



**T.C.**

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ÜMRANİYE'DE YAŞAYAN 15-49 YAŞ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI  
DURUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**Dr. Pınar TEPE**

**UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL 2018**





**T.C.**

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ÜMRANIYE'DE YAŞAYAN 15-49 YAŞ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI  
DURUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**Dr. Pınar TEPE**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Prof. Dr. Sibel SAKARYA**

**Danışman: Doç. Dr. Ayşe Nilüfer ÖZAYDIN**

**İSTANBUL 2018**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Pınar TEPE

## ÖNSÖZ

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Melda Karavuş'a uzmanlık eğitimim sırasında verdiği destekten dolayı teşekkür ederim. Uzmanlık eğitimim döneminde ve tezimin her basamağında bana destek olan tez danışmanım Prof. Dr. Sibel Sakarya'ya ve Doç. Dr. Ayşe Nilüfer Özaydın'a emeği ve anlayışı için teşekkür ederim. Bütün hocalarıma destek ve emekleri için teşekkür ederim.

Çalışmanın tamamlanmasında destek ve yardımlarını esirgemeyen öğretim üyeleri ve Dr. Şeyma Görçin Karaketir başta olmak üzere tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden değerli katılımcılara teşekkür ederim.

Bu tezin Ümraniye ilçesinde sahada yapılmasına izin veren T.C. Ümraniye Kaymakamlığı'na, çalışma izni ve veri desteği sağlayan İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında emeği olan, hep yanımda hissettiğim kıymetli aileme, sevgili eşim Dr. Mehmet Tepe'ye, canım kızım Elif ve oğlum İbrahim'e destekleri ve sevgileri için teşekkür ederim.

Dr. Pınar Tepe  
İstanbul, 2018

## ÖZET

Bu çalışmada, İstanbul Ümraniye ilçesinde, 2017 yılında üreme sağlığı hizmetlerinin ve Ümraniye’de yaşayan, doğurganlık çağındaki kadınların üreme sağlığı ile ilgili durumlarının ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışma popülasyonu, 2017 yılında Ümraniye’de yaşayan “15-49 yaş evli/evlenmiş” kadınlardı. Küme örnekleme yöntemiyle seçilmiş 30 kümede (n=35) 289 kadınla başarılı görüşme yapılmıştır. Yüz yüze görüşme tekniğiyle ve tek bir araştırmacı tarafından veri toplanmıştır.

Kadınların yaş ortalaması  $35,7 \pm 7,5$  yıldır (minimum:18, maksimum:49 ve medyan:36 yıl). Araştırmada, örneklemede 18 yaş altında evli/evlenmiş kadınla karşılaşılmamıştır. Kadınların %94,5’i halen evliydi, %71,6’sı halen herhangi bir yöntem, %47,4’ü modern yöntem kullandığını söylemiştir. Modern yöntemlerden en sık erkek kondomu (%21,5) ve rahim içi araç (RİA) (%14,9) kullanılmaktaydı. Kadınlar kullandıkları RİA’nın %16,7’sini aile sağlığı merkezlerinden (ASM) ve %35,7’sini ise Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezinden temin etmişlerdi. Kondomun başlıca temin yeri eczane (%46,5) ve market/dükkan (%25,6) idi. Toplam aile planlaması talebi %92,3 ve karşılanmamış talep ise %7,8’di. Kendiliğinden düşük hızı 100 gebelikte 14,1’di. İsteyerek düşük hızı 100 gebelikte 5,5’di. İstenen ideal çocuk sayısı 2,7 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı 2,08 çocuktur. Çalışmamızda 30-49 yaş grubundaki kadınların %69,0’u en az bir kez serviks kanseri taramasına katılmıştı, 40-49 yaş grubundaki kadınların ise %37,6’sı en az bir kez mamografi yaptırmışlardı. Serviks kanseri için tarama yaptıran 40-49 yaş grubundaki iki kadından birisi mamografi yaptırmayarak, serviks kanseri taramasına katılmamış yaklaşık 6 kadından birisi mamografi yaptırmıştı (p=0,004).

Çalışma popülasyonumuz, toplam aile planlaması talebi yüksek bir topluluktur. Çalışmamızda İstanbul merkezinde yaşayan kadınların kanser tarama programlarına katılımlarının az olduğu saptanmıştır. Serviks kanseri için tarama yaptıran kadınların yaptırmayanlara göre mamografi yaptırmama oranının 3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur.

**ANAHTAR KELİMELER:** Aile planlaması, kontrasepsiyon, düşük, mamografi, serviks kanseri.



## ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the reproductive health services and collect data on reproductive health and its related factors of women in their reproductive age living in Umraniye region of Istanbul.

The research was designed as a cross-sectional study. The study population was 15-49 years old married or ever married women living in Umraniye in 2017. By using cluster sampling method, interviews were conducted with 289 women in 30 clusters (out of aimed  $n=35$ ). The data were collected by face-to-face interview technique and by a single researcher.

The average age of the women was  $35.7\pm 7.5$  years (min:18, max:49, median:36 years). In this study sample, no woman married or ever married under 18 years of age was encountered. Of the women, 94.5% were still married. While 71.6% of women stated that they use some method to prevent pregnancy, 47.4% of the women were using a modern method. Condoms (21.5%) and Intrauterine devices (IUDs) (14.9%) were the most commonly used modern methods. IUDs were obtained from Family Health Centers (FHC) (16.7%) and Mother and Child Health Family Planning (MCHFP) (35,7%) centers. Main supply sources for the condoms were pharmacies (46.5%) and markets/shops (25.6%). Total demand for family planning (FP) was 92.3% and unmet need for FP was 7.8%. The rate of spontaneous abortion was 14.1 per 100 pregnancies. The rate of induced abortion was 5.5 per 100 pregnancies. The average total ideal number of children desired by women was 2.7 children, and the average number of living children was 2.08 children. In our study, 69.0% of women (30-49 years) attended in cervical cancer screening, and 37.6% of women (40-49 years) received mammography at least once. While one of the two women (40-49 years) who underwent screening for cervical cancer, screened with mammography; approximately one of the 6 females who did not participate in cervical cancer screening were screened with mammography ( $p = 0.004$ ).

This study population had a high need for contraception. It was determined that women living in central region of Istanbul had less participation in cancer screening programs. For the women who were screened for cervical cancer, the rate of



mammography screening was 3 times higher compared to women not screened for cervical cancer.

**KEYWORDS:** Family planning, contraception, abortion, mammography, cervical cancer.



## İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
ÖNSÖZ .....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vii
KISALTMALAR .....	x
TABLolar .....	xi
ŞEKİLLER.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Üreme Sağlığının Tanımı ve Kapsamı .....	4
Şekil 2.1.1. Doğumdan ölüme, üreme sağlığı sorunları ve hizmetlerinin dağılımı (2, 16, 18).....	6
2.2. Türkiye’de Üreme Sağlığı Hizmeti Veren Kuruluşlar .....	6
2.3. Türkiye’de Doğurganlık ile İlgili Politikalar .....	8
2.4. Türkiye’de Gebelikten Korunma Yöntemlerinin Kullanımı.....	10
2.5. Türkiye’de Düşükler .....	11
2.6. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım ve Doğum Hizmetleri .....	13
2.7. Türkiye’de Kanser Tarama Hizmetleri .....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	16
3.1. Araştırmanın Tipi.....	16
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi .....	16
3.2.1. Evren .....	16

3.2.2. Örneklem Tasarımı .....	16
3.2.3. Örnek Büyüklüğü .....	18
3.2.4. Örneklem Seçilmesi .....	18
3.2.5. Örneklem Alanda Uygulanması.....	21
3.3. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	24
3.3.1. Bağımlı değişkenler; .....	24
3.3.2. Bağımsız değişkenler; .....	25
3.4. Veri Toplama Yöntemi .....	25
3.5. Veri Toplama Gereci.....	26
3.6. Veri Toplama Zamanı .....	26
3.7. Araştırma Yeri.....	27
3.8. Araştırmanın Zamanı .....	27
3.9. İstatistiksel Değerlendirme.....	28
3.10. Araştırmada Etik .....	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Çalışmaya Katılım Oranları .....	29
4.2. Katılımcıların Temel Özellikleri .....	31
4.3. Katılımcıların Doğurganlık ile ilgili Özellikleri .....	34
4.4. Gebelikten Korunma .....	37
4.5. Düşükler ve Ölü Doğumlar .....	48
4.6. Doğurganlık Tercihleri.....	52
4.7. Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ve ilgili Özellikler .....	68
4.8. Kanser Tarama Hizmetleri .....	70
4.9. Aile Hekimine Başvuru Durumu .....	78
5. TARTIŞMA .....	81
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	89

7. Kaynaklar .....	91
8. EKLER.....	97
Ek 1. Araştırmada Kullanılan Anket.....	97
Ek 2. Etik Kurul Raporu.....	107
Ek 3. İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden Alınan Araştırma İzni .....	108
Ek 4. İstanbul İli, Ümraniye İlçesi Kaymakamlığı'ndan Alınan Araştırma İzni .....	109
Ek 5. Gönüllü Onay Formu.....	110
Ek 6. Çalışma bölgesi haritası ve bölgede belirlenen kümeler .....	111
Ek 7. İntihal Raporu .....	112

## KISALTMALAR

AÇS	: Ana Çocuk Sağlığı
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AP	: Aile Planlaması
AH	: Aile Hekimliği
AHB	: Aile Hekimliği Birimi
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon
DALY	: Disability-Adjusted Life Year
DEFT	: Desen Etkisi
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
ICPD	: International Conference on Population and Development,
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
RIA	: Rahim İçi Araç
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TDH	: Toplam Doğurganlık Hızı
ÜS	: Üreme Sağlığı

## TABLULAR

Tablo 2.6.1. Türkiye’deki üreme sağlığı ile ilişkili bazı göstergelerin yıllara göre değişimi.....	14
Tablo 3.2.4.1. İlk Başlangıç Sokak/Cadde Listesi.....	20
Tablo 3.2.5.1. Örneklemede dolaşılan kümelerde ulaşılabilirlik oranları.....	23
Tablo 4.2.1. Sosyodemografik özellikler (1) .....	31
Tablo 4.2.2. Sosyodemografik özellikler (2) .....	32
Tablo 4.2.3. Çalışma durumu ve gelir durumu.....	33
Tablo 4.2.4. İkamet durumu.....	34
Tablo 4.3.1. Doğurganlık özellikleri (1).....	35
Tablo 4.3.2. Doğurganlık özellikleri (2).....	36
Tablo 4.4.1. Gebelikten koruyucu yöntem bilgisi.....	37
Tablo 4.4.2. Gebelikten koruyucu yöntem hakkında bilgi edinilen kaynak.....	38
Tablo 4.4.3. Hayat boyu gebelikten koruyucu yöntem kullanımı.....	39
Tablo 4.4.4. <i>Halen</i> gebelikten koruyucu yöntem kullanımı.....	40
Tablo 4.4.5. <i>Halen</i> kullanılan yöntem hakkında bilgi edinilen kaynak.....	41
Tablo 4.4.6. <i>Halen</i> kullanılan modern yöntemin temin edildiği kaynak.....	42
Tablo 4.4.7. <i>Halen</i> gebelikten koruyucu yöntem kullanmama nedenleri.....	43
Tablo 4.4.8. Başka yöntem kullanmak istenmesine rağmen kullanılmama nedenleri.....	39
Tablo 4.4.9. Yöntem temin edilen kaynağa göre kullanılan yöntemin dağılımı.....	45
Tablo 4.4.10. Yöntem temin edilen kaynağa göre kullanılan yöntemin dağılımı.....	46
Tablo 4.4.11. Gebelikten korunma hakkında bilgi verilme durumu.....	47
Tablo 4.5.1. Düşük ve ölü doğumların dağılımı (1).....	48
Tablo 4.5.2. Düşük ve ölü doğumların dağılımı (2).....	49
Tablo 4.5.3 : Gebelik sonlanma zamanına göre gebelik sonuçlanma durumu.....	49
Tablo 4.5.4. Yaşayan çocuk sayısına göre gebelik sonuçlanma durumu.....	50
Tablo 4.5.5. Eğitim düzeyine göre gebelik sonuçlanma durumu.....	50
Tablo 4.5.6. Yaş gruplarına göre düşük tipinin dağılımı.....	51
Tablo 4.5.7. Eğitim düzeyine göre düşük tipinin dağılımı.....	51

Tablo 4.5.8. Gelir düzeyine göre düşük tipinin dağılımı.....	52
Tablo 4.6.1. Son gebeliğin planlanma durumu ve başka çocuk sahibi olma isteği.....	53
Tablo 4.6.2. Son gebeliğin planlanma durumu.....	54
Tablo 4.6.3. Eğitim düzeyine göre gebeliğin planlanma durumu.....	54
Tablo 4.6.4. Yaş gruplarına göre gebeliğin planlanma durumu.....	55
Tablo 4.6.5. Gelir düzeyine göre gebeliğin planlanma durumu.....	56
Tablo 4.6.6. Gebelik zamanına göre gebeliğin planlanma durumu.....	57
Tablo 4.6.7. Eğitim düzeyine göre doğurganlık tercihinin dağılımı.....	58
Tablo 4.6.8. Gelir düzeyine göre doğurganlık tercihinin dağılımı.....	58
Tablo 4.6.9. Yaş gruplarına göre doğurganlık tercihinin dağılımı.....	59
Tablo 4.6.10. Yaşayan çocuk sayısına göre doğurganlık tercihinin dağılımı (1).....	60
Tablo 4.6.11. Yaşayan çocuk sayısına göre doğurganlık tercihinin dağılımı (2).....	61
Tablo 4.6.12. Kullanılan yöntemlere göre doğurganlık tercihinin dağılımı (1).....	62
Tablo 4.6.13. Kullanılan yöntemlere göre doğurganlık tercihinin dağılımı (2).....	63
Tablo 4.6.14. Kullanılan yöntemlere göre doğurganlık tercihinin dağılımı (3).....	64
Tablo 4.6.15. Gebelikten koruyucu yöntem kullanımına göre gebelik riski durumu..	66
Tablo 4.6.16. İdeal çocuk sayısı .....	66
Tablo 4.6.17. Yaşayan çocuk sayısı.....	67
Tablo 4.6.18. Yaşayan çocuk sayısına göre ideal çocuk sayısının dağılımı .....	67
Tablo 4.7.1. Doğum öncesi bakım alma durumu ve ilgili özellikler.....	68
Tablo 4.7.2. Doğum yapılan yer.....	69
Tablo 4.7.3. Gebelik zamanı ile doğum öncesi bakım alma durumu .....	70
Tablo 4.8.1. Mamografi çekme durumu.....	70
Tablo 4.8.2. Mamografi hizmeti alınan kurum.....	71
Tablo 4.8.3. Mamografi çekilmeyi öneren kişi .....	72
Tablo 4.8.4. Mamografi çekilmeme nedenleri .....	73
Tablo 4.8.5. Serviks kanseri için tarama yaptırmama durumu.....	73

Tablo 4.8.6. Serviks kanseri tarama hizmeti için başvurulanan kurum.....	74
Tablo 4.8.7. Serviks kanseri için tarama yaptırılmayı öneren kişi.....	75
Tablo 4.8.8. Serviks kanseri için tarama yaptırılmama nedenleri.....	76
Tablo 4.8.9. Çalışma durumuna göre mamografi çektilirmeme nedenlerinin dağılımı.....	77
Tablo 4.8.10. Çalışma durumuna göre serviks kanseri için tarama yaptırılmama nedenlerinin dağılımı.....	77
Tablo 4.8.11. Meme kanseri ve serviks kanseri taramalarına katılım durumu .....	78
Tablo 4.9.1. Aile hekimine başvuru durumu.....	79
Tablo 4.9.2. Aile hekimine başvuru nedenleri .....	79
Tablo 4.9.3. Gelir düzeyine göre aile hekimine başvuru durumu .....	80





## ŞEKİLLER

Şekil 2.1.1. Doğumdan ölüme, üreme sağlığı sorunları ve hizmetlerinin dağılımı.....6
Şekil 2.5.1. Türkiye’de 1983-2013 yılları arasında isteyerek düşük ve modern gebelikten koruyucu yöntem kullanım oranlarındaki değişim.....12
Şekil 4.1.1. Araştırmanın akış şeması.....30



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Üreme sağlığı (ÜS), evrensel bir konu olup her iki cinsiyeti de etkilemektedir. Özellikle hizmetlere ulaşımdaki problemler ve bilgi eksikliği nedeniyle genç yaş grupları başta olmak üzere her iki cinsiyet de ÜS problemlerinden etkilenmektedir. Ancak ÜS, erkeklerden farklı olarak üreme çağındaki kadınlar için özel bir öneme sahiptir. Kadın; üreme sağlığına dair ortaya çıkan problemlerin büyük bir kısmının yükü ile karşı karşıyadır: gebelik ve doğum komplikasyonları, önlenebilir istenmeyen gebelik riskleri, güvenli olmayan düşük komplikasyonları, kontrasepsiyon yükünün büyük çoğunluğu, üreme sistemi enfeksiyonları özellikle de cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) komplikasyonları gibi. Üreme çağındaki kadınlarda doğurganlık, anne mortalitesi, morbiditesi ve CYBE (özellikle HIV/AIDS) nedeniyle sağlıklı yaşam yıllarının %36'sı kaybedilmektedirken, bu oran erkeklerde %12'dir. Erkekler üreme sağlığı problemlerinden kadınlar kadar etkilenmemektedir, ancak erkeklerin bu konudaki tutumlarının (aile büyüklüğünün belirlenmesi, cinsiyet tercihleri, doğum aralıkları ile gebelikten korunma yöntemlerini kullanma gibi) kadın sağlığı üzerine etkisi büyük olmaktadır (1,2).

Sadece biyolojik faktörler değil; sosyal, ekonomik ve politik dezavantajlar nedeniyle ÜS hizmetlerinin kullanımında ortaya çıkan sorunlar da kadın üreme sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Kadının toplumdaki statüsü, kadının sağlık hizmetine erişimini etkilemekte ve bu nedenle üreme sağlığını belirleyen önemli faktörlerden birisi haline gelmektedir. Eğitim durumu ise; kadının statüsü, kadının kendi hayatını kontrol edebilmesi, sağlığı ve fertilitesi üzerinde etkilidir (1).

2000 yılında Birleşmiş Milletler liderliğinde kabul edilen “Bin Yıl Kalkınma Hedefleri” içerisinde yer alan 8 hedeften dördüncüsü “beş yaş altı çocuk ölümlerini üçte iki oranında azaltmak” ve beşinci hedef ise gebelik, doğum ve lohusalık dönemindeki anne ölümlerini dörtte üç oranında azaltmak” olarak tanımlanmıştı (3, 4). Ayrıca 2012 yılında Birleşmiş Milletler tarafından düzenlenen Sürdürülebilir Kalkınma Konferansı'nda 2016-2030 yılları arasında gerçekleştirilmesi planlanan 17 hedef belirlenmişti. Bu hedeflerin üçüncüsü “sağlıklı bireyler” hedefidir. Bu hedef içerisinde anne ölümlerinin azaltılmasına da vurgu yapılmıştır (5). Dünya Sağlık

Örgütü (DSÖ) tarafından ise Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin bir parçası olarak küresel anne ölüm oranınının 100 000 canlı doğumda 70'e indirilmesi amaçlanmıştır (6). Anne ve çocuk sağlığı ile ilgili bu global hedefler, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini ve gereğini açıkça ortaya koymaktadır.

Ülkemizde, Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Bu program çerçevesinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 31/05/2006 tarihinde kabul edilmiş olup, 26981 sayılı Resmî Gazete'de 28/08/2008 tarihinde ilgili yasanın Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği yayımlanmıştır (7, 8). Türkiye'de tüm vatandaşların Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınması ise 2012 yılında gerçekleştirilmiştir (9). Yine aynı program çerçevesinde 2004 yılında Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına dair yasa yürürlüğe girmiştir. Pilot uygulama olarak 2005 yılında Düzce ili Aile Hekimliği Sistemi'ne geçmiş olup, 2010 yılında tüm Türkiye'de Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına geçilmiştir. 11.10.2011 tarihli ve "663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname" (KHK) ile Aile Hekimliği Kanunu'ndan "pilot uygulama" ibaresi kaldırılmıştır. Böylece tüm Türkiye'de 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası'nın uygulamadan kaldırılması ile Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunum birimlerinden olan Sağlık Ocakları kapatılarak, Aile Hekimliği Sistemi'ne geçilmiştir (10, 11, 12, 13, 14).

Sosyalleştirme Yasası'na göre sağlık hizmetlerinin sunumunda temel birim sağlık ocaklarıydı. Bu birimlerde sağlık hizmeti doktor, ebe, hemşire, sağlık memurundan oluşan bir ekip tarafından verilmekteydi. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetini sunan kurum pozisyonundaydı. 663 sayılı KHK sonrasında sağlık hizmeti sunumundaki temel birim aile sağlığı merkezleri (ASM) olmuştur ve bu birimlerdeki hizmet sunumunu bir doktor ve bir yardımcı sağlık personelinden (ebe/hemşire/sağlık memuru) oluşan iki kişilik bir ekip vermeye başlamıştır. Sağlık sistemindeki bu değişim ÜS sağlığı hizmet sunumunda da değişikliklere yol açmıştır. Ayrıca bu kararname sonrası Sağlık Bakanlığı hizmet sunan pozisyonundan, bu hizmet sunumunu yöneten ve politikalar oluşturan pozisyonuna geçmiştir (15).

Bu çalışmada, İstanbul ili, Ümraniye ilçesinde, 2017'de üreme sağlığı hizmetlerinin ve Ümraniye'de yaşayan, doğurganlık çağındaki kadınların üreme sağlığı ile ilgili durumlarının ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, eğitim ve araştırma

bölgesi olarak, Ümraniye ilçesinde, 2005 yılına kadar, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumuna katkı sağlamıştı.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Üreme Sağlığının Tanımı ve Kapsamı

Üreme sağlığı 1994 yılında Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda; “üreme sistemi fonksiyonları ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır (1). Beraberinde Üreme Hakları da “insanların güvenli ve tatminkâr bir cinsel hayatlarının olması, üreme kabiliyetleri ve bu kabiliyetlerini ne zaman ve ne sıklıkta kullanıp kullanmayacaklarına karar verme özgürlüklerine sahip olmaları” olarak ilk kez bu konferansta tanımlanmıştır (2, 16).

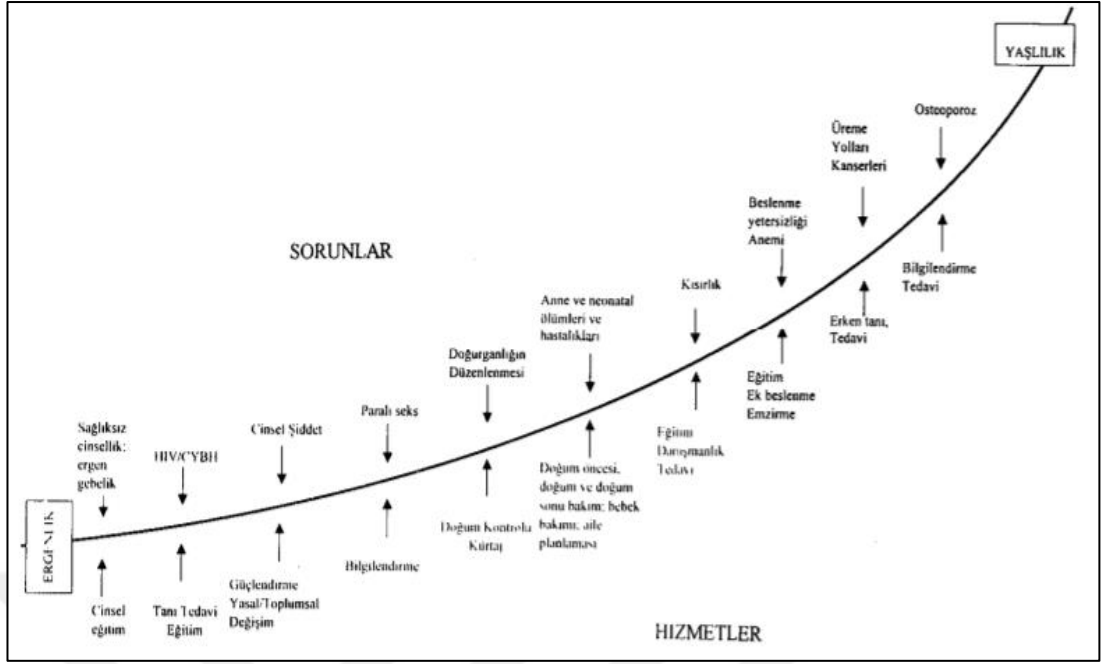
Birleşmiş Milletlerin liderliğinde hükümetlerin ve ilgili kuruluşların katılımıyla; 1974’te Bükreş’te, 1984’te Mexico City’de ve 1994’te Kahire’de nüfus ve kalkınma ile ilgili üç büyük konferans düzenlenmiştir. Kahire öncesinde, uzun yıllar anne ve çocukların sağlığı hedef alınmıştı. Ancak 1994 yılında, 179 ülkenin oy birliğiyle Kahire’de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda (ICPD: International Conference on Population and Development, 1994) ise kalkınmanın temel ve vazgeçilmez bir insan hakkı olduğunun altı çizilmiştir. Sadece anne ve çocukların sağlığına yönelik müdahalelerin toplumların üreme sağlıklarına yeterli olumlu gelişmeyi sağlayamadığı, bunun yerine doğumdan ölüme, her iki cinsiyeti de içine alan “bütüncül-yaşam boyu yaklaşımı” dile getirilmiş, buna da ancak herkesin “üreme hakları”nın da korunduğu bir sağlık sistemi içinde ulaşılabileceğine vurgu yapılarak, bu hususlar tüm katılımcı hükümet temsilcileri, sivil toplum kuruluşları ve meslek odalarının imzaları ile uluslararası bir anlaşma olarak taahhüt altına alınmıştır. Bu konferansta ilk kez “Üreme Sağlığı” ifadesi kullanılmış ve cinsiyet eşitliği temelinde cinsel sağlık ve aile planlamasının da dahil olduğu üreme sağlığı hizmetleri ile birlikte bütün sağlık hizmetlerine evrensel erişilebilirlik için alınması gereken tedbirlerin devletlerin teminatı altında olması ilkesi kabul edilmiştir (1, 2, 16).

ÜS hizmetleri her iki cinsiyete ve yaşamın her dönemine yönelik olmalıdır. Ancak kadın; üreme sağlığına dair ortaya çıkan problemler nedeniyle, sağlıklı yaşam

yıllarının %36'sı kaybetmekteyken, bu oran erkeklerde %12'dir. Kadının ÜS yükü, erkeğe göre üç kat daha fazladır (1). Ayrıca 2010 yılında tüm dünyada DALY'nin (Disability-Adjusted Life Year: Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı) kadınlarda, %7,2'si cinsel ve üreme sağlığına ilişkin sorunlardan kaynaklanmıştır (17). Rölatif olarak üremeye bağlı hastalık yükünün fazlalığından dolayı, kadınlara yönelik hizmet gereksinimi de daha fazla olacaktır. Her bir yaş döneminde döneme özgü üreme sağlığı gereksinimleri ve üreme sağlığı sorunlarının farklılığı nedeniyle bazı hizmetlerin, diğerlerinden daha ağırlıklı olarak ve öncelikle sunulmasını gerektirecektir. ÜS, aşağıdaki hizmetleri kapsamaktadır (1):

- Maternal mortalitenin önlenmesi,
- İnfant mortalitesinin önlenmesi,
- Malnütrisyon ve aneminin önlenmesi
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar dahil olmak üzere genital yol enfeksiyonlarının önlenmesi ve HIV/AIDS ile mücadele,
- Cinsiyete dayalı şiddetin önlenmesi,
- Güvenli olmayan düşüklerin önlenmesi,
- Aile planlaması (AP),
- Üreme organlarının kanserlerinin önlenmesi,
- İstenmeyen gebeliklerin güvenli koşullarda sonlandırılabilmesi
- Adölesanlara cinsel ve üreme sağlığı danışmanlık ve hizmetlerinin sunulması, infertilite hizmetleri.

Bu hizmetler öncelikle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin içinde ele alınmalıdır ve gerektiğinde ikinci ve üçüncü basamak hizmetleri ile destek olunmalıdır (2, 16).



**Şekil 2.1.1.** Doğumdan ölüme, üreme sağlığı sorunları ve hizmetlerinin dağılımı (2, 16, 18)

Şekil 2.1.1’de üreme sağlığı sorunları, hizmetleri ve ilgili yaşam dönemleri verilmiştir. Üreme sağlığı hizmetleri bireyin hayatının sadece bir dönemine değil, tümüne yönelik olmalıdır. Bir kadının üreme sağlığı ile ilgili önemli yaşam dönemleri; adolesan, üreme çağı, postmenopozal ve yaşlılık dönemlerinden oluşmaktadır. Her dönemin kendine göre sorunları olduğundan, planlanan hizmetlerin de buna uygun olması gerekmektedir. Bu sorun ve hizmetler “bütünlük” ve “süreklilik” içerisinde planlanmalı ve sunulmalıdır (2, 16).

