



**EVLİ KADINLARIN DOĞURGANLIĞA
VE AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK TUTUMLARI
İLE KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANMA
NİYETLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Osman ÖNER
Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Aslı SİS ÇELİK

Yüksek Lisans Tezi-2019

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EVLİ KADINLARIN DOĞURGANLIĞA VE AİLE
PLANLAMASINA YÖNELİK TUTUMLARI İLE
KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANMA NİYETLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Osman ÖNER

Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Ash SİS ÇELİK

ERZURUM
2019

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**EVLİ KADINLARIN DOĞURGANLIĞA VE AİLE
PLANLAMASINA YÖNELİK TUTUMLARI İLE KONTRASEPTİF
YÖNTEM KULLANMA NİYETLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Osman ÖNER

Tez Savunma Tarihi : 22.07.2019

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Aslı SİS ÇELİK (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU (Kafkas Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Nihan TÜRKOĞLU (Atatürk Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki Jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Duygu ARIKAN

Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2019**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VII
TABLOLAR DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Aile Planlamasının Tanımı ve Amacı.....	4
2.2. Aile Planlamasının Önemi.....	5
2.3. Türkiye'nin Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması.....	7
2.4. Kontraseptif Yöntemin Tanımı.....	10
2.5. Kontraseptif Yöntemlerin Tarihçesi.....	10
2.6. Kontraseptif Yöntemler.....	12
2.6.1. Etkili Yöntemler (Modern Yöntemler).....	12
2.6.2. Etki Derecesi Sınırlı Yöntemler (Geleneksel Yöntemler).....	19
2.7. Kontraseptif Yöntem Kullanma Niyeti ve Etkileyen Faktörler.....	25
2.8. Kontraseptif Yöntemlerin Kullanım Yaygınlığı.....	26
2.8.1. Dünya'da Kontraseptif Yöntemlerin Kullanım Yaygınlığı.....	26
2.8.2. Türkiye'de Kontraseptif Yöntemlerin Kullanım Yaygınlığı.....	26
2.9. Kontraseptif Yöntem Kullanmayanların Yöntem Kullanma Niyetleri.....	27
2.10. Kontraseptif Yöntemlere Yönelik Tutum, Yöntem Kullanma Niyeti ve Doğurganlık Algısı Arasındaki İlişki.....	28

2.11. Doğurganlık Bilinci ve Doğal Aile Planlaması Yöntemleri.....	31
2.12. Doğurganlık Bilincinin Kazandırılmasında Hemşirenin Rolü	32
3. MATERYAL VE METOT	34
3.1. Araştırmanın Tipi.....	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	34
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	35
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	36
3.5. Verilerin Toplanması.....	36
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	39
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	39
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKLAR	55
EKLER	63
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	63
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	64
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	65
EK-4. KURUM İZNİ	66
EK-5. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	67
EK-6. KADINLARIN DOĞURGANLIĞA YÖNELİK TUTUMLARI ÖLÇEĞİ..	68
EK-7. AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ.....	69
EK-8. KONTRASEPTİF NİYET ÖLÇEĞİ.....	70

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, hem ders aşamasında hem tez aşamasında yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Aslı SİS ÇELİK'e en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tez savunma sınavıma gelerek beni onurlandıran değerli hocam Sayın Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU'ya, tez savunma sınavıma zaman ayırarak beni onurlandıran Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nihan TÜRKOĞLU'na verilerin toplanması aşamasında desteklerini gördüğüm Van İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarına çok teşekkür ederim.

Tüm eğitim hayatım boyunca yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen aileme çok teşekkür ederim.

Osman ÖNER

ÖZET

Evli Kadınların Doğurganlığa ve Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ile Kontraseptif Yöntem Kullanma Niyetleri Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, evli kadınların doğurganlığa ve aile planlamasına yönelik tutumlarının, kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin, aralarındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve kesitsel türde olan araştırma, Van İl Sağlık Müdürlüğü' ne bağlı İpekyolu, Tuşba ve Edremit merkez ilçelerinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde 10 Nisan 2018 - 22 Temmuz 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Van Büyükşehir Belediyesine bağlı İpekyolu (75.028), Tuşba (37.610) ve Edremit (32.141) merkez ilçelerinde yaşayan 15-49 yaş grubunda olan 144.779 evli kadın oluşturmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü evrendeki kişi sayısının bilindiği durumlarda kullanılan örneklem formülüne göre hesaplanmış ve 598 kişiye ulaşılması gerektiği anlaşılmıştır. Örneklemenin belirlenmesinde; ASM'lerden alınacak kişi sayısı için tabakalı örneklem yöntemi kullanılmıştır. 1 Mart-30 Nisan 2019 tarihleri arasında ilgili ASM'lere başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan 610 kadın basit rastgele örneklem yöntemi ile araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu", "Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutum Ölçeği", "Aile Planlaması Tutum Ölçeği" ve "Kontraseptif Niyet Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin analizinde bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal Wallis testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Kadınların yaş ortalamasının 31.76 ± 7.08 olduğu, %60'ının ilköğretim mezunu olduğu, gebelik sayısı ortalamasının 3.39 ± 2.50 olduğu ve yaşayan çocuk sayısının 2.75 ± 1.98 olduğu bulunmuştur. Kadınların %36.7'sinin daha önce en az bir kez istenmeyen gebelik geçirdiği, %37'sinin daha önce en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı ve %39.2'sinin şuan bir aile planlaması yöntemi kullanmadığı saptanmıştır. Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği toplam puan ortalamasının 70.49 ± 9.73 , Aile Planlaması Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasının 111.89 ± 21.21 ve Kontraseptif Niyet Ölçeği toplam puan ortalamasının 4.53 ± 3.55 olduğu belirlenmiştir. Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği ile Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Kontraseptif Niyet Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($0.2 < r < 0.4$), $p < 0.01$), Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Kontraseptif Niyet Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($0.2 < r < 0.4$), $p < 0.01$) belirlenmiştir. Kadınların bazı demografik ve obstetrik özelliklerine göre Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği, Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Kontraseptif Niyet Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Sonuç: Kadınların doğurganlığa ve aile planlamasına yönelik tutumlarının orta düzeyde iyi olduğu, kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Kadınların doğurganlığa yönelik olumlu tutumları arttıkça aile planlamasına yönelik olumlu tutumlarının azaldığı ve kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin azaldığı görülmektedir. Aile planlamasına yönelik olumlu tutumları arttıkça, kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin de arttığı bulunmuştur. Kadınların bazı demografik ve obstetrik özelliklerinin doğurganlığa ve aile planlamasına yönelik tutumlarını ve kontraseptif yöntem kullanma niyetlerini etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, doğurganlık, hemşirelik, kontraseptif yöntem, niyet, tutum

ABSTRACT

Determining the Relationship Between The Attitudes of Married Women Towards Fertility and Family Plan and Contraceptive Method Intentions Married Women's Attitudes towards Fertility and Family Planning and Their Intention to Use Contraceptive Methods and Affecting Factors

Aim: The aim of this study is to determine the attitudes of married women towards fertility and family planning, their intention to use contraceptive methods, the affecting factors and the relationship between them.

Material and method: This descriptive and cross-sectional study was conducted between April 10, 2018 and July 22, 2019, in Family Health Centers located in the central districts of Ipekyolu, Tusba and Edremit of Van Provincial Health Directorate. The population of the study consisted of 144.779 married women in the 15-49 age group living in the central districts of Ipekyolu (75.028), Tusba (37.610) and Edremit (32.141) of Van Metropolitan Municipality. The sample size of the study was calculated according to the sampling formula used in cases where the number of people in the universe is known and it was understood that 598 people should be reached. In determining the sample; stratified sampling method was used for the number of people to be taken from family health centers. 610 women who applied to the relevant Family Health Centers between March 1 and April 30, 2019 and met the criteria for inclusion, were included in the study by simple random sampling method. In the data collection, "Personal Information Form", "Women's Fertility Attitude Scale", "Family Planning Attitude Scale" and "Contraceptive Intention Scale" were used. Data were analyzed by independent samples t test, one way analysis of variance (ANOVA), Kruskal Wallis test and Pearson correlation analysis.

Results: It was found that the mean age of women was 31.76 ± 7.08 , and 60% were primary school graduates, while the mean number of pregnancies was 3.39 ± 2.50 and the number of living children was 2.75 ± 1.98 . It was found that 36.7% of women had at least one unintended pregnancy before, and 37% had spontaneous abortion at least once before whereas 39.2% of them did not use a family planning method at present. The total score average of the Women's Fertility Attitudes Scale was 70.49 ± 9.73 , and the average score of the Family Planning Attitude Scale was 111.89 ± 21.21 and also the total score average of the Contraceptive Intent Scale was 4.53 ± 3.55 . There was a statistically significant negative correlation between the total score means of the Women's Fertility Attitude Scale and the Family Planning Attitude Scale and Contraceptive Intent Scale ($0.2 < r < 0.4$), $p < 0.01$). On the other hand, it was determined that there was a weakly statistically significant positive correlation between the total score means of the Family Planning Attitude Scale and Contraceptive Intent Scale ($0.2 < r < 0.4$) and $p < 0.01$). According to some demographic and obstetric characteristics of women, the difference between the total score means of Fertility Attitude Scale, Family Planning Attitude Scale and Contraceptive Intention Scale were found to be statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: It was found that women's attitudes towards fertility and family planning were moderately good and their intention to use contraceptive methods was low. As the positive attitudes of women towards fertility increased, their positive attitudes towards family planning decreased and their intention to use contraceptive methods decreased. As positive attitudes towards family planning increased, their intention to use contraceptive methods increased. Some demographic and obstetric characteristics of women affected their attitude towards fertility and family planning and their intention to use contraceptive methods.

Key Words: Attitude, contraceptive method, family planning, fertility, intention, nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
AP	:	Aile Planlaması
APTÖ	:	Aile Planlaması Tutum Ölçeği
ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
BOM	:	Billings Ovülasyon Yöntemi
F	:	Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)
FSH	:	Folikül Stimüle Edici Hormon
KDYTÖ	:	Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği
KNÖ	:	Kontraseptif Niyet Ölçeği
KOK	:	Kombine Oral Kontraseptifler
KW	:	Kruskal Wallis Testi
LH	:	Luteinize Hormon
r	:	Pearson Korelasyon Analizi
RIA	:	Rahim İçi Araç
t	:	Bağımsız Gruplarda t Testi
TAH-BSO	:	Total Abdominal Histerektomi-Bilateral Salfingooferektomi
TNSA	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
X±SS	:	Ortalama± Standart Sapma
ZG	:	Zirve Günü

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Rahim İçi Araçlar.....	14
Şekil 2.2. Kondom.....	15
Şekil 2.3. Diyafram.....	16
Şekil 2.4. Servikal Başlık.....	17
Şekil 2.5. Tüp Ligasyon.....	18
Şekil 2.6. Vazektomi.....	19
Şekil 2.7. Menstrual Siklus ve Servikal Mukus Yöntemi.....	21

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Sayım Yıllarına Göre Türkiye Nüfusu (1927-2017).....	8
Tablo 3.1. Van İli Merkez İlçelerine Bağlı ASM'lere Ait Özellikler.....	34
Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	40
Tablo 4.2. Kadınların Obsterik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	41
Tablo 4.3. Ölçeklerden ve Alt Boyutlarından Alınabilecek ve Kadınların Aldığı En Düşük En Yüksek Puanlar ile Ölçek Toplam Puan Ortalamaları.....	43
Tablo 4.4. Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği ile Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Kontraseptif Niyet Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	43
Tablo 4. 5. Aile Planlaması Tutum Ölçeği ile Kontraseptif Niyet Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	44
Tablo 4. 6. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği, Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Kontraseptif Niyet Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4. 7. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği, Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Kontraseptif Niyet Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46

1. GİRİŞ

Aile planlaması (AP), hem istenmeyen gebelikleri, hem de aşırı doğurganlığı önleyerek, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde rol oynayan önemli bir sağlık hizmetidir.¹ Başarılı bir AP programı, anne ve bebek ölümlerini önemli ölçüde azaltmaktadır.² AP hizmetlerinin anne ve çocuk sağlığı üzerine olumlu katkıları bilinmesine rağmen, ülkemizde AP kullanma oranları hala istenen düzeyde değildir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre, halen doğurganlık çağındaki kadınların %26.5'i herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır.³ Modern yöntem kullananların oranı %47.4, geleneksel yöntem kullananların oranı ise %26'dır. Bölgeler arası farklılıklara bakıldığında modern yöntem kullanma oranlarının en düşük olduğu bölgenin Ortadoğu Anadolu bölgesi olduğu ve bu bölgede modern yöntem kullanım oranı %37.3 iken geleneksel yöntem kullanım oranı %26.7, yöntem kullanmayanların oranı ise %36.1'dir. Gebeliği önleyici yöntem kullanma oranlarının düşük olması sonucu istenmeyen gebelik ve istemli yapılan düşüklerin oranı her geçen gün artmaktadır. TNSA 2013 verilerine göre Türkiye'de istenen doğurganlık hızı 1.9 iken toplam doğurganlık hızı 2.26'dır. Buradan yola çıkarak toplam doğurganlık hızının %16'sının istenmeyen gebelik olduğu söylenebilir. Bölgeler arası farklılıklara bakıldığında ise toplam doğurganlık hızının en yüksek olduğu bölgenin doğu bölgesi olduğu 3.41 ve bu bölgede istenen doğurganlık hızının 2.5 olduğu dikkati çekmektedir. Benzer şekilde bu bölgedeki toplam doğurganlık hızının %26'sının istenmeyen gebelik olduğu söylenebilir. Bir kadının ruhsal ve fiziksel açıdan kendisini gebeliğe hazır hissedeceği zamana kadar istenmeyen bir gebelikten etkili bir şekilde korunması kendisinin ve bebeğinin sağlığı için önem taşır. Çünkü istenmeyen gebelikler özelde anne ve bebek sağlığını genelde aile ve toplum sağlığını olumsuz yönde etkiler.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 doğum istatistiklerine göre doğurganlık hızının en yüksek olduğu on il sırasıyla; Şanlıurfa (%4.33), Ağrı (%3.69), Siirt (%3.46), Şırnak (%3.45), Muş (%3.35), Bitlis (%3.39), Mardin (%3.23), Van (%3.18), Diyarbakır (%3.12) ve Batman (%3.10)'dır.⁴ TNSA 2013 verilerine göre Türkiye'de isteyerek yapılan düşüklerin oranı %13.5 iken Orta Anadolu Bölgesinde bu oranın %13.2 olduğu dikkat çekmektedir. Aşırı doğurganlığın beraberinde getirdiği sorunlardan biri doğum aralıklarının kısa olması bir diğeri de 18 yaş altı 35 yaş üstü gebeliklerdir. TNSA 2013 verilerine göre doğum aralığı 24 aydan daha kısa olanların oranı Türkiye genelinde %17.5 olmakla birlikte benzer şekilde yine en yüksek oranın %25.8 ile doğu bölgesinde olduğu dikkat çekmektedir. Doğumda anne yaşına bakıldığında TNSA 2013 verilerine göre 18 yaş ve altındaki kadınların % 6.3'ü anne olmuş veya %2.3'ü ilk çocuğuna gebedir. Ülke genelinde yapılan doğumların %36'sının 30 yaş sonrası olduğu, gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 18 yaş altı 35 yaş üstü yapılan doğumların ise tüm doğumların yaklaşık beşte birini oluşturduğu belirtilmiştir.³

Aile planlaması denildiği zaman akla gelen olgu çocuk sayısının kısıtlanması, nüfusun azaltılması olmamalıdır.⁵ Aile planlamasının amacı; özelde anne ve doğacak çocukların sağlıklı olmasını genelde sağlıklı bir toplumun oluşmasını sağlamaktır.⁶ Kadın sağlığını bozan 4 tip gebelik/doğum bulunmaktadır. Bunlar; 18 yaş altı 35 yaş üstü gebelikler, aşırı doğurganlık (4'ten fazla) ve sık aralıklarla yapılan (2 yıldan az) doğumlardır. Aile planlaması yöntemi kullanmayan, erken-ileri yaşta olan kadınların ve sık aralıklarla gebe kalan kadınların hem kendi sağlıkları hem de doğacak çocuklarının sağlıkları olumsuz yönde etkilenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, aşırı doğurganlık nedeniyle görülen riskli gebelik ve anne-çocuk sağlığında görülen sorunlar, genel sağlık sorunları arasında en başta bulunmaktadır. Aşırı doğurganlık riskli gebeliklerin

yaşanmasına, anne ve bebekte sağlık sorunlarına neden olmakta ve ölümlerle sonuçlanabilmektedir.⁷⁻⁹

Yapılan çalışmalara göre, etkin aile planlaması yöntemi kullanmayı etkileyen faktörlerden biri kadının aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumu bir diğeri de doğurganlığa ilişkin tutumudur.¹⁰⁻¹³ Tutumlar doğrudan gözlenemese de davranışları etkilediği bilinmektedir. Aile planlaması yöntemlerine yönelik tutumlar, yöntem kullanımını doğrudan etkilemektedir. Türk toplumunda genellikle doğurganlığın kadının statüsünü artırdığına inanılmakta ve bu nedenle kadınlar doğurganlıklarını sınırlandırmak istememektedir.¹⁴ Hizmet alanların aile planlaması yöntemlerini seçerken bu gibi konularda tutumlarının bilinmesi, sağlık personelinin aile planlaması eğitim ve danışmanlığı yaparken bireylerin tutumlarını göz önünde bulundurarak davranış değiştirme yönünde danışmanlık hizmetlerinin idame ettirilmesini sağlayacaktır.¹⁰ Aile planlaması yöntemlerinin kullanımını artırmak için; yöntem kullanımını etkileyebileceği düşünülen faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörleri kontrol etmeye yönelik planlamalar yapılması önemlidir. Aile planlaması hizmetlerini yürüten en önemli sağlık profesyonelleri ebeler ve kadın sağlığı hemşireleridir. Kadınların AP'ye, doğurganlığa ilişkin tutumlarının, kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi planlanacak ebelik ve hemşirelik girişimlerine rehberlik edebilecektir.

