

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**İLERİ DOĞURGANLIK YAŞINDAKİ
EVLİ KADINLARIN VE EŞLERİNİN
AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK TUTUMLARI VE
BU KONUDA VERİLEN EĞİTİMİN
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
(MARDİN/KIZILTEPE ÖRNEĞİ)**

Gülcan ÇİFTÇİOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Belkıs KARATAŞ

MERSİN-2009

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**İLERİ DOĞURGANLIK YAŞINDAKİ
EVLİ KADINLARIN VE EŞLERİNİN
AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK TUTUMLARI VE
BU KONUDA VERİLEN EĞİTİMİN
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
(MARDİN/KIZILTEPE ÖRNEĞİ)**

Gülcan ÇİFTÇİOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Belkıs KARATAŞ

TEZ NO:.....

MERSİN-2009

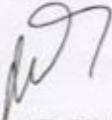
Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan İleri Doğurganlık Yaşındaki Evli Kadınların ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Bu Konuda Verilen Eğitimin Etkisinin Değerlendirilmesi (Mardin/Kızıltepe Örneği) başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18/06/2009


Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı


Yrd. Doç. Dr. Belkas KARATAŞ
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Nazife Akan
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir.


Doç. Dr. Ülke ÇOMELİKOĞLU



TEŞEKKÜR

Tezimi hazırlamamda bana destek olup, deneyimlerini benden esirgemeyen ve her aşamada bana destek olan tez danışman hocam Sn.Yrd.Doç.Dr.Belkıs KARATAŞ'a,

Tezimin istatistiksel analizlerinde yardımları için; Sn.Öğr.Gör.Seval KUL'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaştığım hocam, Sn.Prof.Dr. Ayşe ÖZCAN'a,

Çalışmama görüş ve önerileriyle katkıda bulunan Sn.Uz.Dr.Murat SÜRÜCÜ'ye,

Çalışmamı sağlık ocaklarında yürütmeme izin veren Mardin İl Sağlık Müdürlüğü'ne, Kızıltepe Kaymakamlığı'na,

Eğitimim için hiçbir fedakârlığı esirgemeyen, desteklerini her zaman hissettiğim ve minnet borçlu olduğum aileme teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
ŞEKİLLER VE ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1. Nüfus Artışı ve Aile Planlaması Hizmetleri.....	10
2.2. İstenmeyen Gebelikler ve Aile Planlaması Hizmetleri.....	11
2.3. Aile Planlaması Kullanımını Etkileyen Faktörler.....	13
2.4. Tutumlar.....	17
2.4.1. Tutumların Özellikleri.....	18
2.4.2. Tutumların Oluşması.....	19
2.4.3. Tutum ve Hemşirelik.....	20
2.4.4. Aile Planlaması Hizmetlerinde Eğitimin Tutuma Etkisi.....	21
2.4.5. Tutumların Ölçülebilmesi.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Şekli.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	23
3.4. Araştırmanın Evreni.....	24
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	24
3.6. Verilerin Toplanması.....	24

3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması.....	24
3.6.1.1. Anket Formu.....	24
3.6.1.2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği.....	25
3.6.2. Ön Uygulama.....	26
3.6.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri.....	27
3.9. Araştırmacının Gözlemleri.....	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	55
6.1. Sonuçlar.....	55
6.2. Öneriler.....	57
7. KAYNAKLAR.....	58
EKLER.....	66
EK-1.....	66
EK-2.....	68
EK-3.....	70
EK-4.....	71
EK-5.....	73
EK-6.....	74
EK-7.....	75
EK-8.....	76
ÖZGEÇMİŞ.....	77

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1. Araştırma Kapsamına Alınan Kadın ve Erkeklerin Yaş ve Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	29
Çizelge 2. Kadınların Doğurganlık ve Aile Planlaması İle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı	30
Çizelge 3. Cinsiyete Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	32
Çizelge 4. Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	33
Çizelge 5. Kadınların Doğurganlık ve Aile Planlaması İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Puan Ortalamasının Dağılımı.....	34
Çizelge 6. Kadınların Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Dağılımı	38
Çizelge 7. Erkeklerin Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Dağılımı	39
Çizelge 8. Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Topluma Yönelik Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	40
Çizelge 9. Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Yönteme Yönelik Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	41
Çizelge 10. Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Gebeliğe Yönelik Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42
Çizelge 11. Erkeklerin Eğitim Düzeylerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Topluma Yönelik Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	43
Çizelge 12. Erkeklerin Eğitim Düzeylerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Yönteme Yönelik Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	44
Çizelge 13. Erkeklerin Eğitim Düzeylerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Gebeliğe Yönelik Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	45

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- UNFPA:** Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
BÖH: Bebek Ölüm Hızı
BM: Birleşmiş Milletler
AÇS: Ana Çocuk Sağlığı
TSH: Temel Sağlık Hizmetleri
AÇS/AP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
UNKK: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
KS/AP USP: Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Strateji Planı
BKH: Binyıl Kalkınma Hedefleri
SPSS: Statistical Package For The Social Sciences

ÖZET

İleri Doğurganlık Yaşındaki Evli Kadınların ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Bu Konuda Verilen Eğitimin Etkisinin Değerlendirilmesi

Gülcan ÇİFTÇİOĞLU

Bu çalışma, 35–49 yaş arası kadınların ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumlarının ölçülmesi ve bu konuda verilen eğitimin etkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Mardin ili Kızıltepe ilçe merkezinde bulunan üç sağlık ocağından Aile planlaması tutum ölçeği madde sayısı dikkate alınarak belirlenen 170 kadın ve eşleri olmak üzere toplam 340 kişi oluşturmaktadır.

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür tarandıktan sonra hazırlanmış kadın ve eşlerine uygulanmak üzere iki adet anket formu ve aile planlamasına yönelik tutumları belirlemek için Örsal tarafından geliştirilmiş Aile Planlaması Tutum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Tutum ölçeği eğitim verilmeden önce ve sonra olmak üzere iki kez uygulanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde ölçeğin güvenilirliğini test etmek amacı ile alt ölçekler için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır. Normal dağılım kontrolünde Shaphiro Wilks testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının bağımsız iki grupta karşılaştırılması amacıyla normal dağılan ölçümler için Independent-sample t testi, üç veya daha fazla grupta karşılaştırılması amacıyla ise ANOVA testi, normal dağılmayan ölçümler için bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi, üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Kadınların eğitim öncesi tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları $96,48 \pm 17,13$ iken eğitim sonrası $109,96 \pm 17,03$ 'e yükselmiştir. Erkeklerin eğitim öncesi tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları $118,65 \pm 14,51$ iken eğitim sonrasında $123,06 \pm 15,98$ olmuştur. Kadınların ve eşlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasında tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, Tutum Ölçeği, Hemşirelik, Eğitim

ABSTRACT

The Attitudes Of Advenced Fertiltiy Aged Women And Towards Family Planning And Evaluation Of The Given Education On This Subject

Gülcan ÇİFTÇİOĞLU

This study has been performed as a descriptive study for measuring attitudes of women aged between 35 and 49 and their husbands towards family planning and in order to evaluate the effects of training given in this regard.

The sample of the inquiry is formed by totally 340 individuals as 170 women and their husbands determined by taking their family planning attitude scales into account from three health centers in the Kızıltepe district center of Mardin province.

Data of the inquiry was prepared after scanning the literature for the subject by researcher, developed by Örsal in order to determine attitudes of women and their husbands towards family planning and 2 questionnaire forms were prepared for applying to women and their husbands and collected by using the Family Planning Attitude Scale. The attitude scale was applied twice as before and after the training.

In the evaluation of datum to test the reliability of soule fort he bottam scale the Cronbech alpha internal consistency coefficients have been calculated. In the normally distribution control the Shaphiro Wilks test has been used. The indepented -sample t-test has been user for the comparison of the measurement points in two indepented groups. The Anova test has been used for the comparison in three or more groups. To compare in two indepented groups the measurements that have not been distributed normally, the Mann Withney- U test has been used and the Kruskall wallis test has been used for the comparison of three or more groups.

While the average score of women for pre-training attitude scale was 96.48 ± 17.13 , it increased to 109.96 ± 17.03 after the training. While the average score of men for pre-training attitude scale was 118.65 ± 14.51 , it increased to 123.06 ± 15.98 after the training. The difference between the average scores of women and their husbands received from attitude scales before and after the training was statistically significant.

Keywords: Attitude, Nurse, Family Plannning, Education

1. GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Aile planlaması tanım olarak, bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuğa sahip olmaya, doğumların arasını belirlemeye serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmalarıdır. Başka bir deyişle, Aile Planlaması evli çiftlerin ekonomik olanaklarına ve kişisel isteklerine göre çocuk sayısını tayin etmeleri ve doğumların ana-çocuk sağlığına uygun aralıklarla olmasını sağlayan koruyucu bir hizmettir. Aile planlaması ailelerdeki kişi sayısını sınırlandırma anlamını taşımaz. Amaç anne ve doğacak çocukların sağlıklı olması ve çocuk sahibi olmak istendiğinde gebeliğin oluşmasıdır. Çünkü iki yıldan az aralıklarla yapılan doğumlar annenin vücut sağlığını önemli ölçüde bozmakta, gebelik sırasında riskleri artırmakta, hatta ara vermeden arka arkaya yapılan doğumlar anne ölümlerine neden olmaktadır. Ayrıca sık aralıklarla doğan çocukların anne karnında gelişmeleri tam olmamakta (doğum ağırlığı düşük bebekler), sakatlık oranı yükselmekte, bakımları güçleşmekte ve bebek ölümleri artmaktadır (1-5).

Aile planlaması hizmetlerinin bir başka amacı da, istenmeyen gebelikleri ve buna bağlı olarak anne ve bebek ölümlerini önlemek, her aileye istediği zaman ve istediği sayıda çocuk sahibi olmaları için yardım ve danışmanlık hizmeti sunmaktır. Aile planlaması hizmetleri karar vermede aile fertlerinin yeteneklerini geliştirir ve aileye çocuk sahibi olma konusunda serbest karar verme özgürlüğünü tanır. Aile planlaması hizmetleri, topluma sunulması gereken “Temel Sağlık Hizmetleri” kapsamı içinde önemli bir yer tutar (6).

Bütün bunlar göz önüne alındığında Aile Planlamasının amaçlarını şöyle sıralayabiliriz:

- 1- Bireyleri ve aileleri, üreme sağlığı konusunda eğitmek,
- 2- Ailelere gebelikten korunmanın modern ve tıbbi yollarını öğretmek ana ve çocuk sağlığı düzeyini yükseltmek,
- 3- Çok ve sık doğumların anne ve çocuk sağlığına olan olumsuz etkilerini gidermek,
- 4- Anne ölümlerini önlemek ve sağlığını korumak,
- 5- Bebeklerin sağlıklı doğmalarını ve yaşamalarını sağlamak,
- 6- Yüksek riskli ve istenmeyen gebelikleri önlemek,
- 7- Çocuk sahibi olmak isteyenlere tıbbi yardım sağlamak ve bireyleri aile planlaması

yöntemleri konusunda eğitmek (2,6,7).

Bükreş (1974), Mexico City (1984) ve Kahire’de (1994) yapılan üç büyük konferansta, nüfus ve aile planlamasının, başta gelişmekte olan ülkelerde kalkınmanın temel ve vazgeçilmez ilkeler olduğu vurgulanmıştır. Konferansın sonuçları daha sonra 1995’de Pekin’de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı’nda bir kez daha vurgulanarak aile planlaması çalışmalarında daha geniş bir kavram olan “Üreme Sağlığı” içerisinde temel sağlık hizmetleri aracılığı ile uygun yaştaki herkese sağlanması şart koşulmuştur (8–10).

Dünyada her bir dakikada; 380 kadın gebe kalmakta, 190 kadın istenmeyen veya planlanmayan gebelikle karşılaşmakta, 110 kadın gebelikle ilgili komplikasyon yaşamakta, 40 kadın tehlikeli düşük yapmakta ve 1 kadın ölmektedir. Bu ölümlerin %1’i gelişmiş ülkelerde, %99’u gelişmekte olan ülkelere aittir. Gelişmekte olan ülkelerde dakikada ortalama bir kadın gebelikle ilgili nedenler sonucu ölmektedir. Bu ölümlerin %90’ı da önlenemez nedenlerdendir. Türkiye’de yılda yaklaşık 1,8 milyon gebelik olmaktadır. Bunlardan 500.000’i düşük, 23.000’i ölü doğum, 1.350.000’i canlı doğumla sonuçlanmaktadır. 39.000 bebek ise bir yaşına gelmeden ölmektedir (11,12).

Gelişmekte olan ülkelerde her yıl yaklaşık 585 bin kadın gebelik, doğum ve uygun olmayan koşullarda yapılan düşükler nedeniyle ölmektedir. Bu ölümlerin büyük bir çoğunluğu etkili bir aile planlaması yöntemi kullanılması ile önlenemez. Öyle ki, pek çok ülkede yürütülen Dünya Doğurganlık Araştırması sonuçlarına göre; her yıl anne ölümleri üçte bir oranında düşürülebilir. Bu da aile planlaması yöntemlerini tanıtmak, yöntem isteminde bulunanların, bu hizmetleri veren kuruluşlara ulaşmalarını ve hizmeti almalarını sağlamakla olanaklıdır (13).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre; kadınların yüzde 91’i, hayatlarının bir döneminde gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmıştır. Evli olan kadınların yüzde 78’i en az bir kez modern, yüzde 64’ü en az bir kez geleneksel bir yöntem kullanmıştır. En az bir kez modern yöntem kullanmış olan kadınların oranı en az bir kez geleneksel yöntem kullanmış olan kadınlardan daha yüksek olmasına karşın, eşler/çiftler tarafından en çok kullanılmış olan yöntemin yüzde 67 ile geri çekme olduğu görülmektedir. Modern yöntemler arasında en çok kullanılmış olan yöntemlerin sırasıyla kondom (yüzde 44), RİA (yüzde 41) ve hap (yüzde 34) olduğu görülmektedir (14).

İsteyerek düşükler istenmeyen gebelikleri temsil etmektedir ve aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesinde isteyerek düşükler önemli bir göstergedir. İstenmeyen

gebeliği olan kadınların yarısı isteyerek düşük yapmaktadır. İsteyerek düşüklerin ileri yaş grubunda, üç ve üzerinde çocuğu olanlarda, dört ve üzerinde gebeliği olanlarda daha fazla saptanması isteyerek düşüğün halen bir aile planlaması yöntemi olarak görüldüğünü ve istenmeyen gebeliklerin sorun olmaya devam ettiğini göstermektedir (13–15).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından %99'u gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere her yıl dünyada yaklaşık 500.000 kadının %12'sinin düşüğe bağlı nedenlerle öldüğü bildirilmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalar düşüklerin yaklaşık yarısının planlanmayan gebelikler sonrası bir aile planlaması yöntemi olarak gerçekleştirildiğini ve düşük sonrası sunulacak aile planlaması hizmetlerinin önemini göstermektedir (16,17).

Ülkemizde, istemli düşük sıklığı %24, kendiliğinden düşük sıklığı %20 olarak açıklanmıştır. Bu durum aile planlaması hizmetlerine olan gereksinimi açıkça göstermektedir. Gemalmaz'ın belirttiğine göre; Trabzon'da yapılmış bir araştırmada istenmeyen gebeliklerin 19 yaş altında ve 35 yaş üzerinde sık olduğu bildirilmiştir. İsteyerek düşük yapmış evli kadınlar 25 yaşın altındaki kadınlarda % 10'dan daha az iken, 45–49 yaş grubunda %40'tan daha fazladır. Yiğiter ve Dönmez'in Kütükçü bölgesinde yaptıkları araştırmada kürtaj olan kadınların en fazla 40–49 yaş grubunda olduğu belirtilmiştir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada da 35–40 yaş arası gebelerde gestasyonel diabet, plasenta previa, makat geliş, operatif vaginal doğum, elektif sezaryen, acil sezaryen, postpartum kanama, 32. haftadan önce doğum, 5. persentil altında doğum ağırlığı ve ölü doğum risklerinin artmış olduğu saptanmıştır (13,18–21).

Güngör ve arkadaşlarının Elazığ'da düşük yapan kadın ve eşleri ile yaptıkları çalışmada kadınların %26,5'i ve eşlerinin %36,7'si istemli düşüğün bir aile planlaması yöntemi olduğunu belirtmişlerdir. İzmir'de yapılan başka bir çalışmada da kadınların %32,7'sinin gebeliklerinin yarıdan daha fazlasını istemli düşükle sonlandırdıkları bulunmuştur. Erol'un belirttiğine göre, Japonya'da yapılan benzer bir çalışmada, zamanlaması yanlış gebeliklerin %39,5'inin ve hiç istenmeyen gebeliklerin %71,1'inin istemli düşükle sonlandığı bulunmuştur (17,22).

İstenmeyen gebelikler, sonucu ne olursa olsun kadın ve aile için psiko-sosyal boyutu ciddi olan bir sorundur. Diğer taraftan gebelik ve doğum fizyolojik olaylar olmasına rağmen her iki süreç de pek çok risk taşımaktadır. Yine istenmeyen gebelik ve doğumlarda, obstetrik hizmetlerin kullanımında da ihmaller söz konusu olabilmektedir. Bu durumda da gebelik ve

doğum komplikasyonlarında, anne ve bebek morbidite ve mortalitelerinde artış olmaktadır (23).

Gebeliği önleyici yöntem kullanımı kadının yaşına göre farklılaşmaktadır. Herhangi bir yöntem kullanımı, 15–19 yaş grubundaki evli kadınlar arasında en düşük düzeyde iken (yüzde 44), 30–34 yaş grubunda yüzde 81’e kadar yükselmekte ve 45-49 yaş grubunda yüzde 50’ye düşmektedir. Hamileliğe bağlı ölüm riski 35–39 yaş arası kadınlarda yirmili yaştaki kadınlara göre 2–3 kat fazla olup, 40 yaş ve üzeri kadınlarda risk dramatik olarak artmaktadır. Anne yaşı arttıkça, doğum sırası ve sonrasındaki komplikasyon ve ölüm oranları da belirgin olarak artmaktadır (19,24).

TNSA 2008 verilerine göre; en yüksek doğurganlık hızı, kadın başına 3.26 çocuk ile Doğu Anadolu Bölgesi’ndedir. Bu sonuçla tutarlı olarak, Güneydoğu Anadolu Projesi bölgesinde Doğu’da gözlenen doğurganlık hızından daha yüksek (3.46 doğum) bir doğurganlık hızı gözlenmektedir. Bölgenin bugünkü doğurganlık düzeyi, Türkiye’nin 1980’li yılların başında sahip olduğu doğurganlık düzeyinde bulunmaktadır. Doğu dışında kalan diğer bölgelerdeki doğurganlık hızlarının Türkiye ortalamasına yakın ya da bu ortalamanın altında olması, Türkiye’de temel doğurganlık farklılaşmasının kentsel ve kırsal yerleşim yerleri arasında ve Doğu ile diğer bölgeler arasında olduğunu göstermektedir (14).

Türkiye’de gebeliğe ve doğuma bağlı ölümlerin en önde gelen nedeni; genç (18 yaşın altı) ve geç yaşta (35 yaşın üstü) olan gebeliklerdir. Bunu doğum aralığının iki yıldan az olması yani sık aralıklarla yapılan doğumlar ve yaşam boyu dörtten fazla gebe kalınması izlemektedir. İleri yaş gebeliği ve doğumlar ciddi psikolojik, fiziksel, sosyolojik ve ekonomik problemleri beraberinde getirmektedir. Bu gebeliklerde spontan abortus, konjenital anomalili fetus doğurma, kronik hipertansiyon, preeklamsi, malprezentasyon, disfonksiyonel travay ve sezeryan artması, gebelik diyabeti, erken doğum oranında artış ve doğum sırasında bebek kaybı gibi riskler bulunmaktadır. Gebelik döneminde ve doğum öncesinde tıbbi takibin yapılmaması, doğumun uygun koşullarda eğitilmiş sağlık personeli aracılığı ile gerçekleştirilememesi de diğer nedenlerdir. Ülkemizde halen kabaca beş kadından biri doğum öncesi tıbbi takip ve bakım hizmetlerinden yararlanamamakta, yine beşte birinin doğumu ise uygun koşullarda gerçekleşmemektedir (25–27).

Doğurganlık dönemindeki kadınların yaklaşık bir milyondan fazlasının aile planlaması ihtiyacının karşılanmaması gebeliğe ve doğuma bağlı ölümleri arttıran sebeplerdendir. Türkiye’de “2005 Ulusal Anne Ölümleri Çalışması”na göre yüz binde 28,5

olarak hesaplanan anne ölümleri Yunanistan'da 10, İrlanda'da 4, İtalya'da 5, Almanya'da 9, Yunanistan'da 10 ve Fransa'da 17'dir (24,28,29).

Ülkemizde riskli gebeliklerin çok yaygın olmasına rağmen 2005 Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'nın verileri, gebeliğe bağlı ölen kadınların dörtte üçünün gebeliği önleyici bir yöntem kullanmadığını göstermektedir. Aynı araştırmanın daha düşündürücü tarafı ise; ölen kadınların yarısının bu gebeliği istememiş olmalarıdır. TNSA 2003 verilerine göre bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 29 iken, doğum aralığı iki yıldan az olan gebeliklerde bu hız 2,5 kat, 20 yaş altı gebeliklerde ise bir kat artış göstermektedir. Yine doğum aralığı iki yıldan az ve doğum sayısı üçten fazla olan gebeliklerde bebek ölüm hızı 3,5 kat yükselmiştir. Ayrıca doğum sırasında ya da sonrasında ölen annelerin canlı doğan bebeklerinin ölme riski sekiz kat fazladır. Dünya genelinde 200 milyona yakın kadın, özellikle en fakir ülkelerde, etkili korunma yöntemleriyle hâlâ tanışmamıştır. Bu ihtiyaçla tanışmalarının maliyeti ise yılda yaklaşık 2,9 milyar dolardır. Bunun sağlanması ise yaklaşık 23 milyon planlanmamış doğumun ve 22 milyon düşüğün engellenmesi ve dolayısıyla 142 bin kadının ve 1,4 milyon bebeğin ölümünün önlenmesi anlamına gelmektedir (25,30).

Türkiye'de Ana-Çocuk Sağlığı göstergeleri ve yüksek nüfus artış hızı aile planlaması hizmetlerine, diğer sağlık hizmetleri arasında öncelik vermeyi gerektirmektedir. Ailelerin, gerek aile planlaması yöntem bilgilerini ve gerekse yöntem kullanmalarını etkileyen pek çok etmen vardır. Yöntem kullananlara ait etmenler yaş, gebelik sayısı, düşük sayısı, çocuk sayısı, öğrenim düzeyi, ekonomik durum, aile şekli, evlilik içi davranışlar ve uyum, töreler vb. olarak değerlendirilmektedir. Özellikle 35–45 yaş arasındaki kadınların yaşlarının ilerlemesi ile beraber artık başka çocuk sahibi olmak istemediklerinden isteyerek düşük yapanların oranları da artmaktadır (13,20).