## 2.2. Türkiye’de Üreme Sağlığı Hizmeti Veren Kuruluşlar

Cumhuriyetin ilk yıllarında o dönemin sağlık bakanı Dr.Refik Saydam’ın öncülüğünde koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verildi. O günün şartlarına uygun olarak dikey yani vertikal örgütlenme politikaları oluşturuldu. Dikey örgütlenmede o dönemde en çok ölüme neden olan, sakat bırakan ve iş gücü kaybına neden olan hastalıklara yönelik

(trahom, sıtma, tüberküloz, frengi ve lepra gibi) mücadele veren sağlık örgütleri kuruldu. Böylece her bir hastalıkla mücadele etmek amaçlı, geniş bölgede hizmet veren örgütler kuruldu (15, 19, 17). Ana-çocuk sağlığı hizmetleri o dönemde hastaneler ve hükümet tabipliklerince verilmekteydi. Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1952’de dikey örgütlere bir yenisi daha eklenerek Ana-Çocuk Sağlığı örgütü kuruldu. Bu örgüt bünyesinde oluşturulan Ana Çocuk Sağlığı (AÇS) merkez ve şubeleri aracılığıyla ana-çocuk sağlığı hizmetleri verilmeye devam edildi (15, 19).

İlerleyen yıllarda koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada sunulması görüşü dünyada olduğu kadar ülkemizde de ağırlık kazanmıştır. Böylece 1961’deki “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun” ile koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada ve dar bölgede sunumunu amaçlayan “yatay örgütlenme” modeline geçilmiştir. Yani koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin aynı kurum tarafından verilmesi hedeflenmiştir (entegre hizmet) (15, 19).

ÜS hizmetleri kapsamında, ana hizmetlerden olan Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması hizmetleri;

- AP hizmetlerini (15-49 yaş kadınların izlemi)
- Doğum öncesi bakımı (Gebelerin tespiti ve periyodik izlemleri)
- Doğumla ilgili hizmetleri
- Lohusalık dönemine ait hizmetleri
- Çocukların periyodik izlemlerini (0-6 yaş) içermektedir (20).

Ülkemizde ”224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun” ile Temel Sağlık Hizmetleri’ne dahil edilen bu hizmetler, 1963-2010 yılları arasında birinci basamak sağlık kuruluşları olan sağlık ocakları, sağlık evleri ve AÇSAP merkezleri bünyesindeki “sağlık ekibi” aracılığıyla verilmiştir. Bu dönemde hastaneler ve hastanelerin nüfus planlaması klinikleri de bu hizmete dahil olmuştur. (20).

Ülkemizde aile hekimliği pilot uygulama sistemine 2005 yılı itibariyle geçilmeye başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2004’e göre, aile hekimliği sistemi öncesi 2004 yılı itibariyle sağlık ocağı 6042, sağlık evi 6275, AÇSAP merkezi 260 olmak üzere toplamda birinci basamakta ÜS hizmeti veren kuruluş sayısı 12577 idi. Türkiye’nin tüm illerinde, ilgili yönetmelikte “pilot” ibaresi kaldırılarak aile hekimliğine geçiş 2011 yılında olmuştur. Bu yıl itibariyle birinci basamak sağlık kuruluşu olan sağlık ocaklarının yerini tamamıyla aile sağlığı merkezleri almıştır.



Birinci basamakta ÜS hizmeti veren sağlık kuruluşu sayısı ise aile hekimliği sistemine geçildikten sonra, ulaşılabilen son veriler olan 2016 Sağlık İstatistiği Yıllığı'na göre, 2016 yılında 7636 ASM, 970 TSM, 5419 sağlık evi, 181 AÇSAP merkezi ile toplamda 14206 olmuştur (21).

ÜS hizmeti veren diğer kuruluşlardan olan Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin 2004 yılındaki sayısı 683 iken 2016 yılında 774'tür. Sağlık Bakanlığı 2016 İstatistik Yıllığı'na göre 2002 yılında; Sağlık Bakanlığı hastaneleri (n=774), üniversite hastaneleri (n=50), özel ve diğer sağlık kuruluşları(n=332) olmak üzere toplamda 1156'dır. 2016 yılında da Sağlık Bakanlığı hastaneleri (n=876), üniversite hastaneleri (n=69) ve özel hastaneler (n=565) olmak üzere toplamda 1510 hastane mevcuttur (21).

Bu kuruluşlar dışında çeşitli vakıflar, dernekler ile eczane ve marketler (AP malzeme temini) de bu hizmetin içinde yer almaktadır.

### **2.3. Türkiye'de Doğurganlık ile İlgili Politikalar**

Türkiye'de doğurganlıkla ilgili olarak Cumhuriyet döneminde pronatalist (1923-1965), antinatalist (1965-2000'li yıllar) ve pronatalist (2014-günümüz) olmak üzere nüfusa dair üç politika görülmektedir. Cumhuriyetin ilk yıllarında azalan nüfus ve iş gücünü arttırmak amacıyla nüfusu arttırmaya yönelik düzenlemeler ve teşvikler yapılmıştır. Hane halkı sayısı fazla olan ailelerin ödüllendirilmesi, gebelikten koruyucu yöntemlere ait reklam ve eğitimlerin engellenmesi gibi. Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında toplam doğurganlık hızı (TDH) 5,6 iken 1927 nüfus sayımında 6,6 ve 1930-1935 yıllarında ise 7,1 olmuştur. İlerleyen yıllarda TDH azalma eğiliminde olmuş ve 1950-1955 yılları için tahmin 6,54 olmuştur (22, 23, 24).

Dr. Zekai Tahir Burak 1958'de 5000 hastane olgusu ile yaptığı araştırmada, isteyerek düşük sonrası hastaneye başvuran kadınların çoğunun öldüğünü kanıtlamıştır. Ayrıca 1959'da Prof. Dr. Nusret Fişek yaptığı bir çalışmada anne ölüm oranının yüz bin canlı doğumda 280 ve bebek ölüm hızının binde 165 olduğunu bulmuştur. Bu çalışmada ayrıca anne ölümlerinin %53'ünün ise düşüklere bağlı

olduğu ifade edilmiştir (22, 24, 25). Bu araştırma bulgularına dayanarak, 1965'te "Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun" oluşturulmuştur. Bu yasada sadece kadın doğum uzmanları tarafından sunulacak "üç" gebelikten koruyucu yöntemin hizmetinin ve bilgilerinin sunulmasına izin verilmiş ancak düşüklerin sadece tıbbi nedenlerle yapılabileceği ifade edilmiştir (25). Tıbbi nedenler dışında yapılabilecek isteyerek düşükler için cezalar belirlenmiştir (22, 23). Ancak yasadan beklenen oranda anne ölümlerinde azalma temin edilememesi üzerine, yasa güncellenmiş ve 1983'te 2827 sayılı "Nüfus Planlama Yasası" kabul edilmiştir. Halen günümüzde de geçerli olan bu yasa çerçevesinde (26);

- On hafta sonuna kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılabilmelerine izin verilmiştir.
- Gerekli standart eğitimi alan ve yeterliliklerini belgeleyen pratisyen hekim, ebe ve hemşirelerin RİA uygulamasına izin verilmiştir.
- Gerekli standart eğitimi alan ve yeterliliklerini belgeleyen pratisyen hekimlerin istenmeyen gebelikleri sona erdirecek hizmetleri sunabilmesi mümkün kılınmıştır.
- On sekiz yaş üzerindeki bireylerin, evli ise eşlerinin de onaylarını alarak, doğurganlıklarını geri dönüşümsüz olarak sonlandırabilmelerine (tüp ligasyonu ve vasektomi) izin verilmiştir.

Yayımlanma tarihi 2013 olan, 2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı'nda ise toplam doğurganlık hızının giderek yükseltilmesi amacıyla doğurganlığı teşvik edecek politikalara vurgu yapılmıştır (22, 23, 27). Bu da antinatalist politikadan pronatalist politikaya geçiş olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde uygulanan doğurganlıkla ilgili farklı politikaların sonuçları doğurganlıkla ilgili göstergelerle değerlendirilmekte ve bunlar 1968 yılından başlayarak her 5 yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) ile standart olarak ölçülmekte ve sunulmaktadır. Bu araştırmaların doğurganlık ile ilgili bulguları 1993'ten günümüze aşağıda sunulmaktadır (28):

- TNSA 1993: TDH 2,73
- TNSA 1998: TDH 2,61
- TNSA 2003: TDH 2,22
- TNSA 2008: TDH 2,15

TNSA 2013'te ise toplam doğurganlık hızı 2,26 olmuş ve bir önceki araştırma sonucuna göre istatistiksel olarak farklı olmayan bu hız, dönemsel doğurganlığın 2008-2013 arasında durağanlaştığını göstermektedir (27, 28, 29).

Yaşa özel doğurganlık hızı Türkiye'de 2003'e kadar 20-24 yaş aralığında en yüksek iken, 2008'de ilk kez en yüksek hız 25-29 yaş grubuna kaymış ve 2013 bulgularında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu bulgular 2008 sonrasında ülkemizde doğumların daha ileri yaşlara ötelendiğini göstermektedir (28).

#### **2.4. Türkiye'de Gebelikten Korunma Yöntemlerinin Kullanımı**

Gebelikten korunma yöntemlerinin kullanımı aşırı doğurganlık, riskli gebelikler ve istenmeyen gebeliklere bağlı ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçları önlemede, en etkili koruyucu hizmetlerdendir. Ülkemizde 1993'de halen evli kadınların %62,6'sı herhangi bir gebelikten korunma yöntemi kullanmaktaydı. Bu oran 2013'te %73,5'e yükselmiştir. Gebelikten koruyucu herhangi bir modern yöntem kullanımı 1993'te halen evli kadınlarda %34,5 iken 2013 yılında bu oran %47,4' e yükselmiştir. TNSA 1993 sonuçlarında %28,1 olan herhangi bir geleneksel yöntem kullanım oranı (%26,2'si geri çekme), TNSA 2013'de ancak %26'ya (%25,5'i geri çekme) gerilemiştir. Herhangi bir yöntem kullanımında yıllar içinde artış olmasına rağmen, geleneksel yöntemlerden biri olan geri çekme, Türkiye'de tüm yöntemler arasında her zaman en çok kullanılan yöntem olmayı sürdürmektedir. Bir modern yöntem olan RİA'nın kullanımı, 2003 yılına kadar artarken, 2008 yılından başlayarak azalma eğilimi göstermiştir (TNSA 1993, 1998, 2003, 2008, 2013 sırasıyla %18,8; %19,8; %20,2; %16,9; %16,8) (28, 30, 31, 32, 33). Ayrıca hap, kondom ve tüp ligasyon kullanım sıklığı da yıllar içerisinde artış göstermiştir (28).

Modern gebelikten korunma yöntem temininde yıllar içinde artış gözlenmektedir. Kullanılan modern yöntemlerin kamudan temin oranı 2003 yılında %57,7 iken 2008'de bu oran %60,9'a yükselmiştir. Ancak 2013'de kamudan yöntem temininde tekrar bir düşüş (%55,9) olduğu görülmektedir (29, 30, 31).

Başka bir çocuk talebi olmayan veya gelecekte başka bir çocuk isteyen, ancak herhangi bir gebelikten korunma yöntemi kullanmayan kadınlar “karşılanmamış AP talebini” oluşturmaktadır<sup>1</sup>. Ülkemizde son yirmi yılda bu talebin azalmakta olduğu ama tamamen sona ermediği görülmektedir; TNSA 1993 bulgularına göre bu talep %15 iken TNSA 2013 bulgularında %6 olmuştur (28).

## 2.5. Türkiye’de Düşükler

Cinsel aktif bir kadının doğurganlık çağı çok uzun ve bu süre içinde maruz kaldığı gebelik riski çok yüksektir. İstenmeyen gebeliklerden koruma başarısı çok yüksek olan bir gebelikten korunma yöntemi kullanılıyor olsa dahi, yöntem başarısızlığı nedeniyle çiftler istemedikleri, planlamadıkları gebeliklerini sürdürmek istememekte, kadın hayatı tehlikeyi göze alarak bu gebeliği sonlandırma girişiminde bulunmaktadır. Romanya’da Çavusesku’nun yönetiminde bulunduğu dönemde çıkardığı ve isteğe bağlı düşüğü yasaklayan yasa sonrası artan anne ölümleri buna iyi bir örnektir. Romanya’da 1957’de isteğe bağlı düşük yasası çıkarılmıştır ve 1960’da anne ölümü 20/100.000 canlı doğum olmuştur. Ancak Çavusesku 1966’da yönetime geldikten sonra düşüğü sınırlandıran bir yasa çıkarmıştır. Bu yasa sonrası 1989’da anne ölümü yedi kat artmış ve 148/100.000 canlı doğum olmuştur. Bu anne ölümlerinin %87’si düşüklere bağlı ölümlerdir. Çavusesku’nun yönetimden ayrılmasından sonra değiştirilen düşük yasası ile beraber kadınlar düşük ile ilgili güvenli hizmete erişmiştir. Yasa değişiminden sonraki ilk yılda mortalitede %68 oranında düşüş görülmüştür. 2002’de Romanya’da yasal olmayan düşüklere bağlı anne ölümü 9/100.000 canlı doğum olmuştur (34, 35). İsteyerek düşük gebelikten korunma yöntemi değildir. Ancak bu süreçte kadına sağlıklı-güvenli koşullarda destek sağlık hizmeti sunulması önemli olup, bu hizmet sunulmadığında genellikle anne ölümüne kadar varan ciddi sağlık riskleri ile karşılaşılabilir. DSÖ’nün 2003 yılında öncelikli çözülmesi gereken sorunlar arasına alarak “güvenli düşükler” başlığı altında yeni bir dizi sağlık hizmet sunumu

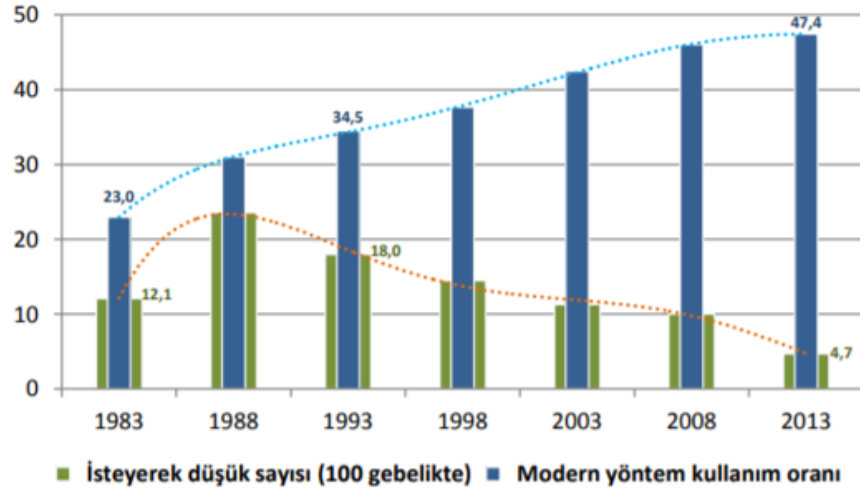
---

<sup>1</sup> Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının tanımı 2013 TNSA’da değiştirilmiştir (28, s:120).

modeli önerdiği (36) bu sorun için ülkemizde 1983’den başlanarak yasal bir kapsamda sağlıklı-güvenli düşük hizmeti sunulmaktadır.

Nüfus Planlaması Kanunu’nda 1983 yılında yapılan değişiklik ile gebeliğin ilk on haftasında isteğe bağlı gebelik sonlandırılmasına izin verilmiştir. Bu değişiklik sonrası ilk yıllarda isteğe bağlı gebelik sonlandırmada artış yaşanırken, yıllar içerisinde modern gebelikten korunma yöntem kullanımındaki artışa paralel olarak isteyerek gebelik sonlandırma oranlarında da azalma söz konusu olmuştur. Kahire Konferansı’nın yapıldığı tarihten itibaren günümüze kadar olan son yirmi yıllık sürede, Şekil 2.5.1’de görüldüğü üzere isteyerek düşük oranlarında %70’lik bir azalma olmuştur (1993: 18 ve 2013: 4,7). Türkiye’deki isteyerek düşük oranındaki bu %70’lik düşüş, özellikle modern gebelikten korunma yöntemlerinin kullanımındaki yüksek oranların bir başarısı olarak değerlendirilebilir (37).

ŞEKİL 3.4 İsteyerek Düşük ve Modern Yöntem Kullanım Oranlarındaki Değişim, Türkiye 1983-2013



Kaynaklar: 1983 Türkiye Doğurganlık ve Aile Sağlığı Araştırması; 1988 Türkiye Doğurganlık ve Sağlık Araştırması; 1993, 1998, 2003, 2008 ve 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

Şekil 2.5.1. Türkiye’de 1983-2013 yılları arasında isteyerek düşük ve modern gebelikten koruyucu yöntem kullanım oranlarındaki değişim (37)

Dünyada her gün yaklaşık 830 kadın, gebelik veya doğumla ilgili komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir ve 2015 yılında gebelik, doğum sırasında ve sonrasında yaklaşık 303.000 kadının öldüğü tahmin edilmektedir (5, 38). Tüm anne ölümlerinin yaklaşık %75’ini oluşturan majör komplikasyonlar arasında güvensiz

düşükler de ilk beş neden arasında yer almaktadır (5). Ayrıca her yıl, 15-19 yaş arasındaki 3,9 milyon kız çocuğu güvenli olmayan kürtaj geçirmektedir (39, 40).

Kendiliğinden düşük oranı ülkemizde yıllar içinde artış göstermiştir. TNSA 2008 bulgularında 100 gebelikteki düşük sayısı 10,5 iken, 2013'te 14,0 olmuştur. İsteyerek düşüklerde ise; 100 gebelikteki düşük sayısı TNSA 2008'de 10,0 iken 2013'te 4,7'ye gerilemiştir (28, 30). TNSA 2013'ün 2015'te yapılan ileri analiz çalışmasında kadınların doğum kuşaklarına bakılarak 2008-2013 yılları arasında, isteyerek düşük bildiriminde eksiklik olabileceği ifade edilmiştir. Özellikle bu hizmete ihtiyaç duyan sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplarda, istenmeyen gebeliğe uygunsuz müdahale sonucu olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. İsteyerek düşük gebelikten korunma yöntemi değildir. Ancak Bin Yıl Kalkınma Hedefleri içerisinde başta anne ölüm oranını azaltma hedefi için, isteyerek düşüklerin güvenli ortamda gerçekleşmesi ve bu hizmetin ulaşılabilir olmasının öneminden bahsedilmiştir (29).

## **2.6. Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım ve Doğum Hizmetleri**

Doğum öncesi bakım (DÖB), doğum ve doğum sonrası sağlık hizmetleri; güvenli annelik kavramı içerisinde yer almaktadır. 1997 yılında DSÖ tarafından başlatılmış olan güvenli annelik programında amaç; yüksek riskli ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, gebelik, doğum ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonların tanınması, önlenmesi ve yönetimi ile bebek ve anne ölümlerini ve komplikasyonlarını azaltmaktır (41).

Türkiye'de doğrudan anne ölüm nedenlerinin başında önlenebilir bir neden olan "gebelik, doğum esnasında ve doğumdan sonra ortaya çıkan kanamalar" gelmektedir. Kanamalar başta olmak üzere bunun gibi riskli durumların önlenmesi için gebe kadınların, gebelik boyunca en az (risk durumuna göre daha fazla sayıda olabilir) dört kez izlenmesi gerekmektedir. Ayrıca doğumun sağlık kuruluşunda ve/veya sağlık profesyonellerinin yardımıyla yapılması olumsuz sonuçları en aza indirecektir (41).

TNSA bulgularında ülkemizde, doğum öncesi bakım ve doğumun sağlık kuruluşunda ve/veya sağlık profesyoneli yardımıyla yapılma oranlarında yıllar

geçtikçe artış görülmektedir. Doğum öncesi en az bir kez bakım alma oranı 1993'te %62,3 iken 2013'te %97 olmuştur. DSÖ doğum öncesi bakım sayısını ideal olarak, gebe kadında ek bir risk yok ise 10 kez, minimum 4 kez olarak önermektedir (42, 43). TNSA 2013 bulgularına göre evli olan kadınlardan %88,9'u gebelikleri süresince 4 ve daha fazla sayıda DÖB hizmeti aldıklarını beyan etmişlerdir. Doğumun sağlık kuruluşunda yapılma oranı (TNSA 1993 ve 2013 sırasıyla %60; %97,2) ile doğumun sağlık personeli tarafından yaptırılma oranı da (TNSA 1993 ve 2013 sırasıyla %75,9; %97,4) yıllar içinde artmıştır (28).

Tablo 2.6.1'de üreme sağlığına ilişkin bazı göstergeler verilmiştir (28, 30, 31, 32, 33).

**Tablo 2.6.1.** Türkiye'deki üreme sağlığı ile ilişkili bazı göstergelerin yıllara göre değişimi (TNSA 1993, 1998, 2003, 2008, 2013)

	1993	1998	2003	2008	2013
Doğum öncesi en az bir kez, sağlık personelinin bakım alan kadın (%)	62,3	67,9	80,9	92,0	97,0
Doğumun yapıldığı yer (%)					
Sağlık kuruluşunda	59,6	72,5	78,2	89,7	97,2
Evde	40,2	26,7	21,2	9,7	2,3
Bilinmiyor	0,2	0,8	0,5	0,6	0,5
Doğum sırasında sağlık personeli yardımı alan kadın (%)	75,9	80,6	82,9	91,3	97,4
Toplam doğurganlık hızı	2,73	2,61	2,22	2,15	2,26
Gebelikten korunma yöntemi kullanımı % (halen evli olan kadınlar için)					
Herhangi bir yöntem	62,6	63,9	71,0	73,0	73,5
Herhangi bir modern yöntem	34,5	37,7	42,5	46,0	47,4
Herhangi bir geleneksel yöntem	28,1	26,1	28,5	27,0	26,0
Gebelikten koruyucu modern yöntem temin edilen kaynaklar (%)					
Kamu sektörü	54,8	55,8	57,7	60,9	55,9
Özel sektör	43,3	42,2	39,7	34,8	37,0
Diğer (dükkân/arket gibi)	1,9	2,0	2,6	4,3	7,1
Karşılanmamış AP ihtiyacı	12,0	10,1	6,0	6,2	5,9
İsteyerek düşük (100 gebelikte)	18,0	14,5	11,3	10,0	4,7

## 2.7. Türkiye’de Kanser Tarama Hizmetleri

Kanserden ölümler ülkemizde de dünyadakine benzer olarak kardiyovasküler hastalık nedenli ölümlerden sonra ikinci sırada gelmektedir (21, 44). Kanser nedenli mortalite ve morbiditenin azaltılmasında, ikincil koruma olarak, topluma dayalı taramalar yapılması önerilmektedir. Günümüzde ülkemizde de Ulusal Kanser Tarama Rehberleri ile meme, serviks ve kolon kanser taramaları yapılmaktadır (45, 46).

Ülkemizde 2010’da erkeklerde en sık görülen kanser akciğer kanseri, kadınlarda ise meme kanseridir. Serviks kanseri ise onuncu sıradadır. Kolorektal kanserler hem erkek hem de kadınlarda üçüncü sıradadır (21).

Türkiye 2004 yılı Hastalık Yüğü Çalışması’nda kadınlarda erken ölüm nedeniyle kaybedilmiş yıllar yani ölümlülük yükü açısından meme kanseri 11. sırada yer almaktadır (47). Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı’nda, ülkemizde meme kanserlerinin büyük bir kısmının mamografi tarama çalışmalarına rağmen geç evrede yakalandığı ifade edilmiştir (45). Mamografik tarama programında ülkemizde taranacak kadın hedef nüfusu 40-69 yaş kadınlardır ve her iki yılda bir taramanın yapılması önerilmektedir. Yine Ulusal Kanser Kontrol Planı’nda ülkemizde mamografik taramalarda ulaşılabilen kadın sayısının hedef nüfusun %20-30’u olduğu ifade edilmektedir (45).

Ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanserler içinde serviks kanseri ise onuncu sıradadır. Serviks kanseri için tarama programı yirmi yılı aşkın bir süredir (1992 yılından beri) ülkemizde uygulanmaktadır. Serviks kanseri için, 30-65 yaş arasındaki kadınlara her beş yılda bir tarama (HPV-DNA testi veya smear testi) yaptırılması tavsiye edilmektedir. Türkiye 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı’nda ülkemizde serviks kanseri taramalarında ulaşılabilen kadın sayısının da hedef grubun %20’si olduğu ifade edilmektedir (45).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kesitsel bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

##### 3.2.1. Evren

İstanbul/Ümraniye ilçesinde, 2016-2017’de ikamet eden 15-49 yaş evli/evlenmiş kadınlar çalışmanın evrenini oluşturmaktadır.

İstanbul ili merkez Ümraniye ilçesinde toplam **170** Aile Hekimliği Birimi’nde (AHB) kayıtlı, 15-49 yaş grubunda, toplam **184.532** kadın mevcuttu (İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü<sup>2</sup>, 14.11.2016).

##### 3.2.2. Örneklem Tasarımı

Küme örnekleme tasarımı ile örneklem seçimi planlanmış ve uygulanmıştır.

---

<sup>2</sup> İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden sadece “sayı” bilgisi temin edilebilmiştir. Bilgilerin gizliliği ilkesi gereği “Ad, soyad, doğum tarihi, adres” bilgileri temin edilememiştir.

### 3.2.2.1. Örneklem Birimi

Ümraniye’de bulunan hanelerde yaşamakta olan hanehalkları arasındaki 15-49 yaş evli/evlenmiş kadınlardır.

İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden, Ümraniye ilçesindeki, her bir ASM bölgesindeki toplam 15-49 yaş kadın sayısı bilgisi temin edilmiş, her bir ASM bölgesine kayıtlı kadınların ad ve adreslerini içeren ayrıntılı liste temin edilemediğinden, ASM’ler tabaka kabul edilerek, kadın nüfusuna orantılı küme örnekleme yöntemi ile hedef grup kadınlara ulaşılabilir indirekt yöntem olarak haneler örneklem birimi olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilecek “Uygun Kadın” özellikleri:

- i. 15-49 yaş aralığında olmak (18 yaş altı kadınlar için vasisinden yazılı onam alınacaktır.)
- ii. Evli ve/veya beraber yaşıyor ve/veya dul olmak ve/veya boşanmış olmak
- iii. Ümraniye ilçesinde, araştırmanın saha çalışması içinde ikamet ediyor/yaşıyor olmak,
- iv. Çalışmaya katılmayı kabul etmek.

Araştırmaya dahil edilmeyecek “Uygun Olmayan Kadın” özellikleri:

- i. Görüşme yapılamayacak nitelikte mental geri olma,
- ii. Başından hiç evlilik geçmemiş olmak,
- iii. 15 yaşından küçük olmak,
- iv. 49 yaşından büyük olmak,
- v. Ümraniye ilçesinde, araştırmanın saha çalışması süresi içinde ikamet etmiyor/yaşamıyor olmak,
- vi. Çalışmaya katılmayı reddetmek.

### 3.2.3. Örnek Büyüklüğü

Araştırma için gereken örnek büyüklüğü Open Epi programı ile hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesabı için formülde yer alacak prevalans değeri olarak, TNSA-2013’de, İstanbul için hesaplanmış olan %74,8 halen gebelikten koruyucu herhangi bir yöntem kullanma prevalansı, araştırmada belirlenecek sıklığın olası standart sapması olarak %5 ve güven aralığı için %95 değerleri ile örneklem büyüklüğü (araştırmada görüşülecek uygun kadın sayısı) hesaplanmıştır.

Ek olarak, araştırma bölgesi kentsel bir bölge olduğu için %20 ret olasılığı dikkate alınarak, örneklem büyüklüğü %20 oranında arttırılmıştır.

Örneklemdaki bireyler evrenden “küme örnekleme” yöntemi ile seçileceğinden dolayı, TNSA-2013, İstanbul için “halen herhangi bir yöntem kullanımındaki” örnekleme hatası desen etkisi (DEFT)=1,295 olarak hesaplanmış olduğundan, araştırmamız için desen etkisi 1,5 kabul edilerek, araştırmada ulaşılabilecek 15-49 yaş evli/evlenmiş kadın sayısı 1,5 kat daha artırılmış ve nihai olarak “520 kadın” olarak hesaplanmıştır.

Küme örnekleme yönteminde örneklemdaki birim sayısının, küme sayısından az olması gerekliliğinden, örneklemdaki birim sayısı 15 kabul edilmiş ve  $(520/15=35)$  küme sayısı olarak 35 hesaplanmıştır.

Araştırma bölgesinde toplam 36 ASM’de 170 AHB mevcuttu. İki Aile Hekimliği Birimi (2 ASM), 15-49 yaş kadın sayıları çok az olduğundan (4 nolu AHB’de 21 ve 5 nolu AHB’de 6 kadın) ve bu birimlerin çalışma bölgesinin cezaevi olması nedeniyle buralara ulaşım için özel izin alınması gerekliliğinden dolayı araştırma dışı bırakılmıştır. Böylece toplam 168 AHB (34 ASM) çalışmaya dahil edilmiştir.

