

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADÖLESAN GEBELERİN AİLE PLANLAMASINA
YÖNELİK TUTUMLARI VE KULLANDIKLARI
KONTRASEPTİF YÖNTEMLER**

**Tezi Hazırlayan
Sibel DİLMEN**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Semra KOCAÖZ
Dr. Öğr. Üyesi Aynur KIZILIRMAK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Mayıs 2019
NEVŞEHİR**

Doç. Dr. Semra KOCAÖZ (1. Danışman) ve Dr. Öğr. Üyesi Aynur KIZILIRMAK (2. Danışman) danışmanlığında **Sibel DİLMEN** tarafından hazırlanan "**Adölesan Gebelerin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler**" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

03/05/2019

JÜRİ

Başkan : Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ

imza

Üye : Doç. Dr. Semra KOCAÖZ

imza

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Rahşan KOLUTEK

imza

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun **08/05/2019** tarih ve **27-230** sayılı kararı ile onaylanmıştır.



TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.


Sibel DİLMEN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve yapmış olduğum çalışmanın her aşamasında bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan, sonsuz sabır ve anlayış gösteren, her konuda yardımcı olan ve beni motive eden çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Semra KOCAÖZ'e,

Görüş ve önerileriyle çalışmama katkı sağlayan ikinci danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Aynur KIZILIRMAK'a,

Uzmanlık eğitimim süresince bilimsel bilgilerle yoluma ışık tutan Sayın Prof. Dr. Nimet KARATAŞ'a,

Çalışma hayatım ile uzmanlık eğitimimi birlikte yürütebilmem için vermiş olduğu destekten dolayı Müdürüm Muharrem ÇİFCİBAŐI'na

Tezimin her evresinde saygı, anlayış ve sabrını benden esirgemeyen, maddi ve manevi her türlü desteği gösteren ve her zaman yanımda olan aileme ve sevgili eşim İrfan DİLMEN'e,

Beni hayata bağlayan, çalışmam boyunca bana güç veren canım oğlum Fatih Alparslan DİLMEN'e sonsuz teşekkür ederim.

ADÖLESAN GEBELERİN AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK TUTUMLARI VE KULLANDIKLARI KONTRASEPTİF YÖNTEMLER

(Yüksek Lisans Tezi)

Sibel DİLMEN

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Mayıs 2019

ÖZET

Bu araştırma, adölesan gebelerin aile planlamasına yönelik tutumlarının ve kullandıkları kontraseptif yöntemlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, 26 Ocak-28 Nisan ve 07 Ağustos-06 Eylül 2017 tarihleri arasında bir üniversitenin eğitim ve araştırma hastanesinin kadın hastalıkları polikliniğine rutin gebelik izlemleri nedeniyle non stres test yaptırmaya gelen 15-19 yaşları arasındaki adölesan gebeler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş ve dahil edilme ölçütlerine uyan 128 adölesan gebe ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri, “Veri Toplama Formu” ve “Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ)” ile toplanmıştır. Araştırmanın uygulamasına, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Etik Kurul’undan onay ve çalışmanın yapıldığı hastaneden gerekli izinler alındıktan sonra başlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmış, Cronbach Alpha değerine bakılmış, Ki-kare, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, ANOVA ve bağımsız gruplarda t testleri kullanılmış ve post hoc analizler yapılmıştır. Araştırmada yaklaşık 10 adölesan kadından üçünün gebelik öncesinde kontraseptif yöntem kullandıkları belirlenmiştir. En fazla kullanılan kontraseptif yöntem %64.1’lik oran ile geri çekmedir. Adölesan gebelerin %66.7’si 6 aydan daha kısa bu kontraseptif yöntemleri kullanmış ve %5.1’i bu yöntemi kendisi kullanmaya karar vermiştir. Adölesanların doğum sonu kontraseptif kullanma isteği yüzdesi ise %93.0’dır. Adölesanların yaşı, evlilik süresi, evlendikten sonra istenilen gebe kalma süresi arttıkça ve doğum yapanlarda kontraseptif yöntem kullanım oranları artmaktadır ($p<0.05$). Adölesanların öğrenim durumu ve evlendikten sonra istenilen gebe kalma süresi ile APTÖ’nün toplam puanından aldıkları ortalama ve ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu sonuçlar

doğrultusunda; öğrenim düzeylerinin artırılması, erken yaşta gebeliklerin sağlığa etkileri ve aile planlaması konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesinin adölesanların aile planlamasına yönelik olumlu tutumları geliştirmesi açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Adölesan, Gebelik, Aile Planlaması, Tutum, Kontraseptif Yöntem
Tez Danışman: Doç. Dr. Semra KOCAÖZ, Dr. Öğr. Üyesi Aynur KIZILIRMAK
Sayfa Adeti: 76

FAMILY PLANNING ATTITUDES OF ADOLESCENT PREGNANT WOMEN AND THE CONTRACEPTIVE METHODS USED

(Postgraduate Thesis)

Sibel DİLMEN

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY
FACULTY OF SCIENCE INSTITUTE**

May 2019

ABSTRACT

This study was conducted in a descriptive and cross-sectional manner to determine the attitudes towards family planning of adolescent pregnant women and the contraceptive methods used. The study universe consisted of adolescent pregnant women aged 15 to 19 years who had presented between 26 January and 28 April and also 07 August and 06 September 2018 to the obstetrics outpatients department of a university training and research hospital to have a non-stress test done during routine pregnancy follow-up. We did not use sampling and the study was completed with the 128 adolescent pregnant women who accepted to participate and met the inclusion criteria. The study data were collected with the “Data Collection Form” and the “Family Planning Attitude Scale (PFAS)”. The conduct of the study began after consent and the necessary permissions were received from the Niğde Ömer Halisdemir University Ethics Committee and the study hospital. Descriptive statistics were used for data evaluation and the tests included Cronbach Alpha value determination, Chi-square, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, ANOVA and the t-test in independent groups, in addition to post hoc analyses. We found that about three in ten adolescent women had used a contraceptive method before pregnancy. The most commonly used contraceptive method was withdrawal at a rate of 64.1%. Contraceptive methods had been used for less than 6 months by 66.7% of the adolescent women while 5.1% had decided on the contraceptive method themselves. The percentage of adolescents that wanted to use contraceptives following birth was 93.0%. The contraceptive use ratio increased in a statistically significant manner as the age, marriage duration, the desired duration until pregnancy following marriage increased, and in women who gave birth ($p<0.05$). We found a statistically significant difference between the mean and median total PFAS score of the adolescents according to educational level and the desired duration until pregnancy following marriage

($p<0.05$). These results indicate that increasing the educational level and providing training and information on family planning and the effect of early pregnancies on health will support the development of favorable attitudes regarding family planning by adolescents.

Key words: Adolescent, Pregnancy, Family Planning, Attitude, Contraceptive Method
Thesis Consultant: Assoc. Prof. Dr. Semra KOCAÖZ, Asisst. Prof. Aynur KIZILIRMAK
Number of Pages:76



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLOLAR LİSTESİ.....	xi
SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1. BÖLÜM	
GİRİŞ	1
2. BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER	4
2.1. Adölesan Dönem ve Özellikleri	4
2.1.1. Adölesan dönemde görülen fiziksel değişimler	4
2.1.2. Adölesan dönemde görülen cinsel değişimler.....	4
2.1.3. Adölesan dönemde görülen duygusal, bilişsel ve psikolojik değişimler	5
2.2. Adölesanların Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Gereksinimleri	6
2.3. Adölesan Gebelikler	8
2.3.1. Adölesan gebeliklerin oluşmasını etkileyen faktörler	10
2.3.2. Adölesan gebeliklerde yaşanan sağlık sorunları	11
2.3.2.1. Anne ölümü	11
2.3.2.2. Bebek ölümü	12
2.3.2.3. Düşük ve istenmeyen gebelikler.....	13
2.3.2.4. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar	13

2.3.2.5.	Preterm eylem.....	13	
2.3.2.6.	Düşük doğum ağırlığı	14	
2.3.2.7.	Hipertansif hastalıklar.....	14	
2.3.2.8.	Anemi.....	14	
2.3.2.9.	Sigara ve madde kullanımı.....	15	
2.3.2.10.	Postpartum komplikasyonlar.....	15	
2.3.2.11.	İstismar.....	16	
2.4.	Adölesanların Kontraseptif Kullanımı.....	16	
2.5.	Tutum, Aile Planlaması ve Hemşirenin Rolü.....	17	
3. BÖLÜM			
GEREÇ ve YÖNTEM.....			20
3.1.	Araştırmanın Tipi	20	
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	20	
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	20	
3.3.1.	Araştırmanın evreni	20	
3.3.2.	Araştırmanın örnekleme	20	
3.4.	Araştırma Verilerinin Toplanması.....	21	
3.4.1.	Veri toplama aracının hazırlanması.....	21	
3.4.2.	Ön uygulama	22	
3.4.3.	Uygulama	22	
3.5.	Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	22	
3.6.	Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	23	
3.6.1.	Araştırmanın bağımsız değişkenleri	23	
3.6.2.	Araştırmanın bağımlı değişkenleri	23	
3.7.	Araştırmanın Etik Yönü.....	23	

4. BÖLÜM	
BULGULAR.....	25
5. BÖLÜM	
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
KAYNAKLAR.....	54
EKLER	65
EK-1	66
EK-2	69
EK-3	71
EK-4	72
EK-5	73
EK-6	74
ÖZGEÇMİŞ	76

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1.	Adölesan Gebelerin ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	25
Tablo 4.2.	Adölesan Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	27
Tablo 4.3.	Adölesan Gebelerin Kontraseptif Kullanımı ve Çocuk Sahibi Olma İsteğiyle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	28
Tablo 4.4.	Adölesan Gebelerin ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gebelik Öncesi Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.5.	Adölesan Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Gebelik Öncesi Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....	33
Tablo 4.6.	Adölesan Gebelerin Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Alt Ve Toplam Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalama, Ortancalarına ve Cronbach Alfa Değerlerine Göre Dağılımı.....	34
Tablo 4.7.	Adölesan Gebelerin ve Eşlerinin Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Alt ve Toplam Boyutlarından Aldıkları Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	35
Tablo 4.8.	Adölesan Gebelerin Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Alt ve Toplam Boyutlarından Aldıkları Puanlarının Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	40
Tablo 4.9.	Adölesan Gebelerin Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Alt ve Toplam Boyutlarından Aldıkları Puanlarının Kontraseptif Kullanımı ve Çocuk Sahibi Olma İsteğiyle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	42

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

AIDS	Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
AP	Aile Planlaması
APTÖ	Aile Planlaması Tutum Ölçeği
BM	Birleşmiş Milletler
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HIV	İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
NST	Non Stres Test
PFAS	Family Planning Attitude Scale
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TMK	Türk Medeni Kanunu
UNFPA	United Nations Population Found (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
ÜS	Üreme Sağlığı

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Kadın sağlığını etkileyen faktörlerin başında üreme sağlığı sorunları gelmektedir [1,2]. Kadınların üreme sağlığı ile ilgili karşılaştıkları hastalıklar arasında %18.0'lık oran ile maternal sorunlar ilk sırada yer almaktadır [2]. Dünyada her yıl 303 bin kadın maternal sağlık sorunları nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Gebelik, doğum ve lohusalık nedeniyle hayatını kaybeden kadın sayısı gelişmiş ülkelerde 100 binde 12 iken, gelişmekte olan ülkelerde bu durum 239 (100.000) olarak rapor edilmiştir [3]. Türkiye'de ise 2017 yılında anne ölümü oranı 100 binde 14.6'dır [4]. Ülkemizde 15-19 yaşları arasında anne ölüm oranı %16.4'tür [5]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), düşük ve orta gelirli ülkelerdeki 15-19 yaşlarındaki kızların ölüm nedenleri arasında gebelik ve doğum ile ilgili komplikasyonların yer aldığını belirtmektedir [6]. Ayrıca adölesan gebeliklerin, kadın hayatını tehdit eden ciddi bir sağlık sorunu olduğu ifade edilmektedir [7,8]. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (United Nations Population Found-UNFPA), bu soruna dikkat çekmek için 2013 yılında Dünya Nüfus Günü'nde "Ergen Gebeliği" konulu bir tema yayınlamıştır [9]. DSÖ, dünyada her yıl gelişmekte olan bölgelerde 15-19 yaşlarındaki kızların yaklaşık 21 milyonunun gebe kaldığını ve 16 milyonunun doğum yaptığını rapor etmiştir. Ayrıca bu raporda 15 yaş altındaki 2 milyon çocuğun gebe kaldığı ve 16 yaş altındaki 2.5 milyon çocuğun da doğum yaptığını bildirilmiştir [6]. Adölesan doğumların %95.0'ı düşük ve orta gelirli olan ülkelerde gerçekleşmektedir [10]. Birleşmiş Milletler (BM) tarafından orta düzey doğurganlık varsayımı doğrultusunda yapılan nüfus projeksiyonlarında adölesan doğurganlık hızı konusunda Türkiye'nin 199 ülke arasından 113. sırada yer aldığı belirtilmektedir [9]. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre ülkemizde 15-19 yaşlarındaki kızların yaklaşık %5.0'inin çocuk doğurmaya başladıkları, %3.0'ının bir canlı doğum yaptıkları ve %1.0'ının da ilk çocuğuna gebe kaldıkları ifade edilmektedir [11].

İlk gebelik açısından en uygun yaş aralığına yönelik ortak görüş olmamakla beraber, adölesan doğurganlığın toplumsal ve sosyal açıdan sağlık sorunlarını beraberinde getirdiği bilinmektedir [12]. İlk kez anne olan adölesanların, ileri yaştaki kadınlara göre daha fazla gebelik ve doğuma ait komplikasyon yaşadıkları tespit edilmiştir [10].

Dünyada adölesanların %23.0'nın gebelik ve doğum nedeniyle hastalandıkları ve sakat kaldıkları belirtilmektedir [13]. Adölesan gebeliklerde maternal ve fetal sonuçların anemi, hipertansif bozukluklar, erken doğum eylemi, sezaryen operasyonu geçirme, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu ve ölü doğum gibi komplikasyonlarla ilişkili olduğu belirlenmiş [14,15] ve tekrarlı doğumlarla birlikte kadınların preterm, düşük doğum ağırlıklı veya stillbirth doğum yapma riskinin yükseldiği, perinatal ve neonatal mortalitenin kötüleştiği tespit edilmiştir [16].

Adölesan gebeliklerin oluşumunda pek çok risk faktörü rol almaktadır [12]. Bu risk faktörlerinden birisi aile planlaması (AP) hizmetlerine ulaşamamadır [8,17]. Adölesanların gebeliği önleyici yöntem kullanımları konusu karmaşıktır. Yöntem kullanma oranları artsa bile, adölesanların ilk cinsel ilişkide korunmalarının şans olduğu ifade edilmektedir [18]. Birçok ülkede cinsellik tabu olarak görüldüğünden, adölesanların bu konuda ve gebelikten korunma yöntemleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmaları sınırlanmaktadır [19]. Adölesanların çoğunluğu gebelikten korunma konusunda arkadaşlarından bilgi almakta ve AP'ye yönelik sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadır [7]. Adölesanlar evli olmadıkları ya da sık cinsel ilişkiye girmedikleri, gebelikten koruyucu yöntemlerin yan etkileri ve olumsuz sağlık sonuçlarından endişelendikleri, doğumdan sonra ve/veya emzirirken adet görmeyeceklerine ilişkin inançları ve cinsel partnerlerinin kontraseptiflere karşı olumsuz düşüncelerinden dolayı AP'ye yönelik ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır. Ayrıca adölesanların kontraseptifler ve bu yöntemlere nasıl ulaşabilecekleri hakkında bilgi eksiklikleri bulunmaktadır [20]. Bu nedenle istenmeyen gebeliklerin oluşmasında adölesan olmak, majör bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir.

Evli adölesanların gebe kalmak istememelerine rağmen, kontraseptif kullanım oranları düşük kalmaktadır [21]. Ayrıca mevcut gebeliklerinden sonra adölesanların %42.0'ı ilk 24 ayda yeniden gebe kalmakta ve %73.0'ı doğum yapmaktadır [12]. Kadınların karşılanmayan AP ihtiyacı giderildiği takdirde 104 000 kişinin yaşayacağı ve birçok adölesanın hayatının kurtarılacağı bildirilmektedir [21]. Bu durum, adölesanların AP ihtiyaçlarının karşılanmasının ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Gelişmekte olan toplumlarda evli adölesanların AP ihtiyacı göz ardı edilmekte ve onlara doğum yapmaları konusunda baskı yapılmaktadır. Sonuçta adölesan annelerin ve

onların bebeklerinin sağlığı tehlikeye girmektedir [8,17]. Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'nin beşincisi olan “anne sağlığının iyileştirilmesi” adına istenmeyen ve tekrarlı gebeliklerin önlenmesi gerekmektedir [13]. Bunu yapabilmek için adölesanlara yeterli AP hizmetlerinin sunulmasına gereksinim vardır. Öncelikle AP hizmetleri sunulmadan önce adölesanların bu konudaki bilgi, tutum ve gereksinimlerinin belirlenmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Çünkü bireylerin inanç ve tutumları, onların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını ve olumlu ya da olumsuz sağlık davranışı göstermelerini etkilemektedir [22,23]. AP konusunda bilgi, uygulama ve tutumların belirlenmesi, ileriye dönük adölesanların istenmeyen ve tekrarlı gebeliklerinin önlenmesinde ve sağlığının iyileştirilmesi için yapılacak olan hizmetlerin planlanmasında faydalı olabilecektir.

Ulusal ve uluslararası düzeyde adölesanların kontraseptif yöntem kullanımlarına ilişkin yapılmış çalışmalar bulunmaktadır [9,11,14-16,18,24,25]. Ulusal düzeyde kadınların AP'ye yönelik tutumlarını inceleyen çalışmalarda da yapılmıştır [26,27]. Ancak ulusal ve uluslararası düzeyde adölesanların AP'ye yönelik tutumlarına ve gebelik öncesi kontraseptif kullanımlarına ilişkin yapılmış çalışmaya rastlanılmamıştır. Ayrıca 2012 yılı verilerine göre araştırmanın yapıldığı Niğde İli'nde adölesan doğurganlık hızı (binde 51.5) Türkiye'nin 8. sırasında ve İç Anadolu Bölgesi'nin ise ilk sırasında yer alması bakımından [9], çalışmamızdan elde edilen sonuçların literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle araştırma, adölesan gebelerin AP'ye yönelik tutumlarının ve kullandıkları kontraseptif yöntemlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönem ve Özellikleri

Latince kökenli olan adölesan terimi, “yetişkin bir birey olma yolunda ilerlemek” anlamına gelmektedir [28]. DSÖ’ye göre adölesan dönemdeki bireylerin 10-19 yaş grubunda yer aldığı belirtilmektedir [29]. Adölesan dönemde bireyler, çocukluktan yetişkinliğe doğru biyo-psikolojik gelişimler ve değişimlerle birlikte geçiş yapmaktadır [12]. Bu dönem kendi içerisinde erken (10-13 yaş), orta (14-16 yaş) ve geç (17-19 yaş) olmak üzere 3 ayrı evreden oluşmaktadır [30]. Adölesan dönemin her bir evresinde bireyler fiziksel, duygusal, bilişsel olmak üzere birçok alanda çok yönlü değişimler yaşamaktadır. Ayrıca bu dönemde bireylerde büyüme atılımları meydana gelmekte, birincil ve ikincil cinsiyet karakterleri gelişmektedir [31].

2.1.1. Adölesan dönemde görülen fiziksel değişimler

Adölesan dönemde bireyler, 3-5 yıl gibi kısa bir zaman zarfında yetişkin yaşam evresindeki fiziksel boyuta ulaşmaktadır. Bu geçiş sürecinde, adölesan bireylerin iç organlarında ve salgı bezlerinde, kemik, yağ ve kas kütlelerinde önemli derecede artış meydana gelmektedir [32]. Adölesan bireylerin fiziksel değişimlerinin başında kilo ve vücutta yağ depolanması artışı, kalçaların genişlemesi, boyun ve çenenin uzaması yer almaktadır. Bu dönemde kemik sisteminde hızlı bir büyüme meydana gelmektedir. Adölesan dönem büyüme önce eller ve ayaklar ile başlamakta, ardından kol ve bacaklar uzamakta, kalça, göğüs kemikleri ve omuzlar ise genişlemektedir. Ayrıca baş, burun ve yüz kemiklerinin büyümesi adölesan dönemde gerçekleşmektedir [31]. Baş çevresinin ölçümleri ve beyin gelişiminin %96.0’ı önceki dönemde meydana geldiğinden dolayı, adölesanlarda bu bölgelerin büyümesi hızlı olmamaktadır [32].