Bu çalışmada, AP kullanma oranlarının düşük, doğurganlık hızlarının yüksek olduğu Ortadoğu Anadolu Bölgesinde bulunan Van ilinde yaşayan kadınların aile planlamasına, doğurganlığa yönelik tutumlarının, kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin, aralarındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Planlamasının Tanımı ve Amacı

Aile planlaması, “çiftlerin istediği sayıda çocuk sahibi olması ve doğumlar arasında istedikleri süre kadar ara vermesi için gerekli bilgiye, eğitime ve araçlara sahip olması” şeklinde tanımlanmaktadır.^{1,15}

Aile planlamasındaki temel amaç, anne ve çocuk sağlığının korunmasıdır. Aile planlaması istenmeyen gebeliklerin önüne geçerek aşırı doğurganlığın önlenmesini ve aynı zamanda toplumun genel sağlığının yükselmesini sağlamaktadır. Bu açıdan ele alındığında aile planlaması; istenmeyen gebeliklerin önlenmesini, bireylerin üreme sağlığı hakkında bilgi sahibi olmasını, anne sağlığının korunmasını ve anne ölümlerinin önüne geçilmesini amaçlamaktadır.^{1,15}

Aile planlamasının etkin bir şekilde uygulanması birçok olumsuzluğu ortadan kaldırmaktadır. Buna göre;¹⁶

- Annede oluşması muhtemel bazı hastalıklar ve anne ölüm oranları azalmaktadır.
- Bebek ve çocuk ölüm oranları azalmaktadır.
- Erken doğum ve düşükler azalmaktadır.
- İleri yaş doğum oranının azalmasına bağlı olarak bebeklerde sakat doğum riski de azalmaktadır.
- Aşırı nüfus artışının sebep olduğu ekonomik olumsuzlar azalmaktadır.
- Toplumun eğitim, beslenme, barınma, sağlık ve çevre koşullarında iyileşme sağlanmaktadır.

Ülkemizde doğum kontrol yöntemleri 1965 yılında 557 sayılı kanun ile kabul edilmiştir.¹⁷ Kanunun kabul edilmesi ile birlikte doğum kontrol yöntemlerinin tanıtılması, doğum kontrol yöntemleri ile ilgili halka eğitim verilmesi, halka bu yönde tıbbi sağlık hizmetlerinin verilmesi ve gebeliğin sonlandırılması serbest bırakılmıştır. 1983’ te kabul

edilen bir başka yasa ile ebe ve hemşireye aile planlaması uygulamalarında yetki verilmiştir. Aynı yasa ile istendiği takdirde gebeliğin 10. haftasına kadar sonlandırılması konusunda izin verilmiştir.¹⁸

Türkiye Cumhuriyetinin kuruluşundan bugüne kadar olan nüfus yapısı ele alındığında nüfus yapısının üç döneme ayrıldığı görülmektedir.¹⁹ Buna göre;

- 1923-1955 yılları arasında ölüm hızı yavaşlamış, doğurganlık oranı ve nüfus artmıştır.
- 1955-1985 yılları arasında doğurganlık oranı ve ölüm hızı azalmış ancak nüfus artmıştır.
- 1985-1990 yılları arasında doğurganlık oranı ile ölüm hızı büyük ölçüde azalmış ve nüfus artışı da buna bağlı olarak aynı oranda azalmıştır.

2.2. Aile Planlamasının Önemi

Nüfus, doğal kaynakların ve ekonomik olanakların zorlanmasına neden olacak oranda artıyorsa o toplumda etkili bir aile planlaması zorunlu hale gelmektedir. Hızlı nüfus artışının önlenmesinde ve sağlıklı bir toplumun oluşmasında aile planlamasının önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır.

Aile planlamasının kadına, çocuğa ve topluma çok fazla faydası bulunmaktadır.²⁰ Aile planlaması ile elde edilen faydalar aşağıdaki gibidir;

- Çiftlerin gebelikler arasındaki zamanı bilinçli bir şekilde ve istedikleri bir ölçüde planlayabilmelerini sağlamaktadır.
- Hem beden hem de ruh sağlığı iyi olan anne sayısının artmasını sağlamaktadır.
- Sağlıklı çocuk sayısının artmasını sağlamaktadır.
- Aşırı nüfus artışının sebep olduğu ekonomik olumsuzlukları azaltmaktadır
- Çok erken yaşta ya da ileri yaşta çocuk sahibi olma oranını azaltmaktadır.

- İleri yaşıta çocuk sahibi olma oranını azalttığından bebeklerde görülen konjenital anomali, prematüre ve gelişme geriliği gibi hastalıkların azalmasını sağlamaktadır.
- İleri yaşıta anne olma ve aşırı doğurganlık nedeniyle görülen anne ölüm oranını azaltmaktadır.
- İleri yaş gebeliklerin azalması ve gebelikler arası sürenin uzaması nedeniyle doğum oranları azalmakta, buna bağlı olarak da sağlıklı doğan bebek sayısı azalmaktadır.
- Anne ölümlerine neden olan düşük sayısının azalmasını sağlamaktadır.
- Aile tarafından çocuklarına karşı gösterilen sevgi ve ilgi artacağından çocukların ruhsal açıdan daha sağlıklı gelişmesini sağlamaktadır.
- İstenmeyen gebelikler sonrasında dünyaya gelen bebeklerin neden olduğu ekonomik sıkıntılar ortadan kalkacağından, aileye ve topluma ekonomik açıdan katkı sağlamaktadır.
- Aile planlamasının toplumda etkin bir biçimde uygulanması sonucunda aşırı nüfus artışı engelleneceğinden, ülkenin planlı ve dengeli olarak büyümesini sağlayacaktır.
- Aile planlamasına yönelik kurulan merkezler ve bu merkezlerde verilen hizmetler sayesinde riskli gebeliklerin neden olduğu hastalıklar tespit edilmektedir.

Aile planlaması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi haricinde birey ve toplum açısından başka faydaları da olan bir sağlık hizmetidir.^{21,22} Buna göre;

- Anne ölümü, ailenin bütün üyelerini psikolojik ve fiziksel olarak olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla etkin bir aile planlaması, anne ölümlerinin azalmasını sağlayacağından aile üyelerinin daha sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlamaktadır.

- Gebelik sayısının, anne ölümlerinin ve anne-bebeğe ait sağlık sorunlarının azalması neticesinde, ekonomik yönden daha güçlü bir toplum oluşmasını sağlamaktadır.
- Çiftlerin daha güvenli bir cinsel yaşama kavuşmasını sağlamaktadır.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesini sağlamaktadır.

2.3. Türkiye'nin Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması

Türkiye uyguladığı nüfus politikaları açısından iki döneme ayrılmaktadır.²³ Buna göre;

- 1927- 1965 yılları arasında pronatalist yani nüfus arttırıcı çoğalma politikası,
- 1965 sonrasında ise antenatalist yani nüfus artış hızının sınırlandırılmasına yönelik politika, uygulanmıştır.

Türkiye’de planlı dönem 1963 yılında başlamıştır. 1963 yılından önce nüfusun artması yönünde uygulanan politikalar, 1963 yılından sonra yerini nüfus artış hızını sınırlayıcı politikalara bırakmıştır. Bu dönemde, aşırı nüfus artışının iktisadi kalkınmaya olumsuz etki ettiği düşüncesi hâkim olmuş ve nüfus artış hızının düşürülmesi yönünde politikalar uygulanmıştır.²⁴ 1920-1950 yılları arasında yüksek ölüm oranı ve insan gücünün azlığı nedeniyle benimsenen pronatalist yaklaşım, 1960'tan sonra yerini nüfus artış hızını azaltıcı yönde çalışmalara bırakmıştır. Bunda aşırı doğurganlık nedeni ile çocuk düşürmenin ve anne ölümlerinin artması etkili olmuştur.²⁵

Türkiye, 10 Nisan 1965 tarihinde yayınlanan 557 sayılı “Nüfus Planlaması” Hakkında ki Kanun ile nüfus politikalarında önemli bir değişikliğe gitmiştir. Bu kanun ile birlikte Türkiye’ de antenatalist politikalara geçişin ilk adımı atılmış ve 1936 tarihinde yürürlüğe giren “Umumi Hıfzısıhha Kanunu”nda gebelik önleyici yöntemlerin kısıtlanmasına yönelik hükümler kaldırılmıştır.²⁶

Nüfus artış hızının giderek daha da artış göstermesi üzerine 1965 yılında “Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü” nün kurulmasına karar verilmiştir. Bu dönemde doğum ve ölüm gibi konular üzerinde yapılan eğitime önem verilmiş ve nüfus artışını kısıtlayan önlemler alınmıştır. Planlı döneme başlanması ile birlikte kalkınma planı ve nüfus politikası yasal çerçevede birlikte yürütölmeye başlamıştır.²³

Tablo 2.1’ de sayım yıllarına göre Türkiye Nüfusunun 1927-2017 yılları arasındaki nüfus bilgileri yer almaktadır. Tablodan da anlaşılacağı üzere 1960 yılı itibari ile nüfus artış hızında bir yavaşlama olmasına rağmen nüfusun her yıl arttığı görölmektedir.²⁷

Tablo 2. 1. Sayım Yıllarına Göre Türkiye Nüfusu (1927-2017)

SAYIM YILI	NÜFUS	NÜFUS ARTIŞ HIZI (%) YILLIK	NÜFUS YOĞUNLUĞU
1927	13.648.270		18
1935	16.158.018	21.10	21
1940	17.820.950	17.03	23
1945	18.790.174	10.59	24
1950	20.947.188	21.73	27
1955	24.064.763	21.75	31
1960	27.754.820	28.53	36
1965	31.391.421	24.62	41
1970	35.605.176	25.19	46
1975	40.347.719	25.00	52
1980	44.736.957	20.65	58
1985	50.664.458	24.88	65
1990	56.473.035	21.71	73
2000	67.803.927	18.28	88
2010	73.722.988	14.50	96
2017	80.810.525	12.40	105

Türkiye’de uygulanan Kalkınma Planlarında Nüfus Planlamasına yönelik alınan kararlar şu şekildedir;

- 1.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967): Nüfus planlaması konusunda gerekli hizmetlerin yürütölmesi amacı ile 1965 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Nüfus Planlaması Kanunu ile

bireylere istediği sayıda ve istediği zamanda çocuk sahibi olabilme imkânı sunulmuştur.^{23,27}

- 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972): Bu dönemde “nüfus planlaması” ifadesi yerini “aile planlaması” na bırakmıştır. Aile planlaması kapsamında anne ve bebek sağlığı ile ilgili hizmetlerin beraber yürütülmesi ön görülmüştür.^{23,27}
- 3. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977): Aile planlaması hizmetleri ile anne-çocuk sağlığı hizmetlerinde birlikte hareket edilmesine önem verilmiştir.^{23,27}
- 4. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1978-1983): Devlet yöneticileri tarafından ideal çocuk sayısının iki olduğu yönünde açıklamalar yapılmış ve aile planlaması uygulamaları konuşulmaya başlanmıştır. Ayrıca 1983’de nüfus planlamasına yönelik 2827 sayılı kanun yürürlüğe konulmuştur.^{23,27}
- 5. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989): Toplum sağlığı, eğitimi, beslenmesi ve barınma koşulları ile bebek ölümlerinin önlenmesine yönelik kararlar alınmıştır.^{23,27}
- 6. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994): Aşırı nüfus artışı sonucunda ekonomik büyümenin ve sosyal gelişmenin istenilen düzeyde sağlanamadığı görüşü hâkim olmuştur. Bu nedenle nüfus artış hızının azaltılmasına yönelik politikalara ağırlık verilmesi ön görülmüştür.^{23,27}
- 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000): Nüfusun hızla artmasının neticesinde ekonomik gelişmenin engellendiği kabul edilmiştir. Ayrıca sanayileşmenin ve kentleşmenin aile yapısını değiştirdiği, bu nedenle aile yapısının çağdaş kurumlar ve hizmetler tarafından desteklenmesi gerektiğine karar verilmiştir.^{23,27}
- 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005): Doğum öncesinde anne-çocuk sağlığı açısından önem arz eden sağlık personeli desteği, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetleri ile modern aile planlamasının kullanım oranında artış

gözlemlenmesine karşın bu oranın yerleşim yerine göre farklılıklar gösterdiği üzerinde durulmuştur.^{23,27}

- 9. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013): Nüfus artışının azalmasına yönelik politikaların uygulanmasına devam edilmiştir. Ülkede nüfus artışına bağlı olarak ortaya çıkan olumsuz etkilerin azalmış olmasına karşın istihdam, işsizlik ve eğitim ile ilgili sorunlar devam etmiştir.^{23,27}
- 10. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018): Ülkede doğurganlık hızının nüfus alanında uygulanacak politikalarla azar azar yükseltilmesi hedeflenmektedir.^{23,27}

2.4. Kontraseptif Yöntemin Tanımı

Kontraseptif, “cinsel ilişkiden sonra oluşabilecek bir gebeliğin önlenmesi” şeklinde tanımlanmaktadır.²⁸ Doğum kontrol yöntemi olarak da bilinen Kontraseptif yöntem, dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de koruyucu sağlık hizmetleri adı altında sürdürülmektedir. Bu sayede insanlar istenmeyen gebelikler ya da riskli cinsel ilişkiler karşısında nasıl bir önlem alınabileceğini daha kolay bir şekilde öğrenmekte ve anlamaktadır.²⁹ Kontraseptif yöntemlerinin kullanılmasındaki temel amaç, cinsel yaşamın korkmadan ve düzenli bir şekilde devam etmesini ve buna bağlı olarak da bireylerin mutlu olmasını sağlamaktır.³⁰

2.5. Kontraseptif Yöntemlerin Tarihçesi

İnsanlık tarihi kadar eski olan doğum kontrol yöntemleri (kontraseptif yöntemleri), gebeliğin cinsel birleşme sonucunda meydana geldiğinin anlaşılması ile birlikte gebeliğin önlenmesine yönelik çarelerin aranması şeklinde ortaya çıkmış ve tıp biliminin gelişmesi ile birlikte değişime uğrayarak günümüze kadar gelmiştir. Geri çekme metodu, çoğu toplumda bilinen ve çiftlerin doğurganlığını kontrol altına almak için kullandığı en eski yöntemlerdendir. M.Ö. 1850 tarihinden günümüze kalan Mısır’a ait bazı belgelerde, gebeliğin önlenmesi için timsah dışkısı, bal ve sakızın tampon olarak kullanıldığı

görülmekte ve Arapların ise develerin gebe kalmaması için uteruslarına taş koydukları bilinmektedir.^{1,31,32}

Ayrıca Mısırlı kadınlar, gebeliği önlemek için rahim ağzına, spermeleri öldüren yağ ya da bal sürülmüş bir kılıf yerleştirmişlerdir. Aynı şekilde Asyalı kadınlar yağlı kâğıdı, Avrupalı kadınlar balmumunu, Japonlar bambu kâğıtları, Müslümanlar palmiye yapraklarını, Pasifik adalarında bulunan kadınlar ise deniz ürünlerini hamile kalmamak için kullanmışlardır.³²

1564 yılında “kondom” ile ilgili ilk çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Kondomun ilk olarak 1600’ lü yıllarda Dr. Kondom tarafından ortaya çıkartıldığı ancak 1800’ lü yıllarda Avrupa’ da yaygın olarak kullanılmaya başlandığı bilinmektedir. 1838 yılında diyafram yapılmış ve 1885 yılında ise spermisitlerin kullanımı gerçekleşmiştir.³³ Servikal kapak, Amerikalı Jinekolog E.B. Foote tarafından 1860 yılında geliştirilmiştir.

Modern ve etkili bir doğum kontrol yöntemi olan Rahim içi araçların (RİA) da yine çok eski tarihlere dayandığı görülmektedir. Hipokrat döneminde, rahim içine yerleştirilen bir takım maddeler sayesinde gebeliğin önlenabildiği bilinmektedir.³⁴ RİA, çok eski dönemlerde kullanılmış bir yöntem olsa da bu konuda gelişme sağlanması oldukça zaman almıştır. Buna göre; tıp literatüründe ilk defa 1909 yılında Almanya’da Richard Richter tarafından ipekten yapılmış uygulanabilir RİA yapılmıştır. Daha sonra Ernst Grafenberg tarafından 1929 yılında ipek ve gümüşten yapılan RİA’lar yapılmıştır. RİA’ ların kullanılmaya başlamasının ardından, 1959 yılında yapılan 20 yıllık kullanımın analiz sonuçlarında uygulamanın olumlu sonuçlar getirdiği görülmüştür.³⁵

Dünyada 1960’lı yıllardan bu güne en yaygın kullanılan RİA’nın Dr. Lippes tarafından Buffalo’dan geliştirilen Lippes-Loop olduğu bilinmektedir. İlk bakır ve çinko içerikli RİA’lar ise Zipper ve arkadaşları tarafından 1968 yılında yapılmıştır. Daha sonra 1970 yılında bakır içerikli RİA’ lar üzerinde yapılan çalışmalara ağırlık verilmiştir.³⁶

İlk “hormonal kontraseptif” olan doğum kontrol hapları üzerinde yapılan çalışmalar; Rock, Pincus ve Garcia tarafından 1956 ve 1958 yıllarında yapılan bildiriler sonrasında hız kazanmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda implant ve enjeksiyon şeklinde hormonal kontraseptifler ve uygulaması daha kolay olan cerrahi sterilizasyon teknikleri geliştirilmiştir.

