve altı	28	7.4	350	92.6	378	100	
Lise	5	3.6	133	96.4	138	100	X^2=6.404
Üniversite	2	1.8	109	98.2	111	100	P < 0.05
Toplam	35	5.6	592	94.4	627	100	

5. TARTIŞMA

Bu bölümde Erzurum il merkezinde yaşayan 15- 49 yaş evli kadınların Aile Planlaması yöntemi kullanma durumunu saptamak ve bu durumu etkileyen faktörlerle ilişkisini göstermek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları verilmiş ve tartışılmıştır.

5.1. Sosyo Demografik Özellikler

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 33.07±7.1, 30- 34 yaş grubundaki kadın oranları en yüksek (%26.8) olmakla birlikte 25- 29 ve 35- 39 yaş gruplarında da bulunan kadın oranları birbirine yakındır(Tablo1). Bölgemizde yapılan çalışmada 25-29 yaş grubundaki kadın oranı en yüksek olup bizim çalışmamızla paralel çalışmalar da bulunmaktadır (16, 20, 36).

Çalışmaya alınan kadınların %81.2'si ev hanımı ve çalışmayan grubu oluşturmakta idi. Kadınların eşlerinin tamamına yakını çalışmakta ve büyük çoğunluğunun memur olduğu görülmekteydi (%32) (Tablo1). Gaziantep, Manisa ve Bolu'da yapılan çalışmada da kadınların ev hanımı olma ve eşlerinin çalışma oranları bizim çalışmamızla benzer iken, eşlerin çoğunluğunun esnaf olduğu görülmekteydi. Bu durumun bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı söylenebilir (20,36,37).

Araştırmamızda eğitim durumlarına bakıldığında kadınların %45.1'i ve eşlerin %19.1'inin ilkokul ve altında eğitim aldıkları görülmüştür (Tablo1). Bölgemizde Güraksın'ın 1992 yılında ilçe bazında yaptığı çalışmada bu oranın kadınlarda %97.4, erkeklerde %85.2 olduğu görülmüştür (16). Gaziantep, Manisa, Isparta ve İzmir Bayraklı'da yapılan çalışmalarda ilkokul ve altında eğitim alanların oranı bizim çalışmamıza göre yüksek; Trabzon kentsel bölgesindeki çalışmada ise bu oran bizim çalışmamıza göre düşüktü (13,20,37- 40). TNSA 2013 verilerine göre ilkokul ve altı eğitim görenlerin oranı tüm Türkiye'de %59.5, Erzurum ilinde içinde bulunduğu Kuzey Doğu Anadolu bölgesinde ise bu oran %58.1 idi (13). Nijerya ve Hindistan çalışmalarında ilkokul ve üzeri eğitim almış kadın oranları bizim çalışmamızla benzer iken eşlerde bu oran yüksekti (41,42). Türkiye geneline ve özellikle bölgemizde yapılan çalışmaya göre kadınların eğitim durumunun yıllar içinde arttığı ve şu anki durumunun kendi bölge oranlarının üzerinde olduğu söylenebilir.

Kadınların gelir durumlarına bakıldığında çoğunluğun (%53.4) 1001- 3000TL arasında orta düzeyde gelire sahip oldukları görülmüştür(Tablo1). Bölgemizde yapılan çalışmada, Gaziantep ve Bolu Dört Divan'da yapılan çalışmalarda da gelirin orta düzeyde olduğu Hindistan'da yapılan çalışmada ise gelir düzeyi düşük olan kadınların daha yüksek olduğu görüldü. Bu farklılığın ülkeler arası gelişmişlik düzeyinden kaynaklandığı söylenebilir (16,20,36).

Çalışmamızda kadınların %77.8' inin çekirdek aileye sahip olduğu, hanede yaşan kişi sayısının %56.8'inde 4 ve 4'ün altında olduğu, %99.7 sinin resmi nikahlı, %12 sinin eşiyle akrabalığı olduğu ve %2.2 kadının sakat çocuğa sahip olduğu görüldü (Tablo1). Bölgemiz kırsalında yapılan çalışmada kadınların %54'nün çekirdek aileye sahip olduğu ve eşle akrabalık oranının %23.8 olduğu görüldü (16). Ülkemizde il düzeyinde yapılan çalışmalarda çekirdek aile oranlarının bizim çalışmamızla benzer olduğu (43- 45), Nevşehir, Bolu'da ve Hindistan'da yapılan çalışmalarda ise geniş aile oranlarının daha yüksek olduğu görüldü (36,46,47). Bu durumun bölgesel ve ülkesel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir. Yaptığımız çalışmada eşler arası akrabalık oranlarının bölge kırsalında, İzmir Bayraklı, Bolu Dört Divan ve Manisa gecekondu bölgesinde yapılan çalışmalara göre daha düşük olduğu görülmekte idi. Bu farkın çalışmamızın il merkezinde yapılmasından kaynaklandığı söylenebilir (16,36,37,38). Çalışmamızda resmi nikah oranlarının Gaziantep ve İzmir Işıkkent'te yapılan çalışmayla benzer olduğu görüldü (20,48). Hanede 4 ve 4'ün altıda kişiyle yaşama oranları ise İzmir Bayraklı'da yapılan çalışma (%73.4) ve TNSA 2013 verilerine göre düşük (%75.5) , Batı Etopiaya'da yapılan çalışma ile benzerdi (%51.6) (13,38,49).

Araştırmamızda sürekli ilaç kullanması gereken kadın oranı %20.6 olup, bu hastalıklar içinde en çok tiroid ile ilişkili hastalıklar olduğu görüldü (%23.2) (Tablo2). Ankara Gazi Üniversitesi Hastanesinde gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada kronik hastalık oranın %18 olduğu görüldü. Bu durum çalışmamız ile benzerdi. (51)

Çalışmamızdaki kadınların %15.6'sı sigara kullanmakta ve kullananların %51 günde 10- 20 adet arasında sigara kullandıklarını belirtmişlerdi (Tablo 2). 2012 yılı Küresel Yetişkinlerde Tütün Kullanımı Araştırması'na göre 15 yaş üzeri kadınlarda tütün kullanım oranı %13.1 idi. Kadınlarda 25-44 yaş aralığında günde içilen sigara ortalaması ise 14.1'di. Küresel Yetişkinlerde Tütün Kullanım Araştırması ile çalışmamız benzerlik göstermekteydi (52).

5.2. Doğurganlık ile İlişkili Özellikler

Çalışmamızda kadınların ilk evlilik yaş ortancası 20 ortalaması 21.3±4'tü. Bölgemizin kırsalında 1992 yılında yapılan çalışmada ilk evlilik yaşı ortalaması 18.6 idi (16). Konya, Yozgat ve Afyon'da yapılan il bazında yapılan çalışmalarda evlilik yaş ortalamalarının çalışmamıza yakındı (43,53,54). Nevşehir kırsalında ve Pakistan'da mülteci kadınlarda ve Hindistan'da yapılan çalışmada ilk evlenme yaşının 18'in altında olduğu görüldü (46,47,55). Bölgemizdeki kadınların il evlenme yaş ortancasının TNSA 2013 verileri ile uyumlu olduğu görüldü (13). Eğitim ve çalışma durumu ile ilk evlilik yaşı arasında anlamlı ilişki bulunmaktaydı. Eğitim durumu arttıkça ilk evlenme yaşının arttığı ve çalışan kadınlarda evlenme yaşının yüksek olduğu görüldü (Tablo 14). TNSA 2013 raporunda, bölgemiz kırsalında ve ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda eğitimle evlenme yaşının arttığı görüldü (13,16,20,37). Gaziantep ve Afyon'da yapılan çalışmada da evlenme yaşının çalışan kadınlarda daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Sonuçlar çalışmamızla benzerdi (20,54).

Çalışmamızda kadınların ilk gebelik yaşı ortancası 21, ortalaması 22 ±4 idi. Bölgemiz kırsalında yapılan çalışmada ilk gebelik yaş ortalaması 18.6 idi. Zaman içinde ilk gebelik yaşının arttığı görülmekte idi (16). Çalışmamızda eğitim durumu ile ilk gebelik yaşı arasında anlamlı ilişki vardı (Tablo15). Lise ve üniversite mezunlarında ilk gebelik yaşı yüksekti. TNSA 2013 raporunda, Gaziantep'te ve İzmir Bayraklı'da yapılan çalışmalar ile çalışmamız benzer özellik gösterirken (13,20,38). Kuzey Etopya'da yapılan çalışmada ise kadınların %60'ının ilk gebelik yaşının 20'nin altında olduğu bu farklılığın ülkelerin gelişmişlik düzeyinden ve sosyo kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir (56).

Araştırmamızdaki kadınların toplam gebelik sayı ortalaması 3.07 olup 2 gebelik geçirenlerin oranı en yüksekti (Tablo 3). Bölgemiz kırsalında yapılan çalışmada toplam gebelik ortalaması 5.9'du. Zaman içinde bölgemizde toplam gebelik sayı ortalamasının düştüğü görülmekte ve TNSA 2013 raporunda toplam doğurganlık hızı doğu bölgesi için 3.4 olması göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızın uyumlu olduğu söylenebilir (13,44,50). Konya ve Yozgat, Isparta, İzmir Bayraklı ve Bolu Dört Divan'da yapılan çalışmaların bizim çalışmamızla benzerlik gösterdiği (20,38,39,43,53) , Nevsehir Özkonak, İzmir Işıkkent ve Pakistan mülteci kadınlarda yapılan çalışmalarda toplam gebelik saylarının bizim çalışmamızdan yüksektir.(sırasıyla toplam gebelik sayısı ortalamaları 3.4, 3.3, 4.0) (58,59,66). Çalışmamızda toplam gebelik sayısının yaş arttıkça arttığı, eğitim ve gelir durumu arttıkça azaldığı ve çalışan kadılarda da düşük olduğu tespit edildi (Tablo16). Gaziantep ve Isparta'da yapılan çalışmalar bizim çalışmamızla uyumludur (20,39).

