

**T. C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**18-49 YAŞ GRUBU EVLİ KADINLARIN EŞ ŞİDDETİNE
MARUZ KALMALARI İLE AİLE PLANLAMASI
TUTUM VE DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

SÜHEYLA DEMİRTAŞ ALPSALAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. NİLÜFER TUĞUT**

SİVAS-2019

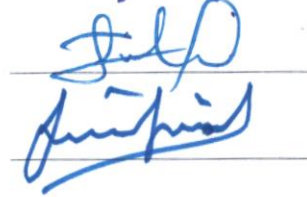
Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

“18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eş Şiddetine Maruz Kalmaları İle Aile Planlaması Tutum ve Davranışları Arasındaki İlişki” adlı **Yüksek Lisans Tezi**, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Başkan Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI



Üye Dr. Öğr. Üyesi Tülay BÜLBÜL



Üye (Danışman) Doç. Dr. Nilüfer TUĞUT



ONAY

Bu tez çalışması, Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.



ÖZET

18-49 YAŞ GRUBU EVLİ KADINLARIN EŞ ŞİDDETİNE MARUZ KALMALARI İLE AİLE PLANLAMASI TUTUM VE DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Süheyla DEMİRTAŞ ALPSALAZ

Yüksek Lisans Tezi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Nilüfer TUĞUT

2019, 69+xiii sayfa

Bu araştırma, 18-49 yaş grubu evli kadınların eş şiddetine maruz kalmaları ile aile planlaması tutum ve davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma Yozgat ili Akdağmadeni ilçesine bağlı 1, 2, 3 ve 4 no'lu Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini ASM'ye kayıtlı 18-49 yaş grubu evli kadınlar (5853 kişi) oluşturmuştur. Örneklemeye araştırmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onay veren ve tabakalı örneklemeye yöntemi ile ilgili formül kullanılarak evrenden seçilen 333 kadın alınmıştır. Araştırmada veri formu olarak Kişisel Bilgi Formu, Kadına Yönelik Eş Şiddeti Tarama Formu ve Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği (APTÖ) kullanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 programı ile değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler ortalama, frekans ve yüzde dağılımı olarak sunulmuştur. Analizlerde, iki gruptan elde edilmiş veriler karşılaştırılırken Man Whitney U Testi, bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılırken Kruskal-Wallis H Testi, sayımla elde edilmiş 2x2 ve çok gözlü düzenlere ait verilerinin karşılaştırılmasında ise Chi-Kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel sonuçların anlamlılığı için yanılma düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Kadınların yaş ortalaması 35.71 ± 7.63 olup, % 44.4'ünün ilkokuldan mezun olduğu, % 70'inin ev hanımı olduğu, % 66.1'inin 18 yaş üstü evlendiği, % 60.1'nin görücü usulü ile evlendiği, % 64.9'unun 10 yıldan daha fazla evlilik yılı olduğu ve % 76'sının çekirdek ailede yaşadığı bulunmuştur. Kadınların % 50.2'sinin üç ve daha fazla gebeliği olduğu, % 75.4'ünün düşük ve % 80.5'inin kürtaj öyküsünün olmadığı belirlenmiştir.

Kadınların % 58.9'unun şu anda bir aile planlaması (AP) yöntemi kullandığı, % 41.1'inin ise kullanmadığı saptanmıştır. AP yöntemi kullanan kadınların

% 80.1'inin modern, % 19.9'unun geleneksel aile planlaması yöntemi olan geri çekme yöntemi tercih ettiği bulunmuştur. Kadınların şu anda kullandıkları modern AP yöntemleri sırasıyla % 27.1'i prezervatif, % 23'ü oral kontraseptif, % 17.3'ü rahim içi araçtır. Tercih edilen bu yöntemlere, kadınların % 22.5'i kendisinin, % 71.9'unun eşi ve kendisinin ortak karar verdiği bulunmuştur. AP yöntemi kullanan kadınların APTÖ puan ortalaması 128.21 ± 20.35 , AP yöntemi kullanmayan kadınların APTÖ puan ortalaması ise 120.14 ± 17.92 olarak saptanmıştır. Kadınların bu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadınların yaşının, eğitim durumunun, çalışma durumunun, algılanan gelir durumunun, aile tipinin, eş yaşının, eş mesleğinin, evlilik şeklinin, evlilik yaşının, evlilik süresinin, gebelik sayısının, kürtaj ve yaşayan çocuk sayısının APTÖ puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır ($p < 0.05$).

Kadınların % 35.7'sinin eş şiddetine maruz kaldığı ve % 11.4'ünün ise şiddet yaşama riskinin olduğu bulunmuştur. Eşleri tarafından kadınların % 18.3'inin sözel, % 12.6'sının ekonomik, % 10.5'inin fiziksel ve % 7.5'inin cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Kadınların eğitim durumunun, çalışma durumunun, algılanan gelir durumunun, evlilik şeklinin ve evlilik yaşının eş şiddetine maruz kalma durumunu etkilediği ($p < 0.05$), aile planlaması yöntemi kullanma, yöntem türü ve yöntemden memnuniyetin ise eş şiddetine maruz kalma durumunu etkilemediği bulunmuştur ($p > 0.05$). Eş şiddetine maruz kalan kadınların APTÖ puan ortalaması 119.36 ± 21.99 , eş şiddetine maruz kalmayan kadınların APTÖ puan ortalaması ise 127.97 ± 17.73 olarak saptanmıştır. Eş şiddetine maruz kalan ve kalmayan kadınların APTÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç olarak kadınların aile planlaması tutumlarının pozitif olduğu, davranışlarının istendik olmadığı, kadınların sosyo-demografik, obstetrik özelliklerinin ve şiddet yaşama durumlarının APTÖ puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur. Kadınların yaklaşık üçte birinin şiddete maruz kaldığı ve şiddete maruz kalanların APTÖ puan ortalamasının düşük olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Evli kadınlar, Eş şiddeti, Aile planlaması tutumu, Aile planlaması davranışı.

ABSTRACT

**THE RELATIONSHIP BETWEEN EXPOSURE TO DOMESTIC
VIOLENCE FAMILY PLANNING ATTITUDE AND BEHAVIOR
AMONG MARRIED WOMAN AGED 18-49**

Süheyla DEMİRTAŞ ALPSALAZ

Master of Science Thesis

Department of Obstetrics and Gynecology Nursing

Supervisor: Doç. Dr. Nilüfer TUĞUT

2019, 69+xiii pages

This study was sectionally performed in order to determine the relationship between exposure to domestic violence of 18-49 aged married women and family planning attitudes and behaviors. The research was carried out in the 1, 2, 3 and 4 numbered Family Health Centers (ASM) of the Akdağmadeni district of Yozgat province. The population of the study consists of married women (5853 people) aged 18-49 registered in ASM. The sample consisted of 333 women who gave written consent to volunteering for the study and were selected from the universe using the stratified sampling method. In the study, Personal Information Form, Wife Violence against Women Form and Attitude Scale towards Family Planning were applied. The data obtained were presented as mean, median, average, frequency and percentage distributions. In the analyses, when comparing the data obtained from two groups Man Whitney U Test, when comparing more than two independent groups Kruskal-Wallis H Test, and when comparing the data obtained from 2x2 and multi-layered layouts Chi-Square test were used. The level of error was accepted as 0.05 for the significance of statistical results. It was found that the average age of women was 35.71 ± 7.63 , 44.4% of them were primary school graduates, 70% were housewives, 66.1% were married after 18 years of age, 60.1% were married by arranged marriage method, 64.9% were married for more than 10 years and 76% lived as nuclear family. It was determined that 50.2% of women had three or more pregnancies, 75.4% had low and 80.5% had no abortion history.

It was found that 58.9% of the women currently use a family planning (AP) method and 41.1% do not. It was found that 80.1% of women using AP method preferred modern method and 19.9% preferred withdrawal method which is traditional family

planning method. Modern AP methods currently used by women are respectively 27.1% condoms, 23% oral contraceptives, and 17.3% intrauterine device. It was found that 22.5% of the women preferred this method themselves and 71.9% of them preferred the wife and herself jointly. The mean APTÖ score of the women using AP method was 128.21 ± 20.35 , and the mean APTÖ score of the women not using AP method was 120.14 ± 17.92 . It was found that the mean APTÖ score of women using AP method was significantly higher than women who did not use AP method ($p < 0.05$). The difference between this mean scores of women was found to be statistically significant ($p < 0.05$). It was found that womens' age, education, profession, perceived income, family type, spouse age, spouse profession, marriage type, age of marriage, duration of marriage, number of pregnancies, abortion and number of children affected APTÖ score averages ($p < 0.05$).

It was found that 35.7% of women were exposed to domestic violence and 11.4% were at risk of violence. It was found that 18.3% of the women were exposed to verbal/emotional, 12.6% were subjected to economic violence, 10.5% were subjected to physical violence and 7.5% were subjected to sexual violence. It was found that women's educational status, profession, perceived income, marriage type and age of marriage affected the level of exposure to violence ($p < 0.05$), using family planning method, type of method and satisfaction with the method did not affect the exposure to violence ($p > 0.05$). It was determined that the mean APTÖ score of the women who were exposed to spouse violence was 119.36 ± 21.99 and the mean APTÖ score of the women who were not exposed to spouse violence was 127.97 ± 17.73 . The difference between the mean APTÖ scores of the women who were exposed to domestic violence and who were not was statistically significant ($p < 0.05$).

As a result, it was found that women's family planning attitudes were positive, their behaviors were not desired, and their socio-demographic, obstetric characteristics and situation of exposing to violence affected the APTÖ mean scores. It was determined that approximately one-third of the women were exposed to violence and the mean score of APTÖ was low for those who were exposed to violence.

Keywords: Married women, Domestic violence, Family planning attitudes, Family planning behavior.

TEŞEKKÜR

Bilgi ve deneyimlerinden sürekli yararlandığım, tezin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Nilüfer TUĞUT 'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman paylaşan Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr.Zehra GÖLBAŞI'ya,

Tezimin istatistiksel analizinde kıymetli vaktini ayırıp yol gösteren, bilgi ve deneyimlerini paylaşarak yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Ziyet ÇINAR'a ve Öğretim Görevlisi Fahri YILMAZ'a

Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarına, Akdağmadeni'nde bulunan ASM ve TSM çalışanlarına, Öğretim Görevlisi Lokman ÇAVDAR'a ve Ayşegül AKBEY'e,

Gebelik ve doğum sürecime denk gelen zorlu tez dönemimde sıkıntılara ortak olan hayat arkadaşım Feyyaz ALPSALAZ'a ve canım kızım, biriciğim Hatice Asya'ma,

Bu vakte kadar tüm eğitim hayatımda bana destek olan aileme ve ağabeyim İsmet DEMİRTAŞ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa

ÖZET	v
ABSTRACT	vii
TEŞEKKÜR	ix
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	x
ÇİZELGE / TABLOLAR DİZİNİ	xii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Sorusu.....	4
2. GENEL TANIMLAR	5
2.1. Şiddet.....	5
2.1.1. Kadına Yönelik Şiddet.....	5
2.1.2. Kadına Yönelik Şiddet Türleri.....	7
2.1.3. Şiddetin Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri	8
2.1.4. Şiddetin Kadın Üreme Sağlığına Etkileri	8
2.2. Aile Planlaması.....	10
2.3. Kadınların Aile Planlaması Tutumları ve Davranışları.....	11
2.4. Şiddet ile Aile Planlaması Tutum ve Davranışları Arasındaki İlişki	11
2.5. Şiddet ve Aile Planlaması Hizmetlerinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Evreni.....	16
3.3. Araştırmanın Örnekleme.....	16
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri.....	17
3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.6. Veri Toplama Araçları.....	17
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	18
3.6.2. Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği	18
3.6.3. Kadına Yönelik Eş Şiddeti Tarama Formu.....	18
3.7. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	18
3.8. Etik Boyut.....	19
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19

4. BULGULAR	20
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
6.1. Sonuçlar.....	49
6.2. Öneriler.....	52
KAYNAKLAR	53
EKLER	62
EK 1: Kişisel Bilgi Formu.....	62
EK 2: Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği	64
EK 3: Kadına Yönelik Eş Şiddeti Tarama Formu	65
İZİNLER	66
EK 4: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı	66
EK 5: Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	68
ÖZGEÇMİŞ	69

ÇİZELGE / TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 1. 18-49 yaş gurubu evli kadınların evren ve örneklem büyüklükleri	16
Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=333)	20
Tablo 2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=333)	22
Tablo 3. Kadınların AP Yöntemlerini Bilme, AP Bilgisini Aldığı Yer, Bilinen AP Yöntemleri, AP Bilgisini Yeterli Bulma Durumuna Göre Dağılımı (n=333).....	23
Tablo 4. Kadınların AP Davranışları ve Kullandığı AP Yönteminden Memnuniyet Durumuna Göre Dağılımı	24
Tablo 5. Kadınların APTÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	25
Tablo 6. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre APTÖ Puan Ortalamaları	26
Tablo 7. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre APTÖ Puan Ortalamaları	29
Tablo 8. Kadınların AP Davranışlarına ve Memnun Olma Durumlarına Göre APTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	31
Tablo 9. Kadınların Şiddete Maruz Kalma Durumları, Şiddet Riski ve Şiddet Türleri Dağılımları	32
Tablo 10. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Eş Şiddetine Maruz Kalma Durumlarının Dağılımı	33
Tablo 11. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Eş Şiddetine Maruz Kalma Durumlarının Dağılımı	36
Tablo 12. Kadınların AP Davranışlarına ve Kullandığı AP Yönteminden Memnuniyet Durumuna Göre Eş Şiddetine Maruz Kalma Durumlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 13. Kadınların Eş Şiddetine Maruz Kalma ve Şiddet Yaşama Riskine, Maruz Kaldıkları Şiddet Türüne Göre APTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40

KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)
AİŞ	: Aile İçi Şiddet
AP	: Aile Planlaması
APTÖ	: Aile Planlaması Tutum Ölçeği
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BKSGM	: Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
KYAİŞA	: Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması
OKS	: Oral Kontraseptif
PİD	: Pelvik İnflamatuvar Hastalığı
RIA	: Rahim İçi Araç
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TDK	: Türk Dil Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences Version
WHO	: World Health Organization

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Şiddet, insan hayatının her safhasında görülen ve dünyada giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. World Health Organization (WHO) şiddeti “fiziki güç veya üstünlüğün kasti bir tehdit veya gerçeklik biçiminde başka bir kişiye uygulanması sonucu, maruz kalan kişide fiziksel ve psikolojik zarar hatta ölüme yol açması ya da açma ihtimalinin bulunması” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2016). Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 1993 yılında düzenlenen Kadınlara Karşı Şiddetin Tasfiye Edilmesine Dair Bildirisi’nde kadına yönelik şiddet, kamuda ya da özel yaşamda farketmeksizin kadınlara cinsel, fiziksel veya psikolojik zarar getiren ya da getirebilecek olan cinsiyet faktörüne dayanan şiddet eylemi ya da bu eylemlerle tehditte bulunma, zorlama ya da keyfi olarak özgürlüğünün kısıtlanması olarak açıklamıştır. Kadına karşı şiddet başta yakın çevresindeki erkekler olmak üzere, sıklıkla kadınların eşleri veya birlikte yaşadıkları erkekler tarafından kadınlara uygulanmaktadır (T.C. Başbakanlık, 2014).

Türkiye’de 2014 yılındaki Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması (KYAİŞA) sonuçlarına göre evli kadınların eşleri veya birlikte yaşadıkları erkekler tarafından hayatlarının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete %36, cinsel şiddete %12 oranında maruz kaldığı saptanmıştır. Bu sonuçlar 2008 yılı araştırma sonuçlarıyla kıyaslandığında, fiziksel şiddet düzeyi %39’dan %36’ya, cinsel şiddet düzeyi ise, %15’den %12’ye düşmüştür. Fiziksel veya cinsel şiddet türlerinden en az birine maruz kalma, %42’den %38’e değişmiştir. Şiddet türlerinden en yaygın olarak duygusal şiddet yaşadıkları ve oranın iki araştırmada da %44 olduğu belirtilmiştir (KYAİŞA, 2014). Evli ya da evlilik geçirmiş her 100 kadından 11’i yaşamlarının herhangi bir evresinde, rızası olmadan cinsel ilişki yaşarken, her 100 kadından 9’u zorla cinsel ilişkiye girmektedir (Demir ve Oskay, 2015).

Şiddet kadını sosyal, fiziksel ve duygusal birçok yönden olumsuz etkilediği gibi kadının üreme sağlığında olumsuz bir şekilde etkilemektedir (Taşkın, 2016). Özellikle şiddet istenmeyen gebeliklerin ve adölesan gebeliklerin, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) artışına ve anne ölümlerine neden olmaktadır (Demir ve Oskay, 2015; Şimşek, 2011; Dişsiz ve Şahin, 2008).