1960’da Lazer Marguiles tarafından rahime sonradan şekil alan plastik bir aracın yerleştirildiği ancak bu aracın çok büyük olmasından dolayı kramp ve kanama şikâyetlerine neden olduğu ve yine sert bir malzeme olduğu için peniste tahrişe neden olduğu bilinmektedir.³⁷

1976’da bir sene boyunca koruma sağlayan Progestasert isimli ve içeriğinde progesteron bulunan rahim içi ilaçlar ile bakır bulunan rahim içi ilaçlar geliştirilmiştir.³⁸

1960’da doğum kontrol hapları, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’ de onaylanmış ve onaylandığı tarihten bu güne, taşıdığı risk ve yan etkisinin azaltılması amacı ile içeriğinde bulunan östrojen ve progesteron hormonları azaltılmıştır. Böylece doğum kontrol hapları daha güvenilir hale geldiğinden, birçok ülkede hala yaygın olarak kullanılmaya devam etmektedir.³⁹

2.6. Kontraseptif Yöntemler

Kontraseptif yöntemler etkili (modern) yöntemler ve etki derecesi sınırlı (geleneksel) yöntemler olmak üzere iki ana başlık altında ele alınmaktadır.

2.6.1. Etkili Yöntemler (Modern Yöntemler)

Modern yöntemler olarak da adlandırılan etkili korunma yöntemleri, Hormonal Kontraseptifler, Rahim İçi Araçlar (RİA), Bariyer Yöntemler ve Cerrahi Sterilizasyon olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır.

Hormonal Kontraseptifler

Hormanal kontraseptifler östrojen ve progesteron kombinasyonu veya sadece progesteron olan formlardan meydana gelmektedir. Hormonal kontraseptifler ilk olarak 1960'lı yıllarda kullanılmış ve yan etkileri azalsın diye dozları düşürülerek günümüze kadar gelmiştir. Hormonal kontrasepsiyon yöntemleri aşağıdaki gibidir;^{1,40}

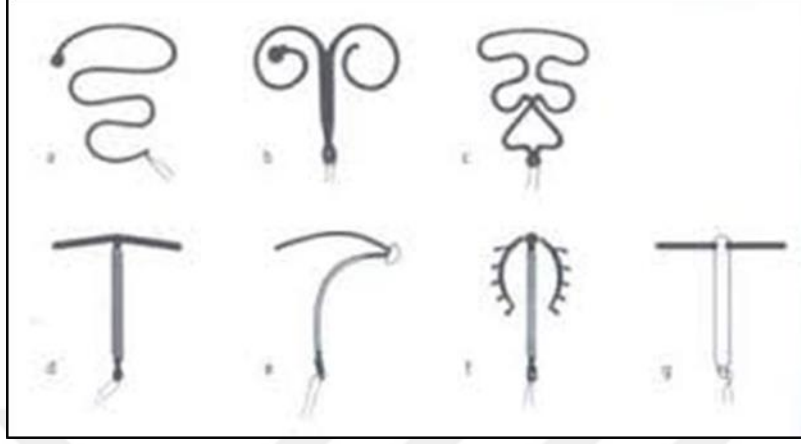
- Kombine oral kontraseptifler (KOK-Hap)
- Yalnız Progesteron içeren Mini haplar
- Post-koital kontrasepsiyon (Ertesi gün hapi)
- Vajinal halkalar
- Deri altı implantları
- Enjekte edilen kombine kontraseptifler
- Enjekte edilen yalnız progestin içeren kontraseptifler
- Transdermal bantlar

Rahim İçi Araçlar (RİA)

Rahim içi araçlar (RİA), içeriğinde bakır veya hormon bulunan plastik ve küçük bir maddedir (Şekil 2.1). Salgıladığı bir miktar bakır ile döllenmeye engel olmaktadır. Rahim içi araçlar her geçen gün daha da yaygın olarak kullanılmaya başlayan kontraseptif yöntemlerden biridir. Neredeyse elli yıla yakın bir zamandır kullanılan RİA' lar, dünyada en çok kullanılan ve etkili bir doğum kontrol yöntemidir. Elli yıllık bir geçmişe sahip olmasına rağmen 21. yüzyılda dahi hala geliştirilmeye devam etmektedir.⁴¹

TNSA 2013'e göre Türkiye'de modern aile planlaması yöntemleri arasında %17'lik oran ile en çok bakır içerikli rahim içi araçlar kullanılmaktadır.³ Bakır içeren RİA'lar etkinlik ve süre bakımından farklılık göstermektedir. İçeriğindeki bakır oranı gebelikten korunma süresini belirlemede etkili olmaktadır. Rahim içi araçlarda,

içeriğindeki bakırın tükenmesi durumunda koruyuculuğu azalmakta ve gebelik riski artmaktadır.



Şekil 2.1. Rahim İçi Araçlar

Günümüzde dünya genelinde üç çeşit RİA kullanılmaktadır.^{1,41,42} Bunlar;

- Katkısız RİA'lar: Polietilen ya da paslanmaz çelikten (Çin’de kullanılan ringler) yapılmıştır.
- Bakırlı RİA'lar: TCu - 380 A, TCu - 380S, TCu - 200, TCu - 200B, Multiload (ML Cu 250 ve 375) ve Nova T gibi.
- Hormonlu RİA'lar: Progestasert, Levonova (Mirena)

RİA’nın olumlu yönleri:

- Güvenli ve çok etkili, geriye dönüşümlü bir yöntemdir.
- Yöntemin kullanımı cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır.
- Kullanımı kolaydır.
- Uygulandıktan sonra uzun süre etkilidir.
- Emzirenler için uygundur.
- Yılda bir kez kontrolü dışında hatırlamayı gerektirmez.
- Çıkarıldığında fertilitenin dönmesi gecikmez.

Rahim içi araçların olumsuz yönleri;

- Sağlık kuruluşlarında sağlık personeli tarafından uygulanma zorunluluğu olması,
- Uygulama ve çıkarma işlemlerinde ağrı olabilmesi,
- RİA'ların kullanılmaya başlandığı ilk aylarda menstruasyon miktarında ve süresinde uzamaya ve pelvik ağrıya neden olması,
- Cinsel yol ile bulaşan enfeksiyonlara karşı koruma sağlamamasıdır.

Bariyer Yöntemler

Bariyer yöntemler olarak da bilinen bu araçlar, spermin üst genital organlara gitmesine engel olan mekanik veya kimyasal araçlar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu yöntemlerin yan etkileri olmamakla birlikte cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı da koruma sağlamaktadır.⁴³

Bariyer yöntemler; kondom, diyafram (bayan kondomu), servikal başlık ve spermisidler şeklinde ayrılmaktadır.

Kondom: Bilinen eski yöntemlerden bir tanesidir ve günümüzde hala kontraseptif yöntemler arasında yerini korumaya devam etmektedir. Kondom, cinsel ilişki öncesinde ereksiyon halinde olan penise geçirilerek spermilerin vajinaya gitmesine engel olmak için kullanılan bir yöntemdir (Şekil 2.2).⁴³



Şekil 2.2. Kondom

Kondomun, hormonal bir yan etkisi bulunmamakta, reçete veya tıbbi bir müdahale gerektirmemektedir. Ayrıca kondom, AIDS virüsü de dâhil olmak üzere cinsel yol ile bulaşan bütün hastalıklara karşı önemli bir koruyucu etki sağlamaktadır. Ancak hatalı kullanıldığı takdirde önemli riskler de taşımaktadır. Bu nedenle kondomun kullanımı ile ilgili gerekli eğitimlerin yapılması önem taşımaktadır.¹

Diyafram: Diyafram, kauçuk malzemeden üretilmektedir. Yapısı itibari ile ince bir kubbeye benzeyen diyafram, mekanik olarak rahim ağzını kapatan kontraseptif bir yöntemdir (Şekil 2.3). Diyafram, kontrasepsiyona üç şekilde engel olmaktadır;⁴²

- Sperme, fiziksel açıdan bir bariyer oluşturarak,
- Servikal mukusun vajinal asiditeyi nötralize etmesine mani olup spermlerin vajinaya ulaşmasını önleyerek,
- Spermisit krem ve jellerin doğru bir şekilde kullanılmasını sağlayarak.

Günümüzde diyafram, giderek daha az kullanılır hale gelmiştir. Bunun en önemli nedeni, diyaframın kullanılması ile ortaya çıkan şikâyetlerin diğer yöntemlerde görülmemesidir.

Güvenli bir yöntem olmasına rağmen, bazı yan etkilerine de rastlanmaktadır. Hastalar genellikle vajinada oluşan kirlilikten, irritasyondan ve doğru yerleştirilemediğinde diyaframın vermiş olduğu rahatsızlıktan şikâyet etmektedir. Ayrıca diyafram kullanan kişilerde idrar yolu enfeksiyonları görülme oranı daha fazla olmaktadır.^{41,42}



Şekil 2.3. Diyafram

Servikal Başlık: Servikal Başlık, eskiden özellikle Avrupa’da diyafram kadar yaygın olarak kullanılmış bir kontraseptif yöntemdir. Ancak günümüzde eski popülaritesini kaybetmiştir. Servikal Başlık, diyaframa göre daha sert, yüksek ve ebat olarak daha küçüktür (Şekil 2.4). Etkinliği diyafram ile hemen hemen aynı olmakla birlikte gebelik oranı %8.4-19.6 arasında değişmektedir.⁴¹⁻⁴³



Şekil 2.4. Servikal Başlık

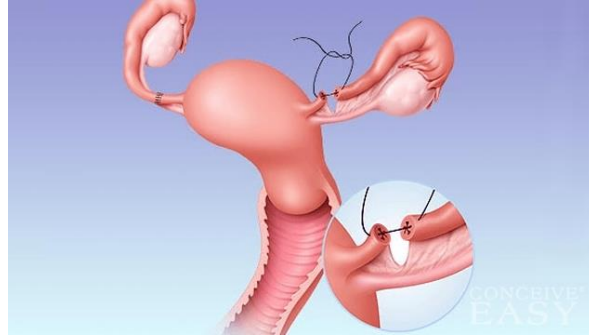
Spermisidler: Spermisidler, cinsel ilişkiden 10 -15 dakika öncesinde vajinaya uygulanan, spermin hareket etmesine engel olan ve spermleri öldüren kimyasal ajanlardır. Birden fazla çeşidi olan Spermisidler suppozituar, tablet, aerosol, jel, film, krem, macun, sünger ve köpük şeklinde olabilmektedir.^{1,41-43}

Cerrahi Yöntemler

Halen dünyada en yaygın olarak kullanılan en etkili kontraseptif yöntem cerrahi sterilizasyondur.^{1,41-43} Üreme kanalında yapılan cerrahi girişim sonucunda (kadında fallop tüplerinin, erkekte vas deferenslerin bağlanması/kapatılması) ovum ve spermlerin birleşmesini engelleyen cerrahi sterilizasyon artık çocuk istemeyen aileler için uygun yöntemlerdir. Günümüz teknolojisi ile yöntemin geriye dönüşümü sağlanabilse de genelde başarı oranları düşüktür. Tüplerin açılması için tekrar ameliyat olma zorunluluğu vardır. Bu işlem pahalı ve zor bir işlemdir aynı zamanda gebelikten koruma yüzdesi çok yüksek olmasına rağmen yüzde yüz değildir. Bu nedenle yöntem hakkında danışmanlık

yapılırken ayrıntılı bilgi verilmelidir. İlerleyen zamanlarda çocuk isteği olabilecek ve kararsızlık yaşayan çiftlerde kesinlikle uygulanmamalıdır.⁴⁴

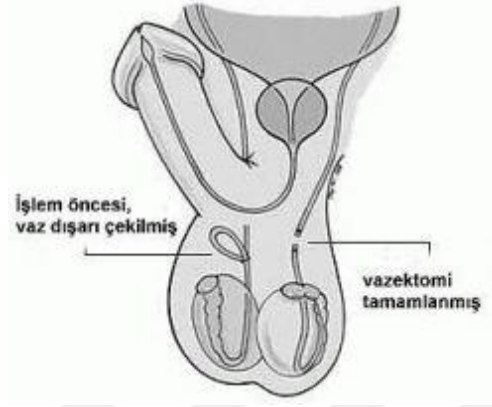
Kadında Cerrahi Sterilizasyon; “Tüp Ligasyonu (Şekil 2.5)”, “Mini Laparotomi ve “Laparaskopi” olmak üzere üç yöntemle yapılmaktadır. Değişik ameliyat yapma şekilleri vardır ama amaç aynıdır tüplerden spermilerin geçişine engel olmak. Ameliyat esnasında tüplerin uterusun bazı dokularla karıştırılması riski vardır, bu da ameliyatın başarısını olumsuz etkilemektedir. Ayrıca nadiren de olsa bazen bağlanan tüpler açılabilmekte ve gebelik oluşabilmektedir. Mini laparotomi de 3-5 cm kesi açılarak tüplere ulaşılır. Hastaya ve ameliyatı yapan cerraha göre değişmekle beraber ortalama 15-20 dakika kadar sürer. Basit bir ameliyat olmasına rağmen batının açılması nedeniyle birkaç gün hastanede kalmayı gerektirir. Ameliyat uygun şekilde yapılırsa başarı şansı yüzde yüzeye yakındır. Gebelikten korunma hemen başlar. Genellikle resmi bir kural olmamakla beraber 30 yaşın altındaki kadınlara uygulanmaz. Evli kadınlarda bu işlem için eşin rızası da gereklidir.¹



Şekil 2.5. Tüp Ligasyon

Erkeklerde Cerrahi Sterilizasyon, vazektomi yapılacak erkek yöntemiyle ilgili iyice aydınlatılmalı ve kendisi yöntemin geriye dönüşümsüz olduğunu operasyondan önce bilmelidir. İşlem lokal anestezi altında yapılabilir. Skrotuma insizyon yapıp vas deferens denilen sperm kanalları bulunup kesilip bağlanıp koagüle edilir (Şekil 2. 6). Vazektomiden 8 hafta sonra, ilk semen analizi 4 hafta sonra da ikinci semen analizi

yapılır, eğer iki negatif sonuç elde edilirse hasta steril kabul edilir. Cinsel işlev bozukluğuna sebep olmaz. Koruma hemen başlamaz. Depolanan spermilerin boşalması gerekmektedir. 15-20 ejakulasyondan sonra kesin emin olmak için sperm sayımı gerekir. Kadınlarda olduğu gibi evli erkeklerde de bu işlem için eşin onayı gerekir.⁴⁵



Şekil 2.6. Vazektomi

2.6.2. Etki Derecesi Sınırlı Yöntemler (Geleneksel Yöntemler)

Servikal Mukus Yöntemi

Servikal Mukus Yöntemi, servikal mukusun izlenmesi neticesinde fertil ve infertil günlerin belirlenmesini ifade etmektedir. Servikal Mukus Yöntemi 1960’larda Billings’ler tarafından ortaya atılmıştır. Bu sebeple bu yöntem Billings Ovülasyon Yöntemi (BOM) olarak da bilinmektedir. Servikal mukus yönteminin takip edilmesi için “Creighton Modeli” ve “İki Gün Modeli” geliştirilmiş olsa da BOM en fazla kullanılan yöntem konumundadır.⁴⁶

Servikal Mukus Yönteminin temeli menstrüel siklus süresince görülen mukus değişikliklerinin farkına varılmasına dayanmaktadır.⁴⁷ Servikal mukus, östrojen ve progesteron seviyesine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Menstrüasyon döneminin sona ermesi ile birlikte östrojen seviyesi yükselir ve mukus salgılamında artış gözlenir. Ayrıca yine bu dönemde mukus incelerek berraklaşmakta ve elastikiyeti artarak daha kaygan bir duruma gelmektedir. Menstruasyon sonrasında yaklaşık 14. günde

ovulasyon ortaya çıkmakta ve ovulasyon sonrası progesteronun artması mukusun içeriğindeki su oranını azaltmakta ve mukus kalınlaşmaya başlamaktadır. Dolayısıyla mukus ovulasyondan önce sahip olduğu niteliklerini yitirerek daha yapışkan ve pürtüklü bir yapıya dönüşmektedir.⁴⁷

Birçok kadında menstrual kanama sona erdikten sonra bir süre hiç mukus olmadığı yani vajinanın kuru olduğu gözlenmektedir. Kuru günler olarak da ifade edilen bu günlerin ardından mukus fark edilmeye başlanmaktadır. Buradaki mukus yapışkan, pürtüklü ve koyu kıvamlı bir yapıya sahiptir. Ayrıca mukus çok az olduğu için vajinal bölge kuru olmaktadır. Ovulasyon zamanına gelindiğinde mukus çoğalır, inceler, elastikiyeti ve kayganlığı artar ve rengi daha berrak bir hal alır. Kadınlar bu dönemde vajinalarında ıslaklık hissederler. Bu sebeple bu günler ıslak günler olarak da adlandırılmaktadır. Burada mukus, spermilerin ortalama 2 ila 3 gün süre ile yaşamasını ve tüplere kadar ilerlemesini sağlamaktadır. Mukusun vajina girişinde neden olduğu ıslaklığın ve kayganlığın hissedildiği son gün zirve günü olarak adlandırılmaktadır. Yumurtlama dönemi, ya zirve gününden bir gün önce ya zirve gününde ya da zirve gününden sonraki iki gün içinde gerçekleşmektedir. Yumurtlama döneminin ardından mukus yeniden kalınlaşır ve kuru günler başlar. Spermin kuru günlerde mukus içerisinde hareket etmesi ve bir iki saatten fazla yaşaması kolay değildir⁴⁷

Servikal mukus yönteminde kadınlar, menstrual kanamanın ardından her gün vajinalarını kontrol ederler. Kontrol süreci mukusun çok olduğu günlerin bitiminden itibaren 8-10 gün kadar devam eder. Bu şekilde mukusta ortaya çıkan değişiklikler ve yumurtlama döneminin yaklaştığı anlaşılır. Mukusun görünüşüne ilişkin yeterli tecrübeye sahip olana kadar kadın bütün siklusu kayıt altına almalıdır. Burada mukus aynı gün içerisinde değişiklik gösterebildiğinden, kontrollerin daha ziyade akşam saatlerinde yapılması önerilmektedir.⁴⁶ Siklusa ilişkin kayıt çizelgesi aşağıdaki gibidir. (Şekil 2.7).