Çalışmamızdaki kadınların canlı doğum ortalaması 2.29, yaşayan çocuk ortalaması 2.27'dir (Tablo 3). Bölgemiz kırsalında 1992'de yapılan bir çalışmada canlı doğum ortalaması 4.9'dur (16). Zaman içinde canlı doğum sayısında azalma olduğu gözlenmiştir. Konya, Yozgat, Trabzon kentseli, İzmir Bayraklı ve Bolu Dört Divan'da yapılan çalışmalarla çalışmamızın paralel olduğu (36,38,40,43,51,53), Nevsehir Özkonak, Manisa gece kondu bölgesinde ise bizim çalışmamıza göre canlı doğum sayısının yüksek olduğu görüldü. Farklılığın bölgesel kaynaklı olduğu düşünülebilir (37,47). Çalışmamızda kadınların canlı doğum sayılarının yaş ile arttığı, evlenme yaşı, eğitim ve gelir durumu arttıkça azaldığı ve çalışmayan kadınlarda canlı doğum oranlarının yüksekti (Tablo17). Gaziantep, Manisa ve Isparta'da yapılan çalışmalar ile çalışmamızın sonuçları ile benzer özellik göstermekteydi (20,37,39).

Araştırmamıza katılan kadınların düşük sayı ortalaması 0.5±0.8 olup düşük yapma oranı %34.6 idi (Tablo 3). Bölge kırsalında yapılan istemsiz düşük ortalaması 2.06 olup zaman içinde düşük sayısında bir azalma gözlenmiştir (16). TNSA 2013'te düşük oranı %23 olup bu rakam çalışmamıza göre düşüktü (13). Nevşehir Özkonak'ta yapılan çalışmada düşük yapan kadınların %69'unun istemsiz düşük yaptığı ve düşük ortalamasının 1.3 olduğu bu oranın ve ortalamanın çalışmamıza göre daha yüksek olduğu görülmüştür (47). Yozgat, Gaziantep, Düzce, Trabzon kentseli, İzmir Bayraklı, Bolu Dört Divan ve İzmir Işıkkent'te yapılan çalışmalarında ise istemsiz düşük oranları

ve ortalamalarının bizim çalışmamızdaki oranlardan daha düşük olduğu gözlendi (20,36,38,40,48,53,54). Bu farkın doğu bölgesindeki doğurganlık hızının yüksek oluşuna bağlanabilir. Çalışmamızda düşük oranlarının yaş ve gebelik sayısı arttıkça arttığı, eğitim durumu arttıkça azaldığı ve çalışan grupta düşük olduğu görüldü (Tablo18). Bölge kırsalı, Gaziantep ve Isparta'da yapılan çalışmada düşük yapan kadınların oranları bizim çalışmamızla benzerlik göstermekte idi. (20,39).

Çalışmamızdaki kadınların ölü doğum yapma oranı %15.8, ortalaması 0.2 ± 0.5'idi. İleri yaşlarda, eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda, çalışmayan grupta ve gelir durumu düşük olanlarda ölü doğum yapma oranları yüksekti(Tablo 3,19). Bölgemiz kırsalında yapılan çalışmada ölü doğum ortalaması 1.76 olup ileri yaştaki kadınlarda ölü doğum oranları yüksekti (16). TNSA 2013 raporunda ölü doğum oranı %3, ortalaması ise 0.04'tü. İzmir Bayraklı ve Nevşehir Özkonak ilçesinde yapılan çalışmada ölü doğum oranlarının çalışmamıza göre yüksek, Trabzon kentseli ve Batı Etopya'da yapılan çalışmalardan düşük olduğu, Kuzey Etopya çalışması ile de oranların benzer olduğu görülmüştür (13,38,40,49,56). Çalışmamızın Türkiye'de yapılan çalışmalar ve uluslar arası çalışmalarla olan farklılığı bölgemizde doğurganlık hızının yüksek oluşuna ve doğum öncesi bakım hizmetlerindeki açığa bağlanabilir.

Araştırmamızdaki kadınların %78'inin son iki gebelik arası sürelerinin 24 ayın üzerinde olduğu ve iki gebelik arası sürenin 2 yıl üzerinde olması gerektiğini düşünenlerin oranının ise %97.6 olduğu görüldü. Eğitim düzeyi İlkokul ve altı olanlarda son iki gebelik arası sürenin 2 yıldan fazla olanların oranı eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha yüksekti (Tablo 3,4,20,21). Bunun sebebi lise ve üzeri eğitim görenlerde ileri yaşta evliliklerin fazlaca görülmesi ve sık gebe kalma isteği şeklinde açıklanabilir. Bölgemiz kırsalın da yapılan çalışmada iki gebelik arası süresi 24 ayın altında olan kadınların oranı %83'tü (16). Bizim çalışmamıza göre yüksek oluşunun eğitim düzeyinin düşüklüğü ve kırsal kesimde nitelikli AP hizmeti alamayışları ve zamanla değişen sosyo kültürel farklılıklardan kaynaklanabilir. İzmir Bayraklı ve Kuzey Etopya'da yapılan çalışmalarda iki gebelik arası sürenin 2 yılın üzerinde olan kadınların oranı yüksek ve çalışmamızla benzerdi (38,56). Güney Etopya'da yapılan çalışmada ise iki gebelik arası süresi 3 yılın altında olanlar %57, 3- 5 yıl arası olanlar ise %36 idi Bu çalışmada iki gebelik arası süre Güney Etopya çalışması için optimum süre 3 yıl olarak alındığından çalışmamızla farklılık göstermiş olabilir (58).

Araştırmaya katılan kadınların %12'si gebe ve bu gebeliklerin %13.2'si istenmeyen gebelikti. İstenmeyen gebelik durumunda çalışmamızdaki tüm kadınların %91.5'i bebeğin doğrulması gerektiğini düşünmekteydi. Gelir durumu düşük olanların istenmeyen gebeliği kürtaj ile sonuçlandırma düşüncesi diğer gelir gruplarına göre yüksekti (Tablo13,22). Gaziantep'teki çalışmada istenmeyen gebelik durumunda doğurulması gerektiğini düşünenler çoğunlukta ve gelir durumu ile istenmeyen gebeliği sonlandırma biçimi arasındaki ilişki benzerdi. Gaziantep'teki çalışmada canlı doğum sayısı arttıkça istenmeyen gebelikleri kürtaj ile sonlandırma düşüncesi artarken bizim çalışmamızda anlamsızdı (20).

Çalışmaya alınan kadınların düşündükleri ideal çocuk sayısı ortalaması 2,9 ve ailedeki ideal çocuk sayısını 3 olarak düşünenlerinin oranı %40 idi(Tablo4). Ülkemizin batısında ve kuzeyinde yapılan ulusal çalışmalarda ve Batı Etopya'da yapılan çalışmada ideal çocuk sayısının daha düşük olduğu görüldü. Bu durumun zamanla değişen nüfus politikaları ve eğitim düzeyinin düşüklüğünden kaynaklanabilir (36,40,49,56). Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça düşünülen ideal çocuk sayısının düştüğü ve bölgemizde yapılan çalışma ile paralellik gösterdiği görülmüştür (16) (Tablo23).

5.3. Aile Planlaması ile İlgili Özellikler

Çalışmamızda kadınların tamamı herhangi bir AP ve modern AP yöntemlerini en az birini duymuş olup en fazla duyulan modern yöntemler içinde OKS ve RİA; geleneksel yöntemler içinde ise geri çekme yöntemi bulunmakta idi(Tablo5). TNSA 2013 verileri, Gaziantep ve Manisa gecekondu bölgesi ve uluslararası çalışmalar ile bizim bulgularımız benzerdi (13,36,37,58,59).

Araştırmamıza alınan kadınların %77.7'si herhangi bir AP yöntemi kullanırken,%48.2'si modern AP yöntemi, %29.5'i geleneksel AP yöntemi, %22.3'ü ise herhangi bir AP yöntemi kullanmıyordu(Tablo6). Yöntem kullanan kadınların içinde ise %62.1'i modern, %37.9'u geleneksel yöntem kullanmaktaydı. Kullanılan modern yöntemler içinde RİA en yüksek oranda kullanılırken kondom kullanımı onu takip etmekteydi. Geleneksel yöntemler içinde ise geri çekme yöntemi en yüksek oranda idi (Tablo7). Bölgemiz kırsalında yapılan çalışmada modern yöntem kullanma oranı %23.8, geleneksel yöntem kullanma oranı %11.8, %48.8'inin ise hiç yöntem kullanmadığı görüldü (16). Yıllar içinde bölgemizde hem herhangi bir yöntem hem de

modern yöntem kullanma oranlarının arttığı görüldü. Gaziantep, Isparta, Konya, Manisa ve Çanakkale'de yapılan çalışmalarda modern yöntem kullanım oranları bizim çalışmamıza göre yüksek, geleneksel yöntem kullanım oranlarının ise düşük olduğu (16,37,43,44,48) ; Yozgat, Malatya ve İzmir Bayraklı'da yapılan çalışmalar ile de bizim çalışmamızdaki oranların benzer olduğu görüldü (38,53,61). Çalışmamızdaki modern ve geleneksel yöntem kullanma oranları TNSA 2013 Türkiye verileri ile uyumlu, Kuzey Doğu Anadolu bölgesi verilerine göre yüksekti (13). Bu farklılığın batı ve güney illerimizde kadınların eğitim düzeyinin yüksek oluşu ve verilen AP hizmetlerinin doğuya göre daha iyi olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Bizim çalışmamız ile ülkemizde yapılan çalışmalarda RİA ve kondom kullanımının yüksek oranda olduğu görüldü (20,39,44,48,53,61-64). Dünyada %63 oranında herhangi bir AP yöntemi kullanılırken bunların %57' sinin modern AP, %6'sının ise geleneksel AP yöntem olduğu görülmekteydi. Gelişmiş ülkelerde bu oranlar %70,%61,%9; gelişmekte olan ülkelerde ise %62, %56.4, %4.6 idi. Afganistan ve Pakistan da modern yöntemlerle korunma oranlarının %30'ların altında, Amerika ve Kanada'da ise bu oranların %70'ler civarında olduğu görülmekteydi. Ülkelerarası gelişmişlik düzeylerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülebilir (15). Kullanılan yöntem tercihleri açısından bakıldığında dünya genelinde ve Asya'da tüp ligasyonu ve RİA en fazla kullanılırken, Avrupa ve Afrika'da OKS, kondom ve enjeksiyon yöntemi daha fazla tercih edilmekteydi (15). Ülkemizde kontraseptif yöntemler sağlık politikası gereği AP klinikleri ve Aile hekimlerince ücretsiz dağıtılmaktadır. RİA ve kondom bu kapsamdaki kontraseptiflerden olup bu durum yüksek orandaki kullanımı açıklayabilir. Dünyada gelişmekte ve gelişmemiş olan ülkelerde doğurganlığın yüksek oluşu uzun etkili yöntemlerin (tüp ligasyonu ve RİA) seçilmesinde etkili olduğu görülmektedir. Doğurganlığın düşük olduğu gelişmiş ülkelerde, OKS ve kondom yöntemlerinin tercih nedenlerinin bu yöntemlerin doğurganlık geri dönüşümünün hızlı oluşu ile açıklanabilir. Ayrıca kondomun tüm dünyada ve özellikle Afrika'da AIDS ve diğer CYBH'ler den korunma amacı ile tercih edilen bir yöntem olduğu düşünülebilir (15,65).