Kadınların aile planlaması yöntemlerini tercih ederken çeşitli faktörlerden etkilendikleri saptanmıştır. Van'da yapılan çalışmada kentte yaşayan kadınların %57,9'u ve köyde yaşayanların %55,2'si aile büyükleri izin vermediği için aile planlaması yöntemi kullanmadıklarını ifade etmiştir. Aynı çalışmada kentte yaşayan kadınların %21'i köyde yaşayanların %30'u günah olduğu için, %3,4 ve %2,6 kısırlığa neden olabileceğini düşündükleri için aile planlaması yöntemi kullanmadıkları belirlenmiştir (31).

Davranışların etkilenmesinde, normlar, alışkanlıklar, öğrenme süreçleri, çevresel ortam ve tutum gibi etmenlerin rolü büyüktür. Tutum, davranışlarımıza yansıyan ve içten gelen bir duygudur. Tutumlar, insan düşüncesinin psikolojik nesnelere olumlu ya da

olumsuz etkilenme biçimleridir. Tutum değişimi ikna-uyum süreçlerini içerir. Tutum değişiminin gerçekleşebilmesi için belirli bir soruna ya da konuya ilişkin olarak, belirli bir tutuma olan ve başkalarını bu tutuma inandırmaya çalışan bir iletişimci ya da kaynağın bulunması zorunludur. Amacını gerçekleştirebilmek yani savunduğu tutumun doğru olduğuna insanları inandırabilmek ve tutumlarına kendininki doğrultusunda değiştirmelerini sağlayabilmek için kaynak, bir iletişim (mesaj) hazırlar. Bu iletişim belirli bir ortamda sunulur. Bu üçü (kaynak, iletişim ve ortam) tutum değiştirme girişimini oluşturur (32,33).

Erol ve ark. tarafından yapılan araştırmada, çiftlerin aile planlaması yöntemi kullanımını genel olarak uygun bulduğu halde kullanmayan kadınların %58.3'ünün buna neden olarak aile planlaması yöntemlerinin yan etkilerini göstermesi, Bangladeş'te gebeliğini sonlandıran kadınlar üzerinde yapılan çalışmada da, neden olarak duyumlara dayanan yan etkilerinden dolayı gebeliği sonlandırdığı görülmüştür (17,34).

Ülkemizdeki aile yapısı, aile planlaması yöntemi kullanılması ve hizmetin yaygınlaştırılmasını engelleyen, güçlü kültürel öğeler içermektedir. Aynı zamanda aile içi ilişkilerdeki otoriter ve ataerkil yapı diğer konularda olduğu gibi AP yöntemi kullanma konusunda da erkeğin onayının alınmasını zorunlu kılmaktadır. Uskun ve arkadaşlarının 2001'de, Türkistanlı ve arkadaşlarının 2003'te, Kitiş ve arkadaşlarının 2004'te yaptıkları çeşitli çalışmalarda kadınların aile planlaması yöntemi kullanmasını; kadının ve eşinin eğitim durumu, aile yapısı, sahip olunan çocuk sayısı ve erkeklerin aile planlamasına bakış açısı gibi birçok faktörün etkilediği saptanmıştır. Erkeklerin aile planlaması hizmetlerinde daha etkin yer almaları ve erkeğe özgü yöntemleri kullanmaları, aşırı doğurganlığın azalmasını kolaylaştıracaktır. Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar üreme ve doğurganlığın kontrolü ile ilgili yöntem seçiminin ataerkil geleneklere dayandığını, bunun da kadınların üreme ile ilgili davranışlarını etkilediğini göstermektedir. Bu çalışmalar aile planlamasının başarısında erkeklerin bilinçli çabalarının gerekli olduğunu göstermektedir. Aşırı doğurganlığın azaltılmasında önemli payı üstlenen kadına, erkeğin büyük desteği olacaktır. Toplum dinamiğinin dengelenmesine, kadın erkek eşitliğine ve toplum için uzun vadeli yararların elde edilmesine katkıda bulunacaktır. Hangi korunma yönteminin kullanılacağı ve ailenin kaç kişilik olacağı konusunda erkeklerin kararı ön plandadır. Pek çok toplumda, aile planlaması konusunda erkekler söz sahibidir. Bu nedenle erkeklerin de aile planlamasına katılımlarını sağlayarak yetersiz ya da yanlış bilgilerden dolayı kaynaklanan sağlıksız davranış ve tutumların azalacağı düşünülmektedir (35-42).

Az gelişmiş toplumlarda kişilerin yanlış inanç, bilgi ve alışkanlıkları çoğu kez kültürlerinin bir parçası olduğu için sağlık eğitiminin toplumsal yanı ortaya çıkar. Sağlık eğitimcisinin toplumca saygı duyulan, inanılan birey olması, güvenilir ve yapıcı ilişkiler kurması sağlık eğitiminin kabul görmesinde en temel adımdır. Sağlık sektörü tarafından yapılacak davranış değişikliği iletişimi çalışmalarında bireylerin kültürel, dini ve etnik değerlerine saygılı bir şekilde tutumlara yönelik iletişim kurulmalıdır (12,42).

Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin aile planlaması hizmetlerinde önemli mesleki rolleri ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirenin aile planlaması hizmetlerinde rollerinden biri olan eğitimin büyük önemi vardır. (43,44).

Tokuç'un belirttiğine göre, Tekiner ve ark. tarafından Malatya'da yapılan bir çalışmada da geleneksel yöntem kullanan 182 olguya danışmanlık verildikten sonra 143 tanesinin modern yöntem kullanmaya başlamış olması etkili danışmanlık hizmetinin önemini göstermek bakımından önemlidir. Diyarbakır'da da yapılan benzer çalışmada birbirine yakın sonuçlar bulunmuştur. Bu sonuçlar, kadınların eğitilmesinin, her konuda olduğu gibi, aile planlaması uygulanmasında ve modern yöntem seçiminde de etkili olacağını göstermektedir (45,46).

Doğurganlığın düzenlenmesinde; doğurganlığı belirleyen biyolojik, psiko-sosyal, kültürel ve geleneksel nedenlerden dolayı kadınların bir kısmı yöntemlerden yararlanamadığı ya da yararlanması engellendiği için üreme çağı sonuna dek gebe kalabilmektedir. Özellikle en yüksek doğurganlık hızına sahip Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da, kırsal alanlarda anne ölüm hızının 35 yaş üstü ve 4'ten fazla doğumu olan kadınlarda diğer bölgelerden yüksek olduğu görülmektedir. Ülkemizdeki aile yapısı, aile planlaması yöntemi kullanılmasını ve hizmetin yaygınlaştırılmasını engelleyen, güçlü kültürel öğeler ve tutumlar bulunmaktadır. Aynı zamanda aile içi ilişkilerdeki otoriter ve ataerkil yapı bütün konularda olduğu gibi aile planlaması yöntemi kullanma konusunda da erkeğin onayının alınmasını zorunlu kılmaktadır. Aile planlaması hizmetlerinin etkinleştirilmesi ile ileri yaş gebeliklerinin hızı düşürülebilir. İstenmeyen ileri yaş gebeliklerinin azaltılması ile de, anne ve bebek mortalite-morbidite hızları düşecektir. Toplumla ilk ve en yakın ilişkiyi kuran meslek grubu olarak tanımlanan halk sağlığı hemşireleri ve ebelerin bu konuda verecekleri etkili bir hizmet ile de aile planlaması etkinliğinin sonuçlarının yararlı olacağı düşünülmektedir (14,18,31,34,47).

Aile planlaması yöntemlerine ilişkin yanlış inanış ve uygulamaların toplumda halen yaygın olduğu göz ardı edilmeyecek bir gerçektir. Örneğin oral kontraseptif ilaçların kansere neden olacağı, rahim içi aracın mideye kaçabileceği, vazektominin cinsel iktidarsızlığa yol açabileceği, tüplerin bağlanmasının adetleri kesebileceğine inanılması aile planlamasına hizmetlerin yürütülmesindeki yanlış inanışlara verilebilecek örneklerden birkaç tanesidir (48).

Hemşirelerin özellikle halk sağlığı hemşirelerinin ev ziyaretleri yoluyla aileleri yaşadıkları gerçek ortamda tanınması, ev ortamında ailenin örf ve adetleri, gelenekleri, kültürü, sağlıklarına verdikleri önemin hemşire tarafından daha iyi gözlenebilmesi, aile ve bireylere verilecek sağlık hizmetlerinin, amacına daha uygun bir biçimde planlanmasını sağlayacaktır. Bu bilgilere dayanarak, özellikle 35 yaş ve üstü kadınların ve eşlerinin, AP yöntemlerine yönelik tutumlarının bilinmesi ve bu tutumların değiştirilmesine yönelik hizmetlerin planlanmasına ve uygulanmasına ihtiyaç vardır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu alıŐma, ileri doğurganlık yaşındaki kadınların ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumlarının ölçülmesi ve bu konuda verilen eğitimin etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Aile planlaması; ailelerin istedikleri sayıda, istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları veya evli çiftlerin ekonomik olanaklarına ve kişisel isteklerine göre çocuk sayılarını belirlemeleri ve doğumlar arasında istedikleri araları sağlamalarına yönelik çalışmalardır (49).

Aşırı doğurganlığın olduğu ülkelerde; erken evlenme, adölesan ve ileri yaş gebelikleri, iki yıldan kısa aralıklarla olan çok sayıda ve istenmeyen gebeliklerin görülme sıklığı fazladır. Tüm bunlar riskli gebeliklerdir ve anne ile çocuk sağlığını son derece olumsuz etkiler (25,50).

2.1. Nüfus Artışı ve Aile Planlaması Hizmetleri

Ülkelerin aile planlaması hizmetlerine gereksinimlerinin ele alınmasında nüfus artışı belirleyici olmuştur. Günümüzde son 50 yılda dünya nüfusunda büyük artış yaşanmaktadır. Birleşmiş Milletler (BM) Nüfus İdaresi'nin verilerine göre, önümüzdeki 25–50 yıllık perspektifte nüfus artış hızının düşeceği, buna rağmen dünya nüfusunda artışın devam edeceği, 2000 yılı ortalarında 6,1 milyar olan dünya nüfusunun orta ölçekli nüfus tahminlerine göre, 2050 yılında 9,3 milyara ulaşacağı beklenmektedir (48,51-55).

Dünya Bankası verilerine göre ise 2004-2020 yılları arasında bazı ülkelerdeki ortalama nüfus artış hızı: Hindistan (1,3), İrlanda (1,2), Meksika (1,1), ABD (0,9), Kanada (0,8), Çin (0,6), Norveç (0,5), Hollanda ve İngiltere (0,3), Portekiz ve Finlandiya (0,2), Yunanistan (0,1), Almanya ve İtalya (0), Japonya (-0,1) olarak tahmin edilmektedir. Buna karşılık aynı dönemde Türkiye'deki nüfus artış hızı yıllık 1,2 ile 1,1 olan dünya ortalamasının üzerine çıkacaktır. Bu artış hızı ile Türkiye, Hindistan ve İrlanda ile nüfus artış hızının en yüksek olduğu üç ülkeden biri haline gelecektir (56,57).

Dünyada nüfus, kalkınma ve doğurganlık arasında kurulan ilişki önce “nüfus planlaması”, ardından “doğum kontrolü” ve “aile planlaması” kavramlarının gelişmesine sebep olmuştur. Özellikle 1990'lı yıllarda kadın sağlığı ve aile planlamasının kapsamı uluslararası platformlarda gerçekleştirilen konferanslarda alınan kararlar sonucunda dünyada olduğu gibi Türkiye'de de değişmiştir (12).

Türkiye nüfus politikaları yönünden iki önemli aşama geçirmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarından 1965 yılına kadar pronatalist politika izlenirken bu tarihten sonra antenatalist

döneme geçilmiştir. 1950’li yıllarda aşırı doğurganlığın ve yasal olmayan düşüklerin artması ile ana ölüm hızı yükselmesi üzerine Ana-Çocuk Sağlığı (AÇS) Merkezleri’nin kurulması sağlanmıştır. 1965 yılında Nüfus Planlaması Kanunu kabulü, 1978 yılında Temel Sağlık Hizmeti (TSH) yasası ve 1982 yılında Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇS/AP) Genel Müdürlüğü oluşturulması ve 27 Mayıs 1983’te 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” ile gönüllü cerrahi sterilizasyon ve gebeliğin 10. haftasına kadar isteğe bağlı kürtajın yasal hale getirilmesi aile planlamasında önemli gelişmelerdendir. Aile planlaması hizmetleri büyük oranda sağlık ocakları, AÇS/AP merkezleri aracılığı ile Sağlık bakanlığı tarafından ücretsiz olarak sunulmaktadır (58–61).

Ülkemizde üreme sağlığı ve aile planlaması konuları doğurganlık ve annelik ile bağdaştırıldığından buna ilişkin grup olarak 15–49 yaş arasındaki kadınlar ele alınmaktaydı. Ancak, 1994 yılında Kahire’de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (UNKK) ile üreme sağlığı konusunda daha kapsamlı bir yaklaşım ve tanım getirilmiştir. 1995 yılında Pekin’de gerçekleştirilen IV. Dünya Kadın Konferansı ile de kadının güçlenmesi ve ilerlemesi, kadın-erkek eşitliğinin geliştirilmesi ve toplumsal cinsiyet perspektifi gibi sosyal içerikli konular ön plana çıkarılmıştır. Nüfus ve kalkınma, kadının statüsü, üreme sağlığı gibi konularda dünya çapında ilerleme kaydedilmesini sağlamak üzere uluslararası platformlarda önemli kararların alındığı bu dönemde, T.C. Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü’nün koordinatörlüğünde Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Strateji Planı (KS/AP USP) (Ocak 1996’da onaylanmıştır) ve Ulusal Faaliyet Planı (Haziran 1998’de onaylanmıştır) hazırlanmış ve 2000 yılına kadar konan hedefler çerçevesinde uygulanmaktadır (12).

2.2. İstenmeyen Gebelikler ve Aile Planlaması Hizmetleri

Türkiye’de Ana-Çocuk Sağlığı göstergeleri ve yüksek olan nüfus artış hızı aile planlaması hizmetlerine, diğer sağlık hizmetleri arasında öncelik vermeyi gerektirmektedir. Aile planlaması için karşılanmamış gereksinim; son yıllarda gündeme gelen bir kavramdır. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, başka bir çocuk sahibi olmadan önce beklemek isteyen (doğumların arasını açmak isteyen) ya da artık başka çocuk sahibi olmak istemeyen (doğurganlığını sonlandırmak isteyen) ancak bunlara karşın gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmayan doğum yapabilme yetisine sahip kadınlara karşılık gelmektedir. Ülkemizde karşılanmayan aile planlaması ihtiyacı %7,9’dur (30,62).

Dünya genelinde 1994 yılından itibaren, evli çiftler arasında aile planlaması yöntem

kullanımı %55'den %61'e yükselmiştir. Ülkelerin %68'inde aile planlaması yöntem kullanımı her yıl %1 artmaktadır. Aile planlaması yöntem kullanımı Afrika'da %25, Asya'da %65, Amerika ve Avrupa'da % 70 olarak görülmektedir. Zamanla aile planlaması prevelansında artış olmasına karşın, 137 milyon kadının halen aile planlaması yöntemlerine ihtiyacı vardır ve aile planlaması yöntemi kullananlar içinde de 64 milyonu geleneksel yöntem kullanmaktadır. Ana-çocuk sağlığını iyileştirmenin en etkili yollarından birisi aile planlaması hizmetlerinin etkili olarak verilmesidir. Gelişmekte olan ülkelerde aile planlaması yöntemlerini bırakma hızlarının yüksek olduğu belirtilmektedir. Yöntem bırakan kadınların da yaklaşık üçte birinin çocuk istemediği belirlenmiştir. İstenmeyen gebeliklerde hastaneye ulaşabilenler arasındaki düşük oranı da aile planlaması ihtiyacı olarak gösterilebilir (63-66).

Dünya Sağlık Örgütü ise; aile planlaması gereksinimlerinin karşılanmama nedenlerini şu etmenlerle açıklamaktadır:

- 1 Kaliteli hizmetlere erişim yetersizliği,
- 2 Yöntem seçeneklerinin sınırlı olması,
- 3 Bilgisizlik,
- 4 Emniyet ve yan etkilere ilişkin kaygılar,
- 5 Eşlerin kabul etmemesi (12).

Türkiye'de, dünya genelinde karşılanmayan aile planlaması hizmetlerine ilişkin sorunların benzer şekilde olduğu görülmektedir. Aile planlaması yöntemleri hakkında kadınların %92'sinin bilgi sahibi olduğu görülmesine karşın, yarıya yakınının (%47) aile planlaması yöntemlerini kullanmak istemediği tespit edilmiştir. Ülke genelinde aile planlamasında etkili yöntem kullanmanın düşük (%42,5) olduğu görülmektedir. Halen evli olan kadınların %69'u gelecekte başka doğum yapmak istemediklerini, bir kısmı ise zaten doğum kontrol amaçlı kısırlaştırıldığını söylemiştir. Buna ek olarak, kadınların %14'ü bir sonraki doğum için en az iki yıl daha beklemek istediğini belirtmiştir. Evli kadınlar arasında ideal çocuk sayısının ortalama 2,5 olması kadınların çoğunun küçük aileler istediğini göstermektedir. Araştırma sonuçlarına göre, eğer tüm istenmeyen gebelikler önlenebilirse ulusal düzeydeki toplam doğurganlık hızının 1,6 olacağı, diğer bir deyişle hâlihazırdaki toplam doğurganlık hızından 0,7 oranında daha az çocuk olacağı görülmektedir. Toplam aile planlaması talebinin %76 olduğu ve bu talebin %92'sinin karşılandığı tespit edilmiştir. Doğurganlığı sonlandırma talebi (%58), doğumların arasını açma talebinden (%18) üç kat daha fazladır. TNSA'nın 1993 ve 1998 araştırma sonuçlarından daha düşük olarak halen evli

kadınlar arasında karşılanmamış ihtiyaç %6', evli olmayanlar dahil edildiğinde ise, karşılanmayan aile planlaması ihtiyacı %7,9'dur (30).

2.3. Aile Planlaması Kullanımını Etkileyen Faktörler

Aile planlaması kullanımını etkileyen faktörler;

- Aile planlaması ile ilgili hedefler
- Dini inanç ve uygulamalar
- Eğitim düzeyi
- Erkeklerin aile planlamasına katılımları
- Aile planlaması ile ilgili gelenekler
- Üreme Hakları

Aile planlaması ile ilgili hedefler; bir ülkede gelecekteki aile planlaması gereksinimleri konusunda hedef belirlemek için, karar vericilerin ve program yürütücülerin halen mevcut kontraseptif kullanım durumu, aile planlaması hakkındaki tutumlar ve gelecekte yöntem kullanmaya ilişkin niyet ile ilgili bilgilere gereksinim vardır (67,68).

Türkiye'nin 2015 yılı hedeflerinde ise; yaşama sağlıklı başlama (hedef 3), genç insanların sağlığı (hedef 4), daha sağlıklı yaşam (hedef 11) başlıkları altında üreme sağlığı ve cinsellikle ilgili ölçütler ele alınmıştır (67).

Aile planlamasına yönelik hedeflere ulaşmada çeşitli programlar geliştirilmektedir. İlk olarak program çalışma indeksi 1970 yılında gündeme gelmiştir. 2000 yılında, 147 devlet ve hükümet başkanı dahil olmak üzere 189 ulusun temsilcisi tarihi bir Binyıl Zirvesi için Birleşmiş Milletlerde bir araya geldi. Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH) olarak bilinen bir dizi hedef tespit ettiler. Hedefleri arasında herkesin eğitim ve sağlık hizmetlerine erişebilmesi, üreme sağlığı, aile planlama hizmetleri; güvenli annelik yer almaktadır (68).

Aile planlaması yöntemi kullanma prevelansı en yüksek (%80) İtalya, Çin, İngiltere ve İspanya gibi gelişmiş ülkelerdedir. Gelişmekte olan 30 ülkede ise aile planlaması yöntemi kullanma prevelansı ortalama %50'dir. Aile planlaması yöntemi kullanma prevelansı en düşük ülke ise Angola ve Afganistan'dır. Türkiye'de ise %42,5'tir ve gelişmekte olan ülkelerin aile planlama prevelansı ortalamasından da düşük olduğu görülmektedir (30,69).

Dini inanç ve uygulamalar; dünyadaki bütün büyük dinler aile planlaması yöntemleri konusunda son yıllarda daha esnek hale gelmişlerdir. 1930 yılına kadar Hıristiyan

dünyası birlik içerisinde kontraseptif yöntemlerin kullanımına izin vermez iken daha sonra bölünmüşler; Ortodoks ve Protestanlarda eşler birlikte karar verdikleri takdirde aile planlaması yöntemi kullanabilir iken, Katoliklerde sadece takvim yöntemi ve abstinens yöntemine izin verilmiş, Yahudilerde kontraseptif kullanımı erkeklere yasaklanmış olup ancak kadınların sağlıkları nedeniyle aile planlaması yöntemi kullanabilecekleri belirtilmiş, Hinduizm’de evlilikle üreme teşvik edilmiş ancak doğum kontrol yöntemlerine karşı yasaklar konmamış ancak diğer tek tanrılı dinlerde olduğu gibi kürtaj yasaklanmıştır. Müslümanlarda da diğer dinlerde olduğu gibi bu konuda görüş birliği yoktur. Aile planlaması yöntemleri Hıristiyanlıktaki gibi katı kurallarla yasaklanmış değildir. Kişinin sağlığı ile ilgili sorunları olması halinde kontraseptif yöntemlerin kullanılmasına izin verilmektedir. Bu konuda esneklik olmasına rağmen ailede üremek dini bir görevdir ve kürtaj ile sterilizasyon yasaktır. Müslüman olmayan insanların daha yüksek oranda aile planlaması yöntemleri kullanıyor olmaları din ile ilişkilendirilen yanlış inançlara bağlı olduğunu düşündürmektedir (70-72).

Eğitim düzeyi; aile planlamasını etkileyen diğer bir etmen ise kadın sağlığı, statüsü ve kadının eğitimidir. Kadınların toplumdaki yerini yükseltme mücadeleleri 1946 yılında Kadının Statüsü Komisyonu öncülüğünde ciddiyet ve resmiyet kazanmıştır. Birleşmiş Milletler Kadının Statüsü Komisyonu tarafından 1975 yılında Meksika’da I. Dünya Kadın Konferansı düzenlenmiş, bunu takiben Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nca 1975–1985 yılları arasındaki dönem “Kadın On Yılı” ilan edilmiştir. “Eşitlik, Kalkınma ve Barış” hedeflerine ulaşmayı amaçlayan Kadın On Yılı’nın alt teması “İstihdam, Sağlık ve Eğitim” olarak belirlenmiştir. Her 5 yılda bir uluslararası düzeyde katılımcılarla gerçekleştirilen kadın toplantılarının en sonuncusu 1995’te Pekinde gerçekleştirilmiştir (73-76).