Bazal Vücut Isısı Yöntemi

Ovulasyon döneminin ardından korpus luteumdan progesteron hormonu salgılanmaktadır. Progesteron hormonu ise basal vücut ısını artırıcı bir etkiye sahiptir ve vücut ısısının 0.2-0.5 derece kadar yükselmesine neden olmaktadır. Isı bir sonraki yumurtlama dönemine kadar yüksek seviyede kalır. Yöntemin temelinde ise bu ısı yükselişi bulunmaktadır. Bu yükselişe “Termal Kayma” da denilmektedir. Yumurtlama dönemi bu vücut ısı ile belirlenebilmektedir. Bazal vücut ısısının sabah saatlerinde alınması ve kaydedilmesi gerekmektedir. Ayrıca çok küçük artışlar bile ölçülebilmelidir. Vücut ısısının stres, uykusuzluk ve hastalık gibi birçok nedene bağlı olarak yükseldiği göz önünde bulundurulmalı ve tablo ona göre yorumlanmalıdır.^{1,15}

Takvim Yöntemi

Takvim yöntemi, menstrual siklustaki fertil ve infertil günleri belirlemek için 6 ay süren ve matematiksel formüller ile hesaplanan doğal bir yöntemdir. Burada esas olan çiftlerin fertil günlerde cinsel birleşmeden kaçınmasıdır. Takvim yöntemi ilk kez bilimsel anlamda 1928 yılında menstrüel siklusa ovulasyon gününün belirlenmesi sonucu ortaya çıkmış ve sonrasında yaygınlaşmaya başlamıştır. Fakat takvim yöntemi birçok kez gebelikle sonuçlandığından kullanımında sınırlılıklar yaşanmıştır.^{1,15}

Fertil ve infertil günlerin belirlenebilmesi için menstrüel siklus süresinin tam olarak bilinmesi önem arz etmektedir. Bunun tam olarak bilinmesi içinse kişinin son bir yılına ait siklus sürelerinin kayıt altına alınması gerekmektedir. Siklusun düzenli olduğu varsayılırsa fertil dönem, siklus süresinden 19 ve 11’in çıkarılması ile belirlenmektedir. Mesela 29 gün ara ile adet döngüsü başlayan bir kişinin fertil günleri $29-11=18$ ve $29-19=10$ şeklinde hesaplanmaktadır. Burada 0-10 aralığı fertilité bakımından tam güvenli olmamaktadır. 18-29 aralığı ise fertilité bakımından güvenli günlerdir.

Siklusun düzenli olmadığı varsayılırsa fertil günleri, son 12 siklustan en uzun süreli olandan 11, en kısa süreli olandan 18 çıkartılarak hesaplanmaktadır. Mesela kişinin son 12 siklusu, 30, 28, 30, 31, 27,26, 27, 31, 27,30, 27,29 gün ise fertil günler $26-19= 7$ ve $31-11= 20$ şeklinde hesaplanmaktadır. Burada ilk 7 gün fertilité bakımından tam güvenli olmamaktadır. 20-30 aralığı ise fertilité bakımından güvenli günlerdir.

Bazı kadınların sikluslarının düzensiz olması ve plansız gebelikler ile sonuçlanması nedeniyle takvim yöntemi yetersiz ve güvensizdir.^{1,15}

Laktasyonel Amenore Yöntemi

Laktasyonel amenore yöntemi annenin emzirmeyi bir takım kurallar çerçevesinde aile planlama yöntemi olarak kullanmasını ifade etmektedir. Modern kontraseptif yöntemlerden önce iki gebelik arasındaki süre, emzirme ile belirlenmekteydi. Gebelik önleyici metotlar eskiden çok yaygın kullanılmamaktaydı. O dönemlerde emzirme, doğurganlığın önlenmesinde oldukça etkili olmuştur. Emzirme, hala gelişmekte olan ülkelerde aile planlaması kapsamında kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır. Bu yöntemin temeli, doğum sonrasındaki birkaç ay içerisinde emziren kadınların doğurgan olmadığı esasına dayanmaktadır.^{1,15}

Gebelikte ön hipofizden salgılanan prolaktin hormonunun görevi süt yapımını sağlamaktır. Prolaktin hormonu, gebeliğin beşinci haftasından itibaren salınmaya başlayıp, doğuma kadar giderek artan bir hızla yükselerek normal düzeyi olan 10-25 ng/ml'den gebeliğin sonunda maksimum düzeyi olan 200-400 ng/ml düzeyine ulaşır. Doğumdan sonra, plasentadan östrojen ve progesteron hormonlarının salgılanması kesilir. Bu durumda hipofiz bezinden salgılanan prolaktin hormonu laktojenik etkisiyle süt yapımını başlatır. Prolaktin düzeyi emziren kadınlarda doğum sonrası ilk haftalarda yaklaşık term düzeyinin %50'si düzeyine iner. Ancak, annenin bebeği her emzirmesinde meme ucunda bulunan sinirler aracılığıyla hipotalamusa uyarı gönderilir. Yaklaşık bir

saatlik süre içinde prolaktin hormonu sekresyonu 10-20 kat artış gösterir ve süt yapımı sağlanmış olur. Prolaktin hormonunu süt yapımını sağlarken aynı zamanda doğrudan hipotalamus ve overlere etki ederek ovulasyonu da baskılamaktadır. Prolaktin hormonunun bu etkisi, hipofiz bezinden salınan ve östrojen yapımından sorumlu hormonlar olan, Folikül Stimüle Edici Hormon (FSH) ve Luteinize Hormon (LH)'un salınımının baskılanması sonucu olmaktadır. Emzirme süresince düşük düzeyde olan östrojen hormonu folikül gelişmesine ve ovulasyonun olmasına engel olmaktadır. Bundan dolayı emziren kadınlarda menstruasyon geri döndükten sonra bile gebe kalma olasılığı düşük olmaktadır.^{1,15}

Laktasyonel amenore yönteminin başarılı olmasında tam emzirme önem arz etmektedir. Bu bağlamda tam emzirmenin koşulları şu şekildedir;

- Bebek altı aydan küçük olmalı,
- Menstruasyon başlamamalı,
- Bebek gece-gündüz her istediğinde en az dört dakika boyunca ve sık aralıklarla emzirilmeli,
- Bebek en az %85 oranında anne sütü ile beslenmelidir.

Tüm bu koşullar yerine getirildiğinde Laktasyonel Amenore Yönteminin başarı oranı %98 olarak gerçekleşmektedir.

Coitus Interruptus (Geri Çekme Yöntemi)

Coitus Interruptus yönteminin temeli, erkeğin cinsel ilişki esnasında ejakulatın gelmesinden evvel cinsel organını vajinadan çıkarması ve seminal mayinin vajinanın dışına boşaltılmasına dayanmaktadır. Bu yöntem doğru uygulansa bile %9-15 arasında gebelik olduğu saptanmıştır. Ancak bazı toplumlarda bu oranın %25'e yükseldiği görülmektedir.⁴⁴

Bu yöntemin başarısı, kişisel etmenlere ve erkeğin bu konuda gösterdiği sorumluluğa bağlıdır ve yöntem kimi çiftler tarafından uzun yıllar boyunca başarı ile uygulanabilmektedir.⁴⁷

Vajinal Lavaj

Birçok kadın ilişkinin ardından vajinal kanal yıkandığında spermilerin atılacağını ve bu şekilde gebeliğin önlenebileceğine inanırlar. Ancak koitus sonrası, spermilerin birkaç saniye içinde servikal mukusu geçip tüplere ulaştığı için etkin bir koruma sağlamamaktadır.⁴⁷

2.7. Kontraseptif Yöntem Kullanma Niyeti ve Etkileyen Faktörler

Kontraseptif yöntemlerin kullanılmasında en önemli etkenlerin başında eğitim yer almaktadır. Bireyin eğitim seviyesi yükseldikçe etkili kontraseptif yöntemlerin kullanım oranları da artış göstermektedir. Kontraseptif yöntemlerin kullanılmasını etkileyen diğer faktörler şunlardır;⁴⁹

- Toplumun yapısı (değerler, inançlar ve koşullar),
- Ailenin yapısı (toplum içindeki sosyal ve ekonomik durumu),
- Kadının toplum ve aile içindeki yeri,
- Erkeğin toplum ve aile içindeki yeri,
- Çocuğun toplum ve aile içindeki yeri,
- Evlilik özellikleri (ilk evlilik, eşler arasındaki yaş farkı, sevgi saygı ve sorumluluk),
- Kadının doğurganlığa ait tutum ve davranışı (çocuk sayısı, cinsiyet tercihi, aile planlaması),
- Erkeğin doğurganlığa ait tutum ve davranışı (çocuk sayısı, cinsiyet tercihi, aile planlaması),

Gebeliği önleyici yöntemin belirlenmesi ve tecrübe edilmesi kişiye özel bir durumdur.⁵⁰ Gebeliği önleyici yöntem kullanma niyetini; yöntem kullanımının yaygınlığı, çok çeşidinin bulunması, başarılı olma yüzdesi, yan etkileri, anne çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin varlığı ve erişilebilirliği etkilemektedir. Aynı zamanda toplumsal normlar da, alternatifleri sınırlandırarak veya bazı kuralları destekleyerek kişilerin yöntem kullanmalarına etkilemektedir.⁵¹

2.8. Kontraseptif Yöntemlerin Kullanım Yaygınlığı

Çalışmanın bu bölümünde kontraseptif yöntemlerin Dünya’da ve Türkiye’de ki kullanım sıklığı irdelenmektedir.

2.8.1.Dünya’da Kontraseptif Yöntemlerin Kullanım Yaygınlığı

Kontraseptif yöntemlerinin kullanımı Asya ve Latin Amerika başta olmak üzere dünyanın birçok ülkesinde artmasına karşın sahra altı Afrika’da halen düşük düzeylerde dir. Evrensel olarak bakıldığında etkili yöntemlerin kullanım oranı 1990 senesinden 2015 senesine kadar %54’ten %57.4’e çıkmıştır. Bölgesel olarak bakıldığında etkili yöntemlerin kullanım oranı 2008 senesinden 2015 senesine kadar çok az bir miktar artmış ya da değişmemiştir. Afrika’da %23.6’dan %27.6’ya, Asya’da %60.9’dan %61.6’ya, Latin Amerika ve Karayiplerde %66.7’den %67’ye çıkmıştır.⁴⁸

2.8.2.Türkiye’de Kontraseptif Yöntemlerin Kullanım Yaygınlığı

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2008 verilerine göre; Türkiye’de kadınların tamamının, en az bir etkili doğum kontrol yöntemi ve bu yöntemi nasıl temin edeceklerini bilmelerine karşın, her üç kadından sadece biri etkili yöntem kullanmaktadır.⁵² TNSA 2013 verilerinde; evli kadınların %100’ünün gebeliği önleyici en az bir yöntemi duymuş oldukları bildirilmektedir. TNSA 2013 verilerinde, modern yöntemlerden en çok bilinenler sırasıyla; RİA (%98), hap (%97.8), tüp ligasyon (%92.8)

ve kondom (%92.3) olarak saptanmıştır. Geleneksel yöntemlerden en fazla bilineni ise; %93.3 oranında geri çekme yöntemidir.³

TNSA 2003 verilerine göre herhangi bir yöntem kullanan kadınların oranı %71, modern yöntem kullananların oranı %42.5 ve geleneksel yöntem kullananların oranı %28.5 iken, TNSA 2013 verilerine göre herhangi bir yöntem kullananların oranının %73.5'e, modern yöntem kullananların oranının %47.4'e yükseldiği ve geleneksel yöntem kullananların oranının %26'ya düştüğü bildirilmiştir. TNSA 2013'e göre modern yöntemler içinde en sık %16,8 oranla RİA tercih edilirken, bunu sırasıyla kondom (%15.8) ve hap (%4.6) takip etmektedir. Geleneksel yöntemlerden en çok kullanılanı ise %25.5 ile geri çekmedir. Yine TNSA 2013 verilerinde, modern yöntemlerden hap kullanımı %4.6 iken, tüp ligasyonu %9.4 oranındadır.³

2.9. Kontraseptif Yöntem Kullanmayanların Yöntem Kullanma Niyetleri

Gelecekte gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile ilgili niyetlere ait bilginin ortaya koyulması maksadıyla, TNSA-2013'te herhangi bir yöntem kullanmayan kadınlara, bir sene içinde veya ileride herhangi bir vakitte kontraseptif yöntem kullanmayı düşünüp düşünmedikleri sorusu yöneltilmiştir. Genel olarak, herhangi bir yöntem kullanmayan evli kadınların %45'inde ileride herhangi bir dönemde yöntem kullanma eğiliminin olmadığı görülmüştür. Aynı zamanda, bu kadınların %5'i yöntem kullanma ya da zamanlama hususunda karar vermede güçlük çektiklerini belirtmişlerdir. Öteki taraftan, herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayan evli kadınların yaklaşık yarısı ileride yöntem kullanma eğiliminde olduklarını ifade etmişlerdir. Bu kadınların %26'sı bir sene içinde, %21'i ise ileride herhangi bir dönemde gebeliği önleyici yöntem kullanmayı planladıklarını ifade etmişlerdir. Bir sene içerisinde bir kontraseptif yöntem kullanmayı planlayan evli kadınların oranı çocuk sayısı çok olan kadınlarda daha fazla iken çocuk sayısı daha az olan kadınların ise ileride herhangi bir vakitte kontraseptif yöntem

kullanma eğilimi daha yüksektir. TNSA-2013'te gebeliği önleyici yöntem kullanmayan fakat ileride kontraseptif yöntem kullanmayı düşünen kadınların hangi yöntemi kullanmayı düşündükleri sorgulandığında; herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayan kadınlar arasında en çok tercih edilen yöntemler sırasıyla RİA (%30), kondom (%17) ve geri çekme (%13) yöntemleridir. Kontraseptif yöntem kullanmayanların %12'si doğum kontrol hapı kullanmaya yöneldiklerini belirtirken, %8'i tüplerini bağlatmayı düşündüklerini ifade etmişlerdir. Kontraseptif yöntem seçimi bireyin yaşına göre değişmektedir. Kontraseptif yöntem kullanmayan kadınlardan 30 yaş ve üzerinde olanlar daha çok tüplerin bağlanması gibi etkisi uzun sürecek yöntemleri, 30 yaş altındakilerin ise hap, RİA, iğne veya kondomu tercih ettikleri belirlenmiştir.³ Suid'in⁵³ Erzurum'da AÇSAP merkezine bir yöntem kullanmak veya kullandığı yöntemi değiştirmek amacıyla başvuran kadınların kontraseptif yöntem kullanma niyetlerini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada; çalışma kapsamına alınan kadınların yöntem kullanma niyetlerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

2.10. Kontraseptif Yöntemlere Yönelik Tutum, Yöntem Kullanma Niyeti ve Doğurganlık Algısı Arasındaki İlişki

Kişilerin kontraseptif yöntemlerine ilişkin tutumlarını belirlemek için ilk önce kadınların bilgileri, düşünceleri ve inançları ile davranışlarının farklılıklarını saptamak gerekmektedir. Aile planlaması yöntemleri ile ilgili bir tutum meydana gelebilmesi için, kişinin aile planlaması yöntemleri ile alakalı önceden bir tecrübe yaşaması gerekmektedir. Ayrıca kişilerin kontraseptif yöntemlerine karşı oluşturdukları tutumlarda çevresel etkenler büyük bir rol oynamaktadır.⁵⁴

Aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak hem gebeliği önleyici bir yöntem kullanıp kullanmama kararı, hem de hangi yöntemin kullanılacağı kararı açısından oldukça önemlidir. Doğurganlığın kontrolüne ilişkin olarak bilgi sahibi

olunması, bu yöntemlere ulaşılması ve de uygun bir gebeliği önleyici yöntemin kullanılması için oldukça önemli bir adımdır. TNSA 2013 verilerine göre halen evli kadınların neredeyse tamamının en az bir aile planlaması yöntemini bildiği, kadınların yüzde 99'unun ve halen evli kadınların yüzde 100'ünün gebeliği önleyici en az bir yöntemi duydukları bildirilmiştir.³

Ayaz ve Efe'nin¹² yürüttüğü bir çalışmada öğrenim seviyesi, gebelik sayısı, gelecekte çocuk beklentisi, herhangi bir doğum kontrol yöntemi duyma ve kullanma gibi özelliklerin aile planlaması ile alakalı tutumları etkilediği saptanmıştır. Apay ve ark.'nın¹³ yaptığı bir çalışmada kadınların gebelik, doğum, yaşayan çocuk ve abortus (düşük) sayısının kontraseptif yöntem kullanma tutumlarını etkilediği saptanmıştır.