2.1.2. Adölesan dönemde görülen cinsel değişimler

Adölesan dönemde nöroendokrin sistemde ve hormon salınımında meydana gelen değişimler fiziksel gelişimi sağlamakla birlikte, aynı zamanda bireyden bireye farklılık gösterecek şekilde üreme organlarının yapı ve fonksiyonlarında da değişimler yaratmaktadır. Üreme organlarının gelişimi sırasında menstrual siklus başlamakta

(menarş), pubik bölgede kıllanma (pubarş) ve meme dokusunda artış (telarş) meydana gelmektedir. Bu dönemde bireylerde fiziksel büyüme ve gelişme, hormonal değişimlerle eş zamanlı olarak üreme organlarında gelişim yani seksüel yönden olgunlaşma da gerçekleşmektedir [33]. Adölesan dönemde kızlarda, pubertal gelişim ilk olarak memelerin gelişimi ile başlamaktadır. Asimetrik olmayan memelerin gelişimi ve pubik kıllanma, kızlarda sırasıyla ortalama 11.15 ± 1.10 ve 11.69 ± 1.21 yaşlarında meydana gelmektedir. Adölesan kızlarda, pubertenin en dramatik bulgusu olan ilk adet görme (menarş) ortalama 12.2-13.3 yaşları arasında görülmektedir [34].

Adölesan dönemde bireylerde meydana gelen önemli cinsel değişimlerden biri seksüel uyarılmanın başlamasıdır. Bu dönemde, birçok değişim yaşayan adölesanın cinsel kimliği oluşmaya başlamakta, cinsel duygu ve yönelimleri şekillenmektedir [35]. Adölesanların cinselliğe hazırlanması merak duygusuyla birlikte başlamakta, deneme ve yanılma yoluyla öğrenilmesi gerçekleşmektedir. Başlangıçta bu merak duygusu kendi vücuduna dönüktür. Ancak daha sonra bu duygu etrafındaki diğer bireylere doğru yönelmektedir. Adölesanlarda zaman ilerledikçe bu merak duygusu, yerini cinsel deneyimlere bırakmaktadır. Bu süreç esnasında adölesan, cinsel kimliğini kazanmaya yönelik çaba sarf etmektedir. Adölesan dönemde bireyler, kendi cinsiyetini biyolojik, sosyal ve psikolojik anlamda algılama, kabul etme, cinsel davranış ve yönelimlerini oluşturma gibi aşamalardan geçmektedir [31].

2.1.3. Adölesan dönemde görülen duygusal, bilişsel ve psikolojik değişimler

Adölesan dönemin erken aşamasında bireylerin din, ölüm, politika, felsefe gibi soyut konulardaki düşünceleri gelişmeye başlamaktadır. Adölesanlar gelecek kaygısı duymakta, çevresine ve yaşam biçimine yönelik reddetme davranışları gösterebilmektedir. Adölesan dönemin orta aşamasında bireyler, karşı cinse yönelik duygusal yönelim, riskli durumları hafife alma, bağımsız olmayı isteme gibi davranışlar sergileyebilmektedir. Ayrıca adölesanın farklı bir birey olma isteği ve bu durumu ebeveynine kabul ettirme çabası çeşitli çatışmalara sebep olabilmektedir [36]. Adölesan dönemin geç aşamasında ise bireylerde daha çok kimlik duygusunu geliştirme çabası görülmektedir. Burada adölesan birey "ben kimim?" sorusuna yanıt bulmaya çalışmaktadır. Adölesanlar, bu sorunun yanıtını çocukluğunda etrafından kazandığı özellikleri benliğinde bütünleştirerek bulmaktadır. Bu dönemin sonunda kimlik

duygusunu sağlam bir şekilde kazanmış olan adölesan birey, “ben kimim?” sorusuna net olarak cevap verebilmektedir [31].

Adölesanlar bu değişimleri yaşarken bir takım sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedir [30]. Büyüme ve gelişme sürecinde adölesanlarda, anoreksiya veya bulimia nevroza, tıkanırmasına yemek yeme, atipik yeme ve şişmanlık gibi yeme bozuklukları gelişebilmektedir. Adölesan dönemde bireyler alkol ve madde bağımlılıklarının, ruhsal ve kişilik bozukluklarının gelişimi açısından risk altındadır [37]. Ayrıca adölesanlar bu dönemde üreme ve cinsel sağlık konusunda da bazı sorunlarla karşılaşabilmektedir [30].

2.2. Adölesanların Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Gereksinimleri

Cinsellik, “kişinin sadece üreme sistemini değil, aynı zamanda birey olarak taşıdığı tüm özellikleri yansıtan fiziksel, duygusal, biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, etik, dini ve ekonomik etmenlerin etkilerini” içeren bir bütünden oluşmaktadır [38]. Cinsellik kavramı, insanlığın var olması ile ortaya çıkmış ve yaşamın normal bir parçası olmuştur. Bilinen, bilinmeyen, merak edilen, konuşulan ve yasaklanan yönleriyle cinsellik, anlaşılması güç bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle çelişkilerle dolu olan bu alanda sağlık profesyonellerine büyük görevler düşmektedir. Sağlıksız ve mutsuz bir cinsellik, bireylerin yaşamındaki önemli sağlık sorunlarından biridir [39].

Cinsel sağlık kavramı, “sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, cinselliğe ilişkin fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak sağlıklı olma” durumu şeklinde tanımlanmaktadır. Bu kavramdan anlaşılacağı üzere bireylerin herhangi bir ayrımcılık, zorlama ve şiddet olmadan, güvenli, saygılı, olumlu ve keyif verici bir cinsel yaşamlarının olması gerekmektedir. Ancak birçok sağlık sorunu, cinsel davranışları etkileyebilmektedir [40].

Üreme sağlığı (ÜS) kavramı ise 1990’lardan önce kadınların doğurganlığı üzerine temellendirilip, ana-çocuk sağlığı/AP hizmetleri üzerine kurulmuştur. ÜS kavramının anlamı, yıllar içinde değişikliğe uğramıştır. Kahire’de 1994 yılında gerçekleştirilen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda bu kavram ilk kez tanımlanmıştır. Burada ÜS, “üreme sistemindeki işlev ve süreçlerle alakalı hem hastalık veya sakatlığın olmaması hem de tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik

halinin olması" şeklinde tanımlanmış ve burada alınan kararlar tüm ülkelerce kabul edilmiştir. Ayrıca ÜS kavramı, her iki cinsiyetteki bireylerin cinsel yönden güvenli ve tatmin edici bir yaşamlarının olmasını ve üreme yeteneklerini nasıl kullanacakları konusunda karar verme özgürlüğüne sahip olmalarını da kapsamaktadır [41]. Bu tanımların içeriğinden anlaşılacağı üzere ÜS ve cinsel sağlık, her yaşta ve iki cinsiyeti kapsayan bütüncül bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır [42]. Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı ve 1995 yılında Pekin'de yapılan Dördüncü Dünya Kadın Konferansı'nda sonra cinsel ve üreme hakları, insan haklarından ayrıştırılarak gündeme gelmiştir. Hatta Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu tarafından Uluslararası İnsan Hakları Yasaları'na bağlı olarak gençler için özel cinsel ve üreme hakları tanımlanmıştır. Bunlar [43]:

1. Kendin olma hakkı: Kendisi ile ilgili kararları verebilme, kendini ifade edebilme, cinsellikten zevk alabilme, güvende olabilmeyi, evlilik konusunda ve AP konusunda özgürce hareket edebilmeyi,
2. Bilme hakkı: Cinselliği, gebelikten korunma yöntemlerini, seksüel yolla bulaşan enfeksiyonları, HIV ve AIDS'i, üreme ve cinsel haklarını,
3. Kendini koruma ve başkası tarafından korunma hakkı: İstenmeyen gebelikten, seksüel yolla bulaşan enfeksiyonlardan ve HIV/AIDS'den, cinsel istismardan korunabilmeyi,
4. Sağlık hizmetlerine sahip olma hakkı: Mahremiyete özen gösteren ve sır saklayabilen, sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilen, kaliteli ve saygıyla sunulan hizmetleri,
5. Katılma hakkı: Gençler için yapılması planlanan program, toplantı ve seminer gibi her türlü etkinliklere katılabilmeyi ifade etmektedir.

Her bir bireyin yaşam süresi boyunca, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık ihtiyaçları bulunmaktadır [42]. Adölesan ve gençlerin ÜS/cinsel sağlık ihtiyaçları, bireylerin içinde yaşadığı toplumun sosyal, kültürel ve coğrafik olmak üzere birçok özelliğinden etkilenerek çeşitlilik gösterebilmektedir. Adölesanların ve gençlerin ÜS sorunlarının arasında erken yaşta cinsellik ve evlilik, gebelik ve doğum, istenmeyen gebelikler, genital mutilasyon, HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar yer almaktadır [43]. Ülkemizde

2005-2015 yılları arasında yapılan cinsel sağlık ve ÜS konusundaki ulusal stratejik eylem planında, gençlerin cinsel sağlık/ÜS düzeylerinin düşük olduğu belirtilmektedir. Bu planda adölesanların erken yaşta evliliklerine ve güvenli olmayan seksüel ilişkilerine yönelik atıflarda bulunulmuştur [44]. Adölesanların ve gençlerin, bu ÜS sağlığı sorunlarından korunabilmesi için onlara ulaşabilecekleri ve gerektiğinde danışmanlık alabilecekleri sağlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir [43].

Adölesan dönemde cinsel davranışlar ve alışkanlıklar yeni bir boyut kazanmakta, ilk seksüel deneyim ve duygular yaşanmakta, merak ve fanteziler baş göstermekte ve bu durum adölesanların güvenli olmayan davranışlara doğru yönelmelerine sebep olabilmektedir. Bu nedenle cinsel ve ÜS'ye yönelik ileride ki yaşamları etkilenebileceği için adölesan dönemde bireylerin cinsel yaşamları ile ilgili sağlıklı ve riskli olmayan kararları almaları ve uygun davranışları göstermeleri beklenmektedir. Bunu yapabilmeleri için ise adölesanların cinsellik ile ilgili uygun zamanda doğru ve yeterli bilgiye ulaşmalarının önemi büyük olmaktadır [19]. Adölesanlara verilecek olan ÜS eğitimi, bireylerin kendini tanımasını ve birçok yönden tanımlanan haklarına yönelik yeterli bilgiye sahip olmalarını, sağlıklı cinsel davranışlar geliştirmelerini ve yaptıklarının sorumluluğunu almalarını kolaylaştırabilecektir [30]. Dünya çapında riskli davranış alma eğilimi sergileyen adölesan nüfusun giderek artması, onlara ÜS ve cinsel sağlıklarının korunması açısından eğitim ve danışmanlık verilmesini zorunlu hale getirmektedir [45]. DSÖ'nün sunduğu rapora göre adölesan ve gençlere verilen cinsel sağlık ve HIV/AIDS programlarının birlikte yürütüldüğü eğitim yaklaşımları ile seksüel aktivitenin azaldığı, ilk cinsel ilişki yaşının yükseldiği ve güvenli cinsel ilişki uygulamalarının arttığı belirlenmiştir [31].

2.3. Adölesan Gebelikler

Dünya Sağlık Örgütü'nün adölesan olarak tariflediği 10-19 yaş grubundaki kızlarda meydana gelen hamileliklere "adölesan gebelikler" denilmektedir [46]. Adölesan gebeliklerin nedeni değişmekle birlikte, farklı ülke ve aynı devletin değişik coğrafik bölgelerinde görülme sıklıklarında farklılıklar yaşanmaktadır [47]. DSÖ'nün yayınladığı rapora göre dünyada her yıl gelişmekte olan ülkelerde 15-19 yaşları arasında yer alan 21 milyon ve 15 yaş altında iki milyon adölesanın gebe kaldığı bildirilmektedir. Ayrıca bu ülkelerde, 15-19 yaşları arasında 16 milyon ve 16 yaşın altında ise 2.5 milyon

kızın doğum yaptığına yönelik tahminlerin olduğu ifade edilmektedir. Aynı raporda, küresel çapta 1990'dan (65/1000) 2015'e (47/1000) kadar adölesan doğurganlık hızının azaldığı belirtilmekle birlikte, artan nüfus sonucunda 2030 yılına doğru adölesan gebelik insidansının yükseleceği de vurgulanmaktadır [6]. Yapılan doğumların %95.0'nin düşük ve orta gelirli olan ülkelerde gerçekleştiği ve bu adölesanların ise %90.0'nin evli olduğu belirtilmektedir [10]. BM tarafından 2010-2015 yıllarına ait orta düzey doğurganlık varsayımı doğrultusunda yapılan nüfus projeksiyonlarında adölesan doğurganlık hızının, en yüksek olduğu bölge Orta Afrika (137/1000) olarak bulunmuştur. Adölesan doğurganlık hızının en düşük olduğu bölgenin ise Batı Avrupa (binde 4.8) olduğu bildirilmektedir. Bu projeksiyona göre 2010-2015 dönemi için adölesan doğurganlık hızının en düşük olduğu ülkeler arasında Slovenya (0.6/1000), Kuzey Kore (0.6/1000) ve İsviçre (1.9/1000) yer almaktadır [9]. TNSA 2013 araştırmasına göre 15-19 yaş grubundaki adölesanların %1.3'ünün ilk gebeliğini yaşadıkları, %3.3'ünün canlı doğum yaptıkları ve %4.6'sının ise doğum yapmaya başladıkları rapor edilmiştir. Bu raporda 17 yaş altında nadir olarak görülmekle birlikte, 19 yaşındaki kadınların %16.0'nin anne olduğu veya ilk gebeliklerini yaşadıkları belirtilmektedir. Ayrıca kırsal bölgede yaşayan kadınların kentte ikamet edenlere göre daha fazla adölesan çağda çocuk doğurduklarından bahsedilmektedir [11]. Türkiye'de 15-19 yaşları arasında doğum yapan adölesan sayısı 2001 yılında 154322 iken, 2012 yılında bu sayı 91114'e gerilemiştir [9]. Ülkemizde 15-19 yaş grubunda bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısını gösteren adölesan doğurganlık hızı, 2012 yılında 31/1000 iken, bu oran 2017 yılında 21/1000'dir [48]. Ayrıca Türkiye'de 2006-2017 arasında 15-19 yaş arasındaki 1000 kadın için adölesan doğum oranı 27 olarak belirtilmiştir [49]. Bu durum Türkiye'de bölge bazlı olarak incelendiğinde; Doğu, Güneydoğu ve İç Anadolu Bölgelerinin bazı illeri adölesan doğurganlık hızının en yüksek olduğu yerlerdir. Bu bölgelerden ergen doğurganlık hızının en yüksek olduğu il Ağrı (binde 72.2) olarak tespit edilmiş, bu sayıyı binde 63.9 ile Kars ve binde 60.4 ile Muş izlemiştir. Bu illeri Kilis (56.8), Van (55.3), Siirt (54.7), Bitlis (53.0), Niğde (51.5), Iğdır (50.7), Şanlıurfa (50.0) takip etmiştir. Niğde, İç Anadolu Bölgesi'nin en yüksek adölesan doğurganlığına sahip ilidir. Ergen doğurganlık hızının en düşük olduğu il ise binde 10.8 ile Trabzon olmuştur [9].

2.3.1. Adölesan gebeliklerin oluşmasını etkileyen faktörler

On dokuz yaş ve altında gerçekleşen bu gebeliklerin gerçekleşmesinde toplumsal ve kişisel olmak üzere pek çok faktör rol oynamaktadır. Adölesan gebeliklerin en önemli nedenlerinden biri erken yaşta yapılan evliliklerdir [19]. Gelişmekte ya da az gelişmiş olan ülkelerde, kültürel yapı ve geleneklere bağlı olarak aileler en kısa zamanda çocuklarını evlendirmek istemektedir. Ailelerde kız çocuklarının ekonomik bir yük olduğunun düşünülmesi ya da adölesanların evleneceği bireylerden maddi beklentilerin olması, erken yaşta evliliklere neden olabilmektedir [28]. Ayrıca bazı toplumlarda kızların evlilik öncesi cinsel ilişki yaşamalarını önlemek amacıyla erken yaşta evlilikler meydana gelebilmektedir [50]. Ülkemizde 4271 sayılı Türk Medeni Kanunu (TMK)'nin evlenme ehliyeti ve engelleri başlığı altındaki 124. maddede “Erkek veya kadın on yedi yaşını doldurmadıkça evlenemez. Ancak, hâkim olağanüstü durumlarda ve pek önemli bir sebeple on altı yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verebilir. Olanak buldukça karardan önce ana ve baba veya vasi dinlenir” denilmektedir [51]. TNSA 2013 araştırma sonuçlarına göre ilk evlenme yaşı ortancası 21.0'dır ve kadınların yarısı bu yaştan önce evlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada 25-49 yaşındaki kadınların %41.0'nin 20 yaşından önce, %22.0'nin 18 yaşına kadar ve % 4.0'nin ise 15. yaş gününden önce evlendikleri belirlenmiştir [11].

Erken yaşta evlilik yapmanın diğer nedenleri arasında öğrenim düzeyinin düşüklüğü yer almaktadır [28]. TNSA 2013 araştırmasına göre ortanca evlilik yaşı ile öğrenim düzeyi arasında pozitif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Eğitimi ve ilkökul mezunu olmayan kadınlarda evlilik ortanca yaşı 18.9 olarak bulunmuştur [11]. Ozsahin ve çalışma arkadaşlarının Denizli'de yaptıkları bir çalışmada, 8 yıl altında eğitim almanın adölesan gebeliklerin gelişimi için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır [52].

Adölesan gebeliklerin meydana gelmesinde öğrenim düzeyinin düşüklüğü dışında gelenekçi bir aile yapısına sahip olmanın, düşük sosyo-ekonomik seviyenin, dini inanışların ve AP hizmetlerine ulaşamamanın etkili olduğu bildirilmektedir [50]. Ayrıca literatürde, aile içerisinde iletişim bozukluğunun yaşandığı, mental sorunların, enstest ilişkilerin, madde bağımlısı ve suça eğilimli ya da bu fiili işlemiş olan bireylerin bulunduğu, anne ve babanın boşandığı, şiddet ortamının olduğu durumlarda adölesan gebelik meydana gelme riskinin arttığı vurgulanmaktadır [28]. Ozsahin ve çalışma

arkadaşlarının yaptığı çalışmada, işsizliğin de adölesan gebeliklerin oluşmasında risk faktörü olduğu belirlenmiştir [52]. Bunların yanı sıra okul başarısızlığının, okulu terk etmesinin, madde kullanım sorunlarının, cinsellik ve kontraseptif yöntemler hakkındaki bilgi eksikliklerinin, gebelikten koruyucu yöntemlere ulaşmada ve kullanmada yaşanan sıkıntıların ve uğradığı istismarların, adölesanın gebe kalmasında etkili olabileceği ifade edilmektedir. Tüm bu faktörler dışında kişinin menarş yaşı, cinsel ilişki sıklığı, seksüel partner sayısı ve onunla iletişimi, evlilik durumu, sosyal güvence ve destek varlığı gibi nedenlerin de adölesan gebeliklerin gelişimi için risk oluşturabileceği söylenmektedir [28].

2.3.2. Adölesan gebeliklerde yaşanan sağlık sorunları

Doğurganlık, normal bir fizyolojik olay olmasına karşın, her gebelik bir kadın için sağlık açısından risk oluşturmaktadır. Bu risk, anne yaşından etkilenmektedir [53]. Adölesan gebelikler, riskli hamilelikler olarak kabul edilmekte, tıbbi ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir [54]. Henüz fizyolojik ve psikolojik açıdan olgunluğa ulaşmamış genç adölesanların gebelikleri, annenin kendisi ve yenidoğan bebekleri için mortalite ve morbidite sorunlarına yol açmaktadır [53]. Ülkemizde Melekoğlu ve çalışma arkadaşlarının 19 yaşın altında ve üzerindeki gebelerin maternal ve fetal sonuçlarını karşılaştırdıkları araştırmasında, adölesan gebelerde preterm eylem, preeklamsi, intrauterin gelişme geriliği, anemi, konjenital anomali ve fetal distressin anlamlı olarak yüksek sıklıkta görüldüğü saptanmıştır [55]. Ağaçayak ve çalışma arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 15-19 yaş grubundaki adölesanlarda, 20-23 yaşındaki kadınlara göre maternal kan transfüzyonu alma, fetal anomali ve yoğun bakımda kalma ihtiyacının anlamlı olarak yükseldiği belirlenmiştir [54]. Benzer sonuçlar, Ulaş Barut'un çalışma sonuçlarında da bulunmuştur [56]. Bu çalışmaların [54-56] sonuçlarının gösterdiği gibi, tüm dünyada önemli sağlık sorunlarına neden olabilecek olan adölesan gebeliklerin önlenmesi, olumsuz maternal ve fetal sonuçların önüne geçilebilmesi için iyi sunulan doğum öncesi hizmetlere ve bu konuda bireylerin bilinçlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır [54].