Yaptığımız çalışmada kadınların %22.3 oranında herhangi bir yöntem kullanmadığı görüldü. Yöntem kullanmama nedenleri arasında mevcut olan gebelik, çocuk isteği ve yan etki öne çıkanlardandır(Tablo 10). TNSA 2013 verilerine göre ise infertilite ile ilgili nedenler kullanmama nedenleri arasında yüksek oranda iken

ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda kullanmama nedenlerinin çalışmamızla benzer olduğu görüldü (13,53,61,62,66,67). Doğurganlığın yüksek olduğu bölgemizde infertilite ile ilgili nedenler daha düşüktü. Bazı ulusal çalışmalarda ise eşin istememesi de önemli yöntem kullanmama nedenleri arasında idi (36,47,53). Bu durumla ilgili farkın bu bölgelerde eş ile ilgili katılımının düşük olması ile açıklanabilir. Uluslararası çalışmalarda ise gebelik isteği yüksek oranda olmakla birlikte yan etkiler, fertilite ile ilgili nedenler ve yöntemler hakkındaki bilgi eksikliği de önemli nedenler arasındaydı. Ülkelerarası farklılık eğitim düzeyi ve verilen AP hizmetlerinin kapsamı ve devlet politikaları ile açıklanabilir. (46,49,68)

Çalışmamıza katılan kadınların yaşları arttıkça herhangi bir AP yöntemi kullanma oranları artmaktaydı ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı. Modern yöntem kullanımı 25-34 yaş grubunda en yüksek olup birlikte 35 yaş üzerinde azalmaktaydı(Tablo 24,25). TNSA 2013 verilerine göre herhangi bir yöntem ve modern yöntem kullanma 40 yaşa kadar hızla artarken 40 yaş üstünde azalma göstermekteydi (13). Elazığ, Ankara'da yapılan çalışmalarda yaş ile birlikte herhangi bir yöntem kullanımı, Gaziantep çalışmasında ise yaşla birlikte hem herhangi bir yöntem hem de modern yöntem kullanımı artmaktaydı. Endonezya ve İran'da yapılan çalışmalarda ise yaş ile birlikte herhangi bir yöntem kullanımı artmaktaydı Bizim çalışmamızda herhangi bir yöntem kullanımının yaş ile artış göstermesi yapılan ulusal çalışmalarla benzerlikler göstermekle birlikte modern yöntem kullanımı çalışmamızda 35 yaş üstünde azalmaktaydı. Ulusal ve uluslararası çalışmalar çalışmamızı desteklemekteydi (20,45,56,69-71).

Araştırmadaki kadınların eğitim durumu arttıkça herhangi bir AP yöntemi kullanımı azalırken, modern yöntem kullanımı artmakta ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı. Kadınların eşlerinde de bu durum benzer olmakla birlikte istatiksel olarak anlamsızdı(Tablo 24,25). Kadınların eğitim düzeyi üniversite olanlarda OKS ve kondom kullanma sıklığı artarken ortaokul ve altı olanlarda RİA ve tüp ligasyonu sıklığı artmakta idi ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı(Tablo 28). TNSA 2013 verilerine göre ilkokul mezunlarında herhangi bir AP yöntemi kullanma oranı en yüksekken modern yöntem kullanma sıklığı ise eğitim düzeyi lise ve üzerinde olanlarda en yüksekti (13). Eğitim düzeyi arttıkça kondom ve OKS kullanımı artmakta; eğitim düzeyi azaldıkça RİA ve tüp ligasyon sıklığı arttığı ve bu durumun çalışmamızla benzerlik gösterdiği

görülmüştür. Bölgemizin kırsalında yapılan çalışmada kadının eğitim düzeyi ile herhangi bir yöntem kullanma arasında anlamlı fark yok iken eşin eğitim düzeyi ile yöntem kullanma durumunu arasında anlamlı bir ilişki olup eşin eğitimi ilkokul ve üzeri eğitim alanlarda herhangi bir yöntem kullanımının yüksek olduğu görülmekte idi (16). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada eğitim düzeyi arttıkça ile modern yöntem kullanımı artmakta ve bu durumun çalışmamızla paralel olduğu görüldü (13,20,37,43,60,61). Kadınların eğitim düzeyinin artmasıyla herhangi bir AP yöntemi kullanma oranları birçok ulusal çalışmada artmaktaydı (20,37,39,45,54). Yapılan uluslararası çalışmalarda da kadınların eğitim arttıkça herhangi bir yöntem kullanma oranlarının yüksek olduğu görüldü (58,69,70). Bu konuda yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarla bizim çalışmamızla olan farkın eğitim düzeyi yüksek kişilerin aynı zamanda evlilik yaşının yüksek ve bu gruptakilerin çocuk sahibi olma isteği olan kişiler olması ile açıklanabilir. Kadının eğitim düzeyindeki artışın Malatya çalışmasında kondom ve RİA, Gaziantep çalışmasında kondom ve hap, Afyon ve Isparta çalışmasında kondom, İstanbul Haseki'de yapılan çalışmada OKS kullanıma sıklığının arttırdığı ve bizim çalışmamızın Malatya, Gaziantep, Afyon ve Isparta'da yapılan çalışmalar ile paralellik gösterdiği görüldü (16,39,54,60,72).

Kadınların eğitim durumu kadar eşlerin eğitim durumu da AP kullanma durumunu etkilediği görüldü. Eşlerin eğitim durumu arttıkça herhangi bir AP yöntemi kullanımı azalırken, modern yöntem kullanımı artmakta ve bu istatistiksel olarak anlamsızdı (Tablo 24,25). Afyonda yapılan çalışmada eşin eğitimi arttıkça herhangi bir yöntem ve modern kullanma oranı; Isparta, Konya, Manisa çalışmalarında ise modern yöntem kullanma oranı artmaktaydı (37,39,43,54). Nijerya'da yapılan çalışmada eşlerden her ikisinin eğitimli olması modern yöntem kullanımını artırdığı görüldü (46). Bu durum sonuçlarımızla benzerdi.

Çalışmamızda ailenin gelir durumlarına göre AP yöntemi kullanma durumlarına bakıldığında orta düzey gelire sahip olanlarda herhangi bir yöntem kullanmanın en yüksek oranda olduğu yüksek geliri olanlarda ise herhangi bir yöntem kullanma oranının düşük olduğu görüldü. Yüksek gelirli olanlarda modern yöntem kullanma oranları yüksek ve her iki durumda da istatistiksel anlamlılık olduğu saptandı (Tablo 24,25). TNSA 2013 verilerinde refah düzeyi arttıkça hem herhangi bir yöntem kullanımının hem de modern yöntem kullanımının yüksek olduğu görüldü (13).

Gaziantep, Konya ve Malatya, Bingöl Uydukent, İzmir Işıkkent çalışmalarında gelir düzeyinin herhangi bir AP yöntemi kullanma ve modern yöntem kullanma durumunu etkilemediği (20,43,48,60,62), Afyon, Düzce kalıcı konular bölgesi, ve Hindistan yapılan çalışmalarda ise gelir durumu ile modern yöntem kullanımının arttığı görüldü (46,54,73). Nijerya çalışmasında ise refah düzeyi ile modern yöntem kullanımının arttığı görüldü (74). Bazı ulusal ve uluslar arası çalışmalarla çalışmamız benzerlik gösterdiği görülmüştür. Çalışmamızdaki gelir durumu yüksek kişilerin aynı zamanda eğitim düzeyi yüksek kişilerin olması gelirle birlikte modern yöntemlerin kullanımındaki artışı açıklayabilir. Çalışmamızda gelir durumu yüksek olanlarda kondom, RİA ve tüp ligasyonunun, geliri düşük olanlarda ise geri çekme ve RİA'nın yüksek oranda kullanıldığı ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmekteydi(Tablo 28). Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda da gelir düzeyi artışı ile kondom kullanımının arttığı ve bizim çalışmamızla benzerlik gösterdiği görüldü. (20,37,44,68,75)

Kadınların çalışma durumunun herhangi bir AP yöntemi ve modern AP yöntemi kullanma durumunu etkilediği görüldü. Çalışmayan kadınlarda herhangi bir AP yöntemi kullanma durumu yüksekken çalışan kadınlarda modern yöntem kullanma durumu yüksekti. Çalışan kadınlarda kondom kullanımı, çalışmayan grupta ise geri çekme yönteminin kullanımı yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıydı(Tablo 24,25,28). Gaziantep araştırmasında çalışma durumunun herhangi bir AP yöntemi kullanma durumunu etkilemediği görülürken, çalışan grupta modern yöntem kullanımının yüksek ve anlamlı olduğu görüldü (20). Afyon çalışmasında ise kadınlarda hem herhangi bir AP yöntemi hem de modern AP yöntem kullanımının çalışma durumu ile arttığı ve anlamlı olduğu ve modern yöntemler içinde kondomun çalışan grupta daha fazla tercih edildiği görüldü (54). Çalışan kadınlarda yapılan diğer bir çalışmada ise fabrikada çalışan kadınlarda geri çekme yönteminin, bankada çalışan kadınlarda ise kondom kullanımının yüksek olduğu görüldü (76).Bu durum bizim çalışmamızda çalışan kadınların aynı zamanda eğitim ve gelir durumu ve evlenme yaşı yüksek kişilerden oluşması ile açıklanabilir.

Araştırmamıza katılan kadınların toplam gebelik ve canlı doğum sayısı 3 ve üzeri, ideal çocuk sayısını 4 ve üzeri olarak bildirenlerde herhangi bir yöntem kullanma oranın yüksek olduğu gözlenmiştir. Modern yöntem kullanımının 0-1 gebeliğe sahip

olanlarda yüksek ve anlamlı olduğu, canlı doğum ve ideal çocuk sayısının ise modern yöntem kullanma durumunu etkilemediği görülmüştür(Tablo 26,27). Gaziantep, Manisa, Nijerya ve İran'da yapılan çalışmalarda hem herhangi bir AP yöntemi hem de modern yöntem kullanım sıklığı gebelik sayısı ile artış gösterirken (20,37,71,74), Malatya ve Konya'da yapılan çalışmalarda ise gebelik sayısının artışı ile modern yöntem kullanma sıklığının arttığı görüldü (43,60). Bizim çalışmamızda gebelik sayısı ile herhangi bir yöntem kullanımı artmasına rağmen modern yöntem kullanımının azalmakta idi. Bu durum gebelik sayısı yüksek olan kadınların etkili yöntemlerle korunmadığını göstermekte idi. Etkili yöntem kullanan kadınların eğitim, gelir durumu ve evlilik yaşı yüksek olup etkili yöntemlerin farkında olduğu fakat çocuk istekleri olduğu için korunmayan kişilerden oluşması diğer çalışmalarla olan farklılıkları açıklayabilir. Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda kadınlara verilen üreme sağlığı hizmetlerinin bizim çalışmamıza göre daha yeterli olduğu söylenebilir.