TNSA 2013 verilerine göre gebeliği önleyici yöntem kullananların yaklaşık üçte birinin, yöntemi kullanmaya başladıktan sonraki 12 ay içerisinde yöntemi bıraktıkları görülmektedir (%32). Yöntem bırakma hızları, kullanılan yönteme göre değişmektedir. Yöntem bırakma hızı doğum kontrol hapi için en yüksek iken (%48), bunu geri çekme yöntemi (%34) ve kondom (%33) takip etmektedir. Yöntem kullananların %6'sı yöntem başarısızlığı nedeniyle, geri kalan %17 ise doğurganlıkla ilgili nedenlerden, yan etkiden, daha etkili bir yöntem kullanmak istediklerinden ve/veya yöntemle ilgili diğer nedenlerden dolayı kullandıkları yöntemi bırakmışlardır. Kullanırken gebe kaldıkları için yöntem bırakanlar ise tüm yöntem bırakanların neredeyse beşte birini oluşturmaktadırlar. Yan etkiler ve daha etkili bir yöntem kullanma isteği, modern yöntemlerin bırakılmasında en sık belirtilen nedenlerdendir (sırasıyla %12 ve %10).⁴²

Kontraseptif yöntemlere ilişkin tutumlar kişisel özelliklerin yanı sıra, çıkarılan kanunlar, yürütülen politikalar ve oluşturulan programlar gibi sağlık hizmetlerinin sunum biçiminden de etkilenmektedir.⁵⁵ Odimegwu ve Uzochukwu¹¹ yaptıkları çalışmalarında,

hükümetin aile planlaması politikalarının kişilerin kontraseptif yöntem kullanma tutumlarını etkilediğini belirtmişlerdir.¹¹

2.11. Doğurganlık Bilinci ve Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

Doğurganlık bilinci, kadın ve erkeğin üreme özellikleri ile fizyolojisi arasındaki ilişkiyi ve buna bağlı olarak doğurganlık fonksiyonu hakkında bilgi sahibi olmaktır. Doğurganlık bilinci, bir kadının menstrüel siklusunun başı ile sonu arasında fertil dönemin ne zaman olduğunu bilincinde olması ve bunu belirtmesidir. TNSA-2013 verilerine göre araştırmaya alınan kadınlara bir kadının, cinsel ilişkide bulunduğu takdirde, gebe kalma ihtimalinin daha fazla olduğu günler olup olmadığı sorulmuştur. Bu soruya olumlu yanıt verenlere, bu zamanın kadının adet kanamasından hemen önce mi, adet kanaması sırasında mı, adet kanamasından hemen sonra mı, yoksa her iki kanamanın ortasında mı olduğu sorulmuştur. Kadınların %27'si gebe kalma ihtimalinin en yüksek olduğu dönemi doğru bilirken %35'i bu zamanı doğru ifade edememiştir.³

Doğurganlık bilincine dayanan yöntemler; servikal mukus (billings ovulasyon metodu), bazal vücut ısısı ve servikal palpasyon gibi doğal aile planlaması yöntemleridir. Doğal aile planlaması yöntemlerinin başarılı bir şekilde kullanımı, büyük ölçüde bir kadının adet döngüsü içerisinde gebe kalma ihtimalinin hangi zamanda daha fazla olduğunu iyi anlamış olmasına bağlıdır. Bu nedenle üreme fizyolojisinin temel olarak anlaşılması, geri çekme ve özellikle de takvim gibi yöntemlerin başarı ile uygulanması için bir ön koşuldur.

Doğal aile planlaması yöntemlerinin olumlu yönlerinin başında, hiçbir sağlık riskinin ve yan etkisinin olmaması gelmektedir. Ayrıca hayat boyu kullanılabilmekte, eşlerin doğurganlık bilincini geliştirmekte ve kadın üreme organlarına ait problemlerin erken belirlenmesine yardımcı olmaktadır.^{40,56} Olumsuz yönleri ise bu yöntemlerin kadın tarafından öğrenilmesinin uzun zaman gerektirmesidir. Laktasyon döneminde ve vajinal

enfeksiyonlarda mukusta meydana gelen değişiklikler sebebiyle kontrolünün sağlanması epey zorlaşmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı herhangi bir koruma sağlamamaktadır. Bazı etkenler (ilaç, hastalık vb.) vücut ısısını değiştirdiği için yanılmalara neden olabilmektedir. Bununla birlikte düzenli cinsel hayatı olmayanlarda kullanımı zordur.⁴⁰

Doğurganlık bilincine dayalı yöntemlerin az kullanılmasının sebepleri arasında, bilgi eksikliği, kullanım zorluğu ve yetersizlik bulunmaktadır.⁵⁸ Sağlık personelleri de müracaat edenlere doğal aile planlaması metotlarından çoğunlukla kısıtlı bilgi vermektedir. Fehring ve ark.'nın⁵⁸ yürüttüğü araştırmanın sonuçlarına göre hastalar bu metotlarla alakalı bilgi edinmek istediklerinde pek çok doktor ve hemşire yalnızca takvim yöntemi ve bazal vücut ısısı yöntemlerini açıklamaktadır. Bu yöntemler, doğurganlık bilincine dayalı yöntemler arasında etkinliği en düşük olan yöntemlerdir.

Doğurganlık bilincine dayalı yöntemler, bireysel olarak her kadın için en elverişli metodu belirlemek ve ona yöntem hakkında bilgi ve beceri kazandırmak için gereken sürenin uzunluğundan dolayı klinisyenler için ciddi bir emek gerektirmektedir. Söz konusu bu yöntemler ayrıca kadın açısından da fazladan bir gayret gerektirmekte ve cinsel hayatın spontanlığı üzerinde olumsuz etkisi olmaktadır. Doğurganlık bilincine dayalı yöntemlerin kullanımının daha kolay bir hale getirilmesi ve klinik hizmetlerinin içine dâhil edilmesi doğal yöntemlerle korunmayı planlayan eşler için bir alternatif teşkil edecektir. Yapılan çalışma sonuçlarına göre doğurganlık bilincine dayalı yöntemleri kullanan kadınların çoğu diğer doğum kontrol yöntemlerini, sağlık kaygısı ve yan etkileri nedeniyle kullanmamaktadır. Bununla birlikte dini sınırlamaların da az da olsa bir etkisi bulunmaktadır.⁵⁹

2.12. Doğurganlık Bilincinin Kazandırılmasında Hemşirenin Rolü

Hemşireler kişinin eğitiminde ve bilgilendirilmesinde, problemlerin ortadan kaldırılmasında ve aile planlaması faaliyetlerinde danışmanlık hizmeti vermektedir. Hemşireler, aile planlaması hususunda eğiticilik ve danışmanlık görevini yerine getirmektedirler. Yüksek risk grubu olan 15-49 yaş aralığındaki doğurgan kadınların sağlığını korumak, bebek ölüm hızını düşürmek ve aile planlaması hizmetlerinin etkinliğini arttırmak hemşirenin görevleri arasındadır.^{1,15,42,60}

Hemşirelerin etkin bir danışmanlık hizmeti vermesi ile yöntem kabulünün artacağı, doğru yöntem kullanımı ile birlikte yöntemin daha uzun bir süre kullanılacağı ve ileri yaş gebeliklerin ve komplikasyonların azalacağı belirtilmektedir. Aynı zamanda etkin bir danışmanlık hizmeti ile sağlık çalışanlarına müracaat oranlarının düşeceği, böylelikle sağlık çalışanlarının ve kuruluşun veriminin artacağı ifade edilmektedir.^{19,61}

Aile planlaması hizmetleri dâhilinde hemşirelerin en değerli görevi, 15-49 yaş doğurgan kadınların sağlığını korumak, anne ve bebeğin ölüm hızlarını düşürmek ve aile planlaması hizmetlerini etkin bir şekilde yürütmektir. Aile planlaması hizmeti sunan hemşireler, hizmet sunacakları toplumun kültürünü yakından tanımalı, gelenek ve göreneklerini iyi bilmelidir. Hemşirenin cinsellik ve aile planlaması hususunda bilgilendirme, eğitim verme ve danışmanlık görevlerinin gereği olarak, eşlerin kullanacakları yöntemi belirleme aşamasında, yöntemin cinsel hayatlarına etkisini de dikkate alması gerekmektedir. Böylelikle hemşireler eşlerin uygun yöntemi seçmelerini ve belirlemiş oldukları bu yöntemi doğru bir şekilde kullanmalarına yardımcı olmaktadır.⁶²⁻⁶⁴

Türkiye’de, sağlıkta dönüşüm programı dâhilinde 2003 yılından beri sağlık politikalarında, sağlık hizmetlerinin verilmesinde radikal değişiklikler uygulanmıştır. Yapılan bu değişimler, topluma verilen aile planlaması hizmetlerinde bazı

değişikliklere sebep olmuştur. Aile planlaması hizmetlerinin elde edilmesi ve verilmesinde oluşan değişimlerin aile planlaması kullanım yüzdelerini ve yöntemlere karşı tutumu değiştirebileceği belirtilmiştir. Modern yöntemlerin kullanımını artırmak maksadıyla; yöntem kullanımını etkileyebileceği düşünülen etkenlerin saptanması ve bu etkenleri denetlemeye yönelik planlamalar yapılması büyük önem teşkil etmektedir. Bu sebeple aile planlaması danışmanlık hizmetleri veren sağlık personelleri, bakım sundukları bireylerin aile planlamasına ait davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörleri tayin etme sorumluluğu taşımaktadırlar. Aile planlaması hizmeti veren en değerli kişilerden birisi hemşirelerdir. Kişilerin aile planlamasına ait davranışları ve bunu etkileyen faktörlerin saptanması planlanacak hemşirelik girişimlerine kılavuzluk etmektedir.⁶⁵

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Van İl Sağlık Müdürlüğü' ne bağlı İpekyolu, Tuşba ve Edremit merkez ilçelerinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) 10 Nisan 2018 - 22 Temmuz 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. İpekyolu ilçesinde 21, Tuşba ilçesinde 8 ve Edremit ilçesinde 9 olmak üzere toplamda 38 Aile Sağlık Merkezi bulunmaktadır. İlgili ASM'lere ait özellikler Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3. 1. Van İli Merkez İlçelerine Bağlı ASM'lere Ait Özellikler

Merkez İlçeler	İlçelere Bağlı ASM'ler	Hizmet Veren Ekip	Hizmet Verdiği Nüfus
İPEKYOLU	1 No'lu ASM	8 doktor, 8 ebe/hemşire	29374
	2 No'lu ASM	6 doktor, 6 ebe/hemşire	22602
	3 No'lu ASM	9 doktor, 9 ebe/hemşire	35857
	4 No'lu ASM	5 doktor, 5 ebe/hemşire	13977
	5 No'lu ASM	5 doktor, 5 ebe/hemşire	19618
	6 No'lu ASM	3 doktor, 3 ebe/hemşire	11517
	7 No'lu ASM	6 doktor, 6 ebe/hemşire	21448
	8 No'lu ASM	3 doktor, 3 ebe/hemşire	11855
	9 No'lu ASM	3 doktor, 3 ebe/hemşire	11932
	10 No'lu ASM	7 doktor, 7 ebe/hemşire	24350
	11 No'lu ASM	4 doktor, 4 ebe/hemşire	14255
	12 No'lu ASM	5 doktor, 5 ebe/hemşire	16150
	13 No'lu ASM	4 doktor, 4 ebe/hemşire	15716
	14 No'lu ASM	2 doktor, 1 ebe/hemşire	7737
	15 No'lu ASM	3 doktor, 3 ebe/hemşire	10543
	16 No'lu ASM	1 doktor, 1 ebe/hemşire	3939
	17 No'lu ASM	1 doktor, 1 ebe/hemşire	3057
	18 No'lu ASM	2 doktor, 2 ebe/hemşire	7466
	19 No'lu ASM	5 doktor, 5 ebe/hemşire	7349
	Erçek ASM	4 doktor, 4 ebe/hemşire	14463
	Ortanca ASM	1 doktor, 1 ebe/hemşire	3917
TUŞBA	1 No'lu ASM	6 doktor, 6 ebe/hemşire	22895
	2 No'lu ASM	6 doktor, 6 ebe/hemşire	23880
	3 No'lu ASM	6 doktor, 6 ebe/hemşire	21889
	4 No'lu ASM	3 doktor, 3 ebe/hemşire	11314
	5 No'lu ASM	3 doktor, 3 ebe/hemşire	11298
	6 No'lu ASM	4 doktor, 4 ebe/hemşire	15237
	Kasımoğlu ASM	2 doktor, 2 ebe/hemşire	6459
	Gedikbulak ASM	2 doktor, 2 ebe/hemşire	3478

Tablo 3. 1. (Devamı)

Merkez İlçeler	İlçelere Bağlı ASM'ler	Hizmet Veren Ekip	Hizmet Verdiği Nüfus
EDREMIT	1 No'lu ASM	3 doktor, 3 ebe/hemşire	8175
	2 No'lu ASM	2 doktor, 2 ebe/hemşire	7711
	3 No'lu ASM	1 doktor, 1 ebe/hemşire	3894
	4 No'lu ASM	4 doktor, 4 ebe/hemşire	15496
	5 No'lu ASM	4 doktor, 4 ebe/hemşire	15142
	6 No'lu ASM	4 doktor, 4 ebe/hemşire	11739
	7 No'lu ASM	5 doktor, 5 ebe/hemşire	17882
	8 No'lu ASM	4 doktor, 4 ebe/hemşire	13944
	Çiçekli ASM	3 doktor, 3 ebe/hemşire	9869

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Van Büyükşehir Belediyesine bağlı İpekyolu (75.028), Tuşba (37.610) ve Edremit (32.141) merkez ilçelerinde yaşayan 15-49 yaş grubunda olan 144.779 evli kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü evrendeki kişi sayısının bilindiği durumlarda kullanılan örnekleme formülüne göre hesaplanmış ve %96 güven aralığı, %4 hata payıyla 598 kişiye ulaşılması gerektiği anlaşılmıştır. Örneklemen belirlenmesinde tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İpekyolu, Tuşba ve Edremit merkez ilçelerinde yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadın nüfusu doğrultusunda her bir ilçede yaşayan kadınların eşit düzeyde temsil edilebilmesi için; İpekyolu ilçesinde yaşayan 310 kadın, Tuşba ilçesinde yaşayan 155 kadın ve Edremit ilçesinde yaşayan 133 kadın alınması gerekmektedir. İlgili ASM'lere kayıtlı 15-49 yaş gurubu evli kadın sayısına ulaşamadığı için (ilgili kurumlardan medeni duruma göre veri alınamamıştır) merkez ilçelerden alınması gereken kadın sayıları göz önünde bulundurularak her bir ASM'den eşit sayıda kadın alınması planlanmıştır. Bu doğrultuda İpekyolu ilçesine bağlı her bir ASM'den 15 kadın, Tuşba ilçesine bağlı her bir ASM'den 19 kadın ve Edremit ilçesine bağlı her bir ASM'den 15 kadın alınması planlanmıştır. 1 Mart - 30 Nisan 2019 tarihleri arasında ilgili ASM'lere başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan 610 kadın rastgele örnekleme yöntemi ile araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 15-49 yaş grubunda olmak,
- Histerektomi, Ooferektomi ve Total Abdominal Histerektomi-Bilateral Salfingooferektomi (TAH-BSO) gibi operasyonları geçirmemiş olmak,
- Evli ve eşi yaşıyor olmak,
- En az ilkokul mezunu olmak,
- Herhangi bir ruhsal şikâyeti bulunmamak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımlı Değişkenler: Kadınların Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutum Ölçeği, Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Kontraseptif Niyet Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları ise bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler 1 Mart - 30 Nisan 2019 tarihleri arasında ilgili ASM’lerde bulunan uygun bir odada araştırmacı tarafından kadınlarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması ortalama 15 dk sürmüştür. Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, “Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutum Ölçeği”, “Aile Planlaması Tutum Ölçeği” ve “Kontraseptif Niyet Ölçeği” kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından oluşturulmuş sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin belirlenmesini sağlayan form 15 sorudan oluşmaktadır (EK-5).

Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği (KDYTÖ): Arslan Gürcüoğlu ve ark.⁶⁶ tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 5’li likert tipinde olup, 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki her bir ifade l'den 5'e kadar puanlanmaktadır.

Puanlandırılması “1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum” şeklindedir. Ölçekte bulunan 2, 4, 5, 6, 9,10, 12, 14, 16, 18. sorular ters yönlü maddelerdir. Ölçekten toplamda en düşük 21, en yüksek 105 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça doğurganlığa yönelik tutumlar da pozitif yönde artmaktadır.

Ölçek Çocuk Sahibi Olmanın Yaşam Üzerine Negatif Etkisi (2, 4, 5, 6, 12, 16, 18. sorular), Çocuk Sahibi Olmanın Yaşam Üzerine Pozitif Etkisi (7, 8, 11, 13, 15, 17. 19. 20. 21. sorular) ve Anne Olma Hakkında Karmaşık Düşünceler (1, 3, 9, 10, 14. sorular) olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach α değeri 0.89’dur.⁶⁷ Bu çalışma da Cronbach α değeri 0.83 bulunmuştur (EK-6).

Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ): Örsal ve Kubilay¹⁰ tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 5’li likert tipinde olup, 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki her bir ifade 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. Puanlandırılması “1=Tamamen katılıyorum”, “2=Katılıyorum”, “3=Kararsızım”, “4=Katılmıyorum” ve “5=Tamamen Katılmıyorum” şeklindedir. Ölçekten toplamda en düşük 34, en yüksek 170 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça AP tutumu da pozitif yönde artmaktadır. Ölçek “*Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu*”, “*Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum*” ve “*Doğuma İlişkin Tutum*” olmak üzere üç alt boyuta sahiptir.

Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu alt boyutu: 1.-15. maddeler bu boyutta yer almaktadır. Bu alt boyuttan en az 15 en fazla 75 puan alınabilir.

Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum alt boyutu: 16.-26. maddeler bu boyutta yer almaktadır. Bu alt boyuttan en az 11 en fazla 55 puan alınabilir.

