

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

**ADANA BÖLGESİNDE YAŞAYAN 18 YAŞ ALTI VE 35 YAŞ ÜSTÜ
KADINLARIN KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIM
ÖZELLİKLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

ELİF ELMAS

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof.Dr.Z.NAZAN ALPARSLAN

ADANA – 2010

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

ADANA BÖLGESİNDE YAŞAYAN 18 YAŞ ALTI VE 35 YAŞ ÜSTÜ
KADINLARIN KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIM
ÖZELLİKLERİNİN ARAŞTIRILMASI

ELİF ELMAS

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Z.NAZAN ALPARSLAN

Bu tez, Çukurova Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından
ASYO2010YL3 nolu proje olarak desteklenmiştir.

Tez No:.....

ADANA – 2010

KABUL VE ONAY

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan “Adana bölgesinde yaşayan 18 yaş altı ve 35 yaş üstü kadınların kontraseptif yöntem kullanım özelliklerinin araştırılması” adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:/...../2010

Prof. Dr. Z.Nazan ALPARSLAN

Çukurova Üniversitesi

Jüri Başkanı

Yrd.Doç.Dr.Sultan ALAN

Çukurova Üniversitesi

Jüri Üyesi

Doç. Dr. Gürsel ÖZTÜNÇ

Çukurova Üniversitesi

Jüri Üyesi

Yukarıdaki tez, Yönetim Kurulunun/...../..... tarih vesayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Halil KASAP

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tezin her aşamasında tezime titizlikle eğilen, tezime yol gösterici olan, çok değerli bilimsel katkılarda bulunan saygıdeğer danışmanım Sayın Prof. Dr. Z.Nazan ALPARSLAN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerimde bana destek olan saygıdeğer Hocalarıma,

Tezimin uygulamasında kolaylık sağlayan ilgili kurumlara, verileri toplama sırasında bana destek olan herkese,

Tez savunma jürimde yer alan görüş ve önerileri ile çalışmama katkıda bulunan Hocalarım Yrd. Dr. Sultan ALAN ve Doç. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ'a,

Çalıştığım klinikteki Hemşire arkadaşlarıma ve özellikle Sorumlu Hemşirem Emine YİĞİTE,

Emeklerini hiçbir zaman göz ardı etmeyen, destek, ilgi, sevgi ve şevkatini benden esirgemeyen annem Azize ELMAS, babam Hüseyin ELMAS'a. Kardeşlerim Fatma ve Erdal ELMAS'a, tatlılığı ile teyzesine güç veren DENİZ'ime,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER.....

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
TABLolar DİZİNİ.....	VI
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	VIII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	IX
ÖZET	X
ABSTRACT	XI
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİ	4
2.1. Aile Planlaması Tanımı.....	4
2.2. Aile Planlaması Amacı.....	4
2.3. Aile Planlaması Tarihçesi.....	4
2.4. Dünya'da ve Türkiye'de Aile Planlaması.....	5
2.4.1 .Dünya'da Aile Planlaması.....	5
2.4.2 .Türkiye'de Aile Planlaması.....	5
2.5. Aile Planlamasının Yararları.....	8
2.5.1. Aile Planlamasının Anne, Çocuk ve Topluma Sağlığı Açısından Yararları...8	
2.6. Gebeliği Önleyici Yöntemler.....	9
2.6.1 . Hormonal Kontraseptifler.....	9
2.6.1.1. Oral Kontraseptifler.....	9
2.6.1.2. Non-Hormonal Kontraseptifler.....	10
2.6.1.2.1. Hormonal RİA.....	11
2.6.1.2.2. Enjektabl Kontrasepsiyon.....	11
2.6.1.2.3. Subkutan İmplant Sistem.....	12
2.6.1.2.4. Transdermal Patch.....	12
2.6.1.2.5. Vaginal Ring.....	13
2.6.2. Bariyer Yöntemler.....	13

2.6.2.1. Kondom (Kılıf , Kaput , Prezervatif).....	13
2.6.2.2. Diyafram.....	14
2.6.2.3. Servikal Başlık.....	14
2.6.2.4. Spermisidler.....	14
2.6.3. Cerrahi Sterilizasyon.....	15
2.6.3.1. Tüpligasyon (Kadın Sterilizasyonu).....	15
2.6.3.2. Vazektomi (Erkek Sterilizasyonu).....	15
2.6.4. Doğal Aile Planlaması.....	16
2.6.4.1. Takvim Yöntemi.....	16
2.6.4.2. Vücut Isısı Yöntemi.....	16
2.6.4.3. Servikal Mukus Yöntemi.....	17
2.6.4.4. Semptotermal Yöntem.....	17
2.6.4.5. Ovulasyon Gününü Belirleme Kitleri.....	17
2.6.4.6. Vajinal Duş.....	17
2.6.4.7. Servikal Palpasyon.....	17
2.6.4.8. Geri Çekme (Koitus Interruptus).....	18
2.6.5. Emzirme İle Gebeliğin Önlenmesi (Laktasyonel Amenore).....	18
2.6.6. Acil Kontrasepsiyon.....	19
2.6.7. Erkek Kontrasepsiyon.....	21
2.7. Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık Rolü.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Amacı.....	23
3.2. Araştırmanın Yöntemi.....	23
3.3. Araştırmanın Veri Toplama Aracı.....	24
3.4. Araştırmanın Verilerinin İstatistiksel olarak Değerlendirilmesi.....	24
4. BULGULAR.....	25
4.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri.....	25
4.2. Araştırma Grubunun Kontraseptif Yöntem Kullanım Özellikleri.....	29
4.3. Araştırma Grubundaki Gebe Kadınların Gebelik Öncesi Kontraseptif Yöntem Kullanımları ve Gebelik Sonrası Tercihleri.....	35
4.4. Kadınların Doğurganlık ve Kontraseptif Yöntem Kullanımı İle İlgili Özelliklerinin Eğitim Durumları İle İlişkileri.....	42

5. TARTIŞMA.....	50
5.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerin İncelenmesi.....	50
5.2. Araştırma Grubunun Kontraseptif Yöntem Kullanım Özelliklerinin İncelenmesi..	52
5.3. Gebe Kadınların Gebelik Öncesi Kontraseptif Yöntem Kullanımları ve Gebelik Sonrası Tercihlerinin İncelenmesi.....	54
5.4. Doğurganlık ve Kontraseptif Yöntem Kullanımı İle İlgili Özelliklerinin Eğitim Durumları İle İlişkisinin İncelenmesi.....	56
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	59
6.1.Sonuçlar.....	59
6.2.Öneriler.....	63
KAYNAKLAR.....	65
EKLER.....	70
Ek 1: Anket Formu.....	70
Ek 2: Etik Kurul Kararı	74
ÖZGEÇMİŞ	76

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1.1: Araştırma Grubunun Verilerinin Toplandığı Kurum ve Riskli Yaş Grubu Kadınlarının Dağılımı.....	25
Tablo 4.1.2: Araştırmaya Katılan Kadınların Yaş ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular Dağılımı.....	26
Tablo 4.1.3: Araştırmaya Katılan Kadınların Kendi Kardeş Sayısı, Eşlerinin Kardeş Sayısı ve İdeal Çocuk Sayılarına İlişkin Bulgular.....	27
Tablo 4.1.4: Araştırmaya Katılan Kadınların Öğrenim Durumlarına İlişkin Bulgular Dağılımı.....	27
Tablo 4.1.5: Araştırmaya Katılan Kadınlara 'Bir Kadın Adet Döneminin Hangi Günlerinde Gebe Kalır' Sorusuna Verilen Cevapların Yaş Gruplarına Göre Dağılımına İlişkin Bulgular Dağılımı.....	28
Tablo 4.1.6: Araştırmaya Katılan Kadınlara 'İlk Altı Ay Bebeği Emzirmek Gebe Kalmayı Etkiler mi' ? Sorusuna Verilen Cevapların Yaş Gruplarına İlişkin Bulgular Dağılımı	28
Tablo 4.2.1: Araştırmaya Katılan Kadınların Korunma Yöntemi İle İlgili Bilgi Alma, Bilgi Alınan Yer ve Danışmanlık Alma Durumlarına İlişkin Bulgular Dağılımı.....	29
Tablo 4.2.2: Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımına İlişkin Bulgular Dağılımı.....	30
Tablo 4.2.3: Yaşlı Riskli Grup Kadınların, Evlilik Süresi Boyunca Hiç Yöntem Kullanmayanlar İle Yöntem Kullananların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular Dağılımı.....	31
Tablo 4.2.4: İlk Kullanılan Yöntemin Etkinliğinin Yaş Gruplarına İlişkin Bulgular Dağılımı.....	32
Tablo 4.2.5: Korunma Yöntemi Olarak Şuan Ne İle Korunuyorsunuzun Yaş Gruplarına İlişkin Bulgular Dağılımı.....	32
Tablo 4.2.6: Yöntem Kullanmayan Kadınların Yöntem Kullanmama Nedenlerine İlişkin Bulgular Dağılımı.....	33
Tablo 4.2.7: Yöntem Kullanımını Bırakan Kadınların Kullandıkları Korunma Yöntemini Bırakma Nedenlerine İlişkin Bulgular Dağılımı.....	34
Tablo 4.3.1: Araştırma Grubundaki Gebe Kadınların Gebeliklerinin İstenilen Bir Gebelik mi Olduğu İlişkin Bulgular Dağılımı.....	35
Tablo 4.3.2: Gebe Kadınların 'Bu Gebeliğinizden Önce Herhangi Bir Korunma Yöntemi İle Korunuyor Muydunuz' Sorusuna İlişkin Bulgular Dağılımı.....	35
Tablo 4.3.3: Korunurken Gebe Kalan Kadınların Gebe Kaldıklarında Kullandıkları Korunma Yöntemine İlişkin Bulgular Dağılımı.....	36
Tablo 4.3.4: Gebe Kadınların 'Gebelikten Sonra Başka Çocuk İstiyor Musunuz' Sorusuna İlişkin Bulgular Dağılımı.....	37
Tablo 4.3.5: Herhangi Bir Yöntem Kullanmış Gebe Kadınların, Gebe Kalmadan Önce Kullandıkları Korunma Yöntemi Dağılımı.....	37
Tablo 4.3.6: Herhangi Bir Yöntem Kullanmış Gebe Kadınların, 'Gebe Kalmadan Önce Kullandıkları Son Korunma Yöntemini Kimle Karar Vermiştiniz' Sorusuna İlişkin Bulgular Dağılımı.....	38

Tablo 4.3.7: Herhangi Bir Yöntem Kullanmış Gebe Kadınların, Gebe Kalmadan Önce Kullandıkları Yöntemin Güvenirliliği Hakkında ki Düşüncelerine İlişkin Bulgular Dağılımı.....	39
Tablo 4.3.8: Gebe Kadınların, Gebelik Öncesi Kullandıkları Yöntemin, Güvenirliliği Hakkında ki Düşüncelerinin Kullandıkları Yönteme Göre Dağılımı.....	39
Tablo 4.3.9: Gebe Kadınların,'Doğum Sonrası Korunma Yöntemi Kullanacak Mısınız' Sorusuna İlişkin Bulgular Dağılımı.....	40
Tablo 4.3.10: Bu Gebeliğinizden Sonra Hangi Korunma Yöntemini Kullanmayı Düşünüyorsunuz İlişkin Bulgular Dağılımı.....	41
Tablo 4.3.11: Korunurken Gebe Kalan Kadınların Gebelik Öncesi Kullandıkları ve Gebelik Sonrası Kullanmayı Düşündükleri Yöntemlere İlişkin Bulgular Dağılımı.....	42
Tablo 4.4.1: Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Gebelik Yaşları, Gebelik İçin Uygun Yaş Aralığı ve İdeal Çocuk Sayılarına İlişkin Bulgular Dağılımı.....	43
Tablo 4.4.2: Kadınların Korunma Yöntemi İle İlgili Bilgi Alma Durumlarının Eğitim Durumlarına İlişkin Bulgular Dağılımı.....	44
Tablo 4.4.3: Kadınların Korunma Yöntemi İle İlgili İlk Bilgiyi Nerden Aldığının Eğitim Durumları İle İlişkisi.....	44
Tablo 4.4.4: Kadınların Korunma Yöntemi İle İlgili İlk Bilgiyi Kimden Aldığının Eğitim Durumları İle İlişkisi.....	45
Tablo 4.4.5: Araştırmaya Katılan Kadınlara 'Bir Kadın Adet Döneminin Hangi Gününde Gebe Kalır' Sorusuna Verilen Cevapların Eğitim Durumları İle İlişkisi.....	46
Tablo 4.4.6: Araştırmaya Katılan Kadınların 'İlk Altı Ay Bebeği Emzirmek Gebe Kalmayı Etkiler mi' Sorusuna Verdikleri Cevapların Eğitim Durumları İle İlişkisi.....	46
Tablo 4.4.7: Kadınların Korunma Yöntemi Olarak İlk Kullandığı Yöntemin Etkinliğinin Eğitim Durumları İle İlişkisi.....	47
Tablo 4.4.8: Araştırmanın Yapıldığı Dönemde Korunan Kadınların Kullandıkları Yöntemin Eğitim İle İlişkisi.....	48
Tablo 4.4.9: Gebe Kadınların Gebeliklerinin İstenilen Bir Gebelik mi Olduğunun Eğitim Durumları İle İlişkisi.....	48

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. Kadının Öğrenim Düzeyine Göre Obstetrik Hizmetlerden Yararlanma Durumu ²⁰	8
--	---

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TNSA :	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
RIA :	Rahim İçi Araç
OK :	Oral Kontraseptifler
DAP :	Doğal Aile Planlaması
LNG :	Levenorgestrel
DMPA:	Depo Medroksi Progesteron Asetat
FDA :	İlaç ve Gıda İdaresi
CYBH:	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
HIV :	Human İmmün Yetmezlik Virüs
LAM :	Laktasyonel Amenore Metodu
AK :	Acil Kontrasepsiyon
AÇS :	Ana-Çocuk Sağlığı
AP :	Aile Planlaması
LH :	Lüteinizan Hormon
HIV :	Human İmmün Yetmezlik Virüsü
TDH :	Toplam Doğurganlık Hızı
% :	Yüzde

ÖZET

Adana Bölgesinde Yaşayan 18 Yaş Altı ve 35 Yaş Üstü Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanım Özelliklerinin Araştırılması

Doğurganlık, bilinçli bir şekilde düzenlenmediğinde aile ve toplum sağlığını olumsuz etkileyen riskli gebelikler ortaya çıkar. Yaşa bağlı riskli olarak tanımlanan 18 yaş altı 35 yaş üstü gebeliklerin oluşmasının temel nedeni aile planlaması yöntemi kullanmama veya bunlara erişememedir.

Araştırma, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu (Ek-1) kullanılarak, Kasım 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında; Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına, Adana Doğum ve Çocuk Bakım Evi Hastanesi Doğum Servisine ve Yeşilevler-2 Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş altı ve 35 yaş üstü kadınların aile planlaması uygulamalarını saptamak amacı ile yapılmıştır.

Bulgular, kadınların aradaki yaş farkına rağmen benzer bilgi düzeyi ve davranışlara sahip olduklarını, gebelik için yöntem seçimlerini yaşlarının oluşturduğu riski göz önüne almadan yaptıklarını, hatta daha sıklıkla geleneksel yöntemlere başvurduklarını göstermektedir. Her iki grup kadın(18 yaş altı ve 35 yaş ve üstü) benzer büyüklükte ailelerden gelmekte(6,6±2,9 ve 6,4±2,5 kardeşi); aynı sayıda çocuk istemekte(ortalama 2,8); adet döneminin hangi aralığında gebe kalacağını genellikle bilmemektedir(%83,9 ve %76,1). Her iki grubun da ilk kullandıkları kontraseptif metodun etkin olma yüzdeleri benzerdir(%71,4 ve %69,2). Gençlerin %4,8'i yaşlıların %42,6'sı korunurken ve toplam grubun %58,1'i geri çekme metodu kullanırken gebe kalmışlardır. Kadınların ilk gebelik yaşları ve gebelik için uygun olduğunu düşündükleri yaşlar eğitimleri ile artmakta(ilkokul altı için 18,5 ile 21,2 ve lise ve üstü için 25,1 ile 23,7) ancak ideal çocuk sayıları eğitimle değişmemektedir(2,8±0,8 çocuk). Ek olarak; gebe olan kadınlarda gebeliği istemeyenlerin oranının yüksek olduğu(%28,2), yaşlı risk grubunun etkin yöntem kullandıkları halde istenmeyen gebelikle başvurdukları(%58,7), yaşamı boyunca hiç yöntem kullanmamış olan kadınların doğurganlık hikayelerinin de araştırılan grup ile benzer olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak, aile planlaması eğitim ve hizmetinin yetersizliği, daha çok özen gösterilmeyi hak eden riskli gebelik yaşındaki kadınlarda da kendini belli etmektedir.

Anahtar kelimeler: Kadın , Gebelik, Kontrasepsiyon, Riskli Gebelikler, Riskli Gebelik Yaşı.

ABSTRACT

The Research on the Use of Contraceptive Methods Among Women Aged Under 18 and Over 35 in Adana Region

Risky pregnancies result mainly because of negligence of the utilization of family planning techniques and lack of opportunity to access them. A universally approved risk is one pertaining to the age of the mother, namely being below 18 or over 35 years of age. With the aim of studying the contraceptive utilization characteristics of this age group a questionnaire prepared by the researcher was applied to the out-patients of health centres and hospitals of the region.

The main findings showed that, inspite of their age difference, the women had similar amount of knowledge and attitudes related to family planning and made their the contraceptive choices without taking their ages into consideration. Both groups of women had come from families of similar sizes(having $6,6\pm 2,9$ and $6,4\pm 2,5$ children), had similar ideal family size notions(mean of 2,8 children), and had poor knowledge about the relationship between pregnancy and menstruation period(83,9% and 76,1% failed). The first ever used method was an efficient one for 71.4% of the young and 69,2% for the elder group. Mean age at first pregnancy and age thought to be suitable for first pregnancy seemed to increase with the level of education (18,5&21,2 for those with no formal education and 25,1&23,7 for those with high school diploma over) whereas the ideal number of children did not differ(2,8 overall). There was a high rate of unwanted pregnancies(%28,2), and 58,7% of the elder declared to have been using effective methods as condoms and pills, indicating misuse. To add, women who had never used any contraceptives seemed to have similar obstetric history with the rest of the group.

To conclude, the discrepancy of contraceptive counseling was evident for the risky age group.

Keywords: Women, Pregnancy, Contraception, Risky Pregnancies, Risky Pregnancy Age

1. GİRİŞ

Gebelik fizyolojik bir süreç olmakla birlikte birtakım sağlık risklerini de beraberinde taşıyabilmektedir. Kadın sağlığını etkileyen önemli faktörlerden biri olan doğurganlık, bilinçli bir şekilde düzenlenmediğinde riskli gebelikler (18 yaş altı, 35 yaş üstü, 4'ten fazla ve 2 yıldan sık aralıklarla gebe kalma) ortaya çıkmaktadır. Riskli gebelikler kadın, aile ve toplum sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir. Bu tür gebeliklerde anne-çocuk sağlığı tehlikeye girmekte ve çeşitli sağlık sorunları ile karşılaşma olasılığı artmaktadır. Bu sorunun çözümündeki anahtar nokta ise doğurganlığın planlanmasıdır¹.

Türkiye'de iyi bir aile planlaması (AP) programı ile önlenebilecek sorunlar, erken yaş gebelikler, sık aralıklarla gebelik ve doğum, çok çocukluluk ve istenmeyen gebelikler, varlığını halen sürdürmektedir².

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nın (TNSA) 2008 verilerine göre; ilk doğum yapma yaşı olan 20-29 yaş grubundaki kadınlar, 30 ve üzeri yaştaki kadınlara göre daha fazladır. Doğurganlık, 20-29 yaş grubundaki kadınlarda, araştırma tarihinden önceki beş yılda %18,0 azalırken, 30 ve üzeri yaştaki kadınlarda %12,0 azalmaktadır. Bu örüntü, doğurganlığın azaldığı nüfuslar ile uyumludur. Bunun yanı sıra, 15- 19 yaş grubundaki kadınlarda doğurganlık düzeyinde gözlenen %30'luk azalma çok karşılaşılan bir durum değildir. Bu da, Türkiye'de bu yaş grubundaki kadınların çocuk doğurmaya başlamak için daha fazla beklediklerini göstermektedir³.

Birçok ülkede görülen ve evlenme yaşının yükselmesini de yansıtan ilk doğumların geciktirilmesi eğilimi genel doğurganlık düzeyindeki düşüşe katkıda bulunmaktadır. Yirmi yaşından önce anne olan kadınlar birçok ülkede önemli bir sağlık ve toplumsal sorun olarak kabul edilen adölesan doğurganlığın boyutunu gösteren bir ölçüdür⁴.

Dünya sağlık örgütünün tanımlamasına göre 10-19 yaş arası dönem çocukluktan erişkinliğe geçiş olarak kabul edilen adölesan (ergenlik) dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu dönem hem cinsel hem de psikolojik olgunluğa geçiş süresidir. Günümüzde adölesanlar biyolojik olgunluğa psikososyal gelişimlerini tamamlamadan ulaşmaktadır. Sosyal ve psikolojik problemlerle beraber fizyolojik olarak 18 yaş öncesi

doğumlar morbitide ve mortalite açısından yüksek risk taşımaktadır. Dünya nüfusunun altıda birini, Türkiye'nin nüfusunun ise, %20,8'ini adölesanlar oluşturmaktadır^{5,6}.

Adölesan gebeliklere bakılacak olursa; TNSA 2008 verilerine göre, adölesan anneler %5,9, adölesan gebelik oranı %3,9'dur³.

Ülkemizde sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde bir diğer problem aşırı doğurganlığın ileri yaşta devamı olarak gözlenmektedir. İleri anne yaşı ifadesi; 35 yaş ve üzeri gebeliklerde kullanılmaktadır. Ancak başka yazarlar 40 yaş ve üstü gebelikler için de "çok ileri anne yaşı" ifadesini kullanmaktadır. Bu grubu gelişen infertilite tedavi yöntemleri ile özellikle primipar infertil olgular oluşturmaktadır. Bu gebeler yaşa bağlı olarak yüksek riskli gebelikler grubunu oluştururlar^{7,8}.

