

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

BAYRAKLI İLÇESİ CENGİZHAN MAHALLESİ 18-49 YAŞ
KADINLARDA AİLE PLANLAMASI YÖNTEM KULLANIMI VE İLİŞKİLİ
ERİŞİM FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

HAZIRLAYAN
Arş.Gör.Dr.Funda Özlem BALLI

TEZ DANIŞMANI
Doç.Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU

İZMİR- 2011

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

BAYRAKLI İLÇESİ CENGİZHAN MAHALLESİ 18-49 YAŞ
KADINLARDA AİLE PLANLAMASI YÖNTEM KULLANIMI VE İLİŞKİLİ
ERİŞİM FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

HAZIRLAYAN
Arş.Gör.Dr.Funda Özlem BALLI

TEZ DANIŞMANI
Doç.Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU

İZMİR- 2011

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

BAYRAKLI İLÇESİ CENGİZHAN MAHALLESİ 18-49 YAŞ
KADINLARDA AİLE PLANLAMASI YÖNTEM KULLANIMI VE İLİŞKİLİ
ERİŞİM FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

HAZIRLAYAN
Arş.Gör.Dr.Funda Özlem BALLI

TEZ DANIŞMANI
Doç.Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU

İZMİR- 2011

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı SOYADI

İMZA

Başkan (Danışman): Doç. Dr. Meltem ÇİÇEKLIOĞLU.....

Üye: Prof. Dr. Ali Osman KARABABA.....

Üye: Doç. Dr. Şafak TANER

Uzmanlık Tezinin Kabul Edildiği Tarih: 22.04.2011

ÖNSÖZ

TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı Okulu'nda eğitim sürecinde tezimi hazırlama sırasında yol gösteren Sevgili Danışmanım Doç.Dr.Meltem Çiçeklioğlu'na, Doç.Dr. Şafak Taner'e ve Prof.Dr.Ali Osman Karababa'ya teşekkür ederim. Derslerde emeği geçen hocalarım Prof.Dr. Aliye Mandıracıoğlu'na, Doç.Dr.Meral Türk'e, Dr.Ata Soyer'e, Doç.Dr. Zeliha Öcek'e teşekkür ederim. Yardımlarıyla destek olan Raika'ya, Hür'e, Işıl'a, Aslı'ya, Selcen'e, Murat'a,Semiha'ya, Zöhre Abla'ya ve Annem'e, Babam'a, Tuğçe'me ve Eşime teşekkür ederim. Ayrıca Cengizhan Mahallesi Muhtarlığına, evren sayısını belirlememde yardımcı olduğu için teşekkür ederim.

FUNDA ÖZLEM BALLI

NİSAN 2011

“Ekmek

Dilimin ucunda bir eski arkadaş adı,

Unutulmuş şekilleri taşıyan bulutlar,

Bir gökyüzü genişliğiyle ruhuma dolar

Otların içine sırtüstü yatmanın tadı.

Avucumda sıcaklığını duyduğum ekmek;

Üstümde hatırası kadar güzel sonbahar;

O bembeyaz, o tertemiz bulutlara dalar

Düşünürüm bir çocuk türküsü söyleyerek. / Orhan Veli Kanık”

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

SAYFA NO

ÖNSÖZ.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
EKLER.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
ŞEKİL DİZİNİ.....	VIII

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amaçları.....	3
1.3. Araştırma Hipotezleri.....	4
1.4. Araştırmanın Varsayımları.....	4
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1.Üreme Sağlığının Önemi.....	5
---------------------------------	---

2.2.Dünya’da ve Türkiye’de Aile Planlaması Yöntem Kullanımı	6
2.3.Aile Planlaması Yöntem Kullanımının Önemi.....	8
2.4.Karşılanmayan Gereksinim	
2.4.1.Modern Aile Planlaması Hizmetleri Gereksiniminin Karşılanması.....	9
2.4.2.Karşılanmayan Gereksinim Ölçümü.....	13
2.5.Aile Planlaması Hizmetlerinde Kullanımı Etkileyen Faktörler	
2.5.1.Hazırlayıcı Faktörler.....	19
2.5.2.Kolaylaştırıcı Faktörler.....	21
2.5.2.1.Aile Planlaması ve Nüfusun Yaşadığı Yerleşim Yerinin Özellikleri.....	21
2.5.2.2.Aile Planlaması Hizmetlerinde Erişilebilirlik.....	22
2.6.Aile Planlaması Kullanımı ve Erişimde Bulunan Sosyoekonomik Eşitsizlikler....	27

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesinin Özellikleri.....	30
3.2. Araştırmanın Tipi ve Zamanı.....	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	31
3.4. Araştırmanın Bağımlı/Bağımsız Değişkenleri.....	32
3.5. Araştırmada Kullanılan Gereçler.....	36

3.6. Verilerin Analizi.....	38
-----------------------------	----

3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	38
----------------------------------	----

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

4.1.1. Hazırlayıcı Faktörler.....	39
-----------------------------------	----

4.1.1.1. Sosyodemografik Özellikler.....	39
--	----

4.1.1.2. Doğurganlık Özellikleri.....	41
---------------------------------------	----

4.1.1.3. Doğumlar.....	43
------------------------	----

4.1.1.3.1. Doğum Şekilleri.....	43
---------------------------------	----

4.1.1.3.2. Son Doğumların Yapıldığı Yerler.....	43
---	----

4.1.2. Kolaylaştırıcı Faktörler.....	44
--------------------------------------	----

4.1.3. Gereksinim Faktörleri.....	46
-----------------------------------	----

4.1.3.1. Aile Planlaması Yöntem Kullanımı.....	46
--	----

4.1.3.2. Aile Planlaması Yöntem Kullanmama Durumu.....	47
--	----

4.1.3.3. Karşılanmayan Gereksinim Durumu.....	47
---	----

4.1.4. Aile Planlaması Hizmet Kullanımı.....	48
--	----

4.1.4.1. Son Beş Yılda Aile Planlaması Yeni Yönteme Başlama/Yöntem Değişirme ve İzlemler İçin Yapılan Başvurular.....	48
4.1.4.2. Son Beş Yılda Aile Planlaması Yeni Yönteme Başlama/Yöntem Değişirme Nedeniyle Yapılan Başvuruların Özellikleri.....	49
4.1.4.3. Son Beş Yılda Aile Planlaması Yeni Yönteme Başlama/Yöntem Değişirme Nedeniyle Yapılan Başvurularda Erişim Faktörlerinin Etkisi.....	51
4.1.4.4. Son Beş Yılda İzlem Nedeniyle Yapılan Başvuruların Özellikleri.....	52
4.1.4.5. Son Beş Yılda İzlem Nedeniyle Yapılan Başvurularda Erişim Faktörlerinin Etkisi.....	52

4.2.ÇÖZÜMLEYİCİ BULGULAR

4.2.1. Gereksinim Durumları

4.2.1.1. Hazırlayıcı Faktörler.....	54
4.2.1.1.1.Sosyodemografik Özellikler İle Gereksinim Durumlarının İlişkisi.....	54
4.2.1.1.2. Doğurganlık Özellikleri İle Gereksinim Durumlarının İlişkisi.....	54
4.2.1.2. Kolaylaştırıcı Faktörler İle Gereksinim Durumlarının İlişkisi.....	57

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1.Aile Planlaması Yöntem Kullanımı.....	59
5.2.Karşılanmayan Gereksinim.....	61
5.3.Karşılanmayan Gereksinime Etki Eden Faktörler.....	64

5. 3.1. Hazırlayıcı Faktörler.....	64
5.3.2. Kolaylaştırıcı Faktörler	76
5.3.2.1 Hizmetin Kullanılabilirliği.....	80
5.3.2.2. Hizmetin Erişilebilirliği.....	83
5.4.Aile Planlaması Yöntem Kullanmama Nedenleri.....	83

BÖLÜM VI

ÖNERİLER

6.1.Öneriler.....	88
-------------------	----

BÖLÜM VII

ÖZET	90
-------------------	----

İNGİLİZCE ÖZET	95
-----------------------------	----

BÖLÜM VIII

YARARLANILAN KAYNAKLAR	99
-------------------------------------	----

EKLER

EK 1. “Bayraklı İlçesi Cengizhan Mahallesi 18-49 Yaş Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve İlişkili Erişim Faktörlerinin Değerlendirilmesi” Soru formu....	104
--	-----

EK 2. Etik Kurul Onay Formu.....	109
---	-----

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Dünya ve Bölgelere Göre Yöntem Kullanan Kadınlar.....	7
---	---

Tablo 2: 15-49 Yaş Kadınların Yerleşim Yerlerine Göre Sayıları.....	31
Tablo 3: Bayraklı İlçesinde Oturan Kadınların Özellikleri.....	32
Tablo 4: Örnek Büyüklüğünün Tabakalara Göre Hesaplanması.....	32
Tablo 5: Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı.....	40
Tablo 6: Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı.....	42
Tablo 7: Doğumların Doğum Şekillerine Göre Dağılımı.....	43
Tablo 8: Son Doğumların Yapıldığı Yerler.....	44
Tablo 9: Kolaylaştırıcı Faktörlerin Dağılımı.....	45
Tablo 10: Aile Planlaması Yöntem Kullanımı.....	46
Tablo 11: Modern Yöntem Kullanmama Nedenlerinin Dağılımı.....	47
Tablo 12: Aile Planlaması Yöntem Gereksinimi Gösteren Kadınların Dağılımı.....	48
Tablo 13: Son Beş Yılda Aile Planlaması İçin Yeni Yönteme Başlama/Yöntem Değişirme ve İzlem Nedeniyle Yapılan Başvuruların Dağılımı.....	49
Tablo 14: 2005-2006 Yıllarında Yeni Yönteme Başlama/Yöntem Değişirme Nedeniyle Yapılan Başvurular.....	50
Tablo 15: 2007-2010 Yıllarında Yeni Yönteme Başlama/Yöntem Değişirme Nedeniyle Yapılan Başvurular.....	50
Tablo 16: Son beş Yılda Yeni Yönteme Başlama/Yöntem Değişirme Nedeniyle Yapılan Başvurularda Erişim Faktörlerinin Edinilen Yöntemlere Göre Dağılımı.....	51

Tablo 17: Son Beş Yılda İzlem Nedeniyle Yapılan Başvuruların Dağılımı.....	52
Tablo 18: Son Beş Yılda İzlem Nedeniyle Yapılan Başvurularda Erişim Faktörlerinin Etkisine Göre Dağılımı.....	53
Tablo 19: Sosyodemografik Özelliklerin Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı....	55
Tablo 20: Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı.....	56
Tablo 21: Kolaylaştırıcı Faktörlerin Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı.....	57
Tablo 22: Lojistik Regresyon Analizine Göre Karşılanmayan Gereksinim Durumuyla İlişkili Faktörler.....	58
Tablo 23: 2005-2010 Yılları Aile Planlaması Çalışmalarında Yer Alan Yöntem Kullanan kadınların Dağılımı.....	60
Tablo 24: Yerleşim Yerlerine Göre Karşılanmayan Gereksinim Oranlarının Dağılımı	62

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1: Aile Planlaması Yöntem için Karşılanmayan Gereksinim/ Karşılanan Gereksinim/ Gereksinimi Olmayan Kadınların Özelliklerinin Tanımlanması.....	16
--	----

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1.PROBLEMİN TANIMI

Tüm dünyada, her yıl 500.000'den fazla kadın, gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte, bunların % 1.0'i gelişmiş ülkelerde, geri kalan % 99.0'u ise gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir(1). Dünyada her yıl yaklaşık olarak meydana gelen 210 milyon gebeliğin 75 milyonunu istenmeyen gebelikler oluşturmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin % 22.0'si yani 46 milyonu, isteyerek düşükle sonuçlanmaktadır. 46 milyon isteyerek düşüğün yarısı güvenli olmayan koşullarda yapılmaktadır. Güvenli olmayan koşullarda meydana gelen isteyerek düşüklerin %95'i gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Sonuçta, güvenli olmayan koşullarda meydana gelen isteyerek yapılan düşükler, 80.000 anne ölümüne ve binlerce kadının sakatlığına neden olmaktadır. Güvenli olmayan koşullarda yapılan düşükler, anne ölümlerinin %13.0'ünden (8 kadından 1'i) sorumludur ve bazı ülkelerde en önemli anne ölüm nedenidir. İstenmeyen gebeliklerin en sık görülen iki nedeni;

-Hizmetlere ulaşamama nedeniyle yöntem kullanmama: Gelişmekte olan ülkelerde milyonlarca kadın, aile planlaması hizmetlerini nereden alacağını bilmemektedir. Aile planlaması hizmetlerine ulaşmada sorunlar yaşayan, istemedikleri gebeliklerden korunmak için psiko-sosyal engelleri olan gebe kadınlar, isteyerek düşüğe başvurmaktadır. Sosyal tabular ve erkekle kadın arasındaki eşit olmayan güç ilişkileri, kadının modern aile planlaması yöntemi kullanımına engel olmaktadır.

-Yöntem başarısızlığı: Her yıl 8-30 milyon gebelik, yöntem başarısızlığı veya yöntemlerin düzensiz/yanlış kullanımı nedeniyle oluşmaktadır. Yöntem başarısızlığı, yetersiz bilgilendirme ve kullanılan yöntemle ilgili yetersiz danışmanlık verilmesidir. Yöntem başarısızlığı, aile planlaması hizmetlerinin yetersiz olduğunu göstermektedir(2). TNSA 2008'e göre, her 100 gebeliğin 1'i ölü doğum, 10'u isteyerek düşük, 11'i kendiliğinden düşükle sonlanmaktadır. İsteyerek düşükle sonuçlanan gebeliklerde, gebe kalınmadan önceki son 1 ayda, kadınların % 39.0'u geri çekme, % 5.0'i takvim yöntemini, % 22.0'si ise modern bir aile planlaması yöntemi kullanmışlardır(3).

İsteyerek yapılan düşükler, aile planlaması hizmetlerinin güçlendirilmesi ve istenmeyen gebeliklere izin verilmemesi ile önlenmektedir. Gereksinimi olan herkesin nitelikli, düşük maliyetli hizmetlere ulaşması sağlanarak, herkes için uygun yöntemler kullanarak, eğitilmiş sağlık personeli ile hizmet sunarak, düşük sonrası nitelikli sağlık hizmeti sunarak ve aile planlaması danışmanlık hizmeti sunarak, isteyerek düşüklere bağlı ölüm ve komplikasyonlar önlenmektedir. İstenmeyen gebelikleri önlemesinin yanı sıra, anne ve çocuk ölümlerinin en az üçte birini önleyebilen aile planlaması hizmetlerine, dünyada 300 milyon çift ulaşmamaktadır(2). Gelişmekte olan ülkelerde evli kadınların % 15.0'i, karşılanmayan aile planlaması hizmeti gereksinimine sahiptir. Karşılanmayan gereksinim düzeyi (Herhangi bir geleneksel yada modern yöntem kullanım durumuna göre) Sahraaltı Afrika'da % 24.0, Kuzey ve Güneydoğu Asya'da %11.0, Kuzey Afrika ve Batı Asya'da % 10.0, Latin Amerika ve Karayipler'de % 12.0'dir(4).TNSA 2008'e göre, Türkiye'de ise aile planlaması karşılanmayan gereksinim düzeyi % 6.0'dır.

Geleneksel yöntem kullananlar (Geri çekme:% 26.0, diğer:% 1.0) da eklendiğinde bu oran % 33.0'e çıkmaktadır. Ege Bölgesi'nde ise karşılanmayan gereksinim %4.3'tür ve geleneksel yöntem kullananlar (Geri çekme:% 27.1, diğer:%1.0)da eklendiğinde Ege Bölgesi'nde aile planlaması karşılanmayan gereksinimi % 32.4'tür(3). Son yıllarda dünyadaki küresel dönüşüme paralel olarak pek çok ülkede, bu hizmetin kamu hizmeti olmaktan çıkarılması süreci yaşanmaktadır. Türkiye'de yürütülen Aile Hekimliği uygulaması ile üreme sağlığı hizmetlerinde bütüncül yaklaşımdan ve ekip anlayışından uzak, tedavi edici hizmetlere odaklanan, sağlık hizmetlerini özelleştiren ve sağlık alanında eşitsizlikleri derinleştiren bu uygulamada, kadın sağlığı daha da kötüleşmekte ve sağlıkta eşitsizlikler artmaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinde, bölgelerarası ve cinsiyetler arası farklılığı gideren yaklaşımların uygulanması, üreme sağlığı hizmetlerinin Temel Sağlık Hizmetleri içerisinde değerlendirilmesi gerekmektedir(5).

1.2.AMAÇLAR

1.2.1. Yakın Erimli Amaçları

1.2.1.1.18-49 yaş kadınlarda aile planlaması karşılanmayan gereksinim düzeyinin belirlenmesi.

1.2.1.2.18-49 yaş kadınların aile planlaması karşılanmayan gereksinim durumunda etkili hazırlayıcı faktörler, kolaylaştırıcı faktörler ve gereksinim faktörlerinin değerlendirilmesi.

1.2.2.Uzun Erimli Amaçları

18-49 yaş kadınlarda aile planlaması karşılanmayan gereksinim, yöntem kullanımı ve erişim faktörlerinin belirlenerek, hizmetlere erişimin önündeki engellerin ortadan kaldırılması için öneri geliştirilmesi.

1.3. HİPOTEZLER

1.3.1. 18-49 yaş kadınlarda aile planlaması yöntem kullanımında karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır.

1.3.2.18-49 yaş kadınlarda aile planlaması karşılanmayan gereksinimi, hazırlayıcı faktörlerden etkilenmektedir.

1.3.3. 18-49 yaş kadınlarda aile planlaması karşılanmayan gereksinim, kolaylaştırıcı faktörlerden etkilenmektedir.

1.4. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Araştırmada kullanılan veri toplama formlarını yanıtlayanların verdikleri bilgilerin doğru olduğu ve gerçek durumu yansıttığı varsayılacaktır.

1.5.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Muhtarlık kayıtları kullanıldığı için 18 yaşından itibaren evli kadınların dahil edilmesi, 15-18 yaş evli kadınların tespit edilememesi ve aile planlaması hizmet kullanımında hatırlama problemi, araştırmanın sınırlılıklarıdır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Üreme Sağlığının Önemi

Üreme Sağlığı hizmetleri; tüm yaşam boyu, herkesi hedefleyen, birey ve toplumun gereksinimlerine uygun aile planlaması yöntem seçenekleri sunan, insanların bilinçli-özgür seçim yapmalarını sağlayan, hizmet veren ve alan arasında etkileşimi sağlayan, üreme hedeflerinin gerçekleştirilmesine yardımcı, üreme organları ve işlevleri ile ilgili hastalık ve yaralanmaları kapsayan hizmetlerdir(6).

Bireylere ve çiftlere, üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamada yardımcı olmak, istenmeyen gebelik ve yüksek riskli gebelikleri önlemek, hastalık ve ölümleri azaltmak, üreme sağlığı hizmetlerinin hedefleridir. Bunun yanı sıra, erkeklerin aile planlamasına katılımını artırmak, emzirmeyi teşvik etmek, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları ve komplikasyonlarını önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak, cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin gelişmesini sağlamak, üreme sağlığının amaçlarıdır. Ayrıca kadınların ve erkeklerin, cinsel sağlık, üreme hak ve sorumlulukları konusunda bilgi ve eğitim kazandırmak, hizmetlere ulaşmalarını sağlamaktadır. Gençlere, bilinçli ve sağlıklı üremeyi, cinsel davranışı özendirmekte, gençlere bu konuda hizmet ve danışmanlık sağlamakta ve erken yaşta görülen gebelikleri azaltılmasını amaçlamaktadır.

Üreme Sağlığı kavramı, 1994'te Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda tüm dünyada kabul görmüş ve Dünya Sağlık Örgütü üreme sağlığını, "Üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması"

şeklinde tanımlamıştır. Konferansta ayrıca, “Üreme Sağlığı Hizmetleri”nin Temel Sağlık Hizmetleri kapsamında ele alınması ve herkes için bu hizmetlerin erişilebilir olması vurgusu yapılmıştır. Üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri, süreklilik ve bütünlük içerisinde ele alınmalıdır. Bebeklik ve çocukluk dönemi, adolesan dönemi, doğurganlıkla ilgili sorunların en yoğun yaşandığı üreme dönemi, post-menopozal ve yaşlılık dönemlerinin kendine özgü sorunları bulunduğundan, hizmetlerin bu sorunlara paralel düzenlenmesi gerekmektedir. Tüm bu hizmetler, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında ele alınmalı, gerektiğinde ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile desteklenmelidir(7). Dünyada ve ülkemizde, yöntem kullanımında son 20-30 yıl içinde önemli bir artış olmasına rağmen, çocuk sahibi olmak istemeyen birçok çift, yetersiz hizmet, hizmetten memnun olmama, yöntem seçeneklerinin sınırlı olması, yan etki ve sağlık riskleri ile ilgili endişeler nedeniyle etkin aile planlaması yöntemlerine ulaşamamaktadır(6).

2.2.Dünya’da ve Türkiye’de Aile Planlaması Yöntem Kullanımı

Dünya’da 1.145.637 kadının, 163.1999’u çok gelişmiş ülkelerde, 982.439’u az gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır. Dünya’da modern yöntem kullanan kadınların oranı % 56.1, geleneksel yöntem kullanan kadınların oranı % 6.7’dir. Dünyada en yaygın kullanılan modern aile planlaması yöntemi, %20.3 tüp ligasyonudur. Tüp ligasyonunu, RİA %14.2, hap % 8.8, kondom % 6.1, enjeksiyonlar-implantlar % 3.7, erkek sterilizasyonu % 2.8, geri çekme %2.8, vajinal bariyerler %0.2, takvim yöntemi %3.3 ile izlemektedir.

Çok gelişmiş bölgelerde, kadınların % 58.6’sı modern yöntem, % 11.1’i geleneksel yöntem kullanmaktadır. Geleneksel yöntem kullanan kadınların % 6.2’si geri çekme yöntemini kullanmaktadır.

Az gelişmiş ülkelerde ise kadınların % 55.7'si modern yöntem, % 6.0'sı geleneksel yöntem kullanmaktadır. Geleneksel yöntem kullanan kadınların % 2.3'ü geri çekme yöntemini kullanmaktadır.

Dünya'da Kuzey Amerika Bölgesi'ndeki kadınlarda en yüksek (% 68.5) modern yöntem kullanımı görülmesine karşın, en düşük modern yöntem kullanımı (21.9) Afrika Bölgesi'ndedir. Geleneksel yöntem kullanımı, % 14.2 Avrupa Bölgesi'nde en yüksek, % 4.4 Kuzey Amerika Bölgesi'nde en düşüktür (8)(Tablo 1).

Tablo1. Dünya ve Bölgelere Göre Yöntem Kullanan Kadınlar

	Modern Yöntem %	Geleneksel Yöntem %	Karşılanmayan Gereksinim %
Dünya	56.1	6.7	-----
Çok Gelişmiş Ülkeler	58.6	11.1	-----
Az Gelişmiş Ülkeler	55.7	6.0	11.2
Afrika	21.9	6.2	22.2
Asya	61.1	5.9	9.2
Avrupa	56.3	14.2	-----
Latin Amerika/Karayipler	64.3	7.3	10.5
Kuzey Amerika	68.5	4.4	6.3
Okyanusya	52.5	6.1	-----

TNSA 2008 verilerine göre, Türkiye’de evli kadınların % 99.6’sı herhangi bir modern yöntem hakkında bilgi sahibidir. Evli kadınların % 46.0’sı modern yöntemlerden birini kullanmakta, % 27.0’si geleneksel yöntemlerden birini kullanmaktadır. Evli kadınlar arasında en yaygın kullanılan yöntem RIA’dır(% 17.0). RIA kullanan kadınları, % 14.0 kondom ve % 5.0 hap kullanan kadınlar, % 8.0 tüp ligasyonu yaptıran kadınlar izlemektedir. TNSA 2008’e göre, modern yöntem kullanımı, son 20 yılda, % 31.0’dan % 46.0’ya yükselmiştir.

2.2.Aile Planlaması Yöntem Kullanımının Önemi

Aile Planlaması, Temel Sağlık Hizmetleri içerisinde önemli bir yere sahiptir. Gebeliği önleyici yöntemlerinin yeterli düzeyde kullanılmaması sonucunda çok sayıda sağlık ve sosyal sorun oluşmaktadır(9). Günümüzde aile planlaması yöntemleri "modern" ve "geleneksel" yöntemler olarak sınıflandırılmaktadır. Toplumda modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımının artırılması konusunda sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir(10). Geleneksel yöntemler, hâlâ toplumlarda önemli sıklıkta kullanılmaktadır. Geleneksel yöntemler arasında sayılan geri çekme yöntemi, hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde kullanım oranı oldukça yüksektir. Geri çekme yöntemi, dünyada, çiftler arasında kısa süreli kullanımda en sık tercih edilen korunma yöntemlerinden birisidir. Etkin bir yöntem olmadığı bilinmesine rağmen halen tercih edilmekte ve aile planlaması çalışmalarında üzerinde durulan bir konu olmaktadır(11). Her ülkede, aile büyüklüğü ile ilgili normları belirleyen ve toplumsal düzeyde hareket eden, sosyal ve ekonomik kültürel faktörler bulunmaktadır. Sosyodemografik özellikler ve psikososyal faktörler, birey düzeyinde, aile büyüklüğü ile ilgili kararı etkilemektedir. Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi, kentleşme derecesi, çocuk işçiliği için olan talep, yaşlı nüfusa verilen destek,

ekonomik güvence durumu, çocukların bakımı ile ilgili maliyet artışı, bebek ölüm hızları, kadının eğitim düzeyi, kadının statüsü, akrabalık yapıları, evlilik modelleri, dini gelenekler toplumda çocuk talebini belirleyen anahtar faktörlerdir. Sosyoloji literatüründe, bunlara yapısal belirleyiciler olarak başvurulmakta ve en düşük gelişim ölçeğinde bulunan ülkelerde, yüksek doğurganlık düzeylerinin sürdürülmesinde rol oynamaktadırlar.

Aile Planlamasında, hizmet kullanımının önemli olmasının nedeni, hedef nüfus içinde aile planlaması kullanımının arttırılmak istenmesidir. Aile Planlaması yöntem kullanımı, direk doğurganlığı etkilemektedir. Son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde, doğurganlığın yüksek olması nedeniyle acilen aile planlaması kullanımı önerilmektedir. Aile Planlaması yöntem kullanımı, aynı zamanda ana- çocuk sağlığı sonuçlarını da etkilemektedir. Aile Planlaması yöntem kullanımı ve ana-çocuk sağlığı, niteliksel olarak birbirine benzer olduğu halde, niceliksel olarak benzerlikleri daha azdır. Aile planlaması yararlarının niceliksel kanıtı, çok düşük ve çok yüksek yaşı olan annelerin, doğum yapmalarını engellemek, doğum aralığı kısa olan doğumları önlemek ve düşükle sonuçlanan gebelikleri azaltmaktır(12).