Doğuma İlişkin Tutum alt boyutu: 27.-34. maddeler bu boyutta yer almaktadır. Bu alt boyuttan en az 8 en fazla 40 puan alınabilir. Örsal ve Kubilay¹⁰ tarafından yapılan

çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik kat sayısı 0.90'dır. Bu çalışma da Cronbach α değeri 0.91 bulunmuştur (EK-7).

Kontraseptif Niyet Ölçeği (KNÖ): Bennet ve Rocca⁶⁷ tarafından, kontraseptif niyetin değerlendirilmesi amacıyla, 2015 yılında Amerika'da geliştirilmiştir. Suid⁵³ tarafından Türkçe geçerlilik güvenirliği 2016 yılında yapılmıştır. Ölçek toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 4'lü likert tipindedir. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 15'tir. Puanın yükselmesi kontraseptif yöntem kullanma niyetinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach α güvenirlik kat sayısı 0.82'dir.⁵³ Bu çalışma da Cronbach α değeri 0.80 bulunmuştur.

Ölçek maddeleri aşağıdaki gibi puanlamaktadır:

- 1., 3., 4., ve 13. maddelerin her biri için “önemli değil” (0 puan), “kısmen önemli” (0 puan), “önemli” (0 puan) “çok önemli” (1 puan),
- 2., 7., 11., 12., ve 15. maddelerin her biri için “kesinlikle evet” (0 puan) , “kısmen evet” (0 puan), “kısmen hayır” (0 puan) “kesinlikle hayır” (1 puan),
- 6., 8., 10., ve 14. maddelerin her biri için “emin değilim” (0 puan) , “kısmen eminim” (0 puan), “eminim” (0 puan) “çok eminim” (1 puan),
- 5. madde için “ çok mutlu eder” (0 puan), “mutlu eder” (0 puan), “kısmen mutlu eder” (0 puan) “hiç mutlu etmez” (1 puan).
- 9. madde için “ üzmez” (0 puan), “üzer” (0 puan), “kısmen üzer” (0 puan) “çok üzer” (1 puan) (EK-8).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 16 programında değerlendirilmiş ve verilerin analizinde bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal Wallis testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Tanımlayıcı değer olarak kategorik verilerde sayı ve

yüzde değerleri, nicel verilerde aritmetik ortalama±standart sapma değerleri kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için öncelikle, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (2018-3/9) (EK-3) ve Van İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır (EK-4). Araştırmaya katılacak kadınlara, araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı açıklandıktan sonra onayları (bilgilendirilmiş onay ilkesi) sözlü olarak alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere, kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapılacak ve “gizlilik ilkesine” uyulmuştur.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmada kadınların seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılması, çalışma kapsamına en az ilkokul mezunu kadınların alınması ve katılımcıların %60'ının ilkokul mezunu olması araştırmanın sınırlılıklarıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları araştırma kapsamındaki kadınlara genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamındaki kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Kadınların yaş ortalamasının 31.76 ± 7.08 olduğu, %60’ının ilköğretim mezunu olduğu, %80.7’sinin bir işte çalışmadığı bulunmuştur. Kadınların eşlerinin yaş ortalamasının 36.36 ± 8.42 olduğu, %37.2’sinin ilköğretim mezunu olduğu ve %28.9’unun serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiştir. Kadınların evlilik süresi ortalamasının 11.28 ± 8.43 yıl olduğu, %77.7’sinin çekirdek tipi aile yapısına sahip olduğu ve %38.5’inin ortalama aile aylık gelir düzeyinin 1500-2499 TL arasında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=610)

Sosyo-Demografik Özellikler	S	%
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	366	60.0
Lise	126	20.7
Üniversite ve üzeri	118	19.3
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	492	80.7
Çalışıyor	118	19.3
Eşinin Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	227	37.2
Lise	199	32.6
Üniversite ve üzeri	184	30.2
Eşinin Mesleği		
Memur	145	23.8
İşçi	138	22.6
Serbest Meslek	176	28.9
Özel Sektör Çalışanı	100	16.4
Diğer	51	8.4
Aile Tipi		
Çekirdek aile	474	77.7
Geniş aile	136	22.3
Ailenin Ortalama Aylık Gelir Düzeyi		
1500 TL’den az	112	18.4
1500-2499 TL	235	38.5
2500-3499 TL	89	14.6
3500-4499 TL	50	8.2
4500-5499 TL	43	7.0
5500 TL ve üzeri	81	13.3
	X±SS	
Yaş	31.76 ± 7.08	
Eş Yaş	36.36 ± 8.42	
Evlilik Süresi	11.28 ± 8.43	

Araştırma kapsamındaki kadınların obstetrik özellikleri Tablo 4.2’de verilmiştir. Kadınların gebelik sayısı ortalamasının 3.39 ± 2.50 olduğu ve yaşayan çocuk sayısının 2.75 ± 1.98 olduğu bulunmuştur. Kadınların %36.7’sinin daha önce en az bir kez istenmeyen gebelik geçirdiği, %37’sinin daha önce en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı saptanmıştır. Kadınların %77.6’sının en az bir kez vajinal doğum yaptığı ve vajinal doğum yapanların vajinal doğum sayısı ortalamasının 3.23 ± 1.96 olduğu, %29.5’inin en az bir kez sezaryen olduğu ve sezaryen olanların sezaryen sayısı ortalamasının 1.72 ± 0.78 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Kadınların %60.8’inin şuan bir aile planlaması yöntemi kullandığı, aile planlaması yöntemi kullanan kadınların çoğunlukla Rahim içi araç (%39.9) ve erkek kondomu (%31.8) kullandığı tespit edilmiştir. Şuan herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayanlardan kullanmama nedenini bildirenlerin çoğunlukla eşin istememesi (%31.3) ve gerek duymama (%20.3) nedeniyle kullanmadıkları saptanmıştır. Kullandığı aile planlaması yöntemini bırakanların ise çoğunlukla (%78.9) gebe kalmayı isteme nedeniyle kullandıkları aile planlaması yöntemini bıraktığı bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Kadınların Obsterik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=610)

Obstetrik Özellikler	S	%
İstenmeyen Gebelik Geçirme Durumu		
Evet	224	36.7
Hayır	386	63.3
İsteyerek Düşük Yapma Durumu		
Evet	9	1.5
Hayır	601	98.5
Kendiliğinden Düşük Yapma Durumu		
Evet	226	37.0
Hayır	384	63.0
Ölü Doğum Yapma Durumu (n=553) ^a		
Evet	11	2.0
Hayır	542	98.0
Vajinal Doğum Yapma Durumu (n=553) ^a		
Evet (ort= 3.23 ± 1.96)	429	77.6
Hayır	124	22.4
Sezaryen ile Doğum Yapma Durumu (n=553) ^a		
Evet (ort= 1.72 ± 0.78)	163	29.5
Hayır	390	70.5
AP Yöntemi Kullanma Durumu		
Evet*	371	60.8
Hayır**	216	35.4
Bıraktım***	23	3.8

Tablo 4.2. (Devamı)

Obstetrik Özellikler	S	%
Kullanılan AP Yöntemleri* (n=371)		
Rahim İçi Araç	148	39.9
Erkek Kondomu	118	31.8
Oral Kontraseptifler	47	12.7
Koitus Interruptus	41	11.1
Enjeksiyonlar	15	4.0
Tüp Ligasyon	2	0.5
AP Yöntemi Kullanmama Nedenleri** (n=64) ^b		
Gebe olma	22	34.4
Eşin istememesi	20	31.3
Gerek duymama	13	20.3
Lohusa olma	9	14.0
AP Yöntemi Bırakma Nedenleri*** (n=19) ^b		
Gebe kalmayı isteme	15	78.9
Enfeksiyon kapma	3	15.8
Rahatsızlık yaşama	1	5.3
X±SS		
Gebelik Sayısı	3.39±2.50	
Yaşayan Çocuk Sayısı	2.75±1.98	

^a = 57 kişi primigravida olduğu için değerlendirme dışı bırakılmıştır.

^b = Cevap verenler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Kadınların, Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği toplam ve alt boyutlarından, Kontraseptif Niyet Ölçeği toplamından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği toplam puan ortalamasının 70.49±9.73 olduğu, Çocuk Sahibi Olmanın Yaşam Üzerine Negatif Etkisi alt boyut puan ortalamasının 21.24±5.89 olduğu, Çocuk Sahibi Olmanın Yaşam Üzerine Pozitif Etkisi alt boyut puan ortalamasının 31.11±6.08 olduğu ve Anne Olma Hakkında Karmaşık Düşünceler alt boyut puan ortalamasının 18.11±3.84 olduğu saptanmıştır.

Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasının 111.89±21.21 olduğu, Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu alt boyut puan ortalamasının 50.39±11.29 olduğu, Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum alt boyut puan ortalamasının 35.02±7.90 olduğu ve Doğuma İlişkin Tutum alt boyut puan ortalamasının 26.47±5.97 olduğu belirlenmiştir.

Kadınların Kontraseptif Niyet Ölçeği toplam puan ortalamasının 4.53±3.55 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Ölçeklerden ve Alt Boyutlarından Alınabilecek ve Kadınların Aldığı En Düşük En Yüksek Puanlar ile Ölçek Toplam Puan Ortalamaları

ÖLÇEKLER		Alınabilecek En Düşük-En Yüksek Puanlar	Alınan En Düşük-En Yüksek Puanlar	X±SS
Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği Toplam		21-105	42-101	70.49±9.73
Alt Boyutlar	“Çocuk Sahibi Olmanın Yaşam Üzerine Negatif Etkisi”	7-35	7-35	21.24±5.89
	“Çocuk Sahibi Olmanın Yaşam Üzerine Pozitif Etkisi”	9-45	10-45	31.11±6.08
	“Anne Olma Hakkında Karmaşık Düşünceler”	5-25	5-25	18.11±3.84
Aile Planlaması Tutum Ölçeği Toplam		34-170	38-170	111.89±21.21
Alt Boyutlar	“Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu”	15-75	15-75	50.39±11.29
	“Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum”	11-55	11-55	35.02±7.90
	“Doğuma İlişkin Tutum”	8-40	8-40	26.47±5.97
Kontraseptif Niyet Ölçeği Toplam		0-15	0-14	4.53±3.55

Tablo 4.4’te KDYTÖ ile APTÖ ve KNÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki gösterilmiştir.

KDYTÖ ile APTÖ toplam puan ortalamaları arasında çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r<0.2$, $p<0.01$). KDYTÖ ile KNÖ toplam puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($0.2<r<0.4$), $p<0.01$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği ile Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Kontraseptif Niyet Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER		APTÖ	KNÖ
KDYTÖ	r	-0.141*	-0.306*
	p	0.000	0.000

** $p<0.01$

Tablo 4.5’te APTÖ ile KNÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki gösterilmiştir.

APTÖ ile KNÖ toplam puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($0.2 < r < 0.4$, $p < 0.01$) (Tablo 4.5).

Tablo 4. 5. Aile Planlaması Tutum Ölçeği ile Kontraseptif Niyet Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER		KNÖ
APTÖ	r	0.377*
	p	0.000

* $p < 0.01$

Tablo 4.6’da kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre ölçeklerin toplam puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların eğitim düzeylerine, çalışma durumlarına, sahip oldukları aile tipine ve ailenin ortalama aylık gelir düzeylerine göre KDYTÖ, APTÖ ve KNÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Kadınların eşlerinin eğitim düzeylerine ve eşlerinin mesleğine göre APTÖ ve KNÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0.001$). (Tablo 4.6).

Tablo 4. 6. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği, Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Kontraseptif Niyet Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği	Aile Planlaması Tutum Ölçeği	Kontraseptif Niyet Ölçeği
	X±SS	X±SS	X±SS
Eğitim Düzeyi			
İlköğretim	71.31±9.76	105.00±16.74	3.90±3.41
Lise	70.29±9.09	113.24±21.34	5.11±3.71
Üniversite ve üzeri	68.03±9.73	131.78±20.75	5.86±3.38
<i>Test ve P Değeri</i>	F=5.208 p=0.006	F=93.039 p=0.000	F=16.379 p=0.000
Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	71.25±9.61	107.83±18.50	4.19±3.53
Çalışıyor	67.21±9.36	128.77±23.40	5.98±3.29
<i>Test ve P Değeri</i>	t=4.118 p=0.000	t=10.452 p=0.000	t=5.011 p=0.000
Eşinin Eğitim Düzeyi			
İlköğretim	71.41±9.36	104.70±15.47	4.03±3.44
Lise	70.77±10.24	110.05±20.46	4.38±3.55
Üniversite ve üzeri	69.07±9.23	122.74±23.70	5.32±3.58
<i>Test ve P Değeri</i>	F=2.972 p=0.052	F=43.117 p=0.000	F=7.009 p=0.001

Tablo 4. 6. (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler	Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği	Aile Planlaması Tutum Ölçeği	Kontraseptif Niyet Ölçeği
Eşinin Mesleği	X±SS	X±SS	X±SS
Memur	71.33±9.29	120.92±25.66	5.53±3.51
İşçi	70.44±9.57	105.78±19.16	3.63±3.66
Serbest Meslek	69.96±10.51	109.02±19.59	4.46±3.53
Özel Sektör Çalışanı	70.10±9.22	114.12±19.60	4.63±3.38
Diğer	70.66±9.18	106.69±16.23	4.23±3.19
<i>Test ve P Değeri</i>	F=0.436 p=0.783	F=11.527 p=0.000	F=5.347 p=0.000
Aile Tipi			
Çekirdek aile	70.07±9.86	113.44±21.62	4.76±3.57
Geniş aile	71.85±8.94	106.46±18.80	3.74±3.39
<i>Test ve P Değeri</i>	t=1.893 p=0.000	t=3.414 p=0.000	t=2.976 p=0.000
Ailenin Ortalama Aylık Gelir Düzeyi			
1500 TL'den az	74.06±9.24	103.58±16.18	3.50±3.01
1500-2499 TL	71.84±10.13	107.76±15.39	4.04±3.55
2500-3499 TL	70.47±9.49	107.94±17.23	4.07±3.43
3500-4499 TL	69.16±9.13	108.98±26.28	5.00±4.06
4500-5499 TL	67.86±8.41	124.51±24.70	6.37±3.64
5500 TL ve üzeri	66.90±9.62	134.44±20.52	6.59±3.09
<i>Test ve P Değeri</i>	F=6.241 p=0.000	F=34.873 p=0.000	F=11.873 p=0.000

Tablo 4.7’de kadınların obstetrik özelliklerine göre ölçeklerin toplam puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların istemeden gebe kalma durumlarına ve sezaryen ile doğum yapma durumlarına göre Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Kadınların kendiliğinden düşük yapma durumlarına göre Aile Planlaması Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Kadınların vajinal doğum yapma durumlarına ve aile planlaması yöntemi kullanma durumlarına göre Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği, Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Kontraseptif Niyet Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). (Tablo 4.7).

Tablo 4. 7. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği, Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Kontraseptif Niyet Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutumları Ölçeği	Aile Planlaması Tutum Ölçeği	Kontraseptif Niyet Ölçeği
	X±SS	X±SS	X±SS
İstemedenden Gebe Kalma Durumu			
Evet	68.94±9.68	104.23±19.48	4.39±3.42
Hayır	71.35±9.59	116.33±20.92	4.61±3.63
<i>Test ve P Değeri</i>	<i>t=2.974 p=0.003</i>	<i>t=7.060 p=0.000</i>	<i>t=0.742 p=0.458</i>
Kendiliğinden Düşük Yapma Durumu			
Evet	70.27±10.17	109.10±20.07	4.53±3.66
Hayır	70.58±9.40	113.53±21.70	4.53±3.49
<i>Test ve P Değeri</i>	<i>t=0.380 p=0.704</i>	<i>t=2.502 p=0.013</i>	<i>t=0.011 p=0.991</i>
Vajinal Doğum Yapma Durumu			
Evet	70.89±9.38	108.28±19.72	4.31±3.60
Hayır	68.87±10.36	120.38±20.85	5.10±3.33
<i>Test ve P Değeri</i>	<i>t=2.060 p=0.040</i>	<i>t=5.937 p=0.000</i>	<i>t=2.179 p=0.030</i>
Sezaryen ile Doğum Yapma Durumu			
Evet	68.99±10.01	117.41±22.06	4.92±3.49
Hayır	71.04±9.43	108.32±19.35	4.31±3.57
<i>Test ve P Değeri</i>	<i>t=2.285 p=0.023</i>	<i>t=4.825 p=0.000</i>	<i>t=1.853 p=0.064</i>
AP Yöntemi Kullanma Durumu			
Evet	68.17±11.30	114.02±20.33	5.04±3.52
Hayır	72.55±9.86	107.51±21.98	3.46±3.30
Bıraktım	69.39±9.29	118.47±21.61	6.47±3.91
<i>Test ve P Değeri</i>	<i>KW=14.045 p=0.001</i>	<i>KW=12.704 p=0.002</i>	<i>KW=36.618 p=0.000</i>