2.3.2.1. Anne ölümü

Anne ölümünün tanımı “bir kadının, gebelik sırasında ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, *gebelik durumunun*

ya da gebelik sürecinin şiddetlendirdiği tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan kadın ölümü” şeklindedir. Anne ölümleri, doğrudan ve dolaylı olarak gerçekleşmektedir [5]. Tesadüfi ölümler, anne ölümü olarak kabul edilmemekte ve gebeliğe bağlı kadın ölümlerinin içerisinde yer almaktadır [57]. Anne ölümleri sırasıyla antenatal, intrapartum ve doğum sonu kanama (%24.9), dolaylı nedenler (%21.0), ödem, proteinüri ve hipertansif bozukluklar (18.4), emboli, cerrahi komplikasyonlar ve uterus rüptürü gibi diğer doğrudan faktörler (%15.7), bilinmeyen doğrudan nedenler (10.1), gebeliğe bağlı enfeksiyonlar (%4.6), intihar (3.2) ve erken gebelik dönemi ölümler (%1.8) sonucu gerçekleşmektedir [5]. Yukarıda nedenleri açıklanan anne ölümleri aslında epidemiyolojik, sosyolojik, ekonomik, demografik ve çevresel birçok faktörlerin bileşimi sonrasında meydana gelmektedir [57]. Anne ölümünü hazırlayan başlıca nedenler arasında ise çok ve sık aralıklarla doğum yapma, erken ve ileri yaşta anne olma (19 yaş altı ve 35 yaş üzeri), beslenme yetersizlikleri, doğum öncesinde, sırasında ve sonrasında sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama ve sosyolojik faktörler yer almaktadır. Adölesan gebelikler, anne ölümüne neden olan faktörlerden biridir [53]. Dünyada düşük ve orta gelirli ülkelerde 15-19 yaşında yer alan adölesanların ölümüne yol açan faktörlerden biri gebelik ve doğuma bağlı olarak gerçekleşen sağlık sorunlarıdır. 15 yaşındaki bir adölesanın annelik nedeniyle ölme ihtimalinin gelişmiş ülkelerde 1/3700 olduğu ve bu durumun gelişmekte olan ülkelerde 60’da bire kadar düştüğü belirtilmektedir [58]. Ülkemizde 2017 yılı verilerine göre anne ölüm oranı %14.6’dır [4]. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005’e göre 15-19 yaşları arasındaki kadınların ölüm oranı 100.000’de 16.4’tür. Oysaki 20-24 yaş grubunda anne ölüm oranı 10.2/100.000’dir [5].

2.3.2.2. Bebek ölümü

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, adölesan gebeliklerin yarattığı sorunların kadınların tüm yaşamlarını etkileyeceğini ve hatta yaşanılan bu olayların nesiller boyunca aktarılabilceğini vurgulamıştır. Ayrıca UNFPA yayınladığı raporda, 20-29 yaş grubunda anne olanlara göre 20 yaş altında doğum yapan kadınların gebeliğindeki ölü doğum ve bebek ölüm oranlarının %50.0’dan daha fazla olacağı belirtilmiştir [9]. Bebek ölüm hızı, bir yılda her bin canlı doğumda meydana gelen bebek ölümü sayısını ifade etmektedir [1]. TNSA 2013 verilerine göre 20 yaş altındaki adölesanlarda (25/1000), 20-29 yaşında anne olanlara (14/1000) göre bebek ölüm hızının yüksek olduğu

bulunmuştur [11]. Ülkemizde Korkmaz ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, ölen bebeklerin %1.8'inin anne yaşının 18 yaş ve altında olduğu tespit edilmiştir [59].

2.3.2.3. Düşük ve istenmeyen gebelikler

Adölesanlarda gerçekleşen hamileliklerde, istenmeyen gebelik oluşma riski artmaktadır [60]. Fiziksel ve psikolojik olarak gebeliğe hazır olmamaları nedeniyle adölesanlarda istenmeyen gebelikler düşükle sonlanabilmektedir. Adölesanlarda istenmeyen gebeliklerin oluşmasında ÜS konusunda bilgi eksikliğinin, AP hizmetlerine ulaşamamanın ve kontraseptif yöntemlerin kullanımındaki başarısızlıkların, evlilik dışı cinsel ilişki sonucu gebelik meydana gelmesinin ve seksüel yönden istismarların etkili olduğu belirtilmektedir [19]. Dünya çapında her yıl üç milyon güvenli koşullarda gerçekleşmeyen düşüğün olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca her yıl yaklaşık olarak 2-2.4 milyon adölesanın düşük yaptığı ve bunların çoğunluğunun sağlıklı ve ehil olmayan kişilerce gerçekleştirildiği bildirilmektedir [61]. Ülkemizde kadınlarda isteyerek düşük yapma oranı %4.7'dir ve bu durum 15-19 yaşlarındaki adölesanlarda %1.2'dir [11].

2.3.2.4. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar

Toplumda kızların erken yaşta evlendirilmesinin, HIV enfeksiyonuna karşı koruyacağı düşünülmektedir. Oysaki 20 yaşından önce evlendirilen kadınlarda HIV enfeksiyonunun gelişme riskinin arttığı bildirilmektedir. Sahra altı ülkelerde, erkeklerde var olan HIV ve diğer enfeksiyonların bakire olan kişilerle, kızlarla veya kendi kızları ile cinsel ilişkiye girildiğinde tedavi olunacağına ilişkin inançlar bulunmaktadır. Bu inanç ya da mitler, kızlara HIV gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların bulaşma riskini artırırken, aynı zamanda seksüel yönden istismara uğramasına neden olabilmektedir [62]. Bunların yanı sıra adölesanların çoğunluğunun güvenli olmayan koşullarda cinselliğini sürdürmesi ve kondom gibi kontraseptif yöntemler konusundaki bilgi eksikliklerinin olması, AIDS olgularının artmasına yol açabilmektedir [63].

2.3.2.5. Preterm eylem

Adölesan çağda yer alan gebelerin, diğer yaş grubundaki hamile kadınlara göre daha fazla preterm eylem yaşadıkları belirtilmektedir [61]. Ülkemizde Keskin Kurt ve çalışma arkadaşlarının Hatay ilinde yaptıkları bir araştırmada, preterm eylem insidansının

adölesanlarda anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur [64]. Kırbaş ve çalışma arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada da benzer olarak ergen annelerin preterm doğum yapma riskinin diğer gebelere göre yaklaşık olarak 2.5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır [65].

2.3.2.6. Düşük doğum ağırlığı

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, 15-19 yaş arası meydana gelen gebeliklerde düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu insidansının daha fazla olduğu belirlenmiştir [64]. Bakılan Abalı ve çalışma arkadaşlarının adölesan doğumların sonuçlarını retrospektif olarak inceledikleri araştırmalarında, 19 yaş altındaki kadınların %9.2'sinin bebeğinin kilosunun 2500 gramdan daha az olduğu tespit edilmiştir [66]. Hindistan'da yapılan bir çalışmada, adölesan gebelerin (%65.5), diğer yaş grubundaki hamile kadınlara (%25.9) göre anlamlı olarak çok yüksek oranda düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirdikleri bulunmuştur [67].

2.3.2.7. Hipertansif hastalıklar

Dünya çapında gebelerde meydana gelen hipertansif bozukluklar, maternal mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir [68]. Genç yaşta nulligravid olmanın, gebelikte hipertansif hastalıkların gelişmesinde bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir [69]. Hindistan'da yapılan bir çalışmada, gebeliğin indüklediği hafif hipertansiyon ve preeklemsinin 20 yaş altındaki kadınlarda, diğer gebelere göre anlamlı olarak yüksek görüldüğü belirlenmiştir [70]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise adölesan olan gebelerde (%22.0), olmayanlara (%10.7) göre yaklaşık iki kat daha fazla preeklemsinin geliştiği saptanmıştır [71].

2.3.2.8. Anemi

Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi'nin 1989 yılında yaptığı tanıma göre gebelikte anemi, "birinci ve üçüncü trimester için hemoglobün değerinin 11 g/dl'nin ve ikinci trimester için ise 10.5 g/dl'nin altında olması" şeklindedir. Ayrıca DSÖ, hemoglobün değerinin 11 g/dl'nin altında olması durumunda, bireylerde anemi tanısının konulabileceğini belirtmiştir. Bu iki tanım doğrultusunda gebelerin yaklaşık olarak yarısında aneminin görüldüğü ifade edilmektedir [72]. Gebelikte görülen anemi, maternal ve perinatal dönemde morbidite ve mortaliteyi artıran tıbbi bir sağlık

problemidir [73]. Aneminin görülmesi doğrudan beslenme ile ilişkilidir [72]. Adölesanlarda beslenme bozukluğu sık karşılaşılan problemlerden biridir [69]. Gebelikte aneminin gelişmesinde etkili olan risk faktörlerinden biri, adölesan olmaktır [72]. Ülkemizde Melekoğlu ve çalışma arkadaşlarının yaptığı araştırmada, adölesanların %40.0'ında ve normal yaştaki gebelerin %12.7'sinde aneminin geliştiği belirlenmiştir [55].

2.3.2.9. Sigara ve madde kullanımı

Adölesan dönemde bireyler, riskli davranışlar sergileyebilmektedir [74]. Adölesanlarda sigara içme, alkol ve madde kullanma gibi davranışlar sıkça görülmektedir [74,75]. Gebelik esnasında adölesanların sigara içmesi, alkol ve ilaç kullanması istenmeyen obstetrik sonuçların oluşmasına yol açabilmektedir [76]. Gebelikte sigara içimi, anne karnında bebeğin büyüme ve gelişmesinin yavaşlamasına, düşüğe, erken doğuma, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna ve perinatal dönemde mortalite sorunlarına neden olabilmektedir. Ayrıca kokain gibi bağımlılık yapıcı madde kullanımı düşük, ikinci ve üçüncü trimester de erken doğum eylemi, ablasio plasenta ve erken membran rüptürü gibi sağlık sorunlarının gelişim riskini artırmaktadır [12].

2.3.2.10. Postpartum komplikasyonlar

Adölesanlarda, sadece gebeliğe, doğum eylemine ve doğan bebeklere yönelik riskler görülmemekte, aynı zamanda postpartum dönemde de bir takım sıkıntılar ortaya çıkmaktadır. Bunlardan birisi doğum sonu dönemde emzirmeye ilgili problemlerin yaşanmasıdır [77]. Annelerin emzirmeye yönelik düşünce ve uygulamalarının incelendiği bir çalışmada, adölesan olanların olmayanlara göre emzirme konusunda daha az eğitim aldıkları saptanmıştır [78]. Adölesanlarda emzirme ile ilgili yetersizliklerin yanı sıra hijyen ve özbakım eksiklikleri ve doğum sonu pelvik bölgedeki dolaşım problemleri de bireyleri enfeksiyonlara karşı yatkın hale getirmektedir. Doğum sonu dönemde adölesan anneler için bir diğer sağlık problemi depresyondur. Adölesan annelerin, diğer yaş grubundaki kadınlara göre doğum sonu dönemde daha fazla depresyona girdikleri belirtilmektedir [77].

2.3.2.11. İstismar

Adölesan gebeliklerin oluşma nedenleri arasında fiziksel, duygusal ve cinsel istismar yer almaktadır [28]. Fiziksel ve psikolojik olarak gelişimin tamamlanmadığı adölesan dönemde, erken yaşta evlendirilmek ve bu nedenle eğitim hayatına devam edememek, istismar şekillerinden biridir. Ayrıca istismara uğrayarak gebe kalan adölesanlardan doğacak olan bebeklerin de bu problemi yaşayabilecekleri ifade edilmektedir [60]. Cinsel içerikli istismara uğrayan kadınların yarısının 15 yaş ve altında olduğu bildirilmektedir [19].

2.4. Adölesanların Kontraseptif Kullanımı

Birçok toplum, sosyo-kültürel nedenlerle evlilik öncesi cinsel ilişkiyi ve gebeliği hoş karşılamamaktadır. Toplum içerisinde bu tür ön yargılar adölesanların kontraseptif yöntem kullanımlarını etkilemektedir [63]. Ayrıca adölesanların kendilerine ait ekonomik güçlerinin olmaması, kontraseptif kullanımlarını sınırlandırmaktadır [19]. Rahatça AP kliniklerine başvuramaması, hizmet alacağı sağlık profesyonelinin olumsuz tutumu ve kontraseptif yöntemlere ulaşmasındaki yaşadığı güçlükler, bekar adölesanların bu konuda sorun yaşamalarına neden olmaktadır [63]. AP hizmetlerine ulaşamayan ve etkili olmayan gebeliği önleyici yöntemleri kullanan adölesanlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler ve adölesan gebelikler için aday konuma gelmektedir [79].

Düşük gelir düzeyine sahip olan ülkelerde yaklaşık 220 milyon kadın AP hizmetlerine yönelik ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır. Adölesanların ise ileri yaştaki kadınlara göre uygun olmayan geleneksel yöntem kullanma, kontraseptif yöntemlerin yetersizliği ve bu yöntemlere devam edememe gibi nedenlerden dolayı aile planlaması hizmetlerinden daha az yararlandıkları belirtilmektedir [21]. Gelişmekte olan ülkelerde evli adölesanların sadece %22.0'nin kontraseptif yöntem kullandıkları raporlanmıştır. Oysaki evli olan 15-49 yaş grubunda kontraseptif yöntem kullanım oranı %61.0'dır. Ayrıca evli olan adölesanların yaklaşık olarak dörtte birinin (%24.0), karşılanmayan AP gereksinimi bulunmaktadır [10].

Adölesanlar ile yetişkinler karşılaştırıldığında, gebeliği önleyici yöntem kullanım oranlarının oldukça düşük olduğu bilinmektedir [79]. TNSA 2013 verilerine göre tüm

yaş gruplarındaki evli kadınlarda herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı % 73.5 iken, bu durum adölesanlarda %46.9'dur. Ayrıca tüm yaş grubundaki evli kadınların %47.4'ü modern yöntem kullanırken, adölesanlarda bu oran %17.6'dır. Adölesanlarda kullanılan kontraseptif yöntemler incelendiğinde; %28.1'inin geri çekme, %9.5'inin kondom, %1.7'inin hap, %4.2'sinin RİA ve %2.1'inin enjeksiyon ile korundukları belirlenmiştir [11]. Gana'da yapılan bir araştırmada, kontraseptif kullanım oranı 15-17 yaş grubunda %9.2 ve 18-19 yaşındakilerde ise %31.4 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada, eğitim almamış olanlarda %3.5, ilkokul mezunu olanlarda %19.0 ve ortaokul ve üzerinde öğrenim görenlerde %19.9 oranında kontraseptif kullanımının olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada eğitim ve yaş dışında kontraseptif kullanımını, çalışma ve evlilik durumunun, ovulatuvar siklus hakkında bilgi sahibi olmanın ve sağlık kurumlarını ziyaret etmenin etkilediği belirlenmiştir [80].

Adölesan gebeler sıklıkla gebe kalmak istememektedir [21]. Adölesanların yarısının ilk cinsel ilişkiden altı ay sonrasında [81] ya da beşte birinin ilk ay içinde gebe kaldıkları belirtilmektedir [18]. Ayrıca mevcut gebeliklerinden sonra adölesanların %42.0'nin ilk 24 ay içerisinde yeniden gebe kaldığı ve %73.0'nin doğum yaptığı bulunmuştur [12].

2.5. Tutum, Aile Planlaması ve Hemşirenin Rolü

Türk Dil Kurumu'na göre tutum "tavır, yol" anlamına gelmektedir [82]. Aynı zamanda tutum, bireylerin belirli bir olay veya durum ile ilgili duygu, düşünce ve davranışlarına yön veren eğilimi olarak da tanımlanmaktadır. Bireylerin geçmiş yaşantısındaki öğrendikleri deneyimler ile kazanılan tutumlar, onların davranışlarına yön vermektedir. Süreklilik gösteren davranışlar bireylerin belirli konularda tutarlı ve bütünlük içinde tepki vermesini sağlamaktadır [83].

Tutumlar bilişsel, duygusal ve davranışsal öğelerden oluşmaktadır [84,85]. Bireylerin, tutum geliştirdikleri obje ile ilgili bilgi ve inançlar, bilişsel boyutu oluşturmaktadır. Duygu boyutunda ise tutumun geliştirildiği objeye karşı meydana gelen duygu ifade edilmekte ve o nesne ya da olaya karşı hoşlanıp, hoşlanmama, sevip sevmeme gibi tepkiler verilmektedir. Objeye ya da olay ile ilgili yaşanan duygu bireylerde heyecan ve faaliyet yaratarak davranışın meydana gelmesini sağlamaktadır [85]. Bilişsel boyutta farkındalık, duygusal olarak arzu, sevmeme, hoşlanma, tercih etme ve davranışsal olarak deneme, benimseme ve eylem kavramları yer almaktadır [84].

Bireylerin bir konu ve obje ile ilgili oluşturduğu bilgi ve duygular, genellikle yaptığı davranışlarla benzerlik göstermektedir [85]. Tutumlar, doğrudan gözlenememekte ve bireylerin davranışlarına bakılarak varsayımlarda bulunmaktadır. Yani bireylerin belirli bir konudaki tutumu konusunda bilgi edinilmek isteniliyor ise davranışlarına bakılmaktadır. Ancak tutumları doğrudan davranışlarda aramak doğru değildir. Tutumlar, davranışları hazırlayan bir faktör olarak düşünülmektedir [84]. Bireylerin oluşturduğu tutumlar, kişilerin davranışlarına bakılarak tahmin edilebilmektedir [85]. Bireylerin belirli konu ya da durum ile ilgili tutumunu bilmek, o kişinin yapabileceği davranışları kestirmekte ve olumsuz yönde oluşturduğu tavrını belirlemede önemlidir [83].

Bireylerin kendi sağlığını koruyabilmesi veya geliştirebilmesi için yapılmış olan çalışmalardan ve sunulan hizmetlerden yararlanması ve olumlu sağlık davranışları göstermesi gerekmektedir [86]. Tutumlar bireysel özellik göstermektedir [84]. Bu nedenle birçok faktör, bireylerin sağlığını koruma ve geliştirmesine yönelik olarak farklı tutum ve davranış sergilemelerine yol açmaktadır [87].

Adölesan dönemde sağlık açısından riskli davranışlar öğrenilmekte, bu edinilen deneyimler erişkin dönemde de devam etmektedir. Bu öğrenilen riskli davranışlar, bireylerin ileriki yaşamında mortalite ve morbidite sorunlarına yol açabilmektedir. Bu nedenle olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması önemlidir [88]. Adölesan dönemde meydana gelen gebelik ve doğumlar kadınların sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir [6]. Adölesanlar, hamile kalmak istememelerine karşın, AP yöntem kullanımları düşük oranda seyretmektedir [21]. Doğrudan gözlenmeyen tutumlar ise bireylerin AP davranışlarını etkileyebilmektedir. Bireylerin AP konusundaki tutum ve davranışlarına yön veren yanlış inanış ve uygulamaları bulunmaktadır. Bunlar arasında yer alan “hormonal kontraseptiflerin kansere yol açacağı”, “rahim içi aracın mideye kaçacağı”, “erkeklerde kalıcı yöntemlerden biri olan vazektominin iktidarsızlığa yol açacağı” gibi bilgi ve inanışlar, bireylerin olumsuz sağlık davranışları göstermesine neden olabilmektedir [89].

Kadınların AP’ye yönelik tutumlarının istendik düzeyde olmadığı belirtilmektedir [90]. Hemşirelerin bireylerin sağlığını geliştirmesi ve her yaştaki kadın ve ailesine olumlu sağlık alışkanlıkları ya da davranışları kazandırma ile ilgili sorumlulukları

bulunmaktadır [53]. Ayrıca Resmi Gazete'nin 08.03.2010 tarih ve 27515 sayısında yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nin 6. maddesinin 1. fıkrasının a bendinde "Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler." denilmektedir [91]. Bireylerin kontraseptif yöntem kullanımlarını etkileyen pek çok yanlış uygulama ve olumsuz sağlık davranışları bulunmaktadır [90]. Bu nedenle gebelik ve doğurganlık davranışları ile yaşantısı yetişkinlere göre daha fazla riskte olan ve kontraseptif yöntem kullanımı istenilen düzeyde olmayan adölesan bireylerin, öncelikle AP tutumlarının bilinmesi, onlara sunulacak olan eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanmasında faydalı olabilecektir.

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma adölesan gebelerin aile planlamasına yönelik tutumlarının ve kullandıkları kontraseptif yöntemlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları Polikliniği içerisinde yer alan Non-Stres Test (NST) odasında yapılmıştır. Tam teşekküllü ve 400 yatak kapasiteli olan Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin zemin katında yer alan Kadın Hastalıkları Polikliniği, hafta içi 08.⁰⁰-16.⁰⁰ saatleri arasında hastalara ve gebelere hizmet vermektedir. Kadın Hastalıkları Polikliniği içerisinde 5 doktor muayene, bir NST ve bir acil muayene odası yer almaktadır. Bu poliklinikte 3 uzman hekim, 2 doktor öğretim üyesi, 6 ebe ve 5 sekreter görev yapmaktadır. NST odasında ise 1 ebe çalışmaktadır. Poliklinik hizmetlerinin sunulduğu doktor muayene odalarında ve NST odasında, sağlık profesyonelleri tarafından kadınlara rutin olarak aile planlaması konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini, 26.01-28.04.2017 ve 07.08-06.09.2017 tarihleri arasında Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları Polikliniği'ne rutin gebelik takipleri nedeniyle NST yaptırmaya gelen 15-19 yaşları arasındaki adölesan gebe kadınlar oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın örnekleme

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin

Kadın Hastalıkları Polikliniği'ne araştırmanın yapıldığı tarihte rutin gebelik takipleri nedeniyle NST yaptırmaya gelen ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerine uyan tüm gebe kadınlar araştırmaya alınmıştır.

