

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM SONU DÖNEMDE KADINLARIN
MODERN AİLE PLANLAMASI GEREKSİNİMLERİ VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİMDALI

DOKTORA TEZİ

Araştırma Görevlisi

Mahide DEMİRELÖZ AKYÜZ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Meltem ÇİÇEKLIOĞLU

İZMİR

2016

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM SONU DÖNEMDE KADINLARIN
MODERN AİLE PLANLAMASI GEREKSİNİMLERİ VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİMDALI

DOKTORA TEZİ

Araştırma Görevlisi

Mahide DEMİRELÖZ AKYÜZ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Meltem ÇİÇEKLIOĞLU

İZMİR

2016

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan (Danışman)	Prof. Dr. Meltem ÇİÇEKLIOĞLU
Üye	Prof. Dr. Türkan GÜNAY
Üye	Prof. Dr. Esin ÇEBER TURFAN
Üye	Prof. Dr. Şafak TANER
Üye	Doç.Dr.Beyhan CENGİZ ÖZYURT

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih:

ÖNSÖZ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yapmış olduğum doktora sürecinde eğitimime katkı sağlayan tüm hocalarıma, tezimin hazırlanma aşamasında bana yol gösteren Sevgili Danışmanım Prof.Dr. Meltem Çiçeklioğlu'na, Prof.Dr. Esin Çeber Turfan ve Prof.Dr. Şafak Taner'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Bu süreç boyunca manevi desteklerini esirgemeyen, Babam'a, Annem'e, Kardeşim'e ve Eşime teşekkür ederim.

MAHİDE DEMİRELÖZ AKYÜZ

İZMİR,2016

ÖZET

DOĞUM SONU DÖNEMDE KADINLARIN MODERN AİLE PLANLAMASI GEREKSİNİMLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu araştırmada, son iki yılda doğum yapan 15-49 yaş arası evli kadınların doğum sonu dönemde modern aile planlaması yöntem gereksinimleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Kesitsel analitik olarak planlanmış bu çalışmanın evrenini, 75. Yıl, Cengizhan ve Alpaslan mahalle muhtarlıklarına kayıtlı, son bir yılda doğum yapan kadınlar oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini Mahalle muhtarlıkları listesinden elde edilen son bir yılda doğum yapan, toplam 363 kadından 347'si oluşturmuştur. Bu kadınlara ev ziyaretleri sırasında sosyo-demografik, doğurganlık özellikleri ve AP yöntem kullanımları konusundaki görüşlerine ilişkin toplam 86 sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır. Kadınlara anket formu uygulandıktan sonra evlerine “Modern Aile Planlaması Yöntem Kullanımı”na ilişkin eğitim broşürü bırakılmıştır. Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınarak gerçekleştirilmiştir. Kadınların doğum sonu dönemde modern AP yöntem kullanımında, karşılanmayan modern AP gereksinim durumunu etkileyen faktörlerin; sosyo-demografik, doğurganlık özellikleri, ve AP danışmanlığı alma durumu ile ilişkilerinin incelenmesinde ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Doğum sonu dönemde herhangi bir yöntem kullanan kadın oranı, %70.9 olmak üzere; %51.9'unun modern, %19'unun geleneksel yöntem kullandığı bulunmuştur. Kadınların, doğum sonu dönem karşılanmayan modern AP gereksinim düzeyi %48.1 olarak belirlenmiştir. Kadınların, %41.2'sinin doğumla sonuçlanan son gebelikleri planlanmadan gerçekleşmiştir. Son gebeliklerini istemeyen kadınların; %16.8'i kondom, %13.2'si oral kontraseptif, %2.1'i rahim içi kullanırken plansız bir gebelik yaşamıştır. Kadınların doğum sonu dönemde kullanmakta oldukları AP yöntem seçiminde rol oynayan kişiler arasında; %43.9 oranı ile eşlerinin ilk sırada yer aldığı ve halen her beş kadından birinin eşi istemediği için herhangi bir AP yöntemi kullanmadığı saptanmıştır. Doğum sonu dönemde kadınların; %27.9'unun rahim içi araç, %15.6'sının kondom, %8.1'inin oral kontraseptif, %0.3'ünün tüp

ligasyonu, %19'unun ise geri çekme yöntemi ile korunduğu saptanmıştır. Gelir algısı iyi, 30 yaşın altında, lise üzerinde eğitim gören kadınlarda karşılanmayan modern AP gereksinimi daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların evlilik kararında da aile etkisi olanlarda karşılanmayan modern AP gereksinimi daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Eşleri 30 yaş ve üzeri olan kadınlarda 30 yaş altı olanlara göre daha yüksek düzeyde karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimi saptanmıştır ($p<0.05$). Doğum sayısı üçün altında olan kadınlarda karşılanmayan modern AP gereksinimi daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Doğurganlık çağı boyunca isteyerek düşük yapan kadınlarda hiç düşük yapmayanlara göre karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimi daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelikleri sürecinde, kadınların %5.5'ine Aile Sağlığı Merkezi tarafından hiç izlem yapılmadığı bulunmuştur. Kadınların %51.3'ünü gebelikleri sürecinde aile planlaması danışmanlığı aldığı saptanmış olup sıklık sırasıyla; %33.1'inin devlet hastanesinden, %27'sinin üniversite hastanesi ve ebelik öğrencilerinden danışmanlık aldıkları belirlenmiştir. Tüm kadınların ancak %7.9'u birinci basamaktan aile planlaması danışmanlığı almıştır. Lohusalık döneminde, kadınların %10.4'ünün hiç izlenmediği, izlem yapılanların %89.6'sının da en az bir kez Aile Sağlığı Merkezi tarafından izlendiği belirlenmiştir. Araştırma grubunda, lohusalık döneminde izlem yapılmayanlarda karşılanmayan modern AP gereksinim düzeyi daha yüksek elde edilmiştir ($p<0.05$). Lohusalık döneminde, hastanede ve evde olmak üzere kadınların %35.7'sine AP danışmanlığı verilmiş olup bu kadınların yaklaşık yarısı danışmanlık hizmetini birinci basamaktan almıştır. Gebelik ve lohusalık dönemlerinde aile planlaması danışmanlığı almayan kadınlarda doğum sonu dönem karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimi yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Lohusalık döneminde Aile Sağlığı Merkezi'nden danışmanlık alanlarda karşılanmayan aile planlaması gereksinimi daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan ebelerden aile planlaması danışmanlığı alan kadınların karşılanmayan aile planlaması gereksinimi daha düşük saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Kadınların %48.1'inin doğum sonu dönemde herhangi bir modern aile planlaması yöntemi kullanmıyor olması karşılanmayan aile planlaması gereksinimleri olduğunun bir göstergesidir. Gebelik ve lohusalık dönemlerinde aile planlaması danışmanlığı almayanlarda, doğum sonu karşılanmayan modern aile planlaması gereksiniminin daha fazla görülmesi ve danışmanlık alanların yaklaşık

yarısının bu hizmeti birinci basamaktan alması modern aile planlaması danışmanlığında birinci basamak hizmetlerinin önem ve gerekliliğini vurgulamaktadır. Ayrıca, lohusalık döneminde Aile Sağlığı Merkezi'nden ve özellikle de ebelerden danışmanlık alanlarda karşılanmayan modern aile planlaması gereksiniminin daha düşük görülmesi açısından bu gereksinimin birinci basamakta ve özellikle de ebeler tarafından karşılanabilmesini sağlayacak modern aile planlaması danışmanlık hizmetlerine öncelik verilmesini ve buna yönelik hizmetlerin planlanmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Sonu Dönem, Aile Planlaması, Modern Yöntem Kullanımı, Karşılanmayan Gereksinim

ABSTRACT

EVALUATION OF FACTORS RELATED TO WOMEN'S MODERN FAMILY PLANNING NEEDS IN POSTPARTUM PERIOD

AIM: In this study, we aimed to evaluate the factors related to modern family planning method requirements of married women aged 15-49 in postpartum period.

MATERIAL AND METHOD

Planned as a cross-sectional analytical study, the universe of this study consists of those women giving birth in the last year and registered to 75. Yıl, Alparslan and Cengizhan Districts. The sampling of the study consisted of 347 women out of total 363 women having given birth in the last year who were selected from the lists obtained from district representative's office. During home visits, these women were administered questionnaires consisting of a total of 86 questions about their views on the use of family planning methods, socio-demographic and fertility characteristics. Once they had been administered the questionnaire, a training brochure regarding "Modern Family Planning Methods" was left to their homes. The research was conducted with the permission obtained from of Ege University Faculty of Medicine Ethics Committee. Chi-square test was used in the evaluation of the relationship between the factors affecting their unmet requirements in the use of modern family planning methods in postpartum period among women and their socio-demographic, fertility characteristics and the way they received family planning counseling.

FINDINGS: The proportion of women using any method in the postpartum period was 70.9%, while 51.9% of them stated that they used modern methods, with 19% having stated to be using traditional methods. The proportion of women's unmet modern family planning needs in postpartum period was determined as 48.1%. 41.2% of women's pregnancies that resulted in birth occurred as unplanned. Out of those women who did not want to end up with pregnancy experienced an unplanned pregnancy while using: 16.8% condoms, 13.2% oral contraceptives and 2.1% intrauterine. It was determined that their husbands ranked first with the proportion of 43.9% affecting their family planning decisions and that one in every 5 women still did not use any kind of family planning methods since their husbands did not want.

It was determined that 27.9% of women used intrauterine vehicle, 15.6% of them condoms, 8.1%, oral contraceptives, 0.3% of them tubal ligation and 19% of those women were protected relying on withdrawal method in the postpartum period. Unmet modern FP needs were found to be significantly lower among women with better income perception, under 30 years of age and higher education ($p < 0.05$). FP needs were found to be significantly higher among the women in whose marriage decision their families had influences ($p < 0.05$) Spouses higher level of unmet need for modern family planning than those in women who are under 30 years of age and over 30 years of age was found ($p < 0.05$). A higher rate of unmet modern family planning needs was determined among those with a husband older than 30 or more compared to those whose husbands were younger than 30. The unmet need for modern FP proportion was found to be higher in those with a birth number less than three ($p < 0.05$) The unmet need for modern FP was found to be higher in women who readily had abortion compared to those who never did during their childbearing age ($p < 0.05$) It was also found that 5.5% of women never had any monitoring by family planning centers during their pregnancies. 51.3% of the women were found to have family planning counseling during their pregnancies and the frequency of this was state hospital with 33.1% and 27% counseling from the university hospital and midwifery students respectively.

Of all women, only 7.9% of them received family planning counseling from primary care. We found that 10.4% of women had no monitoring in postpartum period, and of those monitored, 89.6% of them were monitored at least once by the Family Health Center.

In the study group, the level of unmet modern FP need was found to be higher in those without any follow-up during postpartum period ($p < 0.05$). Postpartum period, family planning counseling was provided to 35.7% of women both in the hospital and at home, about half of these women received counseling from primary care. Postpartum unmet modern family planning need was significantly higher in women who had no family planning counseling during pregnancy and postpartum period ($p < 0.05$). Unmet modern family planning need was found to be lower in women who had family planning counseling from Family Health Centers during postpartum period ($p < 0.05$). Unmet modern family planning need was found to be lower in

women who had family planning counseling from midwives working in Family Health Centers ($p < 0.05$).

Results: The fact that 48.1% of women is not using any modern method of family planning in the postpartum period is an indication of their unmet need for family planning. The higher need for modern family planning in those who do not receive family planning counseling during pregnancy as well as the postpartum period and the fact that almost half of those receiving counseling receive the service from primary care are both the indications of the necessity and importance of primary care services. Also, when looked in terms of the fact that the unmet modern family planning need was lower among those receiving counseling from Health Care Centers and particularly from midwives, it can be said that giving priorities to family planning counseling that could be performed in primary care by midwives and planning the process in this way are both of great importance.

Keywords: Postpartum Period, Family Planning, Modern Methods of Use, Unmet needs

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

ÖZET.....	I
İÇİNDEKİLER.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	X
ŞEKİL DİZİNİ.....	XIII
GRAFİK DİZİNİ.....	XIII

BÖLÜM I

1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu (Problem).....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Hipotezler	3
1.4. Varsayımlar (Sayıltılar)	4
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
1.6. Tanım ve Açıklamalar	4
1.7. Genel Bilgiler	6
1.7.1. Dünya’da ve Türkiye’de Doğurganlık/Nüfus Politikaları	6
1.7.2. Aile Planlamasının Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Önemi	8
1.7.3. Dünya’da ve Türkiye’de Aile Planlaması Yöntem Kullanımı.....	11
1.7.4. Dünya’da ve Türkiye’de Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksinim Durumu	14
1.7.5. Doğum Sonu Dönemde Aile Planlaması Yöntem Kullanımı.....	15
1.7.5.1. Doğum Sonu Dönemde Aile Planlaması Hizmet Kullanımını Etkileyen Faktörler	17
1.7.5.1.1. Hizmet Kullanıcısından Kaynaklanan Faktörler ...	18
1.7.5.1.2. Hizmet Sağlayıcısından Kaynaklanan Faktörler ...	20
1.7.6. Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık ve İletişim Süreci.....	24

2. BÖLÜM II

GEREÇ YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi.....	27
2.2. Araştırmanın Yeri	27
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örnek Grup.....	27
2.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	28
2.4.1. Bağımlı Değişken	28
2.4.2. Bağımsız Değişkenler.....	28
2.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	36
2.5.1. Veri Toplama Formları.....	36
2.5.2. Veri Toplama Yöntemi	36
2.6. Verilerin Analizi.....	37
2.7. Süre ve Olanaklar.....	38
2.8. Araştırmanın Etik Boyutu	39

3. BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin bulgular.....	41
3.2. Doğurganlık özellikleri ve AP yöntem kullanımına ilişkin bulgular.....	45
3.3. Gebelik döneminde izlem ve AP danışmanlık hizmeti alma durumlarına ilişkin bulgular.....	47
3.4. Kadınların lohusalık dönemi özellikleri ve AP hizmet alma durumlarına ilişkin bulgular.....	48
3.5. Kadınların doğum sonu bir yıl içinde AP yöntem kullanma durumlarına ilişkin bulgular	51
3.6. Kadınların halen AP yöntem kullanma durumlarına ilişkin bulgular	53
3.7. Karşılanmayan Modern AP gereksinim durumu ve ilişkili faktörler.....	58
3.7.1. Karşılanmayan Modern AP Gereksinimi.....	58
3.7.1.1. Sosyo-demografik özellikleri ile karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimi arasındaki ilişki.....	58
3.7.1.2. Sosyo-ekonomik özellikler ile karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumları arasındaki ilişki.....	61

3.7.1.3. Kadınların doğurganlık özellikleri ile karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumları arasındaki ilişki.....	61
3.7.1.4. Gebelik döneminde izlem ve aile planlaması danışmanlık hizmeti alma durumları ile karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumları arasındaki ilişki.....	64
3.7.1.5. Lohusalık dönemi kadınların özellikleri ve ap hizmet alma durumları ile karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimi arasındaki ilişki.....	65
4. BÖLÜM IV	
TARTIŞMA	
4.1. Kadınların sosyo-demografik ve doğurganlık özelliklerinin değerlendirilmesi.....	69
4.2. Kadınların doğum sonu dönemde aile planlaması yöntem kullanım durumları ve istenmeyen gebelik durumuna ilişkin bulguların değerlendirilmesi.....	70
4.3. Kadınların doğum sonu dönemde tercih ettikleri modern aile planlaması yöntemleri	74
4.4. Kadınların sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri ile doğum sonu dönem modern aile planlaması gereksinimini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi.....	79
4.5. Gebelik ve lohusalık döneminde aile planlaması danışmanlığı ve hizmet alma durumlarına ilişkin bulguların değerlendirilmesi.....	83
5. BÖLÜM V	
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	89
6. YARARLANILAN KAYNAKLAR.....	92
EKLER.....	104
EK 1 Doğum sonu dönemde kadınların aile planlaması gereksinimleri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesine ilişkin anket formu....	106
EK 2 Modern aile planlaması yöntemlerine ilişkin eğitim broşürü.....	112
EK 3 Etik Kurul İzni.....	114
EK 4 Kadınların doğum sonu bir yıl içinde aile planlaması yöntemini tercih etme ve temin etme durumlarına ilişkin bulgular.....	117

TABLolar DİZİNİ

TABLO NO	SAYFA NO
Tablo 1: Dünya’da herhangi bir yöntem ve herhangi bir modern yöntem kullanım oranları.....	12
Tablo 2: Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	42
Tablo 3: Kadınların sosyo-ekonomik faktörlerin dağılımı	43
Tablo 4: Eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	44
Tablo 5: Eşlerinin sosyo-ekonomik faktörlerine ilişkin dağılım	44
Tablo 6: Doğurganlık özellikleri ve aile planlaması yöntem kullanımına ilişkin bulgular	45
Tablo 7: Kadınların doğurganlık hedeflerine göre dağılımı	46
Tablo 8: Son doğumunu istemeyen kadınların doğumdan önce aile planlaması yöntemi kullanım durumu.....	46
Tablo 9: Gebelik döneminde aile planlaması danışmanlığı alan kadınlara verilen bilgilerin içeriğine ilişkin dağılımlar	47
Tablo 10: Gebelik döneminde alınan aile planlaması danışmanlığının sağlık kurumlarına göre dağılımı	48
Tablo 11: Kadınların doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanları	48
Tablo 12: Kadınların doğum sonrası adet döngüsünün başlama zamanları	48
Tablo 13: Lohusalık döneminde aile planlaması hizmetlerine ihtiyaç duyma,hizmet alma durumları.....	49
Tablo 14: Aile planlaması hizmeti almama nedenlerinin dağılımı	49
Tablo 15: Aile planlaması hizmetlerine ihtiyaç duymama nedenlerinin dağılımı...50	
Tablo 16: Lohusalık döneminde alınan aile planlaması danışmanlığının içeriğine ilişkin dağılım	50
Tablo 17: Lohusalık döneminde aile planlaması danışmanlığı hizmeti alınan birimler	51
Tablo 18: Doğum sonu dönemde aile planlaması yöntem kullanma durumları.....	51
Tablo 19: Modern yöntem kullanmama nedenlerine ilişkin dağılımlar	52
Tablo 20: Kadınların doğum sonu dönem aile planlaması yöntem kullanımına başlama zamanları.....	52

Tablo 21: Kadınların doğum sonu dönemde kullandıkları aile planlaması yöntemine ödedikleri ücretin aile bütçesini etkileme durumları.....	52
Tablo 22: Aile planlaması yöntemini kullanmaya başladıktan sonra aile planlaması hizmeti aldıkları birim/kişi ve aldıkları hizmetler.....	53
Tablo 23: Kadınların doğum sonu kullandıkları yöntemi bırakma/değiştirme nedenleri.....	54
Tablo 24: Kadınların halen aile planlaması yöntem kullanma durumları	54
Tablo 25: Halen kullanılan aile planlaması yöntemlerini tercih etme nedenleri	55
Tablo 26: kadınların halen kullandıkları aile planlaması yöntem seçiminde rol oynayan kişiler	56
Tablo 27: Kadınların halen kullandıkları modern aile planlaması yöntemini temin ettikleri kişi	56
Tablo 28: Kadınların halen kullandıkları aile planlaması yöntemini temin ettikleri birimler ve seçme nedenlerine göre dağılımları.....	57
Tablo 29: Kadınların halen yöntem kullanmama nedenlerinin dağılımı	57
Tablo 30: Kadınların aile planlaması gereksinimlerinin karşılanma durumu.....	58
Tablo 31: Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumlarına göre dağılımı	59
Tablo 32: Eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumlarına göre dağılımı	60
Tablo 33: Sosyo-ekonomik faktörlerin karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumlarına göre dağılımı	61
Tablo 34: Kadınların doğurganlık özelliklerinin karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumlarına göre dağılımı	62
Tablo 35: Kadınların doğurganlık hedefleri ile karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimi durumlarının karşılaştırılması	63
Tablo 36: Gebelik döneminde aile planlaması danışmanlığı ile ilgili faktörlerin karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumlarına göre dağılımı	64
Tablo 37: Lohusalık döneminde aile planlaması danışmanlığı ile ilgili faktörlerin karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumlarına göre dağılımı	66

Tablo 38. Lojistik Regresyon Analizine Göre Karşılanmayan Gereksinim Durumuyla ilişkili Faktörler.....	67
Tablo 39: Doğum sonu dönemde kullanılan aile planlaması yöntemlerini tercih etme nedenleri	118
Tablo 40: Kadınların doğum sonu dönem aile planlaması yöntem seçiminde rol oynayan kişiler.....	119
Tablo 41: Kadınların doğum sonu dönemde aile planlaması yöntemini temin ettikleri kişi.....	119
Tablo 42: Doğum sonu dönemde kadınların doğum sonu aile planlaması yöntemini temin ettikleri birimlere ilişkin dağılımlar	119
Tablo 43: Kadınların doğum sonu dönemde aile planlaması yöntemini temin ettikleri birimler ve seçme nedenlerine göre dağılımları	120

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİL NO

SAYFA NO

Şekil 1: Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	38
--	----

GRAFİK DİZİNİ

GRAFİK NO

Grafik 1: Dünya’da aile planlaması yöntem kullanımındaki değişmeler...11	
Grafik 2: Türkiye’de herhangi bir aile planlaması yöntem kullanımındaki değişmeler.....13	
Grafik 3: Dünya’da 15-49 yaş arası evli ve bekar kadınlarda karşılanmayan aile planlaması gereksiniminin yıllara göre değişimi.....14	
Grafik 4: Türkiye’de 15-49 yaş arası evli kadınlarda aile planlaması karşılanmayan aile planlaması gereksinimi oranının yıllara göre değişimi15	

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU VE ÖNEMİ (PROBLEM)

Cinsel sağlık ve üreme sağlığının önemli bir boyutunu oluşturan aşırı doğurganlık ve istenmeyen gebeliklere bağlı olarak meydana gelen ölüm ve hastalıklar gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde öncelikli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Bu sorunların çözülebilmesi ise modern aile planlaması (AP) yöntem kullanımlarının artırılmasıyla mümkün olabilecektir (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14).

Uluslararası anlaşmalarla, bireylerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman aralıklarında çocuk sahibi olmaları temel bir insanlık ve üreme hakkı olarak teminat altına alınmaya çalışılsa da, dünyada her yıl AP hizmetlerine erişemeyen 300 milyon çift istenmeyen gebelik nedeniyle çocuk sahibi olmaktadır. Bu durum, kadın sağlığı ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyerek anne-bebek ölümleri başta olmak üzere, gebelik ve doğum sonu dönemdeki riskleri arttırmaktadır.

Birleşmiş Milletler (BM) Milenyum Hedeflerinden biri olan dünya genelinde AP olanaklarına erişim sağlanabildiği takdirde; cinsiyet eşitliği sağlanabilecek ve istenmeyen gebelikler önlenerek anne-bebek ölümleri azaltılacak, anne sağlığın iyileştirilmesi sağlanabilecektir (7,12,15,16,17,18).

Ülkemizde istenmeyen gebelikler ve doğumlar, azalma eğiliminde olmasına rağmen halen varlığını sürdürmektedir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre; %18 olan istenmeyen doğumların yüzdesi 2013 yılında %12.5'e gerilemiştir. Ancak %11.2 olan planlanmayan gebelikler de (zamanlaması uygun olmayan) eklendiğinde istenmeyen ve plansız gebelik oranı %23.7 olarak gerçekleşmiştir (1,2,3,4,7,8,9,11,14,19). Bu sorunların önlenmesi konusunda en temel etkinlik AP hizmetlerinin kullanılmasında yaşanan sorunların giderilmesidir. İstenmeyen gebeliklerin, özellikle de doğum sonu dönemde herhangi bir AP yöntemi kullanmayan kadınlarda sık görülmesi, bu dönemin önemini arttırmaktadır (16,17). Doğumdan sonra ilk 24 ay boyunca gereksinimi

olduğu halde AP hizmeti alamayan kadınlara sunulan hizmetler sayesinde, istenmeyen ve sık aralıklı gebeliklerin önlenmesi mümkün olabilir (16,17,20, 21).

Doğum sonu dönemde iki yıldan kısa aralıklarla yaşanan gebeliklerde; perinatal infant ve maternal mortalitenin daha yüksek olduğu ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğma riskinin arttığı saptanmıştır (1,2,3,16,17). Doğum sonu dönemde kadınların herhangi bir modern yöntem kullanımı ve gebeliklerinin de en az iki yıl ara ile olması sağlandığında anne ve bebek ölümlerinde önemli düzeyde azalmalar sağlanabileceği, anne sağlık göstergelerinde iyileşme kaydedileceği ve gebelik sırasındaki risklerin azalabileceği bilinmektedir (2,16,17,22,23).

Doğurganlık hedefine ulaşmış ve/veya başka çocuk ya da bir süre çocuk istemeyen aile planlamasına ihtiyacı olan ancak modern AP yöntemi kullanmayanlar için “karşılanmayan gereksinim” tanımı kullanılmaktadır (22,24). Ülkemizde ve dünyada doğum sonu dönem, ana çocuk sağlığı ve AP hizmetleri içerisinde önemli bir yere sahip olup, bu dönemde sunulan hizmetler koruyucu sağlığın temel bir bileşeni olarak görülmektedir (16,17,25,26,27). Kadınların kendilerine yönelik sunulan sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin sağlanmasında ve “modern” AP yöntemlerinin kullanımının artırılmasında sağlık çalışanlarına da önemli sorumluluklar düşmektedir (28,29). Başta ebeler olmak üzere sağlık profesyonelleri tarafından doğum öncesi izlemler sırasında modern AP yöntemlerinin olası yan etkileri ve diğer yöntemler hakkında iyi bilgilendirilmiş olan kadınlar, gebeliği önleyici hangi yöntemi kullanmak isteyecekleri konusunda daha bilinçli seçim yapabilecektir. Böylece AP için toplumda “karşılanmayan gereksinim” azalacaktır (8,11,19,24).

Karşılanmayan modern AP gereksinimin çözümünde öncelikle durumun saptanması gerekir. Ülkedeki karar vericiler ve program yürütücülerin, plan yapabilmeleri için halen mevcut olan kontraseptif kullanım durumunu, kullanma zamanlarını ve AP yöntem kullanımını etkileyen faktörleri, gelecekte yöntem kullanma niyeti ve AP hakkındaki tutumlar ile ilgili bilgilere gereksinimi vardır (20,21,22, 30,31).

Bu konuda yapılacak araştırmalardan elde edilecek bilgiler, gebelik sürecinde ve doğum sonu dönemde AP hizmetlerinin geliştirilmesi ve kadınların modern yöntemlerle gebelikten korunma davranışlarının artırılmasına yönelik yürütülecek yerel ya da ulusal programlar için de yarar sağlayabilecektir. Bu nedenle

kadınların doğum sonu gebelikten korunma davranışları ve bu davranışı etkileyen faktörlerle ilgili çalışmalar var olan durumu ortaya koyması ve hizmetlerin gereksinime yönelik planlanması açısından önemli ve gereklidir (32,33,34,35,36,37,38).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada, son iki yılda doğum yapan 15-49 yaş arası evli kadınların doğum sonu dönemde modern aile planlaması yöntem gereksinimleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Alt Amaçlar:

- Kadınların sosyo-demografik özellikleri ile doğum sonu dönemde karşılanmayan modern AP gereksinimiyle olan ilişkilerinin değerlendirilmesi,
- Kadınların gebelik sürecinde, danışmanlık hizmeti alma durumlarının, doğum sonu dönemde karşılanmayan modern AP gereksinimiyle olan ilişkilerinin değerlendirilmesi,
- Kadınların lohusalık döneminde, danışmanlık hizmeti alma durumlarının, doğum sonu dönemde karşılanmayan modern AP gereksinimiyle olan ilişkilerinin değerlendirilmesi,

Uzak Erimli Amaç:

Bu araştırmadan çıkan sonuçların doğum sonu istenmeyen gebeliklerin anne çocuk sağlığını en çok etkilediği iki yıllık dönemde önlenmesi ve danışmanlık hizmetlerine ağırlık verilmesi konusunda yapılacak çalışmalara ışık tutması amaçlanmıştır.

1.3 HİPOTEZ

H1: Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre doğum sonu karşılanmayan modern AP gereksinimi açısından fark vardır.

H2: Kadınların gebelik döneminde AP danışmanlık hizmeti alma durumuna göre karşılanmayan modern AP gereksinimi açısından fark vardır.

H3: Kadınların lohusalık döneminde AP danışmanlık hizmeti alma durumuna göre karşılanmayan modern AP gereksinimi açısından fark vardır.

1.4. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

1. Anketlerin, örnek gruba uygulanmadan önce küçük bir grupta pilot uygulamayla test edilmesi ile gerekli düzeltmelerin yapılması anketi geçerli kılmıştır.
2. Anketi cevaplandıran katılımcıların tamamının anketleri cevaplandırmada samimi ve gönüllü olduğu varsayımından yola çıkılmıştır.

1.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmada, kadınların AP hizmet kullanımına ilişkin soruları yanıtlamaları sırasında hatırlama problemi yaşaması bir sınırlılık olarak kabul edilmektedir. Araştırma sürecinde olmamasına rağmen anket uygulaması sonrasında kadınların soru ve sorunlarına cevap verilmek durumunda kalınmış ve ihtiyacı olan kadınlara AP eğitim ve danışmanlığı verilmesi ve veri toplama aşamasının yaz dönemine, okulların tatil olma sürecine denk gelmesi nedeniyle kadınların evde bulunamaması verilerin toplanma sürecinin uzamasına neden olmuştur. Çalışmada; sadece gebelik sürecinde ailesinin yanına gelip doğumunu yaptıktan sonra asıl yaşadıkları yere giden kadınların bulunması, başka bir şehir ya da ilçeye taşınma veya ev ziyaretini kabul etmeme nedenleriyle veri kaybı gerçekleşmiştir.

1.6. TANIM VE AÇIKLAMALAR

Aile Planlaması: Ailelerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda ve en uygun zamanda çocuk sahibi olmaları veya çiftlerin ekonomik olanaklarına, kişisel isteklerine göre çocuk sayısını tayin etmeleri ve doğumlar arasında istedikleri aralığı sağlamalarıdır.

Modern Aile Planlaması Yöntemleri: Oral kontraseptif, rahim içi araç, enjeksiyonlar, implanon, diyafram, kondom, tüp ligasyonu ve vazektomi, acil kontrasepsiyon modern yöntemler olarak tanımlanmaktadır.

Doğal Aile Planlaması Yöntemleri: Takvim Yöntemi, laktasyonel amenore, semptomal yöntem doğal aile planlaması yöntemleri olarak tanımlanmaktadır.

Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri: Takvim yöntemi, geri çekme ve diğerleri (Vajinal yıkama vb.) geleneksel kontraseptif yöntemler olarak değerlendirilmiştir (11,12, 38,39,40, 41,42).

Aile Planlamasında Karşılanmayan Gereksinim(KAPG):

Dünyada ilk kez 1960'lı yıllarda tanımlanan karşılanmayan AP gereksinimi, kadınların gebeliği istememelerine rağmen herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmamalarına dikkat çekmek için ortaya atılmıştır. Bu kavramsal boşluk ve bilgi-tutum-davranış arasındaki bağlantı (KAP-gap), 1980'li yıllara kadar ulusal çapta yapılan nüfus sağlık araştırmaları ile değerlendirilmeye çalışılmıştır (12,16,17,43,44,45,46). Kavram basit gibi görünse de karmaşıktır ve zaman içinde değişiklik göstermiştir. Bu karmaşıklığı gidermek adına karşılanmayan gereksinim ölçümü için standart formüller geliştirilmeye başlanmıştır. Westoff's'un, 1988'de ayrıntılı olarak geliştirdiği, karşılanmayan gereksinim ölçümünün zaman içerisinde kavramsal yapısında değişiklik olmamış ve yapılan geniş tabanlı araştırmalar sonucu çoğu demograf tarafından AP karşılanmayan gereksinim düzeyi için, standart ölçüm olarak kabul edilmiştir (45,46). Westoff's'un, "***Genişletilmiş İçerikli, Modern Aile Planlaması Karşılanmayan Gereksinimi***" olarak adlandırılan tanımı; Evli olmayan ancak cinsel yönden aktif, düzenli/ modern yöntem kullanmayan kadınlar ile halen evli olan ve başka çocuk sahibi olmak istemeyen ya da başka çocuk sahibi olmadan önce iki yıl veya daha fazla beklemek isteyen, buna karşın halen herhangi bir modern yöntem kullanmayan kadınlar karşılanmayan AP ihtiyacı olan, başka bir deyişle AP hizmet-istem açığı oluşturan kadınlar olarak ifade edilmektedir (43,44,45,46).

Ülkemizde ise KAPG, ilk kez 1993'te yapılmaya başlayan, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları kapsamında "Aile Planlamasında Hizmet-Talep Açığı" şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanıma göre; halen gebeliği önleyici yöntem kullanmayan, ancak doğurganlığını sonlandırmak isteyen kadınlar ile bir sonraki doğumunu en az iki yıl sonra yapmak isteyen kadınlar "Aile Planlamasında Karşılanmayan Gereksinim" grubu olarak tanımlanmıştır. Genişletilmiş içerikli "Modern Aile Planlaması Karşılanmayan Gereksinim"den farklı olarak, TNSA'nın KAPG tanımında bazı kriterlerin yer almadığı görülmektedir (2, 22,23,24,39,40,41,47,48,49,50).

Ülkemizdeki KAPG tanımında; geri çekme ve diğer geleneksel geleneksel yöntem kullanan kadınlar, karşılanmayan gereksinim grubu içinde tanımlanmamaktadır (11,51). Oysa, geleneksel yöntemlerde daha fazla yöntem başarısızlığı görüldüğü için, karşılanmayan gereksinimin modern AP yöntem

kullanımı üzerinden değerlendirilmesi önemlidir. Bunun yanı sıra ülkemizdeki KAPG tanımında, bekar ve cinsel yönden aktif olan kadınlara da gereksinim kapsamında yer verilmemiştir.

Bu çalışma kapsamında kullanılan KAPG tanımı ise; doğum sonu dönemdeki kadınlara özgü olup; “Doğum Sonu Dönem Karşılanmayan Modern AP Gereksinimi” şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanım ise; 2013 yılında doğum yapmış, herhangi bir modern yöntem kullanmayan tüm kadınlar karşılanmayan AP ihtiyacı olan yani başka bir deyişle AP hizmet-istem açığı oluşturan kadınlar olarak ele alınmıştır. Doğum sonu iki yıllık dönemde yaşanacak bir gebeliğin anne ve çocuk sağlığını olumsuz yönde etkileme riskinin yüksek olması nedeni ile bu dönemde gebe kalmak tıbbi olarak önerilmemektedir. Bu nedenle araştırmaya dahil edilen ve modern yöntem kullanmayan tüm kadınlar karşılanmayan modern AP gereksinimi tanımına dahil edilmiştir.

1.7.GENEL BİLGİLER

1.7.1. Dünya’da ve Türkiye’de Doğurganlık/Nüfus Politikaları

Dünya’da Birinci Dünya Savaşı sonrasında azalan nüfus, 1960’lı yılların başına kadar artış göstermiştir. Yoksulluğun giderek yaygınlaşması ve süreklilik kazanması, sosyal ve ekonomik eşitsizlikler, aşırı nüfus artışı, çevresel kirlenme ortak sorunlar olarak ortaya çıkmıştır. 1960’lı yıllardan itibaren nüfus artışının kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri dikkat çekmeye başlamış ve tüm bunları önlemeye yönelik nüfus konusunda uluslararası işbirliği artırılarak, çözüm odaklı programlar ve hedefler geliştirilmeye başlanmıştır. Bu nedenle, 1974’te Bükreş’te demografik yaklaşım temalı, sağlığa ilişkin kaygıların artmasıyla birlikte 1984’te Mexico City’de ve 1994’de insan hakları ve gereksinimlerini tartışmak üzere Kahire’de toplantılar yapılmıştır. Kahire’de 1994 yılında düzenlenen Birleşmiş Milletler, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında (International Conference on Population Development) nüfus konusu her yönü ile ele alınarak, Cinsel ve Üreme Sağlığı (CSÜS) ve üremeye ilişkin hakların; sürdürülebilir kalkınma, sürdürülebilir ekonomik büyüme ve tüm insan haklarına ulaşmada temel olduğu kabul edilmiş ve her gebeliğin istenen gebelik olması gerektiği belirtilerek üreme sağlığına verilen önem vurgulanmıştır. Böylece 20. yüzyılda üreme sağlığı hizmetlerinin

yaygınlaştırılması ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi için yapılan plan ve uygulamalar kadın sağlığı alanında önemli gelişme sağlamıştır (2,52,53,54,55,56).

Dünya Tabipler Birliği'ne ilişkin; Cenevre Bildirgesi, Aile Planlaması ve Kadınların(korunma) Doğum Kontrol Hakları Konusundaki Kararı, Aile Planlamasına İlişkin Duyurusu, Aile Planlaması ve Kadının Kontrasepsiyon Hakkı Üzerine Raporu gibi birçok belgesinde AP hizmetlerine erişim hakkı ve bu hizmetlerin sunumunun uluslararası düzeyde mevzuatlarla ülke sağlık sistemlerinin önemli bir parçası olarak verilmesinin bir hak olduğu vurgulanmıştır. Bilindiği üzere “üreme hakkı” bireylerin çocuk sahibi olup, olmamaya ve ne zaman çocuk sahibi olacağına karar verme hakkını, kadının gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi sahibi olma ve bunlara ulaşabilme hakkını ve çiftlerin sağlıklı bir bebeğe sahip olabilecekleri en iyi koşulları sağlayacak, uygun sağlık bakım hizmetlerinden yararlanabilme hakkını da kapsar (57). Benzer şekilde, “Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığı Önlenmesi Sözleşmesi'nde (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women,CEDAW) de doğurganlığın düzenlenmesinin bireyin özgürce vereceği bir karar olduğu ve sağlık hakkı ve üreme hakları kapsamında kendisine bu imkanların sunulması gerektiği vurgulanmıştır. Türkiye'nin de uluslararası düzeyde imza attığı bu anlaşmalar da etik tartışmalara yer vermeksizin AP hizmetlerinin herkese eşit bir şekilde sunulması öncelikli insan hakkı olduğu belirtilmektedir (58).

Ülkemizde 1965 yılına kadar nüfusu arttırmaya yönelik uygulanan pronatalist politikaların yerini nüfusu azaltmaya yönelik antinatalist politikaların alması ve üreme sağlığına verilen değerin artmasıyla birlikte yasal düzenlemelere gidilmiştir. 1965 yılında çıkarılan 507 Sayılı ilk Nüfus Planlaması Yasası ile kontraseptif yöntemlerin daha yaygın kullanılmasını sağlamak için; gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili bilgi ve eğitim verilmesi, cerrahi sterilizasyon yöntemleri hariç tüm gebeliği önleyici yöntemlerin sunulması, yalnızca tıbbi nedenlerle isteyerek düşüklere ve cerrahi sterilizasyona izin verilmesi gerektiği yasal olarak kabul edilmiştir. 1983 yılında çıkarılan “2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Yasa” ikinci antinatalist nüfus politikası yasasında ise 10 hafta dahil isteyerek düşük, istek üzerine serbest bırakılmış, pratisyen hekimlere küretaj yetkisi verilmiş, cerrahi sterilizasyon serbest bırakılmış ve ebe-hemşirelere RİA gibi etkili gebeliği önleyici yöntemleri uygulayabilme yetkisi verilmiştir (2,20,21,39,53,54,55,56,61).

Bu yasalar sayesinde; doğurganlığın düzenlenmesi hizmetlerinde ebe ve hemşire sayısı artmış, rahim içi araç kullanımı ikiye katlanmış ve ana-çocuk sağlığı göstergelerinde belirgin iyileşmeler gözlenerek, karşılanamayan gereksinim azalmıştır. Ancak ülkemizde 30 yılı aşkın bir süredir uygulanan, ailelere gerekli bilgi ve hizmeti sunarak doğurganlıkları ile ilgili özgürce ve bilinçli seçim yapmalarını sağlayan nüfus politikaları ve AP çalışmaları ile ilerlemeler kaydedilmiş olsa da, karşılanmayan AP gereksinimi devam etmektedir (2,16,17,20,21,39,53, 54,55,56,58,62,63,64,65,66,67).