Yapılan bir meta-analiz sonucuna göre, yakın eş şiddeti oranı % 73.3, cinsel şiddet % 22, fiziksel şiddet % 35.6, duygusal/psikolojik şiddet % 49.8 olarak saptanmış

olup şiddet mağduru kadınların kürtaj oranlarının 3.5 kat daha fazla olduğu görülmektedir (Hawcroft ve ark., 2019). Güney Asya'daki genç kadınlar arasında eş şiddetini inceleyen bir çalışma sonucunda eş şiddetinin ergen ve genç erişkin evli kadınlar arasında istenmeyen gebelik için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Özellikle fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalan kadınların istenmeyen gebelik riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Anand ve ark., 2017). Kamerun'da 2570 kadın üzerinde yapılan, eş veya birlikte yaşadıkları erkekler tarafından uygulanan şiddetin isteğe bağlı düşük ile ilişkisini inceleyen çalışmada, doğurganlık dönemindeki kadınların % 38.7'si fiziksel şiddete, % 30.7'si duygusal şiddete ve % 14.8'i cinsel şiddete maruz kalmıştır. Kadınların % 4.9'u yaşamları boyunca en az bir kez isteğe bağlı düşük yaşamış, cinsel ve fiziksel şiddet yaşayan kadınların ise isteğe bağlı düşük yaşama oranları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (Alio ve ark., 2010).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2001 Ulusal Gençlik Risk Davranışı Araştırmasına katılan 6864 adölesan kızda fiziksel erkek şiddeti risk taraması yapılan çalışmada, adölesanların 3085'inin cinsel ilişkiyi deneyimlediği belirlenmiştir. Bu adölesanlardan şiddet görenlerin Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonu, diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve istenmeyen gebelik yaşama durumlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Silverman ve ark., 2004). Bir başka çalışmada şiddet gören kadınların AP yöntemlerinden eşlerinin kondom kullanmasını istedikleri fakat eşlerin kabul etmediği ve bunun sonucunda güvensiz, korunmasız cinsel ilişki yaşadıkları tespit edilmiştir (Gaikwad ve ark., 2011). Kuzey Carolina'da doğum öncesi bakım kliniğinde şiddet ile CYBE ilişkisini belirlemek için 774 kadınla yapılan görüşmede, kadınların % 16'sının sadece fiziksel istismar, % 12'sinin hem fiziksel hem de cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir. Kadınların yüzde % 30'unun en az bir CYBE geçirdiği ve en yaygın enfeksiyonların klamidya ve gonore olduğu bulunmuştur. Hem fiziksel hem de cinsel istismar bildiren kadınların CYBE'lere yakalanma oranları şiddet yaşamayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Martin ve ark., 1999). Başka bir çalışmada mevcut kanıtlar, kadınlar arasında eş şiddeti ile HIV enfeksiyonu arasında orta derecede anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (Li ve ark., 2014)

Eş şiddetine maruz kalan gebe kadınlarda HIV sıklığını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada ise, HIV(+) olan 110 gebe kadın ile HIV(-) olan 110 gebe kadın karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda HIV(+) kadınlarda, HIV(-) kadınlara göre fiziksel şiddetin altı kat, cinsel şiddetin ise dört kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır

(Hyginus ve ark., 2012). Ruanda'da son 12 ayda 600 gebe kadın üzerinde yapılan benzer bir çalışmada % 35.1' inin eş şiddeti gördüğü, eş şiddeti gören kadınların HIV(+) oranı görmeyenlerden iki kat fazla belirtilmiştir (Ntaganira ve ark., 2008).

Nijerya'da 15-49 yaş arası 22.275 kadına ait veriler incelenmiş ve kontraseptif kullanımını engelleyen ana etkenin aile içi şiddet olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durumun yüksek doğurganlığa sebep olarak anne ölümlerini ciddi şekilde arttırdığı belirtilmiştir (Bishwajit ve ark., 2018). Kuzey California'da 16-29 yaş arası kadınların % 53'ünün fiziksel veya cinsel eş şiddetine, % 19'unun gebelikte şiddete maruz kaldığı ve % 15'inin AP yöntemi kullanmak istemesine rağmen eşi tarafından engellendiği belirlenmiştir (Miller ve ark., 2010). Batı ve Orta Afrika'daki yedi ülkede yapılan araştırmada şiddet gören kadınların AP yöntem kullanımlarında anlamlı derece düşüş olduğu bildirilmiştir (Olorunsaiye ve ark., 2017).

Görüldüğü gibi şiddete maruz kalan kadınlar üreme sağlığı açısından da çok risklidir. AP ile bu riskler en aza indirilebilir. Çünkü AP, doğrudan istenmeyen gebelik ve aşırı doğurganlığı, dolaylı olarak cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları engelleyerek anne ve çocuk sağlığını olumlu yönde etkiler ve bununla beraber toplum sağlık düzeyinin yükselmesinde rol alan önemli bir sağlık hizmetidir (Gavin ve ark., 2014). Her yıl yüzlerce anne-çocuk, AP yöntemlerinden yeterince faydalanamadıkları için yaşamlarını yitirmektedir. Bu anne-çocuk ölümlerinin nedeni, uç yaşlarda gebelik, iki yıldan az aralıklı ve fazla doğumdan kaynaklanmaktadır (Taşkın, 2016).

TNSA 2008 verilerine göre 2.16'dan istatistiksel olarak farklı olmayan toplam doğurganlık hızı, son beş yılda azalmamış durağanlaşmıştır (TNSA, 2013). Toplam doğurganlık hızının azalmaması ülkemizdeki gebeliklerin büyük bir kısmının ne yazık ki planlanmadan ve istenmeden meydana geldiğini göstermektedir.

Toplumda ana ve çocuk sağlığının iyileşmesi, toplum sağlık düzeyinin yükselmesi için her kadının AP hizmetlerinden yararlanması gerekmektedir. Bu hizmet sağlanırken eş şiddeti yönünden riskli grupların belirlenmesiyle üreme sağlığı açısından riskli grubun AP konularında bilinçli olması ve eğitim alması önemlilik arz etmektedir. Hemşirelerin bu konudaki rol ve sorumluluklarını yerine getirmesi önem arz etmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma üreme sağlığı açısından riskli olan 18-49 yaş grubu evli kadınların eş şiddetine maruz kalmaları ile AP tutum ve davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Sorusu

1. Kadınların AP davranışları nedir?
2. Kadınların AP tutumları nedir?
3. Kadınların AP tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?
4. Kadınların şiddet yaşama oranları nedir?
5. Kadınların şiddet yaşama durumlarını etkileyen faktörler nelerdir?
6. Kadına yönelik eş şiddeti ile AP tutum arasında bir ilişki var mı?
7. Kadına yönelik eş şiddeti ile AP davranışları arasında bir ilişki var mı?

2. GENEL TANIMLAR

2.1. Şiddet

Şiddet, “bir hareketin, gücün derecesi, yeğinlik sertlik, bir hareketten doğan güç, duygu ve davranışta aşırılık, karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma” anlamlarıyla tanımlanmaktadır (TDK, 2017). Latince’de karşılığı Violentia olan şiddet, “gaddarlık, zalimlik, katı yüreklilik” anlamındadır. Başka bir deyişle şiddet, herhangi bir topluluk ya da bireyin fiziksel ve ahlaki bütünlüğüne ya da sosyo-kültürel değerlerine karşı herhangi bir birey, grup ya da örgütlü bütünlük tarafından uğratılan fiziksel veya psikolojik acıdır (Latince-Türkçe Grand Dictionar). Fransızcadaki şiddet sözcüğünün karşılığı olan Violence, “bireye, baskı veya güç kullanarak zorla bir şey yapmak ya da yaptırmak; şiddet uygulama eylemi, kaba kuvvet uygulama, fiziksel ya da psikolojik acı çektirme ya da işkence ve yaralama” anlamlarıyla tanımlanmaktadır (Fransızca-Türkçe Grand Dictionar). Genel olarak WHO şiddeti “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2016).

İnsanlık tarihiyle beraber ortaya çıkan şiddet, birçok bireysel ve toplumsal öge ile birlikte karmaşık bir yapıyı ortaya koymaktadır (Kocacık, 2001). WHO’nun yayınladığı rapora göre, hayatımızın artık bir parçası haline gelen şiddet tüm dünyada farklı biçimlerde kendini gösterebilmektedir. Her yıl şiddet nedeniyle bir milyonu aşkın kişi yaşamlarını yitirirken, daha fazlası da ciddi yaralanmalara uğramaktadır (WHO, 2018).

Şiddet içeren davranışlar kanuna aykırı davranmak, kişiye fiziksel ya da sözel zarar vermek, karşıdakinin haklarını çiğnemek, zor kullanmak ve huzura son vermek, şeklinde ortaya çıkar. Yaralama, sakat bırakma, öldürme yoluyla zarar verilmesini içeren şiddet genel olarak gücü aşmaktadır. Bu tür eylemlerin dışında mallara verilen zarar da şiddetin bir parçasıdır (Kocacık, 2001).

2.1.1. Kadına Yönelik Şiddet

Kadına yönelik şiddet kadının davranışlarını kontrol etmek, üstünde hâkimiyet kurmak, cinsel ve ekonomik olarak kadından faydalanmak amacıyla yapılan her türlü şiddet eylemini ifade etmektedir (Bulut, 2019). İnsanın yaşantısının her evresinde görülebilen ve dünya üzerinde giderek artan şiddet, büyük öneme sahip toplum sağlığı

sorunu ve bir insan hakkı ihlalidir (Eroğlu, 2006). Kadına yönelik Şiddet yaşanılan coğrafya, ekonomik gelişmişlik ve oğretim dőzeyine bakılmaksızın dőnyadaki tőm ũlke ve medeniyetlerde yaygın gőrőlen bir olaydır (Hıdıroğlu ve ark., 2006). WHO'nun raporuna göre kőresel olarak yetişkinlerin neredeyse dörtte birinin (%23) çocukken fiziksel istismara uğramakta ve kadınların yaklaşık ũçte birinin (%35) hayatlarının bir noktasında eş veya eşi olmayanlardan hem fiziksel hem de cinsel Şiddete maruz kalmaktadır (WHO, 2018)

Şiddet eylemini gerçekteştiren kişilerin neredeyse tamamını kadının en yakınındaki erkekler oluşturmaktadır. Bu Şekilde gerçekteşen Şiddet tőrő yakın eş Şiddeti ya da aile içi Şiddet olarak da nitelendirilmektedir (DeKeseredy ve Dragiewicz, 2007; Heise ve Moreno, 2002; Krug ve ark., 2002). Aile içi Şiddet, aile içindeki bireylerden birinin bir diğer aile bireyine doğuştan elde edilmiş olan maddi ve manevi haklarına karşı kabul edilmeyen ve istenmeyen mődahalesidir (Heise ve Moreno, 2002). Eş Şiddeti, yakın eş ilişkisindeki bireylerden birinin diğerine zarar vermesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Eş Şiddeti evli, nişanlı, sőzlő, birlikte yaşayan, ilk kez buluşan, ayrılmış, boşanmış heteroseksőel veya homoseksőel çiftler arasında yaşanabilmektedir (Heise ve Moreno, 2002).

Şiddet uygulayan erkekler özellikle dőřuk benlik saygısına sahip olmakla beraber genelde terk edilmiş kişiler olup, yardım bulamama, bağımlı olma, gőven duygusunda azalma, mahrem konularla ilgili sıkıntı yaşamaya meyillidirler. Bu erkekler psikiyatrik aığdan genellikle kişilik bozukluğu tanısı alırlar ve engellenmeye karşı toleransları dőřuktur. Coğunlukla Şiddet ve istismarın yaşandığı ailelerde bőyőmőřtőrlər. Şiddeti baş etme yolu olarak gőrdőkleri gibi herkesin bu dőřőnceye katıldığını dőřőnőrlər, zayıf empati yeteneğine sahip olup, kendilerini özel bir konumda gőrmekte, koruyucu ve bakım verici olarak ilgiyi hak ettiğini dőřőnmektedirler. Eşler arası yaş farkının fazla olması, kadının erkekten daha yőksek maaş almasının ya da erkeğe göre daha prestijli bir işte çalışması, erkeğin dőzenli bir işinin olmaması ve erkeğin eğitim seviyesinin kadına göre dőřuk olması da Şiddeti arttıran őzelliklerdir (Uyar ve ark., 2018; Çelik, 2015; Çifçi, 2007).

Őiddete maruz kalan kadınlar ise genellikle katı kurallara sahip bir aile ortamında pasif olmaya yőneltilmiř, sosyal aığdan yalnız, Őiddetin bőtőn ailelerde olduğuna inanan, saldırganın davranışlarından kendini sorumlu tutan, onun bir gőn değişeceğine dair inancını hiç yitirmeyen ve itaatkăr insanlardır. Őz benlik saygısı az ve bağımlı kişilik őzelliđi olan bu kadınlar, oldukça ciddi fizyolojik ve psikolojik

sorunları olmasına karşılık, yaşadıkları şiddeti inkâr etme eğilimindedirler (Çifçi, 2007). Şiddete maruz kalan kadınların eğitim seviyesi düşük, ekonomik geliri az ve orta yaş grubunda yer aldıkları görülmektedir (Uyar ve ark.,2018; Ediz ve Altan, 2017).

Şiddet üç aşamalı bir döngüde yaşanır. İlk aşama; bu aşamada taraflar her an şiddetin yaşanmasını beklemektedirler. Fakat yine de kadın olayları yatıştırmak için bazı şeyler yapabilmektedir. İkinci aşama şiddetin yaşandığı aşamadır. Son aşama ise balayı aşamasıdır. Şiddetin uygulanmasından sonra genelde pişmanlık duyan kişi, baskıcı ve zarar verici tutumunu bırakıp daha yumuşak ve özür diler bir tutum içine girer. Erkek saldırgan davranışlarını şefkat ve ilgiye dönüştürür, kadın ilişkisinin düzeleceğini düşünerek ümitlenir. Ancak şiddet eylemi yine de tekrarlanmaktadır (Akın ve ark., 2008; Subaşı ve Akın, 2003; Tel, 2001).

2.1.2. Kadına Yönelik Şiddet Türleri

Şiddet cinsel, fiziksel, psikolojik olarak tanımlanırken, bunların birleşimi olarakta tanımlanır (Krantz ve ark., 2005). Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (BKSGM) şiddeti fiziksel, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet olarak ele almıştır (T.C. BKSGM, 2008).

Fiziksel şiddet, aile içinde yer alan bireylerin birbirlerine uyguladıkları ve en çok karşılaşılan şiddet türüdür. Erkek gücünü bir korkutma ve yaptırım aracı olarak kullanmaktadır. Fiziksel şiddet, birbirini itmek, vurmak, tekmelemek, ısırarak, yumruklamak, boğmaya çalışmak, fiziki zor uygulayarak eve girip çıkmasını engellemek, kesici delici (bıçak, silah vb.) aletlerle tehdit etmek ve saldırmak gibi işkence içeren durumları kapsamaktadır (Kocacık ve Çağlayandereli, 2009; Watts ve Zimmerman, 2002; Coker ve ark., 2000).

Kadınlar genç yaşta özellikle evliliğinin ilk yıllarında daha fazla fiziksel şiddete maruz kalmaktadır (TKYAİŞA, 2015). WHO'nun 2013 raporunda Dünya'daki kadınların %35 inin fiziksel ya da cinsel şiddete uğradığı ve büyük bir kısmının eşleri tarafından gerçekleştirildiği saptanmıştır (Bulut, 2019; WHO, 2013).

Sözel şiddet, çoğu zaman fiziksel şiddetin gölgesinde kalmakla beraber tahrip edici etkisi daha fazladır ve göz ardı edilmektedir. Tehdit, küçümseme, sindirme, bezdirme amacıyla sözlerin kullanılması, hakaret ve küfür etme, alay edici ve aşağılayıcı lakaplar takma (sakar, şişman, çirkin, aptal vb.) sözel şiddet şekilleridir (Page ve İnce, 2008; Coker ve ark., 2000). Türkiye genelinde, evlenmiş kadınların %

44'ünün duygusal şiddet/istismar biçimlerinden en az birine hayatlarının herhangi bir döneminde maruz kaldığı tespit edilmiştir (TKYAİŞA, 2015).

Cinsel şiddet, cinselliğin bir tehdit unsuru ve kontrol etme mekanizması olarak kullanılmasıdır. Cinsel şiddetin varlığını düşündüren bazı davranışlar kadını cinsel bir obje olarak görmek, aşırı derecede kıskanmak ve şüphe duymak, cinselliği bir ceza mekanizması olarak kullanmak, kadını aldatmak, fiziki güç veya duygusal baskı ile cinsel ilişkiye zorlamak, istenmeyen cinsel pozisyonlara zorlamak, fuhuşa zorlamak ve tecavüz etmek gibi şekillerde ortaya çıkmaktadır (WHO, 2018; Kocacık ve Çağlayandereli, 2009; Coker ve ark., 2000). Türkiye'de yaşamın herhangi bir döneminde cinsel şiddet yaşama yaygınlığı % 12'dir (TÜİK, 2014)

Ekonomik şiddet, maddi imkânların kadın üzerinde yaptırım, tehdit ve kontrol edici olarak kullanılması şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Kadının iş hayatında ilerleyeceği bir işte çalışmasını ve doğacak fırsatları engellemek, elde ettiği kazanca dair tasarruf hakkından alıkoymak, az miktarda harçlık vermek, bu az miktarla yüksek beklentilerde bulunmak, isteklerin karşılanmaması gibi durumlarda huzursuzluk çıkarmak, evin maddi ihtiyaçlarını kadından istemek ya da bu duruma zorlamak gibi durumları kapsamaktadır (Henrica ve ark, 2009). Türkiyede yapılan araştırmalar ekonomik açıdan şiddet gören kadınların oranını %30 olarak ortaya çıkarmıştır (TKYAİŞA, 2015).

2.1.3. Şiddetin Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri

Şiddet kadın üzerinde psikolojik ve medikal pekçok olumsuz sonuçları doğurmaktadır. Fiziksel şiddet kırıklara, beyin zedelenmelerine, yaralanmalara, ölümlere sebep olmaktadır. Şiddetin herhangi birine maruz kalan kadınlar yaşadıkları strese bağlı olarak yoğun baş ve sırt ağrıları ile mide ve bağırsak sorunları, daha yüksek oranda kaygı, depresyon, güvensizlik, intihar girişimleri, alkolizm, kabus görme, hipervijilans (aşırı tetikte olma), somatizasyon (bedensel semptomlar üretme) gibi travma sonrası stresle bağlantılı psikolojik rahatsızlıklar yaşamaktadır (Page ve İnce, 2008; Köse ve Beşer, 2007).

2.1.4. Şiddetin Kadın Üreme Sağlığına Etkileri

WHO'ya göre üreme sağlığı "üreme sistemiyle ilgili yalnız hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır" diye

tanımlamaktadır (WHO, 2013a). Ayrıca üreme sağlığı, bireylerin doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşantılarının olması, üreme yeteneğine sahip olup bu yeteneği ne zaman ve hangi sıklıkla kullanıp kullanmayacaklarına karar verme özgürlüğünün olması demektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

Kadın ve erkeğin hastalık yükleri incelendiğinde kadının üreme sağlığı sorunlarını daha fazla yaşadığı ve bu sorunların 15-49 yaş (doğurganlık çağı) döneminde arttığı gözlenmektedir (Akın, 2008). Ekonomik, sosyal ve kültürel nedenler kadınları erkeklerden daha güçsüz yapmaktadır. Bu nedenler ve eş şiddeti bütünleşince, kadınlar istenmeyen gebeliklerden veya hastalıklardan korunmakta zorlanmaktadır. şiddet, doğrudan istenmeyen gebeliklere veya HIV enfeksiyonu da dâhil olmak üzere cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara neden olabilir ve dolaylı olarak bir kadının prezervatif dâhil kontraseptif kullanma yeteneğine müdahale ederek korunmasını engellemektedir (WHO, 2018; Akın, 2008). Daha genel olarak şiddete maruziyet jinekolojik problemler, sağlıksız düşükler, erken doğum, gebelik komplikasyonları ve pelvik inflamatuvar hastalıklara yol açabilmektedir (PAHO, 2017).