2.4.Karşılanmayan Gereksinim

2.4.1.Modern Aile Planlaması Hizmetleri Gereksiniminin Karşılanması

Modern aile planlaması hizmetleri, sağlık personeli tarafından modern aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirme ve danışmanlık verilmesini, bu yöntemlerin yada reçetelerinin ve cerrahi işlemlerinin(RIA, sterilizasyon) karşılanmasıdır. Aynı zamanda üreme yolu enfeksiyonları ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların(HIV dahil), serviks ve meme kanserinin test edilmesi ve taramasını da kapsamaktadır. Modern aile planlaması yöntemleri, tüm hormonal yöntemleri(hap, enjeksiyon, implant), RIA

kadın ve erkek sterilizasyonu, kondom, modern vajinal yöntemleri(diyafraam, spermidler) içermektedir.

Modern aile planlaması yöntemleri için karşılanmayan gereksinimi olan kadın, gebelik istememesine rağmen, modern aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınlardır. Geleneksel yöntem kullanan kadınlar çoğu yayında, karşılanmayan gereksinim grubu içinde tanımlanmamaktadır. Geleneksel yöntemlerde daha fazla yöntem başarısızlığı görüldüğü için, modern aile planlaması yöntemler için karşılanmayan gereksinimin değerlendirilmesi önemlidir.

Modern aile planlaması hizmetleri, kadınlar, aileleri ve toplum için çok sayıda faydalar sağlamaktadır. Bu hizmetler, kadının sağlığını geliştirmekte, statü ve haklarını arttırmaktadır. Aynı zamanda bebek ve küçük çocukların da sağlığını geliştirmekte ve ailelerinin iyilik durumlarını sağlamaktadır. Bununla birlikte önemli oranda, gebelikten korunmak isteyen ve modern aile planlaması yöntemi kullanmayan kadın bulunmaktadır. Aile planlaması yöntem kullanımında, birey ve çiftlerin bilgilendirilmesi, gönüllü olarak yöntem seçimi ve uygun yöntemlerin seçilmesiyle ilgili Uluslararası fikirbirliği bulunmaktadır.

2008 yılı için, gelişmekte olan ülkelerde, dört kadından biri(1.4 milyar), 15-49 yaş kadın grubu içinde yer almaktadır. Bu kadınların yarısından fazlası(818 milyon) gebelikten korunmak istemektedir. Bu nedenle etkin ve devam eden aile planlaması yöntemi gerekmektedir. Gebelikten korunmak isteyen kadınların 2/3'ü artık çocuk istememekte, 1/3'ü ise çocuk isteğini ertelemek istemektedir. En yoksul ülkelerde, özellikle Sahra-altı Afrika ülkelerinde halen büyük aile olması ile ilgili normlar bulunmaktadır ve buradaki kadınların çoğu etkin yöntem için gereksinim göstermektedir. Kadınların doğurganlık tercihlerinde(ara verme, sonlandırma),

yaptıkları toplam canlı doğum sayısı, yöntem seçimlerini etkilemektedir. Çocuk yapmaya son vermek isteyen kadın daha etkili yöntem (Sterilizasyon, uzun etkili RIA) kullanmakta, doğumu bir süreliğine ertelemek isteyen kadınlar ise geri dönüşümlü yöntemlerden birini seçmektedir.

Dört kadından biri, gebelikten korunmak istemesine rağmen, bir modern yöntem kullanmamaktadır: Gebelikten korunmak isteyen 818 milyon kadının, 603 milyonu modern yöntem kullanmakta, 215 milyonu modern yöntem kullanmamaktadır.

Kadınların,

- % 17.0'si yöntem kullanmamakta,
- % 9.0'u geleneksel yöntem kullanmakta(eğitilmiş personel yada kaynak gerektirmez fakat çiftlerin eğitimini gerektirir ve kullanıcılar arasında yöntem başarısızlık hızı yüksektir),
- % 43.0'ü geri dönüşümlü modern yöntem kullanmaktadır(eğitilmiş personel, sürekli kaynak yada her ikisini gerektirir)
- % 31.0'i tüp ligasyonu yaptırmış yada eşi vazektomi olmuştur.

2008 yılında, gelişmekte olan ülkelerde 15-49 yaş kadınlarda görülen 186 milyon gebeliğin 2/5'si(~75 milyon) istenmeyen gebeliklerdir. İstenmeyen gebelikler, yöntem kullanmama, yanlış veya tutarsız yöntem kullanma yada yöntem başarısızlığı sonucunda oluşmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin % 82.0'si, modern yöntemler için karşılanmayan gereksinimi olan kadınlar oluşturmaktadır: Bu kadınların % 66.0'si yöntem kullanmamakta, % 16.0'si geleneksel yöntem kullanmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin % 18.0'i, modern yöntem kullanan kadınların 3/4'ü sonucu oluşmaktadır. Üreme sağlığının diğer göstergelerinde olduğu gibi, düşük gelirli ülkeler ile Sahraaltı Afrika ülkeleri birbirinden farklılık göstermektedir. Düşük gelirli ülkelerde yaşayan

kadınların % 17.0'si, Sahraaltı Afrika'da yaşayan kadınların % 9.0'u gebelikten korunmak istemektedir. Bu kadınlar, gelişmekte olan ülkelerde tüm istenmeyen gebeliklerin % 34.0(Düşük gelirli ülkeler) ve % 23.0 (Sahraaltı Afrika Ülkeleri)'nü oluşturmaktadır.

Modern yöntemler için karşılanmayan gereksinim, en yoksul bölgelerde yoğunlaşmıştır: Gelişmekte olan ülkelerde, modern yöntemler için karşılanmayan gereksinimi olan 215 milyon kadın, 15-49 yaş tüm kadınların % 15.0'ni oluşturmaktadır. Karşılanmayan gereksinim, kadın grupları arasında ve bölgeler arasında belirgin şekilde farklılık göstermektedir. Karşılanmayan gereksinim,

- Sahraaltı Afrika ve Güney-Orta Asya Bölgeleri'nde yoğunlaşmıştır. Karşılanmayan gereksinimi olan tüm kadınların % 59.0'u bu bölgelerde bulunmaktadır.
- Düşük gelirli ülkelerde, modern yöntemler için karşılanmayan gereksinimi olan kadınlar(%54.0), en iyi gelişmekte olan ülkelerde bulunan modern yöntemler için karşılanmayan gereksinimi olan kadınların % 20.0'si ile karşılaştırıldığında, düşük gelirli ülkelerde orantısız şekilde yükseklik bulunmaktadır.
- Genç, eğitimsiz ve kırsal alanda yaşayan kadınlarda, modern yöntemler için daha yüksek karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır.
- En yoksul kadınlarda, modern yöntemler için daha yüksek karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır.

Doğumlarına ara vermek isteyen kadınlarda(% 40.0), artık çocuk istemeyen kadınlara göre (% 20.0) iki kat daha fazla karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Bu farklılık büyük ölçüde, doğumunu geciktirmek isteyen kadınların, çocuk sahibi olmak istemeyen kadınlara göre aile planlaması yöntemi kullanmamasından

kaynaklanmaktadır. Geleneksel yöntem kullanımı da bu iki grup arasında farklılık göstermektedir. 2008 yılı için, modern aile planlaması yöntem kullanımı ile 188 milyon istenmeyen gebelik, 1.2 milyon yenidoğan ölümü, 230.000 anne ölümü ve diğer olumsuz sağlık çıktıları önlenmiştir(13).

2.4.2.Karşılanmayan Gereksinim Ölçümü

Karşılanmayan gereksinim kavramı, dünyada ilk kez 1960'da tanımlanmıştır. Araştırmacılar bu dönemde, kadınların doğumlarına son verme durumları ile onların güncel aile planlaması yöntem kullanımı arasındaki uyumsuzluğu ölçmeye başlamışlardır. Bilgi-tutum-davranış(KAP-gap) arasındaki bağlantı, 1960 yılından 1980 başlarına kadar, gelişmekte olan ülkelerde ulusal olarak yapılan araştırmalarla ölçülmüştür. Bu çalışmaların çoğunda, KAP-gap, aile planlaması yöntem kullanmayan ve çocuk yapmaya son vermek isteyen evli kadınlar olarak tanımlanmıştır. Bu dönemde, doğumlarına ara vermek isteyen evli olmayan kadınlar arasında karşılanmayan gereksinim değerlendirilmemiş ve bu durum çalışmanın kısıtlılığı olarak belirtilmiştir.

KAP-gap tanımı, Westoff and Pebley tarafından daha da geliştirilerek "Aile planlaması karşılanmayan gereksinimi" olarak yeniden adlandırılmıştır. Westoff, karşılanmayan gereksinimi birçok faktörlerle tanımlayarak, kadının gebe ve infertil olup olmama, emzirip emzirmeme, geleneksel yöntem kullanıp kullanmama durumlarını da karşılanmayan gereksinim tanımına dahil etmiştir. 1984'de yapılan DHS(Nüfus ve Sağlık Araştırmaları) ile aile planlaması, doğurganlık ve üreme sağlığı göstergeleri ile ilgili bilgi toplanmıştır. Her bir ülkede, standart soru setleri ile sorular sorulmuştur. 1988'de Westoff, DHS verilerini kullanarak "Karşılanmayan gereksinim ölçüm algoritması" geliştirmiştir.

Yeni tanım, doğumlara ara vermek isteyen kadınlarda aile planlaması için karşılanmayan gereksinimin ölçümünden oluşmuştur. İlave olarak gebe ve adet görmeyen kadınlar da aile planlaması gereksinimi içerisinde düşünülmüştür. Eğer kadınların, halen oldukları gebelikleri yada son gebelikleri istenmeden veya yanlışlıkla olmuşsa, bu kadınlar da karşılanmayan gereksinime dahil edilmişlerdir. Yine bu zamana kadar, karşılanmayan gereksinim ölçümü ile ilgili yeni tanımlamalar geliştirilmiştir. Bongaarts, Westoff's un karşılanmayan gereksinimle ilgili tahminlerine göre model temelli yaklaşımını geliştirmiştir. Model, doğumlarına ara/son vermek isteyen kadınların karşılanmayan gereksinimleri karşılanana kadar geçen zaman aralığının azaltılması ile ilgili olmuştur.

Dixon-Mueller ve Germain, da karşılanmayan gereksinime dahil ederek kavramı genişletmişlerdir. Karşılanmayan gereksinimi bulunan evli olmayan cinsel yönden aktif kadınlar, düzenli/etkin yöntem kullanmayan ve aile planlaması yöntem gereksinimi gösteren kadınlardır ve çoğunlukla bu kadınlar kendi koşullarına uygun yöntem kullanmaktadır.

DHS'da karşılanmayan gereksinim ölçümü için başka öneriler de sunulmuştur. Bazı araştırmacılar, geleneksel yöntem kullanan kadınları karşılanmayan gereksinime dahil etmemesine karşın, geleneksel yöntemlerin kullanılması etkili değildir. Bu tanım, çoğunlukla 40'dan fazla gelişmekte olan ülkenin büyük ölçekli karşılaştırmalarında kullanılmış ve gelişmekte olan ülkelerde, karşılanmayan gereksinim % 50.0'nin üstünde tahmin edilmiş, 10 kadından üçünün, modern yöntem için karşılanmayan gereksinime sahip olduğu belirtilmiştir. Geleneksel yöntem kullanan kadınlar da dahil edildiğinde karşılanmayan gereksinim prevalansı, biraz yüksek tahmin edilebilmektedir.

Gelecekteki doğurganlık isteklerine göre, gebe ve adet görmeyen kadınların da sınıflandırmaya dahil edilmesi önerilmiştir. Bu düzenleme ile gebe ve emziren kadınlar, son gebeliklerini istediklerinde, karşılanmayan gereksinim sonuçları, tahmin edilenin altında saptanmıştır. 27 ülkede bakılan karşılanmayan gereksinimde, Ross and Winfrey, doğum sonrası adet görmeyen kadınların gereksinimleri de eklendiğinde, karşılanmayan gereksinimli kadınların % 50.0 artıp, kadınlarının % 13.0'nün karşılanmayan gereksinime sahip olacağını belirlemiştir. Karşılanmayan gereksinim ölçümü, kadınların doğurganlık isteklerine göre uygulandığında, DHS standardı ile düşük düzeyde karşılanmayan gereksinim elde edilmektedir.

Araştırmacılar, karşılanmayan gereksinim tanımı içerisine, eşlerin tercihlerinin de dahil edilmesini ve karşılanmayan gereksinimi olan kadınların yerine çiftlerin tanımlanmasını önermişlerdir. Doğurganlık tercihlerinde kararsız olan çiftlerin sınıflandırılması için çeşitli algoritmalar önerilmiştir. Sadece kadının tercihlerine göre olan ölçümlerde, çocuk istemeyen çiftlerin karşılanmayan gereksinim düzeylerinin daha düşük olacağı tahmin edilmiştir.

1995 raporunda, Westoff ve Bankole, evli olmayan kadınlar arasında karşılanmayan gereksinim ölçümünü geliştirmişler, bu değerleri, 19 Sahraaltı Afrika ülke verilerinden elde edilen verileri DHS analizlerine uygulamışlardır. Evli kadınlar ile aralarındaki temel farklılık, cinsel aktivite varlığı olmuştur. Bu algoritmada, evli olmayan kadınlar, araştırma tarihinden önceki ayda ilişkide bulunmuşlarsa, cinsel yönden aktif kabul edilmiştir. Son 20 yılda gelişmekte olan dünyada 70'den fazla ülkede ve Orta Asya'da DHS yürütülmüştür. Westoff's'un ayrıntılı olarak önerdiği karşılanmayan gereksinim ölçümünün kavramsal yapısında değişiklik olmamıştır.

1988'de geliştirilen ölçüm, çok az değişiklikle yayınlarda ve analizlerde çalışılmış, birçok demograf tarafından aile planlaması karşılanmayan gereksinim düzeyi için, standart ölçüm kabul edilmiştir. Bu ölçüme göre bir kadının karşılanmayan gereksinim ölçümü şu şekildedir:(Şekil 1)

1) Evli ya da birlikte yaşıyor,

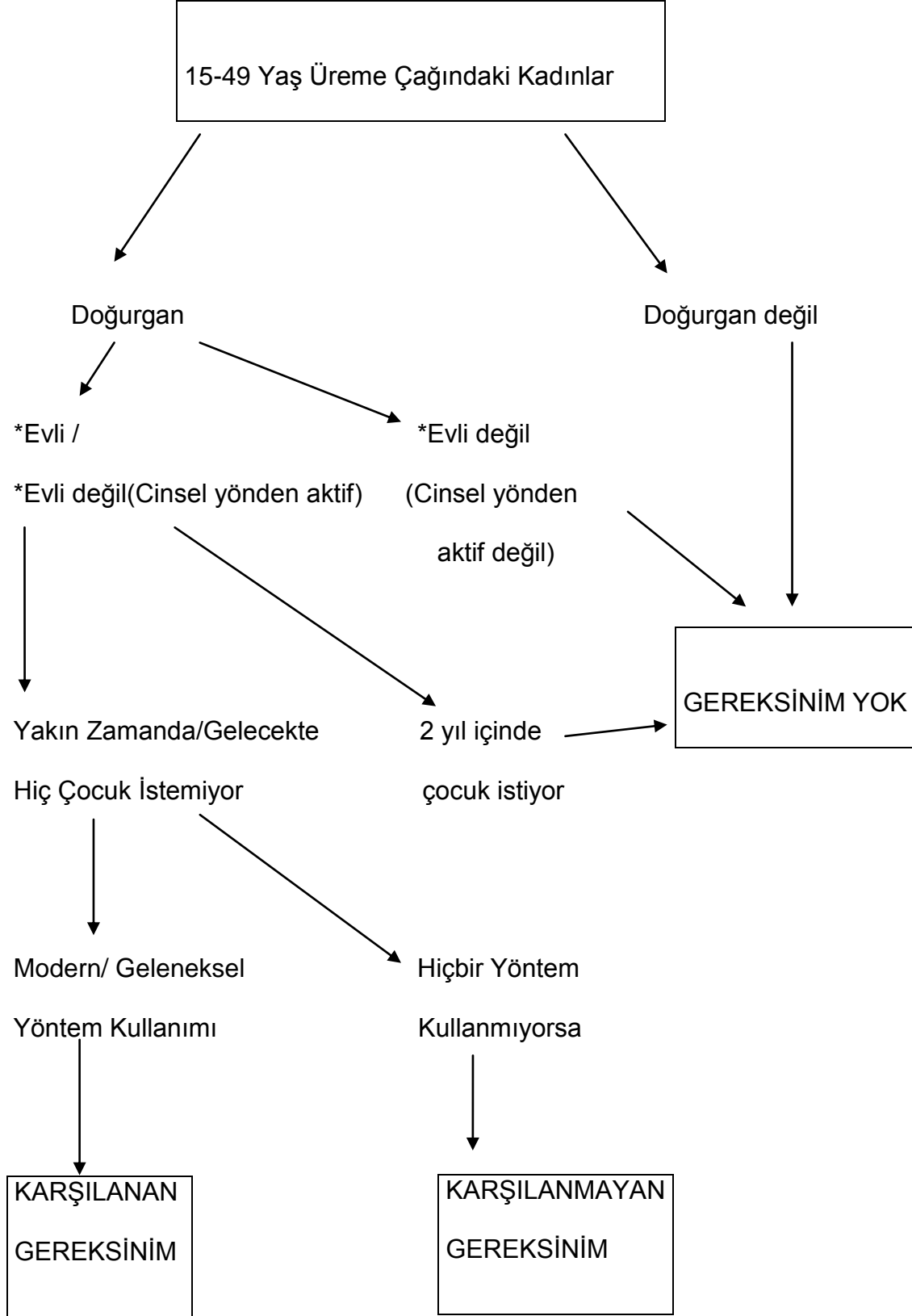
2)Doğurgansa(gebe değil, adet görmeyen),

3)Önümüzdeki 2 yıl içinde çocuk sahibi olmak istemiyorsa,

4)Herhangi bir korunma yöntemi kullanmıyorsa(modern yada geleneksel). İlave olarak, gebe veya adet görmeyen kadınlar da, son ya da o andaki gebeliklerini planlamadan yapmışsa, karşılanmayan gereksinime dahil edilmiştir. Evli olmayan kadınlar için karşılanmayan gereksinim ölçümü, evli kadınlar için sık ve uzun süre kullanılan ölçümden farklıdır. Son 1 ayda cinsel ilişkide bulunan evli olmayan kadınlar için, yukardaki şıkların 1.si dışında diğer kriterler, geçerli kabul edilmiştir.

1980'den itibaren CDC(Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi)'nin yürüttüğü Üreme Sağlığı Araştırması(RHS) ile DHS paralellik göstermektedir. DHS'ye benzer olarak, RHS, gelişmekte olan ülkelerde yaşayan kadınlardan ulusal olarak temsil edilen örnekleri ve üreme sağlığı göstergelerini toplamaktadır. Bu veriler analizi sonucunda CDC de Westoff'un karşılanmayan gereksinim tanımına benzer bir tanım geliştirmiştir. Tek önemli ayırım, CDC, gebe ve postpartum kadınlar arasında karşılanmayan gereksinimi değerlendirmemektedir. Ancak, DHS'nin karşılanmayan gereksinim tanımı, RHS'den de elde edilebilir ve RHS'den çıkarılan karşılanmayan gereksinim ile standart DHS arasında karşılaştırma yapılabilir.

Şekil 1: Aile Planlaması Yöntem İçin Karşılanmayan Gereksinim, Karşılanan Gereksinim, Gereksinimi Olmayan Kadınların Özelliklerinin Tanımlanması



ABD’de yapılan araştırmada, istenmeyen gebelik riski altında olan kadınların sayıları ve özellikleri, aile planlaması hizmet ve kaynaklar için gereksinim gösteren kadınlar tahmin edilmiştir. ABD’de kullanılan “Aile planlaması yöntem için hizmet ve kaynak gereksinimi gösteren kadın” tanımı ile “Gelişmekte olan ülkelerde kullanılan aile planlaması karşılanmayan gereksinimi olan kadın” tanımı benzerlik göstermektedir.

Karşılanmayan gereksinimin doğru şekilde belirlenmesinde, aile planlaması talebinin karşılanmama düzeyinin doğru şekilde ölçülmesi önemlidir. Karşılanmayan gereksinimli olan çoğu kadın, aile planlaması ile ilgili kişisel ve ailesel nedenlerden dolayı, var olduğunda bile yöntemi kullanamamaktadır(4).

Ürdün’de 2004 yılında, 15-49 yaş kadınlarda yapılan bir çalışmada, karşılanmayan gereksinim, “Standart Karşılanmayan Gereksinim” ve “Genişletilmiş İçerik(Geleneksel yöntem kullanımı varsa)” olarak değerlendirilmiş, bu iki değeri toplayarak karşılanmayan gereksinim düzeyi hesaplanmıştır. Bu çalışmaya göre Standart Karşılanmayan Gereksinim düzeyi % 16.3, Genişletilmiş İçerik şeklinde olan karşılanmayan gereksinim düzeyi % 17.3’tür. Bu iki değerin toplamı % 33.6 Toplam Karşılanmayan Gereksinim Düzeyi olarak hesaplanmıştır. Karşılanmayan gereksinim ölçümü için kullanılan standart formül, aile planlaması için bulunan karşılanmayan gereksinimi tam anlamıyla tanımlamamaktadır. Kullanılan standart formül, kadınların herhangi bir yöntem kullanım durumlarını tanımlamaktadır. Kullanılan aile planlaması yönteminin etkin yada etkin olmadığını, uygun yada uygun olmadığını, aile planlaması yöntem gereksinimini karşılayıp karşılamadığını belirtmemektedir. “Genişletilmiş içerik” olarak tanımlanan formülde, kadınların etkin olmayan, yanlış, güvenli ve uygun olmayan aile planlaması yöntem kullanımını tanımlamaktadır.

Karen Foreit ve arkadaşları, uygun aile planlaması için, genişletilmiş içerik olarak tanımlanan karşılanmayan gereksinimi önermektedir. Örneğin, aile planlaması yöntem kullanan kadınlar, daha fazla uygun yöntem kullanımına gereksinim duymaktadır. Bu kadınlar daha fazla çocuk istemedikleri için, doğumlarına ara vermek isteme nedeniyle, en iyi aile planlaması yöntemi kullanmaktadırlar. Birçok ülkede, geleneksel aile planlaması yöntemi kullanan kadınların da karşılanmayan gereksinim içinde tanımlanması gerekmektedir. Nedeni ise geleneksel aile planlaması yöntem kullanan kadınlarda, yöntem başarısızlık hızının yüksek olmasıdır(14).

2.5. Aile Planlaması Hizmetlerinde Kullanımı Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmeti kullanımı, birbirleriyle etkileşimli kompleks faktörler tarafından belirlenen bir çıktıdır. Bu çıktı, farkına varma(tıbbi müdahale gerektirecek duruma ihtiyaç duyma, hizmetlerin ulaşılabilirliği(zaman ve uzaklık), kabul edilebilirliği(kullanılacak hizmete duyulan güven duyma ve kullanma arzusu) ve ödenebilirliği(gelir ve zaman olarak) konularını içermektedir. Bireylerin, hizmet arama kararı ve aldığı hizmet miktarı yani sağlık hizmeti kullanımlarını belirleyen çeşitli ana faktörler bulunmaktadır:

1. Hazırlayıcı faktörler (Bireyin özellikleri),
2. Kolaylaştırıcı faktörler (Hizmeti elde edebilme yeteneği),
3. Gereksinim faktörleri (Tıbbi bakıma duyduğu gereksinim)dir.

Aile planlaması hizmet kullanımında etki eden faktörlerden, hazırlayıcı ve kolaylaştırıcı faktörler aşağıda açıklanmıştır. Aile planlaması gereksinimi, bir önceki başlıkta değinildiği için burada bahsedilmeyecektir.

2.5.1.Hazırlayıcı faktörler:

Bazı bireylerin diğerlerine oranla daha fazla hizmet kullanmaya eğilimi vardır. Bu eğilim, belirli bir hastalığın ortaya çıkışından önce var olan bireysel özellikler tarafından belirlenmektedir. Bu faktörler, bireyin toplumsal, ekonomik ve kişilik-davranış özelliklerini içermektedir. Bu faktörler içinde yer alan değişkenler şunlardır:

- **Demografik Özellikler:** Yaş, cinsiyet, ırk, hanehalkı sayısı, medeni durum, hizmet kullanımı ile ilgili geçmiş deneyimler, komşuluk ilişkileri özellikleridir. Yaş, sağlık hizmeti kullanımında önemli bir belirleyicidir. Yeni doğan çocuklar, yaşlı insanlar ve 15-44 yaş grubu kadınların daha çok sağlık hizmetine ihtiyaçları bulunmaktadır.
- **Sosyoekonomik Özellikler:** Kişinin toplum içindeki statüsü, eğitim düzeyi, meslek, istihdam durumu, etnik köken, dinsel köken, gelir düzeyi özellikleridir.
- **Tutum- Davranış Özellikleri:** Kişilerin sağlık ve hastalık konusundaki bilgileri ve duyarlılıkları, tıbbi hizmetlere olan güven ve alınan hizmetlerden tatmin düzeyi belirleyicidir(15,16,17). Üreme sağlığı hizmetlerinin kullanımı ile yapılan çalışmalar, çoğunlukla birey ve hanehalkı düzeyinde hareket eden faktörlere odaklanmıştır. Bu faktörler, demografik, sosyoekonomik, kültürel, sağlık deneyim faktörleri olarak sınıflandırılmıştır. Üreme sağlığı hizmetlerinin kullanımının olasılık artışı gösterdiği demografik faktörler, doğurganlık sayısının düşük olması ve genç anne yaşıdır. Sosyoekonomik faktörler, sağlık hizmet kullanımında demografik faktörlere göre daha büyük öneme sahiptir. Demografik faktörler, hizmetlerin kullanımına karar vermede etkili olarak tanımlanmaktadır.(Genç yaştaki annelerin sağlık bakım kullanımında modern yöntemleri kullanmaya açık olması).

Birey ve hanehalkının, yaşadığı yerin sosyoekonomik statüsü, sağlık hizmetlerini kullanmada ekonomik gücü belirlemektedir. Sosyoekonomik faktörler yönünden kadının eğitim düzeyi, üreme sağlığı hizmet kullanımının sürekli bir bileşenidir. Eğitim düzeyi; kadının karar verme gücü, sağlık hizmetleriyle ilgili farkındalık artışı, evlilik modellerinin değişmesi, hane halkı dinamiklerinde sapma gibi mekanizmalarla hizmet kullanımını etkilemektedir. Maliyet, sıklıkla hizmet kullanımı için bir engel olarak gösterilmekte ve hizmeti sağlayanın kararını etkilemektedir. Bireye bağlı demografik ve sosyoekonomik faktörler olan bireyin kararı ve hizmeti kullanma yeteneği, hizmet kullanımında etkili olan faktörlerdir. Bireyin yaşadığı yerdeki kültürel çevre ise bu faktörler boyutunda, hizmet kullanımında güçlü etkide bulunmaktadır(18).