Araştırmamıza dahil edilen modern AP yöntemi kullanan kadınların %64'ü kullandığı yöntem için sağlık kuruluşundan danışmanlık hizmeti aldığını ve %31.4'ü kullandığı yöntemle ilgili sağlık kontrolüne gittiğini belirtmiştir(Tablo 8). Ülkemizde yapılan ulusal çalışmalarda da danışmanlık hizmeti almanın çalışmamızla benzer olduğu görüldü (38,53,63,77). Yapılan uluslararası çalışmalarda danışmanlık hizmeti alma oranlarının İngiltere'de %52, Almanya'da %57, İspanya'da %59, İtalya'da %70 ve Amerika'da %56,Etopya- Amara bölgesinde yapılan çalışmada %66, Rwanda da yapılan çalışmada %48 olduğu görüldü (65,78,91). Kanada göçmen kadınları üzerinde yapılan çalışmada ise AP hizmetini nereden ve kimden alacaklarını bilmemenin doğum kontrolü ilgili en büyük sorun olduğu görüldü (79). Danışmanlık hizmeti alma oranlarının çalışmamızla farklılık göstermesi ülkelerarası meslek öncesi ve meslek sonrası eğitimlerin içeriği ile ilgili farklılıklardan kaynaklanabilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların kullandığı yöntemleri en yüksek oranda; güvenilir olması (%58.5) ve yan etkisinin az olması (%35.6) nedeniyle tercih ettikleri görülmüştür. Kullandıkları yöntemlerden RİA'yı güvenilir ve ücretsiz olması, kondomu kolay ulaşılır ve yan etkisi az oluşu nedeniyle tercih ettikleri görüldü. Kullanılan modern yöntemler ile tercih edilme nedenleri arasında anlamlı ilişki vardı (güvenilir, yan etkisi az, kolay ulaşılır ve ücretsiz) (Tablo 9,30). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda kadınların kullandıkları yöntemleri çoğunlukla güvenilir, kullanımı kolay,

yan etkisi az ve sağlıklı olduğu için kullandığı bu durumun yaptığımız çalışmayla paralellik gösterdiği görülmüştür (20,36,44,60,62,73). Bunun yanında Ağrı ve Düzce prefabrik bölgede yapılan çalışmalarda tercih edilen yöntemlerde sağlık personelinin önerisinin daha etkili olduğu görülmüştür (66,92). Yapılan ulusal çalışmalarda en çok tercih edilen RİA'nın güvenilir olduğu için, kondomu kullanımı rahat ve sağlıklı buldukları için (20,43,44,53) , geri çekme yönteminin ise eş tercihi ve sağlıklı olduğu gerekçesi ile tercih edildiği görüldü (20,44,65). Yapılan ulusal çalışmalarda RİA, kondom ve geri çekme yöntemi kullanımı ile ilgili tercih nedenlerinin çalışmamızla benzerlik gösterdiği görüldü. Uluslararası çalışmalarda OKS'lerin tercih edilme nedeni; etkili, geri dönüşümlü, menstrüel problemleri azalttığı ve doktor tavsiyesi olduğu için, enjeksiyon ve implant yöntemi uzun etkili ve günlük kullanım gerektirmediği için, kondomun ise kullanımı kolaylığı ve cinsel yola bulaşan hastalıklara karşı koruduğu için tercih edildiği görülmüştür (56,65,81). Uluslararası çalışmalar ile bizim çalışmamız arasındaki farkın, çalışmamızda daha çok tercih edilen yöntemin RİA olması ve OKS'lerin yan etkileri nedeniyle az tercih edilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca ülkeler arasındaki bu farkın ülkemizdeki kadınlar için modern yöntemlerin güvenli ve yan etkisi az olmasının daha önemli bir tercih sebebi oluşturması, ülkeler arası sosyo kültürel farklılıklar ve uygulanan farklı üreme sağlığı politikaları olabilir.

Araştırmamıza katılan kadınların kullandıkları modern yöntemlerin %72'sini sağlık kuruluşlarından, %26'sını eczane ve marketlerden temin ettikleri ve tercih edilen yöntemlerden kondom ve OKS'nin eczane ve marketlerden temininin daha yüksek oranda olduğu görüldü(Tablo 9). Ülkemizde ve uluslararası yapılan çalışmalarda da kullanılan modern yöntemlerin temini yüksek oranlarda sağlık kuruluşlarından olmakta ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir (13,20,36,37,56,82). Düzce kalıcı konutlar bölgesinde yapılan çalışmada sağlık kuruluşlarından yöntemlerin temin oranı çalışmamıza göre düşük, eczane ve marketten temin oranlarının ise yüksek olduğu görüldü. Düzce kalıcı konutlar bölgesinde ve Hindistan Bareilly bölgesinde de yapılan çalışmada da eczane ve marketten temin oranlarının yüksek olduğu görüldü (46,73). Bu durum Düzce için deprem sonrası dönemdeki AP hizmetlerinin sınırlı kalmasından kaynaklanabilir. TNSA 2013 raporu ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda bizim çalışmamızda da olduğu gibi, modern AP yöntemlerin eczane ve marketlerinden temin

edilme oranlarının (özelliklede hap ve kondom) belirgin şekilde yüksek olduğu görüldü (13,20,38).

Araştırmamızdaki kadınların %54.5'i daha önce kullandığı AP yöntemini bıraktığı belirtti. Bu durum İstanbul ve Silifke de yapılan çalışmaların oranları ile benzerdi (82,83). Bırakılan yöntemler içinde en fazla RİA ve geri çekme yöntemi bulunurken, bırakma nedenleri arasında ise en fazla yan etki, gebe kalma (yöntem başarısızlığı) veya gebe kalma isteği öne çıkmıştır. Kadınların eğitimi ile herhangi bir AP yöntemi bırakma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu en çok yöntem bırakan grubun öğrenim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda olduğu görülmüş, eğitim ile modern yada geleneksel AP yöntemi bırakma arasında ilişki bulunamamıştır. Ancak ailedeki ideal çocuk sayısını 4 ve üzerinde olmasını belirtenlerde ise herhangi bir AP yöntemi bırakma oranı yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bırakma nedenleri ile bırakılan AP yöntemleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmış, hap ve RİA yan etki nedeniyle, kondom ve geri çekme yöntemlerinin ise gebe kalma nedeniyle bırakıldıkları görülmüştür (Tablo12,32,33,34). Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda da en çok bırakma nedenlerini çoğunlukla gebe kalma, gebelik istemi ve yan etki nedenlerinin oluşturduğu ve çalışmamızla paralellik gösterdiği görülmüştür (13,20,65,66,85). Yapılan ulusal çalışmalarda RİA ve OKS'nin en çok yan etkileri ve gebelik istemi nedeniyle terk edildiği, kondom ve geri çekme yönteminin ise gebe kalma ve güvensizlik nedeniyle terk edildiği ve bunun çalışmamız ile benzerlik gösterdiği görülmüştür. (13,20,50,86-90) Ayrıca bölgemizde yapılan 2001 yılındaki çalışma ve diğer birkaç ulusal çalışmalarda kondomun terk edilmesindeki en önemli sebeplerden birisinin eşlerin yöntemi istemeyişi idi (20,86,88,90). Çalışmamızla ilgili bu farklılık AP danışmanlık hizmetlerinde kadının öne çıkarılması ve erkek katılımının sağlanamaması ile açıklanabilir.

Araştırmamızdaki kadınların %43'ü AP yöntemlerini çiftlerin her ikisinin, %38'i ise sadece erkeğin kullanması gerektiğini düşünmekte idi (Tablo11). Afyon'da ve Silifke'de yapılan çalışmalarda AP yöntemlerinin eşlerin her ikisinin ve sadece erkeklerin yöntem kullanması gerektiğini düşünenlerin oranı bizim çalışmamıza göre yüksekti (84,89). Bu farklılığın, çalışmamızda eş katılımlarının bölgemizde yüksek olmasına rağmen modern yöntemlerle ilgili danışmanlık hizmetlerinin yeterli olmayışı ve AP yöntemlerini kullanmayı doğru bulmalarına rağmen etkili yöntem kullanmayı

daha az tercih etmeleri ile açıklanabilir. Çalışmamızda kadınların %92.5'inin eşleri AP yöntemlerini kullanmayı doğru bulduğunu belirtmiş %97.5'i ise kullandıkları yönteme eşleriyle birlikte karar verdiği görülmüştür. Herhangi bir AP yöntemi kullananlarda eşleri AP yöntemini doğru bulanların oranı yüksek ve anlamlıyken, eşlerin AP yöntemleri hakkındaki fikri ve yönteme çiftlerin birlikte karar verme durumunun modern yöntem kullanma durumunu etkilemediği görülmüştür(Tablo 11). Yapılan ulusal ve uluslar arası çalışmalarda eşlerin hem AP yöntemi kullanmayı hem de yönteme birlikte karar vermeyi desteklediği ve çalışmamızla paralellik gösterdiği görüldü (38,49,55,59,60,77,79,84,91,92). Etopya'da yapılan 2 çalışmada da eş katılımının herhangi bir AP ve modern AP yöntemi kullanma durumunu arttırdığı görülmüştür (49,92).