Kadın sağlığı açısından en önemli evre, hem kadını hem de bebeğin sağlığını doğrudan etkileyen gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdir. Kadınların üreme çağı dönemine denk gelen gebelik, çoğu zaman kadına yönelik şiddetin başladığı dönem olabilmekte kimi zaman da kadına yönelik şiddetin yoğunluğu bu dönemde artış gösterebilmektedir. Çalışmalar gebelikte uygulanan fiziksel şiddetin görülme sıklığının % 4 ile % 20 arasında yaşandığını, şiddete maruz kalan kadınlarda ise düşük yapma ve maddeyi kötüye kullanma ihtimalinin yüksek olduğunu belirtmektedir (Page ve İnce, 2008). Gebelikte şiddet görmüş kadınlarda, doğum sonu kanama, doğum sonu enfeksiyon, doğum sonu depresyonun şiddet görmeyen kadınlara oranla daha fazla görüldüğu bildirilmektedir. Gebelikte şiddet sonucu oluşan yüksek düzeyde stres ve anksiyete ile artan stres hormonlarının ve immünolojik değişimlerin sonucunda hem annede hem de fetüste sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır (Demir ve Oskay, 2015).

Görüldüğu gibi kadına yönelik şiddet, kısa ve uzun vadeli ciddi fiziksel, zihinsel, cinsel ve üreme sağlığı sorunlarına yol açar, çocuklarını etkiler ve kadınlar, aileleri ve toplumları için yüksek sosyal ve ekonomik maliyetlere yol açar (WHO, 2018)

2.2. Aile Planlaması

Dünya savaşları sonunda azalan nüfusu kompanse etmek için serbestleşen nüfus politikaları (pronatalist) 1960'larda özellikle gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere nüfusun kontrolsüz arttığı ve ekonomik, sosyal kalkınmaya olumsuz etkileri gerçeği üzerinde yoğunlaşmıştır. Ayrıca pronatalist politika beraberinde isteyerek düşükleri ve buna bağlı gelişen anne ölümlerini getirmiştir. Hükümet bu ölümleri azaltmak ve önlemek amacıyla 1965 yılında antinatalist bir politika izlenmiş ve bu politikaya bağlı olarak 557 sayılı ilk nüfus planlaması hakkındaki kanun kabul edilmiştir. Yasa maddelerine göre;

- AP uygulamalarıyla ilgili bilgi ve eğitim verilecek.
- Cerrahi sterilizasyon (tüpligasyon ve vazektomi yöntemleri) hariç tüm AP uygulamaları sunulacak.
- Sadece tehlikeli tıbbi durumlarda isteyerek düşüklere ve cerrahi sterilizasyona izin verilecektir.

Kanun sonrası kontraseptif kullanım artmış ancak isteyerek düşüklerin önüne geçilememiş hatta proveke düşüklere bağlı anne ölümleri görülmeye devam etmiştir. 557 sayılı kanuna göre isterek düşüğü önleyemediği düşünülerek 1983 yılında 2827 sayılı İkinci Nüfus Planlaması hakkındaki kanun kabul edilmiştir. Halen yürürlükte olan yasaya göre;

- 10 haftadan küçük gebelikler isteğe bağlı sonlandırılabilir.
- 10 haftadan büyük gebelikler ancak tıbbi nedenlerlende uzman kontrolü ile sonlandırılabilir.
- Kadın ve erkeğe gönüllü cerrahi kısırlaştırma uygulanabilir.
- Eğitimli personeller (doktor, ebe ve hemşire) Rahim İçi Araç (RIA) uygulayabilirler.

Kanunda, AP ile ilgili çeşitli iş kollarıyla işbirliği sağlanmasının önemi vurgulanmaktadır (*Resmi Gazete*, 1983; Aktoprak, 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009). 1974 yılında Bükreş'te, 1984 yılında Mexico City'de ve 1994 yılında Kahire'de yapılan üç büyük konferansta, genel kalkınma çabalarında nüfus ve AP'nin ayrılmaz bir parçası olduğu ortaya konmuştur(Aktoprak, 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

AP, adından da anlaşılacağı gibi planlamayı ve kararı aileye bırakır. Çiftler istedikleri, hazır oldukları zaman, istedikleri kadar çocuk sahibi olmayı planlayabilir. Çiftlerin eğitim ve araçlarının teminini sağlayan, doğurganlığın kontrolünü ve düzenini sağlayan hizmetlerin bütünüdür (Aktoprak, 2012; Tuğal, 2018).

2.3. Kadınların Aile Planlaması Tutumları ve Davranışları

TDK tutum tanımını “tutulan yol, tavır” anlamlarıyla; davranış tanımını ise “davranma işi, tutum, davranım, muamele, hareket dıştan gözlemlenebilecek tepkilerin toplamı, organizmanın uyarılar karşısındaki tepkilerinin bütünü” anlamlarıyla tanımlamıştır (TDK, 2017).

Tutumlar doğrudan gözlenemese de davranışları etkilediği bilinmektedir (Örsal, 2006). Kadınların AP yöntemlerini tutum haline getirmesi ve davranışa dönüştürmesi için hemşireler kilit rol oynamaktadır (Ayaz ve Efe, 2009). Hemşire, verdiği eğitim ve danışmanlıkla bireyin tutumunu etkiler ve AP'ye yönelik istendik davranışa (düşük yapmaması, sık gebe kalmaması vb.) ulaşmada kullanır. Kadınlar yönteme ve yöntemi kullanmaya alıştıkça o yönteme karşı tutumu olumlu yönde gelişmektedir. AP'ye karşı olumlu tutum AP yöntemlerinin ve modern yöntemlerin kullanımını arttırmaktadır. Kadınların AP tutumunu ve AP yöntemi kullanma davranışlarını etkileyen birçok neden bulunmaktadır (Apay ve ark., 2010; Gölbaşı ve Koç, 2008). Kişinin bir davranışa yönelik tutumunu etkileyen ve onu davranışı yapması ya da yapmaması için zorlayabilecek sosyal baskıları ve yanlış inanışları bilmek davranışın istendik düzeye gelmesini sağlamak için gereklidir (Gölbaşı ve Koç, 2008; Apay ve ark., 2010). Kadının ve eşinin eğitim durumu, aile yapısı, seçilen yöntemin kolay, güvenilir, ulaşılabilir olması, sahip olunan çocuk sayısı gibi faktörlerin yanında, erkeklerin AP yöntemi kullanımına ilişkin eşlerini desteklemeleri de AP yöntemi tutum ve davranışlarını etkilediğinden dolayı önemlidir (Kalak, 2008). Hemşireler etkili bir AP hizmeti sunabilmek için bireylerin AP'ye karşı tutumlarını belirlemeli, eksik bilgilerini tamamlamalı, yanlış bilgileri de düzeltmelidir (Apay ve ark., 2010; Ayaz ve Efe, 2009).

2.4. Şiddet ile Aile Planlaması Tutum ve Davranışları Arasındaki İlişki

Eş şiddetine maruz kalan kadınlar, daha fazla hastalık yükü taşımakta, şiddet mağduru kadınlar fiziksel, psikolojik olduğu kadar da üreme sağlığı bakımından da olumsuz

etkilenmektedir. Kadınlar CYBE'lara daha fazla yakalanmakta, isteyerek düşük, pelvik inflamatuvar hastalık (PID), plansız gebelikler yaşarken, doğum öncesi bakım alamamakta ve güvenli annelik programlarından da yararlanamamaktadırlar. Hasta oldukları takdirde bile eşlerinden izin almadan sağlık kurumuna gidemeyen, kuruma gitmeleri çeşitli nedenlerle engellenen bu kadınların AP yöntemlerini kullanmaları da eşleri tarafından engellenmekte ya da sağlıkları açısından risk taşıyabilecek yöntemlere zorlanabilmektedirler. Kontraseptif kullanması engellenen kadınlar üreme ve cinsel sağlık sorunlarını daha sık yaşayabilmektedir. İsteyerek gerçekleşen düşükler, gelişmekte olan ülkelerdeki AP ihtiyacının karşılanmadığının bir göstergesi olup sadece fertilitiyi etkilemekle kalmaz, annenin hastalık ve ölüm oranını da artırmaktadır. İsteyerek düşük yaşamamanın temelinde kontraseptif yöntem kullanmama, etkisiz yöntem kullanımı ya da yöntemi yanlış kullanma yatmaktadır (TNSA, 2013; Akın ve ark., 2008; Öztürk ve Okçay, 2003; Yanikkerem, 2002). Kadınların büyük bir çoğunluğu gebelik döneminde eş şiddeti yaşamakta ve olumsuz sağlık sonuçlarıyla karşılaşmaktadır. Gebelikte eş şiddeti yaşamamanın temelinde çoğu zaman istenmeyen gebelikler ve AP yöntemi kullanım azlığı yer alırken AP yöntemlerine şiddet nedeniyle ulaşamayan kadınlar ciddi sağlık sonuçları yaşayabilmektedir. CYBE'lar şiddete maruz kalan kadınlarda ciddiyetini korurken sadece AP yöntemlerini bilmek ve kullanmalarını sağlamak bu durumu düzeltebilir (Bozkurt ve Daşkan, 2016; Taşpınar ve ark., 2008; Kalak, 2008).

2.5. Şiddet ve Aile Planlaması Hizmetlerinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Şiddete uğrayan kadınların en kolay ulaşabildikleri yerler sağlık kurum ve kuruluşları, sıkıntılarını paylaşabileceği kişiler sağlık personelleridir (Güngörmüş ve ark., 2014). Aile içi şiddet (AİŞ) yaşayan kişilerde ilk başvuru noktası birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır (Elmalı ve ark., 2011). Sağlık çalışanlarının AİŞ'e uğrayan kadınlara profesyonel yardımda bulunabilmeleri için bu sorunu önemsemeleri ve kendilerini bu sorunun tanınması ve müdahalesinde önemli bir rolde görmeleri beklenir. Özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında görev yapan sağlık personelinin AİŞ sorununun önlenmesi, erken tanınması ve gerekli yardımı alabilmeleri için şiddet mağduru kadının uygun merkezlere yönlendirilmesinde anahtar kişi oldukları söylenebilir. Ancak bunun için sağlık personelinin hem mesleki eğitimleri hem de mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimleri kapsamında AİŞ sorununa yönelik gerekli bilgi ve beceriyi kazanmış olması gerekir (Orhan ve Gölbaşı, 2011)

Şiddet yaşayan kadın sağlık merkezine başvurabileceği gibi sağlık çalışanının yaptığı ev ziyaretlerinde de şiddeti belirlemek mümkündür. Aile içi şiddet genellikle saklandığından dolayı sağlık çalışanlarının, özellikle ev ziyareti yapan ve en çok muhatap meslek olan hemşire ve ebelerin şiddeti açığa çıkarması ve şiddet riskini değerlendirmesi önem arz etmektedir. Ebe ve hemşire ev ziyaretlerinde öncelikle aileyi riskler yönünden değerlendirip, sorunların belirlenebilmesinde ve çözülmesinde aileye destek olabilirler. Doğumdan önce ve sonraki dönemlerde istenmeyen gebelik, evlilik dışı doğumlar, genç yaşta ebeveynlik, ebeveynlerin psikolojik sağlığı ve ailesel anomaliler gibi şiddeti doğurabilecek riskler belirlenip destek sağlanabilir (Elmalı ve ark., 2011). Şiddete uğrayan kadın ben duygusunu, karar verme yetilerini kaybetme riski taşır, üreme ve cinsel sağlığı değerlendirme ve AP yöntemini seçme hakları elinden alınabilir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşireler, gebelik öncesi danışmanlık, ebeveynliğe hazırlık, gebeliğin planlanması ya da doğum kontrolü, doğum öncesi bakımın tam anlamıyla sağlanması, yerel şiddet taraması ve şiddetle ilgili eğitim ve danışmanlık rollerini yerine getirmesi gibi önemli sorumlulukları vardır (Eroğlu ve Koç, 2012).

Bir kadının doğurganlık dönemi süresince gebelik zamanlarını planlayarak istediği zaman gebe kalıp istemediği zamanlarda korunabileceği ve güvenle kullanabileceği yöntemi seçerken mutlaka etkili bir danışmanlık hizmeti verilmesi ile kadının bu uzun dönemi sıkıntısız, sağlıklı ve mutlu geçirmesi amaçlanmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009). AP hizmetlerinde hemşirelerin en önemli görevi, kadın sağlığını korumak, anne ve bebek ölüm hızını azaltmak ve AP'nin daha etkili kullanılmasını sağlamaktır. Şiddet mağduru kadınların kontraseptif kullanımı ve danışmanlık alması eşleri tarafından engellenmektedir (Çalışkan ve Çevik, 2018; Çayan, 2009). AP hizmetlerini sunan hemşireler, hizmet verdikleri toplumun kültürel özelliklerini iyi bilmelidir ve kadını her yönüyle ele almalıdır.

Kadının iyi bir danışmanlık alması için uyulması gereken ilkeler bulunmaktadır. Bu ilkeler;

- Hizmet için gelenlere iyi davranma, bireylere ve haklarına saygı göstermek,
- Etkili bir iletişim kurma, hassasiyet gösterdikleri durumlara göre doğru yaklaşımlarla güvenini kazanmak,
- İhtiyaçları doğrultusunda gerekli bilgiyi kişiye vermek,

- Bütün AP yöntemlerini bilmek, üreme organları, işlevleri ve cinsellik konularında bilgili olma,
- Yöntem seçiminde hizmet alanın toplumsal değerlerini ve ruhsal etkilenimlerini anlayabilme,
- Hizmet almak için gelenin seçtiği yöntemi önyargısız bir şekilde sunmak, kavramasına ve hatırlamasına yardım etmektir.

İyi bir danışmanlık AP hizmetlerinin yapıtaşdır. Çünkü kaliteli bir danışmanlık hizmeti, davranış değişikliği oluştururken, karar verme ve uygulama aşamasında etkili olacaktır. Bu sebeple danışmanlık hizmeti ile AP uygulamaları ayrı ayrı düşünülemezler. AP danışmanlığının amacı;

- Kontraseptif yöntemlere ihtiyaç duyup duymadıklarına karar vermelerinde,
- Kontraseptif yöntemleri bilinçli olarak kabul etmelerinde,
- Seçtikleri yöntemi öğrenebilmelerinde ve doğru bir şekilde kullanabilmelerinde,
- Yöntemle ilgili oluşabilecek kaygıları gidermede ve sorunla karşılaştıklarında uygun karar vermelerine yardımcı olmaktır.

Danışmanlık hizmeti, yanlış inanış ve düşüncelerin önlenmesinde ve eksik bilgiden kaynaklanan yöntem seçim hatalarını engelleyebilmektedir. Sağlık personellerinin AP ile ilgili danışmanlık yapabilmeleri için, yeterli bilgiye sahip olmaları ve AP hizmetini sunarken kendi değer yargılarının da farkında olmaları gereklilik ve önem arz etmektedir (Çayan, 2009).

Şiddete maruz kalan kadınlarda danışmanlık titizlikle yapılmalıdır. Danışmanlık rolümüzün içinde yer alması gereken bazı önemli noktalara kanıt düzeyleriyle bakarsak şu maddeler göze çarpmaktadır:

- Kontraseptif danışmanlığı, tipik kullanım başarısızlık oranlarının tartışılmasını ve kontraseptif yönteminin, gebelik önlemek için tutarlı ve doğru kullanılmasının önemini içermelidir.(II-2A)
- Kontrasepsiyon isteyen kadınlara, uzun etkili tersine çevrilebilir kontraseptif yöntemler (LARC'ler) dâhil olmak üzere, geniş kapsamlı etkili kontrasepsiyon yöntemleri konusunda bilgi verilmelidir. LARC'ler en etkili geri dönüşlü

doğum kontrol yöntemleridir, yüksek devam oranlarına sahiptir ve üreme çağındaki her kadına doğum kontrol seçenekleri sunarken göz önünde bulundurulmalıdır. (II-2A)

- AP danışmanlığı, artan kadın yaşına bağlı doğurganlığın azalmasına ilişkin danışmanlığı içermelidir. (III-A)
- Sağlık hizmeti sağlayıcıları, çeşitli doğum kontrol yöntemleri seçenekleri ve doğum kontrol yöntemleri dışındaki olası yararları hakkında pratik bilgiler sunmalı ve kadınlara ve eşlerine en uygun yöntemi belirlemede yardımcı olmalıdır. (III-B)
- Sağlık hizmeti sağlayıcıları, kadın ve erkeklere, kontraseptif kullanımı ve seçilen yöntemin doğru ve tutarlı kullanımı konusunda danışmanlık vermelidir. (III-B)
- Sağlık hizmeti sağlayıcıları, sadece CYBE'lara karşı korunmak için değil, aynı zamanda hormonal kontraseptiflere bağlılığın yetersiz olabileceği durumlar için bir yedekleme yöntemi olarak da prezervatif kullanımını da vurgulamalıdır(IA) (Black ve ark., 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Akdağmadeni'ndeki 1, 2, 3 ve 4 No'lu Aile Sağlığı Merkezleri'ne (ASM) başvuran 18–49 yaş grubundaki 5853 evli kadın oluşturmuştur.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Örnekleme alınan birey sayısı evreni bilinen örnekleme yöntemi ile aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmış ve 08.03.2019-19.04.2019 tarihleri arasında ASM'lere gelen 333 kadın ile yapılmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q} \quad (1)$$

N: 5853

n: 333

p:0,36 (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2014)

q: 0,64

t: 1,96

d: ± 0,05

Her ASM'den kaç kadının örnekleme alınacağına tabakalı örnekleme yönteminde orantılı seçim yöntemi ile belirlenmiş ve çizelge 1'de gösterilmiştir.

Çizelge 1. 18-49 yaş gurubu evli kadınların evren ve örneklem büyüklükleri

ASM'ler	Evren	Örneklem büyüklüğü
1 No'lu	1511	86
2 No'lu	2097	119
3 No'lu	1876	107
4 No'lu	369	21

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

Araştırmaya evli olan, eşi ile beraber yaşayan, ilkokul ve üzeri eğitime sahip olan ve fertil olan kadınlar dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Yozgat İli Akdağmadeni ilçe merkezinde bulunan 1, 2, 3 ve 4 No'lu ASM'lerde yapılmıştır.