2.5.2.Kolaylaştırıcı Faktörler

Bireyin sağlık hizmetini kullanma ve bundan doyum sağlamasına olanak sağlayan araçlardır. Bireyin, aile ile ilgili özellikleri, sigorta durumu, ekonomik düzeyi, üyesi olduğu toplumun ve yaşadığı bölgenin özellikleri, ekonomik sistemi ve sağlık hizmeti örgütlenmesini içermektedir. Hazırlayıcı faktörlerin var olması, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanacağı anlamına gelmemektedir. Bireylerin sağlık hizmetlerini kullanması için kolaylaştırıcı faktörlerin var olması gerekmektedir.

Kullanımı kolaylaştırıcı faktörler:

- **Aile:** Ailenin toplam geliri, sağlık güvence durumu, düzenli bakım alma, sağlık kurumuna başvuru süresi, sağlık kurumuna ulaşım süresi, kuyrukta bekleme süresi, özel muayene olanağıdır.

• **Toplumsal(kamusal) özellikler:** İkamet ettiği yer, ikamet ettiği yerin bölgesi, nüfus, hizmetin sürekliliği, hizmetin erişilebilirliği, ekonomik sistemdir(15, 16, 17). Bu kolaylaştırıcı faktörler nüfusun yaşadığı yerin genel özellikleri (Kentsel /kırsal/ gecekondü) ve erişilebilirlik olarak iki başlıkta toplanabilir:

.2.5.2.1.Aile Planlaması ve Nüfusun Yaşadığı Yerleşim Yerinin Özellikleri

Kentsel yerleşimler, en yüksek yaşam standardına ve kırsal yerleşime göre en iyi üreme sağlığı standardına sahiptir. Kentsel yoksulluk, kentsel gecekondü ve gecekondü yerleşim yerlerinde görülmektedir. Sağlık düzeyleri, benzer kırsal yerleşim yerlerine göre daha kötüdür. İlave olarak, kentsel yoksulluğun bulunduğu yerlerde üreme sağlığı, küçük şehirlerde daha kötü olmaktadır. Aile planlaması karşılanmayan gereksinim, 100.000'den az nüfuslu şehirlerde % 25, nüfusu 500.000-1 milyon olan şehirlerde % 15'dir. Büyük kentsel yerleşimler, olanak ve hizmetlerin sağlanmasında avantajlı iken, küçük kentsel alanlar önemli şekilde yeterince hizmet alamamaktadır. Temel olanaklara(elektrik, temiz su, sanitasyon ve yeterli sağlık bakımı) ulaşımaları daha güçtür. Ayrıca üreme sağlığı hizmetlerine erişim açısından, büyük şehirlerde yaşayanlarla karşılaştırıldığında yeterince hizmet alamamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin küçük şehirlerinde, nüfusta en büyük artış beklenmekte, yoksulluk oranları artmakta ve üreme sağlığının kötüleşmesi beklenmektedir(18).

2.5.2.2. Aile Planlaması Hizmetlerinde Erişilebilirlik

Aile planlaması hizmetlerine erişimin ölçümü, hizmetin erişilebilirliği ile aile planlaması çıktıları(aile planlaması yöntemini kabul etme ve yöntemine devamlılık sağlanması) arasındaki bağlantı, yıllar boyu dikkate alınan bir konu olmuştur. Aile planlaması hizmetlerinin kullanımında, fiziksel erişimin etkisi, iyi tanımlanmıştır.

Çoğu çalışmada, bir hizmete yakın yaşayan kadınlar arasında, hizmetin daha fazla kullanıldığı gösterilmiştir. (Tsui ve Ochoa 1992).

Üreme sağlığı hizmetlerine erişimde bulunan engeller, sadece fiziksel erişim engeli olarak değil, ekonomik, yönetsel, bilişsel ve psikososyal erişim problemleri olarak tanımlanmıştır.(Bertrand ve ark 1995; Foreit ve ark 1978). Bu nedenle aile planlaması hizmet kullanım engelleri, birey ve hane halkı düzeyinde rol oynayan faktörlerin ötesinde görülmekte, sosyokültürel çevre ve sağlık hizmet altyapısı ile ilgilidir. Erişimin bu yönü, sağlık bakım aramada, sağlık sisteminin niteliksel önemini ve sağlık bakım kullanımında sağlanan çevrenin önemini vurgulamaktadır. Bu alanda yapılan çalışmaların çoğunluğu, erişilebilirliğin tek bir boyutu fiziksel(coğrafik) erişim üzerinde durmuştur. Bu kavramda, erişilebilirlik, aile planlaması hizmetlerinin elde edilmesi ve hizmetlere ulaşmada zorluktur. Hizmet/kaynak noktalarına olan uzaklık ölçümlerinin çeşitli olması, bu noktalara varmak için gerekli zaman, hizmet/kaynak noktalarının yoğunluğu, literatürde coğrafik alan sınıflaması olarak belirtilmektedir. Günümüze kadar, aile planlaması yöntem kullanımının önemli bir bileşeni olan aile planlaması hizmetlerine coğrafik uzaklık, uygun bir kanıtken, deneysel çalışmalarda aile planlaması yöntem kullanımı ve uzaklık arasındaki ilişki güçlü gözlenmemiştir. Ölçüm zorlukları nedeniyle, yapılan çalışmalarda hizmet kullanımı ve fiziksel erişim arasındaki ilişkinin güçlü olması, hata olarak gözlense de, diğer erişim faktörlerinin de erişim yapısında tanımlanması gerektiği belirtilmiştir. Birçok araştırmacı, hizmetlere erişimin sadece fiziksel erişim boyutu olmadığı, diğer boyutları da içerdiğini tartışmışlardır. (1984).

Örneğin, Foreit, erişimin (orijinal yayınında “kullanılabilirlik” olarak tanımlamıştır) diğer boyut ve faktörlerini ileri sürmektedir:

- Coğrafik veya fiziksel erişilebilirlik
- Ekonomik erişilebilirlik
- Yönetmel erişilebilirlik
- Bilişsel erişilebilirlik(kavramsal)
- Psikososyal erişilebilirlik

Bu faktörlerin her biri için farklı göstergeler tanımlansa da, çalışmaların çoğunda, faktörler fiziksel erişim ölçümüne dahil olmaktadır. Fiziksel faktör göstergesinin deneysel temeli, diğer faktörlere göre oldukça güçlüdür. Bununla birlikte bu boyut için uygun olan tek bir göstergenin olduğunu gösteren fikir birliği bulunmamaktadır. Sonuç olarak, hizmetin erişilebilirlik boyutu ya da her faktör için tanımlayıcı gösterge önerilmektedir(18).

Fiziksel Erişilebilirlik: Belirli uzaklık (30 km) içinde yer alan birbirinden farklı aile planlaması hizmeti yada aile planlaması yöntemlerinin sunulduğu kaynakların sayısı veya başvuru noktasına hareket zamanı(2 saat)'dır. Belirli uzaklık içerisinde yer alan hizmetin sunulduğu kaynakların sayısı veya başvuru yerine hareket zamanı(Hizmet yoğunluğu) ile gösterilmektedir. Bu gösterge, tanımlanan bir coğrafik alanda kullanılabilir aile planlaması hizmetlerinin ölçümünü sağlamaktadır. Fiziksel erişilebilirliği değerlendirmek için, hizmetin sunulduğu kaynaklarda bulunan kullanılabilir aile planlaması yöntemlerinin durum ve bilgisine ihtiyaç vardır.

Ekonomik erişilebilirlik: Hedef nüfusun büyük çoğunluğunun, ekonomik anlamda, aile planlaması hizmetleri/malzemeleri elde etme yada kaynak ve hizmetin sunulduğu

kaynak noktalarına olan ulaşım maliyetleridir. Aile planlaması hizmetleri ve malzemeleri için cepten yapılan harcamalardır. Yöntem kullanan kadının hizmet arayışı ve yöneme devam etmesi zor olduğundan ekonomik engeller, aile planlaması yöntem kullanımını engellemektedir. Aile planlaması yöntemler için harcanan bir aylık maliyet (aylık tutar yüzdesi) ile gösterilmektedir. Aylık gelirin % 1.0'ni aşan hizmet ve kaynak maliyetleri, kullanıcı için önemlidir ve ekonomik engellerin varlığını göstermektedir. Ekonomik erişimin hesaplanması, çoğunlukla gelişmekte olan ülkeler için önemlidir.

Aile planlaması yöntem kullanmada, diğer maliyetlerin dikkate alınmaması ile ilgili bir kısıtlılık bulunmaktadır. Örneğin, aile planlaması hizmetini kullanan kadın, kaynağa ulaşım için yada çocuğu varsa çocuk bakımı için cepten harcama yapabilmektedir. Seyahat etme veya hizmetin sunulduğu kaynağa varıldığında, hizmet ve malzemelerin elde edilmesi için harcanan zaman " fırsat maliyetleri" olarak bilinmektedir.

Yönetmelik Erişilebilirlik: Aile planlaması yöntemlerinin seçilmesini yada kullanımını kısıtlayan gereksiz yönetmelik ve düzenlemelerdir. Örneğin, aile planlaması hizmetleri için ayrılan klinik saatlerin kısıtlı oluşu yada diğer hizmetlerin olduğu saatlerde(çocuk aşılması, büyüme takibi) aile planlaması yöntem sunumunda sınırlamalar olmasıdır.

Aile planlaması hizmet kullanımında birey, hanehalkı ve toplumsal engeller varlığında, bireyin hizmeti kullanmasını, çevre etkilemektedir. Birçok çalışmada, hizmet kalitesi(algılanan kalite) ile aile planlaması hizmetlerinin kullanımı artışı arasında ilişki olduğu gösterilmektedir.

Tıbbi engeller(Yöntem seçimini engelleyen düzenlemeler) ve hizmet kalitesi(Uzun bekleme zamanları ve yöntemin sağlanmasında sınırlılık), aile planlaması hizmetlerinin kullanımında bulunan güçlü engelleyicilerdir. Tanzanya'da aile planlaması hizmet çalışmasında, hizmeti sağlayanın, aile planlaması yöntemlerinin reklamıyla ilgili önyargısı ve aile planlaması yöntem kullanımında yaş sınırlaması getirmesi, aile planlaması yöntemlerine uyumu zorlaştıran bir engel olarak gösterilmiştir. Williams, Schutt-Aine and Cuca (2000), sekiz Amerika ülkesinde, uzun bekleme zamanları ve hizmet maliyetlerinin, memnuniyetsizliğin ana nedenler olduğu ve aile planlaması hizmetlerinin özellikleri hizmeti kullanmada bir engel olarak görülmektedir.

Bilişsel Erişilebilirlik: Hizmet/kaynak noktalarının bulunduğu yerleşim yerleri ve bu yerleşimlerde bulunan kullanılabilir hizmetlerinin farkında olunmasıdır. Aile planlaması hizmet/malzeme için en azından bir kaynağını bilen hedef nüfus yüzdesidir. Hizmet verilen topluma aile planlaması yöntemlerinin sağlanması ve yerleşim yeri bilgisi ile ilgili sorulara verilen yanıtlar ile değerlendirilmektedir. Aile planlaması hizmet ve malzeme kaynaklarının, genel nüfus içindeki farkındalık ve bilgi düzeylerinin kabaca ölçülmesini sağlamaktadır. Bilişsel erişilebilirlik ölçümü, bilgi yoksunluğundan dolayı, varolan hizmetlerin nerede sunulduğunu bilmeyen nüfus oranını göstermektedir. Birçok ülkede, nüfusun büyük çoğunluğu, aile planlaması hizmet/malzemelerin en azından bir kaynağının farkındadır. Çoğu örneklerde, farkındalık yokluğu, aile planlaması yöntem kullanımında önemlidir. Örneğin, yöntem kullanan kadın, sadece en yakınındaki kurum ve kaynak noktasının farkındadır.

Fiziksel erişimi de bulunduğu sunulan farklı yöntem ve yüksek kaliteli hizmetlere ulaşamamaktadır. Öyle ki bazı olgularda, en yakındaki hizmet kaynaklarında sağlanan hizmetler ve verilen yöntemlerle ilgili bulunan memnuniyetsizlik, aile planlaması yönetime uyumu zorlaştırmaktadır.

Psikososyal Erişilebilirlik: Aile planlaması hizmet arayışında olan yöntem kullanan kadının, psikolojik, sosyal ve kendi kararlarıyla doğurganlığına ara verme yada doğurganlığını sınırlaması olarak tanımlanmaktadır. Örneğin, olumsuz sosyal damgadan dolayı, en yakınındaki hizmetler ürkütücü gelebilir ve hizmetleri alamaz, pelvik muayene gibi işlemlerden sakınır yada tek başına, aile planlaması hizmet/ kaynaklara ulaşır, onları elde edemez.

Psikososyal faktörlerle etkilenen aile planlaması talebi ile aile planlaması yöntem kullanılmasıyla ilgili bulunan psikososyal engeller arasındaki ayırım önemlidir. Omurgası, toplumsal aile büyüklüğü ile ilgili normlar, çocuk talebi, yöntemin kabul edilebilirliği, aile planlamasının sosyo-psikolojik maliyetlerini etkileyen geniş sosyal ve psikolojik faktörlerden oluşmaktadır. Kadınlar, gelecekteki doğurganlığını kontrol etmek istemelerine rağmen, psikososyal engeller olduğunda, kullanılabilir hizmet arayışını engellemektedir. Aile planlaması hizmetini kullanmada, hizmetin özellikleri, kadının önceki sağlık hizmetini kullanma sırasında edindiği deneyimleri ile etkilenebilmektedir. Sağlık çalışanları ile daha önce iletişim kurma, sağlık hizmetlerinin kullanımında alışkanlık ve güven yaratmakta ve diğer üreme sağlığı hizmetlerinin de benzer kullanımını sağlamaktadır. Kadının sağlık hizmetlerini önceden kullanması, sonrasında da benzer üreme sağlığı hizmetlerini kullanma eğilimi göstermektedir.

Bireylerin sağlık davranışlarını, sıklıkla toplumsal değer ve inançlar belirlemekte ve öyle ki bireyin davranışında toplumsal algılar etkili olmaktadır(12).

2.6.Aile Planlaması Kullanımı ve Erişiminde Bulunan Sosyoekonomik Eşitsizlikler

Sağlıkta eşitsizlik, eşitsizliklerin, haksız olarak görülmesi ya da adaletsiz şekilde kaynaklanmasıdır. Bu özelliklere, önleneme veya gereksiz olma kavramları ilave edilmiştir. Aile planlamasında eşitsizlik, hizmet kullanımı ve sağlık çıktılarında görülen farklılıktır(19). Son 20 yılda aile planlaması hizmetlerinin kullanımı ve erişiminde düzenlemeler görülebildiyse de, çoğu ülkede yavaş ve yatırımlardan yıllar sonra, ilerleme görülmüştür. Bugün dünyada yaşayan 137 milyon kadının 10'da birinde, aile planlaması için karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Bu da, kadınların gebelikten korunmak istemelerine rağmen, aile planlaması yöntemi kullanmadıkları anlamına gelmektedir. Sahraaltı Afrika gibi en az gelişmiş ülkelerde, dört kadından birisi, gebeliği önlemek istemelerine rağmen, aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır(20). Sağlık alanında sosyoekonomik eşitsizlikler(inequalities), nadir görülen bir konu değildir. Ancak toplumlar arasında, adaletsiz (unfair) şekilde bulunan farklılıklar bulunmaktadır(Adaletsizlik niteliksel olarak, eşitsizliğin önleneme ve bu nedenle gereksiz olduğunu savunmak yerine, çoğunlukla sağlıkta adalet dağıtılmasını içeren karmaşık düşünceleri değerlendirmektedir. Eşitsizlik, deneysel ve gözlemsel şekilde görülen kuramsal olmayan(ampirik) bir yapı iken, eşitlik kavramı kurallara dayanan ve sosyal adaletle ilişkili olan bir yapıdır (Gwatkin ile ilişkili 2002). Üreme sağlığı çıktılarında eşitsizlikler, çeşitli nedenlerden kaynaklanmaktadır.

Aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerinde, eşit kullanım ve erişimden kaynaklanan farklılıklar bulunduğunda, o zaman adaletsiz sayılmaktadır. Bu nedenle farklı populasyon grupları arasında, sağlık hizmetlerinin kullanımında eşit erişimin sağlanması, eşitsizliklerin azaltılmasının bir yoludur. Erişim ve sağlık hizmetlerinin kullanımı, gelir, eğitim, cinsiyet, yaş, yerleşim yeri, etnisite, sınıf gibi birçok faktöre bağlıdır. Gelir, Bangladeş gibi fakir ülkelerde sağlık harcamasında tek ve en önemli belirleyicidir. Gelirle ilgili olmayan(bakım kalitesi algısı, farkındalık, kültürel normlar, ayrımcılık) kısıtlılıklar, sağlık talebinde güçlü görünse de, gelir, sağlık talebinin en güçlü kısıtlayıcısıdır. Kaynakların dağıtılmasında toplumsal cinsiyet ön yargısının bulunması, kadınların erkeklere göre kaynaklara daha az erişim sağlaması nedeniyle, gelir, sağlık talebinde kadınlar için en büyük kısıtlayıcıdır. Güney Afrika'da, günlük hayatta kadınların hareket etme özgürlüğü ve toplumdan uzak tutulma yönündeki geleneksel kısıtlamalardan dolayı, özellikle gelirle ilgili olmayan kısıtlılıklar, sağlık hizmet kullanımında dikkati çekmektedir. Sağlık kurumu veya hizmeti sağlayan kuruma uzaklık, hizmetler hakkında bilgi yoksunluğu, düşük standartta bakım ve hizmet sağlayanın tutumu gibi nedenlerle arz kaynaklı, kullanım ve erişimde farklılıklar bulunabilmektedir. Bu nedenler, ayrıca kadınlar için erkeklere göre büyük kısıtlılıklardır. Bu nedenle, gereksiz, önlenbilir diğer deyişle adaletsiz şekilde, üreme sağlığı bakımı ve aile planlaması hizmetleri ile ilgili harcamalarda, büyük ve kalıcı sosyoekonomik boşluklar bulunmaktadır. Kadının sosyal ve ekonomik statüsü, kadının çocuk isteğini engellemekte ya da doğumlarına ara vermesine neden olmaktadır. Mali ve sosyal kaynaklara erişimi daha iyi olan kadınların, aile planlaması uygulamalarını da benimsemesi, akranlarına göre daha hızlı olmaktadır.

Aile planlaması kullanımında var olan bu eşitsizlikler, halk sağlığı programlarını, siyasi liderleri ve sivil toplumu ilgilendirmektedir. Bu farklılıklar, toplumda bulunan adaletsizliğin yanı sıra, en duyarlı grupların gereksinimlerini karşılayan kamu sağlık sisteminin var olmasının da göstergesidir. Bazı ülkeler, aile planlaması yöntem kullanımındaki açığı azaltılmasında ilerleme kaydetmiştir. Özellikle Halk Sağlığı programları, hizmetlere adil erişimi sağlamakta ve hizmet kullanımında farklılıkları azaltmaktadır(19).

BÖLÜM III

GEREÇ/ YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMA BÖLGESİNİN ÖZELLİKLERİ

BAYRAKLI İLÇESİ:

İlçe, 5747 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Sınırları İçerisinde İlçe Kurulması ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunla 06/03/2008 tarihinde kurulmuştur. Bayraklı İlçesinin büyük bölümünde, gecekondularla birlikte düzensiz yerleşim yerleri bulunmaktadır. Bu bölgelerde halkın çoğu, ekonomik yönden zayıf ve buraya sonradan göç etmiş ailelerden oluşmaktadır. Halkın çoğunluğunu işçiler oluşturmaktadır. İlçe, çeşitli bölgelerden gelen insanların oluşturduğu bir kültür mozaiğine sahiptir.

İlçe nüfusu, 2009 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi kapsamında, ilçeye katılan mahallelerin nüfusları toplamı itibariyle 306.427 kişi bulunmaktadır. İzmir'in nüfus itibariyle beşinci büyük ilçesidir.

Araştırma bölgesi, Cengizhan Mahallesi nüfusu 14.259 kişidir(21). 2007 yılında, bölge Aile Hekimliğine geçmiştir. Bu mahalleye bağlı, beş aile hekimi birimi hizmet vermektedir.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE ZAMANI

Araştırma, kesitsel tipte bir çalışmadır. 1.12.2009-22.04.2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama aşaması 1-31 Ağustos 2010 tarihinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Türkiye’de yaklaşık 20 milyon 15-49 yaş arasında kadın bulunmaktadır. Bunun % 13.0’ü Ege Bölgesi’nde, % 5’ i İzmir’de, % 0.5’ i Bayraklı İlçesi’nde yaşamaktadır(Tablo 2).

Tablo 2. 15-49 Yaş Kadınların Yerleşim Yerlerine Göre Sayıları, TÜİK, 2008(22)

Yerleşim Yeri	Sayı
TÜRKİYE	19.294.090
EGE BÖLGESİ	2.549.358
İZMİR	1.058.554
BAYRAKLI İLÇE	89.028

Araştırmanın evreni, Cengizhan Mahallesi’ de yaşayan, evli, 18-49 yaş arası 2345 kadından oluşmaktadır. Sağlık Ocağı Bölgesi olmadığı ve Toplum Sağlığı Merkezi(TSM)’nde mahalle kayıtları bulunmadığından, örnek seçimi için muhtarlık seçim kayıtları kullanılmıştır. 2009 muhtarlık seçim kayıtlarında oy kullanma yaşı 18 yaşından itibaren başladığı için yaş sınırı 18-49 yaş olarak alınmıştır. Bu kayıtların doğruluğu, araştırmacı örnek seçim aşamasına başlamadan önce bölgede çalışan intörn ve ebeklik öğrencileri aracılığıyla kontrol edilmiştir. Bayraklı İlçesi’nde aile planlaması etkin yöntem kullanma oranı % 58.0 olarak saptanmıştır(Tablo 3). Buradan yola çıkılarak % 58 prevalans, % 5 hata payı, % 95 güven aralığı, % 10 yedekle birlikte Epi info istatistik programı ile en küçük örnek örnek büyüklüğü 415 kadın olarak hesaplanmıştır. Evren, yaş gruplarına göre yedi tabakaya ayrılmıştır(Tablo 4).

Tablo 3. Bayraklı İlçesinde Oturan Kadınların Özellikleri, Bayraklı TSM 2009(23)

15-49 kadın sayısı	96.597
Evli kadın sayısı	68.491
Bekar kadın sayısı	28.106
Etkin yöntem kullanan kadın sayısı	40.209
Etkin yöntem kullanmayan kadın sayısı	12.819
Gebe kadın sayısı	2.256
Korunmayan kadın sayısı	29.981
İzlenmeyen kadın sayısı	11.332

Tablo 4. Örnek Büyüklüğünün Tabakalara Göre Hesaplanması

Yaş grubu	Tabakadaki kadın sayısı	%	Tabakadan örnek alınacak kadın sayısı
19 altı	7	0.003	1
20-24	255	0.109	45
25-29	482	0.205	85
30-34	453	0.193	80
35-39	448	0.191	80
40-44	440	0.188	78
45-49	260	0.111	46
Toplam	2345	1.000	415

Her tabakadan, sistematik örnekleme yöntemi ile örneğe girecek kadınlar belirlenmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI/ BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

3.4.1. BAĞIMLI DEĞİŞKEN

Araştırmanın bağımlı değişkeni, modern aile planlaması için karşılanmayan gereksinim durumudur.

3.4.1.1. Aile Planlaması Karşılanmayan Gereksinim Durumu:

Ret Kriterleri: Karşılanmayan gereksinimin saptanmasında, öncelikle menapoz, histerektomi, infertil ve gebe kalmak isteyen kadınlar, dışarıda bırakılmıştır.

Kabul Kriterleri: Gebe kadınlar da dahil olmak üzere yöntem kullanmayan kadınlarda gereksinim faktörleri sorgulanmıştır. Gebe kadınların tamamı son gebeliklerini istemedikleri için karşılanmayan gereksinim grubuna dahil edilmiştir. Yöntem kullanmayan kadınlar ise aşağıdaki kriterlere göre karşılanmayan gereksinim grubuna alınmıştır:

- Çocuk sahibi olmadan önce, beklemek isteyen/ başka çocuk sahibi olmak istemeyen ve gebeliği önleyici etkin bir yöntem kullanmayan, doğum yapabilecek evli kadınlar,
- , Son doğumlarını istemeyen/sonra isteyen, son bir yılda yeni doğum yapmış kadınlar,
- Çocuk isteyip istememe/ne kadar zaman sonra istedikleri konusunda kararsız olan, etkin bir yöntem kullanmayan kadınlar olarak alınmıştır.

3.4.2 BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

3.4.2.1 Hazırlayıcı Faktörler:

Doğum Tarihi: Gün-ay-yıl olarak sorulmuş, 18-49 yaş arası, yedi grup olarak gruplanmıştır.

Doğum Yeri: İl, ilçe, köy olarak sorulmuştur. TNSA' da kullanılan beş bölge (batı, güney, orta, kuzey, doğu) olarak sınıflandırılmıştır.

En Son Evlilik Durumu: Evli, bekar, dul, birlikte yaşıyor olarak sorulmuştur.

Kadının Eğitim Düzeyi: En son mezun olduğu okul sorulmuş, okur yazar değil, okur yazar, ilkokul, orta okul, lise, üniversite mezunu olarak seçilmiştir.

İlk Evlilik Yaşı: Yaş olarak sorulmuş, 18 yaş altı, 18-25, 25 yaş üstü olarak gruplanmıştır.

Eşiyle Akrabalık Durumu: Evet, hayır olarak sorulmuştur.

Eşinin Eğitim Düzeyi: Okur yazar değil, okur yazar, ilkokul, orta okul, lise, üniversite mezunu olarak sorulmuştur.

Hanedeki Kişi Sayısı: Sayı olarak kaç kişi olduğu sorulmuştur. Dört ve altı, dört üstü olarak gruplanmıştır.

İzmir'de Oturma Süresi: Ne kadar süredir oturduğu sorulmuştur. 10 yıl altı, 10-20, 20 üstü olarak gruplanmıştır.

En Uzun Süre Yaşadığı Yer : İl, ilçe, köy olarak sorulmuştur. Beş bölge (batı, güney, orta, kuzey, doğu) olarak sınıflandırılmıştır.

Doğurganlık Özellikleri: Canlı doğum, ölü doğum, kendiliğinden düşük, ölen çocuk, yaşayan çocuk, sayı olarak sorulmuştur.

3.4.2.2. Kolaylaştırıcı Faktörler:

Hanehalkı Toplam Gelir Miktarı: Ne kadar olduğu, miktar olarak sorulmuştur.

Kişi Başı Gelir Miktarı: Günlük kişi başı gelir miktarı hesaplanmıştır. Türk-İş 2010(24). Ağustos ayı verilerine göre belirtilen, dört kişilik aile için açlık sınırı 816 TL

ve altı, 816 üstü olarak sınıflama yapılmıştır.