Kadın sağlığı denildiğinde, ilk olarak üreme sağlığı ve aile planlaması akla gelmektedir. Ancak, kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunlarının yanı sıra, diğer sağlık sorunları da vardır. Yapılan bütün araştırmalarda anne ölümlerinin boyutu, kadının o toplumdaki statüsü ile paralellik göstermektedir. Bunun nedenleri ise; statüsü düşük olan kadın, doğurganlığı ile ilgili kendisi karar verememekte, ailesinin ve kocasının istekleri doğrultusunda hareket etmektedir. Ayrıca doğurganlığın düzenlenmesi ile ilgili etkili kontraseptif yöntem kullanma, istenmeyen gebeliklerin sağlıklı koşullarda sonlandırılması gibi hizmetleri de yeterince alamamaktadır. Statüsü düşük kadınlarda aşırı doğurganlık, riskli gebeliklerin fazlalığı ve hizmetlerden yararlanamama anne ölümlerine temel oluşturmaktadır

(73,77,78).

2005 yılında gerçekleştirilen Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması anne ölüm oranınının 100,000 canlı doğumda 28,5 olduğunu göstermiş, bu oran kırsal kesimde 40,4, kentsel kesimde ise 20,7 olmuştur. Tüm olumlu gelişmelere karşın, Türkiye’de anne ölüm oranı gelişmiş ülkelere kıyasla yüksektir. Anne ölüm oranı kentlere kıyasla kırsal alanlarda daha yüksektir. Bu durumun nedenleri doğum öncesi bakım, sağlıklı koşullarda doğum, doğumda anne yaşı ve doğum sırası ile kadının statüsü ile ilgili göstergelerin kırsalda kentsel alanlara göre daha olumsuz olmasıdır (73).

Perinatal ölüm hızları kırsal yerleşim yerlerinde (binde 29) kentsel alanlara (binde 21) oranla daha yüksektir. Güney ve Doğu Anadolu bölgeleri için tahmin edilen perinatal ölüm hızlarının Türkiye ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir. Annenin eğitim düzeyi ile ölüm olasılıkları arasındaki güçlü ilişki perinatal ölümler konusunda da belirgindir. En düşük eğitim grubunda yer alan kadınlarda, perinatal ölüm hızı binde 38’e kadar çıkmaktadır, ancak lise ve daha fazla eğitimi olan kadınlarda ülke ortalamasının üçte birine kadar düşmektedir. Gerek doğum öncesi bakım alma gerekse sağlıklı koşullarda doğum yapma Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da, kırsal alanlarda 35 yaş üstü kadınlarda ve 4’ten fazla doğumu olan kadınlarda bakım almayan daha fazladır. Benzer sonuçları aile planlaması hizmetlerinden yararlanmada da görülmektedir; bu da bize, kadın ve anne sağlığını etkileyen faktörlerin en başında kadının toplumsal statüsünün geldiğine ve eğitimin bunu etkileyen en temel faktör olduğuna işaret etmektedir (30,76,79).

Erkeklerin Aile Planlamasına Katılımları; ülkemizdeki aile planlaması çalışmalarının başarısının artırılması için, toplum katılımı yönteminin önemli bir araç olduğu düşünülmektedir. Toplum katılımı yoluyla erkeklerin aile planlaması hizmetlerinde daha etkin yer almaları ve erkeğe özgü yöntemleri kullanmaları, aşırı doğurganlığın azalmasını kolaylaştıracaktır. Erkeklerin aile planlaması konusunda olumlu yaklaşım içinde ve kadının yanında bulunması kadınların aile planlaması hizmetlerine ulaşabilmelerini ve kullanabilmelerini kolaylaştıracak, bunun sonucunda hizmetlerde kullanılabilirlik ve devamlılık sağlanacaktır. Buna karşın, geleneksel olarak birçok ülkede aile planlaması hizmetleri kadına yönelik bir hizmet olarak algılanmakta ve sunulmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin büyük bir bölümü aile planlaması sorumluluğunun çiftlerin paylaşımında olduğunu kabul etmekle birlikte, gebelikten korunma yöntemlerini kadınların kullanması

gerektiğine inanmaktadırlar (38,39).

Dünya genelinde yapılan çalışmalar, yöntem kullanımı konusunda erkeklerin aldıkları sorumlulukların gün geçtikçe azaldığını ortaya koymaktadır. Örneğin, 1994 yılında yapılan UNKK'da, 1987 yılında %37 olan erkeklere atfedilen aile planlaması yöntemleri kullanma hızının, 1994 yılında %31'e gerilediği bilgileri tartışılmıştır. Aile planlaması hizmetlerinde istenmeyen bu eğilimin artışının sağlanabilmesi "toplumsal cinsiyetler eşitliğinin desteklenmesi" ve "sağlığın korunması" açısından önem taşımaktadır (80).

Aile planlaması hizmetlerine ve çalışmalarına "erkek" katılımının sağlanması konusunda erkeklerin kullanabileceği yöntemlerin yaygınlaştırılmasının yanı sıra başka yaklaşımlar da bulunmaktadır. Bir başka ifadeyle, erkeklerin aile planlaması yönteminin kullanımına karar verme sürecinden başlayarak yöntemin seçimi, kullanımı ve izlemi aşamalarında da kadınlarla birlikte hareket etme gereği vurgulanmakta olup, bu konuda kadın ve erkeğin toplumsal konumlarının önem taşıdığı bilinmektedir (80,81).

Bu nedenle, aile planlaması programları, erkeklerin üreme sağlığının her aşamasında oynadığı rol göz önünde bulundurularak düzenlenmeli ve kadınlara vereceği desteğin önü açılmalıdır ve erkeklerin aile planlamasına katılımlarının sağlanması, yöntemleri doğru biçimde kullanmaya yönlendirilmesi, aile planlaması programlarının önemli hedefleri arasında yer almalıdır (82).

Aile planlaması ile ilgili gelenekler; sosyo kültürel yaşamda güçlü olan etnik gelenekler aile planlaması hizmetini almayı etkilemektedir. Her toplumun belirli uygulamaları, inaçları, davranışları, efsaneleri, adet ve alışkanlıkları vardır. Örneğin; Nijerya kültüründe kadınların doğurganlıkları üzerinde törenler ve ot kullanımı yaygın geleneklerindedir. Afrika kültüründe, ilişki sonrası rahim içine sıcak su, tuz ve sirke veya limon uygulayarak gebeliği engellemeye çalışmışlar. Buna benzer başka gebeliği önleme gelenekleri; arsenik ve hintyağı tohumlarını yeme, cesetleri yıkamak için kullanılan suyu içme sayılabilir. Çin'de tek çocuk politikası gereğine uymak amacıyla ultrasonda kız çocuk olduğu öğrenilince gebeliği sonlandırırken, ülkemizde erkek çocuk sahibi olana kadar yapılan doğumlarda 5-6 hatta daha fazla kız çocuğu dünyaya getirebilmektedir (49,83,84).

Türkiye'de de iki ayrı grupta yapılan çalışmada yöntem kullanmama nedenleri arasında eşin ve aile büyüklerinin korunma yöntemine izin vermemesi ve günah olduğunu düşünmeleri en önemli faktörlerdendir. Bu sonuçlar Banglades ve Pakistan gibi ülkelerde

yapılan çalışmaların sonuçları ile uyum içerisindedir. Bu çalışmalarda kültürel faktörler nedeniyle kontraseptif kullanımı ve seçimi konusunda aile büyükleri ve erkeklerin rollerinin ön planda yer aldığı ve eğitim düzeyinin düşük olması, din ile ilişkilendirilen yanlış inançlar, feodal ve kapalı toplum yaşantısı sonucu aile planlaması hizmetlerinin başarılı olmadığı ileri sürülmüştür (78,85,86).

Çolak'ın aktardığına göre; İmam Gazali aile planlaması için kabul edilemeyecek iki şartın mevcut olduğunu belirtmektedir. Bunlar kız çocuğu sahibi olmak istenmemesi ve kadının hamile kalmaktan ve emzirmekten hoşlanmamasıdır. Bu sebeplerden dolayı aile planlaması yapmasının caiz olmadığı görüşü yansıtılmıştır (87).

Üreme Hakları; üreme hakları, bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgürce ve sorumlu olarak karar vermeleri, bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet, baskı ve ayırmacılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri ve özellikle adolesans döneminden başlanarak, postmenopozal ve yaşlılık dönemi de dâhil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınmasıdır. Üreme hakları, cinsel haklar ve özgürlükler, bireyleri olduğu kadar çiftleri de ilgilendirir Üreme hakları, devlet ile halk arasındaki ilişkileri ve devletin halka karşı yükümlülüklerini belirleyen uluslararası insan hakları yasalarına dayandığı için yasal bir nitelik taşımaktadır (87-91).

Örsal'ın belirttiğine göre; Budapeşte'de, "Dünya Toplumları Eylem Planında" 136 ülkenin görüş birliğiyle "tüm çiftler ve bireylerin, kendi çocuğuna sahip olma ve sayısını belirleme sorumluluğunu alması ve buna özgür olarak karar vermesi temel hakkıdır" kararı ile "çiftlerin, toplumların ve çocukların gelecekteki ihtiyaçlarını göz önüne alarak kendi haklarını uygulamaları gerekir" kararları alınarak aile planlaması bir hak olarak kabul edilmiştir. Dünya genelinde bireyin istediği çocuk sayısı Çin'de 1,2 ve Nijerya'da 8,5 olmak üzere oldukça geniş bir yelpazede yer almaktadır (48).

2.4. Tutumlar

Tutum, kişinin bir fikre, bir nesneye veya bir sembole ilişkin olumlu veya olumsuz duygularını ya da eğilimlerini ifade eder. Bohner'e göre tutum, bir insanın aklında bulundurduğu ve daha sonra fark ettiği herhangi bir şeydir. Arkonaç'a göre, genelde birçok akademisyenin kabul ettiği bir tasvir ile tutum, bir insana atfedilen, onun psikolojik bir nesne

ile ilgili düşünceler, duygu ve davranışlarını bir düzen içinde oluşturan bir eğilimdir. Tutumlar doğal olarak inançları da etkiler. İnanç'ı kişisel deneye veya dış kaynaklara dayanan doğru veya yanlış bilgileri, görüşleri ve kanılarına kapsar. Aile planlamasına etki eden tüm değişkenler de davranışların oluşmasına neden olmaktadır (32,33,92,93).

Tutumun özelliklerini kısaca özetleyecek olursak:

- 1- Tutum öğrenilir, içgüdüsel değildir
- 2- Yaşantı yoluyla öğrenilir
- 3- Devamlılık mevcuttur
- 4- Birey ve obje arasında düzenlilik vardır
- 5- Tepki gösterme eğilimi vardır
- 6- Olumlu/olumsuz davranışlar vardır
- 7- Tutumlar tamamen sabittir; fiziksel durumlara ve çevreye göre pek değişmezler (94,95).

2.4.1. Tutumların Özellikleri

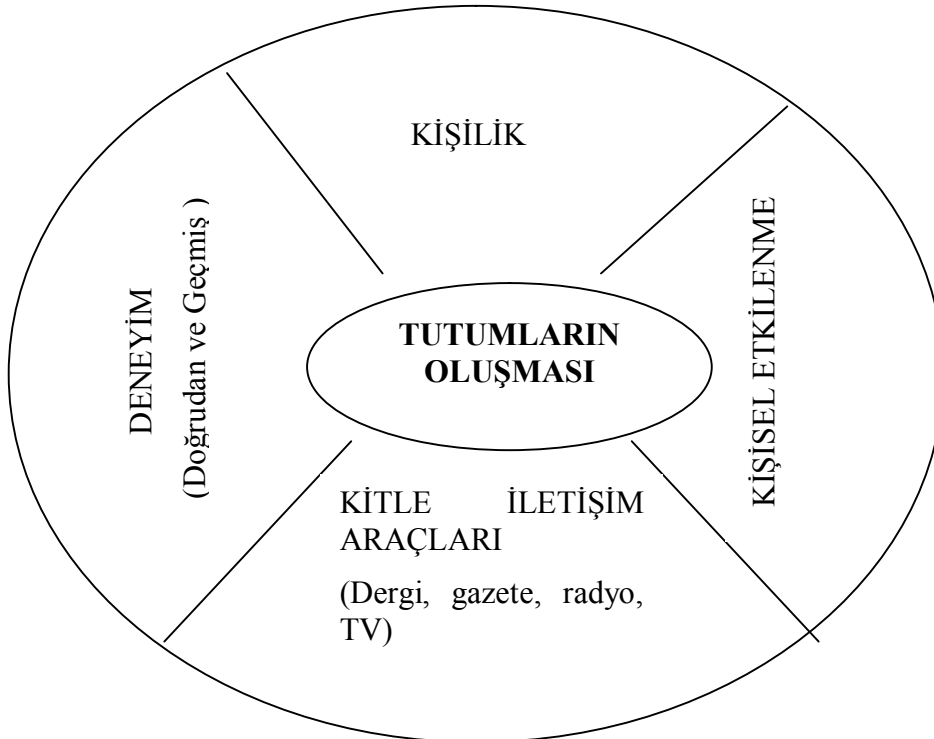
Bireyin çevresinde bulunan her şey onun için bir tutum konusudur. Ancak kişi kendi psikolojik alemindeki objelere karşı tutuma sahiptir. Yani bir tutumun oluşumu, kişi ile tutuma konu olan objenin özel bir sistem içerisinde bütünleşmesini gerektirir. Birey açısından tutumun oluşumunu sağlayan ilk kaynaklar değerler, ebeveynler, öğretmenler veya diğer öğretici gruplardır. Kişinin bir olaya karşı tutumunun oluşması için o olay hakkında öncelikle bilgi sahibi olması gerekir. Bu bilgi öncelikle ebeveynlerden, eğitimcilerden ve etkilenilen diğer kişilerden alınacaktır. Kişi aldığı ve düzenlediği bilgileri kendi yapısal özelliğine göre değerleyecek ve kullanmak üzere saklayacaktır. Sonuçta olumlu veya olumsuz yönde belirli değerlerde tutum oluşacaktır. Tutumların temelinde iki önemli özellik yatar: Uzun sürelidirler ve bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri içerirler. Kişinin tutum nesnesine ilişkin inançları, bilgi yapıları, algısal tepki ve düşünceleri, bilişsel bileşen, duygu ve heyecansal tepkileri duygusal bileşen, açık edimleri ve davranış eğilimleri ise davranışsal bileşen olarak görülür (95,96).

Davranışsal bileşen, tutumun konusuna yönelik belirli bir davranış eğilimidir. Duygusal ve bilişsel bileşenlere uygun olarak hareket etme eğilimini yansıtır. İnançlar, tutumlar ve bilgiler insanların içinde buldukları değişik durumları algılama ve tanımlama biçimini, bu durumların kendileri için ne anlama geldiğini, onlar karşısındaki tutum ve davranışlarına nasıl bir yön verdiğini gösterirler. Hangi amaçların izlenmeye değer olduğu,

nasıl yerine getirilmesi gerektiği gibi konular da bir toplumda ya da bir toplumsal kümede ortaklaşa benimsenen inanç, tutum ve bilgiler, toplumsal dayanışma ve bütünleşmede de etkili olur. Diğer bir yaklaşımla tutumlar, bireyin psikolojik varlığının devamlılığını sağlar. Günlük eylemlerine anlam kazandırır. Bundan dolayı bazı sosyal psikologlar tutumları, insanın psikolojik dünyasını kuran tuğlalar olarak nitelerler. Dolayısıyla tutumlar olmasaydı, kişi her yeni durumda başka bir insan olurdu. Davranışlarında tutarlılık bulunmazdı. Farklı davranış ve tutumların nedeni genel olarak kişilerin farklı durumlarda ve koşullar altında yaşamalarıdır. Kişinin sosyo-ekonomik, demografik ve kültürel özellikleri ona toplum içinde bir statü sağlar, sınıfını belirler. Bundan dolayı, bireyin özellikleri ile davranış ve tutumları arasında önemli ilişkilerin olması doğaldır. Bireyin özelliklerinin yanısıra içinde yaşadığı grubun ve toplumun özelliklerini de göz önünde tutmak gerekmektedir. Genel olarak çevresel faktörler diye adlandırılan grubun veya toplumun özellikleri de kendi içinde derecelenmektedir. Kişinin içinde yaşadığı ülkenin, ülke içindeki farklı bölgelerin, bölgeler içindeki farklı yerleşim birimlerinin özellikleri davranış ve tutumları ayrı ayrı etkiler denilebilir. Kişinin aile çevresi dışında yüz yüze ilişkide bulunduğu grup, davranış ve tutumunu etkileyen en önemli sosyal çevredir (97,98).

2.4.2. Tutumların Oluşması

Tutumun oluşumunda etkili olan bilgi kaynaklarının bilinmesi tutum çalışmalarında önemli bir yere sahiptir. Kişinin kişiliği ve özellikleri tutumların oluşmasında önemli etkilere sahiptir (32).



Şekil1: Tutumların Oluşmasında Etkili Olan Bilgi Kaynakları

Tutumun oluşumunda etkili olan bilgi kaynaklarının bilinmesi tutum çalışmalarında önemli bir yere sahiptir. Kişinin kişiliği ve özellikleri tutumların oluşmasında önemli etkilere sahiptir. Dışa dönük ya da iç dönük kişilik yapıları tutumları belirlemede ve oluşturmada kendini açık biçimde gösterir. Tutumların doğrudan gözlenmese de davranışları etkilediği bilinmektedir. Örneğin, oral kontraseptif ilaçların kansere neden olacağı, rahim içi aracın mideye kaçabileceği, vazektominin cinsel iktidarsızlığa yol açabileceği veya tüplerin bağlanmasının adetleri kesebileceğine inanılması aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesindeki yanlış inanışlara ve tutumlara verilebilecek örneklerden sadece birkaç tanesidir (32,99).

Aile kişisel etkilenmede en önemli birimdir, çünkü temel değerleri ve inançları aile tarafından öğrenilir. Türkiye’de ise henüz aileden bilgi alma mümkün olmamasına karşın, gençler yine de ailelerden bilgi almak istemektedir. Kitle iletişim araçları tutumların oluşmasında önemli kaynaktır. Genel ve özel amaçlı radyo, TV, gazete ve dergiler ihtiyaç duyulabilecek bilgileri aktaran araçlar olarak önemli görevler üstlenirler (32,98).

2.4.3. Tutum ve Hemşirelik

Tutumlar, kişinin yaşamı boyunca edindiği deneyimler sonucunda gelişen, hem duyguyu hem bilgiyi içeren, bilinçli veya bilinçdışı olabilen tepkilerdir. Tutumlar zaman içerisinde pek fazla değişikliğe uğramaz ve genellikle davranışları belirlerler (100,101).

Toplum ya da ait olmak istediği grupta uyum içinde yaşama zorunluluğu olan birey, kendiliğinden o toplumun beklentilerine göre davranışı belirlemeye yönelecektir ki, tutumu farklı olsa da bu davranışları benimsemeyi tercih edecektir Bir başka deyişle doğrudan gözlenemeyen tutum gibi soyut etmenlerin aile planlaması davranışını etkilediği düşünülmektedir. Bu durumda hemşire, tutumunu belirler ve aile planlamasına yönelik istendik davranışa (düşük yapmaması, sık gebe kalmaması vb.) ulaşmada kullanır. Tutumları ele alarak davranışları değiştirmede sağlık eğitimi ve medya kullanılır. Aile planlaması kavramının nitelik ya da özelliklerini öğrenmek, öyle görünüyor ki tutum geliştirmenin / değiştirmenin önemli bir yönüdür (32,48).

2.4.4. Aile Planlaması Hizmetlerinde Eğitimin Tutuma Etkisi

Davranışların etkilenmesinde, normlar, alışkanlıklar, öğrenme süreçleri, çevresel ortam ve tutum gibi etmenlerin rolü vardır. Bir başka deyişle, tutumların zekâ gibi soyut olduğu, doğrudan gözlenemese de davranışları etkilediği bilinmektedir. Erkeklerde ve kadınlarda aile planlaması ile ilgili davranış değişikliği oluşturmak için ilk aşama, doğurganlık ve yöntemlerle ilgili tam ve doğru bilgi sahibi olmaktır (38,48).

İnsan sağlığının korunması ve geliştirilmesi önemli bir unsurdur. İnsan sağlığındaki ilerlemeler, sağlık bilimlerindeki gelişmelerin yanında insanların bu gelişmeler doğrultusunda, yaşam biçimlerini değiştirmelerine bağlıdır. Bu değişmeyi sağlamada, sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde en önemli yöntemlerden birisi de “Sağlık Eğitimi”dir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) uzmanlar komitesi sağlık eğitimini şöyle tanımlamıştır; “Sağlık eğitimi, kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya çalıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla birey olarak ya da topluca karar aldırılmaktır” (39,44).

Aile planlaması yöntemlerinin kullanımı ile hem kadınların uygun zaman ve aralıklarda çocuk sahibi olmaları sağlanabilir, hem de böylece kendilerinin ya da çocuklarının sağlığı korunabilir. Bu yöntemlerin yaygın bir şekilde ve doğru olarak kullanımını sağlayacak en önemli unsur, sağlık personeline yapılan eğitimlerdir. Eğitimden sonra modern yöntem kullanımının arttığına ilişkin çeşitli çalışmalar vardır. Örneğin, Peru ve Nepal'de yapılan çalışmalarda; doğum sonu hastanede verilen aile planlaması eğitiminin, kontraseptif kullanımını belirgin olarak arttırdığı bulunmuştur. Nepal'de postpartum kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada, doğumdan hemen sonra eğitim verilen grupta, altı ay sonra kontraseptif yöntem kullanma oranının, eğitim verilmeyen gruba göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu gösterilmiştir. Naçar ve arkadaşları yeni doğum yapan annelere verilen eğitim sonrasında, deney grubunun yöntem kullanma oranında, kontrol grubuna göre yaklaşık iki buçuk kat fark bulmuşlardır. Modern yöntem kullanımında kontrol grubuna göre beş kattan daha fazla bir artış (%21,9-%4,0) sağlanmıştır (102-104).

Türkiye’de de, bunlara benzer çalışmalar vardır. Nacar’ın aktardığına göre, Ankara’da kadın işçiler üzerinde yapılan bir çalışmada, eğitimden sonra modern kontraseptif yöntem kullanan kadınların oranı eğitim öncesine göre anlamlı olarak artmıştır. İzmir’de yapılan bir araştırmada ise eğitim sonrası yapılan izlemede, geri çekme yönteminin terk

edildiği ve etkin yöntem kullanma düzeylerinde önemli oranda artma olduğu gözlenmiştir (102,105).

2.4.5 Tutumların Ölçülebilmesi

Tutum ölçekleri o ülkenin gereksinimleri doğrultusunda geliştirilir. Tutum ölçeğinde kültür, din, etnik yapı, sağlık kuruluşuna ulaşma, yaş, medeni durum, doğurganlık davranışı hakkında farklı aile planlaması tutumları içerdiği görülmektedir (94).