Bazı ülkelerde çeşitli sosyo-ekonomik, kültürel ve geleneksel nedenlerden dolayı kadınların bir kısmı gelişmiş tıbbi olanaklardan yararlanamamakta ya da engellenmektedir. Sonuçta istenmeyen, kısa aralıklı çok sayıda gebeliğe reproduktif dönemin son dönemlerine kadar rastlanmaktadır⁹.

İleri yaşlardaki kadınlar arasında (40-44 ve 45-49 yaş grubu kadınların) doğum sayısının fazla (4 ve daha fazla gebelik) olması nedeniyle ölüm riski yüksektir. Bu durum, gebe kadınlar için en önemli tıbbi risk faktörü olarak kabul edilmektedir. 40-49 yaş aralığındaki kadınlar arasında bulunan gebeliğe bağlı anne ölüm oranları yüz bin canlı doğumda 100'ün üzerindedir. Bu örüntü, genç kadınların da ileri yaşlardaki kadınlar kadar yüksek risk altında olduğuna işaret etmektedir. Ancak bu iki gruptaki kadınların doğum yapma ihtimali diğer yaş gruplarına göre daha az olduğu için ölümlerin sayısı düşük risk grubundakiler arasında en yüksektir. Yaşa ve gebeliğe göre anne ölüm oranı 35 yaş üstü kadınlarda, özellikle de 40-49 yaş grubunda hızla artmaktadır. AP programlarına ağırlık verilmesi ile anne ölümlerinin %30-40, bebek ölümlerinin de en az %20 oranında azalacağı belirtilmektedir. Bu açılardan bakıldığında AP yöntemleri, bireylerin ve toplumun daha sağlıklı ve daha uygun sosyoekonomik bir temele oturması açısından önemini korumaktadır^{10,11}.

AP yöntem kullanımı tüm yaşam olaylarında olduğu gibi belli bir riski vardır, ancak bu risk, AP yöntemi kullanılmadığında olabilecek anne ölüm riski ile kıyaslanamayacak kadar azdır. Kaldı ki AP hizmetlerinde, yeterli danışmanlık yapılarak uygun kişiye en uygun yöntemin uygulanması sağlandığı zaman, kontraseptif riski yok denecek kadar azalmaktadır. AP uygulamalarının, kadın, anne ve çocuk, morbitide ve

mortalitesini azaltmasının yanı sıra yaşam niteliğini yükseltici, çocukların daha iyi eğitilmelerinin sağlanması, ailenin kişi başına düşen ekonomik imkanların artması, kadının statüsünü dolaylı olarak artırması gibi olumlu etkileri de vardır¹².

Ülkemizdeki ana ve çocuk sağlığı (AÇS) göstergeleri ve yüksek olan nüfus artış hızı, AP hizmetlerine diğer sağlık hizmetleri arasında öncelik vermeyi gerektirmektedir. Türkiye’de riskli gruplara yönelik başarılı AP hizmetleri verildiğinde bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren ana ve bebek ölümlerinin en az üçte birinin bu yaklaşımla önleneceği akılda tutulmalıdır¹³.

2. GENEL BİLGİ

2.1. Aile Planlaması Tanımı

AP, doğum kontrolü ve kontrasepsiyon(gebeliğin önlenmesi) aynı anlamda kullanılan terimlerdir. Ancak AP terimi gebeliği önleyen, infertiliteye çözüm arayan, gebelik zamanını düzenleyen ve eşlerin çocuk sahibi olmalarını etkileyen sosyal, psikolojik, ekonomik, fiziksel ve dini durumlarını değerlendiren ve bireylerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda, doğumların AÇS'nın uygun aralıklarla olmasını sağlayan, infertiliteye çözüm arayan, infertil çiftlerin de çocuk sahibi olmalarına yönelik çabaların tümüne birden AP uygulamaları denmektedir^{13,14}.

2.2. Aile Planlaması Amacı

AP'nin temel amacı, çocuk sayısını ve doğum aralığını sınırlandırarak kadınların, eşlerin ve çocukların yaşam standartlarını geliştirmektir. Birçok toplumda ve ülkemizin kırsal kesiminde, kadın menarştan hemen sonra büyüme ve gelişmenin en bunalımlı döneminde evlenip bir süre sonra gebe kalmaktadır. Gebeliği önleyici yöntemlerin yeterli düzeyde kullanılmadığı durumlarda, pek çok sağlık ve sosyal sorunu beraberinde getirmektedir. Günümüzde var olan her dört gebelikten bir tanesi istenmeyen gebeliktir. İstenmeyen bu gebeliklerin önemli bir kısmı ise, isteyerek düşükle sonlanmaktadır. Düşüklerin de üçte biri sağlıklı olmayan koşullarda gerçekleşmekte ve yaklaşık her gün 500 anne adayı hayatını yitirmektedir. İstenmeyen gebelikler sonrasında meydana gelen doğumlar, aile bireyleri ve doğan çocuk açısından başta psikolojik ve ekonomik olmak üzere pek çok sorunu beraberinde getirebilmektedir. Daha geniş kapsamda düşünüldüğünde, bu sorun önemli bir sosyal ve toplumsal problem olarak karşımıza çıkmaktadır¹⁵.

2.3. Aile Planlaması Tarihçesi

Doğum kontrol yöntemleri insanlık tarihi kadar eskidir. İnsanlar gebeliğin cinsel birleşme sonucu ortaya çıktığını fark edecek düzeye ulaşır ulaşmaz gebeliği önleme çabalarına girmişlerdir. İnsanın cinsel birleşme sonucu doğduğunu belirten ilk metinler,

4000 yıl önce eski Mısır rahipleri tarafından yazılmış büyük papirüslerdir. Bulunabilen en eski yazımlarda sünger ve tampondan bahsedilir. M.Ö.1850 yılından kalma Mısır papirüslerinde gebeliği önlemek için tampon olarak bal, sakız ve timsah dışkısı kullanıldığı, Arapların çölu geçerken develerin gebe kalmasını önlemek için uteruslarına taş yerleştirdiği bilinmektedir ¹⁶.

Modern çağda, özellikle toplumların fertilitte kontrolünü, giderek bir insan hakkı olarak kabul etmeye başlaması ve aşırı doğurganlıkla sağlık ve refah arasındaki ilişkinin iyi anlaşılması, konu ile ilgilenenleri, bilimsel gerçekleri ve uygun teknolojileri araştırmaya ve geliştirmeye yöneltmiştir. Örneğin kondomla ilgili çalışma ilk 1564'de başlamış, 1838'de ilk diyafram yapılmış, spermisitlerin kullanıma sunulması 1885'lerde gerçekleştirilmiştir. Rahim İçi Araçların (RİA) ilk tanımlaması 1909'da Richter, 1929'da Grafenberg tarafından yapılmıştır. Hormonal kontraseptiflerin ilki olan oral hapların, Rock, Pincus ve Garcia' nın 1956 ve 1958'deki yayınlarından sonra üzerinde daha da yoğun çalışılmaya başlanılmış, daha sonraları da hormonal kontraseptiflerin implant ve enjeksiyon şekilleri, cerrahi sterilizasyonun da daha basit-kolay teknikleri geliştirilmiştir^{17,18}.

2.4. Dünya'da ve Türkiye'de Aile Planlaması

2.4.1. Dünya'da Aile Planlaması

Halen dünyada çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere yaklaşık 900 milyon üreme döneminde aile mevcuttur. Bu ailelerin dünya genelinde %43'ü gebelikten korunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu oran %42 iken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran (Çin hariç) sadece %27'dir. Tüm dünyada en yaygın kullanılan kontraseptif yöntem, kadın ve erkekteki cerrahi sterilizasyon olup bunu RİA ve Oral kontraseptifler(OK) izlemektedir¹².

2.4.2. Türkiye'de Aile Planlaması

TNSA-2003 ve TNSA-2008'de doğurganlık çağındaki evlenmiş kadınların temel özelliklerine bakıldığında son 30 yıllık sürede kentsel alanlarda yaşayanların

%75'e yükseldiği, öğrenim düzeylerinde iyileşme ve ilk evlenme yaşında artma olduğu görülmektedir. İlk evlenme yaşı 1978 yılında 17.7 iken 2008'de 20.4'e yükselmiştir³.

Doğurganlık göstergeleri; Toplam Doğurganlık Hızı (TDH) 1978 yılında 4.33 iken 2008'de 2.15 olarak %50'lik bir değişim göstermiştir. Yaşa özel doğurganlık hızlarında son 30 yılda ortalama %55'lik bir düşüş gözlenmektedir. En büyük azalma %74 ile 40-44 yaş grubunda gözlenmektedir. Bunu %64 ile 30-35 yaş grubundaki kadınlar takip etmektedir. 15-19 yaş grubundaki kadınlarda ise %62'lik düşüş meydana gelmiştir. Kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısı incelendiğinde 1978 yılında yaklaşık 4 iken, 2008'de bu sayı 2'nin biraz altına düşmüştür. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı 1978-2008 dönemine bakıldığında, 'herhangi bir yöntem' kullanan kadınlar yüzde 47 artmıştır. 'Herhangi bir modern yöntem' kullanan kadınlar ise yüzde 156'lık artışla belirgin bir değişim göstermektedir. TNSA 2008'e göre modern yöntemler arasında en çok tercih edilen RİA ve kondomdur. Herhangi bir geleneksel yöntem, özellikle 'geri çekme' yöntemi kullanan kadınların sayısında yalnızca %15'lik bir düşüş gözlenmiştir. Bu da Türkiye'de 'geri çekme' yönteminin hala ne kadar yaygın olarak kullanıldığını göstermektedir. Geri çekme yöntemi kullandığını bildiren kadınlar 1978 yılında %22 iken, 2008 yılında %26 olarak bulunmuştur. 1978 yılı araştırmasında evlenmiş kadınların yarısı herhangi bir yöntem kullanmadıklarını beyan ederken bu durum TNSA 2008'de %27'ye düşmüştür²⁰.

Ülkemizin doğu bölgesinde yapılan bir araştırmada, 15-49 yaş grubu 1362 evli kadın araştırmaya alınmıştır. Araştırma grubundaki kadınların %4.7'si 20 yaşın altında, %36.6'sı(yaklaşık 2/5'i) 35 yaş ve üzerinde olduğu, yaşlarına bağlı olarak potansiyel risk altında bulunan kadınların oranının %41.3 olduğu ve araştırma kapsamındaki kadınların %22.8'inin 5 ve daha fazla sayıda canlı doğum yaptığı bildirilmiştir. Bunların dışında, yaş ve doğurganlıkla ilgili bazı risk faktörleri hakkında da bilgiler elde edilmiş, yaşı 35'in üzerinde veya 18'in altında olanlar araştırma grubundaki kadınların yaklaşık 2/5'ni oluşturduğu, 5 ve daha fazla sayıda doğum yapan kadın oranı ise %2.8 olduğu belirlenmiştir. Aynı anda her iki riski birden (yaş, 5 ve üzeri doğum) taşıyan kadın oranı %17.1 ve araştırma bölgesinde 1994 ve 1995 yıllarında kullanılan tüm AP yöntemleri içinde ilk sırayı RİA'nın aldığı ifade edilmiştir. Son bir yıl içinde yöntem kullanımındaki en büyük değişimin %7.9 ile RİA lehine olduğu, araştırma bölgesinde RİA'dan sonra sıklıkta kullanılan yöntem ise geri çekme ve son bir yıl içinde

%2.7'lik düşüş gösterdiği rapor edilmiştir. Bölgede en az sıklıkta kullanılan etkin yöntemler kondom %3.0 ve doğum kontrol hapları %3.2 olduğu, 1994 yılında RİA kullanan kadınların %88.3'ünün 1995 yılında aynı yöntemi kullanmaya devam ettikleri bildirilmiştir. 1994 yılında etkin olmayan yöntem kullanan kadınların %15,6'sının, yöntem kullanmayanların ise yaklaşık 1/4'ünün RİA kullandığı ve 1994 yılında etkin olmayan yöntem kullanan kadınların yaklaşık 1/4'ünün 1995 yılında RİA ve diğer etkin yöntem kullandıkları rapor edilmiştir. Araştırma 1995 yılında kadınların %42,3'ünün RİA kullandığı ve RİA dışındaki etkin yöntemlerde bir yılda %1.3'lük artış saptandığı yani RİA dışındaki etkin yöntem kullanımında belirgin bir artış gözlenmediği ifade edilmiştir²¹.

Adölesan gebelik ve annelik 1988 yılında adölesan anneler %10.2 iken, 2008 yılında %5.9'a düşmüştür. Yine adölesan gebelik %7.9 iken 3.9'a gerilemiştir. Riskli gebeliklerle ilgili olarak bu yönden de son 30 yılda Türkiye'de oldukça belirgin bir iyileşme gözlenmektedir. TNSA 1998'de annenin yaşının 18'den küçük olduğu doğumların oranı % 4.4'tür. Ancak bu yüzde 2008'de 2.7'ye düşmüştür. Annenin yaşının 35 ve daha büyük olduğu doğumlar ise aynı süre zarfında %1.9'dan %3.8'e çıkmıştır. Bu durum ilk evlilik yaşının ilerlemesi ile tıptaki gelişmelerle beraber ileri yaş doğumların artması ile açıklanabilir. 1988-2008 döneminde doğum aralığı 24 aydan az olan doğumların %10.9'dan %8.2'ye; paritesi 4 ve daha fazla olan kadınların doğumları %12.4'den %11.2'ye düşmüştür. Türkiye'de doğum öncesi bakım hizmetlerine bakıldığında ise; doğum öncesi bakım alan evlenmiş kadınlar 1988 yılında %43 iken, 2008 yılında %92'ye, doğumunu sağlık kuruluşunda yapan kadınlar 1988 yılında %61'den 2008'de %90'a yükselmiştir. Doğuma yardımcı olan kişilere bakıldığında ise; doğumuna bir sağlık personeli yardımcı olmuş kadınlar zaman içinde artarak 2008 yılında %91'e ulaşmıştır. Bu olumlu gelişmelerin sonucunda 1974-1975 döneminde yüz bin canlı doğumda 132 olan anne ölüm hızı 2006 yılında yüz bin canlı doğumda 38'e düşmüştür. Tesadüfi nedenler hariç tutulduğunda bu oran 28'dir. Bebek ölüm hızında da Türkiye'de son 30 yılda oldukça önemli gelişmeler yaşanmıştır. 1978 yılında binde 132 olan bebek ölüm hızı 2008 yılında binde 18'e düşmüştür.

Dünyada, gelişmekte olan 99 ülkede yapılan bir araştırmaya göre; kadının toplumsal statüsü ve doğurganlığı arasında doğrudan bir ilişki vardır ve kadının statüsü iyileştikçe sahip olduğu çocuk sayısı azalmaktadır. Aynı şekilde, kadının statüsü

iyileştikçe obstetrik hizmetlerden yararlanma oranı da artmaktadır. 2008 TNSA İleri Analiz sonuçlarına göre, kadının öğrenim düzeyi yükseldikçe doğum öncesi bakım alma ve sağlık kuruluşunda doğum yapma oranları artmaktadır²⁰.

Çizelge 2.1. Kadının öğrenim düzeyine göre obstetrik hizmetlerden yararlanma durumu²⁰

Kadının Öğrenim Düzeyi	Doğum Öncesi Bakım Alanların oranı (%)	Sağlık Kuruluşunda Doğum Oranı (%)
Yok/ilkokulu Bitirmemiş	78.8	71.2
İlköğretim birinci kademe	98.2	92.9
İlköğretim ikinci kademe	97.1	97.6
Lise ve üzeri	99.8	99.6

2.5. Aile Planlamasının Yararları

AP çalışmalarındaki temel hedefin AÇS'nı iyileştirmek olduğu bilinmektedir. Ülkemizde 30 yılı aşkın bir süredir, riskli gebelikleri önleyerek kadın ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan, ailelere gerekli bilgi ve hizmeti sunarak doğurganlıkları ile ilgili özgürce ve bilinçli seçim yapmalarını sağlayacak politikalar izlenmiştir. Ancak buna rağmen, AP yöntemlerinin kullanım oranları halen istenilen düzeye gelmemiştir. Bu oranı artırabilmenin en önemli yollarından birinin, kişileri bilgilendirmeye yönelik eğitim yapılması olacağı açıktır²².

Eğer tüm kadınlar, çocuk istemediklerinde, kontraseptif yöntem kullansalardı, her yıl ana ölümleri üçte bir oranında, düşürülebilirdi. 15 ile 35 yaşlar arasındaki kadınlarda görülen ölümlerin %40'ı ile %60'ı, sağlıksız koşullarda yapılan doğumlar ile istenmeyen gebelikler ve yasal olmayan düşükler, sağlığı tehdit eden üreme olayları ile ilgilidir. Yüksek orandaki anne ölümleri ile hastalık oranları, kısmen gelişmekte olan ülkelere özgü bir yaşam biçimine bağlanabilir²³.

2.5.1. Aile Planlamasının Anne, Çocuk ve Toplum Sağlığı Açısından Yararları

- Gebelik, doğum ve düşük nedeniyle anne ölümleri azalır,
- Annenin üreme organlarına ait sağlık sorunları azalır,

- Doğuma yönelik komplikasyonlar azalır,
- Anne sağlığı açısından zararlı kabul edilen iki yıldan kısa aralıklarla olan doğumları önler,
- Anemi ve aneminin neden olduğu komplikasyonları önler,
- Çiftler arasında gebe kalma korkusu ortadan kalktığı için sağlıklı bir cinsel yaşantı sağlanmasına yardımcı olur,
- Çiftlerin istenmeyen gebelik, düşük ve kürtaj sorunları ortadan kalkar,
- Anne ölümleri azalarak, toplumda sağlıklı ve mutlu anne sayısı artar²⁴,
- Bebek ölümleri azalır,
- Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebekler azalır,
- Çocukların bulaşıcı hastalıklara yakalanma sıklığı azalır,
- Beslenme bozuklukları azalır ve buna bağlı olarak zeka düzeyleri gelişir,
- Konjenital anomaliler azalır,
- Çocuk sayısının az olması ile anne çocuklarına daha fazla zaman ayırabilir, çocuk sağlığı açısından daha doyurucu bir anne-çocuk ilişkisi kurulabilir; çocuklar arası rekabet ve kıskançlık azalır,

Bütün bunların sonucunda beden ve ruhen sağlıklı çocukların yetiştirilmesi sağlanır²⁵.

Ülkemizde gebe kalabilecek tüm kadınların %64,7'si riskli grupta, son 5 yıl içinde doğan çocukların %40,2'si herhangi bir risk kategorisindedir. Çok genç, çok gecikmiş, çok sayıda ve çok sık gebelikler engellenebilirse, bir yılda oluşabilecek anne ve bebek ölümlerinin yaklaşık yarısının önlenilebileceği unutulmamalıdır²⁶.

2.6. Gebeliği Önleyici Yöntemler

2.6.1. Hormonal Kontraseptifler

2.6.1.1. Oral Kontraseptifler

Bunlar sentetik bir östrojen ve sentetik bir progesteron içeren veya yalnızca bir progesteron şeklindeki kadın seks steroidleridir. Östrojen ve progesterinler tek başlarına kullanıldıklarında ovülasyonu yüksek dozlarda engellerler fakat birlikte sinerjizm

gösterdikleri için düşük dozlarda kullanılabilirler. OK sürekli kullanıldıklarında kombine oral kontraseptiflerin %0.2 ile %0.3 gibi düşük bir gebelik riski vardır²⁷.

a) Açık Olarak Belirlenmiş Yararları

- Azalmış overyan kanser,
- Azalmış endometrial kanser,
- Azalmış dış gebelik,
- Azalmış bening meme hastalıkları,
- Azalmış fonksiyonel over kisti,
- Azalmış uterin fibroidler,
- Daha az dismenore,
- Daha az anemi,
- Düzenli menstrual siklus,
- Azalmış pelvik inflamatuvar hastalıklardır.

b) Daha Az Açık Olarak Belirlenmiş Yararları

- Daha az yeni romatizmal akut artrit olgusu,
- Daha az osteopeni,
- Daha az endometriozis,
- Daha az atheroskleroz²⁷.

2.6.1.2. Non-Oral Hormonal Kontraseptifler

Non-Oral hormonal kontraseptiflerin geliştirilmesinde temel amaç, uzun süreli etkin bir kontrasepsiyon kullanıcı uyumunun daha yüksek şartlarda sağlayarak, hormonal kontrasepsiyon alternatiflerinin bireyselleştirilmesine ve bu sayede kontraseptif metotların kullanımını yaygınlaştırma çabasına katkı sağlamaktır. Günümüzde kullanılan non-oral hormonal kontraseptif yöntemler, enjektabl (intramuskeler, subkutan) kontraseptifler, Hormonal RİA, subdermal implant sistemleri, transdermal patch ve vaginal ringdir²⁸.

2.6.1.2.1. Hormonal RİA

Aslında 1970'lere ait bir yöntem olan progesteronlu RİA metodu , o yıllarda kullanılan sistemin ektobik gebelik insidansında artışa neden olduğu gerekçesiyle piyasadan çekilmesinden uzunca sayılabilecek bir dönem sonra levenorgesterol(LNG) içeren RİA sisteminin(Mirena) geliştirilmesi ile 2000'li yıllardan itibaren yeniden popülerite kazanmıştır. Mirena 52 mg LNG içeren polydimethylsiloxane yapısına sahip bir RİA'dır ve günlük 20mg LNG salınımı sağlamaktadır. Bu sistemin 5 yıllık başarısızlık oranı %5'tir²⁸.

RİA'lar Çin, Mısır, Vietnam gibi bazı ülkelerde çok yaygın kullanılırken, Dünya'nın başka ülkelerinde daha az sıklıkta kullanılmaktadır. Dünyada yaklaşık 153 milyon evli ve üreme çağındaki kadın(bu kadınların %13'ü) RİA kullanmaktadır²⁹.