Algılanan Gelir Düzeyi : Çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü seçenekleriyle sorulmuştur.

Kadının Çalışma Durumu: Bir ücret karşılığında hangi işte çalıştığı sorulmuştur. İşveren, ücretli işçi(düzenli), maaşlı memur(düzenli), yevmiyeli(mevsimlik, geçici),kendi hesabına(düzenli), kendi hesabına (düzensiz, iş buldukça), ev hanımı seçeneklerinden hangisine girdiği belirlenmiştir.

Eşinin Çalışma Durumu: Bir ücret karşılığında hangi işte çalıştığı sorulmuştur. İşveren, ücretli işçi(düzenli), maaşlı memur(düzenli), yevmiyeli (mevsimlik, geçici), kendi hesabına(düzenli), kendi hesabına(düzensiz, iş buldukça), emekli ve işsiz seçeneklerinden hangisine dahil olduğu belirlenmiştir.

Sosyal Güvence Durumu: Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, sosyal güvencesi olmayan ve diğer olarak sorulmuştur.

Sağlık Güvence Durumu: Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, Yeşil kart, sağlık güvencesi olmayan ve diğer olarak sorulmuştur.

Hizmetin Ulaşılabilirliği: Aile planlaması hizmetlerini almak için(yöntem temini/izlemler) yapılan başvuruda, etkili olan erişim faktörleri sorulmuştur. Erişim faktörleri; fiziksel erişilebilirlik(kuruma ne kadar sürede ulaştığı), ekonomik erişilebilirlik(ek ücret ödeme), yönetsel erişilebilirlik(bekleme süresi), bilişsel erişilebilirlik(kurumun yerini bilme), psikososyal erişilebilirlik (tek başına mı, birisiyle mi gittiği, yöntem kullanımına eşile mi karar verdiği) şeklinde sorgulanmıştır.

3.4.2.3. Aile Planlaması Hizmet Kullanım Sıklığı

Kadınların son beş yıl içinde, aile planlaması ile ilgili yaptıkları tüm başvurular sorgulanmıştır. Bu başvurular, yeni yöntem başlama/ yöntem değiştirme ve izlem olarak iki başlıkta toplanmıştır. İzlemlerin çoğunluğunu hap, kondom temini oluşturduğu için, yeni yöntem başlama/ yöntem değiştirme hizmet kullanım sıklığı olarak tanımlanmıştır.

Hizmet kullanımı, kadının son beş yıl içinde gebelikten korunma yöntemine ihtiyaç duyduğunda ilk hangi kuruma başvurduğu ve her yöntem için yaptığı başvuru sırasındaki etkili erişim faktörleri(eşle karar verme, ulaşma süresi, kurumun yerini bilme, tek/birisiyle gitme, bekleme süresi, ek ücret ödeme) sorulmuştur.

Cengizhan Mahallesi, 2007 tarihinden itibaren Aile Hekimliği'ne geçtiği için, son beş yıllık dönem, 2005-2006 yılları Sağlık Ocağı Dönemi, 2007-2010 yılları Aile Hekimliği Dönemi olarak alınmıştır. Başvuru sayısı, son beş yılda yeni yöntem başlayan/ yöntem değiştiren kadınların, yöntem temini için kaç kez başvuru yaptığı sorularak hesaplanmıştır.

3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇLER

Örnek grubundaki kadınların adresleri belirlendikten sonra sadece görüşülen kadının bulunduğu sakin bir ortamda, yüz yüze görüşülerek, anket formları uygulanmıştır.

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu,

- a) Aile planlaması yöntem kullanımı,
- b) Aile planlaması hizmet kullanımı,

- c) Yöntem kullanmama nedenleri ve gereksinim durumu
- d) Sosyodemografik özellikler formlarından oluşmuştur.

İlk bölümde, Aile planlaması yöntem kullanım formu yer almıştır. Bu bölümde kadınların doğurganlık özelliği(doğurgan çağ, gebe, emzikli, menapoz), toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yapılan doğumların tarihi ve şekli(normal doğum,sezaryen), ölü doğum sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, isteyerek düşük sayısı, ölen çocuk sayısı ve araştırmanın yapıldığı sırada gebelikten korunmak için kullanılan yöntem sorulmuştur.

İkinci bölümde, Aile planlaması hizmet kullanım formunda, kadınların, araştırmanın yapıldığı tarihten itibaren son beş yıl içinde gebelikten korunma yöntemine/ izlemlere ihtiyaç duyduğunda herhangi bir kuruma başvuru yapıp yapmadığı sorulmuştur. Bu soruyu “Evet” olarak cevaplayanlara “Hangi yöntemi temin ettiği, ilk nereye başvurduğu, yöntemi ne kadar süre kullandığı, kaç kez gittiği, ne için (yöntem,izlem) gittiği, başvurduğu kuruma ne kadar sürede ulaştığı, yerini bilip bilmediği, tek başına mı/ birisiyle mi gittiği, orada ne kadar süre beklediği, ek ücret ödeyip ödemediği, muayene olup olmadığı, laboratuvar inceleme yaptırap yaptırmadığı, son bir yılda ev ziyareti alıp almadığı sorulmuştur. Bu sorular kadının son beş yılda kullandığı tüm aile planlaması yöntemleri için ayrı ayrı olarak sorulmuştur.

Üçüncü bölümde, Araştırmanın yapıldığı tarihten itibaren son beş yıl içinde gebelikten korunma yöntemine/ izlemlere ihtiyaç duyduğunda herhangi bir kuruma başvuru yapıp yapmadığı sorusuna “Hayır” olarak yanıtlayanlara yöntem kullanmama nedenleri(doğurganlık ve erişim faktörleri) ve gereksinim belirlenmesine yönelik sorular sorulmuştur.

Dördüncü bölümde, Sosyodemografik Özellikler Soru Formu yer almıştır. Kadının doğum tarihi, doğum yeri, eğitim düzeyi, ilk evlilik yaşı, eşiyle akrabalık durumu, eşinin eğitim düzeyi, haneye giren toplam gelir miktarı, hanedeki kişi sayısı, haneye giren gelir miktarını nasıl bulduğu, kadının hangi işte çalıştığı, eşinin hangi işte çalıştığı, sosyal güvence durumu, sağlık güvence durumu, İzmir'de oturma süresi ve en uzun süre nerede yaşadığı sorulmuştur.

3.6 VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler, ki-kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler lojistik regresyonda değerlendirilmiştir.

3.7 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmada Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay ve veri toplama sırasında her katılımcıdan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır. Etik Kurul onay formu ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ekte verilmiştir.

BÖLÜM IV.

BULGULAR

4.1 TANIMLAYICI BULGULAR:

4.1.1. Hazırlayıcı Faktörler

4.1.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Kadınların yaş ortalaması $35.05 \pm 7.3'$ tür. Ortanca yaş 35.0' dir.(min:18, maks:49). Kadınların % 21.9'u (75) 35-39 yaş grubunda, % 65'i(223) ilkokul mezunu ve % 39.7'si(136) Doğu Bölgesi'nde doğmuştur.

Kadınların % 56.6(194)'sının eşleri ilkokul mezunu ve % 21'nin(72) eşiyile akrabalığı bulunmaktadır. Kadınların % 73.4'nün(252) hanedeki kişi sayısı dört ve altındadır.

Kadınların % 46.0'sı(158) on yıldan az sürede İzmir'de yaşamıştır ve %92.1'nin(316) en uzun yaşadığı yer, Batı Bölgesi'dir(Tablo 5).

Tablo 5. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

	Sayı	%
Yaş		
18-19	1	0.3
20-24	25	7.3
25-29	72	21.0
30-34	66	19.2
35-39	75	21.9
40-44	62	18.1
45-49	42	12.2
Doğum Yeri Bölgesi		
Batı	123	35.9
Doğu	136	39.6
Güney	2	0.6
Kuzey	21	6.1
Orta	61	17.8
Eğitim		
Okur yazar değil	24	7.0
Okur yazar	16	4.7
İlkokul	223	65.0
Ortaokul	40	11.7
Lise	35	10.2
Üniversite	5	1.4
Eş Eğitim		
Okur yazar değil	3	0.9
Okur yazar	5	1.4
İlkokul	194	56.6
Ortaokul	64	18.7
Lise	67	19.5
Üniversite	10	2.9
Eşle Akrabalık		
Var	72	21.0
Yok	271	79.0
Hane Kişi Sayısı		
4 ve altı	252	73.4
4 üstü	91	26.6
İzmir'de Yaşam Süresi		
10yıl altı	158	46.0
10-20	134	39.0
20 yıl üstü	51	15.0
En Uzun Süre Yaşanılan Yer Bölgesi		
Batı	316	92.1
Doğu	14	4.1
Kuzey	5	1.5
Orta	8	2.3
TOPLAM	343	100.0

4.1.1.2 Doğurganlık Özellikleri

Kadınların % 92.1(316)'i doğurgan çağda bulunmaktadır. Kadınların %7.9'u(27) menapoz, histerektomi ve infertilite nedenleriyle çocuk yapamayan kadınlar oluşturmaktadır. Kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması 19.9 ± 2.8 , ortanca değer 20.0'dir (min:15, maks:30). Kadınların % 77.1'nin ilk evlilik yaşı, 18-25 yaş arasındadır.

Araştırmaya katılan kadınların % 49.2'si(169) ilk doğumlarını 20-24 yaş arasında yapmıştır. % 6.4'ü(21) hiç doğum yapmamıştır. İlk doğum yaşı ortalaması 21.8 ± 3.5 , ortanca değeri 22.0'dir (min:13, maks:35). Kadınların %28.6'sı(98) iki gebelik, % 12.2'i(42) beş ve üzeri gebelik geçirmiştir. Ortalama gebelik sayısı 2.77 ± 1.58 , ortanca değeri 2.00 'dir (min:1, maks:10).

Kadınların % 38.5'i(132) iki canlı doğum yapmıştır. Ortalama canlı doğum sayısı 2.15 ± 1.06 , ortanca değeri 2.00'dir (min:1, maks:7). Kadınların % 38.8'de(133) yaşayan çocuk sayısı ikidir. Yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2.14 ± 1.06 , ortanca değeri 2.00 'dir (min:1, maks:7).

Kadınların % 7.6'sı(24) ölü doğum, % 16.0'si(55) kendiliğinden düşük, %17.8'i(61) isteyerek düşük yapmıştır. Kadınların % 3.8'nde(13) bebek ölümü öyküsü bulunmaktadır(Tablo 6).

Tablo 6. Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı

	Sayı	%
Doğurganlık Özelliği		
Gebe ve emzikli olmayan kadınlar	272	79.3
Gebe	13	3.8
Emzikli	31	9.0
Menapoz	22	6.4
Histerektomi	4	1.2
İnfertil	1	0.3
İlk Evlilik Yaşı		
18 yaş altı	68	19.7
18-25	264	77.1
25 üstü	11	3.2
İlk Doğum Yaşı		
15 altı	1	0.3
15-19	85	24.7
20-24	169	49.2
25-29	58	16.8
30-34	8	2.3
35-39	1	0.3
Hiç doğum yapmayanlar	21	6.4
Toplam Gebelik Sayısı		
Hiç gebe kalmayanlar	17	5.0
1,00	68	19.8
2,00	98	28.6
3,00	76	22.2
4,00	42	12.2
5 ve üzeri	42	12.2
Canlı Doğum Sayısı		
Hiç doğum yapmayanlar	21	6.1
1,00	93	27.1
2,00	132	38.5
3,00	68	19.8
4,00 ve üzeri doğumlar	29	8.5
Yaşayan Çocuk Sayısı		
0	23	6.7
1,00	93	27.1
2,00	133	38.8
3,00	65	19.0
4,00	19	5.5
5,00 ve üzeri	10	2.9
Ölü Doğum Sayısı		
Yok	319	92.4
1	22	7.0
2 ve üstü	2	0.6
Kendiliğinden Düşük Sayısı		
Yok	288	84.0
1	43	12.5
2 ve üstü	12	3.5
İsteyerek Düşük Sayısı		
Yok	282	82.2
1	42	12.2
2 ve üstü	19	5.6
Ölen Çocuk Sayısı		
Yok	330	96.2
1	11	3.2
2	2	0.6
Toplam	343	100.0

4.1.1.3. Doğumlar

4.1.1.3.1 Doğum Şekilleri

322 kadının yaptığı 692 canlı doğumda, ilk doğumlar dışındaki 371 toplam doğumda; doğum aralığı, % 34.1 (128 doğum) iki yıl ve altında, % 65.9 (241 doğum) iki yıl üzerindedir. Tüm yapılan doğumların % 83.0'ü normal doğum, % 17.0'si sezaryen doğumdur. Beş ve üzeri yapılan doğumlarda, tümü normal doğum olarak gerçekleştirilmiştir(Tablo 7).

Tablo 7. Doğumların Doğum Şekillerine Göre Dağılımı

Doğumlar	Normal Doğum		Sezaryen		Toplam	
	S	% *	S	%*	S	%**
1.doğum	264	82.2	57	17.8	321	46.3
2.doğum	184	80.3	45	19.7	229	33.0
3.doğum	83	85.5	14	14.5	97	14.0
4.doğum	25	92.5	2	7.5	27	4.0
5 ve üzeri doğumlar	18	100.0	-	-	18	2.7
Toplam	574	83.0	118	17.0	692	100.0

S: Sayı, *Satır yüzdesi , **Sütun yüzdesi

4.1.1.3.2 Son Doğumların Yapıldığı Yerler

Son beş yılda yapılan toplam doğumların % 69.0'ı(222) 2007 yılı öncesinde, % 31.0'ı(100) 2007 ve sonrasında gerçekleştirilmiştir. Bu doğumların, % 82.6'sı(266) kamu hastanelerinde, % 6.5'i(21) özel hastanelerde, % 10.9'u(35) evde gerçekleştirilmiştir(Tablo 8).

Tablo 8. Son Doğumların Yapıldığı Yerler

	Kamu		Özel		Ev		Toplam	
	S	%*	S	%*	S	%*	S	%**
2007 öncesi	183	82.4	7	3.1	32	14.5	222	69.0
2007 ve sonrası	83	83.0	14	14.0	3	3.0	100	31.0
Toplam	266	82.6	21	6.5	35	10.9	322	100.0

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

4.1.2 KOLAYLAŞTIRICI FAKTÖRLER

Araştırmaya katılan kadınların hanelerinde, haneye giren ortalama gelir miktarı 783.2 ± 313.2, ortanca değeri, 650.0 TL'dir (min:200, maks: 3000). Ortalama kişi başı gelir miktarı 216.45 ± 128.1, ortanca değeri, 200.0 TL'dir (min:33.3, maks:1500.0). Dört kişilik aile için aylık sınırı olan 816 TL ve altında gelire sahip aile oranı % 55.1'dir(189). Kadınların % 50.1'i(172) haneye giren gelir miktarını çok kötü ve kötü olarak değerlendirmektedir. Kadınların % 93.3'ü(320) ev kadınıdır. Ev kadınlarının % 3.2'si son bir yılda ücret almadan tarım işinde çalışmıştır. Kadınların % 6.7'si(23) bir işte çalışmaktadır. Kadınların % 54.2'nin (186) eşi ücretli işçi(düzenli)'dir. Kadınların % 80.8'de sosyal güvence, % 82.2'de sağlık güvencesi bulunmakta, % 19.2(66)'nin sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Sosyal güvencesi bulunan kadınların % 73.8(253)'i SSK'dır. Kadınların % 82.2'nin sağlık güvencesi bulunmakta, %17.8(61)'nin sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Sağlık güvencesi bulunan kadınların % 72.9(250)'u SSK'dır. Sosyal güvencesi SSK olan üç kadının, sağlık güvencesi, iki kadında yeşil kart, bir kadında Bağ-kur'dur. Sağlık güvencesi yeşil kart olan yedi kadının beşinin sosyal güvencesi yoktur, iki kadının sosyal güvencesi SSK'dır(Tablo9).

Tablo 9. Kolaylaştırıcı Faktörlerin Dağılımı

	Sayı	%
Açlık Sınırı		
816 TL ve altı	189	55.1
816 TL üstü	139	40.5
Geliri yok	15	4.4
Gelir Algısı		
Çok iyi-iyi	36	10.5
Orta	135	39,4
Çok kötü-kötü	172	50.1
İş		
Ücretli işçi (düzenli)	10	2.9
Maaşlı memur (düzenli)	1	0.3
Yevmiyeli (mevsimlik,geçici)	3	0.9
Kendi hesabına(düzenli)	9	2.6
Ev hanımı	320	93.3
Eşinin İşi		
İşveren	2	0.6
Ücretli işçi(düzenli)	186	54.2
Maaşlı memur(düzenli)	13	3.8
Yevmiyeli(mevsimlik,geçici)	53	15.5
Kendi hesabına(düzenli)	18	5.2
Kendi hesabına(düzensiz, iş buldukça)	8	2.3
Emekli	44	12.8
İşsiz	19	5.5
Sosyal Güvence		
Emekli sandığı	12	3.5
SSK	253	73.8
Bağkur	11	3.2
Özel	1	0.3
Yok	66	19.2
Sağlık Güvence		
Emekli sandığı	12	3.5
SSK	250	72.9
Bağkur	12	3.5
Yeşil kart	7	2.0
Özel	1	0.3
Yok	61	17.8
TOPLAM	343	100.0

4.1.3.GEREKSİNİM FAKTÖRLERİ

4.1.3.1 Aile Planlaması Yöntem Kullanımı

Araştırmanın yapıldığı tarihte kadınların % 45.5(156) 'i modern bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Kadınların % 30.0(103)' u geri çekme yöntemini kullanmakta, % 12.8(44)' i herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. %11.7(40)'si ise gebelik, menapoz, histerektomi, infertilite nedenleriyle yöntem kullanamamaktadır(Tablo 10).

Tablo 10. Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Durumu

	Yöntem Kullanımı	Sayı	%
Yöntem Kullananlar	Modern Yöntemler		
	Tüplerin bağlanması	19	5,5
	Hap	19	5,5
	Spiral	74	21,6
	İğne	5	1,5
	Kondom	39	11,4
	Geleneksel Yöntem		
	Geri çekme	103	30,0
Yöntem Kullanmasına Gerek Olmayanlar	Gebe,menapoz,histerektomi,infertil	40	11.7
Yöntem Kullanmayanlar	Kullanmıyor	44	12,8
	Toplam	343	100,0

4.1.3.2 Aile Planlaması Yöntem Kullanmama Durumu

Kadınların % 21.4(40)'ü, gebelik, menapoz, histerektomi, infertilite nedenleriyle yöntem kullanmasına gerek yoktur. Yöntem kullanmayan kadınların % 3.2(6)'si emzirme, %21.4(40)'ü gebe kalma isteği, % 8.6(16)'sı sık olmayan cinsel ilişki, % 45.4(85)'ü erişim faktörleri nedenleriyle modern bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır(Tablo 11).

Tablo 11. Modern Yöntem Kullanmama Nedenlerinin Dağılımı

	Sayı	%
Yöntem Kullanmasına Gerek Olmayanlar		
Gebe	13	7.0
Menapozda	22	11.8
Histerektomi	4	2.1
İnfertil	1	0.5
Emziriyor	6	3.2
Gebe kalmak istiyor	40	21.4
Cinsel münasebeti yok	3	1.6
Sık olmayan münasebet	13	7.0
Erişim Faktörleri		
Ulaşım zorluğu	1	0.5
Yöntemi, kaynağı bilmiyor	14	7.5
Utaniyor	3	1.6
Eşi istemiyor	67	35.8
TOPLAM	187	100.0

4.1.3.3 Karşılanmayan Gereksinim Durumu

Kadınların % 35.0'nin(120) aile planlaması yöntem kullanımında karşılanmayan gereksinimi bulunmaktadır. Kadınların % 45.5'nin(156) modern bir yöntemle, aile planlaması yöntem gereksinimi karşılanmıştır. Kadınların % 19.6'nın(67) aile planlaması yöntem gereksinimi bulunmamaktadır (Tablo 12).

Tablo 12. Aile Planlaması Yöntem Gereksinimi Gösteren Kadınların Dağılımı

Gereksinim Durumu		Sayı	%
Var	Karşılanmayan	120	35,0
	Geri çekme	83	24,0
	Hiç Yöntem Kullanmayan	24	7,0
	Gebe(İstemedenden gebe)	13	4,0
	Karşılanan	156	45,5
Yok	Gebe kalmak isteyenler	40	11,7
	Diğer (Menapoz,histerektomi,infertil)	27	7,9
	Toplam	343	100,0

4.1.4 AİLE PLANLAMASI HİZMET KULLANIMI

4.1.4.1.Son Beş Yılda Aile Planlaması Yeni Yönteme Başlama/Yöntem Değişirme ve İzlemler İçin Yapılan Başvurular

Son beş yıl içinde aile planlaması yöntem gereksinimi nedeniyle yapılan 1919 başvurunun % 6.2(119)'ni yeni yönteme başlayan, % 0.5(9)'ni yöntem değiştiren, % 93.3(1791)'nü izlem yaptıran kadınlardan oluşmaktadır.

Son beş yılda yapılan 1919 başvurunun % 57.8'i kondom, % 35.0'i hap, %4.1'i RIA kullanımı için yapılmıştır. Ortalama kişi başı başvuru sayısı 15.0'dir(Tablo 13).

Tablo 13. Son Beş Yılda Aile Planlaması İçin Yeni Yönteme Başlama/ Yöntem Değişirme ve İzlem Nedeniyle Yapılan Başvuruların Dağılımı

Yöntemler	Y.Başlama		Y.Değişirme		İzlem		Toplam	
	S	%*	S	%*	S	%*	S	%**
Tüp lig.	6	100.0	-	-	-	-	6	0.3
Hap	23	3.5	2	0.3	648	96.2	673	35.0
RIA	41	51.9	5	6.3	33	41.8	79	4.1
İğne/enj.	7	13.2	-	-	46	86.8	53	2.8
Kondom	42	3.8	2	0.2	1064	96.0	1108	57.8
TOPLAM	119	6.2	9	0.5	1791	93.3	1919	100.0

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

4.1.4.2. Son Beş Yılda Aile Planlaması Yeni Yönteme Başlama/ Değişirme Nedeniyle Yapılan Başvuruların Özellikleri

Yeni yönteme başlama/değişirme nedeniyle, 2005-2006 yıllarında yapılan 60 başvurunun % 80.0'i(48) Sağlık Ocağı'na, 2007-2010 yıllarında yapılan 68 başvurunun, % 66.1'i(45) Aile Hekimliği'ne yapılmıştır(Tablo 14,15).

Tablo 14. 2005-2006 Yıllarında Yeni Yönteme Başlama/ Yöntem Değişirme Nedeniyle Yapılan Başvurular

2005-2006												
	Tüp		Hap		RIA		İğne		Kondom		Toplam	
	S	%*	S	%*	S	%*	S	%*	S	%*	S	%**
SO	-	-	9	18.7	16	33.3	-	-	23	48.0	48	80.0
2/3	4	50.0	-	-	2	25.0	1	12.5	1	12.5	8	13.3
Öz	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	1	1.7
Ec	-	-	1	33.3	-	-	1	33.3	1	33.3	3	5.0
Ma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
T	4	6.7	11	18.3	18	30.0	2	3.3	25	41.7	60	100.0

Tablo 15. 2007-2010 Yıllarında Yeni Yönteme Başlama/Yöntem Değişirme Nedeniyle Yapılan Başvurular

2007-2010												
	Tüp		Hap		RIA		İğne		Kondom		Toplam	
	S	%*	S	%*	S	%*	S	%*	S	%*	S	%**
AH	-	-	12	26.7	15	33.3	5	11.1	13	28.9	45	66.1
2/3	2	12.5	2	12.5	12	75.0	-	-	-	-	16	23.6
Öz	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-	1	1.5
Ec	-	-	-	-	-	-	-	-	5	100.0	5	7.3
Ma	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0	1	1.5
T	2	3.0	14	20.6	28	41.1	5	7.3	19	28.0	68	100.0

*Satıryüzdesi **Sütunyüzdesi

(SO:SağlıkOcağı, AH:AileHekimliği, 2/3:2/3.basamak, Öz:Özel, Ec:Eczane, Ma:Market)

4.1.4.3 Son Beş Yılda Aile Planlaması Yeni Yönteme Başlama/ Yöntem Değişirme Nedeniyle Yapılan Başvurularda Erişim Faktörlerinin Etkisi

Son beş yılda yeni yönteme başlama/ yöntem değiştirme nedeniyle yapılan 128 başvuruda, kadınların % 96.0'sı(123) yöntem kullanımına eşile karar vermiş, % 60.1'i(77) ilk başvuru yerine 15 dakika altında ulaşmıştır. Kadınların tamamı ilk başvuru yerinin nerede olduğunu bilmektedir. Kadınların % 69.6'sı(89) tek başına sağlık kurumuna başvurmuş,% 75.0'i(96) ilk başvurduğu sağlık kurumunda 15 dakika altında beklemiştir. Kadınların % 10.1(13)'i ek ücret ödemiştir(Tablo 16).

Tablo 16. Son Beş Yılda Yeni Yönteme Başlama/ Yöntem Değişirme Nedeniyle Yapılan Başvurularda Erişim Faktörlerinin Edinilen Yöntemlere Göre Dağılımı

	Tüp		Hap		RIA		İğne		Kondom		Toplam**	
	S	%*	S	%*	S	%*	S	%*	S	%*	S	%**
Eşle karar verme												
Karar veren	6	4.9	23	18.7	44	35.8	6	4.9	44	35.8	123	96.0
Karar vermeyen	-----		2	40.0	2	40.0	1	20.0	-----		5	4.0
Ulaşma süresi												
15 dak altı	-----		19	24.7	17	22.1	6	7.8	35	45.4	77	60.1
15-30 dak	-----		3	9.1	21	63.7	-----		9	27.2	33	25.8
30 dak üstü	6	33.3	3	16.7	8	44.5	1	5.5	-----		18	14.1
Yerini bilme	6	4.7	25	19.5	46	36.0	7	5.4	44	34.4	128	100.0
Tek/birisiyle gidenler												
Tek	1	1.1	20	22.4	33	37.1	5	5.6	30	33.8	89	69.6
Eşi	5	26.3	1	5.2	3	15.9	2	10.5	8	42.1	19	14.9
Arkadaşı	-----		-----		3	42.9	-----		4	57.1	7	5.4
Akraba	-----		4	30.8	7	53.9	-----		2	15.3	13	10.1
Bekleme süresi												
15 dak altı	-----		21	21.9	25	26.0	6	6.2	44	45.9	96	75.0
15-30 dak	6	21.4	3	10.9	18	64.2	1	3.5	-----		28	21.9
30 dak üstü	-----		1	25.0	3	75.0	-----		-----		4	3.1
Ek ücret												
Ödeyen	-----		2	15.3	1	7.7	3	23.1	7	53.9	13	10.1
Ödemeyen	6	5.2	23	20.0	45	39.1	4	3.5	37	32.2	115	89.9
TOPLAM	6	4.7	25	19.5	46	36.0	7	5.4	44	34.4	128	100.0

*Satır yüzdesi

** Sütun yüzdesi

4.1.4.4 Son Beş Yılda İzlem Nedeniyle Yapılan Başvuruların Özellikleri

Son beş yılda izlem nedeniyle yapılan 1791 başvurunun % 67.8(1212)'i Sağlık Ocağı'na, % 16.4(295)'ü Aile Hekimliği'ne, % 11.5(205)'i eczaneye, % 3.0(54)'ü II/III.basamak sağlık kurumuna yapılmıştır(Tablo 17).