Tutum ölçeklerinin kullanım amaçları; tutum ve değerlerinin belirlenmesi, aile ve genel çevre faktörlerin incelenmesi, bireyin uyum problemlerinin tespiti kullanım amaçlarındandır. Tutumun yönü, derecesi ve yoğunluğu ölçülebilen boyutlarıdır. Yönü; duygusal niteliği (olumlu/olumsuz), derecesi; duygusal tonun düzeyi (kabul etme/etmeme), yoğunluğu; dışa yönelik bir davranışa dönüşebilme olasılığını ölçer (101).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, ileri doğurganlık yaşındaki evli kadınların ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumlarının ölçülmesi ve bu konuda verilen eğitimin etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Mardin İli Kızıltepe ilçe merkezinde bulunan bir, üç ve dört no'lu sağlık ocaklarında yapılmıştır. Kayıtlarının düzgün olması, merkezde olması, ulaşımının kolay olması nedenleri ile bu üç sağlık ocağı seçilmiştir.. Bir no'lu sağlık ocağının bakmakla yükümlü olduğu nüfus; 18784 olup, 15–49 yaş kadın nüfusu 4481, erkek nüfusu 6728'dir. Sağlık ocağında beş doktor, altı hemşire, altı ebe çalışmaktadır. Üç no'lu sağlık ocağının bakmakla yükümlü olduğu nüfus 30255 olup, 15–49 yaş kadın nüfusu; 7463, erkek nüfusu 7811'dir. Sağlık ocağında beş doktor, yedi hemşire, beş ebe çalışmaktadır. Dört no'lu sağlık ocağının bakmakla yükümlü olduğu nüfus; 19821 olup, 15–49 yaş kadın nüfusu 4995, erkek nüfusu 5090'tür. Sağlık ocağında altı doktor, iki hemşire, altı ebe çalışmaktadır.

Her üç sağlık ocağında Aile Planlaması polikliniği mevcuttur. Aile planlaması polikliniğinde ebeler, başvuran kadınlara yöntemler konusunda bilgilendirme yapmakta ve RİA dahil olmak üzere tüm aile planlaması yöntemleri uygulanmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, Mardin ili Kızıltepe ilçe merkezinde bulunan bir, üç ve dört no'lu sağlık ocağı bölgesi nüfusuna bağlı evli, menopoza girmemiş, etkili bir aile planlaması yöntemi kullanmayan 35–49 yaş arası kadınlar ve eşleri olmak üzere 68860 kişiden oluşmaktadır.

3.5. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini ise, üç sağlık ocağından ölçek madde sayısı dikkate alınarak belirlenmiş 340 kişi oluşturmuştur (106). Üç sağlık ocağının 15–49 yaş Kadın İzlem Formlarından, 35 yaş üstünde, herhangi bir Aile Planlaması yöntemi kullanmayan kadınlar seçilerek her bir izlem formuna numara verilmiş ve rastgele sayılar tablosundan yararlanılarak 170 kadın seçilmiştir. Seçilen kadınların eşleri de araştırma kapsamına dahil edilerek toplam 340 kişi örnekleme alınmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Araştırmada veri toplamak amacı ile, araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür tarandıktan sonra hazırlanmış kadın ve erkeklere uygulanmak üzere iki adet anket formu (Ek:1 ve Ek:2) ve aile planlamasına yönelik tutumları belirlemek için Örsal tarafından geliştirilmiş Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Ek:3) kullanılmıştır.

3.6.1.1. Anket Formu

Araştırma verilerini toplamak amacıyla geliştirilen ve kadınlara uygulanan anket formu, 18 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümünde kadınların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 8 soru, ikinci bölümünde ise aile planlaması ve doğurganlık özellikleri ile ilgili 10 soru bulunmaktadır. Erkeklere uygulanan anket formu ise, 12 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümünde erkeklerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 8 soru, ikinci bölümünde ise aile planlaması ve çocuk sayıları ile ilgili 4 soru bulunmaktadır.

3.6.1.2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği

Aile Planlaması Tutum Ölçeği; bireylerin aile planlamasına yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla Örsal tarafından geliştirilmiştir. Ölçek ülkemizde aile planlaması ile ilgili tutumları ölçmeye yönelik olarak 2006 yılında geliştirilmiş ilk ve tek ölçektir.

Toplam 34 maddeden oluşan tutum ölçeği bireylerde, her bir ifadeye ilişkin yanıtlarını beşli likert tipi ölçekle (5) “tamamen katılmıyorum”, (4) “katılmıyorum”, (3) “kararsızım”, (2) “katılıyorum” ve (1) “tamamen katılıyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. Tutum ölçeği; topluma ilişkin tutumlar, aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlar ve gebeliğe ilişkin tutumlar olmak üzere üç alt ölçek içerir. Topluma ilişkin tutum ölçeği 15 maddeden (1-15), yöntemle ilişkin tutum ölçeği 11 maddeden (16-26), ve gebeliğe ilişkin tutum ölçeği sekiz maddeden (27-34) oluşmaktadır.

Aile planlaması tutum ölçeği topluma ilişkin tutumlarda, “fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir”, “mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır”, “kadının asli görevi doğurmak özdeyişi doğrudur” gibi ifadeler bulunmaktadır.

Aile planlaması tutum ölçeği yöntemle ilişkin tutumlarda, “spiralin mideye kaçacağından korkulur”, “doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur”, “kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybederler”, “spralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır” gibi ifadeler yer almaktadır.

Aile planlaması tutum ölçeği gebeliğe ilişkin tutumlarda, “gebelik kadını çekici hale getirir”, “evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir”, “doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir” ve “iki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum” gibi ifadeler yer almaktadır.

Maddelere verilen yanıtlar 1’den 5’e doğru puan verilerek kodlanmıştır. Uygulanan ölçek sonucunda bireyler; minimum 34, maksimum 180 puan arasında puanlar almıştır. Ölçekte bireylerin aldıkları puanların artması olumlu yönde değerlendirilmiştir.

Aile planlaması tutum ölçeği, ülkemizde geliştirilmiş olması, bireylerin aile planlaması tutumlarının ölçülmesinde topluma, yöntemle ve gebeliğe yönelik tutumlarının ölçülmesine olanak sağlaması nedeni ile tercih edilmiştir.

3.6.2. Ön Uygulama

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Kızıltepe ilçe merkezinde bulunan 5 no'lu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan ve örneklem kapsamı dışında kalan 35–49 yaş arasındaki kadınlar ve eşlerine olmak üzere 20 kişiye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda veri toplama formlarında gerekli düzeltmeler yapılarak kullanılmıştır.

3.6.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmanın uygulanması amacıyla, araştırmanın yapılacağı kurumlardan resmi ve yasal izinler alındıktan sonra örneklem kapsamına alınan bireylere ulaşılmış, araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak araştırmaya katılmaları konusunda sözel onamları alınmıştır. Araştırmanın uygulaması Ekim 2007- Ağustos 2008 tarihleri arasında yapılmıştır.

Kadın ve erkeklere uygulanan anket formu ve tutum ölçeği araştırmacı tarafından ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Ev ziyaretleri sırasında evde bulunan kadınlara anket formu ve ölçek araştırmacı tarafından okunmuş kadınların verdiği yanıtı göre formlara yine araştırmacı tarafından işaretlenmiştir. Erkekler, formları kendileri doldurmuştur. Evde bulunmayan erkeklere ise formlar bırakılıp daha sonra toplanmıştır. Anket formunun ve ölçeğin uygulanması ortalama 20–25 dakika sürmüştür. Aile planlaması tutum ölçeği eğitimden önce ve sonra olmak üzere iki kez uygulanmıştır.

Eğitimden önce uygulanan tutum ölçeğine verilen yanıtlar değerlendirilerek özellikle düşük puan alan maddeler ve alt ölçekler dikkate alınarak eğitim içeriği hazırlanmıştır Kadın ve eşleri ile belirlenen tarihte araştırmacı ev ziyareti yaparak aile planlaması konusunda eğitim vermiştir.

Eğitimin içeriği; eğitim öncesi uygulanan aile planlaması tutum ölçeğinden alınan yanıtlara göre hazırlanmıştır (EK:4). Verilen eğitimde anlatım, soru cevap yöntemleri kullanılıp ayrıca eğitim materyali olarak Sağlık Bakanlığı Aile Planlaması el broşürleri, resimler ve aile planlaması yöntemleri (RIA, oral kontraseptif, kondom) kullanılmıştır. Eğitim ise, yaklaşık 45 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri kodlama ve değerlendirme işlemleri bilgisayar aracılığı ile Statistical Package For The Social Sciences (SPSS) for Windows 11,5 programında değerlendirilmiştir. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek amacı ile alt ölçekler için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır. Normal dağılım kontrolünde Shapiro Wilks testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının bağımsız iki grupta karşılaştırılması amacıyla normal dağılan ölçümler için Independent- sample t testi, üç veya daha fazla grupta karşılaştırılması amacıyla ise ANOVA testi, normal dağılmayan ölçümler için bağımsız iki grupta karşılaştırılması Mann Whitney-U testi, üç veya daha fazla grupta karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bağımlı iki ölçümün karşılaştırılmasında ise normal dağılan ölçümlerde Paired Sample t test ve normal dağılıma sahip olmayanlarda Wilcoxon testi yapılmıştır. Kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde olarak, sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ise ortalama, standart sapma olarak tablo halinde verilmiştir. İstatistik analizler SPSS 11.5 paket programında yapılmıştır. $P \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Bazı sağlık ocaklarında istenilen verilere ulaşılamadığından, çalışma evrenini oluşturmada kayıtları düzgün tutulan sağlık ocakları tercih edilmiştir.

Kadınların çalışmaya katılabilmesi için eşlerinden izin almak istemeleri veri toplama süresinin uzamasına neden olmuştur.

Araştırmanın veri toplama aşamasında, anket formu ve tutum ölçeğinin uygulanmasında, araştırma kapsamına alınan kadın ve erkeklerin Türkçe anlamakta ve konuşmakta zorluklarının olması, araştırmacının bu maddelerle ilgili kendi dillerinden tercüme yaparak okunmasına ve bu nedenle formların uygulanmasında güçlüğüne neden olmuştur.

Aile planlaması konusunda eğitim verilmeden önce erkeklerin belirlenen gün ve saatte evde bulunmamaları, araştırmanın uygulama aşamasında aksamalara neden olmuştur.

Ölçeğin Yönteme İlişkin alt ölçeği uygulanırken, yöntemle ilgili bazı maddelere (“kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz”, “doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı/arzusu az olur”, “kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk

almaz”), yanıt vermek istemedikleri yada yanıt verirken zorlandıkları için ölçeği uygulama süresi uzamıştır.

Aile planlaması ile ilgili verilen eğitime, erkeklerin ilgisiz davranmaları, kadın sağlık personelinin böyle bir eğitimi almak istemediklerini belirtmeleri, araştırmacının motivasyonunu olumsuz yönde etkilemiştir.

3.9. Araştırmacının Gözlemleri

Araştırmamıza katılan kadın ve eşlerine ilk görüşmede tutum ölçeğini uygulamak biraz sıkıntılı oldu. Araştırmacının aynı bölgeden olması, onlarla aynı dili konuşması ve güven duygusunu (bilgilerin gizli kalacağına söylenmesi) hissettirmesiyle sıkıntılar giderilmeye çalışıldı.

Araştırmaya katılan kadın ve eşlerine uygulanan Aile planlaması tutum ölçeğinin Kürtçeye çevrilerek anlatılmasında zorluklar yaşandı. Tutum ölçeğinin özellikle yönteme ilişkin maddelerinde sıkıntılar yaşandı.

Aile planlaması tutum ölçeğinden sonra kendi evlerinde verilen eğitimde kadın ve eşlerinin kendilerini daha iyi ifade edebildiği gözlenmiştir. Eğitiminin eğitimi onların evine gelip birebir vermesi çiftlerin kendilerini daha değerli hissettikleri izlenimi yaratmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri, doğurganlık ve aile planlaması özellikleri, eğitim öncesi ve sonrası tutum ölçeği puan ortalamaları ve çeşitli değişkenlerle karşılaştırılması yer almaktadır.

Çizelge 1. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların ve Eşlerinin Yaş ve Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı (n=340)

Yaş	Kadın (N=170)		Erkek (N=170)		Toplam (N: 340)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
35–39	118	69,4	95	55,9	213	62,64
40–44	32	18,8	37	21,8	69	20,29
45–49	20	11,8	38	22,4	58	17,07
Eğitim Düzeyi						
Okuryazar Değil	43	25,2	10	5,9	53	15,58
Okuryazar	18	10,5	3	1,8	21	6,17
İlkokul	49	28,8	40	23,5	89	26,19
Ortaokul	35	20,5	34	20,0	69	20,30
Lise	22	13,3	52	30,6	74	21,76
Yüksek Okul	3	1,7	31	18,2	34	10,00
Toplam	170	100,0	170	100,0	340	100,0

Çizelge 1’de, araştırma kapsamına alınan kadınların ve eşlerinin yaş ve eğitim düzeyine göre dağılımı görülmektedir. Çizelgeye göre, kadınların %69,4’ü, erkeklerin ise %55,9’u 35–39 yaş aralığında, kadınların %18,8’i, erkeklerin ise %21,8’i 40–44 yaş aralığındadır. Çizelgeye göre, kadınların %25,3’ü okuryazar değilken, erkeklerin %5,9’u okuryazar değildir. Kadınların %28,8’i ilkokul, erkeklerinde %23,5’i ilkokul mezunudur. Erkeklerin %30,6’sı lise mezunuyken, kadınların %14,7’si lise mezunudur.

Çizelge 2. Kadınların Doğurganlık ve Aile Planlaması İle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler		
İlk Doğumlarını Yaptıkları Yaş	Sayı	%
15–18	33	19,4
19–22	74	43,5
23–26	37	21,8
27 Ve Üstü	26	15,3
Düşük Yapma Durumları		
Yapan	79	46,5
Yapmayan	91	53,5
Düşük Yapma Nedeni		
Kendiliğinden	58	73,5
İsteyerek	21	26,5
Sahip Olunan Çocuk Sayısı		
1–3	48	28,2
4–6	92	54,1
7–9	25	14,7
10 Ve Üzeri	5	2,9
Sahip Olmayı İstedikleri Çocuk Sayısı		
1–3	16	9,4
4–6	139	81,8
7–10	15	8,8
Daha Önceki Dönemde Aile Planlaması Kullanma Durumları		
Kullanan	100	58,8
Kullanmayan	70	41,2
Kullanılan Yöntemler (n:100)		
RIA	42	42,0
Oral kontraseptif	22	36,0
Kondom	36	22,0

Çizelge 2. Kadınların Doğurganlık ve Aile Planlaması İle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı
(Devamı)

Yöntemi Bırakma Nedenleri (n:100)		
Çocuk istiyor	40	56,3
Yan etki	56	40,4
Nedeni yok	3	3,0
Etkili olmadığını düşünüyor	1	0,3
Şu Anda Yöntem Kullanmama Nedenleri (n:100)		
Geri çekme	56	55,4
Çocuk istiyor	4	29,7
Yan etki	8	7,9
Dini inanç	29	4,0
Nedeni yok	2	2,0
Etkili olmadığını düşünüyor	1	1,0
Şimdiye Kadar Hiç Kullanmama Nedenleri (n:70)		
Nedeni yok	14	49,3
Çocuk istiyor	21	29,6
Dini inanç	34	19,7
Etkili olmadığını düşünüyor	1	1,4

Çizelge 2’de kadınların doğurganlık ve aile planlaması ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Çizelgeye göre, kadınların %43,5’inin ilk doğum yaptıkları yaş 19–22 aralığındadır. Kadınların %46,5 şimdiye kadar en az bir kez düşük yaptığını ifade etmiştir. Düşük yapan kadınların ise %26,5’i isteyerek düşük yaptığını belirtmiştir. Kadınların %54,1’i 4–6 çocuğa sahip iken %81,8’i 4–6 çocuğa sahip olmak istediklerini belirtmiştir.

Kadınların daha önceki dönemlerde aile planlaması yöntemi kullanıp kullanmadığına baktığımızda, %58,8’inin kullanmış olduğunu görmekteyiz. Kullanılan yöntemlerin ise RİA (%42,0), oral kontraseptif (%36,0) ve kondom (%22,0) olduğu görülmektedir. Kadınların

%56,3'ü çocuk istediği için ve %40,4'ü yan etkilerinden dolayı daha önce kullandığı aile planlaması yöntemini bıraktığını ifade etmiştir. Şu anda kullanmama nedenleri arasında ise, %55,4'ü geri çekme yöntemi kullandığını, %29,7'si çocuk istediğini, %7,9'u da yan etkilerinden dolayı kullanmadığını ifade etmiştir. Şimdiye kadar hiç kullanmama nedenleri arasında ise; %49,3 nedenin olmadığını, %29,6'sı çocuk istediğini, %19,7'si dini inançtan dolayı kullanmadığını belirtmiştir.

Çizelge 3. Kadınların ve Eşlerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Cinsiyet	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	P
Kadın (n: 170)	96,48 ± 17, 13	109, 96 ± 17,03	0,001
Erkek (n:170)	118,65 ± 14,51	123,06 ± 15,98	0,001

Çizelge 3'te kadınların ve eşlerinin eğitim öncesi ve sonrası tutum ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çizelgeye göre, kadınların eğitim öncesi puan ortalaması 96,48±17,13 iken eğitim sonrası puan ortalamaları 109,96±17,03'tür. Erkeklerin ise eğitim öncesi puan ortalaması 118,65±14,51 iken eğitim sonrası puan ortalamaları 123,06±15,98'dir. Hem kadınlarda hem de erkeklerde eğitim öncesi ve eğitim sonrası tutum ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0.001, p:0.001).

Çizelge 4. Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kadınların Eğitim Düzeyleri	n	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Fark	P
Okuryazar değil	43	93,62 ± 18,08	111,53±14,17	17,90± 9,32	0,001
Okuryazar	18	90,11± 12,89	113,66±13,07	23,55±13,66	0,001
İlkokul	49	95,67± 18,11	116,44±10,55	20,77±14,79	0,001
Ortaokul	35	94,25±12,96	120,71±11,36	26,45±12,10	0,001
Lise+yüksek okul	25	110,52±14,93	135,92±12,99	25,40±14,44	0,001

Çizelge 4’de kadınların eğitim düzeylerine göre eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çizelgeye göre, okur-yazar olmayan kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları 93,62±18,08 iken eğitim sonrası puan ortalamaları 111,53±14,17 ve fark 17,90±9,32’dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001). Ortaokul mezunu olan kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları 94,25±12,96 iken eğitim sonrası puan ortalamaları 120,71±11,36 ve fark 26,45±12,10’dır. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001). Lise ve yüksekokul mezunu kadınların ise, eğitim öncesi aldıkları puan ortalamaları 110,52±14,93 iken eğitim sonrası puan ortalamaları 135,92±12,99 ve fark 25,40±14,44’dır. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001). Çizelgeye göre eğitim öncesi en düşük puan ortalaması (90,11±12,89) okuryazar grubundaki kadınlarda, en yüksek puan ortalaması (110,52±14,93) ise lise ve üniversite mezunu kadınlarda olduğu görülmektedir. Eğitim öncesi ve sonrası puan ortalaması arasındaki fark ise; en düşük (17,90±9,32) okuryazar olmayan gruptaki kadınların, en yüksek (26,45±12,10) ortaokul mezunu kadınların olduğu görülmektedir.

Çizelge 5. Kadınların Doğurganlık ve Aile Planlaması İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Fark	P
İlk Doğumlarını Yaptıkları Yaş				
15-18	94,42 ±18,72	113,66 ±15,48	19,24 ±11,31	0.001
19-22	95,22±16,06	116,81 ±11,66	21,58 ±13,73	0.001
23-26	95,91 ±18,27	121,91 ±15,95	26,00 ±11,79	0.001
27 Ve Üstü	103,30 ±15,51	125,57±15,64	22,26 ±14,70	0.001
Düşük Yapma Durumları				
Yapan	97,67 ±16,85	117,22 ± 12,61	19,55 ±12,80	0.001
Yapmayan	95,41 ± 17,48	119,95 ± 16,02	24,54 ± 13,10	0.001
Sahip Olunan Çocuk Sayısı				
1-3	99,54±17,78	125,79±15,21	26,25±13,65	0.001
4-6	96,19±16,23	117,22±12,36	21,03±12,53	0.001
7- 10	92,33±18,35	111,60±15,17	19,26±13,01	0.001
Sahip Olmayı İstedikleri Çocuk Sayısı				
1-3	101,87 ±15,95	127,93 ±16,35	26,06± 4,73	0.001
4-6	97,03 ±16,63	118,63±13,31	21,59±12,99	0.001
7-10	85,33 ±19,24	108,93±17,56	23,60±12,65	0.001
Daha Önceki Dönemde Aile Planlaması Kullanma Durumları				
Kullanan	99,33±17,74	118,97±14,57	19,64±13,03	0.001
Kullanmayan	92,35±15,56	118,38±14,54	26,02±12,36	0.001
Kullanılan yöntemler				
RİA	101,02±19,05	119,52±14,52	18,50 ±13,92	0.001
Kondom	95,31±17,76	117,68±17,54	22,36±13,48	0.001
Oral kontraseptif	99,80±15,92	118,75±12,90	18,94±11,75	0.001

Çizelge 5. Kadınların Doğurganlık ve Aile Planlaması İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devam)

Yöntemi Bırakma Nedenleri				
Yan etki	99,45 ±14,07	115,85 ± 7,68	16,40 ±13,00	0.001
Çocuk istiyor	99,39 ±20,37	121,58± 17,41	22,19 ±12,77	0.001
Nedeni yok	93,00± 6,08	105,33 ±17,95	12,33 ± 12,22	0.001
Şu anda yöntem kullanmama nedenleri				
Geri çekme	95,89±17,84	114,83±13,13	18,94 ±12,74	0.001
Dini inanç	88,00 ± 9,66	110,75±6,344	22,75±6,65	0.001
Yan etki	99,87±17,67	119,87±14,95	20,00 ±7,94	0.001
Çocuk istiyor	106,53±16,55	126,36 ±14,27	19,83 ±15,50	0.001
Nedeni yok	16,55±,707	110,50± 2,121	14,00 ±1,41	0.001
Şimdiye kadar hiç kullanmama nedenleri				
Dini inanç	90,85 ±20,58	116,07±18,59	25,21±12,72	0.001
Çocuk istiyor	97,19±11,03	125,33±13,14	28,14± 11,02	0.001
Nedeni yok	90,91±15,65	115,68 ±12,34	24,77±13,25	0.001

Çizelge 5'te kadınların doğurganlık ve aile planlaması ile ilgili bazı özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çizelgeye göre, kadınların ilk doğumlarını yaptıkları yaşa göre, eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark en fazla ilk doğumunu 23-26 yaş aralığında yapan kadınlardır. Buna göre; eğitim öncesi aldıkları puan ortalaması 95,91±18,27 iken eğitim sonrası puan ortalaması 121,91±15,95 ve fark 26,00±11,79'dur. Kadınların ilk doğum yaptıkları bütün yaş grubuyla eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001).