1 No'lu ASM'nin bakmakla yükümlü olduğu nüfus 11622 olup, 18–49 yaş kadın nüfusu 2497 ve 18-49 yaş evli kadın nüfusu 1511'dir. ASM'de 4 doktor, 2 hemşire ve 2 ebe çalışmaktadır.

2 No'lu ASM'nin bakmakla yükümlü olduğu nüfus 12159 olup, 18–49 yaş kadın nüfusu 2896 ve 18-49 yaş evli kadın nüfusu 2097'dir. ASM'de 4 doktor, 1 hemşire ve 3 ebe çalışmaktadır.

3 No'lu ASM'nin bakmakla yükümlü olduğu nüfus 13450 olup, 18–49 yaş kadın nüfusu; 3142 ve 18-49 yaş evli kadın nüfusu 1846'dır. ASM'de 4 doktor, 3 hemşire ve 1 ebe çalışmaktadır.

4 No'lu ASM'nin bakmakla yükümlü olduğu nüfus 2278 olup, 18–49 yaş kadın nüfusu 621 ve 18-49 yaş evli kadın nüfusu 369'dur. Burada 1 doktor ve 1 hemşire çalışmaktadır.

1, 2 ve 3 No'lu ASM'lerde AP polikliniği bulunurken, 4 No'lu ASM'de AP polikliniği bulunmamaktadır. ASM'lerde ebeler, başvuran kadınlara yöntemler konusunda bilgilendirme yapmakta ve AP yöntemlerinden prezervatif, oral kontraseptif (OKS), aylık enjeksiyon uygulanmaktadır. Bunlara ek olarak sadece 3 No'lu ASM'de hormonsuz RİA takılmaktadır. ASM'lerde şiddet tarama formları bulunmakta fakat doldurtma konusunda aktif olunmamaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada 3 veri aracı kullanmıştır. Bunlar:

1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)
2. Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği (Ek 2)
3. Kadına Yönelik Eş şiddeti Tarama Formu (Ek 3)

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form kadınların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eş yaş, eğitim durumu vb.), obstetrik özelliklerini (gebelik sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, vb.) ve AP davranışlarını (AP yöntemlerini bilme, kullanma durumları vb.) belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Formda 8 açık uçlu ve 15 kapalı uçlu, toplam 23 soru bulunmaktadır.

3.6.2. Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği

Ölçek, Örsal ve Kubilay (2007) tarafından Türk kadınlarının AP'ye yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Geliştirilen ölçek 34 maddelik olup, 3 alt boyutu vardır. Alt boyutları AP'ye yönelik tutumu (1-15. maddeler), "AP yöntemlerine ilişkin tutumu (16-26. maddeler)", "doğuma ilişkin tutumu" (27-34. maddeler) olarak sınıflanmaktadır. Ölçekte maddelere verilecek yanıtlar "Tamamen Katılıyorum", "Katılıyorum", "Kararsızım", "Katılmıyorum" ve "Kesinlikle Katılmıyorum" şeklinde sıralanmış olup ifadelerin olumluluk ya da olumsuzluk durumuna göre cevaplar 1-5 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekten en az 34, en çok 170 puan alınacak olup, ölçeğin puanı arttıkça AP tutumunda pozitif yönde artmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,90'dır (Örsal ve Kubilay,2007)

3.6.3. Kadına Yönelik Eş Şiddeti Tarama Formu

Bu form araştırmacı tarafından literatür taraması sonrası hazırlanmıştır (KYAİŞA, 2015; Kelleci ve ark., 2009; BKSGM, 2008). Formun amacı, kadının evliliği süresince eş şiddetine uğrayıp uğramadığını kesinleştirmek, uğradıysa şiddetin türünü belirlemektir. Form eşi tarafından evlilik süresince kadına yönelik uygulanan fiziksel, duygusal/sözel, cinsel, ekonomik şiddetin türünü ve şiddet riskini belirlemeye yönelik kapalı uçlu beş sorudan oluşmaktadır. Hiçbir şiddet türüne maruz kalmayan ancak 'eşinizden korkuyor musunuz?' sorusuna evet cevabını veren kadınlar şiddet riski vardır şeklinde değerlendirilmiştir. Her bir şiddet türünden en az bir ifadeye evet yanıtını veren kadın şiddet yaşamış olarak kabul edilmiştir.

3.7. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Etik kurul onayından sonra uygulama yapılacak birimden yazılı izin alınmıştır. ASM'ne gidilerek hekim, hemşire/ebelerle görüşülerek uygun saatler ve uygun ortam

(tek kişilik oda) belirlenmiştir. ASM'lere gelen ve çalışmayı kabul eden araştırmaya dahil edilme ölçütlerimizi sağlayan kadınlara araştırma ile ilgili açıklama yapılmış, yazılı ve sözlü onamları alınmış ve formlar katılımcılar tarafından doldurulup kapalı zarf içinde teslim edilmiştir. Hergün ASM'lere gelen kadın sayısı 10 ile 40 arasında değişiklik göstermiştir. Araştırma sürecinde toplam 424 kadınla görüşülmüş, 49 kadın anket çalışmasına katılmayı reddetmiş, 35 kadın araştırmaya dahil edilme ölçütlerini karşılamadığı için anket çalışmasına alınmamış, yedi kadın boş soru bıraktığı için anket dışı sayılmış ve çalışmamız 333 kadının katılımıyla tamamlanmıştır.

3.8. Etik Boyut

Araştırma öncesi Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay (Karar No: 2019.01/20) ve araştırmanın ilgili kurumda yürütülebilmesi için Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılacak kadınlara, çalışmaya başlamadan önce, gönüllülük esası alınarak yalnızca çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların alınacağı, alınan bilgilerin sadece araştırma için kullanılacağı, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı, araştırmanın amacı, süresi konusunda açıklama yapılarak, kadınlardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmamızdan elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlenmiş ve normal dağılım varsayımları yerine getirilmediğinde bağımsız iki gruptan elde edilmiş veriler karşılaştırılırken Man Whitney U Testi, bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılırken Kruskal-Wallis H Testi, sayımla elde edilmiş verilerin karşılaştırılmasında 2x2 ve çok gözlü düzenlerde Chi-square testi kullanılmıştır. İstatistiksel sonuçların anlamlılığı için yanılma düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=333)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş Aralığı		
18-35	160	48.0
36-49	173	52.0
Eğitim Durumu		
İlkokul	148	44.4
Ortaokul	55	16.5
Lise	49	14.7
Üniversite	81	24.4
Çalışma Durumu		
Çalışan	100	30.0
Çalışmayan	233	70.0
Algılanan Gelir Durumu		
Düşük	87	26.2
Orta	156	46.8
İyi	90	27.0
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	253	76.0
Geniş Aile	80	24.0
Eşin Yaşı		
35 Altı	101	30.3
35 ve Üzeri	232	69.7
Eşin Eğitim Durumu		
İlkokul	88	26.4
Ortaokul	47	14.2
Lise	102	30.6
Üniversite	96	28.8
Eşin Mesleği		
Memur	95	28.5
İşçi	180	54.0
Esnaf	58	17.5
Evlilik Şekli		
Görücü Usulü	200	60.1
Anlaşarak	133	39.9
Evlilik Yaşı		
18 ve Altı	113	33.9
18 Üzeri	220	66.1
Evlilik Yılı		
10 Yıldan Az	117	35.1
10 ve Üzeri	216	64.9

Tablo 1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, kadınların % 48’inin 18-35 ve % 52’sinin 36-49 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Eşlerinin % 30.3’ü 35 yaş altındayken, % 69.7’sinin 35 yaş üzerinde olduğu saptanmıştır. Kadınların % 44.4’ünün ilkokul, % 16.5’inin ortaokul, % 14.7’sinin lise ve % 24.4’nün ise üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Eşlerinin % 26.4’ünün ilkokul, % 14.2’sinin ortaokul, % 30.6’sının lise, % 28.8’inin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Kadınların % 30’unun herhangi bir işte çalıştığı, % 70’inin ise çalışmadığı belirlenmiştir. Eşlerinin % 28.5’inin memur, % 54’ünün işçi, % 17.5’inin esnaf oldukları bulunmuştur.

Kadınların % 33.9’unun 18 yaş ve altı, % 66.1’inin 18 yaş üstü evlendiği ve kadınların % 60.1’nin görücü usulü, % 39.9’unun anlaşarak evlendiği saptanmıştır. Evlilik yılları incelendiğinde kadınların % 35.1’inin evlilik süresi 10 yıldan az, %64.9’unun 10 yılın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Kadınların % 76’sının çekirdek aile, %24’ünün ise geniş aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur. Algılanan gelir durumlarına bakıldığında ise, kadınların % 26.2’si düşük, % 46.8’i orta ve % 27’si gelir düzeylerini iyi olarak algıladığı saptanmıştır.

Tablo 2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=333)

Obstetrik Özellikler	n	%
Gebelik Sayısı		
0	11	3.3
1-2	155	46.5
3 ve üzeri	167	50.2
Düşük Sayısı		
0	251	75.4
1	60	18.0
2 ve üzeri	22	6.6
Ölü Doğum Sayısı		
0	301	90.4
1 ve üzeri	32	9.6
Kürtaj Sayısı		
0	268	80.5
1	52	15.6
2 ve üzeri	13	3.9
Yaşayan Çocuk Sayısı		
0	22	6.6
1	71	21.4
2	128	38.4
3 ve üzeri	112	33.6

Tablo 2’de kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Kadınların % 3.3’ünün hiç gebe kalmadığı, % 46.5’inin bir-iki kez, % 50.2’sinin üç ve daha fazla gebeliği olduğu saptanmıştır. Kadınların % 75.4’ünün hiç düşük yapmadığı, % 18’inin bir kez, % 6.6’sının iki ve daha fazla düşük yaptığı bulunmuştur. Kadınların % 90.4’ünün hiç ölü doğum yapmadığı, % 9.6’sının ise bir ve daha fazla sayıda ölü doğum yaptığı saptanmıştır. Kürtaj sayılarına baktığımızda kadınların % 80.5’inin hiç kürtaj olmadığı, % 15.6’sının bir kez, % 3.9’unun ise iki ve daha fazla sayıda kürtaj olduğu bulunmuştur. Kadınların % 6.6’sının hiç yaşayan çocuğu bulunmazken, % 21.4’ünün bir, % 38.4’ünün iki, % 33.6’sının üç ve daha fazla yaşayan çocuğunun olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Kadınların AP Yöntemlerini Bilme, AP Bilgisini Aldığı Yer, Bilinen AP Yöntemleri, AP Bilgisini Yeterli Bulma Durumuna Göre Dağılımı (n=333)

AP Yöntemleri İle İlgili Bilgiler	n	%
Herhangi Bir AP Yöntemini Bilme Durumu		
Bilen	306	91.9
Bilmeyen	27	8.1
AP Bilgisinin Alındığı Yer*		
Ebe-Hemşire	199	59.7
Komşu/Akraba	111	33.3
Gazete-Dergi-Kitap	53	15.9
Radyo-TV- İnternet	40	12.0
Okul	19	5.7
Bilinen AP Yöntemleri*		
OKS	264	79.3
RİA	206	61.8
Prezervatif	182	54.6
Geri Çekme	161	48.3
Tüpligasyonu	159	47.7
Aylık-3 Aylık İğneler	95	28.5
Takvim Yöntemi	79	23.7
Vazektomi	58	17.7
İmplant, Diyafram, Fital, Köpük	10	3.0
AP Bilgisini Yeterli Bulma Durumu		
Evet	227	68.2
Hayır	106	31.8

* Birden fazla yanıt vardır yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 3’te kadınların AP yöntemlerini bilme durumu, AP bilgisini aldığı yer, bilinen AP yöntemleri, AP bilgisini yeterli bulma durumuna göre dağılımları verilmiştir. Kadınların % 91.9’unun herhangi bir AP yöntemi bildiği, % 8.1’inin herhangi bir AP yöntemi bilmediği ve % 59.7’sinin ebe/hemşireden bilgi aldığı, % 33.3’ünün komşu-akrabadan, %1 5.9’unun gazete-dergi-kitaptan, %12’sinin radyo-TV-internetten, % 5.7’sinin ise bu bilgiyi okuldan aldığı bulunmuştur. Kadınların bildikleri AP yöntemlerine baktığımızda, kadınların % 79.3’ünün OKS, % 61.8’inin RİA, % 54.6’sının prezervatif, % 48.3’ünün geri çekme, % 47.7’sinin tüpligasyon, % 28.5’inin aylık ve üç aylık iğneler, % 23.7’sinin takvim yöntemi, % 17.7’sinin vazektomi, % 3’ünün ise implant, diyafram, fital ve köpük yöntemini bildiği saptanmıştır. Kadınların % 68.2’sinin AP bilgisini yeterli ve % 31.8’inin yetersiz bulduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Kadınların AP Davranışları ve Kullandığı AP Yönteminden Memnuniyet Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Şu Anda Herhangi Bir AP Yöntemi Kullanma Durumu		
Kullanan	196	58.9
Kullanmayan	137	41.1
Şu Anda Kullanılan AP Yöntem Türü		
Modern Yöntem	157	80.1
Geleneksel Yöntem	39	19.9
Şu Anda Kullanılan Yöntemler *		
Prezervatif	53	27.1
OKS	45	23.0
Geri çekme	39	19.9
RİA	34	17.3
Tüpligasyon	24	12.2
Aylık-3 Aylık İğneler	1	0.5
Şu Anda Kullandığı AP Yöntemini Seçen Kişi		
Kendisi ve Eşi	141	71.9
Kendisi	44	22.5
Eşi	11	5.6
Şu Anda Kullandığı Yöntemden Memnuniyet Durumu		
Memnun	177	89.2
Memnun Değil	19	10.8

* Birden fazla yanıt vardır yüzdelere "n" üzerinden alınmıştır.

Tablo 4'te kadınların AP yöntemi kullanma davranışları ve kullandığı ap yönteminden memnuniyet durumuna göre dağılımı verilmiştir. Kadınların % 58.9'unun şu anda bir AP yöntemi kullandığı, % 41.1'inin ise şu anda bir AP yöntemi kullanmadığı saptanmıştır.

Kadınların şu anda kullandıkları AP yöntemlerine bakıldığında, % 80.1'inin modern AP yöntemlerini kullanırken, % 19.9'unun ise geleneksel AP yöntemi kullandıkları bulunmuştur. Kadınların şu anda kullandığı modern AP yöntemlerinin % 23'ü OKS, % 27.1'i prezervatif, % 17.3'ü RİA, % 12.2'si tüpligasyon, % 0.5'i aylık-üç aylık enjeksiyon olduğu belirlenmiştir. Kadınların %19.9'unun geleneksel AP yöntemlerden sadece geri çekme yöntemini kullandığı saptanmıştır. Kadınların % 22.5'inin kullandıkları AP yöntemine kendisinin karar verdiği, %5.6'sının kullandıkları AP yöntemine eşinin karar verdiği ve %71.9'unun ise kullandıkları AP yöntemine eşi ve kendisinin ortak karar verdiği bulunmuştur. Kadınların % 89.2'si kullandığı AP yönteminden memnun iken, %10.8'inin kullandıkları AP yönteminden memnun olmadıkları bulunmuştur.

Tablo 5. Kadınların APTÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek ve Alt Boyutları	Min-Max Değer	Ortalama \pm SS
APTÖ	53.00 – 170.00	124.89 \pm 19.76
Toplumun AP'ye İlişkin Tutumu Alt Boyutu	17.00 – 75.00	57.19 \pm 10.14
AP Yöntemlerine İlişkin Tutum Alt Boyutu	17.00 – 25.00	38.22 \pm 7.87
Doğuma İlişkin Tutum Alt Boyutu	13.00 – 40.00	29.47 \pm 5.54

Tablo 5'te Kadınların APTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. APTÖ puan ortalaması 124.89 \pm 19.76, Toplumun AP'ye İlişkin Tutumu Alt Boyut puan ortalaması 57.19 \pm 10.14, AP yöntemlerine İlişkin Tutum Alt Boyut puan ortalaması 38.22 \pm 7.87 ve Doğuma İlişkin Tutum Alt Boyut puan ortalaması 29.47 \pm 5.54 olduğu saptanmıştır.

Tablo 6. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre APTÖ Puan Ortalamaları

Sosyo -Demografik Özellikler	n	Ortalama ± SS	Test
Yaş			
18-35 Yaş	160	128.16 ± 18.53	z=3.449
36-49 Yaş	173	121.87 ± 20.43	p=0.001*
Eğitim Durumu			
İlkokul	148	115.31 ± 17.45	KW=100.17 p=0.001*
Ortaokul	55	121.70 ± 13.10	
Lise	49	132.38 ± 14.88	
Üniversite	81	140.04 ± 19.21	
Çalışma Durumu			
Çalışan	100	137.42 ± 18.71	z=7.446
Çalışmayan	233	119,52 ± 17.69	p=0.001*
Algılanan Gelir Durumu			
Düşük	87	118.09 ± 18.49	KW=19.54 p=0.001*
Orta	156	126.96 ± 19.93	
İyi	90	127.90 ± 19.31	
Aile Tipi			
Çekirdek Aile	254	126.38 ± 20.40	z=3.437
Geniş Aile	79	120.10 ± 16.78	p=0.001*
Eşin Yaş Aralığı			
35 Altı	101	130.08 ± 16.41	z=3.237
35 ve Üzeri	232	122.63 ± 20.68	p=0.001*
Eşin Eğitim Durumu			
İlkokul	88	115.97 ± 17.31	KW=55.23 p=0.001*
Ortaokul	47	120.08 ± 12.34	
Lise	102	124.37 ± 19.90	
Üniversite	96	135.98 ± 19.65	
Eşin Mesleği			
Memur	95	137.51 ± 20.45	KW=57.11 p=0.001*
İşçi	180	119.76 ± 17.06	
Esnaf	58	120.17 ± 17.33	
Evlilik Şekli			
Görücü Usulü	200	118.82 ± 17.09	z=7.201
Anlaşarak	133	134.03 ± 20.05	p=0.001*
Evlilik Yaşı			
18 ve Altı	113	117.75 ± 17.80	KW=4.938 p=0.001*
18 Üzeri	220	128.56 ± 19.75	
Evlilik Süresi			
10 Yıldan Az	117	130.17 ± 18.45	z=3.860
10 Yıl ve Üzeri	216	122.04 ± 19.95	p=0.001*

Tablo 6'da kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre APTÖ puan ortalama dağılımları yer almaktadır. Kadınların yaş gruplarına göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). APTÖ puan ortalamalarına bakıldığında 18-35 yaş grubundakilerin (128.16 ± 18.53), 36-49 yaş grubundakilere (121.87 ± 20.43) göre daha fazla puana sahip olduğu saptanmıştır.