Tablo 17. Son Beş Yılda İzlem Nedeniyle Yapılan Başvuruların Dağılımı

	Hap		RIA		İğne		Kondom		Toplam**	
	S	%*	S	%*	S	%*	S	%*	S	%
SO	424	35.0	12	1.0	-	-	776	64.0	1212	67.8
AH	163	55.2	5	1.8	8	2.7	119	40.3	295	16.4
II/III.Basamak	2	3.8	14	26.0	19	35.1	19	35.1	54	3.0
Özel	-	-	2	100.0	-	-	-	-	2	0.1
Eczane	59	28.8	-	-	19	9.2	127	62.0	205	11.5
Market	-	-	-	-	-	-	23	100.0	23	1.2
Toplam	648	36.1	33	1.9	46	2.5	1064	59.5	1791	100.0

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

4.1.4.5 Son Beş Yılda İzlem Nedeniyle Yapılan Başvurularda Erişim Faktörlerinin Etkisi

Son beş yılda izlem nedeniyle yapılan 1791 başvurunun % 73.0'ü(1308) sağlık kurumuna 15 dakika altında ulaşmıştır. Kadınların tamamı sağlık kurumunun yerini bilmektedir. Kadınların % 85.5'i(1531) sağlık kurumuna tek başına gitmiş, % 97.2'si(1742) sağlık kurumunda 15 dakika altında beklemiştir. Kadınların % 9.6'sı(173) izlem başvurusunda ek ücret ödemiştir(Tablo 18).

Tablo 18. Son Beş Yılda İzlem Nedeniyle Yapılan Başvurularda Erişim Faktörlerinin Etkisine Göre Dağılımı

	Hap		RIA		İğne		Kondom		Toplam	
	S	%*	S	%*	S	%*	S	%*	S	%**
Ulaşma süresi										
15 dak altı	553	42.3	6	0.5	27	2.0	722	55.2	1308	73.0
15-30 dak	93	20.3	22	4.8	-	-	342	74.9	457	25.5
30dak üstü	2	7.6	5	19.3	19	73.1	-	-	26	1.5
Yerini bilme	648	36.1	33	1.9	46	2.5	1064	59.5	1791	100.0
Tek/ birisiyle gidenler										
Tek	613	40.0	23	1.5	27	1.8	868	56.7	1531	85.5
Eşi	23	22.7	3	3.0	19	18.9	56	55.4	101	5.7
Arkadaşı	-	-	2	3.0	-	-	64	97.0	66	3.7
Akraba	12	13.0	5	5.3	-	-	76	81.7	93	5.1
Bekleme süresi										
15 dak altı	637	36.5	14	0.8	27	1.5	1064	61.0	1742	97.2
15-30 dak	11	25.0	14	31.8	19	43.1	-	-	44	2.4
30 dak üstü	-	-	5	100.0	-	-	-	-	5	0.4
Ek ücret ödeme										
Ödeyen	59	34.1	2	1.1	21	12.1	91	52.7	173	9.6
Ödemeyen	589	36.4	31	2.0	25	1.5	973	60.1	1618	90.4
Toplam	648	36.1	33	1.9	46	2.5	1064	59.5	1791	100.0

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

4.2. ÇÖZÜMLEYİCİ TABLOLAR

4.2.1 GEREKSİNİM DURUMLARI

4.2.1.1.HAZIRLAYICI FAKTÖRLER

4.2.1.1.1.Sosyodemografik Özellikleri ile Gereksinim Durumlarının İlişkisi

Yaş, doğum yeri bölgesi, eşyle akrabalık durumu ve hanedeki kişi sayısı değişkenleri ile gereksinim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. 35 yaş altında olan kadınlar, Kuzey- Güney Bölgesi'nde doğan, eşyle akraba olmayan ve hanelerindeki kişi sayısı dört ve altında olan kadınlarda, istatistiksel anlamlı ilişkili olarak karşılanmayan gereksinim daha yüksektir.(Tablo 19).

4.2.1.1.2. Doğurganlık Özellikleri İle Gereksinim Durumlarının İlişkisi

İlk evlilik yaşı 18 yaş ve üstü, ilk doğum yaşı 20 yaşın altı, toplam gebelik sayısı üçün altı, canlı doğum sayısı dördün altı, yaşayan çocuk sayısı dördün altında olan kadınlar, kendiliğinden düşük yapan ve ölen çocuğu olan kadınlarda karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Ancak kadınların doğurganlık özellikleri ile gereksinim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p>0.05$) (Tablo 20).

Tablo 19. Sosyodemografik Özelliklerin Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı

	Karşılanmayan Gereksinim		Karşılanan Gereksinim		Toplam		χ^2	P
	S	%	S	%	S	%		
Yaş								
35 altı	62	47.3	69	52.7	131	47.5	6.7	0.03
35-39	20	29.9	47	70.1	67	24.3		
40 üstü	38	48.7	40	51.3	78	28.3		
Doğum Yeri Bölge								
Batı	40	40.4	59	59.6	99	35.9	7.48	0.02
Doğu-Orta	69	42.3	94	57.7	163	59.1		
KuzeyGüney	11	78.6	3	21.4	14	51.1		
Eğitim								
İlkokul ve altı	90	42.1	124	57.9	214	77.5	0.78	0.37
Ortaokul ve üzeri	30	48.4	32	51.6	62	22.5		
Eş Eğitimi								
İlkokul ve altı	68	41.5	96	58.5	164	59.4	0.66	0.41
Ortaokul ve üzeri	52	46.4	60	53.6	112	40.6		
Eş Akrabalık								
Olan	18	31.6	39	68.4	57	20.7	4.13	0.04
Olmayan	102	46.6	117	53.4	219	79.3		
Hane Kişi								
4 ve altı	45	53.6	39	46.4	84	30.4	5.00	0.02
4 üstü	75	39.1	117	60.9	192	69.6		
İzmir'de Yaşama Süresi								
10 yıl altı	52	44.1	66	55.9	118	42.8	0.02	0.86
10 yıl / üstü	68	43.0	90	57.0	158	57.2		
En Uzun Yaşanılan Bölge								
Batı	111	43.2	146	56.8	257	93.1	1.08	0.78
Diğer	9	47.4	10	52.6	19	6.9		
Toplam	120	43.5	156	56.5	276	100.0		

Tablo 20. Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı

	Karşılanmayan Gereksinim		Karşılanan Gereksinim		Toplam		χ^2	P
	S	%	S	%	S	%		
İlk Evlilik Yaşı								
18 yaş altı	19	35.2	35	64.8	54	19.6	1.87	0.17
18 ve üstü	101	45.5	121	54.5	222	80.4		
İlk Doğum Yaşı								
20 yaş altı	32	46.4	37	53.6	69	25.3	0.13	0.71
20 yaş ve üstü	85	41.7	119	58.3	204	74.7		
Gebelik Sayısı								
3'ün altı	65	47.1	73	52.9	138	50.4	1.84	0.17
3 ve üzeri	53	39.0	83	61.0	136	49.6		
Canlı Doğum Sayısı								
4'ün altı	110	43.7	142	56.3	252	92.3	0.84	0.35
4 ve üzeri	7	33.3	14	66.7	21	7.7		
Yaşayan Çocuk								
4'ün altı	109	43.4	142	56.6	251	92.3	0.80	0.36
4 ve üzeri	7	33.3	14	66.7	21	7.7		
Ölü Doğum								
Var	7	41.2	10	58.8	17	6.2	0.03	0.84
Yok	113	43.6	146	56.4	259	93.8		
Kendiliğinden Düşük								
Var	23	53.5	20	46.5	43	15.6	2.07	0.15
Yok	97	41.6	136	58.4	233	84.4		
İsteyerek Düşük								
Var	18	34.6	34	65.4	52	18.8	2.04	0.15
Yok	102	45.5	122	54.5	224	81.2		
Ölen Çocuk								
Var	4	44.4	5	55.6	9	3.3	0.00	0.95
Yok	116	43.4	151	56.6	267	96.7		
TOPLAM	120	43.5	156	56.5	276	100.0		

4.2.1.2 KOLAYLAŞTIRICI FAKTÖRLER İLE GEREKSİNİM DURUMLARININ İLİŞKİSİ

Sosyal güvence durumu ve sağlık güvence durumu ile gereksinim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sosyal güvence ve sağlık güvencesi olmayan kadınlarda daha yüksek oranda karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır($p<0.05$)(Tablo 21).

Tablo 21. Kolaylaştırıcı Faktörlerin Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı

	Karşılanmayan Gereksinim		Karşılanan Gereksinim		Toplam		χ ²	P
	S	%	S	%	S	%		
Açlık Sınırı								
816TL ve altı	63	39.4	97	60.6	160	60.8	3.14	0.07
816TL üstü	52	50.5	51	49.5	103	39.2		
Gelir Algısı								
Çok iyi, iyi,	17	56.7	13	43.3	30	10.9	2.38	0.12
Orta, çok kötü, Kötü	103	41.9	143	58.1	246	89.1		
Kadının İşi								
Çalışan	9	33.3	18	66.7	27	9.8	1.25	0.26
Çalışmayan	111	44.6	138	55.4	249	90.2		
Eşinin Eşi								
Düzenli geliri olan	90	42.9	120	57.1	210	76.1	0.13	0.71
Düzenli geliri olmayan	30	45.5	36	54.5	66	23.9		
Sosyal Güvence								
Var	87	39.7	132	60.3	219	79.3	6.00	0.01
Yok	33	57.9	24	42.1	57	20.7		
Sağlık Güvence								
Var	88	39.3	136	60.7	224	81.2	8.50	0.004
Yok	32	61.5	20	38.5	52	18.8		
Toplam	120	43.5	156	56.5	276	100.0		

Tablo 22. Lojistik Regresyon Analizine Göre Karşılanmayan Gereksinim Durumuyla İlişkili Faktörler

Modele yaş, doğum yeri bölgesi, eşle akrabalık durumu, hanedeki kişi sayısı, sosyal güvence durumu ve sağlık güvence durumu alınmıştır. Sağlık güvence durumu ile karşılanmayan gereksinim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık güvencesi olmayan kadınlarda, sağlık güvencesi olan kadınlara göre 1.6 kat daha fazla karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır(Tablo 22).

	B	p	O.R.	% 95 G.A.
Sağlık Güvence Durumu	0.453	0,004	1.6	1.154-2.144

BÖLÜM V.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Modern Aile Planlaması Hizmetlerinin kullanımı, karşılanmayan gereksinimin belirlenmesi açısından önemlidir. Karşılanmayan gereksinim ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi için yaptığımız bu araştırmada Bayraklı Cengizhan Mahallesi'nde modern aile planlaması yöntemleri için karşılanmayan gereksinim düzeyi % 11.0'dir. Geri çekme yöntemini kullanan kadınları da(% 24.0) eklediğimizde, karşılanmayan gereksinim düzeyi % 35.0'dir. 35 yaş altında olan, Kuzey- Güney Bölgesi'nde doğan, eşiyile akraba olmayan, hanedeki kişi sayısı dört'ün altında olan kadınlarda, sağlık ve sosyal güvencesi bulunmayan kadınlarda, anlamlı ilişkili olarak modern aile planlaması hizmetleri için karşılanmayan gereksinim oranı daha yüksektir. Çoklu analizde ise sadece sağlık güvence durumu, etkili faktör olması açısından önemlidir.

5.1. Aile Planlaması Yöntem Kullanımı:

Çalışmamızda, kadınların % 45.5'i modern yöntem kullanmaktadır. Modern yöntem kullanan kadınların, % 21.6'sı RIA, % 11.4'ü kondom, % 5.5'i hap, % 5.5'i tüp ligasyonu, % 1.5'i iğne kullanmakta, % 12.8'i herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. Kadınların % 30.0'u geleneksel yöntem(geri çekme) kullanmaktadır. Dünya'da kadınların % 56.1'i modern yöntem kullanmaktadır. Dünya'da en yaygın kullanılan modern aile planlaması yöntemi %20.3 tüp ligasyonudur. Tüp ligasyonunu, RIA %14.2, hap % 8.8, kondom % 6.1, enjeksiyonlar-implantlar % 3.7, erkek sterilizasyonu % 2.8, geri çekme %2.8, vajinal bariyerler %0.2, takvim yöntemi %3.3 ile izlemektedir(8). Dünya'da kadınların % 6.7'si geleneksel yöntem kullanmaktadır. Türkiye'de TNSA 2008 verilerine göre, kadınların % 46.0'sı modern yöntem kullanmaktadır.

En sık kullanılan modern yöntemler sırasıyla % 16.9 RIA, % 14.3 kondom, % 8.3 tüp ligasyonu ve % 5.3 haptır. Kadınların % 27.0'si geleneksel bir yöntem(% 26.2'si geri çekme) kullanmaktadır. Çalışmamızda modern yöntem, geleneksel yöntem ve geri çekme kullanma oranları TNSA 2008'le benzerlik göstermektedir. Modern yöntem kullanım oranları Dünya ortalamalarının altındadır. Türkiye'de 2005-2010 yılları arasında yapılan çalışmaların ortalamaları ile karşılaştırıldığında, çalışmamızda kadınlar, modern yöntemleri daha düşük, geleneksel yöntem ve geri çekme yöntemlerini ise çok yüksek düzeyde kullanmaktadır. Türkiye'de 2005-2010 yılları arasında yayınlanan bazı çalışmalar aşağıdaki tabloda verilmiştir(Tablo 23):

Tablo 23. 2005-2010 Yılları Aile Planlaması Çalışmalarında Yer Alan Yöntem Kullanan Kadınların Dağılımı

		Modern Yöntem %	Geleneksel Yöntem %	Geri Çekme %
2005	Düzce(36)	45.7	21.1	-
2005	Samsun(32)	83.2	16.8	-
2008	Kayseri(35)	84.0	16.0	14.9
2010	Nevşehir(31)	48.3	51.6	51.6
2005	Edirne(27)	53.8	-	-
2008	Bingöl(25)	60.1	23.1	23.1
2009	Isparta(29)	57.3	22.7	22.7
2005	Diyarbakır(30)	30.5	17.7	17.7
2008	Çanakkale(34)	80.3	29.7	20.6
TNSA 2008		46.0	27.0	26.2
BAYRAKLI		45.5	30.0	30.0

5.2. Karşılanmayan Gereksinim

Çalışmamızda, karşılanmayan gereksinim % 11.0 olarak bulunmuştur. Geri çekme yöntemi, etkin bir aile planlaması yöntemi olmadığı için, geri çekme yöntemini kullanan kadınları da(% 24.0) eklediğimizde, modern aile planlaması hizmetleri için, karşılanmayan gereksinim düzeyi % 35.0 olarak bulunmuştur. Toplam Aile Planlaması Talebi % 80.5'tir (Karşılanan gereksinim (Modern yöntem kullanan): % 45.5 + Karşılanmayan gereksinim: % 35.0). Ve % 80.5 olan Toplam Aile Planlaması Talebinin % 56.5'i modern bir yöntemle karşılanmıştır.

TNSA 2008'de Türkiye'de kadınların aile planlaması karşılanmayan gereksinim düzeyi % 6.0'dır. Karşılanan gereksinim ise, geri çekme oranıyla (% 26.0) birlikte % 73.0 olarak hesaplanmıştır. Geri çekme yöntemi, gebelikten koruyucu etkisi olmayan, geleneksel bir yöntem olduğu için, Türkiye'de aile planlaması karşılanmayan gereksinim düzeyi % 32.0 (% 6.0 + geri çekme: % 26.0)'dir. Aslında % 79.0 olan Toplam Aile Planlaması Talebinin % 92.0'si değil, % 59.4'ü, modern bir aile planlaması yöntemiyle karşılanmıştır. Çalışmamızda, toplam aile planlaması talebi ve toplam talebin modern bir yöntemle karşılanma oranları, TNSA 2008'le benzerlik göstermektedir.

Sonuç olarak, Cengizhan Mahallesi'nde bulunan aile planlaması karşılanmayan gereksinim düzeyi (% 11.0), Batı Bölgesi (% 4.3) ve Türkiye ortalaması'ndan (TNSA 2008: % 6.0) yüksektir. (TNSA 1993, 1998, 2003 ve 2008'de yer alan karşılanmayan gereksinim sırasıyla 12.0, 10.00, 6.0, 6.2'dir) (26) (Tablo 24).

Türkiye’de 2005 yılında Edirne Merkezi’nde 15-49 Yaş evli kadınlarda yapılan çalışmada, karşılanmayan gereksinim düzeyi % 17.7 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda elde ettiğimiz karşılanmayan gereksinim, bu çalışmaya göre yüksektir(27) .

Tablo 24. Yerleşim Yerlerine Göre Karşılanmayan Gereksinim Oranlarının Dağılımı

Gereksinim Durumu	TNSA 2008	BATI BÖLGESİ	BAYRAKLI
Karşılanan	% 73.0	% 78.6	% 69.5
Modern yöntem	%47.0	% 53.1	% 45.5
Geri çekme	% 26.0	% 25.5	% 24.0
Karşılanmayan	% 6.0	% 4.3	% 11.0
Toplam Talep	% 79.0	% 82.9	% 80.5
Modern Aile planlaması Yöntemiyle Karşılanan Talep	% 59.4	% 64.0	% 56.5

1995 ve 2005 yılları arasında, Asya, Afrika, Latin Amerika Bölgeleri’nde, 53 ülkede yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında, TNSA’da kullanılan “Herhangi bir geleneksel ve modern yöntem kullanmayan kadınlar” tanımı, karşılanmayan gereksinim grubu içinde değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya göre, 15-49 yaş arası, evli, her yedi kadından birinden çoğunun, karşılanmayan gereksinime sahip olduğu belirtilmiştir.

Karşılanmayan gereksinim düzeyi, bölgelere göre, Sahraaltı Afrika'da % 24.0, Güney ve Güneydoğu Asya'da % 11.0, Kuzey Afrika ve Batı Asya'da % 10.0, Latin Amerika ve Karayipler'de % 12.0'dir(Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2000-2005). Bu çalışmada, karşılanmayan gereksinimin bölgesel ortalama düzeyi % 10.0-12.0 olarak bulunmuştur(4).

Sahraaltı Afrika'da, 1990-1995 dönemi ile 2000-2005 dönemi karşılaştırıldığında, karşılanmayan gereksinim düzeyi % 10.0'dan az düşme gösterirken, diğer üç bölgede (Kuzey ve Güneydoğu Asya, Kuzey Afrika ve Batı Asya'da, Latin Amerika ve Karayipler'de) karşılanmayan gereksinim düzeyi % 3.0 ve üstünde azalmıştır(4).

1995-2005 arasında yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırması, Türkiye'de 1998 yılında tamamlanmıştır. Bu araştırmada, Türkiye'de karşılanmayan gereksinim düzeyi % 10.0 olarak hesaplanmıştır. Türkiye bu çalışmada, Kuzey Afrika ve Batı Asya Bölgesi içinde değerlendirilmiştir. Bu bölge içinde yer alan diğer ülkelerin karşılanmayan gereksinim düzeyi, Mısır'da % 10.0, Fas % 10, Ürdün'de % 11.0, Ermenistan'da % 13.0'tür. Çalışmamızda elde ettiğimiz karşılanmayan gereksinim düzeyi (% 11.0) ile benzerlik gösteren bu çalışmadaki ülkeler, Dominik Cumhuriyeti, Ürdün ve Bangladeş'tir(% 11.0)(4).

Ürdün'de 2004 yılında, 15-49 yaş kadınlarda yapılan bir çalışmada, karşılanmayan gereksinim, "Standart Karşılanmayan Gereksinim (Kadınların herhangi bir yöntem kullanım durumlarını tanımlamaktadır)" ve "Genişletilmiş İçerik(Kadınların etkin olmayan, yanlış, güvenli ve uygun olmayan aile planlaması yöntem kullanımını tanımlamaktadır)" olarak değerlendirilmiş, bu iki değeri toplayarak karşılanmayan gereksinim düzeyi hesaplanmıştır.

Bu çalışmaya göre Standart Karşılanmayan Gereksinim düzeyi % 16.3, Genişletilmiş İçerik şeklinde olan karşılanmayan gereksinim düzeyi % 17.3'tür. Bu iki değer toplamı(% 33.6), Toplam Karşılanmayan Gereksinim Düzeyi olarak hesaplanmıştır(14). Çalışmamızda elde ettiğimiz % 35.0 düzeyindeki karşılanmayan gereksinim(Standart formül(Kullanmayanlar): % 11.0 +Genişletilmiş formül(geleneksel yöntem kullananlar):% 24.0) Ürdün çalışmasına benzerdir.

5.3.Karşılanmayan Gereksinime Etki Eden Faktörler

5.3.1.Hazırlayıcı Faktörler

5.3.1.1.Sosyodemografik Özellikler:

Çalışmamızda, 35 yaş altında olan, Kuzey- Güney Bölgesi'nde doğan, eşiyile akraba olmayan ve hanedeki kişi sayısı dört'ün altında olan kadınlarda, istatistiksel olarak anlamlı ilişkili, modern aile planlaması karşılanmayan gereksinimi daha yüksektir.

Yaş:35 yaş altında olan kadınlarda(% 47.3), diğer yaş gruplarındaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı ilişkili, daha yüksek karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır.

TNSA 2008'de 15-19 yaş % 35.8(14.7+geri çekme:21.1), 20-24 yaş % 34.5(8.9+ geri çekme:25.6), 25-29 yaş % 33.0(7.4+ geri çekme:25.6), 30-34 yaş % 33.1(6.6+geri çekme:26.5), 35-39 yaş % 29.5(3.9+ geri çekme:25.6), 40-44 yaş % 36.6(4.8+ % 31.8), 45-49 yaş % 27.9(5.1+ % 22.8) düzeyinde aile planlaması karşılanmayan gereksinim düzeyleri bulunmaktadır. Bu değerlere göre, 35 yaş altındaki kadınlarda ortalama karşılanmayan gereksinim düzeyi % 34.1, 40 yaş üstü kadınlarda % 32.25'tir. TNSA 2008 ile karşılaştırınca, çalışmamızda, 35 yaş altı ve 40 yaş üstü kadınlarda bulunan karşılanmayan gereksinim düzeyleri, farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda 35 yaş altı ve 40 yaş üstü yaş grubu için hesapladığımız karşılanmayan gereksinim düzeyi, TNSA 2008'e göre yüksektir. Çalışmamızda, 35-39 yaş grubu kadınlar için bulunan karşılanmayan gereksinim düzeyi(% 29.9), TNSA 2008'de belirtilen karşılanmayan gereksinim düzeyi(% 29.5) ile benzerlik göstermektedir.

1995-2005 arasında 53 ülkede yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmasında, geleneksel yöntem kullanan kadınlar, son beş yıl içinde geleneksel yöntem kullanan kadınlar olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya göre, Türkiye'de son beş yılda, geleneksel yöntem kullanan kadınlar % 41.0'dir. Karşılanmayan gereksinim düzeyleri, yaş gruplarına göre; 15-24 yaş % 58.0(17.0+ geleneksel yöntem :41.0), 25-34 yaş % 51.0(10.0+ geleneksel yöntem:41.0), 35 yaş üstü % 48.0(41.0+ geleneksel yöntem:41.0)'dir(4). Bizim çalışmamızda 35 yaş altı(% 47.3) ve 35 yaş üstü(% 39.3) için bulunan ortalama karşılanmayan gereksinim düzeyi, bu çalışmadaki Türkiye verilerine (35 yaş altı:% 54.5, 35 yaş üstü:% 48.0) göre düşüktür.

1995-2005 çalışmasında, son beş yılda geleneksel yöntem kullanan kadınlar, Ürdün'de % 37.0, Dominik Cumhuriyeti'nde % 13.0, Bangladeş'te % 10.0'dur. Ürdün'de 15-24 yaş % 53(16.0+ geleneksel yöntem:37.0), 25-34 yaş % 47.0(10+ geleneksel yöntem:37.0), 35 yaş üstünde % 47.0(10.0+ geleneksel yöntem:37.0) düzeyinde karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Dominik Cumhuriyeti'nde 15-24 yaş % 36.0(23+ geleneksel yöntem:13.0), 25-34 yaş % 24.0(11+ geleneksel yöntem:13.0), 35 yaş üstünde % 17.0(4+ geleneksel yöntem:13.0) düzeyinde karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır.

Bangladeş'te ise 15-24 yaş % 24.0(14.0+ geleneksel yöntem:10.0), 25-34 yaş % 22.0(12.0+ geleneksel yöntem:10.0), 35 yaş üstü % 17.0(7.0+ geleneksel yöntem:10.0) düzeyinde karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır(4).

Çalışmamızda 35 yaş altı(% 47.3) ve 35 yaş üstü(% 39.3) kadınlar için bulunan karşılanmayan gereksinim ortalaması, Ürdün'le (35 yaş altı: % 50.0, 35 yaş üstü: % 47.0) benzerlik göstermektedir. Dominik Cumhuriyeti(35 yaş altı:% 30.0, 35 yaş üstü:% 17.0) ve Bangladeş'e(35 yaş altı:% 23.0, 35 yaş üstü:% 17.0) göre karşılanmayan gereksinim ortalaması, çalışmamızda daha yüksektir.

Ürdün'de 2004 yılı, 15-49 yaş kadınlarda yapılan başka bir çalışmada, aile planlaması karşılanmayan gereksinim düzeyi % 33.6(Standart-S :16.3+Genişletilmiş-G:17.3) olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada, karşılanmayan gereksinim düzeyi 25 yaş altı % 32.2 (S:17.7+ G:14.5), 25-35 yaş % 30.0(S:13.1+G:16.9), 35 yaş üstü % 41.2(S:21.2+G:20.0) olarak belirtilmiştir (14). Bizim çalışmamızda 35 yaş altı(% 47.3) ve 35 yaş üstü(% 39.3) için bulunan karşılanmayan gereksinim ortalaması, Ürdün'de bulunan karşılanmayan gereksinim ortalaması(35 yaş altı:% 31.1, 35 yaş üstü:% 41.2) ile karşılaştırınca, 35 yaş altında daha yüksek, 35 yaş üstünde daha düşük karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır.

Doğum Yeri Bölgesi: Çalışmamızda kadınların doğdukları ilin bölgesi,% 39.7'de Doğu Bölgesi, % 35.9'da Batı Bölgesi'dir. Kuzey-Güney Bölgesi'nde doğan kadınlarda bulunan aile planlaması karşılanmayan gereksinim düzeyi(%78.6), Doğu-Orta Bölgeleri(% 42.3) ve Batı Bölgesi(% 40.4)'de doğan kadınlara göre istatistiksel anlamlı ilişkili olarak daha yüksektir.