2.6.1.2.2. Enjektabl Kontraseptifler

Enjektabl kontraseptifler yalnız progesteron içeren ve kombine (estrogen+progesteron) preparatlar olarak iki gruba ayrılırlar. Yalnız progesteron içeren preparatların en iyi bilineni 150 mg depo medroksi progesteron asetat (DMPA) içeren ve 3 aylık aralıklarla intra-muskuler yolla uygulanan formdur. Yakın bir zaman da daha düşük dozda(104 mg)DMPA içeren kullanıma hazır enjektörlü ve subkutan yolla kullanılan yeni bir preparat geliştirilmiş ve 2004 yılında İlaç ve Gıda İdaresi (FDA) onayı almıştır. Kombine enjektabl formülasyonlar esas olarak düzensiz menstruasyon sorununu amenore riskini azaltmaya yönelik olarak geliştirilmiştir. Bu preparatlar daha sık aralıklı (aylık) enjeksiyonlar ile kullanılmaktadır.

Yan Etkileri :

- Adet düzensizliği,
- Amenore,
- Fertilizasyonun geri dönüşünde geçikme²⁸.

2.6.1.2.3. Subkutan İmplant Sistemleri

Subkutan implant sistemlerinin yaygın olarak kullanılan ilk tipi, 6 çubuklu ve toplam 216 mg LNG içeren Norplant'dır. 1990 yılında kullanılmaya başlanılan bu sistem 2000'li yıllardan itibaren yerini daha az çubuk ve daha düşük dozda hormon içeren implant sistemlerine bırakmıştır. İmplantabil kontraseptifler düşük ve stabil dozda plazma hormon seviyeleri ile uzun etkili kontrasepsiyon sağlayan, kesilmesi halinde hızlı fertilizasyon geri dönüşümüne sahip, laktasyonda güvenle kullanılabilen, hasta uyumu yüksek kontraseptif metotlardır. Başarısızlık oranı %1'dir²⁸.

2.6.1.2.4. Transdermal Patch

Şu an için piyasada bulunan kontraseptif patch, günlük 20mg etinil estradiol-150 mg norlgestromin salınımı sağlayan, 20cm² lik yüzeye sahip Ortho Evra / Evra'dır ve 2001 yılında FDA onayı almıştır. Tek bir patch 7-9 günlük kontraseptif etkinlik sağlamaktadır. Yöntemin genel başarısızlık oranı %0.7-0.8'dir. Transdermal patch uygulaması, üç hafta boyunca haftada bir değiştirilecek şekilde patchin yapıştırılması ve son bir hafta patch kullanımına ara verilmesi (menstruasyon dönemi) şeklinde yapılmaktadır. Patch için uygun yapıştırma bölgeleri; üst omuz, alt karın, kalça ve sırttır.

Yan Etkileri:

- Obezlerde azalmış etkinlik (90 kg üstünde),
- Yüksek estrogen düzeyi nedeniyle estrogen ilişkili yan etkilerde (tromboemboli, MI, Stroke) artış endişesi,
- Günlük aktivitelerde nadir de olsa patchin ayrılma riski,
- Cilt iritasyonu,
- İlk siklularda görülen kırılma kanamaları ve lekelenme,
- Meme hassasiyeti,
- Baş ağrısı,
- Bulantı²⁸.

2.6.1.2.5. Vaginal Ring

Vagene yerleştirilen hormonal sistemin vagen epitelinin yüksek geçirgenliği nedeniyle sürekli ve kontrollü serum hormon seviyesini sağlamak için iyi bir bölgedir. Takma-yerleştirme işleminin kolay ve kullanıcı tarafından rahatlıkla yapılabilir olması nedeni ile kullanışlı bir yöntem olup bu yöntemin başarısızlık oranı %0.6'dır.

Kullanımını Sınırlayan Nedenler:

- Vagende yabancı cisim etkisine neden olması,
- Cinsel ilişki sırasında (koital) problemler,
- Halkanın istenmeyen ekspulsiyonudur²⁸.

2.6.2. Bariyer Yöntemler

Spermin ovuma ulaşmasını engelleyerek fertilizasyonun engellendiği yöntemlerdir.

Kondom, diyafram ve servikal başlık fiziksel bariyer iken, spermisidler kimyasal bariyerlerdir^{29, 30, 31}.

2.6.2.1. Kondom (Kılıf , Kaput , Prezervatif)

AP uygulamalarına erkeklerinde katılımını sağlayan bir yöntemdir. Ucuz olduğu için en çok lateksten yapılanlar kullanılmaktadır. Latekse karşı alerjisi olanlar için poliüretandan yapılanları tercih edebilirler ancak daha pahalıdır. Poliüretan olanlar vücut ısısını iletmediğinden haz duymaya daha fazla olanak sağlayabilir. Her ikisi de cinsel yolla bulaşan hastalıklardan (CYBH) korur. Diğer olumlu özellikleri, tıbbi izlem gerektirmemesi, erken boşalmayı önlemesi, güvenli olması ve hormonal yan etkisinin olmaması, ucuz olması ve kolay bulunmasıdır. Kondom bir kere kullanıldıktan sonra atılmalıdır. Kayganlaştırmak için herhangi bir yağ sürülmemelidir. Sıcak ve nemli yerlerde muhafaza edilmemelidir. Kondomun yırtılması söz konusu olduğunda mutlaka post-koital korunma yöntemi için sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır^{29, 30, 31}.

2.6.2.2. Diyafram

Kauçuktan yapılmış olup serviksi kaplayan kubbe şeklinde bir yapıdır. Spermisidlerle birlikte kullanımı önerilmektedir. Çeşitli boyutlarda olabilir. Hem serviksi tam kapatmalı hem de rahatsızlık vermemelidir. Koitus öncesi yerleştirilir, 6 saat sonrasına kadar yerinde tutulur. Kauçuk alerjisi olanlarda kullanmak uygun değildir. Doğru olarak kullanılırsa çok güvenilir bir yöntemdir. Serviks kanserini önleyebilir ve CYBH'lara karşı bir miktar koruyuculuğu vardır. Ayrıca sistemik bir yan etkisi yoktur ancak toksik şok sendromu tehlikesi olabileceğinden 6 saatten fazla yerinde bırakılmamalıdır^{29, 30, 31}.

2.6.2.3. Servikal Başlık

Serviksi sıkıca kapatan lateksten yapılmış bir alettir. Diyaframa benzer fakat daha küçük boyuttadır ve etkinliği diyaframa yakındır. Yine diyafram gibi, içine spermisid sürülerek kullanımı uygundur. Koitustan 6 saat sonrasına kadar yerinde kalmalıdır. 48 saate kadar yerinde kalabilir. Takılmasından önce ve 3 ay sonra smear almak uygun olacaktır. Kullanıcılara adet sırasında kullanılmaması hatırlatılmalıdır^{29, 30, 31}.

2.6.2.4. Spermisidler

Kondomla birlikte ve tek başlarına kullanılabilir. Koitus'tan önce vajene yerleştirilmelidir. Etkileri genellikle bir saat sürer. Uygulamadan sonraki 8 saat süresince vajen yıkanmamalıdır. Penis ve vajende iritasyon meydana gelebilir. Tek başlarına kullanıldığında etkisi daha düşük olduğundan kondom, diyafram gibi diğer yöntemler ile birlikte kullanılması önerilmektedir. Gonore, genital herpes, trikomoniasis ve sifilize karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir. Tedavi edilmesi gereken servikal kanser ve yüksek Human Immunodeficiency Virüs (HIV) riskinde kullanılması önerilmemektedir. Ayrıca içerdiği maddelerden herhangi birine karşı alerjisi olanlarda ve gebeliğe karşı kesin kontrendikasyon varsa kullanılmamalıdır^{29, 30, 31}.

2.6.3. Cerrahi Sterilizasyon

Gönüllü cerrahi sterilizasyon; kadınlarda tüpligasyon ve erkeklerde vazektomi, bütün dünyada kabul edilen ve giderek yaygınlaşan bir aile planlaması yöntemidir. Başka çocuk istemeyen ve doğurganlıklarını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir. Cerrahi sterilizasyon doğurganlığı kalıcı olarak sona erdirir. Bu önemli bir karar olduğu ve her iki tarafıda etkilediği için, danışmanlık eşlerin ikisine birden verilmelidir. Ülkemizde evli kişilere gönüllü cerrahi sterilizasyon yapılacağı zaman, eşlerin yazılı onayını almak yasal bir zorunluluktur^{32, 33}.

2.6.3.1. Tüpligasyon (Kadın Sterilizasyonu)

Her iki tuba üçte bir proksimalden kesilir, bağlanır veya kliplenir. Amaç overlerle tubalar arasındaki transport mekanizmasının bozularak ovumla spermin birleşiminin engellenmesidir. Hormonal düzen, adet durumu, ovulasyon ve cinsel işlev üzerine hiçbir etkisi yoktur. Oldukça güvenilir bir yöntemdir. Ortalama yarım saat süren, anestezi gerektiren kısa süreli bir işlemdir. Hasta aynı gün evine gidebilir. Genellikle laparoskopiyile yapılır. Doğumdan hemen sonrasında ya da obez bir kadında laparotomiyle uygulanması tercih edilebilir. Kadın erken yaşta veya çocuk sayısı az ise sterilizasyon isteği detaylı olarak sorgulanmalıdır. Tubal gebelik oluşabilir. Puerperal sepsiste, postpartum 7-42'inci günler arası, ciddi hemoraji veya genital bölgeye ciddi travma ya da ciddi preeklampsi/eklampsi varsa işlem geciktirilmelidir^{32, 33}.

2.6.3.2. Vazektomi (Erkek Sterilizasyonu)

En etkili yöntemlerden biridir. Bu yöntemde vas deferenslerin kesilip iki ucunun bağlanmasıyla sperm transportu engellenmektedir. Kadın sterilizasyonuna göre daha basit ve daha az komplikasyon içeren bir işlemdir. Hematom, enfeksiyon gibi ciddi komplikasyonlar çok nadir görülür. Hastanede yatmayı gerektirmez. Cinsel işlevi etkilememesi önemli bir özelliğidir. İşlem sonrası yirmi ejakulasyon kadar, hala sperm üretimi devam edeceğinden bu sürede ek yöntem kullanılması uygun olacaktır.

İşlemden bir hafta sonra kontrole çağrılmalıdır. Lokal veya sistemik enfeksiyonlarda, intraskrotal kitlelerde bu uygulama geciktirilmelidir^{32, 33}.

2.6.4. Doğal Aile Planlaması

Doğal aile planlaması(DAP); çiftlerin doğurganlık bilinci ile gebeliği önlemeyi ya da oluşturmayı sağlayan bazı kuralların birlikte uygulanması olarak tanımlanır. DAP, servikal mukus ya da ovülasyon (Billings) yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, servikal palpasyon yöntemi, üçünün birleşimi olan semptomermal ve takvim yöntemlerini kapsar. Günümüzde fertilité durumunu (ovülasyon dönemini) saptamada bir takım kimyasal ve hormonal testlerden de yararlanılmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalarda, idrarda luteinizan hormon (LH) piki tayini ve tükürük ya da servikal mukusta fern kristalizasyonu testinin (eğreltiotu görünümü) ovülasyon gününü belirlemede etkili olduğu kanıtlanmıştır³⁴.

2.6.4.1. Takvim Yöntemi

En az sekiz siklus izlenerek fertil günler saptanır. En kısa siklus gününden 18, en uzun siklus gününden 11 çıkarılarak hesaplanır. Çıkan sayılar fertil günlerin başlangıç ve bitişini verir. Ancak siklus uzunluklarının birçok nedenle değişebilmesi yüzünden güvenilir bir yöntem değildir²⁹.

2.6.4.2. Vücut Isısı Yöntemi

En az 3 ay boyunca, her sabah kalktığı zaman kadın hep aynı yerden vücut ısısını ölçerek bazal vücut ısısını saptar. Ovulasyondan sonra vücut ısısında ortalama 0.3°C artış meydana gelir. Bundan sonraki 3 gün fertil durumda olup 4'üncü günden sonraki günler infertil diye düşünülür ve güvenli olarak kabul edilir. Ancak ölçüm hatası, stres, hastalık gibi durumlarda farklı çıkacağından güvenilir değildir ve tek başına kullanılması önerilmez. Kullanılacağı zaman en az ilk üç siklus yöntemin öğretilmesi ve sonrasında da yine takip önerilmektedir²⁹.

2.6.4.3. Servikal Mukus Yöntemi

Menstruasyondan sonraki ilk birkaç gün mukus pek salgılanmaz. Bu günlerden sonra servikal bezler çok az miktarda ve hafif yapışkan bir mukus salgılar. Ovulasyondan önceki birkaç günde mukus çok artar ve kaygan bir kıvama gelir. Ovulasyon döneminde mukus yapışkan ve azdır. Bu yöntemde kadın vajinasını her gün kontrol ederek mukusun özelliklerine göre hangi günde olduğunu belirler. Yaklaşık üç siklusta yöntem öğretilbilir ve sonrasında da kontrolü gereklidir²⁹.

2.6.4.4. Semptotermal Yöntem

Yukarıda anlatılan yöntemlerin birlikte kullanılmasıyla uygulanır. Ayrıca serviksin infertil dönemde aşağı inip sertleşmesinin palpasyonunu da dikkate alınır²⁹.

2.6.4.5. Ovulasyon Gününü Belirleme Kitleri

İdrar ve tükürük testleri mevcuttur. İdrardaki LH düzeyi kandaki ile yaklaşık eşit miktardadır. LH düzeyinin ovulasyondan 12-24 saat önce pik yapması esasına dayanır. Tükürük testleri ise ovulasyon dönemine yakın dönemde eğreltiotu manzarası görülmesi esasına dayanmaktadır²⁹.

2.6.4.6. Vajinal Duş

Koitus sırasında spermeler serviksi hemen geçeceğinden etkili değildir²⁹.

2.6.4.7. Servikal Palpasyon

Bu yöntem kadın çömelmiş ya da ayaktayken (ancak her defasında aynı konumda) kendi kendine palpasyonla serviks kıvamındaki değişiklikleri tanımlayıp yorumlaması esasına dayanır. İnfertil dönemde serviks serttir, eksternal os kapalıdır ve servikse kolay ulaşılır. Yaklaşmakta olan ovulasyonla birlikte östrojen hormonu yükseldikçe, serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir ve servikal os açılır. Ovulasyondan

4-5 gün önce, yumuşamanın başlaması belirgin hale gelir. Servikal os yavaş yavaş açılır ve palpasyonla servikse daha zor ulaşılır. Ovulasyonu izleyen günlerde serviks yeniden sertleşir, aşağı iner ve os kapanır. Bu yöntemle kadın, ilk değişiklikleri belirlediği andan itibaren serviksi kolayca hissettiği, serviksin sert ve os'un kapalı olduğu zamana kadar fertil sayılır³⁴.

2.6.4.8. Geri Çekme (Koitus Interruptus)

Halk arasında bu yöntem "çekilme, dışarı boşalma, erkeğin korunması" gibi pek çok isim verilmiştir. Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakulatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak menisini vajina dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir. Ancak ejakulat öncesi salgılanan sıvı da birkaç adet sperm olabileceği ve bunlarla fertilizasyon gerçekleşebileceği mutlaka kişiye açıklanmalıdır. Dünyada, çiftler arasında kısa süreli kullanımda en sık tercih edilen kontrasepsiyon yöntemlerinden biri, geri çekme yöntemidir. Gelişmekte olan diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında, geri çekme yöntemi Türkiye'de daha sık olarak tercih edilmektedir. Geri çekme yöntemi, eşler arasında uyum, disiplin ve motivasyon gerektiren bir yöntemdir. Herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanırken gebe kalan olgulardan %58.7-%60.6'nının geri çekme yöntemini kullandıkları bildirilmiştir³⁵.

Kişisel özelliklere bağımlı bir yöntemdir. CYBH'lara karşı koruyucu olmadığı unutulmamalıdır^{36,29}.

2.6.5. Emzirme ile Gebeliğin Önlenmesi (Laktasyonel Amenore)

Tarih boyunca uygulamada değişiklikler olmakla birlikte; anne sütü, bebek beslenmesinde vazgeçilmez bir yöntem olmuştur. Emzirmenin kontraseptif etkisi uzun bir süredir bilinmekte olmasına karşın; Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) ve bazı diğer kuruluşlar tarafından etkili bir yöntem olarak kabul edilmesi yaklaşık 20 yıl kadar önce olmuştur. Laktasyonel Amenore Metodu (LAM) emzirmenin fizyolojik etkisine dayanmaktadır. Eğer emziren bir kadın LAM kriterlerini karşılırsa; doğumdan sonraki ilk 6 ayda gebelik riski %2'dir. Ancak, yöntemin doğru ve sürekli kullanımında bu risk %0.5'e kadar düşer. Emzirmenin bir yöntem olarak etkili bir şekilde kullanımında;

bebek sadece anne sütü ile tam veya tama yakın beslenmelidir. Ayrıca, bebeğin 6 aydan küçük olması ve annenin adetlerinin başlamamış olması gerekir. LAM'ın; doğumdan sonra hemen etkili olması, cinsel ilişkiyi etkilememesi, ücretsiz olması, anne ve bebek sağlığına yararları, postpartum kanamayı azaltması, emzirmeyi desteklemesi ve yan etkisinin olmaması gibi avantajlarının yanı sıra; etkili olduğu sürenin 6 ayla sınırlı olması, uygulamada özellikle çalışan anneler için zorlukları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyuculuğunun olmaması, anne sütü ile HIV ve hepatit geçebilmesi gibi dezavantajları da mevcuttur. Türkiye'de emzirmenin yaygın olarak kullanılmasına karşın, LAM'ın bir kontraseptif yöntem olarak kullanımını %0.6'dır³⁷.

2.6.6. Acil Kontrasepsiyon

Her cinsel ilişki planlı olmayabilir. Bu nedenle de kontraseptif önlem alınmamış olabilir. Kondom yırtılması ve tecavüz gibi istenmeyen durumlarda gebelik riski oluşabilir. Acil kontrasepsiyon bu gibi durumlarda olası gebeliği önlemek için kullanılır. Acil (postkoital) kontrasepsiyon korunmasız cinsel ilişkiden sonra, sürdürülmesi kesinlikle istenmeyen olası bir gebeliğin implantasyondan önce önlenmesidir³⁸.

Bazı durumlarda acil kontrasepsiyon istenmeyen gebeliği önlemede tek yol olabilmektedir. Yasal ve güvenli olmayan düşüklerin yaygın olduğu bölgelerde acil kontrasepsiyon hem sağlık çalışanlarına hem de topluma hızla tanıtılmaktadır. Ancak, buna rağmen birçok ülkede acil kontrasepsiyon kullanımını kısıtlıdır. Sağlık personelinin bilgi eksikliği, AP polikliniklerinde rutin danışmanlık hizmetleri arasında acil kontrasepsiyon konusunun olmaması, bilgi düzeyinin potansiyel kullanıcılar arasında düşük olması, acil kontrasepsiyonun etkili kullanımında temel engelleri oluşturmaktadır³⁹.

Acil kontrasepsiyon kullanıldığı durumlar:

Korunmasız cinsel ilişki sonrası

Kontraseptif kullanımında oluşan kullanım hataları ya da kazaların olması;

- Kondom yırtılması,

- Kadın kondomunun hatalı kullanılması,
- Sadece progestin içeren hapların unutulması: Bu haplar ovülasyonu tam olarak baskılamadığından, bir ya da daha fazla unutulmasında gebelik riski daha yüksektir,
- Diyafram, RİA veya servikal başlığın yanlış yerleştirilmesi, erken çıkartılması, yırtılması,
- RİA'nın kısmen ve tamamen düşmesi,
- Üç aylık ya da aylık enjeksiyon için geç kalınması,
- Yakın bir zamanda olası teratojenlere maruz kalınması (canlı aşı ya da sitotoksik ilaç gibi),
- Tecavüz durumu uygulanmasını gerektiren çok önemli bir durumdur.

Acil yöntemlerin kabul görmediği zamanlarda ve ülkelerde bile tecavüz durumlarında acil kontrasepsiyon kullanılmaktadır^{39, 40}.

Acil kontrasepsiyon, korunmasız cinsel ilişkiyi takiben ilk 72 saat içinde, 12 saat arayla, 50 mcg etinil estradiol içeren 2 yada 30 mcg etinil estradiol içerenlerden 3 hap alınır. Yıllarca etkin bir şekilde kullanılan bu metodun geliştirilmesi ve modifikasyona uğraması sonucu günümüzde acil kontrasepsiyon yöntemi olarak en sık kombine ya da yalnızca progesteron içeren preparatlar kullanılmakta olup, etkili, güvenli ve daha az yan etkiye sahiptirlerdir. Kombine form 4 tableten oluşup her tablet 50 mcg etinil estradiol ve 0.25 mcg levonorgestrel içerir. 12 saat arayla alınacak ikişer tablet implantasyonu etkin olarak önlemektedir. Son olarak kullanıma giren yöntem ise 0.75mg levonorgestrel'in 12 saat iki kez uygulanmasını içermekte olup bu yöntem kombine oral kontraseptiflere göre hem daha başarılıdır hem de yan etkileri daha azdır.

Diğer bir acil kontrasepsiyon yöntemi olan bakırlı RİA yerleştirilmesi kullanıldığında başarısızlık oranları %0.1 kadar düşük olmakla birlikte, bu yöntemin seçiminde titiz davranılmalıdır ve multipl partneri olan bayanlarda, pelvik inflamatuvar hastalık şüphesi olanlarda tercih edilmemelidir⁴¹.

Planlanmamış gebeliklerin önlenmesinde, istemli düşük hızlarının azaltılmasında, etkin rol oynayan acil kontrasepsiyon tüm sağlık çalışanlarının önem ve değer vermesi gereken bir konu olmalıdır. AP konusunda etkin rol oynayan ebe ve hemşireler özellikle acil kontrasepsiyon konusunda bilgilendirilmelidirler⁴².