Kadınların eğitim durumuna göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). APTÖ puan ortalamaları eğitim düzeyine göre ikişerli karşılaştırıldığında, ilkokul ile lise ($p<0.05$), ilkokul ile üniversite ($p<0.05$), ortaokul ile lise ($p<0.05$), ortaokul ile üniversite ($p<0.05$) arasında fark anlamlı bulunurken, diğerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Araştırmaya katılan kadınların, APTÖ puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalama üniversite eğitime sahip olanlar (140.04 ± 19.21), en düşük ortalama ise ilkokul düzeyi eğitime sahip olanlar (115.31 ± 17.45) olduğu saptanmıştır.

Kadınların çalışma durumuna göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışan kadınların APTÖ puan ortalamasının yüksek (137.42 ± 18.71), çalışmayan kadınların düşük olduğu (119.52 ± 17.69) olduğu saptanmıştır.

Kadınların algılanan gelir durumuna göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). APTÖ puan ortalaması algılanan gelir durumuna göre ikişerli karşılaştırıldığında düşük ile orta ($p<0.05$), düşük ile iyi ($p<0.05$) olarak değerlendirenler aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), diğerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). APTÖ puan ortalamasına bakıldığında en yüksek puan ortalaması iyi olarak değerlendirenler (127.90 ± 19.31), en düşük puan ortalaması ise düşük olarak değerlendirenler (118.09 ± 18.49) olduğu saptanmıştır.

Kadınların aile tipine göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmaya katılan kadınların, APTÖ puan ortalamasına bakıldığında aile tipi çekirdek aile olanların (126.38 ± 20.40), geniş aile olanlara (120.10 ± 16.78) göre daha fazla puana sahip olduğu saptanmıştır.

Kadınların eş yaşına göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). APTÖ puan ortalamasına bakıldığında 35 yaş altındakilerin (130.08 ± 16.41), 35 yaş ve üzerinelere (122.63 ± 20.68) göre daha fazla puana sahip olduğu saptanmıştır.

Kadınların eş eğitim durumuna göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). APTÖ puan ortalaması eşin eğitim düzeyine göre ikişerli karşılaştırıldığında ilkokul ile lise ($p<0.05$), ilkokul ile üniversite ($p<0.05$), ortaokul ile üniversite ($p<0.05$), lise ile üniversite arasında fark anlamlı bulunurken, diğerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin, APTÖ puan ortalamasına bakıldığında en yüksek ortalama üniversite eğitime sahip olanlar (135.98 ± 19.65), en düşük ortalama ise ilkokul düzeyi eğitime sahip olanlar (115.97 ± 17.31) olduğu saptanmıştır.

Kadınların eş mesleğine göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). APTÖ puan ortalaması eşin mesleğine göre puanların ikişerli karşılaştırıldığında memur ile işçi ($p<0.05$), memur ile esnaf ($p<0.05$) arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p<0.05$), diğerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin, APTÖ puan ortalamasına bakıldığında en yüksek ortalama memurlar (137.51 ± 20.45) olurken, en düşük puan ortalaması ise işçi olanlar (119.76 ± 17.06) oldukları saptanmıştır.

Kadınların evlilik şekline göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). APTÖ puan ortalamalarına bakıldığında anlaşarak evlenenlerin (134.03 ± 20.05), görücü usulü ile evlenenlere (118.82 ± 17.09) göre daha fazla puana sahip olduğu saptanmıştır.

Kadınların evlilik yaşına göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). APTÖ puan ortalamalarına bakıldığında 18 yaş üzeri evlenenlerin (128.56 ± 19.75), 18 ve altı yaş evlenenlere (117.75 ± 17.80) göre daha fazla puana sahip olduğu saptanmıştır.

Kadınların evlilik süresine göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). APTÖ puan ortalamalarına bakıldığında 10 yıldan az süredir evli olanların (130.17 ± 18.45), evlilikleri 10 yıl ve üzeri olanlara (122.04 ± 19.95) göre daha fazla puana sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 7. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre APTÖ Puan Ortalamaları

Obstetrik Özellik	n	Ortalama ± SS	Test
Gebelik Sayısı			
0	11	124.09 ± 14.70	z=24.13 p=0.001*
1 - 2	155	130.57 ± 19.14	
3 ve üzeri	167	119.68 ± 19.26	
Düşük Sayısı			
0	251	126.53 ± 19.06	z=6.691 p=0.035*
1	60	120.88 ± 22.45	
2 ve üzeri	22	117.13 ± 17.16	
Kürtaj Sayısı			
0	268	126.83 ± 19.59	z=15.94 p=0.001*
1	52	118.21 ± 19.36	
2 ve üzeri	13	111.61 ± 14.23	
Ölü Doğum Sayısı			
0	301	124.97 ± 20.19	z=0.277 p=0.782
1 ve üzeri	32	124.18 ± 15.36	
Yaşayan Çocuk Sayısı			
0	22	122.90 ± 16.59	z=23.27 p=0.001*
1	71	130.88 ± 19.70	
2	128	127.70 ± 18.69	
3 ve üzeri	112	118.28 ± 19.87	

Tablo 7’de kadınların obstetrik özelliklerine göre APTÖ puan ortalamaları dağılımları yer almaktadır. Kadınların gebelik sayısına göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). APTÖ gebelik sayılarına göre ikişerli karşılaştırıldığında, bir-iki ile üç ve üzeri gebelik sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), diğerleri arasında fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). APTÖ puan ortalamaları bakıldığında en yüksek ortalama bir-iki gebeliği olan (130.57 ± 19.14) olurken, en düşük puan ortalaması ise üç ve üzeri gebeliği olanların (119.68 ± 19.26) olduğu saptanmıştır.

Kadınların düşük sayısına göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). APTÖ puan ortalamaları düşük sayılarına göre ikişerli karşılaştırıldığında, bütün ikililer arasında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. ($p>0.05$). APTÖ puan ortalamalarına bakıldığında, en yüksek ortalama düşük yapmayanların (126.53 ± 19.06) olurken, en düşük puan ortalaması ise iki ve üzeri düşük yapanların (117.13 ± 17.16) olduğu saptanmıştır.

Kadınların kürtaj sayısına göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). APTÖ puan ortalamaları kürtaj sayılarına göre ikişerli karşılaştırıldığında kürtaj olmayanlar ile bir kez ($p<0.05$), kürtaj olmayanlar ile iki ve üzeri kürtaj olanlar ($p<0.05$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), diğerleri arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). APTÖ puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalama kürtaj olmayanlar (126.83 ± 19.59), en düşük puan ortalaması ise iki ve üzeri kürtaj öyküsü olanların (111.61 ± 14.23) olduğu saptanmıştır.

Kadınların ölü doğum sayına göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Araştırmaya katılan kadınların, APTÖ puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek ölü doğumu olmayanlar (124.97 ± 20.19), en düşük puan ortalamasının ise bir ve üzeri ölü doğumu olanların (124.18 ± 15.36) olduğu saptanmıştır.

Kadınların yaşayan çocuk sayısına göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). APTÖ puan ortalamaları yaşayan çocuk sayılarına göre ikişerli karşılaştırıldığında, bir ile üç ve üzeri çocuğu olanlar ($p<0.05$), iki ile üç ve üzeri çocuğu olanlar ($p<0.05$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), diğerleri arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Araştırmaya katılan kadınların, APTÖ puan ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan bir çocuğa sahip olanların (130.88 ± 19.70), en düşük puan ortalaması ise üç ve üzeri çocuğa sahip olanların (118.28 ± 19.87) olduğu bulunmuştur.

Tablo 8. Kadınların AP Davranışlarına ve Memnun Olma Durumlarına Göre APTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	n	Ortalama ± SS	Test
AP Yöntemi Bilme Durumu			
Bilen	306	125.84 ± 19.49	z=2.806
Bilmeyen	27	114.14 ± 19.98	p=0.025*
AP Yöntem Bilgisini Yeterli Bulma Durumu			
Evet	227	126.97 ± 20.42	z=3.571
Hayır	106	120.44 ± 17.55	p=0.001*
Şu anda AP Yöntemi Kullanma Durumu			
Kullanıyor	196	128.21 ± 20.35	z=4.035
Kullanmıyor	137	120.14 ± 17.92	p=0.001*
Kullanılan AP Yönteminden Memnun Olma Durumu			
Memnun	175	128.24 ± 20.44	z=0.073
Memnun Değil	21	128.04 ± 20.10	p=0.942

Tablo 8’de kadınların AP davranışları ve memnun olma durumlarına göre APTÖ puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Kadınların AP yöntemi bilme durumlarına göre, APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). AP yöntemi bilenlerin (125.84 ± 19.49), AP yöntemini bilmeyenlere (114.14 ± 19.98) göre daha fazla APTÖ puana sahip olduğu saptanmıştır.

Kadınların AP bilgisini yeterli bulma durumuna göre, APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). AP bilgisini yeterli bulanların (126.97 ± 20.42), yeterli bulmayanlara (120.44 ± 17.55) göre daha fazla APTÖ puana sahip olduğu saptanmıştır.

Kadınların şu anda AP yöntemi kullanma durumlarına göre, APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Şu anda AP yöntemi kullananların (128.21 ± 20.35), kullanmayanlara (120.14 ± 17.92) göre daha fazla APTÖ puana sahip olduğu saptanmıştır.

Kadınların şu anda kullandığı AP yönteminden memnun olma durumlarına göre, APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kullanılan AP’den memnun olmayanlarla (128.04 ± 20.44) memnun olanların (128.04 ± 20.10) APTÖ puan ortalamasının benzer olduğu saptanmıştır.

Tablo 9. Kadınların Şiddete Maruz Kalma Durumları, Şiddet Riski ve Şiddet Türleri Dağılımları

Eş Şiddeti Yaşama Durumları	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Şiddet Görme	119	35.7	214	64.3
Şiddet Riski	38	11.4	295	88.6
Şiddet türleri*				
Fiziksel Şiddet	35	10.5	298	89.5
Sözel Şiddet	61	18.3	272	81.7
Cinsel Şiddet	25	7.5	308	92.5
Ekonomik Şiddet	42	12.6	291	87.4

* Birden fazla yanıt vardır yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 9’da kadınların şiddete maruz kalma, şiddet riski ve şiddet türleri dağılımları yer almaktadır. Kadınların % 35.7’sinin eş şiddetine maruz kaldığı ve %11,4’ünün ise şiddet yaşama riskine sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların % 10.5’inin fiziksel, % 18.3’inin sözel, % 7.5’inin cinsel ve % 12,6’sının ekonomik şiddete eşleri tarafından maruz kaldığı saptanmıştır.

Tablo 10. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Eş Şiddetine Maruz Kalma Durumlarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Eş Şiddeti Görme				Test
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Yaş Aralığı					
18-35	52	32.5	108	67.5	$\chi^2=1.404$
36-49	67	38.7	106	61.3	$p=0.236$
Eğitim Durumu					
İlkokul	61	41.2	87	58.8	$\chi^2=8.342$ $p=0.039^*$
Ortaokul	23	41.8	32	58.2	
Lise	16	32.7	33	67.3	
Üniversite	19	23.5	62	76.5	
Çalışma Durumu					
Çalışan	29	29.0	71	71.0	$\chi^2=8.912$
Çalışmayan	90	38.6	143	61.4	$p=0.045^*$
Algılanan Gelir Durumu					
Düşük	44	50.6	43	49.4	$\chi^2=11.450$ $p=0.003^*$
Orta	49	31.4	107	68.6	
İyi	26	28.9	64	71.1	
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	88	34.6	166	65.4	$\chi^2=0.554$
Geniş Aile	31	39.2	48	60.8	$p=0.457$
Eşin Yaşı					
35 Altı	32	31.7	69	68.3	$\chi^2=1.037$
35 ve Üstü	87	37.5	145	62.5	$p=0.309$
Eşin Eğitim Durumu					
İlkokul	39	44.3	49	55.7	$\chi^2=5.017$ $p=0.171$
Ortaokul	18	38.3	29	61.7	
Lise	34	33.3	68	66.7	
Üniversite	28	29.2	68	70.8	
Eşin Mesleği					
Memur	32	33.7	63	66.3	$\chi^2=0.248$ $p=0.884$
İşçi	66	36.7	114	63.3	
Esnaf	21	36.2	37	63.8	
Evlilik Şekli					
Görücü Usulü	83	41.5	117	58.5	$\chi^2=7.245$
Anlaşarak	36	27.1	87	72.9	$p=0.007^*$
Evlilik Yaşı					
18 ve Altı	52	46.0	61	54.0	$\chi^2=7.874$
18 Üzeri	67	30.5	153	69.5	$p=0.005^*$
Evlilik Yılı					
10 Yıldan Az	37	31.6	80	68.4	$\chi^2=1.328$
10 Yıl ve Üzeri	82	38.0	134	62.0	$p=0.249$

Tablo 10’da kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre eş şiddetine maruz kalma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Kadınların yaş gruplarına göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). 36-49 yaş grubunda olan kadınların % 38.7’sinin şiddete maruz kaldığı, % 61.3’ünün maruz kalmadığı saptanmıştır.

Kadınların eğitim durumlarına göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Üniversite mezunu kadınların % 23.5’inin şiddete maruz kaldığı, %76.5’inin ise şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.

Kadınların çalışma durumuna göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmayan kadınların % 38.6’sının şiddete maruz kaldığı, %61.4’ünün şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.

Kadınların algılan gelir durumuna göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Gelir durumunun düşük olarak algılayan kadınların % 50.6’sının şiddete maruz kaldığı, % 49.4’ünün şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.

Kadınların aile tipine göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Geniş ailede yaşayan kadınların % 39.26’sinin şiddete maruz kaldığı, % 60.8’inin şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.

Kadınların eş yaş aralığına göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Eş yaşı 35 ve üstü olan kadınların % 37.5’inin şiddete maruz kaldığı, %62.5’inin şiddete maruz kalmadığı belirlenmiştir.

Kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Eşleri ilkokul mezunu olan kadınların % 44.3’ünün şiddete maruz kaldığı, % 55.7’sinin şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.

Kadınların eşlerinin mesleğine göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). İşçi eşi olan kadınların %36.7’sinin şiddete maruz kaldığı, %63.3’ünün şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.

Kadınların evlilik şekline göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Görücü usulü ile evlenen

kadınların % 41.5'inin şiddete maruz kaldığı, % 58.5'inin şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.

Kadınların evlilik yaşına göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Evlilik yaşı 18 ve altı olan kadınların % 46'sının şiddete maruz kaldığı, %69.5'inin şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.

Kadınların evlilik süresine göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Evlilik yılı 10 ve üzeri olan kadınların % 38'inin şiddete maruz kaldığı, % 62'sinin şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.



Tablo 11. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Eş Şiddetine Maruz Kalma Durumlarının Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Eş Şiddeti Görme				Test
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Gebelik Sayısı					
0	5	45.5	6	54.5	$\chi^2=3.828$ $p=0.148$
1 - 2	47	30.3	108	69.7	
3 Ve Üzeri	67	40.1	100	59.9	
Düşük Sayısı					
0	80	31.9	171	68.1	$\chi^2=8.365$ $p=0.015^*$
1	26	43.3	34	56.7	
2 Ve Üzeri	13	59.1	9	40.9	
Kürtaj Sayısı					
0	88	32.8	180	67.2	$\chi^2=5.944$ $p=0.048^*$
1	25	48.1	27	51.9	
2 Ve Üzeri	6	46.2	7	53.8	
Yaşayan Çocuk Sayısı					
0	10	45.5	12	54.5	$\chi^2=1.345$ $p=0.719$
1	23	32.4	48	67.6	
2	47	36.7	81	63.3	
3 Ve Üzeri	39	34.8	73	65.2	
Ölü Doğum Sayısı					
0	108	35.9	193	64.1	$\chi^2=0.029$ $p=0.866$
1 Ve Üzeri	11	34.4	21	65.6	

Tablo 11’de kadınların obstetrik özelliklerine göre eş şiddetine maruz kalma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Kadınların gebelik sayısına göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Hiç gebelik öyküsü olmayan kadınların % 45.5’inin şiddete maruz kaldığı, %54.5’inin şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.

Kadınların düşük sayısına göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İki ve daha fazla düşük yapan kadınların % 59.1’inin şiddete maruz kaldığı, % 40.9’unun şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.

Kadınların kürtaj sayısına göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bir kez kürtaj olan kadınların % 48.1’inin şiddete maruz kaldığı, % 67.6’sının şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.

Kadınların yaşayan çocuk sayısına göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çocuk sahibi

olmayan kadınların % 45.5'inin şiddete maruz kaldığı, % 54.5'inin şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.

Kadınların ölü doğum sayısına göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Ölü doğum yapan kadınların % 35.9'unun şiddete maruz kaldığı, % 64.1'inin şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.



Tablo 12. Kadınların AP Davranışlarına ve Kullandığı AP Yönteminden Memnuniyet Durumuna Göre Eş Şiddetine Maruz Kalma Durumlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Eş Şiddeti Görme				Test
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Şu Anda Herhangi Bir AP Yöntemi Kullanma Durumu					
Kullanan	65	54.6	54	45.4	$\chi^2=1.373$ $p=0.241$
Kullanmayan	131	61.2	83	38.8	
Şu Anda Kullanılan Yöntem Türü					
Modern Yöntem	53	29.4	127	70.6	$\chi^2=1.114$ $p=0.291$
Geleneksel Yöntem	12	30.7	27	69.3	
Şu Anda Kullanılan AP Yöntemleri					
Prezervatif	18	41.8	35	58.2	$\chi^2=1.228$ $p=0.942$
OKS	17	37.7	28	62.3	
RİA	11	31.5	24	68.5	
Tüpligasyonu	7	29.1	17	70.9	
Geri Çekme	12	30.7	27	69.3	
Kullanılan Yöntemi Tercih Eden Kişi					
Kendi	15	39.4	23	60.6	$\chi^2=5.353$ $p=0.069$
Eşi	7	63.6	4	36.4	
Kendi ve Eşi	43	29.8	101	70.2	
Şu Anda Kullandığı AP Yönteminden Memnuniyeti					
Memnun	56	32.0	119	68.0	$\chi^2=0.997$ $p=0.318$
Memnun Değil	9	42.8	12	57.2	

Tablo 12’de kadınların AP yöntemi davranışlarına ve kullandığı AP yönteminden memnuniyet durumuna göre eş şiddetine maruz kalma durumlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Kadınların şu anda herhangi bir AP yöntemi kullanma durumuna göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Şu anda herhangi bir AP yöntemi kullanan kadınların %54.6’sının şiddete maruz kaldığı, %45.4’ünün ise şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.