TNSA 2008'de, yine Kuzey Bölgesi'nde aile planlaması karşılanmayan gereksinim düzeyi % 38.5(4.9+ geri çekme:33.6) en yüksek olan bölgedir.

Diğer bölgeler Doğu Bölgesi'nde % 36.8(13.9+ geri çekme 22.9), Batı Bölgesi'nde % 31.4(4.3+ geri çekme:27.1), Orta Bölge'de % 30.9 (5.2+ geri çekme:25.7), Güney Bölgesi'nde % 30.0(5.9+ geri çekme:24.1) düzeylerinde karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Çalışmamızda TNSA 2008'e benzer olarak, Kuzey Bölgesi'nde doğarlarda karşılanmayan gereksinim daha yüksektir.

Yerleşim Yeri: Bayraklı ilçesi, kentsel bir yerleşim olmasına karşın, Cengizhan Mahallesi gecekondu bölgesi olduğu için, kentsel/kırsal olarak yerleşim yeri sorulmamıştır.TNSA 2008'de kentsel yerleşim yerlerinde % 31.0(5.4+ geri çekme:25.6), kırsal yerleşim yerlerinde % 36.8(8.8+geri çekme:28.0) düzeyinde karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır ve Cengizhan Mahallesi'nde karşılanmayan gereksinim düzeyi, Türkiye kırsal yerleşim yerine benzerlik göstermektedir.

Eğitim: Çalışmamıza katılan kadınların % 65'i ilkököl mezunudur. İlkokul ve altında eğitimi olan kadınların % 41.5'de, ortaokul ve üzerinde eğitimi olan kadınların % 48.4'de aile planlaması için karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. TNSA 2008'de eğitimi olmayan kadınlarda % 36.1(11.3+ geri çekme:24.8), ilkököl bitiren kadınlarda % 34.9(5.4+ geri çekme:29.5), ortaokul bitiren kadınlarda % 29.8(4.8+ geri çekme:25.0), lise ve üzerini bitiren kadınlarda % 24.1(4.4+ geri çekme:19.7) düzeyinde karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır.

1995-2005 arasında yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmasında, kadınların eğitim düzeyi yedi yılın altı, yedi yıl ve üstü olarak belirlenmiştir. Türkiye'de yedi yılın altında eğitim gören kadınlarda % 52.0(11.0+geleneksel yöntem:41.0), yedi yıl ve üzerinde eğitimi olan kadınlarda % 47.0(6.0+ geleneksel yöntem:41.0) olarak saptanmıştır.

Ürdün'de yedi yılın altında eğitimi olan kadınlarda % 52.0(15.0+ geleneksel yöntem:37.0), yedi yıl ve üzerinde eğitimi olan kadınlarda % 47.0(10.0+ geleneksel yöntem:37.0), Dominik Cumhuriyeti'nde yedi yılın altında eğitimi olan kadınlarda % 25.0(12.0+ geleneksel yöntem:13.0), yedi yıl ve üzerinde % 24.0(11.0+ geleneksel yöntem:13.0), Bangladeş'te yedi yılın altında eğitimi olan kadınlarda % 22.0(12+ geleneksel yöntem:10.0), yedi yıl ve üzerinde eğitimi olan kadınlarda % 20.0(10.0+ geleneksel yöntem:10.0) düzeyinde karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır(4).

Yapılan çalışmalar ile karşılaştırıldığında, bizim çalışmamızda eğitimi olan kadınlarda daha yüksek oranda karşılanmayan gereksinim bulunmasına karşın, kadının eğitimi ve karşılanmayan gereksinim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Eşin Eğitimi: Çalışmaya katılan kadınların % 56.6'nın eşi ilkokul mezunudur. Eşi ilkokul ve altında eğitimi olan kadınların % 41.5'de, ortaokul ve üzerinde eğitimi olan kadınların % 46.4'de aile planlaması için karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır.

Eşikle Akrabalık Durumu: Araştırmaya katılan kadınların % 21.0'nin eşikle akrabalığı bulunmaktadır. TNSA 2003'te Türkiye'de akraba evliliği oranı % 22.0, Batı Bölgesi'nde ise % 14.0 olarak belirtilmiştir. Türkiye'de 2006 yılında Ankara Etlik Doğumevi'nde yapılan çalışmada Akraba evliliği oranı % 16.3(28) olarak bulunmuştur. 2009 yılı Isparta Gecekodu Önleme Bölgesi'nde yapılan bir başka çalışmada ise akraba evliliği oranı % 7.3 bulunmuştur(29).

Çalışmamızda elde ettiğimiz akraba evliliği oranı, Türkiye ortalaması ile benzerlik göstermesine karşın Batı Bölgesi, Ankara ve Isparta'da yapılan çalışmalara göre yüksektir. Eşikle akraba olmayan kadınlarda % 46.6, eşikle akraba olan kadınlarda % 31.6 düzeyinde aile planlaması karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır.

Çalışmamızda akraba evliliği yapmayan kadınlarda yapmayanlara göre, karşılanmayan gereksiniminin yüksek olmasının nedeni, akraba evliliği yapmayan kadınların % 43.0'ü, akraba evliliği yapan kadınların ise % 54.9'u modern yöntem kullanmaktadır.

Hanedeki Kişi Sayısı: Araştırmaya katılan kadınların % 73.4'nün, hanedeki kişi sayısı dört ve altındadır. Hanedeki kişi sayısı dört ve altında olan kadınlarda (% 53.6), dört'ün üzerinde olan kadınlara göre (% 39.1) karşılanmayan gereksinim, istatistiksel anlamlı ilişkili olarak daha fazladır. Hanedeki kişi sayısı dört ve altında olan kadınların % 27.5'i hiçbir yöntem kullanmamakta, % 54.2'si geri çekme yöntemini kullanmaktadır.

İzmir'de Yaşama Süresi: Çalışmaya katılan kadınların % 46.0'si on yıldan az sürede İzmir'de yaşamıştır. 10 yılın altında yaşayan kadınların % 44.1'nin, 10 yıl ve üstünde yaşayan kadınların % 43.0'nün aile planlaması karşılanmayan gereksinimi bulunmaktadır. Karşılanmayan gereksinim düzeyleri benzer olmasına karşı, 10 yıl ve altında İzmir'de yaşayan karşılanmayan gereksinimi bulunan kadınların % 22.7'si hiçbir yöntem kullanmamakta, % 65.2'si ise geri çekme yöntemini kullanmaktadır.

En Uzun Süre Yaşanılan Yer Bölgesi: Araştırmaya katılan kadınların %92.1'nin en uzun süre yaşadığı yer, Batı Bölgesi'dir. En uzun süre Batı Bölgesi'nde yaşayan kadınların % 43.2'de, diğer bölgede yaşayan kadınların % 47.4'de karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır.

5.3.1.2.Doğurganlık Özellikleri

İlk Evlilik Yaşı: Araştırmaya katılan kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması 19.9 ± 2.8 , ortanca değer 20.0 (min:15, maks:30)'dir. Kadınların %19.7'de ilk evlilik yaşı, 18 yaşın altındadır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda, 2005 yılı Diyarbakır Çocuk Hastanesi'nde ilk evlilik yaşı ortalaması $18.1 \pm 3.7(30)$, 2005 yılı Edirne Merkez 15-49 yaş kadınlarda(27) ilk evlilik yaşı ortanca değeri 20.00'dir. 2010 yılı Nevşehir Ağılı Köyü'nde kadınların % 60.3'ü 17 yaşın altında ilk evliliklerini yapmıştır(31).

Türkiye'de yapılan çalışmalara göre, çalışmamızda bulunan evlilik yaşı ortalaması Diyarbakır ve Nevşehir çalışmasına göre yüksek, Edirne çalışmasına göre düşüktür.

Çalışmamızda 18 yaş ve üstünde ilk evliliklerini yapan kadınlarda(% 45.5), 18 yaş altı ilk evliliklerini yapan kadınlara göre(% 35.2) daha yüksek düzeyde aile planlaması karşılanmayan gereksinimi bulunmaktadır. 18 yaş ve üstü karşılanmayan gereksinimi olan kadınlarinsa % 70.3'ü geri çekme yöntemini kullanmakta, % 19.8'i hiçbir yöntem kullanmamaktadır.

İlk Doğum Yaşı: Araştırmaya katılan kadınların % 49.2(169)'si ilk doğumlarını 20-24 yaş arasında yapmıştır. % 6.4(21)'ü ise hiç doğum yapmamıştır. İlk doğum yaşı ortalaması 21.8 ± 3.5 , ortanca değeri 22.0 (min:13, maks:35)'dir. Türkiye'de ise TNSA 2008'e göre ortanca ilk doğum yaşı 25-49 yaş grubu kadınlarda 22.3'tür ve son beş yılda ilk doğum yaşının 21.8'den 22.3'e çıktığı belirtilmektedir. Araştırmamızda kadınların İlk doğum yaşı ortalaması, TNSA 2008'le benzerlik göstermektedir.

20 yaşın altında olan kadınlarda (% 46.4), 20 yaş ve üstünde olan kadınlara (% 41.7) göre daha yüksek düzeyde karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. 20 yaşın altında olan kadınların sadece % 23.7'si modern yöntem kullanmasına rağmen, 20 yaş ve üstü olan kadınların % 76.3'ü bir modern yöntem kullanmaktadır.

Gebelik Sayısı: Kadınların %28.6'sı iki gebelik, % 12.2'i beş ve üzeri gebelik geçirmiştir. Ortalama gebelik sayısı 2.77 ± 1.58 , ortanca değeri 2.00 (min:1, maks:10)'dir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda, 2005 yılı Samsun Merkez Sağlık Ocağı'nda yapılan çalışmada ortalama gebelik sayısı 2.1 ± 0.9 , (32), 2006 yılı Ankara Etlik Doğumevi'nde 2.1 ± 1.4 (28), 2008 yılı Bingöl Uydukent Sağlık Ocağı 15-49 yaş kadınlarda 2.73 ± 6.1 (25), 2005 yılı Diyarbakır Çocuk Hastanesi'nde 3.5 ± 2.8 'dir (30). Çalışmamızda yer alan ortalama gebelik sayısı, Samsun ve Ankara'da yapılan çalışmalara göre yüksek, Diyarbakır çalışmasına göre düşük, Nevşehir çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Gebelik sayısı üç'ün altında olan kadınlarda (% 47.1), üç ve üzerinde olan kadınlara (% 39.0) göre daha yüksek düzeyde karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Üçün altında gebelik geçiren karşılanmayan gereksinimi olan kadınların % 76.9'u geri çekme yöntemini kullanmaktadır.

Canlı Doğum Sayısı: Kadınların % 38.5'i iki canlı doğum yapmıştır. Ortalama canlı doğum sayısı 2.15 ± 1.06 , ortanca değeri 2.00 (min:1, maks:7)'dir. Türkiye'de TNSA 2008'de kadınların % 32.3'ü iki canlı doğum yapmıştır ve yapılan ortalama canlı doğum sayısı 2.49'dur. 2008 yılı Bingöl Uydukent Sağlık Ocağı Bölgesi kadınlarında ortalama canlı doğum sayısı 2.56 ± 1.48 (25), 2009 yılı Isparta Gecekondu Önleme Bölgesi kadınlarında 2.14 ± 0.36 'dır (29).

Çalışmamızda bulunan canlı doğum sayısı, Türkiye ortalamaları ile benzerlik göstermektedir.

Dört'ün altında doğum yapan kadınlarda (% 43.7), dört ve üzerinde doğum yapan kadınlara(% 33.3) göre daha yüksek düzeyde karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Dört'ün altında doğum yapan kadınların % 69.0'u geri çekme yöntemini kullanmakta, % 17.2'si ise hiçbir yöntem kullanmamaktadır. Bu kadınların yöntem kullanmama nedenlerine bakıldığında, kadınların % 56.3'ü eşi istemediği için, % 13.8'i gebe olduğu için, % 11.5'i yöntem/kaynağı bilmediği için modern bir yöntem kullanamamıştır.

1995-2005 Nüfus ve Sağlık Araştırmasında, çalışmamızda elde ettiğimiz karşılanmayan gereksinim düzeyi ile benzerlik gösteren ülkelerden Dominik Cumhuriyeti, Ürdün ve Bangladeş'te, canlı doğum sayıları ile karşılanmayan gereksinim arasında farklılık bulunmaktadır. Dominik Cumhuriyeti'nde bir canlı doğum yapan, Ürdün'de iki-üç canlı doğum yapan, Bangladeş'te üç'ün üzerinde canlı doğum yapan kadınlarda aile planlaması karşılanmayan gereksinim düzeyi daha yüksektir(4).

Yaşayan Çocuk Sayısı: Kadınların % 38.8(133)'nin yaşayan çocuk sayısı iki'dir. Yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2.14 ± 1.06 , ortanca değeri 2.00 (min:1, maks:7)'dir. TNSA 2008'de evli kadınlarda yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2.33'tür. 2006 yılı Ankara Etlik Doğum Evi'nde yapılan çalışmada yaşayan çocuk sayısı ortalaması $1.6 \pm 0.8(28)$, 2005 yılı Diyarbakır Çocuk Hastanesi'nde yapılan çalışmada 3.1 ± 2.2 'dir(30). Araştırmamızda yer alan yaşayan çocuk sayısı, TNSA 2008 ve Diyarbakır çalışmasına göre düşük, Ankara çalışmasına göre yüksektir.

Çalışmamızda dört'ün altında yaşayan çocuk sayısı olan kadınlarda (% 43.3), dört ve üzerinde olan kadınlara (% 33.3) göre daha yüksek düzeyde karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Dört'ün altında yaşayan çocuk sahibi olan kadınların % 69.7'si geri çekme yöntemini kullandığı, % 19.3'ü yöntem kullanmadığı, % 11.0'i gebe olduğu, % 5.5'i emzirdiği için aile planlaması gereksinimi yoktur.

Ölü Doğum: Araştırmaya katılan kadınların % 7.6(24)'sı ölü doğum yapmıştır. Türkiye'de TNSA 2008'de, kadınlara yaşam boyu yaptıkları isteyerek düşük, kendiliğinden düşük ve ölü doğumlar sorulmuştur. TNSA 2008'de kadınların % 4.0'ü yaşamları boyunca ölü doğum yapmışlardır. Her 100 gebelik içinse ölü doğum oranı 1.1'dir. 2009 yılı Isparta Gecekondu Önleme Bölgesi çalışmasında kadınların % 6.4'ü(29), 2010 yılı Nevşehir Ağılı Köyü'nde kadınların % 26.6'sı ölü doğum yapmıştır(31). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz ölü doğum oranı, Türkiye ortalamasına göre yüksektir.

Araştırmamızda ölü doğum yapan kadınlarda(% 41.2), ölü doğum yapmayan kadınlara (% 43.6) göre daha düşük düzeyde karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Ölü doğum yapmayan kadınlarda, kadınların % 11.5'i son gebeliklerini istemediği ve % 5.3'ü emzirdiği için karşılanmayan gereksinim daha yüksektir.

Kendiliğinden Düşük: Araştırmaya katılan kadınların % 16.0(55)'sı kendiliğinden düşük yapmıştır. Türkiye'de TNSA 2008'de, kadınların % 20.4'ü yaşamları boyunca kendiliğinden düşük yapmıştır ve her 100 gebeliğin 10.5'i kendiliğinden düşükle sonuçlanmıştır. Çalışmamızda yaşam boyu yapılan kendiliğinden düşük oranı, TNSA 2008'e göre daha düşüktür.

Kendiliğinden düşük yapan kadınlarda (% 53.5), yapmayanlara(% 41.6) göre daha yüksek düzeyde karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Kendiliğinden düşük yapan kadınların % 21.7'si hiçbir yöntem kullanmadığı, % 56.5' geri çekme yöntemini kullandığı, % 21.7'si gebe olduğu için yöntem kullanmadığını belirtmiştir.

İsteyerek Düşük: Araştırmaya katılan kadınların %17.8(61)'i yaşamları boyunca isteyerek düşük yapmıştır. Türkiye'de TNSA 2008'de kadınların % 22.1'i yaşamları boyunca isteyerek düşük yapmıştır ve her 100 gebeliğin 10.0'u isteyerek düşükle sonuçlanmıştır. İsteyerek düşük oranları, 2010 yılı Nevşehir Ağılı Köyü'nde yapılan çalışmada % 38.5(31), 2005 yılı Edirne Merkez 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada % 18.3(27). 2009 yılı Isparta Gecekondu Önleme Bölgesi'nde yapılan çalışmada % 31.8(29) olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda bulunan isteyerek düşük oranı, Türkiye ortalamalarının altındadır.

İsteyerek düşük yapan kadınlarda (% 34.6), düşük yapmayan kadınlara(% 45.5) göre karşılanmayan gereksinim daha yüksek düzeydedir. İsteyerek düşük yapmayan karşılanmayan gereksinimi bulunan kadınların % 69.6'sı geri çekme yöntemini kullanmakta, % 19.6'sı hiçbir yöntem kullanmamaktadır. Bu kadınların % 10.8'i gebe olduğu, % 5.9'u emzirdiği için yöntem kullanamamıştır.

Ölen Çocuk Sayısı: Araştırmaya katılan kadınların % 3.8(13)' de bebek ölümü bulunmaktadır. Bebek ölümü görülen kadınların % 44.4'de, bebek ölümü görülmeyen kadınların % 43.4'de aile planlaması karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Ölen çocuğu olan kadınların % 25.0'i hiçbir yöntem kullanmamakta, % 75.0'i geri çekme yöntemini kullanmaktadır. Ölen çocuğu olan karşılanmayan gereksinimi olan kadınların % 50.0'si ise yöntem/kaynağı bilmediği için yöntem kullanamamıştır.

Doğumlar(Doğum aralığı, Doğum şekli ve son doğumların yapıldığı yer)

Araştırmaya katılan 322 kadının yaptığı 692 canlı doğumda, ilk doğumlar dışındaki 371 toplam doğumda; doğum aralığı, % 34.1'de(128 doğum) iki yıl ve altında, % 65.9'da (241 doğum) iki yıl üzerindedir. TNSA 2008'de ortalama doğum aralığı 44 aydır ve doğumların 1/5'i bir önceki doğumdan en az 3 yıl sonra, 1/5'den fazlası 24-35 ay içerisinde olmuştur. Doğumların % 20.0'si ise 24 ay içerisinde gerçekleşmiştir. Çalışmamızda saptadığımız doğum aralığı, TNSA 2008'e göre yüksektir.

Araştırmamızda tüm yapılan doğumların % 83.0'ü normal doğum, % 17.0'si sezaryen doğumdur. Beş ve üzerinde yapılan doğumların tümü normal doğum olarak gerçekleştirilmiştir. TNSA 2008'de beş yılda yapılan doğumların % 37.0'si sezaryen doğumla yapılmıştır. Sezaryen doğum, Batı Bölgesi'nde en yüksek(% 46.0), Kuzey Bölge'de % 44.8, Orta Bölge'de % 43.3, Güney Bölge'de % 39.8'dir. En düşük sezaryen, % 16.1 oranında Doğu Bölgesi'nde yapılmıştır. Tüm bölgelerde genelde % 40.0 ve üzerinde olmasına rağmen çalışmamızda bulunan sezaryen doğum oranı Türkiye ve Batı Bölgesi'ne göre düşük, Doğu Bölgesi ile uyumludur. Düşük olmasının nedeni, bölgede sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyesinin düşük olmasına bağlıdır.

2006 yılı Ankara Etlik Doğumevi'nde yapılan çalışmada kadınların % 69.9'u son gebeliklerini normal doğum, % 30.1'i sezaryen doğum şeklinde gerçekleştirmiştir(28). Ankara çalışmasına göre çalışmamızda, sezaryen doğum oranı daha düşüktür.

Çalışmamızda son beş yılda yapılan toplam doğumların % 69.0'ı 2005-2006 yılları arasında, % 31.0'ı 2007-2010 yılları arasında gerçekleştirilmiştir. Beş yılda yapılan doğumların, % 82.6(266)'sı kamu hastanelerinde, % 6.5(21)'i özel hastanelerde, % 10.9(35)'u evde gerçekleştirilmiştir. TNSA 2008'de, beş yıl içinde yapılan doğumların % 69.6'sı kamu sektöründe, % 20.1'i özel sektörde, % 9.7'si evde olmuştur. TNSA 2008'de Batı Bölgesi'nde yapılan doğumların % 59.9'u kamu sektöründe, % 36.1'i özel sektörde, % 3.3'ü evde gerçekleşmiştir. Çalışmamızda TNSA 2008'e göre kamu hastanelerinde yapılan doğumlar daha yüksek, özel sektörde yapılan doğumlar dahadüşük, evde yapılan doğum oranları ise benzerdir. Batı Bölgesi'ne göre ise, çalışmamızda kamu hastanelerinde ve evde yapılan doğumlar daha yüksek, özel hastanelerde daha düşüktür. 2005 yılı Aydın 10 Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yapılan çalışmada, son bir yılda bebeği olan kadınların % 90.9'u doğumlarını bir sağlık kurumunda yapmıştır. Kadınların % 3.1'i evde sağlık personeli ile, % 6.0'sı evde sağlık personeli olmadan doğum yapmıştır (33). 2010 yılı Nevşehir Ağıllı Köyü'nde yapılan çalışmada, kadınların % 71.2'si son doğumlarını evde yapmıştır. Sadece % 28.8'i bir sağlık kurumunda doğum yapmıştır (31). Çalışmamızda yer alan evde yapılan doğum oranı, Aydın çalışması ile benzerlik gösterirken, Nevşehir çalışmasına göre oldukça düşüktür.

.5.3.2.Kolaylaştırıcı Faktörler

Açlık Sınırı: Araştırmaya katılan kadınların hanelerinde, haneye giren ortalama gelir miktarı 783.2 ± 313.2 , ortanca değeri, 650.0 (min:200, maks: 3000) TL' dir. Ortalama kişi başı gelir miktarı 216.45 ± 128.1 , ortanca değeri, 200.0 (min:33.3, maks:1500.0)TL'dir.

Türk-İş 2010 Ağustos ayı verilerine göre belirtilen, dört kişilik aile için aylık sınırı 816 TL ve altı, 816 üstü olarak sınıflama yapılmıştır(24). Dört kişilik aile için aylık sınırı 816 TL ve altında gelire sahip aile oranı % 55.1 (189)'dir. Aylık sınırı 816TL ve altında olan ailelerde kadınların % 39.4'de, 816TL üstünde olan ailelerde kadınların % 50.5'de karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır.

Gelir Algısı: Kadınların % 50.1(172)'i haneye giren gelir miktarını çok kötü ve kötü olarak değerlendirmektedir. Haneye giren gelir miktarını çok iyi-iyi olarak değerlendiren kadınların % 56.7'de, orta-çok kötü-kötü olarak değerlendiren kadınların % 41.9'da aile planlaması karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır.

İş: Araştırmaya katılan kadınların % 93.3 (320)'ü ev hanımıdır. Ev hanımlarının % 3.2'si son bir yılda ücret almadan tarım işinde çalışmıştır. Kadınların % 6.7(23)'si bir işte çalışmaktadır. Çalışan kadınların % 33.3'de, çalışmayan kadınların % 44.6'da aile planlaması karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Çalışan kadınların % 22.2'si hiçbir yöntem kullanmamakta, % 44.4'ü geri çekme yöntemini kullanmaktadır. Kadınların % 33.3'ü gebe olduğu, % 22.2'si cinsel ilişkisi olmadığı için yöntem kullanamamaktadır. Çalışan kadınların tamamı ise yöntem/ kaynağı bilmektedir.

TNSA 2008'de kadınların % 31.0'i çalışmaktadır. Kırsal yerleşim yerlerinde kadınların % 48.6'sı, kentsel yerleşim yerlerinde kadınların % 25.0'i çalışmaktadır. Kuzey Bölgesi'nde kadınların % 53.0'ü, Doğu Bölgesi'nde % 20.0'si, Batı Bölgesi'nde ise % 32.6'sı çalışmaktadır. Çalışan kadınların % 39.6'sı lise mezunu ve % 39.6'nın hanehalkı refah düzeyi en düşük grupta yer almaktadır. Kadınların % 40.3'ü tarım, % 8.4'ü sanayi, % 51.3'ü hizmet sektöründe çalışmaktadır.

Tarım sektöründe çalışan kadınların % 65.4'ü Kuzey Bölgesi'nde yaşayan kadınlardır. Çalışmamızda yer alan çalışan kadınların oranı, Türkiye ortalamasının altındadır.

Eşinin İşi: Kadınların % 54.2(186)'sinin eşi ücretli işçi(düzenli)'dir. Eşinin düzenli geliri olan kadınların % 42.9'da, düzenli geliri olmayan kadınların % 45.5'de karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır.

Sosyal Güvence: Çalışmamızda kadınların % 19.2'nin sosyal güvencesi yoktur. TNSA 2008'e göre ise Batı Bölgesi'nde yaşayan kadınların % 59.8'nin sosyal güvencesi yoktur. Türkiye'de aile planlaması ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, 2005 yılı Aydın'da yapılan çalışmada kadınların % 24.4'nün(33), 2005 yılı Diyarbakır'da kadınların % 18.5'nin(30) ve 2008 yılı Çanakkale'de kadınların % 11.0'nin(34), 2009 yılı Isparta'da kadınların % 5.5'nin sosyal güvencesi yoktur(29). Çalışmamızda sosyal güvencesi bulunmayan kadınlar, Türkiye ortalamasına göre düşük, diğer çalışmalara göre ise yüksektir. Sosyal güvencesi bulunmayan kadınlarda (% 57.9), sosyal güvencesi bulunan kadınlara(% 39.7) göre aile planlaması için karşılanmayan gereksinim, istatistiksel olarak anlamlı ilişkili şekilde daha yüksektir.

Sağlık Güvence: Çalışmaya katılan kadınların % 17.8'nin sağlık güvencesi yoktur. TNSA 2008'de sağlık güvencesi olmayan kadınların Türkiye ortalaması % 16.1'dir. Sağlık güvencesi olmayan kadınların Bölgelere göre dağılımı, Batı Bölgesi'nde % 16.2, Güney Bölge'de % 17.6, Orta Bölge'de % 14.3, Kuzey Bölge'de % 10.0, Doğu Bölgesi'nde % 19.9'dur.

Bu değerlere göre, sağlık güvencesi olmayan kadınlar, en yüksek Doğu Bölgesi'nde, en düşük Batı Bölgesi'nde bulunmaktadır. Çalışmamızda sağlık güvencesi olmayan kadınların oranı, Türkiye ortalaması ve Batı Bölgesi'nden yüksek, Güney Bölgesi ile uyumludur.