Örnekleme dahil edilme kriterleri:

- 15-19 yaşları arasında olan,
- Evli olan,
- Okuma yazma bilen,
- Psikiyatrik bozukluk tanısı almayan,
- Araştırma sorularını yanıtlayabilecek yeterlilikte olan,
- Ön uygulamaya alınmayan,
- Sözlü ve yazılı olarak onay vererek araştırmaya katılmayı kabul eden gebe kadınlar'dır.

Araştırmanın yapıldığı dönemde örnekleme dahil edilme ölçütlerine uyan 128 gebe kadın NST polikliniğinde muayene olmuştur. Örnekleme uyan bütün gebelerin çalışmayı kabul etmesiyle, araştırma 128 adölesan gebe kadınla tamamlanmıştır.

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

3.4.1. Veri toplama aracının hazırlanması

Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacı tarafından ilgili literatür [7,8,12,13,17,18,25-27] incelenerek oluşturulan “Veri Toplama Formu” ve “Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ)” kullanılarak toplanmıştır.

Veri toplama formunda (EK-1), katılımcının kendisi ve eşinin sosyo-demografik özelliklerine (13 soru), obstetrik özelliklere (6 soru), evlilik durumuna (3 soru) ve kontraseptif yöntem kullanımına ilişkin (17 soru) toplam 39 soru yer almaktadır.

Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) (EK-2): AP'ye yönelik tutumlarının belirlenmesinde kullanılmak üzere 2006 yılında Örsal ve Kubilay tarafından geliştirilmiştir . Beşli likert tipinde olan bu ölçek, 34 maddeden oluşmaktadır. Önermelere verilen cevaplar “Tamamen katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum” ve “Tamamen katılmıyorum” şeklinde olup, ölçekte yer alan her bir madde birden beşe kadar puanlanmaktadır. Ölçekte, ters puanlanması gereken bir

madde bulunmamaktadır. APTÖ'nün "Toplumun aile planlamasına ilişkin tutumu (15 madde)", "Aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutum (11 madde)" ve "Doğuma ilişkin tutum (8 madde)" olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. APTÖ' den en fazla 170, en az 34 puan alınabilmektedir. Örsal ve Kubilay çalışmasında, bu ölçeğin iç tutarlılık (Cronbach alfa değeri) katsayısını 0.90 olarak bulmuştur [92]. Araştırmamızda, APTÖ'nün her bir alt boyutunun cronbach alfa değerlerinin 0.75-0.60 arasında değiştiği ve toplamda ise 0.61 olduğu tespit edilmiştir.

3.4.2. Ön uygulama

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alındıktan sonra veri toplama formunun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla 13-24 Ocak 2017 tarihleri arasında Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Doğum Salonu'nda yatan 10 adölesan gebeye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan bireyler, örnekleme dahil edilmemiştir. Ön uygulama sonrasında veri toplama formuna son şekli verilmiş olup nikah ve evlenme şekli, gebelikten korunma yöntemlerini duyma ve doğum yaptıktan sonra tekrar gebe kalmamak için korunmayı düşünüp düşünmediği ile ilgili sorular eklenmiştir.

3.4.3. Uygulama

Araştırmanın uygulanmasına Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli izinler alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırmanın verileri 26.01-28.04.2017 ve 07.08-06.09.2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler toplanmadan önce, NST polikliniğine normal rutin muayenelerini yaptırmaya gelen adölesan gebelere çalışmanın amacı anlatılmış ve sözlü olarak bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış onamları alınmıştır. Veri toplama formları, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Veri toplama araçlarının uygulanması ortalama 15 dakika sürmüştür.

3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS IBM 24.00 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler olarak sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma ve minimum-maksimum değerler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılımına Shapiro-Wilk testiyle bakılmıştır. Bağımlı ve bağımsız

değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, ANOVA, bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis (Continuity corection test Fisher's kesin ki kare testi) testi kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında anlamlı fark olduğu saptanan istatistiksel analizlerde, farkın hangi gruptan kaynaklandığını değerlendirmek için post hoc analizi yapılmıştır. Araştırmanın APTÖ'nün iç geçerlilik ve tutarlılığını belirlemek için Cronbach alpha değerine bakılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında sonuçların istatistiksel anlamlılığı $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.6.1. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

- Yaş, öğrenim düzeyi, eşin yaşı, öğrenimi ve mesleği, sosyal güvence varlığı, ... gibi sosyo-demografik özellikler
- Gebelik ve doğum sayısı, gebeliğin planlı olup olmaması, düşük sayısı, evlendikten sonra gebe kalma süresi, ...gibi obstetrik özellikler
- Nikah durumu, evlenme şekli ve evlilik süresi
- Kontraseptif yöntemler hakkında bilgisi, memnuniyeti, kullanım süresi, gibi kontraseptif bilgi ve kullanımına ilişkin özellikler

3.6.2. Araştırmanın bağımlı değişkenleri

- Adölesan gebelerin kontraseptif yöntem kullanım durumları
- Adölesan gebelerin aile planlaması tutumları

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulamasına, Örsal ve Kubilay tarafından geliştirilen Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ)'ni kullanma izni (EK-3), Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Etik Kurul'undan etik kurul onayı (Sayı:08, Karar no:01, Tarih: 02.11.2016) (EK-4), Niğde İl Sağlık Müdürlüğü ve Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı izin alındıktan sonra başlanmıştır (EK-5). Örneklemeye dahil edilme kriterlerini karşılayan adölesan gebelere araştırmacı tarafından NST polikliniğinde çalışmanın amacı anlatılmış ve sözlü olarak bilgilendirilmiş ve yazılı

olarak (EK-6) (Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu) aydınlatılmış onamları alınmıştır.



4. BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 4.1. Adölesan Gebelerin ve Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş Grupları ($\bar{X} \pm SS = 18.25 \pm 0.83$)		
≤17 yaş	21	16.4
18 yaş	49	38.3
19 yaş	58	45.3
Öğrenim Durumu		
İlkokul mezunu	24	18.7
Ortaokul mezunu	86	67.2
Lise mezunu	18	14.1
Çalışma Durumu		
Çalışıyor *	1	0.8
Çalışmıyor	127	99.2
Sağlık Güvence Varlığı		
Var	103	80.5
Yok	25	19.5
En Uzun Yaşadığı Yer		
Köy	86	67.2
İlçe	12	9.4
İl	30	23.4
Evinde Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Eş ve/veya çocuklarıyla birlikte	51	39.8
Eş, kayınvalide ve kayınbaba ile birlikte	25	19.5
Eş, kayınbaba, kayınvalide ve eşin kardeşleri	33	25.8
Diğer	19	14.9
Nikah Şekli		
Yalnız resmi nikahı var	2	1.6
Yalnız imam nikahı var	13	10.1
Her ikisi de var	113	88.3
Evlenme Şekli		
Görücü usulü ile birbirini önceden tanımadan	13	10.2
Görücü usulü ile daha sonra tanışıp onaylayarak	43	33.6
Tanışıp anlaşarak	72	56.2
Eşin Yaş Grubu ($\bar{X} \pm SS = 23.84 \pm 3.11$)		
≤19 yaş	9	7.0
20-24 yaş	69	53.9
25-29 yaş	46	36.0
≥30 yaş	4	3.1

Tablo 4.1. Adölesan Gebelerin ve Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%
Eşin Öğrenim Durumu		
İlkokul mezunu	22	17.2
Ortaokul mezunu	69	53.9
Lise mezunu	31	24.2
Üniversite mezunu ve üzeri	6	4.7
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	109	85.2
Çalışmıyor	19	14.8
Eşin Mesleği (n=109)		
İşçi	52	47.7
Memur	3	2.8
Serbest meslek	40	36.7
Tarım işçisi	14	12.8
Evlilik Süresi ($\bar{X} \pm SS = 16.73 \pm 9.89$ ay)		
<1 yıl	40	31.3
1-2 yıl	74	57.8
≥ 2 yıl	14	10.9

*Çalışan bir gebenin mesleği işçidir.

Tablo 4.1’de adölesan gebelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı, yer almaktadır. Araştırmaya katılan adölesan gebelerin %16.4’ünün 17 yaş ve altında, %67.2’sinin ortaokul mezunu, sadece bir kişinin çalıştığı ve çoğunluğunun (%80.5) sosyal güvencesinin var olduğu belirlenmiştir. Kadınların %67.2’sinin en uzun yaşadığı yerin köy olduğu ve yaklaşık olarak her dört kişiden birinin (%25.8) eş, kayınbaba, kayınvalide ve eşin kardeşleri ile birlikte ikamet ettiği tespit edilmiştir. Adölesan gebelerden yaklaşık olarak her 10 kişiden biri yalnızca imam nikahının (%10.1) olduğunu ve görücü usulü ile birbirini önceden tanımadan (%10.2) evlendiğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılanlar, eşlerinin çoğunluğunun 20-24 yaş grubunda (%53.9), ortaokul mezunu (%53.9), gelir getiren bir işte çalıştığını (%85.2) ve mesleğinin işçi (%47.7) olduğunu belirtmiştir. Adölesan gebelerin %10.9’u 2 yıl ve üzerinde evli olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.2. Adölesan Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikleri	Sayı	%
Evlendikten Sonra İstenilen Gebe Kalma Süresi		
Hemen	19	14.8
İlk 1 yıl içinde	26	20.3
1-2 yıl içinde	59	46.1
2 yıl ve üzerinde	24	18.8
Evlendikten Sonra Gebe Kalma Ayı ($\bar{X} \pm SS = 5.74 \pm 6.69$) (n=126)¹		
<6 ay	81	64.3
6-12 ay	26	20.6
≥ 12 ay	19	15.1
Gebelik Sayısı		
1	106	82.8
≥ 2 ²	22	17.2
Düşük Yapma		
Yapan ³	11	8.6
Yapmayan	117	91.4
Doğum Yapma		
Yapan ⁴	12	9.4
Yapmayan	116	90.6
Gebeliğin Planlanması		
Planlı	98	76.6
Plansız	30	23.4

¹İki kişi evlenmeden önce gebe kalmıştır.

²Üç kişi 3 gebelik geçirmiştir.

³On kişi bir kez ve bir kişi iki kez düşük yapmıştır.

⁴Doğum yapan kadınların hepsi bir kez doğum yapmıştır.

Tablo 4.2’de, adölesan gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan adölesan gebelerin %46.1’i evlendikten sonra 1-2 yıl içinde gebe kalmayı düşündüklerini belirtmiştir. Adölesan gebelerin %64.3’ü evlendikten sonra ilk 6 ay içinde, %17.2’si iki ve üzerinde ve %23.4’ü plansız olarak gebe kaldıklarını, %8.6’sı düşük ve %9.4’ü bir kez doğum yaptıklarını ifade etmiştir.

Tablo 4.3. Adölesan Gebelerin Kontraseptif Kullanımı ve Çocuk Sahibi Olma İsteğiyle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Gebelikten Korunma Yöntemlerini Duyma		
Evet	122	95.3
Hayır	6	4.7
Bildiği Kontraseptif Yöntemler (n=122) ¹		
Oral kontraseptifler (Hap)	104	81.2
Rahim içi araç (Spiral) uygulaması	98	76.6
Kondom	76	59.4
Tüplerin bağlanması	73	57.0
Geri çekme	65	50.8
Enjeksiyonlar (iğne)	34	26.6
Vazektomi	7	5.5
İmplant (Derialtı)	2	1.6
Takvim yöntemi	2	1.6
Acil doğum kontrol yöntemi	1	0.8
Gebelikten Korunma Yöntemleri Hakkında Bilgi Alma		
Alan	122	95.3
Almayan	6	4.7
Bilgi Edinme Kaynağı (n=122)		
Aile	64	52.5
Arkadaş	20	16.4
Hemşire/ebe	20	16.4
Medya kitap ve dergiler	15	12.3
Doktor	3	2.4
Edinilen Bilginin Yeterliliği (n=122)		
Yeterli	67	54.9
Yetersiz	55	45.1
Gebelikten Korunma Yöntemleri Hakkında Eğitim Almak İsteddiği Bilgi Kaynağı		
Doktor	92	71.9
Hemşire/ebe	22	17.2
Aile	7	5.5
Arkadaş	4	3.1
Medya kitap ve dergiler	3	2.3
Bu Gebeliğinden Önceki Korunma Durumu		
Evet	39	30.5
Hayır	89	69.5
Gebelik Öncesi Kullandığı AP Yöntemi (n=39)		
Rahim içi araç (Spiral) uygulaması	1	2.6
Oral kontraseptifler (Hap)	5	12.8
Kondom (Prezervatif)	8	20.5
Geri çekme	25	64.1
Gebelik Öncesi Kontraseptif Kullanma Süresi ($\bar{X} \pm SS = 7.95 \pm 9.53$) (n=39)		
<6 ay	26	66.7
6-12 ay	6	15.4
>12 ay	7	17.9

Tablo 4.3. Adölesan Gebelerin Kontraseptif Kullanımı ve Çocuk Sahibi Olma İsteğiyle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

Özellikler	Sayı	%
Yöntem Kullanımına Karar Verdiği Kişi (n=39)		
Yalnız	2	5.1
Eşi	37	94.9
Kullandığı Yöntemi Bırakma Nedeni (n=39)		
Gebe kalma isteğiyle	28	71.9
Gebelik nedeniyle	5	12.8
Ulaşım problemiyle	2	5.1
Yan etkileri nedeniyle	2	5.1
Eşinin istememesi nedeniyle	2	5.1
Kullandığı Yöntemden Memnuniyeti (n=39)		
Memnun	28	71.8
Memnun değil	11	28.2
Kullandığı Yöntemden Memnuniyetsizlik Nedeni (n=11)		
Etkili olmadığını düşünmesi	7	63.6
Eşinin memnun olmaması	2	18.2
Yan etkisi	2	18.2
Tekrar Çocuk Sahibi Olma İsteği		
Evet	117	91.4
Hayır	11	8.6
Tekrar Gebe Kalmak İsteddiği Süre (n=117)		
<1 yıl	4	3.4
1-2 yıl	10	8.5
2-3 yıl	28	23.9
3-4 yıl	25	21.4
>4 yıl	50	42.8
Doğum Sonunda Gebelikten Korunma İsteği		
İstiyor	119	93.0
İstemiyor	9	7.0
Doğum Sonu Kullanmayı Düşündüğü AP Yöntemi (n=119)		
Rahim içi araç (Spiral) uygulaması	28	23.5
Geri çekme	26	21.8
Bilmiyor	24	20.2
Oral kontraseptifler (Hap)	21	17.7
Kondom (Prezervatif)	14	11.8
Enjeksiyonlar (İğne)	6	5.0

¹Araştırmaya katılan kadınlar birden fazla cevap verdikleri için n katlanmıştır.

Adölesan gebelerin kontraseptif kullanımı ve çocuk sahibi olma isteğiyle ilgili özelliklerine göre dağılımı, Tablo 4.3'te görülmektedir. Araştırmaya katılanların %4.7'si gebelikten korunma yöntemlerini duymadığını ifade etmiştir. Adölesan gebelerin %81.2'si oral kontraseptifleri, %76.6'sı rahim içi aracı, %59.4'ü kondomu, %57.0'ı tüp ligasyonu, %50.8'i geri çekme yöntemini duyduğunu belirtmiştir. Gebelerin %95.3'ünün gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi aldığı, bunların %52.5'inin ailesi tarafından bilgilendirildiği ve %54.9'unun aldığı bilgiyi yeterli bulduğu tespit edilmiştir. Kadınların %71.9'u doktordan ve %17.2'si hemşire/ebe gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi almak istediğini belirtmiştir. Gebelik öncesi adölesanların %69.5'i herhangi bir korunma yöntemi kullanmamıştır. Bu hamileliklerinden önce,

kadınların %64.1'i gebelikten korunmak için geri çekme yöntemini kullanmıştır. Adölesan gebelerin %66.7'si 6 aydan kısa süre kontraseptif yöntem kullandığını, büyük çoğunluğu (%94.9) yöntem kullanımına eşiyle birlikte karar verdiğini, %71.9'u gebe kalmak istediği için bu yöntemi bıraktığını, %28.2'si kullandığı yöntemden memnun olmadığını ve memnun olmayanların %63.6'sı bunun nedenini etkili bir yöntem olmadığını düşünmesi olarak ifade etmiştir. Adölesan gebelerden %91.4'ü tekrar çocuk sahibi olmayı, %42.8'i dört yıl aradan sonra gebe kalmak ve %93.0'ı doğum sonrası kontraseptif yöntem kullanmak istediğini ve %23.5'i bu yöntemin rahim içi araç olduğunu belirtmiştir.



Tablo 4.4. Adölesan Gebelerin ve Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Gebelik Öncesi Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Kontraseptif Yöntem Kullanma				Toplam Sayı	Test
	Kullanan Sayı	%	Kullanmayan Sayı	%		
Yaş Grupları						
≤17 yaş	1	4.8	20	95.2	21	$X^2=9.893$
18 yaş	14	28.6	35	71.4	49	$p=0.007$
19 yaş	24	41.4	34	58.6	58	
Öğrenim Durumu						
İlkokul mezunu	7	29.2	17	70.8	24	$X^2=0.116$
Ortaokul mezunu	27	31.4	59	68.6	86	$p=0.944$
Lise mezunu	5	27.8	13	72.2	18	
Sağlık Güvence Varlığı						
Var	32	31.1	71	68.9	103	$X^2=0.003$
Yok	7	28.0	18	72.0	25	$p=0.955^*$
En Uzun Yaşadığı Yer						
Köy	24	27.9	62	72.1	86	$X^2=1.093$
İlçe	5	41.7	7	58.3	12	$p=0.579$
İl	10	33.3	20	66.7	30	
Evinde Birlikte Yaşadığı Kişiler						
Eş ve/veya çocuklarıyla birlikte	19	37.3	32	62.7	51	$X^2=5.830$
Eş, kayınvalide ve kayınbaba ile birlikte	3	12.0	22	88.0	25	$p=0.120$
Eş, kayınbaba, kayınvalide ve eşin kardeşleri	12	36.4	21	63.6	33	
Diğer	5	26.3	14	73.7	19	
Nikah Şekli						
Yalnız imam nikahı var	2	15.4	11	84.6	13	$p=0.341^{**}$
Resmi nikah veya her ikisi de var	37	32.2	78	67.8	115	
Evlenme Şekli						
Görücü usulü ile birbirini önceden tanımadan	4	30.8	9	69.2	13	$X^2=0.002$
Görücü usulü ile daha sonra tanışıp onaylayarak	13	30.2	30	69.8	43	$p=0.999$
Tanışıp anlaşarak	22	30.6	50	69.4	72	
Eşin Yaş Grubu						
≤19 yaş	2	22.2	7	77.8	9	$X^2=1.291$
20-24 yaş	19	27.5	50	72.5	69	$p=0.524$
≥25 yaş	18	36.0	32	64.0	50	
Eşin Öğrenim Durumu						
İlkokul mezunu	6	27.3	16	72.7	22	$X^2=0.181$
Ortaokul mezunu	22	31.9	47	68.1	69	$p=0.914$
Lise mezunu ve üzeri	11	29.7	26	70.3	37	

Tablo 4.4. Adölesan Gebelerin ve Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Gebelik Öncesi Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımı (Devamı)

Sosyo-demografik Özellikler	Kontraseptif Yöntem Kullanma				Toplam Sayı	Test
	Kullanan Sayı	%	Kullanmayan Sayı	%		
Eşin Çalışma Durumu						
Çalışıyor	32	29.4	77	70.6	109	$X^2=0.147$
Çalışmıyor	7	36.8	12	63.2	19	$p=0.519^*$
Evlilik Süresi						
<1 yıl	3	7.5	37	92.5	40	$X^2=21.750$
1-2 yıl	21	32.8	43	67.2	64	$p<0.0001$
≥ 2 yıl	15	62.5	9	37.5	24	

*Continuity corection test kullanılmıştır

** Fisher's kesin ki kare testi kullanılmıştır.

Adölesan gebelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin gebelik öncesi kontraseptif yöntem kullanma durumuna göre dağılımı, Tablo 4.4'te görülmektedir. 17 yaş ve altında olan kadınların %95.2'sinin kontraseptif yöntem kullanmadığı belirlenmiş olup, bu oranın 19 yaş grubundakilerde %58.6'ya indiği tespit edilmiştir. Yaş grubu ile gebelik öncesi kontraseptif kullanma durumu arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın, 17 yaş ve altındaki gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. İlkokul mezunu olan adölesan gebelerin %70.8'i, lise düzeyinde öğrenim görenlerin ise %72.2'si gebelik öncesi dönemde kontraseptif yöntem kullanmadığını belirtmiştir. Sosyal güvencesi olmayanların %28.0'ı, köyde yaşayanların %27.9'u, eş, kayınvalide ve kayınbaba ile birlikte ikamet edenlerin %12.0'ı, imam nikahı olanların %15.4'ü, görücü usulü ile birbirini önceden tanımadan evlenenlerin %30.8'i, eşinin yaşı 19 yaş ve altında olanların %22.2'si, eşi ilkokul mezunu olanların %27.3'ü ve eşi çalışmayanların %36.8'i gebelik öncesinde kontraseptif yöntem kullandığını ifade etmiştir. Öğrenim durumu, sağlık güvencesi varlığı, en uzun yaşanan yer, birlikte ikamet ettiği kişiler, nikah ve evlenme şekli, eşin yaşı, öğrenim düzeyi ve çalışma durumu ile gebelik öncesi kontraseptif yöntem kullanma durumu arasında istatistiki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bir yıldan az evli olan kadınların, gebelik öncesinde kontraseptif yöntem kullanma durumları %7.5 iken, bu durum iki yıl ve daha fazla evli olanlarda %62.5'e yükselmiştir. Evlilik süresi ile gebelik öncesi kontraseptif kullanma durumu arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Buradaki farkın anlamlı olması, bir yıl altında evliliği olan adölesan gebelerden kaynaklanmıştır.