Özellikle, ülkemizdeki sağlık ortamına yapısal bir müdahale olan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” ve onun önemli bileşenleri aile hekimliği ve sağlığın finansman boyutu olan katkı payı ve prim uygulamaları ve sağlık profesyonellerinin dışında gelişen etkilerden dolayı kadın sağlığı olumsuz yönde etkilenmeye devam etmektedir. Ülkemiz için özel öneme sahip AP hizmetlerinin de toplumsal ölçekli bir planlamadan yoksun biçimde sunulması ile önemli aksamalar yaşanmaktadır. Bu süreçte sağlık personelinin AP hizmet sunumunda da aksaklıklar söz konusu olmakta, yoğun iş yükü ve AP hizmetlerinin performans dahil olmaması gibi nedenler ile bu uygulama göz ardı edilmekte ve yöntem kullanım düzeyi istendik oranda artış göstermemektedir (68,69,70).

Yaşanan bu gelişmeler sonucunda aile hekimlerinin bir bölümü modern AP yöntemleri içinde önemli yere sahip olan rahim içi araç uygulaması hizmeti sunmamaya başlamış, AP hizmetlerinde kondom ve hap dağıtımını ağırlık kazanmış, danışmanlık hizmeti ve kişinin yöntemi seçimi gibi hakları göz ardı edilmiştir. Sonuç olarak; sağlık hizmet sunumuyla ilgili reformların kadın sağlığı üzerine en belirgin etkisi, doğum kontrolü kullanma hızlarında azalma şeklinde yaşanmaktadır (8,11,19,22,24).

1.7.2. Aile Planlamasının Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Önemi

Doğurganlığın düzenlenmesindeki temel amaç, gebelikler arasında ideal aralığın sağlanarak istenen çocuk sayısına ulaşabilmektir (7,13,15,16,17,18). Kadın sağlığını etkileyen önemli faktörlerden biri olan doğurganlık, bilinçli bir şekilde düzenlenmediğinde; istenmeyen ve riskli gebelikler yaşanmakta (18 yaş altı, 35 yaş üstü, 4'ten fazla ve 2 yıldan sık aralıklarla gebe kalma) ve buna bağlı olarak anne-bebek ölümleri artmaktadır.

Üremenin sağlıklı olabilmesi için kadının modern AP hizmetleri konusunda bilinçlenmesi ve kendi iradesiyle, güvenli ve sürekli kullanabileceği gebeliği önleyici modern yöntemler ile sağlığını riske atmadan doğurganlığını planlayabilmesi gerekmektedir (54,55,2,16,17,41). Ancak dünyada halen özellikle de gelişmekte olan ülkelerde, cinsel yönden aktif olan kadınların %17'sinin gebelik istemediği halde herhangi bir AP yöntemi kullanmadığı ve her yıl yaklaşık yarım milyon anne ölümünün aşırı doğurganlık ve istenmeyen gebelikler ile bunların sonuçlarına bağlı olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir (11,12,13,15, 16,17,18, 41,50, 54,55,71,72,73).

Tüm ülkeler için anne ölümlerinin boyutu, sağlık hizmetlerinin sağlanması ve kalitesi bakımından çok yönlü bir kalkınma ve gelişim göstergesidir. Birleşmiş Milletlerin 2015 yılı Bin Yıl Kalkınma Hedefleri arasında yer alan “1990-2015 yılları arasında anne ölüm sıklığını dörtte üç azaltma” hedefine ulaşamadığı, 1990’da yüz binde 532 olan anne ölüm sıklığının 2015’te yüz binde 303’e gerilediği ancak hedefe tam olarak ulaşılmadığı görülmektedir. Ekonomik ve yapısal yetersizliklerin dışında politik irade eksikliği de hedeflere ulaşamamasında önemli rol oynamaktadır (12).

Ülkemizde de aşırı doğurganlık ve gerçekleşen doğum sonrası yaşanan istenmeyen gebelikler sonucu yaşanan anne ölümleri halen varlığını sürdürmekte olup anne ölüm sıklığı 100.000’de 15.4 olarak belirtilmektedir (26,74).

Kadın sağlığının korunması ve iyileştirilmesi için gebelik aralıklarının iki yıldan kısa olmaması gerekmektedir. Bir gebeliğin sonlanması ile bir sonraki gebeliğin başlangıcı arasındaki süreyi ifade eden gebelik aralığının en az iki yıl olması gerekmektedir. Bir gebeliğin sonlanması ile diğer bir gebeliğin sonlanması arasındaki süre olarak tanımlanan doğum aralığının ise en az üç yıl olması gerekmektedir. Gebelik aralığının iki yıldan daha kısa olması, kadın sağlığı ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyerek, gebelik sırasındaki riskleri artırmakta, hatta anne-bebek ölümlerine bile neden olabilmektedir. Bu nedenle, doğum sonu verilecek AP hizmetleri yaşamsal öneme sahiptir.

Düşük ve orta gelirli 21 ülkede gerçekleştirilen Nüfus ve Sağlık Araştırmaları sonuçlarında, gebelik aralığı iki yıldan az olan kadınların sıklığı ortalama %40-55 olarak belirtilmektedir. Gebelik aralığının iki yıldan az olduğu en yüksek yüzdelerle sahip ülkeler; Pakistan (%60), Uganda (%59), Bihar (%57) gibi anne-bebek ölümlerinin de yüksek olduğu ülkelerdir (75). Bu oran, Amerika Birleşik Devletlerinde % 38, ve Kuzey Karolina’da % 42 olarak bildirilmiştir (45,76) Latin

Amerika'da geniş çaplı bir veri tabanını kullanarak yapılan çalışmada; en son yaşanan gebelik sonrası 12 aydan daha az gebe kalanların sıklığı % 17.4 iken 12-23 ay arasında gebe kalanların sıklığı % 25.6'dır (77). Türkiye'de ise TNSA 2013 verilerinde; doğumların yaklaşık %18'i 24 aydan kısa bir sürede gerçekleşmiş olduğu belirtilmektedir (11).

Gebeliğin planlanması, bir kadının üreme hayatı boyunca önemli olmakla birlikte, doğum sonu dönemde AP ve yöntem kullanımı diğer evrelere göre daha fazla önem taşımaktadır. Doğum sonrası dönem AP doğumdan sonraki ilk 12 ay boyunca istenmeyen ve sık aralıklı gebeliklerin önlenmesi açısından oldukça önemlidir (16,17,78,79). Çünkü aile planlamasında karşılanmayan ihtiyacı olan kadınların çoğu doğum sonu dönemdeki kadınlardan oluşmaktadır (16,17,78). Araştırmalar, doğum sonu dönemde AP gereksinimlerinin karşılanmasıyla; istenmeyen gebeliklerin ve buna bağlı anne ölümlerinin yaklaşık üçte iki oranında (%30-40), bebek ölümlerinin ise yaklaşık yarı yarıya azalabileceği bildirilmektedir (37,80,81,82,83).

Kısa gebelik aralığının; düşük doğum ağırlığı ve gebelik haftasına göre düşük ağırlıklı infant doğurma ve ölüm riskini arttırdığı bildirilmektedir (16,17,77,78,79,80,84,85). Çocuk ölüm riskinin, doğum sonu dönemde 12 aydan kısa aralıklarla gebelik yaşayanlarda en yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada beş yaş altı çocuk ölüm oranının, iki gebelik arası 24 ay olanlarda %13, 36 ay olanlarda ise %25 oranında daha düşük olabileceği belirtilmiştir (86). Başka bir çalışmada; son gebeliği üzerinden üç ay ve daha az süre geçmeden gebe kalan kadınların obstetrik komplikasyon ve gebelik kaybı sıklıklarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (79). Bu nedenle gebelik ve doğumlar arasında geçen süre önemlidir. Dünya Doğurganlık Araştırması da benzer sonuçları göstermekte ve bir doğumdan diğer doğuma kadar en az iki yıl ara verilmesiyle bebeklerin yaşam şansının ortalama %50 artacağı belirtilmektedir (87). Yapılan bir diğer çalışmada; sık aralıklarla doğum yapan kadınlarda anemi daha fazla görülürken, gebelik aralığı 12 aydan daha uzun olan multipar kadınlarda hemotokrit düzeyi nullipar kadınlardan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (88). Ülkemizde Malatya'da yürütülen bir çalışmada, doğum aralığı bir yıl ve az olan annelerin diğerlerine oranla üç kat daha fazla oranda düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip oldukları saptanmıştır (89). Van'da yapılan bir çalışmada da gebelikler arasındaki

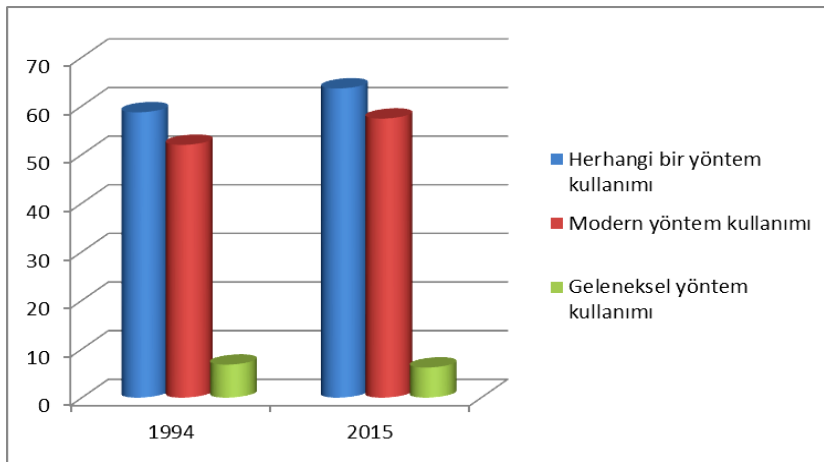
aralık kısa olan kadınların mevcut gebelikleri sürecinde antenatal takip için polikliniğe başvurma sıklıkları % 36.4 ile diğer gebelere oranla daha düşük olarak saptanmıştır (90). Daş'ın çalışmasında kadınların %44,7'sinde iki doğum arasında geçen sürenin 24 aydan kısa olduğunu belirtilmiştir (91).

Gebelikler arasındaki sürenin kısa olması nedeni ile yaşanan benzer sorunların azaltılabilmesi için doğum sonu dönemde tekrar gebe kalmak istemeyen ve tıbbi olarak gebe kalması sakıncalı olan kadınların AP açısından karşılanmayan gereksinimlerinin giderilmesi oldukça önemlidir. Anne ve bebek sağlığına yapılacak böyle bir müdahale hem ülkenin sosyal ve ekonomik gelişimi hem de genel nüfus politikaları üzerinde olumlu bir etki yaratılacaktır.

1.7.3. Dünya'da ve Türkiye'de Aile Planlaması Yöntem Kullanımı

Doğurganlığın düzenlenmesiyle ilgili yürütülen uygulamalara rağmen, özellikle gelişmekte olan ülkelerde halen kadınların %17'sinin yeni bir gebelik istemediği halde herhangi bir AP yöntemi kullanmadığı ve aşırı doğurganlığın getirdiği risklerle karşı karşıya olduğu belirtilmektedir. Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Daire Başkanlığı Nüfus Bölümü 2015 yılı verilerine göre dünyada üreme çağındaki 15-49 yaş arası kadınların doğurganlık çağı boyunca %64'ü herhangi bir AP yöntemi kullanmıştır. Halen herhangi bir yöntem kullanan kadın oranı %63.6, herhangi bir modern yöntem kullanan oranı ise %57.4'tür. Her ne kadar 20 yılda modern yöntem kullanımında artış olsa da bu artışın yeterli düzeye ulaşmadığı görülmektedir (12). (Grafik 1).

Grafik 1: Dünya'da Aile Planlaması Yöntem Yöntem Kullanımındaki Değişmeler



Kaynak: United Nations,2015.

Dünyada değişik ülke ve bölgelerde modern AP yöntem kullanım sıklıkları da farklılık göstermektedir. Asya ülkelerinde herhangi bir AP yöntem kullanım sıklığı Afrika ülkelerine göre yaklaşık iki kat fazladır. Bunun nedeni olarak, Çin’de uygulanan tek çocuk politikası olduğu ve Çin’de AP yöntem kullanımının %83.4 olduğu belirtilmektedir. Afrika ülkelerinde coğrafi bölgeler arası erişimdeki eşitsizlik nedeniyle oranlarda büyük farklılıklar dikkat çekmektedir. Güney Afrika’da yöntem kullanım sıklığı %63.9 iken Batı Afrika’da bu oran %16.7 şeklinde bildirilmektedir. Dünya verilerine ilişkin ayrıntılı bilgiler Tablo 1’de yer almaktadır (12).

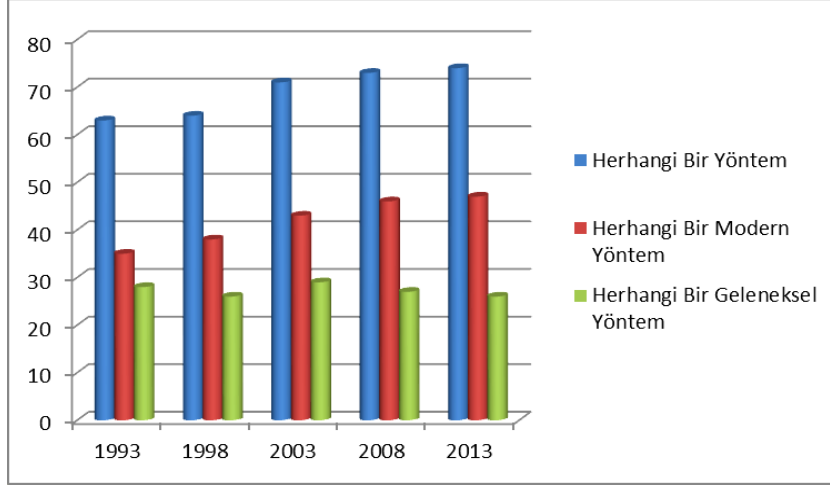
Bu sonuçlar, AP yöntem kullanımında ülke nüfus politikasının, kültürün, gelişmişliğin, sosyo-ekonomik göstergelerin etkisinin olduğu görüşünü desteklemektedir.

Tablo 1. Dünya’da Herhangi Bir Yöntem ve Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanım Sıklıkları

Ülkeler	Herhangi Bir Yöntem Kullanım Sıklığı (%)	Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanım Sıklığı (%)
Asya	67.8	61.8
Afrika	33.4	28.5
Latin Amerika ve Karayipler	72.7	66.7
Kuzey Amerika	74.8	69.3
Okyanus	59.4	54.8
Avrupa	69.2	58.8
Az Gelişmiş Ülkeler	39.5	33.7

Ülkemizde beş yılda bir yapılan Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA-2013) sonuçlarına göre son yirmi yılda AP yöntemi kullanan kadınlarda artış olmakla birlikte, kullanılan yöntemler arasında geleneksel yöntem kullanım sıklığının halen oldukça yüksek olduğu dikkat çekmektedir (11,19,51,92,93). (Grafik 2).

Grafik 2: Türkiye’de Herhangi Bir Aile Planlaması Yöntem Kullanımındaki Değişmeler

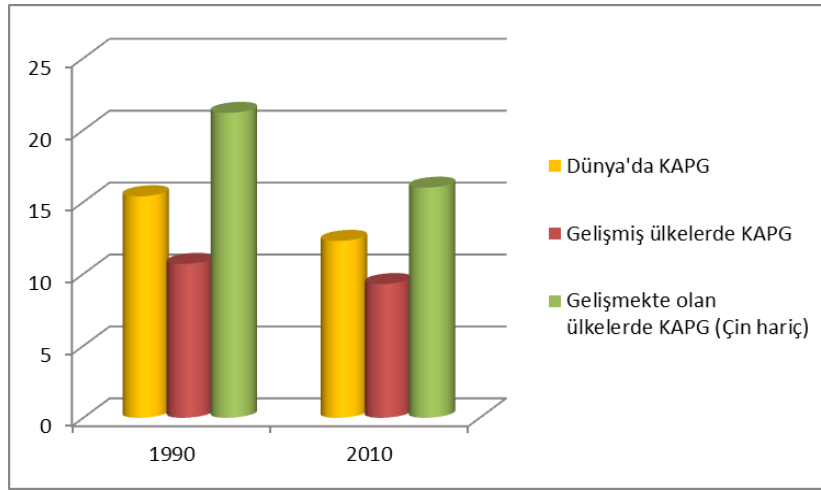


TNSA 51, sonuçlarına göre; doğurgan çağda ve halen evli olan kadınların, %62.6’sı herhangi bir gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktayken bunların sadece %34.5’i modern, %28.1’i geleneksel yöntem kullanmaktadır. TNSA-2013’ün sonuçlarına göre ise; doğurgan çağda ve halen evli olan kadınların, %73.5’i herhangi bir gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktayken bunların sadece %47.4’ü modern bir yöntem kullanmakta, %26’sı geleneksel yöntemleri kullanmaktadırlar. TNSA 2013’te halen evli dört kadından birinin geleneksel bir yöntem olan geri çekme yöntemi kullandığı belirlenmiştir (51,11). AP yöntemi olarak geleneksel yöntem kullanılması yeni bir gebeliğin istenmediğinin göstergesi olması açısından önemlidir. Ancak bu çiftlerin modern yöntem kullanmamaları nedeni ile yeni bir gebelik ile karşılaşma riski yüksektir. Bu durumda karşılanmayan modern AP gereksinimi sağlık çalışanlarının en çok önem vermesi gereken gösterge olarak değerlendirilmelidir (94,95,96,97,98,99,100,101,102,103,104,105,106,107).

1.7.4. Dünya’da ve Türkiye’de Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksinim Durumu

Dünya’da 1990-2010 yılları arasındaki, karşılanmayan AP gereksinim değişimlerini incelediğimizde; 1990 yılında, karşılanmayan AP gereksinim oranı %15.4 iken, 2010 yılında bu oran %12.3 olarak belirtilmiştir (108). (Grafik 3).

Grafik 3: Dünya’da 15-49 Yaş Arası Evli ve Bekar Kadınlarda Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksiniminin Yıllara Göre Değişimi

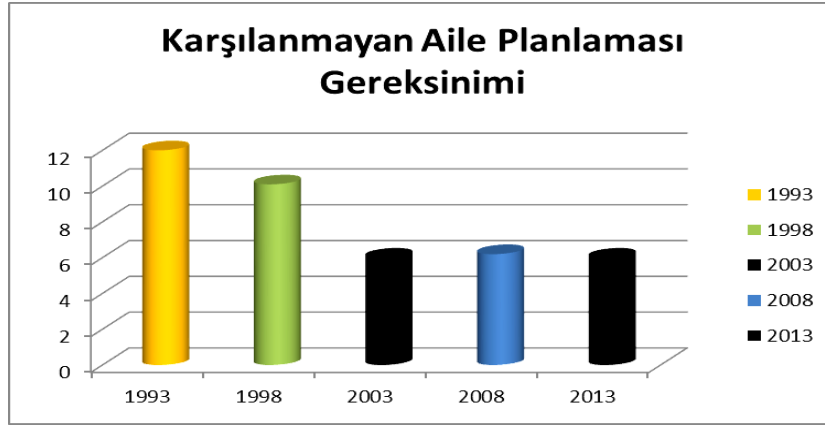


Üreme sağlığı ile ilgili yapılan tüm çalışmalara rağmen, 2015 yılı verilerine göre dünya genelinde karşılanmayan gereksinim oranı; %12 olarak belirtilmektedir. Özellikle Sahra-altı Afrika gibi az gelişmiş ülkelerde 2015 yılında bu oran dünya ortalamasının 2 katı kadardır(%24.2). Karşılanmayan AP ihtiyacının en düşük oranlarla; % 6.9 Kuzey Amerika, %9.9 Avrupa, %10.2 oranlarıyla da Asya’ya ait olduğu belirtilmiştir. Türkiye’nin de içinde bulunduğu Batı Asya ülkelerinde karşılanmayan AP gereksinimi oranı %14.3 olarak ifade edilmektedir (12).

Ülkemizde, özellikle doğum sonu dönemde gereksinimi olduğu halde yöntem kullanmayanların ya da geleneksel yöntemleri kullananların oranı halen yüksektir. Ülkemizde karşılanmayan AP gereksinimi oranı ilk kez 51,'te yapılan TNSA'da %12.0, 1998 yılında %10.1, 2003 yılında %6.0 ve 2008 yılında % 6.2 olarak saptanmıştır. Son yapılan TNSA 2013'te ise karşılanmayan AP gereksinim düzeyi Türkiye genelinde % 6.0 oranındadır. Bu orana, geleneksel yöntem kullananlar da eklendiğinde (geri çekme: %25.0, diğer: %0.5) %32 düzeyinde karşılanmayan modern AP yöntem gereksinimi olduğu görülmektedir (11,20). Ege Bölgesi'nde (NUTS1) karşılanmayan gereksinim oranı % 3.8 olup, bu orana geleneksel yöntem

kullananları (geri çekme: % 25.8, diğer: %0.0) da eklediğimizde Ege Bölgesi'nde karşılanmayan modern AP gereksinimi % 29.6'ya ulaşmaktadır (Grafik 4). Bu çalışmanın yapıldığı Bayraklı İlçesi Cengizhan mahallesinde 2011 yılında 18-49 yaş arası evli kadınlar üzerinde yapılan çalışmada kadınların; karşılanmayan modern AP gereksinimi ise %35 oranında saptanmıştır (38).

Grafik 4: Türkiye'de 15-49 Yaş Arası Evli Kadınlarda Aile Planlaması Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksinimi Oranının Yıllara Göre Değişimi



Üreme sağlığı konusunda izlenen politikaların olumlu sonuçları demografik ve sağlık göstergelerimize yansımakla birlikte, AP konusunda karşılanamayan gereksinimin halen yüksek olması üzerinde durulması gereken önemli bir konudur (20,21,11). Grafik de görüldüğü üzere, ilk 10 yıllık süreç içerisinde sunulan AP hizmetleri ile yarı yarıya düşürülen karşılanmayan AP gereksinimi, son 10 yıllık sürede ortalama %6 oranında seyrederek herhangi bir değişiklik göstermemiştir (11,19,51,92,93). Karşılanmayan AP gereksiniminde yıllara göre düşüş olması sevindirici olsa da bu düşüşün yeterli olmadığı bilinmektedir.

1.7.5. Doğum Sonu Dönemde Aile Planlaması Yöntem Kullanımı

Düşük ve orta gelirli 27 ülkede gerçekleştirilen, Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına göre; kadınların %95'i doğum sonrası 0-12 ay içerisinde gebelik istemediğini buna rağmen %40'nın bu 12 ay içerisinde gebelikten korunma yöntemi kullanmadığı bildirilmiştir (94). Gelişmekte olan ülkelere yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada; doğum sonu döneminde AP yöntem kullanımı ülkenin ve bölgenin gelişmişlik düzeyine ve verilen hizmetin niteliğine göre, Pakistan'da %4, Guatemala'da %25.8, Hindistanın Balgaum bölgesinde %32.7 gibi değişik oranlarda gözlenmiştir (95).

Ülkemizin çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara rastlanılmaktadır. Sivas'ta yapılan bir çalışmada; doğum sonu dönemdeki kadınların % 50.5'inin herhangi bir yöntemle gebelikten korunduğu saptanmış ve kullanılan yöntemler arasında ilk sırayı %21.8 oranı ile prezervatifin aldığı ve bunu % 17.8 ile geri çekme, % 7.9 ile RİA'nın takip ettiği belirtilmiştir. Kadınların % 54.9'u cinsel ilişkiye başladıktan sonra, % 35.3'ü ise lohusalık süresi bittikten sonra yöntem kullanmaya başladıklarını ifade etmişlerdir (68). Diğer bir çalışmada da, doğum sonu ilk altı aylık süre içinde olan kadınların % 56'sının herhangi bir yöntemle gebelikten korundukları bildirilmiştir (33). Balıkesir'de yapılan bir çalışmada da; kadınların doğumdan hemen sonraki dönemde kontraseptif yöntemlere yüksek uyum gösterdiği; %75.7'sinin doğum sonrası dönemde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmak istediği ve %34.5'i RİA, %17.6'sı kondom, %9.3'ü oral kontraseptif, %6.3'ü de tüp ligasyonu ve %4.9'u ise geri çekme yöntemi kullanmak istediğini belirtmiştir. Yaklaşık beş kadından biri (%20.3) hangi yöntemle korunmak istediğini bilmediklerini ifade etmişlerdir (8). Yapılan başka bir çalışmada ise; kadınların yaklaşık %20'sinin doğum sonrası dönemde emzirmeyi gebelikten koruyucu yöntem olarak kullandıklarını belirlemişlerdir (20). Van'da yapılan bir çalışmada, doğum sonrası ilk altı ayda kadınların % 94.3'ü her hangi bir AP yöntemi kullanmakta olduğu ve doğum sonrası dönemde en çok tercih edilen yöntemlerin sırasıyla kondom (%40) ve geri çekme yöntemi (%25.2) olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada, kadınların yöntem kullanma sıklıkları yüksek olmakla birlikte kullanılan yöntemler arasında geleneksel bir yöntem olan geri çekme yönteminin hala ikinci sırada yer alması doğum sonu dönemde karşılanmayan AP gereksinimin varlığını göstermektedir (50).

Tüm bu çalışmalardan yola çıkan sonuç, kadınların doğum sonu dönemde modern AP yöntemlerine ihtiyaç duymalarına rağmen, bu ihtiyacın yeterince karşılanmamış olmasıdır. Bu nedenle özellikle de bu dönemde, herhangi bir AP yöntemi kullanmadığı için plansız ve istemeden gebelik yaşayan kadınların sayısını azaltmak için doğum sonu dönem modern AP yöntem kullanım sıklıklarını arttırmaya yönelik çalışmalara ağırlık verilmesi gerekmektedir.

1.7.5.1. Doğum Sonu Dönemde Aile Planlaması Hizmet Kullanımını Etkileyen Faktörler

Dünya'da ve ülkemizde yapılan birçok bilimsel çalışmada özellikle doğum sonu dönemde kadınlara sorulan “neden bir yöntem kullanmayı düşünmüyorsunuz?” sorusuna yanıt olarak gebelik riski altında olmama, yöntemlerin yan etkileriyle ilgili toplumsal tabular, kadının sosyo-kültürel algısı, doğum sonu dönemde emziriyor olması, menstruasyonun geri dönme zamanı, yenidoğan bebeğin sağlık bakım ve gereksinimlerinin annenin sağlık gereksinimlerinin önüne geçmesi, kadının sosyal desteğinin olmaması, kadının kendi gereksinimlerine vakit ayıramaması, son doğumla gerçekleşen gebelikte bebeğin istenilen cinsiyette olmaması, gibi yanıtlara sıkça rastlanmaktadır (2,11,19,22,23,41,44,48,49,50,96,97,98,99, 100,101,102,103,104, 105, 106,107,108).

Oysa, doğum öncesi dönem, doğum anı ve doğum sonrası dönem kadınların sağlık personeli ile yoğun ilişkide oldukları ve hizmet almaya en fazla açık oldukları bir fırsat dönemidir (8,22, 30, 60,72). Bu dönemde en çok ihtiyaç duyacakları hizmet olan üreme sağlığı hizmetlerine ulaşmaları AP konusunda kaçırılmış fırsatların da yakalanmasının sağlanması açısından büyük öneme sahiptir.

Genel anlamda sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımını etkileyen faktörleri değerlendirirken; yaş, cinsiyet, kültür, eğitim, beslenme, coğrafik durum, sosyal güvenlik durumu, yoksulluk, kişisel yaşam faktörleri, yaşam koşulları, meslek, işsizlik faktörleri çerçevesinde incelemek gerekmektedir. AP hizmetlerine erişim, AP yöntemini kabul etme ve yöneme devamlılık sağlanması da benzer faktörlerden etkilenmektedir (31,128).

Dünyada ve ülkemizde yapılan literatür çalışmalarında, kadınların doğum sonu dönemde güvenilir ve etkili modern yöntem kullanımı ve karşılanmayan AP gereksiniminin; yaş, eğitim, mevcut çocuk sayısı, doğurganlık hedefleri gibi kişiye özgü faktörlerden etkilenebildiği gibi hizmeti sunan kişi ve sunulan birimlere özgü danışmanlığın niteliği, zamanı, ulaşılabilirliği gibi diğer faktörlerden de etkilendiği belirtilmektedir. Bu faktörler hizmet kullanıcılarından kaynaklanan ve hizmet sağlayıcı sistemden kaynaklanan faktörler olarak farklılık göstermektedir (2,22,23, 41,48,49,50,96).

1.7.5.1.1. Hizmet Kullanıcısından Kaynaklanan Faktörler

Hizmet kullanıcısından kaynaklanan faktörler arasında; yaş, eğitim, sosyal güvence, medeni durum, yerleşim yeri, ekonomik durum, kadının sosyal statüsü, kadının sosyo-kültürel algısı, toplumsal cinsiyet algısı, kadının doğurganlık özellikleri, doğum sonu dönem cinsel aktivitenin başlama zamanı, menstrüasyonun geri dönme zamanı, emzirme durumu, doğum kontrol yöntemi kullanma öyküsü, AP hizmetlerinin bir hak olarak görülmemesi, toplumsal yargılar, doğum sonu dönem aile planlamasına ihtiyaç duymama, adölesan evlilikler, dil, din, ırk, sınıf ve erkeğin üreme sağlığı hizmetlerine yetersiz katılımı, toplumda üreme sağlığı konularının mahrem olarak algılanması gibi nedenler en belirgin değişkenlerdendir (2,19,22, 23,41,44, 48,49,50,96,97,108,98,99,100,101,102,103,104,105,106,107).

Kadının doğum sonu dönemde modern yöntem kullanımını etkileyen birçok değişken yer almakla birlikte emziriyor olma ve doğum sonu dönemde yöntem kullanmamayı normal bir durum gibi algılama karşılanmayan modern AP gereksinimini arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda doğum sonu emzirme döneminde AP kullanmamanın iki nedeni olduğu vurgulanmaktadır. Bunlardan biri; emzirmeden dolayı herhangi bir yöntem kullanılması diğeri ise emzirmenin gebelikten koruyucu bir yöntem olarak kullanılmasıdır (109,110,20). Emzirme durumu aynı zamanda doğurganlığın baskılanması ve menstrüasyon sürecini de etkilemektedir. Doğurganlığın geri dönüşü belirli bir süre emzirme durumuna göre baskılanmaktadır (emzirmenin sıklığı, süresi, anne beslenmesi, gece-gündüz emzirme durumu). Doğurganlığın geri dönüşü emzirenlerde 3 ay, emzirmeyenlerde ise 25 ila 45.günlerde gerçekleşmektedir. Birçok kadın tarafından yumurtlama sürecinin başlaması menstrüasyonun sürecinin başlaması olarak algılanmakta ve menstrüasyon başlamadığı için gebelikten korunulmamaktadır. Ancak literatür çalışmaları bu dönemdeki ilk menstrüasyon döngülerinin ovulasyon olmadan da gerçekleşebileceğini ya da menstrual siklus gerçekleşmeden de yumurtlama döngüsünün olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle kadınların, emzirme süreci ve menstrual siklus düzenini kriter almadan, involüsyon sürecini tamamlar tamamlamaz (6. haftanın sonunda ya da cinsel ilişki başladığında) modern bir yöntemle gebelikten korunmaları gerekmektedir. Bu dönemde ve sağlık profesyonelleri tarafından etkili AP danışmanlığı almaları ihtiyacın giderilmesi açısından önemlidir (68,72).

Gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve yöntem tipinin, kadınların “yaş ve eğitim” düzeyinden de önemli ölçüde etkilendiği belirtilmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe ve yaş arttıkça gebelikten korunma yöntemi kullanan kadınların oranının arttığı saptanmıştır. Özellikle 30 yaş ve üzeri kadınların son gebeliklerinden önce korunma yüzdelerinin daha fazla olduğu ve kontraseptif yöntem kullanımının arttığı saptanmıştır. Ayrıca yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça modern korunma yöntemlerinin daha çok tercih edildiği ve yaş ilerledikçe; hap, kondom yerine daha kalıcı yöntemlerin ve geleneksel yöntemlerin tercih edildiği bildirilmektedir. Yaşın artmasıyla birlikte kadınların ve eşlerinin AP konusundaki deneyimlerinin artması ve istedikleri çocuk sayısına ulaşmalarının bu sonucu etkilediği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra eğitim düzeyi yükseldikçe aile planlamasına yönelik sağlık hizmet kullanımının arttığı ancak yaş ilerledikçe hizmet kullanımının azaldığı ifade edilmektedir (8,11,12,48,68,112, 113,114,115).

Yine doğum sonu dönemde yöntem kullanımını etkileyen önemli faktörlerden biri de kadının **doğurganlık hedefidir**. Bir önceki gebelikte istenilen cinsiyette çocuğa sahip olmama, son doğumun canlı doğumla sonuçlanamaması ya da iki çocuğun birlikte büyümesini sağlamak için iki doğum arasında kısa süre vermek istenmesi gibi nedenlerle gebelik aralığı kısa tutulabilmektedir. TNSA 2013 verilerine göre kadınların yaklaşık %18'i, 24 aydan daha kısa süre de ikinci doğumlarını gerçekleştirmiştir. Doğum aralıkları, bir önceki çocuğun hayatta olma durumuna göre belirgin bir şekilde farklılık göstermektedir. Bir önceki çocuğun ölmüş olması durumunda doğum aralığının 7-17 ay arasında olmasının çocuğun hayatta olması durumuna göre üç kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. Doğum aralıklarının, çocuğun doğum sırasına göre arttığı saptanmıştır. Çocuk sayısı arttıkça iki doğum arasındaki sürenin uzadığı belirtilmektedir (11,116).

Ayrıca AP hizmet kullanımı; bireye özgü ancak bireyden bağımsız “**sosyo-ekonomik yapı ve sosyo-kültürel çevre**” gibi bazı faktörlerden de etkilenmektedir. Teorikte, bu kişilerin sağlık hizmetleri kullanma hakları olmasına rağmen pratikte mali, örgütsel, kültürel ve çevresel nedenlerden dolayı hizmetleri kullanma isteği kırılmakta ve hizmete erişimi istendik düzeyde sağlanamamaktadır. Kaynaklar ülke genelinde eşit dağıtılmadığından eşitsizlik artmakta ve hizmete erişim azalmaktadır (4,44,103,117,118,119,120,121).

1.7.5.1.2. Hizmet Sağlayıcısından Kaynaklanan Faktörler

Aile planlaması hizmet kullanımının; AP hizmetlerine erişememe, coğrafik engeller/yerleşim yeri (kırsal ve kentsel bölgeler arası farklılıklar) ,lojistik engeller, AP hizmetlerinin birinci basamakta sürekli ve kaliteli sunulmaması, AP ile ilgili duyarlılık çalışmalarını yürütmede yaşanan zorluklar, AP hizmetlerinin Genel Sağlık Sigortası hizmetleri kapsamında olmaması/sağlık politikaları, doğum sonu dönem AP danışmanlığında danışmanlık ve bilgilendirme yetersizliği, AP malzemelerine erişimde güçlük, düşük sonrası AP hizmetlerinin etkin kullanılmaması gibi faktörlerle de ilişkili olarak değişiklikler gösterdiği belirtilmiştir (12,19,44,96,97, 98,99,100,101,102,103,104,105, 106,107,108,115,122,).

Doğum sonu dönemde erken dönem taburculukla birlikte, hastane ortamlarında AP hizmetlerinin yeterince verilmediği görülmektedir. Doğum sonu hastanede kalış süresinin kısalması, doğum sonu erken dönemde kadınların eğitime kendilerini hazır hissetmemeleri gibi nedenlerle hastanede verilen AP eğitimlerinin amacına ulaşmadığı ve gereksinimlerin yeterince karşılanamadığı görülmektedir (32,33,34,123). Sağlık personelinin de bu dönemde yenidoğan sağlığına anne sağlığından daha fazla önem vermesi, annenin öz bakımı ve ihtiyaçlarının göz ardı edilmesine neden olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, doğum yapan kadınların %98'inin gebelikten koruyucu yöntemler hakkında bilgilendirilmeden ya da yöntem seçimi yapmadan hastaneden ayrıldığı saptanmıştır (124).

Doğum sonu dönemde kadının kendi gereksinimlerine vakit ayıramaması, aile planlamasına yönelik sağlık hizmeti ve danışmanlık alamaması da AP gereksinimini arttıran önemli etkenlerdendir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında gebelik ve doğum sonu dönemlerde verilecek olan etkin AP danışmanlığıyla gebelik aralıklarında istenilen süre bırakıldığı takdirde, doğum aralıkları açılacak ve anne- bebek sağlığı korunabilecektir (25,34,125,126). Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çok merkezli bir çalışmada da doğum sonu dönemde AP danışmanlığı verilen kadınlarda AP yöntemi kullanımında önemli bir artış gözlemlendiği vurgulanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da; doğum sonu dönemde AP danışmanlık hizmeti verilmesinin AP modern yöntem bilgi düzeyini artırdığı ve davranışı da olumlu yönde değiştirdiği saptanmıştır (60,68). Yine Orta Anadolu'da, Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada; doğum sonu dönemde altıncı hafta ve altıncı ay ev ziyaretleri yoluyla AP danışmanlığı alan müdahale grubundaki lohusaların, danışmanlık almayan kontrol

grubundaki lohusalardan doğum sonrası altıncı ay yaklaşık olarak 1.4 kat daha fazla, 12. ay ise 2.8 kat daha fazla modern AP yöntemi kullandıkları ve daha az geleneksel AP yöntemi kullandıkları tespit edilmiştir (127).

AP hizmetlerinin kullanımını etkileyen önemli bir faktör de “**coğrafik engeller**” yani hizmet verilen birimlere uzaklık faktörleridir. Bu durum erişilebilirlik, AP hizmetlerinin elde edilmesi ile ilgili güçlükler ve hizmetlere ulaşmada zorluklara neden olmaktadır. Hizmet/kaynak noktalarına olan uzaklık ölçümlerinin çeşitli olması, bu noktalara varmak için gerekli zaman, hizmet/kaynak noktalarının yoğunluğu, literatürde coğrafik alan sınıflaması olarak belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda; bir hizmet birimine yakın yaşayan kadınlar arasında, hizmetin daha fazla kullanıldığı gösterilmiştir (128,31). Özellikle, sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyacı bulunan bölgelerde mevcut sağlık hizmetlerinin yetersiz olması eşitsizliği daha da artırmaktadır. Türkiye’de AP hizmetlerine erişim açısından coğrafi bölgeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar bölgelerin sosyo-ekonomik ve kültürel yapısının bir sonucudur (20,21,30,31,129). Aslında bu bölgelerdeki kadınların birçoğu aile planlamasına istekli, ancak yeterince hizmet götürülemediği için etkili yöntemlere erişemeyen kesimdir. TNSA 2013 verilerine göre; kentlerde yaşayan evli kadınların yöntem kullanım oranı (%75) kırsal alanlarda yaşayan kadınlardan (%69) daha yüksektir (11).

AP hizmet kullanım engelleri arasında “**sağlık hizmet altyapısı**” da önemli bir boyutu oluşturmaktadır (2,22,23,24,41,47,48,49,50). Erişimin bu yönü, sağlık bakım aramada, sağlık sisteminin niteliksel önemini ve sağlık hizmeti kullanımında sağlanan imkanların önemini vurgulamaktadır. Sağlık kuruluşlarının fiziki yapısı ve sağlık personelinin dağılımının eşit olmaması da AP hizmet gereksinimin karşılanmasını önemli düzeyde etkilemektedir. AP hizmetlerinin, birinci basamak koruyucu temel sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir yere sahip olması ve ülkemizde bu yöntemlerin %35.9’unun birinci basamak sağlık kuruluşlarından temin edilmesi bu kurumların hizmet sunumundaki önemini arttırmaktadır (130, 131,132). Doğum kontrolü malzemeleri birinci basamak sağlık kuruluşlarından ücretsiz ve devamlı bir şekilde temin edilebildiği takdirde toplumdaki “karşılanmayan gereksinim” azalacaktır (24).

AP hizmetlerine erişimde bulunan engeller, sadece fiziksel erişim engeli olarak değil, ekonomik, yönetsel, bilişsel ve psikososyal erişim problemleri olarak da tanımlanmaktadır (45,133,134,135,138,139).