2.6.7. Erkek Kontrasepsiyon

Yakın bir zamanda yapılan araştırmalarda erkeklerin kontrasepsiyon yöntemlerinin belirlenmesinde daha ön planda olmak istedikleri gösterilmiştir; kadınlarda da partnerlerinin bu konuda aktif rol oynamalarına güvenmektedir. Cerrahi olmayan steroid metotları olan androjen türevleri ve bunların reseptörleri ise çeşitli klinik çalışmalarda incelenmektedir. İdeal erkek kontrasepsitifi koutistan bağımsız olmalı, cerrahi olmamalı, kalıcı olmamalı, etkin olmalı ve androjen seviyeleri veya libidoyu etkilememelidir. Erkek kontrasepsiyonu için çeşitli nonsteroid moleküller ve aşı da, hayvan çalışmalarında denenmektedir⁴³.

2.7. Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık Rolü

Danışmanlık, herhangi bir konuda kişiye güvenilir, bilgili ve konu hakkında ustalaşmış kişiler tarafından bilgi ve beceri verilmesi, kişinin bilinçlendirilerek kendi düşünce seçim ve kararını oluşturabilmesine yardım etmektir. Bu görev her gün, neredeyse, her konuşmada yapılmalıdır. Rahat bir ortamda sağlanan, etkili aile planlaması danışmanlığı; kişilerin korunma yöntemlerini anlamalarına yardımcı olur, kendi durumlarına en uygun korunma yöntemini seçmelerine yol gösterir. Bilinçli yöntem seçimi ise doğru, düzenli ve uzun süreli kontraseptif kullanımını saėlar³⁸.

Buda gösteriyor ki AP hizmetlerinin başarısının altın anahtarı danışmanlıktır. Çünkü sonuçta karar verecek ve bu kararı uygulayacak kişileri yönlendirmede etkili olacak ve gerekli davranış değişikliğini yaratacak şey danışmanlık hizmetlerinin niteliği ve niceliğidir. O nedenle de danışmanlık hizmeti aile planlaması uygulamalarının ayrılmaz bir parasıdır⁴⁴.

Nüfus artışının azaltılmasında doğurganlığın düşürülmesi için istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve doğurganlığın düzenlenmesi konusunda etkin bilgilendirme ve uygulama gerekmektedir⁴⁵.

Uluslararası insan hakları kapsamında, çiftlerin ve bireylerin, çocuklarının sayısı ve doğum aralığına özgürce ve sorumlu bir biçimde karar vermeleri için gereken bilgiye sahip olabilmek; en yüksek standartlarda üreme ve cinsel sağlık hizmetlerine ulaşabilmek; üreyle ilgili kararlarını şiddet, baskı ve ayrımcılıkla karşılaşmaksızın karar verebilmek hakkı vardır⁴⁶.

AP yöntemleri, tedavisi, fikirleri sıklıkla değiştiğinden, sağlık çalışanları sık sık kendi bilgilerini gözden geçirmek zorundadır. Rahat bir ortamda sağlanan etkili bir danışmanlık, kişilerin korunma yöntemlerini anlamalarını sağlayarak kendi durumlarına en uygun koruma yöntemini seçmelerine yardımcı olur. Hizmetin başarısı, ortamın fizik koşulları bir yana bırakılırsa, belki de sağlık personelinin iletişim becerisinden daha önemli olarak, tüm yöntemler hakkında doğru ve tam bilgiye sahip olması, bu bilginin sürekli yenilenmesi ve üreme sağlığı bilgisi içinde sunulmasına baęlıdır⁴⁷.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı:

Çalışmada riskli gebelik yaşlarında olan kadınların kontraseptif yöntem kullanım hikayeleri, yöntem seçimleri ve seçimleri ile ilgili nedenlerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Riskli yaş gebeliği oluşmuş kadınların yöntem seçimlerini yaşlarının oluşturduğu riski göz önüne almadan yaptıkları, hatta daha sıklıkla geleneksel yöntemlere başvurdukları konusunda bir hipotezimiz vardır.

3.2. Araştırmanın Yöntemi:

Araştırma kesitsel, tanımlayıcı olarak düzenlenmiştir.

Veriler yüzyüze görüşme ile anket yapılarak toplanmıştır. Bunun için Adana bölgesinde yaşayan 18 yaş altı ve 35 yaş üstü kadınların aile planlaması uygulamalarını saptamak amacı ile literatür taraması yapılarak anket formu (Ek 1) geliştirilmiştir.

Verileri toplamak amacıyla geliştirilen anket formunda kullanılan soruların etkinliğini sağlamak amacı ile 30 kadına ön uygulama anketi yapılmış ve dahil edilmemiştir.

Araştırma Kasım 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına, Adana Doğum ve Çocuk Bakım Evi Hastanesi Doğum Servisinde ve Yeşilevler-2 Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 18 yaş altı ve 35 yaş üstü kadın ile yapılmıştır.

Araştırma çalışmaya alınan kurumlarda tarama şeklinde yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilme koşulu olarak sadece kadının yaşı (riskli gebelik yaşında olması, ya da başka bir deyişle 18 yaş ve altı ya da 35 yaş ve üstü olması) gözönüne alınmıştır. Başvuran her riskli yaş kadına ankete katılma niyeti sorulmuş, araştırmacının da sağlık personeli olması tam katılımı sağlamak yönünde avantaj oluşturmuştur. Böylelikle, 194 kadın ile tek tek görüşülmüştür.

3.3. Araştırmanın Veri Toplama Aracı:

Anket; sosyodemografik özellikler, obstetrik özellikler, aile planlaması kullanım ve tercih özellikleri başlıkları altında özetlenebilecek 38 sorudan oluşmaktadır. Yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından yapılan görüşmeler kişi başına ortalama 20 dakika süre almıştır.

3.4. Araştırmanın Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi:

Anket formuyla toplanan veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir.

Yüzyüze görüşülerek toplanan veriler, sahada aynı gün denetlenmiş ve SPSS(Statistical Program for Social Sciences) paket programı için hazırlanan veri tabanına kaydedilmiştir.

Veriler kodlanırken anketteki iki bilgi sorusunun değerlendirilmesi aşağıdaki şekilde yapılmıştır:

SORU 16: Bir kadın adet döneminin hangi günlerinde gebe kalır?

Açık uçlu sorulan bu soruda 14 ± 2 'ye uygun verilen cevaplar(14.cü gün ve civarı gibi) 'biliyor', diğer cevaplar 'bilmiyor' olarak kodlanmıştır.

SORU 17: İlk altı ay bebeği emzirmek gebe kalmayı etkiler mi?

Kapalı uçlu bu soruda 'etkiler' diyenler 'biliyor', diğer yanıtlar 'bilmiyor' olarak kodlanmıştır.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinden sonra çeşitli değişkenlerin riskli yaş grupları ve eğitim grupları itibariyle karşılaştırılmaları yapılmıştır. Bu karşılaştırmalarda veri özelliğine göre bağımsız örnekler t-testi, Ki-kare testi, Kolmogorov-Smirnov testi, Mann Whitney U testi ve varyans analizi kullanılmıştır.

Bütün istatistiksel karşılaştırmalarda kritik anlamlılık değeri 0,05 olarak alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1.Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri

Bu bölümde araştırma kapsamında anketin yapıldığı kurum, kadınların yaş, obstetrik özellikleri, kendi kardeş sayısı, eşlerinin kardeş sayısı ve ideal çocuk sayıları, öğrenim durumları, adet dönemi gebelik ilişkisi ve emzirme gebelik ilişkisine ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1.1: Araştırma Grubunun Verilerinin Toplandığı Kurum ve Riskli Yaş Grubu Kadınlarının Dağılımı (n=194)

Araştırmanın yapıldığı kurum	Genç Riskli	Yaşlı Riskli	Toplam
	n(%)	n(%)	n(%)
Tıp Fakültesi	16(28,6)	28(20,3)	44(22,7)
II. Basamak	31(55,4)	49(35,5)	80(41,2)
I.Basamak	9(16,1)	61(44,2)	70(36,1)
Toplam	56(28,9)	138(71,1)	194(100,0)

Tablo 4.1.1'de araştırmanın grubunun verilerinin toplandığı kurum ve kadınların riskli yaş grubu kadınların dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.1.2: Araştırmaya Katılan Kadınların Yaş ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular Dağılımı (n=194)

Yaş ve obstetrik özellikleri	Genç Riskli n:56 Ort.±ss (Min-max)	Yaşlı Riskli n:138 Ort.±ss (Min-max)	t değeri p değeri
Yaş	17,0±0,8 (15-18)	38,0±3,1 (35-49)	48,5 0,000
İlk evlilik yaşı	16,1±7,0 (13-18)	21,2±5,3 (13-43)	6,992 0,000
İlk gebelik yaşı	16,7±1,9 (13-18)	22,4±5,5 (14-43)	7,610 0,000
Evlilik ve ilk gebelik arası süre	0,6±0,6 (0-2)	1,2±1,8 (1-15)	2,520 0,013
Toplam gebelik Sayısı	1,1±0,5 (0-3)	4,1±4,3 (0-12)	9,517 0,000
Canlı doğum sayısı	0,48±0,6 (0-2)	2,8±1,8 (0-8)	9,362 0,000
Ölü doğum sayısı	0,02±0,1 (0-1)	0,31±0,8 (0-7)	2,742 0,007
Düşük sayısı	0,09±0,2 (0-1)	0,67±1,3 (0-10)	3,294 0,001
Kendiliğinden düşük sayısı	0,05±0,2 (0-1)	0,28±0,6 (0-4)	2,488 0,014
Tıbbi nedenlerden düşük sayısı	0,02±0,1 (0-1)	0,36±1,1 (0-10)	2,169 0,031
İsteyerek düşük sayısı	0,02±0,1 (0-1)	0,07±0,3 (0-2)	1,056 0,292

Tablo 4.1.2 'de kadınların yaş ve obstetrik özelliklerinin yaş gruplarına ait bulgularına verdikleri cevaplara yer verilmiştir.

Kadınların, yaş ortalamaları genç riskli grup da 17,0±0,8, yaşlı riskli grup da 38,0±3,1 olarak bulunmuştur. Doğal olarak iki farklı yaş grubunda olan kadınların obstetrik özellikleri de farklıdır.

Tablo 4.1.3: Araştırmaya Katılan Kadınların Kendi Kardeş Sayısı, Eşlerinin Kardeş Sayısı ve İdeal Çocuk Sayılarına İlişkin Bulgular (n=194)

	Genç Riskli n:56 Ort.±ss (Min-max)	Yaşlı Riskli n:138 Ort.±ss (Min-max)	t değeri p değeri
Kendi kardeş sayısı	6,6±2,9 (2-15)	6,4±2,5 (0-14)	0,150 0,881
Eşin kardeş sayısı	6,4±2,6 (2-15)	6,4±2,5 (1-17)	0,434 0,665
İdeal çocuk sayısı	2,8±0,9 (1-5)	2,84±0,8 (2-5)	0,682 0,496

Tablo 4.1.3'te kadınların kendi kardeş sayısı, eşlerinin kardeş sayısı ve ideal çocuk sayılarının yaş gruplarına göre dağılımlarına yer verilmiştir.

Kadınların aradaki 20'den fazla yaş farkına rağmen; kardeş sayıları, eşlerinin kardeş sayıları ve ideal çocuk sayıları farksız olduğu bulunmuştur. Değişkenlerin iki yaş grubu arasındaki farkının belirlenmesinde t-testi kullanılmıştır.

Tablo 4.1.4: Araştırmaya Katılan Kadınların Öğrenim Durumlarına İlişkin Bulgular Dağılımı (n=194)

Öğrenim durumları	Genç riskli n(%)	Yaşlı riskli n(%)	K-S değeri p değeri
Okur Yazar Değil	5(8,9)	28(20,3)	0,991 0,279
Okur Yazar	6(10,7)	7(5,1)	
İlkokul	26(46,4)	60(43,5)	
Ortaokul	14(25,0)	9(6,5)	
Lise	5(8,9)	22(15,9)	
Üniversite	0	12(8,7)	
Toplam	56(28,9)	138(7,1)	

Tablo 4.1.4'de kadınların öğrenim durumlarına verdikleri cevapların yaş gruplarına ilişkin dağılımı verilmiştir.

Kadınların öğrenim durumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Değişkenler arasındaki farklılıkların belirlenmesinde İki Örnek Kolmogorov Smirnov testi uygulanmıştır.

Tablo 4.1.5: Araştırmaya Katılan Kadınlara 'Bir Kadın Adet Döneminin Hangi Günlerinde Gebe Kalır' Sorusuna Verilen Cevapların Yaş Gruplarına Göre Dağılımına İlişkin Bulgular Dağılımı (n=194)

Adet dönemi gebelik ilişkisi	Genç riskli n (%)	Yaşlı riskli n(%)	Toplam n(%)	Ki-kare değeri p değeri
Biliyor	9(16,1)	33(23,9)	42(21,6)	0,229 0,231
Bilmiyor	47(83,9)	105(76,1)	152(78,4)	
Toplam	56(28,9)	138(71,1)	194(100,0)	

Tablo 4.1.5'de 'Bir kadın adet döneminin hangi günü de gebe kalır ' sorusuna verdikleri cevapların yaş gruplarına ilişkin dağılımına yer verilmiştir.

Adet -gebelik ilişkisini doğru bilenler genç riskli grubun % 16,1'i, yaşlı riskli grubun ise %33,0'dır. Yaş grubu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Tablo 4.1.6: Araştırmaya Katılan Kadınlara 'İlk Altı Ay Bebeği Emzirmek Gebe Kalmayı Etkiler mi' Sorusuna Verilen Cevapların Yaş Gruplarına İlişkin Bulgular Dağılımı (n=194)

Emzirme gebelik ilişkisi	Genç riskli n(%)	Yaşlı riskli n(%)	Toplam n(%)	Ki-kare değeri P değeri
Biliyor	16(28,6)	53(38,4)	69(35,5)	0,195 0,196
Bilmiyor	40(71,4)	85(61,6)	125(64,5)	
Toplam	56/194	138/194	194(100,0)	

Tablo 4.1.6'da kadınların 'İlk altı ay bebeği emzirmek gebe kalmayı etkiler mi' sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına ilişkin dağılımı verilmiştir.

Emzirme gebelik ilişkisini bilen kadın yüzdesi genç riskli grup da %28,6 iken yaşlı riskli grup da %38,4 olarak bulunmuştur. Emzirme gebelik ilişkisinin bilinmesi konusunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0,005$).

4.2. Araştırma Grubunun Kontraseptif Yöntem Kullanım Özellikleri

Bu bölümde araştırma kapsamında yer alan kadınların kontraseptif yöntem kullanım özelliklerine ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.2.1: Araştırmaya Katılan Kadınların Korunma Yöntemi İle İlgili Bilgi Alma, Bilgi Alınan Yer ve Danışmanlık Alma Durumlarına İlişkin Bulgular Dağılımı (n=194)

	Genç Riskli		Yaşlı Riskli		Ki-kare değeri p değeri
	n	%	n	%	
AP ile ilgili ilk bilgi alma					
Evet	21	37,5	87	63,0	0,001
Hayır	35	62,5	51	37,0	0,001
Toplam	56	100,0	138	100,0	
Bilgi alınan ilk yer					
Hastane	1	4,8	5	5,8	0,874
Sağlık ocağı	16	76,2	67	77,0	0,721
AÇSAP	0	0	2	2,3	
Diğer	4	19,0	13	14,9	
Toplam	21	100,0	87	100,0	
Bilgi alınan ilk kişi					
Doktor	0	0	6	6,9	
Ebe-hemşire	17	81,0	67	77,0	
Kitle iletişim araçları	0	0	4	4,6	0,313
Ailem	2	9,5	2	2,3	0,452
Arkadaş	0	0	3	3,4	
Çevrem	2	9,5	5	5,7	
Toplam	21	100,0	85	100,0	

Tablo 4.2.1'de kadınların 'Yöntem kullanımı ile ilgili bilgi alma durumu, bilgi alınan yer ve bilgi kim tarafından verildi' sorularına verdikleri cevapların yaş gruplarına ilişkin dağılımı verilmiştir.

Araştırma dahilindeki kadınların 'Aile planlaması ile ilgili bilgi aldınız mı'?

sorusuna verdikleri cevapta yaşlı riskli grubun %37,0'si bilgi almadığını ifade ederken, genç riskli grubu %62,5'i bilgi almamıştır(p=0,001). Genç riskli grubun %76,2'si, yaşlı riskli grubun %77,0'si bu bilgiyi sağlık ocağından aldığını ifade etmişlerdir (p=0,721). 'Bilgiyi size kim verdi' sorusunda ise genç riskli grup %81,0, yaşlı riskli grubun da %77,0'si ebe-hemşire cevabını vermiştir(p=0,452) .

Tablo 4.2.2: Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemi İlk Kez Kullandıkları Yönteme İlişkin Bulgular Dağılımı (n=194)

İlk kullanılan korunma Yöntemi	Genç riskli n(%)	Yaşlı riskli n(%)	Toplam n(%)
Hiç Kullanmayan	42(75,0)	21(15,2)	63(32,4)
Geri çekme	4(7,1)	33(23,9)	37(19,0)
RİA	0	36(26,1)	36(18,5)
Kondom	7(12,5)	29(21,0)	36(18,5)
Hap	3(5,4)	13(9,4)	16(8,2)
Enjeksiyon	0	3(2,2)	3(1,7)
Diğer	0	3(2,2)	3(1,7)
Toplam	56(28,9)	138(71,1)	194(100,0)

Tablo 4.2.2'te kadınların 'Gebeliği önleyici yöntem olarak ilk ne kullanıldı' sorusuna verdikleri cevapların yaş gruplarına ilişkin dağılımı verilmiştir.

Hiç yöntem kullanmayanlar genç riskli grup da %75,0, yaşlı riskli grup da % 15,2'dir. İlk kullanılan yöntemler genç riskli grup da kondom (%15,2), geri çekme (%7,1), yaşlı riskli grup da RİA (%26,1), geri çekme (%23,9)'dir. Genç riskli ve yaşlı riskli grup kadınların ilk kez kullandıkları gebeliği önleyici yöntemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür.

Tablo 4.2.3: Yaşlı Riskli Kadınların, Evlilik Süresi Boyunca Yöntem Hiç Kullanmayanlar ile Yöntem Kullananların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular Dağılımı

Obstetrik özellikler	Yöntemi hiç kullanmayanlar (n=21) Ort.±ss	Yöntem kullananlar(n=117) Ort.±ss	P *değeri
Yaş	38,6±2,6	38,3±3,2	0,318
İlk gebelik yaşı	26,0±9,0	21,8±4,4	0,068
Toplam gebelik sayısı	4,0±3,2	4,2±2,1	0,242
Canlı doğum sayısı	2,3±2,7	2,9±1,6	0,019
Ölü doğum sayısı	0,5±0,8	0,3±0,8	0,087
Düşük	0,7±1,1	0,6±1,3	0,714
Spontan düşük	0,5±1,0	0,2±0,6	0,207
Tıbbi düşük	0,2±0,7	0,4 ±1,2	0,477
İsteyerek	0,0±0,0	0,1±0,4	0,291
İlk evlilik yaşı	24,0±9,0	20,7±4,3	0,255
Kaç evlilik	1,0±0,0	1,0±0,1	0,548
Son evlilik süresi	14,5±8,9	16,7±5,7	0,563
Uygun yaş	22,6±4,5	22,2±3,1	0,833
İdeal çocuk sayısı	3,1±0,1	2,8±0,8	0,096

***Değerlendirmeler Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır.**

Tablo 4.2.3'de yaşlı riskli grubun evlilik süresi boyunca yöntem hiç kullanmamış olanlar ile yöntem kullanmış olanların obstetrik özelliklerine ilişkin dağılımı verilmiştir.

Bu aşamada araştırma zamanına kadar yöntem hiç kullanmayan yaşlı riskli grup kadınların obstetrik özelliklerinin herhangi bir ya da birkaç yöntem kullandıktan farklı olup olmadığı araştırılmış ve Tablo 4.2.3'de verilen değerler bulunmuştur. İki grubun obstetrik özelliklerinde istatistiksel olarak farklı olan tek değişken yöntem kullanmamışlarda 2,3±2,7 ve yöntem kullanmış olanlarda 2,9±1,6 ortalaması olan canlı doğum sayısıdır.

Tablo 4.2.4: İlk Kullanılan Yöntemin Etkinliğinin Yaş Gruplarına İlişkin Bulgular Dağılımı (n=131)

İlk ne kullanıldı	Genç riskli n(%)	Yaşlı riskli n(%)	Toplam n(%)	Ki-kare değeri p değeri
Etkin değil	4(28,6)	36(30,8)	40(30,0)	0,028
Etkin	10(71,4)	81(69,2)	91(70,0)	
Toplam	14(10,6)	117(89,4)	131(100,0)	0,867

Tablo 4.2.4'te kadınların 'Gebeliği önleyici yöntem olarak ilk ne kullanıldı' sorusuna verdikleri cevapların yaş gruplarına göre yöntemlerin etkin ve etkin olmamasına ilişkin dağılımı verilmiştir.

Genç riskli grubun %28,6'sı, yaşlı riskli grubun %30,8'i etkin olmayan yöntem kullanmaktadır. Genç riskli grup %71,4'ü, yaşlı riskli grubun %69,2'si etkin yöntem kullandıklarını ifade ettikleri görülmektedir.

Genç ve yaşlı riskli grubun ilk kullandıkları yöntemin etkinlik durumu farksızdır(p=0,867).