Kadınların şu anda kullandıkları AP yöntem türüne göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Geleneksel yöntem kullanan kadınların %30.7’sinin şiddete maruz kaldığı, %69.3’ünün şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır. Modern yöntemlerden prezervatif kullananların % 41.8’inin, OKS kullananların %37.7’sinin ve RİA kullananların % 31.5’inin şiddete maruz kaldığı bulunmuştur.

Kullanılan yöntemi tercih eden kişiye göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kullanılan AP yöntemini eşi tercih eden kadınların % 63.6'sının şiddete maruz kaldığı, %36.4'ünün şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.

Kadınların şu anda kullandığı AP yönteminden memnuniyetine göre eş şiddetine maruz kalma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). AP yönteminden memnun olmayan kadınların % 42.8'inin, şiddete maruz kaldığı, % 57.2'inin şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır.



Tablo 13. Kadınların Eş Şiddetine Maruz Kalma ve Şiddet Yaşama Riskine, Maruz Kaldıkları Şiddet Türüne Göre APTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ortalama ± SS	Test
Şiddet Görme			
Evet	119	119.36 ± 21.99	z=3.375
Hayır	214	127.97 ± 17.73	p=0.001*
Şiddet Riski			
Evet	38	116.07 ± 11.73	z=2.612
Hayır	295	126.03 ± 9.81	p=0.009*
Sözel/Duygusal Şiddet			
Evet	61	118.37 ± 23.83	z=2.157
Hayır	272	126.36 ± 18.47	p=0.031*
Fiziksel Şiddet			
Evet	35	113.20 ± 24.37	z=3.006
Hayır	298	126.27 ± 18.72	p=0.003*
Ekonomik Şiddet			
Evet	42	118.35 ± 22.68	z=2.107
Hayır	291	125.84 ± 19.17	p=0.035*
Cinsel Şiddet			
Evet	25	124.24 ± 17.65	z=0.279
Hayır	308	124.95 ± 19.95	p=0.780

Tablo 13'te kadınların eş şiddetine maruz kalma ve şiddet yaşama riskine, maruz kaldıkları şiddet türüne göre APTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Kadınların eş şiddetine maruz kalma durumuna göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). APTÖ puan ortalamaları incelendiğinde, eş şiddetine maruz kalmayanların puan ortalamalarının (127.97 ± 17.73) eş şiddetine maruz kalanların puan ortalamaları (119.36 ± 21.99) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kadınların eş şiddeti yaşama riski durumuna göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Şiddet riski olmayan kadınların APTÖ puan ortalamaları (126.03 ± 9.81), şiddet riski olan kadınlara (116.07 ± 11.73) göre daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların sözel/duygusal eş şiddetine maruz kalma durumuna göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Sözel/duygusal eş şiddetine maruz kalmayan kadınların APTÖ puan ortalamaları

(126.36 \pm 18.47), eş Şiddetine maruz kalan kadınlara (118.37 \pm 23.83) göre yüksek bulunmuştur.

Kadınlarnn fiziksel eş Şiddetine maruz kalma durumuna göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Fiziksel eş Şiddetine maruz kalmayan kadınlarnn APTÖ puan ortalamalarının (126.27 \pm 18.72), eş Şiddetine maruz kalanlara (113.20 \pm 24.37) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kadınlarnn ekonomik eş Şiddetine maruz kalma durumuna göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ekonomik Şiddete maruz kalmayanların APTÖ puan ortalamalarının (125.84 \pm 19.17), ekonomik Şiddete maruz kalanlara (118.35 \pm 22.68) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kadınlarnn cinsel Şiddete maruz kalma durumuna göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Cinsel Şiddete maruz kalmayan kadınlarnn APTÖ puan ortalamalarının (124.95 \pm 19.95), cinsel Şiddete maruz kalanlara (124.24 \pm 17.65) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde kadınların AP davranışları, AP tutumları, AP tutumlarını etkileyen faktörler, şiddet yaşama oranları, şiddet yaşama durumlarını etkileyen faktörler, kadına yönelik eş şiddeti ile AP tutum ve davranışları arasındaki ilişkinin araştırılması sonucunda elde edilen bulgular tartışılmıştır.

AP konusunda bilgi sahibi olunması yöntem kullanımını etkileyen faktörler arasında bulunmaktadır (Göz ve ark.,2005). Araştırmamızda kadınların neredeyse tamamına yakını herhangi bir AP yöntemi bilmektedir. TNSA (2013) verilerinde evli kadınların neredeyse tamamının en az bir yöntem bildiği belirtilmiştir. Araştırmaımızda kadınların yarısına yakınının AP yöntemlerine ilişkin bilgiyi ebe/hemşireden aldığı bulunmuştur. Öztaş (2015) çalışmasında kadınların beşte üçünün sağlık çalışanlarından bilgi aldığını, Karabulutlu (2017) çalışmasında kadınların yaklaşık dörtte üçünün bilgiyi ebe/hemşireden aldığını belirtilmiştir. Kadınların yarısına yakınının AP bilgisini ebe/hemşireden almış olması doğru bilgiye ulaşılması açısından önemlidir.

Araştırmamızda en çok bilinen modern yöntemler sırasıyla OKS, RİA, prezervatif ve tüpligasyondur. Kadınlar tarafından en çok bilinen geleneksel yöntemler ise geri çekme ve takvim yöntemidir. TNSA (2013) sonuçlarına göre evli kadınlarda en çok bilinen modern yöntemlerin RİA, OKS, tüpligasyon ve erkek prezervatifi olduğu belirtilmiştir. Kadınlar tarafından en çok bilinen geleneksel yöntem ise geri çekmedir. Beştepe (2003) çalışmasında kadınların çoğunun RİA'yı bildiğini belirtmiştir. Karabulutlu (2017) çalışmasında OKS, prezervatif, RİA'nın en sık bilinen yöntemler olduğunu belirtmiştir. Doğru (2016) çalışmasında tüm yaşlarda geri çekmenin en sık kullanılan geleneksel yöntem, prezervatifinde en sık kullanılan modern yöntem olduğunu belirtilmiştir. Araştırma sonuçlarımız diğer araştırma sonuçları ile karşılaştırıldığında bilinen yöntemlerin sıralması değişsede benzerlik göstermektedir. Kadınların yarısından fazlası AP bilgisini yeterli olduğunu belirtmiş olsa da bilinen modern yöntemlerin kısıtlı olduğu dikkati çekmektedir.

Araştırmamızda kadınların yaklaşık yarısının şu anda herhangi bir AP yöntemi kullandığı ve yöntem kullananların yaklaşık üçte ikisinin modern yöntem kullandığı belirlenmiştir. Gölbaşı'nın (2005) çalışmasında da kadınların yarısının herhangi bir AP yöntemi kullandığı bulunmuştur. TNSA (2013) verilerinde evli kadınların dörtte üçünün şu anda bir AP yöntemi kullandığı en fazla kullanılan yöntemin modern

yöntem olduğu saptanmıştır. Kadınların diğer yarısının modern yöntem kullanmaması AP davranışları açısından riskli grup olduklarını düşündürmektedir. Bu sonucun kadınların AP yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmamalarından ve AP danışmanlık hizmeti almamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir

Araştırmamızda AP yöntemi kullanan kadınlar arasında en sık kullanılan modern yöntemler prezervatif, OKS ve RİA, geleneksel yöntemlerden ise geri çekmedir. Gölbaşı (2005) çalışmasında en sık kullanılan AP yöntemlerini prezervatif ve RİA, Çayan (2009) çalışmasında geri çekme, RİA, OKS ve prezervatif, Karaçalı (2018) çalışmasında geri çekme, prezervatif ve tüpligasyon olarak belirtmiştir. Araştırma sonucumuz ve diğer çalışmalarda kullanılan yöntemlerin benzer fakat sıralamalarında farklı olduğu görülmektedir.

Kullanılan AP yöntemlerinden memnuniyet AP davranışlarına olumlu yansır. Araştırmamızda kadınların tamamına yakınının kullandığı AP yönteminden memnun olduğu saptanmıştır. Timur ve Bekar'ın (2006) ve Eryılmaz'ın (2014) çalışmasında kadınların neredeyse tamamının kullandığı AP yönteminden memnun oldukları bulunmuştur. Sonuçlar bizim araştırma sonuçlarımızla benzerdir. Bu memnuniyetin nedenlerinden birinin kullanılan AP yönteminin eş ile ortak karar verilmesi olduğu düşünülmektedir. Araştırmamızda kadınların yaklaşık dörtte üçünün kullandıkları yönteme eşiyile beraber karar verdiği belirlenmiştir. Altay ve Göner'in (2009) çalışmasında da kadınların dörtte üçünün kullandıkları yönteme eşleriyle birlikte karar verdiği görülmektedir. AP yöntemi kullanılmasının artırılmasında eşlerin tutumlarının önemli olduğu ve AP danışmanlığına eşlerinde dahil edilmesi gerektiği söylenebilir.

Araştırmamızda kadınların APTÖ puan ortalaması 124.89 ± 19.76 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puan göz önüne alındığında, kadınların pozitif AP tutumuna sahip olduğu söylenebilir. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Ayaz (2009) yaptığı çalışmada APTÖ puan ortalamasının 120.11 ± 13.8 olduğunu, Tezel (2015) çalışmasında APTÖ puan ortalamasının 130.72 ± 26.10 olduğunu belirtmiştir. Apay ve ark., (2009) çalışmasında APTÖ puan ortalamasının 114.11 ± 0.91 olduğunu ve AP tutumlarının istendik düzeyde olmadığını belirtmiştir. Çalışmalardaki farklılığın farklı bölgelerde yapılmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmamızda kadınların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup ($p < 0.05$), 35 yaş üstü olan kadınların APTÖ puan ortalamaları, 35 yaş altı

olan kadınların APTÖ puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çayan (2009) çalışmasında 30-39 yaş aralığındaki kadınların APTÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğunu belirtilmiştir. Aktoprak (2012) çalışmasında 40 yaşından büyük kadınlarda APTÖ puan ortalamasının yüksek olduğunu fakat istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığını bulmuştur. Kadınların artan yaşlarıyla beraber edindikleri AP yöntem bilgilerinin arttığı ve ileri yaşla birlikte gebeliğin istenmemesi AP tutumlarına olumlu yansıdığını düşündürmektedir.

Kadınların eğitim düzeyi, çalışma durumu ve geliri gibi sosyodemografik faktörler, kadınların doğurganlık davranışlarını kontrol etmesinde etkili olmaktadır. Araştırmamızda üniversite mezunu kadınların APTÖ puan ortalamasının, ilkokul mezunu olan kadınlara göre yüksek ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Eryılmaz'ın (2014), Çayan'ın (2009) ve Gözükara'nın (2015) çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe APTÖ puan ortalamalarının arttığı belirtilmiştir. Araştırma bulguları eğitim düzeyinin artmasının AP tutumuna olumlu yansıdığını düşündürmektedir. Kadınların eğitim düzeylerinin düşük olması, aile planlaması ile ilgili tutumlarını ve yöntem seçimini olumsuz yönde etkileyebilir. Çalışan kadınlarda APTÖ puan ortalamalarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Eryılmaz'ın (2014) ve Aktoprak'ın (2012) çalışmasında, çalışan kadınların APTÖ puan ortalaması çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Kadınların çalışmasının ekonomik özgürlüğü sağlaması ve istedikleri zaman istedikleri sağlık hizmetlerinden yararlanmaları nedeniyle AP tutumlarını olumlu etkilediği söylenebilir. Gelir durumu iyi olan kadınlarda APTÖ puan ortalaması, gelir durumu düşük olanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çayan'ın (2009) ve Eryılmaz'ın (2014) çalışmasında gelir düzeyi yüksek olan kadınların APTÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Kadınların gelir durumunun yüksek olması, AP yöntemlerine erişimi kolaylaştıracağı böylece AP tutumlarını olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir.

Araştırmamızda çekirdek ailede yaşayan kadınların APTÖ puan ortalamasının geniş ailede yaşayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çayan (2009) ve Eryılmaz'ın (2014) çalışmalarında çekirdek ailede yaşayan kadınların AP yöntemlerine ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu belirtilmiştir. Çekirdek ailede yaşayanların AP yöntemleri konusunda daha özgün oldukları ve kendilerinin daha fazla karar verici olmaları gibi nedenlerle olumlu tutuma sahip oldukları düşünülebilir.

Araştırmamızda 35 yaş altı eşi olan kadınların APTÖ puan ortalamasının yüksek ve yaş grupları aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çayan'ın (2009) ve Aktoprak'ın (2012) çalışmasında APTÖ puan ortalamaları ile eş yaşı arasında istatistiksel olarak bir ilişki olmadığı belirtilmiştir ($p>0.05$). Eş yaşının azalması AP yöntemlerine talebin artmasına, danışmanlık alma isteğine neden olması ile kadınların AP tutumlarını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda eş eğitim seviyesi arttıkça APTÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çayan'ın (2009) çalışmasında da eş eğitimi arttıkça AP yöntemlerine ilişkin tutumların daha olumlu olduğu belirtilmiştir. Eş eğitim düzeyinin artması ile erkeklerin aile planlaması hizmetlerini kabul etmesi dolaylı olarak kadınların AP tutumlarına ve davranışlarına olumlu yönde yansıtacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda evlilik yaşı 18'den büyük olanlar ile evlilik süresi 10 yıldan az olan kadınların APTÖ puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çayan (2009) ve Eryılmaz (2014) çalışmasında ise APTÖ puan ortalaması ile evlilik süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirtmiştir. Erken yaş (18 ve altı) evlilik yapan kadınların APTÖ puan ortalamasının düşük olması AP yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmamalarından ve evlilik öncesi danışmanlık hizmeti almamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların gebelik sayısı bir-iki olanların APTÖ puan ortalaması gebe olmayanlara göre yüksek ve gebelik sayısına göre gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırma bulguları Gözükara'nın (2015), Çayan'ın (2009) ve Eryılmaz'ın (2014) çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Gebelik sayısı fazla olanların AP tutum puanlarının düşük olduğu görülmektedir. Araştırmamızda kürtaj yapmayan kadınların APTÖ puan ortalamasının iki ve üzeri kürtaj yapan kadınlara göre yüksek olduğu, kürtaj sayısına göre APTÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırma bulguları Gözükara (2015) bulguları ile benzerlik göstermektedir. Çayan (2009) ve Eryılmaz'ın (2014) çalışmalarında düşük sayısı ile APTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirtilmiştir. Aktoprak'ın (2012), Çayan (2009) ve Eryılmaz'ın (2014) çalışmasında da kürtaj yaptırmayan kadınların APTÖ puan ortalamalarının iki ve üzeri sayıda kürtaj yaptıran kadınlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Kürtaj yaptırmayan kadınların AP

tutumların pozitif olduğu söylenebilir. Araştırmamızda bir çocuğa sahip olan kadınların APTÖ puan ortalamalarının üç ve üzeri çocuğa sahip olan kadınlara göre yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Çayan (2009) çalışmasında bir çocuğu olanların daha yüksek APTÖ puan ortalamasına sahip olduğunu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmiştir. Yaşayan çocuk sayısının yöntem kullanımını etkilediği ve AP tutumuna olumlu yansıdığı söylenebilir. Gebelik, kürtaj ve yaşayan çocuk sayısının az olması kadınların aile planlaması yöntemlerine daha fazla yöneldikleri ve daha çok olumlu tutum içinde olduklarını göstermektedir.

Araştırmamızda AP yöntemi bilen kadınların bilmeyenlere, AP yöntem bilgisini yeterli bulan kadınların yetersiz bulanlara göre APTÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Göz ve ark., (2005) çalışmasında AP bilgisinin yetersiz olduğu kadınlarda AP yöntem kullanımının az olduğunu belirtmiştir. Bu araştırma sonuçlarına göre AP yöntemi bilgisi olanların ve yeterli olanların pozitif tutuma neden olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda şu anda yöntem kullanan kadınların, kullanmayanlara göre APTÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çayan'ın (2009) çalışmasında da modern AP yöntemi kullanan kadınların APTÖ puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Yöntem kullanan kadınların pozitif AP tutuma sahip olduğu ve AP davranışlarının istendik olduğu söylenebilir.