Çalışmamızda Yeşil-kartlı olan kadın oranı % 2.0'dir. TNSA 2008'de yeşil kartlı olan kadın sayısı ortalaması % 13.7'dir. Bölgelere göre yeşil kartlı kadın sayısının dağılımı, Batı bölgesi % 5.8, Güney Bölge'de % 18.1, Orta Bölge'de % 8.2, Kuzey Bölge'de % 14.7, Doğu Bölgesi'nde % 39.9'dur. En yüksek yeşil kartlı olan kadın oranı Doğu Bölgesi'nde, en düşük yeşil kartlı kadın oranı Batı Bölgesi'nde bulunmaktadır. Çalışmamızda bulunan yeşil kartlı kadın oranı Türkiye ortalaması ve Batı Bölgesi'nin altındadır.

2008 yılı Bingöl'de yapılan çalışmada, kadınların % 8.9'nin sağlık güvencesi yoktur ve kadınların % 38.0'de Yeşil-kart bulunmaktadır(25). 2005 yılı Diyarbakır'da yapılan çalışmada ise kadınların % 60.2'de Yeşil-kart bulunmaktadır(30). Çalışmamızda bulunan yeşil kartlı olan kadın oranı, bu çalışmaların altındadır.

Sağlık güvencesi olmayan kadınlarda(% 61.5), sağlık güvencesi bulunanlara(% 39.3) göre istatistiksel olarak anlamlı ilişkili şekilde daha yüksek düzeyde aile planlaması için karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Lojistik regresyon analizine göre, sağlık güvencesi olmayan kadınlarda, sağlık güvencesi olan kadınlara göre 1.6 kat daha fazla karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır.

5.3.2.1.Hizmetin Kullanılabilirliği

Çalışmamızda son beş yılda yapılan aile planlaması hizmet kullanımı değerlendirilmiştir. Son beş yıl, 2005-2006 yılları(iki yıl) Sağlık Ocağı Dönemi ve 2007-2010(üç buçuk yıl) Aile Hekimliği Dönemi olarak tanımlanmıştır.

Beş yılda yöntem gereksinimi nedeniyle 1919 başvuru yapılmıştır ve bu başvurunun % 6.2'si yeni yöneme başlama, % 0.5'i yöntem değiştirme, % 93.3'ü izlem nedeniyle yapılmıştır. Son beş yılda yapılan tüm başvuruların % 57.8'i kondom, % 35.0'ı hap, % 4.1'i RIA kullanımı için yapılmıştır.

Yeni yöneme başlayan/yöntem değiştiren kadınlar, 2005-2006 yıllarında 60 başvuru yapmışken, 2007-2010 yıllarında 68 başvuru yapmıştır. Başvuru sayısında azalma görülmektedir. 2005-2006 yıllarında yapılan 60 başvurunun, % 93.3'ü kamu sektörü(Sağlık Ocağı,II/III.basamak), % 1.7 özel sektöre, % 5.0'i eczaneye yapılmıştır. 2007-2010(3.5 yıllık süre) yıllarında yapılan 68 başvurunun, % 89.7'si kamu sektörüne, % 1.5'i özel sektöre, % 8.8'i eczane-marketlere yapılmıştır. Kamu sektörü kullanımında azalma, eczane-market kullanımında artış bulunurken, özel sektörün kullanımında değişiklik olmamıştır. 2005-2006 yıllarında, % 93.3 kamu sektörüne başvuru yapılırken, bunun % 80.0'i Sağlık Ocağına, % 13.3'ü II/III.basamak sağlık kuruluşlarına yapılmıştır. Sağlık Ocağı'na yapılan başvuruların % 48.0'i kondom, % 33.3'ü RIA, % 18.7'si hap içindir. 2007-2010 yıllarında kamu sektörüne yapılan başvuruların % 66.1'i ASB'e, % 23.6'sı II/III.basamak sağlık kuruluşlarına yapılmıştır. ASB'ye yapılan başvuruların % 33.3'ü RIA, % 28.9'u kondom, % 26.7'si hap, % 11.1'i iğne için yapılmıştır. I.basamak sağlık hizmeti kullanımında azalma, II/III.basamak sağlık hizmeti kullanımında artış görülmektedir.

I.basamakta özellikle kondom için yapılan başvurularda azalma, hap ve iğne için yapılan başvurularda artış gözlenirken, RIA için yapılan başvurularda değişiklik gözlenmemiştir.

2005-2006 yıllarında yapılan 60 başvurunun % 13.3'ü II/III.basamak sağlık kuruluşlarına yapılmıştır. II/III.basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların % 50.0'si tüp ligasyonu, % 25.0'i RIA, % 12.5'i kondom içindir. 2007-2010 yıllarında yapılan 68 başvurunu % 23.6'sı II/III.basamak sağlık kuruluşlarına yapılmıştır. Yapılan başvuruların % 75.0'i RIA, % 12.5'i hap, % 12.5'i tüp ligasyonu için yapılmıştır. II/III.basamak sağlık hizmeti kullanımında artış görülmektedir. II/III.basamakta özellikle RIA için yapılan başvurularda 3 kat artış vardır.

2005-2006 yıllarında 60 başvurunun % 1.7'si özel sağlık kuruluşlarına yapılmıştır. Yapılan başvuruların tamamı hap için yapılmıştır. 2007-2010 yıllarında 68 başvurunun % 1.5'i özel sağlık kuruluşlarına yapılmıştır. Yapılan başvuruların tamamı RIA için yapılmıştır. Özel sağlık kuruluşu hizmetlerini kullanmada bir değişiklik olmamıştır. 2005-2006 yıllarında 60 başvurunun % 5.0'i eczaneye yapılmıştır. Yapılan başvuruların %33.3'ü hap, %33.3'ü iğne ve %33.3'ü kondom içindir. 2007-2010 yıllarında 68 başvurunun % 8.8'i eczane-markete yapılmıştır. Bu başvuruların % 7.3'ü eczane, % 1.5'i markete yapılmıştır. Eczane-markete yapılan başvuruların tamamı kondom için yapılmıştır. Özellikle kondom için eczane-marketlere yapılan başvurularda artış görülmektedir.

İzlem nedeniyle son beş yılda yapılan 1791 başvurunun, % 87.2'si kamu sektörüne, % 0.1'i özel sektöre, % 11.5'i eczaneye, % 1.2'si markete yapılmıştır.

Kamu sektörü içinde % 67.8 oranında Sağlık Ocağı'na, % 16.4 oranında ASB'ne, % 3.0 II/III.basamak sağlık kuruluşlarına, % 0.1'i özel kuruluşlara, % 12.7 eczane-marketlere yapılmıştır. İzlem nedeniyle Sağlık Ocağı'na yapılan başvuruların % 64.0'nü kondom, % 35.0'ni hap ve % 1.0'ni RIA oluşturmaktadır. Aile Hekimliğine yapılan başvuruların % 55.2'si hap, % 40.3'ü kondom, % 2.7'si iğne, % 1.8'i RIA içindir. İzlem nedeniyle yapılan başvurularda Sağlık Ocağı daha fazla kullanılmıştır. I.basamakta özellikle kondom için yapılan izlem başvurularında azalma, II/III.basamakta iğne, kondom ve RIA için yapılan izlem başvurularında artma ve eczane-marketlere kondom nedeniyle yapılan izlem başvurularının artması dikkati çekmektedir.

TNSA 2008'de modern yöntemleri temin etmek için kullanılan kaynaklar, % 61.0 kamu sektörü, % 11.2'si özel sektör(özel hastane, poliklinik), % 23.3'ü eczane, % 4'ü market, dükkan olarak görülmektedir. Kamu sektörü içinde % 32.6 oranında Sağlık Ocağı, en fazla yöntem temin edilen yer olmuştur. Sağlık Ocağına yapılan başvurular % 44.8 RIA, % 37.9 kondom,% 33.5 hap için yapılmıştır. ASB, % 0.7 oranında kullanılmıştır. Yapılan başvuruların % 1.8'i RIA, %1.2'si diğer modern yöntemler için yapılmıştır.

2008 yılında Bingöl'de yapılan çalışmada, yöntem temin etmek için, kadınların % 36.5'i Sağlık Ocağı, % 22.7'si AÇSAP hizmetlerini kullanmıştır(25). 2005 yılı Edine'de yapılan çalışmada yöntem kaynağı olarak, kadınların % 66.6'sı kamu hizmetlerini, % 11.9'u özel hizmetleri kullanmıştır(27). Çalışmamızda kamu sektörüne yapılan başvurular TNSA 2008 ve diğer çalışmalara göre daha yüksek, özel sektöre yapılan başvurular ise daha düşüktür.

5.3.2.2.Hizmetin Erişilebilirliği

Son beş yılda yeni yöntem başlama/ yöntem değiştirme nedeniyle yapılan 128 başvuruda, kadınların tamamı başvurduğu sağlık kurumunun yerini bilmektedir. Kadınların % 96.0'sı yöntem kullanımına eşiyile karar vermiştir ve % 69.6'sı tek başına sağlık kurumuna başvurmuştur. Kadınların % 60.1'i ilk başvuru yerine 15 dakikan az altında ulaşmış, % 75.0'i ilk başvurduğu sağlık kurumunda 15 dakikadan az beklemiştir. Yeni yöntem başlama/ yöntem değiştirme nedeniyle yapılan başvurularda kadınların % 10.1'i ek ücret ödemiştir. Son beş yılda izlem nedeniyle yapılan 1791 başvuruda, kadınların tamamı sağlık kurumunun yerini bilmekte, % 85.5'i sağlık kurumuna tek başına gitmiş, % 73.0'ü izlem yaptırdığı sağlık kurumuna 15 dakikanın altı kısa sürede ulaşmıştır. Kadınların % 97.2'si sağlık kurumunda 15 dakika altında beklemiştir. İzlem başvurusunda bulunan kadınların % 9.6'sı ek ücret ödemiştir.

5.4. Aile Planlaması Yöntem Kullanmama Nedenleri

Araştırmaya katılan kadınların % 54.6'sı doğurganlıkla ilgili nedenlerle, % 45.4'ü erişim faktörleri nedenleri ile yöntem kullanamamıştır. Doğurganlıkla ilgili nedenlere bakıldığında, % 21.4'ü, gebelik, menapoz, histerektomi, infertilite nedenleriyle yöntem kullanmasına gerek olmayanlar, % 3.2'si emzirenler, %21.4'ü gebe kalmak isteyenler, % 8.6'sı sık olmayan cinsel ilişki nedeniyle modern yöntem kullanamayanlardır.

% 45.4'ü erişim faktörleri nedenleriyle modern bir aile planlaması yöntemi kullanamamıştır. Erişim faktörleri içinde, kadınların % 35.8'i eş istemediği için, % 7.5'i yöntemi-kaynağı bilmediği için, % 1.6'sı utandığı için, % 0.5'i ulaşım zorluğu nedeniyle yöntem kullanamamıştır.

TNSA 2008'de gelecekte yöntem kullanmak istemeyen kadınların yöntem kullanmama nedenleri değerlendirilmiştir. Kadınların % 75.6'sı doğurganlıkla ilgili nedenlerle, % 5.8'i yöntemle ilgili nedenlerle herhangi bir yöntem kullanamamıştır. Çalışmamızda TNSA 2008'e göre, kadınların yöntem kullanmama nedenlerinden, doğurganlıkla ilgili nedenler düşük, yöntemle ilgili nedenler ise yüksektir.

TNSA 2008'de doğurganlıkla ilgili nedenler, Menapoz/histerektomi:% 37.2, gebe kalması zor/kısır: % 27.9, cinsel ilişkisi yok:% 4.8, kocası kısır:% 3.0,nadiren cinsel ilişkiye girme:% 2.7)'dir. Çalışmamızda bulunan menapoz/histerektomi ve infertilite kadın oranları TNSA 2008'e göre düşüktür.

TNSA 2008'de yöntemle ilgili nedenler arasında kadınların % 5.8'i yöntem kullanmaya karşı olduğu için (Kadercisi:% 3.4, dini nedenlerle karşı:% 1.3, kocası karşı: % 0.9, utanıyor:% 0.2), kadınların % 3.9'u yöntemle ilişkin nedenlerle(Sağlık kaygısı: % 3.3, yanetki korkusu:% 0.3, ulaşım-elde etme güçlüğü:% 0.1, pahalı:% 0.1, kullanımı zor:% 0.1), kadınların % 1.9'u yöntemle ilgili bilgi eksikliği nedeniyle, % 11.9'u diğer nedenlerle yöntem kullanamamıştır. Çalışmamızda erişim faktörleri olarak tanımladığımız yöntemle ilgili nedenlere bağlı yöntem kullanmama % 45.4'tür ve TNSA 2008'e göre yüksektir. Özellikle TNSA 2008'e göre yüksek olan yöntemle ilgili, kullanmama nedenleri, eşin istememesi ve kadınların yöntemi-kaynağı bilmemesidir. Bingöl Uydukent Sağlık Ocağı Bölgesi 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada, kadınların % 39.6'sı çocuk istediği için, % 16.7'si gebe olduğu için, % 14.6'sı kocası yanında olmadığı için , % 8.3'ü emzirdiği için, % 6.2'si sağlığa zararlı olduğu için ,% 4.2'si eşi istemediği için yöntem kullanamamıştır. Bingöl çalışmasına göre çalışmamızda, doğurganlıkla ilgili yöntem kullanmama nedenlerinden olan çocuk isteği, gebelik ve emzirme oranları düşüktür(25).

Kuzey Afrika ve Batı Asya bölgesinde karşılanmayan gereksinimi bulunan evli kadınların % 60.0'dan fazlası, Latin Amerika Bölgesi'nde bulunan kadınların yaklaşık yarısı, Güney, Güneydoğu Asya ve Sahraaltı Afrika'da bulunan kadınların üçte birinden fazlasında kadınlar, gebelik riski altında bulunmadıklarına inandıkları için yöntem kullanmamaktadır. Bu bölgelerdeki tüm kadınların % 32.0 -% 38.0'de aile planlaması bilgi, yöntemlere erişememe ve yöntemlerle ilgili endişeler nedenleriyle yöntem kullanamamışlardır. Sadece Sahraaltı Afrika'nın dışındaki yerlerde bulunan kadınların % 11.0-12.0'de yöntem kullanmama nedeni, aile planlaması hakkında bilgi sahibi olmamasıdır. Evli kadınlarda ise bu oran, % 23.0'e çıkmaktadır. Çalışmamızda ise kadınların % 7.5'i yöntemi-kaynağı bilmediği için modern bir yöntem kullanamamıştır(4).

Pakistan'da 2004 yılında, Aile Planlaması Hizmet Kullanım Engelleri çalışmasında, Foreit et al's 1978'de tanımladığı erişimin beş boyutu değerlendirilmiştir. Kentte yaşayan yoksul kadınlarda, aile planlaması hizmetlerinin kullanımında en büyük engeller olarak, psikososyal engeller(eşinin, kendisinin tutumu) belirtilmiştir. Kadınların yaklaşık yarısı, aile planlaması hizmetlerinin kullanımında psikososyal engelleri, birincil neden olarak tanımlamışlardır.

Çalışmamızda halen yöntem kullanmayan kadınların yöntem kullanmama nedenlerine bakıldığında, kadınların % 35.8'nin eşi istemediği için, % 7.5'nin yöntemi-kaynağı bilmediği için modern bir yöntem kullanmamakta, Pakistan çalışmasına benzer olarak psikososyal ve bilişsel engellerin varlığını göstermektedir. Pakistan çalışmasında yönetsel engeller, kadınların kötü kaliteli hizmetlerle ilgili algıları ve kötü deneyimleri olarak tanımlanmış ve ikinci engel olarak belirtmiştir.

Bilişsel engel ve fiziksel engel ise, kentsel gecekondu alanlarında yaşayan çok az kadında gösterilmiştir. Ekonomik engeller, kadınların sadece % 15.0 'de gösterilmiştir(18). Bizim çalışmamızda ise beş yılda yapılan başvurularda, yeni yönteme başlayan/yöntem değiştiren kadınların % 10.1'de, izlem yaptıran kadınların % 9.6'da ekonomik engel (ek ücret ödeme) bulunmaktadır.

Sonuç olarak, Lojistik regresyon analizine göre, sağlık güvencesi olmayan kadınlarda, sağlık güvencesi olan kadınlara göre 1.6 kat daha fazla modern aile planlaması için karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Karşılanmayan gereksinimi olan geri çekme yöntemini kullanan kadınların % 69.7'nin sosyal güvencesi, % 71.9'nun sağlık güvencesi bulunmamaktadır.

Türkiye'de evli erkeklerde aile planlaması yöntem kullanmalarını etkileyen faktörler çalışmasında yapılan lojistik regresyon analizine göre, sağlık güvencesi Emekli Sandığı (OR=1.54, GA=1.04-2.30), SSK (OR=1.52, GA=1.18-1.95) yada Bağ-Kur (OR=2.34, GA=1.61-3.40)'lu olmaları ile aile planlaması yöntemi kullanmaları arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Sağlık güvencesi, Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur olanlarda, hiç sağlık güvencesi bulunmayanlara göre modern aile planlaması yöntemi kullanma sıklığı, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sosyal güvenceye sahip olmayan kişilerin, sosyal güvenceye sahip olanlara göre koruyucu, tedavi ve rehabilitasyon hizmetini kullanmaları daha düşüktür(10).

Sosyal sigortanın hem hükümet bütçesindeki kamu sağlığının finansal yükünün hafifletilmesinde hem de kişilerin sağlık hizmetleri için yaptıkları ferdi harcamaların azaltılmasında yararlı olduğu kaydedilmektedir (Gertler, 1998).

Pek çok ÷lkede uygulanan sosyal sigorta programları ücretli çalışanlardan yapılan zorunlu kesintiler aracılığı ile bu kesimin sağlık harcamalarını karşılıarken, bunun dışında kalanlarda uygulanması g görülmektedir. Bu nedenle kamu sektörü tarımda, enformal sektörlerde çalışanların ve yoksulların sağlık harcamalarını karşılayamamaktadır. Kalkınmakta olan ülkelerde yapısal reformlar nedeniyle sbvansiyonlardaki kesintiler ve kredilerin artan maliyeti, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliği (zellikle yoksul kişilerin çoğunluğu oluşturduğu kırsal kesimlerde) arttırmaktadır. Sağlıkta eşitsizliği hafifletmek için yalnızca yoksulların sağlık bakımınının desteklendiği, iyi hedeflenmiş programlar dikkate alınmalıdır(37).

Sağlık hizmetleri, belirli sağlık kuruluşlarında toplumun gereksinim ve istemlerine göre kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle ülke çapında ele alan kalıcı bir sistem ve doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır. Ayrıca sağlığı etkileyen bütün hizmetlerin ve koşulların da gereksinim duyulduğunda, gereksinim duyulduğu kadar erişilebiliyor ve kullanılabiliyor olması gerekmektedir.

Sağlıktaki eşitsizliklerin temel nedeni, ulusal ve uluslararası düzeyde ortaya çıkan kapitalizmin ilişkileri, ara düzeydeki nedenini ise sağlık sisteminin yapısı oluşurmaktadır. Sağlık sisteminin, eşitsizlikler üzerindeki etkisi özellikle sağlık hizmetlerinin kullanımı boyutunda ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin tüm nüfusu kapsamadığı ve hizmetin her yere götürülemediği durumlarında, o bölgelerde yaşayanların da sağlık hizmetini yeterince kullanamayacağı görülmelidir(38).

BÖLÜM VI

ÖNERİLER

- Sosyal ve sağlık güvencesi olmayan kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı ilişkili aile planlaması karşılanmayan gereksiniminin yüksek olması, aile planlaması hizmet kullanımında eşitsizliklerin bulunduğunu göstermektedir. Eşitsizliklerin ortadan kaldırılması için,
- Göç alan ve kentsel yoksulluğun bulunduğu bir yerleşim yeri olduğu için, bölgenin iyi tanımlanması, 15-49 yaş kadın formlarının düzenli tutulması, gebe ve bebek kayıtlarının düzenli tutulması, anne ölümlülüğü, bebek ölümlülüğü, istenmeyen düşüklerin belirlenmesi yönünden önemlidir.
- Düzenli kayıtların tutulması: Modern ve geleneksel yöntem kullanan kadınlar, yöntem kullanmayan kadınlar, gebeler, yeni doğum yapmış kadınlar, adolesanlar, menapoza giren kadınlar gibi tüm kadın yaş gruplarının belirlenmesi.
- Modern aile planlaması hizmetleri için karşılanmayan gereksinimde öncelikli gruplar belirlenmelidir.
- Modern yöntemler için, aile planlaması hizmet kullanımının artırılması, hizmetlere erişimin önündeki engellerin kaldırılması gerekmektedir.
- Modern aile planlaması yöntemler için daha fazla danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gereklidir.

- Eşlerin aile planlamasına katılımını arttırmak, modern yöntem kullanan kadın sayısının artırılması, geri çekme yöntemi kullanan kadın sayısının azaltılması sağlanmalıdır.
- Sivil toplum kuruluşları, kitle iletişim araçları ile modern yöntemler ve geleneksel yöntemler hakkında bölgede yaşayan kadınların bilgilendirilmesi, düzenli ve sürekli olarak aile planlaması için eğitimler yapılmalıdır.

BÖLÜM VII

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, 18-49 yaş kadınlarda aile planlaması karşılanmayan gereksinim düzeyinin belirlenmesi, karşılanmayan gereksinimde etkili hazırlayıcı faktörler, kolaylaştırıcı faktörler ve gereksinim faktörlerinin değerlendirilmesi ve karşılanmayan gereksinim, yöntem kullanımı, erişim faktörlerinin belirlenerek, hizmetlere erişimin önündeki engellerin ortadan kaldırılması için öneri geliştirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, kesitsel tipte bir araştırmadır. 1.12.2009-22.04.2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama aşaması 1-31 Ağustos 2010 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evreni, Cengizhan Mahallesi'nde yaşayan, evli, 18-49 yaş arası 2345 kadından oluşmaktadır. Bayraklı İlçesi'nde aile planlaması etkin yöntem kullanma oranı % 58.0 olarak saptanmış ve % 58.0 prevalans, % 5 hata payı, % 95 güven aralığı, % 10 yedekle birlikte Epi info istatistik programı ile en küçük örnek büyüklüğü 415 kadın olarak hesaplanmıştır. Evren, yaş gruplarına göre yedi tabakaya ayrılmıştır. Kadınlara aile planlaması yöntem kullanımı, aile planlaması hizmet kullanımı, yöntem kullanmama nedenleri, gereksinim durumu ve sosyodemografik özellikleri tanımlayan soru formu uygulanmıştır. Bağımlı değişken olan karşılanmayan gereksinim durumu, yöntem kullanma durumu ve yöntem kullanmama nedenlerine göre belirlenerek, hazırlayıcı ve kolaylaştırıcı faktörlerle olan ilişkisi ki-kare testi ve lojistik regresyonda değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kadınların % 21.9'u 35-39 yaş grubunda, % 65.0'i ilkokul mezunu ve % 39.7'si Doğu Bölgesi'nde doğmuş, % 56.6'sının eşleri ilkokul mezunu ve % 21.0'nin eşiyile akrabalığı bulunmakta, % 73.4'nün hanedeki kişi sayısı dört ve altında,

%46.0'sı on yıldan az sürede İzmir'de yaşamış ve %92.1'nin en uzun yaşadığı yer, Batı Bölgesi'dir. Kadınların % 92.1'i doğurgan çağda bulunan ve %7.9'u menapoz, histerektomi ve infertilite nedenleriyle çocuk yapamayan kadınlardır. Kadınların % 77.1'nin ilk evlilik yaşı, 18-25 yaş arasında ve % 49.2'si ilk doğumlarını 20-24 yaş arasında ve % 38.5'i iki canlı doğum yapmıştır. Kadınların % 7.6'sı ölü doğum, % 16.0'sı kendiliğinden düşük, %17.8'i isteyerek düşük yapmıştır. Kadınların % 3.8'nde bebek ölümü öyküsü bulunmaktadır. Beş yılda yapılan tüm doğumların % 17.0'si sezaryen doğumdur. Doğumların, % 82.6'sı kamu hastanelerinde, % 6.5'i özel hastanelerde, % 10.9'u evde gerçekleştirilmiştir. Kadınların % 93.3'ü ev kadınıdır. Dört kişilik aile için açlık sınırı olan 816 TL ve altında gelire sahip aile oranı % 55.1'dir ve kadınların % 50.1'i haneye giren gelir miktarını çok kötü ve kötü olarak değerlendirmektedir. Kadınların % 45.5'i modern yöntem(% 21.6'sı RIA, % 11.4'ü kondom, % 5.5'i hap, % 5.5'i tüp ligasyonu, % 1.5'i iğne), % 30.0'u geleneksel yöntem(geri çekme) kullanmaktadır. Kadınların % 12.8'i herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. Bayraklı Cengizhan Mahallesi'nde modern aile planlaması yöntemleri için karşılanmayan gereksinim düzeyi % 11.0'dir. Geri çekme yöntemini kullanan kadınları da(% 24.0) eklediğimizde, karşılanmayan gereksinim düzeyi % 35.0'dir.(geri çekme:% 24.0 + hiç yöntem kullanmayan:% 7.0 + istenmeyen Gebelik: % 4.0). 35 yaş altında olan(% 47.3), Kuzey- Güney Bölgesi'nde doğan(% 78.6), eşiyile akraba olmayan(% 46.6), hanedeki kişi sayısı dört'ün altında olan kadınlarda(% 53.6), sosyal güvencesi bulunmayan kadınlarda(% 57.9) sağlık güvencesi bulunmayan kadınlarda(%61.5) istatistiksel olarak anlamlı ilişkili, modern aile planlaması hizmetleri için karşılanmayan gereksinim daha fazladır.

Lojistik regresyon analizine göre, sağlık güvencesi olmayan kadınlarda, sağlık güvencesi olan kadınlara göre 1.6 kat daha fazla karşılanmayan gereksinim bulunması, sağlık güvence durumunun, etkili faktör olması açısından önemlidir. 2005-2006 yılları Sağlık Ocağı Dönemi ve 2007-2010 Aile Hekimliği Dönem'leri boyunca aile planlaması için yapılan hizmet kullanımı değerlendirilmiştir. Beş yıldı yapılan 1919 başvurunun % 6.2'si yeni yönteme başlama, % 0.5'i yöntem değiştirme, % 93.3' izlem nedeniyle yapılmıştır. Başvuruların % 57.8'i kondom, % 35.0'ı hap, % 4.1'i RIA kullanımı için yapılmıştır. Yeni yönteme başlama/ yöntem değiştirme için yapılan 128 başvuruda, kadınlardan tamamı başvurduğu sağlık kurumunun yerini bilmekte, % 96.0'sı yöntem kullanımına eşiyle karar vermiş ve % 69.6'sı tek başına sağlık kurumuna başvurmuş, % 60.1'i ilk başvuru yerine 15 dakikanın altında ulaşmış, % 75.0'i ilk başvurduğu sağlık kurumunda 15 dakikanın altında beklemiş, % 10.1'i yöntemi temin etmek için ek ücret ödemiştir.