Tablo 4.5. Adölesan Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Gebelik Öncesi Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Kontraseptif Yöntem Kullanma				Toplam Sayı	Test
	Kullanan		Kullanmayan			
	Sayı	%	Sayı	%		
Evlendikten Sonra İstenilen Gebe Kalma Süresi						
Hemen	2	10.5	17	89.5	19	$X^2=10.159$
İlk 1 yıl içinde	7	26.9	19	73.1	26	$p=0.017$
1-2 yıl içinde	17	28.8	42	71.2	59	
2 yıl ve üzerinde	13	54.2	11	45.8	24	
Evlendikten Sonra Gebe Kalma Süresi (Ay) (n=126)						
<6 ay	20	24.7	61	75.3	81	$X^2=4.160$
6-12 ay	11	42.3	15	57.7	26	$p=0.125$
≥12 ay	8	42.1	11	57.9	19	
Gebelik Sayısı						
1	28	26.4	78	73.6	106	$X^2=3.735$
≥2	11	50.0	11	50.0	22	$p=0.053$
Düşük Yapma						
Yapan	4	36.4	7	63.6	11	$p=0.735^*$
Yapmayan	35	29.9	82	70.1	117	
Doğum Yapma						
Yapan	9	75.0	3	25.0	12	$p=0.001^*$
Yapmayan	30	25.9	86	74.1	116	
Gebeliğin Planlanması						
Planlı	30	30.6	68	69.4	98	$X^2<0.0001$
Plansız	9	30.0	21	70.0	30	$p=1.000^{**}$

*Fisher's kesin ki kare testi kullanılmıştır.

**Continuity corection test kullanılmıştır

Tablo 4.5'te, adölesan gebelerin obstetrik özelliklerinin gebelik öncesi kontraseptif yöntem kullanma durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Adölesan gebelerin hamile kalma isteğiyle ilgili süre arttıkça, kontraseptif kullanım oranlarında artış meydana gelmektedir ($p<0.05$). Gruplar arasındaki fark hemen ile 2 yıl ve üzerinde gebe kalmak isteyenlerden kaynaklanmıştır. Altı aydan kısa süre içinde gebe kalan kadınların kontraseptif kullanımları düşüktür (%24.7). Gravida sayısı iki ve üzeri olanların yarısı (%50.0) kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Düşük (%36.4) ve doğum yapan (%75.0) gebelerin kontraseptif kullanımları artmaktadır. İsteyerek (%30.6) ve plansız (%30.0) olarak gebe kalan kadınlarda kontraseptif kullanım yüzdeleri birbirine yakın olarak bulunmuştur. Evlendikten sonra gebe kalma isteği ve doğum yapma durumu dışındaki diğer obstetrik özellikler ile kontraseptif yöntem kullanımları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Adölesan Gebelerin Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Alt ve Toplam Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalama, Ortancalarına ve Cronbach Alfa Değerlerine Göre Dağılımı

Aile Planlaması Tutum Ölçeği	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Min-Maks.	Cronbach Alfa değeri
Topluma ilişkin tutum	49.84±6.79	50.00	32-66	0.752
Yönteme ilişkin tutum	38.30±4.69	38.00	24-58	0.701
Gebeliğe ilişkin tutum	25.61±5.06	26.00	10-37	0.602
Toplam puan	113.83±12.99	113.50	83-149	0.613

Adölesan gebelerin aile planlaması tutum ölçeğinin alt ve toplam boyutlarından aldıkları puan ortalama ortancalarına ve cronbach alfa değerlerine göre dağılımı, Tablo 4.6'da yer almaktadır. Aile planlaması tutum ölçeği (APTÖ)'nin alt ve genel boyutlarının puan ortancaları sırasıyla "topluma ilişkin tutum" 50.00, "yönteme ilişkin tutum" 38.00, "gebeliğe ilişkin tutum" 26.00 ve toplam puan 113.50'dir. Uygulanan güvenirlik analizi sonucunda "topluma ilişkin tutum" ($\alpha=0.752$) ve "yönteme ilişkin tutum" ($\alpha=0.701$), "gebeliğe ilişkin tutum" ($\alpha=0.602$) alt boyutlarının ve toplam puan (0.613) boyutunun oldukça güvenilir olduğu görülmektedir.

Tablo 4.7. Adölesan Gebelerin ve Eşlerinin Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Alt ve Toplam Boyutlarından Aldıkları Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Topluma ilişkin tutum		Yönteme ilişkin tutum		Gebeliğe ilişkin tutum		Toplam puan	
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca
Yaş Grubu								
≤17 yaş	49.05±5.24	50.00	39.05±4.34	39.00	25.90±5.44	26.00	113.52±9.51	115.00
18 yaş	49.47±7.41	50.00	37.61±4.62	38.00	26.06±4.83	26.00	113.55±14.71	111.00
19 yaş	50.45±6.78	51.00	38.60±4.87	38.00	25.12±5.15	26.00	114.17±12.72	114.50
Test	$X^2=0.892^1$	p=0.640	$X^2=1.183^1$	p=0.553	$F=0.498^2$	p=0.609	$F=0.037^2$	p=0.964
Öğrenim Durumu								
İlkokul mezunu	47.75±7.46	50.00	37.17±4.57	36.50	23.69±5.51	24.50	108.87±13.67	110.50
Ortaokul mezunu	49.88±6.05	50.00	38.22±4.56	38.00	25.83±4.63	26.00	113.93±11.32	113.50
Lise mezunu	52.44±8.51	53.00	40.17±5.12	41.00	26.78±6.11	27.50	119.94±17.09	118.50
Test	$X^2=3.489^1$	p=0.175	$X^2=8.752^1$	p=0.013	$F=1.860^2$	p=0.160	$F=3.915^2$	p=0.022
Sağlık Güvence Varlığı								
Var	50.24±6.78	51.00	38.51±4.47	38.00	26.03±5.16	26.00	114.79±12.50	115.00
Yok	48.20±6.70	48.00	37.40±5.50	37.00	23.88±4.28	24.00	109.88±14.45	107.00
Test	$z=-1.511^3$	p=0.131	$z=-1.318^3$	p=0.188	$z=-2.312^3$	p=0.021	$t=1.707^4$	p=0.431
En Uzun Yaşadığı Yer								
Köy	49.43±6.52	50.00	37.93±4.92	38.00	24.84±4.83	26.00	112.20±12.15	112.50
İlçe	51.25±8.08	49.50	40.92±4.27	40.00	27.92±6.11	28.00	120.92±18.05	122.50
İl	50.47±7.11	52.00	38.30±3.88	38.00	26.90±4.89	27.50	115.67±12.21	118.00
Test	$F=0.540^2$	p=0.584	$X^2=4.367^1$	p=0.113	$F=3.343^2$	p=0.039	$F=2.845^2$	p=0.062

¹Kruskal Wallis test kullanılmıştır.

²ANOVA testi yapılmıştır.

³Mann-Whitney U test kullanılmıştır.

⁴Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Tablo 4.7. Adölesan Gebelerin ve Eşlerinin Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Alt ve Toplam Boyutlarından Aldıkları Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

Sosyo-demografik Özellikler	Topluma ilişkin tutum		Yönteme ilişkin tutum		Gebeliğe ilişkin tutum		Toplam puan	
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca
Evinde Birlikte Yaşadığı Kişiler								
Eş ve/veya çocuklarıyla birlikte	52.12±7.17	53.00	38.59±4.29	39.00	26.23±5.78	27.00	116.94±14.55	118.00
Eş, kayınvalide ve kayınbaba ile birlikte	46.96±5.79	48.00	38.80±6.56	38.00	25.16±4.56	25.00	110.52±12.15	111.000
Eş, kayınbaba, kayınvalide, eşin kardeşleri ile birlikte	49.70±6.31	51.00	37.03±4.04	37.00	24.33±4.62	25.00	111.06±10.71	111.00
Diğer	47.79±6.00	49.00	39.05±3.61	38.00	26.74±4.07	27.00	114.63±12.02	115.00
Test	$X^2=13.485^1$	p=0.004	$X^2=3.543^1$	p=0.315	$F=1.151^2$	p=0.261	$F=2.093^2$	p=0.104
Nikah Şekli								
Yalnız imam nikahlı	44.61±6.20	46.00	38.46±5.47	38.00	25.92±3.35	26.00	108.23±10.23	107.00
İmam ve resmi nikahlı	50.43±6.61	51.00	38.28±4.62	38.00	25.57±5.23	26.00	114.46±13.15	115.00
Test	t=-3.024	p=0.907	z=-0.107 ³	p=0.915	z=-0.210 ³	p=0.915	t=-1.650	p=0.336
Evlenme Şekli								
Görücü usulü ile birbirini öncede tanımadan	47.92±8.41	49.00	36.77±4.97	36.00	25.38±5.33	26.00	110.08±15.02	111.00
Görücü usulü ile daha sonra tanışıp onaylayarak	49.93±6.58	50.00	37.88±5.28	37.00	25.77±4.48	26.00	114.05±12.76	113.00
Tanışıp anlaşarak	50.14±6.63	50.50	38.82±4.22	39.00	25.56±5.39	26.00	114.37±12.82	114.50
Test	$F=0.589^2$	p=0.557	$X^2=6.104^1$	p=0.047	$F=0.037^2$	p=0.963	$F=0.608^2$	p=0.546

* Resmi nikahı olan 2 kişi çıkartılarak istatistik yapılmıştır.

¹Kruskal Wallis test kullanılmıştır.

²ANOVA testi yapılmıştır.

³Mann-Whitney U test kullanılmıştır.

⁴Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Tablo 4.7. Adölesan Gebelerin ve Eşlerinin Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Alt ve Toplam Boyutlarından Aldıkları Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

Sosyo-demografik Özellikler	Topluma ilişkin tutum		Yönteme ilişkin tutum		Gebeliğe ilişkin tutum		Toplam puan	
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca
Eşin Yaş Grubu								
≤19 yaş	47.22±7.76	50.00	37.67±4.36	37.00	24.78±4.05	23.00	109.67±12.64	113.00
20-24 yaş	49.83±6.83	50.00	37.93±4.35	38.00	25.2±5.57	26.00	113.26±13.46	113.00
≥25 yaş	50.34±6.58	51.00	38.92±5.19	38.00	26.30±4.44	27.00	115.36±12.39	118.00
Test	F=0.803 ²	p=0.450	X ² =3.543 ¹	p=0.315	F=0.791 ²	p=0.455	F=0.874 ²	p=0.420
Eşin Öğrenim Durumu								
İlkokul mezunu	48.59±6.86	50.00	36.68±4.48	36.00	24.04±4.92	26.00	109.32±12.98	111.00
Ortaokul mezunu	49.71±6.72	50.00	38.32±4.05	38.00	25.83±5.34	26.00	114.00±12.59	113.00
Lise mezunu ve üzeri	50.84±6.89	52.00	39.22±5.70	39.00	26.13±4.52	26.00	116.19±13.38	118.00
Test	F=0.783 ²	p=0.459	X ² =5.064 ¹	p=0.080	X ² =1.805 ¹	p=0.405	F=1.973 ²	p=0.143
Eşin Çalışma Durumu								
Çalışıyor	50.03±6.91	50.00	38.50±4.75	38.00	25.63±5.33	26.00	114.07±13.29	114.00
Çalışmıyor	48.79±6.06	51.00	37.10±4.27	37.00	25.47±3.15	26.00	112.42±11.35	113.00
Test	t=0.733 ⁴	p=0.666	z=-0.830 ³	p=0.406	t=0.126 ⁴	p=0.014	t=0.510 ⁴	p=0.324
Evlilik Süresi								
<1 yıl	50.35±5.82	50.50	38.52±4.79	39.00	23.56±5.28	26.00	113.62±12.38	113.00
1-2 yıl	48.98±7.59	50.00	38.06±4.03	38.00	25.66±5.36	26.00	113.17±14.07	113.00
≥2 yıl	51.29±5.87	51.50	38.05±6.14	38.00	26.08±3.88	27.50	115.92±11.12	114.50
Test	F=1.174 ²	p=0.312	X ² =0.614 ¹	p=0.735	F=0.206 ²	p=0.814	F=0.393 ²	p=0.676

¹Kruskal Wallis test kullanılmıştır.

²ANOVA testi yapılmıştır.

³Mann-Whitney U test kullanılmıştır.

⁴Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Adölesan gebelerin ve eşlerinin aile planlaması tutum ölçeği'nin alt ve toplam boyutlarından aldıkları puanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı, Tablo 4.7'de görülmektedir. 17 yaş altındaki adölesan gebelerin APTÖ'nün topluma ilişkin tutum alt boyutundan aldıkları puan ortancasının, diğer yaş grubundakilere göre düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak bu durumun tam tersi sonucu APTÖ'nün yöntemle ilişkin tutum alt boyutunda elde edilmiştir. 19 yaşında olan adölesanların APTÖ'nün topluma ilişkin tutum puan ortalamalarının ise diğer yaş grubundaki kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yaş grubu ile APTÖ'nün tüm alt boyutlarından ve toplam puandan aldıkları ortalama ve ortancaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Adölesan gebelerin eğitim öğrenim durumu arttıkça, APTÖ'nün tüm alt boyutlarından ve toplam puandan aldıkları ortalama ve ortancalarının arttığı saptanmıştır. APTÖ'nün topluma ve gebeliğe ilişkin tutum dışındaki diğer alt boyut ve toplam puanından aldıkları ortalama ve ortancaları ile öğrenim durumu arasında istatistiki açıdan farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yöntemle ilişkin tutum alt boyutunda istatistiksel anlamlılığın lise ile ilkokul ve ortaokul mezunu olan adölesanların aldıkları puan ortancaları arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Ayrıca genel toplam puanda ise bu fark ilkokul ve lise mezunlarının karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır. Sosyal güvencesi olan adölesanların olmayanlara göre gebeliğe ilişkin tutum puan ortancalarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. APTÖ'nün gebeliğe ilişkin tutum dışındaki diğer alt boyut ve toplam puanından aldıkları ortalama ve ortancaları ile sosyal güvence arasında istatistiki açıdan farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Köyden şehire doğru en uzun yaşanan yer değiştikçe, adölesanların gebeliğe ilişkin tutum puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). APTÖ'nün gebeliğe ilişkin tutum dışındaki diğer alt boyut ve toplam puanından aldıkları ortalama ve ortancaları ile en uzun yaşanan yer arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Evinde eşi ya da çocukları ile birlikte ikamet eden adölesan gebelerin, kendi grubundakilere göre topluma ilişkin tutumlarının puan ortancalarının anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post hoc analizine göre istatistiksel fark evinde eşi ya da çocukları ile birlikte ikamet edenler ile eş, kayınvalide, kayınbabasıyla yaşayanlar ve diğer grup arasındaki puan ortancalarından kaynaklanmaktadır. APTÖ'nün topluma ilişkin tutum dışındaki diğer alt boyut ve toplam puanından aldıkları ortalama ve ortancaları ile evinde birlikte yaşadığı kişiler

arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu bulunmamıştır ($p>0.05$). Görücü usulü ile birbirini tanımadan evlenen adölesanların, kendi grubundaki diğer kadınlara göre yönteme ilişkin tutum puan ortancalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. APTÖ'nün yönteme ilişkin tutum dışındaki diğer alt boyut ve toplam puanından aldıkları ortalama ve ortancaları ile evlenme şekli arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Yapılan post hoc analizine göre bu gruplar arasında çoklu karşılaştırmada fark saptanmamıştır. Eşi çalışan adölesan kadınların yönteme ilişkin ve toplam puanından aldıkları tutum puan ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Adölesanların APTÖ'nün gebeliğe ilişkin tutum dışındaki diğer alt boyut ve toplam puanından aldıkları ortalama ve ortancaları ile eşin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Adölesanların eşinin yaşı ve öğrenim durumu, evlilik süresi ve nikah şekli ile APTÖ'nün tüm alt boyut ve toplam puanından aldıkları ortalama ve ortancaları arasında istatistiki açıdan anlamlı fark olduğu tespit edilememiştir ($p>0.05$)

Tablo 4.8. Adölesan Gebelerin Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Alt ve Toplam Boyutlarından Aldıkları Puanlarının Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Topluma ilişkin tutum		Yönteme ilişkin tutum		Gebeliğe ilişkin tutum		Toplam puan	
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca
Evlendikten Sonra İstenilen Gebe Kalma Süresi								
Hemen	47.10±6.71	46.00	37.10±4.66	37.00	23.89±4.48	24.00	108.10±11.69	107.00
İlk 1 yıl içinde	51.46±5.62	51.00	38.88±3.72	39.00	26.65±6.35	26.50	117.77±12.84	118.00
1-2 yıl içinde	49.24±6.57	50.00	37.61±4.29	38.00	24.91±4.59	26.00	111.42±10.92	113.00
2 yıl ve üzerinde	51.75±7.87	53.00	40.29±6.00	40.00	27.54±4.47	28.50	120.00±15.67	118.00
Test	$X^2=6.516^1$	p=0.089	$F=2.500^2$	p=0.063	$F=2.741^2$	p=0.046	$X^2=10.516^1$	p=0.015
Evlendikten Sonra Gebe Kalma Süresi (Ay)								
<6 ay	50.07±6.68	51.00	38.32±4.56	38.00	24.96±5.09	26.00	113.36±13.22	113.00
6-12 ay	48.42±7.11	49.00	38.27±4.41	38.50	26.81±5.21	27.00	114.27±13.22	116.50
≥12 ay	51.05±7.13	52.00	38.00±5.90	36.00	26.26±4.28	28.00	115.31±12.93	115.00
Test	$F=0.903^2$	p=0.408	$X^2=2.047^1$	p=0.359	$F=1.569^2$	p=0.212	$F=0.187^2$	p=0.830
Gebelik Sayısı								
1	50.02±6.43	50.00	38.24±4.70	38.00	25.60±5.21	26.00	113.96±12.88	114.00
≥2	49.00±8.42	50.50	38.54±4.72	38.00	25.63±4.40	25.00	113.18±13.79	112.50
Test	$t=0.639^4$	p=0.145	$z=-0.431^3$	p=0.667	$t=-0.027^4$	p=0.371	$t=0.256^4$	p=0.856
Düşük Yapma								
Yapan	50.18±9.05	50.00	37.45±4.91	37.00	25.09±4.30	24.00	112.73±14.64	108.00
Yapmayan	49.81±6.58	50.00	38.38±4.68	38.00	25.66±5.14	26.00	113.93±12.89	114.00
Test	$z=-0.064^3$	p=0.949	$z=-0.367^3$	p=0.714	$t=-0.354^4$	p=0.293	$t=-0.293^4$	p=0.637
Doğum Yapma								
Yapan	19.83±6.38	51.50	39.67±4.14	39.00	26.75±3.28	26.50	116.25±9.32	114.00
Yapmayan	49.84±6.85	51.00	38.15±4.74	38.00	25.49±5.21	26.00	113.58±13.32	113.00
Test	$t=-0.006^4$	p=0.737	$z=-1.099^3$	p=0.272	$t=0.819^4$	p=0.141	$t=0.677^4$	p=0.279

¹Kruskal Wallis test kullanılmıştır.

²ANOVA testi yapılmıştır.

³Mann-Whitney U test kullanılmıştır.

⁴Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Tablo 4.8. Adölesan Gebelerin Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Alt ve Toplam Boyutlarından Aldıkları Puanlarının Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

Obstetrik Özellikler	Topluma ilişkin tutum		Yönteme ilişkin tutum		Gebeliğe ilişkin tutum		Toplam puan	
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca
Gebeliğin Planlanması								
Planlı	49.58±7.06	50.00	38.45±4.83	38.00	25.33±5.26	26.00	113.46±13.44	114.00
Plansız	50.70±5.81	52.00	37.80±4.24	38.50	26.53±4.28	26.00	115.03±11.52	113.50
Test	$z=-1.054^3$	$p=0.292$	$z=-0.175^3$	$p=0.861$	$z=-0.694^3$	$p=0.488$	$t=-0.579^4$	$p=0.169$

¹Kruskal Wallis test kullanılmıştır.

²ANOVA testi yapılmıştır.

³Mann-Whitney U test kullanılmıştır.