Çalışmamıza katılan kadınların %81.9'u emziren kadının gebe kalabileceğini belirtmişti. Üniversite mezunlarında bu oran en yüksek olmakla birlikte kadının eğitiminin bu durumla ilişkisiz olduğu görüldü(Tablo 35). Bölge kırsalında yapılan çalışmada %79.2 kadın, emziren kadının gebe kalabileceğini düşünmekteydi (16). Afyonda yapılan bir çalışmada bu oranın %84.6 ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda bu oranların yüksek olduğu ve bunun çalışmamızla benzerlik gösterdiği görülmüştür (54). 2003 yılında Mısır'da yapılan bir çalışmada doğum sonrası 6 ayın altında bebeği olan, amenoreik ve düzensiz emziren kadınların %56.7'sinin yöntem kullanmadığı, 2 yaşın altında bebeği olan ve emziren kadınların ise sadece %50 sinin modern yöntem kullandığı görülmüştür. 2007 yılında yine Mısır'da yapılan çalışmada doğum sonrası 6 ayın altında bebeği olan emziren kadınlarda %65, 36 ayın altında bebeği olan emziren kadınlarda ise %59'unun herhangi bir yöntem kullanmadığı görülmüştür (94,95). Buna göre dünyada emzirme önemli bir korunma yöntemi olarak görülmekte birlikte pasif emzirmenin de bir kontrasepsiyon yöntemi olarak kullanılması ülkeler arası AP politikaların ve verilen AP hizmetlerinin farklı oluşundan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %24.9'u kürtaj olduğunu belirtmiş olup bunların %89.6'sının tıbbi nedenli kürtaj olduğu görülmüştür. Afyon, Manisa ve Malatya da yapılan çalışmalarda da kürtaj oranlarının bizim çalışmamızla benzerdi (37,60,89). Yapılan diğer ulusal çalışmalarda ise çalışmamızdan daha yüksek kürtaj oranlarının olduğu görüldü. Bu çalışmalara dahil edilen kadınların kadın doğum polikliniklerine ve doğum evlerine başvuranlar olması çalışmamızla olan farklılığı açıklayabilir (87,96,97).

Türkiye genelinde istemli düşük oranları TNSA 2013 verileri için %13, Gaziantep %9.6 ve Trabzon kentsel bölge için %14.9 olup bu oranların yaptığımız çalışmadan düşük olduğu görüldü (13,20,40). Bölgemizde doğurganlığın yüksek oluşu ve kadınların eğitim düzeyinin düşük oluşu ile bu durum açıklanabilir. Daha fazla çocuk istememe, son doğan çocuğun henüz küçük olması ve istenmeyen gebelikler kürtaj olma nedenleri arasında ilk sıralarda idi (37,87,97-99). Bizim çalışmamızda ise tıbbi nedenler, kürtaj olma nedenleri arasında ilk sırada yer almaktaydı. Aynı zamanda istenmeyen gebelik durumunda bebeğin doğurulması gerektiği düşünenlerinin oranları %97.6 idi. Bu durum bölgenin sosyokültürel özelliklerinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda kadınların eşlerin eğitim durumu ve toplam gebelik sayısı ile kürtaj olma durumu arasında ilişki bulunduğu, eşlerin öğrenim düzeyi ortaokul ve altı olanlarda ve gebelik sayısı yüksek olanlarda kürtaj olma oranlarını yüksek olduğu görüldü. Ancak kadınların eğitim, gelir, çalışma durumu ve aile tipinin kürtaj olma durumunu etkilemediği görüldü(Tablo 36) . Kürtaj olma durumu ile herhangi bir AP ve modern AP yöntemi kullanma arasında ilişki olmadığı bu durumun Eskişehir'de yapılan çalışma ile benzer olduğu görüldü (100) (Tablo 37,38). TNSA 2013 verilerine göre istemli düşüğün; yaşayan çocuk ve refah düzeyi arttıkça arttığı, eğitim düzeyinin ise etkili olmadığı görülmüştür (13). Afyon, Trabzon ve İstanbul'da yapılan çalışmalarda kürtaj ve istemli düşüğün eğitim arttıkça azaldığı (40,54,83), Gaziantep çalışmasında canlı doğum sayısı ve Afyon çalışmasında gebelik sayısının artmasıyla kürtajın arttığı görüldü (20). Nepal'de yapılan çalışmada gebelik sayısı yüksek ve eğitim düzeyi düşük olanlarda kürtaj olma oranlarının yüksek olduğu görüldü (101). Çalışmamız ulusal ve uluslararası çalışmalarla benzerlik göstermekteydi.

Katılımcıların %94.4'ünün kürtajı bir AP yöntemi olarak kabul etmediği ve bunun üniversite mezunlarında yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 39). Afyon Kocatepe'de yapılan araştırmada kürtajın AP yöntemi olmadığını düşünenlerin oranı %79 ve yüksek eğitim düzeyine sahip olanlarda bu oranın yüksek olduğu, Ankara yapılan çalışmada ise bu oranın %59 olduğu görülmüştür. Hem bizim çalışmamızda hem de yapılan diğer çalışmalarda kürtajın bir AP yöntemi olmadığını değerlendirenlerin oranları yüksek olduğu görüldü (85,101).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız Erzurum il merkezi 15- 49 yaş evli kadın nüfusundan 637 kisi örnekleme alınmış 627'sine ulaşılmıştır (Katılım hızı %98). kadınların yaş ortalaması 33.03 ± 7.1, eşlerinin yaş ortalaması 37.6 ± 7.8'dir. Kadınların yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında en fazla kadının %26.8 ile 30- 34 yaş grubunda olduğu görüldü. Kadınların %81.2'si ev hanımı olup eşlerinin %32.1'i ise memurdu.

Kadınların %45.1'i, eşlerinin %19.1'inin eğitim düzeyinin ilkokul ve altı olduğu yine kadınların %17.7'si, eşlerinin %34.1'inin üniversite mezunu olduğu görüldü. Araştırma kapsamındaki kadınların %77.8'nin çekirdek aileye sahip olduğu, %56.8'inin ise ailelerinde yaşayan kişi sayısının 4 ve altı olduğu görüldü. Bölgemizde lise ve üzeri eğitim gören kadınların oranlarının düşük olması, kadınların eğitimin sadece okuma yazma ve 5 yıllık eğitimle sınırlı kalmaması ve kadınlar örgün ve yaygın eğitime teşviki sağlanmalıdır.

Kadınların gelir durumlarının %53.4'ünün 1001- 3000 TL, %4.5'ininde 5000 TL üzerinde olduğu, %99.7'si resmi nikahlı olduğu, %12.9'unun eşi ile akrabalığı bulunduğu ve %2.2'sinin sakat çocuğa sahip olduğu saptandı. Kadınların %20.6'sının sürekli ilaç kullanımını gerektiren bir hastalığı olup, bunların %23.3'ünün tiroid ile ilgili hastalıklar olduğu görüldü. Kadınların %15.6'sı sigara kullandığı, sigara kullananların %51'i ise günde 10 ile 20 adet arasında sigara kullandıkları görüldü. Çocuklar için önemli bir rol model olan annelerin, sigara kullanma oranını düşürmek için sigaranın sağlığa zararlarına ve sigarayı bırakmaya yönelik eğitimler verilebilir

Kadınların evlilik yaş ortancası 20, ilk gebelik yaş ortancası 21 idi. Tüm kadınların %94.1'i en az 1 kez gebelik geçirmişlerdi. Kadınların toplam gebelik sayı ortalaması 3.07 gebelik olup, %14.6'sı 5 ve üzeri gebelik geçirdiklerini belirtti. Kadınların canlı doğum ortalaması 2.29, yaşayan çocuk ortalaması 2.27 idi. Son iki gebelik arası süresinin 24 ayın altında olanların oranının %21.5 olduğu görüldü. Eğitim düzeyi ilkokul ve altı olan kadınlarda, ilk evlilik ve ilk gebelik yaşı 20 yaşın altında olanların oranı en yüksekti(sırası ile %51.9, %37.6). lise ve üzeri eğitim almış kadınlarda ilk evlilik yasının 20-30 yaş grubunda %75.9, ilk, gebelik yaşının ise üniversite mezunlarında 26 yaş ve üzerinde %58.9 olduğu görüldü. Çalışan kadınlarda ise 20-30 yaş grubunda evlilik yaşının %82.2 idi.

Çalışmamızda ilkokul ve altı eğitim görmüş kadınların büyük çoğunluğunun ilk evlilik yaşının 20 yaşın altında olduğu görülmektedir. Bu yüzden erken yaşta evlilikleri ve adölesan gebelikleri önlemek, anne ve çocuk sağlığını korumak için kadının eğitiminin ve toplum içindeki statüsünün artırılmasına yönelik çalışmalar yapılabilir.

Kadınların toplam gebelik sayılarının yaş ile arttığı, eğitim ve gelir durumu arttıkça azaldığı, çalışan kadınlarda ise gebelik sayılarının çalışmayanlara göre düşük olduğu görüldü.

Kadınların canlı doğum sayıları ileri yaş gruplarında yüksek iken ilk evlilik yaşı ileri olanlarda, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek olanlarda ve çalışan kadınlarda düşük olduğu görüldü.

Kadınların yaş ve toplam gebelik sayısı arttıkça düşük yapma oranlarını arttığı görüldü. Kadınların ileri yaşlarda, eğitim ve gelir düzeyi düşük gruplarda ve çalışmayan kadınlarda ölü doğum yapma oranlarının yüksek olduğu görüldü

Kadınların %21.5'inin son iki gebelik arası süresi 2 yılın altında iken, ardarda iki doğum arasında en az 2 yıl ve üzerinde süre olması gerektiğini belirtenlerin oranı %96.7 idi. Eğitim düzeyi lise ve üzeri olanlarda son iki gebelik süresi 2 yılın üzerinde olanlar ve iki yıl olması gerektiğini belirtenlerin oranları daha yüksekti. Çalışmamızda iki gebelik arası sürenin 2 yılın üzerinde olması gerektiğini düşünenlerin oranlarının yüksek olmasına rağmen kadınların beşte birinin son iki gebelik arası süresinin 2 yıl altında olduğu görülmektedir. Verilen sağlık eğitimlerinin ve AP danışmanlık hizmetlerinin daha etkili hale getirilmesi bu oranların azaltılmasına yardımcı olabilir.

Araştırmaya kapsamındaki %12.1 gebe kadının gebeliklerinin %13.2'sinin istenmeyen gebelik olduğu görüldü Kadınların %91.5'i istenmeyen bir gebelik olması durumunda bebeğin doğurulması gerektiğini ve %40'ı ailedeki ideal çocuk sayısının 3 olduğunu belirtti Eğitim durumu arttıkça ideal çocuk sayısının azaldığı görüldü.

Araştırmaya katılan kadınların tamamı herhangi bir AP ve modern AP yöntemlerinden en az birini duyduğunu belirtirken, modern AP yöntemlerinden en fazla oral kontraseptif (OKS) ve rahim içi araç (RİA) , geleneksel yöntemler içinde ise en fazla geri çekme yöntemini duyduklarını belirtmişlerdir. Kadınların %77.7'si kendileri

yada eşlerinin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığını belirtirken, %45.1'i modern AP yöntemi, %27.9'u geleneksel AP yöntemi kullanmakta idi. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayanların oranının %22.3'tü. Yöntem kullananlar içinde ise modern AP yöntemi kullanma oranı %62.1 idi. Herhangi bir yöntem kullanmayanların %40'nın var olan gebeliği nedeniyle yöntem kullanmadığı görüldü. Çalışmamızda herhangi bir yöntem kullanma oranı yüksek olmasına rağmen, modern AP yöntemi kullanma oranının gelişmiş ülkelerdeki oranları yakalayamadığı görüldü. Bu yüzden verilen üreme sağlığı hizmetlerinin özellikle de AP hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin daha etkili olması ve tüm risk grubuna ulaşılması hedeflenmelidir.