AP yöntemlerinin seçilmesini ya da kullanımını engelleyen “**politik düzenlemeler**” de hizmetin kullanımını etkilemektedir. Günümüzde kadınlar eğer kendilerinde ve bebeklerinde bir sorun yok ise normal doğumdan 24 saat, sezaryen doğumdan ise 48 saat sonra kısa sürede taburcu edilmektedir. Doğum sonu hastanede kalış sürelerinin kısalması ve değişen sağlık politikaları nedeniyle hastanede verilen AP danışmanlığının yeterince amacına ulaşmadığı söylenebilir (32,33,34,123). Özellikle 2002 yılından sonra izlenen sağlık politikaları ve dönüşüm programı ile gündeme gelen katkı, katılım payları, kullanıcı ödentileri bu hizmetlerin belirli bir ücret karşılığında sunulmasına neden olmuştur. Aile Sağlığı Merkezlerinde poliklinik hizmetlerinin ve evrak işlerine daha fazla zaman ayrılması nedeniyle izlem ve danışmanlıklara vakit ayıramamakta ve AP gibi hizmet puanı getirmeyen hizmetlerin göz ardı edildiği belirtilmektedir (21,133,134,135). AP hizmetleri için ayrılan klinik saatlerin kısıtlı oluşu yada diğer hizmetlerin olduğu saatlerde(çocuk aşılması, büyüme takibi) AP yöntem sunumunda sınırlamalar olması verilen hizmetin niteliğini etkilemektedir. Tıbbi engeller (yöntem seçimini engelleyen düzenlemeler) ve hizmet kalitesi (Uzun bekleme zamanları ve yöntemin sağlanmasında sınırlılık), AP hizmetlerinin kullanımında bulunan güçlü engelleyicilerdir (31,96,133,134,135).

Hizmet/kaynak noktalarının bulunduğu yerleşim yerleri ve bu yerleşimlerde bulunan kullanılabilir hizmetlerinin farkında olup olmama durumu da “**bilişsel erişilebilirliği**” göstermektedir. Bilişsel erişilebilirlik ölçümü, kadının eğitim eksikliğinden dolayı, var olan hizmetlerin nerede sunulduğunu bilmeyen nüfus oranını göstermektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar doğurgan yaştaki kadınların AP hizmetlerine nereden ve nasıl ulaşabilecekleri konusundaki farkındalıklarının halen istendik düzeyde olmadığını göstermektedir (11,18,50,68). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013’e göre evli kadınların %100’ü gebeliği önleyici en az bir yöntemi duymuşlardır. TNSA 2013 verilerinde, modern yöntemlerden en çok bilinenler sırasıyla; RIA (%98), hap (%98), tüp ligasyonu (%93) ve kondom (%92) olarak saptanmıştır. Geleneksel yöntemlerden en fazla bilineni ise; %93 oranında geri çekmedir (11).

AP hizmet arayışında olan yöntem kullanan kadının, psikolojik, sosyal ve kendi kararlarıyla doğurganlığına ara verme ya da doğurganlığını sınırlaması da “**psikososyal erişilebilirlik**” olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram bağlamında; kadınların toplumsal cinsiyet algısı, etnisite, sınıf, yöntemlerin yan etkileriyle ilgili

toplumsal tabular ve sosyo-kültürel algısı gibi nedenler yönetime erişim ve kullanımını etkilemektedir. Özellikle, doğum sonu dönemde AP uygulamalarında kişiler hizmet alma konusunda sıkıntılar duymakta ve yöntemlere ulaşmada güçlük yaşamaktadırlar. Doğum sonu dönemde görülen problemleri normal bir durum gibi algılama, toplumlarda korunmanın günah ve mahrem bir olay gibi algılanması, sağlık merkezlerinin uzak olması, sağlık personeline güvenmeme, sağlık güvencesinin olmaması ve gibi nedenlerle çok zorunlu olmadıkça herhangi bir sağlık kurumuna gidilmemektedir. Birçok kadın için doğum sonu dönem, eslerin kısa zaman içerisinde bir çocuk sahibi olmayı düşünmedikleri ve dolayısıyla aile planlamasıyla ilgili arayışlar içinde oldukları ancak hizmet almaya vakit bulamadıklarını belirttikleri bir dönemdir. Ayrıca doğum sonu dönemde verilen bakımın yetersizliği de bireylerin sağlık sorunlarını çözmek için geleneksel uygulamalar yapmaya yöneltmekte ve bireyler sağlık problemlerini aile ve arkadaşlarından duydukları, gördükleri geleneksel uygulamalarla çözmeye çalışmaktadırlar (96,136,137). AP hizmetleri de dahil olmak üzere cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde, zararlı geleneksel uygulamaların ortadan kaldırılması için, üreme haklarının korunmasına, kapsamlı bir AP hizmeti için reform yapılmasına ve yanlış uygulamaların belirlenerek düzeltilmesine öncelik verilmesi gerekmektedir.

CEDAW'ın birinci maddesi, toplumsal cinsiyette eşitlik sağlanmasını ve ayrımcılık yasağını ortaya koymasına rağmen günümüzde halen toplumsal cinsiyet ayrımcılığına maruz kalan kadınlar sosyal, ekonomik ve sağlık haklarına sahip olmada ve bu haklarını kullanmada eşitsizliklere maruz kalmaya devam etmektedirler (58). Bireylerin sağlık davranışlarını, sıklıkla toplumsal değer ve inançlar belirlemektedir. Çoğu zaman bireyin davranışında toplumsal algılar etkili olmaktadır. Birey, kültürel yapı kapsamında olumsuz sosyal damgadan dolayı, en yakınındaki hizmetleri alamaz, pelvik muayene gibi işlemlerden sakınır ya da tek başına AP hizmet/kaynaklara ulaşır, onları elde edemez hale gelebilmektedir. Pakistan'da 2004 yılında yapılan çalışmada, kentte yaşayan yoksul kadınlarda, aile planlaması hizmetlerinin kullanımında en büyük engelin, psikososyal engeller (eşinin,kendisinin tutumu) olduğu belirtilmiştir. Kadınların yaklaşık yarısı, AP hizmetlerinin kullanımında psikososyal engelleri, birincil neden olarak tanımlamışlardır (59). Farklı populasyon grupları arasında, sağlık hizmetlerinin kullanımında eşit erişimin sağlanamaması da eşitsizliklerin derinleşmesini arttırmaktadır.

1.7.6. Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık ve İletişim Süreci

AP yöntem kullanımı ve kullanımı etkileyen faktörlerle ilgili bilgilere ulaşmada ve bu yöntemlerin yaygın ve etkin kullanımını sağlamada en önemli unsur eğitime en çok ihtiyaç duyulan gebelik süreci ve kontraseptif yöntemlere en sıcak bakılan doğum sonu dönemde birinci basamak sağlık personeline yapılan ev ziyaretleri ve danışmanlık hizmetleridir (22,30,34,60,125,25).

Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin en önemli ancak genellikle ihmal edilen unsuru olan danışmanlık; yüz yüze konuşma sırasında bir kişinin diğerinin belli bir konuda karara varmasını kolaylaştırmak için çözüm seçenekleri sunarak yardımcı olmasıdır. İstenmeyen gebeliklerin önüne ancak nitelikli ve erişilebilir aile planlaması danışmanlığı sayesinde geçilebilir (138, 140,19,118,141,139,11,17,142). Kadınların kontraseptif yöntemler hakkında bilgi sahibi olması, onların hangi yöntemi kullanacaklarına karar vermeleri ve modern yöntemlere ulaşabilmeleri açısından önemlidir. Üreme sağlığı alanındaki bilgi düzeyi anne-bebek mortalite ve morbiditesini önleyebilecek düzeyde olmasına karşın bu bilginin aktarımı ve kullanılabilirliği konusunda sıkıntı yaşanmaktadır. Özellikle cinselliğin tabu olduğu ülkelerde ve ülkemizde cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında konuşmak zordur. Hizmeti sunan ve hizmeti alan kişiler özellikle AP yöntemlerine ilişkin bilgilendirme sürecinde ve iletişimde kişiye özgü nedenler ve sosyo-kültürel faktörlerden dolayı birçok engel ve sorun yaşayabilmektedir. Sağlık profesyonellerinin, bu bilgileri aktarabilmeleri, aktarılan bilgilerin kadınlarda davranış değişikliğini sağlayabilmeleri için danışmanlık sırasında bireylere özgü sözlü/sözsüz iletişim stratejileri geliştirmeleri oldukça önemlidir (8,17,19,118, 138,140,139,141,142). Danışmanlıkta iletişimin vazgeçilmez olan beş ilkeye özellikle dikkat edilmelidir. Bunlar, hizmetin verileceği mahremiyetin korunabildiği rahat bir ortam sağlama, hizmet alanın ilgi ve ihtiyacına odaklanma, gereksiz bilgi vermekten kaçınma, hizmet alanın anlayacağı sözcükleri kullanma ve iki yönlü iletişim kurarak geri bildirim almaktır. Uzman bilgi ve beceriye sahip olan AP danışmanının; etkili sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerini kullanarak, bilimsel kaynaklara dayalı bir şekilde yöntemlere ilişkin tüm detayları sunması, önerdiği materyalleri hizmeti alan kişiye göstermesi ve yönlendirici olmadan herhangi bir modern yöntem seçiminde kadına yardımcı ve yol gösterici olması gerekmektedir. AP hizmetlerinde kolayca ulaşılabilen ve iyi yönetilen sağlık kuruluşlarında, iyi eğitilmiş personeller tarafından sunulan eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile

kadınların bilgiye ulaşımı ve bilgiyi davranışlarına yansıtabilmeleri mümkün olabilecektir (20,54,55,125,132,141).

AP danışmanlığında zamanlama oldukça önemli olduğu bilinmektedir. Kadınların yakın zamanda gebelik düşünmedikleri gebelik ve doğum sonrası dönemler, AP danışmanlığı açısından oldukça uygun dönemlerdir. Adet görmeyen kadının gebe kalmayacağı inancına bağlı olarak, ya da emzirmenin etkisine güvenerek doğumdan sonra yeni bir gebeliğe karşı korunmama ya da geleneksel yöntemlerle korunma, kadınların doğum sonu erken dönemde tekrar gebe kalmalarına neden olabilmektedir (16,17,44,99). Özellikle doğum sonu dönemde AP uygulamalarında kişiler danışmanlık ve hizmet alma konusunda sıkıntılar duymakta ve yöntemlere ulaşmada güçlük yaşamaktadırlar. Bu oranı artırabilmenin en önemli yollarından biri, kişileri bilgilendirmeye yönelik eğitim yapılmasıdır (24,68,99,141,142). Malatya’da yapılan bir çalışmada geleneksel yöntem kullanan 182 olguya danışmanlık verildikten sonra, 143 olgunun modern yöntem kullanmaya başlamış olması etkili danışmanlık hizmetinin önemini göstermesi bakımından anlamlıdır (143). Yapılan başka bir çalışmada da toplumu tanıyan özel olarak eğitilmiş yüksek nitelikli danışmanlık yapabileceğini kanıtlayan sağlık personelinin özellikle ebe ve hemşirenin danışmanlık konusundaki desteği vurgulanmıştır (141,144). AP danışmanlığının doğum sonu dönemde verilmesi ile AP yöntemleri konusunda kadınların bilgi, tutum ve davranışlarında olumlu değişiklikler yaratılabilmektedir. Doğum sonu dönemde, ev ziyaretleri yoluyla verilen AP danışmanlığının kadınların modern AP yöntemi kullanma durumunu olumlu yönde etkilediği ve AP yöntemi kullanma oranlarını artırıcı yönde etkisi olduğu görülmektedir. Özellikle, birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli bir yeri olan ebelerin etkili aile planlaması hizmetleri sunabilmeleri için görev tanımlarının yeniden gözden geçirilerek ev ziyaretlerine daha fazla zaman ayırabilmeleri için gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir

Rusya da yapılan bir çalışmada, doğum sonrası erken dönemde AP eğitimi verilen ve 2 yıl boyunca izlenen kadınlarda yöntem kullanımının yüksek olduğu bulunmuştur. İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan araştırmalarda da doğum sonrası verilen AP eğitiminin kadınların yöntem kullanma kararını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (98,145,146). Erenel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da, doğum sonrası dönemde verilen ve daha sonra ev ziyareti yoluyla sürdürülen AP eğitim ve danışmanlığının kadınların modern yöntem kullanmalarını

önemli derecede etkilediğini saptamışlardır (35). Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çok merkezli bir çalışmada doğum sonrası dönemde AP danışmanlığı verilen kadınlarda AP yöntemi kullanma durumunun yüksek olduğu belirlenmiştir (99). Gün'ün yaptığı çalışmada da; doğum sonu dönemde AP danışmanlık hizmeti verilmesinin AP modern yöntem bilgi düzeyini artırdığı ve davranışı da olumlu yönde değiştirdiği görülmüştür (60).

AP danışmanlık eğitimi, özellikle kadınların bu bilgiye en çok ihtiyaç duyduğu gebelik sürecinde ve doğum sonu dönemde yapılması durumunda eğitim daha etkili olabilmektedir. Bu yüzden özellikle doğum öncesi dönemde hizmet veren birimlerde ve doğum sonu kliniklerinde çalışan sağlık personeli tarafından kadınların AP yöntem kullanımını artırmak için standart bir AP eğitimi verilmesi, gerekirse ayrıca bireysel danışmanlık yapılması önemlidir(24,68, 99,141,142).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma; kesitsel olarak planlanmış analitik bir çalışmadır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma, İzmir İli Bayraklı İlçesi Cengizhan, Alpaslan ve 75. Yıl Mahallelerinde yürütülmüştür. İlçe nüfusu, 2012 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi kapsamında, ilçeye katılan mahallelerin nüfusları toplamı itibariyle 309.137 kişidir (TUİK, 2013). İlçe, çeşitli bölgelerden gelen insanların oluşturduğu bir kültür mozağine sahiptir. İzmir'in nüfus itibariyle beşinci büyük ilçesidir. Bayraklı ilçesinin özellikle bu bölgelerinde, düzensiz gecekondü yapılanmaları bulunmakta ve buraya sonradan göç etmiş aileler yaşamaktadır. Ayrıca bu bölgelerdeki halkın çoğu düşük sosyo-ekonomik düzeye sahiptir. Çalışmanın yürütüldüğü bölgelerden; 75. Yıl Mahallesinin toplam nüfusu 3324, Alpaslan Mahallesinin toplam nüfusu 9178 ve Cengizhan Mahallesinin toplam nüfusu ise 13743'tür (147,148). Bölge İzmir'in alt-orta sosyo-ekonomik düzeyinde ailelerin yaşadığı doğurganlık oranının yüksek olduğu bir yerdir.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEK GRUBU

Araştırmanın Evren ve Örnek Grubu; Araştırmanın evreni, üç mahallenin muhtarlıklarına kayıtlı ve 1.01.2013-31.12.2013 tarihleri arasında doğum yapan kadınlar oluşturmuştur. Araştırmada belirtilen tarihler arasında doğum yapan tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir.

Türkiye'de 2013 yılı kaba doğum hızı binde 16.9, İzmir ise binde 13.1 ile Türkiye değerinin altındadır. 2013 yılı TUİK nüfus verileri ve kaba doğum hızlarından yola çıkılarak (148) çalışmanın yapılacağı bölgelerdeki kaba doğum hızları tahmini olarak hesaplanmış ve örnek sayısı sırasıyla; 75. Yıl Mahallesinde 44, Alpaslan Mahallesinde 120 ve Cengizhan Mahallesinde 180 bulunmuştur. Daha sonra muhtarlık kayıtları tek tek incelenmiş; çalışma kapsamında bir yıl içinde doğan çocukların sayısı 75. Yıl Mahallesinde 37, Alpaslan Mahallesinde 120 ve Cengizhan

Mahallesinde ise 189 olduğu tespit edilmiştir. Muhtarlık kayıtlarından elde edilen bu sayılarla Türkiye 2013 yılı kaba doğum hızından hesaplanan oranların uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Çalışmanın evrenini Mahalle muhtarlıkları listesinden elde edilen yukarıda belirtilen tarihler arasında doğum yapan toplam 363 kadın oluşturmuştur. Ancak bu kadınlardan altısı doğum sonrasında histerektomi olduğu için yedi kadın sadece gebelik sürecinde ailesinin yanında kalıp, doğumunu yaptıktan sonra asıl yaşadıkları yere geri döndüğü için ve üç kadın ise eşi izin vermediği için ankete katılmayı kabul etmemişlerdir. Sonuç olarak, örnek grubundaki 347 kadına ev ziyaretleri sırasında soru formları uygulanmış olup, çalışmanın kapsayıcılığı % 95.6 'dır.

2.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

2.4.1. BAĞIMLI DEĞİŞKEN

Doğum Sonu Dönem Karşılanmayan Modern Aile Planlaması Gereksinimi:

2013 yılında doğum yapmış, herhangi bir modern yöntem kullanmayan tüm kadınlar karşılanmayan AP ihtiyacı olan yani başka bir deyişle AP hizmet-istem açığı oluşturan kadınlar olarak ele alınmıştır. Doğum sonu dönem olduğu için gebe kalmak isteyen ve istemeyen tüm kadınlar da karşılanmayan modern AP gereksinimi tanımına dahil edilmiştir.

2.4.2.BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

2.4.2.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Değişkenler

Kadının Yaşı : Gün-ay-yıl olarak sorulmuştur; 18-19,20-24,25-29, 30 ve üzeri yaş şeklinde gruplandırılmıştır.

Eşinin Yaşı : Gün-ay-yıl olarak sorulmuştur; 24-29, 30-34, 35 ve üzeri yaş şeklinde gruplandırılmıştır.

Kadının/ Eşinin Doğum Yeri: TNSA' da kullanılan beş bölge (Batı, Doğu, Orta, Güney, Kuzey) olarak sınıflandırılmıştır.

Kadının/ Eşinin Eğitim Düzeyi: En son mezun olduğu okul; ilkokul, orta okul, lise ve üniversite mezunu şeklinde sorgulanmıştır.

Kadının/ Eşinin Yaşamı Boyunca En Uzun Süre ile Yaşadığı Yer:

Yaşam boyunca en uzun süre yaşanan yer; TNSA' da kullanılan beş bölge (Batı, Doğu, Orta, Güney, Kuzey) olarak sınıflandırılmıştır.

Kadının/ Eşinin İzmir'de Oturma Süresi: İzmir'de ne kadar süre oturduğu, "doğduğundan beri, 10 yıl üzeri, 10 yıl ve altı" olarak kategorize edilmiştir.

Medeni Durumu: "Evli, bekar, dul, birlikte yaşıyor, ayrı yaşıyor, boşanmış/ölmüş, imam nikâhlı, resmi nikâhlı" olarak sorulmuştur.

Hanedeki Kişi Sayısı: Kaç kişi olduğu sorulmuştur.

Hanede Kimlerle Birlikte Yaşadığı: "Eşi, kendi annem, çocukları, kendi babam, eşimin annesi, eşimin diğer akrabaları, eşimin babası, benim diğer akrabalarım" seçenekleriyle sorulmuştur.

Haneye Giren Geliri Algılama Düzeyi: Çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü şeklinde sınıflandırılmıştır.

Hanehalkı Toplam Gelir Miktarı: Haneye giren toplam gelir, " alt gelir (0-1000 TL),alt orta (1001-2000 TL), orta (2001-2500 TL), orta üst (2501-4000),üst gelir (4000'nin üzeri)" olarak gruplandırılmıştır.

Kadının/ Eşinin Çalışma Durumu: Düzenli çalışma durumu, düzensiz çalışma durumu ve ev hanımı şeklinde kategorize edilmiştir. Düzenli çalışma durumu; sigortalı herhangi bir işte çalışma ve maaşlı memur olarak kategorize edilmiştir. Düzensiz çalışma durumu ise yevmiyeli (sigortasız, temizlik işlerinde çalışma) şeklinde kategorize edilmiştir.

Sağlık Güvence Durumu: Sağlık güvencesi "var ve yok" şeklinde sorulmuştur.

Sosyal Güvence Durumu: Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, sosyal güvencesi olmayan ve diğer şeklinde kategorize edilmiştir.

Eşiyile Akrabalık Durumu: Evet, Hayır olarak sorulmuş, "birinci/ikinci derece" düzeylerine göre gruplandırılmıştır.

İlk Evlilik Yaşı: "18 yaş ve altı ve 18 yaş üzeri" şeklinde kategorize edilmiştir.

Evlilik Kararında Kimin Etkili Olduğu: “Kendim, eşimle birlikte karar verdik, eşimle birlikte karar verdik, hep birlikte karar verdik” şeklinde kategorize edilmiştir.

Evlenirken Başlık Parası Ödenme Durumu: “Evet, Hayır” olarak sorulmuştur.

2.4.2.2.Doğurganlık Özellikleri Ve Aile Planlaması Yöntem Kullanımına İlişkin

Değişkenler

Mevcut Doğurganlık Özelliği: Kadının doğurgan çağda olup olmadığı, emzirip emzirmediği, emziriyorsa ne kadar süredir emzirdiği, menopoz durumu, gebelik durumu ve haftası, son adet tarihi, ve doğumdan bu yana adet görme durumu, üreme organlarına yönelik daha önce operasyon geçirme durumu, “Evet” ve “Hayır” şeklinde sorgulanmıştır.

Mevcut Doğurganlık Öyküsü:

Gebelik Sayısı: Kadının mevcut gebelik durumu var ise bu dahil olmak üzere tüm gebeliklerinin sayısıdır.

İlk Gebelik Yaşı: Kadının ilk gebelik yaşı, “19 yaş ve altı ve 19 yaş üzeri” şeklinde kategorize edilmiştir.

Canlı Doğum Sayısı: Kadının canlı doğumla sonuçlanan gebeliklerinin sayısıdır.

Ölü Doğum Sayısı: Kadının ölü doğumla sonuçlanan gebeliklerinin sayısıdır.

Kürtaj Sayısı: Kadının kendi isteği ya da tıbbi endikasyon nedeniyle klinik müdahale yoluyla sonlandırılan gebeliklerinin sayısıdır.

Düşük Sayısı: Kadının kendi isteğiyle, kendiliğinden, nedeni bilinmeyen ya da nedeni bilinen tıbbi nedenlerle sonuçlanan gebeliklerinin sayısıdır.

Yaşayan Çocuk Sayısı: Kadının son sahip bebeği de dahil olmak üzere yaşayan çocuk sayısıdır.

Tüm Gebeliklerini Planlama Durumu: Gebeliklerin planlanarak/isteyerek gerçekleşme durumu “planlı gebelik” ve “plansız gebelik” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Gelecekte Başka Çocuk İsteme Durumu: “Başka çocuk istiyor”, “başka çocuk istemiyor” ve “kararsız/bilmiyor” şeklinde kategorize edilmiştir.

Gebe Kalmak İstenilen Zaman: Başka bir çocuk istiyorsa ne kadar zaman sonra gebe kalmak istediği, “başkalarına sorması gerektiğini düşünüyor (eş, kayınvalide), bilmiyor/kararsız, 2-3 yıl içinde istiyor, başka çocuk istemiyor” şeklinde sınıflandırılmıştır.

İstenen Çocuk Sayısı: Kadınlara hayatları boyunca sahip olmak istedikleri çocuk sayısı sorulmuştur.

Son Gebeliği İsteme Durumu: Kadınlara son doğumla sonuçlanan gebeliklerini isteme durumları “İstiyordu” ve “İstemiyordu” şeklinde sınıflandırılmıştır.

En Son Gebe Kaldığı İlişkide Gebelikten Korunma Durumu: Gebe kalmadan önce herhangi bir AP yöntemi kullanıp kullanmadığı “evet” ve “hayır” şeklinde sorgulanmış ve en son kullandığı AP yöntemi; Modern yöntemler (kondom, oral kontraseptif, RİA) ve geleneksel yöntemler (geri çekme) şeklinde kategorize edilmiştir.

2.4.2.3. Gebelik Döneminde Aile Planlaması Danışmanlığı Alma Durumlarına İlişkin Değişkenler

Gebelikte İzlem Durumu: Gebeliği sürecinde aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı tarafından izlem yapılma durumu ve sayısı “evet” ve “hayır” şeklinde sorgulanmıştır.

Gebelik Döneminde Aile Planlaması Danışmanlığı Alma Durumu: Son doğumla sonuçlanan gebeliği sürecinde gebeliği önleyici yöntem konusunda herhangi bir danışmanlık alıp almama durumu “evet” ve “hayır” şeklinde sorulmuştur. Danışmanlık aldıysa; “korunma yöntemlerinin isimleri, korunma yöntemlerinin olumlu yönleri, korunma yöntemlerinin yan etkileri, korunma yöntemlerine nereden ve nasıl ulaşılabileceği, korunma yöntemlerinin nasıl kullanılacağı, korunma yöntemlerini kullanırken nelere dikkat edilmesi gerektiği, izlem ve kontrol zamanları” sorulmuş ve yanıtlar; “bahsedildi, bahsedilmedi, hatırlamıyorum” şeklinde alınmıştır. Danışmanlık alınan kurumlar; “Devlet Hastanesi, Ege Üniversitesi ebelik öğrencileri ev ziyaretleri sırasında, SGK ile anlaşmalı özel sağlık kurumu, Üniversite Hastanesi ve E.Ü. ebelik öğrencileri ev ziyaretleri sırasında, Devlet hastanesi-AÇSAP Merkezi, Devlet Hastanesi ve SGK ile anlaşmalı özel sağlık kurumu ve Aile Sağlığı Merkezi ” şeklinde kategorize edilmiştir. Danışmanlık aldığı kişi ise; “Öğrenci Ebe, Doktor-Diğer Sağlık Personeli” şeklinde kategorize edilmiştir.

2.4.2.4. Lohusalık Döneminde Aile Planlaması Danışmanlığı Alma Ve Yöntem Kullanma Durumlarına İlişkin Değişkenler

Lohusalıkta İzlem Durumu: Son doğumundan sonra bebeğin kırkı çıkana kadar (lohusalık döneminde), aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı tarafından izlem yapılma durumu ve sayısı ve yapılma zamanı; “evet” ve “hayır” şeklinde sorulmuştur.

Son Doğumundan Sonra Aile Planlaması Danışmanlığı Alma Durumu: Son doğumundan sonra bebeğin kırkı çıkana kadar(lohusalık döneminde); gebeliği önleyici yöntem konusunda herhangi bir danışmanlık alıp almamam durumu “evet” ve “hayır” şeklinde sorulmuştur. Danışmanlık aldıysa; “korunma yöntemlerinin isimleri, korunma yöntemlerinin olumlu yönleri, korunma yöntemlerinin yan etkileri, korunma yöntemlerine nereden ve nasıl ulaşılabileceği, korunma yöntemlerinin nasıl kullanılacağı, korunma yöntemlerini kullanırken nelere dikkat edilmesi gerektiği, izlem ve kontrol zamanlarına” ilişkin sorular sorulmuş ve yanıtlar; “bahsedildi, bahsedilmedi, hatırlamıyorum” şeklinde alınmıştır. Danışmanlık alınan kurumlar;“Devlet Hastanesi-Aile Sağlığı Merkezi, Devlet Hastanesi, Aile Sağlığı Merkezi-E.Ü.Ebelik öğrencileri ev ziyaretleri sırasında, Ege Üniversitesi Ebelik öğrencileri ev ziyaretleri sırasında, Üniversite Hastanesi-E.Ü. Ebelik öğrencileri ev ziyaretleri sırasında, Devlet Hastanesi- E.Ü. Ebelik öğrencileri ev ziyaretleri sırasında” şeklinde kategorize edilmiştir. Danışmanlık aldığı kişi ise; “Ebe ya da öğrenci Ebe ve Doktor – diğer sağlık” şeklinde kategorize edilmiştir.

Son Doğumdan sonra cinsel ilişki yaşama zamanı: Son doğumundan ne kadar süre sonra cinsel ilişki yaşadıkları; “İlk 40 gün içinde, 41-60 gün içinde, 61 gün ve üzeri” şeklinde kategorize edilmiştir.

Son Doğum Sonrası Adet Görme Durumu: Son doğumundan sonra hiç adet görüp görmediği ve ne zamandan beri düzenli adet gördüğü “Adet döngüsü başlamayan, 0-6 ay arası, 7-12 ay arası, 13-18 ay arası” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Son Doğum Sonrası Aile Planlaması Hizmetine İhtiyaç Duyma Durumu: Son doğumundan sonra gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili (izlem/ yöntem temin etme/kontrol amaçlı/diğer) herhangi bir hizmete ihtiyaç duyup duymadığı; yanıtı “Evet” ise neden böyle bir ihtiyaç hissettiği, yanıtı “Hayır” ise neden ihtiyaç duymadığı sorgulanmıştır.

Son Doğum Sonrası Aile Planlaması Hizmeti Alma Durumu: Son doğumundan sonra gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili (izlem/ yöntem temin etme/kontrol amaçlı/diğer) herhangi bir hizmet alma durumu sorgulanmıştır. Yanıtı “Evet” ise niçin aldığı, yanıtı “Hayır” ise neden almadığı sorgulanmıştır.

Son Doğumundan Sonra Kullanılan Kontraseptif Yöntem: Son doğumundan sonra herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanma durumu “evet” ve “hayır” şeklinde sorulmuştur. Yanıt “Hayır” ise neden herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmadıkları; “eşim istemedi, dini nedenler, sık cinsel ilişkisi olmayan, gebe kalmakta güçlük yaşayan ve tekrar gebe kalmak isteyen kadınlar, adet görmediğim için gerek duymadım” şeklinde sınıflandırılmıştır. Yanıt “Evet” ise hangi AP yöntemini kullandığı; “Modern Yöntemler (RİA, Kondom, Oral Kontraseptif (OKS), Tüplerin Bağlanması) ve Geleneksel Yöntemler (Geri çekme ve emzirme)” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Yöntem Tercih Etme Nedeni: Kadınlara seçmiş oldukları yöntemi neden seçtikleri açık uçlu olarak sorulmuştur.

Doğum Sonu Yönteme Başlama Zamanı: Kadınlara kullandıkları yöntemi doğumlarından ne kadar süre sonra kullanmaya başladıkları, “40-45 gün,46 gün -6 ay arası,7-12 ay,13-18 ay, Doğumdan hemen sonra” şeklinde kategorize edilmiştir.

Yöntem Seçiminde Rol Oynayan Kişiler: Kadınlara bu yöntemi kullanmaya kimin tarafından yönlendirildikleri sorulmuş olup yanıtlar; “Eşimle birlikte karar verdim, arkadaşım, yakın çevrem (elti, kayınvalide), Sağlık personeli ve kendim, kendim karar verdim, eşim istiyor, kendim, eşim ve sağlık personeli” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Son Doğumundan Sonra Aile Planlaması Yöntemini Temin Ettiği Kurum ve Kişi: Temin ettiği kurumlar; “Aile Sağlığı Merkezi, Devlet Hastanesi, Üniversite Hastanesi, SGK ile anlaşmalı Özel Sağlık Hastane, AÇSAP Merkezi, Eczane ve Market” şeklinde kategorize edilmiştir. Temin edilen kişiler ise; “Doktor-ebe/hemşire, Ebe, Eczacı, Doktor, Ebe/hemşire, Diğer (arkadaş, yakın çevre)” şeklinde kategorize edilmiştir.

Kuruma Başvurma Nedeni: Son doğumundan sonra AP yöntemini temin ettiği kuruma başvurma nedeni, “Doğumu bu kurumda yaptığım için, ücretsiz olduğu için, evime yakın olduğu için, OKS ve kondom temini, adet olmadığım için” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Yöntem İçin Ödenen Miktarın Aile Bütçesini Etkileme Durumu: Gebeliği önleyici yöntem için ödediğini para miktarının aile bütçesini ne kadar etkilediği sorusuna verilen yanıtlar; “hiç etkilemedi, çok az etkiledi, orta düzeyde etkiledi, aile bütçemizi sarsacak kadar çok etkiledi” şeklinde gruplandırılmıştır.

Danışmanlık Hizmeti Alma Durumu: Kadınlara bu yönetime başladıktan sonra AP ile ilgili herhangi bir hizmet alıp almadıkları sorulmuştur. “Evet” yanıtını verenler; “Yöntem Temini (OKS temini),Ev ziyareti sırasında İzlem Danışmanlığı, RİA Kontrol, Yöntemi Değişirme, Yöntemi Bırakma (RİA Çıkarma) ” şeklinde gruplandırılmıştır. Hayır yanıtını verenler ise, “Eşim İstemedi, Adet Görmediğim İçin Takılmadı, Küçük çocuğumdan dolayı çıkamıyordum, Yan etkilerinden dolayı, Ulaşım Zorluğu, Emzirdiğim için gerek duymadım, Dini nedenler” şeklinde gruplandırılmıştır.

Hizmet Alınan Kurum: Hizmet Alınan Kurumlar; “Aile Sağlığı Merkezi (Doktor,Ebe), E.Ü.Ebelik Öğrencileri Ev ziyaretleri, AÇSAP (Doktor,Ebe) ” şeklinde kategorize edilmiştir.

Yönteme Devam Etme Durumu: Kadınların Doğum sonrasında başladıkları gebeliği önleyici yönetime devam edip etmeme durumu “evet” ve “hayır” şeklinde sorulmuş, yanıtı “Hayır” olan kadınlara bu yöntemi neden bıraktıkları; “eşim istemiyor, zorlanıyor, etkili ve uzun süre korunmak için, gebe kaldım, kanamamı arttırdı, adet görmüyordum, kilo aldırdı” şeklinde kategorize edilmiştir.

2.4.2.5. Halen Yöntem Kullanma Ve Danışmanlık Alma Durumu

Mevcut Kullanılan Kontraseptif Yöntem: Halen herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanma durumu “evet” ve “hayır” şeklinde sorulmuştur. Yanıt “Hayır” ise neden herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmadığı; “eşim istemiyor, mevcut gebelik, adet görmüyorum, dini nedenler” şeklinde sınıflandırılmıştır. Yanıt “Evet” ise hangi AP yöntemini kullandığı; “Modern Yöntemler (RİA, Kondom, OKS, Tüplerin Bağlanması) ve Geleneksel Yöntemler (Geri çekme ve emzirme)” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Halen Kullanılan Yönteme Başlama Zamanı: Kadınlara kullandıkları yöntemi doğumlarından ne kadar süre sonra kullanmaya başladıkları, “40-45 gün,46 gün -6 ay arası,7-12 ay,13-18 ay, Doğumdan hemen sonra” şeklinde kategorize edilmiştir.

Halen Kullanılan Yöntem Seçiminde Rol Oynayan Kişiler: Kadınlara bu yöntemi kullanmaya kimin tarafından yönlendirildikleri sorulmuş olup yanıtlar; “Eşimle birlikte karar verdim, arkadaşım, yakın çevrem (elti, kayınvalide), Sağlık personeli ve kendim, kendim karar verdim ve diğer” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Halen Kullanılan Aile Planlaması Yöntemini Temin Ettiği Kurum ve Kişi:

Temin ettiği kurumlar; “Aile Sağlığı Merkezi, Devlet Hastanesi, Eczane ve Market” şeklinde kategorize edilmiştir. Danışmanlık aldığı kişi ise; “Doktor, Ebe, Hemşire, Eczacı, Arkadaş” şeklinde kategorize edilmiştir. Temin edilen kişiler ise; “Doktor, Ebe, Doktor-Ebe/Hemşire, Eczacı, Market” şeklinde kategorize edilmiştir.

Halen Kullanılan Gebeliği Önleyici Yöntemin Alındığı Kuruma Başvurma

Nedeni: Son doğumundan sonra AP yöntemini temin ettiği kuruma başvurma nedeni, “doğumu bu kurumda yaptığım için, ücretsiz olduğu için, evime yakın olduğu için, OKS ve kondom temini, adet olmadığım için” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Yöntem İçin Ödenen Miktarın Aile Bütçesini Etkileme Durumu:

Gebeliği önleyici yöntem için ödediğini para miktarının aile bütçesini ne kadar etkilediği sorusuna verilen yanıtlar; “Hiç etkilemedi, Çok az etkiledi, Orta düzeyde etkiledi, Aile bütçemizi sarsacak kadar çok etkiledi” şeklinde gruplandırılmıştır.

Halen Kullanılan Yönteme İlişkin Danışmanlık Hizmeti Alma Durumu:

Kadınlara bu yönteme başladıktan sonra AP ile ilgili herhangi bir hizmet alıp almadıkları sorulmuştur. “Evet” yanıtını verenler; ise neden gittiniz; “İzlem, Yöntem temini, Kontrol amaçlı, Diğer” şeklinde gruplandırılmıştır.

Hizmet Alınan Kurum: Danışmanlık hizmetinin alındığı sağlık kurumu ve hizmet veren sağlık çalışanı (aile hekimi, kadın doğum uzmanı, aile sağlığı elemanı vb) açık uçlu soru şeklinde sorgulanmıştır.

Yönteme Devam Etme Durumu: Kadınların doğum sonrasında başladıkları gebeliği önleyici yönteme devam edip etmeme durumu evet” ve “hayır” şeklinde sorulmuştur. Yanıtı “Hayır” olan kadınlara neden yöntemi bıraktıkları açık uçlu şekilde sorulmuştur.

2.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

2.5.1. Veri Toplama Formları

Kadınların sosyo-demografik, doğurganlık özellikleri ve AP yöntem kullanımları konusundaki görüşlerine ilişkin toplam 86 sorudan oluşan anket formlarımıza ilişkin ayrıntılar aşağıda verilmiştir. Veri toplama araçları araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, literatür çalışmaları ve TNSA çalışmalarından yararlanılarak hazırlanmıştır (EK-1) (11,12,19,22,35,44,50,93,97,98,99,100,102,103,106,105, 107,108,133,142,149).

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu,

- 1) Sosyo-demografik özelliklere ilişkin bilgileri,
- 2) Doğurganlık özellikleri ve AP yöntem kullanımına ilişkin bilgileri,
- 3) Gebelik döneminde AP danışmanlığı alma durumunu
- 4) Lohusalık döneminde AP danışmanlığı alma ve yöntem kullanma durumunu,
- 5) Halen yöntem kullanma ve danışmanlık alma durumunu içeren soru formlarından oluşmuştur.

2.5.2. Veri Toplama Yöntemi

Örnek grubundaki kadınların adresleri belirlendikten sonra kadınlarla sakin bir ortamda, yüz yüze görüşülerek, anket formları uygulanmıştır. Araştırma, “15 Ocak 2015- Mart 2016” tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma veri toplama aşamasının yaz dönemine, okulların tatil olma sürecine denk gelmesi nedeniyle kadınların evde bulunamaması verilerin toplanma sürecinin uzamasına neden olmuştur. Kadınlara doğum sonu 12. ve 18. aylar arasında ulaşılmıştır. Araştırmanın zaman çizelgesi Şekil 1'de verilmiştir.

Kadınlara anket formu uygulandıktan sonra evlerine “Modern Aile Planlaması Yöntem Kullanımı”na ilişkin eğitim broşürü bırakılmıştır (EK-2). Araştırmaya katılan ve AP konusunda hizmet açığı olan kadınlar, etkili AP danışmanlığı alabilmeleri için sağlık kuruluşlarına yönlendirilmiştir.

2.6. VERİLERİN ANALİZİ

Veriler SPSS 16.0 paket programında analiz edilmiştir. Tüm analizlerde; anlamlılık derecesi $p < 0.05$ 'ten küçük değerler için anlamlı kabul edilmiştir.

1. Kadınlara ait sosyo-demografik özellikler ve tanıtıcı bilgilerin verilmesinde sayı ve yüzde dağılımları şeklinde sunulmuştur.
2. Kadınların doğum sonu dönemde modern AP yöntem kullanımında karşılanmayan modern AP gereksinim durumunu etkileyen faktörlerin bazı değişkenler (sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri, AP hizmet kullanımı) ile ilişkilerinin incelenmesinde ki kare testi kullanılmıştır.
3. Dört gözlü tablolarda 5 ve 5'ten küçük değerler için Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır.
4. Araştırmada elde edilen veriler, ki-kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bulunan bazı değişkenler lojistik regresyonda değerlendirilmiştir.

2.7. SÜRE VE OLANAKLAR

Şekil 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

ARAŞTIRMA BASAMAKLARI	ARAŞTIRMANIN ZAMANLAMASI											
	Haziran -Ekiml 2014	Kasım- Aralık 2014	Ocak 2015	Şubat 2015 Mayıs 2016	Haziran-Eylül 2016	Ekim-Ocak 2016	Şubat- Mart 2016	Nisan-Mayıs 2016	Haziran 2016	Temmuz 2016	Ağustos 2016	Eylül 2016
Araştırma Konusunun Belirlenmesi												
Literatür İnceleme												
Araştırma Deseninin Seçimi												
Tez Önerisi												
Etik İzinlerin Alınması												
Araştırma Materyallerinin Hazırlanması												
Uygulama Veri Toplama Aşaması												
Verilerin Değerlendirilmesi- Analizi												
Tez Yazımı												
Tez Savunması												

2.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırma; Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurul onayına sunulmuştur. Aynı zamandan araştırma örneklemine alınan kadınlara da çalışmanın amacı açıklanarak araştırmaya katılmaları konusunda sözel ve yazılı onamları alınmıştır.