### 3.2.4. Örneklemin Seçilmesi

Örneklem seçiminin ilk aşaması, ilk örnekleme biriminin seçilmesi işlemidir. Birimlerin seçilmesinde nüfusa orantılı, sistematik seçim yöntemi kullanılmıştır:

- $N = 184.532$  (15-49 yaş kadın sayısı)
- $n = 35$  (küme sayısı)
- Küme birim sayısı = 15 (15-49 yaş evli/evlenmiş kadın) İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden temin edilen "ASM'lere göre 15-49 yaş kadın nüfusu" listesine bağlı kalınarak, kümülatif kadın nüfusu listesi elde edilmiştir.
- Araştırma için örneklem aralığı "toplam kadın sayısı/ gezilecek küme sayısı" formülüyle ( $184532/35 = 5272$ ) olarak hesaplanmıştır.
- Kümülatif kadın nüfusu listesinden, "1-5272" kadın arasından ilk kadının yer alacağı ASM/küme basit rastgele yöntemle belirlenmiştir.
- Kümülatif kadın nüfusu listesinden ilk kadının yer alacağı ASM/kümeden sonrakiler sistematik olarak örneklem aralığının eklenmesi ile belirlenmiştir. Gezilecek ASM/kümeler belirlendikten sonra, Ümraniye ilçe haritası üzerinde örneklemeye de çıkan ASM binaları etrafından rastgele yöntemle 1'er sokak '**başlangıç sokak**' olarak belirlenmiştir (Küme başlangıç noktalarını seçmek için Ümraniye Belediyesi'nden temin edilen güncel "Ümraniye Şehir Planı (haritası)" kullanılmıştır).

Örnekleme seçilmiş kümelerin listesi ve rastgele belirlenmiş başlangıç noktaları Tablo 3.2.4.1'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.2.4.1. İlk Başlangıç Sokak/Cadde Listesi <sup>3</sup>**

Küme No	ASM adı	Başlangıç adresi
1	HEKİMBAŞI ASM	Karabey sok
2	UMRANIYE 1 ASM	Topağacı cad, Cevat sok
3	İSLAMBEY ASM	Demirciler cad
4	UMRANIYE 5 ASM	Düzgün sokak
5	UMR 4 ASM	Akıncı sok
6	INKILAP ASM	Ordu cad
7	INKILAP ASM	İlkkursun cad
8	MERKEZ ASM	Tantavi tüneli
9	YAMANEVLER ASM	Tolay sok
10	UMR 6 ASM	Şair Nesimi sokak
11	MAHMUT KARACA ASM	Merih sok
12	DURMUŞ TANIŞ ASM	Kurudere sok
13	DURMUŞ TANIŞ ASM	Billur sokak
14	RAMAZAN YILDIRIM ASM	Yunus emre cad
15	AÇELYA ASM	Özgür sok
16	AÇELYA ASM	Paker sok
17	UMR 10 ASM	Ortanca sok
18	SOYAK ASM	Gazel sok
19	ÇAMLIK ASM	Üzüm sok
20	ÇAMLIK ASM	Tütün sok
21	UMR 11 ASM	Gurbet sok
22	UMR 12 ASM	Tarifi sok
23	IHLAMURKUYU ASM	Rahman sok
24	IHLAMURKUYU ASM	Yakınsu sok
25	UMR 14 ASM	Geçit sok
26	ADEM YAVUZ ASM	Hikmet sok
27	DUDULLU ASM	Özenir sok
28	DUDULLU ASM	Osmanlı cad,
29	ZEYNELOĞLU ASM	Kelebek sok
30	UMR 17 ASM	Cahit Sıtkı cad
31	UMR 18 ASM	Hendem cad
32	UMR İMES DUDULLU 2 ASM	Songül sok
33	UMR 20 ASM	Buse sok
34	OMER FARUK DARENDE ASM	Çetin Emeç cad
35	HEKİMBAŞI ASM	Dudayev sok

<sup>3</sup> Ümraniye İlçesinden, seçilmiş kümelerde, ziyaret edilecek ilk başlangıç sokak/cadde listesi (8 Şubat 2017'de seçildi)

### 3.2.5. Örneklemin Alanda Uygulanması

Örneklemin alanda uygulanması; random olarak seçilen başlangıç sokaklarında ziyaret edilecek ilk hanenin ve ardından diğer hanelerin belirlenmesindeki standartların belirlenmesiyle başlamıştır. Saha çalışması öncesinde işlemin tarafsız ve standart olarak yürütülebilmesi amacıyla standart saha rehberi hazırlanmıştır.

Bu araştırmada uygulanan standart yaklaşım şöyle belirlenmiştir:

- ✓ Sokaklarda bir “nirenge/başlangıç” noktası tanımlanmıştır. Bu noktalar için birden fazla seçenek ve önem sırasıyla listelenmiş, varsa sokakta ilk nirenge noktasının, yoksa bir sonraki nirenge noktasının seçilmesi yaklaşımı benimsenmiştir.

Bu araştırma için belirlenen nirenge noktalarının listesi;

1. Okul, yoksa,
  2. Muhtarlık binası, yoksa,
  3. Bakkal dükkânı, yoksa
  4. Market (1. A101, yoksa 2. BİM, yoksa 3. ŞOK), yoksa
  5. Cami, yoksa
  6. Eczane, yoksa
  7. Kadın kuaförü, yoksa
  8. Erkek berberi, yoksa
  9. En küçük dış kapı numaralı ev.
- ✓ Bir sonraki adım, bu noktanın sol yanındaki 3. hanenin başlangıç adresi olarak kabul edilerek görüşülecek ilk hane olmasına karar verilmiş ve uygulanmıştır.
  - ✓ Ardından, küme örnekleme yönteminin getirdiği kısıtlılıkları azaltabilmek amacıyla, tek sıra numaralı ASM’lerde tek sayılı kapı numaralı, çift sıra numaralı ASM’lerde çift sayılı kapı numaralı evden başlanarak, kümede ulaşılması gereken, 15-49 yaş grubundaki evli/evlenmiş 15 kadın ile görüşme tamamlanıncaya kadar farklı hanelerin ziyaretine devam edilmiştir.
  - ✓ İlk seçilen hanede var olan, araştırma için uygun olan ve bilgilendirildikten sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm 15-49 yaş grubundaki evli/evlenmiş kadınlarla yüz yüze görüşme yapılmıştır.

- ✓ Başlangıç adresinden sonra küme içinde yer alacak haneler, kapı numarası başlangıç noktasından sonra büyüyen yönde ve başlangıç adresinin tek veya çift numaralı olmasına göre, tek veya çift numaralı adreslerden, birer hane atlanarak seçilmiştir. Seçilen sokakta 15 kadın ile görüşme tamamlanincaya dek işlem aynen devam etmiştir.
- ✓ Seçilen sokakta 15 kadına ulaşılabilinmesi durumunda; saat yönünde (sağa) doğru dönerek, buradaki sokaktaki (tek veya çift numara olmasına dikkat edilerek) benzer şekilde haneler seçilerek kadınlarla görüşülmüştür. Bir siteye ulaşılması halinde, en küçük numaralı blok ve en küçük numaralı daireden (tek veya çift olmasına dikkat ederek) ilk hane seçilmiştir. Bu tanımlanan sahaya uymayan bir çevre yapısı varsa, **pusula** yardımıyla **güney** yönündeki ilk ev başlangıç olarak seçilip, ardından aynı yöndeki haneler **birer atlanarak** ziyaret edilmiştir. Hanede ilgili yaş grubuna giren birden fazla kadın varsa, hepsi çalışmaya dahil edilmiştir.
- ✓ Hanede ‘15-49 yaş evli/evlenmiş kadın’ yaşıyor olmasına rağmen haneye erişildiğinde, hanede yok ise 2 farklı günde tekrar ziyaret edilmiştir. Yine ulaşılabilinmemişse “ulaşılabilinmedi” olarak kabul edilmiştir.
- ✓ Toplam olarak 284 hanede 289 evli/evlenmiş kadın ile görüşülmüştür (Tablo 3.2.5.1). Görüşülen kadınlar içerisinde, 18 yaşından küçük olduğunu beyan eden kadın yoktu.

Toplamda gezilecek küme sayısı 35 olarak belirlenmişti ancak saha çalışması için ilgili Resmî Kurumlardan alınan çalışma izin süresi bittiğinden; 8, 14, 22, 30, 34 sayılı kümelere ziyaret gerçekleştirilememiştir. Böylece planlanan 35 kümeden 30’una ulaşılabilinmiştir.

**Tablo 3.2.5.1. Örneklemede dolaşılan kümelerde ulaşılabilirlik oranları:**

Sıra No	Küme No	Ulaşılması Planlanan Kadın Sayısı	Görüşme Yapılan Kadın Sayısı	Kümede Ulaşılabilirlik Oranı
1	35	15	15	100.0
2	1	15	13	86.6
3	27	15	13	86.6
4	33	15	13	86.6
5	6	15	12	80.0
6	20	15	12	80.0
7	23	15	12	80.0
8	24	15	12	80.0
9	25	15	12	80.0
10	26	15	12	80.0
11	2	15	11	73.3
12	4	15	11	73.3
13	17	15	11	73.3
14	28	15	11	73.3
15	29	15	11	73.3
16	32	15	11	73.3
17	3	15	9	60.0
18	13	15	9	60.0
19	15	15	9	60.0
20	16	15	9	60.0
21	18	15	9	60.0
22	21	15	9	60.0
23	11	15	8	53.3
24	19	15	8	53.3
25	7	15	7	46.6
26	9	15	6	40.0
27	10	15	5	33.3
28	12	15	4	26.6
29	5	15	3	20.0
30	31	15	2	13.3
<b>Toplam</b>		<b>525</b>	<b>289</b>	<b>55.6</b>



### 3.3.Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

#### 3.3.1. Bağımlı değişkenler;

- Gebelikten koruyucu yöntem hakkında bilgi sahibi olma durumu
  - ✓ Gebelikten koruyucu yöntemler hakkında bilgi sahibi olma durumu
  - ✓ Gebelikten koruyucu yöntemler hakkında bilgi sahibi olunan kaynak
- Gebelikten koruyucu yöntem kullanım durumu
  - ✓ Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanım durumu
  - ✓ Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanım durumu
- Tercih edilen gebelikten koruyucu yöntem çeşidi (modern/geleneksel)
- Tercih edilen gebelikten koruyucu yöntemin temin edildiği kaynak
- Doğum öncesi bakım alma durumu
- Doğum öncesi bakımda kontrasepsiyon ile ilgili danışmanlık alma durumu
- Doğumu eğitilmiş sağlık personelinin yaptırma durumu
- Doğumun yapıldığı yer
- Doğum sonrası kontrasepsiyon ile ilgili danışmanlık alma durumu
- Meme kanseri için mamografi çekme durumu
- Meme kanseri için mamografi çektilen yer
- Meme kanseri için mamografi çektilmeyi öneren kişi
- Serviks kanseri için tarama testi yaptırma durumu
- Serviks kanseri için tarama testi yaptırılan yer
- Serviks kanseri için tarama testi yaptırmayı öneren kişi

### 3.3.2. Bağımsız değişkenler;

- Yaş
- Eğitim durumu
- Çalışma durumu
- Gelir durumu
- Medeni durum
- Sağlık güvencesi durumu
- Handede yaşayan kişi sayısı
- Gebelik sayısı
- Kendiliğinden düşük sayısı
- Kürtaj/İsteyerek düşük sayısı
- Ölü doğum sayısı
- Canlı doğum sayısı
- Doğum şekli
- Yaşayan çocuk sayısı

### 3.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada, örnekleme seçilmiş kümelerde, random seçilmiş sokaklarda ve belirlenmiş standart yöntemle girilen hanelerdeki 18-49 yaş, evli/evlenmiş tüm kadınlara, yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanarak veri toplanmıştır.

### **3.5. Veri Toplama Gereci**

Araştırmada, rnekleme seçilmiş kümelerde, random seçilmiş sokaklarda ve belirlenmiş standart yöntemle girilen hanelerdeki 18-49 yaş, evli/evlenmiş tüm kadınlardan, araştırmaya özgü hazırlanmış ve n denemesi yapılmış bir soru formu ile veri toplanmıştır (52 soru) (Ek.1).

Soru formu 4 bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm sosyodemografik özelliklere ilişkin 12 soru içermektedir (soru no: 1-12).

İkinci bölüm doğurganlık özellikleri, gebelik takibi ve doğum tercihleri, kontrasepsiyon yöntemleri hakkındaki bilgi ve bu bilgiyi edinme kaynakları, kontrasepsiyon tercihleri ile temin kaynakları ve kullanılan yöntemden memnuniyeti sorgulayan 29 soru içermektedir (soru no: 13-41).

nc bölüm ise meme kanseri ve serviks kanseri için tarama yaptırma durumunu ve taramayı kimin önerdiğini sorgulayan 6 sorudan oluşmaktadır (soru no: 43-48).

Son bölüm ise üreme sağlığı ile ilgili hizmet alımı tercihlerini sorgulayan 4 sorudan oluşmaktadır (soru no: 49-52).

### **3.6. Veri Toplama Zamanı**

Veri toplama işlemi İstanbul İli Ümraniye ilçesinde rastgele yöntemle belirlenen sokaklarda Mart, Nisan, Mayıs, Haziran (2017) aylarında, tek bir araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

### **3.7. Araştırma Yeri**

Araştırma İstanbul ili Ümraniye ilçesinde yapılmıştır. İstanbul ili Anadolu yakasında bulunan Ümraniye ilçesi; doğusunda Şile, batısında Kadıköy ve Üsküdar, kuzeyinde Beykoz, güneyinde ise Kartal, Sultanbeyli ve Maltepe ilçeleri ile komşudur. Cumhuriyet tarihinden önce Balkanlar ve Makedonya'dan gelen göçmenlerin yerleşmesiyle ile oluşmaya başlayan ilçe 1950'lerden itibaren yoğun göç almaya başlamış ve gecekondu tipi yapılaşmaya maruz kalmıştır (48).

Ayrıca 1960 yılına kadar köy olarak kalan Ümraniye, Organize Sanayi Bölgesi olarak ilan edilmesinden sonra da yoğun göçlere maruz kalmıştır. Belediye ilk defa 1963 yılında kurulmuştur. İstanbul' un en hızlı kentleşen ve nüfusu hızla artan; köy ve yöre geleneklerinin de hala muhafaza edildiği bir kentleşme örneğidir. Bugün için 35 mahalleden oluşmakta olup, artık belde ve köy mevcut değildir. İlçe 22 bin hektarlık bir yerleşim alanına sahiptir (49).

Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'ne göre 2016 yılı Ümraniye ilçe nüfusu 688.346 kişidir (50). İlçede temel sağlık hizmetleri (araştırma döneminde) İstanbul Halk Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 170 aile hekimliği birimi ve 36 aile sağlığı merkezi (aktif olarak hizmet veren) ile 1 AÇSAP merkezince yürütölmektedir. Aynı zamanda bir eğitim araştırma hastanesi, beş özel hastane ve çok sayıda özel sağlık kuruluşu bulunmaktadır (51).

### **3.8. Araştırmanın Zamanı**

Araştırma Eylül 2016'da planlanmış olup, etik kurul izni, İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Ümraniye Kaymakamlığı'ndan çalışma izni Mart 2017 tarihi itibariyle tamamlanmıştır. Ön deneme Mart 2017'de yapılmış olup, araştırma Mart-Haziran 2017 tarih aralığında sahada yapılmıştır.

### 3.9. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmada tanımlayıcı istatistiklerde ölçümsel verilere ortanca, minimum ve maksimum değer, ortalama, standart sapma; kategorik veriler için sayı ve yüzde kullanılmıştır. Sürekli verilerde normal dağılım Kolmogorov-Smirnov ile incelenmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması amacıyla bağımsız gruplarda Ki-kare ve Fisher testleri uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri yapılmıştır. Veri analizi için IBM SPSS programı 23 versiyonu kullanılmıştır.  $p < 0,05$  istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

### 3.10. Araştırmada Etik

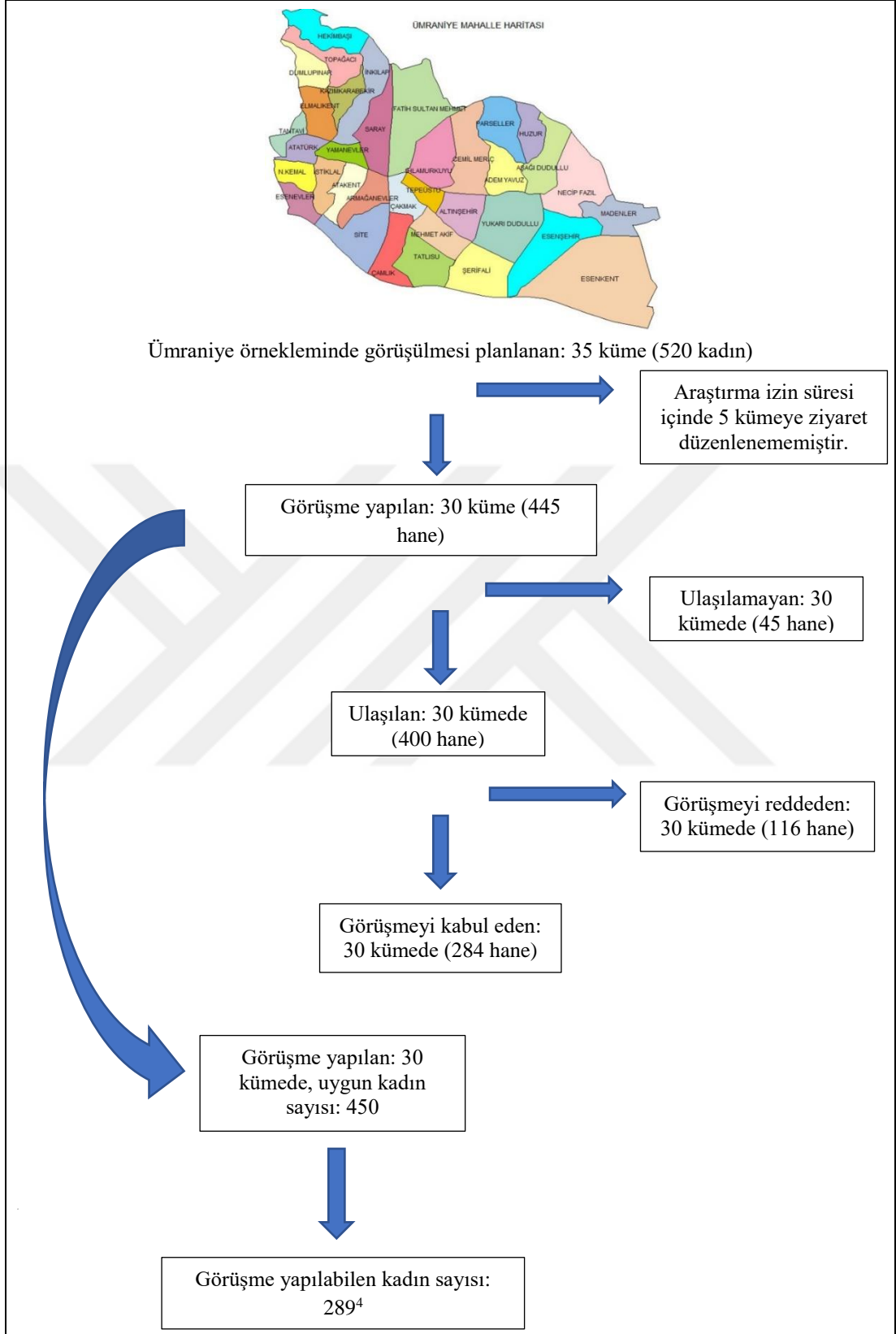
1. Araştırma için Marmara Üniversitesi Etik Kurulu tarafından etik kurul onayı 09.2016.521 protokol kodu ile 07.10.2016 tarihinde alınmıştır (Ek 2).
2. İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 14.11.2016 tarihinde araştırma için izin alınmıştır (Ek 3).
3. Ümraniye Kaymakamlığı'ndan 30.01.2017 tarihinde araştırma için izin alınmıştır (Ek 4).
4. Çalışma öncesi katılımcılardan onam alınmıştır (Ek 5).

## 4. BULGULAR

Bu çalışmada İstanbul ili, Ümraniye ilçesinde, 2017 yılında üreme sağlığı hizmetlerinin ve Ümraniye’de yaşayan, doğurganlık çağındaki kadınların üreme sağlığı ile ilgili durumlarının ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

### 4.1. Çalışmaya Katılım Oranları

Araştırma kesitsel tipte olup, çalışmanın evrenini, 2017 yılı içinde İstanbul ili Ümraniye ilçesinde yaşamakta olan 15-49 yaş (evli/evlenmiş) kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğü “520 evli/evlenmiş kadın” olarak hesaplanmış ve 30 kümede, toplam 289 kadın ile başarılı görüşme yapılabilmektedir. Otuz kümedeki kadınlardan 161’i ya araştırmaya katılmayı reddetmiş (n=116) ya da bu kadınlara “2 kez” ev ziyareti yapılmasına rağmen ulaşılamamıştır (n=45) (Şekil 4.1.1). Çalışmaya katılım oranı %55,6 (n=289) olmuştur. Hanelerin 279’unda birer kadınla, 5 hanede ise ikişer kadınla görüşme yapılmıştır.



**Şekil 4.1.1. Araştırmanın akış şeması**

<sup>4</sup> Hanelerin 279'unda birer kadınla, 5 hanede ise ikiye kadınla olmak üzere toplamda 284 hane ile görüşme yapılmıştır.

## 4.2. Katılımcıların Temel Özellikleri

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $35,7 \pm 7,5$  yıl, minimum 18, maksimum 49 ve medyan yaş 36'dır.

Kadınların %47,1'i, 30-39 yaş aralığındadır, %94,5'i halen evli, %47,4'ü ilkokul mezunu ve %91,7'sinin ise herhangi bir sağlık güvencesi vardır. İlkokul mezunu kadın oranı %47,4 olup okur yazar değil/okur yazar (OYD/OY) oranı ise %8'dir (Tablo 4.2.1). Araştırmada gezilen hanelerde 18 yaşın altında evli/evlenmiş kadınla karşılaşılmamış ve görüşülmemiştir.

**Tablo 4.2.1.Sosyodemografik özellikler (1)**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

	n	%
<b>Yaş grupları</b>		
18-19	1	0,3
20-24	23	7,7
25-29	37	12,8
30-34	62	21,5
35-39	74	25,6
40-44	52	18,0
45-49	41	14,2
<b>Medeni durum</b>		
Halen evli	273	94,5
Halen evli değil (eşi ölmüş/ boşanmış/ayrı yaşıyor)	16	5,5
<b>Eğitim durumu</b>		
OYD/OY*	23	8,0
İlkokul mezunu	137	47,4
Ortaokul mezunu	54	18,6
Lise mezunu	49	17,0
Üniversite ve üzeri mezun	26	9,0
<b>Sağlık güvencesi</b>		
SGK	257	88,9
GSS	5	1,7
SGK+ÖSS	3	1,0
Yok	24	8,3
<b>Hanedeki kişi sayısı (n=288) **</b>		
1-4	182	63,2
>4	106	36,8
<b>Toplam</b>	<b>289</b>	<b>100,0</b>

\* OYD/OY: Okur yazar değil/Okur yazar

\*\*1 kadın, hane halkı büyüklüğünü söylemediğinden analize dahil edilmemiştir.



Kadınların İstanbul'da yaşama süresi, ortalama 23,4±11,4 yıl, minimum 0,2; maksimum 49 ve medyan 23 yıldır. İkamet ettikleri mahallede yaşama süresi ise, ortalama 12,5±9,6 yıl, minimum 0,2 ile maksimum 43 ve medyan yıldır. Hane halkı büyüklüğü, ortalama 4,4±1,7 kişi, minimum 1, maksimum 12 ve medyan 4'tür. Hanenin ortalama aylık geliri ise 2212±1113 TL (yaklaşık olarak 570±287 USD) ve minimum 400, maksimum 8000 ve medyan gelir düzeyi 2000 TL'dir (Tablo 4.2.2).

**Tablo 4.2.2.Sosyodemografik özellikler (2)**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların sosyodemografik özellikleri

	n	Aritmetik Ortalama	SS*	Medyan	Minimum	Maksimum
İstanbul'da yaşama süresi (yıl)	289	23,4	11,4	23	0,2	49
Mahallede yaşama süresi (yıl)	289	12,5	9,6	10	0,2	43
Ortalama hane halkı büyüklüğü	288 <sup>†</sup>	4,4	1,7	4	1	12
Toplam ortalama ailenin aylık geliri (TL)	256 <sup>§</sup>	2212	1113	2000	400	8000

\* Standart sapma,

<sup>†</sup> 1 kadın, hane halkı büyüklüğünü söylemediğinden analize dahil edilmemiştir.

<sup>§</sup>33 kadın, ortalama aylık gelirini söylemediğinden analize dahil edilmemiştir. Araştırma süresi içinde 1 USD= 3,88 TL idi.

Çalışmaya katılan kadınların **%16,3'ü** çalışmaktadır. Çalışan kadınların %44,7'si kendi hesabına (düzensiz, iş buldukça), %40,4'ü ise ücretli işçi (düzenli) olarak çalışmaktadır. Halen evli kadınların ise %91,2'sinin eşi çalışmaktadır ve bunların %65,9'u ücretli işçi (düzenli) olarak çalışmaktadır. Aylık hane geliri 1401-4000 arasında olan kadın oranı ise %74,3'tür (Tablo 4.2.3).

**Tablo 4.2.3. Çalışma durumu ve gelir durumu**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlar ile eşlerinin çalışma durumu ve hanenin ortalama aylık gelirine göre dağılımları

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kadının çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	47	16,3
Çalışmıyor	242	83,7
<b>Çalışan kadının işteki statüsü (n=47)</b>		
Kendi hesabına (düzensiz, iş buldukça)	21	44,7
Ücretli, işçi (düzenli)	19	40,4
Kendi hesabına (düzenli)	3	6,4
Maaşlı, memur (düzenli)	3	6,4
İşveren	1	2,1
Ücretsiz aile işçisi	0	0,0
<b>Eşin çalışma durumu (n=273)</b>		
Çalışıyor	249	91,2
Çalışmıyor	24	8,8
<b>Eşin işteki statüsü (n=249)</b>		
Ücretli, işçi (düzenli)	164	65,9
Kendi hesabına (düzensiz, iş buldukça)	36	14,5
Kendi hesabına (düzenli)	31	11,4
Maaşlı, memur (düzenli)	12	4,8
İşveren	6	2,4
<b>Hanenin aylık geliri (TL) (n=256*)</b>		
<1400	15	5,9
1400	39	15,2
1401-2000	112	43,8
2001-4000	78	30,5
4000+	12	4,7
<b>Toplam</b>	<b>289</b>	<b>100,0</b>

\*aylık gelir cut-off değeri → asgari ücret = **1.404,06 TL** (yaklaşık olarak 361 USD) (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı- 01/01/2017- 31/12/2017)  
<https://www.csgeb.gov.tr/home/Contents/Istatistikler/AsgariUcret> (Erişim tarihi: 20.11.2017)  
(20.11.2017 tarihinde 1USD = 3,88 TL)

Çalışmaya katılan kadınların **%11,8'i** İstanbul'da 10 yıldan daha az süredir yaşamaktayken, **%54,3'ü** araştırma tarihinde ikamet ettikleri mahallede 12 yıl ve daha kısa süreden beri yaşamaktadır (Tablo 4.2.4).

#### Tablo 4.2.4. İkamet durumu

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların, İstanbul’da ve “araştırmaya katıldıkları tarihte” ikamet ettikleri mahallede yaşama sürelerine göre dağılımı

	n	%
<b>İstanbul’da yaşama süresi (yıl)</b>		
<10	34	11,8
10-19	66	22,8
20-29	94	32,5
30+	95	32,9
<b>Mahallede yaşama süresi (yıl)*</b>		
0-12	157	54,3
13-22	90	31,1
23-32	34	11,8
33+	8	2,8
<b>Toplam</b>	<b>289</b>	<b>100,0</b>

\*Mahallede yaşama süresi; cut-off (12 yıl) → Ekim 2005 Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nın Ümraniye bölge protokolünün bitmesi

Araştırmaya katılan kadınların %38,4’ünün bir hekim tarafından tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığı (n=111) vardır. Kronik hastalığa sahip olanların %50,5’i (n=47) 40-49 yaş aralığındadır. %37,5’i (n=51) 30-39, %21,7’si (n=13) ise 18-29 yaş aralığındadır.