Kadınların herhangi bir AP yöntemi kullanma durumlarının yaş, toplam gebelik ve canlı doğum sayısına paralel olarak arttığı eğitim ve gelir durumuna paralel olarak azaldığı görüldü. Modern yöntem kullanma durumu çalışan grupta yüksekti. Eğitim ve gelir durumu arttıkça modern yöntem kullanımının arttığı, toplam gebelik sayısı arttıkça azaldığı görüldü. Çalışmamızda modern yöntem kullanımının düşük olduğu saptandı. Bu yüzden modern yöntemlere yönelik gerekli danışmanlık hizmetlerinin etkili biçimde verilmesi sağlanmalıdır.

Herhangi bir yöntem kullanan üniversite mezunu kadınlarda hap ve kondom sıklığı, eğitim düzeyi ortaokul ve altı grupta olanlarda ise RİA, tüp ligasyon ve geri çekme yöntemlerini kullananların sıklığı diğer gruplara göre daha yüksekti. Kadınların çalışması, gelir ve eğitim durumunun yüksek olması hap , kondom ve tüp ligasyon yöntemlerinin kullanım sıklığını artırmaktaydı. Ülkemizde AP hizmetleri 1. basamakta ücretsiz olarak sunulmaktadır. Bu hususta halkın bilgilendirilmesi ve 1. basamakta çalışan sağlık personelinin bu konudaki eksiklikleri mezuniyet sonrası eğitimlerle tamamlanmalıdır.

Çalışma kapsamındaki modern yöntem kullanan kadınların %64'ü kullandığı yöntem için sağlık kuruluşundan danışmanlık hizmeti aldığını, kullandıkları yöntemleri en yüksek oranda güvenilir olması (%58.5) ve yan etkisinin az olması (%35.6) nedeni ile tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Sık kullanılan yöntemlerden RİA'nın tercih edilme nedeni güvenilir ve ücretsiz olması, kondomun tercih edilme nedeni ise kolay ulaşılır ve yan etkisinin az olması idi.

Modern AP yöntemi kullanan kadınların ise %72.4'ünün kullandıkları yöntemi sağlık kuruluşundan temin ettiklerini belirtirken, kondom ve hap yöntemini en sık eczane ve marketten temin ettiği görüldü(sırası ile %87.2,%11.5). Hap ve kondomun daha çok eczane ve marketten temin edilmesi tüm Türkiye'de ulusal sağlık politikaları gereğince AP klinikleri ve aile hekimlerince bu yöntemlerin ücretsiz olarak verilmektedir. Halk bu konuda bilgilendirilmeli ve bilinçlendirilmelidir.

Araştırmaya katılan kadınların %38.3'ü sadece erkeklerin, %19.5'i ise sadece kadınların AP yöntemlerini kullanması gerektiğini düşünmektedir. Çalışmamızda eşlerinin aile planlamasına ait yöntemlerin kullanımını doğru bulduğunu belirtenlerin oranı %92.5 olup AP yöntemi kullanan kadınların %97.5'i de kullandığı yönteme eşiyle birlikte karar verdiğini belirtti. Eşi AP yöntem kullanımını doğru bulan grupta herhangi bir yöntem kullanma oranları yüksekti. Çalışmamızda eş katılımı oranlarının yüksek olmasına rağmen geleneksel yöntemlerden geri çekme yönteminin hala yüksek oranlarda kullanıldığı görüldü (%35.5). Bu durum erkek katılımının aslında geleneksel yöntemlere yönelik bir katılım olduğunu göstermektedir. Bu nedenle verilen AP danışmanlık hizmetlerinde erkeklerin katılımını artırmak hedeflenmelidir.

Katılımcıların %54.5'i daha önce kullanmış olduğu yöntemi bıraktığını belirtmiş olup, modern yöntemler içinde RİA (%36.8) ve geleneksel yöntemler içinde de geri çekme yönteminin (%14.8) en yüksek oranda bırakıldığı görüldü. Bırakma nedenleri arasında yan etki ve gebelik büyük bir oranı oluşturmaktaydı. Yan etkisinden dolayı hap ve RİA; gebe kalma nedeniyle ise kondom ve geri çekme yöntemlerini sıklıkla bıraktıkları görüldü. Araştırmaya alınan kadınlarda eğitim durumlarına göre geçmişte herhangi bir AP yöntemi bırakma sıklıkları açısından anlamlı fark olup bu oran ilkokul ve altı eğitim görmüş kadınlarda yüksekti (%61.7).

Kişiye uygun yöntemin seçiminde AP danışmanlık hizmetlerinin önemi büyüktür. İzlem ve yönteme özel danışmanlık hizmetleri ile kişiye uygun yöntemin sürekli ve etkin kullanımı sağlanmalıdır.

Araştırmamıza katılan kadınların %81.9'u emziren kadının gebe kalabileceğini belirtti. Emziren kadının gebe kalabileceğini düşünenlerin oranının üniversite mezunlarında yüksek olduğu görüldü. Emziren kadının istemediği halde gebe kalması hem kendisinin hem de çocuklarının sağlığı açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

Doğum sonrası ilk 6 ay etkin emzirme kuralları bilinmediğinden bölgemizde bunun mümkün olmadığı görülmektedir. Bu durum iki gebelik arası sürenin kısalmasına yol açmaktadır. Çalışmamızda iki gebelik arası sürenin 2 yıl ve üzerinde olması gerektiğini düşünenlerin oranın yüksek olmasına rağmen, beşte bir oranında 2 yılın altında gebe kalan kadınlar mevcuttu. Çiftlerin iki gebelik arası sürenin 2 yıl ve üzeri olması gerektiği konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Katılımcıların %24.9'u kürtaj olduğunu belirtmiş olup, bunların %89.6'sı tıbbi nedenlidir. Eğitim durumu ilkokul ve altı grupta olan kadınların, ortaokul ve altı grupta ise eşlerinin eğitim durumlarına göre kürtaj olma sıklığının yüksek olduğu (sırası ile %29, %31), eşlerin eğitiminin kürtaj olma durumunu etkilediği görüldü. Toplam gebelik sayısı 3 ve üzeri olan kadınlarda kürtaj olma oranlarının yüksek ve anlamlı olduğu görüldü. Üniversite mezunu kadınlarda kürtajın bir AP yöntemi olarak değerlendirilme oranları yüksekti(%98.2). İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi için AP danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

AÇSAP merkezlerinin yeniden işler hale getirilerek bu merkezlerin 1. Basamak ile uygulama ve eğitim konusunda işbirliği içinde çalışması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1- T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Sağlık Sektörü için Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005- 2015, Ankara 2005

2- Akın A. Uluslararası Kararlar Paralelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye'deki Uygulamalar, Sağlık ve Toplum Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını,Ankara,1998;8 (3- 4) :16- 22

3- Akın A. (Çev.Ed) Üreme Sağlığı ile İlgili Politika ve Yasalar, Kontraseptif Yöntemler: Uluslararası Basım: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını, Yayın No:1,Ankara, 1990 s:57- 85

4- Hoşgör Ş, Tansel A. 2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Eğitim İşgücü Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemine Yansımalar (2000- 2050) TUSİAD ve UNFPA Yayını 2010,İstanbul

5- Akın A 'Emergence of Family Planning Program in Turkey' The Global Family Planning Revulation, Three Decades of Population Polices and Programs kitabı

içerisinde, Ed. Robinson, W.C. Ross, J.A. The World Bank, Washington DC,2007,s:85- 102

6- Akın A., From Research to Practice:Use of Non – Physician in Family Planning Sevices in Türkey 'Cah.Socio.Demo.Med.,50 (4) :445- 462 (september-December2010) pp:445- 461

7- Özbay, Ferhunde and Frederic C. Shorter (1970) ,'Turkey: Changes in Birth Control Practices,1963 to1968,'Studies in Family Planning. No:51 (1970) ,1- 7

8- Nüfus Planlaması Hakkında Kanun No:557,Resmi Gazete, Ankara,10 Nisan 1965

9- Nüfus Planlaması Hakkında Kanun nNo:18059,Resmi Gazete, Ankara 27 Mayıs 1983

10- Ertem M, Çan G (eds) , Türkiye Sağlık Raporu 2014, Üreme Sağlığı Bölümü, S:113- 207

11- http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40089/saglik-arastirmalari- genel- mudurlugu-saglik- istatistikl- .html erişim tarihi:02.03.2014

12- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 Ana Rapor,1.Ed,2006.Ankara

13- http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality- 2013/en/ erişim tarihi:02.03.2015

14- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ana Rapor, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara,2013

15- http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/family/contraceptive- wallchart- 2013.shtml erişim tarihi:02.03.2014

16- 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)

17- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Özet Rapor, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara,2008

18- Sümbüllüoğlu K, Sümbüllüoğlu V. Klinik Ve Saha Araştırmalarında Örnekleme Yöntemleri ve Örnekleme Büyüklüğü 1. Baskı Ankara, 2005

19- Karacaoğlu EN. Çukurova Üniversitesi Bağlı Değişik Fakültelerde Okuyan Öğrencilerin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi ve Tutumları, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıpta Uzmanlık Tezi, 1996,Adana

20- Songur D. Gaziantep Binevler Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15- 49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumu ve Etkileyen Etmenler, Gaziantep Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi,2009,Gaziantep, (Danışmanlık: Prof. Servet Özgür)

21- Akın A, Ersoy, Tüsiad Yayınları,2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetimi: Sağlık Sistemine Bakış,2012,İstanbul

22- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Kitabı, Ankara,2009

23- TC. Sağlık Bakanlığı, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, Nüfus Ve Nüfus Sorunları,İstanbul,1997:17- 27

24- Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Aile Planlaması, 1.Cilt,2. Ed,2012,Ankara:282- 297

25- TC. Sağlık Bakanlığı, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması,İstanbul,1997:1- 5

26- Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Üreme Sağlığı, 1.Cilt,2. Ed,2012,Ankara:234- 241

27- Naçar M. Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Kullanmaya Etkisi, Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2002,Kayseri

28- Alacalıoğlu F. Elmadağ İlçesindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi ve Tutum Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2002, Ankara

29- Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Kontrasepsiyon, 1.Cilt,2. Ed,2012,Ankara:299- 344

30- İtil M,İ. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Oral Kontrasepsiyon Kılavuzu,1.ed,2012,İstanbul

31- TC. Sağlık Bakanlığı, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, Özel Durum Ve Dönemlerde Kontrasepsiyonistanbul,1997:195- 213

32- TC. Sağlık Bakanlığı, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, Doğal Aile Planlaması Yöntemleri Aile Planlaması, İstanbul,1997:113- 123

33- TC. Sağlık Bakanlığı, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, Emzirme ve Gebeliğin önlenmesi, İstanbul,1997:123- 131

34- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete No: 27591 25.05.2010

35- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete No: 28539 5.02.2014

36- 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)

37- Oral CS, Gecekondu 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)

38- 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 (Danışmanlık: Doç.Dr. Meltem ÇiÇEKLiOĞLU)

39- Katırcı E. Isparta İl Merkezindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik ve Sosyo Kültürel Faktörler, Tıpta Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel

Üniversitesi Tıp Fakültesi,2008,Isparta, (Tez Danışmanı Yrd. Doç. Dr. Kurtuluş Öngel)

40- 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 (Danışmanlık: Prof. Dr. Gamze ÇAN)

41 - Remu O. The influence of socioeconomic status on women's preferences for modern contraceptive providers in Nigeria: a multilevel choice modeling. *Patient Prefer Adherence*, 2013, 7: 1213- 20.