Araştırmada Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi 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 (EK-3).

Bu araştırmada kadınlara anket formu uygulandıktan sonra “Modern Aile Planlaması Yöntem Kullanımı”na ilişkin eğitim broşürü bırakılmıştır. Araştırmaya katılan ve AP konusunda hizmet açığı olan tüm kadınlara “Aile Planlaması Danışmanlık Rehberi” eŐliđinde eğitim verilmiştir (150).

BÖLÜM III

BULGULAR

Araştırma sürecinde elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında değerlendirilmiştir:

1. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin bulgular
2. Doğurganlık özellikleri ve AP yöntem kullanımına ilişkin bulgular
3. Gebelik döneminde izlem ve AP danışmanlık hizmeti alma durumlarına ilişkin bulgular
4. Kadınların lohusalık dönemi özellikleri ve AP hizmet alma durumlarına ilişkin bulgular
5. Kadınların doğum sonu bir yıl içinde AP yöntem kullanma durumlarına ilişkin bulgular
6. Kadınların halen AP yöntem kullanma durumlarına ilişkin bulgular
7. Karşılanmayan Modern AP gereksinim durumu ve ilişkili faktörler

3.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Kadınların % 40.3'ü 20-24 yaş grubundadır. Yaş ortalamaları 29.3 ± 4.7 ve ortalama yaş 29.0'dur (min:18. maks:47). Kadınların % 69.7'si lise ve üzeri eğitim görmüştür. Kadınların, %49.6'sı Batı Bölgesi'nde, %41.8'i Doğu Bölgelerinde doğmuş ve %39.5'i de doğduğundan beri İzmir'de yaşamaktadır. Evlilik kararını eşleriyle birlikte verenlerin sıklığı %65.7 olup, kadınların %91.9'u hem resmi hem de imam nikahlıdır. Kadınların tümü evlenirken herhangi bir başlık parası almadıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların, %12.4'nün eşiyile akrabalığı bulunmaktadır. Akrabalık derecesi ise en yüksek %5.8 ile ikinci derecedir. Kadınların %61.3'nün hanedeki kişi sayısı dört ve altında olup, %29.7'si geniş aile tipinde yaşamaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	N	%
Yaş		
18-19	56	16.1
20-24	140	40.3
25-29	112	32.3
30 ve üzeri	39	11.3
Doğum Yeri Bölgesi		
Batı	172	49.6
Doğu	145	41.8
Orta	16	4.6
Güney	14	4.0
Kuzey	-	-
Eğitimi		
İlkokul	45	13.0
Ortaokul	60	17.3
Lise	130	37.4
Üniversite	112	32.3
İzmir’de Yaşam Süresi		
Doğduğundan beri	137	39.5
10 yıl üzeri	166	47.8
10 yıl ve altı	44	12.7
Yaşamı Boyunca En Uzun Yaşanılan Yer		
Batı	278	80.1
Diğer	69	19.9
Eşle Akrabalık Durumu		
Yok	304	87.6
Var	43	12.4
Evlilik Kararında Etkili Olan Kişi		
Eşimle birlikte karar verdik	228	65.7
Ailemiz karar verdi,biz onayladık	87	25.1
Hep birlikte karar verdik	32	9.2
Hane Kişi Sayısı		
4 ve altı	213	61.3
4 üstü	134	38.7
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	244	70.3
Geniş Aile	103	29.7
TOPLAM	347	100

Araştırmaya katılan kadınların hanelerine giren ortalama gelir 1951.3 ± 306.7 , ortanca değeri, 2000 TL'dir (min:750. maks: 2500). Kadınların % 13.3'ü haneye giren gelir miktarını kötü olarak algılamaktadır. Kadınların %62.8'i ev hanımı olup, % 24.5'i ise sigortalı herhangi bir işte çalışmaktadır. Kadınların %97.7'sinin sağlık güvencesi bulunmaktadır. Kadınların %65.1'inin sosyal güvencesi yoktur (Tablo 3).

Tablo 3. Kadınların Sosyo-Ekonomik Faktörlerin Dağılımı

Sosyo-Ekonomik Faktörler	N	%
Gelir durumu		
0-1000 TL	4	1.2
1001-2000 TL	229	66.0
2001-2500 TL	114	32.9
Gelir Algısı		
İyi	28	8.1
Orta	273	78.7
Kötü	46	13.3
Çalışma Durumu		
Düzenli Çalışma Durumu		
Sigortalı herhangi bir işte çalışıyor (düzenli)	57	16.4
Maaşlı memur (düzenli)	28	8.1
Düzensiz Çalışma Durumu		
Yevmiyeli (sigortasız, temizlik işlerinde)	44	12.7
Ev hanımı	218	62.8
Sağlık Güvence		
Var	339	97.7
Yok	8	2.3
Sosyal Güvence		
Yok	226	65.1
SSK	76	21.9
Emekli Sandığı	28	8.1
Bağ-kur	17	4.9
TOPLAM	347	100

Kadınların eşlerinin % 36.3'ü 30-34 yaş grubundadır. Yaş ortalamaları 35.7 ± 7.6 ve ortanca yaş 35.0'tir (min:51. maks:24). Eşlerinin % 65.4'ü lise ve üzeri eğitim görmüştür. Eşlerinin, %38'i Batı Bölgesi'nde, %45.2'si Doğu Bölgesinde doğmuş ve %17'si doğduğundan beri İzmir'de yaşamaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	N	%
Yaş		
24-29	42	12.1
30-34	126	36.3
35- ve üzeri	179	51.6
Doğum Yeri Bölgesi		
Doğu	157	45.3
Batı	132	38.0
Güney	43	12.4
Orta	15	4.3
Kuzey	-	-
Eğitim		
İlkokul	61	17.6
Ortaokul	59	17.0
Lise	101	29.1
Üniversite	126	36.3
İzmir'de Yaşam Süresi		
Doğduğundan beri	59	17.0
10 yıl üzeri	202	58.2
10 yıl ve altı	114	32.8
Yaşamı Boyunca En Uzun Yaşanılan Yer		
Batı	194	55.9
Doğu	85	24.5
Orta	45	13.0
Güney	23	6.6
TOPLAM	347	100

Erkeklerin %97.7'sinin sağlık ve sosyal güvencesi bulunmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5. Eşlerinin Sosyo-Ekonomik Faktörlerine İlişkin Dağılım

Sosyo-Ekonomik Faktörler	N	%
Sağlık Güvence		
Var	339	97.7
Yok	8	2.3
Sosyal Güvence		
SSK	246	70.9
Bağ-Kur	45.0	13.0
Emekli Sandığı	48	13.8
Yok	8	2.3
TOPLAM	347	100

3.2. Doğurganlık Özellikleri ve AP Yöntem Kullanımına İlişkin Bulgular

Kadınların %66.6'sının ilk evlilik yaşı 16-25 yaş arasında, ilk evlilik yaşı ortalamaları 22.4 ± 2.8 , ortanca değeri ise 21.0'dir (min:16. maks:29). Araştırmaya katılan kadınların, ilk gebelik yaşı ortalaması 23.3 ± 3.5 , ortanca değeri 22.0'dir (min:18. maks:30). Kadınların %32.2'si en az iki gebelik, % 55.7'si üç ve üzeri gebelik geçirmiştir. Ortalama gebelik sayısı 2.82 ± 1.15 . ortanca değeri 3.00 'tür (min:1. maks:7). Kadınların %4'ü ise şu anda mevcut gebelik yaşamaktadır. Kadınların ortalama canlı doğum sayısı 1.83 ± 0.73 , ortanca değeri 2.00'dir (min:1. maks:6). Yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.76 ± 0.64 , ortanca değeri 2.00'dir (min:1. maks:6) (Tablo 6). Kadınların % 62.2'si en az bir kez kendiliğinden, %17.9'u ise birden fazla kendiliğinden düşük yapmış olup, %12.4'ü de en az bir kez isteyerek düşük yaptırmıştır.

Tablo 6. Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı

Doğurganlık Özellikleri	Ort \pm SD	Minimum	Maksimum	Median
İlk Evlilik Yaşı	22.4 \pm 3.5	16	29	21.0
İlk Gebelik Yaşı	23.3 \pm 3.5	18	30	22.0
Toplam Gebelik Sayısı	2.8 \pm 1.2	1	7	3.0
Canlı Doğum Sayısı	1.8 \pm 0.7	1	6	2.0
Yaşayan Çocuk Sayısı	1.8 \pm 0.6	1	6	2.0

Kadınların %51.9'u hayatı boyunca en az bir kez istenmeyen gebelik yaşamıştır. Tüm kadınlar sahip olmak istedikleri çocuk sayısını iki olarak ifade etmiştir. Kadınların %43.2'si gelecekte başka çocuk sahibi olmak istediğini ifade etmiştir. Kadınların doğumla sonuçlanan son gebeliklerinden %41.2'si planlanmadan gerçekleşmiştir. Kadınların %62.4'ü bir sonraki gebeliğinin süresini planlama konusunda başkalarına sorması gerektiğini düşünmektedir (Tablo 7).

Tablo 7. Kadınların Doğurganlık Hedeflerine Göre Dağılımı

Doğurganlık Hedefleri	N	%
Tüm gebeliklerini planlama durumu (N=347)		
Plansız gebelik	180	51.9
Planlı gebelik	167	48.1
Doğumla sonuçlanan son gebeliği isteme durumu (N=347)		
İstiyordu	204	58.8
İstemiyordu	143	41.2
Gelecekte başka çocuk isteme durumu (N=347)		
Başka çocuk istiyor	150	43.2
Kararsız/bilmiyor	47	13.5
Başka çocuk istemiyor	150	43.2
Bir sonraki gebeliği ne kadar süre sonra istediği (N=197)		
Başkalarına sorması gerektiğini düşünüyor (eş kayınvalide)	123	62.4
Bilmiyor/kararsız	61	31.0
2-3 yıl içinde istiyor	13	6.6
Başka çocuk istemiyor	150	43.2
TOPLAM	347	100

Son gebeliklerini istemeyen 143 kadının; %28'i geleneksel yöntem, %32.1'i modern bir yöntem kullanırken (kullanıcıya bağlı nedenlerle) gebe kaldıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların, % 39.9'u ise herhangi bir yöntem kullanmadan plansız bir gebelik yaşamıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Son Doğumunu İstemeyen Kadınların Doğumdan Önce AP Yöntemi Kullanım Durumu

Yöntem Kullanımı	N	%
Modern Yöntemler		
RİA	3	2.1
Kullanıcı kontrolünde olan yöntemler		
Oral Kontraseptif (OKS)	19	13.2
Kondom	24	16.8
Geleneksel Yöntem		
Geri çekme	40	28.0
İstemediği Halde Yöntem Kullanmayanlar	57	39.9
TOPLAM	143	100

3. 3. Gebelik Döneminde İzlem ve AP Danışmanlık Hizmeti Alma Durumları

Kadınların % 94.5'i gebelikleri süresince Aile Sağlığı Merkezi tarafından en az bir kez izlenmiş olup izlenen kadınların yalnızca %16.6'sı Sağlık Bakanlığı (S.B.) Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolüne uygun olarak en az dört kez izlendiğini ifade etmiştir. Kadınların %5.5'i Aile Sağlığı Merkezi tarafından hiç izlem yapılmadığını bildirmiştir. Tüm kadınların yaklaşık yarısı (%51.3) AP danışmanlığı aldığını belirtmiştir. Danışmanlık alan bu kadınların, yaklaşık yarısından fazlasına yöntemleri nasıl kullanacakları, yan etkileri, olumlu yönleri ve nereden nasıl ulaşacaklarına ilişkin bilgilendirme yapılmıştır. Kadınların %32'si yöntem kullanırken nelere dikkat etmeleri gerektiği ve %34.8'i ise izlem /kontrol zamanlarına ilişkin bilgilendirme yapıldığını bildirmişlerdir. Kadınların gebelikleri sürecinde aldıkları AP danışmanlığına ilişkin ayrıntılı sonuçlara Tablo 9'da yer verilmiştir.

Tablo 9. Gebelik Döneminde AP Danışmanlığı Alan Kadınlara Verilen Bilgilerin İçeriğine İlişkin Dağılımlar

AP Danışmanlığının İçeriği	Bahsedildi	Bahsedilmedi	Hatırlamıyorum	Toplam
	N (%)	N (%)	N (%)	
Yöntem isimleri	178(100)	-	-	178
Yöntemlerin olumlu yönleri	120(67.4)	43(24.2)	15(8.4)	178
Yöntemlerin yan etkileri	104(58.4)	59(33.1)	15(8.4)	178
Yöntemlere nereden ve nasıl ulaşıldığı	90(50.6)	73(41.0)	15(4.3)	178
Yöntemlerin nasıl kullanılacağı	90(50.6)	73(41.0)	15(8.4)	178
İzlem ve kontrol zamanları	62(34.8)	73(41.0)	43(24.2)	178
Yöntemleri kullanırken dikkat edilmesi gerekenler	57(32.0)	73(41.0)	48 (27.0)	178

Gebelikleri sürecinde kadınların, %33.1'inin devlet hastanesinden, %27'sinin üniversite hastanesi ve ebelik öğrencilerinden ancak %7.9'unun aile sağlığı merkezinden AP danışmanlığı aldığı belirtilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Gebelik Döneminde Alınan AP Danışmanlığının Sağlık Kurumlarına Göre Dağılımı

Sağlık Kurumları	N	%
Devlet Hastanesi	59	33.1
Ege Üniversitesi ebelik öğrencileri ev ziyaretleri sırasında	29	16.3
SGK ile anlaşmalı özel sağlık kurumu	28	15.7
Üniversite Hastanesi ve E.Ü. ebelik öğrencileri ev ziyaretleri sırasında	19	10.7
Devlet hastanesi-AÇSAP merkezi	15	8.4
Devlet Hastanesi ve SGK ile anlaşmalı özel sağlık kurumu	14	7.9
Aile Sağlığı Merkezi	14	7.9
TOPLAM	178	100

3.4. Kadınların Lohusalık Dönemi Özellikleri ve AP Hizmet Alma Durumları

Kadınların, %4.9'u lohusalık dönemi tamamlanmadan önce cinsel ilişki yaşamıştır. Kadınların doğum sonu cinsel ilişkiye başlama zamanları Tablo 11'de verilmiştir. Veri toplama süresinde, kadınların %8.9'u henüz adet görmeye başlamamıştır. Kadınların doğum sonrası adet döngülerinin başlama zamanları Tablo 12'de verilmiştir. Kadınların %92.8'i veri toplama aşamasında emzirmeye devam etmektedir.

Tablo 11: Kadınların Doğum Sonrası Cinsel İlişkiye Başlama Zamanları

Cinsel İlişkiye Başlama Zamanları	N	%
0-40 gün içinde	17	4.9
41- 60 gün içinde	301	86.7
61 gün ve üzeri	29	8.4
TOPLAM	347	100

Tablo 12. Kadınların Doğum Sonrası Adet Döngüsünün Başlama Zamanları

Adet Döngüsünün Başlama Zamanı	N	%
Adet döngüsü başlamayan	31	8.9
0-6 ay arası	71	20.5
7-12 ay arası	84	24.2
13-18 ay arası	161	46.4
TOPLAM	347	100

Kadınların, %89.6'sı lohusalık döneminde en az bir kez Aile Sağlığı Merkezi tarafından izlenmiş olup hastaneden taburcu olduktan sonra S.B. Doğum Sonu Bakım İzlem Protokolüne uygun olarak; ilk 2-5 gün., 13-17. günler ve 30-42. günler arasında en az üç kez izlem yapılan kadın oranı %24.4'tür. Kadınların % 10.4'üne hiç izlem yapılmamıştır.

Lohusalık döneminde kadınların %54.5'i AP hizmetlerine ihtiyaç duymuştur (Tablo 13). Lohusalık döneminde AP hizmetine ihtiyaç duyan bu kadınların % 71.2'si doğumdan sonra AP danışmanlık ve yöntem teminine ilişkin hizmet alırken, %15.3'ü ise ihtiyaç duymasına rağmen herhangi bir AP hizmeti almamıştır. Lohusalık döneminde AP hizmetine ihtiyaç duyan kadınlardan %76.7'si bilgi almak için, %23.3'ü yöntem temin etmek için hizmete ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Aile planlaması hizmetine ihtiyaç duymasına rağmen herhangi bir AP hizmeti almayan 53 kadının neden herhangi bir AP hizmeti almadığına ilişkin veriler ise Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 13. Lohusalık Döneminde AP Hizmetlerine İhtiyaç Duyma,Hizmet Alma Durumları

Lohusalık Döneminde AP Hizmetlerine İhtiyaç Duyma ve Hizmet Alma Durumları							
İhtiyaç Duyan				İhtiyaç Duymayan			
N		%*		N		%*	
189		54.5		158		45.5	
Hizmet Alan		Hizmet Almayan		Hizmet alan		Hizmet Almayan	
N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
136	%39.2	53	15.3	28	8.1	130	37.5

*Yüzde hesaplamaları toplam kadınlar üzerinden yapılmıştır.

Tablo 14. AP Hizmeti Almama Nedenlerinin Dağılımı

Hizmeti Almama Nedenleri	N	%
Eşim istemedi	37	24.3
Adet görmediğim için takılmadı	27	17.8
Küçük çocuğumdan dolayı çıkamıyordum	23	15.1
Yan etkilerinden dolayı	23	15.1
Ulaşım zorluğu	21	13.8
Emzirdiğim için gerek duymadım	19	12.5
Dini nedenler	2	1.3
TOPLAM*	152	100

* Kadınlar birden fazla neden bildirmiştir.

Kadınların %45.5'i (158) AP hizmetlerine ilişkin herhangi bir ihtiyaç duymamıştır. Kadınların %8.1'ine ihtiyaç duymasa da danışmanlık hizmeti verilmiştir (Tablo 12). İhtiyaç duymama nedenlerine ilişkin en sık kullanılan ifade ise %57.0 sıklığı ile “geri çekme yöntemine devam ediyorum” şeklinde olmuştur. Neden ihtiyaç duymadıklarına dair ifadelere ilişkin ayrıntılar Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15. AP Hizmetlerine İhtiyaç Duymama Nedenlerinin Dağılımı

Neden İhtiyaç Duymadıkları	N	%
Geri çekme yöntemine devam etmeyi düşündüm	90	57.0
Sık olmayan cinsel ilişki	25	15.8
Emziriyordum	22	13.9
Eşi istemiyor, açıklama yapmak istemedi (eş, dini nedenler)	15	9.5
Gebe kalmak istiyordum	6	3.8
TOPLAM	158	100

Lohusalık döneminde, hastanede ve evde olmak üzere kadınların %35.7’sine AP danışmanlığı verilmiştir. Aile planlaması danışmanlığı verilen kadınların, tamamına yöntemlerin isimlerinden bahsedilmiştir. Bu kadınlar; yöntemlerin olumlu yönleri, yöntemlerin yan etkileri, nereden nasıl ulaşacakları ve izlem/kontrol zamanlarına ilişkin yaklaşık %85 sıklığında bilgi verildiğini ifade ederken, yaklaşık %65’i ise yöntemleri nasıl kullanacakları ve yöntem kullanırken nelere dikkat etmeleri gerektiğine ilişkin bilgi verildiğini ifade etmişlerdir (Tablo 16).

Tablo 16. Lohusalık Döneminde Alınan AP Danışmanlığının İçeriğine İlişkin Dağılım

AP Danışmanlığının İçeriği	Bahsedildi N (%)	Bahsedilmedi N (%)	Hatırlamıyorum N (%)	Toplam N
Yöntem isimleri	124 (100)	-	-	124
Yöntemlerin olumlu yönleri	110 (88.7)	-	14 (11.3)	124
Yöntemlere nereden ve nasıl ulaşıldığı	110 (88.7)	-	14 (11.3)	124
Yöntemlerin yan etkileri	108 (87.1)	16 (12.9)	-	124
İzlem ve kontrol zamanları	109 (87.9)	1 (0.3)	14 (11.3)	124
Yöntemlerin nasıl kullanılacağı	81 (65.3)	29 (23.4)	14 (11.3)	124
Yöntemleri kullanırken nelere dikkat edilmesi gerektiği	80 (64.5)	29 (23.4)	15 (12.1)	124

Lohusalık sürecinde danışmanlık almış kadınların %31.5'i aile sağlığı merkezinden AP danışmanlığı almış olup danışmanlığı nereden aldıklarına ilişkin ayrıntılı sonuçlar, Tablo 17'de yer almaktadır.

Tablo 17.Lohusalık Döneminde AP Danışmanlığı Hizmeti Alınan Birimler

Hizmet Alınan Birimler	N	%
Aile Sağlığı Merkezi	39	31.5
Devlet Hastanesi	20	16.1
Aile Sağlığı Merkezi-E.Ü.Ebelik Öğrencileri Ev Ziyaretleri Sırasında	18	14.5
Ege Üniversitesi Ebelik Öğrencileri Ev Ziyaretleri Sırasında	18	14.5
Üniversite Hastanesi-E.Ü.Ebelik Öğrencileri Ev Ziyaretleri Sırasında	15	12.1
Devlet Hastanesi- E.Ü.Ebelik Öğrencileri Ev Ziyaretleri Sırasında	14	11.3
TOPLAM	124	100

3.5. Kadınların Doğum Sonu Bir Yıl İçinde AP Yöntem Kullanma Durumları

Doğum sonu dönemde yöntem kullandığını ifade eden kadınların %32.2'si geleneksel yöntem, %48.4'ü ise modern yöntemlerden birini kullandığını belirtmiştir. Aile planlaması yöntem kullanım durumlarına ilişkin veriler Tablo 18'de yer almaktadır. Kadınların %19.3'ü (67) ise doğum sonu dönemde hiçbir AP yöntemi kullanmadığını ifade etmiştir. Bu kadınların neden modern yöntem kullanmadığına dair veriler Tablo 19'da sunulmuştur.

Tablo 18. Doğum Sonu Dönemde AP Yöntem Kullanma Durumları

Yöntem Kullanım Durumları	N	%
Modern Yöntemler (n:168)		
Rahim İçi Araç Uygulama	93	26.8
Kondom	46	13.2
Oral Kontraseptif (OKS)	28	8.1
Tüplerin Bağlanması	1	0.3
Geleneksel Aile Planlaması Yöntem Kullanma Durumu (n=112)		
Geri Çekme Yöntemi	90	25.9
Emzirme	22	6.3
Kullanmıyor	67	19.3
TOPLAM	347	100

Tablo 19. Modern Yöntem Kullanmama Nedenlerine İlişkin Dağılımlar

Yöntem Kullanmama Nedenleri	N	%
Eşim istemedi	31	46.3
Dini nedenler	2	3.0
Sık cinsel ilişkisi olmama	25	37.3
Gebe kalmakta güçlük yaşayan ve tekrar gebe kalmak isteyen kadınlar	6	9.0
Adet görmediğim için gerek duymadım	3	4.5
TOPLAM	67	100

Kadınların doğum sonu dönem AP yöntem kullanımına başlama zamanları incelendiğinde; %62.5'inin 6 aydan önce herhangi bir AP yöntemi kullanmaya başladığı saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Kadınların Doğum Sonu Dönem AP Yöntem Kullanımına Başlama

Zamanları

Yöntem Kullanımına Başlama Zamanı	N	%
40-45 gün	158	56.4
46 gün -6 ay	17	6.1
7-12 ay	53	18.9
13-18 ay	51	18.2
Doğumdan hemen sonra	1	0.4
TOPLAM	280	100

Kadınların 59.5'i doğum sonrası kullandıkları AP yöntemine ödedikleri ücreti hatırlamadıklarını, hatırlayan kadınların ise %16.2'si ise ücretin aile bütçesini orta düzeyde etkilediğini düşünmektedirler (Tablo 21).

Tablo 21. Kadınların Doğum Sonu Dönemde Kullandıkları AP Yöntemine Ödedikleri Ücretin Aile Bütçesini Etkileme Durumları

Aile Bütçesini Etkileme Durumları	N	%
Hiç etkilemedi	35	51.5
Çok az etkiledi	22	32.3
Orta düzeyde etkiledi	11	16.2
TOPLAM	68	100

**Geleneksel yöntem kullanan 112 kadın toplama dahil edilmemiş, analizler modern AP yöntemi kullanan 168 kadın üzerinden yapılmıştır.*

Doğum sonrası yöntem kullanan 280 kadından %39.6'sı yöntemlerden birini kullanmaya başladıktan sonra AP ile ilgili herhangi bir hizmet almıştır (Tablo 22). Bu hizmeti %52.3 sıklığı ile en çok aile sağlığı merkezinde çalışan, doktor ve ebelerden almışlardır. Hizmet almak için başvuru en sık neden ise %47.7 sıklığıyla oral kontraseptif (OKS) yöntem temini olmuştur. Kadınların doğum sonu bir yıl içinde AP yöntemini tercih etme ve temin etme durumlarına ilişkin bulgulara EK-4'te yer verilmiştir.

Tablo 22. AP Yöntemini Kullanmaya Başladıktan Sonra AP Hizmeti Aldıkları Birim/Kişi ve Aldıkları Hizmetler

Hizmet Alma Nedenleri	AP Hizmeti Aldıkları Hizmet Birimi ve Kişiler			
	Aile Sağlığı Merkezi Doktor, Ebe	AÇSAP Doktor, Ebe	E.Ü. Ebelik Öğrencileri Ev ziyaretleri	TOPLAM
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Yöntem Temini (OKS temini)	35(66.0)*	18(34.0)*	-	53(47.7)**
Ev ziyaretiyle İzlem Danışmanlığı	-	-	22(100.0)*	22(19.8)**
RİA Kontrol	13(68.4)*	6(31.6)*	-	19(17.2)**
Yöntemi Değişirme	7(58.4)*	5(41.6)*	-	12(10.8)**
Yöntemi Bırakma (RİA Çıkarma)	3(60.0)*	2(40.0)*	-	5(4.5)**
TOPLAM	58 (%52.3)*	31(%27.9)*	22(19.8)*	111(100.0)

* Satır yüzdesi

** Sütun yüzdesi

3.6- Kadınların Halen AP Yöntem Kullanma Durumları

Doğum sonu dönemde yöntem kullanan kadınlardan, %60.8'i (211) önceden kullandığı yönteme devam etmekte olup, %19.9'u ise kullandığı yöntemi bırakmıştır. Doğum sonu dönemde yöntem kullanmayı bırakanlardan; %50.7'si yeni bir yöntem kullanmaya başlamış, %49.3'ü ise mevcut durumda herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. Kadınların doğum sonu kullandığı yöntemi bırakma/değişirme nedenleri arasında eşlerinin istememesi ve zorlanması %49.3 ile en yüksek sıklığa sahiptir (Tablo 23).

Tablo 23. Kadınların Doğum Sonu Kullandıkları Yöntemi Bırakma/Değiştirme Nedenleri

Yöntemi Bırakma/Değiştirme Nedenleri	N	%
Eşim istemiyor, zorlanıyor	34	49.3
Etkili ve uzun süre korunmak için	16	23.2
Gebe kaldım	8	11.6
Adet görmüyordum	4	5.8
Kilo aldırdı	4	5.8
Kanamamı arttırdı	3	4.3
TOPLAM	69	100

Kadınların %70.9'u (246) veri toplama aşamasında herhangi bir AP yöntemi kullandığını ifade ederken, %29.1'i (101) herhangi bir yöntem kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Kadınların Halen AP Yöntem Kullanma Durumları

Yöntem Kullanma Durumu	N	%
Modern AP Yöntemi Kullananlar (n:180)		
Rahim İçi Araç Uygulama	97	27.9
Kondom	54	15.6
Oral Kontraseptif	28	8.1
Tüp Ligasyonu	1	0.3
Geleneksel AP Yöntemi Kullananlar (n:66)		
Geri Çekme Yöntemi	66	19.0
Hiç Yöntem Kullanmayanlar (n:101)	101	29.1
TOPLAM	347	100

Kadınların halen kullandıkları AP yöntemlerini tercih etme nedenlerine bakıldığında, RİA kullanımında; %57.7 sıklığı ile en çok arkadaş ve yakın çevrenin, oral kontraseptif kullanımında; %42.9 ile daha önce aynı yöntemi kullanmanın, kondom kullanımında; %70.4 ile diğer yöntemlerin yan etkilerinden dolayı kullanamamanın, geri çekme yöntemi kullanımında; %27.3 ile eşinin etkisi olduğu belirtilmektedir. Kadınların doğum sonu dönemde kullandıkları AP yöntemlerini tercih etme nedenlerine ilişkin ayrıntılı Tablo aşağıda yer almaktadır (Tablo 25).

Tablo 25. Halen Kullanılan AP Yöntemlerini Tercih Etme Nedenleri

Yöntemleri Tercih Etme Nedenleri	N	%
Tüp Ligasyonu Tercih Etme Nedenleri (n:1)		
Kesinlikle gebe kalmak istemiyorum	1	0.4
RİA'yı Tercih Etme Nedenleri (n:97)		
Arkadaşım, yakın çevremın önermesiyle (elti, kayınvalide)	56	57.7
Uzun süre koruması	21	21.6
Kesin çözüm	9	9.3
Eşim korunmak istemiyor	6	6.2
Geri çekme yöntemi kullanırken gebe kaldım	5	5.2
Oral Kontraseptifi Tercih Etme Nedenleri (n:28)		
Daha önce aynı yöntemi kullanma	12	42.9
Adet düzensizliği nedeniyle	9	32.1
Spiralin yan etkilerinden dolayı	7	25.0
Kondomu Tercih Etme Nedenleri (n:54)		
Diğer yöntemlerin yan etkilerinden korkma	38	70.4
Eşim İstiyor	9	16.6
Sık cinsel ilişki olmaması	7	13.0
Geri Çekmeyi Tercih Etme Nedenleri (n:90)		
Eşim İstiyor	18	27.3
Kolay bir yöntem	17	25.8
Sık cinsel ilişki olmaması	12	18.2
Ücretsiz	9	13.6
Daha önce aynı yöntemi kullanma	8	12.1
Dini nedenler	2	3.0

Kadınların halen kullandıkları AP yöntem seçiminde rol oynayan kişiler arasında; %43.9 sıklığı ile eşleri ilk sırada yer almaktadır (Tablo 26).

Tablo 26. Kadınların Halen Kullandıkları AP Yöntem Seçiminde Rol Oynayan Kişiler

Yöntem Seçiminde Rol Oynayan Kişiler	N	%
Eşimle birlikte karar verdim	108	43.9
Sağlık personeliyle birlikte karar verdim	50	20.3
Arkadaşım, yakın çevrem (elti, kayınvalide)	51	20.7
Diğer (sağlık personeli, anne, eş)	19	7.8
Kendim karar verdim	18	7.3
TOPLAM	246	100

Kadınların halen kullandıkları AP yöntemini temin ettikleri kişiler arasında; %39.4 sıklığı ile herhangi bir sağlık personeli yer alırken, ikinci sırada %21.1 ile sadece ebe yer almaktadır (Tablo 27).

Tablo 27: Kadınların Halen Kullandıkları Modern AP Yöntemini Temin

Ettikleri Kişi

Yöntemi Temin Ettikleri Kişiler	N	%
Doktor-ebe/hemşire	71	39.4
Ebe	38	21.1
Doktor	30	16.7
Eczacı	28	15.6
Market	13	7.2
TOPLAM	180	100

Kadınların halen kullandıkları AP yöntemini temin ettikleri birimler arasında %32.7 sıklığı ile AÇSAP birinci sırada yer alırken, %30 sıklığıyla ASM ikinci sırada yer almaktadır. Kadınların şu anda kullandıkları AP yöntemini temin ettikleri birimleri seçme nedenleri arasında yöntemin ücretsiz olması (%47.2) en yüksek sıklığa sahipken, ikinci sırada hizmet temin ettikleri birimin evlerine yakın olması yer almaktadır (%21.6) (Tablo 28).

Tablo 28. Kadınların Halen Kullandıkları AP Yöntemini Temin Ettikleri Birimler ve Seçme Nedenlerine Göre Dağılımları

Birimleri Seçme Nedenleri	Yöntemini Temin Ettikleri Birimler					
	Aile Sağlığı Merkezi	Devlet Hastanesi	AÇSAP	Eczane	Market	Toplam
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Ücretsiz olduğu için	33(38.8)*		52(61.2)*			85(47.2)**
Evime yakın olduğu için	21(53.8)*		5(12.8)	13(33.3)*		39(21.7)**
OKS ve Kondom Temini				15(53.6)*	13(46.4)*	28(15.5)**
Doğumu bu kurumda yaptığım için		17(100.0)*				17(9.4)**
Adet olmadığım için her yerde yaptıramadım		9(81.8)*	2(18.2)*			11(6.1)**
TOPLAM	54(30.0)*	26(14.4)*	59(32.8)*	28(15.6)*	13(7.2)*	180(100.0)

* Satır yüzdesi

** Sütun yüzdesi

Çalışma grubundaki tüm kadınların; %21.6'sı eşi istemediği için, %4'ü mevcut gebelik yaşadığı için halen herhangi bir AP yöntemi kullanmamaktadır. Yöntem kullanmayan kadınlar arasında ise %74.3 sıklığı ile eşlerinin istememesi nedeni ilk sırada yer almaktadır (Tablo 29).

Tablo 29. Hiç Yöntem Kullanmayan Kadınların Halen Yöntem Kullanmama Nedenleri

Hiç Yöntem Kullanmayanlar	N	%
Eşim İstemiyor	75	74.3
Mevcut gebelik	14	13.7
Adet görmüyorum	10	10.0
Dini nedenler	2	2.0
TOPLAM	101	100

3.7. Karşılanmayan Modern AP Gereksinimi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

3.7.1. Karşılanmayan Modern AP Gereksinimi

Kadınların % 48.1'inin (167) AP yöntem kullanımında karşılanmayan modern AP gereksinimi bulunmaktadır. Kadınların %51.9'unun (180) modern bir yöntemle AP yöntem gereksinimi karşılanmıştır. Çalışma grubundaki 6 kadın ise gebe kalmak istediği için yöntem kullanmamış ve doğum sonu dönemde olduğu için AP açısından karşılanmamış gereksinim kapsamına alınmıştır (Tablo 30).

Tablo 30. Kadınların AP Gereksinimlerinin Karşılanma Durumu

Aile Planlaması Gereksinim Durumu		
Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksinimi Olanlar	N	%*
Geri çekme yöntemi kullananlar	66	19.0
Hiç yöntem kullanmayan	87	25.1
Gebe(istemedi gebeden kalmıştır)	8	2.3
**Gebe kalmak isteyenler	6	1.7
	167	48.1
Aile Planlaması Gereksinimi Karşılananlar		
Modern yöntem kullananlar	180	51.9
TOPLAM	347	100

*Yüzde hesaplamaları toplam kadınlar üzerinden yapılmıştır.

**Doğum sonu dönemi olduğu için gebe kalmak isteyen kadınlarda karşılanmayan modern AP gereksinim grubunda analiz edilmiştir.

3.7.1.1. Sosyo-demografik Özellikleri ile Karşılanmayan Modern AP Gereksinimi Arasındaki İlişki

Kadınların yaşı, eğitim düzeyi ve evlilik kararında etkili olan kişi ile karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 31).

Tablo 31. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Var	Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Yok		
	n (%)*	n (%)*	χ^2	P
¹ Yaş				
30 yaş ve altı	141(45.8)	167(54.2)	6.050	0.01
30 yaş üstü	26(66.7)	13(33.3)		
² Doğum Yeri				
Batı	81(47.4)	90(52.6)	0.078	0.78
Diğer	86(48.9)	90(51.1)		
³ Eğitim				
Lise ve altı	124(51.8)	111(46.4)	6.277	0.01
Lise üzeri	43(38.4)	69(61.6)		
⁴ Evlilik Kararında Etkili Olan Kişi				
Eşimle birlikte karar verdik	93(40.8)	135(59.2)	14.337	0.00
Ailemiz karar verdi, biz onayladık/ hep birlikte karar verdik	74(62.2)	45(37.8)		
⁵ Eş Akrabalık				
Var	19(44.2)	24(55.8)	305	0.58
Yok	148(48.7)	156(51.3)		
⁶ Hanedeki Kişi Sayısı				
4 ve altı	103(48.4)	110(51.6)	0.012	0.91
4 üzeri	64(47.8)	70(52.2)		
⁷ Aile Tipi				
Geniş Aile	117(48.0)	127(52.0)	0.010	0.92
Çekirdek Aile	50(48.5)	53(51.5)		
⁸ İzmir'de Yaşama Süresi				
Doğduğundan beri	70(51.1)	67(48.9)	0.003	0.95
Daha sonra İzmir'e gelenler	97(46.2)	113(53.8)		
⁹ En Uzun Yaşanılan Bölge				
Batı	134(48.2)	144(51.8)	0.003	0.95
Diğer	33(47.8)	36(52.2)		
TOPLAM	167(48.1)	180(51.9)		

*Satır Yüzdesi

¹ Yaş değişkeni; "18-19,20-24,25-29 yaş" grupları analizde birleştirilerek, "30 yaş ve altı" şeklinde ifade edilmiştir.

² Doğum yeri; "Doğu,Orta,Güney,Kuzey" bölgeleri analizde birleştirilerek, "Diğer" şeklinde ifade edilmiştir.

³ Eğitim; "ilkokul,ortaokul, lise" grubu analizde birleştirilerek, "lise ve altı", üniversite ise "lise üzeri" şeklinde ifade edilmiştir.

⁴ Evlilik Kararı; "hep birlikte karar verdik" grubu analizde "ailemiz karar verdi,biz onayladık" ile birleştirilmiştir.

⁵ İzmir'de Yaşama Süresi; "10 yıl ve altı ile 10 yıl üzeri" grupları, "daha sonra İzmir'e gelenler" şeklinde gruplandırılarak analiz edilmiştir.

Kadınların eşlerinin yaş ve doğum yerleri ile karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 32).

Tablo 32. Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Var	Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Yok		
	n (%)*	n (%)*	χ^2	P
¹ Yaş 24-29 30 yaş ve üzeri	13(31.0) 154(50.5)	29 (69.0) 151(49.5)	5.646	0.01
² Doğum Yeri Batı Diğer	25(29.8) 142(54.0)	59(70.2) 121(46.0)	14.973	0.00
³ Eğitimi İlkokul ve altı Ortaokul ve üzeri	31(50.8) 136(47.6)	30(49.2) 150(52.4)	0.215	0.64
⁴ İzmir'de Yaşama Süresi Doğduğundan beri Daha sonra İzmir'e gelenler	31(52.5) 136(47.2)	28(47.5) 152(52.8)	0.555	0.45
⁵ En Uzun Yaşanılan Bölge Batı Diğer	97(50.0) 70(45.8)	97(50.0) 83(54.2)	0.618	0.43
TOPLAM	167(48.1)	180(51.9)		

*Sadır Yüzdesi

¹ Yaş değişkeni; "30-34,35 ve üzeri" grupları analizde birleştirilerek, "30 yaş ve üzeri" şeklinde ifade edilmiştir.

² Doğum yeri; "Doğu,Orta,Güney,Kuzey bölgeleri" analizde birleştirilerek, "Diğer" şeklinde ifade edilmiştir.

³ Eğitim; "ortaokul, lise ve üniversite" grubu analizde birleştirilerek, "ortaokul ve üzeri" şeklinde ifade edilmiştir.

⁴ İzmir'de Yaşama Süresi; "10 yıl ve altı ile 10 yıl üzeri" grupları, "daha sonra İzmir'e gelenler" şeklinde gruplandırılarak analiz edilmiştir.

⁵ En uzun yaşanılan bölge; "Doğu,Orta,Güney" bölgeleri analizde birleştirilerek, "Diğer" şeklinde ifade edilmiştir.

3.7.1.2. Sosyo-Ekonomik Özellikler ile Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Durumları Arasındaki İlişki

Kadınların gelir algısı ve gelir durumu ile karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 33).