Tablo 4.2.5: Korunma Yöntemi Olarak En Son Ne İle Korunuyorsunuzun Yaş Gruplarına İlişkin Bulgular Dağılımı (n=131)

Şuan ne ile korunuyorsunuz	Genç riskli n(%)	Yaşlı riskli n(%)	Toplam n(%)
Korunmuyorum	11(78,6)	74(63,2)	85(64,8)
Geri çekme	0	5(4,3)	5(1,6)
RİA	0	14(12,0)	14(10,6)
Kondom	2(14,3)	10(8,5)	12(9,3)
Hap	0	10(8,5)	10(7,7)
Enjeksiyon	1(7,1)	2(1,7)	3(2,48)
Diğer	0	2(1,7)	2(1,52)
Toplam	14(10,6)	117(89,4)	131(100,0)

Tablo 4.2.5'de kadınların 'Korunma yöntemi olarak şuan ne ile korunuyorsunuz' sorusuna verdikleri cevapların yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

Genç riskli grup %78,6'sı, yaşlı riskli grubun %63,2'si korunma yöntemi

kullanmamaktadır, grupların korunma için seçtikleri yöntemlerin farksız olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.6: Yöntem Kullanmayan Kadınların Yöntem Kullanmama Nedenlerine İlişkin Bulgular Dağılımı (n=85)

Yöntem kullanmama nedenleri	Genç riskli n(%)	Yaşlı riskli n(%)	Toplam n(%)
Lohusa	3(27,3)	21(28,4)	24(28,2)
Eşi istemiyor	0	1(1,4)	1(1,2)
Tüpligasyon	0	9(12,2)	9(10,6)
Gebe kalmak istiyor	2(18,2)	1(1,4)	3(3,5)
Gebe	6(54,5)	39(52,7)	45(53,0)
Premenopoz	0	3(4,1)	3(3,5)
Toplam	11(12,9)	74(87,1)	85(100,0)

Tablo 4.2.6'da 'Yöntem kullanmayan kadınların yöntem kullanmama nedenleri' sorusuna verdikleri cevapların yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

Grupların yöntem kullanmama nedenlerinin çok benzer olduğu görülmektedir. Genç riskli grubun %54,5'i gebe, %27,3'ü lohusa; yaşlı riskli grubun %52,7'si gebe, %28,7'si lohusadır. Yani genç riskli grup kadınların %81,8'i, yaşlı riskli grup kadınların %81,4'ü gebeliğe bağlı nedenlerle yöntem kullanmamaktadırlar.

Tablo 4.2.7: Yöntem Kullanımını Bırakan Kadınların Kullandıkları Korunma Yöntemini Bırakma Nedenlerine İlişkin Bulgular Dağılımı (n=55)

Korunma yöntemi bırakma nedeni	Genç riskli		Yaşlı riskli	
	n	%	n	%
RİA				
Gebe kalmak istedim	0	0,0	15	83,2
Yara yapma	0	0,0	1	5,6
Fazla kanama	0	0,0	1	5,6
Eşim istedi	0	0,0	1	5,6
Toplam	0		18	100,0
Kondom				
Gebe kalmak istedim	1	50,0	9	69,2
Yara yapma	1	50,0	0	0,0
Eşim istedi	0	0,0	4	30,8
Toplam	2	100,0	13	100,0
Geri çekme				
Gebe kalmak istedim	1	100	4	40,0
Gebe kaldım	0	0,0	5	50,0
Eşim istedi	0	0,0	1	10,0
Toplam	1	100,0	10	100,0
Hap				
Gebe kaldım	1	100	0	0,0
Gebe kalmak istedim	0	0,0	4	66,7
Kanama	0	0,0	2	33,3
Toplam	1	100,0	6	100,0
Enjeksiyon				
Gebe kalmak istedim	1	100	2	66,7
Hormonal	0	0,0	1	33,3
Toplam	1	100,0	3	100,0
Toplam		5(9,0)		50(91,0)

Tablo 4.2.7 'de kadınların 'Yöntem kullanımını bırakan kadınların kullandıkları korunma yöntemini bırakma nedeni' sorusuna verdikleri cevapların yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

Yöntem bırakma ana nedeninin gebe kalmak isteği olduğu görülmektedir. Yöntem kullanımını gebe kalmak için bırakan kadın sayısı gençlerde %60,0, yaşlı riskli grupta %68,0'dir. RİA kullanımını bırakanların %83,2'si, kondomu bırakanların %66,7'si, geri çekme yöntemini bırakanların %45,5'i, gebe kalmak için yöntemi bırakmışlardır.

4.3. Araştırma Grubundaki Gebe Kadınların Gebelik Öncesi Kontraseptif Yöntem Kullanımları ve Gebelik Sonrası Tercihleri

Bu bölümde araştırma kapsamında yer alan kadınların gebelik öncesi ve gebelik sonrası kontraseptif yöntem kullanımlarına ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3.1: Araştırma Grubundaki Gebe Kadınların Gebeliklerinin İstenilen Bir Gebelik mi Olduğu İlişkin Bulgular Dağılımı (n=110)

Bu gebeliği istenilen gebelik mi	Genç riskli n(%)	Yaşlı riskli n(%)	Toplam n(%)	Ki-kare değeri p değeri
Evet	40(95,2)	39(57,4)	79(71,8)	18,412 0,000
Hayır	2(4,8)	29(42,6)	31(28,2)	
Toplam	42(38,1)	68(61,9)	110(100,0)	

Tablo 4.3.1'de 'Gebe kadınların gebeliklerinin istenilen bir gebelik mi' sorusuna verdikleri cevapların yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

Genç riskli gruptaki kadınların %95,2'sinin, yaşlı riskli gruptaki kadınların %57,4'ünün gebeliklerinin istenilen gebelik olduğu belirlenmiştir. Genç riskli grubun gebeliğinin istenilen gebelik olma oranı yaşlı riskli gruptan yüksektir(**p=0,000**).

Tablo 4.3.2: Gebe Kadınların 'Bu Gebeliğinizden Önce Herhangi Bir Korunma Yöntemi İle Korunuyor Muydunuz' Sorusuna İlişkin Bulgular Dağılımı (n=110)

Gebelik öncesi korunma yöntemi	Genç riskli n(%)	Yaşlı riskli n(%)	Toplam n(%)	Ki-kare değeri p değeri
Evet Korunurken Gebe Kaldım	2(4,8)	29(42,6)	31(28,2)	18,412 0,000
Hayır	40(95,2)	39(57,4)	79(71,8)	
Toplam	42(38,1)	68(61,9)	110(100,0)	

Tablo 4.3.2'de gebe kadınların 'Bu gebeliğinizden önce herhangi bir korunma yöntemi ile korunuyor muydunuz' sorusuna verdikleri cevapların yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

Genç riskli grubun %4,8, yaşlı riskli grubun %42,6 korunurken gebe kaldığı görülmektedir ve her iki riskli grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(**p=0,000**).

Tablo 4.3.3: Korunurken Gebe Kalan Kadınların Gebe Kaldıklarında Kullandıkları Korunma Yöntemine İlişkin Bulgular Dağılımı (n=31)

Gebe kalmadan önce kullanılan yöntem	Genç riskli n(%)	Yaşlı riskli n(%)	Toplam n(%)
Kondom	0	4(13,8)	4(13,0)
RİA	0	5(17,2)	5(16,1)
Hap	0	3(10,3)	3(9,6)
Geri çekme	2(100)	16(55,2)	18(58,1)
Diğer	0	1(3,4)	1(3,2)
Toplam	2(6,4)	29(93,6)	31(100,0)

Tablo 4.3.3'de 'Korunurken gebe kalan kadınların gebe kaldıklarında kullandıkları korunma yöntemi' sorusuna verdikleri cevapların yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

Korunurken gebe kalan 31 kadından 2'si genç riskli grup kadındır. Bu kadınların ikisi de ve yaşlı riskli grubun %55,2'sinin geri çekme ile gebe kaldıkları, ayrıca yaşlı riskli grup da RİA, kondom ve hap ile korunurken gebe kalanlar olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3.4: Gebe Kadınların 'Gebelikten Sonra Başka Çocuk İstiyor Musunuz' Sorusuna İlişkin Bulgular Dağılımı (n=110)

Başka çocuk istiyor mu	Genç riskli n(%)	Yaşlı riskli n(%)	Toplam n(%)	Ki-kare değeri p değeri
Evet	18(42,9)	12(17,6)	30(27,4)	20,424 0,000
Hayır	16(38,1)	54(79,4)	70(63,6)	
Kararsızım	8(19,0)	2(2,9)	10(10,0)	
Toplam	42(38,1)	68(61,9)	110(100,0)	

Tablo 4.3.4'de 'Gebe kadınların gebelikten sonra başka çocuk istiyor musunuz' sorusuna verdikleri cevapların yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

Gençlerin %38,1'i yaşlı riskli grubun %79,4'ü başka çocuk istememektedir. Başka çocuk istemeyenler yaşlılarda daha fazladır. Gebelikten sonra başka çocuk isteme durumları konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (**p=0,000**).

Tablo 4.3.5: Herhangi Bir Yöntem Kullanmış Gebe Kadınların, Gebe Kalmadan Önce Kullandıkları Korunma Yöntemi Dağılımı (n=53)

Gebe Kalmadan Önce Kullanılan Yöntem	Genç riskli n(%)	Yaşlı riskli n(%)	Toplam n(%)
Kondom	4(57,1)	9(19,6)	13(24,6)
RİA	0	13(28,3)	13(24,6)
Hap	0	3(6,5)	3(5,6)
Geri çekme	3(42,9)	20(43,5)	23(43,4)
Diğer	0	1(2,2)	1(1,8)
Toplam	7(13,0)	46(87,0)	53(100,0)

Tablo 4.3.5'te herhangi bir yöntem kullanmış gebe kadınların, gebe kalmadan önce kullandıkları korunma yöntemi dağılımı verilmiştir.

Toplam 110 gebe kadının 53'ü (%48,1) gebelikten önce herhangi bir yöntem kullandığını belirtmiştir. Genç riskli yaş grubu gebelerde yöntem kullanmış olanlar %16,6 yaşlı riskli grup kadınların %67,6'dır.

Genç riskli grubun en fazla kullandıkları kontraseptif yöntemler %57,1 kondom, %42,9'u geri çekme yöntemidir. Yaşlı riskli grubun en fazla kullandıkları korunma yöntemleri %43,5 geri çekme, %19,6 kondom olarak bulunmuştur. Her iki riskli grubun kullandıkları korunma yöntemleri en fazla kondom ve geri çekme yöntemidir.

Tablo 4.3.6: Herhangi Bir Yöntem Kullanmış Gebe Kadınların, 'Gebe Kalmadan Önce Kullandıkları Son Korunma Yöntemini Kimle Karar Vermişsiniz' Sorusuna İlişkin Bulgular Dağılımı (n=53)

Yönteme kimle karar verdi	Genç riskli n(%)	Yaşlı riskli n(%)	Toplam n(%)	Ki-kare değeri p değeri
Eşi	6(85,7)	37(80,4)	43(81,0)	0,165 0,739
Kendisi	0,0	8(17,4)	8(15,0)	
Diğer	1(14,3)	1(2,2)	2(4,0)	
Toplam	7(13,0)	46(87,0)	53(100,0)	

Tablo 4.3.6'da herhangi bir yöntem kullanmış gebe kadınların, 'gebe kalmadan önce kullandıkları korunma yöntemini kimle karar vermişsiniz' sorusuna verdikleri cevapların yaş gruplarına dağılımı verilmiştir.

Yaşlı riskli grubun %80,4'ünün, genç riskli grubun da %85,7'sinin kararı eşi ile verdikleri ifade ettikleri görülmektedir. Yöntem kararının her iki grupta da eşle birlikte alındığı görülmektedir(p=0,739).

Tablo 4.3.7: Herhangi Bir Yöntem Kullanmış Gebe Kadınların, Gebe Kalmadan Önce Kullandıkları Yöntemin Güvenirliliği Hakkında ki Düşüncelerine İlişkin Bulgular Dağılımı (n=53)

Yöntem güvenirliliği	Genç riskli n(%)	Yaşlı riskli n(%)	Toplam n(%)	Ki-kare değeri p değeri
Güvenilir	1(14,3)	11(23,9)	12(22,6)	0,520 0,343
Değil	5(71,4)	33(71,7)	38(71,6)	
Bilmiyorum	1(14,3)	2(4,3)	3(6,8)	
Toplam	7(13,0)	46(87,0)	53(100,0)	

Tablo 4.3.7 'de herhangi bir yöntem kullanmış gebe kadınların, 'gebe kalmadan önce kullandıkları yöntemin güvenirliliği hakkında ne düşünüyorsunuz' sorusuna verdikleri cevapların risk gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

Gebe kadınların, genç riskli %71,4'ü gebe kalmadan önce kullandıkları yönteme güvenmediklerini ifade etmektedirler. Yaşlı riskli grup ise %23,9'u gebelikten önce kullandıkları yöntemi güvenilir olarak bulduklarını, %71,7'si ise gebe kalmadan önce kullandıkları yönteme güvenmediklerini ifade etmektedirler. Güvensizlik oranları her iki grupta da benzerdir(p=0,343).

Tablo 4.3.8: Gebe Kadınların, Gebelik Öncesi Kullandıkları Yöntemin, Güvenirliliği Hakkında ki Düşüncelerinin Kullandıkları Yönteme Göre Dağılımı (n=53)

Yöntem güvenirliliği	Gebe kalmadan önce kullanılan yöntemler				
	Kondom	RİA	Hap	Geri çekme	Diğer
Güvenilir	4(30,8)	4(30,8)	0	4(17,4)	0
Değil	7(53,8)	8(61,6)	3(100,0)	19(82,6)	1(100,0)
Bilmiyorum	2(15,4)	1(7,6)	0	0	0
Toplam	13	13	3	23	1

Tablo 4.3.8'de gebe kadınların gebelik öncesi kullandıkları yöntemin, güvenilirliği hakkında ki düşünceleri kullandıkları yöntemlere göre dağılımı verilmiştir.

Kondom kullanan kadınların %30,8'i, RİA kullananların %30,8'i yöntemi güvenilir bulduklarını ifade etmektedirler. Ayrıca geri çekme yöntemini kullananların %82,6'sı gebe kalmadan önce kullandıkları yöntemi güvenilir olmadığını ifade etmişlerdir. Kondom kullanan riskli grup kadınların %53,8'i, RİA kullananların %61,6'sı, hap kullananların %100,0'ü yöntemlerin güvenilir olmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.3.9: Gebe Kadınların,'Doğum Sonrası Korunma Yöntemi Kullanacak mısınız' Sorusuna İlişkin Bulgular Dağılımı (n=110)

Doğum sonrası yöntem kullanımı	Genç riskli n(%)	Yaşlı riskli n(%)	Toplam n(%)	Ki-kare değeri p değeri
Evet	39(92,9)	62(91,2)	101(91,8)	0,098
Hayır	3(7,1)	6(8,8)	9(8,1)	
Toplam	42(38,1)	68(61,9)	110(100,0)	

Tablo 4.3.9'da gebe kadınların, 'doğum sonrası korunma yöntemi kullanacak mısınız' sorusuna verdikleri cevapların dağılımı verilmiştir.

Gebe kadınların, genç riskli grubun %92,9'u yaşlı riskli grubun ise %91,2' si doğum sonrası korunma yöntemi kullanmayı düşündüklerini ifade ettikleri görülmektedir(p=0,754).

Tablo 4.3.10: Bu Gebeliğinizden Sonra Hangi Korunma Yöntemini Kullanmayı Düşünüyorsunuzuz İlişkin Bulgular Dağılımı (n=102)

Gebelikten sonra hangi korunma yöntemi	Genç riskli n(%)	Yaşlı riskli n(%)	Toplam n(%)	K-S değeri p değeri
RIA	28(70,0)	18(29,0)	46(45,0)	2,704 0,000
Kondom	4(10,0)	6(9,7)	10(9,8)	
Geri Çekme	4(10,0)	4(6,5)	8(7,8)	
Enjeksiyon	4(10,0)	0	4(3,9)	
Tüpligasyon	0	31(50,0)	31(30,4)	
Diğer	0	3(4,8)	3(3,1)	
Toplam	40(39,2)	62(60,8)	102(100,0)	

Tablo 4.3.10'da gebe kadınlara 'Bu gebeliğinizden sonra hangi korunma yöntemini kullanmayı düşünüyorsunuz' sorusuna verdikleri cevapların yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

Doğum sonrası, genç riskli grubun %70,0'i, yaşlı riskli grubun % 29,0'nun RIA kullanacaklarını ifade ettikleri görülmektedir. Yine yaşlı riskli grubun %50,0'si yöntem olarak doğum sonrası tüpligasyon kullanma kararı aldıklarını ifade etmişlerdir. Gebelikten sonra hangi korunma yöntemi kullanmayı düşünüyorsunuz sorusuna verilen cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (**p=0,000**).

Tablo 4.3.11. Korunurken Gebe Kalan Kadınların Gebelik Öncesi Kullandıkları ve Gebelik Sonrası Kullanmayı Düşündükleri Yöntemlere İlişkin Bulgular Dağılımı

Gebelik öncesi kullanılan yöntem(yaş gruplarına göre)	Gebelik sonrası kullanılacak yöntemler					
	RİA	Kondom	Geri çekme	Enjeksiyon	Tüpligasyon	Toplam
Gençler						
Geri çekme	—	—	1	1	—	2
Toplam			1	1		2
Yaşlılar						
Kondom	1	—	—	—	3	4
Geri çekme	2	—	2	—	12	16
RİA	—	—	—	—	5	5
Hap	3	—	—	—	—	3
Diğer	—	—	—	—	1*	1
Toplam	6	—	2	—	21	29

*Laktasyonel Amenore Metodu ile

Tablo 4.3.11'de korunurken gebe kalan kadınların gebelik öncesi kullandıkları ve gebelik sonrası korunmayı düşündükleri yöntemlere ilişkin bulgular dağılımının yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

Genç riskli grup kadınlarda kondom kullanan n= 4 kişiden n=3'ü geri çekme yöntemi ile n=1'i RİA korunma yöntemine geçecektir. Genç riskli grupta n=1 kişi geri çekme yöntemine devam edecektir.

Yaşlı riskli grup kadınlarda kondom kullanmış n=9 kişiden n=3'ü, geri çekme ile korunmuş, n=20 kişiden 13'ü ve RİA kullanmış n=13 kişinin 9'u tüpligasyon istemektedir.

4.4. Kadınların Doğurganlık ve Kontraseptif Yöntem Kullanımı İle İlgili Özelliklerinin Eğitim Durumları İle İlişkileri

Bu bölümde araştırma kapsamındaki kadınların doğurganlık ve kontraseptif yöntem kullanımı ile ilgili özelliklerin eğitim durumları ile ilişkilerine ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.4.1: Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Gebelik Yaşları, Gebelik İçin Uygun Yaş Aralığı ve İdeal Çocuk Sayılarına İlişkin Bulgular Dağılımı (n=194)

Doğurganlık özellikleri	Eğitim durumları				F değeri p değeri
	İlkokul altı Ort.±ss (min-max)	İlköğretim Ort.±ss (min-max)	Lise ve üstü Ort.±ss (min-max)	Toplam Ort.±ss (min-max)	
İlk gebelik yaşı	18,5 ±3,7 (14-29)	19,2±4,6 (13-40)	25,1±6,3 (17-43)	20,8±5,3 (14-43)	51,195 0,000
Gebelik için uygun yaş	21,2±2,3 (17-25)	21,5±3,2 (15-35)	23,7±3,3 (20-30)	21,9±3,2 (15-35)	9,892 0,006
İdeal çocuk sayısı	2,9±0,83 (1-5)	2,8±0,86 (1-5)	2,6±0,74 (2-4)	2,8±0,8 (1-5)	1,850 0,496

Tablo 4.4.1'de kadınların doğurganlık özelliklerinin eğitim durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

İlkokul altı mezun olan kadınların ilk gebelik yaşının 18,5 ±3,7 olduğu, ilköğretim mezunu olan kadınların 19,2±4,6 olduğu, lise ve üzeri mezun olanlarda 25,1±6,3 olduğu belirlenmiştir. İlk gebelik yaşı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p=0,000**). Gebelik için uygun yaş bildirimini ilköğretim mezun olanlarda 21,2±2,3, ilköğretim mezunu olanlarda 21,5±3,2, lise ve üzeri olanlarda 23,7±3,3 olduğu tespit edilmiştir. Gebelik için uygun yaş ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (**p=0,006**). Lise ve üstü mezun olanlar daha yüksek uygun yaş bildirimini yapmıştır.

İdeal çocuk sayısı ilköğretim mezun olanlarda 2,9±0,83, ilköğretim mezunu olanlarda 2,8±0,86, lise ve üzeri olanlarda 2,6±0,74 olarak tespit edilmiştir. İdeal çocuk sayıları kadının eğitimi ile değişiklik göstermemektedir(p=0,496).

Tablo 4.4.2: Kadınların Korunma Yöntemi İle İlgili Bilgi Alma Durumlarının Eğitim Durumlarına İlişkin Bulgular Dağılımı (n=194)

Bilgi alma	Eğitim durumları				Ki-kare değeri p değeri
	İlkokul altı n(%)	İlköğreti m n(%)	Lise ve üzeri n(%)	Toplam n(%)	
Evet	18(39,1)	61(56,0)	29(74,4)	108(55,6)	10,623 0,005
Hayır	28(60,9)	48(44,0)	10(25,6)	86(44,4)	
Toplam	46(23,7)	109(56,1)	39(20,2)	194(100,0)	

Tab

lo 4.4.2'te 'Kadınların korunma yöntemi ile ilgili bilgi alma' sorusuna verdikleri cevapların eğitim durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

İlkokul altı mezun olanların %60,9'nun, ilköğretim mezunu olanların %44,0'nün, lise ve üzeri mezun olanların %25,6'sının bilgi almadığı görülmektedir. Bilgi alma durumları eğitim ile artmaktadır(**p=0,005**).

Tablo 4.4.3: Kadınların Korunma Yöntemi İle İlgili İlk Bilgiyi Nerden Aldığının Eğitim Durumları İle İlişkisi (n=108)

Bilgi nereden alındı	Eğitim durumları			Ki-kare değeri* p değeri
	İlkokul altı n(%)	İlköğretim n(%)	Lise ve üzeri n(%)	
Hastane	1(5,6)	3(4,9)	2(6,9)	7,743 0,021
Sağlık ocağı	14(77,8)	53(86,9)	16(55,2)	
AÇSAP	–	–	2(6,9)	
Diğer	3(16,7)	5(8,2)	9(31,0)	
Toplam	18(16,6)	61(56,4)	29(27,0)	

*Analiz bilgi alınan yerin sağlık kuruluşu olup olmamasına göre yapılmıştır(SD=2).