#### 4.3. Katılımcıların Doğurganlık ile ilgili Özellikleri

Kadınların ortalama ilk gebelik yaşı  $21,96 \pm 4,21$ ’dir. Minimum yaş 14, maksimum 42 ve medyan yaş ise 21’dir. Canlı doğum sayılarının ortalaması ise  $2,22 \pm 1,07$ , minimum 0, maksimum 6 ve medyan 2 canlı doğumdur. Yaşayan çocuk sayısı, ortalama  $2,15 \pm 1,03$  çocuktur, minimum 0, maksimum 6 ve medyan 2 çocuktur (Tablo 4.3.1). *TNSA’ya benzer şekilde*, ortalama canlı doğum sayısı ve ortalama yaşayan çocuk sayısı hesabına *tüm kadınlar* (n=289) dahil edildiğinde, ortalama canlı doğum sayısı  $2,14 \pm 1,12$  ve ortalama yaşayan çocuk sayısı  $2,08 \pm 1,09$  olmaktadır. Minimum, maksimum ve medyan çocuk sayısı ise değişmemektedir.

**Tablo 4.3.1. Doğurganlık özellikleri (1)**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı

	n	Aritmetik Ortalama	SS*	Medyan	Minimum	Maksimum
<b>İlk gebelik yaşı</b>	279 <sup>†</sup>	21,96	4,21	21	14	42
<b>Canlı doğum sayısı</b>	279 <sup>†</sup>	2,22	1,07	2	0	6
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>	279 <sup>†</sup>	2,15	1,03	2	0	6

\* Standart sapma

<sup>†</sup> 10 kadın hiç gebe kalmadığından analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan kadınların %3,5'i hiç gebe kalmamışken, %11,1'i, 5 ve/veya daha fazla sayıda gebelik geçirmiştir. Kadınların %1,1'i 14 yaşında ilk gebeliğini yaşarken, %31,9'u ise 15-19 yaşında ilk kez gebe kalmıştır. İlk gebelik yaşı, 20-24 yaş aralığında olan kadınların oranı ise en yüksektir (%40,5) (Tablo 4.3.2).

Kadınların %87,1'inin en son gebelikleri doğumla sonuçlanırken (sırasıyla normal spontan vajinal doğum, sezaryen; %47 ve %40,1), %4,7'si isteyerek düşük, %3,2'si kendiliğinden düşük ile sonuçlanmıştır (Tablo 4.3.2).

En son gebelikleri doğumla sonuçlanan kadınların (n=243), %46,09'u (n=112) sezaryen ile doğum yapmıştır.

**Tablo 4.3.2. Doğurganlık özellikleri (2)**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımları

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Toplam gebelik sayısı</b>		
0	10	3,5
1-2	134	46,4
3-4	113	39,1
5+	32	11,1
<b>İlk gebelik yaşı (n=279*)</b>		
14	3	1,1
15-19	89	31,9
20-24	113	40,5
25-29	59	21,1
30-34	12	4,3
35-39	2	0,7
40-44	1	0,4
45-49	0	0,0
<b>Canlı doğum sayısı</b>		
0	19 <sup>‡</sup>	6,6
1	54	18,7
2	127	43,9
3	56	19,4
4+	33	11,4
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>		
0	20 <sup>‡</sup>	6,9
1	55	19,0
2	131	45,3
3	56	19,4
4+	27	9,3
<b>En son gebelik sonucu (n=279*)</b>		
Normal spontan vajinal doğum	131	47,0
Sezaryen	112	40,1
İsteyerek düşük	13	4,7
Şu anda gebe	14	5,0
Kendiliğinden düşük	9	3,2
<b>En son doğum zamanı (yıl) (n=270**)</b>		
2005 ve öncesi	81	30,0
2005 sonrası	189	70,0
<b>Toplam</b>	<b>289</b>	<b>100,0</b>

\* 10 kadın hiç gebe kalmadığından analize dahil edilmemiştir.

\*\*19 kadın ya hiç gebe kalmadığından (n=10) ya da gebelikleri doğumla sonuçlanmadığından (n=9) analize dahil edilmemiştir.

‡1 kadın 3 kez canlı doğum yapmasına rağmen yaşayan çocuğu yoktur. Bu nedenle canlı doğum sayısı 0 olan kadın sayısı 19 iken, yaşayan çocuk sayısı 0 olan kadın sayısı 20'dir.

#### 4.4. Gebelikten Korunma

Çalışmaya katılan kadınların %99,7'si, hayat boyu, herhangi bir gebelikten koruyucu modern yöntem duyduğunu, %90'ı ise herhangi bir geleneksel yöntem duyduğunu söylemiştir. Bilinen ilk 3 modern yöntem sırasıyla **%99,3, %98,3, %96,5** ile **hap, RİA ve erkek kondomudur** (Tablo 4.4.1).

Emzirmenin gebelikten koruyucu bir yöntem olduğunu bilen (n=170) kadınların **%68'i (n=115)**, bu yöntemin gebelikten koruyacağına **inanmamaktadır**.

**Tablo 4.4.1. Gebelikten koruyucu yöntem bilgisi**

Herhangi bir yöntem bilen 18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların (*hayat boyu*) bildikleri/duydıkları yönteme göre dağılımı

	n	%
<b>Herhangi bir yöntem duydum</b>	<b>288</b>	<b>99,7</b>
<b>Herhangi bir modern yöntem<sup>‡</sup> duydum *</b>	<b>288</b>	<b>99,7</b>
Hap	287	99,3
RİA	284	98,3
Erkek kondomu	279	96,5
Enjeksiyon	254	87,9
Tüplerin bağlanması	248	85,8
İmplant	71	24,6
Vasektomi	56	19,4
Kadın kondomu	8	2,8
Diyafram	7	2,4
Spermisit	6	2,1
Vajinal halka	3	1,0
Acil korunma hapi	1	0,3
<b>Herhangi bir geleneksel yöntem duydum*</b>	<b>260</b>	<b>90,0</b>
Geri çekme	253	87,5
Emzirme	170	58,8
Takvim yöntemi	69	23,9
<b>Herhangi bir yöntem duymadım</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>
<b>Toplam</b>	<b>289</b>	<b>100,0</b>

<sup>‡</sup>Tüp ligasyon, vasektomi (erkeğin kanallarının bağlanması), hap, RİA, enjeksiyon, implant, erkek ve kadın kondomu, emzirme, acil korunma hapi ve vajinal halka, diyafram yöntemlerini kapsar.

\*Bu soruya birden fazla cevap verilebildiğinden, her cevap şıkkı kendi içinde değerlendirilmiştir.

Herhangi bir yöntem bilen (n = 288), 15-49 yaşındaki evlenmiş/evli kadınların, %83'ü bu bilgiyi "komşu/akraba/arkadaşından" edinmiştir. %55'i hemşire/ebe ve %33,9'u da internetten bilgi edinmiştir (Tablo 4.4.2).

**Tablo 4.4.2. Gebelikten koruyucu yöntem hakkında bilgi edinilen kaynak**

Herhangi bir yöntem bilen, 18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların (*hayat boyu*) bildikleri/duydukları yöntemler hakkında bilgi edindikleri kaynağa göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hayat boyu duyduğu yöntem hakkında bilgi edindiği kaynak*</b>		
Komşu/akraba/arkadaş	240	<b>83,0</b>
Hemşire/Ebe	159	55,0
İnternet	98	33,9
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	94	32,5
TV	65	22,5
Aile hekimi	60	20,8
Kocam	48	16,6
Gazete/dergi	10	3,5
Eczacı	1	0,3
Bilgi verilmedi	1	0,3
<b>Toplam</b>	<b>289</b>	<b>100,0</b>

\*Bu soruya birden fazla cevap verilebildiğinden, her cevap şikkı kendi içinde değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan 15-49 yaş evlenmiş/evli kadınlar arasında (*hayat boyu*) gebeliği önleyici herhangi bir yöntemi kullanmış olanların oranı %93,1'dir. Sırasıyla herhangi bir modern yöntem kullanmış olanlar ve herhangi bir geleneksel yöntem kullanmış olanların oranı %78,2 ve %44,9'tür. Herhangi bir yöntem kullanmayanların oranı ise %6,9'dur (Tablo 4.4.3).

**Tablo 4.4.3. Hayat boyu gebelikten koruyucu yöntem kullanımı**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlar arasında (*hayat boyu*) gebelikten koruyucu herhangi bir yöntemi kullanmış olanların, yönteme göre dağılımı

	n	%
<b>Herhangi bir yöntem kullanımı*</b>	<b>269</b>	<b>93,1</b>
<b>Herhangi bir modern yöntem kullanımı †</b>	<b>226</b>	<b>78,2</b>
RİA	126	43,6
Kondom	109	37,7
Hap	81	28,0
Enjeksiyon	20	6,9
Tüplerin bağlanması	15	5,2
Spermisit	2	0,7
Acil korunma hapi	1	0,3
<b>Herhangi bir geleneksel yöntem kullanımı †</b>	<b>130</b>	<b>44,9</b>
Geri çekme	126	43,6
Emzirme	3	1,0
Takvim yöntemi	2	0,7
<b>Herhangi bir yöntem kullanımı</b>	<b>20</b>	<b>6,9</b>
Toplam	289	100,0

\* Gebeliği önleyici bir yöntem kullanılmış olması; bir kadının doğurganlık çağının herhangi bir döneminde, bir yöntemi kullanmış olması şeklinde tanımlanmıştır.

†Bu soruya birden fazla cevap verilebildiğinden, her cevap şikkı kendi içinde değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların, %71,6'sı *halen* herhangi bir yöntem kullandıklarını söylemiştir. Kadınların %47,4'ü ise herhangi bir modern yöntem kullandıklarını, %28,4'ü ise herhangi bir yöntem kullanmadıklarını söylemiştir (Tablo 4.4.4).

Halen herhangi bir yöntem kullanan kadınların (n=207), %30'u (n=62) kondom kullanırken, %20,7'si (n=43) RİA kullanmaktadır (Tablo 4.4.4).



**Tablo 4.4.4. Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanımı**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların *halen* kullandıkları gebelikten koruyucu yönteme göre dağılımı

<b>Araştırma sırasında kullanılan yöntem</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Herhangi bir yöntem kullanımı*‡</b>	<b>207</b>	<b>71,6</b>
Herhangi bir modern yöntem kullanıyorum	137	47,4
Kondom	62	<b>21,5</b>
RİA	43	<b>14,9</b>
Hap	16	5,5
Tüplerin bağlanması	15	5,2
Enjeksiyon	1	0,3
Herhangi bir geleneksel yöntem kullanıyorum	70	24,2
Geri çekme	69	23,9
Emzirme	1	0,3
<b>Hiçbir yöntem kullanmama</b>	<b>82</b>	<b>28,4</b>
<b>Toplam</b>	<b>289</b>	<b>100,0</b>

\*Gebelikten koruyucu bir yöntem kullanıyor olması; bir kadının araştırma tarihinde bir yöntemi kullanıyor olması şeklinde tanımlanmıştır.

‡ Birden fazla yöntemin kullanıldığı durumlarda en etkili yöntem dikkate alınmıştır.

Çalışmaya katılan kadınlardan, “Şu anda kullandığınız yöntem konusunda size bilgi verildi mi? Evet ise kim verdi?” sorusuna “kocam” cevabını verenler **%23,2** ile ilk sırada yer almaktadır (Tablo 4.4.5).

“Kocam” cevabını veren kadınların **%77,1’i (n=37) geri çekme** kullanırken, **%22,9’u (n=11) kondom** kullanmaktadırlar.

**Tablo 4.4.5. Halen kullanılan yöntem hakkında bilgi edinilen kaynak**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların *halen* kullandıkları gebelikten koruyucu yöntem hakkında bilgi edindikleri kaynağa göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Halen kullanılan yöntem hakkında bilgi edinilen kaynak</b>		
Kocam	48	23,2
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	43	20,8
Komşu/akraba/arkadaş	37	17,9
Ebe/hemşire	32	15,5
Diğer*	18	8,7
İnternet	12	5,8
Aile hekimi	6	2,9
Eczacı	4	1,9
Hiçbir bilgi alınmadı	7	3,4
<b>Toplam</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>

\* “diğer” cevabını veren kadınlar; aile hekimi, ebe/hemşire, komşu/akraba/arkadaş, internet cevaplarının birkaçını birlikte tek cevap olarak vermişlerdir.

Çalışmaya katılan kadınların %47,4’ü, *halen* kullandıkları yöntemi kamu sektöründen temin ederken, %37,2’si özel sektörden temin etmiştir, %15,3’ü ise birden fazla cevap vermiştir (Tablo 4.4.6).

“Birden fazla cevap veren” kadınlar analiz dışında bırakıldığında; yöntem temininin %56’sı (n=65) kamu sektöründen, %44’ü (n=51) özel sektörden olmuştur.

**Tablo 4.4.6. Halen kullanılan modern yöntemin temin edildiği kaynak**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların *halen* kullandıkları gebelikten koruyucu yöntemi temin ettiği kaynağa göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Halen kullanılan yöntemin temin edildiği kaynak</b>		
<b>Kamu sektörü</b>	<b>65</b>	<b>47,4</b>
Aile sağlığı merkezi	24	17,5
AÇSAP merkezi	16	11,7
Devlet/Numune hastanesi	10	7,3
Doğumevi	10	7,3
Eğitim-Araştırma hastanesi	5	3,6
<b>Özel sektör</b>	<b>51</b>	<b>37,2</b>
Eczane	29	21,2
Market/dükkan	11	8,0
Özel hastane	9	6,6
Özel poliklinik	1	0,7
Özel doktor muayenehanesi	1	0,7
<b>Diğer</b>	<b>21</b>	<b>15,3</b>
ASM+market	7	5,1
ASM+eczane	7	5,1
Eczane+market	5	3,6
ASM+eczane+market	1	0,7
ASM+özelhastane+market	1	0,7
<b>Toplam</b>	<b>137</b>	<b>100,0</b>

Çalışmaya katılan kadınların, *halen* gebelikten koruyucu yöntem kullanmama nedenlerine bakıldığında; sıklık açısından ilk üç sırada “menopozda”, “cinsel ilişki yok” ve “gebe kalmak istiyor” cevapları yer almıştır (sırasıyla %23,2; %18,3; %18,3) (Tablo 4.4.7).

**Tablo 4.4.7. Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanmama nedenleri**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların, *halen* gebelikten koruyucu yöntem kullanmama nedenlerine göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Halen yöntem kullanmama nedeni</b>		
Menopozda/histerektomi	19	23,2
Cinsel ilişki yok	15	18,3
Gebe kalmak istiyor	15	18,3
Gebe	14	17,1
Gebe kalması zor/kısır	11	13,4
Yeni doğum yapmış	4	4,9
Sağlık kaygısı	2	2,4
Sık olmayan ilişki	1	1,2
Diğer *	1	1,2
<b>Toplam</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

\*Sezaryen esnasında tüplerinin bağlandığını düşünüyor ama emin değil.

18-49 yaş, evlenmiş/evli kadınların, *halen kullanılan yöntem* dışında başka yöntem kullanmak isteyip istemedikleri sorulduğunda, kadınların %83,1'i (n=172) başka yöntem kullanmak istemediğini söylerken, 1 (%0,5) kadın bu soruyu cevapsız bırakmıştır. Başka yöntem kullanmak istediklerini söyleyen kadınların (n=34) sırasıyla, %45'si RİA (n=16), %20,6'sı (n=7) tüp ligasyon, %17,6'sı (n=6) enjeksiyon, %11,8'i (n=4) hap, %2,9'u (n=1) diğer cevabını vermiştir. Diğer cevabını veren kadın ise hap ya da RİA cevabını vermiştir.

Çalışmaya katılan kadınların, *halen kullanılan yöntem* dışında başka yöntem kullanmak istemelerine rağmen kullanmama nedenlerine bakıldığında; sıklık açısından ilk üç sırada “sağlık kaygısı”, “yan etki endişesi” ve “eşim istemiyor” cevapları yer almıştır (sırasıyla %47,1; %20,6; %8,8) (Tablo 4.4.8).

**Tablo 4.4.8. Başka yöntem kullanmak istenmesine rağmen kullanılmama nedenleri**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların, *halen kullanılan yöntem* dışında başka yöntem kullanmak istemelerine rağmen kullanmama nedenlerine göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Başka yöntem kullanmak istemesine rağmen kullanmama nedeni</b>		
Sağlık kaygısı	16	47,1
Yan etki endişesi	7	20,6
Eşi istemiyor	3	8,8
Diğer	4	11,7
İlerde tekrar çocuk sahibi olmak istiyor	2	5,9
Ne kullanacağıma karar veremiyor	1	2,9
İhmalkarlık	1	2,9
Doktor önermiyor	2	5,9
Nasıl temin edeceğimi bilmiyor	1	2,9
Şu anda kullandığım yöntemden memnun	1	2,9
<b>Toplam</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

Çalışmaya katılan kadınlardan, tüp ligasyon yaptıranların %40'ı bu hizmeti devlet/numune hastanesinden almıştır. RİA takıranların ise %35,7'si bu hizmeti AÇSAP merkezinden, %16,7'si ASM'den almıştır. Hap kullanan kadınların %60'ı, erkek kondomu kullananların ise %46,5'i bu yöntemi eczaneden temin etmiştir (Tablo 4.4.9).

**Tablo 4.4.9. Yöntem temin edilen kaynağa göre kullanılan yöntemin dağılımı**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, gebelikten koruyucu modern yöntemin temin edildiği kaynağa göre *halen* kullanılan gebelikten koruyucu *modern* yöntemin dağılımı

	Gebelikten koruyucu modern yöntem												p
	Tüp ligasyon		Hap		Enjeksiyon		RİA		Kondom		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Temin edilen kaynak</b>													
Devlet/Numune hastanesi	6	40,0	0	0,0	0	0,0	4	9,5	0	0,0	10	8,6	‡
Doğumevi	3	20,0	0	0,0	0	0,0	7	16,7	0	0,0	10	8,6	
AÇSAP	0	0,0	1	<b>6,7</b>	0	0,0	15	<b>35,7</b>	0	0,0	16	13,8	
Eğitim araştırma hastanesi	1	6,7	0	0,0	0	0,0	4	9,5	0	0,0	5	4,3	
ASM	0	0,0	5	<b>33,3</b>	0	0,0	7	<b>16,7</b>	12	<b>27,9</b>	24	20,7	
Özel hastane	<b>5</b>	33,3	0	0,0	1	100,0	3	7,1	0	0,0	9	7,8	
Özel poliklinik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	0,9	
Özel doktor muayenehanesi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	0,9	
Eczane	0	0,0	9	<b>60,0</b>	0	0,0	0	0,0	20	<b>46,5</b>	29	25,0	
Market/Dükkân	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	<b>25,6</b>	11	9,5	
<b>Toplam</b>	15	100,0	15	100,0	1	100,0	42	100,0	43	100,0	116*	100,0	

‡ Cochran ilkeleri gereği, istatistiksel analiz yapılamamış ve p değeri hesaplanamamıştır.

\* 21 kadın ise diğer cevabı başlığı altında birden fazla cevap verdiği için analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan kadınların **%56'sı** gebelikten koruyucu modern yöntemi kamu sektöründen ve **%44'ü** özel sektörden temin etmiştir. Ayrıca hap ve erkek kondomu kullananların, sırasıyla **%60'ı** ve **%72,1'i** bu yöntemi özel sektörden temin etmiştir. Tüp ligasyon yaptıran kadınların **%66,7'si** bu hizmeti kamu sektöründen temin ederken, RİA kullanan kadınların **%88'i** bunu kamu sektöründen temin etmiştir (Tablo 4.4.10).

**Tablo 4.4.10. Yöntem temin edilen kaynağa göre kullanılan yöntemin dağılımı**  
18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, gebelikten koruyucu modern yöntemin temin edildiği kaynağa göre *halen* kullanılan gebelikten koruyucu *modern* yöntemin dağılımı

	Gebelikten koruyucu modern yöntem												p
	Tüp ligasyon		Hap		Enjeksiyon		RİA		Kondom		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Temin edilen kaynak</b>													‡
Kamu sektörü	10	66,7	6	40,0	0	0,0	37	<b>88,0</b>	12	27,9	65	<b>56,0</b>	
Özel sektör	5	33,3	9	<b>60,0</b>	1	100,0	5	12,0	31	<b>72,1</b>	51	<b>44,0</b>	
<b>Toplam</b>	15	100,0	15	100,0	1	100,0	42	100,0	43	100,0	116*	100,0	

\* 21 kadın diğer cevabı başlığı altında birden fazla cevap verdiği için analize dahil edilmemiştir.

‡ Cochran ilkeleri gereği, istatistiksel analiz yapılamamış ve p değeri hesaplanamamıştır.

Çalışmaya katılan kadınların **%42,4'ü** doğum öncesi bakım esnasında gebelikten korunma hakkında bilgi verilmediğini söylerken, **%58,8'i** de doğum yaptıkları yerde bilgi verilmediğini söylemiştir. Son gebeliği düşük ile sonuçlanan kadınların %18,2'si gebelikten korunma ile ilgili bilgi verilmediğini söylerken, %50'si bilgi verilip verilmediğini hatırlamadığını söylemiştir (Tablo 4.4.11).

**Tablo 4.4.11. Gebelikten korunma hakkında bilgi verilme durumu**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlara, doğum öncesi bakım sırasında, doğum sonrası doğumun yapıldığı yerde ve son gebeliği düşük ile sonuçlanan kadınlarda düşük yapılan yerde gebelikten korunmak için kullanılacak yöntemler hakkında bilgi verilme durumuna göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Doğum öncesi bakım esnasında gebelikten korunmak için kullanılacak yöntemler hakkında bilgi verilme durumu (n=231*)</b>		
Hayır	98	42,4
Evet	98	42,4
Hatırlamıyorum	35	15,2
<b>Doğum yapılan yerde gebelikten korunmak için kullanılacak yöntemler hakkında bilgi verilme durumu (n=243 †)</b>		
Hayır	143	58,8
Evet	60	24,7
Hatırlamıyorum	40	16,5
<b>Son gebeliği düşük ile sonuçlanan kadınlara, düşük yapılan yerde gebelikten korunmak için kullanılacak yöntemler hakkında bilgi verilme durumu (n=22)</b>		
Hatırlamıyor	11	50,0
Evet	7	31,8
Hayır†	4	18,2
<b>Toplam</b>	<b>289</b>	<b>100,0</b>

\* 10 kadın hiç gebe kalmadığından, 22 kadının gebeliği düşük ile sonuçlandığından, 25 kadın DÖB almadığından ve en az bir kez doğum öncesi bakım alan 1 gebeye ise ivf ile gebe kalabildiği için AP hakkında bilgi verilmediğinden dahil edilmemiştir.

†10 kadın hiç gebe kalmadığından, 22 kadının gebeliği düşük ile sonuçlandığından,5 kadın hala gebe ve hiç doğum yapmadığından ve 9 kadın ise evde doğum yaptığından dahil edilmemiştir.

†ivf ile çocuk sahibi olduğundan, gebelik kontrollerinde ve düşük sonrası gebelikten korunma yöntemi ile ilgili bir şey anlatılmamış (hayır cevabını veren 1 düşükte).



#### 4.5. Düşükler ve Ölü Doğumlar

Çalışmaya katılan ve en az bir kez gebelik geçirmiş kadınlarda; ortalama kendiliğinden düşük sayısı  $0,41 \pm 0,81$ ; ortalama isteyerek düşük sayısı  $0,16 \pm 0,59$  ve ortalama ölü doğum sayısı ise  $0,06 \pm 0,31$  bulunmuştur.

Çalışmaya katılan yaklaşık **4 kadından biri** ( $\%26,2$ ;  $(48+13+12) / 279 * 100 = 26,2$ ) yaşam boyu en az 1 kez kendiliğinden düşük yapmıştır, yaklaşık **10 kadından 1'i** ise ( $\%9,7$ ;  $(17+7+3) / 279 * 100 = 9,7$ ) en az 1 kez isteyerek düşük yapmıştır. Kadınların  $\%3,9$ 'u ( $(5+6) / 279 * 100 = 3,9$ ) en az 1 kez ölü doğum yapmıştır (Tablo 4.5.1).

**Tablo 4.5.1. Düşük ve ölü doğumların dağılımı (1)**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların (yaşam boyu) kendiliğinden düşük, isteyerek düşük ve ölü doğum sayılarının dağılımı

	18-49 yaş kadın sayısı	
	n	%
<b>Kendiliğinden düşük sayısı</b>		
0	206	73,8
1	48	17,2
2	13	4,5
3+	12	4,3
<b>İsteyerek düşük sayısı</b>		
0	252	90,3
1	17	6,1
2	7	2,5
3+	3	1,1
<b>Ölü doğum sayısı</b>		
0	268	96,1
1	5	1,8
2	6	2,2
3+	0	0,0
<b>Toplam</b>	<b>279*</b>	<b>100,0</b>

\* 10 kadın hiç gebe kalmadığından analize dahil edilmemiştir.

Tüm kadınların hayat boyu meydana gelen toplam gebelik sayısı “800”dür. Toplam kendiliğinden düşük sayısı “113”, toplam isteyerek düşük sayısı “44” ve toplam ölü doğum sayısı “17”dir. Kadınlarda “yaşam boyu 100 gebelik için” meydana

gelen kendiliğinden düşük sayısı **14,1**; isteyerek düşük sayısı **5,5** ve ölü doğum sayısı ise **2,1**'dir (Tablo 4.5.2).

**Tablo 4.5.2. Düşük ve ölü doğumların dağılımı (2)**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların, “yaşam boyu 100 gebelik için” meydana gelen kendiliğinden düşük, isteyerek düşük ve ölü doğum sayısı

Gebelik sonucu (n=800)	100 gebelikte
Düşükler	19,6
Kendiliğinden düşükler	14,1
İsteyerek düşükler	5,5
Ölü doğumlar	2,1

En son gebeliğin sonlanma durumuna (isteyerek doğurdu, düşük); en son gebelikleri devam ettiğinden “halen gebe olan kadınlar” ve hiç gebe olmayan kadınlar dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılan kadınlarda 2005 yılı sonrasında, 2005 yılı ve öncesine göre isteyerek doğum sayısı arttıkça (%95,7) düşük sayısı azalmaktadır (%4,2) (p<0.001) (Tablo 4.5.3).

**Tablo 4.5.3. Gebelik sonlanma zamanına göre gebelik sonuçlanma durumu**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda *en son gebeliğin* sonlanma zamanına göre en son gebeliğin sonlanma durumu

	En son gebeliğin sonlanma durumu						
	İsteyerek doğurdu		Düşük*		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>En son gebeliğin sonlanma zamanı</b>							<0,001**
2005 ve öncesi	37	69,8	16	30,2	53	100,0	
2005 sonrası	133	95,7	6	4,2	139	100,0	
<b>Toplam</b>	170	88,5	22	11,5	192	100,0	

\* Düşük; isteyerek düşük ve kendiliğinden düşükleri kapsamaktadır.

\*\* p = 0,000

Çalışmaya katılan kadınlardan, 3 ve/veya daha fazla sayıda çocuk sahibi olanların, 2 ve/veya daha az sayıda çocuk sahibi olan kadınlara göre isteyerek doğum sayısı artmaktayken (%94,7) düşük sayısı (%5,3) azalmaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.5.4).

**Tablo 4.5.4. Yaşayan çocuk sayısına göre gebelik sonuçlanma durumu**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda yaşayan çocuk sayısına göre en son gebeliğin sonlanma durumu

	En son gebeliğin sonlanma durumu						p
	İsteyerek doğurdu		Düşük*		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>							**
0	1	20,0	4	80,0	5	100,0	
1-2	133	89,3	16	10,7	149	100,0	
3+	36	94,7	2	5,3	38	100,0	
<b>Toplam</b>	170	88,5	22	11,5	192	100,0	

\* Düşük; isteyerek düşük ve kendiliğinden düşüklere kapsamaktadır.

\*\* Cochran ilkeleri gereği, istatistiksel analiz yapılamamış ve p değeri hesaplanamamıştır

Çalışmaya katılan kadınlarda, eğitim düzeyi “ortaokul ve üzeri” olan kadınların eğitim düzeyi “ilkokul ve altı” olan kadınlara göre isteyerek doğum sayısı arttıkça (%92) düşük sayısı azalmaktadır (%8) ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.5.5).

**Tablo 4.5.5. Eğitim düzeyine göre gebelik sonuçlanma durumu**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, eğitim düzeyine göre son gebeliğin sonlanma durumu

	En son gebeliğin sonlanma durumu						p
	İsteyerek doğurdu		Düşük*		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Eğitim düzeyi</b>							>0,05
İlkokul ve altı	90	85,7	15	14,3	105	100,0	
Ortaokul ve üstü	80	92,0	7	8,0	87	100,0	
<b>Toplam</b>	170	88,7	22	11,5	192	100,0	

\* Düşük; isteyerek düşük ve kendiliğinden düşüklere kapsamaktadır.

\*\*  $p = 0,177$

Çalışmaya katılan kadınlarda, yaş grupları ile son gebeliğin isteyerek düşük veya kendiliğinden düşükle sonuçlanmasında, isteyerek düşüklerin “35-44 yaş” grubunda en yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.5.6).

**Tablo 4.5.6. Yaş gruplarına göre düşük tipinin dağılımı**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda yaş gruplarına göre en son gebeliğin sonlandığı düşük tipinin dağılımı

	İsteyerek düşük		Kendiliğinden düşük		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Yaş grupları</b>							*
15-24	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
25-34	2	50,0	2	50,0	4	100,0	
35-44	7	77,8	2	22,2	9	100,0	
45-49	4	50,0	4	50,0	8	100,0	
<b>Toplam</b>	13	59,1	9	40,9	22	100,0	

\* Cochran ilkeleri gereği, istatistiksel analiz yapılamamış ve p değeri hesaplanamamıştır.