Tablo 33. Sosyo-Ekonomik Faktörlerin Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı

Sosyo-Ekonomik Özellikler	Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Var	Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Yok	χ^2	P
	n (%)	n (%)		
¹ Gelir Algısı İyi Kötü /Orta	6(21.4) 161(50.5)	22(78.6) 158(49.5)	8.696	0.00
² Gelir Durumu 1001-2000 TL 2001-2500 TL	126(54.1) 41(36.0)	107(45.9) 73(64.0)	10.059	0.00
Çalışma Durumu Çalışan Çalışmayan	58(45.0) 109(50.0)	71(55.0) 109(50.0)	0.824	0.36
Sosyal Güvence Yok Var	111(49.1) 56(46.3)	115(50.9) 65(53.7)	5.107	0.16
³ Sağlık Güvence Yok Var	2(25.0) 165(48.7)	6(75.0) 174(51.3)	1.754	0.28
TOPLAM	167(48.1)	180(51.9)		

¹ Gelir algısı grubunda, "kötü ve orta" seçenekleri analiz sırasında birleştirilmiştir.

² Gelir durumu grubunda, "0-1000 TL ile 1001-2000 TL" seçenekleri analiz sırasında birleştirilmiştir.

³ Fisher kesin ki-kare testi

3.7.1.3. Kadınların Doğurganlık Özellikleri ile Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Durumları Arasındaki İlişki

Kadınların doğum sayısı ve isteyerek düşük sayıları ile karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 34).

Tablo 34. Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı

Doğurganlık Özellikleri	Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Var	Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Yok		
	n (%)	n (%)	χ^2	P
İlk Evlilik Yaşı 18 yaş ve altı 18 yaş üzeri	19(44.2) 148(48.7)	24(55.8) 156(51.3)	0.305	0.58
İlk Gebelik Yaşı 19 yaş ve altı 19 yaş üzeri	19(44.2) 148(48.7)	24(55.8) 156(51.3)	0.305	0.58
Gebelik Sayısı 3'ün altı 3 ve üzeri	70(45.2) 97(50.5)	85(54.8) 95(49.5)	0.987	0.32
Doğum Sayısı 3'ün altı 3 ve üzeri	159(51.3) 8(21.6)	151(48.7) 29(78.4)	11.655	0.00
Yaşayan Çocuk Sayısı 3'ün altı 3 ve üzeri	159(48.9) 8(36.4)	166(51.1) 14(63.6)	1.302	0.25
İsteyerek Düşük Var Yok	27(62.8) 140(46.1)	16(37.2) 164(53.9)	4.228	0.04
Kendiliğinden Düşük Var Yok	106(49.1) 61(46.6)	110(50.9) 70(53.4)	0.206	0.65
TOPLAM	167(48.1)	180(51.9)		

Son gebeliğini istemeyen kadınların gebe kaldıkları zamanda kullandıkları AP yöntemi ile karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 35).

Tablo 35. Kadınların Doğurganlık Hedefleri ile Karşılanmayan Modern AP Gereksinimi Durumlarının Karşılaştırılması

Doğurganlık Özellikleri	Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Var	Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Yok		
	n (%)	n (%)	χ^2	P
Tüm gebeliklerini planlama durumu				
Planlı gebelik	76(45.5)	91(54.5)	0.884	0.34
Plansız gebelik	91(50.6)	89(49.4)		
Gelecekte başka çocuk isteme durumu				
İstiyor	77(51.3)	73(48.7)	1.088	0.29
İstemiyor/Kararsız	90(45.7)	107(54.3)		
Son doğumla sonuçlanan gebeliği isteme durumu				
Evet	101(49.5)	103(50.5)	0.379	0.53
Hayır	66 (46.2)	77(53.8)		
Son gebeliğini istemeyen kadınların AP yöntem kullanma durumu				
Kullanıyor	45 (52.3)	41(47.7)	3.307	0.06
Kullanmıyor	21 (36.8)	36(63.2)		
¹Son gebeliğini istemeyen kadınların gebe kaldıkları zamanda kullandıkları AP yöntemi				
Geri çekme	14 (35.0)	26(65.0)	8.999	0.00
Modern Yöntemler (RİA,OKS,Kondom)	31 (81.6)	7(18.4)		
TOPLAM	167(48.1)	180(51.9)		

¹ Son gebeliğini istemeyen kadınların gebe kaldıkları zamanda kullandıkları AP yöntemlerinde; "RİA,OKS ve kondom" grupları analiz sırasında birleştirilmiş ve modern yöntemler olarak değerlendirilmiştir.

3.7.1.4. Gebelik Döneminde İzlem ve AP Danışmanlık Hizmeti Alma Durumları ile Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Durumları Arasındaki İlişki

Kadınların doğumla sonuçlanan son gebeliklerinde AP danışmanlığı alma durumu ile karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 36).

Tablo 36. Gebelik Döneminde AP Danışmanlığı İle İlgili Faktörlerin Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Var	Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Yok		
	n (%)	n (%)	χ^2	P
Son doğumla sonuçlanan gebelikte izlem yapılma durumu Yapıldı Yapılmadı	156(47.6) 11(57.9)	172(52.4) 8(42.1)	0.768	0.38
Son doğumla sonuçlanan gebelikte AP danışmanlığı alma durumu Evet Hayır	75(42.1) 92(54.4)	103(57.9) 77(45.6)	5.256	0.02
AP danışmanlığı alınan birim Aile Sağlığı Merkezi/AÇSAP ve E.Ü. Ebelik öğrencileri ev ziyaretleri SGK Anlaşmalı Hastane ve Devlet Hastanesi	32(41.6) 43(42.6)	45(58.4) 58(57.4)	0.018	0.89
AP danışmanlığı alınan kişi Öğrenci Ebe Doktor-Diğer Sağlık Personeli	16(55.2) 59(39.6)	13(44.8) 90(60.4)	2.415	0.12

¹ Aile planlaması danışmanlığı alınan birimde, , “Aile Sağlığı Merkezi/AÇSAP ve E.Ü. Ebelik öğrencileri ev ziyaretleri” seçenekleri analiz sırasında birleştirilmiştir.

3.7.1.5. Lohusalık Dönemi Kadınların Özellikleri ve AP Hizmet Alma Durumları ile Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Durumları Arasındaki İlişki

Kadınların lohusalık döneminde izlem yapılma durumu, lohusalık döneminde AP danışmanlığı alma durumu, danışmanlık alınan birim ve kişi, adet görme durumu, hizmet ihtiyacı duyma ve hizmet alma durumları ve halen kullandıkları yöntemle başladıktan sonra AP danışmanlığı alma durumları ile karşılanmayan modern aile planlaması gereksinim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 37).

Tablo 37. Lohusalık Döneminde AP Danışmanlığı İle İlgili Faktörlerin Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Var	Karşılanmayan Modern AP Gereksinim Yok		
	n (%)	n (%)	χ^2	P
Lohusalık döneminde izlem yapılma durumu Yapıldı Yapılmadı	136(43.7) 31(86.1)	175(56.3) 5(13.9)	23.214	0.00
Lohusalık döneminde AP danışmanlığı alma durumu Evet Hayır	43(34.7) 124(55.6)	81(65.3) 99(44.4)	13.980	0.00
¹AP danışmanlığı alınan birim Devlet Hastanesi Aile Sağlığı Merkezi ve Ege Üniversitesi Ebelik öğrencileri ev ziyaretleri	23(49.4) 20(26.7)	26(89.7) 55(73.3)	5.377	0.02
AP danışmanlığı alınan kişi Ebe ya da Öğrenci Ebe Doktor – diğer sağlık personeli	6(19.3) 37(40.2)	25(80.7) 55 (59.8)	4284	0.03
²Son doğumdan sonra cinsel ilişki yaşama zamanı 0- 60 gün içinde 61 gün ve üzeri	149(46.8) 18(62.1)	169(53.1) 11(37.9)	2.464	0.11
³Son doğumdan sonra adet görme zamanı Evet Hayır	138 (43.7) 29 (93.5)	178(56.3) 2 (6.5)	28.132	0.00
AP hizmetine ihtiyaç duyma durumu Evet Hayır	45(23.8) 122(77.2)	144 (76.2) 36(22.8)	98.318	0.00
AP Hizmeti alma durumu Evet Hayır	26(19.1) 45(84.9)	110(80.9) 8(15.1)	70.337	0.00
Halen kullanılan yöntemle başladıktan sonra AP danışmanlığı alma durumu Evet Hayır	7(13.7) 59(30.3)	44(86.3) 136(69.7)	5.628	0.01

¹ Analiz sırasında, “Devlet Hastanesi, Üniversite Hastanesi-E.Ü.Ebelik Öğrencileri Ev Ziyaretleri Sırasında,Devlet Hastanesi/Ege Üniversitesi Ebelik Öğrencileri Ev Ziyaretleri Sırasında” seçenekleri “Devlet Hastanesi “ olarak , “Aile Sağlığı Merkezi, E.Ü.Ebelik Öğrencileri Ev Ziyaretleri ,Aile Sağlığı Merkezi/E.Ü.Ebelik Öğrencileri Ev Ziyaretleri “ seçenekleri ise “ Aile Sağlığı Merkezi/E.Ü.Ebelik Öğrencileri Ev Ziyaretleri” olarak birleştirilerek analiz edilmiştir.

² Analiz sırasında, son doğumdan sonra cinsel ilişki yaşama zamanı, “0-40 gün içinde ve 41-60 gün içinde” seçenekleri birleştirilerek “0-60 gün içinde” şeklinde analiz yapılmıştır.

³ Fisher kesin ki-kare testi

Tablo 38. Lojistik Regresyon Analizine Göre Karşılanmayan Gereksinim Durumuyla ilişkili Faktörler

Modele, kadının yaşı, kadının öğrenim durumu, evlilik kararı, eş doğum yeri, gelir durumu, isteyerek düşük yapma durumu, son doğumla sonuçlanan gebelikte aile planlaması danışmanlığı alma durumu, lohusalıkta danışmanlık alma durumu, lohusalıkta izlem yapılma durumu alınmıştır. Gelir durumu alt-orta düzeyde olan kadınlarda orta düzeyde gelire sahip kadınlara göre 1.7 kat, 30 yaş üzeri kadınlarda 30 yaş altı kadınlara göre 3.1 kat, son doğumla sonuçlanan gebelikte aile planlaması danışmanlığı almayan kadınlarda 2.8 kat daha fazla karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır (Tablo 38).

Değişkenler	Olasılıklar Oranı	% 95 Güven Aralığı	P*
Kadının Yaşı Referans : 30 yaş ve üzeri 30 yaş altı	3.19	1.469-6.947	0.00
Gelir durumu Referans : alt-orta grup (1001-2000) Orta grup (2001-2500)	1.76	1.083-2.865	0.02
Son doğumla sonuçlanan gebelikte aile planlaması danışmanlığı alma durumu Referans: hayır evet	2.81	1.775-4.466	0.00

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Doğum sonu dönemde herhangi bir modern AP yöntem kullanımını değerlendirmek üzere yapılan çalışmada her iki kadından birinin karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimi olduğu saptanmıştır. Karşılanmayan modern AP gereksiniminin; 30 yaş üstü, lise ve altında eğitime sahip olan, gelir algısı düşük ve evlilik kararında ailenin etkisi olanlar ile gebelik öncesi ve doğum sonu dönemde aile planlaması danışmanlığı almayan kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma sürecinde elde edilen bulgular aşağıda yer alan başlıklar altında tartışılmıştır:

1. Kadınların sosyo-demografik ve doğurganlık özelliklerin değerlendirilmesi
2. Doğum sonu dönemde aile planlaması yöntem kullanım durumları ve istenmeyen gebelik durumuna ilişkin bulguların değerlendirilmesi
3. Kadınların doğum sonu dönemde tercih ettikleri modern aile planlaması yöntemleri
4. Kadınların sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri ile doğum sonu dönem karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi
5. Gebelik ve lohusalık döneminde aile planlaması danışmanlığı ve hizmet alma durumlarına ilişkin bulguların değerlendirilmesi

4.1.KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ

Çalışma grubundaki kadınların yaklaşık yarısı (%49.6) Batı Bölgesi'nde doğmuş, %39.5'i doğduğundan beri İzmir'de yaşamaktadır. Diğerlerinin ise çoğunlukla Doğu bölgeleri olmak üzere ülkenin farklı bölgelerinden göç etmesi çalışma grubunun kısmen ülkemizi temsil ettiğini göstermektedir. TNSA 2013 yılı araştırmasında, evli kadınların %27'si lise ve üzeri eğitim görmüştür. Eğitim düzeyi açısından araştırma grubundaki kadınların eğitim düzeyi TNSA 2013 verilerine göre daha yüksek bulunmuştur(11). Ancak çalışma durumu, sağlık güvencesi, sosyal güvence, aile yapısı açısından çalışma bulguları TNSA 2013'le benzerlik göstermektedir (11).

Araştırma grubundaki kadınların %47'si gelecekte başka çocuk sahibi olmak istemediğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık özellikleri değerlendirildiğinde, Türkiye ortalamalarına benzer sıklıklar görülmekte ancak sahip olmak istenen çocuk sayısı TNSA 2013'e göre daha yüksek ifade edilmiştir (11). Daha önceki yıllarda yapılan TNSA araştırmalarında, ilk evlilik yaşı genç yaş gruplarında daha yüksek oranda görülürken, son yapılan çalışmalar ve araştırma grubunda bu evlilik yaşının ileri yaşlara ertelendiği görülmektedir. Bu sonuç, Türkiye'de doğurganlık düzeyindeki yaş yapısının değiştiğini ve doğumların ileri yaşlara ertelendiğini göstermektedir (11).

Dünya 2012 yılı verilerine göre ise, kadınların yaklaşık %40'ının her yıl istenmeyen gebelik yaşadığı belirtilmiştir (78). Ülkemizdeki kadınlarda bu sıklık %12.5 olarak belirtilmiş ancak %11.2 olan planlanmayan gebelikler de (zamanlaması uygun olmayan) eklendiğinde istenmeyen ve plansız gebelik sıklığı %23.7 olarak saptanmıştır (11). Çalışma bulguları, Türkiye verileriyle karşılaştırıldığında; en az bir kez kendiliğinden düşük yapma ve istenmeyen gebelik yaşama durumunun çalışma grubunda TNSA 2013 sonuçlarına göre yaklaşık iki kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgular bize çalışma grubunda AP gereksiniminin yüksek olduğunu gösteren ilk bulgulardır.

4.2. KADINLARIN DOĞUM SONU DÖNEMDE AİLE PLANLAMASI YÖNTEM KULLANIM DURUMLARI VE İSTENMEYEN GEBELİK DURUMUNA İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışma grubundaki her iki kadından birinin karşılanmayan modern AP gereksinimi olması ilk bölümdeki bulguları destekler niteliktedir. Bu çalışmada saptanan doğum sonu dönemde herhangi bir yöntem kullanım sıklığının, düşük ve orta gelirli 21 ülkede gerçekleştirilen çalışmadaki; doğum sonu 24 aylık dönemde herhangi bir yöntem kullanan kadınların %7 ile % 67 arasında değişim gösteren verilerle aynı aralıkta yer almadığı ve çalışma grubundaki sıklığının daha yüksek olduğu görülmektedir (75). Doğum sonu dönemde yapılan AP yöntem kullanımının araştırıldığı geniş kapsamlı bir çalışmada; Pakistan'da %4, Guatemala'da %25.8, Hindistan'da %32.7 olmak üzere sıklığın düşük olduğu görülmüştür (95). Bu veriler, özellikle az gelişmiş ülkelerde yapılan doğum sonu dönem AP yöntem kullanımının daha düşük olduğunu göstermektedir (6,95,151,152). Bu çalışmadaki doğum sonu dönem herhangi bir yöntem kullanım sıklığının, BM 2015 yılı çalışmasındaki 16 gelişmiş ülkedeki; doğum sonu 24 aylık dönemde herhangi bir yöntem kullanan kadınların %57 ile %80 arasında (12) değişim gösteren verilerle aynı aralıkta yer aldığı ve çalışma bulgularının bu ülkelerle benzer olduğu görülmektedir. Saptanan doğum sonu dönemde herhangi bir yöntem kullanım sıklığının, gelişmiş ülkelerle aynı ve gelişmekte olan ülkelere göre yüksek olması bu çalışmada yöntem kullananlar içinde geri çekme sıklığının yüksek olmasıyla ilişkilidir. Bu bulgularla birlikte, kadınların gerçekleşen son doğumlarındaki istenmeyen gebelik sıklığının yüksek olmasına rağmen doğum sonu dönem herhangi bir yöntem kullanım sıklığının düşük olması çalışmanın önemini açıkça ortaya koymaktadır.

Ülkemizde doğum sonu dönemde AP yöntem kullanımı ve karşılanmayan modern AP gereksinimine ilişkin genel verilerin olmamasının yanı sıra doğum sonu dönemde AP yöntem kullanımına ilişkin de sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada, doğum sonu dönemde her iki kadından sadece birinin modern AP yöntemi kullanıyor olması çalışmanın önemini vurgulayan bir bulgudur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda doğum sonu dönemde herhangi bir yöntem kullanım sıklığı %50 ile % 90 arasında farklılık göstermekte olup modern yöntem kullanım sıklığı daha da düşüktür. Doğum sonu ilk altı aylık dönemde herhangi bir yöntem kullanan kadınların sıklığı; Sivas'ta %50.5 (68), Van'da %94.3 (50), Kayseri'de %80.4 (100),

Bilgili'nin çalışmasında %56 (33) olarak belirtilmektedir. Doğum sonu dönemde herhangi bir yöntemle korunmayı düşünenler; Balıkesir'de %75.7 (8), Niğde'de %94.1 (23) olarak belirtilmiştir. Van ve Niğde'de yapılan çalışmalar dışında araştırma yöntem kullanan ve kullanmayı düşünlerin sıklığı çalışma grubunda daha yüksek saptanmıştır. Bu veriler ve çalışma bulgularının doğum sonu döneme ait olduğunu düşündüğümüzde doğum sonu gibi riskli bir dönemde tüm kadınların yöntem kullanması gerekliliğine rağmen elde edilen oraların yeterli olmadığını düşündürmektedir. TNSA 2013'de, 15-49 yaş arası evli tüm kadınların %74'ünün herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır. Bu veri çalışma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında, bulgularımızla benzer olduğu görülmektedir (11). Hem Türkiye hem de çalışma grubundaki yöntem kullananlar arasında geri çekme yönteminin yüksek düzeyde kullanıldığı gözden kaçırılmamalıdır. Doğum sonu gibi riskli bir dönemde gebeliklerin önlenmesi için asıl olarak beklenen durum tüm kadınların herhangi bir modern yöntem kullanıyor olmasıdır.

Çalışma bulgularımıza baktığımızda, modern AP yöntemi kullanım sıklığının %51.9 ile ülkemizdeki diğer çalışmalara göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Doğum sonu dönemde herhangi bir modern yöntem kullanımının, düşük ve orta gelirli 21 ülkede gerçekleştirilen çalışmada; %6 ile %66 aralığında (75), BM çalışmasındaki 16 gelişmiş ülkede ise %49 ile %75 aralığında (12) değişim gösterdiği belirtilmektedir. Çalışma bulguları gelişmiş ve gelişmekte olan ülke verileriyle aynı aralıkta yer almasına rağmen gelişmiş ülke verilerinin en alt seviyesinde yer almaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da bu aralığın %32.5 ile %65.6 arasında değişim gösterdiği görülmektedir(68,50). Ülkemizde yapılan çalışmalarda doğum sonu döneminde herhangi bir modern yöntem kullanan kadınların sıklığı; Sivas'ta %32.7 (68), Kayseri'de %47.5 (100), Van'da %65.6 (50) olarak bulunmuştur. Doğum sonu döneminde herhangi bir modern yöntemle korunmayı düşünenler; Balıkesir'de %70.7 (8), Niğde'de yapılan çalışmada %89.5(23) olarak belirtilmiştir. Yukarıdaki bulgular ve araştırma bulgularında görüldüğü gibi, kadınların doğum sonu dönem yöntem kullanım sıklıkları yüksek olmakla birlikte doğum sonu döneminde kullanılan yöntemler arasında modern AP yöntemlerinin istenilen düzeyde olmaması halen karşılanmayan modern AP gereksinimi olduğunun bir göstergesidir. Benzer şekilde küresel anlamda yapılan birçok çalışma, kadınların, ihtiyaçları olmasına rağmen doğum sonu dönemde

modern AP yöntemi kullanımına önem vermediklerini belirtmektedir (2,11,22,23,41,44,50,96,98,99,101,102,104,106,105,107,108).

Bu çalışmada, doğum sonu dönemde de çalışmadaki kadınların yarısında doğum sonu dönemde karşılanmayan modern AP gereksinimi saptanmıştır. Doğum sonu dönemde kadınların karşılanmayan modern AP gereksinim sıklığı, gelişmekte olan 21 farklı ülkede yapılan bir çalışmada(75), %61 olarak bulunmuştur. Bu sıklığın, %34 ile %94 arasında farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Gelişmekte olan 27 ülkeyi kapsayan bir çalışmada ise kadınlarda modern AP gereksinimi ortalaması %65 iken (94), beş düşük gelirli ülkede yapılan çalışmada (95) bu sıklık %25 ile %96 aralığında, 17 gelişmekte olan ülkeyi kapsayan başka bir çalışmada da %16 ile %45 aralığında bulunmuştur (153). Kadınların doğum sonu dönemde karşılanmayan AP gereksiniminin Malavi'de %79 (154), Kenya'da %90 (153), düşük ve orta gelirli altı ülkede her üç kadından birinde (75), İran'ın sekiz şehrini kapsayan bir çalışmada da %42 (155), yine Bihar'da yapılan bir çalışmada her üç kadından ikisinde doğum sonu dönemde karşılanmayan modern AP gereksinimi olduğu belirtilmektedir (156). Nepal'de yapılan çalışmada da doğum sonu dönem karşılanmayan modern AP gereksinimi %61 olarak belirtilmiş ve bu sıklığın ve üreme çağındaki tüm evli kadınlardan da yaklaşık iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (119). BM çalışmasındaki 16 gelişmiş ülkeye ait veriler ise karşılanmayan AP gereksinim sıklığının %5.4 - %15.9 aralığında değişim gösterdiği belirtilmiştir (12). Aile Planlaması yöntem gereksinimine ilişkin sıklığın gelişmiş ülkelerde daha düşük olmasına rağmen gelişmekte olan ülkelerde yüksek olması ülkelerin gelişmişlik düzeyinin genel sağlığı etkilediği gibi karşılanmayan AP gereksinimini de etkilediğini düşündürmektedir. İzmir'in gelişmekte olan bir bölgesinde yapılan bu araştırmada da, gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi daha yüksek karşılanmayan modern AP gereksiniminin olması beklendik bir durum olarak yorumlanmıştır.

Ayrıca, çalışma grubundaki kadınların %2.3'ünün doğum sonu dönemde herhangi bir yöntem kullanırken istemeden gebe kalmış olmaları da dikkat çekicidir. Bu kadınların, %50'si geleneksel yöntem kullanırken gebe kalmıştır. Düşük ve orta gelirli 27 ülkede gerçekleştirilen bir çalışmada, doğum sonu dönemde kadınların %95'inin gebelik istememesine rağmen %40'nın gebelikten korunmadığı bildirilmiştir (94). İran'ın sekiz şehrini kapsayan bir çalışmada da istenmeyen

gebeliklerin %30.7'sinin doğum sonu dönemde gerçekleştiği ve yaklaşık yarısının bu dönemde yöntem kullanmadığı belirtilmiştir (155). Bu çalışmada da yukarıdaki çalışmalara benzer şekilde doğum sonu dönemde kadınların yarısının gebe kalmak istememesine rağmen geleneksel yöntem kullanarak gebe kalmış olmaları, literatür bilgisiyle örtüşür şekilde modern aile planlamasına olan ihtiyacı açıkça ortaya koymaktadır. Çalışma grubunda, son doğumdan önceki gebeliği istemeden yaşayan yaklaşık her üç kadından birinin geleneksel yöntem kullanırken, gebe kalmış olması da bu sonucu desteklemektedir. Bu sonuçlar, bir önceki gebeliği istemeden gerçekleşen kadınların doğum sonu dönemde de modern bir AP yöntemi kullanma sıklığının düşük olduğunu ve karşılanmayan AP gereksiniminin gebelik öncesinde olduğu gibi doğum sonu dönemde de kadın sağlığı açısından önemli bir sorun olarak devam ettiğini göstermektedir (2,3,9,10,68,82,105,126,157,158,159).

Çalışmada her beş kadından birinin sık kullandığı yöntemler arasında geri çekme yöntemi yer almaktadır. Geri çekme yöntem kullanımı, Türkiye genelinde %25.5 (11) iken, çalışma grubunda bu sıklığın %19 olması çalışmada Türkiye geneliyle de benzer bulgular elde edildiğini göstermektedir. Doğum sonu dönemde yapılan çalışmalarda, geri çekme yöntem kullanımı; Van'da %25.2 (50), Sivas'ta %17.8 (68) olduğu tespit edilmiştir. Doğum sonu dönemde geri çekme yöntemi ile korunmayı düşünenler; Balıkesir'de %4.9 (8), Niğde'de yapılan çalışmada %4.2 (23) olarak belirtilmiştir. Çalışma grubunda da geri çekme yönteminin kullanım sıklığı literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışma grubunda doğum sonu AP hizmet ihtiyacı duymadığını ifade eden kadınların %57'sinin geri çekme yöntemini bir AP yöntemi olarak kullandığı ve bu yüzden AP hizmeti almadıkları saptanmıştır. Geri çekme yöntemini bu şekilde algılamaları modern AP yöntemi kullanımının önündeki en önemli engeldir. Çalışmadaki her dört kadından birinde geri çekme yöntemi kullanımında eşinin etkisinin olması bu sonucu desteklemektedir. Bu sonuç AP danışmanlığı sürecinde erkeğin de yöntem seçimine katılımının önemli bir yere sahip olduğunu gösteren bir bulgudur.

Çalışma grubundaki kadınların, lohusalık döneminde AP hizmetine ihtiyaç duymama nedenlerine ilişkin en sık kullanılan üçüncü ifade ise %13.9 sıklığı ile "emziriyordum" şeklinde olmuştur. Araştırma grubunda AP hizmetine ihtiyaç duymasına rağmen herhangi bir AP hizmeti almayan kadınların %12.5'i emzirdiği için hizmet almaya gerek duymadığını belirtmiştir. Sivas'ta yapılan çalışmada da

gebelikten korunmayan kadınların % 47.1'i emzirme nedeniyle AP yöntemi kullanmadığını ifade etmiştir. Van'da yapılan çalışmada; kadınların %1.8'i emzirmeyi gebelikten korunmak için bir yöntem olarak kullandıklarını ifade etmişlerdir (50). Edirne'de yapılan çalışmada; kadınların yaklaşık %20'sinin doğum sonrası dönemde emzirmeyi gebelikten koruyucu yöntem olarak kullandıkları bulunmuştur (20). Kadının doğum sonu dönemde modern yöntem kullanımını etkileyen birçok değişken olmakla birlikte çoğu kadın tarafından emzirmenin etkili bir AP yöntemi olarak kabul görmesi ve bu yöntemin gebelikten korunmak için gerekli tüm kriterlerine uyulmaksızın korunmaya çalışılması, doğum sonu dönemde etkin yöntem kullanılmamasına ve karşılanmayan AP gereksiniminin artmasına neden olmaktadır.

4.3. KADINLARIN DOĞUM SONU DÖNEMDE TERCİH ETTİKLERİ MODERN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

Çalışma grubundaki kadınların doğum sonu dönemde rahim içi araç(RİA) kullanımını (%27.9), Türkiye geneliyle karşılaştırdığımızda %17 (11) olup, doğum sonu dönemde yapılan diğer çalışmalarda bu sıklığın; Sivas'ta %7.9 (68), Van'da %16.9 (50) olduğu tespit edilmiştir. Doğum sonu dönemde RİA ile korunmayı düşünenler; Balıkesir'de %34.5 (8), Niğde'de %64.1 (23), Kitapçioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %48.8 olarak belirtilmiştir (22). Bulgular, Türkiye genelindeki diğer araştırmalarla karşılaştırıldığında araştırma grubunda RİA kullanımı Türkiye genelinden daha yüksektir. Bu sonuç, doğum sonu dönemde yöntemi kullanan kadınlarla yapılan çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. Doğum sonu dönemde bu yöntemi kullanmayı düşünen kadınların sıklığı doğum sonu dönemde bu yöntemi kullanan kadınlardan daha yüksek belirtilmiştir. Bu durum çalışma grubundaki önemli bir bulguya da vurgu yapmaktadır. Benzer bir şekilde araştırma grubundaki kadınların RİA kullanmak istemelerine rağmen “adet görmediği için” sağlık personeli tarafından RİA uygulanmaması bu kadınların da yöntemi kullanmayı düşünseler de hizmeti alamamış olabileceklerini düşündürebilir. Bu çalışmada adet görmeyen kadınlarda doğum sonu dönem karşılanmayan aile planlaması gereksiniminin adet görenlerden yüksek olması bu sonucu destekler niteliktedir. Bu durumun, kadınlara doğum sonu dönemde RİA danışmanlık ve yöntem teminine ilişkin yeterli hizmet sunulmaması ve sağlık personellerinin danışmanlık basamağında yeterli bilgi ve donanıma sahip olmadığını düşündürebilir.

Oysaki RİA için özellikle de birinci basamak sağlık kuruluşlarının temel kaynak sağlayıcısı olduğu bilinmektedir. Türkiye genelinde, RİA kullanıcılarının %79'unun (11) bu yöntemi bir kamu sağlık kuruluşundan çoğunlukla sağlık ocağından/sağlık evinden temin ettiğini bildirmiş olması birinci basamaktan yöntem temininin önemini daha da arttırmaktadır. Bu araştırmalar ve çalışma grubundaki her üç kadından birinin etkili bir yöntem olan RİA 'yı tercih etmesi, uzun bir süre gebelik planlamadıklarının bir göstergesi olabilir. Çalışma grubundaki kadınların RİA'yı tercih etme nedenleri arasında %21.6 ile en sık kullanılan ikinci ifadenin “uzun süre koruması” olması da bu sonucu destekler niteliktedir.

Çalışma grubunda doğum sonu dönemde halen kullanılan yöntemler arasında kondom kullanımı %15.6 olarak saptanmıştır. Bu sonucun, Türkiye genelindeki veriyle de (%16) benzerlik gösterdiği saptanmıştır (11). Doğum sonu dönemde kondom kullanımının, Sivas'ta %21.8 (68), Van'da %40 (50) olduğu saptanmıştır. Doğum sonu dönemde kondom ile korunmayı düşünenlerin; Balıkesir'de %17.6 (8), Niğde'de %7.6 (23), Kitapçioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %16.3 (22) olduğu belirtilmiştir. Steiner'ın yaptığı çalışmada tüm kadınlar arasında kondom kullanımının; Hindistan'da %59, Jamaika'da %71 olduğu belirtilmiştir (160). Çalışma grubundaki, kondom kullanımının veya kullanmayı düşünen kadın sıklığının Türkiye geneli ile benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Ancak sıklığın, Hindistan ve Jamaika'dan oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın sonucu, doğum sonu dönemde Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, kondom kullanım sıklığının; Niğde'deki çalışmanın iki katı olduğu ancak Sivas ve Van'daki çalışmalardan daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışma grubundaki kadınların bu yöntemi tercih etme nedenlerine bakıldığında en sık ifadenin %70.4 ile “diğer yöntemlerin yan etkilerinden korkma” olduğu görülmektedir. Çalışma grubunda olduğu gibi yapılan farklı çalışmalarda da (106,161) diğer yöntemlerin yan etkilerinin kondoma olan talebi arttırdığı belirtilmektedir. Ayrıca çalışma sonuçları ve araştırma grubuna ait veriler kondom tercihinde eşi istiyor olmasının da %16.6 sıklığı ile seçimde ikinci sırada yer aldığını göstermektedir. Eşin yöntem seçimindeki etkisi, tıpkı diğer yöntemler de olduğu gibi kondom tercihinde de görülmektedir. Steiner'ın çalışmasında; Jamaika'da kondomun tercih edilmesi nedenleri arasında sırasıyla; yöntemin etkinliği, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruyuculuğu, yan etkileri ve kolay ulaşım yer almaktadır (160).

Oral kontraseptif kullanımı, Türkiye genelinde %4.6 (11) olup, çalışma grubunda bu sıklık yaklaşık iki kat fazla bulunmuştur. Oral kontraseptif kullanımının; Sivas'ta %1 (68), Van'da %3.5 (50), olduğu tespit edilmiştir. Doğum sonu dönemde OKS ile korunmayı düşünenler; Balıkesir'de %9.3 (8), Niğde'de yapılan çalışmada %6.6 (23,) olarak belirtilmiştir. Çalışma grubundaki, OKS kullanımının yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında; çalışma grubunda OKS kullanımının Türkiye genelinden iki kat daha yüksek olduğu görülmekte iken, doğum sonu dönemde yapılan Sivas'taki çalışmadan yüksek ancak Van'daki çalışmayla benzer olduğu saptanmıştır. Çalışma grubundaki OKS'yi tercih etme nedenleri arasında en sık kullanılan ifadenin, "daha önce aynı yöntemi kullanma" olduğu görülmektedir. Bu durum, yöntem memnuniyetinin yöntem kullanımını destekleyici olduğunu düşündürülebilir. Yöntemden memnuniyetin sağlanması konusunda ise özellikle birinci basamakta yer alan sağlık personellerine izlem danışmanlığı konusunda önemli sorumluluklar düşmektedir. Benzer şekilde Edwards'ın çalışmasında da yöntemle ilgili önceki deneyimlerin hormonal yöntemlerin kullanımında etkili olduğu vurgulanmıştır (162). Yöntemi tercih etme nedenleri arasında en sık kullanılan diğer ifadelerin ise sırasıyla "adet düzensizliği, spiralin yan etkilerinden dolayı" olduğu saptanmıştır. Bu durum da yöntemin gebeliği önleyici etkisinin yanı sıra diğer yararlarının olmasının yöntemin kabul edilebilirliğini ve kullanımını desteklediğini düşündürülebilir.

Tüp ligasyonu kullanımı, Türkiye genelinde %9.4 (11) olup, çalışma grubunda bu sıklık Türkiye genelinden oldukça düşük saptanmıştır. Tüp ligasyonun; Van'daki çalışmada, %5.2 (50) olduğu tespit edilmiştir. Doğum sonu dönemde tüp ligasyonu yaptırmayı düşünenler; Balıkesir'de %6.3 (8), Niğde'de yapılan çalışmada %9.2 (23), Kitapçıoğlu'nun çalışmasında %13.1 (22) olarak belirtilmiştir. Çalışma grubundaki, tüp ligasyonu kullanımı, yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında; çalışma grubunda Türkiye genelinden ve doğum sonu dönemde yapılan diğer çalışmalardan oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu durum çalışma grubunda yer alan kadınların yaş ortalamasının 29 gibi genç yaşlarda olması nedeniyle kalıcı bir yöntem olan tüp ligasyonunu tercih etmedikleriyle açıklanabilir.

Yukarıdaki çalışma bulguları, kadınların doğum sonu dönemde en sık kullandıkları yöntemin uzun süre etkili olan RİA yöntemini tercih ettiklerini kalıcı bir yöntem olan tüp ligasyonun ise en az kullanılan yöntem olduğunu göstermektedir. Yukarıda sunulan çalışmalar ve bu çalışma bulgularından yola çıkıldığında kadınların

uzun süre etkili, yan etkisi az olan ve kolay ulaşılabilen yöntemleri (RİA, kondom, geri çekme) daha fazla tercih ettikleri görölmektedir. Van'daki çalışmada da kadınların kullandıkları yöntemi tercih etme nedenleri arasında %21.6 ile yan etkisinin olmaması, %18.8 ile eşinin uygun görmesi, %17.4 ile daha önce aynı yöntemi kullanmış olması bulunmaktadır (50). Benzer şekilde Düzce'de tercih nedenleri arasında; %23.3 ile eşin istemesi, %23.1 ile kullanım kolaylığı ve %22.2 ile sağlık personelinin önerisi yer almaktadır. Kadınların en çok yöntemlerin yan etkilerinden korktukları için yöntemi tercih etmedikleri ve yöntem seçimini en çok etkileyen faktörler arasında eşlerin etkisinin ikinci sırada yer aldığı görölmektedir. Nijerya'da yapılan bir çalışmada da, kadınların yöntemi tercih etme nedenleri arasında en çok etkili ve güvenilir olmasının yanısıra, komplikasyonlardan korkma, vücutta yabancı bir cisimden hoşlanmama, kullanımının kolay olması ve çalışma bulgularında da en çok vurgu yapılan neden olarak saptanan eşin kararı olmuştur (163). Dünyada ve ölkemizde yapılan çalışmalarda da, yöntem seçiminde yöntemin güvenilir, yan etkisinin az ve ücretsiz olmasının yönetime olan talebi arttırdığı vurgulanmaktadır (106,160,161,162). Edwards'ın çalışmasında; kadınların çoğunun sistemik etkilerinden dolayı hormonal yöntemleri tercih etmedikleri belirtilmektedir (162). Steiner'in çalışmasında da AP yöntem tercihinin en sık etkileyen nedenler, yöntemin etkinliği ve yan etkileri olarak belirtilmiştir (160). Karadağ'ın çalışmasında da; kadınların çoğunluğunun (%46.1) kanama, ağrı gibi yan etkisinin az olması, sağlığa zararının az olması, kullanımının infertiliteye neden olmaması, koruyuculuğunun/güvenilirliğinin yüksek olması ve sağlık ocağından rahat ulaşılabilir olması gibi yönetime bağlı nedenlerden dolayı AP yöntemini tercih ettiklerini belirtmişlerdir (164). Bu bulgular, AP danışmanlığı sırasında kadınların yöntem tercihlerini etkileyen kişi ve etmenler ile yöntem kullanmama nedenleri detaylı bir şekilde sorgulandığı takdirde kadınların modern aile planlaması yöntem tercihlerinin de artabileceğini düşündürebilir. Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemini neden tercih ettiklerinin belirlenmesinin, toplumla ilk ve en yakın ilişkiyi kuran başta ebeler olma üzere birinci basamak sağlık profesyonellerinin hizmet verdikleri bireylere bu hizmeti etkili bir biçimde götürmeleri açısından yarar sağlayabilir.

Araştırma grubunda, kadınların halen kullandıkları AP yöntem seçiminde rol oynayan kişilere ilişkin bulgular, diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında yöntem seçimine eşiyle karar verme etkisi; Depe'nin çalışmasında %42.5 (103), Kitiş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 57 (165), Altıntaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %84.1 (102) Erbil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %81.4 (166) olarak belirtilmiştir. Ayrıca çalışma grubundaki kadınlardan RİA tercih edenlerin; %6.2'si eşi herhangi bir yöntemle korunmak istemediği için, kondom tercih edenlerin; %16.6'sı eşi istediği için, geri çekme tercih edenlerin ise; %27.3'ü eşi istediği için bu yöntemleri tercih ettiklerini belirtmişlerdir. AP yöntem kullanımında eşlerin birlikte karar vermesi önemle vurgulanan bir konu olmasına rağmen alınan kararın kadının sağlığını ön planda tutarak verilmesi gereken bir karar olmalıdır. Benli ve arkadaşlarının erkekler üzerinde yaptıkları çalışmada (149), AP danışmanlığı sonrasında erkeklerde geleneksel yöntemle korunma yüzdesinin %71.3'ten %19'a gerilediğini, modern yöntemler içerisinde kondomun %32 ile en fazla tercih edilen yöntem olduğu saptanmıştır. Eşleri de kapsayan eğitimler ile yöntemlerin tamamına yönelik etkin bir AP danışmanlığı ile eşlerin de sorumluluğu paylaşımlarına imkan verilerek modern yöntem kullanım sıklığının arttırılabileceği düşünülebilir (149). Bu bulgular, diğer sonuçlarımızı da destekler nitelikte olmakla birlikte yöntem seçiminde; eşlerin etkili olması açıkça vurgulanmaktadır. Ayrıca çalışma sonuçları ve araştırma grubuna ait veriler yöntem kullanmaya başlamada eşlerin yanı sıra arkadaş ve yakın çevrenin etkisinin de yadsınamaz düzeyde olduğunu göstermektedir.

Çalışma grubunda, AP hizmetine ihtiyaç duymasına rağmen herhangi bir AP hizmeti almayan kadınların da en çok eşleri istemediği için (%24.3), hizmet alamadıkları saptanmıştır. Bu çalışmada doğum sonu dönemde halen beş kadından birinin geri çekme yöntemini kullanıyor olması da bu sonuçların bir göstergesidir. Bu veriler çalışma grubundaki karşılanmayan modern AP gereksinimin yüksek olmasında önemli bir nedeni açıkça ortaya koymaktadır. Erkeklerin gebelikten korunma sorumluluğunu kadına atfetmesi, kadınlar gibi erkeklerin de yöntemlerin yan etkilerinden dolayı kullanmak istememesi ya da eşlerini engellemelerinin de modern AP yöntemi gereksinimini arttırılabileceği düşünülebilir.