Tablo 4.4.3'de kadınların 'Bilgiyi nereden aldınız' sorusuna verdikleri cevapların eğitim durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Kadınların 'Bilgiyi nerden aldınız' sorusunda ilkokul altı mezun olanlar %77,8 ilköğretim mezunu olanlar %86,9'u, lise ve üzeri olanlar % 55,2'si sağlık ocağından aldıklarını ifade ettikleri görülmektedir. İlkokul altı mezun 18 kişinin %83,4'ü(n=15), ilköğretim mezunu olan 61 kişinin %91,8(n=57)si, lise ve üzeri mezun olan 29 kişinin %69,0(n=20) sağlık kuruluşundan bilgi almıştır ve bilgi alınan yerin sağlık kuruluşu olma yüzdesi eğitimle değişmektedir.

Tablo 4.4.4: Kadınların Korunma Yöntemi İle İlgili İlk Bilgiyi Kimden Aldığının Eğitim Durumları İle İlişkisi (n=108)

Bilgi kimden alındı	Eğitim durumları			Ki-kare değeri* p değeri
	İlkokul altı n(%)	İlköğretim n(%)	Lise ve üzeri n(%)	
Doktor	1(5,6)	2(3,3)	3(3,3)	2,749 0,253
Ebe-hemşire	13(72,2)	52(85,2)	19(65,5)	
Kitle iletişim	–	1(1,6)	3(10,3)	
Ailem	–	3(4,9)	1(3,4)	
Arkadaş	1(5,6)	1(1,6)	1(3,4)	
Çevre	3(16,7)	2(3,3)	2(6,9)	
Toplam	18(16,6)	61(56,4)	29(27,0)	

*Analiz bilgi alınan kişinin sağlık personeli olup olmamasına göre yapılmıştır(SD=2).

Tablo 4.4.4'de kadınların 'Korunma yöntemi ile ilgili ilk bilgiyi kimden aldığının' sorusuna verdikleri cevapların eğitim durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Kadınların, 'Bilgiyi kimden aldınız' sorusuna; ilkokul altı mezun olanların %72,2 'si, ilköğretim mezunu olanların %85,2 'si, lise ve üzeri mezun olanların %65,5'i Ebe-Hemşireyi tercih ettikleri görülmektedir.

İlkokul altı 18 kişinin 14'ü (77,8), ilköğretim mezunu 61 kişinin 54'ü(%88,5) ve lise ve üzeri mezun olan 29 kişinin 22'si (68,8) ilk bilgiyi sağlık personelinde almıştır ve bilgi alınan kişinin sağlık personeli olma yüzdesi eğitimle değişmemektedir.

Tablo 4.4.5: Araştırmaya Katılan Kadınlara 'Bir Kadın Adet Döneminin Hangi Gününde Gebe Kalır' Sorusuna Verilen Cevapların Eğitim Durumları İle İlişkisi (n=194)

Adet gebe kalma	Eğitim durumları				Ki-kare değeri p değeri
	İlkokul altı n(%)	İlköğretim n(%)	Lise ve üzeri n(%)	Toplam n(%)	
Biliyor	8(17,4)	23(21,1)	11(28,2)	42(21,7)	1,499 0,473
Bilmiyor	38(82,6)	86(78,6)	28(71,8)	152(78,3)	
Toplam	46(23,7)	109(56,1)	39(20,2)	194(100,0)	

Tablo 4.4.5'de 'Kadınların adet döneminin hangi günün de gebe kalınır' sorusuna verdikleri cevapların eğitim durumuna göre dağılımı verilmiştir. Bilenler yüzdesi bütün eğitim seviyelerinde düşüktür.

İlkokul altı eğitimlilerin %17,4'ü, ilköğretim mezunlarının %21,1'i ve lise ve üzeri mezunların %28,2'si adet-gebelik ilişkisini bilmektedir ve bu bilgi eğitimden bağımsızdır(p=0,473).

Tablo 4.4.6: Araştırmaya Katılan Kadınların 'İlk Altı Ay Bebeği Emzirmek Gebe Kalmayı Etkiler mi' Sorusuna Verdikleri Cevapların Eğitim Durumları İle İlişkisi (n=194)

Emzirme biliyor	Eğitim durumları				Ki-kare değeri p değeri
	İlkokul altı n(%)	İlköğretim n(%)	Lise ve üzeri n(%)	Toplam n(%)	
Biliyor	18(39,1)	40(36,7)	11(28,2)	69(35,5)	1,238 0,538
Bilmiyor	28(60,9)	69(63,3)	28(71,8)	125(64,5)	
Toplam	46(23,7)	109(56,1)	39(20,2)	194(100,0)	

Tablo 4.4.6'ta kadınların 'İlk altı ay bebeği emzirmek gebe kalmayı etkiler mi' sorusuna verdikleri cevapların eğitim durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Tabloda, İlkokul altı eğitimlilerin %39,1'nin, ilköğretim mezunu olanların %36,7'nin, lise ve üzeri mezun olanların %28,2'nin emzirme-gebe kalma ilişkisini bildiği ait bulgular yer almaktadır.

Emzirme- gebe kalma ilişkisini bilme durumu ile kadınların eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bulunmamıştır(p=0,538).

Tablo 4.4.7: Kadınların Korunma Yöntemi Olarak İlk Kullandığı Yöntemin Etkinliğinin Eğitim Durumları İle İlişkisi (n=194)

İlk ne kullanıldı	Eğitim durumları				Ki-kare değeri p değeri
	İlkokul altı n(%)	İlköğretim n(%)	Lise ve üzeri n(%)	Toplam n(%)	
Etkin yöntem kullanım	8(17,4)	24(22,0)	7(17,9)	39(20,1)	0,572 0,751
Diğer	38(82,6)	85(78,0)	32(82,1)	155(79,9)	
Toplam	46(23,7)	109(56,1)	39(20,2)	194(100,0)	

Tablo 4.4.7 'de kadınların kullandıkları ilk korunma yöntemin etkinliğinin eğitim durumuna göre dağılımı verilmiştir.

İlk yöntem olarak, ilkokul altı mezun olanların %17,4'ü, ilköğretim mezunu olanların %22,0'ı, lise ve üzeri mezun olanların %17,9'u etkin yöntem seçtikleri görülmektedir.

Kadınların ilk olarak kullandıkları yöntemlerin etkinliği ile eğitimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,751).

Tablo 4.4.8: Araştırma Grubunda ki Korunan Kadınların Kullandıkları Yöntemin Eğitim İle İlişkisi (n=46)

Korunan kadınların yöntemleri	Eğitim durumları				Ki-kare değeri p değeri
	İlkokul altı n(%)	İlköğretim n(%)	Lise ve üzeri n(%)	Toplam n(%)	
Etkin	6(66,7)	15(83,3)	18(94,7)	39(84,7)	3,778 0,151
Etkin değil	3(33,3)	3(6,7)	1(5,3)	7(15,3)	
Toplam	9(19,5)	18(39,2)	19(41,3)	46(100,0)	

Tablo 4.4.8'de araştırmanın yapıldığı dönemde korunan kadınların kullandıkları yöntemin eğitim durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Korunan kadınların, ilkokul altı mezunlarının %66,7'si, ilköğretim mezunu olanların %83,3'nün, lise ve üzeri mezun olanların %94,7'sinin etkin yöntem kullanmakta olduklarını ifade etmektedirler.

Her ne kadar etkin yöntem kullanımı eğitim düzeyi ile artıyor olsa da bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildir(p=0,151).

Tablo 4.4.9: Gebe Kadınların Gebeliklerinin İstenilen Bir Gebelik mi Olduğunun Eğitim Durumları İle İlişkisi (n=110)

Gebelik istenilen mi	Eğitim durumları				Kİ-kare değeri p değeri
	İlkokul altı n(%)	İlköğretim n(%)	Lise ve üzeri n(%)	Toplam n(%)	
Evet	17(56,7)	51(78,5)	11(73,3)	79(71,8)	8,008 0,018
Hayır	13(43,3)	14(21,5)	4(26,7)	31(28,2)	
Toplam	30(27,3)	65(59,1)	15(13,6)	110(100,0)	

Tablo 4.4.9'ta 'Gebe kadınların gebeliklerinin istenilen bir gebelik mi' olduğu

sorusuna verdikleri cevapların eğitim durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Gebe kadınların, ilkokul altı eğitimli olanların %43,3'ü, ilköğretim mezunu olanların %21,5'nin, lise ve üzeri mezun olanların %26,7'nin gebelikleri istemediklerini ifade etmişlerdir. İlkokul altı eğitimlilerin istenmeyen gebelikleri daha fazladır($p=0,018$).

5.TARTIŞMA

5.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerin İncelenmesi

Araştırma grubundaki kadınların yaş ortalamaları genç riskli grupta $17,0 \pm 0,8$ yıl, yaşlı riskli grupta $38,0 \pm 3,1$ yıldır. İlk evlenme yaşı genç riskli grubun $16,1 \pm 7,0$ yıl, yaşlı riskli grubun $21,2 \pm 5,3$ yıl, ilk gebelik yaşı genç riskli grupta $16,7 \pm 1,9$ yaşlı risklilerde $22,4 \pm 5,5$ yıl olarak bulunmuştur. Evlilik ve ilk gebelik arası süre ise genç riskli grupta $0,6 \pm 0,6$, yaşlı riskli grupta $1,2 \pm 1,8$ yıl olarak hesaplanmaktadır (Tablo 4.1.2). Doğal olarak, iki farklı yaş bandında olan bu kadınların yaş, ilk evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı ve evlilik ve ilk gebelik arası süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,005$).

Emel İrgil'in⁴⁸ (1992) yaptığı çalışmada 15-44 yaş grubu kadınların doğurganlık özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını bildirilmiştir.

Melis Naçar'ın²⁵ (2002) doğum sonrası verilen aile planlaması eğitiminin rolünü deneysel olarak çalıştığı araştırmada araştırma kapsamına alınan 15-49 yaş aralığındaki müdahale ve kontrol grubu kadınlarının sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri gruplar arasında bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Apay ve Nazik'in⁴⁹ (2008) 15-49 yaş kadınlara aile planlamasına ilişkin tutumlarını değerlendirdikleri çalışmada sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim, çalışma durumu, sosyal güvence, evlilik yılı, yaşanılan yer, yaşanılan aile tipi) çalışma bulgularımızla benzer özellik göstermektedir.

Kadınların kendi kardeş sayıları ve eşlerinin kardeş sayıları ve ideal çocuk sayıları ile ilgili bulgular iki grup arasında bu üç değişken yönünden önemli bir fark olmadığını göstermiştir (Tablo 4.1.3). Kadınların kendi kardeş sayıları (gençler için 6,6, yaşlılar için 6,4) ile eşlerinin kardeş sayıları (gençler için 6,4, yaşlılar için de 6,4) arasında fark olmaması doğaldır, zira çiftler takriben denk yaş kohortlarından gelmektedir. Ancak araştırmamızın ilginç bir bulgusu; genç riskli grubun ve yaşlı riskli grubun kendi kardeş sayıları ile aynı şekilde iki yaş grubunun eşlerinin kardeş sayılarının benzerliğidir. Hatta iki grubun ideal çocuk sayıları da aynıdır. Aradaki 21 yılda bölgede doğurganlık modellerinin değişmediği görülmektedir. İleriye doğru tahmin yapıldığında, ortalaması hem gençlerde hem de yaşlılarda 2,8 olarak hesaplanan

ideal çocuk sayıları ile ilgili bulgular, bu modelin ilerideki yıllara da taşınacağına dair ipuçlarını vermektedir.

Devlet Songur'un⁵⁰ (2009), Gaziantep Bin Evler sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 15–49 yaş evli kadınların ideal çocuk sayıları 2,68'dir.

TNSA 2008³ verilerine göre, ortalama ideal çocuk sayısı evlenmiş ve halen evli kadınlar için 2,5'tir. Yerleşim yerlerine göre ortalama ideal çocuk sayısında az farklılık görülmektedir. Kırsal alanlarda ideal çocuk sayısı, kentlere göre çok az yüksektir. Ancak, bölgeler arasında büyük farklılıklar söz konusudur. En düşük ortalama ideal çocuk sayısı, Batı ve Orta Anadolu (2,3 çocuk) iken en yüksek değer Doğu Anadolu bölgesindedir (3,1 çocuk). Akdeniz bölgesi için ortalama ideal çocuk sayısı, bölgemizin yaşlı ve genç kadınlarının ideal çocuk sayısına eşittir, yani 2,8'dir.

Araştırmamızda adet-gebelik ilişkisini bilmeyen kadın yüzdesi genç ve yaşlı riskli grupta benzer bulunmuştur (sırası ile %83,9 ve %76,1) (Tablo 4.1.5).

TNSA 2008³ verilerine göre, kadınlara cinsel ilişkide bulunduğu takdirde, gebe kalma şansının daha fazla olduğu günler olup olmadığı sorulmuştur. Bu soruya olumlu yanıt verenlere ise, 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. Evlenmiş kadınların %26'sı bir kadının doğurgan olduğu aralığı doğru ifade ederken, %30'u doğru zamanın ne olduğunu bilmediklerini söylemişlerdir.

Araştırmamızda aynı şekilde emzirme-gebelik ilişkisi konusundaki bilgi ya da bilgisizlik durumları da benzerdir. Araştırma kapsamına alınan genç riskli grubun %71,4'ü, yaşlı riskli grubun %61,6'sı ilk altı ay bebeği emzirmenin gebe kalmayı etkileyeceğini bilmemektedirler. Emzirme ile gebelikten korunma açısından emzirmenin süresi ve miktarının önemi genel bir bilgidir. Bilgi eksikliği nedeni ile bu grubun gebelik açısından potansiyel tehlike içinde olduğu, dolayısıyla aile planlaması ve danışmanlık hizmetlerine gereksinim duydukları açıkça görülmektedir (Tablo 4.1.6).

Araştırmamızda yaş ortalamaları arasındaki fark 21 yaş olan ve toplam gebelik sayıları ile canlı doğum sayıları da çok farklı olan (Tablo 4.1.2) bu iki grubun adet ve emzirme ile ilgili bilgilerinin farksız olması yadırganacak bir durumdur (Tablo 4.1.6). Bulgular yaşlı riskli grup kadınların, geçen yıllara, geçirdikleri gebeliklere ve yaptıkları doğumlara rağmen, deneyimleri ile de olsa bilgi edinmediklerini göstermektedir.

Burada hem sağlık örgütü elemanlarının eğitim verme başarı eksikliği, hem de kadınların merak eksikliğinden söz edilebilir.

5.2. Araştırma Grubunun Kontraseptif Yöntem Kullanım Özelliklerinin İncelenmesi

AP ile ilgili bilgi alma durumları nesiller arasında farklı bulunmuştur (Tablo 4.2.1). Yaşlı riskli grup genç riskli gruptan daha fazla bilgi almıştır (yaşlılar %63,0 ve gençler %37,5), ancak bilginin nereden alındığına bakıldığında, her iki riskli grubun da en sık olarak sağlık ocağından ve özellikle de ebe-hemşire'den bilgi aldıkları görölmektedir. Sağlık ocağından bilgi alma yüzdesi gençlerde %76,2, yaşlılarda %77,0; ebe-hemşire'den bilgi alma yüzdesi gençlerde %81,0, yaşlılarda %77,0'dır.

Esin Türkistanlı'nın⁵¹ (1998) sağlık ocağına herhangi bir nedenle başvuran 15–49 yaş evli kadınlara yaptığı çalışmada, kadınların yakın akraba ve komşulardan bilgilenme oranı sağlık personelinden bilgilenme oranından daha yüksek bulunmuştur.

Kamuran Kahraman'ın⁵² (2005) 15–49 yaş grubu kadınlara yaptığı çalışmada kadınların %45,3'ünün AP ile ilgili bilgiyi sağlık ocağından aldıkları ifade edilmiştir.

Kadınların bir grubu (n=63,%32,4'ü) evlilikleri boyunca hiç yöntem kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Genç grubun gebelik beklentileri olacağı göz önüne alınarak gençler gruptan çıkarılmış ve yaşlı riskli grup kadınların (21 yaşlı, %15,2) evlilik süresi boyunca hiç yöntem kullanmayanları ile yöntem kullananlarının obstetrik hikâyelerindeki fark araştırılmıştır. Bu konudaki bulgular Tablo 4.2.2'deki gibidir.

Yöntem kullananlar ile hiç kullanmayanların yaş ortalamaları birbirine yakındır. İki grubun bütün doğurganlık hikâyeleri de, canlı doğum sayıları hariç denk görölmektedir. Canlı doğum sayısı ortalamaları hiç kullanmayanlarda $2,3\pm 2,7$, yöntem kullananlarda $2,9\pm 1,6$ bulunmuştur. Grupların farkının istatistiksel olarak anlamsız olduğu ilk gebelik yaşları da göz önünde bulundurulduğunda ($26,0\pm 9,0$, $21,8\pm 4,4$) nispeten geç evlenen (istatistiksel olarak anlamsız) hiç yöntem kullanmamış grubun, AP ya da doğurganlık kontrolü uygulamalarında diğerleri kadar başarılı (ya da başarısız) olduğu gözlenmektedir. Nispeten küçük bir gruba ait olsa da, bu bulgular, hiç yöntem kullanmamış kadınların bilinen yöntemler dışında başka uygulamalarla gebelikten korunmuş olabileceğine, ya da yöntem kullanan grubun kullanım başarısızlığına işaret edebilir (Tablo 4.2.3).

Araştırma grubunun, çalışmanın yapıldığı dönemde korunma yöntemi olarak en son yöntem kullanımı bilgileri Tablo 4.2.5'de verilmektedir. Genç grubun %78,6'sı yaşlı grubun ise %63,2'si (çeşitli nedenlerle) korunmadıklarını ifade etmişlerdir. Genç kadınlar en fazla kondomla, yaşlılar ise sırası ile RİA, kondom, hap, geri çekme ile korunmaktadır.

TNSA 2008³ verilerine göre, gebeliği önleyici yöntem kullanımı kadının yaşına göre farklılaşmaktadır. Herhangi bir yöntem kullanımı 15–19 yaş grubundaki evli kadınlar arasında en düşük düzeyde iken (% 40,0), 30–34 yaş grubunda % 84'e kadar yükselmekte ve 45–49 yaş grubunda %59,0'a düşmektedir. Tüm yaş gruplarındaki kadınlar arasında en revaçta olan gebeliği önleyici yöntem, geri çekmedir, kadınların %73,1'inin halen yöntem kullandığı, %46,0'ının modern yöntemleri ve %27,1'inin geleneksel yöntemleri kullandıkları rapor edilmektedir.

Melis Naçar'ın²⁵ (2002), Kayseri'de 260 kadına yaptığı çalışmada kadınlara gebelikten önce kullandıkları kontraseptif yöntemler sorulmuştur. En sık kullanılanlar etkili yöntemler içinde RİA(müdahale grubun da %27,0, kontrol grubun da %30,0), etkisi sınırlı yöntemler içinde geri çekme yöntemi (müdahale grubun da %27,7, kontrol grubun da %21,1) olarak tespit edilmiştir.

Mustafa Öztürk ve A.Nesimi Kişioğlu'nun⁵⁶, 15-49 yaş grubu evli 1242 kadınla yaptıkları çalışmada, araştırmaya alınan kadınların %65,0'ı modern AP yöntemi kullandığı, modern AP yöntemleri arasında en çok kullanılan yöntemin %44,6 ile RİA olduğu görülmektedir.

Araştırma grubundaki 55 (%28,4) kadın yöntem kullanmamaktadır(Tablo 4.2.7). Yöntem kullanımını bırakma nedenleri gözden geçirildiğinde, kadınların, yaş gruplarına bakılmaksızın, genellikle gebe kalmak için yöntem bıraktıkları görülmektedir (n:37,%14,8).

TNSA 2008³ verilerinin gebeliği önleyici yöntemleri bırakma nedenlerine bakıldığında ilk sırada %14,0'lık oranla gebelik yer almaktadır. Araştırmamızda riskli yaş grubu kadınların yöntem bırakma oran ve nedenleri TNSA 2008 verisi ile uyumlu bulunmuştur.

5.3. Gebe Kadınların Gebelik Öncesi Kontraseptif Yöntem Kullanımları ve Gebelik Sonrası Tercihlerinin İncelenmesi

Araştırma grubundaki 110 kadının (%56,4) araştırmanın yapıldığı dönemde gebe oldukları tespit edilmiştir. Genç riskli grup kadınların 42'si (%75,0) ve yaşlı riskli grup kadınların 68'i (%49,3) gebedir ve genç riskli grubun %95,2'si yaşlı riskli grubun %57,4'ü bu gebeliğin istenen bir gebelik olduğunu ifade etmektedirler (Tablo 4.3.1). Doğal olarak gebeliğin istenme oranı gençlerde daha yüksektir.

Melis Naçar'ın²⁵ (2002) doğum sonrası verilen aile planlaması eğitiminin rolünü deneysel olarak çalıştığı araştırmada, araştırma kapsamına alınan 15-49 yaş aralığındaki müdahale ve kontrol grubundaki kadınların, müdahale grubu kadınların %24,1'i, kontrol grubundaki kadınların %29,3'ü bu gebeliklerini istemediklerini belirtmiştir.

Fusun Kayatürk'ün⁵⁵ (1989) aile planlaması ve danışmanlık hizmeti çalışmasında 25-29 yaş grubu 58 çiftle görüşme yapılmış, kadınların 43'ü (%74) gebeliklerinin istemeden olduğunu ifade etmişlerdir.

TNSA 2008³ verilerine göre, doğumların %71'i istenen zamanda gerçekleşmiş, % 11'inin daha sonra olması tercih edilmiş ve %18'i de istenmemiştir.

Araştırmamızın ilginç bir bulgusu gebeliği istemeyen kadınların hepsinin korunurken gebe kaldıklarını ifade etmeleridir. Genç riskli grubun %4,8'i, yaşlı riskli grubun %42,6'sı korunurken gebe kalmıştır(Tablo 4.3.2).