⁴Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Tablo 4.8'de, adölesan gebelerin aile planlaması tutum ölçeğinin alt ve toplam boyutlarından aldıkları puanlarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Hemen çocuk sahibi olmak isteyen adölesanların gebeliğine ilişkin tutum puan ortancalarının ve genel toplam puan ortalamalarının, kendi gruplarındaki diğer kadınlara göre düşük olduğu belirlenmiştir. Adölesanların APTÖ'nün gebeliğe ilişkin tutum ve genel toplamı dışındaki tüm alt boyutlarından aldıkları puanların ortalama ve ortancaları ile evlendikten sonra istenilen gebe kalma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Yapılan post hoc analizine göre çoklu karşılaştırmalarda hem gebeliğe ilişkin tutum ve hem de toplam puandan alınan puan ortalama ve ortancaları arasında farkın olmadığı saptanmıştır. Evlendikten sonra gebe kalma süresi, gebelik sayısı, düşük, doğum yapma ve gebeliğin planlı olması durumu ile adölesanların APTÖ'nün tüm alt boyut ve toplam puanından aldıkları ortalama ve ortancaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Adölesan Gebelerin Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Alt ve Toplam Boyutlarından Aldıkları Puanlarının Kontraseptif Kullanımı ve Çocuk Sahibi Olma İsteğiyle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Topluma ilişkin tutum		Yönteme ilişkin tutum		Gebeliğe ilişkin tutum		Toplam puan	
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca
Gebelikten Korunma Yöntemleri Hakkında Bilgi Alma								
Alan	50.01±6.70	50.00	38.33±4.78	38.00	25.61±5.16	26.00	114.02±13.04	114.00
Almayan	46.50±8.38	45.00	37.67±2.42	36.50	25.67±2.66	26.00	109.83±12.19	106.00
Test	t=1.239 ¹	p=0.503	z=-0.435 ²	p=0.663	t=-0.028 ¹	p=0.072	t=0.770 ¹	p=0.744
Gebelik Öncesi Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumu								
Kullanan	51.44±6.99	52.00	38.61±5.48	38.00	26.44±5.11	26.00	116.74±14.03	116.00
Kullanmayan	49.15±6.61	50.00	38.16±4.32	38.00	25.25±5.02	26.00	112.55±12.37	113.00
Test	t=1.772 ¹	p=0.953	z=-0.187 ²	p=0.852	t=1.226 ¹	p=0.916	t=1.693 ¹	p=0.597
Tekrar Çocuk Sahibi Olma İsteği								
İsteyen	49.85±6.91	50.00	38.23±5.65	38.00	25.62±5.18	26.00	113.77±13.26	113.00
İstemeyen	49.82±5.47	50.00	39.00±5.25	38.00	25.45±3.80	24.00	114.27±10.18	114.00
Test	t=0.013 ¹	p=0.574	z=-0.452 ²	p=0.651	t=0.106 ¹	p=0.393	t=-0.118 ¹	p=0.483
Doğum Sonunda Gebelikten Korunma İsteği								
İsteyen	50.23±6.54	51.00	38.45±4.71	38.00	25.91±4.96	26.00	114.67±12.54	114.00
İstemeyen	44.78±8.33	46.00	36.22±4.15	36.00	21.67±5.02	21.00	102.67±14.40	99.00
Test	t=2.365 ¹	p=0.196	z=-1.215 ²	p=0.224	t=2.472 ¹	p=0.667	t=2.741 ¹	p=0.365

¹Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

²Mann-Whitney U test kullanılmıştır.

Adölesan gebelerin aile planlaması tutum ölçeğinin alt ve toplam boyutlarından aldıkları puanlarının kontraseptif kullanımı ve çocuk sahibi olma isteğiyle ilgili özelliklerine göre dağılımı, Tablo 4.9'da yer almaktadır. Hamilelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi alan adölesan gebelerin, APTÖ'nün gebeliğe ilişkin tutum dışındaki diğer tüm boyutlardan ve genel toplamından aldıkları puan ortalama ve ortancalarının, kendi grubundaki kadınlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Gebelik öncesi kontraseptif yöntem kullananlar kullanmayanlara göre APTÖ'nün topluma ilişkin alt boyutundan ve genel toplamından aldıkları puan ortalamalarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Doğum sonrası dönemde hamilelikten korunma isteği olanlar olmayanlara göre APTÖ'nün tüm alt boyutundan ve genel toplamından aldıkları puan ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu gebeliğinden sonra tekrar hamile olmak isteyenlerin istemeyenlere göre APTÖ'nün yönetime ilişkin tutum ve genel toplamından aldıkları puanların ortalama ve ortancalarının düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, gebelik öncesinde kontraseptif yöntemler hakkındaki bilgisi ve korunma durumu, doğum sonu tekrar gebe kalma ve kontraseptif yöntem kullanma isteği ile adölesan gebelerin APTÖ'nün tüm alt boyut ve toplam puanından aldıkları ortalama ve ortancaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

5. BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünya çapında tüm doğumların %11.0'ını oluşturan adölesan gebelikler [13], major bir halk sağlığı problemi olarak ele alınmaktadır [93]. Adölesanların %23.0'ı gebelik ve doğumu takiben sakatlanmakta veya hastalanmaktadır [13]. Hatta gelişmekte olan ülkelerde her 60 adölesandan biri gebelik ve doğum nedeniyle hayatını kaybedebilmektedir [58]. Ülkemizde ise 15-19 yaşları arasındaki 100.000 adölesandan 16.4'ü anneliğe bağlı nedenlerle hayatını kaybetmektedir [5].

Hamileliğe fiziksel ve sosyal yönden hazır olmayan adölesan gebeler [19], doğumlarından sonra tekrar gebe kalmak istememektedir [21]. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi için kontraseptif yöntemlerin düzenli ve tutarlı bir şekilde kullanılması gerekmektedir [94]. Adölesanlar, çeşitli bariyerler nedeniyle AP hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadır [21,63]. AP hizmetlerinden yeterince yararlanmayan ve 18 yaşından önce ilk doğumunu yapan adölesanların %30-50'si, 12-24 ay içerisinde ikinci çocuğuna hamile kalabilmektedir [13]. Adölesanlarda tekrarlanan doğumlar, yüksek riskte preterm eyleme, çok düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna, stillbirth doğumlara, perinatal ve neonatal ölümlere neden olmaktadır [16]. Bu nedenle adölesan annelerin sağlığının korunması ve iyileştirilmesi için öncelikle istenmeyen ve tekrarlı gebeliklerin önlenmesi gerekmektedir [13]. Bireylerin kabul edebileceği hizmetleri sunabilmek için öncelikle adölesanların AP'ye yönelik tutumlarının ne olduğunun bilinmesine gereksinim duyulmaktadır. Bu sonuçtan hareketle, araştırmamızda gebelerin AP'ye yönelik tutumları ve kullandıkları kontraseptif yöntemlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bilgi eksikliği, bireylerin AP ile ilgili hizmetlerden yararlanmasını etkileyen faktörlerden biridir [63]. Ayrıca kadınların kontraseptif yöntemler hakkında bilgi sahibi olması, onların hem gebelikten korunmada yöntem kullanıp kullanmama, hem de hangi yöntemle kullanacağı konusundaki kararını almada etkili olduğu belirtilmektedir [11]. Araştırmamızda, adölesan gebelerin kontraseptif yöntemleri duyma ve bilme oranı %95.3'tür. Ayrıca adölesanların kontraseptif yöntemler hakkındaki bilgileri, en fazla aileden (%52.5), sonra arkadaş ve hemşire/ebelerden (%16.4) ve medya/dergiden (%12.3) edindikleri tespit edilmiştir. Bildikleri AP yöntemleri sırasıyla %81.2 oral

kontraseptif (OKS), %76.6 rahim içi araç (RİA), %59.4 kondom, %57.0 tüp ligasyon, %50.8 geri çekme, %26.6 enjeksiyon ve %0.8 acil kontrasepsiyon'dur. TNSA 2013 araştırmasına göre 15-19 yaş grubunda yer alan adölesanların tamamının herhangi bir gebelikten korunma yöntemi ve %98.3'ünün modern kontraseptif yöntemler hakkında bilgisi olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, adölesanlara yönelik bilgi kaynakları ve hangi yöntemleri bildikleri ayrıntılı olarak incelenmemiştir. TNSA 2013'te ayrıca kadınların %97.8'inin hap, %98.0'ının RİA, %92.8'nin tüplerin bağlanması, %93.3'ünün geri çekme, %92.3'ünün kondom, %87'sinin enjeksiyon ve %42.9'unun acil kontrasepsiyon yöntemlerini bildikleri rapor edilmiştir [11]. Kocaöz ve çalışma arkadaşlarının Ankara'da bir üniversite hastanesine muayene olmak için gelen gebelerle yaptıkları çalışmada, kadınların en fazla %98.3'nün OKS ve %98.0'ının RİA'yı ve en az %35.5'inin diyafram ve %33.9'unun acil kontrasepsiyon yöntemlerini bildikleri saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada kadınların %53.8'nin medya, kitap ve dergiden, %43.2'sinin aileden ve %45.2'sinin sağlık profesyonellerinden AP yöntemleri hakkında bilgi edindikleri belirlenmiştir [95]. Topbaş ve çalışma arkadaşlarının Trabzon'daki adölesan öğrenciler ile yaptıkları çalışmada, kız öğrencilerin %90.3'ünün OKS, %65.0'ünün kondom, %69.1'inin RİA, %57.2'sinin tüp ligasyon, %31.8'inin enjeksiyon ve %19.5'inin geri çekme yöntemlerini bildikleri tespit edilmiştir [96]. Öztaş ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, 18-49 yaş grubundaki kadınların %70.8'nin OKS, %68.6'sının RİA, %64.8'inin kondom ve %51.1'inin geri çekme yöntemlerini bildikleri saptanmıştır [97]. Araştırmamızda adölesan gebelerin kontraseptif yöntemleri bilme oranlarının TNSA 2013 [11] ve Kocaöz ve çalışma arkadaşlarının [95] yaptıkları çalışma sonuçlarına göre düşük, adölesan liselilerle yapılan çalışmaya [96] göre yüksek olduğu bulunmuştur. 18 yaş üstü gebelerle yapılan çalışmada [95], AP yöntemleri hakkında bilgi kaynağının ilk sırasında medya/kitap/dergi yer alırken, araştırmamızda ilk iki sıra aile ve arkadaş olmuştur. Bu sonuç, adölesan gebelerin tekrar gebe kalmasının önlenmesinde etkili olacak kontraseptif bilgiyi edinmeleri için öncelikle aile ve arkadaş çevresinin önemli olduğunu, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin içerisinde onların da yer alması gerektiğini göstermektedir.

Araştırmamızda adölesanların çoğunluğunun (%95.3) kontraseptif yöntemleri bilmesine karşın, kadınların %45.1'i edindikleri bilgilerin yetersiz olduğunu ve bu nedenle %89.1'i sağlık profesyonellerinden tekrar bilgi almak istediklerini belirtmiştir. 18 yaş

üzeri gebelerde yapılan bir çalışmada, kadınların %43.5'i kontraseptif yöntemler hakkında yeterli bilgisinin olmadığını, %75.1'i hekimden ve %47.8'i hemşire/ebelerden bu eğitimi almak istediklerini ifade etmiştir [95]. Özbaşaran ve Yanıkekrem'in çalışmasında, kadınlara gebelik ve doğum sonrası dönemde kontraseptif yöntemlere ilişkin yeterli bilgi verilmediği bildirilmiştir [98]. Araştırma bulgularımız, gebelerle yapılan çalışma [95] sonucuyla uyumluluk göstermektedir.

Dünya çapında 220 milyon adölesanın AP'de karşılanmayan gereksinimi olduğu belirtilmektedir [21]. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık olarak her 10 evli adölesandan ikisinin kontraseptif yöntem kullandıkları bildirilmektedir [10]. Araştırmamızda adölesan gebelerin %30.5'inin kontraseptif yöntem kullandığı tespit edilmiştir. Ayrıca kullanılan yöntemlerin ilk üç sırasında geri çekme (%64.1), kondom (%20.5) ve OKS (%12.8) yer almaktadır. TNSA 2013 araştırmasına göre evli adölesanların %46.9'unun, 15-49 yaş grubundaki kadınların %74.0'ının herhangi bir kontraseptif yöntem kullandıkları rapor edilmektedir. Ayrıca kullandıkları yöntemlerin dağılımına bakıldığında, adölesanların %28.1'inin geri çekme, %9.5'inin kondom, %1.7'inin hap, %4.2'sinin RİA ve %2.1'inin enjeksiyon ile korundukları saptanmıştır [11]. Yapılan sistematik bir incelemede, gebe veya anne olan adölesanların %31-66'sının daha önce hiç kontraseptif yöntem kullanmadıkları belirtilmektedir [99]. Truong ve çalışma arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, adölesanların küretaj öncesi kontraseptif yöntem kullanımı %41.1 olarak bulunmuştur [100]. Hindistan'da yapılan bir çalışmada, 18 yaş ve üzerinde evlenenlerin (%11.0), daha erken yaşta evlenenlere (%3.0) göre ilk gebeliğini geciktirmek amacıyla kontraseptif yöntem kullanımlarının daha fazla olduğu bulunmuştur [101]. Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuç, TNSA 2013 [11] verilerine göre düşük ve bu konuda yapılan sistematik inceleme [99] bulgusuna göre benzer olduğu tespit edilmiştir. Yetişkinlere göre adölesanlarda kontraseptif kullanım oranı oldukça düşük ve geri çekme gibi etkisiz yöntem kullanma oranı ise yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, tekrarlı gebeliklerin önlenmesi için adölesanların AP yöntemleri ve modern kontraseptif seçenekler hakkında bilgilendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak, bireylerin kullanacağı yönteme karar vermesinde etkili olacağı belirtilmektedir [11]. Ancak araştırmamızda adölesan gebelerin çoğunluğu (%95.3) kontraseptif yöntemleri bilmelerine karşın, bu yöntemleri

kullanmayla ilgili kararı verenlerin oranı sadece %5.1'dir. Tezel ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, kadınların %58.3'ü eşleri ile birlikte AP yöntemi kullanmalarına karar vermeleri gerektiği belirtmiştir [102]. Araştırmamızda kullanacağı kontraseptif yöntemle karar verecek adölesan gebe oranı çok düşük bulunmuş ve bu konudaki kararların çoğunluğunu eşleri ile birlikte vermektedir. Bu nedenle adölesan kadınlara, eşleriyle birlikte AP yöntemlerine yönelik eğitim hizmetlerinin sunulmasının kontraseptif kullanım oranını artıracakı düşünölmektedir.

Araştırmamızda adölesan kadınların çoğunluğu gebe kalmak istediği için (%71.9) kullandığı yöntemi bıraktıklarını ifade etmiştir. TNSA 2013 verilerine göre tüm kadınların %8.9'u tekrar gebe kalmak istediği için yöntemi bırakmak istedikleri belirtilmektedir [11]. Araştırmamızda adölesanların çok yüksek oranda gebe kalma isteğiyle kullandığı kontraseptif yöntemi bırakmasının, toplumsal ve ailesel baskı nedeniyle olduğu düşünölmektedir.

Sık aralıklarla gebe kalmak, anne ve doğacak olan bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir [53]. Araştırmamızda kadınların %91.4'ü tekrar çocuk sahibi olmayı istediğini ve %11.9'u 2 yılın altında gebe kalmak istediğini belirtmiştir. Literatürde kadınların %42.0'nın ilk 24 ay içerisinde gebe kaldığı belirtilmektedir [12]. İki yıldan sık aralıklarla gebe kalmak maternal mortalite ve morbidite sıklığını artırmaktadır [5,53]. Bu nedenle adölesan gebelere, hamilelikleri süresince ve doğum sonrası dönemde anne ve yenidoğan sağlığını tehdit edebilecek (2 yıldan az aralıklarla gebe kalması gibi) risk faktörlerine yönelik eğitim yapılması gerekmektedir.

Doğum sonu dönem, kadınların kontraseptif yöntemlere en sıcak baktığı zamanlardan biridir [103]. Araştırmamızda adölesan kadınların %93.0'ı doğum sonu dönemde kontraseptif bir yöntem kullanacağını belirtmiştir. Araştırmamızda her beş adölesan kadından biri hangi yöntemle korunmak istediğini bilmediğini söylemiştir. Ayrıca adölesanlar kullanacağı kontraseptif yöntemleri sırasıyla RİA (%23.5), geri çekme (%21.8), hap (%17.7) ve kondom (11.8) olarak ifade etmiştir. Gebelerle yapılan bir çalışmada, doğumdan sonra kadınların %34.5'inin RİA, %17.6'sının kondom ile hamilelikten korunacaklarını belirttikleri saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada, yaklaşık beş kadından birinin doğum sonu hangi yöntemle korunmak istediğini bilmediği de belirlenmiştir [95]. Araştırmamızda adölesan gebelerin yaklaşık olarak yarısının ya

hangi yöntemle korunacağını bilmediğini ya da etkin olmayan yöntemle korunacağını belirtmesi, doğum sonu tekrarlı gebelikleri önlemek için sağlık profesyonellerinin özellikle bu gruba AP hizmetleri konusunda özel eğitim ve danışmanlık vermesi gerektirdiğini düşündürmektedir.

Yaşla birlikte kadınların kontraseptif kullanımlarının arttığı saptanmıştır [95]. Araştırmamızda adölesan gebelerin yaşı arttıkça, kontraseptif kullanım oranlarının anlamlı olarak yükseldiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Nyarko'nun Gana'da yaptığı araştırmada, 15-17 yaş grubundaki kadınların %9.2'lik kontraseptif kullanımlarının 18-19 yaşa gelindiğinde %31.4'e kadar yükseldiği belirlenmiştir [80]. Ülkemizde Uslu'nun yaptığı bir çalışmada, kadınların kontraseptif kullanımları 14-17 yaş grubunda %8.8, 18 yaşında %26.5 ve 19 yaşında %64.7 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [104]. Ülkemizde yapılan iki çalışmada [95,105] da, araştırma bulgularımıza benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Yapılan araştırmalarda, kadınlarda kontraseptif kullanımının evlilik süresinden etkilendiği belirtilmiştir [91,95,106]. Araştırmamızda adölesan gebelerde evlilik süresi arttıkça, kontraseptif kullanım oranları anlamlı olarak artmıştır ($p<0.05$). Kocaöz ve çalışma arkadaşlarının araştırmasında, kontraseptif yöntem kullanan kadınların %0.9'unun 19 yaş ve altında, %16.8'inin 20-24 yaş grubunda, %48.0'nin 25-29 yaş grubunda, %25.0'nin 30-35 yaş grubunda ve %9.7'sinin 35 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiş ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile evlilik süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur [95]. Oltuoğlu ve Başer'in yaptıkları çalışmada, evli kadınların evlilik süreleri arttıkça modern kontraseptif yöntem kullanım oranlarının azaldığı ve geleneksel gebeliği önleyici yöntem kullanmanın ise arttığı tespit edilmiştir [106]. Nyarko'nun Gana'da yaptığı araştırmada ise evlilik durumunda adölesan kadınların kontraseptif kullanımlarının etkilendiği belirlenmiştir [80].

Aile planlanması, "bireylerin ya da çiftlerin kendi sorumluluklarıyla ve özgürce istediği sayıda ve aralıkta çocuk sahibi olup olmamaya karar vermelerini ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları" anlamına gelmektedir [107]. Araştırmamızda adölesanların evlendikten sonra istenilen gebe kalma süresi arttıkça, kontraseptif kullanım oranlarında anlamlı olarak artış meydana gelmiştir ($p<0.05$). Ayrıca araştırmamızda adölesanların evlendikten sonra istenilen gebe kalma süresi ile

APTÖ'nün gebeliğe ilişkin ve genel toplamından alınan puan ortalama ve ortancaları arasında istatistiki açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hemen çocuk sahibi olmak isteyenlerin, gebeliğe ve AP'ye ilişkin tutumunun, diğerlerine göre oldukça olumsuz yönde olduğu görülmüştür. Bu sonuç bireylerin doğurganlığını düzenleme isteğinin, kontraseptif kullanımlarını ve tutumlarını doğrudan etkilediğini göstermektedir.

Doğurganlığın düzenlenmesini etkileyen faktörlerden biri doğum yapmadır [107]. Kocaöz ve çalışma arkadaşlarının yaptığı araştırmada, kadınların kontraseptif kullanımı ile doğum sayısı arasında istatistiki açıdan farkın anlamlı olduğu bulunmuştur [95]. Araştırmamızda doğum yapanların (%75.0) yapmayanlara (%25.9) göre kontraseptif yöntem kullanımlarının istatistiki açıdan farkın anlamlı olarak yükseldiği saptanmıştır ($p<0.05$). Gölbaşı ve çalışma arkadaşlarının çalışmasında, bir ve iki çocuk doğumu yapan kadınların %41.7'sinin ve üç ve üzerinde paritesi olanların ise %72.4'ünün gebeliği önleyici yöntem kullandıkları belirlenmiştir [108].