Kadınların düşük yapma durumlarına göre, eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarına baktığımızda, şimdiye kadar düşük yapan kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları 97,67±16,85 iken eğitim sonrası puan ortalaması 117,22±12,61 ve fark 19,55±12,80'dir. Düşük yapmayan kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları 95,41±17,48 iken eğitim sonrası puan ortalaması 119,95±16,02 ve fark 24,54±13,10'dur. Düşük yapan ve

yapmayan kadınların eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001).

Kadınlarının sahip oldukları çocuk sayılarına göre, eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarına bakıldığında, 1–3 çocuğa sahip olan kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları $99,54 \pm 17,78$ iken eğitim sonrası puan ortalaması $125,79 \pm 15,21$ ve fark $26,25 \pm 13,65$ 'dir. 4–6 çocuğa sahip kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları $97,03 \pm 16,63$ iken eğitim sonrası puan ortalaması $117,22 \pm 12,36$ ve fark $21,03 \pm 12,53$ 'tür. Kadınlarının sahip oldukları çocuk sayıları ile eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001).

Kadınların daha önceki dönemde aile planlaması kullanma durumlarına göre, eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarına baktığımızda, aile planlaması yöntemi kullanan kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları $99,33 \pm 17,74$ iken eğitim sonrası puan ortalaması $118,97 \pm 14,57$ ve fark $19,64 \pm 13,03$ 'dür. Daha önce hiç aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları $92,35 \pm 15,56$ iken eğitim sonrası puan ortalaması $118,38 \pm 14,54$ ve fark $26,02 \pm 12,36$ 'dır. Kadınların daha önceki dönemde aile planlaması kullanma durumları ile eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001).

Kadınların daha önce kullandıkları aile planlaması yöntemini bırakma nedenlerine göre, eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarına bakıldığında, yan etkilerinden dolayı yöntem kullanmayı bırakan kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları $99,45 \pm 14,07$ iken eğitim sonrası $115,85 \pm 7,68$ ve fark $16,40 \pm 13,00$ 'dir. Çocuk istedikleri için yöntem kullanmayı bırakan kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları $99,39 \pm 20,37$ iken eğitim sonrası $121,58 \pm 17,41$ ve fark $22,19 \pm 12,77$ 'dir. Hiçbir neden göstermeden yöntem kullanmayı bırakan kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları $93,00 \pm 6,08$ eğitim sonrası $105,33 \pm 17,95$ ve fark $12,33 \pm 12,22$ 'dir. Kadınların daha önceki dönemde aile planlaması yöntemini bırakma nedenleri ile eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001).

Şuanda aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri göre, eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarına bakıldığında, geri çekme yöntemini kullanan kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları $95,89 \pm 17,84$ eğitim sonrası $114,83 \pm 13,13$ ve fark $18,94 \pm 12,74$ 'tür.

Dini inançtan dolayı aile planlamasını kullanmayanların eğitim öncesi puan ortalamaları $88,00 \pm 9,66$ eğitim sonrası $110,75 \pm 6,344$ ve fark $22,75 \pm 6,65$ 'dir. Kadınların

şuanda aile planlaması yöntem kullanmama nedenleri ile eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001).

Çizelgeye göre, kadınların şimdiye kadar hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmama nedenlerine göre, eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarına bakıldığında, dini inanç nedeniyle kullanmayanların eğitim öncesi puan ortalamaları 90,85 ±20,58 eğitim sonrası 116,07±18,59 ve fark 25,21±12,72'dir. Çocuk istedikleri için şimdiye kadar aile planlaması kullanmayan kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları 97,19±11,03 eğitim sonrası 125,33±13,14 ve fark 28,14± 11,02'dir. Nedeni yok diyen kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları 90,91±15,65 eğitim sonrası 115,68±12,34 ve fark 24,77±13,25'dir. Kadınların şimdiye kadar hiç aile planlaması yöntem kullanmama nedenleri ile eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001).

Çizelge 6. Kadınların Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Dağılımı

Alt ölçekler	Eğitim öncesi	Eğitim sonrası	Fark	P
Topluma İlişkin	36,64 ± 8,86	46,65 ± 9,07	10,00 ± 6,99	0,001
Yönteme İlişkin	35,16 ± 6,36	41,35 ± 5,15	6,194 ± 6,194	0,001
Gebeliğe İlişkin	24,64 ± 5,07	30,64 ± 3,94	5,99 ± 4,631	0,001

Çizelge 6’da kadınların alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrası dağılımı yer almaktadır. Çizelgeye göre, kadınların topluma ilişkin alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi 36,64 ± 8,86 iken eğitim sonrası 46,65 ± 9,07 ve fark 10,00 ± 6,99’dur. Kadınların eğitim öncesi ve sonrası topluma ilişkin alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001).

Yönteme ilişkin alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi 35,16 ± 6,36 iken eğitim sonrası 41,35 ± 5,15 ve fark 6,194 ± 6,194’tür. Kadınların eğitim öncesi ve sonrası yönteme ilişkin alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001).

Gebeliğe ilişkin alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi 24,64 ± 5,07 iken eğitim sonrası 30,64 ± 3,94 ve fark 5,99 ± 4,631’dir. Kadınların eğitim öncesi ve sonrası gebeliğe ilişkin alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001).

Eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark; en yüksek (10,00 ± 6,99) topluma ilişkin alt ölçek puan ortalamalarında, en düşük (5,99 ± 4,631) gebeliğe ilişkin alt ölçek puan ortalamalarında olduğu görülmektedir.

Çizelge 7. Erkeklerin Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Dağılımı

Alt Ölçekler	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Fark	P
Topluma ilişkin	41,87 ± 11,75	49,39 ± 8,48	7,523 ±10,48	0,001
Yönteme ilişkin	37,45 ± 6,66	42,52 ± 6,27	5,070 ±7,501	0,001
Gebeliğe ilişkin	30,64 ± 3,94	31,14 ± 4,72	,505 ± 5,77	0,255

Çizelge 7’de erkeklerin alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrası dağılımı yer almaktadır Çizelgeye göre, erkeklerin topluma ilişkin alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi 41,87±11,75 iken eğitim sonrası 49,39±8,48 ve fark 7,523±10,48’dir. Erkeklerin eğitim öncesi ve sonrası topluma ilişkin alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001).

Yönteme ilişkin alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi 37,45±6,66 iken eğitim sonrası 42,52±6,27 ve fark 5,070±7,501’dir. Erkeklerin eğitim öncesi ve sonrası yönetime ilişkin alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001).

Gebeliğe ilişkin alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi 30,64±3,94 iken eğitim sonrası 31,14±4,72 ve fark ,505±5,77’dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p:0,255).

Eğitim öncesi ve sonrası puan ortalaması arasındaki fark ise; en düşük (,505±5,77) gebeliğe ilişkin alt ölçek puan ortalamalarında, en yüksek (7,523±10,48) topluma yönelik alt ölçek puan ortalamaları olduğu görülmektedir.

Çizelge 8. Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Topluma Yönelik Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Eğitim Düzeyi	n	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Fark	P
Okuryazar değil	43	34,95 ± 9,76	42,88 ± 9,16	7,930±5,80	0,000
Okuryazar	18	32,88 ± 6,15	44,00 ± 7,08	11,11± 6,79	0,000
İlkokul	49	35,36 ± 8,58	44,38 ± 8,00	9,02 ±7,19	0,000
Ortaokul	35	36,94 ± 6,65	48,97 ± 7,67	12,02± 6,65	0,000
Lise+yüksek okul	25	44,36 ± 8,26	56,24 ± 6,36	11,88 ± 8,12	0,000

Çizelge 8’de kadınların eğitim düzeylerine göre eğitim öncesi ve sonrası topluma yönelik alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çizelgeye göre, okuryazar olmayan kadınların topluma yönelik alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi 34,95±9,76 iken eğitim sonrası 42,88±9,16 ve fark 7,930±5,80’dır. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,000).

Okuryazar olan kadınların, eğitim öncesi 32,88±6,15 iken eğitim sonrası 44,00±7,08 ve fark 11,11±6,79’dur. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,000).

İlkokul mezunu olan kadınların, eğitim öncesi 35,36±8,58 iken eğitim sonrası 44,38±8,00 ve fark 9,02±7,19’dur. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,000).

Ortaokul mezunu olan kadınların, eğitim öncesi 36,94±6,65 iken eğitim sonrası 48,97±7,67 ve fark 12,02±6,65’dır. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,000).

Lise ve yüksek okul mezunu olan kadınların eğitim öncesi 44,36±8,26 iken eğitim sonrası 56,24±6,36 ve fark 11,88±8,12’dır. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,000).

Eğitim ncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark ise; en düşük ($7,930\pm 5,80$) okuryazar olmayan gruptaki kadınların, en yüksek ($12,02\pm 6,65$) ortaokul mezunu kadınların olduğu görülmektedir.

Çizelge 9. Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Eğitim ncesi ve Sonrası Yönteme Yönelik Alt lek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Eğitim Düzeyi	n	Eğitim ncesi	Eğitim Sonrası	Fark	P
Okuryazar değil	43	$35,04 \pm 5,91$	$39,65 \pm 4,43$	$4,60\pm 4,07$	0,000
Okuryazar	18	$34,11\pm 4,95$	$40,11 \pm 5,33$	$6,00\pm 6,83$	0,003
İlkokul	49	$35,40 \pm 7,57$	$41,57 \pm 3,90$	$6,16\pm 6,59$	0,000
Ortaokul	35	$33,40 \pm 5,91$	$40,68 \pm 5,13$	$7,28\pm 6,08$	0,000
Lise+yüksek okul	25	$38,12\pm 5,22$	$45,72 \pm 5,13$	$7,60\pm 5,80$	0,000

Çizelge 9’da kadınların eğitim düzeylerine göre eğitim öncesi ve sonrası yönteme yönelik alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çizelgeye göre, okuryazar olmayan kadınların yönteme yönelik alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi $35,04\pm 5,91$ iken eğitim sonrası $39,65\pm 4,43$ ve fark $4,60\pm 4,07$ ’dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,000$).

Okuryazar olan kadınların, eğitim öncesi $34,11\pm 4,95$ eğitim sonrası $40,11\pm 5,33$ ve fark $6,00\pm 6,83$ ’tür. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,003$).

İlkokul mezunu olan kadınların, eğitim öncesi $35,36\pm 8,58$ iken eğitim sonrası $41,57\pm 3,90$ ve fark $6,16\pm 6,59$ ’dur. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,000$).

Ortaokul mezunu olan kadınların, eğitim öncesi $33,40\pm 5,91$ iken eğitim sonrası $40,68\pm 5,13$ ve fark $7,28\pm 6,08$ ’dur. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,000$).

Lise ve yüksek okul mezunu olan kadınların eğitim öncesi $38,12 \pm 5,22$ iken eğitim sonrası $45,72 \pm 5,13$ ve fark $7,60 \pm 5,80$ 'dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,000$).

Eğitim öncesi ve sonrası puan ortalaması arasındaki fark ise; en düşük ($4,60 \pm 4,07$) okuryazar olmayan gruptaki kadınların, en yüksek ($7,60 \pm 5,80$) lise ve yüksek okul mezunu kadınların olduğu görülmektedir.

Çizelge 10. Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Gebeliğe Yönelik Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Eğitim Düzeyi	n	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Fark	P
Okuryazar değil	43	$23,62 \pm 5,42$	$29,00 \pm 3,79$	$5,37 \pm 4,09$	0,000
Okuryazar	18	$23,11 \pm 4,37$	$29,55 \pm 4,50$	$6,44 \pm 4,86$	0,001
İlkokul	49	$24,89 \pm 5,18$	$30,48 \pm 3,06$	$5,59 \pm 4,98$	0,000
Ortaokul	35	$23,91 \pm 4,26$	$31,05 \pm 3,70$	$7,14 \pm 4,38$	0,000
Lise+yüksek okul	25	$28,04 \pm 4,52$	$33,96 \pm 3,75$	$5,92 \pm 4,98$	0,000

Çizelge 10'da kadınların eğitim düzeylerine göre eğitim öncesi ve sonrası gebeliğe yönelik alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çizelgeye göre, okuryazar olmayan kadınların gebeliğe yönelik alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi $23,62 \pm 5,42$ iken eğitim sonrası $29,00 \pm 3,79$ ve fark $5,37 \pm 4,09$ 'dur. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,000$).

Okuryazar olan kadınların, eğitim öncesi $23,11 \pm 4,37$ iken eğitim sonrası $29,55 \pm 4,50$ ve fark $6,44 \pm 4,86$ 'dır. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,001$).

İlkokul mezunu olan kadınların, eğitim öncesi $24,89 \pm 5,18$ iken eğitim sonrası $30,48 \pm 3,06$ ve fark $5,59 \pm 4,98$ 'dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,000$).

Ortaokul mezunu olan kadınların, eğitim öncesi $24,89 \pm 5,18$ eğitim sonrası $30,48 \pm 3,06$ ve fark $5,59 \pm 4,98$ 'dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,000$). Lise ve yüksek okul mezunu olan kadınların eğitim öncesi $28,04 \pm 4,52$ iken eğitim sonrası $33,96 \pm 3,75$ ve fark $5,92 \pm 4,98$ 'dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,000$).

Eğitim öncesi ve sonrası puan ortalaması arasındaki fark ise; en düşük ($5,37 \pm 4,09$) okuryazar olmayan gruptaki kadınların, en yüksek ($7,14 \pm 4,38$) ortaokul mezunu kadınların olduğu görülmektedir.

Çizelge 11. Erkeklerin Eğitim Düzeylerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Topluma Yönelik Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Eğitim Düzeyi	n	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Fark	P
Okuryazar değil+ Okuryazar	13	$35,00 \pm 13,59$	$40,31 \pm 9,56$	$8,30 \pm 9,22$	0,069
İlkokul	40	$37,02 \pm 10,18$	$46,65 \pm 6,36$	$9,62 \pm 9,23$	0,000
Ortaokul	34	$39,17 \pm 10,30$	$47,53 \pm 6,99$	$8,35 \pm 11,27$	0,000
Lise	52	$45,63 \pm 11,10$	$51,88 \pm 7,89$	$6,25 \pm 9,54$	0,000
Yüksek okul	31	$47,64 \pm 11,15$	$54,61 \pm 8,25$	$6,96 \pm 12,39$	0,009

Çizelge 11'de erkeklerin eğitim düzeylerine göre eğitim öncesi ve sonrası topluma yönelik alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çizelgeye göre, okuryazar olmayan ve okuryazar olan erkeklerin topluma yönelik alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi $35,00 \pm 13,59$ iken eğitim sonrası $40,31 \pm 9,56$ ve fark $8,30 \pm 9,22$ 'dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p:0,069$).

İlkokul mezunu olan erkeklerin, $37,02 \pm 10,18$ iken eğitim sonrası $46,65 \pm 6,36$ ve fark $9,62 \pm 9,23$ 'tür. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,000$).

Ortaokul mezunu olan erkeklerin, $39,17 \pm 10,30$ iken eğitim sonrası $47,53 \pm 6,99$ ve fark $8,35 \pm 11,27$ 'dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,000$).

Lise mezunu olan erkeklerin $45,63 \pm 11,10$ iken eğitim sonrası $51,88 \pm 7,89$ ve fark $6,25 \pm 9,54$ 'tür. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,000$).

Yüksek okul mezunu olan erkeklerin, eğitim öncesi $47,64 \pm 11,15$ iken eğitim sonrası $54,61 \pm 8,25$ ve fark $6,96 \pm 12,39$ 'dur. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,009$).

Eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark ise; en düşük ($8,30 \pm 9,22$) okuryazar ve okuryazar olmayan gruptaki erkeklerin, en yüksek ($8,35 \pm 11,27$) ortaokul mezunu erkeklerin olduğu görülmektedir.

Çizelge 12. Erkeklerin Eğitim Düzeylerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Yönteme Yönelik Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Eğitim Düzeyi	n	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Fark	P
Okuryazar değil+ Okuryazar	13	$33,00 \pm 5,40$	$37,00 \pm 5,52$	$4,20 \pm 7,37$	0,050
İlkokul	40	$36,83 \pm 6,39$	$41,27 \pm 4,56$	$4,45 \pm 7,50$	0,001
Ortaokul	34	$36,85 \pm 7,11$	$41,23 \pm 7,17$	$4,38 \pm 9,34$	0,021
Lise	52	$37,86 \pm 6,75$	$43,50 \pm 5,23$	$5,63 \pm 6,88$	0,000
Yüksek okul	31	$40,09 \pm 5,96$	$46,22 \pm 6,83$	$6,12 \pm 6,77$	0,000

Çizelge 12'de erkeklerin eğitim düzeylerine göre eğitim öncesi ve sonrası yönetime yönelik alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çizelgeye göre, okuryazar olmayan ve okuryazar olan erkeklerin yönetime yönelik alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi $33,00 \pm 5,40$ iken eğitim sonrası $37,00 \pm 5,52$ ve fark $4,20 \pm 7,37$ 'dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,050$).

İlkokul mezunu olan erkeklerin, ortalamaları $36,83 \pm 6,39$ iken eğitim sonrası $41,27 \pm 4,56$ ve fark $4,45 \pm 7,50$ 'dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,001$).

Ortaokul mezunu olan erkeklerin, $36,85 \pm 7,11$ iken eğitim sonrası $41,23 \pm 7,17$ ve fark $4,38 \pm 9,34$ 'tür. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,021$).

Lise mezunu olan erkeklerin, $37,86 \pm 6,75$ iken eğitim sonrası $43,50 \pm 5,23$ ve fark $5,63 \pm 6,88$ 'dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,000$).

Yüksek okul mezunu olan erkeklerin, eğitim öncesi $40,09 \pm 5,96$ iken eğitim sonrası $46,22 \pm 6,83$ ve fark $6,12 \pm 6,77$ 'dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,000$).

Eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark ise; en düşük ($4,20 \pm 7,37$) okuryazar ve okuryazar olmayan gruptaki erkeklerin, en yüksek ($6,12 \pm 6,77$) yüksek okul mezunu erkeklerin olduğu görülmektedir.

Çizelge 13. Erkeklerin Eğitim Düzeylerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Gebeliğe Yönelik Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Eğitim Düzeyi	n	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Fark	P
Okuryazar değil+ Okuryazar	13	$29,65 \pm 6,16$	$27,92 \pm 5,16$	$6,33 \pm 10,21$	0,195
İlkokul	40	$29,82 \pm 3,96$	$29,35 \pm 3,78$	$-0,475 \pm 5,49$	0,477
Ortaokul	34	$30,35 \pm 2,96$	$29,94 \pm 4,85$	$-0,411 \pm 5,75$	0,844
Lise	52	$30,52 \pm 3,73$	$32,35 \pm 3,63$	$1,82 \pm 4,35$	0,000
Yüksek okul	31	$32,64 \pm 3,601$	$34,13 \pm 5,11$	$1,48 \pm 6,99$	0,182

Çizelge 13'de erkeklerin eğitim düzeylerine göre eğitim öncesi ve sonrası gebeliğe yönelik alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çizelgeye göre, okuryazar olmayan ve okuryazar olan erkeklerin gebeliğe yönelik alt ölçek puan ortalamaları eğitim

öncesi $29,65 \pm 6,16$ iken eğitim sonrası $27,92 \pm 5,16$ ve fark $6,33 \pm 10,21$ 'dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p:0,195).

İlkokul mezunu olan erkeklerin, $29,82 \pm 3,96$ iken eğitim sonrası $29,35 \pm 3,78$ ve fark $-0,475 \pm 5,49$ 'dur. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p:0,477).

Ortaokul mezunu olan erkeklerin, $30,35 \pm 2,96$ iken eğitim sonrası $29,94 \pm 4,85$ ve fark $-0,411 \pm 5,75$ 'dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p:0,844).

Lise mezunu olan erkeklerin, $30,52 \pm 3,73$ iken eğitim sonrası $32,35 \pm 3,63$ ve fark $1,82 \pm 4,35$ 'dir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,000).

Yüksekokul mezunu olan erkeklerin, eğitim öncesi $32,64 \pm 3,601$ iken eğitim sonrası $34,13 \pm 5,11$ ve fark $1,48 \pm 6,99$ 'dur. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p:0,182).

Erkeklerin eğitim düzeylerine göre, eğitim öncesi ve sonrası gebeliğe yönelik alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark sadece lise mezunlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,000).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, ileri doğurganlık yaşındaki kadın ve erkeklerin aile planlamasına yönelik tutumları ve bu konuda verilen eğitimin etkisinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadın ve erkeklerin %62,6'sı 35–39 yaş arasında %20,29'u 40–44 yaş arasında ve %17,07'si 45–49 yaş arasındadır. Kadınların %28,8'i ilkokul, erkeklerinde %23,5'i ilkokul mezunu, erkeklerin %30,6'sı lise mezunuyken, kadınların ise %14,7'si lise mezunu olarak bulunmuştur (Çizelge 1).

TNSA 2003 sonuçlarına göre halen üreme çağındaki kadınların sadece %62'si, erkeklerin ise %77'si ilköğretimin birinci basamağını oluşturan 5 yıllık eğitimi tamamlamıştır. Bizim çalışmamızda; kadınların %65'i en az ilkokul ve üzeri eğitimi tamamlamıştır. TNSA 2003'e göre daha üst eğitim kademelerinde kız çocuklarının okullaşma oranları erkeklerin gerisindedir. Kadınların sadece %14,2 si lise ve üzeri eğitim alırken aynı oran erkekler için %22,5'dir. Bizim çalışmamızda lise mezunu olan kadınlar %14,7 ile TNSA sonuçları ile paralellik göstermektedir. Doğu bölgesinde cinsiyetler arası eğitim eşitsizliği daha da artmaktadır. Doğuda lise ve üzeri eğitim gören kadınlar %6,9 erkekler %16,5'dir. Çalışmamızda lise ve üzeri eğitim almış kadınlar, daha fazladır (%14,7).

Çalışmamızda, kadınların sahip oldukları çocuk sayılarına baktığımızda, yarıdan fazlasının (%54,1) 4-6 çocuğa sahip olduklarını görmekteyiz. Kişioğlu ve Arkadaşlarının Isparta ilinde yaptığı çalışmada yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1,95 değişik çalışmalarda yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2,5, 2, 2,7, 1,92 ve 2,07 olarak çalışmamızdan daha düşük bulunmuştur. Saka ve arkadaşlarının Diyarbakır'da Kadın Sağlığı Merkezi'nde yaptıkları çalışmada yaşayan çocuk sayısı ortalaması 4,3 olarak bulunması bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Diyarbakır'da yapılan çalışmanın sonuçlarının bizim çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermesi araştırmaların aynı bölgede yapılmış olması ile ilgili olabilir (46,107-110) (Çizelge 2).