Tartışma ve Sonuç: Araştırmamızda karşılanmayan gereksinim düzeyi (% 11.0), Batı Bölgesi(% 4.3) ve Türkiye ortalamasından(TNSA 2008:% 6.0) yüksektir. Dominik Cumhuriyeti, Ürdün ve Bangladeş (% 11.0) ile benzerlik göstermektedir. Modern yöntem, geleneksel yöntem ve geri çekme kullanma oranları TNSA 2008'le benzerlik göstermektedir. Modern yöntem kullanma oranı, Dünya ve Türkiye ortalamalarının altında, geleneksel yöntem kullanma oranı ise Dünya ve Türkiye ortalamalarının üstündedir. Araştırmaya katılan kadınlardan % 54.6'sı doğurganlık özellikleri, % 45.4' erişim faktörleri(% 35.8'i eşi istemediği için, % 7.5'i yöntemi-kaynağı bilmediği için, % 1.6'sı utandığı için, % 0.5'i ulaşım zorluğu) nedenleri ile modern bir yöntem kullanamamıştır. TNSA 2008'e gore, kadınlardan yöntem kullanmama nedenlerinden doğurganlıkla ilgili nedenler düşük, yönteme ilişkin nedenler ise yüksektir.

Psikososyal(eşin istememesi) ve bilişsel engeller(yöntemi-kaynağı bilmeme), yeni yönteme başlayan/yöntem değiştiren kadınların % 10.1'de, izlem yaptıran kadınların % 9.6'da ekonomik engel (ek ücret ödeme) bulunmaktadır.

Çalışmamızda sağlık güvencesi olmayan kadınlarda(% 61.5), sağlık güvencesi bulunanlara(% 39.3) göre istatistiksel olarak anlamlı ilişkili şekilde daha yüksek düzeyde karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Aile planlamasında eşitsizlikler, hizmet kullanımında ve sağlık çıktılarında ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin tüm nüfusu kapsamadığı ve hizmetin her yere götürülemediği durumlarında, o bölgelerde yaşayanlar da sağlık hizmetini yeterince kullanamamaktadır. Sağlığı etkileyen bütün hizmetlerin ve koşulların da gereksinim duyulduğunda, gereksinim duyulduğu kadar erişilebiliyor ve kullanılabilir olması gerekmektedir.

2007-2010 yıllarında 2005-2006 yıllarına göre; Başvuru sayısında azalma, kamu sektörü kullanımında azalma, eczane-market kullanımında artış bulunurken, özel sektörün kullanımında değişiklik olmamıştır. I.basamak sağlık hizmeti kullanımında azalma(özellikle kondom için yapılan başvurularda azalma), II/III.basamak sağlık hizmeti kullanımında artış (özellikle RIA için yapılan başvurularda 3 kat artış ve kondom için eczane-marketlere yapılan başvurularda artış görülmektedir. İzlem nedeniyle yapılan başvurularda Sağlık Ocağı daha fazla kullanılmıştır. I.basamakta özellikle kondom için yapılan izlem başvurularında azalma, II/III.basamakta iğne, kondom ve RIA için yapılan izlem başvurularında artma ve eczane-marketlere kondom nedeniyle yapılan izlem başvurularının artması dikkati çekmektedir. Sosyal ve sağlık güvencesi olmayan kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı ilişkili karşılanmayan gereksiniminin yüksek olması ve aile planlaması hizmet kullanımı ve

çıktılarında görülen farklılıklar, eşitsizliklerin bulunduğunu göstermektedir. Eşitsizliklerin ortadan kaldırılması için, bölgenin iyi tanımlanması, düzenli kayıtların tutulması, öncelikli grupların belirlenmesi, modern aile planlaması yöntemleri için danışmanlık hizmetlerinin artırılması gerekmektedir.

ABSTRACT:

Aim:The aim of this research, family planning for women 18-49 years of age to determine the level of unmet need for family planning, unmet need by predisposing factors, facilitating factors, need factors to evaluate and unmet need, method use, access to the factors determining, for the elimination of barriers to access to services proposal was to develop.

Methods: This study is a cross-sectional study. It was carried out between 1.12.2009-22.04.2011. Data collection was carried out 1 -31 August 2010. Population of the study, living in the Neighborhood of Cengiz, married, between the ages of 18-49 is composed of 2345 women. In Bayraklı, using effective family planning method prevalence determined of 58.0% and 5% margin of error, 95% confidence interval, 10% backup with the Epi info statistical program of the small sample size was calculated as 415 women. Universe, seven-layer is divided according to age groups. Women use family planning methods, the use of family planning services, reasons for not using the method, need to define status and sociodemographic characteristics of the questionnaire was applied. The dependent variable, unmet need status, according to using the the method and reasons for not using the method, the relationship between predisposing and facilitating factors, chi-square test and logistic regression were evaluated.

Findings:Women 21.9% 35-39 age group, 65.0% were primary school graduates and 39.7% were born in Eastern region, 56.6% primary school graduates of them husbands and 21.0% relationship with his wife there, 73.4% number of people in households four and under, 46.0% less than ten years lived in Izmir and 92.1% of

the most long-lived in the Western Region. 92.1% of the women 's childbearing age and in 7.9% of menopause, hysterectomy, and infertility in women for reasons of children who can not. 77.1% of the women's first marriage age, between 18-25 years and 49.2% have their first birth between the ages of 20-24 and 38.5% had two live births. Women's 7.6% of stillbirths, 16.0% of spontaneous abortion, 17.8% had induced abortion. 3.8% of women in the history of infant death are available. 17.0% of all births in the five years have cesarean births. Births, 82.6% of public hospitals, 6.5% of private hospitals, 10.9% were at home. Women 93.3% of housewife. 55.1 % the four-person family is the limit for the fasting family income below 816 TL and is 50.1% women 's too bad the amount of income within households and the poor have been evaluated. 45.5% of the women modern methods (21.6% of the IUD, 11.4% condom, 5.5% of pills, 5.5% tubal ligation, 1.5% of the needle), 30.0% the traditional method (withdrawal) uses. 12.8% of women any not using methods. Unmet need level for modern family planning methods in Bayraklı for Neighborhood of Cengizhan, is 11.0%. In women using the withdrawal method (24.0%), we add, the level of unmet need 35.0% is. (withdrawal method: 24.0% + do not using any method: 7.0% unwanted pregnancy: 4.0%). Are under the age of 35 (47.3%), born in the North-South Region (78.6%), non-spouse relatives (46.6%), household number of persons under four women (53.6%), women don't have social insurance (57.9%) women don't have health insurance (61.5%) associated with a statistically significant, unmet need for modern family planning services is greater. According to logistic regression analysis, women don't have health insurance, than women have health insurance health insurance status, unmet need is 1.6 times more and important for the effective factor.

In 2005-2006 Health Center and 2007-2010 Family Physician period were evaluated for the use of services for family planning. 1919 application in five year, 6.2% to start the new method, 0.5% of replacement method, 93.3% of follow-up was due. Applications is 57.8% condom, 35.0% pills, 4.1% RIA. Start a new method / methods to apply to change the 128 women referred to the entire health care institution knows the location, 96.0% 'sl his wife decided to use the method and 69.6% admitted to health facilities alone, 60.1% reached under 15 minutes instead of the first application , 75.0% under 15 minutes waited for the first choice for health care institutions, 10.1% for the additional cost incurred to provide the method.

Discussion and Conclusion: In our study, the level of unmet need (11.0%), West Region (4.3%) and the average of Turkey (TDHS 2008: 6.0%) is high. Dominican Republic, Jordan and Bangladesh (11.0%) is similar to. The modern method, traditional methods, withdrawal methods rates is similar to DHS 2008. The rate of using modern methods, the World and Turkey, under the average, the rate of using the traditional method is above average in the World and Turkey. Women who participated in the survey 54.6% of fertility characteristics, 45.4% access to the factors (35.8% didn't want his wife, 7.5% for the method-source unknown, 1.6% for shied, 0.5% of the difficulty of access) causes with not using a modern method. According to DHS 2008, women's reasons for not using the method causes low fertilities reasons, the high methodological reasons. Psychosocial (spouse doesn't want to), and cognitive obstacles (method-supply don't know), started a new method / procedure changes the women 10.1%, the women who have follow-up 9.6% in the economic barriers(from payment) are available. Study, women don't have health insurance (61.5%), than with health insurance (39.3%) higher level of unmet need

associated with statistically significant in there. Inequalities in family planning service utilization and health outcomes occur. The population not covered by health services and service all over the not accessing, all cases of people living in those areas of the health service can not use enough. When the need for all services affecting health and the conditions, requirements must be available and accessible as it sounds. In the years 2007-2010 to 2005-2006 years a reduction in the number of applicants, the public sector in the using reduction, increased using of pharmacy-market, the using of the private sector has not changed. I. health care institution reduction in the use of health services (especially the reduction in applications made for condoms), II / III. health care institution increased use of health services (especially for RIA applications to 3-fold increase, pharmacy-markets and applications made for condoms has increased. Follow-up of the applications due to Health Center was used more. I. health care institution the follow-up applications, (especially for condoms)decrease, II / III health care institution (needles, condoms and IUD) follow-up application for an increase. In the follow-up visits, pharmacy-markets due to increased condom is noteworthy. Social and health insurance don't have women, associated with a statistically significant unmet need for family planning services is high and the differences in the service used and outcomes, shows that there is inequality. For the elimination of inequalities, the region's well-defined, regularly, keeping records, determining the priority groups, counseling services should be increased for the modern family planning methods.

BÖLÜM VIII

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri, [tip.erciyes.edu.tr/Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri.doc](http://tip.erciyes.edu.tr/Kadının%20Statüsü%20ve%20Anne%20Ölümleri.doc), Erişim tarihi:2.3.2011.
2. Prof. Dr. Akın, A., Doç. Dr. Özvarış, Ş. B., Doç. Dr. Özgülner, N., Doç.Dr. Dilbaz, B.,Yrd.Doç.Dr. Özaydın, N. G.,TÜSP Kısa Dönem Ulusal Uzmanları, (2005). T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Gençlik Danışmanlık ve Hizmet Merkezleri Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Eğitim Modülü, Üreme Sağlığına Giriş, NO: 1-B.
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Ana Rapor. (2009). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Katkıda bulunanlar: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Mali Kaynağı Sağlayan: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK),“Kamu Kurumları Araştırma ve Geliştirme Projelerini Destekleme Programı” (KAMAG).
4. Sedgh, G., Hussain, R., Bankole, A. and Singh, S. (2007). Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method, Occasional Report No. 37.
5. Prof. Dr. Özvarış Ş. B., Aile Hekimliği Sistemi ve Üreme Sağlığı Hizmetleri, Erişim tarihi: 10.3.2010.
6. Şahin, N. H., Bulduk, S. B. (2004). Kontraseptif Yöntemler İçin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Uygunluk Ölçütleri, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi; 1: 37-41.

7. Dr. Özvarış Ş. B., Dr. Esin A., Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım, http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/ureme_sagliginda_yasam_boyu.pdf ,Erişim tarihi:25.03.2011.
8. United Nations, Population Division, Department Of Economic And Social affair. (2009). World Contraceptive Use, www.unpopulation.org, Erişim tarihi:20.03.2011.
9. Özvarış, Ş.B. (1997). Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, Aile Planlamasında Temel Bilgiler Kitabı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayınları;1-4.
10. Akın, L., Özaydın, N., Aslan D., (2006).Türkiye'de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler, Gülhane Tıp Dergisi; 48: 63-69,
11. ATIŞ, F., YURDAKUL, M., ÖZTÜRK, M., KARAMAN, M. (2010). Koitus interruptus Kullanım Nedenleri ve Yöntem Başarısını Etkileyen Faktörler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 5(15).
12. Bertrand, J. T.,Magnani, R. J., Rutenberg, N. (1994). Handbook Of Indicators For Family Planning Program Evaluation.
13. Singh, S., Darroch, J. E., Ashford, L. S., Vlassoff, M. (2009).The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, Guttmacher Institute.
14. Family Health Group PHCI Research Team For Ministry of Health of Jordan. (2004). Primary Health Care Initiatives (PHCI), Unmet Need and Missed Opportunities For Family Planning Among Married Women 15-49 Years Users of MoH Health Centers.
15. Lamberte, E. E., Lee, N. R., Garganian, D.C. U., Kantner, A. (2000). Family Planning Service Utilization and Market Segmentation in the Philippines, Social Development Research Center, De La Salle University-Manila Manila, Philippines.

16. Öğr.Gör. Erdem, R., Dr. Piriñçi, E., (2003). Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler, OMU Tıp Dergisi: 20(1): 39-46
17. Doç.Dr. Kavuncubaşı, Ş., Doç.Dr. Kısa, A. (2002). Sağlık Kurumları Yönetimi, <http://books.google.com.tr>, Erişim tarihi: 20.02.2011.
18. Stephenson, R. and Hennink, M. (2004). Barriers to Family Planning Service Use among the Urban Poor in Pakistan, Asia-Pacific Population Journal: 19(2).
19. Mahmud, S. (2008).How equitable is access to and use of reproductive health care and family planning services in Bangladesh? A review of the evidence, Bangladesh Institute of Development Studies.
- 20.Reducing inequities: Ensuring Universal Access to Family Planning, www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/reducing_inequities.pdf, Erişim tarihi: 05.08.2010
21. BAYRAKLI, bayrakli.meb.gov.tr/sunu.pps, Erişim tarihi: 22.1.2011.
22. www.tuik.gov.tr, Erişim tarihi: 2.4.2010.
23. Bayraklı TSM Aile Planlaması Çalışmaları, 2009.
- 24.Ağustos 2010 Açlık ve Yoksulluk Sınırı,<http://www.turkis.org.tr/?wapp=52521E5F-FCA5-4BDD-940D-A284DA6F151D>, Erişim tarihi:20.11.2010
25. Kaya, H., Tatlı, H., Açık, Y., Deveci, S.Erhan.(2008). Bingöl İli Uydukent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi: 22 (4): 185 – 191.

26. Robinson, W. C., Ross J. A. (2007).The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs, Akin A., Emergence of the Family Planning Program in Turkey, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
27. Dr. Tokuç, B., Dr. Eskiocak, M., Dr. Ekuklu G.,Dr. Saltık A. (2005). Edirne Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yöntem Kullanım Oranları, Sted: 14 (1 – 9).
- 28.Mısırlıoğlu,E.D, Aliefendioğlu,D., Fidan,K., Çakmak,F.N., Haberal,A.(2006). Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Doğum Yapan Annelerin Antenatal Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumunun Değerlendirilmesi ,Perinatoloji Dergisi; 14(1):7 – 13.
29. Orak, S., Korkmaz, M., Orhan H. (2009). Isparta İli Binbirevler Mahallesindeki Evli Kadınların Sosyodemografik ve Sağlık Bilgilerinin İncelenmesi , Süleyman Demirel Üniversitesi Yaşam Dergisi;1(1):8-13.
30. Çakmak, A., Ertem, M. (2005). Aile Planlaması Eğitimi İçin Önemli Bir Fırsat: Bir Çocuk Hastanesine Yatan Hastaların Anneleri, Dicle Tıp Dergisi; 32(4): 190-195.
31. Çakırer, N., Çalışkan Z. I. (2010). Nevşehir İli Ağılı Köyünde Gebelik, Doğum ve Lohusalığa İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamalar, TAF Prev Med Bull; 9(4):343-348.
32. DüNDAR, C., Kaynar, E., Pekşen, Y. (2005). Samsun İli Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Evli Ebelerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 12(4):243-246 .

33. Yrd.Doç.Dr.Ergin, F., Araş.Gör.Dr. Başar, P., Araş.Gör Dr.Karahasanoğlu, B., Prof.Dr. Beşer, E. (2005). Güvenli Olmayan Doğumlar ve Doğum Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni; 4 (6).
34. Tanrıverdi, G., Özkan, A., Şenveli S. (2008). Çanakkale'deki Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri, Fırat Tıp Dergisi ;13(4): 251-254.
35. Balcı, E., Öztürk A., Gün, İ., Öztürk, Y. (2008). Kayseri Talas İlçesindeki 15-49 yaş kadınlarda kullanılan aile planlaması yöntemiyle ilgili şikayetlerin değerlendirilmesi , Sağlık Bilimleri Dergisi; 17(1): 54-62.
36. Yrd. Doç. Dr. Mayda, A. S., İnt. Dr. Arslan, T., İnt. Dr. Bozkurt, H.B., İnt. Dr. Dedeli, İ., İnt. Dr. Özkan, M. Ö. (2005). Düzce ili kalıcı konutlar bölgesinde 15-49 yaş arası kadınlarda yöntem kullanma oranları ve tercih nedenleri, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni: 4 (5).
37. Ener, M., Yelkikalan, N. (2003). Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı : Türkiye Deneyimi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi ;(6) / 2 : 99-113.
38. Çağlayan, Ç., Hamzaoğlu, O., Sevin, E., Sondaş, S. (2006). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Sağlık Ocakları Bölgelerinde Yaşayanlarda Sağlık Hizmetlerine Başvurular Etkileyen Etmenler, Toplum Hekimliği Bülteni; 25(3).

EK 1

Bayraklı İlçesi Cengizhan Mahallesi 18-49 Yaş Kadınlarda Aile Planlaması

Yöntem Kullanımı ve İlişkili Erişim Faktörlerinin Değerlendirilmesi

ANKET SIRA NO:.....

1. Doğurganlık özelliği nedir?

1. Doğurgan çağ

3. Emzikli (.....ay)

2. Gebe(...hafta /Son adet tarihi :.....)

4.Menapoz

2.Toplam kaç kez gebe kaldınız?.....

3. Bu zamana kadar kaç canlı doğum yaptınız?.....

4.Yapılan doğumların tarihi nedir?

1.....2.....3.....4.....5.....

5.Yapılan doğumların şekli nedir?

1.....2.....3.....4.....5.....

6. Kaç tane ölü doğum yaptınız ?.....

7. Kaç tane kendiliğinden düşük yaptınız?

8. Kaç tane isteyerek düşük (küretaj) yaptınız?.....

9.Kaç tane ölen çocuğunuz oldu?.....

10. Yaptığınız doğumlardan kaç tane çocuk yaşıyor?.....

11.Şu anda gebelikten korunmak için HANGİ yöntemi kullanıyorsunuz?

<p>A. 1. Tüplerin bağlanması 2.Erkeğin kanallarının bağlanması 3.Hap 4.Spiral 5.İğne/enjeksiyon 6.Deri altı implantı 7.Kondom)prezervatif/kaput/kadın kondomu 8.Diyafram/köpük/jel/fitil 9.Acil korunma hapi</p>	<p>B. 1.Süt/emzirme ile korunma 2.Tehlikesiz günler 3.Geri çekme</p>	<p>C. DİĞER</p>	<p>D. KULLANMIYOR</p>
--	--	---	---------------------------

12.Son 5 yıl içinde gebelikten korunma yöntemine ihtiyaç duyduğunuzda/izlemler için herhangi bir kuruma başvurduunuz mu? 1.EVET 2.HAYIR

1.EVETSE	1	2	3	4	5	6
1. İlk Nereye						
2.Ne Zaman(yıl)						
3.Ne için	1.yöntem 2.izlem	1.yöntem 2.izlem	1.yöntem 2.izlem	1.yöntem 2.izlem	1.yöntem 2.izlem	1.yöntem 2.izlem
4. Hangi yöntem/izlem temin etti						
5. Yöntemi Ne kadar süre Kullandı(ay)						
6. P: Eşiyile mi karar verdi	1.E vet 2.Hayır	1.E vet 2.Hayır	1.E vet 2.Hayır	1.E vet 2.Hayır	1.E vet 2.Hayır	1.E vet 2.Hayır
7. Kaç kez gitti						
8. F:Ne kadar sürede ulaştı						
9. B:Yerini biliyor muydu?	1.E vet 2.Hayır	1.E vet 2.Hayır	1.E vet 2.Hayır	1.E vet 2.Hayır	1.E vet 2.Hayır	1.E vet 2.Hayır
10. P:Tek başına, birisiyle mi gitti?	1.Tek 2..... ...	1.Tek 2..... ...	1.Tek 2..... ...	1.Tek 2..... ...	1.Tek 2..... ...	1.Tek 2..... ...
11. Y:Ne kadar süre bekledi						
12.E: Ek ücret ödedi mi?	1. Evet 2.Hayır	1. Evet 2.Hayır	1. Evet 2.Hayır	1. Evet 2.Hayır	1. Evet 2.Hayır	1. Evet 2.Hayır

2.HAYIRSA	13.YÖNTEM KULLANMAMA NEDENİ		14.Son doğum/ şu andaki gebeliğinizi istiyor muydunuz?	15.Gelecekte en son /şu anda olan çocuktan sonra başka çocuk istiyor musunuz ?	16.Gelecekte en son /şu anda olan çocuğu ne kadar zaman sonra istiyorsunuz?	17.Düşün düğünüz ideal çocuk sayısı ne kadardır?
	1DOĞURGANLIK	2.ERİŞİM				
	1.Cinsel münasebeti yok	1.Ulaşım zorluğu/uzak				
	2.Sık olmayan münasebet	2.Pahalı	1. İstiyordu	1.Başka çocuk istiyor		
	3.Menapozda	3.Uzun bekleme saatleri	2.Daha sonra istiyordu	2.Başka çocuk istemiyor		
	4.Histerektomi					
	5.Gebe kalması zor/kısır	4.Yöntemi, kaynağı bilmiyor	3. Hiç istemiyordu	3.Gebe kalmasının mümkün olmadığını söylüyor		
	6.Eşi kısır					
	7.Yeni doğum yapmış					
	8.Emziriyor	5.Utanıyor		4.Kararsız/bilmiyor		
	9.Gebe kalmak istiyor	6.Eşi istemiyor				
	10.Gebe					

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER SORU Formu:

18.Doğum tarihiniz nedir?/...../.....

19.Doğum yeriniz neresi?

1. İl (.....) 2.İlçe(.....) 3.Köy(.....)

20. En son bitirdiğiniz okul hangisidir ?

- | | | |
|---------------------|--------------------|----------------------|
| 1. Okur yazar değil | 3. İlkokul mezunu | 5. Lise mezunu |
| 2. Okur yazar | 4. Ortaokul mezunu | 6. Üniversite mezunu |

21. İlk evlilik yaşıınız kaçtır?.....

22. Eşinizle akrabalık durumunuz var mı? : 1. Evet 2. Hayır

23. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

- | | | |
|---------------------|--------------------|----------------------|
| 1. Okur yazar değil | 3. İlkokul mezunu | 5. Lise mezunu |
| 2. Okur yazar | 4. Ortaokul mezunu | 6. Üniversite mezunu |

24. Haneye giren toplam gelir miktarı ne kadardır?.....

25. Hanedeki kişi sayısı kaçtır?.....

26. Haneye giren gelir miktarını nasıl buluyorsunuz?

- | | | | | |
|------------|--------|---------|---------|-------------|
| 1. Çok iyi | 2. İyi | 3. Orta | 4. Kötü | 5. Çok kötü |
|------------|--------|---------|---------|-------------|

27. Şu anda bir ücret karşılığında hangi işte çalışıyorsunuz?

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1.İşveren | 5.Kendi hesabına (düzenli |
| 2. Ücretli işçi(düzenli) | 6. Kendi hesabına(düzensiz, iş buldukça) |
| 3.Maaşlı memur(düzenli | 7.Diğer |
| 4. Yevmiyeli(mevsimlik,geçici | 8.Ev hanımı |

28.Son 1 yıldır ücret almadan herhangi bir işte çalıştı mı?

1. Evet (Ücretsiz aile işçisi) 2.Hayır

29.(Evetse) Hangi işte çalıştınız?.....

30.EŞİNİZ şu anda bir ücret karşılığında hangi işte çalışıyor?.....

- 1.İşveren 4. Yevmiyeli(mevsimlik,geçici) 7.Diğer.....
2. Ücretli işçi(düzenli) 5.Kendi hesabına (düzenli
3.Maaşlı memur(düzenli) 6. Kendi hesabına(düzensiz, iş buldukça)

31. Sosyal güvence durumunuz nedir?

- 1.Emekli sandığı 3. Bağkur 5. Yok
2. SSK 4. Diğer.....

32.Sağlık güvence durumunuz nedir?

- 1.Emekli sandığı 3. Bağkur 5. Yok
2. SSK 4.Yeşil kart 6. Diğer.....

33. Ne kadar süredir burada oturuyorsunuz?.....ay/yıl

34.Hayatınız boyunca en uzun süre yaşadığınız yer neresidir?

1. İl(.....)2. İlçe(.....) 3. Köy(.....)

EK 2 ETİK KURUL ONAY FORMU



EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KOMİTESİ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU					
	PROTOKOL ADI	Bayraklı İlçesi Cengizhan Mahallesi 18-49 Yaş Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve İlişkili Erişim Faktörlerinin Değerlendirilmesi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI/ ADI	Doç. Dr. Meltem ÇİÇEKLIOĞLU				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	EÜTF. Halk Sağlığı Anabilim Dalı				
	DESTEKLEYİCİ FIRMA					
FAZİ						
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi / Değişiklik No. Su	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	28.06.2010	Türkçe			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU	-	Türkçe			
	ANKET FORMU	-	Türkçe			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 10-4.1/12 Tarih : 26.08.2010					
	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Komitemizce incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda adı geçen araştırmaya başlanmasında etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KOMİTE BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU					
ETİK KOMİTE ÜYELERİ						
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kaan KAVAKLI Başkan	Çocuk Sağlığı Hst. Ve Çocuk Kan Hst	E.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hst. AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Hayriye ELBİ METE Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E. Ü. Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Hemşirelik	EÜ. Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Zeki KARASU Üye	İç Hastalıkları ve Gastroenteroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Doç. Dr. Osman ZEKİOĞLU Üye	Patoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Yasemin AKÇAY Üye	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI

Araştırma Başvurusu Onay Belgesi
05 Nisan 2010, Versiyon No:3, E.Ü. Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Komitesi



EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KOMİTESİ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 10-4.1/12					
Yrd. Doç. Dr. Şafak TANER GÜRSOY Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Timur KÖSE Üye	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Av. Özge TÜRKÖĞLU Üye	Avukat	EÜ. Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü Hukuk Bürosu	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Raportör	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

- * Araştırma ile İlişki
- ** Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ:

Adı ve Soyadı: Funda Özlem Ballı

Doğum Tarihi: 6 Mayıs 1975

Doğum Yeri: Afyon

Ünvanı: Araştırma Görevlisi

Medeni Durumu: Evli , 1 kız çocuk annesi

Eğitim :

1993-1999/ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi/ Samsun/TÜRKİYE

2006-2011: Uzmanlık Eğitimi

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı Bölümü İZMİR

Görevleri:

2000-2001: Pratisyen Hekim (TCDD 1.Bölge İstanbul Kısım Hekimliği)

2002 : Pratisyen Hekim (TCDD 3.Bölge İzmir Hastanesi)

2003 : Pratisyen Hekim (Tepecik SSK Hastanesi, Bornova Semt Polikliniği)

2004: Araştırma Görevlisi, (Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Patoloji Bölümü,istifa)

2005: Araştırma Görevlisi (Zonguldak Karaelmas Üniversitesi,Halk Sağlığı AnaBilim Dalı))

2006: Araştırma Görevlisi (Ege Üniversitesi Halk Sağlığı AnaBilim Dalı)

ADRES:

Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Bornova/İzmir