42- Mıttal S,Bahadur A,Sharma J,B Survey Of The Attitude To, Knowledge And Practice Of Contraception And Medical Abortion In Women Attending A Family Planning Clinic, J Turkish- German Gynecol Assoc,2008;9 (1) :29- 34

43- 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

44- Tanrıverdi G, Özkan A, Şenvelli S. Çanakkale'deki Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri Fırat tıp Dergisi2008;13 (4) :251- 254

45- Açık Y, Dinç E, Sezer H Ark. Elazığ İl Merkezinde Yaşayan Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi Tutum Davranış ve Uygulamaları F.Ü. Sağlık Bil. Dergisi 1998; (12) 2:11- 18

46- Khan S, Verma R,Mahmood S E,Corralates Of Use Of Family Planning Methods Among Married Women Of Reproductive Age Group In Bareılly,India.NJCMİNDİA,2012; 3 (4) :623- 626

47- 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)

48- Giray H, Keskinoğlu 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

49- Polisi A, Gebrehanna E, Tesfaye G, Asefa F. Modern contraceptive utilization among female ART attendees in health facilities of Gimbie town, West Ethiopia. *Reprod Health*, 2014, 11: 30.

50- Kurtoğlu E, Arpaci H. The factors affecting women's contraceptive choices,deneysel ve klinik tıp dergisi,2011;29:6- 8

51 - 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

52- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,Küresel Yetişkin Tütün Araştirmasi Türkiye 2012,1.ed,2014,Ankara

53- Çağlayan K E, Kara M, Aslan N. Yozgat İlinde Yaşayan Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemler Cumhuriyet Tıp Derg 2014;36:57- 61

54- Şimşek B, Coşar E, Köken GN.15- 49 Yaş Aralığındaki Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Kontraseptif Kullanımı Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst,2011;21 (4) :245- 50

55- Raheel H, Karim MS, Saleem S, Bharwani S. Knowledge, attitudes and practices of contraception among Afghan refugee women in Pakistan: a cross- sectional study. *PLoS One*, 2012, 7: e48760.

56- Tsehaye WT, Mengistu D, Birhanu E, Berhe KK. Assessment of Preference and Its Determinant Factors to Ward Modern Contraceptive Methods among Women of Reproductive Age Group in Shire Indaselassie Town, Northern Ethiopia, 2011. *Int J Family Med*, 2013, 2013: 317609.

57- Özdemir İ, Yıldırım U,Demirci F. Ark. Düzce'de Yaşayan 15- 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Kontraseptif Yöntemi Kullanma ve Kullanmama Nedenleri Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2002;4 (3) :19- 22

58- Mekonnen W, Worku A. Determinants of low family planning use and high unmet need in Butajira District, South Central Ethiopia. *Reprod Health*, 2011, 8: 37.

59- Tilahun T, Coene G, Luchters S, Kassahun W, Leye E, Temmerman M, Degomme O. Family planning knowledge, attitude and practice among married couples in Jimma Zone, Ethiopia. *PLoS One*, 2013, 8: e61335.

60- Oltuluğuoğlu H, Başer Mürüvvet Malatya İl Merkezinde Yaşayan Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri Ve Seçme Nedenlerinin İncelenmesi İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;19 (3) 167- 74

61- Gılıç E, Ceyhan O, Özer A Nigde Doğum Evinde Doğum Yapan Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Tutum Ve Davranışları, Fırat Tıp Dergisi 2009,14 (4) :237- 241

62- Kaya H,Tatlı H, Açık Y, Deveci SE. Bingöl İli Uydukent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15- 49 Yaş Kadıların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi 2008; 22 (4) :185- 191

63- Kavak SB. Elazığ Eğitim Araştırma Hastahanesi Sarahatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne Başvuran Hastalara Uygulanan Kontraseptif Yöntemler ve Hastaların Demografik Özellikleri Fırat Tıp Dergisi,2009; (14) 4:250- 253

64- Yıldızhan B, Yıldızhan R, Adalı E. Ark. 2000- 2004 Yıllarında İstanbul Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesindeki Aile Planlaması Yöntemlerinin Değerlendirilmesi Van Tıp Dergisi,2008; 15 (4) :104- 106

65- 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

66- Mayda S A, Yılmaz M, Ağırcan D Ark. Bir Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2012;2 (3) :14- 19

67- Kurt RK, Güler A, Hakverdi AU. Ark.General View of Women in Reproductive Age About Contraception In Hatay:A Questionnaire Study,2014;2 (1) :9- 13

68- 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.

69- Özdemir O, Ocaktan E, Çalışkan D, Özyurda F. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Aile Planlaması Ünitesine 1999- 2002 Arasında Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi;Ankara Tıp Fakültesi Mecmuası 2004;7 (4) :195- 203

70- Weaver EH, Frankenberg E, Fried BJ, Thomas D, Wheeler SB, Paul JE. Effect of village midwife program on contraceptive prevalence and method choice in Indonesia. *Stud Fam Plann*, 2013, 44: 389- 409.

71- Nouhjah S, Amiri E, Khodai A, Yazdanpanah A, Nadi Baghu M. Popular contraceptive methods in women aged 35 years and older attending health centers of 4 cities in khuzestan province, iran. *Iran Red Crescent Med J*, 2013, 15: e4414.

72- Haliloğlu S. Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Hastalarda Gebelikten Korunma Yöntemlerinin Değerlendirilmesi Euras J Fam Med, 2013;2 (2) : 70- 76

73- Mayda AS, Arslan T, Bozkurt BH. Ark. Düzce İli Kalıcı Konutlar Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Yöntem Kullanma Oranları ve Tercih Nedenleri TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,2005; (4) 5: 265- 279

74- Ibisomi L. Is age difference between partners associated with contraceptive use among married couples in Nigeria? *Int Perspect Sex Reprod Health*, 2014, 40: 39-45.

75- Speizer IS, Nanda P, Achyut P, Pillai G, Guilkey DK. Family planning use among urban poor women from six cities of Uttar Pradesh, India. *J Urban Health*, 2012, 89: 639- 58.

76- Uskun E,Öztürk M,Kişioğlu AN,Çakmak ZA contraceptive usage and related faktors at working women in ısparta.Health and society 2001;11 (4) :56- 61

77- Altay B, Gönener D. Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme Ve Kullanma Durumları Ve Etkileyen Faktörler Fırat Tıp dergisi 2009;14 (1) :56- 64

78- Mohammed A,Woldeyohannes D,Feleke A,Megabiaw B. Determinants Of Modern Contraceptive Utulization Among Married Women Of Reproductive Age Group In North Shoa Zone,Amara Region,Ethiopia reproductive health,2014;11 (13) :1- 7

79- Wiebe E. Contraceptive practices and attitudes among immigrant and nonimmigrant women in Canada. *Can Fam Physician*, 2013, 59: e451- 5.

80- Kara M, Yılmaz E, Töz E, Avcı İ. Ağrı İlinde Kullanılan Kontraseptif Yöntemler Türkiye Klinikleri J Gnecol Obst2010;20 (1) :10- 13

81- Egarter C, Tirri FB, Bitzer J Et Al. Women's Perceptions And Reasons For Choosing The Pill,Patch Or Ring İn The Choice Study:A Cross- Sectional Survey Of Contraceptive Method Selection After Counseling BMC Women's Health 2013;13 (9) :2- 14

82- Tokuç B, Eskiocak, M, Ekuklu, G, Saltık. A Edirne İl Merkezinde 15- 49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemler Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yöntem Kullanma Oranları,8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 23- 28 Eylül Diyarbakır, Kongre Kitabı 1,2002:180- 184

83- Taştekin A. Evli Kadınlarda Elektif Kürtaj ve Depresyon İlişkisi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,2010 Afyon (Danışman: Yard. Doç. Dr. A. Serhan Cevrioğlu)

84- Aktoprak M. Evli Kadınlar Ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları Ve İlişkili Faktörler Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi 2012, Konya (Danışman: Doç. Dr. Belgin AKIN)

85- Doğan G. Kontrasepsiyon Amaçli Başvuran Kadınların Erkek Kontrasepsiyonuna Bakış Açısı, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,2008, Afyon (Danışman: Doç. Dr. Mehmet Yılmazer)

86- Apay E S, Nazik E, Özdemir F. Ark. Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi,2010;13 (3) 1- 8

87- Bozkurt N,Biri A, Korucuoğlu Ü, et al. Gebe Kadınların Doğum Kontrol Yöntemleri, Cinsel Organlar ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgileri Turkish Journal of Obstetrics And Gynecology 2006,3 (1) :32- 34

88- BALCI E, ÖZTÜRK A, GÜN İ, ÖZTÜRK Y. Kayseri İli Talas İlçesindeki 15- 49 Yaş Kadınlarda Kullanılan Aile Planlaması Yöntemiyle İlgili Şikayetlerin Değerlendirilmesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2008;17 (1) : 54- 62

89- Beştepe G, Ellidokuz H, Temel A,, Atılgan A. Aile Planlaması Konusunda Özellikler: Afyon'dan Bir Kesit Sted, 2003;12 (5) :180- 3

90- Ersin F, Gözükara F, Şimşek Z, ve ark. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Yöntemi Bırakma Nedenleri. Hemşirelik Araştırma Geliştirme (HEMAR- G) 2003; 5 (1) : 30- 7.