TNSA 2003 verilerine göre, kadınların yaklaşık yarıdan fazlası iki çocuğu ideal sayı olarak kabul ederken, sadece %17'si dört ve daha fazla sayıda çocuğu ideal sayı görmektedir.

Çalışmamızda kadınların çoğunluğunun (%81,8) en az dört çocuğa sahip olmak istemeleri, çalışma yaptığımız bölgenin Doğu Anadolu Bölgesi'nde olması ve bu bölgede ortalama sahip olunan çocuk sayısının altı olması, kadının sahip olması gereken çocuk sayısı ile ilgili kendi kararının olmaması ve geleneklere göre davranması nedeni ile TNSA 2003 verilerine göre daha fazla sayıda çocuk sahibi olmayı istediklerini düşünebiliriz (Çizelge 2).

Çalışmamızda kadınların %46,5'i en az bir kez düşük yaptığını, düşük yapanların ise %26,5'i isteyerek düşük yaptığını belirtmiştir (Çizelge 2). Soylu'nun İzmir'de yaptığı çalışmada da, kadınların %22,3'ünün daha önce en az 1 kez düşük yaptığı, %31,1'inin ise daha önce en az bir kez kürtaj olduğu saptanmıştır. TNSA 2003 verilerine göre evlenmiş kadınların yaklaşık beşte birinin kendiliğinden düşük ve %24'ünün de isteyerek düşük yaptığı görülmektedir. Bölgelere göre incelendiğinde isteyerek düşük yapma %10 ile en az Güneydoğu Anadolu'da, %31 ile en fazla Batı Karadeniz'dedir. Çalışmamızda isteyerek düşük yapan kadınların sıklığı (%26,5), Güneydoğu Anadolu Bölgesinin verilerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni ise, çalışmamız örneklemini oluşturan kadınların ileri doğurganlık çağındaki kadınlardan oluşması olabilir. Yaş ilerledikçe sahip olunan çocuk sayısı da arttığı için ileri yaş grubu kadınlarda isteyerek düşük yapmanın da arttığı söylenebilir (30,111).

Türkiye'de yılda iki milyon dolayında gebelik olduğu ve bunların yaklaşık 284 bin kadarının isteyerek düşükle sonuçlandığı tespit edilmiştir. Kadınların yaşlarının ilerlemesiyle beraber artık başka çocuk sahibi olmamak için isteyerek düşük yapanların sayıları da artmaktadır. İsteyerek düşük, 25 yaşın altındaki kadınlarda %10'dan daha az iken, 45-49 yaş grubundaki kadınlarda %40'tan daha fazladır. Anne yaşı artıkça, doğum ve doğum sonu komplikasyon ve ölüm oranları da belirgin olarak artmakta ve doğumla ilgili ölüm riski 40-44 yaş arasında bazı yayınlarda %22,6'ya kadar çıkmaktadır. Aynı yaş grubunda kürtaja bağlı risk %1,2 civarındadır. Tüm dünyada anne ölümlerinin %13'ü, bazı ülkelerde %60'ı sağlıksız kürtajlara bağlıdır. İsteyerek düşükler istenmeyen gebelikleri temsil etmekte ve aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesinde isteyerek düşükler önemli bir göstergedir. İsteyerek düşük ve kürtajın hala bir aile planlaması yöntemi olarak görülmesi karşılanamayan aile planlaması hizmetlerini düşündürmektedir. Hemşirelerin aile planlaması hizmetlerinde özellikle ileri doğurganlık çağındaki kadınlara yaklaşımında bu durumu göz ardı etmemeleri, isteyerek düşüklerin bir aile planlaması yöntemi olarak görülmesinin önüne geçeceği düşünülmektedir (18,112,113).

Araştırmamızda kadınların yarıdan fazlası (%58,8) daha önce bir aile planlaması yöntemi kullandığını belirtmiştir. Kullanılan yöntemlere bakıldığında ilk sırada RİA (%42), daha sonra oral kontraseptif (%36) ve kondom (%22) olduğu görülmektedir (Çizelge 2). İzmir’de yapılan çalışmada kadınların %51,7’sinin geçmişte bir aile planlaması yöntemi kullandığı, kullanılan yöntemler arasında ilk sırada RİA (%37,3), daha sonra kondom (%19,1) olduğu görülmüştür. Yine Aytekin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da en çok kullanılan yöntemlerin başında RİA (%40,7) ve kondom (%39,8) gelmektedir. Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda kadınların tercih ettikleri yöntemlerin başında RİA’nın geldiğini görmekteyiz (111,114).

Çalışmamızda, kadınların daha önce kullandıkları yöntemi bırakma nedenleri incelendiğinde, %56,3’ü çocuk istediğinden, %40,4’ü yan etkilerinden dolayı bıraktığını belirtmişlerdir. Balkaya ve arkadaşlarının Aydın ilinde yaptıkları çalışmada da modern yöntemlerden en çok kullanılan yöntem olan hap ve kondomu kadınlar bir yıl içinde bırakırlarken (%60,3 - %53,8), geri çekme yöntemini en az 6 yıl kullandıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınların kullandıkları yöntemi bırakma nedeni olarak en fazla çiftlerin çocuk istemesi (%40,2), çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçla (%56,3) benzerlik göstermektedir (115).

Çalışmamızda, aile planlaması yöntemini şu anda kullanmama nedenleri arasında %55,4’ünün geri çekme yöntemini kullandıklarını, %29,7’sinin ise çocuk istedikleri için kullanmadıkları belirlenmiştir. Ankara’da yapılan çalışmada geri çekme %33,7 en çok tercih edilen yöntem olarak bulunmuştur. Soylu’nun çalışmasına göre, kadınların %54,4’ünün çocuk istediği için kontraseptif yöntem kullanmadığı belirtilmiştir. Yapılan araştırma sonuçları ile bizim sonuçlar arasında benzerlik olduğu görülmektedir. TNSA 2003’e göre de geri çekme geleneksel yöntemler arasında en çok bilinendir (%94). Mardin’de yapılan bir başka çalışmada geri çekme yöntemi kullanımını etkileyen en temel nedenin modern yöntemleri duymaması olarak tespit edilmiştir (30, 111,116,117) (çizelge 2).

Ersin ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada kadınların %57,8’i yan etkileri/sağlık kaygısı %20,5’i çocuk istediği için modern yöntemleri bıraktığı bulunmuştur. Pasinlioğlu ve Bülbül’ün çalışmasında kadınların etkili yöntemi bırakmasının en önemli nedenleri arasında RİA ve oral kontraseptif için; yan etkiler, sağlık kaygısı, kondom için; eşinin karşı çıkmasıdır. Ayrıca Manisa’da yapılan çalışmada 40 yaşın üstünde olanlarda daha genç yaşta olanlara göre RİA kullanma oranında bir düşüş olduğu belirtilmiştir. İzmir’de yapılan çalışmada ise yaş

arttıkça yöntem kullanım oranının da artmakta olduğunu ifade etmişlerdir. Yurdakul'un Eskişehir'de yaptığı araştırmada ise, etkin yöntemlere güvenmeme oranı %33,2 olarak saptanmıştır (111,118-121).

Araştırmamız kapsamına alınan kadın ve eşlerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası aile planlaması tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak her iki grupta da anlamlı bulunmuştur. Kadınların eğitim öncesi aldıkları puan ortalamaları $96,48 \pm 17,13$ iken eğitim sonrası $109,96 \pm 17,03$ 'tür. Erkeklerin eğitim öncesi aldıkları puan ortalamaları $118,65 \pm 14,51$ iken eğitim sonrası $123,06 \pm 15,98$ 'tir. Kadınlarda eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının farkı daha fazla bulunmuştur. Verilen eğitimin kadınlarda daha etkili olduğunu söyleyebiliriz (Çizelge3). Kadınların aile planlaması tutum ölçeğine eğitim öncesi ve sonrası verdikleri yanıtlardan bazılarına bakacak olursak; "kadının asli görevi doğurmak özdeyişi doğrudur" ifadesine eğitim öncesi %33,5'i "katılıyorum" derken eğitim sonrası %17'si katıldığını belirtmiştir. "Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır" ifadesinde eğitim öncesi %25,8'i "katılıyorum" derken eğitim sonrası %13,5'i katıldığını belirtmiştir. "Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir" ifadesine eğitim öncesi %75,3'ü "katılıyorum" derken eğitim sonrası %37'si katıldığını belirtmiştir. Kadınların eşlerinin ise; "kadının asli görevi doğurmak özdeyişi doğrudur" ifadesine eğitim öncesi %28,3'ü "katılıyorum" derken eğitim sonrası %7,1'i katıldığını belirtmiştir. "Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır" ifadesinde eğitim öncesi %31,2'si "katılıyorum" derken eğitim sonrası %9,5'i katıldığını belirtmiştir.

Çalışmamızda tüm eğitim düzeylerine göre kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çizelgeye göre, eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark; en düşük okuryazar olmayan kadınlarda, en yüksek ise ortaokul ve üstü eğitime sahip olan kadınlarda olduğu görülmüştür. Kadınların sahip oldukları eğitim düzeyi, kadın sağlığını da doğrudan etkilemektedir. Çalışmamızda da, eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark en az okuryazar olmayan grupta artmıştır. Okuryazar olmayan kadınların, aile planlaması konusundaki verilen eğitimden çok fazla yararlanamadıkları, bu tür eğitim programlarında okuryazar olmayan kadınların özellikle ele alınması gerektiğini düşündürmektedir. Ayrıca okuryazar olmayan kadınların uygulanan aile planlaması tutum ölçeği maddelerini anlamakta güçlük yaşamış olabileceklerini de düşünebiliriz. Ortaokul ve üstü eğitime sahip olan kadınların ise verilen eğitimi daha iyi anlayabildikleri için eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki

farkın daha yüksek bulunduğunu söyleyebiliriz (çizelge 4).

Kadınların doğurganlık ve aile planlaması ile ilgili bazı özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının dağılımı Çizelge 5'te verilmiştir. Çizelgeye göre; kadınların ilk doğumlarını yaptıkları yaşa göre eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark tüm yaş gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0.001). Eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki farkın en fazla ilk doğumunu 23-26 yaş aralığında yapan kadınlarda olduğu görülmektedir. 23-26 yaş ilk doğumu yapmak için uygun bir yaşdır, bu yaşta ilk doğumunu yapan kadınların ise bu konuda daha bilgili oldukları ve bilinçli davrandıkları, bunun bu konuda verilen eğitime de yansıdığını ve en fazla artışın bu grupta olmasının bundan kaynaklanmış olabileceğini düşünebiliriz. Aynı şekilde kadınların şimdiye kadar düşük yapma durumlarına göre eğitim öncesi ve sonrası puan farklarına baktığımızda, düşük yapmamış kadınların, puan artışlarının daha fazla olduğunu görmekteyiz. Özellikle isteyerek yapılan düşüklerin kadınlar tarafından bir aile planlaması yöntemi gibi düşünüldüğü, düşük yapmayan kadınların ise bu konuda daha bilinçli olduklarını ve bunun da eğitimin sonucunu etkilediğini düşünebiliriz. Kadınların sahip oldukları ve sahip olmayı istedikleri çocuk sayısına göre baktığımızda, her iki durumda da 1-3 arası çocuğu olan yada 1-3 arası çocuğa sahip olmayı isteyenlerin puan artışları diğerlerine göre daha fazla bulunmuştur. Bu kadınların daha fazla sayıda çocuğa sahip olmayı istemedikleri için aile planlaması konusunda verilen eğitimden daha fazla yararlandıklarını düşünebiliriz. Daha önceki dönemde herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınların eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark daha fazla bulunmuştur. Bu kadınların da ileri doğurganlık yaşında olmaları ve şimdiye kadar hiçbir yöntem kullanmamış olmaları, kendi evlerine gidilerek bu konuda verilen eğitime daha fazla ilgi duymalarına neden olmuş olabilir. Daha önce herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmış ancak çocuk istediği için kullandığı yöntemi bırakmış olan kadınların, puan ortalamaları arasındaki fark daha yüksek bulunmuştur. Bu kadınların da çocuk istediği için geçici olarak yöntem kullanmayı bıraktıklarını, daha sonra tekrar bir yöntem kullanmayı isteyebileceği bu nedenle de verilen eğitimden daha fazla yararlanmış olabileceğini düşündürmektedir. Dini inançları nedeniyle şu anda yöntem kullanmayan kadınların eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları en düşük bulunmakla birlikte, puan artışı en fazla bu grupta görülmüştür. Bununun eğitim öncesi aldıkları

puanın diğer gruplara göre oldukça düşük bulunmasından kaynaklanabileceğini düşünebiliriz.

Çalışmamızda kadınların eğitim öncesi ve sonrası topluma, yönetime ve gebeliğe yönelik alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001). Kadınların eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark en yüksek, topluma yönelik alt ölçek, en düşük gebeliğe ilişkin alt ölçek olduğu görülmektedir. Topluma yönelik alt ölçek maddelerinden kadınların “fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar” ifadesine eğitim öncesinde %57’si “katılıyorum” derken, eğitim sonrası %28,2’ye düşmüştür. “Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir” ifadesinde eğitim öncesi %29’ü “katılıyorum”, derken, eğitim sonrası %12,9’u katıldığını belirtmiştir. “Erkek adamın erkek çocuğu olur” ifadesine eğitim öncesinde %51,1’i “katılıyorum” derken eğitim sonrası %18,8’e düşmüştür. (Çizelge 6).

Kadınların eşlerinin ise, topluma ve yönetime yönelik alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark eğitim öncesi ve sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001). Gebeliğe ilişkin alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p:0,255). Bunun erkeklerin gebeliği yalnızca kadının göreviymiş gibi algılamalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Eğitim öncesi ve sonrasındaki fark topluma yönelik alt ölçekte en yüksektir. Topluma yönelik alt ölçek maddelerinden “fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar” ifadesine eğitim öncesinde %45,8’i “katılıyorum” derken, eğitim sonrası %28,4’e düşmüştür. “Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir” ifadesinde eğitim öncesi %25,9’u “katılıyorum” derken, eğitim sonrası %8,8’e düşmüştür. “Erkek adamın erkek çocuğu olur” ifadesinde eğitim öncesi %52,5’i “katılıyorum” derken, eğitim sonrası, %29’u katıldığını belirtmiştir (Çizelge 7).

Çalışmamızdaki kadınların eğitim düzeylerine göre eğitim öncesi ve sonrası topluma, yönetime ve gebeliğe yönelik alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, kadınların eğitim düzeyleri ile paralel olarak artmıştır. Özellikle ortaokul ve üstü eğitim alanlarda bu farkın daha fazla olduğunu görmekteyiz (Çizelge 8,9,10). Yönetime yönelik alt ölçek maddelerinden “spiral baş ağrısı yapar” ifadesine eğitim öncesi %37,1’i “katılıyorum” derken eğitim sonrası %11,2’ye düşmüştür. “Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur” ifadesine eğitim öncesi %47’si “katılıyorum” derken, eğitim sonrası %8’e düşmüştür. Gebeliğe ilişkin alt ölçek maddelerinde ise “gebelik kadını çekici hale getirir” eğitim öncesi %35,9’u “katılıyorum” derken eğitim sonrası %14,1’e düşmüştür. “Doğum kontrol yöntemi

hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir” eğitim öncesi %28,2’si “katılıyorum” derken eğitim sonrası %6’ya düşmüştür.

Japonya’da 1999 yılında yapılan oral kontraseptif ile ilgili bir araştırmada; yeni politikaların başarılı olması için, kadının bu konuda doğru bilgilendirilmesi ve özellikle yan etkileri konusunda bilinçlendirilmesinin, kadın sağlığına önemli katkısı olduğu vurgulanmaktadır (125). Yapılan başka bir araştırmada da toplumu tanıyan özel olarak eğitilmiş yüksek nitelikli danışmanlık yapabileceğini kanıtlayan sağlık personelinin özellikle ebe ve hemşirenin, danışmanlık konusunda desteği vurgulanmıştır (127).

Araştırmamızda erkeklerin eğitim düzeylerine göre eğitim öncesi ve sonrası topluma yönelik alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, ilkokul ve üstü eğitim alanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001). Okuryazar ve okuryazar olmayan grupta, puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p:0,069). Eğitim düzeyi düştükçe, puan ortalamaları arasındaki farkın da düşmüş olabileceğini söyleyebiliriz (çizelge 11). Erkeklerin eğitim düzeylerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası yönetime yönelik alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça puan ortalamalarındaki farkın arttığı görülmüştür. Eğitim öncesi ve sonrasında puan ortalamaları arasındaki fark en yüksek yüksekokul mezunlarında bulunmuştur (çizelge 12). Erkeklerin eğitim düzeylerine göre eğitim öncesi ve sonrası gebeliğe yönelik alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark sadece lise mezunu olanlarda anlamlı bulunmuştur (p:0,000). Erkeklerin gebeliğe yönelik alt ölçekteki ifadelerle ilgisiz kaldıkları düşünülebilir (Çizelge13).

Ülkemizdeki aile yapısı, Aile planlaması yöntemi kullanılması ve hizmetin yaygınlaştırılmasını engelleyen, güçlü kültürel öğeler içermektedir. Aynı zamanda aile içi ilişkilerdeki otoriter ve ataerkil yapı bütün konularda olduğu gibi Aile planlaması yöntemi kullanma konusunda da erkeğin onayının alınmasını zorunlu kılmaktadır. Yapılan çeşitli araştırmalarda kadınların Aile planlaması yöntemi kullanmasını; kadının ve eşinin eğitim durumu, sahip olunan çocuk sayısı, aile yapısı, erkeklerin Aile planlamasına bakış açısı gibi birçok faktörün etkilediği saptanmıştır. Ayrıca TNSA (2003) sonuçlarına göre, kadınların eşlerinin Aile planlaması kullanımını onaylaması durumunda modern kontraseptif yöntem kullanma oranında artış olduğu belirlenmiştir. Buna karşın ülkemizde erkeklerin Aile planlaması kullanma durumları ve Aile planlamasına ilişkin görüşlerini belirten yeterli araştırma bulunmamaktadır (30,37).

Ülkemizde kullanılan etki derecesi sınırlı yöntemlerin büyük çoğunluğunu (%95,7) geri çekme yöntemi oluşturmaktadır. Geri çekme gibi etki derecesi sınırlı yöntemlerde %30 başarısızlık hızının olduğu bilinmektedir. Ülkemizde yapılmış bir çalışmada, geri çekme yöntemi uygulayanların çoğunluğu bu yöntemi etkin bir yöntem olarak düşünmektedirler. Bu nedenlerle erkeklerin Aile planlaması ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetlerinden yararlandırılması etkin yöntemlerle birlikte etki derecesi sınırlı yöntemlere ilişkin bilgilendirme yaygınlaştırılmalıdır. İzmir gibi gelişmiş bir batı ilimizde yapılmış çalışmada erkeklerin pek çok yöntemi tanımakta olduğu ancak onlara ilişkin bilgilerinin yanlış olabildiği görülmüştür. Yapılan araştırmalarda erkeklerin öğrenim durumunun AP yöntemi kullanma durumlarını etkilemediği saptanmıştır (121,128).

Çalışmamızda uygulanan tutum ölçeğinde genel olarak eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki farkların istatistiksel olarak da anlamlı çıktığı görülmüştür. Bu sonuçların, eğitim veren kişinin toplumu tanıyan, aynı toplumda yaşayan, toplumun da tanıdığı ve değer verdiği bir hemşire olması, bu eğitimin daha etkili olmuş olabileceğini düşündürmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

İleri doğurganlık yaşındaki evli kadınların ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumları ve bu konuda verilen eğitimin etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışmamamızdaki kadın ve eşlerinin yarısından fazlası 35–39 yaş aralığındadır.
- Kadınların çoğunluğu ilkokul mezunu (%28,8) eşlerinin ise çoğunluğu lise mezunudur (%30,6).
- Kadınların yarısına yakınının (%46,5) şimdiye kadar en az bir kez düşük yaptığı saptanmıştır.
- Kadınların yarısından fazlasının (%54,1) 4–6 çocuğa sahip olduğu, çoğunluğunun (%81,8) ise 4–6 çocuğa sahip olmak istediği tespit edilmiştir.
- Kadınların yarısına yakınının (%41,2) daha önce hiç aile planlaması yöntemi kullanmadığı, aile planlaması kullanan kadınlarında en sık kullandıkları yöntemlerin başında RİA (%42), oral kontraseptif (%36) ve kondom (%22) geldiği görülmüştür.
- Aile planlaması yöntemini bırakma nedenleri arasında yarısından fazlasının (%56,3) çocuk istediği için, yarısına yakınının (%40,4) ise yan etkilerinden dolayı bıraktığı saptanmıştır.
- Kadınların şu anda aile planlaması kullanmama nedenleri arasında ise büyük çoğunluğunun (%55,4) geri çekme yöntemi kullandıklarını, geri kalanların da (%29,7) çocuk istedikleri için kullanmadıkları belirlenmiştir.
- Kadınların eğitim öncesi ve sonrası aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Erkeklerin eğitim öncesi ve sonrası aile planlaması tutum ölçeği puan

ortalamları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

- Bütün eğitim düzeylerine göre kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Kadınların eğitim öncesi ve sonrası topluma, yöneme ve gebeliğe ilişkin alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Erkeklerin eğitim öncesi ve sonrası topluma ve yöneme ilişkin alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı, gebeliğe ilişkin alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.
- Okuryazar olmayan ve okur-yazar erkeklerin topluma yönelik alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.
- Bütün eğitim düzeylerine göre erkeklerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası yöneme ilişkin alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Erkeklerin gebeliğe ilişkin alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark yalnızca lise mezunlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- ilk doğumlarını yaptıkları bütün yaş gruplarına göre, kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Düşük yapan ve yapmayan kadınların eğitim öncesi ve sonrası aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Kadınların sahip olunan çocuk sayıları ve sahip olmak istediği çocuk sayılarına göre, eğitim öncesi ve sonrası aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Daha önceki dönemde aile planlaması yöntemi kullanan ve kullanmayan kadınlarda, eğitim öncesi ve sonrası aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Aile planlaması yöntemi bırakma nedenleri, şuanda yöntem kullanamama ve şimdiye kadar hiç yöntem kullanmayanlarda eğitim öncesi ve sonrası aile

planlaması tutum ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara dayanılarak;

- Aile planlaması tutum ölçeğinden alınan puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrası anlamlı olarak arttığı görüldüğünden; aile planlaması eğitimi verecek sağlık personelinin eğitim vereceği grubun aile planlamasına karşı tutumlarını saptayarak bu doğrultuda eğitim vermesi,
- Eğitim düzeyi yükseldikçe, eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki farkın arttığı saptandığından; bu tür eğitimlerde özellikle eğitim düzeyi düşük olan bireylerin daha dikkatli ele alınması,
- Erkeklerin gebeliğe yönelik alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, eğitim öncesi ve sonrası anlamsız bulunduğundan; aile planlaması eğitimlerinde bu konunun dikkate alınması,
- Aile planlaması konusunda eğitimlerin kadın ve eşlerine birlikte verilmesi,
- İsteyerek yapılan düşüklerin aile planlaması yöntemi gibi düşünöldüğünden, aile planlaması eğitimlerinde bu konunun dikkate alınması,
- Aynı örneklem grubuna davranışa yönelik olarak bir değişimin olup olmadığının (etkin bir aile planlaması yöntemi kullanmaya başlayıp başlamadıklarının) araştırılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. **William D. Mosher, M. Martinez A.** Use of Contraception and Use of Family Planning Services in the United States: Division of Vital Statistics. Advance data Number 350 December 2004. 1982–2002 Ph.
2. **Promoting Family Planning.** Erişim: http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/index.html. Erişim Tarihi: 20.09.2007
3. **Aile Planlaması Nedir?** GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı. Erişim: <http://www.gata.edu.tr/cerrahibilimler/kadindogum/sss/ap1.html>. Erişim Tarihi: 02.10.2007
4. **Aile Planlaması.** Erişim: <http://www.yenibilgiler.com/aile-planlamasi-nedir/> Erişim Tarihi: 20.09.2007.
5. **Yıldırım A.** Aile Planlamasının Sağlık Ekonomisi Yönü. Türk jinekoloji Derneği, Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, 2001;3 (4): 29–33.
6. **Kaya H ve ark.** Bingöl İli Uydu kent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2008; Cilt:22 Sayı:4.185-191.
7. **Aile Planlaması, Amaçları ve Yararları.** Erişim: <http://www.kadinforumu.com/aile-planlamasi/4759-aile-planlamasi-nedir-amaclari-ve-yararlari.html>. Erişim tarihi: 20.10.2007.
8. **Özvarış BŞ, Ertan EA.** Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı.
9. **Aydın S.** Erkek Üreme Sağlığı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı. Van Tıp Dergisi, 2000;Cilt: 7, sayı: 3, Temmuz.
10. Adolesan Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığına İlişkin Bölümler Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı –Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005–2015.
11. **Altıparmak S.** Türkiye’de Anne Sağlığı Düzeyi. Erişim: <http://halksagligi.med.ege.edu.tr> Erişim: /seminerler/2006-07/Ana_sagligi_SA.pdf . Erişim Tarihi: 18.11.2007
12. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı Erişim: http://www.kirikkale.saglik.gov.tr/haber/cinsel_saglik_plani.doc. 2005–2015. Erişim Tarihi:12.11.2007
13. **Gemalmaz A.F (aktaran) ve ark.** Aydın İli Bir Nolu AÇSAP Merkezi Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi, 2003. Erişim: www.firattipdergisi.com/citations. Erişim Tarihi: 01.11.2007.
14. **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA 2008.** Erişim: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/turkce/bolum1.pdf> Erişim Tarihi: .19.06.2009.
15. **Akın A.** Cultural and Psychosocial Factors Affecting Contraceptive Use and Abortion in two Provinces of Turkey. Abortion in the Developing World, WHO, 1999.
16. **Kabalcioglu F, Kurçer MA, Şimşek Z.** İstemsiz Düşük Yapan Kadınlara Verilen Aile Planlaması Danışmanlığının Önemi ve Şanlıurfa Doğumevi Deneyimi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,

2008; 5(1) 28-33.