AP yöntemlerinden memnun olan kadınların kendi istekleriyle yöntem kullanımına devam ettikleri, doğru kullanımların arttığı ve AP tutumunun olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Schivone ve Glish, 2017; Çetinkaya ve Özsoy, 2016). Oysa ki araştırmamızda kadınların kullandıkları yöntemden memnun olma durumlarıyla APTÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

şiddet toplumsal bir sorun olarak kabul edilmekte ve her geçen gün önemi artmaktadır. Kadına yönelik şiddet kadının sağlığını her boyutu ile etkiler. Kadın, ailesinde en güvendiği kişi olan eşinden bile şiddet görebilmektedir. Araştırmamızda kadınların eş şiddetine uğrama durumları incelendiğinde, kadınların %35.7'sinin eş şiddetine maruz kaldığı ve %11.4'ünün ise şiddet riskine sahip olduğu bulunmuştur. Dünya'da ve Türkiye'de farklı bölgelerde yapılmış çalışmalar şiddet yaşama yüzdelerinde farklılıklar olmakla birlikte çalışma bulgusuyla benzer şekilde kadınların şiddete maruz kaldığını göstermektedir (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015; TNSA, 2013;

WHO, 2013; Miller ve ark., 2010;). Araştırmamızda kadınların %18.3'ünün sözel şiddet gördüğü, %12.6'sının ekonomik şiddet, %10.5'inin fiziksel şiddet ve %7.5'inin cinsel şiddet yaşadığı belirlenmiştir. Kaptanoğlu ve Çavlin (2015) çalışmasında on kadından dördünün fiziksel şiddet yaşadığını, kadınların yarısına yakınının sözel/duygusal şiddet yaşadığını ve üçte birine yakınının ekonomik şiddet yaşadığını belirtmiştir. Dönmez (2012) çalışmasında kadınların yaklaşık beşte ikisinin fiziksel şiddet ve ekonomik şiddet, yirmide birine yakınının ise cinsel şiddet yaşadığını bulmuştur. Bolu (2015) çalışmasında, kadınların yaklaşık dörtte birinin fiziksel, yaklaşık sekizde birinin cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Araştırma bulguları ve diğer çalışma bulguları kadınların eş şiddetine maruz kalma düzeylerinde farklılık olmakla birlikte eş şiddetine maruz kaldıklarını ve bu kadınların pek çok açıdan (kadın sağlığı, üreme sağlığı, cinsel sağlık gibi) riskli bir grup olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda eğitim durumu, çalışma durumu, algılanan gelir durumu, evlilik şekli ve evlilik yaşı eş şiddetine maruz kalmayı etkileyen faktörler olarak bulunmuştur. İlkokul ve ortaokul mezunu, çalışmayan kadınların şiddet yaşama oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Kaptanoğlu ve Çavlin (2015) çalışmasında lise üzeri eğitime sahip olmanın ve çalışan kadın olmanın eş şiddetini azalttığını belirtmiştir. Akalın (2010) çalışmasında eğitim seviyesi düşük ve çalışmayan kadınların daha sık eş şiddeti yaşadığını belirtmiştir. Araştırma sonuçlarımız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Kadınların eğitilmiş olması ve çalışıyor olması eş şiddetine maruz kalmayı azaltmakla birlikte tamamen yok edemediği dikkat çekicidir.

Araştırmamızda görücü usulü ile 18 yaş ve altı evlenen, gelir düzeyi düşük olan kadınların eş şiddetine maruz kalma oranının yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Çalışkan ve Çevik (2018) çalışmasında evlenirken kadının rızasının alınmadığı görücü usulü evliliklerin şiddet yaşama durumunu etkilediğini belirtmiştir. Kumcağız ve ark., (2018) çalışmasında görücü usulü ile evlenen kadınların daha fazla şiddete maruz kaldıklarını bulmuşlardır. Altun (2006) ilk evlenme yaşı azaldıkça, şiddetin arttığını belirtmiştir. Akalın (2010) çalışmasında gelir düzeyi düşük kadınların daha sık eş şiddeti yaşadığını belirtmiştir. Şiddete maruz kalan bu özellikteki kadınların aile içinde karar verme gücünün yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda düşük ve kürtaj olan kadınlarda eş şiddetine maruz kalma oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bulgumuzdan farklı olarak Dindaş (2008) çalışmasında doğum sayısı, çocuk sayısı, düşük öyküsü ile şiddet görme

arasında anlamlı fark olmadığını belirtmiştir. Araştırmamızda kürtaj ve düşük yapan kadınların daha çok şiddete maruz kaldıkları görülmektedir. Bunun nedeninin toplumda çocuğun bir güç mekanizması olarak görülmesinden kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Kadınların AP yöntemi kullanma, kullandıkları AP yöntem türü, kullandığı AP yönteminden memnuniyet, kullandığı AP yöntemini tercih etme durumu eş şiddetine maruz kalmayı etkilemediği fakat kadınların yarısından fazlasının AP yöntemi kullanmadığı, kullandığını ifade eden kadınların çoğunun geri çekme yöntemi kullandığı, yöntemi eşin belirlediği ve AP yönteminden memnun olmadıkları saptanmıştır. Şiddet gören, şiddet riski taşıyan, şiddet türlerinden sözel/duygusal, fiziksel ve ekonomik şiddete maruz kalan kadınların AP tutumların olumsuz olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar kadınların AP yöntemlerinden yeteri kadar yararlanamadığını düşündürmektedir. Şiddete maruz kalan kadınların doğurganlığı planlama ve karar verme gücü açısından riskli oldukları söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

18-49 yaş grubu evli kadınların eş şiddetine maruz kalmaları ile AP tutum ve davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırma sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların % 52'si 36-49 yaş aralığında olup, % 44.4'ü ilkokul düzeyinde eğitilmiş, %30'unun herhangi bir işte çalışmadığı, % 46.8'inin orta düzey gelire sahip olduğu ve %76'sının çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %69.7'sinin 35 yaş üzeri, %30.6'sının lise mezunu ve %54'ünün işçi olduğu bulunmuştur. Kadınların %60.1'inin görüşü usulü ile evlendiği, %66.1'inin 18 yaş üzeri evlendiği ve %64.9'unun 10 yıl ve üzeri evli oldukları saptanmıştır. (**Tablo 1**).

Araştırmaya katılan kadınların %50.2'sinin üç ve daha fazla sayıda gebeliği olduğu, %75.4'ünün düşük yapmadığı, %80.5'inin kürtaj olmadığı, %90.4'ünün ölü doğum yapmadığı ve %38.4'ünün yaşayan iki çocuğu olduğu bulunmuştur (**Tablo 2**).

Araştırmaya katılan kadınların %91.9'unun en az bir AP yöntemi bildiği, %59.7'sinin AP yöntemi bilgisini ebe/hemşireden aldığı belirlenmiştir. Kadınların %79.3'ünün en çok AP yöntemlerinden OKS'leri bildiği, kadınların %68.2'sinin AP bilgisini yeterli bulduğu belirlenmiştir. (**Tablo 3**).

Araştırmaya katılan kadınların %58.9'unun şu anda herhangi bir AP yöntemi kullandığı, AP yöntemi kullanan kadınların %80.1'inin modern, %19.9'unun geleneksel AP yöntemi kullandığı bulunmuştur. Kadınların %27.1'inin en çok kullandığı modern yöntemlerden prezervatif ve %19.9'unun en çok kullandığı geleneksel yöntemin ise geri çekme olarak belirlenmiştir. Kadınların %89.2'sinin şu anda kullandığı yöntemden memnun olduğu, %71.9'unun AP yöntemini eşi ve kendisinin birlikte seçtiği bulunmuştur (**Tablo 4**).

Araştırmaya katılan kadınların APTÖ toplam puan ortalaması 124.89 ± 19.76 , Toplumun AP'ye İlişkin Tutumu Alt Boyut puan ortalaması 57.19 ± 10.14 , AP yöntemlerine İlişkin Tutum Alt Boyut puan ortalaması 38.22 ± 7.87 ve Doğuma İlişkin Tutum Alt Boyut puan ortalaması 29.47 ± 5.54 'dir (**Tablo 5**).

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre APTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaşı 18-35 aralığında olan kadınların, üniversite

mezunu olanların, çalışanların, gelir durumu iyi olanların, çekirdek ailede yaşayanların, 35 yaş altı, üniversiteli ve eşi memur olanların aile planlaması tutum puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur. Anlaşarak evlenen, evlilik yaşı 18 üzeri ve evlilik süresi 10 yıldan az olan kadınlarında aile planlaması tutum puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 6**).

Araştırmaya katılan kadınların gebelik sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı ve yaşayan çocuk sayısına göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), ölü doğum sayısına göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). APTÖ puan ortalamaları gebelik sayısı bir-iki olanların, düşük ve kürtaj yaptırmayanların, yaşayan çocuk sayısı bir olanların AP puan ortalaması diğerlerine göre yüksek bulunmuştur (**Tablo 7**).

Araştırmaya katılan kadınların AP davranışları ve memnun olma durumlarına göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), AP yönteminden memnuniyete göre APTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p<0.05$). AP yöntemi bilenlerin, AP yöntemi bilgisi yeterli olanların ve AP yöntemi kullananların aile planlaması puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır (**Tablo 8**).

Araştırmaya katılan kadınların %35.7'si eş şiddetine maruz kalırken, %11,4'ü ise şiddet riski taşımaktadır. Eş şiddetine maruz kalan kadınların %10.5'i fiziksel, %18.3'i sözel, %7.5'i cinsel ve %12.6'sı ekonomik eş şiddetine maruz kaldığı bulunmuştur (**Tablo 9**).

Araştırmaya katılan kadınların eğitime, çalışma durumuna, algılanan gelir durumuna, evlilik şekline, evlilik yaşına göre eş şiddetine maruz kalma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), kadının yaşı, aile tipi, eş yaşı, eş eğitim durumu, eşin mesleği ve evlilik yılı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). İlk ve ortaokul mezunu, çalışmayan, gelir durumu düşük, görücü usulü ile evlenen ve evlilik yaşı 18 altı olan kadınların diğerlerine göre daha fazla eş şiddetine maruz kaldığı belirlenmiştir (**Tablo 10**).

Araştırmaya katılan kadınların düşük ve kürtaj sayısına göre eş şiddetine maruz kalma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve ölü doğum sayısı ile eş şiddetine maruz kalma durumu

arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kadınların düşük sayısı iki ve üzeri, kürtaj sayısı bir olanların diğerlerine göre daha fazla eş şiddetine maruz kaldığı belirlenmiştir (**Tablo 11**).

Kadınların AP davranışlarına ve kullanılan yöntemden memnuniyet durumuna göre eş şiddetine maruziyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (**Tablo 12**).

Araştırmaya katılan kadınların eş şiddeti görme, eş şiddet riskine sahip olma ile sözel/duygusal şiddet, fiziksel şiddet, ekonomik şiddete göre APTÖ puan ortamları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), cinsel şiddet yaşama durumuna göre APTÖ puan ortamları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (**Tablo 13**).

Sonuç olarak kadınların AP davranışlarının istendik olmadığı, aile planlaması tutumlarının olumlu olduğu, aile planlaması tutumlarını sosyodemografik, obstetrik ve AP yöntem kullanma, bilgi ve memnuniyet gibi özelliklerin etkilediği bulunmuştur. Kadınların şiddet maduru olduğu ve şiddet yaşama riski taşıdığı, eğitim, çalışma, gelir durumu, evlilik şekli, evlilik yaşı, düşük ve kürtaj gibi değişkenlerin şiddet yaşama durumunu etkilediği saptanmıştır. Kadına yönelik eş şiddetinin AP tutumuna olumsuz yansıdığı bulunurken, şiddetin AP davranışını etkilemediği ama riskli bir grup olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

18-49 yaş grubu evli kadınların eş şiddetine maruz kalmaları ile AP tutum ve davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın verilerinin değerlendirilmesi sonucunda şu öneriler yapılabilir:

- Kadınların AP yöntem tutumlarının olumlu hale gelmesi için AP danışmanlık hizmetinin verilmesi ve faaliyetlerin artırılması,
- AP danışmanlık eğitimlerine katılımların sağlanması, sağlanamadığı durumlarda ev ziyaretleriyle konunun anlatılması,
- Erkeklerin AP hizmetlerinde daha etkin yer almaları ve erkeğe özgü yöntemleri kullanmaları konusunda danışmanlık almalarının desteklenmesi,
- Şiddeti önlemede kadınlar kadar erkeklerinde eğitim düzeylerinin artırılması,
- Kadınların eşleriyle beraber kullanılacakları yöntem karar vermeleri,
- Eş şiddeti yaşayan kadınların AP yöntemlerine karşı daha olumsuz tutuma sahip olmaları nedeniyle yöntem kullanımı açısından riskli grup olarak değerlendirilmesi,
- Sağlık personelinin bu riskli grubun üreme ve cinsel sağlıklarının ayrıntılı değerlendirmesi,
- Sağlık personeline şiddete maruz kalan kadın ile ilgili hizmet içi eğitimler verilmesi,
- Sağlık personeline AP yöntemleri ile ilgili hizmet içi eğitim verilmesi,
- Sağlık personellerinin topluma yönelik şiddet ve AP eğitimleri düzenlemesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abramsky, T., Devries, K., Kiss, L., Francisco, L., Nakuti, J., Musuya, T., Watts, C. (2012). A Community Mobilisation Intervention To Prevent Violence Against Women And Reduce HIV/AIDS Risk In Kampala, Uganda (The SASA! Study): Study Protocol For A Cluster Randomised Controlled Trial. *Trials*, 13(1), 96.
- Aktoprak, M. (2012). *Evli Kadınlar Ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları Ve İlişkili Faktörler*. Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akın, A., Aytaç, U., Bertan, M., Çalı, Ş., Fincancıoğlu, N., Özalp, S., Pekin, S. (2003). Aile Planlamasında Temel Bilgiler. *TC Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Jhpiego, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. 3. Baskı. Ankara.*
- Alio, A. P., Salihu, H. M., Nana, P. N., Clayton, H. B., Mbah, A. K., Marty, P. J. (2011). Association Between Intimate Partner Violence And Induced Abortion In Cameroon. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, 112(2), 83-87.
- Altay, B., Gönener, D. (2009). Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme Ve Kullanma Durumları Ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(1), 56-64.
- Altun, M. (2006). *Denizli İli Kırsalında Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Fiziksel Şiddet Görme Durumları Ve Kadınların Şiddete İlişkin Tutumları*. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
- Anand, E., Unisa, S., Singh, J. (2017). Intimate Partner Violence And Unintended Pregnancy Among Adolescent And Young Adult Married Women In South Asia. *Journal Of Biosocial Science*, 49(2), 206-221.
- Apay, S. E., Nazik, E., Özdemir, F., Pasinlioğlu, T. (2010). Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 1-7.
- Ayaz, S., Efe, Ş. Y. (2009). Family Planning Attitudes Of Women And Affecting Factors. *Journal Of The Turkish German Gynecological Association*, 10(3), 137.

- Bishwajit, G., Yaya, S. (2018). Domestic Violence: A Hidden Barrier To Contraceptive Use Among Women İn Nigeria. *Open Access Journal Of Contraception*, 9(21).
- Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., Roy, G. (2015). Canadian Contraception Consensus (Part 1 Of 4). *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada*, 37(10), 936-938.
- Bolu, F., Mayda, A. S., Yılmaz, M. (2015). Bir Üniversite Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Maruz Kalınan Şiddet Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. *Hıp*, 33, 36.
- Bozkurt, Ö. D., Daşkan, Z. (2016). Gebelikte Eş Şiddeti: Risk Faktörleri, Sağlık Sonuçları Ve Tarama Araçları. *Türkiye Klinikleri Journal Of Obstetric-Women's Health And Diseases Nursing-Special Topics*, 2(2), 15-22.
- Bulut, E. Sosyal Sorunlarda Güncel Tartışmalar(2019).Anı Yayıncılık,1.Baskı,128-135.
- Coker, A. L., Smith, P. H., Mckeown, R. E., King, M. J. (2000). Frequency And Correlates Of İntimate Partner Violence By Type: Physical, Sexual, And Psychological Battering. *American Journal Of Public Health*, 90(4), 553.
- Çalışkan, H., Çevik, E. İ. (2018). Kadına Yönelik Şiddetin Belirleyicileri: Türkiye Örneği. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(14), 218-233.
- Çelik, G. (2015). Eşine Şiddet Uygulayan Hükümlü Erkeklerin Özellikleri Ve Toplumsal Cinsiyet Algıları.
- Çetinkaya, A., Özsoy, S.(2016) Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı: Bir Gömülü Kuram Çalışması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 32 (1): 100-117
- Çifçi, Ö. (2007). Yaşadıkları Şiddet Nedeniyle Sığınma Evlerine Başvuran Kadınların Umutsuzluk, Depresyon Ve Üreme Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Bilim Dalı. İstanbul*.
- Daş Z, Sezgin A. Postpartum Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Etkili Yöntem Kullanımına Etkisi. *Sağlık Ve Toplum Dergisi*. 2001;11: 62-5.
- DeKeseredy, W. S., Dragiewicz, M. (2007). Understanding The Complexities Of Feminist Perspectives On Woman Abuse: A Commentary On Donald G. Dutton's Rethinking Domestic Violence. *Violence Against Women*, 13(8), 874-884.

- Demir, S., Oskay, Ü. Y. (2015). Aile İçi Şiddetin Üreme Sağlığına Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 35-38.
- Dindaş, H. (2008). *Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Sosyoekonomik Durum Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Dişsiz, M., Şahin, N.H. (2008). “Evrensel Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet”. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*, 1(1)
- Ediz,A., Altan,Ş. (2017) Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet Üzerine Bir Alan Araştırması. *TBB Dergisi (Özel Sayı)*
- Elmalı, F., Kaya Erten, Z., Zincir, H., Özen, B., Balcı, E. (2011). Hemşire Ve Ebelerin Aile İçi Fiziksel Şiddete Bakış Açıkları Maruziyetleri. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 39-47.
- Eroğlu, K., Koç, G. (2012). Düünden Bugüne Sağlık Mevzuatında Kadın Sağlığı Kapsamında Ana Çocuk Sağlığı Hemşirelik Hizmetleri. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 136-151.
- Eryurt, M.A., Seçkiner,P.Ç.(2014)Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor. *TC Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Ankara*
- Ezegwui, H., Iyoke, C., Ikeako, L., Mbah, S. (2012). HIV-Related İntimate Partner Violence Among Pregnant Women İn Nigeria. *East Afri J Pub Health*, 9(1), 29-32.
- Fransızca-Türkçe Grand Dictionar Sözlük. Erişim Tarihi:20.03.2019. (Erişim Adresi: <https://Tr.Glosbe.Com/Fr/Tr/Violence>)
- Gaikwad, V., Madhukumar, S., Sudeepa, D. (2011). An Epidemiological Study Of Domestic Violence Against Women And İts Association With Sexually Transmitted Infections İn Bangalore Rural. *Online Journal Of Health And Allied Sciences*, 10(3).
- Gavin L., Moskosky S., Carter, M., Curtis, K., Glass, E., Godfrey, E., Zapata, L. (2014). Providing Quality Family Planning Services: Recommendations Of CDC And The US Office Of Population Affairs. *Morbidity And Mortality Weekly Report: Recommendations And Reports*, 63(4), 1-54.
- Giray, H., Keskinoglu, P. (2006). Işıkkent Sağlık Ocağına Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı Ve Etkileyen Etmenler. *Sted*, 15(2), 23-26.