91- Brunie A, Tolley EE, Ngabo F, Wesson J, Chen M. Getting to 70%: barriers to modern contraceptive use for women in Rwanda. *Int J Gynaecol Obstet*, 2013, 123 Suppl 1: e11- 5.

92- Tilahun T, Coene G, Temmerman M, Degomme O. Spousal discordance on fertility preference and its effect on contraceptive practice among married couples in Jimma zone, Ethiopia. *Reprod Health*, 2014, 11: 27.

93- Yohannes S, Wondafrash M, Abera M, Girma E. Duration and determinants of birth interval among women of child bearing age in Southern Ethiopia,BMC Pregnancy and Childbirth, 2011;11 (38) :3- 6

94- Afıfı M,Lactational Amenorrhoea and Modern Contraceptives Use Among Nursing Women In Egypt 2003. Oman Medical Journal, 2008; 23 (2) :72- 76

95- Afıfı M.Lactational Amenorrhoea Method For Family Planning and Women Empowerment In Egypt Singapore Med J,2007; 48 (8) :758–762

96- YÜKSEL H, ODABAŞI A R, KAFKAS S. Ark. Aydın'da Yasal Gebelik Tahliyesi Amacıyla Başvuranların Korunma Biçimi ve Tahliye Sonrası için Düşündükleri Korunma Yöntemi ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2001; 2 (3) : 5 – 8

97- Şahin S, Cevahir R, Sözeri C Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne İsteğe Bağlı Kürtaj İçin Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 200; (1) 1:17- 32

98- Öztürk GZ, Toprak D, Hurşitoğlu M, İpek Y. Aile Sağlığı Merkezine Gelen Kadın Hastaların Sezeryan ve Küretaj Hakkındaki Bilgi, Tutum Davranış ve Sosyo Demografik Özelliklerle İlişkisi,Türkiye Klinikleri J Gnecol Obst 2014;24 (1) :1- 8

99- Yılmaz D S,ege E, Akın B, Çelik Ç. 15- 49 Yaş kadınların kürtaj Nedenleri ve kontraseptif Tercihleri İ.Ü.F.N. Hem. Derg. 2010;18 (3) :156- 163

100- Yağmur Y, Ulukoca N. Eşlerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu ve Etkileyen Etmenler Sted 2010;19 (6) :229- 233

101- Berin E, Sundell M, Karki C, Brynhildsen J, Hammar M. Contraceptive knowledge and attitudes among women seeking induced abortion in Kathmandu, Nepal. *Int J Womens Health*, 2014, 6: 335- 41.

ERZURUM İL MERKEZİNDE 15 - 49 YAŞ EVLİ KADINLARDA AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİ KULLANMA DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Değerli katılımcılar;
Bu anket uygulamasında isim alınmayacak ve vermiş olduğunuz bilgiler çalışma amacı dışında kullanılmayacaktır. Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine katkı getireceğine inandığımız bu çalışmada sorulara içtenlikle yanıt vereceğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

1-Yaşınız: …….

2-Eşinizin yaşı: ……

3-Mesleğiniz:
1.Ev hanımı 2. Memur 3. Esnaf 4. Emekli 5.Diğer:…..

4-Eşinizin mesleği:
1. Memur 2. Esnaf 3. Çiftçi 4. işçi 5. Emekli 6. İşsiz 7. Diğer: ……

5- Öğrenim durumunuz :
1. Okur yazar değil 2.Okur –yazar 3. İlkokul 4. Orta okul 5. Lise 6.Üniversite

6- Eşinizin öğrenim durumu:
1.Okur yazar değil 2.Okur –yazar 3.İlkokul 4. Orta okul 5. Lise 6.Üniversite

7-Ailedeki kişi sayısı .....

8- Aylık gelir durumunuz:
1. 1000 TL ve altı
2. 1001TL - 3000TL
3. 3001TL - 5000TL
4. 5001TL ve üstü

9-Aile tipiniz :
1. Çekirdek aile 2. Geniş aile

10-Yaşadığınız merkez ilçe:
1.Yakutiye 2.Palandöken 3. Aziziye

11-Resmi nikahınız var mı?
1. Evet 2. Hayır

12-Eşinizle akrabalık durumunuz var mı?
1. Evet 2. Hayır

13-Sakat doğan çocuğunuz var mı?
1.Evet 2. Hayır

14-Sürekli ilaç kullanmanızı gerektirecek bir hastalığınız var mı?

1.Evet 2. Hayır

15-Cevabınız evet ise hangi hastalık?

1. Kalp hastalığı
2. Şeker hastalığı
3. Böbrek hastalığı
4. Yüksek tansiyon
5. Diğer……

16.Sigara kullanıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

17-Cevabınız evet ise günde kaç tane/paket kullanıyorsunuz?.....

18- Kaç yaşında evlendiniz? …….

19-Hiç gebe kaldınız mı?

1.Evet 2.Hayır (Cevabınız **hayır ise 27. sorudan** devam ediniz)

20- İlk gebelik yaşınız …….

21-Toplam gebelik sayınız …….

22-Canlı doğum sayınız ……..

23-Ölü doğum sayınız …….

24-Şu an yaşayan çocuk sayınız …….

25- Varsa toplam düşük sayınız ……

26-Son iki gebelik arasındaki süre (ay/yıl) ……

27-Sizce bir kadın kaç yıl ara ile doğum yapmalıdır?.....

28-Sizin için ideal çocuk sayısı ……

29-Sizce istediği sayıda çocuk sahibi olan bir çift, başka çocuk sahibi olmaması için ne yapmalıdır?.....

30-Aşağıdaki gebeliği önleyici yöntemlerden duyduklarınızı işaretleyiniz.

1. Hap
2. Geriçekme
3. Vajinal duş
4. Enjeksiyon
5. Ria(sipral)
6. Emzirme
7. Kondom(prezervatif,kaput)
8. Deri altı implant
9. Takvim yöntemi
10. Spermisit(köpük,jel)
11. Erkeğin tüplerini bağlatması
12. Kadının tüplerini bağlatması

31-Şu an siz ya da eşiniz gebeliği önleyici bir yöntem kullanıyor musunuz?

1. Evet (**33.sorudan** devam ediniz) 2. Hayır

32-Cevabınız hayır ise şu anda neden bir yöntem kullanmıyorsunuz?(**40.sorudan** devam ediniz)

1. Eşim istemiyor
2. Ben istemiyorum
3. Aile büyükleri istemiyor
4. Gebeyim
5. Tıbbi nedenli
6. Diğer (……..)

33-Cevabınız evet ise şu anda hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

1. Hap
2. Geriçekme
3. Vajinal duş
4. Enjeksiyon
5. Ria(sipral)
6. Emzirme
7. Kondom(prezervatif,kaput)
8. Deri altı implant
9. Takvim yöntemi
10. Spermisit(köpük,jel)
11. Erkeğin tüplerini bağlatması
12. Kadının tüplerini bağlatması

34-Kullandığınız yöntemi ne kadar süredir kullanıyorsunuz?.....(ay/yıl)

35-Kullandığınız yöntem için herhangi bir sağlık kuruluşundan danışmanlık hizmeti aldınız mı?

1.Evet 2. Hayır

36- Kullandığınız yöntem ile ilgili sağlık kontrolüne gidiyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

37-Bu yöntemi tercih etme nedeniniz nedir?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

1. Güvenilir 2. Kolay ulaşılır 3. Ücretsiz
4. Yan etkisi az 5. Diğer (……)

38-Yöntemi nereden temin ediyorsunuz?

1. Sağlık kuruluşu 2. Diğer (…….)

39-Kullandığınız yönteme eşinizle birlikte mi karar verdiniz?

1.Evet 2.Hayır

40- Sizce evlilikte gebeliği önleme yöntemlerini eşlerden hangisi kullanmalı?

1.Kadın 2. Erkek 3.Her ikisi 4.Bilmiyorum

41-Eşinizin aile planlaması yöntemlerinin kullanılması hakkında fikri nedir?

1. Dogru buluyor
2. Doğru bulmuyor
3. Bilmiyorum

42-Daha önce kullanıpta bıraktığınız bir yöntem var mı?

1. Evet 2.Hayır (Cevabınız **hayırsa 46. sorudan** devam ediniz)

43-Cevabınız evet ise hangi yöntemi kullandınız?(EN UZUN SÜREYLE)

1. Hap
2. Geriçekme
3. Vajinal duş
4. Enjeksiyon
5. Ria(sipral)
6. Emzirme
7. Kondom(prezervatif,kaput)
8. Deri altı implant
9. Takvim yöntemi
10. Spermisit(köpük,jel)

44- Cevabınız evet ise ne kadar süre(ay/yıl) ile kullandınız?.....

45-Yöntemi bırakma nedeniniz?

1. Gebe kaldığım için
2. Gebe kalmak istediğim için
3. Yan etkileri olduğu için
4. Diğer(…….)

46-Şu anda gebe misiniz?

1.Evet 2. Hayır **(** Cevabınız **hayır ise 48.sorudan** devam ediniz)

47-Cevabınız evet ise istenen bir gebelik mi?

1. Evet 2.Hayır

48-Sizce istemediği halde gebe kalan bir kadın ne yapmalı?

1. Doğurmalı
2. Düşürmeli
3. Aldırmalı
4. Bilmiyor

49-Bir kadın çocuğunu emzirdiği sürece gebe kalabilir mi?

1. Evet 2.Hayır 3.Bilmiyorum

50- Hiç kürtaj oldunuz mu?

1. Evet 2. Hayır

51-Cevabınız evet ise kaç kez isteyerek kürtaj oldunuz?……..

52- Cevabınız evet ise neden kürtaj oldunuz?

1. İstemediğim gebelik
2. Tıbbi nedenler
3. Diğer ……..

53-Sizce kürtaj bir aile planlaması yöntemi midir?

1.Evet 2. Hayır 3.Bilmiyorum

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

ERZURUM İL MERKEZİNDE 15 - 49 YAŞ EVLİ KADINLARDA AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİ KULLANMA DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Ezel BİLGE YERLİ

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi : 09.02.2011
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi : 07.07.2015
Uzmanlık Sınavı Tarihi : 07.07.2015
Tez Danışmanı :Yrd. Doç. Dr. Elif Okşan ÇALIKOĞLU
Jüri üyesi : Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN
Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Talat EZMECİ

Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

TEMMUZ - 2015
ERZURUM