17. **Erol N. ve ark.** Family Planning Behaviour And Reproductive History of Women Applying to İzmir Konak Maternity Hospital for Induced Abortion. *Ege Tıp Dergisi*, 2003; 42 (3): 155-160.
18. **Okçay H, Öztürk H.** İstenmeyen Gebelikler ve İstemli Düşükler. *Aile ve Toplum Eğitim – Kültür ve Araştırma Dergisi*, Ekim-Aralık 2003;Yıl:5, Cilt:2, Sayı:6.
19. **Eserdağ D.** İleri Yaşın Doğurganlık Üzerine Etkileri. *Hera Kadın Merkezi*. Erişim: Kadın sağlığı & Gebelik sitesi © 2004 www.jinekolognet.com .Erişim Tarihi:07.07.2007.
20. **Yiğiter Y, Dönmez L.** Antalya Kütükçü 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 Yaş Evli Kadınlarda İsteyerek Düşük Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, *Sağlık Ve Toplum*. Sayı: 4 , Yıl: 2002.Ekim- Aralık. 62-66.
21. **Jolly M, N.Se bire.** The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Hum Reprod*.2000. Erişim: 11.11.2007. <http://molehr.oxfordjournals.org/cgi/reprint/7/12/1179.pdf>.
22. **Güngör Y ve ark.** Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine İsteyerek Düşük Yapmak İçin Başvuran Kadınların Gebeliği Sonlandırmaya Yönelik Uyguladıkları Geleneksel Yöntemler ve Doğurganlık Özellikleri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2001; (15) .
23. **Ayşe A, Özvarış Ş.** İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler. <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3073.doc> Erişim tarihi:12.11.2007
24. **Çetinoğlu Ç. ve ark.** Samsun İl Merkezi 2004 Yılı İleri Yaş Gebelik Prevelansının Saptanması ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.2006; 13(3). Samsun.
25. *Aile Planlaması Hayat Kurtarır. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA)*. Erişim: www.unfpa.org.tr Erişim Tarihi:12.11.2007.
26. **Mercan R.** İleri Yaş Gebelikleri. Erişim: www.jineart.com. Erişim Tarihi:11.10.2007
27. **İnal M ve ark.** Ege Doğum Evi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine 2001–2005 Yılları Arasında Başvuran Premenapozal Kadınlar Tarafından Kullanılan Kontraseptif Yöntemler. www.hemsirelik.ege.edu.tr/files/cilt22sayi1-2006.pdf . Erişim Tarihi: 10.01.2008.
28. **Ölümler ve Sağlık.** Result of Turkish Demographic and Health Survey 2003. Erişim: www.saglik.gov.tr/extras/birimler/apk/2003istatistik/4sayfa.htm-19k- Erişim Tarihi: 01.12.2007.
29. **Anne Ölümleri.** Erişim: www.ntvmsnbc.com/news374861.asp-24k. Erişim Tarihi:01.11.2007
30. **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA 2003.** Erişim: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum1.pdf> Erişim Tarihi: .27.07.2007.
31. **Şahin G ve ark.** Van İli Yöresinde Aile Planlaması Yöntemleri Kullanmama Nedenleri Reasons For Not Using Family Planning Methods In Van Region H.Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik 2002. Cilt:12 Sayı:3 Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Van.
32. **Işık K.** İnaçlar ve Tutumlar. Tüketici Davranışları. Süleyman Demirel üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ders Notları. Isparta 2001.
33. **Odimegwu, C.O.** “Family Planing Attitudes And İn Nijerya: A Factor Analysis”, *International Family Planing Perspectives*, September, 1999. 25 (2).
34. **Caldyvell B, Khuda B, Ahmed S, Nessa F.** Haque I Pregnancy Termination İn A Rural Subdistrict of Bangiadesh: a Microstudy, *International Family Planning Perspectives*, 1999; 25 (1): 345-374.
35. **Cüceloğlu D.** İnsan ve Davranışı. Erişim:www.pdcrciyiz.biz/insan-davranisi-dogan-cuceloglu. Erişim

Tarihi:02.12.2008.

36. **Tutum Değişimi Oluşum Süreci.** Erişim:<http://www.turkish-media./forum/index.php>
Erişim Tarihi: 01.01.2008.
37. **Depe Y, Ayten Ş.** Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüş ve Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006. 10 (3).
38. **Şankazan Ş, Yıldız A.** Ankara İli Deliler Köyündeki Evli Erkeklerin Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2002; cilt:55, say:1.
39. **Tekin A, Aslan G.** Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda Sağlık Eğitiminin Önemi ve Ebenin Eğitimi Rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006; Cilt:1, Sayı:1.
40. **Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN, Çakmak A.** Isparta'da Çalışan Kadınların Kontraseptif Kullanımı ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum Dergisi 2001; 11 (4):56-61.
41. **Türkistanlı EÇ, Mermer G, Yıldız F.** Evka-4 Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Kontraseptif Kullanımı ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler: Sağlık ve Toplum 2003; 13(1):81-85.
42. **Kitiş Y, Bilgili N, Karaçam Z. Gülveren.** Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüşleri ve Karara Katılma Durumları: Sağlık ve Toplum 2004; 14(1): 56-66.
43. **Saygılı P.** Aile Planlaması Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü. Nursing Role In Family Planning Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006, 2(13):37-44.
44. **Erci B. ve ark.** Sağlık Eğitimi. Halk Sağlığı Hemşireliği. Göktuğ yayıncılık. Ankara 2009. 166-181.
45. **Tokuç B. ve ark.** Edirne Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri Ve Yöntem Kullanım Oranları. Sted Dergisi. 2005; Cilt: 14, Sayı: 1. 8-14.
46. **Saka G. ve ark.** Kadın Sağlığı Merkezi'nde İstemli Düşük Yapan Kadınların Özellikleri – Diyarbakır, Sağlık ve Toplum 2004 14 (1) : 73-77 Ocak-Mart 2004.
47. **21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek.** Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Erişim: <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200801212206080.hedef.pdf>.
48. **Örsal Ö, Kubilay G.** Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2007; Cilt:15. Sayı: 60: 155-164.
49. **Babadağlı B, Şahin S.** Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Bakım Evi İle SSK İzmit Hastanesi'nde Doğurganlık Dönemi Kadınların Aile Planlaması ve Danışmanlığı Konusunda Bilgi ve Tutumların Karşılaştırılması. Türk Jinekoloji Obstetrik Kongresi 2001.
50. **Karaçam Z. ve ark.** Aydın'da Planlanmamış ve İstenmeyen Gebeliklerin Durumu: Tanımlayıcı Bir Çalışma. Nursing Forum. 2007. Ocak- Şubat-Mart-130-134.
51. **Çamurcu H.** Dünya Nüfus Artışı ve Getirdiği Sorunlar Balıkesir Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Coğrafya Bölümü öğretim Üyesi Beşeri ve İktisadi Coğrafya Anabilim Dalı Başkanı. www.sbe.balikesir.edu.tr/dergi/edergi/c8s13/makale. Erişim tarihi: 11.10.2007
52. **Livi-Bacci MA.** Concise History of World Population: An Introduction to Population Processes A Concise History of World Population. <http://www.amazon.com/Concise-History-World-Population-Introduction/dp>. Erişim Tarihi:11.11.2007.
53. Türkiye ve Dünya Nüfusunun Çeşitli Özelliklere Göre Karşılaştırılması, UNFPA Türkiye Ofisi,2002. Erişim: <http://www.un.org.tr/unfpa/populationdynamics>. Erişim Tarihi: 01.01.2008

54. Population Division Department of Economic and Social Affairs. Population, Environment and Development 2001. Erişim:<http://www.un.org/spanish/esa/population/popenvdev.pdf>. United Nations Erişim Tarihi:07.12.2007
55. Population, Environment and Development The Concise report. Department of Economic and Social Affairs Population Division ST/ESA/SER.A/202. Erişim:<http://www.un.org/spanish/esa/population/C2001English.pdf>. Erişim Tarihi:07.12.2007
56. **Ulusoy K.** Dünyanın ve Ülkemizin Nüfus Artış Hızındaki Gelişmeler Ülke Kaynaklarını İzleme ve Koruma Derneği (UKİK). <http://www.turkhukuksitesi.com>. Erişim Tarihi: 10.11.2007.
57. Population and the Environment: The Global Challenge Don Hinrichsen and Bryant Robey Excerpts from a Johns Hopkins University report <http://www.ecofuture.org/popinfo.html>. Erişim Tarihi:05.11.2007
58. Türkiye Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 1993. www.hips.hacettepe.edu.tr. Erişim Tarihi: 10.11.2007.
59. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara 1999:13-118.
60. **Öztürk Y.** Dünyada ve Ülkemizde Nüfus ve Aile Planlaması. Erişim: www.tip.erciyes.edu.tr/Ders_Notlari/Dahili_Tip/Halk_Sagligi. Erişim Tarihi:07.09.2007
61. **Şahin N, Güngör İ.** Türkiye’de Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongrelerinde Sunulan Çalışmaların Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi 2008;18(4): 153–157.
62. **Ergin Işıl.** Üreme Sağlığının Değişen Çehresi, Uluslar Arası Metinler 2006. Erişim: http://halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2006-07/ureme_sagligi_IE.pdf. Erişim Tarihi:02.10.2007
63. **Ten Years on**, UNFPA Reports Uneven Progress in Implementing Landmark Population and Development Consensus. Funding Gap Imperils Efforts to Reduce Maternal Deaths, Prevent HIV/AIDS and Ensure Reproductive Rights. Embargoed until 1200 GMT, 15 September 2004. http://www.arha.org.au/pressrelease/UNFPA_SWP_2004.pdf. Erişim Tarihi:07.10.2007
64. **Germain A. Kidwell J.** The Unfinished Agenda for Reproductive Health: Priorities for the Next 10 Years. International Family Planning Perspectives Volume 31, Number 2, June 1999. Erişim: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3109005.html>. Erişim Tarihi:07.12.2007
65. **Ersin F.** Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları Ve Yöntem Bırakma Nedenleri Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Şanlıurfa.
66. **Bridging the Gap:** Integrating Family Planning With Abortion Services in Turkey. International Family Planning Perspectives Volume 27, Number 2, June 2001. Comment.
67. Herkese Sağlık Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri (hedef 21), Sağlık Bakanlığı SPGK, Erişim: www.sabem.saglik.gov.tr/herkese_saglik_hedef_21. Erişim Tarihi: 12.11.2007.
68. Nüfus, Üreme Sağlığı ve Binyıl Kalkınma Hedefleri ICPD Eylem Programı Yoksulluğun Azaltılmasına ve İnsan Haklarına Yönelik Çalışmaları Nasıl Destekliyor UNFPA. Erişim: <http://www.unfpa.org.tr/turkeytr/rapyay/binyilhedefler.doc>. Erişim Tarihi: 12.11.2007
69. Family Planing and Unwanted Pregnancies”, Family Planing Organization, online<http://www.findinsitecontrolcenter.com/populationaction/show.aspx?page=http>. Erişim Tarihi: 07.12.2007
70. **Düzbakar Ö.** Abortion In The Islamic Ottoman Legal Systems. Uludag University, Faculty of Arts and

- Sciences, Department of History. Bursa, Turkey. www.ishim.net/ishimj/910. Erişim Tarihi:15.01.2008.-
71. **O'Grady K.** Contraception and religion A short history. Erişim: <http://www.mum.org/contrace.htm>. Erişim Tarihi:07.01.2008.
72. **Iranian Women:** An Exploration into Islam's Sexually Oppressed Kerry O'Grady. Dean's Book Course Spring 2007. www.comcol.umass.edu/dbc/s07_dr/women.pdf. Erişim Tarihi: 15.01.2008.
73. **AB Eşleştirme Projesi:** Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Geliştirilmesi 4. Bileşen Politika Dokümanı Kadın ve Sağlık. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı 2008–2013. Ankara 2008.
74. **Köşgeroğlu N ve ark.** Kadın Sağlığı The Health Of Woman. Erişim: <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/2835.pdf>. Erişim Tarihi:11.12.2007.
75. **Taşkın L.** Uluslar Arası Sözleşmeler Işığında Kadının Durumu. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004;8 (2).
76. **Pekin 5:** Birleşmiş Milletler Kararları Türkiye'deki Kadınlara Neler Getiriyor?. Pekin 5: Birleşmiş Milletler'de Kadının İnsan Hakları ve Türkiye'nin Taahhütleri Aralık, 2001. Erişim: http://www.wwhr.org/files/2_7.pdf. Erişim Tarihi: 02.01.2008.
77. **Akın A, Mihçioğur S.** Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
78. **Tunç İA.** Van'da Kadın Sorunları ve Eğitim. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Elektronik Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt:1, Sayı:1 Erişim:<http://efdergi.yyu.edu.tr>. Erişim Tarihi: 13.12.2007.
79. **Turan T. ve ark.** Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008; Cilt; 3, Sayı; 9.
80. **Akın L, Özaydın N, Aslan D.** Türkiye'de Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanmalarını Etkileyen Faktörler. Gülhane Tıp Dergisi, 2006; 48: 63–69.
81. **Güngör S ve ark.** Koitus Interruptus (Geri Çekme) Yönteminin Etkinliği ve Eğitim Seviyesinin Önemi. Gülhane Tıp Dergisi, 2006; 48: 8–10.
82. **Ortaylı N, Bulut A.** Bir Araştırmanın Düşündürdüğü: Cinsel Sağlık Ama Nasıl? Sted Dergisi. 2004. Cilt: 13 Sayı:12. 60–63.
83. **Akın A, Senlet P.** Geleneksel uygulamalar. Kontraseptif Yöntemler: Uluslar Arası Basım. İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı. 1990. Ankara.
84. **Keller S.** Traditional Beliefs Part of People's Lives. Providers can use their knowledge of local fertility practices and beliefs to promote contraception. Network: Fall 1996, Vol. 17, No. Erişim:www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v17_1/nt1714.htm.
85. **Khan M. Jitse P.** Health Policy Process and Health Outcome. The Case of Pakistan. Eastern Mediterranean Health Journal. <http://dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/medicine/2006/m.m.khan/c7.pdf>.
86. **Khuda B, Roy N.C. Rahman D.M.** Family Planing İn Fertilitiy in Bangaldesh. Asia-Pacific Popul J 2000; www.informaworld.com/index/713604393.pdf.
87. **Çolak Y (aktaran).** İslâm Kültüründe Aile. Erişim: <http://www.diyamet.gov.tr/turkish/DIYANET/avrupa/SAYI6/kitap.html>. Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları. Ankara, 1995, (İlk baskı), 1997. Erişim Tarihi:13.12.2007.

88. **Çorak G.** Vazektomi Olan Erkeklerin Yönteme İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür Ve Araştırma Dergisi, 2008; Yıl:10 cilt: 4 sayı:15 Temmuz- Ağustos-Eylül.
89. **Şirin A ve ark.** Üreme Sağlığı-Üreme Hakları Ve Üreme Sağlığında Hemşirenin Danışmanlık Rolü Ege Üniversitesi Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı İzmir. Erişim: <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3454.pdf>.
90. **Üreme Hakları.** Erişim: <http://www.bilkent.edu.tr/~bilhealuremesagligiuremehaklari.html>. Erişim Tarihi:02.10.2007.
91. **Orman A.R.** Üreme Sağlığı ve Hakları. Erişim: www.aileagaci.com/willowsfoundation/uremesagligi. Erişim Tarihi:02.10.2007.
92. **Bohner, G. Attitudes and Attitude Change** (Social Psychology: A Modular Course), Psychology Press. (2002).
93. **Arkonanç, S.A.** Sosyal Psikoloji, 3.Baskı, Alfa Yayınları, İstanbul. (2005).
94. **Tutum ve İnançlar.** Erişim: <http://www.ikademi.com/orgut-sosyolojisi/312-tutum-ve-inanclar.html> Erişim Tarihi:03.02.2008.
95. **Çerik Ş.** Ailelerin Gençlere Karşı Tutumları ve Gençlerin Ailelerinin Tutumlarını Algılayışlarına Yönelik Üniversite Gençliği Üzerinde Bir Araştırma. Y.t.ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü. Erişim: http://eab.ege.edu.tr/pdf/2_1/C2-S1-M3.pdf. Erişim Tarihi:02.02.2008.
96. **Tutum ve Tutum Ölçekleri.** Erişim:http://halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2003-04/TutumOlcegiGelistirme_SK.pdf. Erişim Tarihi:02.02.2008.
97. **Apaydın H.** Burçların Dini Tutum ve Davranışlarla İlişkisi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İlahiyat Fakültesi. Dini Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi II, 2002; Sayı:3.
98. **Yıldırım B ve ark.** Adölesanlarda Üreme Sağlığı Konusunda Bilgilendirmenin Arttırılması. Erişim: http://ergen.org.tr/pdf/5%20_C_%20Kadin%20Dogum.pdf. Erişim Tarihi:02.11.2007.
99. **Akın A, Özvarış B.** Aile Planlaması. Ders Notları. www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3649.doc. Erişim Tarihi: 24.01.2008.
100. **Eşsizoglu A, Arısoy Ö.** Hemşirelerin Depresyona ve Depresyon Hastalarına Karşı Tutumları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Dicle Tıp Dergisi, 2008; Cilt: 35, Sayı: 3, 167–176.
101. **Tutumlar ve Tutum-Davranış İlişkisi.** Erişim: <http://www.yenifrm.com/kitle-iletisim-araclariyla-tutum-degistirme-t153098-degistirme-t153098>. Erişim Tarihi:02.03.2008.
102. **Naçar M, Öztürk A.** Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Kullanmaya Etkisi. Erciyes Tıp Dergisi Online, 2003; Cilt 25, Sayı 3, 122–130.
103. **Bolam A, Manandhar DS, Shrestha P.** The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomized controlled trial. BMJ 1998; 316: 805–811.
104. **A Multi-tiered Approach to Meeting Family Planning Needs of the Poor in Peru.** April 2008. www.healthpolicyinitiative.com/.../594_1_Peru_Case_Study_April_2008_Final_acc.pdf. Erişim Tarihi: 03.02.2008.
105. **Tokgöz M, Karababa AO, Doğan F.** Kızılay Sağlık Ocağına Başvuran 15–44 Yaş Grubu Evli Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler ve Bu Konuda Uygulanan Eğitimin Yöntem Kullanımı Üzerine Etkileri. Ege Tıp Dergisi 1990; 29: 282–284.
106. **Hatcher, L.** A Step-by-Step Approach to Using the SAS System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling. Cary, NC: SAS Institute, Inc. (1994).