5. TARTIŞMA

Doğurganlığa Yönelik Tutum Ölçeğinin toplamından ve alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar doğrultusunda kadınların puan ortalamaları incelendiğinde; Kadınların doğurganlığa yönelik genel tutumlarının, çocuk sahibi olmanın yaşam üzerine negatif ve pozitif etkisine yönelik tutumlarının ve anne olma hakkında karmaşık düşüncelere yönelik tutumlarının orta düzeyde iyi olduğu söylenebilir (Tablo 4.3). Karaoğlu ve Duman'ın⁶⁸ yaptığı çalışmada Van ilinde yaşayan kadınların doğurganlık tutumuna ilişkin pozitif bir bakış açısına sahip olduğu bildirilmiştir. İlkkaracan⁶⁹, kendi doğurganlığı ile ilgili karar verebilmesi kadının en temel insan haklarındandır, diye belirtmektedir. Ancak erkek egemen normların geçerli olduğu toplumlarda kadınların toplumda var olma nedenleri doğurma kapasitelerine indirgenmiştir. Örneğin, birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de kadın ve anne sözcükleri eş anlamda kullanılabilmektedir. Böyle bir kültürel yapı içinde bir kadın için çocuksuz olmak son derece statü düşürücüdür. Doğurganlıkla elde edilen üstünlük, kadını erkekle eşit bir statüye kavuşturmamasına rağmen kadınlar arası statü farklılaşmasında etkin olur ve bu tür toplumlarda yaşayan kadınlar doğurganlıkla statü elde etme amacını güder.¹⁴ Van ili, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 doğum istatistiklerine göre doğurganlık hızının en yüksek olduğu on il arasındadır.⁴ Toplumsal cinsiyet eşitliği sıralamasında ise 81 il arasında 72. sıradadır. Çalışmanın yürütüldüğü ilde erkek egemen normların halen daha geçerli olması sebebiyle çalışma kapsamındaki kadınların doğurganlığa yönelik tutumlarının iyi düzeyde olduğu söylenebilir.⁷⁰

Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin toplamından ve alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar doğrultusunda kadınların puan ortalamaları incelendiğinde; Kadınların aile planlamasına yönelik genel tutumlarının, toplumun aile planlamasına ilişkin tutumlarının, aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının ve

doğuma ilişkin tutumlarının orta düzeyde olduğu yani ne çok iyi ne çok kötü olduğu söylenebilir (Tablo 4.3). Gözükara ve ark.⁷¹ aynı ölçüm aracını kullanarak Şanlıurfa ilinde yaptıkları çalışmada kadınların aile planlamasına karşı tutumlarının istendik düzeyde olmadığını tespit etmiştir. Benzer şekilde, Apay ve ark'¹³ Erzurum'da yürüttükleri çalışmada kadınların aile planlamasına karşı tutumlarının istendik düzeyde olmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın ve diğer çalışmaların ülkenin doğusunda yapılmış olması nedeni ile benzer sonuçların elde edildiği düşünülebilir. Aile planlaması tutumunun iyi düzeyde olumlu olmamasının, ilgili bölgede yaşayan kadınların AP yöntemlerine yönelik bilgi düzeylerinin düşük olmasından ve ataerkil yapının egemen olduğu toplumsal bir yapının etkin olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Kontraseptif Niyet Ölçeğinin toplamından alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar doğrultusunda kadınların puan ortalamaları incelendiğinde; Kadınların kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin düşük düzeyde olduğu söylenebilir (Tablo 4.3). Suid'in⁵³ Erzurum'da yaptığı çalışmada kadınların kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin orta düzeyde olduğu bildirilmiştir. TNSA 2013'te yöntem kullanmayan kadınların 12 ay içinde veya gelecekteki herhangi bir zaman içinde yöntem kullanmayı planlayıp planlamadıkları sorgulandığında yöntem kullanmayan evli kadınların %45'inin gelecekteki herhangi bir zamanda yöntem kullanma eğiliminde olmadıkları saptanmıştır.³ Yöntem kullanmayanların kullanmama nedenlerine bakıldığında çalışma bulgularına benzer şekilde kadınların çoğunun eşi istemediği veya dini nedenlerle yöntem kullanmadığı saptanmıştır.³ Kadınların kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin düşük olmasının eş ve aile büyüklerinin kadının yöntem kullanmasına izin vermemesi, kadınların yöntem kullanmanın günah olduğunu düşünmelerinden kaynaklanabileceği söylenebilir.

Kadınların doğurganlığa yönelik tutumları ile aile planlamasına ilişkin tutumları

ve kontraseptif yöntem kullanma niyetleri arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların doğurganlığa yönelik olumlu tutumları arttıkça aile planlamasına yönelik olumlu tutumlarının azaldığı ve kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.4). Ayaz ve Efe'nin¹² çalışmasında çocuk istemeyen kadınların aile planlaması tutumlarının daha olumlu olduğu bulunmuştur. Altay ve Gönener'in⁷² çalışmasında başka çocuk istemeyenlerin modern yöntem kullanma olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çok sayıda ve üstüste yapılan doğumlar hem kadının sağlığını bozmakta, hem de çocuklarına bakmaktan kadın alışmak ve kendisini geliştirmek için yeterli zaman bulamamaktadır. Kadın, "modern" doğum kontrolü yöntemlerini kullanarak hem doğurmak istediği çocuk sayısını ve doğumların zamanlamasını kendi ihtiyaçlarına göre ayarlayabilir hem de statüsünü arttırmak için yeterli güce ve zamana da kavuşabilir. Böylelikle çocuk sahibi olmayı düşünmeme durumu kadınlarda, AP yöntemlerini kullanmaya daha eğilimli ve dolayısıyla olumlu tutuma sahip olduklarını düşündürebilir.

Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumları ile kontraseptif yöntem kullanma niyetleri arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların aile planlamasına yönelik olumlu tutumları arttıkça kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin de arttığı görülmektedir (Tablo 4.5). Kadınların sosyal yaşamlarını sürdürürken aynı zamanda çocuk bakımını da üstlenmeleri ve yaşamda karşılaşılan zorluklar kadınların aile planlamasına olumlu bir bakış açısı geliştirmelerini sağlamıştır. Buna paralel olarak da kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi edinme ve güvenilirliğine göre tercih etme söz konusudur.

Kadınların doğurganlığa yönelik tutumlarını, aile planlamasına ilişkin tutumlarını ve kontraseptif yöntem kullanma niyetlerini etkileyebilecek sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; ilköğretim mezunu olan, herhangi bir işte çalışmayan, geniş aileye sahip olan ve gelir düzeyleri 1500 TL'den az olan kadınların diğer kadınlara göre doğurganlığa yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu, aile planlamasına yönelik tutumlarının daha

olumsuz olduğu ve kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Çayan'ın⁵⁵ çalışmasında; üniversite mezunu olan kadınların diğerlerine göre aile planlaması tutumlarının anlamlı derecede daha olumlu olduğu saptanmıştır. Tezel ve ark'nın⁶⁵, Apay ve ark'ın¹³, Gözükara ve ark.'nın⁷¹ yaptıkları çalışmalarda kadınların eğitim düzeyi düştükçe aile planlamasına yönelik olumlu tutumların da anlamlı derecede azaldığı ve herhangi bir işte çalışmayan, geniş aileye sahip kadınların aile planlaması tutumlarının daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Çalışma yaşamındaki güçlükler, iş yaşamı ile birlikte çocuk bakımı zorlukları, işyerlerindeki kreş uygulamalarının yetersizliği kadınların gebeliği önleme mecburiyetlerine neden olmuş ve doğurganlıklarını sınırlandırma ve bir AP yöntemi kullanma isteklerinin yüksek çıkmasını sağlamıştır. Draper⁷³, çalışan kadınların ev ve iş hayatını dengelemek için AP yöntemlerine daha fazla önem verdiklerini söylemektedir. Eğitim ve gelir düzeyi düşük, bir işte çalışmayan, geniş ailede yaşayan kadınların hem yaşadıkları geleneksel toplumda var olmak için, hem çocuk bakımında zorlanmadıkları için hem de AP yöntemlerine ilişkin yetersiz bilgi düzeyi veya geniş ailede yaşama nedeniyle aile büyüklerinin yöntem kullanımına izin vermemesi gibi nedenlerle doğurganlığa yönelik olumlu, aile planlamasına yönelik olumsuz tutuma sahip oldukları, bu nedenle de yöntem kullanma niyetlerinin de düşük olduğu söylenebilir.

Eşleri ilköğretim mezunu olan ve eşleri işçi olan kadınların diğer kadınlara göre aile planlamasına yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu ve kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Çayan⁵⁴ kendileri ve eşleri üniversite mezunu olan kadınların diğer eğitim seviyesine sahip olanlara göre aile planlamasına yönelik olumlu tutumlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu sonuç eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin daha olumlu tutuma sahip

olduklarını göstermektedir. Bireylerin eğitim düzeylerinin yüksek olması sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını olumlu etkileyebileceği gibi aile planlaması konusunda olumlu tutum oluşturmalarını da sağlayabilir. Ahmad ve ark.⁷⁴ da bireylerin eğitim düzeyinin artması ile aile planlaması yöntemleri ile ilgili daha olumlu bakış açısına sahip olduklarını bildirmişlerdir.

Kadınların doğurganlığa yönelik tutumlarını, aile planlamasına ilişkin tutumlarını ve kontraseptif yöntem kullanma niyetlerini etkileyebilecek obstetrik özellikleri incelendiğinde; daha önce en az bir kez istenmeyen gebelik geçiren kadınların doğurganlığa ve aile planlamasına yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu kendiliğinden düşük yapan kadınların diğer kadınlara göre aile planlamasına yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). Gözükara ve ark.⁷¹ çalışmasında daha önce düşük yapan kadınların AP tutumlarının daha olumsuz olduğu, Apay ve ark.¹³ çalışmasında düşüğü olan kadınların aile planlaması tutumlarının anlamlı derecede daha olumsuz olduğu ve düşük sayısı arttıkça olumsuz tutumların da arttığı belirtilmiştir.

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı kapsamında Türkiye'nin cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili öncelikli sorunlarını belirleme çalışmasında istenmeyen gebeliklerin fazla olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle üreme sağlığıyla ilgili olarak 2005-2015 yılları için planlanan ulusal hedeflere bakıldığında "istenmeyen gebelikleri önlemek" hedefinin yer aldığı görülmektedir.⁷⁵ Çünkü istenmeyen gebelikler, doğum öncesi bakım yetersizliği, anne-bebek ölümleri, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, bebek-çocuk ihmali gibi pek çok ciddi sorunu beraberinde getirmektedir. İstenmeyen gebeliklerin bir diğer önemli sonucu da düşüktür. Bu tip gebeliklerin yaklaşık yarısı düşükle sonuçlanmakta ve bu işlemin de tıbbi ve psikososyal pek çok riski bulunmaktadır.⁷⁶ İstenmeyen gebeliklerin yukarda belirtilen

riskleri nedeniyle daha önce istenmeyen gebelik geçiren kadınların doğurganlığa yönelik olumsuz tutuma sahip olduğu söylenebilir. Kadınların AP'ye yönelik tutumlarının olumsuz olmasının ise yöntem kullanımında başarısızlık sonucu istenmeyen gebelik geçirmiş olmalarından kaynaklanabileceği söylenebilir.

Sezaryen ile doğum yapan kadınların doğurganlığa yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu ancak aile planlamasına yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Vajinal doğum yapan ve şu an herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınların diğer kadınlara göre doğurganlığa yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu, aile planlamasına yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu ve kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Apay ve ark.'nın¹³ çalışmasında herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınların aile planlamasına yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu bildirilmiştir. Taşçı Duran ve Ünsal Atan⁷⁷ yaptığı çalışmada vajinal doğumun kadınlar tarafından doğumun normal bir süreci olduğu fikrine sahip olmasından kaynaklı olarak doğuma, gebeliğe karşı daha olumlu bir tutum sergiledikleri belirtilmiştir.

Cerrahi bir girişim olan sezaryen, gerekli olduğunda anne ve bebek için yaşam kurtarıcı olmakla birlikte, vajinal doğumla karşılaştırıldığında maternal mortalite ve morbidite oranlarını dört kat artırabilmektedir. Ayrıca yüksek maternal ölüm, iyileşme süresinin uzun olması, emzirme ve anne-bebek ilişkisinde gecikme ve gelecek doğumların risklerini artırma gibi dezavantajlara da sahiptir.^{1,78} Sezaryen olan kadınların vajinal doğum yapanlara göre doğurganlığa yönelik tutumlarının daha olumsuz AP'ye yönelik tutumlarının daha olumlu olmasının sezaryenin getirdiği risklerden kaynaklanabileceği ve bu riskleri önlemek veya azaltmak için kadınların doğurganlıklarını sınırlandırmak ve AP yöntemlerini kullanma zorundalıklarının olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Kadınların doğurganlığa ve aile planlamasına yönelik tutumlarının orta düzeyde iyi olduğu, Kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin düşük düzeyde olduğu,
- Kadınların doğurganlığa yönelik olumlu tutumları arttıkça aile planlamasına yönelik olumlu tutumlarının azaldığı ve kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin azaldığı,
- Aile planlamasına yönelik olumlu tutumları arttıkça, kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin de arttığı,
- İlköğretim mezunu olan, herhangi bir işte çalışmayan, geniş aileye sahip olan ve gelir düzeyleri 1500 TL'den az olan kadınların diğer kadınlara göre doğurganlığa yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu, aile planlamasına yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu ve kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin daha düşük olduğu,
- Eşleri ilköğretim mezunu olan ve eşleri işçi olan kadınların diğer kadınlara göre aile planlamasına yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu ve kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin daha düşük olduğu,
- Daha önce en az bir kez istenmeyen gebelik geçiren kadınların doğurganlığa ve aile planlamasına yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu görülmektedir. Sezaryen ile doğum yapan kadınların doğurganlığa yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu ancak aile planlamasına yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu,
- Kendiliğinden düşük yapan kadınların diğer kadınlara göre aile planlamasına yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu,
- Vajinal doğum yapan ve şuan herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınların diğer kadınlara göre doğurganlığa yönelik tutumlarının daha olumlu

olduğu, aile planlamasına yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu ve kontraseptif yöntem kullanma niyetlerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ İleri yaş gebelikler ile çok sayıda gebelik, doğum ve düşüklerin anne ve bebek sağlığı açısından risklerinin önlenmesinde AP'nin önemi hakkında eğitimler yapılması,
- ✓ Sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri her alanda AP'ye ilişkin danışmanlık yapmaları,
- ✓ AP'ye yönelik tutumların belirlenmesi ve varsa AP'ye ilişkin yanlış tutumların düzeltilmesi için çaba sarf edilmesi, önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Hemşireliği*, 13. baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi., Ankara.2016
2. Özvarış BH. Üreme ve Aile Planlaması. Akın A, Aytaç U, Bertan M, Fincancıoğlu N, Özalp S ve ark. Danışma Kurulu. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayınları. İstanbul: Damla Matbaacılık, 2002. 1-12.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2014
4. Türkiye İstatistik Kurumu, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24647> 06 Mart 2018.
5. Bostancı MS. Doğu anadolu bölgesindeki bir ilçede kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemleri için bilgi kaynakları ve istenmeyen gebeliklerle ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 2011, 38: 202-207.
6. Göz F, Babadağlı, Altınsoy N, Yıldızoğlu İ. Evlilik öncesi dönemdeki genç kızların aile planlaması ile ilgili bilgi ve düşünceleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005, 8: 47-55.
7. Coşkun AM. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1.Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2012: 350-354.
8. Chamberlain G, Fairley DH, *Lecture Note on Obstetrics and Gynaecology*. Çeviri: Has R. Obstetrik ve Jinekoloji.1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2006: 40-55.
9. Kutlu R, Sayın S, Uçar M, Aslan R, Demirbaş O. Kadınların sosyo demografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenleri. *Türk Aile Hekim Dergisi*, 2014, 18: 134-141.

10. Örsal Ö, Kubilay G. Aile planlaması tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 15(60): 155-164.
11. Onwuzunrike BK, Uzochukwu BSC. Knowledge, attitude and practice of amongst women in a high density low-income urban of Enugu, Nigeria. *African Journal Reproductive Health* 2001;5(2):83-89.
12. Ayaz S, Efe Ç. Family planning attitudes of women and affecting factors. *Journal of The Turkish- German Gynecological Association* 2009;10(3):137-141.
13. Apay E, Nazik E, Özdemir F, Pasinlioglu T. Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13(3):39-45.
14. Özbay F. *Kadının Statüsü ve Doğurganlık*. İçinde Arat N. Türkiye'de Kadın Olgusu. Say Yayınları. İstanbul. 1992. 147-165.
15. Can Gürkan Ö. *Aile Planlaması Yöntemleri*. İçinde Arslan Özkan H. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2019;77-118.
16. Smith KB, van der Spuy ZM, Cheng L, Elton R, Glasier AF. Is postpartum advice given antenatally of value? *Contraception*, 2002,65(3):237-243
17. Nüfus Plânlaması Hakkında Kanun (1965). (Resmî Gazete ile yayımı: 10.4.1965 Sayı: 11976, 1 Nisan 1965.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Cilt I, II Ankara,2000
19. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı No:3-B. Ankara, 2005: 2-35.