Çalışma grubunda RİA'yı tercih eden her iki kadından birinin arkadaş ve yakın çevre önerisiyle bu yöntemi tercih etmesi bu sonucu destekler niteliktedir. Bu durum, kadınların çoğunun yöntemleri yan etkileriyle ilgili yakın çevre ve arkadaşlarından duydukları olumsuz geri bildirimlerin etkisiyle yöntem kullanmak istemediklerini düşündürebilir. Araştırma grubuna ait veriler, yöntem kullanmaya başlamada eşlerin yanı sıra arkadaş ve yakın çevrenin etkisinin de %20.7 ile yadsınamaz düzeyde olduğunu göstermektedir. Mayda'nın çalışmasında da, kadınların seçtikleri yöntemin kim tarafından önerildiğine göre dağılımına bakıldığında %55.6'sının eşi ile görüşerek %10.2'sinin de komşu önerisiyle tercih ettiği bildirilmektedir (161). Yine RİA'yı tercih etme nedenin arkadaş ve yakın çevre önerisi olması, kadınların yöntem temininin yanı sıra AP danışmanlığı konusunda da sağlık kurumlarından yeterli hizmeti alamadıklarını düşündürebilir.

4.4. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ İLE DOĞUM SONU DÖNEM KARŞILANMAYAN MODERN AİLE PLANLAMASI GEREKSİNİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada doğum sonu dönem karşılanmayan modern AP gereksinimlerini etkileyen sosyo-demografik ve doğurganlık faktörler değerlendirilmiştir. Çalışmada 30 yaş üstü kadınlarda karşılanmayan modern AP gereksinimi daha yüksek saptanmıştır. Lojistik regresyon analizine göre, 30 yaş üzeri kadınlarda 30 yaş altı kadınlara göre 3.1 kat daha fazla karşılanmayan gereksinim bulunmuştur.

Ürdün'de Aile Planlaması Çalışma grubu tarafından yapılan çalışmada da verilerimize benzer şekilde yaş ortalaması yüksek olan kadınlarda karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimi yüksek bulunmuştur (101). Giresun'da yapılan çalışmada da; yaş ortalaması yüksek olan kadınlarda karşılanmayan aile planlaması gereksiniminin arttığı saptanmıştır (167). Bu sonuçlar, yaşın ilerlemesiyle birlikte kadınların geleneksel yöntemlere daha fazla talep göstermiş olabileceklerini düşündürebilir. Ayrıca bu sonuçlar, çalışmadaki kadınların ilk doğurganlık yaşlarını geç dönemde yaşamalarından dolayı doğurganlıklarını sınırlama eğiliminde olmadıkları şeklinde de yorumlanabilir. Ancak bu sonuçların aksine Nepal'de yapılan çalışmada, doğum sonu dönemde karşılanmayan AP gereksiniminin 30 yaş üzerinde daha düşük olduğu belirtilmiştir (119). Nepal'de yapılan çalışma sonucu, yaşın artmasıyla kadınların ve eşlerinin AP konusundaki deneyimlerinin artmış ve

istedikleri çocuk sayısına ulaşmış olduklarını düşündürebilir. Hounton'un üç az gelişmiş ülkede yaptığı çalışmada ise, kadınların yaşının, doğum sonu dönem modern AP yöntem kullanımını ve karşılanmayan AP gereksinimini etkilemediği belirtilmiştir (120).

Çalışmada eğitim düzeyi lise ve altı olan kadınlarda karşılanmayan modern AP gereksinimi daha yüksek saptanmıştır. Benzer şekilde, ülkemizde yapılan TNSA 2013 verilerinde de kadınların eğitim durumu, yöntem kullanımında belirleyici özelliğini korumaktadır. Halen etkili AP yöntem kullanım düzeyi eğitimi olmayanlar arasında %28 iken, ortaokul mezunu ve üzeri eğitim görenlerde % 53' tür (11).

Ayrıca, çalışmadaki kadınların doğurganlık hedeflerini geciktirmelerinde eğitime devam etmelerinin de etkisi olabileceği ve bu nedenle etkili aile planlaması yöntemi kullanmış oldukları düşünülebilir. Çalışma grubundaki kadınların çoğunluğunun lise ve üzeri eğitim almış olması, ilk evlilik ve gebelik yaşlarının ileri yaşlarda olması da bu sonucu destekler nitelikte olabilir. Ürdün'de Aile Planlaması Çalışma grubu tarafından yapılan çalışmada üniversite düzeyinde karşılanmayan modern AP gereksinim sıklığı düşük bulunmuştur (101). Bu çalışmada eğitim düzeyinin gereksinim açısından belirleyici olabileceği, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların kontrasepsiyon hizmetleri konusunda da bilgi arayışında oldukları ve yazılı materyallere ulaşma, kullanma ve sağlık hizmetlerinden yararlanma olanaklarını daha fazla kullandıkları düşünülebilir.

Gelir algısı kötü/orta düzey kadınlarda karşılanmayan gereksinim daha yüksek saptanmıştır. Lojistik regresyon analizine göre, gelir durumu alt-orta düzeyde olan kadınlarda orta düzeyde gelire sahip kadınlara göre 1.7 kat daha fazla karşılanmayan gereksinim bulunmuştur. Nepal'de yapılan çalışmada da benzer şekilde düşük gelire sahip kadınlarda doğum sonu dönemde karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimi daha yüksek bulunmuştur (119). TNSA 2013 verilerine göre, AP yöntemlerinin kullanımındaki farklılıklar, refah düzeyine göre de değişiklik göstermektedir. Herhangi bir modern yöntemin kullanımının en düşük ve en yüksek refah düzeyindeki evli kadınlar arasında %38 ile % 55 arasında değiştiği görülmektedir (11).

Çalışmada, eşleri 30 yaş ve üzeri olan kadınlarda 30 yaş altı olanlara göre karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimi daha yüksektir. Batı bölgesinde doğan eşlerin karşılanmayan modern aile planlaması gereksiniminin diğer bölgelere oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. Diğer bölgelerin özellikle de Doğu Bölgesi

ağırlıklı olması bu bölgedeki ataerkil yapının etkisiyle yetişmiş olma, yaşadığı çevre yapısı ve yetiştirme koşullarıyla bağlantılı olabilir. Ayrıca, eşleri 30 yaş altı olan kadınlarda gereksinimin daha az olması, genç yaş grubundaki erkeklerin daha duyarlı davrandıklarını düşündürebilir. Bu sonuçlar yöntem kullanımında eşin etkisini de gösteren bir bulgudur. Etkili modern AP yöntem kullanımını arttırabilmek için, erkeklere aktif ve olumlu bakış açısı kazandırılarak, hizmetlere katılımlarının sağlanması gerektiği vurgulanabilir (4,44,103,117,118,121).

Evlilik kararında ailenin etkisi olan kadınlarda karşılanmayan AP gereksinimi daha yüksek bulunmuştur. Araştırma grubundaki her beş kadından üçünün bir sonraki gebeliğinin süresini planlama konusunda halen başkalarına sorması gerektiğini düşünmesi de bu veriyi destekler niteliktedir. Kadınların evlendikten sonra da geleneksel düşünce tarzıyla ilişkili olarak kendi kararını veremiyor olması, başta kendi bedenleri olmak üzere yöntem kullanımı konusunda da özgür karar veremediklerini ve halen yakın çevresinin etkisinde olduklarını göstermektedir. Kadınların, karar mekanizmalarını güçlendirebilmek için toplumdaki rol ve sorumluluklarına ilişkin bilinçlendirme eğitimleriyle olumsuz tutum ve davranışlar değiştirilebilir ve böylece sağlık hizmetlerine erişimlerin önündeki toplumsal engeller kaldırılabilir (96,136).

Araştırma grubundaki kadınlardan doğum sayısı üç ve altında olanlarda karşılanmayan modern AP gereksinimi daha yüksektir. Bu durum, yaşın ilerlemesiyle birlikte istenen çocuk sayısına ulaştıktan sonra etkili modern yöntemlerin kullanımının artmasıyla açıklanabilir. Bu konudaki verilerin kadınların eşlerinin yaş ve yaşadıkları çevre yapısındaki farklılıklardan etkilenebileceği göz ardı edilmemelidir.

Ürdün'de yapılan çalışmada ise yaptığımız çalışmanın aksine doğum sayısının artışıyla birlikte modern karşılanmayan AP gereksiniminin arttığı belirtilmektedir (101). Benzer şekilde ülkemizde 1999 yılında yapılan Manisa Sağlık Araştırma sonuçlarında da yaşayan çocuk sayısı daha fazla olan kadınlar arasında gelecekte bir yöntem kullanmak istemeyenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur (MNSA,1999). Yapılan başka literatür çalışmaları da sahip olunan çocuk sayısı gibi belirleyicilerin kadınların doğurganlık davranışlarını kontrol etmesinde önemli etkisi olduğunu destekler niteliktedir (107,151,152).

Son gebeliği istenmeden gerçekleşen kadınlar arasında modern yöntem kullananlarda geri çekme yöntemi kullananlara göre karşılanmayan aile planlaması gereksinim düzeyi daha yüksek belirlenmiştir. Lojistik regresyon analizine göre, son doğumla sonuçlanan gebelikte aile planlaması danışmanlığı almayan kadınlarda 2.8 kat daha fazla karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Son doğumdan önceki gebeliği herhangi bir modern yöntem kullanırken gerçekleşen kadın sıklığı; çalışma grubunda; %32.1 iken Manisa’da yapılan bir çalışmada %40 olarak saptanmıştır (82). Araştırma grubunda, son gebeliğini istemeyen her üç kadından birinin, modern bir AP yöntemi kullanırken gebe kalmış olması, bu kadınların izlem ve danışmanlık hizmetlerine ilişkin gereksinimlerinin olduğunu açıkça göstermektedir. Bu kadınların karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimi'nin yüksek bulunması modern yöntem kullanırken gebe kalanların yõteme olan güvenlerini kaybettiği için yeniden yöntem kullanmamış olmalarıyla açıklanabilir.

Doğurganlık çağı boyunca isteyerek düşük yapan kadınlarda hiç düşük yapmayanlara göre karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimi daha yüksek saptanmıştır. Benzer şekilde ülkenizde 1999 yılında evli doğurgançağ kadınlar arasında yapılan Manisa Sağlık Araştırma sonuçlarında her beş kadından birinin yaşamı boyunca istemeden gebe kalıp, bu gebeliğini isteyerek düşükle sonuçlandırmış olması, aile planlaması açısından karşılanmayan gereksinimin boyutunu göstermesi açısından önemlidir (MNSA,1999). Bu durum, kadınların gebelik istememesine rağmen herhangi bir modern yöntem kullanmamalarından ya da yöntem kullanırken nelere dikkat etmeleri gerektiğini bilmedikleri için olabilir. Gebelik öncesi dönemde danışmanlık verilen kadınlardan üçte ikisinin danışmanlık sırasında “yöntem kullanırken nelere dikkat edilmesi gerektiği” konusunda bilgilendirme yapılmadığını ifade etmiş olması da bu bulguyu destekler niteliktedir. Modern yöntemlerin yeterli düzeyde kullanılmadığı durumlarda ortaya çıkan bu sorunların önlenmesinde en temel yaklaşım, kadınlara genel danışmanlığın yanı sıra izlem ve kontrolleri içinde yeterli zaman ayrılması yöntemin kullanılabilirliğini arttırarak ve modern AP gereksiniminin azalmasına katkı sağlayabilir.

5. GEBELİK VE LOHUSALIK DÖNEMİNDE AİLE PLANLAMASI DANIŞMANLIĞI VE HİZMET ALMA DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gebelikleri sürecinde kadınların, % 94.5'inin en az bir aile hekimi veya ebe/hemşire tarafından izlendiği ancak sadece %16.6'sının (S.B.) Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolüne uygun (153) olarak en az dört kez izlendiği saptanmıştır. Tüm kadınların yaklaşık yarısı (%51.3) AP danışmanlığı aldığını belirtmiştir. Bilimsel çalışmalarda vurgulanan önemli bir nokta, bu kadınlara gebelik dönemindeki izlemler sırasında ulaşılması ve eğitim verilmesidir (37,153). Yapılan çalışmalarda gebelik döneminde dört ve üzeri izlem yapılan kadınların doğum sonu dönemde modern yöntem kullanım sıklığının daha fazla olduğu belirtilmiştir (37,153). Araştırma grubunda da benzer sonuçlara rastlanılmakta ve gebelik döneminde izlem yapılmayan kadınlarda daha yüksek oranda karşılanmayan gereksinim olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışma grubunda, gebelik döneminde kadınların %5.5'inin hiçbir şekilde birinci basamaktan hizmet almamaları dikkat çekicidir. Birinci basamaktan AP danışmanlığı alma sıklığı gebelik döneminde düşük düzeyde saptanmıştır (%7.9). Çalışma bulguları da, doğum öncesi dönem yetersiz izlemin doğum sonu dönemde karşılanmayan AP gereksinimini arttırdığına ilişkin veriler sunmaktadır. Doğum sonu dönem karşılanmayan modern aile planlaması gereksiniminin, gebelik dönemde aile planlaması danışmanlığı almayan kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Birçok ülkeyi kapsayan bir literatür çalışmasında, doğum öncesi dönemde yeterli bakım alan kadınların doğum sonu dönemde modern AP yöntem kullanım sıklığının %5 ile %45 arasında olduğu belirtilmektedir (37). Ghana, Guinea, Mali, Nijerya, Kenya ve Hindistan'da, yeterli doğum öncesi bakım alan kadınlarda doğum sonu dönem modern AP yöntem kullanımının iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (37,153). Kadınların postpartum veya antepartum dönemde doğum deneyimleri ve kontraseptif danışmanlık algıları ile ilgili yapılan başka bir çalışmada da, % 90'ından fazlasının gebelik döneminde klinik ziyaretleri sırasında kontraseptif danışmanlık aldığı belirtilmiştir.

Gebelikleri sırasında danışmanlık ve eğitim alan kadınların çoğu bu eğitimlerden memnun kaldıklarını ancak bu eğitimlere hem gebelik döneminde hem de doğum sonu erken dönemde yer verilmesi gerekliliğini vurgulamışlardır (168). Gana'da 2010'da yapılan bir çalışmada da, ebelerin doğum ve sonrası bakım hizmeti sunmalarının önemi benzer şekilde vurgulanmıştır (169). Kadında hastalık ve ölümlerin en sık görüldüğü gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlere ait sağlık göstergelerini iyileştirmek, modern AP yöntemlerine olan gereksinimlerini gidermek ve hizmetin ulaşılabilirliğini arttırmak açısından ebe ve hemşirelerin bu alanda daha etkin olmaları ve ilgili görev tanımlarının yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir (32,33,34,35).

Lohusalık döneminde AP danışmanlığı alan kadınlarda karşılanmayan AP gereksiniminin daha düşük olduğu saptanmıştır. Postpartum Aile Planlaması Programlama Stratejileri Raporu'nda da, doğum sonu dönemde sunulan etkili AP hizmetleri ve danışmanlığı sayesinde birçok kadının yöntem kullanma konusunda motivasyonunun arttığı ve yöntem kullanmaya başladıkları vurgulanmıştır (6). Avustralya'da yapılan bir çalışmada doğum sonu dönemde ilk iki hafta, ikinci ve dördüncü aylarda yapılan ev ziyaretleri sayesinde kadınların altıncı ayın sonunda yöntem kullanım sıklığında artış olduğu belirtilmiştir (170). Malawi'de yapılan çalışmada da doğum sonu dönemde AP danışmanlığı alan kadınlarda yöntem kullanımının arttığı belirtilmektedir (171). Nepal'de doğum sonu dönemde yapılan çalışmada, doğum sonu eğitim verilen grupta, altı ay sonra kontraseptif yöntem kullanma sıklığının, eğitim verilmeyen gruba göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır (97). Bu çalışmada olduğu gibi, Erenel ve arkadaşları da, doğum sonu dönemde verilen ve daha sonra ev ziyareti yoluyla sürdürülen AP eğitim ve danışmanlığının kadınların modern yöntem kullanmalarını önemli düzeyde etkilediğini saptamışlardır (123). Büyükbayrak ve arkadaşları AP danışmanlığı öncesi en fazla kullanılan yöntemlerin doğal AP yöntemleri (%25.8) olduğunu, danışmanlık sonrasında ise modern bir yöntem olan RİA'nın en fazla tercih edilen yöntem olduğunu saptamışlardı (125). Kurtuluş'un çalışmasında da, danışmanlık öncesi kullanılan yöntem ile danışmanlık sonrası aile planlamasına ilişkin görüşler arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuş, kadınların %57.8'inin danışmanlık sonrası AP ile ilgili fikrinin olumlu anlamda değiştiği belirtilmiştir (141). Çalışma grubunda lohusalık döneminde AP danışmanlık alan

kadınlarda karşılanmayan AP gereksinimi daha düşük bulunması literatürü destekler niteliktedir.

Ülkemiz koşullarında doğum sonu hastanede kalış sürelerinin kısalması ve değişen sağlık politikaları nedeniyle hastanede verilen AP danışmanlığının yeterince amacına ulaşmadığı bilinmektedir (33,34,35). Çalışma grubundaki kadınların lohusalık döneminde, hastanede ve/veya evde her üç kadından sadece birine AP danışmanlığı verilmiştir. Oysaki, Lübnan, Peru ve Nepal’de yapılan çok merkezli bir çalışmada doğum sonu hastanede verilen AP eğitiminin, kontraseptif kullanımını belirgin şekilde arttırdığı belirtilmektedir (99). Doğum öncesi ve doğum sonrası dönemler kadınların yakın dönemde gebelik planladıkları ve etkili bir yöntem kullanmayı en çok düşündükleri süreçlerdir. Özellikle doğum sonu dönem AP danışmanlığına daha fazla gereksinim duydukları ve eğitime istekli oldukları bu dönemlerde doğum sonu erken taburculuk yaklaşımı nedeniyle hastanede kalış süresi kısaldığı için kadınların AP danışmanlığı almadan taburcu edildikleri görülmektedir. Özellikle çalışma grubundaki tüm kadınların hastanede doğum yaptığı düşünülürse, bu kadınların AP danışmanlık ve hizmetleri açısından kaçırılmış bir fırsat olduğu düşünülebilir.

Kadınların postpartum veya antepartum dönemde doğum deneyimleri ve kontraseptif danışmanlık algıları ile ilgili yapılan bir çalışmada da, hastane protokolleri içerisinde yer almasına rağmen kadınların yalnızca %30’unun doğum sonu dönemde AP danışmanlığı aldığı belirtilmiştir (157). Bu durum, çalışma grubundaki her iki kadından birinin ve Yee’nin çalışmasındaki (168) her üç kadından ikisinin aile planlaması danışmanlığı açısından kaçırılmış fırsatlar olduğunu düşündürebilir. Doğum sonu erken dönemde AP danışmanlığı verilen, Rusya’daki çalışmada da iki yıl boyunca izlenen kadınların yöntem kullanım sıklığının daha yüksek olduğu, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri’ndeki araştırmalarda da kadınların yöntem kullanma kararını olumlu yönde etkilendiği vurgulanmıştır (98,145,146).

Aile planlaması danışmanlığının doğum sonu dönemde verilmesi ile AP yöntemleri konusunda kadınların bilgi, tutum ve davranışlarında olumlu değişiklikler yaratılabilmektedir. Özellikle, doğum sonu erken dönemde ev ziyaretleri sırasında verilen danışmanlığın kadınların modern AP yöntemi kullanma durumunu olumlu

yönde etkileyebileceği ve AP yöntemi kullanma sıklığını artırıcı yönde etkisi olabileceği düşünülmektedir (6,37,141,143,144,155,168). Erenel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da, doğum sonrası dönemde verilen ve daha sonra ev ziyareti yoluyla sürdürülen AP eğitim ve danışmanlığının kadınların modern yöntem kullanmalarını önemli derecede etkilediği saptanmıştır (123).

Çalışma grubunda, AP danışmanlığı verilen kadınların, tamamına yöntemlerin isimlerinden bahsedilmiştir. Bu kadınlar; yöntemlerin olumlu yönleri, yöntemlerin yan etkileri, nereden nasıl ulaşacakları ve izlem/kontrol zamanlarına ilişkin yaklaşık %85 sıklığında bilgi verildiğini ifade ederken, yaklaşık %65'i ise yöntemleri nasıl kullanacakları ve yöntem kullanırken nelere dikkat etmeleri gerektiğine ilişkin bilgi verildiğini ifade etmişlerdir. TNSA 2013'te tüm kadınların tamamına yakının en az bir AP yöntemini bildiğini ifade etmiş olmaları da çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (11). Yine Gün ve Gölbaşı'nın çalışmalarında; doğum sonu dönemde AP danışmanlık hizmeti verilmesinin AP modern yöntem bilgi düzeyini artırdığı ve davranışı da olumlu yönde değiştirdiği görülmüştür (60,68). Kocaöz'ün çalışmasında da; kadınların yaklaşık yarısının (%43.5'i) kontraseptifler konusunda bilgisinin yeterli olmadığı ve her iki kadından birinin ebe/hemşire tarafından kontraseptif yöntemler hakkında bilgi almak istedikleri vurgulanmıştır (8). Eğitim-danışmanlık hizmetleri ile yönetime ulaşılabilirliğin artırılmasıyla modern yöntem kullanım sıklığının da artabileceği söylenebilir. Böylece kadınlara kendileri için uygun olan modern yöntemi seçme fırsatı verilebilecek ve gebelik aralıkları açılacaktır. Ayrıca, çalışma bulgusunda belirtildiği gibi özellikle birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli rolü olan ebelerin yöntem temininde ve danışmanlıktaki sorumluluğu göz ardı edilmemeli, hem doğum öncesi hem de doğum sonu dönemde olmak üzere etkili AP hizmetleri sunabilmeleri için ev ziyaretlerine daha fazla zaman ayırabilmeleri gerekmektedir (37,141,143,144,155,172). Özellikle de başta da ebeler olmak üzere birinci basamakta sağlık hizmeti sunan sağlık personellerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmaların sonuçları ve çalışma bulguları, hem doğum öncesi ve hem de doğum sonrası dönemde danışmanlığa yeterince zaman ayrılmadığını ancak etkili ve daha fazla zaman ayrılarak yapılan ev ziyaretleriyle de kontraseptif danışmanlık verilmesiyle modern AP yöntemi kullanımının artırılarak

ve karşılanmayan gereksinimin azaltılabileceğini desteklemektedir (6,37,141, 143,144,155).

Kadınlar, doğum sonu erken dönem ilk yöntem temininde, sıklıkla (%37.5) “doğumlarını bu kurumlarda” yapmış olmalarından dolayı ikinci basamak sağlık kurumlarını (%27.2) daha fazla tercih etmişlerdir. Ancak, halen kullandıkları yöntem temininde ise; her üç kadından ikisi, sıklık sırasıyla evine yakın (%62.7) ve ücretsiz (%47.2) olmasından dolayı en çok birinci basamak sağlık kurumunu tercih etmiştir. Bu durum, doğum sonu erken dönemde birinci basamak sağlık kurumlarında RİA’yı temin edemeyen kadınların çoğunlukla ikinci basamak sağlık kurumlarına başvurması ve birinci basamak sağlık kurumlarının ise sıklıkla kondom/OKS temini için tercih edildiğini düşündürülebilir. TNSA 2013’te ise Türkiye’de modern AP yöntemlerinin temininde genellikle kamu sektörünün tercih edildiği, modern yöntem kullanıcılarının %56’sının, kullandıkları yöntemi kamu sektöründen, %37’sinin özel sektörden ve kalan %7’sinin ise market gibi diğer kaynaklardan temin ettikleri bildirilmiştir.

Araştırma grubundaki kadınların halen kullandıkları AP yöntemini temin ettikleri kişiler karşılaştırıldığında; araştırma grubuna benzer şekilde, Mayda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yöntem seçiminde; yöntemin ücretsiz olması ve yönteme kolay ulaşılması kullanımını önemli düzeyde etkilemektedir (161). Çalışma grubundaki kadınların birinci basamağı tercih ederken ulaşım kolaylığını göz önünde bulundurmaları da vurgulanması gereken önemli bir noktadır. Bu hizmetlerin devamlılığını sağlayabilmek için birinci basamakta sunulan ev ziyaretlerine daha fazla ağırlık verilmesi başta ebeler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının bu ziyaretler sırasında aile planlaması danışmanlığına daha fazla zaman ayırmaları gerekmektedir.

Herhangi bir AP yöntemi kullanmadığı için plansız ve istenmeyen gebelik yaşayan kadınların sayısını azaltmak için modern AP yöntem kullanımını arttırmaya yönelik AP hizmet sunumu ve danışmanlık çalışmalarına ağırlık verilmesi gerekmektedir. Modern yöntemlerle ilgili şikâyetlerin giderilmesi ve yöntemlerin yan etkilerinin detaylı anlatılması durumunda geleneksel yöntemlere yönelme ya da yöntem kullanmama durumu ortadan kalkmış olacaktır. Özellikle de birinci basamakta görev alan ebelere büyük sorumluluk düşmektedir. Çalışma bulgularından

yola çıktığımızda da kadınların en çok yöntemlerin yan etkilerinden korktukları için tercih etmediklerini göstermektedir. Bu bağlamda ebelerin danışmanlık yaparken yöntemlerin olası yan etkilerini de içeren detaylı bir eğitim programı geliştirmesi yararlı olacaktır. Birinci basamak sağlık kurumlarında, AP hizmetlerini gerek danışmanlık, gerekse uygulama olarak birinci elden sunması gereken ebelerin bu konulara daha fazla zaman ayırabilmelerini sağlayacak, düzenlemelere ihtiyaç vardır.

AP hizmetlerinin başarıya ve hedefine ulaşmasında etkili danışmanlığın rolü büyüktür. Çünkü araştırmalarda da saptandığı gibi, özel eğitim ve danışmanlık programlarıyla modern AP yöntemleri hakkında yeterli düzeyde eğitilen kadınlar, gebelikten etkili bir biçimde korunabilmektedir. Ancak etkili danışmanlık için daha uzun zaman ayrılması gerektirmektedir. Rahat bir ortamda sağlanan etkili bir danışmanlık, kişilerin korunma yöntemlerini anlamalarını sağlayarak kendi durumlarına en uygun korunma yöntemi seçmelerine ve modern yöntemlerle ilgili şikâyetlerin azaltılmasına yardımcı olabilecektir. Bunun için kadınların periyodik olarak izlenmesi ve yöntemin sürdürülebilmesinin sağlanması gerekmektedir.

Tüm bunlardan yola çıkarak, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile AP hizmetlerinden sorumlu sağlık personellerinin bilimsel donanımlarının artırılarak, bilgiyi kullanarak davranış değişikliği oluşturabilecekleri danışmanlık becerilerini kazanmaları ve hizmet içi eğitimlerle bilgileri yenilenmelidir. Etkili iletişimle, hizmete erişimi artırılarak AP yöntem kullanımına olan gereksinim azalacak ve hizmetten memnuniyet artacaktır.

BÖLÜM V

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Son iki yılda doğum yapan 15-49 yaş arası evli kadınların doğum sonu dönemde modern aile planlaması yöntem gereksinimleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirildiği bu çalışmada; modern aile planlaması yöntem gereksinimleriyle birlikte kadınların gebelik ve doğum sonu dönem aile planlaması danışmanlığı alma durumları, yöntemleri temin ettikleri birim ve kişiler, yöntem kullanımlarını etkileyen faktörler ve aile planlanmasına ilişkin sağlık hizmeti alma durumlarıyla ilgili sonuçlara da ulaşılmıştır.

1. Çalışma grubundaki kadınların, %41.2'sinin doğumla sonuçlanan son gebeliklerini planlanmadıkları görülmüştür. Çalışmadaki kadınların neredeyse yarısının gebelik öncesi dönemde genel karşılanmayan aile planlaması gereksinimleri vardır. Doğum sonu dönemde de çalışmadaki kadınların yarısında doğum sonu dönemde karşılanmayan modern AP gereksinimi saptanmıştır. Bu sonuçlar, kadınların modern yöntem kullanımı konusunda ihtiyaçları olduğunu ve kadın hayatının önemli evreleri olan gebelik, doğum ve doğum sonu dönem başta olmak üzere izlemler sırasında ulaşılarak, modern aile planlamasına yönelik danışmanlığın yapılması önerilebilir.

2. Kadınların halen kullandıkları AP yöntem seçiminde rol oynayan kişiler arasında; %43.9 sıklığı ile eşlerinin ilk sırada yer aldığı ve her beş kadından birinin de (%21.6) eşi istemediği için halen herhangi bir AP yöntemi kullanmadığı saptanmıştır. Eşleri 30 yaş ve üzeri olan kadınlarda 30 yaş altı olanlara göre daha yüksek düzeyde karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimi saptanmıştır. Bu sonuç, eşleri de kapsayan eğitimler ile yöntemlerin tamamına yönelik etkin bir AP danışmanlığı ile eşlerin de sorumluluğu paylaşmalarına imkan verildiği takdirde modern yöntem kullanımının artabileceğini gösterebilir. Bu eğitim programlarında, yetişkin eğitime uygun şekilde erkeklerin aktif katılımına ve kendisini rahatlıkla ifade edebilmesine imkân yaklaşım gösterilmelidir.

3. Gebelikleri sürecinde izlem yapılan her altı kadının yalnızca birisi SB Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolüne uygun olarak en az dört kez izlenmiştir. Tüm kadınların da ancak yarısı aile planlaması danışmanlığı almıştır. Oysa gebelik sürecinde aile planlaması danışmanlığı almayan kadınların karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimi yüksek saptanmıştır. Bu kadınların yarısından fazlası danışmanlığı ikinci basamaktan alırken, birinci basamaktan danışmanlık alan kadınların sıklığı oldukça düşüktür. Bu sonuçlarla, gebelik sürecinde özellikle birinci basamakta bu gereksinimin karşılanması ve bu kadınlara gebelik dönemindeki izlemler sırasında ulaşılarak, modern aile planlamasına yönelik danışmanlığın yapılması önerilebilir.

4. Lohusalık döneminde, on kadından biri hiç izlenmemiş olup, hiç izlem yapılmayanlarda karşılanmayan modern AP gereksinim düzeyi daha yüksek elde edilmiştir. Lohusalık döneminde, kadınların üçte birine aile planlaması danışmanlığı verilmiştir. Danışmanlık alan kadınların ancak yaklaşık yarısı birinci basamaktan hizmet almıştır. Oysa lohusalık döneminde AP danışmanlığı almayan kadınlarda karşılanmayan aile planlaması gereksinimi yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, kadında hastalık ve ölümlerin en sık görüldüğü gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlere ait sağlık göstergelerini iyileştirmek, modern AP yöntemlerine olan gereksinimlerini gidermek ve hizmetin ulaşılabilirliğini arttırmak açısından danışmanlığın doğum sonu erken dönemde verilmesi modern yöntem kullanımının artmasında önemli bir etken olarak görülebilir.
5. Araştırma grubunda, birinci basamaktan aile planlaması danışmanlığı alan kadınlarda karşılanmayan aile planlaması gereksiniminin ikinci basamaktan danışmanlık alanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu danışmanlık hizmetini ebelerden alan kadınların da karşılanmayan aile planlaması gereksinimlerinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, özellikle birinci basamakta toplumla ilk ve en yakın ilişkiyi kuran ebelerin, karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimlerinin azaltılması ve etkili aile planlaması danışmanlığı/izlem danışmanlığı sunulmasında önemli bir yere sahip olduğunu göstermiştir. Ebelerin doğum öncesi ve doğum sonu dönemde aile planlaması danışmanlığı vermeleri ile kaçırılmış fırsatlar yakalanabilir ve karşılanmayan modern aile planlaması gereksinimleri azalabilir.

BÖLÜM VI

6. KAYNAKLAR

1. Gürel SA., Gürel H.,Gebelik Aralığı, Doğum Aralığı ve Sağlıklı Gebelik, Perinatoloji Dergisi • Cilt: 3, Sayı: 3-4/Ağustos-Eylül 1995; 22-24.
2. Ay S., Yanikkerem E., Mutlu S.,İstenmeyen gebelik yaşayan kadınların özellikleri ve kontraseptif yöntemleri bırakma nedenleri: kırsal alan örneği, TAF Prev Med Bull 2012; 11(3): 315-324.
3. Öztürk H., Okçay H., İstenmeyen gebelikler ve istemli düşükler,Aile ve Toplum Yıl: 5 Cilt: 2 Sayı: 6 Ekim-Aralık 2003: 1303-0256.
4. Özvarış ŞB, Ertan AE: Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşım, “Akın A (eds):Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın” kitabında 2003;113-126., Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
5. Er N., Riskli Erken Doğumda Antenatal Risk Faktörlerinin Analizi (2012) Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği,Yüksek Lisans Tezi, 2012.
6. Programming strategies for Postpartum Family Planning, World Health Organization, United States Agency for International Development WHO World USAID, Maternal and Child Health Integrated Program,MCHIP 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93680/1/9789241506496_eng.pdf
7. Taşkın L: Aile Planlaması, “Taşkın L (eds): Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 10. Baskı” kitabında s.527-45,2011,Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara
8. Kocaöz S, Peksoy S, Atabekoğlu C. Kadınların gebelikten önce kullandığı ve doğum sonrasında tercih ettiği kontraseptif yöntemler. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi,2013; 2 (1):1-8.
9. Altınbaş ŞK, Tekin YB, Dilbaz, B, Kılıç S, Taşçı Y, Kandemir Ö (2013), İstenmeyen gebeliklerde kontraseptif yöntem bilgi düzeyi ve postpartum kontraseptif yöntem tercihleri,Nobel Med 2013; 9(3): 64-68.
10. Altınbaş ŞK, Tekin YB, Dilbaz, B, Kılıç S, Taşçı Y, Kandemir Ö (2014), *Impact of having a high-risk pregnancy on future postpartum contraceptive method choice* , Women Birth. 2014 Dec;27(4):254-8,Journal of Australian College of Midwives
11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2013, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/index.htm>. Ulaşım Tarihi: 26.02.2015.
12. United Nations, 2015, Trends in Contraceptive Use Worldwide, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2015. United Nations New York, 2015.
13. UNFPA,2016,Programme of Action of the International Conference on Population and Development,United Nations, (PAIC, paragraph 7.3 accessed

at www.unfpa.org, 2016; and African Union, Plan of Action on Reproductive Health and Rights (Maputo Plan of Action), accessed at www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo_eng.pdf, 2016. Erişim Tarihi: 16.05.2016.

14. Çavlin A., Adalı T., Kumaş A., Türkiye Nüfusuna Güncel Bakış, nüfusbilim Derneği'nin Güncel Nüfus Tartışmaları Çalışma Grubu, <http://www.nd.org.tr/Custom/OdesisMc/NBD-UNFPA-NufusMeselesi.pdf>, erişim 2016.
15. Taşkın L (2009) Doğum ve Kadın sağlığı Hemşireliği, Aile Planlaması/Gebeliğin Önlenmesi, Sistem ofset Matbaacılık, 9. Baskı, Ankara, s.527-545.
16. World Health Organization (WHO), 2013. Unmet need for family planning. Geneva, Switz: World Health Organization; 2013. Available from: www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/unmet_need_fp/en/. Accessed 2014 Nov 25.
17. World Health Organization, Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Counselling for Maternal and Newborn Health Care: A Handbook for Building Skills; 2013.
18. United Nations, Millennium Development Goals, accessed at www.un.org/millenniumgoals, 2016.
19. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2008) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008) Ankara, http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/AP_D_1.pdf f Cinsel sağlık / üreme sağlığı katılımcı el kitabı.
20. Tokuç B, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne Merkezinde 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri ve yöntem kullanım oranları. *Sted.* 2005; 14: 8-14.
21. İlhan MN., Tüzün H., Aycan S., Aksakal F.N., Özkan S. (2006). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3).
22. Kitapçioğlu G., Yanıkkerem E. ,Manisa Doğumevinde doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri, aile planlaması davranışı ve doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine* 47(2) : 87 – 92.2008.
23. Gılıç E., Ceyhan O., Özer A., Niğde Doğumevi'nde doğum yapan kadınların aile planlaması konusundaki bilgi tutum ve davranışları. *Fırat Tıp Dergisi*; 14(4): 237-241.2009.
24. Etiler N., Yavuz C.I. (2004). Sağlık Reformlarının Ana Sağlığı Hizmetleri Üzerine Etkileri: Ülke Örnekleri. *Toplum ve Hekim*, 19(4), 285-291
25. Sağlık Bakanlığı, 2016 Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013, <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/806->

- do%C4%9Fum-sonu-bak%C4%B1m-program%C4%B1.html, Doğum Sonu Bakım Programı, Erişim Tarihi:16.07.2016)
26. Sağlık Bakanlığı, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Anne Ölümleri İzleme Ve Değerlendirme Programı, 2012.
 27. Sağlık Bakanlığı, Gençlere Yönelik Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Danışmanlık Ve Sağlık Hizmet Merkezleri Durum Analizi Raporu. www.tuspg.saglik.gov.tr/.../genclik/genclikicin_danismanlik/, 2016.
 28. Hodoglugil NŞ, Akın A. Cinsiyet eşitliği, barış ve gelişme yolunda Pekin +5 sonuçları ve Türkiye’de durum. *Aktüel Tıp Dergisi* 1999;6:56-9. Erişim Tarihi: 22.06.2015
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>
 29. Meydanlıoğlu A.U. Emiroğlu O.N. (2004). Kadınların Sağlık Ocağı Hizmetlerini Bilme Durumu ve Bu Hizmetlerden Beklentileri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2), 42-53.
 30. Kırılmaz U., Çankaya D., Özdemir Ö. ve ark. (2005). Bir Meslek Eğitim Merkezi Üçüncü Sınıfında Okuyan Öğrencilerin Sağlık Hizmeti Kullanım Durumlarının Saptanması. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 12(1) 19-24.
 31. Dikmetaş, E. (2006). Sağlıkta eşitlik/eşitsizlik. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1 (2); 4, 2-16).
 32. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum and follow-up care. In: *Guidelines for perinatal care*. 4th edition. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists: 1997. p.147-182.
 33. Bilgili N ve Vural G. Aile planlamasında kaçırılmış fırsatlar. 3. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. Ankara: 20-23 Nisan 2003. s.170.
 34. Erbil N, Pasinlioğlu T. Planlı eğitim ve danışmanlığın kadınların aile planlaması hizmetlerinden memnuniyet düzeyine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11(2):38-46.
 35. Erenel AŞ, Eroğlu K. Doğum Sonrası Dönemde Ev Ziyareti Yolu İle Desteklenen Emzirme Eğitim Modelinin Laktasyonel Amenore Yöntemine Etkisi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi* 2009; 19:179-188.6.
 36. Sonalkar S, Mody S, Phillips S, Gaffield ME. Programmatic aspects of postpartum family planning in developing countries: a qualitative analysis of key informant interviews in Kenya and Ethiopia. *Afr J Reprod Health*.2013;17(3): 54–56.

37. Singh S., Darroch J. E. Ashford L. S. , Vlassoff M.,2009,UNFPA,Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. Guttmacher Institute and United Nations Population Fund:New York
38. Ballı F.Ö.,Bayraklı İlçesi Cengizhan Mahallesi 18-49 Yaş Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Kullanımı Ve İlişkili Erişim Faktörlerinin Değerlendirilmesi,Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi ,Tez Danışmanı,Doç.Dr. Meltem Çiçeklioğlu,İzmir- 2011.
39. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2005). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 4. Basım, Cilt I.,2005, Ankara.
40. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2005). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 4. Basım, Cilt II.,2005, Ankara
41. IWH,The importance of women's health. Global Health Council http://www.globalhealth.org/womens_health/impact/Erişim Tarihi: 06.23.2016
42. Familyplanning/Contraception, Fact sheet °351 Updated May 2015, Available at: 07.17.2016 <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/#content,2016>,WHO
43. Westoff C.F. and Bankole.A. Unmet need: 1990-1994. Calverton, Maryland, Macro International,Jun.1995.(DHS, Comparative Studies No.16.,:55.
44. Casterline JB, Sinding SW, Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy, Population And Development Review 26(4):691–723,December 2000.
45. Demographic and Health Surveys (DHS), 2012, <http://dhsprogram.com/Topics/Family-Planning.cfm>, Erişim tarihi: 03.09.2016
46. Demographic and Health Surveys (DHS),Unmet Need For Family Planing,2012,<http://dhsprogram.com/Topics/Unmet-Need.cfm> Erişim Tarihi:12.22.2015)
47. Ege E., Timur S., Zincir, H. (2005). Ebelik Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Eğitimi Etkinliğinin Değerlendirilmesi. STED, 14(9), 202-205
48. Sak ME, Evsen MS, Sak S, Çaça FN. Kontrasepsiyon yöntemlerinin etkinliği ve kadınların eğitim düzeyi: Güneydoğu Anadolu'da ilçe örneği. Dicle Tıp Dergisi. 2008; 35(4): 265270.
49. Kaya H, Tatlı H, Açık Y, Devenci SE. Bingöl ili Uydükent sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanım düzeyinin belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008; 22(4): 185-191.