Çalışmaya katılan kadınlarda, eğitim düzeyi “ilkokul ve altı” eğitimli kadınlarla, “ortaokul ve üzeri” eğitimli olan kadınların, son gebeliklerinin isteyerek düşük veya kendiliğinden düşükle sonuçlanması benzer bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.5.7).

**Tablo 4.5.7. Eğitim düzeyine göre düşük tipinin dağılımı**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda eğitim düzeyine göre en son gebeliğin sonlandığı düşük tipi

	İsteyerek düşük		Kendiliğinden düşük		Toplam		p*
	n	%	n	%	n	%	
<b>Eğitim düzeyi</b>							>0,05**
İlkokul ve altı	10	66,7	5	33,3	15	100,0	
Ortaokul ve üstü	3	42,9	4	57,1	7	100,0	
<b>Toplam</b>	13	59,1	9	40,9	22	100,0	

\* Fisher'sExact Test

\*\* p = 0,376

Çalışmaya katılan, ortalama aylık hane geliri "2000 TL ve altında" olan kadınlarla, "2000 TL üstünde" olan kadınların, son gebeliklerinin isteyerek veya kendiliğinden düşükle sonuçlanması benzer bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.5.8).

**Tablo 4.5.8. Gelir düzeyine göre düşük tipinin dağılımı**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda ortalama aylık hane gelirine göre en son gebeliğin sonlandığı düşük tipi

	İsteyerek düşük		Kendiliğinden düşük		Toplam		p*
	n	%	n	%	n	%	
<b>Aylık gelir (TL)</b>							>0,05**
0-2000	8	66,7	4	33,3	12	100,0	
>2000	4	57,1	3	42,9	7	100,0	
<b>Toplam</b>	12	63,2	7	36,8	19****	100,0	

\* Fisher'sExact Test

\*\* p = 1,000

\*\*\*3 kişi gelirini bildirmemiştir.

#### 4.6. Doğurganlık Tercihleri

Çalışmaya katılan kadınların **%67,7'sinin** en son gebelikleri planlı gebeliktir. Tüpleri bağlanmış kadınlar ile başka çocuk sahibi olma isteğine "hayır" cevabını veren kadınlar "başka çocuk sahibi olmak istemeyen kadınlar" olarak değerlendirilmiştir. Kadınların **%58,6'sı** şu andan sonra başka çocuk sahibi olmak istememektedir (Tablo 4.6.1).

**Tablo 4.6.1. Son gebeliğin planlanma durumu ve başka çocuk sahibi olma isteği**  
18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların *en son* gebeliklerini planlama durumu ve şu andan sonra başka çocuk sahibi olma isteğine göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>En son gebelik planı (n=279*)</b>		
Eşim de ben de istemiştik	189	67,7
Eşim de ben de istemiştik ama daha sonra planlamıştık	46	16,4
Eşim de ben de istememiştik	42	15,1
Ben istemiştim eşim istememişti	1	0,4
Ben istememiştim eşim istemişti	1	0,4
<b>Başka çocuk sahibi olma isteği (n=270<sup>†</sup>)</b>		
Hayır	143	53,0
Evet	71	26,3
Kararsız (Emin değil)	30	11,1
Tüpleri bağlanmış	15	5,6
Gebe kalması zor/kısır veya eşi kısır	11	4,1
<b>Toplam</b>	<b>289</b>	<b>100,0</b>

\* 10 kadın hiç gebe kalmadığından dahil edilmemiştir.

†19 kadın menopozda olduğundan dahil edilmemiştir.

En son gebeliği, düşükle sonuçlanan kadınlar (n=22) analize dahil edilmediğinde; doğumla sonuçlanan en son gebeliklerini ya da halen gebe ise bu gebeliklerini, *hiç istenmeyen gebelik* (“Eşim de ben de istememiştik”, “Ben istemiştim eşim istememişti” ve “Ben istememiştim eşim istemişti” cevaplarını içermektedir.) olduğunu ifade eden kadınların oranı **%12,8**’dir. Son gebeliklerinin, planlı gebelik (“Eşim de ben de istemiştik” cevabını içermektedir.) olduğunu ifade eden kadınların oranı **%71,2**’dir. Son gebeliklerini “daha sonra istenen gebelik” olarak ifade eden kadınların oranı ise **%16**’dır (Tablo 4.6.2).

**Tablo 4.6.2. Son gebeliğin planlanma durumu**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların, doğumla sonuçlanan en son gebeliklerini ya da halen gebe ise bu gebeliklerini planlama durumu

<b>En son gebelik planı (n=257*)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Eşim de ben de istemiştik	183	71,2
Eşim de ben de istemiştik ama daha sonra planlamıştık	41	16,0
Eşim de ben de istememiştik	31	12,0
Ben istemiştim eşim istememişti	1	0,4
Ben istememiştim eşim istemişti	1	0,4
<b>Toplam</b>	<b>289</b>	<b>100,0</b>

\* 10 kadın hiç gebe kalmadığından, 22 kadının gebeliği düşük ile sonuçlandığından analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan kadınlarda, eğitim düzeyi “ilkokul ve altı” olan kadınların %66’sının en son gebeliği, planlı gebelik iken, ”ortaokul ve üzeri” eğitim düzeyine sahip kadınların %77,9’unun en son gebeliği planlı bir gebeliktir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.6.3). Analize en son gebeliği “doğumla sonuçlanan” kadınlar ile “halen gebeliği devam eden” kadınlar dahil edilmiştir.

**Tablo 4.6.3. Eğitim düzeyine göre gebeliğin planlanma durumu**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, eğitim düzeyine göre en son gebeliğin (en son gebeliği, doğumla sonuçlanan ya da halen devam eden gebelikler) planlanma durumu

	<b>Planlanmış* gebelik</b>		<b>Planlanmamış** gebelik</b>		<b>Toplam</b>		<b>p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Eğitim düzeyi</b>							
İlkokul ve altı	95	66,0	49	34,0	144	100,0	<0,05 †
Ortaokul ve üstü	88	77,9	25	22,1	113	100,0	
<b>Toplam</b>	183	71,2	74	28,8	257 ‡	100,0	

\*‘Eşim de ben de istemiştik’ cevabını içermektedir.

\*\*Aşağıdaki 4 cevabı içermektedir:

- (1) Eşim de ben de istemiştik ama daha sonrası için planlamıştık.
- (2) Eşim de ben de istememiştik.
- (3) Ben istemiştim eşim istememişti.
- (4) Ben istememiştim eşim istemişti.

‡ p=0,036

† 10 kadın hiç gebe kalmadığından, 22 kadının ise son gebeliği düşükle sonuçlandığından analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan kadınlarda, yaş arttıkça planlanmamış gebelik sayısı artmaktadır ( $p<0,01$ ). Analize en son gebeliği ‘doğumla sonuçlanan’ kadınlar ile ‘halen gebeliği devam eden’ kadınlar dahil edilmiştir (Tablo 4.6.4).

**Tablo 4.6.4. Yaş gruplarına göre gebeliğin planlanma durumu**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, yaş gruplarına göre en son gebeliğin (en son gebeliği doğumla sonuçlanan ya da halen devam eden kadınlarda) planlanma durumu

	Planlanmış*		Planlanmamış**		Toplam		p
	gebelik		gebelik				
	n	%	n	%	n	%	
Yaş grupları							
15-24	16	94,1	1	5,9	17	100,0	<0,01 ‡
25-34	72	79,1	19	20,9	91	100,0	
35-44	77	66,4	39	33,6	116	100,0	
45-49	18	54,5	15	45,5	33	100,0	
<b>Toplam</b>	183	71,2	74	28,8	257†	100,0	

\*‘Eşim de ben de istemiştik’ cevabını içermektedir.

\*\*Aşağıdaki 4 cevabı içermektedir:

(1) Eşim de ben de istemiştik ama daha sonrası için planlamıştık.

(2) Eşim de ben de istememiştik.

(3) Ben istemiştim eşim istememişti.

(4) Ben istememiştim eşim istemişti.

‡ p=0,005

† 10 kadın hiç gebe kalmadığından, 22 kadının ise son gebeliği düşükle sonuçlandığından analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan kadınlarda, ortalama aylık hane geliri “2000 TL ve altında” olan kadınlar ile “2000 TL üstünde” olan kadınlar, en son gebeliklerinin planlanma durumu açısından benzer bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Analize en son gebeliği “doğumla sonuçlanan” kadınlar ile “halen gebeliği devam eden” kadınlar dahil edilmiştir (Tablo 4.6.5).



**Tablo 4.6.5. Gelir düzeyine göre gebeliğin planlanma durumu**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, ortalama aylık hane gelirine göre en son gebeliğin (en son gebeliği doğumla sonuçlanan ya da halen devam eden kadınlarda) planlanma durumu

	Planlanmış* gebelik*		Planlanmamış** gebelik		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Aylık gelir (TL)</b>							
0-2000	105	70,5	44	29,5	149	100,0	>0,05 ‡
>2000	58	73,4	21	26,6	79	100,0	
<b>Toplam</b>	163	71,5	65	28,5	228†	100,0	

\*‘Eşim de ben de istemiştik’ cevabını içermektedir.

\*\*Aşağıdaki 4 cevabı içermektedir:

- (1) Eşim de ben de istemiştik ama daha sonrası için planlamıştık.
- (2) Eşim de ben de istememiştik.
- (3) Ben istemiştim eşim istememişti.
- (4) Ben istememiştim eşim istemişti.

‡ p=0,639

† 10 kadın hiç gebe kalmadığından, 22 kadının ise son gebeliği düşükle sonuçlandığından ve 29 kadın ise gelirini bildirmediğinden analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan, 18-49 yaş evlenmiş kadınlar ve halen evli kadınlarda, 2005 yılı ve öncesindeki en son gebeliklerin **%43,9’unun** planlanmamış gebelik olduğu, 2005 sonrasındaki en son gebeliklerin ise **%23,6’sının** planlanmamış gebelik olduğu bulunmuştur (p<0,01). Analize en son gebeliği “doğumla sonuçlanan” kadınlar ile “halen gebeliği devam eden” kadınlar dahil edilmiştir (Tablo 4.6.6).

**Tablo 4.6.6. Gebelik zamanına göre gebeliğin planlanma durumu**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, en son gebelik (doğumla sonuçlanan ya da halen devam eden gebelik) zamanına göre bu gebeliğin planlanma durumu

	Planlanmış gebelik*		Planlanmamış**		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>En son gebelik zamanı</b>							<0,01 †
2005 ve öncesi	37	56,1	29	43,9	66	100,0	
2005 sonrası	146	76,4	45	23,6	191	100,0	
<b>Toplam</b>	183	71,2	74	28,8	257†	100,0	

\*Eşim de ben de istemiştik' cevabını içermektedir.

\*\*Aşağıdaki 4 cevabı içermektedir:

- (1) Eşim de ben de istemiştik ama daha sonrası için planlamıştık.
- (2) Eşim de ben de istememiştik.
- (3) Ben istemiştim eşim istememişti.
- (4) Ben istememiştim eşim istemişti.

† p=0,002

†10 kadın hiç gebe kalmadığından, 22 kadının ise son gebeliği düşükle sonuçlandığından analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan, eğitim düzeyi “ilkokul ve altı” olan kadınların %20,5'i şu andan itibaren başka çocuk sahibi olma isteğine “Evet” cevabını verirken, ”ortaokul ve üzeri” eğitim düzeyine sahip kadınların %33,1'i bu soruya “Evet” cevabını vermiştir (p<0,05) (Tablo 4.6.7).

**Tablo 4.6.7. Eğitim düzeyine göre doğurganlık tercihinin dağılımı**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, eğitim düzeyine göre başka çocuk sahibi olma isteği

	Şu andan itibaren başka çocuk sahibi olmak ister misiniz?										p	
	Evet		Hayır*		Emin değilim		Gebe kalması zor/kısır veya eşi kısır		Toplam			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Eğitim düzeyi</b>												
İlkokul ve altı	30	20,5	98	67,1	12	8,2	6	4,1	146	100,0	<0,05 ‡	
Ortaokul ve üstü	41	33,1	60	48,4	18	14,5	5	4,0	124	100,0		
<b>Toplam</b>	71	26,3	158	58,5	30	11,1	11	4,1	270 <sup>†</sup>	100,0		

\* 'Hayır' cevabına tüp ligasyon yaptırmış kadınlar da dahil edilmiştir.

‡ p=0,015

† 19 kişi menopozda olduğundan analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan kadınlarda, ortalama aylık hane geliri “2000 TL ve altında” olanlar ile “2000 TL üzerinde” olan kadınlar arasında doğurganlık tercihi benzer bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 4.6.8).

**Tablo 4.6.8. Gelir düzeyine göre doğurganlık tercihinin dağılımı**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, ortalama aylık hane gelirine göre başka çocuk sahibi olma isteği

	Şu andan itibaren başka çocuk sahibi olmak ister misiniz?										p	
	Evet		Hayır*		Emin değilim		Gebe kalması zor/kısır veya eşi kısır		Toplam			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Aylık gelir (TL)</b>												
0-2000	41	26,5	95	61,3	14	9,0	5	3,2	155	100,0	>0,05 ‡	
>2000	25	29,4	46	54,1	9	10,6	5	5,9	85	100,0		
<b>Toplam</b>	66	27,5	141	58,8	23	9,6	10	4,2	240 <sup>†</sup>	100,0		

\* 'Hayır' cevabına tüp ligasyon yaptırmış kadınlar da dahil edilmiştir.

‡ p=0,632

† 19 kişi menopozda olduğundan, 30 kişi gelirini belirtmediğinden analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan kadınlardan en yüksek fertilitte isteği olanlar 18-24 yaş grubundadır (%87). Yaş arttıkça kadınların başka çocuk sahibi olma isteği azalmaktadır (Tablo 4.6.9).

**Tablo 4.6.9. Yaş gruplarına göre doğurganlık tercihinin dağılımı**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, yaş gruplarına göre başka çocuk sahibi olma isteğinin dağılımı

	Şu andan itibaren başka çocuk sahibi olmak ister misiniz?										p
	Evet		Hayır*		Emin değilim		Gebe kalması zor/kısır veya eşi kısır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş grupları											
15-24	20	87,0	2	8,7	1	4,3	0	0,0	23	100,0	**
25-34	38	38,4	47	47,5	13	13,1	1	1,0	99	100,0	
35-44	11	8,9	88	71,5	16	13,0	8	6,5	123	100,0	
45-49	2	8,0	21	84,0	0	0,0	2	8,0	25	100,0	
<b>Toplam</b>	71	26,3	158	58,5	30	11,1	11	4,1	270 <sup>†</sup>	100,0	

\* 'Hayır' cevabına tüp ligasyon yaptırmış kadınlar da dahil edilmiştir.

\*\*Cochran ilkeleri gereği, istatistiksel analiz yapılamamış ve p değeri hesaplanamamıştır.

† 19 kişi menopozda olduğundan analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan kadınlardan en az fertilitte isteği olanlar çocuk sayısı 4 ve üzerinde olan kadınlardır (%91,7), Yaşayan çocuk sayısı arttıkça, kadınların başka çocuk sahibi olma isteği azalmaktadır (Tablo 4.6.10).

**Tablo 4.6.10. Yaşayan çocuk sayısına göre doğurganlık tercihinin dağılımı (1)**  
18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, yaşayan çocuk sayısına göre başka çocuk sahibi olma isteğinin dağılımı

	Şu andan itibaren başka çocuk sahibi olmak ister misiniz?										p	
	Evet		Hayır*		Emin değilim		Gebe kalması zor/kısır veya eşi kısır		Toplam			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>												**
0	16	80,0	1	5,0	2	10,0	1	5,0	20	100,0		
1	32	58,2	12	21,8	5	9,1	6	10,9	55	100,0		
2	17	14,5	78	66,7	18	15,4	4	3,4	117	100,0		
3	4	7,4	45	83,3	5	9,3	0	0,0	54	100,0		
4+	2	8,3	22	91,7	0	0,0	0	0,0	24	100,0		
<b>Toplam</b>	71	26,3	158	58,5	30	11,1	11	4,1	270 <sup>†</sup>	100,0		

\* 'Hayır' cevabına tüp ligasyon yaptırmış kadınlar da dahil edilmiştir.

\*\* Cochran ilkeleri gereği, istatistiksel analiz yapılamamış ve p değeri hesaplanamamıştır.

† 19 kişi menopozda olduğundan analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan, 2 ve/veya daha az sayıda çocuğu olan kadınların başka çocuk sahibi olma isteği (%33,9), 3 ve/veya üzeri sayıda çocuğu olan kadınlara göre daha fazladır (%7,7) ( $p < 0,001$ ) (Tablo 4.6.11).

**Tablo 4.6.11. Yaşayan çocuk sayısına göre doğurganlık tercihinin dağılımı (2)**  
18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, yaşayan çocuk sayısına göre başka çocuk sahibi olma isteği

	Şu andan itibaren başka çocuk sahibi olmak ister misiniz?										p
	Evet		Hayır*		Emin değilim		Gebe kalması zor/kısır veya eşi kısır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>											<0,001 ‡
2 ve altı	65	33,9	91	47,4	25	13,0	11	5,7	192	100,0	
3 ve üzeri	6	7,7	67	85,9	5	6,4	0	0,0	78	100,0	
<b>Toplam</b>	71	26,3	158	58,5	30	11,1	11	4,1	270 <sup>†</sup>	100,0	

\* 'Hayır' cevabına tıp ligasyon yaptırmış kadınlar da dahil edilmiştir.

‡ p=0,000

† 19 kişi menozda olduğundan analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan kadınlardan, geri çekme yöntemini kullananların **%59,2'si**, herhangi bir yöntem kullanmayanların ise **%30,9'u** başka çocuk sahibi olmak istememektedir. Toplamda kadınların %58,2'si (n=158) başka çocuk sahibi olmak istememektedir (Tablo 4.6.12).

**Tablo 4.6.12. Kullanılan yöntemle göre doğurganlık tercihinin dağılımı (1)**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, *halen* kullanılan gebelikten koruyucu yöntemle göre başka çocuk sahibi olma isteği

	Şu andan itibaren başka çocuk sahibi olmak ister misiniz?										p
	Evet		Hayır*		Emin değilim		Gebe kalması zor/kısır veya eşi kısır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Yöntem</b>											
Tüp ligasyon	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	15	100,0	**
RİA	8	18,2	32	72,7	4	9,1	0	0,0	44	100,0	
Hap	4	22,2	13	72,2	1	5,6	0	0,0	18	100,0	
Enjeksiyon	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
Kondom	18	27,7	39	60,0	8	12,3	0	0,0	65	100,0	
Emzirme	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
Geri çekme	19	26,8	42	59,2	10	14,1	0	0,0	71	100,0	
Kullanmıyor	20	36,4	17	30,9	7	12,7	11	20,0	55	100,0	
<b>Toplam</b>	71	26,3	158	58,2	30	11,1	11	4,1	270 <sup>†</sup>	100,0	

\* “Hayır” cevabına tüp ligasyon yaptırmış kadınlar da dahil edilmiştir.

\*\* Cochran ilkeleri gereği, istatistiksel analiz yapılamamıştır ve p değeri hesaplanamamıştır.

† 19 kişi menozda olduğundan, analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan kadınlardan çok etkili modern yöntem kullananların %79,7’si, diğer modern yöntem kullananların %61,2’si, geleneksel yöntem kullananların %59,2’si ve yöntem kullanmayanların ise %38,6’sı başka çocuk sahibi olmak istemediklerini ifade etmişlerdir (p>0,05) (Tablo 4.6.13).

**Tablo 4.6.13. Kullanılan yöntemle göre doğurganlık tercihinin dağılımı (2)**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, halen kullanılan gebelikten koruyucu yöntemle göre başka çocuk sahibi olma isteği

	Şu andan itibaren başka çocuk sahibi olmak ister misiniz?								p
	Evet		Hayır*		Emin değilim		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Yöntem</b>									
Çok etkili modern yöntemler**	8	13,6	47	79,7	4	6,8	59	100,0	<0,01 †
Diğer modern yöntemler***	24	28,2	52	61,2	9	10,6	85	100,0	
Geleneksel yöntem	19	26,8	42	59,2	10	14,1	71	100,0	
Yöntem kullanmayanlar	20	45,5	17	38,6	7	15,9	44	100,0	
<b>Toplam</b>	71	27,4	158	61,0	30	11,6	259†	100,0	

\* “Hayır” cevabına tüp ligasyon yaptırmış kadınlar da dahil edilmiştir.

\*\* Tüp ligasyon, vasketomi, implant, RIA dahil edilmiştir.

\*\*\* Tüp ligasyon, vasketomi, implant, RIA dışındaki modern yöntemlerdir.

† p=0,005

† 19 kadın menopozda olduğundan, 11 kadın ise kendi ya da eşi infertil olduğundan tabloya dahil edilmemiştir.

Modern yöntem kullananların %70,8'i, geleneksel yöntem kullananların %60'ı ve yöntem kullanmayanların ise %36,8'i, şu andan itibaren başka çocuk sahibi olmak istemediklerini ifade etmişlerdir (p<0,01) (Tablo 4.6.14).



**Tablo 4.6.14. Kullanılan yöntemle göre doğurganlık tercihinin dağılımı (3)**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda *halen* kullanılan gebelikten koruyucu yöntemle göre başka çocuk sahibi olma isteği

	Şu andan itibaren başka çocuk sahibi olmak ister misiniz?								
	Evet		Hayır*		Emin değilim		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Yöntem</b>									
Modern yöntemler	28	20,4	97	70,8	12	8,8	137	100,0	<0,01 ‡
Geleneksel yöntem	18	25,7	42	60,0	10	14,3	70	100,0	
Yöntem kullanmayanlar	19	50,0	14	36,8	5	13,2	38	100,0	
<b>Toplam</b>	65	26,5	153	62,4	27	11,0	245†	100,0	

\* “Hayır” cevabına tüp ligasyon yaptırmış kadınlar da dahil edilmiştir.

‡ p=0,002

† 19 kadın menopozda olduğundan ve 11 kadın ise kendi ya da eşi infertil olduğundan, 14 kadın ise halen gebe olduğundan analize dahil edilmemiştir.

19 kadın menopozda olduğu için, 11 kadın kendisi/eşi infertil olduğu için, 14 kadın da “halen gebe” olduğundan “AP ihtiyacı olmayan” kadınlar olarak kabul edilmişlerdir (n=44). Araştırma kapsamında toplam 289 kadınla görüşülmüş, bunlardan 44 kadın araştırma esnasında AP ihtiyacı olmadığından, “**toplam AP talebi**” olan kadın sayısı “**245**” olmuştur. Gebelik riski olan kadınlar arasında “herhangi bir AP yöntemi kullanan” (doğurganlığa ara vermek için veya son vermek için hem modern hem de geleneksel yöntem kullanan) kadın sayısı “207” olup, “**karşılanmış AP talebi**” %84,5’dir. Gebelik riski olan kadınlarda modern bir AP yöntemi kullanan kadın sayısı “137” ve **modern yöntemle karşılanmış AP talebi** %55,9’dur. Gebelik riski olan ve başka çocuk isteği olmayan ancak herhangi bir AP yöntem kullanmayan kadın sayısı 19 ve “**karşılanmamış AP talebi**” %7,8’dir. Gebelik riski olup başka çocuk isteği olmayan ve herhangi bir modern yöntem

kullanmayan kadın sayısına (n=19), başka çocuk isteği olmayan ve geleneksel yöntem kullananlar (n=52) da dahil edildiğinde toplam kadın sayısı 71 ve karşılanmamış AP talebi **%28,9** olmuştur (Tablo 4.6.15).

Hesaplamalar şu şekilde yapılmıştır:

- Karşılanmış AP talebi = (Gebelik riski olan ve herhangi bir AP yöntem kullanan kadın sayısı / Toplam AP talebi olan kadın sayısı) × 100
- Modern yöntemle karşılanmış AP talebi = (Gebelik riski olan ve modern bir AP yöntemi kullanan kadın sayısı / Toplam AP talebi olan kadın sayısı) × 100
- Karşılanmamış AP talebi = (Gebelik riski olan ve başka çocuk isteği olmayan ancak herhangi bir AP yöntem kullanmayan kadın sayısı / Toplam AP talebi olan kadın sayısı) × 100
- Toplam AP talebi = Karşılanmış AP talebi + Karşılanmamış AP talebi

Karşılanmamış AP talebi, gebelik riski bulunan kadınlarda; modern yöntem kullanan kadın sayısının (n=137), toplam AP talep eden kadın sayısına (n=245) oranı şeklinde hesaplandığında, karşılanmamış AP talebi **%44,1** olmaktadır.

**Tablo 4.6.15. Gebelikten koruyucu yöntem kullanımına göre gebelik riski durumu**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, halen kullanılan gebelikten koruyucu yöntemle göre gebelik riski durumu

	Gebelik riski yok		Gebelik riski var				Toplam	
			Çocuk isteyen*		Çocuk istemeyen **			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>AP yöntem kullanan</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>46</b>	<b>22,2</b>	<b>161</b>	<b>77,8</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>
Modern yöntem kullanan	0	0,0	28	20,4	109	79,6	137	100,0
Geleneksel yöntem kullanan	0	0,0	18	25,7	52	74,3	70	100,0
<b>AP yöntem kullanmayan</b>	<b>44†</b>	<b>53,6</b>	<b>19</b>	<b>23,2</b>	<b>19</b>	<b>23,2</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>
<b>Toplam</b>	<b>44</b>	<b>15,2</b>	<b>65</b>	<b>22,5</b>	<b>180</b>	<b>62,3</b>	<b>289</b>	<b>100,0</b>

\*Başka çocuk isteğine 'evet' cevabını veren kadınlar.

\*\* Başka çocuk isteğine, 'hayır' veya 'emin değilim' cevabını veren kadınlar.

† Menopozda (n=19), eşi/kendi infertil (n=11) ve halen gebe (n=14) olan kadınlar.

Çalışmaya katılan kadınların, hayat boyu sahip olmak istedikleri canlı çocuk sayısının ortalaması  $2,7 \pm 0,9$  olup en az 1, en fazla 8 çocuk istenmektedir ve medyan ise 2 çocuktur (Tablo 4.6.16).

**Tablo 4.6.16. İdeal çocuk sayısı**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların, *hayat boyu* sahip olmak istedikleri ideal çocuk sayısı

	n	Aritmetik Ortalama	SS**	Medyan	Minimum	Maksimum
<b>İdeal çocuk sayısı</b>	<b>286*</b>	2,7	0,9	2	1	8

\* 3 kadın bu soruya cevap vermemiştir.

\*\* standart sapma.

Çalışmaya katılan (TNSA'da olduğu gibi; tüm kadınlar analize dahil edildiğinde) kadınların yaşayan çocuk sayısının ortalaması  $2,08 \pm 1,09$  idi (minimum:0, maksimum:6 ve medyan: 2 çocuktur) (Tablo 4.6.17).

**Tablo 4.6.17. Yaşayan çocuk sayısı**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların yaşayan çocuk sayısı

	n	Aritmetik Ortalama	SS*	Medyan	Minimum	Maksimum
Yaşayan çocuk sayısı	289	2,08	1,09	2	0	6

Çalışmaya katılan kadınlardan çocuk sayısı 0, 1, 2 olanların büyük çoğunluğu, hayat boyu sahip olmak istedikleri çocuk sayısını “2 çocuk” olarak ifade etmişlerdir (sırasıyla %66,7; %56,4; %64,1). Çocuk sayısı 3 olan kadınların ise %49,1’i ideal çocuk sayısını “3 çocuk”, 4 ve/veya daha fazla sayıda çocuğu olanların ise %63’ü ideal çocuk sayısını ”4 ve üzeri sayıda çocuk” olarak beyan etmişlerdir (Tablo 4.6.18).

**Tablo 4.6.18. Yaşayan çocuk sayısına göre ideal çocuk sayısının dağılımı**18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların, yaşayan çocuk sayısına göre *hayat boyu* sahip olmak istedikleri ideal çocuk sayısının dağılımı

	İdeal çocuk sayısı									
	1		2		3		4+		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaşayan çocuk sayısı										
0	3	16,7	12	<b>66,7</b>	1	5,6	2	11,1	18	100,0
1	3	5,5	31	<b>56,4</b>	14	25,5	7	12,7	55	100,0
2	1	0,8	84	<b>64,1</b>	27	20,6	19	14,5	131	100,0
3	1	1,8	9	16,4	27	<b>49,1</b>	18	32,7	55	100,0
4+	0	0,0	5	18,5	5	18,5	17	<b>63,0</b>	27	100,0
<b>Toplam</b>	8	2,8	141	<b>49,3</b>	74	25,9	63	22,0	286*	100,0

\* Yaşayan çocuk sayısı “0” olan 2 kadın, yaşayan çocuk sayısı “3” olan 1 kadın olmak üzere;

toplamda 3 kadın bu soruya cevap vermemiştir.