Öğrenim durumu, kadınların kontraseptif yöntem kullanımlarını etkileyen bir faktördür. Gana'da yapılan çalışmada, hiç eğitimi olmayan adölesanların %3.5'inin, ilkokul mezunu olanların %19.0'nın ve ortaokul mezunu olanların ise %19.9'unun kontraseptif yöntem kullandıkları saptanmıştır [80]. Araştırmamızda, adölesan gebelerde öğrenim durumu arttıkça, APTÖ'nün yöneme ilişkin tutum alt boyutundan ve genel toplamından alınan puan ortalama ve ortancalarının anlamlı olarak yükseldiği bulunmuştur ($p<0.05$). Yani adölesanların öğrenim düzeyi yükseldikçe AP'ye yönelik tutumları olumlu yönde değişmiştir. Şanlıurfa'da yapılan bir çalışmada [27], Tezel ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada [102] kadınların eğitim seviyesi yükseldikçe APTÖ'nün toplam puanından ortalamalarının anlamlı olarak arttığı tespit edilmiştir. Benzer durum, Çayan'ın çalışmasında da bulunmuştur [109]. Eryılmaz'ın çalışmasında ise araştırma bulgularımıza benzer şekilde kadınların öğrenim düzeyi yükseldikçe APTÖ'nün yöneme ilişkin tutum alt boyutundan ve genel toplamından alınan puan ortancalarının anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir [110]. Araştırmadan elde ettiğimiz bulgu ve çalışma sonuçları [80,102,109,110], eğitimin kadınların olumlu AP tutum geliştirmelerinde ne kadar önemli olduğunu göstermiştir.

Araştırmamızda, en uzun süre yaşadıkları yeri köy olan adölesanların, ilçe ve kentte ikamet edenlere göre APTÖ'nün gebeliğe ilişkin tutum alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının düşük yani bu konuda daha az olumlu AP tutum sergiledikleri saptanmıştır ($p<0.05$). Tezel ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise kentten köye doğru gidildikçe APTÖ'nün toplam puan ortalamasının anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir [102]. Benzer sonuç, Çayan'ın çalışmasında da bulunmuştur [109]. Bu sonuçlar, köyde yaşayan adölesanların daha geleneksel bakış açısı ile yetiştirilmelerinin, AP konusundaki bilgiye ve hizmetlere ulaşmada yetersizlik yaşamlarına neden olduğu ve onların aile planlamasına yönelik olumlu yönde tutum geliştirmelerini etkilediği düşünülmektedir.

Aile bireyleri tarafından yapılan baskı adölesanların erken yaşta gebe kalmasını etkileyebilmektedir [28]. Araştırmamızda, evinde eş ve çocukları ile yaşayan adölesanların, kayınvalide ve kayınbabası ile birlikte ikamet edenlere göre APTÖ'nün topluma ilişkin tutum boyutundan aldıkları puan ortancasının daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Gözükara ve çalışma arkadaşlarının araştırma bulgularında, çekirdek aile tipine sahip olanların AP tutumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır [27]. Bu çalışmanın tam ters bulgusu, Eryılmaz'ın araştırmasında bulunmuştur [110].

Evlilikte eş ile iletişimin olmaması ve gelenekçi bir bakış açısı adölesanların erken yaşta evlenmesine ve gebe kalmasına neden olabilmektedir [28]. Görücü usulü ile birbirini önceden tanımadan evlenen adölesanların diğer evlenme şekli ile evlenen kadınlara göre APTÖ'nün yönteme ilişkin tutum boyutundan aldıkları puan ortancasının anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu sonuç, geleneksel bakış açısının adölesanların yönteme ilişkin AP tutumlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir.

İşsizliğin adölesan gebeliklerin oluşmasında [52] ve çalışma durumunun [80] kontraseptif kullanımlarında etkili olduğu belirtilmektedir. Araştırmamızda eşi çalışmayanların çalışanlara göre kadınların APTÖ'nün gebeliğe ilişkin tutum boyutundan aldıkları puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Tezel ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, eşi çalışan adölesan gebelerin APTÖ'nün toplam puan ortalamasının anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur [102]. Eryılmaz'ın araştırmasında ise çalışan kadınların ve ekonomik durumu iyi olanların APTÖ'nün tüm alt boyutlarından ve genel toplamından aldıkları puan

ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir [110]. Bu çalışma [102,110] sonuçları, araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir.

Araştırmanın Sonuçları ve Önerileri

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre;

1. Adölesan gebelerin %95.3'ünün kontraseptif yöntemleri duyduğu ve bu konuda bilgi aldığı,
2. Kontraseptif yöntemler hakkında kadınların %52.5'inin ailesinden bilgi edindiği, %45.1'inin bu bilgiyi yetersiz bulduğu ve %71.9'unun hekimden bilgi almak istediği,
3. Adölesanların bildiği ilk beş kontraseptif yöntemin sırasıyla hap (%81.2), RİA (%76.6), kondom (%59.4), tüplerin bağlanması (%57.0) ve geri çekme (%50.8) olduğu,
4. Adölesan gebelerin %30.5'inin hamilelikleri öncesi kontraseptif yöntem kullandığı ve en fazla kullanılan yöntemin geri çekme (%64.1) olduğu,
5. Adölesanların %66.7'sinin ilk 6 ay içerisinde gebe kaldıkları, kullandıkları kontraseptif yöntemle çoğunluğunun eşleri ile birlikte (%94.9) karar verdiği, %71.9'unun gebe kalmak istediği için yöntemi bıraktığı ve %71.8'unun kullandıkları gebeliği önleyici yöntemden memnun olduğu,
6. Adölesan gebelerin %91.4'ünün tekrar gebe kalmayı ve %3.4'ünün hemen hamile olmayı istediği,
7. Kadınların %93.0'ının doğum sonrası dönemde kontraseptif yöntem kullanmak istediği ve gebelikten korunmak için %23.5'inin RİA ve %21.8'inin geri çekme yöntemini kullanacağı,
8. Adölesan kadınların yaşı, evlilik süresi ve evlendikten sonra istenilen gebe kalma süresi arttıkça ve doğum yapanlarda kontraseptif kullanma durumlarının anlamlı olarak arttığı,

9. Adölesanların öğrenim düzeyi yükseldikçe, APTÖ'nün yönetime ilişkin tutum alt boyutundan ve genel toplamından alınan puan ortalama ve ortancalarının anlamlı olarak arttığı,
10. Köyde yaşayan adölesanların, ilçe ve kentte ikamet edenlere göre APTÖ'nün gebeliğe ilişkin tutum alt boyutundan alınan puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu,
11. Eş ve/veya çocuklarıyla birlikte yaşayan adölesanların, kendi grubundaki diğer kadınlara göre APTÖ'nün topluma ilişkin tutum alt boyutundan alınan puan ortancalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu,
12. Görücü usulü ile birbirini önceden tanımadan evlenenlerin, diğer evlenme şekli ile evlenenlere göre APTÖ'nün yönetime ilişkin tutum alt boyutundan alınan puan ortancalarının anlamlı olarak daha az olduğu,
13. Eşi çalışanların, çalışmayanlara göre APTÖ'nün gebeliğe ilişkin tutum alt boyutundan alınan puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu,
14. Evlendikten sonra istenilen gebe kalma süresi hemen olanların, kendi grubundaki diğer kadınlara göre APTÖ'nün gebeliğe ilişkin tutum alt boyutundan ve genel toplamından alınan puan ortalama ve ortancalarının anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Adölesanların kontraseptif yöntemleri bilme ve duyma oranları yüksek olmasına karşın, sadece 10 adölesandan 3'ünün gebelikten korunması ve genellikle etkisiz yöntemlerin tercih edilmesi nedeniyle doğum sonu dönemde tekrarlayan ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için kadınlara rutin muayene izlemleri sırasında ve doğum sonu dönemde etkin AP konusunda eğitim ve danışmanlıkların yapılması,
- Yaş ve öğrenim düzeyinin artması, adölesan gebelerin AP'ye yönelik tutumlarını olumlu yönde geliştirdiğinden, kadınların erken yaşta evliliklerinin önlenmesi ve eğitimlerine devam etmeleri için multisektörel müdahale girişimlerin yapılması,

- Sağlık profesyonelleri tarafından aile planlamasına yönelik olumlu tutum sergilemeyen risk gruplarının belirlenmesi ve onlara özel eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sunulması,
- Adölesan gebelerin kontraseptif kullanımlarına genellikle kendileri karar vermediğinden, yapılacak olan eğitim ve danışmanlık programlarına eşlerin dahil edilmesi,
- Adölesanların kontraseptif kullanımı hakkındaki bilgisi ailesi ve arkadaşları olduğundan, kadınların tekrarlayan ve istenmeyen gebeliklerinin önüne geçilebilmesi ve gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının artırılabilmesi için akran ve aile eğitimlerinin yapılması,
- Akran ve aile eğitimlerinin adölesan gebelerin AP tutumlarına olan etkisini inceleyen çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Eroğlu, K. “Kadın ve üreme sağlığına genel bakış”, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1.bs., Editör, Coşkun, A., *Koç Üniversitesi Yayınları.*, İstanbul, s. 15-38, 2012.
2. Taşkın, L., Zeyneloğlu, S., “Cinsel sağlık/üreme sağlığı”, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. bs., Editör, Taşkın, L., *Özyurt Matbaacılık*, Ankara, s. 20-41, 2016.
3. İnternet: World Health Organization “Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division” http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1.
4. İnternet: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni” <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/27344,saglik-istatistikleriyilligi-2017-haber-bultenipdf.pdf?0%20+>.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü., ICON-İNSTITUT Public Sector GmbH., BNB Danışmanlık., “Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005”, *Elma Teknik Basım Matbaacılık*, Ankara, s. 35, 56, 59-61, 2006.
6. İnternet: World Health Organization “Adolescent pregnancy” <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
7. Gölbaşı, Z., “Adölesan dönem üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler”, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (1), 100-108, 2005.
8. Başer, M., “Adölesan cinselliği ve gebelik”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (1), 50-54, 2000.
9. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu “Dünya nüfus günü, 2013” <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13663>.
10. Durukan, E., “Çocuk gelinler, erken yaşta evliliği durdurun”, *Sağlık ve Toplum*, 26 (1), 3-18, 2016.

11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü., “2013 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması”, *Elma Teknik Basım Matbaacılık Ltd. Şti*, s. 72-73,79, 98-99, 107-109, 135, Ankara, 2014.
12. Şolt, A., Yazıcı, S., “Adölesan gebelikler”, *HSP.*, 2 (2), 241-248, 2015.
13. Holness, N., “A global perspective on adolescent pregnancy”, *Int. J Nurs. Pract.*, 21 (5), 677-681, 2015.
14. Thaitae, S., Thato, R., “Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnancies in Thailand”, *J Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, 24 (6), 342-346, 2011.
15. Sagili, H., Pramy, N., Prabhu, K., Mascarenhas, M., Reddi Rani, P., “Are teenage pregnancies at high risk? A comparison study in a developing country”, *Arch. Gynecol. Obstet.*, 285 (3), 573-577, 2012.
16. Reime, B., Schücking, B.A., Wenzlaff, P., “Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents’ first pregnancies”, *BMC Pregnancy Childbirth*, 8, 4, 2008.
17. Şen, S., Kavlak, O., “Çocuk gelinler: erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım”, *Aile ve Toplum.*, 7 (25), 35-44, 2011.
18. Felice, M. E., Feinstein, R. A., Fisher, M., Kaplan, D. W., Olmedo, L. F., Rome, E. S., Stagers, B. C., “American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Contraception in adolescents”, *Pediatrics*, 104 (5 Pt 1), 1161-1166, 1999.
19. Bayram Değer, V., Balçı, E., “Adölesan dönemde üreme sağlığı, cinsellik ve cinsel eğitimin önemi”, *Turkish Studies*, 13(4), 1424-1448, 2018.
20. Internet: Darroch, J. E., Woog, V., Bankole, A., Ashford, L. S., “Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents.” https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescent-s-report.pdf.
21. Morris, J. L., Rushwan, H., “Adolescent sexual and reproductive health: the global challenges”, *Int. J Gynaecol. Obstet.*, 131 Supp 1, S40-S42, 2015.
22. Ay, F., “Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar, mesleki kavramlar”, *İstanbul Medical Yayıncılık*, s. 43-45, İstanbul, 2007.

23. Reynolds, K. D., Metz, D. S., Unger, J., “Health behavior research and intervention”, Public Health and Preventive Medicine, 15th ed., Editor, Wallace, R., *The McGraw-Hill Companies*, New York, s. 941-942, 2008.
24. Origanje, C., Meremikwu, M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A., Ehiri, J. E., “Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents”, *Cochrane Database Syst. Rev.*, Issue 2, 2016. Art. No.: CD005215.
25. Correia, L., Martins, M.D., Oliveira, N., Antunes, I., Palma, F., Alves, M. J., “Contraceptive choices pre and post pregnancy in adolescence”, *J Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, 28 (1), 24-28, 2015.
26. Aktoprak, M., “Evli kadınlar ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumları ve ilişkili faktörler”, Selçuk üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 1-102, Konya, 2012.
27. Gözükar, F., Kabalcıoğlu, F., Ersin, F., “Şanlıurfa ilinde kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi”, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.*, 12 (1), 9-16, 2015.
28. Kara Uzun, A., Şimşek Orhon, F., “Adölesan gebeliklerin anne ve bebek sağlığına olan etkileri ”, *Journal of Ankara University Faculty of Medicine*, 66 (1), 20-24, 2013.
29. Aydın, D., “Adölesan gebelik ve adölesan annelik”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16 (4), 250-254, 2013.
30. Sevil, Ü., “Adölesan dönemi”, Kadın Sağlığı, 1. bs., Editörler, Şirin, A., Kavlak, O., *Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti.*, İstanbul, s. 57-89, 2008.
31. İnternet: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği “2007 Gençlik ve Cinsellik” <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/43/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>.
32. Parlaz, A., Tekgül, N., Karademirci, E., Öngel, K., “Ergenlik dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci”, *Turkish Family Physician*, 3 (2), 10-16, 2012.

33. Doğaner, Y. ., Aydoğan, ., “Adölesan dönemi ve fizyolojik değişimler”, Adölesan Sağlığı ve Sorunları - I, Editör, Aydoğan, ., *Türkiye Klinikleri*, 9 (5), 1-7, 2018.
34. İnternet: Türkiye Milli Pediatri Derneği, “Türkiye Milli Pediatri Derneği ve yandal dernekleri işbirliği ile çocuk sağlığı ve hastalıklarında tanı ve tedavi kılavuzları 4” <https://millipediatri.org.tr/wp-content/uploads/2018/04/kilavuz-4.pdf>.
35. Afşar Uncu, Y., “Adölesan dönemi ve cinsellik”, Adölesan Sağlığı ve Sorunları - I, Editör, Aydoğan, ., *Türkiye Klinikleri*, 9 (5), 29-32, 2018.
36. Alper, Z., “Adölesan döneminde duygusal ve kognitif değişiklikler”, Adölesan Sağlığı ve Sorunları - I, Editör, Aydoğan, ., *Türkiye Klinikleri*, 9 (5), 8-11, 2018.
37. aka, S. Y., ınar, N., Altınkaynak, S., “Adölesanlarda yeme bozuklukları”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7 (1), 203-209, 2018.
38. Gölbaşı, Z., “Sağlıklı gençlik ve toplum için bir adım: cinsel sağlık eğitimi ”, *Aile ve Toplum*, 2 (6), 1-8, 2003.
39. Bozdemir, N., Özcan, S., “Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış” *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5 (4), 37-46, 2011.
40. Çayır, G., Kızılkaya Beji N., “Cinsel sağlık eğitimi”, *Androloji Bülteni*, 17-62, 231-240, 2015.
41. İnternet: T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğu “Uluslararası nüfus ve kalkınma konferansı (ICPD, 1994) eylem programı’nın Türkiye’de uygulanan sağlık politikalarına yansımalarının toplumsal cinsiyet perspektifinden incelenmesi” <https://kadininstatusu.aile.gov.tr/uploads/pages/uzmanlik-tezleri/uluslararasi-nufus-ve-kalkinma-konferansi-icpd-1994-eylem-programi-nin-turkiye-de-uygulanan-saglik-politikalarina-yansimalarinin-toplumsal-cinsiyet-perspektifinden-incelenmesi.pdf>.
42. Yurdakul, M., Ardıç obaner A., “Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde sağlık eğitimi, iletişim ve danışmanlık”, *Türkiye Klinikleri J Obstet. Womens Health Dis. Nurs.-Special Topics*, 1 (2), 28-34, 2015.

43. İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü “Gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri katılımcı kitabı” <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap41.pdf>.
44. İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı “Cinsel sağlık ve üreme sağlığı sağlık sektörü için ulusal stratejik eylem planı 2005-2015” <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap9.pdf>.
45. Kansu Çelik, H., Özel, Ş., Engin Üstün, Y., “Adölesanlarda cinsel sağlık ve üreme sağlığı”, *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15 (4), 184-188, 2018.
46. Çınar, N., Hıra, S., “Adölesan annelik”, *J Hum. Rhythm.*, 3 (1), 15-19, 2017.
47. Kütük, S., “Adölesan gebelik riskleri ve sorunları”, *Türk. Aile Hek. Derg.*, 16, S31-S34, 2012.
48. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu “Doğum İstatistikleri, 2017” <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27588>.
49. İnternet: United Nations Population Fund “World population dashboard Turkey” <https://www.unfpa.org/data/world-population/TR>.
50. Giray, H., Kılıç, B., “Bekar kadınlar ve üreme sağlığı”, *Sted*, 13 (8), 286-289, 2004.
51. İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi “Türk Medeni Kanunu” <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.4721&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>.
52. Ozsahin, A., Zencir, M., Gokce, B., Acimis, N., “Adolescent pregnancy in West Turkey. Cross sectional survey of married adolescents”, *Saudi Med. J.*, 27 (8), 1177-1182, 2006.
53. Taşkın, L., Kukulu, K., “Doğum ve kadın sağlığı hemşireliğine giriş”, *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 13. bs., Editör, Taşkın, L., *Özyurt Matbaacılık*, Ankara, s. 1-19, 2016.
54. Ağaçayak, E., Alan, B., Turgut, A., Karabel, M., Yaman Tunç, S., Çeter, Y., Arslan, N., Yalinkaya, A., “Adölesan gebelerin maternal ve fetal sonuçlarının değerlendirilmesi”, *Dicle Medical Journal*, 43 (2), 344-350, 2016.

55. Melekoğlu, R., Evr¼ke, C., Kafadar, T., Mısırlıoğlu, S., B¼y¼kkurt, S., Tuncay Özg¼nen, F., “Ad¼lesan gebelerin perinatal sonuçları”, *J Turk. Soc. Obstet. Gynecol.*, 10 (2), 213-219, 2013.
56. Ulaş Barut, M., “Ad¼lesan gebelerin maternal ve fetal sonuçlarının değerlendirilmesi”, *Dicle Med. J.*, 45 (3), 283-290, 2018.
57. Aygar, H., Metintaş, S., “Bir kalkınma göstergesi olarak anne ölümleri”, *EST¼DAM Halk Sağlığı Dergisi*, 3 (3), 63-70, 2018.
58. Sungur, İ., Çöl, M., “Mortalite ile ilgili önemli ölç¼tlerin Dünya’daki ve Türkiye’deki durumu”, *Journal of Ankara University Faculty of Medicine*, 69 (1), 1-6, 2016.
59. Korkmaz, A., Aydın, ř., Duyan Çamurdan, A., Okumuş, N., Neşe Onat, F., Özbaş, S., Polat, E., şenel, S., Tezel, B., Tezer, H., Rifat Köse, M., “Türkiye’de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 56 (3), 105-121, 2013.
60. Durmaz, N., Ataş, E., Ulukol, B., “Ad¼lesan dönemi ve istismar”, Ad¼lesan Sağlığı ve Sorunları - I, Editör, Aydoğan, Ü., *Türkiye Klinikleri*, 9 (5), 52-60, 2018.
61. Güzel, A. İ., Tokmak, A., Engin Üst¼n, Y., “Ad¼lesan gebelikler”, *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13 (1), 28-31, 2016.
62. Aktepe, E., Atay, İ. M., “Çocuk evlilikleri ve psikososyal sonuçları”, *Current Approaches in Psychiatry*, 9 (4), 410-420, 2017.
63. Demirgöz, M., Canbulat, N., “Ad¼lesan gebelik”, *Türkiye Klinikleri J Med. Sci.*, 28 (6), 947-952, 2008.
64. Keskin Kurt, R., Karateke, A., Aras, Z., Gül, A., Özkaya, D., Dede, M., “Hatay ilinde ad¼lesan gebeliklerin maternal ve fetal sonuçları”, *ODU J Med.*, 2, 68-71, 2014.
65. Kırbaş A., Gülerman H. C., Dağlar, K., “Pregnancy in adolescence: is it an obstetrical risk?”, *J Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, 29 (4), 367-371, 2016.
66. Bakılan Abalı, F., Saruhan, A., Egelioğlu Cetişli, N., “Ad¼lesan doğumların sonuçlarının retrospektif incelenmesi”, *Pam. Tıp Derg.*, 2, 166-170, 2017.