50. Erenel AŞ, Kavlak T., Bingöl B, Kadınların Doğum Sonrası Altı Ay Sonunda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu Van Tıp Dergisi, Cilt:18, Sayı:2, Nisan/2011.
51. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü,Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA,1993, <http://metinozturk.8m.com/tnsa93.html>, Ulaşım Tarihi: 28.02.2015.
52. International Conference on Population and Development, Conference in Cairo 1994, <http://www.unfpa.org/icpd#sthash.Mjplktjs.dpuf>
53. Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf,2009).
54. Taşkın,L.:Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.Genişletilmiş 4.basım,Sistem Ofset Matbaacılık Ankara,ISBN 975-94661-0-4.2006
55. Taşkın L., Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş VI. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara. 2003
56. Akın A.,Başkent Üniversitesi Halk Sağlığı AD Başkent Üniversitesi, Kadın-Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Araştırma Ve Uygulama Merkezi, Türkiye'de Kontraseptif Temininde Kendi Kendine Yeterlilik,2014
57. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler, Füsün Sayek TTB Raporları/Kitapları, Dünya Tabipler Birliği Avrupa Konseyi Birleşmiş Milletler Unesco Avrupa Tabip Birlikleri Forumu,Birinci Baskı, Haziran 1998, Ankara İkinci Baskı, Ekim 2009, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları,ISBN 978-605-5867-22-5 ,2009.
58. Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Tasfiye Edilmesine Dair Sözleşme,CEDAW Sözleşmesi,1979, <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/cedaw.pdf>, Erişim:24.06.2016.
59. Stephenson R., Hennink M., Barriers to family planning service use among the urban poor in Pakistan,2004.
60. Gün A., Doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı alan kadınların bilgi , tutum ve davranışlarının incelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı,Doktora Tezi,2003.
61. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ,<http://cocukhizmetleri.aile.gov.tr/data/5422bc94369dc316585c0e01/1.5.2827.pdf>,Erişim tarihi: 2016).
62. The World Health Report 1998, Life in the 21st century A vision for all Report of the Director-General World Health Organization Geneva,1998.
63. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention,Contraceptive Use Among Postpartum Women-12 States and New York City, 2004–2006 Morbidity and Mortality Weekly Report 2009;(8) No: 30.

64. Feldman BS, Zaslavsky AM, Ezzati M, Peterson KE, Mitchell M. Contraceptive use, birth spacing and autonomy: an analysis of the Oportunidades program in rural Mexico, *Studies in Family Planning* 2009; 40:51-62.
65. Akın, A. Özvarış, Ş.B. (2004). “Adolesanların/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler” Projesi (Özet Rapor), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Ankara.
66. 507 Sayılı Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütecek Personelin Eğitimi. Görev, Yetki Ve Sorumlulukları Hakkında Yönetmelik, Erişim linki: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4933&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=,2016>,
67. US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention MMWR / March 11, 2016 / Vol. 65 / No. 9, Morbidity and Mortality Weekly Report, Gavin, 2016.
68. Gölbaşı Z., Tümay Hs., Koç D., Yıldız H., Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınların Postpartum Dönemde Gebelikten Korunma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 29–38. 2005.
69. TTB Halk Sağlığı Kolu, Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara. 2006.
70. I. Kadın Hekimlik Ve Kadın Sağlığı Sempozyumu, Sağlıkta Kadın Emeği Sempozyum Kitabı Pamukkale Üniversitesi 14 Mayıs 2011 – Denizli, TTB Yayınları, 2011.
71. Eroğlu K. Doğum ve düşük sonrası kontraseptif yöntemler. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı. Ankara 2009: 35-39.
72. Erenel AŞ. (2010). Doğal Bir Aile Planlaması Yöntemi: LAM. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 9(4):(383-390).
73. Akın A., Özvarış Ş.B. Balcıoğlu H.B, Bilaloğlu E., Bilgil N., Bliker M.A., Etlér N., Odabaşı O., Sayek F. (2001). Aile Planlaması Hizmetlerinin Ücretlendirilmesi” Uygulamaları Konusundaki Toplantı Raporu, Türk Tabipler Birliği
74. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, Üreme Sağlığı Programı, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, 2005.
75. Moore Z., Pfitzer A., Gubin R., Charurat E., Elliott L., Croft T., Missed opportunities for family planning: an analysis of pregnancy risk and contraceptive method use among postpartum women in 21 low- and middle-income countries., *Contraception* 92 (2015) 31–39
76. North Carolina State Center for Health Statistics., 2008, <http://www.schs.state.nc.us/data/other.cfm>, Available at: 09.07.2016
77. Mignini LE, Carroli G, Betran AP, Fescina R, Cuesta C, Campodonico L, De Mucio B, Khan KS., Interpregnancy interval and perinatal outcomes across Latin

- America from 1990 to 2009: a large multi-country study. *BJOG*. 2016 Apr;123(5):730-7.2016
78. Sedgh G.,Singh S.,Hussain R.,2012,*Studies in Family Planning,Volume 45, Issue 3*, pages 301–314, September 2014, Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends, Sedgh_et_al-2014-Studies_in_Family_Planning.pdf).
 79. Wong LF,Schliep KC, Silver RM, et al. The effect of a very short interpregnancy interval and pregnancy outcomes following a previous pregnancy loss. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212:375.e1-11.
 80. World Health Organization (2010). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008.
 81. Bongaarts J, Trends in unwanted childbearing in the developing world, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(4):267– 277.
 82. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Düşükler ve Ölü Doğumlar, Bölüm 5, Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 1999. Emek Matbaacılık, Manisa, 53-58.
 83. Family Planning Worldwide,2013 Data Sheet, http://www.prb.org/pdf13/family-planning-2013-datasheet_eng.pdf, Accessed on: 15.06.2016
 84. Rawlings JS, Rawlings VB, Read JA: Prevalence of low birth weight and preterm delivery in relation to the interval between pregnancies among white and black women. *N Engl J Med* 332: 69-73, 1995 Ross J & Winfrey W. Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(1):20–27.
 85. DaVanzo J et al. Effects of interpregnancy interval and outcome of the preceding pregnancy on pregnancy outcomes in Matlab, Bangladesh. *BJOG*, 2007, 114(9):1079–1087.
 86. Rutstein, Shea. 2008. Further Evidence of the Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant and Under-Five-Year Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys. Calverton, MD: Macro International, DHS Working Paper No. 41.2008
 87. Why Family Planning Matters,ICPD, Population Reports, <https://www.k4health.org/sites/default/files/j49.pdf>, Available at: 22.08.2016
 88. Mashburn J, Graves BW, Gillmar-Kahn M: Hematocrit values during pregnancy in a nurse-midwifery caseload, *J Nurse Midwifery* 37:404-410,1992.
 89. Karakaş N., Pehlivan E.,Malatya'da iki hastanede düşük doğum aralıklı bebeklerde anneye ait doğurganlık ve prenaatal dönem özelliklerinin incelenmesi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;1:34-38.

90. Güler A. S, Gürel H, Gebelik aralığına etki eden faktörler. Perinatoloji Dergisi, Cilt : 4, Sayı: 2/Haziran 1996, 126-128.1996.
91. Daş Z, Sezgin A. Postpartum Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Etkili Yöntem Kullanımına Etkisi. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2001; 11: 62-65. 2001.
92. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-1998, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa1998/index.htm>. Ulaşım Tarihi: 10.07.2016.
93. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2003, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/index.htm>. Ulaşım Tarihi: 10.07.2016.
94. Ross JA and Winfrey WL, Unmet need for contraception in the developing world and the former Soviet Union: an updated estimate, International Family Planning Perspectives, 2002, 28(3):138–143. 19.
95. Pasha O, Goudar SS, Patel A, Garces A, Esamai F., Chomba E. et al. Reprod Health. 2015; 12(Suppl 2): S11., Postpartum contraceptive use and unmet need for family planning in five low-income countries, 2015.
96. Mbizvo MT, Phillips SJ., Family planning: choices and challenges for developing countries., Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014 Aug;28(6):931-43. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.04.014. Epub 2014 May 10.2014
97. Bolam A, Manandhar DS, Shrestha P et al. The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomized controlled trial. BMJ 1998; 316: 805-811.
98. Miller VL, Laken MA, Ager J, Essenmacher L. Contraceptive decision making among Medicaid-eligible women. J Community Health 2000; 25:473-480.2000.
99. Hiller JE, Griffith E. Education for contraceptive use by women after childbirth. Cochrane Database SystRev 2000; 2:1-3
100. Naçar M, Öztürk A, Öztürk Y. Doğum sonrasında verilen aile planlaması eğitiminin yöntem kullanmaya etkisi. Erciyes Tıp Dergisi 25 (3) 122-130, 2003
101. 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
102. Altıntaş H, Telatar G, Albay S, Arık D, Batıkan H, Berkel B, Çağırıcı G, Güçlü O, 4-Gümüş E. Ankara'da Bir Süt Ürünleri Fabrikasında Çalışan Erkek İşçilerin Aile Planlaması Konusundaki Bazı Bilgi, Davranış ve Görüşlerinin Saptanması: Sağlık ve Toplum, 15(4) s 89-97.2005.

103. Depe Y, Erenel AŞ. Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüş ve Davranışları C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10 (3):29-35. 2006
104. Sedgh G.,Hussain R.,Bankole A. Singh S., Occasional Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method Report No. 37,June 2007.fsak
105. Atış F, Yurdakul M, Öztürk M, Koitus İnterreptus Kullanım Nedenleri ve Yöntem Başarısını Etkileyen Faktörler,Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,Cilt:5,Sayı:15,2010.
106. Tanrıverdi G, Özkan A, Şenveli S. Çanakkale'deki kadınların aile planlaması yöntemlerini tercih nedenleri. Fırat Tıp Dergisi 2008; 13:251-254.
107. Hailemariam1A.,HaddisF.,Factors Affecting Unmet Need For Family Planning In Southern Nations, Nationalities And Peoples Region, Ethiopia,Ethiop J HealthSci. Vol. 21, No. 2 July 2011
108. Alkema, L.,Kantorova V., Menozzi C., Biddlecom A.,“National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: A systematic andcomprehensive analysis”, Lancet, Vol. 381/9,878, pp. 1642–52.2013.
109. Laukaran VH, Winkoff B. Contraseptive Use, Amenorrhea and Breastfeeding in Postpartum TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010: 9(4) www.korhek.org 389 Women. Studies in Familly Planning.1985; 16: 293-305
110. Erdemir F. Emzirmeyi Erken Dönemde (6 Aydan önce) Sonlandırma Nedenleri II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. İzmir. Ege Üniversitesi Basımevi, 1990.
111. Tekinsoy Kartın P, Albayrak E, Özkan T, Başer M. Kayseri ili Mithat Paşa Aile Planlaması Merkezine başvuran kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve buna etki eden durumlar. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Ankara 2004;191.
112. Akın L, Özaydın N, Aslan D. Türkiye’de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Dergisi. 2006;48:63-69.
113. Frost JJ, Darroch JE. Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004. *Perspect Sex Reprod Health* 2008;40(2):94-104.
114. Oltuluoğlu H, Başer M. Malatya il merkezinde yaşayan evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve seçme nedenlerinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012;19(3):167-74.
115. Antić L, Djikanović B, Vuković D. Family planning among women in urban and rural areas in Serbia. *Srp Arh Celok Lek* 2013;141(11-12):794-9.
116. Kalia JE: Effects of interpregnancy intervals on preterm birth, intrauterin growth retardation and fetal loss: *Soc Biol*,1992.39:231-245.

- 117.** Ashford, L.2003, Unmet need For Family Planning: Recent Trends and Their Implications for Programs,
- 118.** Altay B.,Gönener D. (2009). Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi,14(1): 56-64
- 119.** Mehata S., Paudel Y. R., Mehta R., Dariang M., Poudel P., and Barnett S., “Unmet need for family planning in Nepal during the first two years postpartum,” BioMed Research International, vol. 2014, Article ID 649567, 9 pages, 2014
- 120.** Hounton S, Winfrey W, Barros AJD, Askew I. Patterns and trends of postpartum family planning in Ethiopia, Malawi and Nigeria: evidence of missed opportunities for integration. *Glob Health Action*. 2015;829738, doi: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.29738>. 2015.
- 121.** Akaba G., Ketare N., Tile W., A community-based, mixed-methods study of the attitudes and behaviors of men regarding modern family planning in Nigeria.*Int J Gynaecol Obstet*. 2016 Jun 23. pii: S0020-7292(16)30210-7. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.04.009.2016
- 122.** Irani L, Speizer I, Barrington C. Attitudes, beliefs and norms relating to contraceptive use among young migrant and non-migrant adults in urban Dar es Salaam, Tanzania. *Glob Public Health* 2013;8(9):1048-62.
- 123.** Erenel AŞ, Eroğlu K. Doğum Sonrası Dönemde Ev Ziyareti Yolu İle Desteklenen Emzirme Eğitim Modelinin Laktasyonel Amenorhe Yöntemine Etkisi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi* 2009; 19:179-188
- 124.** Özvarış Ş (1998). Aile planlaması, Sağlık ve Toplum Dergisi 8 (3-4): 49-54.
- 125.** Büyükbayrak E.E., Kars B. Karşıdağ A.Y. Dabak R., Kurtuluş H. Pirimoğlu Z.M., Turan C. (2010). Aile Planlaması Yöntemleriyle İlgili Tutumların Etkin Aile Planlaması Danışmanlık Hizmeti Öncesi ve Sonrasında Karşılaştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg); Cilt: 7 Sayı: 3 Sayfa: 228- 34*
- 126.** Hale N, Picklesimer AH, Billings DL, et al. The impact of Centering Pregnancy Group Prenatal Care on postpartum family planning. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210:50.e1-7
- 127.** Duman NB, Yılmazel G: Doğum Sonrası Ev Ziyaretleri Yoluyla Verilen Aile Planlaması Danışmanlığının Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımına Etkisi, *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*;11 (2): 52-58.2014.
- 128.** Tsui AO, Ochoa LH. Service proximity as a determinant of contraceptive behaviour: evidence for cross-national studies of survey data. In: Phillips J, Ross JA, editors. *Family planning programmes and fertility*. Oxford: Clarendon Press; 1992. pp. 222-56.1992.

129. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1993,Erişim Tarihi: 05.02.2015
130. T.C Sağlık Bakanlığı ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara. 2005.
131. Baykan Z., Özkan S., Maral I. (2004). Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran Kadınların Hizmetten Memnuniyet Durumları. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes MedicalJournal) 26 (3) 98-104
132. Saydam B.K., Sevil Ü. (2010). Aile Planlaması Hizmetlerinden Ve Progesteron İçeren Kontraseptif Kullanımından Memnuniyet. Anatol J ClinInvestig; 4(2):90-98
133. Özdemir İ, Yıldırım U, Demirci F., Duras G, Yücel O. Düzce'de yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların kontraseptif yöntem kullanma ve kullanmama nedenleri. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi,2002;4:19-22.
134. Özdemir O., Ocaktan E., Çalışkan D., Özyurda F. (2004). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Aile Planlaması Ünitesine 1999-2002 Arasında Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 57(4), 195-203.
135. T.C Sağlık Bakanlığı, 2013, Sağlıkt dönüşüm programı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>,Erişim tarihi.26,06,1982
136. Eğri, G. B., Konak, A. (2011). Doğum sonu dönem ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalara dünyadan ve Türkiye'den örnekler. ZfWT, 3(1): 143-155.
137. Konak A.,Bokuş Eğri G.,2011Doğum Sonu Dönem İ, le İlgili Geleneksel İnanç ve Uygulamalara Dünyadan ve Türkiye'den Örnekler,Erişim: http://www.antropoloji.net/index.php?option=com_content&view=article&id=226:dogum-sonu-donem-ile-ilgili-gelenekler&catid=82&Itemid=475
138. IPPF Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi, Vizyon 2000
139. Vakalarla Türkiye'de Üreme Hakları, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (İKGV) Turap Tanıtım Yayınları,1. Basım, 2012, http://www.ikgv.org/pdf/Uremede_Etik_Kitapçığı.pdf ,Erişim: 2016
140. Baykan Z., Özkan S., Maral I. (2004). Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran Kadınların Hizmetten Memnuniyet Durumları. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes MedicalJournal) 26 (3) 98-104
141. Kurtuluş H.,Büyükbayrak E., Aile Planlaması Danışmanlığı Verilmesinin Yöntem Seçimine Etkileri,T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütüf Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul – 2009
142. Yurdakul M.,Çobaner AA, Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetlerinde Sağlık Eğitimi, İletişim ve Danışmanlık, Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics 2015;1(2).
143. Tekiler S, Çelik Ö, Haşçalık Ş, Burak F. Aile planlaması polikliniğine başvuran olguların danışmanlık öncesi ve sonrası kontraseptif yöntem

kullanma durumlarının karşılaştırılması .I. Uluslararası & II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya, 2000 s: 89

144. Broughs, A. Leifer G. TheNurse's role in conraseptive education, Maternity Nursing. Eighth edition, W.B.Saunders Company yayınları. 2001
145. Vikhlyaeva E, Nikolaeva E, Brandrup-Lukanov A.Contraceptive use and family planning after labor in the European part of the Russian Federation: 2-year monitoring. European Journal of contraception and reproductive health care 2001; 6:219-226.
146. Little P, Griffin S, Dickson N, Sadler C. Unwanted pregnancy and contraceptive knowledge: identifying vulnerable groups from a randomized controlled trial of educational interventions. Fam Practice 2001; 18:449-453.
147. Bayraklı Belediyesi Web Sayfası,2014 ,<http://www.bayrakli.bel.tr/bayrakli.aspx?id=1>; TUIK, 2013
148. Türk İstatistik Kurumu, 2013 Yılı Verileri,Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları
149. Benli Z, Yağçeken S, Yılman M, Ertopçu K, Özelmas (1999) Aile Planlamasında Erkeğin Yeri: I. Ulusal Aile Planlaması Kongre Kitabı. Ankara.1999.
150. Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara,S.B.,2010, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/resimli%20rehber-2010.pdf>,2014).
151. Tommaselli GA, Guida M, Palomba S, Barboto M, Nappi C. Using Complete Breastfeeding and Lactational Amenorrhoea as Birth Spacing Methods. Contraception. 2000; 61: 253-257.
152. Shawky S, Abalkhail AB. Maternal Factors Associated with the Duration of Breasfeeding in Jeddah. Suadi Arabia. Pediatric and Perinatal Epidemiology. 2003; 17: 91-96.
153. Borda, M., W. Winfrey and C. McKaig,2010. Return to Sexual Activityi and Modern Family Planning Use in the Extended Postpartum Period: An Analysis of Findings from Seventeen Countries. African Journal of Reproductive Health,2010;14(4):75-82.
154. Family Planning Needs during the Extended Postpartum Period in Malawi.,USAID/ACCESS-FP(2009) (Accessed on: 14.07.2016).http://www.k4health.org/sites/default/files/DHS_Malawi.pdf).
155. Motlaq ME,, Eslami M, Yazdanpanah M, Nakhaee N.,Contraceptive use and unmet need for family planning in Iran.,Int J Gynaecol Obstet. 2013. May;121(2):157-61.

- 156.** Shastri V.D., India Family Planning Needs during the Extended Postpartum Period in a High Fertility State "Bihar" in Northern India. Head of Research, BBC Media Action, <http://paa2013.princeton.edu/papers/131547> ,Accessed on: 21.08.2016.
- 157.** Senol YY, Dönmez L. Antalya Kütükçü 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş evli kadınlarda isteyerek düşük sıklığı ve etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum 2002; 12: 62-66. 13. 2002.
- 158.** Diker J, Erkoc A, Karatas N. Dr Sevki Atasagun Nevşehir Devlet Hastanesinde MR (Menstruel Regülasyon) yöntemi ile gebeliği sonlandırılan hastaların değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum 2003; 13: 67-72.2003.
- 159.** Dereli Yılmaz S, Ege E, Akın B, Çelik Ç. 15-49 Yaş Kadınların Kürtaj Nedenleri ve Kontraseptif Tercihleri. İ.U.F.N. Hem. Dergisi 2010; 18: 156-163.2010.
- 160.** Steiner MJ, Trussell J, Mehta N, Condon S, Subramaniam S, Bourne D. Communicating contraceptive effectiveness: A randomized controlled trial to inform a World Health Organization family planning handbook. Am J Obstet Gynecol. 2006;195(1):85–91.2006.
- 161.** Mayda A, Arslan T, Bozkurt BH, Dedeli İ, Özkan ÖM. Düzce ili kalıcı konutlar bölgesinde 15-49 yaş arası kadınlarda yöntem kullanma oranları ve tercih nedenleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4:265-278.2005.
- 162.** Edwards JE, Oldman A, Smith L, McQuay HJ, Moore RA. Women's knowledge of, and attitudes to, contraceptive effectiveness and adverse health effects. Br J Fam Plann 2000;26:73-80.2000.
- 163.** Adinma JI, Agbai AO, Nwosu BO. Contraceptive choices among Nigerian women attending an antenatal clinic. Adv Contracept. 1998 Jun; 14: 131-45.1998.
- 164.** Karadağ G, ; Koçak H.S. Yılmaz M.; Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Kullanma Ve Tercih Etme Nedenleri,Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2013;2(1)
- 165.** Kitiş Y, Bilgili N, Karaçam Z, Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüşleri ve Karara Katılma Durumları: Sağlık ve Toplum, 14(1) s 56-66. 2004.
- 166.** Erbil N, Kahraman AN, Top F. Kadınların kontraseptif yöntemler hakkındaki bilgi ve davranışlarıyla kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongre Kitabı:14,Ankara,2005.
- 167.** Çalışkan B G,Doğan B, Olçum GG, Kırsal bölgede yaşayan kadınların aile planlaması yöntemi tercihlerine yaş ve eğitimin etkisi,Cilt.18 Sayı.4 · Ekim-Aralık 2014,Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2014;18(4):189-194.2014.

- 168.** Yee LM, Farner KC, King E, Simon MA, What do Women Want? Experiences of Low-Income Women with Postpartum Contraception and Contraceptive Counseling. *J Pregnancy Child Health*. 2015 Oct;2(5). pii: 191. Epub 2015 Sep 23.2015.
- 169.** Voetagbe G, Yellu N, Mills J, Mitchell E, Adu-Amankwah A, JehuAppiah K, Nyante F . Midwifery tutors' capacity and willingness to teach contraception, post-abortion care, and legal pregnancy termination in Ghana. *Hum. Resour. Health*, 8: 2.2010.
- 170.** Quinlivan JA, Box H, Evans SF. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361(9361):893-900.
- 171.** Bwazi, C., Maluwa, A., Chimwaza, A. and Pindani, M. (2014) Utilization of Postpartum Family Planning Services between Six and Twelve Months of Delivery at Ntchisi District Hospital, Malawi. *Health*, 6, 1724-1737
- 172.** Malwenna LI, Jayawardana PL, Balasuriya A, Effectiveness of a community based health educational intervention in reducing unmet for modern methods of family planning among ever married reproductive age women in the Kalutara district Sri Lanka. *Int J Collaborative Res Intern Med Public Health*. 2012;4(6):1097-1114
- 173.** Palamuleni ME1., Socio-economic and demographic factors affecting contraceptive use in Malawi, *Afr J Reprod Health*. 2013 Sep;17(3):91-104.
- 174.** Marakoğlu K, Çivi S, Demiröz S, Kutlu R. Bir doğum evinde, doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri ve aile planlaması davranışları. *Kocaeli Tıp Dergisi*. 2008;9:49-56.
- 175.** Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Ankara, 2014 Sağlık Bakanlığı Yayın No: 924.2014.
- 176.** DHS, Comparative Report No. 36 Use of Family Planning in the Postpartum Period, Winfrey W. Rakesh K, ICF International Rockville, Maryland, USA September 2014.

EKLER

EK 1: Dogum Sonu Dönemde Kadınların Aile Planlaması Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine İlişkin Anket Formu

DOGUM SONU DÖNEMDE KADINLARIN AİLE PLANLAMASI GEREKSİNİMLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

1. Bölüm SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BİLGİLER

Birey No :

1. Doğum Tarihiniz:

2. Doğum yeriniz: Şehir: İlçe: Köy:

3. Öğrenim Durumu:

1.Okuryazar değil 2. Okuryazar 3.İlkokul mezunu 4. Ortaokul mezunu

5. Lise mezunu 6. Üniversite ve üstü

4. Yaşamınız boyunca en uzun süre ile yaşadığınız yer neresidir?

Şehir: İlçe: Köy:

5. Kaç yıldır İzmir’de yaşıyorsunuz?

6. Ana diliniz nedir?.....

7. Medeni durumunuz:

1.Resmi Nikâh 2. İmam Nikâhı 3.Resmi Nikah-İmam Nikahı 4. Birlikte yaşıyor

5.Boşanmış/Ölmüş 6. Ayrı Yaşıyor 7. Bekar 8. Diğer

8. Hanedeki birey sayısı:.....

9. Hanenizde kimlerle birlikte oturuyorsunuz?

1. Eşi	2. Kendi Annem
3. Çocukları	4. Kendi Babam
5. Eşimin Annesi	6. Eşimin Diğer Akrabaları
7. Eşimin Babası	8. Benim Diğer Akrabalarım

10. Hanenize giren toplam aylık gelir miktarı nedir?.....

11. Haneye giren gelir miktarını nasıl buluyorsunuz?

1. Çok İyi	2. İyi	3. Orta	4. Kötü	5. Çok Kötü
------------	--------	---------	---------	-------------

12. Şu anda ücret karşılığında herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet ise belirtiniz:..... 2. Hayır

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

13. Sağlık güvenceniz: 1) Var (Belirtiniz.....) 2) Yok

14. Sosyal Güvenceniz:

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

15. Eşinizin/Bebeğinizin babasının Doğum Tarihi:.....

16. Eşinizin/Bebeğinizin babasının Doğum yeri:

- Şehir: İlçe: Köy:

17. Eşinizin/Bebeğinizin babasının Öğrenim Durumu:

- 1.Okuryazar değil 2. Okuryazar 3.İlkokul mezunu 4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu 6. Üniversite ve üstü

18. Eşinizin/Bebeğinizin babasının Sağlık güvencesi:

1. Var (Belirtiniz.....) 2. Yok

19. Eşinizin/Bebeğinizin babasının Sosyal Güvencesi:

- 6.Yok 7.Emekli Sandığı 8.Bağkur 9.SSK 10. Diğer.....

20. Eşinizin/Bebeğinizin babasının yaşamı boyunca en uzun süre ile yaşadığınız yer neresidir?

- Şehir: İlçe: Köy:

21. Eşiniz/Bebeğinizin babası kaç yıldır İzmir’de yaşıyor?.....

22. Eşinizin/Bebeğinizin babasının Ana dili nedir?.....

23. Akraba evliliği: 1. Yok 2. Var ise açıklayınız.....

24. Evli iseniz ilk evlilik yaşı.....

25. Evlilik kararınızı alırken eş seçiminde kim etkili oldu?

1. Kendim 2. Eşimle birlikte karar verdik 3. Annem 4. Babam
5. Biz karar verdik, ailemiz onayladı. 6.Ailemiz karar verdi, biz onayladık.
7.Rızam olmadan ailem kararlaştırdı.

26. Evlenirken size ya da ailenize başlık parası ödendi mi?

- 1.Evet 2.Hayır

2. Bölüm DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ VE AİLE PLANLAMASI YONTEM KULLANIMINA İLISKIN BİLGİLER

27. Mevcut Doğurganlık özelliği:

1. Doğurgan çağ 2. Emziriyor (.....ay) 3. Menopoz
4. Gebe (.....Hafta/Son adet tarihi:.....) 5. Doğumdan bu yana adet görmüyor

28. Üreme organlarına (Rahim ameliyatı, myom aldırma vb.) yönelik daha önce operasyon geçirme durumunuz? 1. Hayır 2.Evet ise.....

29. Gebelik sayısı:.....

30. İlk gebelik yaşı

31. Doğum sayısı.....

32. Yaşayan çocuk sayısı:.....

GEBELİK ÖYKÜSÜ	Kürta j	Düşük	Ölü doğum	Erken doğum öyküsü (22-27hf)	Normal Doğum	Sezeryan Doğum	Hastane/ Evde Doğum
1.Gebelik Yılı:							
2.Gebelik Yılı:							
3. Gebelik Yılı:							
4. Gebelik Yılı:							
5. Gebelik Yılı:							

33. Tüm çocuklarınıza planlayarak/isteyerek mi gebe kaldınız?

1. Evet 2. Hayır ise kaç kez planlamadığınız/istemediğiniz çocuk sahibi oldunuz.....

34. Gelecekte başka çocuk istiyor musunuz ?

1. Başka çocuk istiyor 2. Başka çocuk istemiyor
3. Gebe kalmasının mümkün olmadığını söylüyor 4. Kararsız/bilmiyor

35. Başka çocuk istiyorsanız ne kadar zaman sonra gebe kalmak istiyorsunuz ?.....

36. Hayatınız boyunca sahip olmak istediğiniz çocuk sayısı ne kadardır?.....

37. Son doğumla sonuçlanan gebeliğinizi istiyor muydunuz? Doğum Tarihi:.....

1. Evet 2. Hayır

38. Yanıtınız “Hayır” ise gebelikten korunmak için herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor muydunuz? 1. Evet ise belirtiniz:..... 2. Hayır

3. Bölüm GEBELİK DÖNEMİNDE DANIŞMANLIK ALMA DURUMU

39. Son doğumla sonuçlanan gebeliğiniz sürecinde aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı tarafından izlem yapıldı mı? 1. Evet ise kaç kez:..... 2. Hayır

40. “Son doğumla sonuçlanan gebeliğiniz sürecinde” gebeliği önleyici yöntem konusunda herhangi bir danışmanlık aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır(44. soruya geçiniz)

41. Yanıtınız “Evet” ise danışmanlık sırasında hangi konulardan bahsedildi?(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

	Bahsedildi	Edilmedi	Hatırlamıyorum
Korunma yöntemlerinin isimleri			
Korunma yöntemlerinin olumlu yönleri			
Korunma yöntemlerinin yan etkileri			
Korunma yöntemlerine nereden ve nasıl ulaşılacağı			
Korunma yöntemlerinin nasıl kullanılacağı			
Korunma yöntemlerini kullanırken nelere dikkat edilmesi gerektiği			
İzlem ve kontrol zamanları			

42. Gebeliğiniz sürecindeki aile planlaması danışmanlık hizmetini nereden aldınız?

1. Aile Sağlığı Merkezi 2. Devlet Hastanesi 3. Üniversite hastanesi
4.SGK ile anlaşmalı Özel Sağlık Kurumu 5.Özel Hastane/Polk. 6.Muayenehane
7. AÇSAP Merkezi 8. Eczane 9. Market 10. Diğer.....

43. Gebeliğiniz sürecindeki aile planlaması danışmanlık hizmetini kimden aldınız?

1. Doktor 2. Ebe 3.Hemşire 4. Eczacı 5. Arkadaş

4.Bölüm LOHUSALIK DÖNEMİNDE DANIŞMANLIK ALMA VE YÖNTEM KULLANMA DURUMU

44. “Son doğumunuzdan sonra bebeğinizin kırkı çıkana kadar(lohusalık döneminde)” aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı tarafından izlem yapıldı mı?

1. Evet ise kaç kez yapıldı:İlk izlem doğumdan ne kadar zaman sonra yapıldı:
2. Hayır

45. Son doğumunuzdan sonrabebğinizin kırkı çıkana kadar(lohusalık döneminde) gebeliği önleyici yöntem konusunda herhangi bir danışmanlık aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır(49. soruya geçiniz)

46. Yanıtınız “Evet” ise danışmanlık sırasında hangi konulardan bahsedildi?(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

	Bahsedildi	Edilmedi	Hatırlamıyorum
Korunma yöntemlerinin isimleri			
Korunma yöntemlerinin olumlu yönleri			
Korunma yöntemlerinin yan etkileri			
Korunma yöntemlerine nereden ve nasıl ulaşılabileceği			
Korunma yöntemlerinin nasıl kullanılacağı			
Korunma yöntemlerini kullanırken nelere dikkat edilmesi gerektiği			
İzlem ve kontrol zamanları			

47. Son doğumunuzdan sonrabebğinizin kırkı çıkana kadar(lohusalık döneminde) danışmanlık hizmetini nereden aldınız?

1. Aile Sağlığı Merkezi 2. Devlet Hastanesi 3. Üniversite hastanesi
4.SGK ile anlaşmalı Özel Sağlık Kurumu 5.Özel Hastane/Polk. 6.Muayenehane
7. AÇSAP Merkezi 8. Eczane 9. Market 10. Diğer.....

48. Son doğumunuzdan sonrabebğinizin kırkı çıkana kadar(lohusalık döneminde) danışmanlık hizmetini kimden aldınız?

1. Doktor 2. Ebe 3..Hemşire 4. Eczacı 5. Arkadaş

49. Son doğumunuz gerçekleşikten ne kadar süre sonra cinsel ilişki yaşamaya başladınız?.....

50. Son doğumunuzdan sonra hiç adet gördünüz mü?

1. Evet 2.Hayır

51. Yanıtınız “Evet” isene zamandan beri düzenli adet görüyorsunuz?.....

52. Son doğumunuzdan sonra bebeğinizin kırkı çıkana kadar(lohusalık döneminde) gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili (izlem/ yöntem temin etme/kontrol amaçlı/diğer) herhangi bir hizmete ihtiyaç duyduunuz mu?

1. Evet ise neden böyle bir ihtiyaç hissettiniz?.....
2. Hayır ise neden:.....

53. Son doğumunuzdan sonra bebeğinizin kırkı çıkana kadar(lohusalık döneminde) gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili (izlem/ yöntem temin etme/kontrol amaçlı/diğer) herhangi bir hizmet aldınız mı?

- 1.Evet ise niçin gittiniz:.....
- 2.Hayır ise neden:.....

54. Son doğumunuzdan sonra herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullandınız mı?

1. Evet
- 2.Hayır

55. Yanıtınız “Hayır” ise NEDEN herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmadınız?

(71. soruya geçiniz).....

56. 54. soruya yanıtınız“Evet” isehangi aile planlaması yöntemini kullandınız?.....

57. Bu yöntemi tercih etme nedeniniz ?.....

58. Bu yöntemi doğumunuzdan ne kadar süre sonra kullanmaya başladınız?.....

59. Bu yöntemi kullanmaya kim karar verdi?

1. Kendim Karar verdim
2. Sağlık personeli
3. Anne
4. Eşim Karar verdi
5. Kayınvalide
6. Arkadaş

60. Bu yöntemi kimden aldınız?

1. Doktor
2. Ebe
3. Hemşire
4. Eczacı
5. Arkadaş

61. Bu yöntemi nereden temin ettiniz ?

1. Aile Sağlığı Merkezi
2. Devlet Hastanesi
3. Üniversite hastanesi
- 4.SGK ile anlaşmalı Özel Sağlık Kurumu
- 5.Özel Hastane/Polk.
- 6.Muayenehane
7. AÇSAP Merkezi
8. Eczane
9. Market
10. Diğer.....

62. Bu kuruma başvurma nedeniniz nedir?

63. Bu gebeliği onleyici yöntem temini için herhangi bir para ödediniz mi? 1. Evet 2. Hayır

64. Yanıtınız “Evet ” ise bu hizmet için yaklaşık olarak ne kadar para ödediniz:.....

65. Gebeliği önleyici yöntem için ödediğiniz para miktarı aile bütçenizi ne kadar etkiledi?

- 1.Hiç etkilemedi
2. Çok az etkiledi
3. Orta düzeyde etkiledi
4. Aile bütçemizi sarsacak kadar çok etkiledi

66. Bu yönteme başladıktan sonra aile planlaması ile ilgili herhangi bir hizmet aldınız mı?

1. Evet
2. Hayır

67. Yanıtınız “Evet ” ise neden gittiniz;

1. İzlem
- 2.Yöntem temini
- 3.Kontrol amaçlı
- 4.Diğer:.....

68. Yanıtınız “Evet ” ise; sağlık kurumunu ve hizmet veren sağlık çalışanını (aile hekimi,kadın doğum uzmanı,aile sağlığı elemanı vb) belirtiniz:

Sağlık Kurumu:.....

Sağlık Çalışanı:.....

69. Şu anda bu yönteme devam ediyor musunuz?

1. Evet
- 2.Hayır

● Yanıtınız “Evet”ise anketimiz sona ermiştir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

70. Yanıtınız “Hayır “ ise NEDEN bu yöntemi bıraktınız?.....(5. Bölüme geçiniz)

71. Şu anda herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

72. Yanıtınız “Hayır” ise NEDEN herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmıyorsunuz?

.....

73. 71. soruya yanıtınız “Evet” ise hangi aile planlaması yöntemini kullanıyorsunuz?

74. Şu anda kullandığınız yöntemi doğumunuzdan ne kadar süre sonra kullanmaya başladınız?

75. Şu anda kullandığınız yöntemi tercih etme nedeniniz ?

76. Şu anda kullandığınız yöntemi doğumunuzdan ne kadar süre sonra kullanmaya başladınız?...

77. Şu anda kullandığınız yöntemi kullanmaya kim karar verdi?

1. Kendim Karar verdim 2. Sağlık personeli 3. Anne
4. Eşim Karar verdi 5. Kayınvalide 6. Arkadaş

78. Şu anda kullandığınız yöntemi kimden aldınız?

1. Doktor 2. Ebe 3. Hemşire 4. Eczacı 5. Arkadaş

79. Şu anda kullandığınız yöntemi nereden temin ettiniz ?

1. Aile Sağlığı Merkezi 2. Devlet Hastanesi 3. Üniversite hastanesi
4. SGK ile anlaşmalı Özel Sağlık Kurumu 5. Özel Hastane/Polk. 6. Muayenehane
7. AÇSAP Merkezi 8. Eczane 9. Market 10. Diğer.....

80. Bu kuruma başvurma nedeniniz nedir?

81. Şu anda kullandığınız gebeligi onleyici yöntem temini için herhangi bir para ödediniz mi?

1. Evet 2. Hayır

82. Yanıtınız “Evet ” ise bu hizmet için yaklaşık olarak ne kadar para ödediniz:.....

83. Gebeliği önleyici yöntem için ödediğiniz para miktarı aile bütçenizi ne kadar etkiledi?

1. Hiç etkilemedi 2. Çok az etkiledi
3. Orta düzeyde etkiledi 4. Aile bütçemizi sarsacak kadar çok etkiledi

84. Şu anda kullandığınız yöntem başlandıktan sonra aile planlaması ile ilgili herhangi bir hizmet aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır

85. Yanıtınız “Evet ” ise neden gittiniz;

1. İzlem 2. Yöntem temini 3. Kontrol amaçlı 4. Diğer:.....

86. Yanıtınız “Evet ” ise; sağlık kurumunu ve hizmet veren sağlık çalışanını (aile hekimi, kadın doğum uzmanı, aile sağlığı elemanı vb) belirtiniz:

Sağlık Kurumu:.....

Sağlık Çalışanı:.....

EK 2: Modern Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Eğitim Broşürü

Aile Planlaması;

Çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda ve istedikleri aralıklarla çocuk sahibi olabilmeleri için verilen hizmetlerin tümüdür.

Aile Planlamasının Yararları;

- ❖ Anne ölümlerini azaltır,
- ❖ Bebek ölümlerini azaltır,
- ❖ Doğurganlık oranı azaltılır,
- ❖ Sağlıklı doğum yaşı sağlanır,
- ❖ Sağlıklı doğum aralığı sağlanır,
- ❖ Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesine yardımcı olur.

Aile Planlaması Yöntemleri;

- Spiral
- Doğum Kontrol Hapları
- Kadın ve Erkek Kondomu
- Aylık İğneler
- Deri Altı Kapsülü (Implant)
- Kanalların Bağlanması (Kadın-Erkek)

❑ Bu broşürde yazılanlar genel doğum kontrol yöntemleriyle ilgili önerilerdir.