#### 4.7.Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ve ilgili Özellikler

Çalışmaya katılan kadınların %90,3'ü en az 1 kez doğum öncesi bakım almıştır. Bu kadınlar %98,7 ile bu bakımı en fazla kadın hastalıkları ve doğum uzmanından aldığını söylerken, %51,7'si ise aile hekimi cevabını vermiştir. Kadınların %57,7'si kamu kurumlarından olan aile sağlığı merkezine başvururken, %61,6'sı özel hastaneye başvurmuştur (Tablo 4.7.1).

**Tablo 4.7.1. Doğum öncesi bakım alma durumu ve ilgili özellikler**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınların (en son gebeliği isteyerek düşük/kendiliğinden düşük ile sonuçlanmayan kadınlar ile halen gebe olan kadınlar), doğum öncesi bakım alma durumları ve ilgili özelliklere göre dağılımları

	n	%
<b>En az bir kez doğum öncesi bakım alma durumu</b>		
Evet	232	90,3
Hayır	25	9,7
<b>Toplam</b>	<b>257<sup>†</sup></b>	<b>100,0</b>
<b>Doğum öncesi bakım veren kişi *</b>		
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	229	<b>98,7</b>
Hemşire/Ebe	133	57,3
Aile hekimi	120	<b>51,7</b>
Pratisyen hekim	15	6,4
<b>Doğum öncesi bakım veren yer *</b>		
<b>Kamu</b>		
Aile sağlığı merkezi	134	<b>57,7</b>
Devlet/Numune hastanesi	97	41,8
Doğumevi	42	18,1
Eğitim-Araştırma hastanesi	29	12,5
Sağlık ocağı	19	8,1
AÇSAP merkezi	2	0,8
SSK hastanesi	1	0,4
Üniversite hastanesi	1	0,4
<b>Özel</b>		
Özel hastane	143	<b>61,6</b>
Özel poliklinik	5	2,1
Özel doktor muayenehane	1	0,4
Diğer	1**	0,4
Doğum öncesi bakım almamış	25	10,7
<b>Toplam</b>	<b>232</b>	<b>100,0</b>

† 10 kadın hiç gebe kalmadığından ve 22 kadının son gebeliği düşük ile sonuçlandığından dahil edilmemiştir.

\*DÖB için birden fazla yere başvurulduğundan, her cevap şıkkı kendi içinde değerlendirilmiştir.

\*\*belediye

Çalışmaya katılan kadınların %54,8'i doğumu kamu kurumunda, %41,7'si özel sektöre ait kurumlarda ve %3,6'sı ise evde yapmıştır. Kadınların %90,5'inin doğumuna “doktor” yardım etmiştir (Tablo 4.7.2).

**Tablo 4.7.2.Doğum yapılan yer**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda *en son* gebeliği doğumla sonuçlanan kadınların doğumunu yaptığı yere göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Doğumun yapıldığı yer</b>		
<b>Kamu sektörü</b>	<b>138</b>	<b>54,8</b>
Devlet/Numune hastanesi	63	25,0
Doğumevi	45	17,9
Eğitim-Araştırma hastanesi	27	10,7
Üniversite hastanesi	1	0,4
SSK hastanesi	2	0,8
<b>Özel sektör</b>	<b>105</b>	<b>41,7</b>
Özel hastane	104	41,3
Özel poliklinik	1	0,4
<b>Diğer*</b>	<b>9</b>	<b>3,6</b>
<b>Doğuma yardım eden kişi</b>		
Doktor	228	90,5
Hemşire/ebe	17	6,7
Geleneksel ebe	6	2,4
Akraba/arkadaş/komşu	1	0,4
<b>Toplam</b>	<b>252**</b>	<b>100,0</b>

\*evde doğum (8 doğum 2005 yılı öncesinde, 1 doğum 2008 yılında olmuştur).

\*\* 5 kadın hala gebe ve hiç doğum yapmadığından analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan, 2005 yılından sonra doğum yapan ya da araştırma tarihinde halen gebeliği devam eden kadınların (%96,9), 2005 yılı ve öncesinde doğum yapanlara (%71,2) göre doğum öncesi bakım alma sayısı artmıştır ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.7.3).

**Tablo 4.7.3. Gebelik zamanına göre doğum öncesi bakım alma durumu**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, en son gebelik (en son gebeliği isteyerek düşük/kendiliğinden düşük ile sonuçlanmayan kadınlar ile halen gebe olan kadınlar) zamanına göre *en az 1 kez* doğum öncesi bakım alma durumu

	(En son gebeliğinizde) Gebeyken muayene ya da kontrol oldunuz mu?						p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
En son gebelik zamanı							<0,001*
2005 ve öncesi	47	71,2	19	28,8	66	100,0	
2005 sonrası	185	96,9	6	3,1	191	100,0	
<b>Toplam</b>	232	<b>90,3</b>	25	9,7	257	100,0	

\* p=0,000

#### 4.8. Kanser Tarama Hizmetleri

Çalışmaya katılan **40 yaş ve üzeri** kadınların %37,6'sı hayat boyu en az 1 kez mamografi yaptırdığını söylemiştir (Tablo 4.8.1).

**Tablo 4.8.1. Mamografi yaptırdığı durumu**

**40 yaş ve üzeri**, evlenmiş/evli kadınların, hayat boyu *en az 1 kez* mamografi yaptırdığı durumuna göre dağılımları

	n	%
<b>En az 1 kez mamografi yaptırdığı durumu</b>		
Evet	35	37,6
Hayır	58	62,4
<b>Toplam</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

Çalışmaya katılan **40 yaş ve üzeri** kadınlardan, mamografi çektirenlerin %60'ı bu hizmeti devlet/numune hastanesinden, %20'si ise eğitim-araştırma hastanesinden almıştır. Bu hizmeti kamu kurumlarından alan kadınların oranı ise **%91,5**'tir (Tablo 4.8.2).

**Tablo 4.8.2. Mamografi hizmeti alınan kurum**

**40 yaş ve üzeri**, evlenmiş/evli kadınların, mamografi hizmetini aldıkları kuruma göre dağılımları

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Mamografi çektirilen kurum</b>		
<b>Kamu sektörü</b>	<b>32</b>	<b>91,5</b>
Devlet/Numune hastanesi	21	60,0
Eğitim-araştırma hastanesi	7	20,0
Üniversite hastanesi	1	2,9
Belediye	1	2,9
KETEM*	1	2,9
Doğumevi	1	2,9
<b>Özel sektör</b>	<b>3</b>	<b>8,5</b>
Özel hastane	3	8,5
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

\* Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

Çalışmaya katılan **40 yaş ve üzeri** kadınlardan, mamografi çektiren "**35**" kadına "mamografiyi kimin önerdiği" sorulmuştur. Kadınların **%65,7**'si (n=23) mamografi çektirmeyi kadın hastalıkları ve doğum uzmanının tavsiye ettiğini söylemiştir. Bunu **%14,3** ile "genel cerrahi uzmanı" cevabı takip etmiştir. "Aile hekimi" cevabını veren kadın oranı ise **%5,7** (n=2) bulunmuştur (Tablo 4.8.3).



**Tablo 4.8.3. Mamografi çektirmeyi öneren kişi**

**40 yaş ve üzeri**, evlenmiş/evli kadınlardan, mamografi çektirenlere, kimin mamografiyi önerdiğine dair dağılımları

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Mamografiyi öneren kişi*</b>		
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	23	65,7
Genel cerrahi uzmanı	5	14,3
Komşu/akraba/arkadaş	3	8,6
Aile hekimi	2	5,7
Diğer **	2	5,7
Ebe/hemşire	1	2,9
TV	1	2,9
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

\* Bu soruya birden fazla cevap verilebildiğinden, her cevap şıkkı kendi içinde değerlendirilmiştir.

\*\*1 kişi ASM duvarındaki afişi görünce, 1 kişi de kendi kendine muayene sonrası memesinde kitle tespit edince sağlık kurumuna başvurduğunu söylemiştir.

Araştırmaya katılan **40 yaş ve üzeri** kadınlardan, mamografi çektirmeyen kadınlar arasında, en sık çektirmeme nedeni olarak %31 ile “Şikâyetim yok” cevabı yer almıştır. %22,4 ile “Çektirmem gerektiğini bilmiyordum” ve %17,2 ile “Zamanım yok” cevapları verilmiştir. “Diğer” cevabını veren 7 kadın ise farklı sebep söylemiştir: (1) Gideceğim, yaşım yeni 40 oldu. (2) Uğraşmak istemedim, gitmek zor. (3) Başka sağlık sorunlarım olduğu için mamografi çektirmeye sıra gelmedi. (4) Doktora gitmeyi sevmiyorum, hastaneden mikrop kapmaktan korkuyorum. (5) Doktor çocuğu yeni memeden kestiğim için gerekmez dedi. (6) Nerede çektireceğimi bilmiyorum. (7) Yaşım uygun olmadığı için çektirmedim (Tablo 4.8.4).

**Tablo 4.8.4. Mamografi ektirmeme nedenleri**

*40 yaş ve üzeri*, evlenmiş/evli kadınlarda, mamografi çektirmeme nedenlerine göre dağılımları

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Mamografi ektirmeme nedeni</b>		
şikâyetim yok	18	31,0
ektirmem gerektiğini bilmiyordum	13	22,4
Zamanım yok	10	17,2
İhmalkarlık	8	13,8
Diğer *	7	12,1
İşlem ağrılı olabilir	2	3,4
<b>Toplam</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>

\* Her kadın farklı bir sebep beyan etmiştir.

Çalışmaya katılan *30 yaş ve üzeri* kadınların %69'u hayat boyu en az 1 kez serviks kanseri için tarama yaptırmıştır (Tablo 4.8.5).

Çalışmaya katılan 30-39 yaş grubu, **100 kadından 70'i**, hayatında en az 1 kez serviks kanseri için tarama yaptırmıştır, 40-49 yaş grubunda ise **100 kadından 68'si** yaptırmıştır.

**Tablo 4.8.5. Serviks kanseri için tarama yaptırma durumu**

*30 yaş ve üzeri*, evlenmiş/evli kadınların, hayat boyu *en az 1 kez serviks* kanseri için tarama yaptırma durumlarına göre dağılımları

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>En az 1 kez tarama yaptırma durumu</b>		
Evet	158	69,0
Hayır	71	31,0
<b>Toplam</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>

Çalışmaya katılan *30 yaş ve üzeri* kadınlardan, serviks kanseri için tarama yaptıranların %31,6'sı bu hizmeti devlet/numune hastanesinden almıştır. Kadınların %75,3' ise bu hizmet için kamu kurumlarına başvurmuştur (Tablo 4.8.6).

**Tablo 4.8.6. Serviks kanseri tarama hizmeti için başvuru kurum**

**30 yaş ve üzeri**, evlenmiş/evli kadınların, (*en son yaptırdıkları*) serviks kanser taraması için başvurdukları kurumlara göre dağılımları

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>En son tarama yaptırılan kurum</b>		
<b>Kamu sektörü</b>	<b>119</b>	<b>75,3</b>
Devlet/Numune hastanesi	50	31,6
Aile sağlığı merkezi	30	19,0
Doğumevi	15	9,5
Eğitim-araştırma hastanesi	13	8,2
Belediye	9	5,7
AÇSAP merkezi	1	0,6
Diğer *	1	0,6
<b>Özel sektör</b>	<b>39</b>	<b>24,7</b>
Özel hastane	36	22,8
Özel doktor muayenehanesi	2	1,3
Özel poliklinik	1	0,6
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100,0</b>

\*Devlete ait bir kadın derneğinde yaptırılmış.

Çalışmaya katılan **30 yaş ve üzeri** kadınlardan, tarama yaptıranlara (n=158), taramayı kimin önerdiği sorulmuştur. Kadınların %62,7'si taramayı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanının tavsiye ettiğini söylemiştir. %29,1'i ise "aile hekimi" cevabını vermiştir (Tablo 4.8.7).

**Tablo 4.8.7. Serviks kanseri için tarama yaptırmayı öneren kişi**

**30 yaş ve üzeri**, evlenmiş/evli kadınlarda, serviks kanseri için tarama yaptıranlara, taramayı kimin önerdiğine göre dağılımları

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Taramayı öneren kişi*</b>		
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	99	62,7
Aile hekimi	46	29,1
Komşu/akraba/arkadaş	24	15,2
Ebe/hemşire	12	7,6
Diğer **	3	1,9
İnternet	2	1,3
TV	1	0,6
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>100,0</b>

\* Bu soruya birden fazla cevap verilebildiğinden, her cevap şikkı kendi içinde değerlendirilmiştir.

\*\* Diğer cevabını veren kadınlardan biri ASM duvarındaki afişi görünce, diğeri dahiliye uzmanının tavsiyesi ile ve son kadın ise kocasının işyeri hekiminin önerisi üzerine sağlık kurumuna başvurduğunu söylemiştir.

Çalışmaya katılan **30 yaş ve üzeri** kadınlardan, tarama yaptırmayan kadınlar arasında, en sık yaptırmama nedeni olarak %26,8 ile “İşlem ağırlı olabilir/İşlemden korkuyorum” cevabı yer almıştır. İkinci ve üçüncü sırada ise %16,9 ile “Zamanım yok” ve %15,5 ile “ihmalkarlık” cevapları verilmiştir. “Diğer” cevabını veren 5 kadın ise farklı bir sebep ifade etmiştir: (1) Yoğun iltihap var ve tedavi sonrası gideceğim. (2) Yaşımın uygun olmadığını düşünmüştüm. (3) Kanser tedavisi aldığım için gitmedim. (4) Doktora gitmeyi sevmiyorum, hastaneden mikrop kapmaktan korkuyorum. (5) Doktora gitmeyi sevmiyorum (Tablo 4.8.8).

**Tablo 4.8.8. Serviks kanseri için tarama yaptırmama nedenleri**

**30 yaş ve üzeri**, evlenmiş/evli kadınlardan, serviks kanseri için tarama yaptırmama nedenlerine göre dağılımları

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tarama yaptırmama nedeni</b>		
İşlem ağırlı olabilir/İşlemden korkuyorum	19	26,8
Zamanım yok	12	16,9
İhmalkarlık	11	15,5
Şikâyetim olmadığı için	9	12,7
Yaptırmam gerektiğini bilmiyordum	8	11,3
Utandığım için	5	7,0
Diğer *	5	7,0
Kanser olup olmadığını bilmek istemiyorum	2	2,8
<b>Toplam</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

\* Her bir kadın farklı bir sebep ifade etmiştir.

Çalışmaya katılan **40 yaş ve üzeri** kadınlarda, mamografi yaptırmayanların %81'ini (n=47) çalışmayan kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmayan kadınlar arasında “**çektirmem gerektiğini bilmiyordum**” ve “**şikâyetim yok**” cevabını verenler toplamda %59,5'lik bir orana sahiptir. Çalışan kadınlar arasında ise “**zamanım yok**” ve “**ihmal ediyorum**” cevabını verenler toplamda %63,7'lik bir orana sahiptir (Tablo 4.8.9).

**Tablo 4.8.9. Çalışma durumuna göre mamografi çektirmeme nedenlerinin dağılımı**

*40 yaş ve üzeri*, evlenmiş/evli kadınlarda, kadının çalışma durumuna göre mamografi çektirmeme nedenlerinin dağılımı

	Mamografi çektirmediyse, neden?														p	
	İşlem ağrılı		Zamanım yok		Çektirmem gerektiğini bilmiyordum		İhmal ediyorum		Şikâyetim yok		Diğer		Toplam			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Çalışma durumu</b>																
Çalışıyor	1	9,1	3	27,3	1	9,1	4	36,4	2	18,2	0	0,0	11	100,0		
Çalışmıyor	1	2,1	7	14,9	12	25,5	4	8,5	16	34,0	7	14,9	47	100,0		
<b>Toplam</b>	2	3,4	10	17,2	13	22,4	8	13,8	18	31,0	7	12,1	58	100,0		

\* Cochran ilkeleri gereği, istatistiksel analiz yapılamamış ve p değeri hesaplanamamıştır.

Çalışmaya katılan *30 yaş ve üzeri* kadınlarda, servikal smear yaptırmayanların %78,8'ini (n=56) çalışmayan kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmayan kadınların %26,8'i "işlem ağrılı" ve %17,9'u "zamanım yok" cevabını vermiştir. Çalışan kadınların ise %26,7'si 'işlem ağrılı' ve %26,7'si "ihmal ediyorum" cevabını vermiştir. Tarama yaptırmayan tüm kadınlarda ise %26,8 oranı ile "işlem ağrılı" cevabı ilk sırada yer almaktadır. Cochran ilkeleri gereği, istatistiksel analiz yapılamamış ve p değeri hesaplanamamıştır (Tablo 4.8.10).

**Tablo 4.8.10. Çalışma durumuna göre serviks kanseri için tarama yaptırmama nedenlerinin dağılımı**

*30 yaş ve üzeri*, evlenmiş/evli kadınlarda, kadının çalışma durumuna göre serviks kanseri için tarama yaptırmama nedenlerinin dağılımı

	Serviks kanseri için tarama yaptırmadıysanız, neden?																	
	İşlem ağrılı		Zamanım yok		Kanseri bilmek istemiyor		Çektirmem gerektiğini bilmiyordum		Utandığım için		Şikayetim yok		İhmal ediyorum		Diğer		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Çalışma durumu</b>																		
Çalışıyor	4	26,7	2	13,3	0	0,0	2	13,3	0	0,0	1	6,7	4	26,7	2	13,3	15	100,0
Çalışmıyor	15	26,8	10	17,9	2	3,6	6	10,7	5	8,9	8	14,3	7	12,5	3	5,4	56	100,0
<b>Toplam</b>	19	26,8	12	16,9	2	2,8	8	11,3	5	7,0	9	12,7	11	15,5	5	7,0	71	100,0

Çalışmaya katılan **40 yaş ve üzeri** kadınlardan, serviks kanseri taraması için servikal smear yaptıran kadınların %47,6'sı aynı zamanda meme kanseri taraması için mamografi çekmiştir, servikal smear yaptırmayan kadınların ise %83,3'ü mamografi çekmemiştir (p<0,01) (Tablo 4.8.11).

**Tablo 4.8.11. Meme kanseri ve serviks kanseri taramalarına katılım durumu**

**40-49 yaş** evlenmiş/evli kadınlarda, mamografi çekirme ve servikal smear yaptırma durumu

	Mamografi						p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Servikal smear</b>							<0,01*
Evet	30	<b>47,6</b>	33	52,4	63	100,0	
Hayır	5	16,7	25	<b>83,3</b>	30	100,0	
<b>Toplam</b>	35	37,6	58	62,4	93	100,0	

\* p=0.004

#### 4.9. Aile Hekimine Başvuru Durumu

Çalışmaya katılan kadınların, %89,6'sı bir sağlık sorunu olduğunda aile hekimine “genellikle” (%47,1) ya da “bazen” (%42,5) başvurduğunu söylemiştir. Ancak kadınların **%10,4'ü** aile hekimine “hiçbir zaman” başvurmadıklarını ifade etmiştir (Tablo 4.9.1).

**Tablo 4.9.1. Aile hekimine başvuru durumu**

18-49 yaş, evlenmiş/evli kadınların, bir sağlık sorunu olduğunda aile hekimine başvurma durumlarına göre dağılımları

	n	%
<b>Bir sağlık sorununuz olduğunda aile hekimine başvurur musunuz?</b>		
Evet, genellikle	136	47,1
Bazen	123	42,5
Hayır, hiçbir zaman	30	<b>10,4</b>
<b>Toplam</b>	<b>289</b>	<b>100,0</b>

Çalışmaya katılan kadınlardan, bir sağlık sorunu olduğunda aile hekimine başvuran “**259**” kadın, en sık aile hekimine başvuru nedeni olarak %90,7 ile “muayene olmak” cevabını vermiştir. İkinci sırada %83,4 ile “ilaç yazdırmak” cevabı gelmektedir. “Gebelik takibi” cevabı %**51,7** ile üçüncü sırada, “Aile planlaması hizmeti almak” cevabı ise %**40,9** ile beşinci sırada yer almaktadır (Tablo 4.9.2).

**Tablo 4.9.2. Aile hekimine başvuru nedenleri**

18-49 yaş, evlenmiş/evli kadınların, bir sağlık sorunu olduğunda aile hekimine başvurma nedenlerine göre dağılımları

	n	%
<b>Aile hekimine başvuru nedenleri*</b>		
Muayene olmak	235	90,7
İlaç yazdırmak	216	83,4
Gebelik takibi	134	<b>51,7</b>
Aşı olmak	131	50,6
Aile planlaması hizmeti almak	106	<b>40,9</b>
Rapor almak	73	28,2
Diğer		
Tahlil yaptırmak	23	8,9
Enjeksiyon yaptırmak	2	0,8
Rutin çocuk/bebek izlem	2	0,8
<b>Toplam</b>	<b>259</b>	<b>100,0</b>

\* Bu soruya birden fazla cevap verilebildiğinden, her cevap şikkı kendi içinde değerlendirilmiştir.



Aile hekimine başvurmayan kadınların, gebelik takibi ve aile planlaması hizmeti için başvurduğu yer de sorgulanmıştır. Araştırmaya katılan, 18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlardan, sağlık sorunu olduğunda aile hekimine başvurmayan 30 kadından 3'ü menopozdadır.

Aile hekimine başvurmayan kadınlara (n=27) gebelik takibi için nereye başvurdukları sorulduğunda; 2'si bu soruyu cevapsız bırakmıştır. Geriye kalan 25 kadının %48'i (n=12) gebelik takibi için özel kurumlara (özel hastane, özel poliklinik veya muayenehane) başvururken, %24'ü (n=6) kamu kurumlarına (devlet hastanesi, kadın hastalıkları ve doğumevi) başvurduğunu söylemiştir. Kadınların %28'i (n=7) ise bu hizmete ihtiyacı olmadığını ifade etmiştir.

Aile hekimine başvurmayan kadınlara (n=27) aile planlaması hizmeti için nereye başvurdukları sorulduğunda ise; 2 kadın bu soruyu cevapsız bırakmıştır. Geriye kalan 25 kadının %20'si (n=5) kamu kurumlarına (devlet hastanesi, eğitim-araştırma hastanesi, AÇSAP merkezi) başvurduğunu söylerken, %40'ı (n=10) özel kurumlara (özel hastane, özel poliklinik veya muayenehane, eczane) başvurduğunu söylemiştir. Kadınların %8'i (n=2) internet, %4'ü (n=1) komşu/akraba/arkadaşa başvurduğunu ve %28'i ise (n=7) bu hizmete ihtiyacı olmadığını ifade etmiştir.

Çalışmaya katılan kadınlardan ortalama aylık hane geliri, aile hekimine genellikle başvuran, bazen başvuran ya da hiç başvurmayanlarda benzerdir (p>0,05) (Tablo 4.9.3).

**Tablo 4.9.3. Gelir düzeyine göre aile hekimine başvuru durumu**

18-49 yaş evlenmiş/evli kadınlarda, ortalama aylık hane gelirine göre aile hekimine başvuru durumu

		Bir sağlık sorununuz olduğunda aile hekimine başvurur musunuz?			
		Evet, genellikle	Bazen	Hayır, hiçbir zaman	p*
Toplam ortalama aylık gelir (TL)	Median	2000	2000	2000	>0,05
	IQR**	1500-2500	1500-2575	1575-3000	
	(min.-max.)	(400-5000)	(500-7000)	(700-8000)	

\*Kruskal WallisTest

\*\* Interquartile range (çeyreklikler arası)

## 5. TARTIŞMA

Ülkemizde, Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılında uygulamaya başlanmıştır. Bu program çerçevesinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 2006 yılında kabul edilmiş ve 2008’de ilgili yasanın Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği yayımlanmıştır (7, 8). Türkiye’de tüm vatandaşların Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınması ise 2012 yılında gerçekleştirilmiştir. Yine aynı program çerçevesinde 2004 yılında Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına dair yasa yürürlüğe girmiştir. 11.10.2011 tarihli ve “663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname” ile Aile Hekimliği Kanunu’ndan “pilot uygulama” ibaresi kaldırılmış ve böylece tüm Türkiye’de 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası’nın uygulamadan kaldırılması ile Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunum birimlerinden olan Sağlık Ocakları kapatılarak, Aile Hekimliği Sistemi’ne geçilmiştir (10, 11, 12, 13, 14).

Sosyalleştirme Yasası’na göre sağlık hizmetlerinin sunumunda temel birim sağlık ocaklarıydı. Bu birimlerde sağlık hizmeti doktor, ebe, hemşire, sağlık memurundan oluşan bir ekip tarafından verilmekteydi. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetini sunan kurum pozisyonundaydı. 663 sayılı KHK sonrasında sağlık hizmeti sunumundaki temel birim aile sağlığı merkezleri olmuştur ve bu birimlerdeki hizmet sunumunu bir doktor ve bir yardımcı sağlık personelinden (ebe/hemşire/sağlık memuru) oluşan iki kişilik bir ekip vermeye başlamıştır. Ayrıca bu kararname sonrası Sağlık Bakanlığı hizmet sunan pozisyonundan, bu hizmet sunumunu yöneten ve politikalar oluşturan pozisyonuna geçmiştir (10, 15). Sağlık sistemindeki bu değişim ÜS hizmet sunumunda da değişikliklere yol açmıştır. Bu çalışmada ise İstanbul’un bir ilçesindeki ÜS hizmetleri değerlendirilip, doğurganlık çağındaki (15-49 yaş) kadınların ÜS ile ilgili durumu ve ilişkili faktörler incelenmiştir.

Araştırmanın kesitsel olması, olasılıklı bir örneklem seçilmiş olması, örnekleme çıkan kadınlarla tek bir araştırmacı ile yüz yüze veri toplanması ve araştırmanın İstanbul’daki nüfusu “688.347” kişi (50, 52) büyüklüğündeki bir ilçeyi temsil etmesi güçlü yanlarıdır. İstanbul, Ümraniye ilçesinde 2017 yılı içinde yaşamakta olan 15-49 yaş kadınlar evreninden, küme örnekleme yöntemiyle seçilmiş örnekleme, 2017 yılında veri toplanmıştır. Çalışmamızda 30 kümede, “289” 18-49 yaş (evli/evlenmiş)

kadın ile başarılı görüşme yapılabilmektedir. Araştırmada, örnekleme 18 yaş altında evli/evlenmiş kadınla karşılaşılmamıştır.

Bu çalışmada ortalama hane halkı büyüklüğü 4,4 kişidir. TNSA 2013’de ise Türkiye için ortalama hane halkı büyüklüğü kır, kent ve toplamda sırasıyla 3,9; 3,6; 3,9’dur (28). Çalışma popülasyonumuzun ortalama hane halkı büyüklüğü, Türkiye ortalamasından fazladır. Katılımcıların yaş ortalaması  $35,7 \pm 7,5$  ve en genç kadın 18 ve en yaşlı kadın 49 yaşındadır.

Çalışmamızdaki kadınların %8’i ilkokulu bitirmemiş ya da hiç eğitimi yokken, %66’sı ilkokul ve/veya ortaokul mezunu ve %26’sı en az lise mezunudur. TNSA 2013’te “en az bir kez evlenmiş” kadınlarda ise bu oran sırasıyla %15,5; %58,5 ve %26,5’tur (28). Çalışmamızda, Türkiye’den farklı olarak ilköğretim düzeyindeki kadın oranı daha fazlayken, ilkokulu bitirmeyen ya da hiç eğitimi olmayan kadın sayısı daha azdır, “en az lise mezunu” kadın sayısı ise benzerdir.

Çalışmamızdaki kadınların %16,3’ü çalıştığını beyan etmiştir, TNSA 2013 Türkiye bulgularında “tüm kadınların” %31,1’i ve İstanbul’daki “tüm kadınların” ise %33,2’si çalıştığını söylemiştir (28). Ümraniye’de 2007 yılında yapılan prospektif bir izlem araştırmasında ise kadınların %7,3’ü çalışmaktadır (48). Araştırmamızdaki kadınların çalışma oranı, bu prospektif çalışmadan daha fazladır. Bunun nedeni 2007 yılındaki çalışmanın popülasyonunu sağlık ocağına başvuran kadınların oluşturması ve çalışan kadınların mesai saatinde sağlık ocağına başvuru oranının daha az olması olabilir. Fakat TNSA 2013 Türkiye ve İstanbul bulgularıyla karşılaştırıldığında araştırmamızdaki çalışan kadın oranı daha düşüktür. Bunun nedeni ise çalışan kadınların zaman kısıtlılığı nedeniyle araştırmamıza daha az katılmış olma ihtimalidir.

Araştırmamıza katılan kadınlar (%8,3) ile TNSA 2013 Türkiye (%10,5) ve İstanbul (%9,6) bulgularında “tüm kadınların” herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer almaması oranları da benzerdir (28).

Bu çalışmada ilk gebelik yaşı “19 ve altında/adölesan gebelik” olan kadınların oranı %33’tür ve ilk gebelik en sık %40,5 ile 20-24 yaş grubunda görülmüştür. TNSA 2013 Türkiye bulgularında ise 19 yaşındaki kadınların %16’sı ise anne olmuş veya ilk çocuğuna gebedir (28). Ayrıca çalışmamıza katılan kadınlar arasında en son doğumlarını sezaryen ile gerçekleştirenlerin oranı (%46), TNSA 2013 Türkiye (%48) ve İstanbul (%53,2) bulgularına göre daha düşüktür (28).