Korunurken gebe kalan kadınların, (2'si genç riskli grup kadın, 29'u yaşlı riskli grup kadın toplam 31'i) gebe kaldıklarında kullandıkları korunma yöntemlerine bakıldığında kadınların n:18'i (%58,1) geri çekme yöntemi kullanırken gebe kalmıştır, gençlerin n:2'si de bu gruptadır. Yaşlı riskli grupta RİA, kondom ve hap kullanımı sırasında gebe kalanlar da vardır(Tablo 4.3.3).

Fusun Kayatürk'ün⁵⁵ (1989) aile planlaması ve danışmanlık hizmeti çalışmasında gebeliklerin 53'ü (%52) küretaj olduğu belirtilmiştir. İstenmeden gebe kalan kadınların gebelik öncesi kullandıkları kontraseptif yöntemlere bakıldığında gebe kalma oranı yöntem kullanmayanlarda %78 iken, geri çekme ile olan gebeliklerde %43, etkili yöntemlerde ise %26'dır.

Melis Naçar'ın²⁵ (2002) doğum sonrası verilen aile planlaması eğitiminin rolünü deneysel olarak çalıştığı araştırmada araştırma kapsamına alınan 15-49 yaş aralığındaki müdahale ve kontrol grubu kadınlarının gebeliklerini istemeyen kadınların %27,5'i hiç

yöntem kullanmadıklarını, %33,3'ü etkisi sınırlı geri çekme yöntemini kullandıkları ifade etmişlerdir.

Çalışmadaki gebe kadınların %63,6'sı (n=70) bu gebelikten sonra başka çocuk istememektedir. Bu gebelikten sonra da çocuk isteyen genç gebelerin %42,9'u, yaşlı gebelerin ise %17,6'dır. Gençlerin %38,1'i yaşlıların %79,4'ü başka çocuk istemediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.3.4). Bu konuda iki grup arasında fark olması tabiidir, ancak buna ek olarak kararsızlık ifade edenlerin genellikle gençler olduğu da görülmektedir.

TNSA 2008³ verilerine göre, evli kadınların daha fazla çocuk sahibi olma isteğinin yaşa göre yüzde dağılımı, daha fazla çocuk isteyen kadınların oranı yaşla birlikte azalmaktadır. 15-19 yaşlarındaki kadınların %89'u daha fazla çocuk isterken bu oran 35-39 yaşlarındaki kadınlar arasında %10'dur. Yaşla birlikte, daha sonra çocuk isteyen kadınların oranı da hızla düşmekte ve başka çocuk sahibi olmak yerine doğurganlığı sonlandırma eğilimi ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla da, doğumların arasını açma isteği 25 yaş altı kadınlar arasında yoğunlaşmaktadır.

Devlet Songur'un⁵⁰ (2009), Gaziantep Bin Evler sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş evli kadınların, %71,2'si başka çocuk istemezken, %28,8'i başka çocuk istediklerini belirtmişlerdir.

Araştırmadaki kadınların grup farkı olmaksızın büyük bir çoğunluğu gebe kalmadan önce kullandıkları yönteme eşleri ile karar vermişlerdir (Tablo 4.3.6).

Gebe kadınlara, gebelikten önce kullandıkları yöntemi güvenilir bulup bulmadıkları sorulmuş ve genç riskli grubun %71,4'ü, yaşlı riskli grubun ise %71,7'si kullandıkları yöntemi güvenilir bulmadıkları ifade ettikleri görülmüştür. Her iki grup içinde gebelik öncesi kullanılan yöntem güvenirsizliği birbirine yakındır (Tablo 4.3.7).

Kadınların gebelik öncesi kullandıkları yönteme ait güvenlik yargıları, kullanılan yöntemle çaprazlanmış ve Tablo 4.3.8'deki bulgular elde edilmiştir. Kadınların etkin yöntem olan kondomu güvenilir bulma oranı %30,8'dir. Hap, kullanan üç kadın tarafından da 'güvenilir değil' olarak nitelendirilmiş, güvenilmeme yüzdesi kondom %53,8, RİA için %61,6 olarak hesaplanmıştır. Yaşlı riskli grubunda olduğunu daha önceden gördüğümüz bu kadınların yöntem kullanım hakkındaki bilgilerinin eksik olduğu ya da genel olarak yöntemi yanlış kullandıkları söylenebilir. Geri çekmeyi gebe kalmamasına rağmen güvenilir bulan kadınların oranı %17,4'tür.

Gebe kadınlara, doğum sonrası korunma yöntemi kullanım niyeti hakkındaki soruya genç riskli grubun %92,9'u, yaşlı riskli grubun %91,2'si korunma yöntemi kullanmayı düşündüklerini ifade ettikleri görülmektedir (Tablo 4.3.9).

Tablo 4.3.10'daki kullanılması planlanan yöntemler listesinde kadınların genel olarak etkili yöntemlere geçeceğini göstermektedir. Genç riskli grup için sırasıyla RİA(%70,0), kondom(%10,0) ve enjeksiyon(10,0), yaşlı riskli grup ise tüpligasyon(%50,0) ve RİA(%29,0) tercihleri göze çarpmakla birlikte her iki riskli grupta; genç riskli grupta %10,0, yaşlı riskli grupta %6,5 geri çekme yöntemi kullanarak korunacaklarını bildiren kadınlar vardır.

Korunurken gebe kalan gebelerin, gebelikten sonra kullanacakları kontraseptif yöntemlerin gebelik öncesi yöntemlerle karşılaştırılmasında; gebelik öncesi genç riskli grubun geri çekme ile korundukları yaşlı riskli grubun ise hemen hemen her yöntemi denemiş oldukları görülmektedir (Tablo 4.3.11). Korunurken gebe kalan 29 kadının 26'sı etkili kontraseptif yöntemlere geçmeyi planlamakla birlikte 1'i genç riskli grup, 2'si yaşlı riskli grup toplam 3 kadın geri çekme ile korunurken gebe kaldıkları halde, yöntem değiştirmeyi planlamamaktadır. Bu 'çetin ceviz' grubun varlığı AP eğitimleri veren gruplar için dikkate alınmaya değer bir konudur. Riskli gruplara aile planlaması danışmanlığı hizmeti verirken doğum sonrası kullanılacak yöntem konusuna itina etmek gereği burada da ortaya çıkmaktadır.

5.4. Doğurganlık ve Kontraseptif Yöntem Kullanımı İle İlgili Özelliklerinin Eğitim Durumları İle İlişisinin İncelenmesi

Araştırma grubundaki kadınların doğurganlık hikayelerinin eğitimleri ile değişeceği genel olarak kabul gören bir bilgidir. İlk gebelik yaşı ve gebelik için uygun görülen yaş eğitimle birlikte farklılaşmaktadır (Tablo 4.4.1). Ancak ideal çocuk sayısının eğitimden de bağımsız olduğu görülmektedir. İdeal çocuk sayısı ilköğretim altı grup için $2,9 \pm 0,83$, ilköğretim mezunları için $2,8 \pm 0,86$ lise ve üstü eğitilmiş grup için $2,6 \pm 0,74$ olarak bulunmuştur.

Kamuran Kahraman'ın⁵² (2005) 15-49 yaş grubu kadınlara yaptığı çalışmada, kadınların eğitim durumu ve ideal çocuk sayısı ortalaması 2.40 ± 0.88 olduğu, lise

mezunu olanların ideal çocuk sayıları (2,12±0,42) diğer gruplardan(okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokul, ortaokul) daha düşük olduğu görülmektedir.

Araştırma grubundaki kadınların aile planlaması konusunda bilgi alma yüzdeleri eğitim durumları ile artmaktadır (Tablo 4.4.2).

TNSA 2008³ verilerine göre, gerek evlenmiş gerekse halen evli kadınlar arasında gebeliği önleyici modern yöntemlerden en fazla bilinenleri RİA (%98,0), hap (%98,0), kondom (%92,0), tüpligasyonu (%92,0) ve enjeksiyon (evlenmiş ve halen evli kadınlar için sırasıyla %84,0 ve 85,0) iken, kadın kondomu (%17,0) ve acil korunma hapi (%29,0) Türkiye'de en az bilinen modern yöntemlerdir. Geleneksel yöntemler arasında geri çekme en fazla bilinen yöntemdir (evlenmiş ve evli kadınlar arasında %92,0).

Araştırma grubunda yer alan kadınların adet-gebelik ilişkisi bilgileri eğitimle de farklılık göstermektedir (Tablo 4.4.5). Bu konuların okul müfredatlarında yer almadığı bir gerçektir ancak öğrencilik yıllarında genç kızların kendi merak ya da çabalarıyla bu bilgiyi edinmiş olmaları beklenebilir.

Araştırma grubunda yer alan kadınların eğitim durumları ile kullandıkları yöntem bulguları değerlendirildiğinde, ilkokul altı mezun kadınların %33,3'ünün etkin olmayan yöntem kullandıkları, etkin yöntem kullanma yüzdesinin ilköğretim mezunlarında %83,3'ü, lise ve üstü eğitimlilerde %94,7 olduğu görülmektedir(Tablo 4.4.8). Kadınların etkin yöntem kullanma yüzdesi eğitimle artmaktadır.

Kamuran Kahraman'ın⁵² (2005) 15–49 yaş grubu kadınlarla yaptığı çalışmada, ilkokul mezunu ve daha üst düzeyde eğitim alan kadınların %49,3'ünün etkin yöntem kullandığı, okur- yazar olmayanların ise %68,8'inin yöntem kullanmadığı görülmektedir.

Hatice Oltuluoğlu'nun¹⁷ (2008) yaptığı bu çalışmada 15–49 yaş grubu evli kadınların %62,3'ünün modern, %37,8'inin geleneksel bir yöntem kullandığı saptanmıştır. En fazla kullanılan yöntem geri çekme (%35,5), RİA (%25,1) ve kondom (%20,3)'dur.

Gülay Yıldırım ve ark.⁵⁴ (2001), AÇS ve AP merkezlerine başvuran kadınlara yaptıkları çalışmada bütün gruplarda en çok tercih edilen kontraseptif yöntemler, RİA olurken en az tercih edilen yöntem enjeksiyon yöntemidir. Okur -yazar olmayanlarda RİA kullanma %58,4 iken bu oran yüksekokul mezunlarında %39,1'dir.

Araştırmada herhangi bir yöntem kullanımıyla eğitim arasında araştırmadaki eğitim durumuna göre etkili yöntem kullanımı ilkokul ve altı ğretim görenlerde daha yüksek bulunmuştur.

TNSA 2008³ verilerine göre, halen aile planlaması kullanım düzeyi okula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında en düşük iken (% 61,0), her zaman aynı biçimde olmasa da, eğitimle birlikte belirgin bir artış göstererek lise veya daha üst düzey eğitim gruplarında % 77,0'a çıkmaktadır. Ancak yöntem kullanımı, beklenmedik bir şekilde, ilkokul ikinci kademeyi tamamlamış kadınlarda (%67,0), ilkokul birinci kademeyi tamamlamış kadınlardakinden (%77,0) daha düşüktür. İlköğretim ikinci kademenin görece yeni olması nedeniyle daha yüksek oranda genç kadının bu sistemde yer alıyor olması söz konusu düşük kullanım oranını açıklamada yardımcı olabilir

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Çukurova Üniversitesi Tıp Balcalı Hastanesi ve Adana Doğum ve Çocuk Bakım Evi Hastanesi Doğum Servisi'nde yatan ve Yeşilevler-2 Aile Sağlığı Merkezinde 18 yaş altı ve 35 yaş üstü kadınlara sosyo-demografik, doğurganlık ve aile planlaması bilgisi ya da yöntem kullanma özellikleri bakımından farklılık bulunmayan (18 yaş altı ve 35 yaş üstü) iki grupta araştırma sonucunda şu sonuçlar elde edilmiştir.

- ❖ Araştırmanın toplandığı kurum riskli yaş gruplarına göre II. Basamak Sağlık kuruluşunda genç riskli grup %55,4, yaşlı riskli grup %35,5'dir. Araştırmanın verileri en fazla II. Basamak Sağlık kuruluşundan toplanmıştır.
- ❖ Kadınların yaş ortalamaları genç riskli grup 17,0±0,8, yaşlı riskli grup 38,0±3,1 yıl olduğu görülmüştür. Riskli yaş grubu kadınların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(p=0,000).
- ❖ Kadınların ilk evlilik yaşları ortalamaları genç riskli grup da 16,1±7,0, yaşlı riskli grup da 21,2±5,3 yıl olduğu görülmüştür. Riskli yaş grubu kadınların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(p=0,000).
- ❖ Kadınların ilk gebelik yaşları ortalamaları genç riskli grup da 16,7±1,9,yaşlı riskli grup da 22,4±5,5 yıl olduğu görülmüştür. Riskli yaş grubu kadınların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(p=0,000).
- ❖ Kadınların toplam gebelik sayıları ortalamaları genç riskli grup da 1,1±0,5, yaşlı riskli grup da 4,1±4,3 olduğu görülmüştür. Riskli yaş grubu kadınların toplam gebelik sayıları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(p=0,000).
- ❖ Kadınların canlı doğum sayıları ortalamaları genç riskli grup da 0,48±0,6 yaşlı riskli grup da 2,8±1,8 olduğu görülmüştür. Riskli yaş grubu kadınların canlı doğum sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(p=0,000).
- ❖ Kadınların düşük sayıları ortalamaları genç riskli grup da 0,09±0,2, yaşlı riskli grup da 0,67±1,3 olduğu görülmektedir.

- ❖ Araştırma grubunda bulunan kadınların kendi kardeş sayısı, eşlerinin kardeş sayısı ve ideal çocuk sayılarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür($p=0,881$, $p=0,665$, $p=0,496$).
- ❖ Araştırma grubunda yer alan kadınlar sıklıkla ilkokul mezunudur. Genç riskli grubun %46,4'ünün($n=26$), yaşlı riskli grup kadınların %43,5'nin($n=60$) ilkokul mezunu olduğu görülmüştür.
- ❖ Araştırma grubundaki kadınların genç riskli grubunun %83,9'u($n=47$) ve yaşlı riskli grubunun %76,1'inin($n=105$) adet-gebelik ilişkisini bilmediği görülmüştür.
- ❖ Araştırma grubundaki kadınların genç riskli grubunun %71,4'ü($n=40$), yaşlı riskli grubun da %61,6'sı($n=85$) emzirme-gebelik ilişkisini bilmediği görülmüştür.
- ❖ Araştırma grubundaki kadınların genç riskli grubunun %62,5'i($n=35$), yaşlı riskli grubunun %37,0'ı($n=51$) aile planlaması konusunda bilgi almadığı görülmektedir.
- ❖ Aile planlaması konusunda bilgi alma yeri olarak en sık belirtilen kurum sağlık ocağıdır. Genç riskli grubun %76,2'si($n=16$), yaşlı riskli grubun %77,0'ı($n=67$) sağlık ocağından bilgi aldığı görülmektedir.
- ❖ Korunma yöntemleri ile ilgili bilgi en sık olarak ebe-hemşire'den alınmıştır. Araştırma grubundaki kadınların genç riskli grubunun %81,0'ı($n=17$), yaşlı riskli grubunun %77,0'ı($n=67$) bilgiyi ebe-hemşire'den almışlardır.
- ❖ Araştırma grubundaki kadınların genç riskli grubun %75,0'nin($n=42$) şimdiye kadar hiç gebelik önleyici yöntem kullanmadıkları, en fazla kondom %12.5 kullandıkları; yaşlı riskli grubunun %15.2'sinin($n=21$) hiç yöntem kullanmadığı en sık kullanılan ilk yöntemin %26,1'i ($n=36$) ile RİA olduğu görülmektedir.
- ❖ Araştırma grubunda yer alan kadınların herhangi bir yöntem kullanan ve araştırma zamanına kadar hiç yöntem kullanmayanları arasında kadınların obstetrik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- ❖ Araştırma grubunda yer alan kadınların ilk korunma yöntemlerinin etkin yöntem olma durumu genç riskli grupta %71,4($n=10$), yaşlı riskli grupta %69,2'si($n=81$) olarak bulunmuştur.

- ❖ Çalışma grubundaki kadınların araştırma döneminde hiçbir yöntem kullanmayanları genç riskli grup için %78,6'sı(n=11), yaşlı riskli grup için %63,2'sidir(n=74).
- ❖ Yöntem kullanmayan kadınların yöntem kullanmama nedeni olarak genç riskli grup da %54,5(n=6), yaşlı riskli grup da %52,7'si(n=39) gebedir.
- ❖ Kadınların tamamına yakını gebe kalmak istedikleri için yöntem kullanımını bırakmışlardır.
- ❖ Gebe kadınların yarısından fazlası; genç riskli grubun %95,2'si(n=40), yaşlı riskli grubun %57,4'ü(n=39) gebeliklerini istemektedir.
- ❖ Gebe kadınların çoğu genç riskli grubun %95,2'si(n=40), yaşlı riskli grubun %66,4'ü(n=39) gebelikten önce herhangi bir korunma yöntemi kullanmamaktadır.
- ❖ Korunurken gebe kalan kadınların genç riskli grubun hepsi(n=2), yaşlı riskli grubun %55,2'si(n=16) geri çekme yöntemi ile gebe kalmışlardır.
- ❖ Gebe kadınlarda genç riskli grupta başka çocuk isteyenler, %42,9(n=18), yaşlı riskli grupta başka çocuk isteyenler %17,6'dır(n=12).
- ❖ Herhangi bir yöntem kullanmış gebelerin genç riskli grubun %42,9'u, yaşlı riskli gebelerin de %43,5'i geri çekme yöntemi ile korunurken gebe kalmışlardır.
- ❖ Kadınların gebelikten önce kullandıkları korunma yöntemine karar verirken çoğu genç riskli grubun %85,7'si(n=6), yaşlı riskli grubun %80,4'ü (n=37) eşi ile karar vermiştir.
- ❖ Herhangi bir yöntem kullanmış gebe kadınlar gebelikten önce kullandıkları yöntemi genç riskli grupta %71,4(n=5), yaşlı riskli grupta %71,7(n=33) oranla güvenilir bulmaktadırlar.
- ❖ Kadınların etkin yöntem olan kondomu güvenilir bulma oranı %30,8'dir. Hap, kullananlar 'güvenilir değil' olarak nitelendirilmiş, güvenilmeme oranı kondom %53,8, RİA için %61,6 olarak hesaplanmıştır.
- ❖ Araştırma grubundaki gebe kadınlardan genç riskli grup %92,9'u(n=39), yaşlı riskli grubun %91,2'si (n=62) doğum sonrası yöntem kullanacakları görülmektedir.
- ❖ Gebelik sonrası kullanılacak yöntemler sıklıkla genç riskli grupta %70,0'ı(n=28) ile RİA, yaşlı riskli grupta ise %50,0'ı(n=31) ile tüpligasyondur.

- ❖ Araştırma grubundaki yaşlı riskli grup gebelerin(n=12) gebelik sonrası tüpligasyon tercih ettikleri görülmektedir.
- ❖ Kadınların eğitim durumları ile doğurganlık özelliklerine bakıldığında; ilk gebelik yaşı gebelik için uygun yaş ortalamasının eğitim arttıkça artmasına karşılık ideal çocuk sayısı eğitimle değişmemektedir.
- ❖ Çalışma grubundaki kadınların korunma yöntemi ile bilgi alma durumları eğitim ile ilişkisine bakıldığında; sıklıkla ilköğretim mezunu olanların %56,0'ı(n=61) bilgi aldıkları görülmektedir.
- ❖ Kadınların korunma yöntemi ile ilgili bilgiyi nereden aldıklarının eğitim ile ilişkisine bakıldığında; en fazla ilköğretim mezunu olanların %86,9'u(n=53) bilgiyi sağlık ocaklarından aldığı; bilginin en sık olarak ebe-hemşire'den alındığı görülmektedir.
- ❖ Araştırma grubundaki kadınların adet-gebelik ilişkisinin eğitim durumu ile ilişkisine bakıldığında; her eğitim grubunda bilmeyenler yüzdesinin fazla olduğu; ilkokul altı grubun % 82,6, ilköğretim grubunun %78,6 ve lise ve üzeri grubun %71,8'nin adetin hangi döneminde gebe kaldığını bilmediği görülmektedir.
- ❖ Emzirme ile gebe kalma ilişkisine eğitim durumu itibariyle bakıldığında, bu ilişkinin de eğitim ile bağımsız olarak çoğunluk(%60-70 arası) bilinmediği görülmektedir.
- ❖ Kadınların korunma yöntemi olarak ilk kullandıkları yöntemin eğitim durumları ile ilişkisine bakıldığında; her eğitim grubunda %80'e yakın etkin olmayan yöntem kullanımı olduğu belirlenmiştir.
- ❖ Araştırma döneminde korunan kadınların kullandıkları yöntem ile eğitim durumu ilişkisi, eğitim seviyesi arttıkça artan etkin yöntem kullanımına işaret etmekle birlikte bu bulgu istatistiksel olarak önemli değildir.
- ❖ Gebe kadınların gebelikleri istenilen gebelik mi olduğunun eğitim durumu ile ilişkisine bakıldığında ilkokul altı mezun olanların %43,3'ü(n=13) diğer gruplardan daha sıklıkla gebeliklerini istemedikleri görülmektedir.

6.2.Öneriler

Günümüzde etkin kontrasepsiyon sağlayan, güvenilir, uygulaması kolay, seksüel yaşamı bozmayan, ucuz ve geri dönüşümlü birçok modern yöntem geliştirilmiştir. Modern doğum kontrol yöntemleri kullanmak bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren anne ve bebek ölüm oranlarını azaltabilir.