❑ Her kadının aile planlaması gereksinimi farklıdır.

❑ Size uygun etkili bir yöntem seçimi ve aile planlaması danışmanlığı için *gebelik süreci ve doğum sonu dönemde* **AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ'NE** veya **ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI MERKEZİ'NE** başvurunuz.

❑ Bu merkezlerden, **ÜCRETSİZ** olarak **RAHİM İÇİ ARAÇ (RIA), HAP** ve **KONDOM** temin edebilirsiniz.

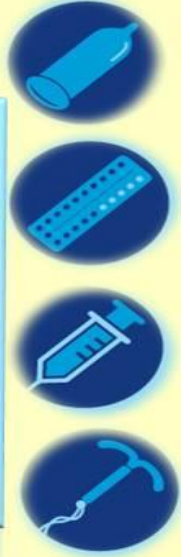


“Senin hayatın,

Senin bedenin,

Senin seçimin”

**İSTENMEYEN GEBELİKLERİ
ETKİLİ DOĞUM KONTROL YÖNTEMİ
KULLANARAK ÖNLEYEBİLİRSİNİZ !**



**LOHUSALIK DÖNEMİNDEN SONRA (42. GÜN)
MUTLAKA ETKİLİ BİR
DOĞUM KONTROL YÖNTEMİ
KULLANILMALIDIR...**

DOĞUM KONTROL HAPLARI

Kadınlık hormonlarını (östrojen ve progesteron) içeren haplardır

- Her gün düzenli olarak alındığında gebelikten korur.
- Unutulmadığında %99 etkilidir.
- Bırakıldığında tekrar gebe kalınabilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.

KİMLER KULLANABİLİR?

- Her gün hap almayı hatırlayabilecek kadınlar
- Adet düzensizliği olan kadınlar
- Yeni doğum yapan , emzirmeyen kadınlar (3 hafta sonra)

KİMLER KULLANAMAZ!

- Emzirenler
- Nedeni bilinmeyen vajinal kanaması olanlar
- +35 ve daha yukarı yaşta olup günde 15'den fazla sigara içenler
- Meme kanseri, karaciğer, şeker, migren, tansiyon ve kalp damar hastalığı olanlar



- **3 AYLIK İGNELE:** (progesteron içeren-Emzirenler/6 hafta sonra)

- **AYLIK İGNELE:** (progesteron+ östrojen içeren-Emzirmeyenler)

- Doğru ve düzenli uygulandığında %99 etkilidir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.

KİMLER KULLANABİLİR?

- Her gün hap almayı unutabilecek kadınlar
- 35 yaş üzerinde ve sigara içen kadınlar (3 aylık iğne)

KİMLER KULLANAMAZ!

- Nedeni bilinmeyen vajinal kanaması olanlar
- +35 ve daha yukarı yaşta olup günde 15'den fazla sigara içenler
- Meme kanseri, karaciğer, şeker, migren, tansiyon ve kalp damar hastalığı olanlar

DERİ ALTI KAPSÖLÜ (IMPLANT)

Deri altına yerleştirilen ve 3 yıl süre ile yüksek oranda doğum kontrolü sağlayan bir çubuktur

- Gebelikten koruyucu etkisi en yüksek yöntemdir.
- 3 yılda sadece 1 kez uygulanması yeterlidir.
- Çikancınca doğurganlık 3 ay içinde geri döner.

KİMLER KULLANABİLİR?

- Uzun ya da sürekli korunma isteyen tüm kadınlar
- Östrojen içeren aile planlaması yöntemlerini kullanamayan kadınlar
- Emziren anneler (6. haftadan sonra)
- Sigara içenler

KİMLER KULLANAMAZ!

- Nedeni bilinmeyen vajinal kanaması olanlar
- Meme kanseri, tüberküloz, tansiyon ve kalp damar hastalığı olanlar



GERİ ÇEKME etkili bir yöntem değildir...

RAHİM İÇİ ARAÇ (RIA/SPIRAL)

Rahim içine yerleştirilen bakır/hormon içeren plastik bir araçtır.

- % 98 etkilidir. Uzun süre gebelikten korur.
- Bakır olanlar 10 yıl korur.

KİMLER KULLANABİLİR?

- Uzun süre korunmak isteyenler
- İleri yaşta olup sterilizasyon istemeyenler
- Yeni doğum yapmış emziren kadınlar

KİMLER KULLANAMAZ!

- Gebeler ya da gebelik şüphesi olanlar
- Adetleri aşırı ağrılı ve adet kanaması çok fazla olan kadınlar
- Rahminde veya diğer üreme organlarında kronik iltihap, kanser ve yapısal bozukluk bulunanlar



KADIN VE ERKEK KONDOMU

Kadın Kondomu: Yumuşak ve haznenin içini tümüyle kaplayan, tek taraflı kapalı silindirik bir kılıftır.
Erkek Kondomu(Kaput, Kılıf, Prezervatif): Kauçuktan yapılmış, çok ince ve esnek bir kılıftır.

Kadın kondomu ilişkiden saatlerce önce takılabilmektedir, reçetesiz alınabilir. **Erkek kondomu** doğru kullanıldığında %97 etkilidir. Eşleri cinsel ilişki ile bulaşan enfeksiyonlardan (AIDS, frengi, bel soğukluğu gibi) korur. Reçetesiz alınabilir.

KİMLER KULLANABİLİR?

- Cinsel yolla bulaşan korunmak isteyen erkek ve kadınlar
- Seyrek cinsel ilişkide bulunanlar
- Her yaştaki kadın ve erkek kullanabilir.

KİMLER KULLANAMAZ!

- Poliüretana (kadın kondomu) ve kauçuğa (erkek kondomu) alerjisi olanlar



**35 yaşından sonra, 2 yıldan kısa aralıklarla,
ve 4'ten fazla GEBELİK RİSKLİDİR...**

- **KADINDA TÜPLERİN BAĞLANMASI (TÜP LİGASYONU)**
Kadında yumurtayı taşıyan tüplerin ameliyatla bağlanmasıdır.
- **ERKEKTE KANALLARIN BAĞLANMASI (VAZEKTOMİ)**
Erkeğin tohum kanallarının ameliyatla bağlanmasıdır.

- Gebe kalma/bırakma olasılığı yok denecek kadar azdır. Kalıcıdır, geri dönüşü çok pahalı ve zordur.
- Uygulanması için ameliyathane ve uzman gerektirir.
- Erkek kanalları bağlanmasında koruyuculuğun başlaması hemen olmaz, zaman alır. (En az 20 boşalma)

KİMLER KULLANABİLİR?

- Bu işlemi yaptırmaya bilinçli ve gönüllü olarak karar veren çiftler,
- Kesinlikle bir daha çocuk sahibi olmak istemeyenler
- Çocuk sahibi olması sakıncalı olanlar

KİMLER KULLANAMAZ!

- İsteddiği sayıda çocuğu olmayanlar
- Kendisi ya da eşi, ileride başka çocuk isteyebilecek olanlar
- Kararından emin olmayanlar ve baskı altında karar vermiş olanlar



EK 3: Etik Kurul İzni



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : B.30.2.EGE.0.20.05.00/OY/
Karar Nu: 15-1.1/3

220

12'0 ŞUB 2015

Sayın
Arg. Gör. Mahide DEMİRELÖZ
Ege Üniversitesi
İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız "**Doğum Sonu Dönemde Kadınların Aile Planlaması Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi**" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmaktadır.

Ayrıca ilgili mevzuat gereği araştırmaya başlama bildiriminizin, bir yıllık süreyi aşması durumunda Yıllık Bildirimlerin, 7 gün içinde Ciddi Advers Olay Bildirimlerinin, bitime tarihinin ve Sonuç Raporunun Kurulumuza sunulması ve her türlü yazışmanın araştırma tam adı/kodu, karar tarih ve sayısı bildirilerek (Etik Kurul Bilgilendirme Formu ekinde) yapılması gerekmektedir.

Yazımın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Ayşenur OKTAY
Başkan

EK: İlgili Etik Kurul Kararı



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğum Sonu Dönemde Kadınların Aile Planlaması Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Arş. Gör. Mahide DEMİRELÖZ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 <input type="checkbox"/>	FAZ 2 <input type="checkbox"/>	FAZ 3 <input type="checkbox"/>	FAZ 4 <input type="checkbox"/>
	Gözetimsel İlaç Çalışması <input type="checkbox"/>	Tıbbi Cihaz Klinik Araştırması <input type="checkbox"/>			
	İn Vitro Tıbbi Tanı Cihazları ile Yapılan Performans Değerlendirme Çalışmaları <input type="checkbox"/>	İlaç Dışı Klinik Araştırma <input checked="" type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	DİLİ	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	-	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	-	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 15-X.1/3	Tarih: 10.02.2015			
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Aygenur OKTAY					
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyelik	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Onsiyeli	İlgi (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Aygenur OKTAY Başkan	Radyodiyagnostik	EÜ. Tıp Fakültesi Radyoloji AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>dg</i>
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	EÜ. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	EÜ. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN Üye	Çocuk Nörolojisi	EÜ. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>

Fikri Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Aygenur OKTAY	İMZA <i>dg</i>	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge No: 22	Rev. Tarihi / No: 28.09.2011/05	Sayfa: 1/2
--	-------------------	----------------------------------	--------------	---------------------------------	------------



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 15- 1.1/3				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyesi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlgili (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Abdullah SAYINER Üye	Göğüs Hastalıkları	EÜ. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Ahan</i>
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Süheyla</i>
Doç. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyo fizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyo fizik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Murat</i>
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 checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Çağatay</i>
Doç. Dr. Şafak TANER 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	<i>Şafak</i>
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	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	<i>Ayşe</i>
Yardı. Doç. Dr. Gülsün AYGÖRMEZ UĞURLUBAY Üye	Ceza Hukuku	Gediz Üniversitesi Hukuk Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	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	<i>Ebru</i>
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	KATILMADI
Fatma BÜYÜKAIOĞUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Fatma</i>

- * Araştırma ile İlgili
** Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR
EÜTF Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Etik Kurul Başkanı'nın Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur DKTAY	İMZA <i>Ayşenur DKTAY</i>	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05	Sayfa 2/2
---	------------------------------	----------------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------

EK 4: Kadınların Doğum Sonu Bir Yıl İçinde AP Yöntemini Tercih Etme ve Temin Etme Durumlarına İlişkin Bulgular

Kadınların doğum sonu döneminde kullanılan AP yöntemlerini tercih etme nedenlerine bakıldığında, RİA kullanımında; %60.2 ile en fazla arkadaş ve yakın çevre, oral kontraseptif kullanımında; %42.9 ile daha önce aynı yöntemi kullanma, kondom kullanımında; %41.3 ile diğer yöntemlerin yan etkilerinden dolayı kullanamama, geri çekme yöntemi kullanımında; %25.6 ile kolay bir yöntem olarak görülmesi ve emzirmede de %90.9 ile diğer yöntemlerin yan etkilerinden dolayı kullanamama yer almaktadır. Kadınların doğum sonu dönemde kullandıkları AP yöntemlerini tercih etme nedenlerine ilişkin ayrıntılı Tablo aşağıda yer almaktadır (Tablo 39).

Tablo 39. Doğum Sonu Dönemde Kullanılan AP Yöntemlerini Tercih Etme Nedenleri

Yöntemleri Tercih Etme Nedenleri	N	%
Tüp Ligasyonu Tercih Etme Nedenleri (n:1)		
Kesinlikle gebe kalmak istemiyorum	1	0.4
RİA'yı Tercih Etme Nedenleri (n:93)		
Arkadaşım, yakın çevremın önermesiyle (elti, kayınvalide)	56	60.2
Uzun süre koruması	17	18.3
Kesin çözüm	9	9.7
Eşim korunmak istemiyor	6	6.5
Geri çekme yöntemi kullanırken gebe kaldım	5	5.4
Oral Kontraseptif Tercih Etme Nedenleri (n:28)		
	12	42.9
Daha önce aynı yöntemi kullanma		
Adet düzensizliği nedeniyle	9	32.1
Spiralin yan etkilerinden dolayı	7	25.0
Kondomu Tercih Etme Nedenleri (n:46)		
Diğer yöntemlerin yan etkilerinden korkma	19	41.3
Emziriyorum	14	30.4
Sık cinsel ilişki olmaması	7	15.2
Tekrar gebe kalmak istiyorum	6	13.0
Geri Çekmeyi Tercih Etme Nedenleri (n:90)		
Kolay bir yöntem	23	25.6
Eşim istiyor	18	20.0
Sık cinsel ilişki olmaması	16	17.8
Daha önce aynı yöntemi kullanma	14	15.6
Ücretsiz	12	13.3
Tekrar gebe kalmak istiyorum	5	5.6
Dini nedenler	2	2.2
Emzirmeyi Tercih Etme Nedenleri (n:22)		
Yöntemlerin yan etkilerinden korkma	20	90.9
Sık cinsel ilişki olmaması	2	9.1

Kadınların %46.8'i doğum sonu dönem AP yöntemini seçerken eşiyle birlikte karar verdiğini ifade etmişlerdir. Kadınların sadece %11.1'i yöntem seçimine yalnızca kendisi karar vermiştir (Tablo 40).

Tablo 40. Kadınların Doğum Sonu Dönem AP Yöntem Seçiminde Rol Oynayan Kişiler

Yöntem Seçiminde Rol Oynayan Kişiler	N	%
Eşimle birlikte karar verdim	131	46.8
Arkadaşım, yakın çevrem (elti, kayınvalide)	56	20.0
Sağlık personeli ve kendim	35	12.5
Kendim karar verdim	31	11.1
Eşim istiyor	18	6.4
Kendim, eşim ve sağlık personeli	9	3.2
TOPLAM	280	100

Kadınların doğum sonu dönem AP yöntemini temin ettikleri kişiler arasında; %33.5 oranıyla doktor, ebe ve hemşireden herhangi biri yer alırken, sadece ebeden hizmet alanların oranı %10.7'dir (Tablo 41).

Tablo 41. Kadınların Doğum Sonu Dönemde AP Yöntemini Temin Ettikleri Kişi

Yöntemi Temin Ettikleri Kişi	N	(%)
Doktor-ebe/hemşire	66	33.5
Ebe	30	10.7
Eczacı	29	10.4
Doktor	23	8.2
Ebe/hemşire	16	5.7
Diğer (Arkadaş. Yakın Çevre)	4	1.4
TOPLAM	168	100

**Geleneksel yöntem kullanan 112 kadın toplama dahil edilmemiş, analizler modern AP yöntemi kullanan 168 kadın üzerinden yapılmıştır.*

Doğum sonu dönemde kadınların AP yöntemini temin ettikleri birimlere ilişkin dağılımlara bakıldığında kadınların AP yöntemlerini çoğunlukla %27.2 oranıyla ikinci basamak sağlık kurumlarından, %14.0 oranıyla da birinci basamak sağlık kurumlarından temin ettikleri görülmüştür (Tablo 42).

Tablo 42. Doğum Sonu Dönemde Kadınların Doğum Sonu AP Yöntemini Temin Ettikleri Birimlere İlişkin Dağılımlar

Temin Ettikleri Birimler	N	(%)
Devlet Hastanesi	61	21.8
Eczane	33	10.4
AÇSAP	24	8.6
Market	20	7.1
Aile Sağlığı Merkezi	15	5.4
SGK Anlaşmalı Özel Hastane	15	5.4
TOPLAM	168	100

**Geleneksel yöntem kullanan 112 kadın toplama dahil edilmemiş, analizler modern AP yöntemi kullanan 168 kadın üzerinden yapılmıştır.*

Kadınların doğum sonu AP yöntemini temin ettikleri birimleri seçme nedenleri arasında doğumlarını aynı hastanede (devlet hastanesi/özel hastane) yapmış olmaları %37.5 ile en yüksek orana sahiptir (Tablo 43).

Tablo 43. Kadınların Doğum Sonu Dönemde AP Yöntemini Temin Ettikleri Birimler ve Seçme Nedenlerine Göre Dağılımları

Birimleri Seçme Nedenleri	Yöntemini Temin Ettikleri Birimler						
	Aile Sağlığı Merkezi	Devlet Hastanesi	SGK Anlaşmalı Özel Hastane	AÇSAP	Eczane	Market	Toplam
Doğumu bu kurumda yaptığım için		61	2				63
Evime yakın olduğu için	8			16	19		43
OKS ve Kondom temini					14	20	34
Ücretsiz olduğu için	7			8			15
Adet olmadığım için her yerde yaptıramadım			13				13
TOPLAM	15	61	15	24	33	20	168

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı: Mahide DEMİRELÖZ
İş Adresi: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,Ebelik Bölümü
Telefon: 0 232-388 28 51- 0536 861 40 44
Mail: mahide.demireloz@ege.edu.tr
Doğum Yeri/Tarihi: Diyarbakır/ 28.06.1982
Eğitim Durumu

Lisans: Ege Üniversitesi,Ebelik Bölümü

Yüksek Lisans: Ege Üniversitesi,Ebelik Anabilim Dalı

Doktora : E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Devam Ediyor
Araştırma Görevlisi

Çalışma Durumu- İdari/Akademik görevleri

E.Ü. İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, I. Ulusal(Uluslar arası Katılımlı)
Ebelik Sempozyumu Düzenleme Kurulu Üyeliği,2007

E.Ü.İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, "Aile Planlaması Danışmanlığı"
JHPEİGO-Seçmeli dersi , 2007- Devam ediyor

Türkiye Aile Planlaması Derneği İzmir Şubesi -Yönetim Kurulu
Üyesi,2008-2011

- Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Derneği -Yönetim Kurulu Üyesi,2011-

Katıldığı Eğitim Programları Ve Seminerler/mesleki faaliyetleri

- Aile Planlaması Danışmanlığı ve Ria Uygulama Eğitimi Katılım Belgesi,
(JPEIGHO) E.Ü. İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, 13.11.2003-
31.12.2003,

- Aile Planlaması Danışmanlığı ve RIA Uygulama Eğitimi ,2004

- IV.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Manisa, Katılımcı, 13-14
Nisan 2006

- Ege Üniversitesi ve Varna Tıp Üniversitesi İşbirliği Sempozyumu, İzmir,
Katılımcı, 20 Haziran 2005

- III.Sivil Toplum Kuruluşları Sempozyumu,2005

- III.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi ,Katılımcı, 22-24 Eylül 2005

- Evde Loğusa Yenidoğan Bakımı(ELOYBE)Kursu:Eğitici Eğitimi, 2006

-İzmir yerel gündem 21 Aile Sağlığı Çalışma Grubu Güney Mahallesi ve
Çevresi Gelişme Destek Projesi,Sağlık Eğitimcisi,2006

-Türk Silahlı Kuvvetleri Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Projesi,

Eğitimci,2006- (Devam Ediyor)

-Üniversite Gençliğinin Üreme Sağlığına İlişkin Tutumları Ölçek Geliştirme Projesi,2005-2007

- Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Bebek Masajı Kursu, Katılımcı, 2006

-AIDS Danışmanlığı ve HIV Testi Uygulama Kurs Sertifikası, 3-4 Temmuz 2006

- 10. Halk Sağlığı Kongresi,2006, Van.

- E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi A.D.,Yazılı Sınavlar Eğitici Gelişimi Kursu, 08-09 Mart, 2007

- 5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Katılımcı, 19-22 Nisan 2007, Ankara

- Dokuz Eylül üniversitesi ve Kent Hastanesi, Elektronik Fetal Monitarizasyon Kursu, Katılımcı,2007

- V.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Manisa, Katılımcı, 10-11 Mayıs 2007

- E.Ü. İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, I. Ulusal(Uluslar arası Katılımlı) Ebelik Sempozyumu Düzenleme Kurulu Üyeliği,2007

- Bornova Belediyesi, Erken Çocukluk Gelişimini Destekleme Projesi, Eğitimi, 02-27 Temmuz 2007

- E.Ü.İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, "Aile Planlaması Danışmanlığı" JHPEİGO-Seğmeli dersi , 2007- Devam ediyor

- Eğitim Becerileri ve Program Geliştirme- Eğitimi Kursu , 08-11 Ocak 2008, İzmir ,2008

- İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Eğitim Becerileri Kursu, Kurs Eğitimi, 19-22 Şubat 2008, Urla ,2008

- E.Ü., Tıpta Proje Yönetimi-III Arel Sempozyumu, Katılımcı, 2008

- International Symposium on Food Nutrition and Cancer, Katılımcı, April 17-19, 2008

- Midwifery Education, Evidence Based Postnatal Researches and Writing for Publication, Workshop, Katılımcı, 23-25 Haziran 2008

- 9. Uludağ Jinekoloji Obstetri Kış Kongresi,Katılımcı,15-18 Ocak 2009,Bursa

-5th Asian Pacific Organization for Cancer Prevention (APOCP)Conference,Katılımcı,İstanbul(3-7 Nisan 2010)

- "Kanser Haftası Etkinlikleri Kadın Kanserleri Eğitimi" ,İzmir Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Eğitimi, 07 Nisan

2011, İzmir

- Bornova Belediyesi, Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Derneği işbirliği ile “Günümüz Türkiye’ sinde Aile Planlaması Politikaları Sempozyumu”, Düzenleme Kurulu Üyeliği, Sempozyum Genel Sekreter Yardımcısı, 7 Mayıs 2011, İzmir.

-“ Lider Kadın Eğitimi Programı”Bornova Belediyesi , Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Derneği ve Bornova Kent Konseyi Kadın Meclisi işbirliğiyle, Düzenleme kurulu üyeliği, 09 Mayıs -25 Mayıs 2011, İzmir

- “ III. Kent Sağlık Sempozyumu, Eşitsizlikler Kaçınılmaz mıdır?”, Katılımcı, 27-28 Mayıs 2011, Bursa

- “Sağlıkta Kadın Emeği Sempozyumu”, Katılımcı, 14 Mayıs 2011, Denizli

-“ Derneklerde Proje Yönetimi”, İzmir Valliliği İl Dernekler Müdürlüğü, Katılımcı, 22-24 Haziran 2011, İzmir

-XVI.Halk Sağlığı Güz Okulu “Toplumsal Yeniden Üretim ve Sağlık”, Ekim 2011, Gümüşdere-İzmir , 2011

- Düzenleme Kurulu Üyesi, Ebeler Günü Etkinliği, Ebeliğin Beyazperdeye Yansıyan Yüzü. 02.Mayıs.2012 İzmir , 2012

- Düzenleme Kurulu Üyesi, Bornova Belediyesi I. Engelliliği Anlamak Sempozyumu, 18. Mayıs. 2012 Bornova, İzmir, 2012

- Panelist: Engellilerde Üreme Sağlığı Sorunları, Bornova Belediyesi I. Engelliliği Anlamak Sempozyumu, 18. Mayıs. 2012 Bornova, İzmir.

Üyesi olduğu bilimsel kuruluşlar

-Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Derneği, Yönetim Kurulu Üyeliği(2011- devam ediyor)

- Ebeler Derneği

- AIDS İle Mücadele Derneği

- Türk Aile Planlaması Derneği Yönetim Kurulu Üyeliği, 2008

-İnfertilite Derneği

Uluslararası bilimsel toplantılarda yayınlanmış bildirileri

-2007 E Ceber, B.K. Saydam, H. Öztürk, A. Bilge, G. Mermer, M. Demirelöz Üniversite Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Tutumları Ölçeğinin Geliştirilmesi - 5th International Congress of Reproductive Health & Family Planning. Abstract Book 252, April 20-23 2007. Ankara (Sözel bildiri)

- 2008, Çeber E.Mermer G. Demirelöz M.Eksioglu A. Nutrition and breast cancer - International Syposium Food, Nutrition and Cancer, April 17-19 2008, AKM Izmir
- 2009 Ceber E., Ersoy M.A., Bilge A., Mermer G., Yucel U., Topcu Ersoy H., Eksioglu A., Demireloz M., Baykal Z. Evaluating the efficacy of premarital education given to the couples, 12th Wolrd Congress on Public Health, April 27- May 1, 2009, Istanbul Turkey. (poster presentation)
- 2010 M. Demireloz, E. Ceber, G. Ozenturk, The role of midwives on women's improving a protective behviour towards breast cancer whether they have a family history of cancer or not. P-011. 5th Asian Pacific Organization for Cancer Prevention (APOCP) Conference. April 3-7, 2010, Istanbul, Turkey (Poster presentation).
- 2010 E. Ceber, G. Mermer, F. Okcin, D. Sari, M. Demireloz, A. Eksioglu, F. Ogce, D. Cakir, G. Ozenturk. Risk of breast cancer and early detection practice in a sample of women in Izmir, Turkey. P-0 198. 5th Asian Pacific Organization for Cancer Prevention (APOCP) Conference. April 3-7, 2010, Istanbul, Turkey (Poster presentation).
- 2011, Ekşioğlu Aysun, Demirelöz Mahide, Yücel Ummahan, Hadımlı Aytül, Baykal Zehra, Koçak Yeliz Çakır, Sarıcan E. Serap, Can Öztürk Hafize, İzmir İl Merkezinde Çalışan Ebelerin Örgütlenme Durumlarının İncelenmesi:Doğumevleri Örneği", 1. Uluslar Arası 2. Ulusal Ebelik Kongresi, 13-16 Ekim 2011 Safranbolu, Sözel Bildiri
- 2011 Çeber E. Demir D. Demirelöz M. Ekşioğlu A. Atalay B. Bornova-Altındağ Bölgesinde Ebeler Tarafından Verilen Evde Bakım Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi. I. Uluslararası, II. Ulusal Ebelik Kongresi. 13-16 Ekim 2011 Safranbolu, Turkey (Oral presentation).
- Bilge A,Turfan ÇE, Demirelöz M, Akmeşe B Z (2013) Validity and Reliability Study of Sexual Health and Reproductive Health Scale for Disabled People (SHRHSD). (as oral presentation). Horatio, European Psychiatric Nursing Congress 2013. Horatio, European Psychiatric Nursing Congress 2013, October 31-November 2, 2013, İstanbul, Turkey.

- 2013.Turfan E.Ç., Demirelöz M., Engelliler ve Üreme Sağlığı. Engellilerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ve Hakları. Engelsizmir 2013. Uluslararası Katılımlı Engellilerin Kentsel Sorunları ve Çözümleri Kongresi.30 Ekim-03 Kasım 2013. İzmir
- 2013 Demirelöz M., Ekşioğlu A., Saydam BK.,Çiçeklioğlu M.,Çeber E., Demir D., Acar E., Kadın Farkındalığını Arttırmaya Yönelik Bir Program: Lider Kadın Eğitimleri”. “Kadın Olmak” ana temalı Uluslararası Kadın Konferansı.Dokuz Eylül Kadın Hakları ve Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (DEKAUM) 9-11 Mayıs 2013 (Sözel bildiri)
- 2014, Yeliz Çakır Koçak, Hafize Öztürk Can, Ummahan Yücel, Mahide Demirelöz, Esin Çeber Turfan, Academic And Physical Profile Of Midwifery Department In Turkey. The International Congress of Midwifery. 1-5 June 2014,Prague, Czech Republic.
- 2014, Serap ÇETİNTAŞ, Sevgi ALİ, Mina CHALABİANLOU, Dilek MAMİK, Tuğçe SAKAR,Mahide DEMİRELÖZ,Esin Çeber The Consideration Of Effects Of Pregnancy On Woman’s Sexual Functions From Socio – Cultural Point Of View ‘Example Of Turkey, Iran, Greece’,The International Congress of Midwifery. 1-5 June 2014,Prague, Czech Republic.

Ulusal bilimsel toplantılarda yayınlanmış bildirimleri

M. Demirelöz, A. Başgün, U. Yücel, N. Soğukpınar (2005), "Sezeryan Sonrası Vajinal Doğum" - III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, İzmir, 22-24 Eylül 2005 (Poster Bildirisi)

Yücel U., **Demirelöz M.**, Başgün A., Çeber E. (2005)Doğum Öncesi Bakımın Anne Ve Çocuk Sağlığına Etkisi” III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı:299, 22-24 Eylül 2005 İzmir.

Demirelöz M., Başgün A., Bilge A. (2007). Alternatif Terapilerin Ebelik Mesleğinde Uygulanması. I. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Ebelik Sempozyumu poster bildirisi(P48). 3-4 Mayıs 2007. İzmir.

Ummahan Yücel, Aysun Başgün, **Mahide Demirelöz**, Zehra Baykal, Yeliz Çakır Koçak, Neriman Soğukpınar, “Ebelikte Lisansüstü Eğitimin Önemi”, I. Ulusal Ebelik Kongresi, 20-22 Haziran 2007, İstanbul

Gülengül Mermer, Esin Çeber, Ummahan Yücel, **Mahide Demirelöz**, Aysun

Ekşioğlu, “Ebelikte Mesleki Örgütlenme”, I. Ulusal Ebelik Sempozyumu (Uluslararası Katılımlı), 3-4 Mayıs 2007, AKM, İzmir

Esin Çeber, Güleğül Mermer, Ummahan Yücel, Aysun Ekşioğlu,

Mahide

Demirelöz, “Ebelik Mesleğinde Sınıflandırma Sistemlerine Gereksinim”, I. Ulusal Ebelik Sempozyumu (Uluslararası Katılımlı), 3-4 Mayıs 2007, AKM, İzmir

- Demirelöz M., Başgün A., Bilge A. (2007). Alternatif Terapilerin Ebelik Mesleğinde Uygulanması. I. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Ebelik Sempozyumu poster bildirisi(P48). 3-4 Mayıs 2007. İzmir.

- Ummahan Yücel, Aysun Başgün, **Mahide Demirelöz**, Zehra Baykal, Yeliz Çakır Koçak, Neriman Soğukpınar, “Ebelikte Lisansüstü Eğitimin Önemi”, I. Ulusal Ebelik Kongresi, 20-22 Haziran 2007, İstanbul

- Çeber E, Bilge A, Mermer G, Yücel U, Ekşioğlu A, **Demirelöz M**, Baykal Z (2008). Evlilik Eğitimi Alan Çiftlerin Evliliğe İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışları 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, poster bildirisi.

- **Demirelöz M.**, Ekşioğlu A., Postpartum Dönem Aile Planlaması Eğitiminde Ebelin Rolü, Poster Bildirisi, 9. Uludağ Jinekoloji Obstetri Kış Kongresi, Katılımcı, 15-18 Ocak 2009, Bursa

- Ekşioğlu A., **Demirelöz M.**, İnfertilite ve Etik, Poster Bildirisi, 9. Uludağ Jinekoloji Obstetri Kış Kongresi, Katılımcı, 15-18 Ocak 2009, Bursa

- Koçak Y. Ç., Oran N. T., Bilge A., Can H. Ö., Karlıoğlu S., **Demirelöz M.**, Soğukpınar N., Gebelerin Ruhsal Sorunlarının Belirlenmesi, Poster Bildirisi, 9. Uludağ Jinekoloji Obstetri Kış Kongresi, Katılımcı, 15-18 Ocak 2009, Bursa

-- Çeber E, Özveren Ö, Özkul S, Yalnız H, Akın B, Kara P, Soğukpınar N, Demirelöz M. Kadınların Doğum Sekillerinin Cinsel İstev Bozukluklarına Etkisinin Değerlendirilmesi. 25-26 Nisan 2009, 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi (sozel sunum)

- Bilge A., Ekşioğlu A, **Demirelöz M.**, Akmeşe B. Z., Çeber E. Ebelik Eğitiminde Kullanılan Tanıların Değerlendirilmesi I. Ulusal (Uluslararası katılımlı) Ebelik Öğrencileri Kongresi, Poster bildirisi, 5-7 Mayıs 2010, İzmir, Kongre Kitabı, 155.

- “Ebeler Toplumla Hizmet Uygulamalarının Neresinde?” Çeber E., Oran N., Çakır Y., Ekşioğlu A., Demirelöz M., II. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 27-29 Nisan 2011, Aydın

-- 2011, Yücel U, Mermer G., Ekşioğlu A., Demirelöz M., Baykal Z., Çeber E. Gebelerin Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişelerinin İncelenmesi. II.

Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 27-29 Nisan 2011. Aydın.

- 2011, Demirelöz M. Yücel U. Eksioğlu A. Öztürk Can H. Karaca B. Çeber E. Mezuniyet Öncesi Aile Planlaması Danışmanlığı ve RIA Uygulama Beceri Eğitiminin On Yıllık Değerlendirilmesi. 7. Ulusal Üreme sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi 22-25 Nisan 2011. Ankara
- 2011, Demirelöz M. Çiçeklioğlu M., Sağlık Ocağından Aile hekimliğine Ebenin Değişen Rolü ve Üreme Sağlığında Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri, “Sağlıkta Kadın Emeği Sempozyumu”,14 Mayıs 2011,Denizli. (poster bildiri)
- 2011, Çeber E. Demir D. Demirelöz M. Ekşioğlu A. Atalay B. Bornova-Altındağ Bölgesinde Ebeler Tarafından Verilen Evde Bakım Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi. I. Uluslararası, II. Ulusal Ebelik Kongresi. 13-16 Ekim 2011 Safranbolu, Turkey (Oral presentation).
- 2011,Ekşioğlu A, Demirelöz M, Yücel U, Hadımlı A, Baykal Z, Koçak Y.Ç, Sarıcan E.S, Can H.Ö. İzmir İl merkezinde çalışan ebelerin örgütlenme durumlarının incelenmesi: Doğumevleri Örneği, I. Uluslararası & II. Ulusal Ebelik Kongresi, 13-16 Ekim 2011, Safranbolu,
- 2011, Yücel U, Mermer G., Ekşioğlu A., Demirelöz M., Baykal Z., Çeber E. Gebelerin Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişelerinin İncelenmesi. II. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 27-29 Nisan 2011. Aydın.
- “Ebeler Topluma Hizmet Uygulamalarının Neresinde?” Çeber E., Oran N., Çakır Y., Ekşioğlu A., Demirelöz M., II. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 27-29 Nisan 2011, Aydın.
- 2012, Demirelöz M.,Çakır Koçak Y.Meme Kanseri’li Kadınlarda Estetik Kaygı,3.Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi,11-13 Nisan 2012 ,İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu, Malatya(Poster Bildiri)(Bilimsel toplantı kitabında özet metin olarak yayınlandı,ss:264)
- Soğukpınar,N., Hadımlı,A., Demirelöz,M., Öztürk,H.”Jinekolojik Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi :Literatür İncelemesi, 13. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi,7-11 Kasım 2012. (Poster Bildiri)
- 2013 Can N., Göktaş K., Bilge A., Çeber E., Demirelöz M.,Baykal Z., Engelli Bireylerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Gereksinimlerinin Karşılmasında Ebe ve Hemşirenin Rolü. 4. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 2-4 Mayıs 2013 Samsun (Poster bildiri)
- Demirelöz,M., Bay.H., Soğukpınar,N ., “Ebelik eğitiminde Mesleki Kimlik Gelişiminin Önemi”, I. Uluslararası 5. Ulusal- Ebelik Öğrenci Kongresi, 24-26 Nisan 2014 Eskişehir(Poster Bildiri).

İndekslerce Taranan Dergilerdeki Yayınları

- Demirelöz M., Çeber E., Özentürk G., Midwives Roles in Women's Improvement of Protective Behaviour against Breast Cancer Whether they have a Family History of Cancer or Not, Asian Pacific J Cancer Prev, 11, 1037-1043,2010
- Saydam B.K. Çeber E. Bilge A.Can H.F. Mermer G. Demireloz M. Ozenturk G. Realiablity and Validity of the Reproductive Health Scale for Turkish Adolescence. Journal of Medical Science, 2010: 30(2): 659-668.
- 2012, Çiçeklioğlu M, Ergin I, Demirelöz M, Ceber E, Nazlı A.,” Sociodemographic aspects of consanguineous marriage in an urban slum of a metropolitan area in İzmir, Turkey” .Ann Hum Biol. 2012 Dec 17. DOI:10.3109/03014460.2012.749945
- 2013. Çiçeklioğlu M, Ergin I, Demirelöz M, Ceber E, Nazlı A. Sociodemographic aspects of consanguineous marriage in an urban slum of a metropolitan area in İzmir, Turkey. Ann Hum Biol. 2013 Mar;40(2):139-45. doi: 10.3109/03014460.2012.749945
- 2013, Bilge A., Çeber E., Demirelöz M., Akmeşe Z. B., Effectiveness of Sexual and Reproductive Health Education for the Parents of the Developmental Disability. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2013;33(3):648-55(SCI Expanded)
- Oran NT, Bilge A, Can HÖ, Koçak YÇ, Karşlıoğlu S, Demirelöz M, Soğukpınar N (2014) Influence of Prenatal Risks of Pregnant Women on Mental Symptoms, Anadolu Psikiyatri Derg; 15:157-164.

İndekslerce Taranmayan Dergilerdeki Yayınları

- 2009, Çeber E. Nazlı A. Mermer G. Yücel U. Demirelöz M. Ekşioğlu A. Aslan G. Ergenlerde Cinsiyet Eşitliği Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme (HEMARGE) Dergisi. 2009, 2: 5-15.
- 2013, Yücel Ummahan, Ekşioğlu Aysun, Demirelöz Mahide, Akmeşe Baykal Zehra, Koçak Çakır Yeliz, Soğukpınar Neriman, "Türkiye'de Ebelik Lisansüstü Eğitim Profilinin İncelenmesi", International Journal of Human Sciences, 2013;10(1),1342-1354

Sonuçlandırılmış araştırma projeleri

- 2007, E Ceber, B.K. Saydam, H. Öztürk, A. Bilge, G. Mermer, M.

Demirelöz Üniversite Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Tutumları Ölçeğinin Geliştirilmesi Projesi

- 2007, Araştırma Projesi, Çeber Esin, Ersoy Mehmet Akif , Bilge Ayşegül, Mermer Güleğül, Yücel Ummahan, Ersoy Topçu Hatice, Ekşioğlu Aysun, Demirelöz Mahide, Baykal Zehra, 'Evlilik Eğitimi Alan Çiftlerin Evliliğe İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi' Ege Üniversitesi Proje No: 07/ASYO/003

- 2010, Bilge A., Çeber E., Demirelöz M., Baykal Z. Zihinsel Engellilerin Ebeveynlerine Verilen Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitiminin Zihinsel Engelliler İçin Etkinliğinin Belirlenmesi Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Fonu Projesi 10/ASYO/ 002

- Bap Projesi, No:10-ASYO-001, Bilge A, Çeber E, Demirelöz M, Baykal A.Z Zihinsel Engellilerin Ebeveynlerine Verilen Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitiminin Zihinsel Engelliler İçin Etkinliğinin Belirlenmesi Projesi, Ege Üniversitesi Araştırma Fonu Proje Raporu, Zihinsel Yetersiz Çocukları Yetiştirme ve Koruma Vakfı, Proje No:10-ASYO-001, 2011.

- BAP Proje No: 12ASYO003, Bilge A, Çeber E, Demirelöz M ve Akmeşe ZB. Engellilerde Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği Ve Eğitimin Etkisinin İncelenmesi, Proje No: 12ASYO003,2013

- 2013, 13-ASYO-004, Devam Ediyor,- İzmir'de Yarı Kentsel Bölgede 15-49 Yaş Kadınlarda Üreme Sağlığı Durumunun Değerlendirilmesi

- 2013, 13-Asyo-006, Devam Ediyor. Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü Staj Ve Uygulamaları Ekipman Altyapısının Geliştirilmesi

- 2013, 13-Asyo-011, Devam Ediyor. Türkiye'de Ebelik Bölümlerinin Akademik ve Fiziki Profili.

- 2014, BAP PROJE NO: 2010 TIP/030, 2014. Çiçeklioğlu M., Ergin I., Çeber E., Demirelöz M., Nazlı A., Akraba Evliliği Yapmış Kişilere Verilen Sosyokültürel Özelliklere Duyarlı “Akraba Evliliğinin Sağlık Sonuçları Konusunda Farkındalık Yaratma” Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2014

Devam Eden Araştırma Projeler

- 2013, Oran NT, Demirelöz M, Yücel U, Ekşioğlu A. Meme Kanseri Olan Kadınların Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Tercih Durumları Ve Nedenlerinin İncelenmesi, 13 ASYO 002

Sonuçlandırılmış yüksek lisans tezi

- 2007, Ailesinde Kanser Öyküsü Olan-Olmayan Kadınların Meme Kanseri Yönelik Koruyucu Davranış Geliştirmelerinden Ebeğin Rolü, Yüksek Lisans Tezi, Ebelik Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi, Prof. Dr. Gülsün Özentürk, 2007