Gebelikten korunmak için kullanılan yöntemler hakkında bilgi sahibi olmak; kadının hem yöntem kullanıp kullanmayacağı kararını hem de kullanırsa hangi yöntemi kullanacağı kararını etkilemektedir. Çalışmamızda kadınların tamamına yakını, herhangi bir gebelikten koruyucu yöntemi (%99,7) ve herhangi bir gebelikten koruyucu modern yöntemi duyduğunu/bildiğini (%99,7) beyan etmiştir. Bu sonuçlar halen evli kadınların Türkiye (%99,8 ve %99,7) ve İstanbul (%99,8 ve %99,8) verileriyle benzerdir (28). Çalışmamızda en sık duyulan/bilinen modern yöntemler sırasıyla hap (%99,3), RİA (%98,3) ve erkek kondomudur (%96,5). Ümraniye'nin sosyoekonomik yönden dezavantajlı iki mahallesinde 2005 yılında yapılan ve toplam 803 kadınla gerçekleştirilen bir müdahale araştırmasında (53); kontrol ve müdahale gruplarında (müdahale öncesi) bilinen en sık gebelikten koruyucu modern yöntem "hap" (sırasıyla %98,7 ve 97,9) olmuştur. Çalışmanın metodolojisi araştırmamızdan farklı olmasına rağmen yöntemin bilinme sıklığı araştırmamızla benzerdir. TNSA 2013 Türkiye bulgularında, halen evli kadınlarda en sık duyulan/bilinen gebelikten koruyucu modern yöntemlerin başında RİA (%98,0), sonrasında hap (%97,8) ve tüp ligasyon (%92,8) yöntemi gelmektedir (28).

Çalışmamızda, bilinen yöntemler arasında en az beyan edilen yöntem acil korunma hapıdır (%0,3). TNSA 2013 Türkiye bulgularında ise hap (%42,9) duyulan/bilinen beşinci modern yöntemdir (28). Çalışmamıza katılan kadınlar, gebelikten koruyucu yöntemleri gebelik öncesi kullanılan yöntemler olarak düşünüyor olabileceklerinden ve acil korunma hapı ise cinsel ilişki sonrası kullanıldığından bu yöntemi daha az beyan etmiş olabilirler.

Doğurganlık tercihleri ile bu konudaki tutum ve niyetler, kadının yaşamında gelecekteki doğurganlığını etkilemektedir. Doğurganlık tercihlerini yansıtan ölçütlerden biri de ideal çocuk sayısıdır. Çalışmamızda ideal çocuk sayısı 2,7 çocuk olarak beyan edilmiştir. Türkiye'de 1993-2008 yılları arasında yapılan TNSA Türkiye bulgularında ideal çocuk sayısı 2,5 çocuk iken; 2013 TNSA Türkiye bulgularında, çalışmamızla benzer olarak bu sayı 2,8 çocuk olmuştur ve TNSA 2013 İstanbul bulguları (2,8 çocuk) da çalışmamızla benzerdir (28, 29). Ayrıca çalışmamızda ortalama canlı doğum sayısı 2,14 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı 2,08 çocuk olarak bulunmuştur. TNSA 2013'te "halen evli" kadınlarda ortalama canlı doğum sayısı 2,32 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı 2,23 çocuktur (28). Çalışmamızda ortalama canlı doğan ve yaşayan çocuk sayısı, Türkiye ortalamasından düşük olmasına rağmen

ortalama ideal çocuk sayısı benzerdir. Onuncu Kalkınma Planı'nda (2014-2018) toplam doğurganlık hızının giderek yükseltilmesi amacıyla doğurganlığı teşvik edecek politikalara vurgu yapılmıştır (22, 23, 27). Onuncu Kalkınma Planı'ndaki teşvikler ile 7 Nisan 2015 tarihinde, 29319 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"da olduğu gibi yapılan/yapılmakta olan kanuni düzenlemeler; ideal çocuk sayısı talebindeki bu artışı açıklayabilir (29).

Doğumların planlanma durumu, kadın ve erkeğin beraber fertilitelerini nasıl başarıyla kontrol edebildiklerinin bir göstergesidir. Araştırmamızda kadınların %71,2'si doğumla sonuçlanan en son gebeliklerini ya da halen gebe ise bu gebeliklerini planlayarak gerçekleştirdiklerini söylemişlerdir ve yaş arttıkça gebeliklerin planlanma durumunun azaldığı görülmüştür. TNSA 2013 Türkiye bulgularında, "planlanmış gebelik" oranı %74,1'dir (28) ve araştırma sonucumuzla benzerdir. Çalışmamızda en son gebeliğini "hiç istemeyen" kadınların oranı %12,8 olarak bulunmuştur. TNSA 2008'de Türkiye'de istenmeyen doğumların oranı %18 iken 2013'te bu oran %12,5'e gerilemiştir ve böylece gerçekleşmiş olan doğumların çoğunluğu planlanmış/istenmiş gebelikler/doğumlar olarak beyan edilmiştir. Çalışma sonucumuz TNSA 2013 Türkiye sonuçları ile benzerdir (28, 30). Bu da toplumun çocuk sahibi olma yönündeki talebinin arttığına işaret edebilir.

Gebelikten koruyucu yöntemle olan ihtiyacın belirlenmesinde, karşılanmamış AP talebi de önemli bir yere sahiptir. Çalışmamızda toplam AP talebi %92,3'tür. Karşılanmış AP talebi %84,5 ve karşılanmamış AP talebi %7,8'dir. Çalışmamızdaki toplam AP talebi, TNSA 2013 İstanbul bulgularına (%79,1) göre daha yüksektir (28). Ümraniye'de 1997 yılında, bir sağlık ocağına AP hizmeti dışında herhangi bir hizmet için başvuranlarda (15-49 yaş kadın), karşılanmamış AP ihtiyacı %43,1 bulunmuştur (54). Bu çalışma ile benzer bir karşılanmamış AP hesabı yapıldığında, araştırma sonucumuz (%44,1) bu çalışmanın sonucuna benzer bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda modern yöntemle karşılanmış AP talebi (%55,9), TNSA 2013 İstanbul bulgularına (%58,6) göre daha azdır (28). Bu Ümraniye'deki kadınların gebelikten koruyucu yöntem talebinin devam ettiğini ancak bunun karşılanmasında modern yöntemlerin yeteri kadar kullanılmadığının bir göstergesi olabilir.

Çalışmamızda kadınlar hayat boyu duydukları gebelikten koruyucu yöntemlerin bilgi kaynağı olarak %83 ile "komşu/akraba/arkadaşlarını" ve %16,6 ile "eşlerini"

beyan etmişlerdir. Halen kullandıkları yöntemlerle ilgili bilgi kaynağı olarak ise %23,2 ile “eşleri” ve %17,9 ile “komşu/akraba/arkadaşlarını” belirtmişlerdir. Çalışmamızda sağlık profesyonelleri dışındaki bireylerden yöntem hakkında bilgi temin oranının yüksek olması, modern yöntem kullanımındaki yetersizliğin nedenlerinden biri olabilir.

Araştırmamızdaki kadınların %71,6’sı “halen” gebelikten korunmak için herhangi bir yöntem, %47,4’ü “halen” gebelikten korunmak için herhangi bir modern yöntem kullandığını beyan etmiştir. Modern yöntemler arasında halen en sık kondom (%21,5) ve ikinci sıklıkta RİA (%14,9) kullanılmaktadır. Ümraniye’de 2006 yılında bir sağlık ocağında yapılan çalışmada, kadınlar tarafından en çok kullanılan modern yöntem RİA (%20,7) idi (55). Yine aynı bölgede 2007 yılında yapılan başka bir çalışmada ise sağlık ocağına başvuran, yöntem kullanan kadınlar arasında en sık kullanılan modern yöntem kondom (%21,8) ve ikinci sıklıkta RİA (%16,6) olmuştur (48). RİA kullanım sıklığı TNSA 2003, 2008 ve 2013 İstanbul bulgularında sırasıyla %21,6; %18,4; %16,6’dır. Kondom kullanım sıklığı ise TNSA 2003, 2008, 2013 İstanbul bulgularında sırasıyla %11,9; %12,2; %16,8’dir (28, 30, 31). TNSA sonuçları son yıllarda İstanbul’da RİA kullanımının azalıp kondom kullanımının arttığını göstermektedir. Çalışmamızda ise herhangi bir yöntem ve herhangi bir modern yöntem kullanım sıklığı TNSA 2013 İstanbul sonuçlarıyla benzer olsa da kondom kullanım sıklığı (%21,5), TNSA 2013 İstanbul bulgularına (%16,8) göre daha fazladır. Ayrıca 2007 yılındaki prospektif çalışmaya (48) benzer bir şekilde, çalışmamızda da sadece “herhangi bir yöntem kullanan” kadınlar ele alındığında; kondom kullanımı %30,2 ve RİA kullanımı %20,4 olmaktadır. Çalışmamızda RİA (%20,4) özellikle de kondom (%30,2) kullanım sıklığı bu çalışmadaki RİA (%16,6) ve kondom (%21,8) kullanım sıklığına göre daha fazladır.

Toplam AP talebi (%92,3) yüksek olan yani gebelikten koruyucu yöntem bilinci yüksek olan çalışma popülasyonumuzdaki kadınlar, bu ihtiyacın yarısını (modern yöntemle karşılanmış AP talebi %55,9) modern yöntemlerle karşılamaktadır. TNSA 2013 bulgularına göre İstanbul’da toplam AP talebi %79,1 ve bu talebin modern yöntemle karşılanma oranı %58,6’dır. Çalışma popülasyonumuzun AP talebinin İstanbul’a göre yüksek olmasına rağmen bu talebin modern yöntemle karşılanma oranı daha azdır (28).

Çalışmamızda gebelikten koruyucu modern yöntem temininin %56’sının kamu sektöründen, %44’ünün özel sektörden sağlandığı bulunmuştur ve sonuçlarımız TNSA

2013 Türkiye bulgularıyla (sırasıyla %55,9 ve %43,6) benzerdir. TNSA 2013 Türkiye sonuçlarında RİA temini; %3,9 ile AÇSAP merkezleri, %32,6 ile sağlık ocakları, %0,2 ile sağlık evleri ve %3,2 ile ASM'lerden yani birinci basamak sağlık kuruluşlarından sağlanmaktadır (28). Çalışmamızda ise RİA birinci basamak sağlık kuruluşu olarak %16,7 ile ASM'lerden ve %35,7 ile AÇSAP merkezlerinden temin edilmiştir. Ülkemizde 2003 yılından bu yana birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ÜS hizmetlerinin sunumunu da etkileyecek değişiklikler olmuştur. ÜS hizmetlerini sunan sağlık ocakları ve AÇSAP merkezleri 2011 yılına kadar birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer almaktaydı. Ancak Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık ocakları kapatılmış, yerine ASM'ler kurulmuştur. Çalışmamızda RİA hizmet alımının büyük ölçüde AÇSAP merkezlerinden olduğu görülmektedir (Çalışmanın yapıldığı tarihte aktif olarak hizmet veren 36 ASM, 1 AÇSAP merkezi bulunmaktadır). Bu da talepten ziyade ASM'lerde bu hizmetin sunumunda aksaklıklar olabileceğini düşündürmektedir. Birinci basamakta uygulanan performans sistemi kapsamında gebelikten korunma danışmanlığı ve hizmet sunumu yer almamaktadır. Bu aksaklığın bir nedeni bu olabilir.

Ayrıca çalışmamızda, en çok kullanılan modern yöntem olan kondomun başlıca temin yeri eczane (%46,5) ve market/dükkan (%25,6) olmuştur. Bizim çalışmamızda kondomun %72,1'i özel sektörden temin edilmiştir. TNSA 2013 Türkiye bulgularına (%43,6) göre çalışmamızdaki özel sektörden temin oranı daha fazladır (28). Modern korunma yöntemlerinden olan hapın özel sektörden temin oranı çalışmamızda %60 iken, TNSA 2013 Türkiye bulgularında bu oran %69,8 olmuştur (28). TNSA 2013 bulgularına göre çalışmamızda hapın özel sektörden temin oranı daha düşüktür. Ancak bu modern yöntemin kamu yerine özel sektörden temini (%60) hâlâ yüksektir.

İsteyerek düşükler, gebelikten korunmak için etkili yöntem ulaşmakta sorun olduğunu gösteren bulgulardan biridir. İsteyerek düşükler anne sağlığını olumsuz etkilerken, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde de sorun olduğunu gösterir (28, 30). TNSA 1998, 2003 ve 2008 bulgularında görüldüğü üzere; Türkiye'de "yaşam boyu" kendiliğinden düşükler ve isteyerek düşükler ile "100 gebelikteki" kendiliğinden düşükler ve isteyerek düşüklerde minimal düzeyde azalma mevcuttur (30, 31). Ancak 2013 TNSA Türkiye bulgularında "yaşam boyu" ve "100 gebelikteki" kendiliğinden düşük oranlarında artış mevcuttur, isteyerek düşük oranlarında ise bir önceki çalışmaya (TNSA 2008) göre yarıya yakın azalma söz konusudur. TNSA 2013 İleri

Analiz çalışmasında kendiliğinden düşüklerdeki artışın, sağlık hizmetlerindeki artış ile gebeliğin erken dönemde tanımlanması ve eksik bildirimlerin azalması ile ilişkili olabileceği ifade edilmiştir. Bu nedenle isteyerek düşüklerdeki azalmanın bildirimlerin “kendiliğinden düşük” olarak yapılmasından değil, bazı isteyerek düşüklerin hiç bildirilmemesinden kaynaklı olabileceği ifade edilmiştir (29). Ümraniye’de 2007 yılında yapılan prospektif çalışmada (48) yaşam boyu kendiliğinden düşük oranı %20 ve isteyerek düşük ise %16,2’dir. Çalışmamızda ise yaşam boyu kendiliğinden düşük oranı %26,2 ve isteyerek düşük %9,7’dir. Araştırmamızdaki kendiliğinden düşük oranı bu çalışmaya göre daha fazla ve isteyerek düşük oranı ise daha azdır. Bunun nedeni; TNSA 2013 İleri Analizi çalışmasında bahsedildiği gibi kendiliğinden düşüklerde bildirim artışı olabilir. İsteyerek düşükler ise bildirim eksikliğinden veya artmış doğurganlık talebinden etkilenmiş olabilir.

Organize ve toplum tabanlı tarama programlarının etkin ve yaygın kullanılması, taranabilir hastalıkların erken evrede yakalanması ve tedavisi için önemlidir (56). Çalışmamıza katılan 40-49 yaş grubu kadınların %37,6’sı, hayat boyu en az bir kez mamografi yaptırmıştır. İstanbul, Bahçeşehir’de 2009 yılında yapılan kesitsel bir çalışmada, 40-49 yaş arası kadınların yaklaşık %39’u son iki yılda mamografi yaptırmıştır (57). Sonuçlarımız bu çalışma ile benzerdir.

Ayrıca Muş ilinde yapılan kesitsel bir çalışmada ise 40-69 yaş arası kadınların %35’i son iki yılda mamografi yaptırmıştır (58). Muş ilindeki çalışmada mamografi yaptırmemesinin en sık nedeni; yapılması gerektiğinin bilinmemesidir (%75). İstanbul, Moda’da 2011 yılında yapılan (40-69 yaş kadın) bir çalışmada ise son iki yıl içerisinde mamografi yaptırmama oranı %53,6 çıkmıştır. Yine bu çalışmada en sık mamografi yaptırmama nedeni “gerekli olduğunu bilmiyordum” cevabı (%43,6) olmuştur (59). Çalışmamızda kadınların %53,4’ü ya şikâyeti olmadığı için (%31) ya da yaptırmaması gerektiğini bilmediği için (%22,4) mamografi yaptırmadığını beyan etmiştir. Şikâyeti olmadığı için yaptırmayan kadınlar, mamografinin tarama amaçlı yani özellikle herhangi bir semptom ya da şikâyet ortaya çıkmadan hastalığın belirlenmesinde kullanıldığının farkında olmayabilirler. Her iki cevabı veren kadınların mamografi yapılması konusunda bilgi ve/veya farkındalıklarının yetersiz olduğu söylenebilir. Mamografi yaptıranların %67,7’si bunu kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimin önerdiğini söylemiştir. Aile hekimi ise %5,7 oranı ile bunu öneren dördüncü kişidir.



Çalışmamızda 30-49 yaş arası kadınlarda serviks kanseri için hayat boyu en az bir kez tarama yaptırma oranı %69 iken, 40-49 yaş arası kadınlarda en az bir kez mamografi çekirme oranı %37,6'dır. İstanbul ili Bahçeşehir ilçesinde 2008 yılında yapılan ve çalışma popülasyonunu 40-69 yaş arası kadınların oluşturduğu kesitsel çalışmada; kadınların %49,6'sı son iki yılda mamografi çektirdiğini, %22,9'u ise pap-smear yaptırdığını söylemiştir. Aynı çalışmada, meme kanseri ve serviks kanseri tarama programlarına uyumun, bu konularda bilgi sahibi olma ile ilişkili olduğunu bulunmuştur (60). Çalışmamızda, serviks kanseri için tarama yaptıran iki kadından biri mamografi çektirirken, serviks kanseri için tarama yaptırmayan yaklaşık altı kadından biri mamografi çektirmiştir (p=0,004).

Çalışmamızda yaklaşık on kadından dokuzu herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle aile hekimine başvurduğunu söylemiştir.

Araştırmamızda, kadınlardan doğurganlık öyküsü "tüm yaşam" için alınmıştır. Her bir gebeliklerine ve doğumlarına ait, tarih gibi ayrıntılı veri toplanmadığından, yaşa özel doğurganlık hızları ve toplam doğurganlık hızı hesaplanamamıştır ve bu araştırma için bir kısıtlılıktır.

Sağlık Bakanlığı tarafından kanser tarama programına; serviks kanseri için 30-65 ve meme kanseri (mamografi) için 40-69 yaş arası kadınlar dahil edilmiştir (45). Çalışmamızda ise 18-49 yaş grubu kadınlar araştırma popülasyonunu oluşturmuştur. Bu nedenle ilgili yaş gruplarının tümü tarama açısından sorgulanamamıştır. Bu da kısıtlılıklarımızdan birini oluşturmuştur.

Araştırmamızda toplamda 30 kümeden 289 kadına ulaşılabilmıştır. Ev ziyareti yapılmasına rağmen evde bulunamayan kadınlar muhtemelen çalışan kadınlardır. Bu da diğer bir kısıtlılığımızdır.

Ayrıca beş kümeye, resmî kurumlardan alınan çalışma izin süresi sona erdiğinden ziyaret düzenlenememesi de çalışmamızın bir kısıtlılığıdır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelikten koruyucu yöntemler açısından farkındalığı yüksek, İstanbul merkezinde yaşayan ve tüm sağlık kurumlarına ulaşılabilirliği de yüksek olan bu toplumda modern yöntem kullanımı yeterli düzeyde değildir. Çalışmamızda RİA talebinin büyük kısmının birinci basamak sağlık kurumu olan ASM'ler yerine AÇSAP merkezlerinden sağlandığı saptanmıştır. Türkiye 2013 TNSA bulgularında birinci basamak sağlık hizmet sunucusu olan sağlık ocaklarından yöntem temini daha fazla iken, AÇSAP merkezlerinden yöntem temini daha az olmuştur. Bu da ASM'lerde bu hizmetin sunumunda aksaklıklar olabileceğini düşündürülebilir. Çalışmamızda modern yöntemlerden olan erkek kondomu ve hormonal kontraseptifler de büyük oranda özel sektörden temin edilmektedir. Bu da ortalama hanehalkı büyüklüğü Türkiye ortalamasından büyük ancak çalışan kadın oranının düşük ve ortalama aylık gelirin düşük olduğu bu popülasyonda; sosyoekonomik açıdan dezavantajlı kadınlar başta olmak üzere, bu sağlık hizmetine erişimde sorun yaşayan kadınları olumsuz yönde etkileyecektir. Anne ve çocuk sağlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinden ve özellikle ÜS hizmetlerinden önemli ölçüde etkilenmektedir. Binyıl Kalkınma Hedefleri içerisinde yer alan beş yaş altı çocuk ölümlerinin üçte iki oranında azaltılması ve gebelik, doğum, lohusalık dönemindeki anne ölümlerinin dörtte üç oranında azaltılması (3, 4) ile Sürdürülebilir Kalkınma Konferansı'nda kabul edilen hedeflerin üçüncüsü olan "sağlıklı bireyler" hedefi içerisinde yer alan anne ölümlerinin azaltılması (5) hedefine ulaşabilmek için birinci basamakta sunulan ÜS hizmetlerine ulaşım ve sonrasında sunulan hizmetin yeterli ve sürekli olması anne ve çocuk ölümlerindeki iyileşmeye büyük katkı sağlayabilir.

Aynı zamanda gebelikten koruyucu yöntem kullanan kadınların büyük çoğunluğu, yöntemler hakkındaki bilgiyi sağlık profesyonelleri dışındaki kişilerden almıştır. Bu sonuç, modern yöntem kullanımının yeterli düzeyde olmamasının nedenlerinden biri olabilir. Çalışma popülasyonumuzda, gebelikten koruyucu modern yöntem kullanımının artırılması için; yaklaşık on kadından dokuzunun herhangi bir sağlık sorunu için başvurdukları ASM'lerde, daha etkili ve daha nitelikli danışmanlık verilmesi, yöntem temininde yeterli kaynağın sağlanması için ilgili düzenlemelerin

yapılması ve var olan düzenlemelerin ise daha etkin kullanımının sağlanması yararlı olabilir.

Mamografi çektirmeyen “40-49 yaş” kadınların oranı %62,4’tü ve bu kadınların yarısından fazlası mamografinin tarama amaçlı yapıldığının ya da o yaş grubunda yapılması gerektiğinin farkında değildi. Bu sonuç, kadınları mamografi hakkında bilgilendirmenin hala önemli bir strateji olduğunu göstermektedir. Serviks kanseri için tarama yaptıran iki kadından biri mamografi çektirirken, yaptırmayan yaklaşık 6 kadından biri mamografi çektirmiştir. Bu da koruyucu sağlık hizmetlerinin bütüncül bir yaklaşım içerisinde verilmesi gerektiğini desteklemektedir. Kadınların farklı tarama hizmetlerini beraber, aynı kurumdan alabilmesi ve yine aynı kurumdan bu hizmetler için kadınlara danışmanlık verilmesi, kadınların tarama programlarına katılımını ve uyumunu arttırabilir. Çalışmada herhangi bir sağlık sorunu için aile hekimine başvuru oranı yüksektir. Ancak mamografi çektiren kadınların sadece %5,7’sine taramayı, aile hekimi önermiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet veren aile hekimleri ve diğer sağlık profesyonellerine yönelik, bu konuda başvuranları bilgilendirmeleri için, gerekli eğitim ve düzenlemelerin yapılması yararlı olabilir. Medya ve akran eğitimleri de bu kadınların farkındalık düzeyini arttırmada faydalı olabilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. United Nations Population Information Network. Guidelines on Reproductive Health.  
<http://www.un.org/popin/unfpa/taskforce/guide/iatfreph.gdl.html>. [Erişim tarihi: 8 Eylül 2016]
2. Bahar Özvarış Ş, Akın A. Üreme Sağlığı, Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı. Ed: Güler Ç, Akın L, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2015, s:234-241.
3. Eşkinat R. (2015). Binyıl Kalkınma Hedeflerinden Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine. In EY International Congress on Economics II (EYC2015), November 5-6, 2015, Ankara, Turkey (No. 34).
4. Bayazıt S, Önsal A. T.C. Kalkınma Bakanlığı. Türkiye için 2030 Kalkınma Gündemi; Binyıl Kalkınma Hedefleri Değerlendirilmesiyle Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi için Yol Haritası Önerisi, Kalkınma Araştırmaları Merkezi, Yayın No: 2965, Nisan 2017.
5. United Nations Development Programme (UNDP). Sustainable Development Goals, Goal 3: Good Health and Well-Being.  
<http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>. [Erişim tarihi: 16 Kasım 2017]
6. World Health Organization. Maternal Mortality, Key Facts.  
<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. [Erişim tarihi: 20 Mart 2018]
7. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu.  
<https://kms.kaysis.gov.tr/Home/Goster/28721>. [Erişim tarihi: 16 Kasım 2017]
8. 5510 Sayılı Kanun Gereğince Sigortalı Sayılanlar, Sayılmayanlar, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma Bildirilmesi ve Sona Ermesi Hakkında Tebliğ, Resmi Gazete  
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/09/20080928-12.htm>. [Erişim tarihi: 16 Kasım 2017]

9. Koçkaya G, Atikeler K, Yenilmez FM. Türkiye Özel Ve Kamu Sağlık Sigortacılığı Prim/Hasar Sağlık Harcaması Değerlendirmesi. Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği, 2016; 9:82-101
10. Küçük A. Politika Transferi ve Türkiye’de Sağlık Alanında Dönüşümün Bir Analizi. Türk İdare Dergisi 2017; 485:737-770.
11. Sülkü SN. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No: 2011/414, Ankara, 2011, s: 3-14.
12. Er Ü. Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye’de Aile Hekimliği.  
<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>. [Erişim tarihi: 29 Eylül 2016]
14. Özgül Mengüllüoğlu N. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilmesinin Aile Hekimliği Uzmanlık Tezlerine Etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir 2015.
15. Öztekin Z, Üner S, Eren N. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı. Ed: Güler Ç, Akın L, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2015, s:1513-1525.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, Ankara, 2009, s:4-13.
17. United Nations. Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014, Report of the Secretary-General. 2014, p:78.
18. Özvarış ŞB, Akın A. Üreme Sağlığı. Sağlık ve Toplum Dergisi 1998; 8 (3-4): 23-26.
19. Öztekin Z, Eren N, Sağlık Yönetimi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ed: Bertan M, Güler Ç, Ankara 1997, s:369-385.
20. Akın A, Bahar Özvarış Ş. Doğum Öncesi Bakım, Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı. Ed: Güler Ç, Akın L, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2015, s:253-267.

21. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistiği Yıllığı 2016. Ankara, 2017.
22. Akın A, Bahar Özvarış Ş, Bilgili Aykut N. Aile Planlaması, Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı. Ed: Güler Ç, Akın L, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2015, s:282-297.
23. Karaca Bozkurt Ö. Uluslararası Nüfus Ve Kalkınma Konferansı (Icpd, 1994) Eylem Programı'nın Türkiye'de Uygulanan Sağlık Politikalarına Yansımalarının Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden İncelenmesi. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2011.
24. Fişek N H, Halk Sağlığına Giriş, Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, Yayın No: 2, Çağ Matbaası, Ankara, 1983.
25. Tezcan S, Carpenter-Yaman C E, Fişek N H. Türkiye'de Çocuk Düşürme, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayın No:13, Ankara, 1980
26. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun; 18059 Sayılı Resmi Gazete, Ankara 27 Mayıs 1983.
27. T.C. Kalkınma Bakanlığı, Onuncu Yıl Kalkınma Planı 2014-2018. Ankara, 2013.
28. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), "*2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
29. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2015), "*2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması*". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
30. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
31. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2004), *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.

32. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (1999), *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Amerika Birleşik Devletleri, Uluslararası Kalkınma Teşkilatı, Ankara, Türkiye.
33. Ministry of Health [Turkey], Hacettepe University Institute of Population Studies, and Macro International Inc. 1994. Turkish Demographic and Health Survey 1993. Ankara, Turkey.
34. Gökgöl T. İsteyerek düşük olgusuna global açıdan bakış: Yasalar ve deneyimler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2012; 10, Özel Sayı: Düşükler: 1-9.
35. Grimes D A, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua F E, Shah I, Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Sexual and Reproductive Health* 4. *Lancet* 2006; 368: 1908–19
36. World Health Organization, Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second Edition, 2013.
37. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA). Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programının İzlenmesi: 2014 Sonrası için Program Çerçevesi ve Türkiye'nin Öncelikleri. Ankara: Kuban Matbaası, 2016.
38. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A B, Gemmill A, Ma Fat D, Boerma T, Temmerman M, Mathers C, Say L. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016; 387 (10017): 462-74.
39. World Health Organization, Adolescent Pregnancy, Key Facts. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. [Erişim tarihi: 20 Mart 2018]
40. Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford L S. Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016.
41. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Ankara, 2009.

42. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Doğum Öncesi Bakım Rehberi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 924, Ankara, 2014.
43. World Health Organization, UNFPA, UNICEF. Integrated Management Of Pregnancy And Childbirth, Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Second Edition, 2017.
44. TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2016.  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>. [Erişim tarihi: 20 Eylül 2017]
45. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı.  
[http://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal\\_Kanser\\_Kontrol\\_Plani\\_2013\\_2018.pdf](http://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf). [Erişim tarihi: 20 Kasım 2017].
46. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Ankara, 2009.
47. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi 2004. Ankara, 2006.
48. Kurşun Z. Doğal Bir Aile Planlaması Metodu Olan Standart Günler Yönteminin Etkinliğinin ve Yöntemden Memnuniyetin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2008.
49. T.C. Ümraniye Belediyesi  
<http://www.umraniye.bel.tr/tr/main/pages/umraniye-tarihi/18>. [Erişim tarihi: 22 Eylül 2017].
50. T.C. Ümraniye Belediyesi. Ümraniye İlçesi Mahalle Bazında Nüfusları ve Yüz Ölçümü  
<http://www.umraniye.bel.tr/tr/main/pages/umraniye-ilcesinin-mahalle-bazinda-nufuslari-/132>. [Erişim tarihi: 22 Eylül 2017] .
51. <https://www.trhastane.com/umraniye-hastaneleri.htm>. [Erişim tarihi 22 Eylül 2017].
52. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/>. [Erişim tarihi: 29 Eylül 2016].



53. Hıdıroğlu S, Topuzoğlu A, Onsuğ M F. A community-based intervention programme on hormonal contraceptives: The utilisation of social networks. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2015; 36(1): 126-130.
54. Cali S, Kalaca S, Sarıkaya O. Minimizing missed opportunities: an approach to decrease the unmet need for family planning, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2004; 9(4): 285-289.
55. Topuzoğlu A, Önsüğ M F, Hıdıroğlu S, Mustafaoğlu N, Ekşi M Ő, Erbölükbaş R, Kayıkçı H, Kılıç T. Ümraniye’de Bir Sağlık Ocağına Başvuran Üreme Çağındaki Kadınların Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008; 7(5):405-418
56. Sağlık Bakanlığı, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi El Kitabı [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/KETEM\\_EL\\_KiTABI.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/KETEM_EL_KiTABI.pdf). [Erişim tarihi 22 Eylöl 2017].
57. Ozmen V, Ozaydın A N, Cabioglu N, Gulluoğlu B M, Unalan P C, Gorpe S, Oner B R, Aribal E, Thomas D B, Anderson B O Survey on a Mammographic Screening Program in Istanbul, Turkey, *The Breast Journal*, Volume 2011; 17(3):260-267.
58. Ozmen T, Yuce S, Guler T, Ulun C, Ozaydın A N, Pruthi S, Akkapulu N, Karabulut K, Ozmen V. Screening of breast cancer awareness and health behaviors of woman age 40 to 69 in Mus, the least developed city in Turkey: Apopulation based, cross-sectional study, *Journal of Clinical Oncology* 33 no. 15\_suppl.
59. Demir Yıldırım A. İstanbul’da Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları ve Meme Sağlığı ile İlgili Uygulamaları. Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
60. Ozaydın A N, Cabioglu N, Unala P, Gulluoglu B, Gorpe S, Kaleli S, Ozmen V. What is Between Knowledge and Behavior of Breast and Cervical Cancer Screenings? Apopulation Based Study of Turkish Women in Post Menopausal Women. *Neuvièmes Journées Européennes De La Société Française De Gynécologie*, October 15-18, 2008, Paris, France (No. 23)

## 8. EKLER

### Ek 1. Araştırmada Kullanılan Anket

#### Bilgi Formu

Bu bilgi formu Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü işbirliğinde yürütülen ‘İstanbul İli Ümraniye İlçesinde Aile Hekimliklerine Kayıtlı 15-49 Yaş Evli/Evlenmiş Kadınların Üreme Sağlığı ile ilgili Durumlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmış olup, araştırmacı tarafından sizinle yüz yüze görüşülerek doldurulacaktır.

Tam ve sağlıklı yanıtlarınız, ülkemizde sizlere sunulmakta olan anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine, planlanmasına katkıda bulunacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Bilgi formu no:

Adresiniz:

Bağlı olduğu Aile Hekimliği Birimi:

- 1) Doğum Tarihi (Yıl):
- 2) İstanbul’da ne kadar süredir yaşıyorsunuz? (ay/yıl) .....
- 3) Bu mahallede ne kadar süredir yaşıyorsunuz? (ay/yıl) .....
- 4) En son mezun olduğunuz okul hangisi?
  - 1) Okur-yazar değil
  - 2) Okur-yazar
  - 3) İlkokul mezunu
  - 4) Ortaokul mezunu
  - 5) Lise mezunu
  - 6) Üniversite mezunu
  - 7) Yüksek lisans
  - 8) Doktora

5) Halen (son 12 ay içinde) gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum

6) Çalışıyorsanız işteki statünüz nedir?

1) İşveren 2) Kendi Hesabına (Düzenli)

3) Ücretli, İşçi (Düzenli) 4) Kendi Hesabına (Düzensiz, İş Buldukça)

5) Maaşlı, Memur (Düzenli) 6) Ücretsiz Aile İşçisi

7) Yevmiyeli (Mevsimlik, Geçici) 8) Diğer.....

7) Hanenizde siz dahil toplam kaç kişi yaşıyorsunuz?..... kişi.

8) Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı? Varsa hangi(leri)si?

1) Yok 2) SGK

3) Genel Sağlık Sigortası 4) Özel Sağlık Sigortası

9) Eşiniz halen (son 12 ay içinde) gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor mu?

1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

10) Eşiniz çalışıyorsa işteki statüsü nedir?

1) İşveren 2) Kendi Hesabına (Düzenli)

3) Ücretli, İşçi (Düzenli) 4) Kendi Hesabına (Düzensiz, İş Buldukça)

5) Maaşlı, Memur (Düzenli) 6) Ücretsiz Aile İşçisi

7) Yevmiyeli (Mevsimlik, Geçici) 8) Diğer.....

11) Ailenizin toplam ortalama aylık geliri ne kadardır? ..... TL/ay

12) Şu anki medeni durumunuz ?

1) Halen evli 2) Eşi ölmüş

3) Boşanmış 4) Ayrı yaşıyor

13) Hiç gebe kaldınız mı?

1) Evet (...../kez) 2) Hayır

14) Gebe kaldıysanız ilk gebelik yaşıınız nedir? ...../yıl

15) Hiç (kendiliğinden) düşük yaptınız mı?

1) Evet (...../kez) 2) Hayır

16) Hiç isteyerek düşük yaptınız mı?

1) Evet (...../kez) 2) Hayır

17) Hiç ölü doğum yaptınız mı?

- 1) Evet (...../kez) 2) Hayır
- 18) Hiç canlı doğum yaptınız mı?
- 1) Evet (...../kez) 2) Hayır
- 19) En son doğumunuzu ne zaman yaptınız? .....
- 20) En son gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?
- 1) Şu anda gebe 3) Normal spontan vajinal doğum
- 3) Sezaryen 4) İsteyerek düşük
- 5) Kendiliğinden düşük
- 21) Yaşayan Çocuk Sayınız: K: E:
- 22) En son gebeliğinizi planlamış mıydınız?
- 1) Eşim de ben de istemiştik
- 2) Eşim de ben de istemiştik ama daha sonra planlamıştık
- 3) Eşim de ben de istememiştik
- 4) Ben istemiştim eşim istememişti
- 5) Ben istememiştim eşim istemişti
- 23) Şu andan itibaren başka çocuk sahibi olmak ister misiniz?
- 1) Evet 2) Hayır 3) Emin değilim
- 24) (Hayatınız boyunca) Kaç çocuğunuz olmasını istiyorsunuz? K..... E.....
- 25) (En son gebeliğinizde) Gebeyken muayene ya da kontrol oldunuz mu?
- 1) Evet 2) Hayır
- 26) (25. sorunun yanıtı evet ise) Kim(ler)e muayene olmuştunuz/oluyorsunuz?
- Birden fazla seçenek işaretlenebilir.
- 1) Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı 2) Aile hekimi
- 3) Pratisyen hekim 4) Hemşire/Ebe
- 5)
- Diğer(belirtiniz.....)
- 6) Kimseye başvurmamış

27) (En son gebeliğinizde) Gebeyken muayene ya da kontrol için bir yere (kuruma) başvurduysanız, bu yer aşağıdakilerden hangisidir? Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| 1) Devlet/Numune Hast.       | 2) Doğumevi                            |
| 3) AÇSAP Merkezi             | 4) Sağlık Ocağı                        |
| 5) Sağlık Evi                | 6) SSK Hastanesi                       |
| 7) Eğitim ve Araştırma Hast. | 8) Aile Sağlığı Merkezi/Aile Hekimliği |
| 9) Özel Hastane              | 10)Özel Poliklinik                     |
| 11)Özel Dr. Muayenehanesi    | 12)Özel Ebe/Hemşire(Sağlık Kabini)     |
| 13)Üniversite Hastanesi      | 14)Gönüllü Kuruluş/Vakıf Hast./Klinik  |
| 15)Diğer(belirtiniz.....)    | 16)Hiçbir yere başvurmadım             |

28) Size, gebeyken muayeneye gittiğinizde ‘doğumdan sonra gebelikten korunmanız için’ kullanılacak yöntemler hakkında bilgi verildi mi?

- |         |          |                   |
|---------|----------|-------------------|
| 1) Evet | 2) Hayır | 3) Hatırlamıyorum |
|---------|----------|-------------------|

29) En son doğumunuzu kim yaptırdı/doğuma kim yardımcı oldu?

- |                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| 1) Doktor       | 2) Hemşire/Ebe          |
| 3) Ara ebesi    | 4) Akraba/Arkadaş/Komşu |
| 5) Diğer(.....) | 6) Hiç kimse            |

30) En son doğumunuzu nerede yaptınız?

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| 1) Devlet/Numune Hast.       | 2) Doğumevi                            |
| 3) AÇSAP Merkezi             | 4) Sağlık Ocağı                        |
| 5) Sağlık Evi                | 6) SSK Hastanesi                       |
| 7) Eğitim ve Araştırma Hast. | 8) Aile Sağlığı Merkezi/Aile Hekimliği |
| 9) Özel Hastane              | 10) Özel Poliklinik                    |
| 11)Özel Dr. Muayenehanesi    | 12) Özel Ebe/Hemşire (Sağlık Kabini)   |
| 13)Üniversite Hastanesi      | 14) Gönüllü Kuruluş/Vakıf Hast./Klinik |
| 15) Diğer (belirtiniz.....)  |  |

31) Doğum yaptığınız yerde, doğum sonrası gebelikten korunmak için kullanabileceğiniz yöntemler hakkında bilgi verildi mi?

- 1) Evet                      2) Hayır                      3) Hatırlamıyorum

32) (Son gebeliğiniz düşük ile sonuçlandıysa) Düşük sonrası gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi verildi mi?

- 1) Evet                      2) Hayır                      3) Hatırlamıyorum

33) Gebe kalmayı önlemek ya da geciktirmek için bildiğiniz yöntem(ler) var mı, varsa ne(ler)? Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| 1) Tüplerin bağlanması   | 2) Erkeğin kanallarının bağlanması (Vasektomi) |
| 3) Hap                   | 4) Deri altı implantı (koldan spiral)          |
| 5) 1 aylık iğne          | 6) 3 aylık iğne                                |
| 7) Hormonlu spiral (RİA) | 8) Bakırlı spiral (RİA)                        |
| 9) Kondom                | 10) Kadın kondomu                              |
| 11) Diyafram             | 12) Köpük/jel/fitil                            |
| 13) Vajinal halka        | 14) Süt/emzirme ile korunma                    |
| 15) Tehlikesiz günler    | 16) Geri çekme                                 |
| 17) Diğer.....           | 18) Bilmiyorum                                 |

34) Gebe kalmayı önlemek ya da geciktirmek için bildiğiniz yöntem(ler) var ise bu yöntem(ler)i nereden/kimden öğrendiniz? Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

- |                         |                                       |
|-------------------------|---------------------------------------|
| 1) Aile hekimi          | 2) Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı |
| 3) Ebe/hemşire          | 4) Eczacı                             |
| 5) Komşu/akraba/arkadaş | 6) İnternet                           |
| 7) Gazete/dergi         | 8) TV                                 |
| 9) Kocam                | 10) Hayır, yok                        |
| 11) Diğer.....          |                                       |

35) Bugüne kadar kullandığınız tüm yöntemleri söyler misiniz? Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

- |                        |  |
|------------------------|--|
| 1) Tüplerin bağlanması | 2) Erkeğin kanallarının bağlanması (Vasektomi) |
| 3) Hap                 | 4) Deri altı implantı (koldan spiral)          |
| 5) 1 aylık iğne        | 6) 3 aylık iğne                                |

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| 7) Hormonlu spiral (RİA) | 8) Bakırlı spiral (RİA)    |
| 9) Kondom                | 10)Kadın kondomu           |
| 11)Diyafıram             | 12)Köpük/jel/fitil         |
| 13)Vajinal halka         | 14)Süt/emzirme ile korunma |
| 15)Tehlikesiz günler     | 16)Geri çekme              |
| 17)Diğer.....            | 18)Kullanmadım             |

36) **Şu anda** gebeliği önlemek ya da geciktirmek için herhangi bir yöntem kullanıyor musunuz? / (Gebe ise) Gebe kalmadan önce herhangi bir yöntem kullanıyor muydunuz?

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| 1) Tüplerin bağlanması   | 2) Erkeğin kanallarının bağlanması (Vasektomi) |
| 3) Hap                   | 4) Deri altı implantı (koldan spiral)          |
| 5) 1 aylık iğne          | 6) 3 aylık iğne                                |
| 7) Hormonlu spiral (RİA) | 8) Bakırlı spiral (RİA)                        |
| 9) Kondom                | 10)Kadın kondomu                               |
| 11)Diyafıram             | 12)Köpük/jel/fitil                             |
| 13)Vajinal halka         | 14)Süt/emzirme ile korunma                     |
| 15)Tehlikesiz günler     | 16)Geri çekme                                  |
| 17)Diğer.....            | 18)Kullanmıyorum                               |

37) **Şu anda** kullandığınız yöntemi nereden temin ettiniz? / (Gebe ise) Gebe kalmadan önce kullandığınız yöntemi **nereden** temin ettiniz?

- |  |  |
|--|--|
| 1) Devlet/Numune Hast.                 | 2) Doğumevi                            |
| 3) AÇSAP Merkezi                       | 4) Eğitim ve Araştırma Hastanesi       |
| 5) Aile Sağlığı Merkezi/Aile Hekimliği | 6) Üniversite Hastanesi                |
| 7) Özel Hastane                        | 8) Özel Poliklinik                     |
| 9) Özel Dr. Muayenehanesi              | 10) Özel Ebe/Hemşire (Sağlık Kabini)   |
| 11) Eczane                             | 12) Market/Dükkan                      |
| 13)Ara ebesi/Ebe ninesi                | 14) Gönüllü Kuruluş/Vakıf Hast./Klinik |
| 15)İnternet                            | 16) Akraba/Arkadaş/Komşu               |
| 17) Diğer (belirtiniz.....)            |  |

38) Şu anda kullandığınız yöntem konusunda size bilgi verildi mi? Evet ise kim verdi?

- |                         |                                       |
|-------------------------|---------------------------------------|
| 1) Aile hekimi          | 2) Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı |
| 3) Ebe/hemşire          | 4) Eczacı                             |
| 5) Komşu/akraba/arkadaş | 6) İnternet                           |
| 7) Gazete/dergi         | 8) TV                                 |
| 9) Diğer.....           | 10) Bilgi verilmedi                   |

39) Şu anda gebeliği önleyici bir yöntem kullanmıyorsanız, yöntem kullanmamanızın temel nedeni nedir?

- |                           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| 1) Cinsel ilişki yok      | 2) Sık olmayan ilişki          |
| 3) Menopozda/Histerektomi | 4) Gebe kalması zor/Kısır      |
| 5) Eşi kısır              | 6) Yeni doğum yapmış/Emziriyor |
| 7) Gebe kalmak istiyor    | 8) Gebe                        |
| 9) Sağlık kaygısı         | 10) Yan etki endişesi          |
| 11) Ulaşım zorluğu/uzak   | 12) Pahalı                     |
| 13) Kullanışlı değil      | 14) ASM'de yok/verilmiyor      |
| 15) Yöntem bilmiyor       | 16) Kaynak bilmiyor            |
| 17) Eşi karşı             | 18) Dini nedenler              |
| 19) Kadercilik            | 20) Utanıyor                   |
| 21) Diğer                 |                                |
- (belirtiniz.....)

40) Halen/En son kullandığınız yöntem dışında başka bir gebeliği önleyici yöntem kullanmak ister miydiniz?

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| 1) Tüplerin bağlanması   | 2) Erkeğin kanallarının bağlanması (Vasektomi) |
| 3) Hap                   | 4) Deri altı implantı (koldan spiral)          |
| 5) 1 aylık iğne          | 6) 3 aylık iğne                                |
| 7) Hormonlu spiral (RİA) | 8) Bakırlı spiral (RİA)                        |
| 9) Kondom                | 10) Kadın kondomu                              |
| 11) Diyafram             | 12) Köpük/jel/fital                            |
| 13) Vajinal halka        | 14) Süt/emzirme ile korunma                    |
| 15) Tehlikesiz günler    | 16) Geri çekme                                 |



17)Diğer..... 18)Başka yöntem kullanmak istemiyorum

41) Halen kullandığınız yöntem dışında başka bir gebeliği önleyici yöntem kullanmak istemiyorsanız, kullanmak istememenizin temel nedeni nedir?

- 1) Doktor önermiyor
  - 2) Pahalı
  - 3) Bulunmuyor/Ulaşma güçlüğü (RİA)
  - 4) Nasıl temin edeceğimi bilmiyorum
  - 5) Nasıl kullanacağımı bilmiyorum
  - 6) Eşim istemiyor
  - 7) Dini nedenler
  - 8) Sağlık kaygısı
  - 9) Yan etki endişesi
  - 10)Şu anda kullandığım yöntemden memnunum
  - 11)Diğer
- (belirtiniz.....)

42) Hekim tarafından tanı konulmuş herhangi kronik hastalığınız var mı?

- 1) Evet (belirtiniz.....)
- 2) Hayır

43) Meme kanseri taraması için hiç mamografi çektirdiniz mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır

44) (43. soruya cevabınız 'Evet' ise) (en son) Mamografiyi **nerede** çektirdiniz?

- 1) Devlet/Numune Hastanesi
- 2) AÇSAP Merkezi
- 2) Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- 4) Üniversite Hastanesi
- 5) Özel Hastane
- 6) Gezici tır (pembe prenses)
- 7) Belediye
- 8) Diğer(.....)

45) (43. soruya cevabınız 'Evet' ise ) Mamografi çektirmenizi **kim** önerdi? Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

- 1) Aile hekimi
- 2) Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı
- 3) Ebe/Hemşire
- 4) Komşu/Akraba/Arkadaş
- 5) İnternet
- 6) Gazete/Dergi
- 7) TV
- 8) Diğer(.....)

46) Serviks (serviks) kanseri için hiç tarama yaptırdınız mı? (smear aldirdınız mı?)

- 1) Evet
- 2) Hayır

47) (46. soruya cevabınız 'Evet' ise) Serviks (serviks) kanseri için (en son) tarama testini **nerede** yaptırdınız?

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 1) Devlet/Numune Hastanesi       | 2) Doğumevi                                  |
| 3) AÇSAP Merkezi                 | 4) Aile Sağlığı Merkezi                      |
| 5) Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 6) Üniversite Hastanesi                      |
| 7) Özel Hastane                  | 8) Özel Poliklinik/Özel Doktor Muayenehanesi |
| 9) Belediye                      | 10) Diğer (belirtiniz.....)                  |

48) (46. soruya cevabınız 'Evet' ise) Serviks kanseri için tarama yaptırmanızı **kim** önerdi? Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

- |                |                                       |
|----------------|---------------------------------------|
| 1) Aile hekimi | 2) Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı |
| 3) Ebe/Hemşire | 4) Komşu/Akraba/Arkadaş               |
| 5) İnternet    | 6) Gazete/Dergi                       |
| 7) TV          | 8) Diğer (belirtiniz.....)            |

49) Bir sağlık sorununuz olduğunda aile hekimine başvurur musunuz?

- |                     |          |                        |
|---------------------|----------|------------------------|
| 1) Evet, genellikle | 2) Bazen | 3) Hayır, hiçbir zaman |
|---------------------|----------|------------------------|

50) (49. soruya cevabınız 'Evet' ise) Hangi durumlar için aile hekimine başvurursunuz? Birden fazla şık işaretlenebilir.

- |                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| 1) Aşı olmak                     | 2) Gebelik takibi     |
| 3) Muayene olmak                 | 4) İlaç yazdırmak=RPT |
| 5) Aile planlaması hizmeti almak | 6) Rapor almak        |
| 7) Diğer (belirtiniz.....)       |                       |

51) (49. soruya cevabınız 'Hayır' ise) Gebelik takibi için **öncelikle** nereye başvuruyorsunuz?

- |                                      |                               |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| 1) Kadın Hastalıkları ve Doğum Hast. | 2) Eğitim Araştırma Hastanesi |
| 3) Üniversite Hastanesi              | 4) Özel Hastanesi             |
| 5) Özel Poliklinik                   | 6) Diğer (belirtiniz.....)    |

52) (49. soruya cevabınız ‘Hayır’ ise) Aile planlaması hizmeti almak için **öncelikle** nereye başvuruyorsunuz?

- |                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1) AÇSAP Merkezi              | 2) Devlet/Numune Hastanesi |
| 3) Eğitim Araştırma Hastanesi | 4) Üniversite Hastanesi    |
| 5) Özel Hastane               | 6) Özel Poliklinik         |
| 7) Eczane                     | 8) Diğer (belirtiniz.....) |

YANITLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER



## Ek 2. Etik Kurul Raporu



### Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2016.521
	PROJE ADI	Ümraniye'de Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Üreme Sağlığı Durumları ve İlişkili Faktörler
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÖNVANI/ADI	Prof. Dr. Sibel SAKARYA

KARAR BİLGİLERİ	Tarih	07.10.2016
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurulu bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.	

ÜYELER						
Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılmı	İmza	
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGÜN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Atilla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Beste Melik ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. EBF KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Tolga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Yrd.Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Achadem Üniv. Tıp Fak.	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Gülide Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	

### Ek 3. İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden Alınan Araştırma İzni

#### PROTOKOL

Çalışmayı yürütecek olan kişiler:	Prof. Dr. Sibel SAKARYA ve Doç. Dr. A. Nilüfer ÖZAYDIN sorumluluğunda Asistan Dr. Pınar TEPE
Çalışmanın Türü	Uzmanlık Tezi
Çalışmanın adı:	Ümraniye'de Yaşayan 15-49 Yaş Evli/Evlenmemiş Kadınların Üreme Sağlığı Durumları
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:	İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü
Çalışmanın gerçekleştirileceği tarih aralığı	1 Kasım 2016 – 30 Haziran 2017

**Madde 1.** Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile Dr. Pınar TEPE (Adres: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Maltepe Başbüyük Kampüsü İstanbul) arasında düzenlenmiştir.

**Madde 2.** Bu protokol İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün sorumlu olduğu sahada gerçekleştirilecek olan çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir. Çalışmayı gerçekleştirecek kişi veya kişiler çalışma süresince kapsam dışı hiçbir veri toplamayacaklardır. Çalışmanın kapsamı Müdürlük'e ıslak imzalı olarak sunulan başvuru dosyasındaki bilgilerle belirlenmiştir. Herhangi bir anlaşmazlıkta Başvuru Dosyasında sunulan bilgiler esas alınacaktır.

**Madde 3.** Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak taraflar protokolü daha önce sonlandırma hakkına sahiptir.

**Madde 4.** Çalışmaya katılım için gönüllülük esastır. Çalışma kapsamında kişilere önce çalışmanın amacı hakkında bilgi verilecek ve kişilerden onay alınacaktır. Araştırma sırasında veriler kişi mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde geçerli gizlilik ve şahsi itibarın korunması hükümlerine uyulması suretiyle toplanabilecektir.

**Madde 5.** Protokole konu olan çalışmayı sadece yukarıda ismi anılan kişiler yapabileceklerdir. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecek ve gerekli işlemler başlatılacaktır.

**Madde 6.** Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir. Anlaşılmasını durumunda yetkili mahkemeler itilafın çözümü için sürece dahil edilecektir.

**Madde 7.** Araştırma sonuçlarının kullanılarak üretilen her türlü materyalde (tez, makale, poster sunum vb.) çalışmanın gerçekleştirildiği kurum veya kuruluşların ismi açık olarak kullanılmayacaktır. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

**Madde 8.** Çalışmanın sonucunda elde edilecek olan sonuç raporu, akademik yayın veya tezin bir örneği Müdürlük kütüphanesinde değerlendirilmek üzere İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Projeler Birimi'ne teslim edilecektir.

Araştırmacı  
Adı-Soyadı:

Dr. Pınar TEPE  
14.11.2016

Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı  
Uzm. Dr. Onur Özlem KÖSE

OLUR  
Dr. Mustafa ÖZDEMİR  
Halk Sağlığı Müdürü V.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 061bf041-0b69-4a47-823f-d062835e1104 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## Ek 4. İstanbul İli, Ümraniye İlçesi Kaymakamlığı'ndan Alınan Araştırma İzni

T.C.  
ÜMRANIYE KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : 12694114-490-E.354

30/01/2017

Konu : Dr. Pınar Tepe'nin Araştırma İzni Hk.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Personel Daire Başkanlığı

- İlgi : a) Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinin 13/01/2017 tarih ve 1700013598 sayılı yazısı.  
b) Marmara Üniversitesi Rektörlüğünün 20.01.2017 tarihli ve 1700022448 sayılı yazısı.

Marmara Üniversitesi Rektörlüğünün ilgi (b) sayılı yazısı ekinde alınan ; Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim elemanlarından Dr.Pınar TEPE'nin, "Ümraniye'de 15-49 Yaş Kadınların Üreme Sağlığı Durumları ve İlişkili Faktörler" konulu uzmanlık tezi için Ümraniye ilçesinde araştırma yapması hakkındaki ilgi (a) sayılı yazsının bir örneği ilişikte gönderilmiştir.

Söz konusu Araştırma tezi için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim elemanlarından Dr.Pınar TEPE'nin, veri toplama işlemini güvenli bir şekilde yapabilmesi için gerekli yardımların yapılması hususunda;

Bilgi edinilerek gereğini rica ederim.

  
Suat DERVİŞOĞLU  
Kaymakam

EK: İlgi yazı ve ekleri

DAĞITIM :

Gereği:  
İLÇE EMNİYET MÜDÜRLÜĞÜ  
35 MAHALLE MUHTARLIĞI

Bilgi:  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
REKTÖRLÜĞÜ Personel Daire Başkanlığı

\*Bu belge elektronik imzalıdır. imzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (d2KqSo-DV304V-PvTNhw-ttguC0-Jz7URuT) kodunu yazınız.

Atatürk Mahallesi F.S.M. Caddesi Ümraniye/İstanbul  
Telefon No: Faks No:  
e-Posta: [umraniye@istanbul.gov.tr](mailto:umraniye@istanbul.gov.tr) İnternet Adresi: [www.icisleri.gov.tr](http://www.icisleri.gov.tr)

Bilgi için: Gülşen KAYA  
MEMUR (Ş)  
Telefon No:

## Ek 5. Gönüllü Onay Formu

### GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

İyi günler!

İsmim \_\_\_\_\_ . Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan geliyorum. İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile beraber yürüttüğümüz bu çalışmada İstanbul ili Ümraniye ilçesinde yaşayan, 15-49 yaş evli kadınlar ile yüz yüze görüşerek, kadınların üreme sağlığı durumu ve ilişkili faktörleri ile ilgili bilgi topluyoruz.

Görüşme yüz yüze, anket soruları sorularak gerçekleştirilecektir. Vereceğiniz tüm cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır. İstemediğiniz soruları yanıtlamayabilirsiniz, tam ve sağlıklı yanıtlarınız, ülkemizde sizlere sunulmakta olan anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine, planlanmasına katkıda bulunacaktır. Görüşme yaklaşık olarak 20 dakika sürecektir.

Yukarıda, araştırmadan önce bilmem gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendim (/kızım/eşim/kardeşimin...) katılmayı(/katılmasını) kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-soyadı:

İmzası:

## Ek 6. Çalışma bölgesi haritası ve bölgede belirlenen kümeler





## Ek 7. İntihal Raporu

ÜMRANİYE'DE YAŞAYAN 15-49 YAŞ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI DURUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER			
ORJİNALLİK RAPORU			
%6	%5	%2	%1
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	<a href="http://halksagligiokulu.org">halksagligiokulu.org</a> İnternet Kaynağı	%1	
2	<a href="http://www.hips.hacettepe.edu.tr">www.hips.hacettepe.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	%1	
3	TOPUZ, Şenay, BÜYÜKKAYACI DUMAN, Nuriye and GÜNEŞ, Aylin. "Sağlık Bilimleri Fakültesi birinci sınıftaki kız öğrencilerin genital hijyen uygulamaları", DNT Ortadoğu Yayıncılık AŞ, 2015. Yayın	<%1	
4	AKGÜN, Seval and BAKAR, Coşkun. "Üreme sağlığı epidemiyolojisi: Türkiye'de doğurganlık ve aile planlaması", Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, 2006. Yayın	<%1	
5	<a href="http://dspace.baskent.edu.tr:8080">dspace.baskent.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	<%1	
6	<a href="http://www.halksagligiokulu.org">www.halksagligiokulu.org</a>		