20. Kaşlı F. Aile Planlaması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Beykent Üniversitesi, 2014.
21. Oltuluoğlu H. Malatya İl Merkezinde Aile Planlaması Kullanan 15–49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2008.
22. Türk R. 2–4 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirmeyi Aile Planlaması Yöntemi Olarak Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2006.
23. Doğan M. Türkiye’de Uygulanan Nüfus Politikalarına Genel Bakış. *Marmara Coğrafya Dergisi*; 2012, 23: 293-303.
24. Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı.
<http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx>., 09.05.2018.
25. Atıcı E, Erer S. Türkiye’deki yasal düzenlemelerde ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2009, 17(2): 107-112.
26. Türkiye İstatistik Kurumu, <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=24639>, 05.03.2018
27. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930.
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>, 09.05.2018.
28. Sağıroğlu PÇ, Eray İK, Yurdakul FE, Yavuz AF. Kadınların kontraseptif yöntem tercihleri ve yöntem kullanırken gebe kalma durumlarının değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, 2017, (1):21-28.
29. Koç İ, Ergöçmen BA, Yiğit EK, Senlet P. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması sonuçlarına Göre Türkiye’de Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı Bırakma, Yöntem

- Başarısızlığı ve Yöntem Değiştirme Davranışları, Nüfus Bilim Yazıları, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2001.
30. Çakıroğlu Y, Yücesoy İ. Kontrasepsiyon ve Aile Planlaması. İçinde: Çiçek MD, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A (editörler). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 3. Baskı. Ankara, Atlas Kitapçılık, 2012: 933-974.
31. Ersin F, Gözükara F, Şimşek Z, Kurçer MA, Kayahan M. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Yöntemi Bırakma Nedenleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003, 5(1):30-37.
32. Karagüzel N. Fertil Çağdaki Kadınlarda Kontraseptif Yöntemler ve Anemi İlişkisi. T.C Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul, 2006.
33. Öztürk Y. Organize Sağlık Hizmetleri ve Aile Planlaması. *Sağlık Dergisi* 1985, 5(9): 1-37
34. Dirican R, Bilgel N. *Toplum Hekimliği*. Uludağ Üniversitesi Basımevi. Bursa, 1993.
35. Grafenberg E. An intrauterine contraceptive method, in Sanger M, Stone HM, editors, *The Practice of Contraception: Proceedings of the 7th International Birth Control Conference*, Zurich, Switzerland, Williams&Wilkins, Baltimore, Maryland, 1930: 33-47.
36. TC. Sağlık Bakanlığı. Aile Planlamasında Temel Bilgiler, Doğal Aile Planlaması Yöntemleri Aile Planlaması, İstanbul, 1997.
37. Daş Z, Sezgin A. Postpartum dönemde verilen aile planlaması eğitiminin etkili yöntem kullanımına etkisi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2001, 11: 62-65.
38. Schwartz B, Gaventa S, Broome CV, Hukla BS, Reingold AL, Hightower AW, Perlman JA, Wolf PH. Non menstrual toxic shock syndrome associated with barrier contraceptives, report of case study. *Rev Infect Dis*, 1989, 11(Suppl 1):S43-48.
39. Çolakoğlu H. Gençlerin Acil Kontrasepsiyon Yöntemlerine İlişkin Bilgi Uygulama

- ve Hizmet Gereksinimleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2011.
40. Aksu H. *Kontraseptif Yöntemler: Kadın Sağlığı Kitabı*. Ed. Şirin A. Kavlak O. 1. Baskı, Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 2008
41. Gökmen O, Çiçek N. *Günümüzde Kontrasepsiyon*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001
42. Şahin NH. *Doğurganlığın Düzenlenmesi*. İçinde: Beji NK. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 1. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Sti., İstanbul, 2015.
43. Can HÖ, Gençalp NS, *Kadın Sağlığı Sorunları*. İçinde: Şirin A, Kavlak O. eds. Kadın Sağlığı. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Tic.Ltd. Sti, İstanbul, 2015.
44. 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.
45. Kocatepe K. NüfusPlanlaması; <http://www.aileplanlama.com/vazektomi.html>. 17.09.2015
46. Smoley BA, Robinson CM. Natural family planning. *Am Fam Physician*, 2012, 86(10):924-928.
47. Akın A. *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi*, Cilt 2, Kontraseptif yöntemler. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005.
48. WHO. Family planning/Contraception, 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>, 20.06.2019
49. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. *Hemşirelik: Aile Planlaması*, Ankara, 2012.
50. Fathizadeh N, Tashi Sh, Abedi Ha, Kazemi A. Contraception experiences of young

- women in their first years of marriage. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 12(3);
51. Özvarış Ş.B. *Doğurganlığın Düzenlenmesi*. İçinde Aile Planlamasında Temel Bilgiler, 3. Baskı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Damla Matbaacılık Reklamcılık ve Yayıncılık, İstanbul, 2003.
52. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009.
53. Suid NR. Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2016.
54. Çayan, A. 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine ilişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler ile İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2009.
55. Gharaibeh MK, Oweis A, Shakhathreh FMN, Froelicher ES. Factors associated with contraceptive use among jordanian muslim women: implications for health and social policy. *Journal of International Women's Studies*, 2011, 12(3): 168-184.
56. Ertopçu K. Fertilité bilincine dayalı metodlar ve geleneksel yöntemler. *Türkiye Klinikleri J. Surg Med Sci*, 2006, 2(22):68-77.
57. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Post-ovulatory ageing of the human oocyte and embryo failure. *Hum Reprod*. 1998, 13(2): 394-397.

58. Fehring Rj, Hanson L, Stanford JB. Nurse-midwives' knowledge and promotion of lactational amenorrhea and other natural family-planning methods for child spacing. *J Midwifery Womens Health*. 2001, 46(2): 68-73.
59. Özçelik E. Doğal aile planlaması yöntemleri, *The Journal of Turkish Family Physician* 2016;7(3):45-53
60. Pyper CM, Knight J. Fertility awareness methods of family planning: The physiological background, methodology and effectiveness of fertility awareness methods. A CPD self-assessment test. Review. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2001, 27(2):103-109.
61. Saygılı P. Aile planlaması hizmetlerinde hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*. 2006;2(13):37-44
62. Türkistanlı E. Aile Planlaması Konusunda Kaçırılmış Fırsatların Yakalanmasında Hemşirenin Danışman Rolü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1998.
63. Gabalci E, Terzioğlu F. The effect of family planning methods used by women of reproductive age on their sexual life. *Sex Disabil*. 2010; 28(4): 275-285.
64. Metinoğlu M. Planlı Eğitimin Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1999.
65. Tezel A, Gönenç İM, Akgün Ş, Öztaş KD, Altuntaş YT. Kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 18(3): 181-188.
66. Arslan Gürcüoğlu E, Uzun Aksoy M, Pelit Aksu S, Kan A. Kadınların Doğurganlığa Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirilmesi, 7-8 Ekim- 1. Uluslararası 2. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, İzmir, 2016.

67. Bennett TRR, Rocca CH. Development of a brief questionnaire to assess contraceptive intent. *Education and Counseling*, 2015, 98: 1425-1430.
68. Karaoğlu S, Duman MZ. Dini İnanç ve Tutumların Doğurganlık Üzerindeki Etkileri (Van İli Örneği). *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2017, 10(50):391-404.
69. İlkaracan P. Doğurganlık Hakları. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, 2012. <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/GTemmuz2012.pdf>
70. Demirdirek H, Şener Ü. 81 İl İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Karnesi. Türkiye Ekonomi ve Politikaları Araştırma Vakfı, 2014.
71. Gözükar F, Kabalcıoğlu F, Ersin F. Şanlıurfa ilinde kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi, *Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi*, 2015, 1(12): 9-16.
72. Altay B, Gönener D. Evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini bilme ve kullanma durumları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi* 2009,14(1):56- 64.
73. Draper L. Working women and contraception: History, Health, and Choices. *AAOHN J.*, 2006, 54(7): 317-324.
74. Ahmad F, Hanif M, Zafar MI. Attitude of religious leaders (Imam masjid) towards family planning. *Journal of Agriculture&Social Sciences*, 2006, 2(3):163-166.
75. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2010.
76. Cheng D, Schwarz EB, Douglas E, Horon I. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception* 2009, 79(3): 194-198.
77. Taşçı Duran E, Ünsal Atan Ş. Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*; 2011, 21(3): 83-88.
78. Park CS, Yeoum SG, Choi ES. Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. *Nurs Health Sci* 2005, 7(1): 3-8.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Osman ÖNER
Doğum tarihi:	30.07.1991
Doğum Yeri:	Van
Medeni Hali:	Bekâr
Uyruğu:	T.C.
Adres:	Erçek Mah. Sahil Cad. Güler Sok. İpekyolu/VAN
Tel:	0544 549 92 62
Faks:	-
E-mail:	ossmanoner@gmail.com
Eğitim	
Lise:	Kazım Karabekir Lisesi (2009)
Lisans:	Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van Sağlık Yüksekokulu /Hemşirelik Bölümü (2013)
Yüksek lisans:	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2019)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	Orta
Almanca:	-
Rusça:	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
-	
İlgi Alanları ve Hobiler	
-	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Yüksek Lisans Tezi olarak Dr.Öğr. Üyesi Aslı SİS ÇELİK danışmanlığında sunulan “**Evli Kadınların Doğurganlığa ve Aile Planlamasına Yönelik Tutumları İle Kontraseptif Yöntem Kullanma Niyetleri Arasındaki İlişki**” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	14	15
Genel Bilgiler	11	30
Materyal ve Metod	26	35
Bulgular	9	10
Tartışma	11	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 23 /07/ 2019

Osman ÖNER



Dr. Öğr. Üyesi Aslı SİS ÇELİK



* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun/....../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun/....../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı: 2018-3/9

Tarih: 10.04.2018

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Osman ÖNER, Aslı SIS ÇELİK isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Evli Kadınların Doğurganlığa ve Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ile Kontraseptif Yöntem Kullanma Niyetleri Arasındaki İlişki” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**


Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI
Başkan


Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Üye


Prof. Dr. Nezih KARABULUT
Üye


Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR
Üye


Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Üye

EK-4. KURUM İZNİ



T.C.
VAN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 18670582-044
Konu : Anket-Araştırma Talebi

Sn: Osman ÖNER
Erçek Mah.Güler Sok.No: 10
İpekyolu/VAN

İlgi : Osman ÖNER'in 28/02/2019 tarihli dilekçesi.

İlgi sayılı dilekçenize istinaden; Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Aslı SİS ÇELİK' in danışmanlığında yapacak olduğunuz, “ Evli Kadınların Doğurganlığa ve Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ile Kontraseptif Yöntem Kullanma Niyetleri Arasındaki İlişki” konulu anket çalışmasına ait talebiniz, Müdürlüğümüz tarafından değerlendirilmiş olup; İpekyolu, Tuşba, Edremit ilçelerinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde 1 Mart 2019 – 30 Nisan 2019 tarihleri arasında yapmanız uygun bulunmuştur.

Konu ile ilgili, **sonuç raporunun** iki nüsha halinde hazırlanıp, Müdürlüğümüz Toplum ve Göç Sağlığı Hizmetleri Eğitim Birimine bildirilmesi hususunda;
Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dt.Şebnem KARTAL
İl Sağlık Müdürü a.
Halk Sağlığı Hizmetleri
Başkanı

Hatuniye Mahallesi İpekyolu Caddesi İkincisan Kavşağı İpekyolu / Van İl Sağlık
Müdürlüğü
Telefon: Faks No: 04322160046

e-Posta: iklima.bayram@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Dah.:1181

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3150c1dd-bb7d-48bf-91b4-3c7d20ebca24 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: İklima BAYRAM

BİRİM SORUMLUSU

Telefon No: 04322102117

EK-5. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız?	
2. Eşinizin yaşı?	
3. Eğitim durumunuz?	☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ve üzeri
4. Çalışma durumunuz?	☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor (mesleği.....)
5. Eşinizin eğitim durumu?	☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ve üzeri
6. Eşinizin mesleği?	☐ Kamu personeli ☐ İşçi ☐ Serbest meslek ☐ Özel sektör çalışanı ☐ Emekli ☐ Diğer(.....)
7. Aylık ortalama hane geliriniz?	☐ 1500 TL'den az ☐ 1500-2499 TL ☐ 2500-3499 TL ☐ 3500-4499 TL ☐ 4500-5500 TL ☐ 5500 TL'den fazla
8. Aile tipiniz?	☐ Çekirdek aile (karı, koca ve çocuklar) ☐ Geniş aile (karı, koca, çocuklar ve aile büyükleri)
9. Toplam gebelik sayınız?	
10. Yaşayan çocuk sayınız?	
11. Düşük/küretaj sayınız?	☐ Kendiliğinden ☐ İsteyerek
12. Doğum şekliniz ve doğum sayınız nedir?	☐ Normal doğum..... ☐ Sezaryen.....
13. İstemeyerek gebe kaldığınız oldu mu?	☐ Evet (gebelik sonucunuz.....) ☐ Hayır
14. Kaç yıldır evlisiniz?	
15. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?	☐ Evet (hangi yöntem.....) ☐ Hayır (neden.....) ☐ Kullanıyordum bıraktım (neden.....)

EK-6. KADINLARIN DOĞURGANLIĞA YÖNELİK TUTUMLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda doğurganlığınız ile ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadelere yönelik doğurganlık tutumunu gösteren aşağıda verilen beş kutucuktan birini seçerek belirtiniz. Lütfen her bir soru için sadece bir kutucuğu işaretleyiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	Gelecekte anne olmayı düşünürüm.					
2.	Planlamadığım bir gebeliğin hayatımı sınırlayacağını düşünürüm.					
3.	Anne olmak benim için önemlidir.					
4.	Çocuk sahibi olmanın sosyal hayatımı sınırlayacağını düşünürüm.					
5.	Çocuk sahibi olmanın iş hayatımı olumsuz etkileyeceğini düşünürüm.					
6.	Anne olmanın zamanımın çoğunu alacağını düşünürüm.					
7.	Doğurgan olmak kadınlığımı hissetmemde önemlidir.					
8.	Çocuk sahibi olmanın eşimle aramdaki bağlılığı artıracığını düşünürüm.					
9.	Bir anne olarak çocuğun sorumluluğunu almak istemem.					
10.	Gelecekte gebe olduğumu öğrenmek beni mutsuz eder.					
11.	Çocuk sahibi olmak diğer kadınlarla iletişimimi artırır.					
12.	Anne olmanın kariyerimi sınırlayacağını düşünürüm.					
13.	Çocuk sahibi olmanın kişiliğimi olumlu etkileyeceğini düşünürüm.					
14.	Gelecekte çocuk sahibi olmanın benim için uygun olmadığını düşünürüm.					
15.	Anne olmak kadınlığımı hissetmem için önemlidir.					
16.	Çocuk sahibi olmanın kendime ayırdığım zamanı kısıtlayacağını düşünürüm.					
17.	Yaşamıma yenilik katmak için çocuk sahibi olmayı isterim.					
18.	Çocuk sahibi olmanın dış görünüşümü olumsuz etkileyeceğini düşünürüm.					
19.	Arkadaşlarımla çocuk sahibi olmak hakkında konuşurum.					
20.	Aile olabilmek için çocuk sahibi olmanın gerekli olduğunu düşünürüm.					
21.	Çocuksuz bir yaşamı hayal edemem.					

EK-7. AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ

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

EK-8. KONTRASEPTİF NİYET ÖLÇEĞİ

SORULAR	
1. İlk çocuğunuza ya da bundan sonraki çocuğunuza sahip olmadan önce, okulu bitirmek, iş bulmak ya da daha çok para kazanmak gibi sizi daha ileri götürecek şeyler sizin için ne kadar önemlidir?	a. Çok önemli b. Önemli c. Kısmen önemli d. Önemli değil
2. Sizce eşiniz sizin doğum kontrol yöntemi kullanmanıza karşı mıdır?	a. Kesinlikle hayır b. Kısmen hayır c. Kısmen evet d. Kesinlikle evet
3. Şu anda gebelikten korunmak sizin için ne kadar önemlidir?	a. Çok önemli b. Önemli c. Kısmen önemli d. Önemli değil
4. Şu anda doğum kontrolü yöntemi kullanmak sizin için ne kadar önemlidir?	a. Çok önemli b. Önemli c. Kısmen önemli d. Önemli değil
5. Gelecek yıl gebe kalacak olsanız bu sizi ne kadar mutlu eder?	a. Hiç mutlu etmez b. Kısmen mutlu eder c. Mutlu eder d. Çok mutlu eder
6. Gelecek yıl doğum kontrol yöntemi kullanacağınız konusunda ne kadar eminsiniz?	a. Çok eminim b. Eminim c. Kısmen eminim d. Emin değilim
7. Doğum kontrol yöntemini doğru bir şekilde kullanmanın, sizin için zor olacağını düşünüyor musunuz?	a. Kesinlikle hayır b. Kısmen hayır c. Kısmen evet d. Kesinlikle evet
8. Gelecekte doğum kontrol yöntemi kullanmayı sürdürebileceğinizden ne kadar eminsiniz?	a. Çok eminim b. Eminim c. Kısmen eminim d. Emin değilim

9. Gelecek yıl gebe kalacak olsanız, bu sizi ne kadar üzer?	a. Çok üzer b. Üzer c. Kısmen üzer d. Üzmez
10. Eşinizin doğum kontrol yöntemi kullanmanızı istemediği bir durumda cinsel ilişkiye karşı koyabileceğinizden ne kadar eminsiniz?	a. Çok eminim b. Eminim c. Kısmen eminim d. Emin değilim
11. Doğum kontrol yöntemi kullanmanın size yarardan çok zarar vereceğini düşünüyor musunuz?	a. Kesinlikle hayır b. Kısmen hayır c. Kısmen evet d. Kesinlikle evet
12. Doğum kontrol yöntemini doğru bir şekilde kullansanız bile gebe kalacağınızı düşünüyor musunuz?	a. Kesinlikle hayır b. Kısmen hayır c. Kısmen evet d. Kesinlikle evet
13. Çok sık cinsel ilişkiye girmediğiniz zamanlarda doğum kontrol yöntemi kullanmak sizin için ne kadar önemlidir?	a. Çok önemli b. Önemli c. Kısmen önemli d. Önemli değil
14. Doğum kontrol yöntemi kullanmadığınız ve son derece uyarılmış ya da tahrik olmuş olduğunuz bir durumda, kendinizi durdurabileceğinizden ne kadar eminsiniz?	a. Çok eminim b. Eminim c. Kısmen eminim d. Hiç emin değilim
15. Doğum kontrol yöntemi kullanmanın size yan etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	a. Kesinlikle hayır b. Kısmen hayır c. Kısmen evet d. Kesinlikle evet