67. Banerjee, B., Pandey, G., Dutt, D., Sengupta, B., Mondal, M., Deb, S., “Teenage pregnancy: a socially inflicted health hazard”, *Indian J Community Med.*, 34 (3), 227-231, 2009.
68. Değirmenci, H., “Gebelerde hipertansiyona güncel yaklaşım”, *Erzincan Tıp Dergisi*, 1 (1), 20-27, 2018.
69. Taşkın, L., “Riskli gebelikler”, *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 13. bs., Editör, Taşkın, L., *Özyurt Matbaacılık*, Ankara, s. 269-324, 2016.
70. Trivedi, S. S., Pasrija, S., “Teenage pregnancies and their obstetric outcomes”, *Trop. Doct.*, 37 (2), 85-88, 2007.
71. Ayyıldız, T., Topan, A., Öztürk, Ö., Kulakçı, H., Değirmenci, H., “Adölesan gebeliklerin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi”, *DEUHFED*, 8 (2), 61-66, 2015.
72. Uçar, M. G., Uçar, R. M., Çelik, Ç., “Gebelerde anemiye yaklaşım”, *Türkiye Klinikleri J Fam. Med.-Special Topics*, 7(3), 17-24, 2016.
73. Vural, T., Özcan, A., Sancı, M., “Güncel bilgiler ışığında gebelikte demir eksikliği anemisi: Demir desteği kime? Ne zaman? Ne kadar? ”, *Van Tıp Dergisi*, 23 (4), 369-376, 2016.
74. Noyan, C. O., Şengezer, T., “Adölesan dönemi alkol ve madde kullanımı”, *Adölesan Sağlığı ve Sorunları - I*, Editör, Aydoğan, Ü., *Türkiye Klinikleri*, 9 (5), 18-23, 2018.
75. Şengezer, T., “Adölesan dönemi tütün ve tütün ürünleri bağımlılığı”, *Adölesan Sağlığı ve Sorunları - I*, Editör, Aydoğan, Ü., *Türkiye Klinikleri*, 9 (5), 12-17, 2018.
76. Keskin, U., Kıncı, M. F., “Adölesan dönemi ve gebelikler ”, *Adölesan Sağlığı ve Sorunları - I*, Editör, Aydoğan, Ü., *Türkiye Klinikleri*, 9 (5), 33-38, 2018.
77. Hadımlı, A., “Gebelikten önce mevcut olan riskli durumlar”, *Türkiye Klinikleri*, 4 (3), 1-12, 2018.
78. Özsoy, S., “Adölesan annelerin emzirmeye yönelik düşünce ve uygulamaları”, *F. N. Hem. Derg.*, 22 (2), 84-93, 2014.

79. Özgü, E., Yakut, H. İ., “Adolesan kontrasepsiyon”, *The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology*, 12 (5), 191-193, 2015.
80. Nyarko, S. H., “Prevalence and correlates of contraceptive use among female adolescents in Ghana”, *BMC Women's Health*, 15 (60), 1-6, 2015.
81. Klein, J. D., American Academy of Pediatrics Comitte on Adolescence., “Adolescent pregnancy: current trends and issues”, *Pediatrics*, 116 (1), 281-286, 2005.
82. İnternet: Türk Dil Kurumu “Tutum” http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ca86be3b01433.17152618.
83. Özdemir, Z., “Sağlık bilimlerinde likert tipi tutum ölçeği geliştirme”, *HUHEMFAD-JOHUFON*, 5 (1), 50-68, 2018.
84. Çöllü, E. F., Öztürk, Y. E., “Örgütlerde inançlar-tutumlar tutumların ölçüm yöntemler ve uygulama örnekleri bu yöntemlerin değerlendirilmesi”, *Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 9 (1-2), 373-404, 2006.
85. Arslan, H., “Dinî tutumların oluşum, gelişim ve değişimi”, *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 9 (1), 77-96, 2009.
86. Özmen, D., Özsoy, S., “Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği geliştirilmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 25 (1), 51-69, 2009.
87. Gördes Aydoğdu, N., Bahar, Z., “Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi”, *DEUHYO ED*, 4(1), 34-40, 2011.
88. Sağlan, Y., Bilge, U., “Adolesan ve okul sağlığı”, *Adölesan Sağlığı ve Sorunları - I*, Editör, Aydoğan, Ü., *Türkiye Klinikleri*, 9 (5), 11-16, 2018.
89. Alyanak, İ. Y., Kardam, F., Koç, İ., Ergöçmen, B., “Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımına Engel Olan Süreçler, İçinde Niteliksel Araştırma: Gebeliği Önleyici Yöntemler ve İstemli Düşükler”, *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Orkide Basımevi*, Ankara, s. 31-56, 2003.

90. Ejder Apay, S., Nazik, E., Özdemir, F., Pasinlioğlu, T., “Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13 (3), 1-7, 2010.
91. İnternet: Resmi Gazete “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
92. Örsal, Ö., Kubilay, G., “Aile Planlaması Tutum Ölçeği Geliştirilmesi”, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.*, 15(60), 155-164, 2007.
93. İnternet: World Health Organization “Pregnant adolescents. Delivering on global promises of hope” http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241593784/en/.
94. Henshaw, S. K. “Unintended pregnancy in the United States”, *Fam. Plann. Perspect.*, 30 (1), 24-29, 1998.
95. Kocaöz, S., Peksoy, S., Atabekoğlu, C. S., “Kadınların gebelikten önce kullandığı ve doğum sonrası dönemde kullanmayı tercih ettiği kontraseptif yöntemler”, *Balikesir Sağlık Bil. Derg.*, 2 (1), 1-8, 2013.
96. Topbaş, M., Can, G., Kapucu, M., “Trabzon’da bazı liselerdeki adölesanların aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 45 (4), 331-337, 2003.
97. Öztaş, Ö., Artantaş, A., Tetik, B., Yalçıntaş, A., Üstü, Y., Uğurlu, M., “18-49 yaş grubu evli kadınların üreme sağlığı ve kontrasepsiyon hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları”, *Ankara Med J*, 15 (2), 67-76, 2015.
98. Özbaşaran, F., Yanikkerem, E., “Doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumlarının değerlendirilmesi”, *Sendrom*, 161, 50-56, 2004.
99. Meade, C.S, Ickovics J. R., “Systematic review of sexual risk among pregnant and mothering teens in the USA: pregnancy as an opportunity for integrated prevention of STD and repeat pregnancy”, *Soc. Sci. Med.*, 60, 661–78, 2005.
100. Truong, H.M., Kellogg, T., McFarland, W., Kang, M.S., Darney, P., Drey, E. A., “Contraceptive intentions among adolescents after abortion”, *Journal of Adolescent Health*, 39, 283-286, 2006.

101. Santhya, K. G., Ram, U., Acharya, R., Jejeebhoy, S. J., Ram, F., Abhishek, S., “Associations between early marriage and young women’s marital and reproductive health outcomes: evidence from India”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36, 132–139, 2010.
102. Tezel, A., Gönenç, İ. M., Akgün, Ş., Öztaş Karataş, D., Altuntaş Yıldız, T., “Kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18 (3), 181-188.
103. Naçar, M., Öztürk, A., Öztürk, Y., “Doğum sonrasında verilen aile planlaması eğitiminin yöntem kullanmaya etkisi”, *Erciyes Tıp Dergisi*, 25 (3), 122-130, 2003.
104. Uslu, F., “Adölesan annelerin sosyodemografik özellikleri ve doğum sonuçlarının değerlendirilmesi”, *Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-77, Aydın, 2018.
105. Elmas, E., “Adana bölgesinde yaşayan 18 yaş altı ve 35 yaş üstü kadınların kontraseptif yöntem kullanım özelliklerinin araştırılması”, *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-76, Adana, 2010.
106. Oltuoğlu, H., Başer, M., “Malatya il merkezinde yaşayan evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve seçme nedenlerinin incelenmesi”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19 (3), 167-174, 2012.
107. Hotun Şahin, N. “Aile planlaması ve infertilite”, *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1.bs., Editör, Coşkun, A., *Koç Üniversitesi Yayınları*, İstanbul, s. 345-384, 2012.
108. Gölbaşı, Z., Tümay, H., Koç, D., Yıldız, H., “Bir sağlık ocağı bölgesindeki kadınların postpartum dönemde gebelikten korunma durumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (1), 29-38, 2005.
109. Çayan, A., “15–49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi”, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 1-170, Aydın, 2009.

- 110.Eryılmaz, N., “Doğum sonu dönemdeki kadınların aile planlaması konusundaki tutumları ve ilişkili faktörler”, *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 1-49, Konya, 2014





EKLER

EK-1

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, adölesan gebelerin aile planlamasına yönelik tutumları ve kullandıkları kontraseptif yöntemlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Veri toplama formundaki sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu araştırmanın niteliği açısından çok önemlidir. Sorulara tüm vereceğiniz cevaplar saklı tutulacaktır. Katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

VERİ TOPLAMA FORMU

No:

1. Yaşınız nedir?.....
2. Öğrenim durumunuz nedir?
 - a. İlkokul mezunu
 - b. Ortaokul mezunu
 - c. Lise mezunu
 - d. Diğer açıklayınız.....
3. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır (5. soruya geçiniz)
4. Mesleğiniz nedir?
 - a. İşçi
 - b. Memur
 - c. Serbest Meslek
 - d. Emekli
 - e. Diğer açıklayınız.....
5. Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı? (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-kur, Yeşil Kart, Özel)
 - a. Evet
 - b. Hayır
6. Yaşamınızın büyük bir kısmını nerede geçirdiniz?
 - a. Köy
 - b. İlçe/ Kasaba
 - c. Şehir
7. Evinizde yaşayan bireyleri yazınız?.....
8. Eşinizin yaşı nedir?.....
9. Eşinizin öğrenim durumunuz nedir?
 - a. İlkokul mezunu
 - b. Ortaokul mezunu
 - c. Lise mezunu
 - d. Üniversite ve üzeri mezunu
10. Eşiniz gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor mu?
 - a. Evet
 - b. Hayır (12. soruya geçiniz)
11. Eşinizin mesleği nedir?
 - a. İşçi
 - b. Memur
 - c. Serbest Meslek
 - d. Emekli
 - e. Diğer açıklayınız.....
12. Nikah şekliniz nedir?
 - a. Yalnız resmi nikah var
 - b. Yalnız imam nikahı var
 - c. Her ikisi de var
 - d. Diğer. Açıklayınız:.....
13. Evlenme şekliniz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır, belirtiniz.
 - a. Görücü usulü ile, birbirlerini önceden tanımadan
 - b. Görücü usulü ile, daha sonra tanışıp onaylayarak
 - c. Tanışıp anlaşarak
 - d. Diğer (Açıklayınız:.....)

14. Evlilik süreniz nedir?.....
15. Evlilik konusunda herhangi bir danışmanlık hizmeti aldınız mı?
a. Evet b. Hayır
16. Evlendikten sonra gebe kalmak için ne kadar süre geçmesi gerektiğini düşünüyorsunuz?.....
17. Evlendikten ne kadar süre sonra hamile kadınız?.....gün/ay/yıl sonra
18. Kaç kez gebe kaldınız?
a. 1 (22. soruya geçiniz) c. 3
b. 2 d. 4 ve üzeri
19. Hiç düşük yaptınız mı? Cevabınız EVET ise kaç kez?
a. Evet.....kez b. Hayır
20. Hiç kürtaj oldunuz mu? Cevabınız EVET ise kaç kez?
a. Evet..... kez b. Hayır
21. Kaç kez doğum yaptınız?
a. 1 c. 3
b. 2 d. 4 ve üzeri
22. Bu gebeliğiniz planlanmış (isteyerek) bir gebelik mi?
a. Evet b. Hayır
23. Gebelikten korunma yöntemlerini duydunuz mu?
a. Evet b. Hayır (28. soruya geçiniz)
24. Bildiğiniz gebelikten korunma yöntemleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
a. Bilmiyorum g. Tüplerin bağlanması
b. Oral kontraseptifler (Hap) h. Vazektomi
c. RİA (Spiral) Uygulaması i. Diyafram, köpük, jel, fitil
d. Kondom (Prezervatif) j. Acil doğum kontrol yöntemi
e. Enjeksiyonlar k. Geri çekme
f. İmplant l. Takvim yöntemi
m. Diğer açıklayınız.....
25. Gebelikten korunma yöntemleri hakkında herhangi bir bilgi aldınız mı?
a. Evet b. Hayır
26. Gebelikten korunma yöntemleri hakkında kimden bilgi aldınız?
a. Aile d. Hemşire/ ebe
b. Arkadaşlar e. Medya, kitap ve dergiler
c. Doktor f. Diğer. Açıklayınız.....

27. Size verilen bilginin içeriğini yeterli buluyor musunuz?
a. Yeterli b. Yetersiz
c. Diğer. Açıklayınız.....
28. Gebelikten korunma yöntemi hakkında eğitimi kimden almak isterdiniz?
a. Aile d. Hemşire/ ebe
b. Arkadaşlar e. Medya, kitap ve dergiler
c. Doktor f. Diğer. Açıklayınız.....
29. Bu gebeliğinizden önce herhangi bir yöntemle korundunuz mu?
a. Evet b. Hayır (36. soruya geçiniz)
30. Hangi yöntemle korundunuz?.....
31. Ne kadar süreyle korundunuz?.....
32. Yöntem kullanımı konusuna kiminle birlikte karar verdiniz?.....
33. Kullandığınız yöntemi bırakma nedeniniz?.....
34. Kullandığınız yöntemden memnun muydunuz?
a. Evet (36. soruya geçiniz) b. Hayır
35. Kullandığınız yöntemden memnun değilseniz nedenini açıklayınız?
.....
.....
36. Bu gebeliğinizden sonra tekrar çocuk sahibi olmayı düşünüyor musunuz?
a. Evet b. Hayır (38. soruya geçiniz)
37. Cevabınız evet ise ne kadar süre sonra gebe kalmayı planlıyorsunuz?.....
.....
38. Doğum yaptıktan sonra tekrar gebe kalmamak için korunmayı düşünüyor musunuz?
a. Evet b. Hayır
39. Bu gebelik sonlandıktan sonra hangi yöntemle korunmayı düşünüyorsunuz?
.....

EK-2**AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ**

AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1. Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir					
2. Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar					
3. Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler					
4. Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur					
5. Ailede çok çocuk olması, gelecekte kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir					
6. Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır					
7. Kadının asli görevi doğurmaktır özdeyişi doğrudur					
8. Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır					
9. Doğan her çocuğun rızkını “Allah” verir					
10. Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır					
11. Kaynalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez					
12. Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir					
13. Erkek adamın erkek damadı olur					
14. Erkek adamın erkek çocuğu olur					
15. Kız çocuk varsa çocuğum var denilir					
16. Spiral baş ağrısı yapar					
17. Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır					
18. Spiralin mideye kaçacağından korkulur					
19. Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur					
20. Doğum kontrol yönteminin cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür					
21. Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin					

cinsel hazzı/arzusunu az olur					
22.Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur					
23.Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz					
24.Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz					
25.Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybederler					
26.Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur/erkekleşir					
27. İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum					
28.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum					
29.Gebelik kadını çekici hale getirir					
30.Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir					
31.Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir					
32.Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir					
33.Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kadınlarla evlenilmelidir					
34.Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum					

EK-3

İLGİLİ MAKAMA

AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ isimli 2006 yılında doktora unvanımı aldığım tezimde geliştirdiğim ölçeğin, Ömer Halisdemir Üniversitesi ve Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi ortak yüksek lisans programı ile Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi **Sibel Dilmen'in** çalışmasında kullanılmasının uygun olduğunu beyan ederim.



16 Aralık 2017


Doç. Dr. Özlem ÖRSAL


Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

EK-4


E-İmzalıdır



T.C.
ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

Sayı : 86837521-050.99-E.1622
Konu: Etik Kurul

07/11/2016

Sayın Doç.Dr. Semra KOCAÖZ
Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Müdür V.

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Aynur KIZILIRMAK ve yüksek lisans öğrencisi Sibel DİLMEN ile birlikte yapmayı planladığımız "Adölesan Gebelerin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Kullandıkları Kontraseptik Yöntemler " isimli projeye ilişkin 02.11.2016 tarihli ve 08 sayılı toplantısının 01 sayılı kararı ekte gönderilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Murat ALP
Rektör V.

EK: Karar (4 sayfa)

Bu belge 5970 sayılı e-İmza Kanununa göre Rektör (Prof.Dr.Adnan GÖRÜR) vekili Prof.Dr.Murat ALP tarafından 07.11.2016 tarihinde e-İmzalanmıştır.
Doğrulama Kodu:<http://eimza.nigde.edu.tr/eimza/default.aspx?Code=FD45DE53XC>.

Merkez Yerleşke Bor Yolu Üzeri 51240-NİĞDE
Telefon No: (0 388) 225 26 14-15 Faks No: (0 388) 225 26 13
e-posta: genelsekreterlik@ohu.edu.tr İnternet Adresi: www.ohu.edu.tr

Bilgi için: Özge ÇETİNTAŞ
Memur
Telefon No: (0 388) 225 26 15

EK-5



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Niğde İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

NİĞDE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - NİĞDE İLİ KHBGS TIBBİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
06/01/2017 08:49 43524359 663.08 E.37



Sayı : 63524359-663.08
Konu : Araştırma İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 16/12/2016 tarihli ve 18842800-4182 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazınız ile Üniversiteniz Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Semra KOCAGÖZ, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK ve Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi ile Üniversiteniz Fen Bilimleri Enstitüleri Hemşirelik Anabilim Dalları Arasında Ortak Lisansüstü Programı öğrencisi Sibel DİLMEN ile birlikte yapmayı planladıkları "Adölasan Gebelerin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler" konulu araştırmalarını Birliğimize bağlı Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmak için izin istenmiştir.

İlgili çalışmanın, sağlık tesisimizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun Kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla sağlık tesisimizde yapılması Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uzm.Dr. Fatih BALCI
Genel Sekreter

Dağıtım:

Gereği:

Ömer Halisdemir Üniversitesi Rektörlüğü

Bilgi:Niğde T.C. Sağlık Bakanlığı Ömer
Halisdemir Üni. Eğitim Ve Araştırma
Hastanesi

Adres: Aşağı Kayabaşı Mah. Hastaneler Cad. Çocuk Hastanesi 51100 Merkez / NİĞDE
Niğde İli KHBGS Tıbbi Hiz. Başk.-Yazışma ve Arşiv Birimi
Faks No.03882212627

e-Posta: zeliha.gunduz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: niğde.khb.saglik.gov.tr

Bilgi için: Zeliha GUNDUZ

Unvan: BÜRO PERSONELİ

Telefon No 03882212626

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinde 24caac402-2526-4202-94a6-f4e614ffdf53 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6



AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Adölesan Gebelerin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler

Araştırmacının Açıklaması

Değerli Katılımcı,

Adölesan gebelerin aile planlamasına yönelik tutumları ve kullandıkları kontraseptif yöntemler konulu bir çalışma yapmaktayız.

Sizin de bu çalışma programına katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılım katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni 15-19 yaşları arasında gebe olmanızdan dolayıdır. Sizin aile planlamasına yönelik tutumlarınızı ve gebelik öncesinde kullandığınız kontraseptif yöntemlerinizi belirlemeye çalışıyoruz. Sizin yaş grubunuzdaki gebe kadınların kontraseptif yöntem kullanıp kullanmadığı ve aile planlamasına yönelik tutumlarınız sağlığını etkileyebileceğinden bu konuların bilinmesi önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Doç. Dr. Semra KOCAÖZ ve araştırma ekibi, sizlere Adölesan gebelerin aile planlamasına yönelik tutumları ve kullandıkları kontraseptif yöntemleri belirlemek amacıyla veri toplama formu uygulayacaktır. Elde edilen kayıtlar aile planlamasına yönelik tutumların ve kullanılan

kontraseptif yöntemlerin belirlenmesinde yardımcı olacaktır. Bu kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir.

Teşekkürler...

SORUMLU ARAŞTIRMACILAR:

Doç. Dr. Semra KOCAÖZ

Ömer Halisdemir Üniversitesi

Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu

Tel: 0 388 211 28 12

Sibel DİLMEN

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü

Tel: 0 553 262 82 95

Yrd. Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi

Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu

Tel: 0 384 215 23 80

KATILIMCININ BEYANI

Araştırmanın amacını anladım. Bu kapsamda araştırmaya katılmak, bana yöneltilen ölçek ve formları doldurmayı kabul ediyorum.

Adı-soyadı

Tarih-imza

ÖZGEÇMİŞ

Sibel DİLMEN 1991 yılında Niğde’de doğdu. İlk ve orta öğrenimini Niğde’de tamamladı. 2009 yılında Niğde Anadolu Lisesi’ni bitirmiştir. 2010’da kazandığı Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünden 2015 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi ve Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Ortak Programı Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisansa başlamıştır. 2017 yılından bu yana Sivas Numune Hastanesi’nde hemşire olarak görev yapmaktadır. 2019 yılında “Adölesan Gebelerin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler” isimli teziyle yüksek lisansını tamamlamıştır. Evli ve bir çocuk annesidir.

Adres: Sivas Numune Hastanesi 58-100 SİVAS
Telefon: 0 553 262 82 95
e-posta : sibelgundogan@hotmail.com.tr