- Gölbaşı, Z., Koç, G. (2008). Kadınların postpartum ilk 6 aylık süredeki emzirme davranışları ve prenatal dönemdeki emzirme tutumunun emzirme davranışları üzerindeki etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 15(1), 16-31.
- Göz, F., Babadağlı, B., Altınsoy, N., Yıldızoğlu, İ. (2005). Evlilik Öncesi Dönemdeki Genç Kızların Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Ve Düşünceleri. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 47-55
- Güngörmüş, Z., Karadağ, G., Tanrıverdi, D. (2014). Kadınların Evrensel Sorunu: Şiddet. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 53-61.
- Hawcroft, C., Hughes, R., Shaheen, A., Usta, J., Elkadi, H., Dalton, T., Ginwalla, K., Feder, G. (2019). Prevalence And Health Outcomes Of Domestic Violence Amongst Clinical Populations In Arab Countries: A Systematic Review And Meta-Analysis. (Available At SSRN 3254473.) . *BMC Public Health*
- Heise L., Moreno G.C.(2002). Violence Of İntimate Partner. World Report On Violence And Health. World Health Organization. Geneva, 2002:101-103.
- Henrica J., Yüksel İ., Çağatay P.(2009). Kadına Yönelik Şiddetin Yaygınlığı. Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet, (4) , 45-65
- Hıdıroğlu, S., Topuzoğlu, A., Ay, P., Karavuş, M. (2006). Kadın Ve Çocuklara Karşı Fiziksel Şiddeti Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: İstanbul’da Sağlık Ocağı Tabanlı Bir Çalışma. *Yeni Symposium* 44(4), 196-202
- Kalak, Ö. (2008). *Aydın doğum evi aile planlaması polikliniğine başvuran kişilerin aile planlaması hakkındabilgi, tutum ve davranışlarının ve aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin değerlendirilmesi* (Doctoral dissertation, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi)
- Kaptanoğlu, İ. Y., Çavlin, A. (2014). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor. *TC Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Ankara*
- Kelleci, M., Gölbaşı, Z., Erbaş, N., Tuğut, N. (2009). Eş Şiddetinin Kadınların Ruh Sağlığına Etkileri. *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences*, 29(6), 1587-93s
- Kocacık, F. (2001). Şiddet Olgusu Üzerine. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(1), 1-7.

- Kocacık, F., Çağlayandereli, M. (2009). Ailede Kadına Yönelik Şiddet: Denizli İli Örneği. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(2), 25-43.
- Köse, A., Beşer, A. (2007). Kadının Değiştirilebilir Yazgısı “Şiddet”. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 114-121
- Krantz, G., Van Phuong, T., Larsson, V., Thuan, N. T. B., Ringsberg, K. C. (2005). Intimate Partner Violence: Forms, Consequences And Preparedness To Act As Perceived By Healthcare Staff And District And Community Leaders İn A Rural District İn Northern Vietnam. *Public Health*, 119(11), 1048-1055.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., Zwi, A. B. (2002). The World Report On Violence And Health. *The Lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Kumcağız, H., Aydın, İ. A., Talay, T., Gürkan, S., Kinsiz, D. N. (2018). Samsun Şiddet Önleme Ve İzleme Merkezi’ne Başvuran Şiddet Mağduru Kadınların Başvuru Durumları Ve Gereksinimleri. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(2), 401-414.
- Latince-Türkçe Grand Dictionar Sözlük. Erişim Tarihi:20.03.2019. (Erişim Adresi: <https://Tr.Glosbe.Com/La/Tr/Violentia>)
- Li, Y., Marshall, C. M., Rees, H. C., Nunez, A., Ezeanolue, E. E., Ehiri, J. E. (2014). Intimate Partner Violence And HIV İnfection Among Women: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Journal Of The International AIDS Society*, 17(1), 18845
- Martin, S. L., Matza, L. S., Kupper, L. L., Thomas, J. C., Daly, M., Cloutier, S. (1999). Domestic Violence And Sexually Transmitted Diseases: The Experience Of Prenatal Care Patients. *Public Health Reports*, 114(3), 262.
- Miller, E., Decker, M. R., Mccauley, H. L., Tancredi, D. J., Levenson, R. R., Waldman, J., Silverman, J. G. (2010). Pregnancy Coercion, İntimate Partner Violence And Unintended Pregnancy. *Contraception*, 81(4), 316-322.
- Nelson, A. L. (2000). The İntrauterine Contraceptive Device. *Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America*, 27(4), 723-740.
- Ntaganira, J., Muula, A. S., Masaisa, F., Dusabeyezu, F., Siziya, S., Rudatsikira, E. (2008). Intimate Partner Violence Among Pregnant Women İn Rwanda. *Biomedcentral Women's Health*, 8(1), 17
- İncecik, Y., Kurdak, H., Özcan, S., Akpınar, E., Saatçi, E., Bozdemir, N. (2009). Eş Şiddeti Ve Aile Hekimliği. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 3(1), 1-7.

- Olorunsaiye, C.Z., Brunner Huber, L. , Laditka, S.B. , Kulkarni, S. , Suzanne Boyd, A. (2017) Associations Between Women's Perceptions Of Domestic Violence And Contraceptive Use In Seven Countries In West And Central Africa, *Sexual & Reproductive Healthcare*,13: 110-117
- Orhan, S. A., Gölbaşı,Z. (2011). *Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Konusundaki Görüş Ve Uygulamaları. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 21-32.
- Örsal, Ö. (2006). *Ankara Belediye Sınırları İçinde Yaşayan Bireylerin Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü* (Doctoral dissertation, Doktora Tezi.
- Örsal,Ö., Kubilay,G. (2007). Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(60), 155-164.
- Özcan, Ş., Kırca, N. (2017). Çözülemeyen Sorun: Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Ve Hemşirenin Rolü. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 87-96.
- Özçelik, E.(2016). Doğal Aile Planlaması Yöntemleri. *Jour Turk Fam Phy*,7(3): 45-53.
- Özlece, F. (2006). *Kayseri İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlamasına İlişkin Bilgi Ve Düşüncelerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Sağlık Bilimleri Üniversitesi.*
- Öztürk, H., Okçay, H. (2003). İstenmeyen Gebelikler Ve İstemli Düşükler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 6(6).
- Öztürk, Ö., Öztürk, Ö., Tapan, B. (2016). Kadına Yönelik Şiddetin Kadın Ve Toplum Sağlığı Üzerine Etkileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(4), 139-144.
- Page, A. Z., İnce, M. (2008). Aile İçi Şiddet Konusunda Bir Derleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 11(22), 81-94.
- PAHO. (2017). Health Status Of The Population. Violence Against Women Report. Erişim Adresi: <https://www.paho.org/Salud-En-Las-Américas-2017/?P=1307> , Alındığı Tarih: 02.03.2019.
- Schivone, G. B., Glish, L. L. (2017). Contraceptive counseling for continuation and satisfaction. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 29(6), 443-448.
- Semahegn, A., Mengistie, B. (2015). Domestic Violence Against Women And Associated Factors In Ethiopia; Systematic Review. *Reproductive Health*, 12(1), 78.

- Senger R. (2007). *Menstrüel Regülasyon Sonrası Seçilen Kontraseptif Yöntemin Bir Yıl Sonraki Devamlılığı*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü.
- Silverman, J. G., Raj, A., Clements, K. (2004). Dating Violence And Associated Sexual Risk And Pregnancy Among Adolescent Girls In The United States. *Pediatrics*, 114(2), 220-225.
- Şimşek, H. (2011). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2), 119-126.
- Subaşı, N., Akın, A. (2003). Kadına Yönelik Şiddet; Nedenleri Ve Sonuçları. *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık Ve Kadın*, 231-249.
- Taşkın, L. Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 2016, 13.Basım, Ankara Akademisyen Kitapevi,623-646
- Taşpınar, A. , Bolsoy, N., Kaya, F., Şirin, A., Şirin, G. (2008). Çanakkale’de Gebelikte Aile İçi Fiziksel Şiddet Ve Etkileyen Faktörler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 13(13), 63-76.
- Taylan, S., Alan, S., Kadioğlu, S. (2012). Hemşirelik Rollerini Ve Özerklik. *Turkish Journal Of Research & Development In Nursing*, 14(3).
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. *Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri*. Ankara,2008.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (2012).Hemşirelik Aile Planlaması. [Http://Www.Meg.gov.Tr/Mte_Program_Modul/Moduller_Pdf/Aile %20Planlamasi%20\(C4B1\)\(Hem%20Firelik\).Pdf](http://www.meg.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/aile%20planlamasi%20(c4b1)(hem%20firelik).pdf) Erişim Tarihi: 05.03.2019)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Kontraseptif Yöntemler*.Ulusal Aile Planlaması Rehberi. Ankara,Cilt II. 2005
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı.Katılımcı Rehberi. Ankara,2009.
- T.C. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. *Resmi Gazete*, 1983, Vol. 22, No. 5, P. 352. (Erişim Adresi: [Http://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Arsiv/18203.Pdf](http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/18203.pdf)) Erişim Tarihi: 30.03.2019
- TDK. (2017). Güncel Türkçe Sözlük. Erişim Tarihi:20.03.2019. (Erişim Adresi: [Http://Www.Tdk.Gov.Tr/Index.Php?Option=Com_Gts&Arama=Gts&Guid=TDK.GTS.5ce27860a73781.85841303](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ce27860a73781.85841303))

- Tel, H. (2001). Gizli Sağlık Sorunu: Ev İçi Şiddet Ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6 (2), 110.
- Timur, S., Bekar, M. (2006). Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu İle Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişki. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 36-44.
- TNSA (2013). Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara
- Tuğal, Z.Y. (2018). *Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Kadınların Aile Planlaması Hakkında Farkındalıklarının İncelenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2014). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması- Mikro Veri Seti
- Uyar, M., Öztürk, E.N.Y., Şahin,T.K. (2018). Kadına Yönelik Şiddete Genel Bir Bakış. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 6(71),154-162
- Walle, E. (2005). Birth Prevention Before The Era Of Modern Contraception. *Population And Societies*, 418, 1-4.
- Watts, C., Zimmerman, C. (2002). Violence Against Women: Global Scope And Magnitude. *The Lancet*, 359(9313), 1232-1237.
- Wiegratz, I., Thaler, C. J. (2011). Hormonal Contraception—What Kind, When, And For Whom?. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(28-29), 495.
- World Health Organization. (2013). Global And Regional Estimates Of Violence Against Women Prevalence And Health Effects Of İntimate Partner Violence And Non-Partner Sexual Violence
- World Health Organization(2013a). Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Counselling for Maternal and Newborn Health Care, A Handbook for Building Skills, 244
- World Health Organization. (2016). Definition And Typology Of Violence. World Health Organization. Erişim Tarihi:20.05.2019. Erişim Adresi URL: [Http://Www. Who. İnt/Violenceprevention/Approach/Definition/En/](http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/)
- Wu, J. P., Pickle, S. (2014). Extended Use Of The İntrauterine Device: A Literature Review And Recommendations For Clinical Practice. *Contraception*, 89(6), 495-503.

- Yazıcı, M. (2018). *Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Demografik Özellikleri İle Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemi Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Yerli, E.B. (2015). *Erzurum İl Merkezinde 15 - 49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları Ve Etkileyen Faktörler*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.



EKLER

EK 1: Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınızı yazınız
2. Eşinizin yaşını yazınız
3. Eğitim durumunuz nedir?
1.İlkokul() 2.Ortaokul() 3.Lise() 4. Üniversite() 5.Diğer()
4. Eşinizin eğitim durumu nedir?
1.İlkokul() 2.Ortaokul() 3.Lise() 4.Üniversite () 5.Diğer()
5. Mesleğiniz nedir?
1.Memur() 2.İşçi() 3.Serbest Meslek() 4.Ev Hanımı() 5.Diğer()
6. Eşinizin mesleği nedir?
1.Memur() 2.İşçi () 3.Serbest Meslek() 4.Diğer()
7. Size göre gelir durumunuz nasıl?
1.Gelir giderden az (Düşük)() 2.Gelir ile gider eşit (Orta)() 3.Gelir giderden çok (İyi)()
8. Aile tipiniz nedir?(işaretleyiniz):
1. Çekirdek aile () 2. Geniş aile () 3. Parçalanmış aile ()
9. Kaç yaşında evlendiniz?
10. Kaç yıldır evlisiniz?
11. Evlenme şekliniz nedir?
1.Görücü usulü () 2.Anlaşarak () 3.Diğer..... ()
12. Gebelik sayınız nedir?.....
13. Kendiliğinden düşük sayınız nedir?.....
14. Kürtaj sayınız nedir?
15. Ölü doğum sayınız nedir?.....
16. Herhangi bir aile planlaması yöntemi biliyor musunuz?
1.Evet() 2.Hayır()
17. Hangi yöntemleri biliyorsunuz?
1.Hap () 2.Kondom() 3.RİA() 4.Tüp Ligasyonu (tüplerin bağlanması)()
5.Vazektomi(Erkeğin kanallarının bağlanması)() 6.Takvim Yöntemi()
7.Geri Çekme() 8.Aylık-3Aylık İğneler () 9.Diğer()belirtiniz.....
18. Cevabınız evet ise aile planlaması yöntemleriyle ilgili bilgiyi nereden aldınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1.Gazete/Dergi/Kitap() 2.Radyo/Tv() 3.Akraba/Komşu() 4.Sağlık Personeli()
5.Diğer()
19. Aile planlaması yöntemleriyle ilgili bilginizi yeterli buluyor musunuz?
1.Evet() 2.Hayır()
20. Su anda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?
1.Evet() 2.Hayır()
21. Evet ise hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

- 1.Hap () 2.Kondom() 3.RİA() 4.Tüp Ligasyonu (tüplerin bağlanması)()
5.Vazektomi(Erkeğin kanallarının bağlanması)() 6.Takvim Yöntemi()
7.Geri Çekme() 8.Aylık-3Aylık İğneler () 9.Diğer()belirtiniz.....

22. Kullandığınız yöntemden memnun musunuz?

- 1.Evet() 2.Hayır()

23. Kullandığınız aile planlaması yöntemine kim karar verdi?

1. Ben () 2. Eşim () 3. Her ikimiz () 4. Diğer ()



EK 2: Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği

	Ölçek Maddeleri	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
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 hazı / 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

EK 3: Kadına Yönelik Eş Şiddeti Tarama Formu

Soracağım sorulara vereceğiniz tüm cevaplar ve bilgiler gizli kalacaktır. Lütfen tüm soruları cevaplayınız. Size uygun olan seçeneği (x) işareti ile belirtin.

	Evet	Hayır
1. Evliliğiniz süresince eşiniz size karşı hakaret, aşağılama veya küçük düşürücü davranışlarda bulundu mu?	()	()
2. Evliliğiniz süresince eşinizden tekmeleme, tokatlama, dövme, vurma gibi davranışlar gördünüz mü?	()	()
3. Evliliğiniz süresince eşiniz çalışmanızı engelledi ya da maddi olarak sizi sıkıntıya sokacak davranışlarda bulundu mu?	()	()
4. Evliliğiniz süresince istemediğiniz halde, cinsel ilişkiye zorlandınız mı?	()	()
5. Eşinizden korkuyor musunuz?	()	()

İZİNLER

EK 4: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul

Başkanlığı Kurul Kararı

	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
---	---

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eş Şiddetine Maruz Kalmaları ile Aile Planlaması Tutum ve Davranışları Arasındaki İlişki
-----------------------	--

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Nilüfer Tuğut
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:





CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eş Şiddetine Maruz Kalmaları ile Aile Planlaması Tutum ve Davranışları Arasındaki İlişki
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DiĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019-01/20	Tarih: 02.01.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekeç, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Prof. Dr. Yalçın Karagoz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>			
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Doç. Dr. Gulay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>			
Dr. Öğret. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Dr. Öğret. Üyesi Engin Altunkaya	İç hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Dr. Öğret. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>			

* Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez

İmza:

EK 5: Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

YOZGAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - YOZGAT İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 92198657-604.02
Konu : Araştırma İzin Talepleri

Süheyla DEMİRTAŞ ALPSALAZ
Akdağmadeni Devlet Hastanesi

İlgi : 04.03.2019 tarih ve 265 sayılı yazınız.

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Süheyla DEMİRTAŞ ALPSALAZ tarafından yapılması planlanan “18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eş Şiddetine Maruz Kalmaları İle Aile Planlaması Tutum ve Davranışları Arasındaki İlişki” konulu çalışmasını Akdağmadeni 1,2,3 ve 4 nolu Aile Sağlığı Merkezlerinde yapmak için izin talebinde bulunmuştur.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31. Maddesi 5. Fıkrasında belirtilen “Aile Hekimleri, bakmakla yükümlü oldukları vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür.” Hükmü ile 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin “Bilgilerin Gizli Tutulması” başlıklı 23. maddesi 1. fıkrasında belirtilen “Sağlık hizmetlerinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz” hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal varisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bu sebeple, araştırmacının katılımcılara kendi imkânları ile ulaşması gerekmektedir. Bununla birlikte aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda bu merkezde çalışan personelden ve araştırmaya katılacak hastalardan gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde mesai saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebiniz uygun bulunmuştur. Tamamlanan araştırma raporu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna ve İl Sağlık Müdürlüğüne verilmek üzere iki nüsha şeklinde hazırlanıp, müdürlüğümüze gönderilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Fatih ŞAHİN
Vali a.
İl Sağlık Müdürü

Develik Mah. Çamlık Cad. No:9 Yozgat

Telefon: 3542175075/112/120 Faks No:

e-Posta: mohup.polat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Mõhüp Polat

Evrağın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 127e23ee-3162-42c2-931c-51c351e32f10 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Mõhüp POLAT

EBE

Telefon No: 0(354)217 50 72 (10110)

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Süheyla DEMİRTAŞ ALPSALAZ
Doğum Yeri ve Tarihi	Akçakent, 01.12.1993
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Akdağmadeni Devlet Hastanesi 66300 Akdağmadeni / YOZGAT
E-posta Adresi	Suheyla.4065@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

İlköğretim	Ankara Melek Özen İlköğretim Okulu
Lise	Ankara Aktepe Lisesi, 2011
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik bölümü, 2016

İş Tecrübesi

Sivas Özel Medicana Hastanesi, Kadın Doğum Servisi, Hemşirelik, 2016

Yozgat Bozok Üniversitesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi, Dahiliye servisi, GYB ünitesi, 2017-2018

Yozgat Akdağmadeni Devlet Hastanesi, Eğitim Hemşiresi, 2018-Devam ediyor