107. **Kişioğlu AN, Öztürk M, Uskun E.** Isparta ili Sadık Yağcı Ana –Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin Aile Planlaması Polikliniğine 2000 Yılında Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi, Sağlık ve Toplum, 2003; Yıl:13 (1). S:68–74.
108. **Polat S.A, Açık Y, Gürateş B.** Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 2000; 16.
109. **Öztürk M, Kişioğlu A.N., Çakmak A.** Isparta Gönen'de Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum. 1999; 9(2): 17–21.
110. **Lüleci E, Nardal İ, Benli M.** Manisa Merkezi'nde 15–49 Yaş Arası Evli Kadınların Doğurganlık Davranışları ve Aile Planlaması Uygulamalarının Değerlendirilmesi. 1. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. Ankara, 29–31 Mart 2001.
111. **Soylu F.** İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Hastanemize Başvuran Kadınlarda Etkin Kontraseptif Yöntem Kullanımı Ve Etkileyen Faktörler Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2007.
112. **Dünyada ve Türkiye'de Üreme Sağlığı”** Erişim:www. un.org.tr/who/bülten/ türk/ “Gökmen istenmeyen gebelikler ve istemli düşükler . Aile Ve Toplum Eğitim Kültür Ve Araştırma Dergisi, Ekim-Aralık 2003 yıl: 5 cilt: 2 sayı: 6.
113. **Akın A, Özvarış Ş.B.** Türkiye'de Doğum ve Doğum sonu hizmetlerden yararlanma. Akın A (Ed):Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz.
114. **Aytekin N.T.** Family Planning Choices and Some Characteristics of Coitus Interruptus Users in Gemlik, Turkey- Women Health Issues 2001;Erişim: www.mejfm.com/mejfmMar08_vol6-iss2/characteristics.
115. **Balkaya N ve ark.** Aydın İl Merkezindeki 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları Ve Etkileyen Faktörler. IV. Uluslar arası Kongre Kitabı. 2005.
116. **Yıldırım A ve ark.** Ankara'da Yarı Kentsel Ve Kentsel Bölgede Yaşayan 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları. Türkiye Jinekoloji Obstetrik Dergisi. 2001. 11:354-360.
117. **Ertem M ve ark.** Mardin Kent Merkezi'nde Herhangi Bir Modern Doğum Kontrol Yöntemi Kullanan Kadınlarda Geri Çekme Yöntemini Kullanan Kadınların Karşılaştırılması. x. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 2006.
118. **Ersin F ve ark.** Bir sağlık ocağı bölgesinde evli kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumları ve yöntem bırakma nedenleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003; 5(1): 30–37. Erişim: http://www.hemargederji.org/2003_1/2003_1_5.pdf.
119. **Pasinlioğlu T, Bülbül F.** Çiftlerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bırakma Nedenleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003 ; 6 (2): 40-48.
120. **Özbaşaran FU.** Manisa Doğumevi Polikliniğine Başvuran 15–49 Yaş Grubu Evli Kadınların Kontraseptif Yöntemleri Kullanma Süreleri ve Bırakma Nedenleri. Perinatoloji Dergisi, 1997; 5:3–4. Erişim: <http://www.perinataldergi.com/19970053044>.Erişim Tarihi: 11.11.2007.
121. **Yurdakul M.** Kadınların Aşırı Doğurganlığın Ana Çocuk Sağlığına Getireceği Sorunlara İlişkin Bilgi Düzeyleri, Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi 1991.
122. **Kitapçioğlu G, Yanıkkere E.** Manisa Doğumevinde Doğum Yapan Kadınların Doğurganlık Öyküleri, Aile Planlaması Davranışı Ve Doğum Sonrası Aile Planlaması Danışmanlığı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, İzmir.

123. **Dönmez L ve ark.** Kütükçü 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15 Yaş Üzeri Kişilerin Bazı Hasta Haklarını Kullanma Durumu ve Farklı Sağlık Kuruluşlarında Görev Yapan Personelin Davranışları Konusundaki Görüşleri. Türkiye Tıp Etiği-Hukuku-2001. cilt:9 sayı:1
124. **Gönener D, Altay B.** Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi, 2009. Cilt 14. Sayı:1 56-64.
125. **Goto A, Yasumura S, Reich F. A,** Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata, Japan, Social Science & Medicine, 2002
126. **Gökmen O, Özcan S.** Dünyada ve Türkiye'de üreme sağlığı. Yeni Türkiye. 2001; 486-6.
127. The Nurse's Role İn Contraceptive Education, Maternity Nursing. Eighth edition, W.B. Saunders Company.
128. **Gönener D, Altay B.** Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi, 2009. Cilt 14. Sayı:1 56-64.

EKLER

EK-1

İleri Doğurganlık Yaşındaki Kadınlara Yönelik Anket Formu

Kızıltepe Merkez'de Bulunan Sağlık Ocağı Bölgesine Kayıtlı İleri Doğurganlık Yaşındaki Kadınlara Yönelik Anket Formu

Bölüm I:

1. Kaç yaşındasınız?
2. En son bitirdiğiniz okul hangisi?
 - 1) Okuryazar değil
 - 2) Okuryazar
 - 3) İlkokul
 - 4) Ortaokul
 - 5) Lise
 - 6) Yüksekokul – üniversite
3. Cinsiyet
 - 1) Kadın
 - 2) Erkek
4. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 - 1) Evet (açıklayınız):
 - 2) Hayır
5. Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?
 - 1) Hayır
 - 2) Evet (Hangisi?)
 - a) SSK
 - b) Bağ-kur
 - c) Emekli Sandığı
 - d) Yeşil kart
 - e) Diğer
6. Eşinizle aranızda akrabalık var mı?
 - 1) Var (Açıklayınız)
 - a) Birinci Derece
 - b) İkinci Derece
 - 2) Yok
7. Aile tipiniz nedir?
 - 1) Çekirdek
 - 2) Geniş
8. Size göre maddi durumunuz nedir?
 - a. Çok iyi
 - b. İyi

- c. Orta
- d. Kötü
- e. Çok kötü

Bölüm II:

9. Siz ya da eşiniz şimdiye kadar herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandınız mı?

1) Evet

— Hangi yöntem?

— Bırakma nedeniniz nedir?

— Şu anda kullanmama nedeniniz nedir?

2) Hayır (Neden?)

10. Kaç yaşında evlendiniz?

11. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?

12. Toplam kaç kez gebe kaldınız?

13. Yaşayan çocuk sayınız kaç?

14. Siz kaç çocuğunuz olmasını isterdiniz?

15. Düşük yaptınız mı?

1) Hayır

2) Evet

16. (Evet ise) Toplam kaç düşük yaptınız?

17. (Evet ise) Düşük yapma nedeninizi açıklar mısınız?

a) Kendiliğinden b) İsteyerek

18. Ölü doğum yaptınız mı?

a) Hayır

b) Evet (sayısı:)

EK-2

İleri Doğurganlık Yaşındaki Kadınların Eşlerine Yönelik Anket Formu

Bölüm I:

1. Kaç yaşındasınız?
2. En son bitirdiğiniz okul hangisi?
 - 7) Okuryazar değil
 - 8) Okuryazar
 - 9) İlkokul
 - 10) Ortaokul
 - 11) Lise
 - 12) Yüksekokul – üniversite
3. Cinsiyet
Kadın
Erkek
4. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 - 1.Çalışmıyor
 - 2.Memur, işçi
 - 3.Çiftçi
 - 4.Serbest (Açıklayınız)
- 5.Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?
 - 1) Hayır
 - 2) Evet (Hangisi?)
 - a) SSK
 - b) Bağ-kur
 - c) Emekli Sandığı
 - d) Yeşil kart
 - e) Diğer
5. Eşinizle aranızda akrabalık var mı?
 - 1)) Var (Açıklayınız)
 - a) Birinci Derece
 - b) İkinci Derece
 - 2) Yok
7. Aile tipiniz nedir?

- 1) Çekirdek 2) Geniş

8. Size göre maddi durumunuz nedir?

- f. Çok iyi
g. İyi
h. Orta
i. Kötü
j. Çok kötü

Bölüm II.

9. Siz ya da eşiniz şimdiye kadar herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandınız mı?

3) Evet, (Hangi yöntem?)

— Bırakma nedeniniz nedir?

— Şu anda kullanmama nedeniniz nedir?

2) Hayır (Neden?)

10. Kaç yaşında evlendiniz?

11. Yaşayan çocuk sayınız kaç?

12. Kaç çocuğunuz olmasını isterdiniz?

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

EĞİTİM PLANI

EĞİTİMDE İZLENEN PROGRAM

AMAÇLAR	KONULAR	YÖNTEM	ARAÇ-GEREÇ
Aile Planlamasının ne olduğunu bilebilme.	Aile Planlaması Nedir?	Anlatma	Resimler
Bariyer yöntemlerinin neler olduğunu bilebilme.	Bariyer Yöntemleri Nelerdir?	Soru-Cevap Tartışma	Broşürler
*Kondomun etkinliğini, olumlu ve olumsuz yönlerini bilebilme.	* Kondomun etkinliği, endikasyonları, etki mekanizması ve etkili kullanılması için dikkat edilmesi gerekenler.	Anlatma Soru-Cevap Tartışma	Resimler Broşürler
*Diyaframın ne olduğu ve nasıl kullanıldığını bilebilme.	*Diyaframın etki mekanizmasının, olumlu-olumsuz yönlerinin ve etkinliğinin nasıl olduğu.	Anlatma Soru-Cevap Tartışma	Resimler Broşürler
*Spermisitlerin ne olduğunu, nasıl kullanıldığını bilebilme.	*Spermisitlerin etki mekanizmaları, kullanım kuralları ve olumlu-olumsuz yönleri.	Anlatma Soru-Cevap Tartışma	Resimler Broşürler
Oral Kontraseptiflerin neler olduğunu, kullanım kurallarını, endikasyonlarını ve etkinliğini bilebilme.	Oral Kontraseptifler nelerdir? *Kombine oral kontraseptiflerin etkinliği, kullanım kuralları, olumlu ve olumsuz yönleri. *Mini hapların etkinliği, olumlu ve olumsuz yönleri. *Ertesi gün hapının etkinliği ve yan etkileri.	Tartışma Anlatma Soru-Cevap Tartışma	Resimler Broşürler

Enjekte edilen kontraseptiflerin etkinliğini, yan etkilerini ve olumlu yönlerini bilebilme.	*Bir aylık koruyucu iğne nedir? Gebeliği nasıl önler, ne sıklıkta uygulanır ve ne zaman başlanılmalıdır? Olumlu yönleri ve yan etkileri nelerdir? *Üç aylık koruyucu iğne nedir, gebeliği nasıl önler, olumlu yönleri ne yan etkileri nelerdir?	Anlatma Soru-Cevap Tartışma	Resimler Broşürler
Deri altı implantların etkinliği ve süresi, olumlu ve olumsuz yönlerini bilebilme.	Deri altı implantların etkinli ve süresi, Yan etkileri, olumlu yönleri, uygulanacağı bölge ve ortamın hazırlığı.	Anlatma Soru-Cevap Tartışma	Resimler Broşürler
Rahim içi aracın ne odlunu, etkinliğini, yan etkilerini ve olumlu yönlerini bilebilme.	Rahim içi araç(RİA) nedir, gebeliği nasıl önler, ne zaman uygulanır, yan etkileri nelerdir, hangi durumlarda çıkarılır.	Soru-Cevap Tartışma	Resimler Broşürler
Kadında tüplerin bağlanması(Tüp ligasyon)'nın basitçe ne olduğunu, etkinliğini ve olumlu-olumsuz yönlerini bilebilme.	Kadınlarda tüp ligasyonun nasıl yapıldığı, hangi durumlarda uygulandığı, etkinliği ve olumlu-olumsuz yönleri.	Anlatma Soru-Cevap Tartışma	Resimler Broşürler
Erkeklerde kanalların bağlanması(Vazektomi)'nın basitçe bilebilmesi, etkinliğini, olumlu ve olumsuz yönlerini bilebilme.	Erkeklerde vazektominin nasıl ve kimlere uygulandığı, etkinliği, olumlu ve olumsuz yönlerini.		

KADINLARIN EĞİTİM ÖNCESİ AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİNE VERDİKLERİ YANITLARI		Ta- ma- men Kati- lyo- rum %	Ka- tı- lı- yo- rum %	Ka- rar- sı- zım %	Ka- tı- mı- yo- rum %	Ta- ma- men Kati- mı- yo- rum %
1	Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir	8,2	21,2	12,9	48,8	8,8
2	Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar	12,9	44,1	17,1	21,2	4,7
3	Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler	15,9	44,7	11,2	25,9	2,4
4	Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur	9,4	25,9	20,0	34,7	10,0
5	Ailede çok çocuğun olması, gelecekte kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir	22,4	27,1	27,1	20,0	3,5
6	Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır	42,9	33,5	10,6	7,6	5,3
7	Kadının asli görevi doğurmak özdeyişi doğrudur	13,5	20,0	10,6	44,7	11,2
8	Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır	42,4	32,9	9,4	14,7	,6
9	Doğan her çocuğun rızkını “Allah” verir.	62,9	22,4	7,6	5,9	1,2
10	Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır	2,9	22,9	34,7	33,5	5,9
11	Kaynanalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez.	15,9	38,2	14,7	28,2	2,9
12	Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir	36,5	38,8	8,8	14,7	1,2
13	Erkek adamın erkek damadı olur	5,3	14,1	31,2	47,1	2,4
14	Erkek adamın erkek çocuğu olur	13,5	37,6	19,4	28,2	1,2
15	Kız çocuk varsa çocuğum var denilir	24,7	52,9	5,3	15,9	1,2
16	Spiral baş ağrısı yapar	8,2	37,1	39,4	12,9	2,4
17	Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır.	6,5	6,5	68,8	15,3	2,9
18	Spiralin mideye kaçacağından korkulur	8,2	24,1	37,6	25,3	4,7
19	Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur	8,2	38,8	30,6	16,5	5,9
20	Doğum kontrol yöntemi cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür	4,1	8,8	67,1	14,7	5,3
21	Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı/arzusu az olur.	1,8	5,9	68,8	15,9	7,6
22	Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur	1,8	20,0	54,1	20,6	3,5
23	Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz	1,2	5,9	78,2	12,4	2,4
24	Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz	1,2	4,7	77,1	15,3	1,8
25	Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybeder	2,4	6,5	72,4	14,7	4,1
26	Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur / erkekleşir	4,1	15,3	60,6	15,3	4,7
27	İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	6,5	30,6	34,7	23,5	4,7
28	İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	5,3	21,2	40,0	27,6	5,9
29	Gebelik kadını çekici hale getirir	4,1	31,8	25,3	23,5	15,3
30	Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir	5,3	16,5	31,8	32,9	13,5
31	Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir	7,6	28,2	33,5	24,7	5,9
32	Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir	15,3	27,1	37,1	15,9	4,7
33	Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir	8,2	20,0	39,4	24,1	8,2
34	Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum	2,4	6,5	34,1	47,1	10,0

	KADINLARIN EĞİTİM SONRASI AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİNE VERDİKLERİ YANITLAR	Ta- ma- men Kati- liyo- rum %	Ka- tı- lı- yo- rum %	Ka- rar- sı- zım %	Ka- tıl- mı- yo- rum %	Ta- ma- men Kati- lıyo- rum %
1	Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir	2,9	10,0	22,4	42,4	22,4
2	Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar	2,9	25,3	25,9	31,2	14,7
3	Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler	3,5	34,1	16,5	28,8	17,1
4	Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur	,6	9,4	20,6	47,1	22,4
5	Ailede çok çocuğun olması, gelecekte kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir	2,4	14,1	26,5	41,2	15,9
6	Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır	15,9	27,1	20,6	17,1	19,4
7	Kadının asli görevi doğurmak özdeyişi doğrudur	3,5	13,5	17,6	43,5	21,8
8	Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır	7,1	44,1	21,8	15,9	11,2
9	Doğan her çocuğun rızkını “Allah” verir.	24,1	38,8	16,5	11,2	9,4
10	Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır	3,5	10,0	23,5	50,6	12,4
11	Kaynanalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez.	10,0	24,1	21,2	36,5	8,2
12	Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir	9,4	27,6	15,9	28,8	18,2
13	Erkek adamın erkek damadı olur	1,2	9,4	25,3	45,9	18,2
14	Erkek adamın erkek çocuğu olur	2,9	15,9	15,3	45,3	20,6
15	Kız çocuk varsa çocuğum var denilir	8,8	38,8	17,6	21,2	13,5
16	Spiral baş ağrısı yapar	1,2	11,2	42,9	36,5	8,2
17	Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır.	,6	5,3	42,9	45,3	5,9
18	Spiralin mideye kaçacağından korkulur		7,6	31,8	41,8	18,8
19	Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur	1,2	8,2	35,3	47,1	8,2
20	Doğum kontrol yöntemi cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür	1,2	3,5	40,0	48,8	6,5
21	Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı/arzusu az olur.	,6	4,7	51,2	34,1	9,4
22	Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur	2,4	4,1	34,7	47,1	11,8
23	Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz	1,2	4,7	67,6	22,9	3,5
24	Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz	,6	6,5	48,8	38,8	5,3
25	Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybeder	1,2	2,4	54,7	35,3	6,5
26	Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur / erkekleşir	1,2	4,7	38,8	47,1	8,2
27	İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	2,9	11,8	17,6	55,3	12,4
28	İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	1,8	11,2	14,1	62,9	10,0
29	Gebelik kadını çekici hale getirir	3,5	10,6	30,6	33,5	21,8
30	Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir	2,4	1,8	12,9	52,4	30,6
31	Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir	2,4	4,7	18,2	61,2	13,5
32	Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir	,6	5,3	34,7	47,6	11,8
33	Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir		,6	4,7	56,5	38,5
34	Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum	,6	2,4	22,9	53,5	20,6

	ERKEKLERİN EĞİTİM ÖNCESİ AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİNE VERDİKLERİ YANITLAR	Ta- ma- men Ka- tı- lı- yo- rum %	Ka- tı- lı- yo- rum %	Ka- rar- sı- zım %	Ka- tı- lı- yo- rum %	Ta- ma- men Ka- tı- lı- yo- rum %
1	Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir	10,6	15,3	5,3	40,0	28,8
2	Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar	18,2	27,6	9,4	25,9	18,8
3	Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler	16,5	28,2	5,9	27,1	22,4
4	Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur	11,2	22,9	10,0	33,5	22,4
5	Ailede çok çocuğun olması, gelecekte kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına g	27,1	25,3	11,2	22,9	13,5
6	Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır	25,9	27,6	8,8	22,9	14,7
7	Kadının asli görevi doğurmak özdeyişi doğrudur	11,8	16,5	3,5	37,1	31,2
8	Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır	25,3	34,1	12,9	22,4	5,3
9	Doğan her çocuğun rızkını “Allah” verir.	40,0	30,0	8,8	11,2	10,0
10	Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır	10,6	20,6	24,7	32,4	11,8
11	Kaynanalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez.	14,7	27,6	14,1	27,1	16,5
12	Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir	18,8	30,6	7,1	31,2	12,4
13	Erkek adamın erkek damadı olur	1,2	9,4	25,3	45,9	18,2
14	Erkek adamın erkek çocuğu olur	25,3	27,2	7,6	27,6	12,4
15	Kız çocuk varsa çocuğum var denilir	17,6	43,5	14,7	18,8	5,3
16	Spiral baş ağrısı yapar	4,7	10,0	67,6	11,2	6,5
17	Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır.	2,4	10,6	63,5	17,1	6,5
18	Spiralin mideye kaçacağından korkulur	5,9	11,8	63,5	12,9	5,9
19	Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur	6,5	17,6	42,4	24,7	8,8
20	Doğum kontrol yöntemi cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür	4,7	11,8	49,4	23,5	10,6
21	Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazı/arzusuz az olur.	4,1	17,6	44,1	26,5	7,6
22	Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur	5,9	15,3	38,8	26,5	13,5
23	Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz	6,5	17,1	50,0	17,6	8,8
24	Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz	2,9	9,4	62,9	17,6	7,1
25	Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybeder	2,4	8,2	50,0	28,2	11,2
26	Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur / erkekleşir	1,8	6,5	58,2	20,0	13,5
27	İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	8,8	22,9	31,8	21,8	14,7
28	İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	9,4	21,2	36,5	20,6	12,4
29	Gebelik kadını çekici hale getirir	7,6	12,9	20,6	29,4	29,4
30	Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir	10,0	15,3	18,8	37,1	18,8
31	Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir	12,4	22,9	21,2	32,4	11,2
32	Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir	8,8	17,1	27,1	27,1	20,0
33	Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir	5,6	8,8	28,2	32,9	23,5
34	Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum	5,9	7,6	22,9	36,5	27,1

	ERKEKLERİN EĞİTİM SONRASI AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİNE VERDİKLERİ YANITLAR	Ta- ma- men Ka- tı- lı- yo- rum %	Ka- tı- lı- yo- rum %	Ka- rar- sı- zım %	Ka- tı- lı- yo- rum %	Ta- ma- men Ka- tı- lı- yo- rum %
1	Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir	4,1	4,7	13,6	38,5	39,1
2	Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar	3,0	25,4	11,8	36,7	23,1
3	Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler	3,0	17,8	18,9	36,1	24,3
4	Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur	2,4	7,7	13,0	50,9	26,0
5	Ailede çok çocuğun olması, gelecekte kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir	3,0	11,2	16,0	50,3	19,5
6	Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır	15,4	33,7	12,4	20,1	18,3
7	Kadının asli görevi doğurmak özdeyişi doğrudur	2,4	4,7	5,9	50,3	36,7
8	Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır	8,9	41,4	17,8	19,5	12,4
9	Doğan her çocuğun rızkını “Allah” verir.	23,7	34,9	15,4	17,8	8,3
10	Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır	3,0	6,5	18,3	50,9	21,3
11	Kaynanalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez.	4,7	10,1	15,4	50,3	19,5
12	Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir	5,9	18,9	16,0	43,2	16,0
13	Erkek adamın erkek damadı olur	,6	11,8	13,0	54,4	20,1
14	Erkek adamın erkek çocuğu olur	3,0	26,0	16,0	36,1	18,9
15	Kız çocuk varsa çocuğum var denilir	10,7	36,1	24,3	21,3	7,7
16	Spiral baş ağrısı yapar	1,2	8,9	42,0	37,9	10,1
17	Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır.	,6	4,7	40,2	40,2	14,2
18	Spiralin mideye kaçacağından korkulur	,6	4,7	36,7	42,6	15,4
19	Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur	,6	4,1	36,7	46,7	11,8
20	Doğum kontrol yöntemi cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür	1,2	3,6	37,3	46,7	11,2
21	Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı/arzusu az olur.	,6	3,6	33,7	49,1	13,0
22	Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur	1,2	5,3	24,3	54,4	14,8
23	Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz	1,8	8,9	40,8	37,3	11,2
24	Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz	1,8	7,1	37,9	42,6	10,7
25	Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybeder	,6	6,5	43,2	36,7	13,0
26	Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur / erkekleşir	,6	5,3	39,1	40,2	14,8
27	İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	4,1	8,3	24,3	47,9	15,4
28	İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	4,7	7,1	15,4	52,1	20,7
29	Gebelik kadını çekici hale getirir	4,1	11,8	12,4	45,0	26,6
30	Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir	1,2	4,7	10,1	49,1	34,9
31	Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir	4,1	4,7	11,8	53,3	26,0
32	Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir	1,2	10,1	29,0	30,8	29,0
33	Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir	1,8	2,4	26,0	40,8	29,0
34	Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum	1,2	3,6	5,9	49,7	39,6

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1981 yılında Şanlıurfa'nın ViranŐehir ilçesinde doğmuŐtur. İlk, orta ve lise öğrenimini Mardin'de tamamlamıştır. 2004 yılında Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu'ndan mezun olmuş ve Mardin/Kızıltepe Devlet Hastanesinde göreve başlamıŐtır.

Araştırmacı, 2007 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimine başlamıŐtır.

Halen Kızıltepe Devlet Hastanesi'nde görev yapmaktadır.