18 yaş altı ve 35 yaş üstü kadınların kontraseptif yöntem kullanım özelliklerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda çeşitli öneriler getirilebilir;

Toplum Sağlığı Merkezlerinin personel eğitimi ile ilgili öneriler:

1-Aile planlaması danışmanlığında toplumla iç içe birinci elden hizmet veren sağlık ocağı ebelerinin, bilgi birikimleri artırılmalı ve eğitimlerinin sürekli mesleki gelişim bağlamında planlanıp değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

Toplum Sağlığı Merkezlerinin saha çalışmaları ile ilgili öneriler:

2-Aile planlaması hizmetlerinin yüksek nitelikte sunulması yeterli zaman ayrılmasını ve titizlik isteyen bir yaklaşımı gerektirir. Birebir verilmesi gereken bu hizmet için sağlık personelinin herhangi bir nedenle yetersiz olduğu durumlarda ‘akran eğitim modelleri’ benzeri ‘lider kadın eğitim modelleri’ planlanabilir.

3-Danışmanlık hizmetlerinin verildiği sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin ekip anlayışı içinde olması ve danışmanlığın etkin ve aktif olması için uygun ortamın sağlanarak danışmanlığın bire bir, interaktif eğitim yöntemlerle, ayrı odalarda verilmesi sağlanmalıdır.

4-Aile planlaması yöntem seçiminde aktif rol aldığı bu araştırma ile de belirlenen eşlerin de eğitimlerinin yapılması, hatta bu eğitimin eşler birlikte iken iki eş birden verilmek üzere düzenlenmesi önerilebilir.

5-Genç yeni evlilerin doğurganlık ile ilgili planlarını önemseyerek onlara etkin ve kendilerinin de güvенеceği yöntemler sağlanmalı ve yöntem kullanımı eğitimi verilmelidir.

6-Özellikle ileri yaş gebelerde hap ya da kondom gibi etkin yöntemler kullanırken gebe kalanların olması, yöntem verilirken danışmanlık ve eğitime yeteri kadar özen

gösterilmediğinin işaretidir. Yöntem kullanımının detayları üzerinde itina ile durulmalıdır.

Gebe kadınlara yönelik çalışmalarla ilgili öneriler:

7-18 yaş altı ve 35 yaş üstü riskli gebelik yaşları olduğundan bu gruptaki kadınlar aile planlaması ve doğum öncesi bakım hizmetleri yönünden gözden geçirilmelidir.

8-LAM konusuna eğitimlerde ağırlık verilerek; hem kadınların emzirmenin gebeliği önlediği şeklindeki yanlış inanışlarına açıklık getirilmesi hem de bebeklerin anne sütü almalarının önemine vurgu yapılması sağlanmalıdır.

9-Doğurganlığını sonlandırmayı düşünen ileri yaştaki gebeler için, çiftler etkili kontrasepsiyon sağlamak amacıyla sterilizasyon gibi kalıcı yöntemlere için teşvik edilmelidir.

10. Yöntem olarak geri çekme kullanımı her iki grupta da, her eğitim seviyesinde de bir risk olarak ortaya çıkmaktadır. Verilecek eğitim geri çekme yönteminin risklerini yoğunlukla içermelidir.

Eğitim ile ilgili genel öneriler:

11. Kadınların adet-gebelik ve emzirme-gebelik ilişkisini yaştan ve eğitimden bağımsız olarak bilmemesi, örgün eğitimde de bu konulara hiç yer verilmediğinin göstergesidir. Adolesan dönem eğitimine müfredat içinde üreme sağlığı ve aile planlaması konuları yerleştirilebilir.

12-Kadınların eğitim düzeylerinin artırılarak, kendi adına karar verebilmesinin sağlanması üzerinde önemle durulması gereken genel bir öneridir.

Ve en son olarak bir araştırma önerisi:

13. Araştırmanın ilgi çeken bir bulgusu da hiç yöntem kullanmamış ve herhangi yöntem(ler) kullanmış kadınların doğurganlık hikayelerinin denk olmasıdır. Bölgede bu konuda bir çalışma yapılarak ‘hiç yöntem kullanmayan’ kadınların kendilerini gebelikten diğerlerine denk olarak nasıl korudukları araştırılabilir.

KAYNAKLAR

- 1- **Gölbashi Z, Tümay HS, Koç D, Yıldız H.** Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınların Postpartum Dönemde Gebelikten Korunma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **2005**;12(1):29-38.
- 2- **Aylaz R, Yekeler B, ÇAM HH, Güneş G.** Ebelerin Doğal Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi Tutum ve Uygulamaları, Fırat Sağlık Hizmetleri Tıp Dergisi, **2009**; **4(10):151-164.**
- 3- **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008.**Hacettepe Nüfus Enstitüsü. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Avrupa Birliği. **2009.**Macro International Inc Ankara, Ekim.
- 4- **Başer M.** Adölesan Cinselliği ve Gebelik. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **2000**;4(1):50-54.
- 5- **Diribaş K, Kaya C, Berker B, Özmen B, Şatıroğlu H.**Kontrasepsiyon İstemi İle Kliniğimize Başvuran Adölesanların Değerlendirilmesi, Jinekoloji Obstetrik Dergisi **2003**;13(3):181-185.
- 6- **Şen E, Kavlak Ünder O.**Adölesanların Kontraseptif Yöntem Bilgisi ve Yöntem Kullanımları: Sistematik İnceleme, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, **2009**;11(1):38-51.
- 7- **Güler Atar S, Gürel H, Şimşek H.**İleri Yaş Gebeliklerinde Sosyo-demografik Özellikler ve Kontraseptif Kullanımı, Perinatoloji Dergisi, **1996**;4(2):123-125.
- 8- **Ocakoğlu H, Gülay M, Kizek Ö, İrgil E.** Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 2005–2006 Yıllarındaki Gebelik Sonuçları ve İlişkili Riskler, TAF Preventive Medicine Bulletin, **2008**; 7(6):491-496.
- 9- **Özçelik ve ark.** Kırk Yaş ve Üzeri Gebeliklerin On Yıllık Retrospektif Analizi, Perinatoloji Dergisi, **2004**;12(4):179-183.
- 10- **T.C. Sağlık Bakanlığı.** AÇSAP Genel Müdürlüğü, Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması Temel Bulgular Kitabı, Ankara, **2005.**
- 11- **Kavak S.B.** Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi Sarahatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne Başvuran Hastalara Uygulanan Kontraseptif Yöntemler ve Hastaların Demografik Özellikleri, Fırat Tıp Dergisi **2009**;14(4): 250-253.
- 12-- **Akın A, Özvarış Ş.B.***Halk Sağlığı Temel Bilgileri.* Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, **2006**;248-315.
- 13- **Bezircioğlu İ, Yılmaz Ş, Baloğlu A.** Hastanemizde Aile Planlaması Konusunda Danışmanlık Hizmeti Verilen Kadın Popülasyonunun Özellikleri, Kadın Doğum Dergisi, **2003**;2(1):78-83.

- 14- **Taşkın L.** *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 7. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, **2005**: 449–520.
- 15- **World Health Organization.** Family Planning World Health Organization, Geneva
Erişim:http://www.who.int/topics/family_planning/en/ **Erişim tarihi:** 15.01.2010
- 16- **Kaynar B, Beydağ K.D, Gök Özer F.** Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemleri ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, **2008**;3(8):22-33.
- 17- **Oltuluoğlu H.** Malatya İli Merkezinde Aile Planlaması Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, **2008**.
- 18- **Öztek Z, Kubilay G.** *Toplum Sağlığı ve Hemşireliği*. 1.Baskı, Ankara: Somgür Yayıncılık, **1993**.
- 19- **Türkdoğan O.** *Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi*. 1. Baskı İstanbul: Milli Eğitim Basımevi, **1991**: 131-143.
- 20- **Tezcan S, Tunçkanat F.H.** **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına Göre Üreme Sağlığı Göstergelerindeki Değişimler 1978-2008**. 6.Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Ankara-Türkiye, 23-25 Nisan **2009**: 12-13.
- 21- **Özşahin A, Musal B.** 15-49 Yaş Evli Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerindeki Değişimleri, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, **1996**; 6:240-244.
- 22- **Özvarış ŞB.** *Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme*. 1. Baskı, Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, **2001**: 25-56.
- 23- **Karacaoğlu Erdoğan N.** Çukurova Üniversitesine Bağlı Değişik Fakültelerde Okuyan Öğrencilerin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi ve Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adan ,**1996**.
- 24- **T.C.Milli Eğitim Bakanlığı.** Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Aile Planlaması Kurs Programı. Ankara, **2007**.
- 25- **Naçar M.** Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Kullanmaya Etkisi. Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kayseri, **2002**.
- 26- Aile planlaması Hizmetlerinin Düzenlenmesi ve Yönetimi, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi.
Erişim:<http://www.saglik.gov.tr/extras/aileplanreh/bolum1.pdf> **Erişim Tarihi:**21.03.2010

- 27- GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı
Erişim:www.gata.edu.tr/cerrahibilimler/kadindogum/./aphk.htm **Erişim tarihi:**24.03.2010
- 28- **Berker B. Non-Hormonal Kontrasepsiyon.** 6.Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Ankara-Türkiye, 23-25 Nisan **2009**: 19-20.
- 29- **Aydın S.** Aile Planlaması ve Yöntemleri-I, .Aile Hekimliği Dergisi, **2007**;3(1):84-90.
- 30- **T.C. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şubesi Sağlık Müdürlüğü.** Aile Planlaması Standardizasyon Eğitimi Kitapçığı, Adana, **2007**.
- 31- **T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.** Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Bariyer Yöntemler, Ankara, **2000**:345-367.
- 32- **Aydın S.** Aile Planlaması ve Yöntemleri –II, Aile Planlaması Dergisi,**2007**:1(4):66-69.
- 33- **T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü,** Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon, Ankara,**2000**:522-559.
- 34- **Başaraner F.** Üreme Çağındaki Kadınların Amenoreye Bakışı ve Amenore Yapan Doğum Kontrol Yöntemleri Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul,**2006**.
- 35- **Güngör S, Başer İ, Göktolga Ü, Özkömür E, Keskin U.** Koitus Interruptus (geri çekme) Yönteminin Etkinliği ve Eğitim Seviyesinin Önemi. Gülhane Tıp Dergisi,**2006**;48:8-10.
- 36- **Karagüzel N.** Fertil Çağdaki Kadınlara Kontraseptif Yöntemler ve Anemi İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, **2006**, İstanbul.
- 37- **Ünlüoğlu İ.** Laktasyonel Amenore Metodu, Jinekoloji Obstetrik Dergisi, **2006**:2(22):60-67.
- 38- **Elçioğlu Ö, Kırımhoğlu N, Özkan AN, Ünlüoğlu İ.** Eskişehir'de Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinin Etik Açıdan Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, **1999**;7: 66-71.
- 39- **Aksu H, Karaöz B.** Acil Kontrasepsiyon Yöntemlerinin Tanıtım Gereksinimi, Sağlık Bilimleri Dergisi, **2008**;17(1):63-68.
- 40- **Demirgöz M, Canbulat N.** Acil Kontrasepsiyon, Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetri Dergisi, **2007**;17;sf:376-384.
- 41- **Korucuoğlu Ü. Biri A, Bozkurt N, Özcan P, Yılmaz E, Tıraş B.** Kadınların Acil Kontrasepsiyon Konusunda Bilgi ve Tutumları, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, **2007**;4(3):195-198.

- 42- **Bayık A, Ö.Karabulut, Çoban A.** Ebe ve Hemşirelerin Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgileri, Florence Nightingale Dergisi,2007;15(58):18-24.
- 43- **Naz R.K. Rowan S.** Erkek Kontrasepsiyonunda Güncel Yaklaşımlar, Current Opinion in Obstetrics and Gynecology Türkçe Baskı, 2009;3(4):205-211.
- 44- **Katırcı E.** Isparta İl Merkezindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik ve Sosyokültürel Faktörler, Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta,2008.
- 45- **Beştepe G, Ellidokuz H, Temel A, Atılğan A.** Aile Planlaması Konusunda Özellikler: Afyon'dan Bir Kesit, Sted dergisi, 2003;12(5):180-183.
- 46- **Ege E, Timur S, Zincir H.** Ebelik Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Eğitimi Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Sted Dergisi, 2005;9(14):202-207.
- 47- **Babadağlı B, Şahin S.** Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi ile SSK İzmit Hastanesi'nde Doğurganlık Dönemi Kadınların Aile Planlaması ve Danışmanlığı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Karşılaştırılması, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006;1(2):52-64.
- 48- **İrgil E.** Mudanya ve Gemlik İlçe Merkezlerinde 15-44 Yaş Grubu Evi Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Sıklığı ve Bunu Etkileyen Etmenler, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa,1992.
- 49- **Apay S, Nazik E, Özdemir F, Pasinlioğlu T.** 15-49 Yaş grubu Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumları, Palandöken Kadın Doğum Kış Kongresi, 2008,Erzurum.
- 50- **Songur D.** Gaziantep Binevler Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumu ve Etkileyen Etmenler, Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2009, Gaziantep.
- 51- **Türkistanlı E.** Aile Planlaması Konusunda Kaçırılmış Fırsatların Yakalanmasında Hemşirenin Danışman Rolü, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,1998,İzmir.
- 52- **Kahraman K.** Nevşehir Özkonak Kasabasında Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi, 2005,Kayseri.
- 53- **Öztürk M, Kişioğlu AN.** Isparta Gönen'de Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler, VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Adana, 14-18 Nisan 1998: 366.
- 54- **Yıldırım G, Turaçlar N, Bakır A, Özdemir L.** Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler, C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2003; 25 (3): 99 – 104.

- 55- **Kayatürk F.** Aile Planlaması ve Danışmanlık Hizmeti, Ana Çocuk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,1989.
- 56- **Uzun E. ve ark.** Isparta Keçiborlu Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 2006 Yılı 15-49 Yaş Kadın İzlem Fişlerine Göre Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sted dergisi, 2007;16(12):181-186.

EKLER

Ek 1: Anket Formu

Kişisel Bilgiler

Adınız Soyadınız:

1- Kaç yaşındasınız?.....

2- Öğrenim durumunuz?

a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite

3- Sosyal güvenceniz aşağıdakilerden hangisidir?

a) Yeşil kart b) SSK c) Emekli sandığı d) Bağ kur e) Özel sigorta f) Yok

4- Nerede yaşıyorsunuz?

a) Köy b) Kasaba/İlçe c) Şehir

5- Ailenizin toplam aylık geliri ne kadardır?.....

6- Gelir getirecek bir işte çalışıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

7- Cevabınız evet ise kişisel gelirin ne kadar?.....

8- Gebelik özgeçmişi

İlk gebelik Yaşı	
Toplam gebelik sayınız	
Canlı doğum sayınız	
Ölü doğum sayınız	
Düşük sayınız	
Kendiğinden düşük sayınız	
Tıbbi nedenlerden düşük sayınız	
İsteyerek düşük sayınız	

9- İlk evlilik yaşıınız?.....

10- Kaçınıcı evliliğiniz?.....

11- Son evlilik süreniz?.....

12-Sizce gebelik için uygun yaş kaç olmalıdır?.....

13- Sizce bir ailenin ideal çocuk sayısı kaç olmalıdır?.....

14- Siz kaç kardeşiniz?.....

15- Eşiniz kaç kardeş?.....

16- Bir kadın adet döneminin hangi günlerinde gebe kalır?.....

17- İlk altı ay bebeği emzirmek gebe kalmayı etkiler mi?

a) Etkilemez b) Etkiler c) Bilmiyorum

18- Şimdiye kadar gebelikten korunma yöntemi ile ilgili bilgi aldınız mı?

a) Evet b) Hayır (Cevabınız Hayır'sa lütfen 21. soruya geçiniz)

19- Korunma yöntemi ile ilgili ilk bilgiyi nereden aldınız?

a) Hastane b) Sağlık ocağı c) Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi
d) Kendim

20- Korunma yöntemi ile ilgili ilk bilgi size kim tarafından verildi?

a) Doktor b) Ebe-hemşire c) Kitle iletişim aracı d) Ailem e) Arkadaş
f) Çevrem

21- Şimdiye kadar korunma yöntemi kullandıysanız ilk defa ne kullandınız?

a) Hiç kullanmadım b) Geri çekme c) Rahim içi araç (RİA) d) Kondom (Prezervatif, kılıf)
e) Hap f) Enjeksiyon g) Diğer.....(Cevabınız hiç kullanmadım ise 27, soruya geçiniz)

22- Korunma yöntemi olarak en son ne ile korunuyorsunuz?

a) Geri çekme b) Rahim içi araç (RİA) c) Kondom (Prezervatif, kılıf) d) Hap
e) Enjeksiyon f) Korunmuyorum g) Diğer.....

23- Korunmuyorsanız nedenini açıklayınız?.....

(Gebe iseniz soru 27'e geçiniz)

24- Neden bu korunma yöntemi seçtiniz?.....

25- Şuan kullandığınız gebeliği önleyici yöntemi nereden sağladınız?

a) AÇSAP Merkezi b) Sağlık ocağı c) Devlet Hastanesi d) SSK Hastanesi
e) Özel muayene f) Eczane g) Market h) Diğer

26- Şimdiye kadar kullandığınız korunma yöntemlerini işaretleyiniz?

Şimdiye kadar kullanılan yöntemler	
Rahim içi araç (RİA)	
Kondom (Kilif, Prezervatif)	
Geri çekme	
Hap	
Enjeksiyon	
Diğer	

27- Şimdi gebe misiniz?

- a) Evet (Cevabınız evet ise devam ediniz) b) Hayır c) Loğusa

Gebe ve Loğusa Olan Kadınlara Ait Özellikler

28- Bu gebeliğiniz istediğiniz bir gebelik miydi?

- a) Evet b) Hayır

29- Bu gebelikten sonra başka çocuk istiyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

30- Bu gebeliğinizden önce herhangi bir korunma yöntemi ile korunuyor muydunuz?

- a) Evet korunurken gebe kaldım b) Evet bırakarak gebe kaldım c) Hayır

31- Korunma yöntemi kullanmadıysanız nedenini açıklayınız?.....

.....

(Soru 35 geçiniz lütfen)

32- Gebe kalmadan önce kullandığınız korunma yöntemleri aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kondom (Prezervatif, Kılıf) b) Spiral (Rahim içi araç) c) Hap
d) Enjeksiyon e) Geri çekme f) Diğer...

33- Bu yönteme kimle karar vermişsiniz?

- a) Eşimle birlikte b) Kendim c) Diğer.....

34- Kullandığınız yöntemin güvenilirliği hakkında ne düşünüyorsunuz ?.....

.....

35- Bu gebeliğinizden sonra eşinizle birlikte doğum sonrası korunma yöntemi kullanmayı düşünüyor musunuz ?

a) Evet

b) Hayır

36- Cevabınız evet ise hangi korunma yöntemini kullanmayı düşünüyorsunuz (İşaretleyiniz lütfen

Rahim İçi Araç (RİA)	
Kondom(Prezervatif, Kılıf)	
Geri çekme	
Hap	
Enjeksiyon	
Tüpligasyon	
Vazektomi	
Diğer	

37- Neden bu korunma yöntemini seçtiniz?.....

.....

38- Doğumdan ne kadar süre sonra bu korunma yöntemini kullanmayı düşünüyorsunuz?.....

.....

EK 2: ETİK KURUL KARARI

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	ADANA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TELEFON	0322 3386060 Dahili: 3465
FAKS	0322 3386572
E-POSTA	adana.kaek@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Adana bölgesinde yaşayan 18 yaş altı ve 35 yaş üstü kadınların kontraseptif yöntem kullanım özelliklerinin araştırılması		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
	EUDRACT NUMARASI			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Nazan Alparslan		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Biyoistatistik		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Ebelik Anabilim Dalı		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Ebelik Anabilim Dalı Sarıçam/Adana		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Adana Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input checked="" type="checkbox"/>	

ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
	FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
	FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
	FAZ 4	<input type="checkbox"/>	
	BE/BY	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER	<input type="checkbox"/>	Diğer ise belirtiniz
	İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA	<input checked="" type="checkbox"/>	Belirtiniz:Anket

ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası /Sayısı	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			
	MÜDAHALESİZ İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMALAR BAŞVURU FORMUNU İÇEREN BİLDİRİM	10.12.2009	111	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			
	OLGU RAPOR FORMU			

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER	<input type="checkbox"/>	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 215	Tarih: 17.12.2009
	<p>Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Ebelik Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Nazan Alparslan yönetiminde, Elif Elmas tarafından yüksek lisans tez projesi olarak yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.</p>	

ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI: Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu ve Etik Kurul SOP						
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Mehmet Satar						
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı Etik Kurul Üyeliği	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki*	Katılım**	İmza
Prof. Dr. Mehmet Satar Başkan, Klinisyen Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yar. Doç. Dr. Selim Kadroğlu Başkan Yardımcısı, Deontolog Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nurtan Dikmen Biyokimya Uzmanı Üye	Biyokimya	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Cemil Göçmen Farmakolog Üye	Farmakolog	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Şeref Erdoğan Fizyolog Üye	Fizyoloji	Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	E	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. A. Filiz Koç Klinisyen Üye	Nöroloji	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Şule Akın Klinisyen Üye	Anesteziyoloji	Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi	K	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yar. Doç. Dr. Gülçin Yapıcı Halk Sağlığı Uzmanı Üye	Halk Sağlığı	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. H. Sinem Büyüknacar Eczacı Üye	Eczacılık	Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu	K	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Av. Mehmet Ali Akgül Hukukçu Üye	Hukuk	Adana Barosu	E	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Menşure Özgüven Kurum ve Sağlık Mesleği Dışı Üye	Tarla Bitkileri	Çukurova Üniversitesi Ziraat Fakültesi	K	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile İlişki **Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ

1982 yılında Ankara'da doğdu. İlkokul eğitimini bir dönem Malatya ve Elazığ'da (Karakoçan ilçesi), lise eğitimini Tarsus İclal Ekenler Lisesi'nde tamamladı. 2005 yılında Çukurova Üniversitesi Ebelik Bölümü'nü tamamladı. 2005-2007 yılında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde hemşire olarak, 2007-2009 yılı Solaklı Beldesi Solaklı Sağlık Ocağında ebe olarak ve 2009-2010 yılında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde hemşire olarak görev yapmaktı. 2007 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ebelik Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. 2001 yılı itibari ebelikle ilgili çeşitli seminer, sempozyum, konferans, kongre ve kurslara katılan Elif ELMAS İngilizce bilmektedir.