

52263

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

“ TCDD 6. BÖLGE BAŞMÜDÜRLÜĞÜ PERSONEL VE EŞLERİNİN
AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ, GÖRÜŞ
VE EĞİLİMLERİ ”

Neşe KAYRIN

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Ülkü KÖYMEN

Yüksek Lisans Tezi

T.52263

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

ADANA - 1996

ÖNSÖZ

Ülkemiz %2,7 hızla artan nüfusu ile dünya'da doğurganlığın yüksek olduğu ülkeler arasında yer almaktadır. Hızlı nüfus artışı nedeni ile ülkemizde 15-49 yaş grubu kadınlar ve 0-6 yaş grubu çocuklar sağlık hizmetleri açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, halka duyurulması ulaştırılması ve halkın eğitilmesi konusunda SSY Bakanlığı Koordinatörlüğünde kamu kurum ve kuruluşların işbirliği yapması gereği yasadaki yer almaktadır. TCDD 'de bir kamu kuruluşudur ve ülkemizdeki hızlı nüfus artışı dikkate alınarak kurum personeli ve eşlerine hizmet vermesi planlanan ana -çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin TCDD sağlık hizmetlerine eklenmesi çalışmaları yapılmaktadır.

Araştırmada, TCDD 6. Bölge Başmüdürlüğü personel ve eşlerinin aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi görüş ve eğilimlerinin saptanması amaçlanmıştır.

Araştırma süresince büyük destek ve yardımlarını gördüğüm başta tez danışmanın Prof. Dr. Ülkü Köymen'e, Prof. Dr. Adil Türkoğlu'na, Prof. Dr. Banu İnanç'a, Yrd. Doç. Ahmet Doğanay'a, TCDD Genel Müdürlüğü Sağlık Dairesi Başkanı Dr. Cihangir Özcan'a, TCDD 6. Bölge Baş Müdürü Süleyman Gündoğdu'ya Dr. Bayram Canbolat'a, Dr. İ. Etem Yeniçun'a , mesai arkadaşım Kimyager Tümay Yeniçun'a, özverili yardımlarından dolayı Dr. Zeynep Gürışık'a ve 6. Bölge Sağlık Servisi'nin tüm çalışanlarına, tezimin yazılması sırasındaki yardımları için Ekin Reklamcılık Ltd. Şti. elamanı Eda Özdemir'e, verilerin analizi konusunda yardımcı olan Datamed Bilgisayar Şirketine teşekkür ederim.

Ayrıca çalışmalarımda büyük yardımı olan çalışmalarımı da her zaman destekleyen ve teşvik eden eşim Levent, oğlum Korcan ve kızım Asburçe 'ye sevgilerimi sunarım.

Adana 1996

Neşe Kayrın

ABSTRACT

Turkey's population is one of the rapidly growing population in the world and the health conditions is one of the most important problem of social life. For improving the health conditions the population growth must be strictly controlled.

With using family planning programs, the growing of the population can be easily controlled. Among these programs the use of effective and modern contraception is necessary and which is closely related to educational level. As the educational level rises, families have less children and to bring up them under better conditions. Family planning programs should not only aim at increasing the use of modern methods; they should also focus on the correct use of these methods.

This study was planned and carried out in order to determine the knowledge, sight and tendency on family planning methods for the personel and personels wife living in TCDD 6 th region, In addition to this, the reasons of not to handle contraceptives, the relations of not to handle contraceptives, the relations of these reasons with demographic factors and the knowledge about the surgical contraception was studied.

Type of study was intervention and sample (515) was randomly selected out of personel and personels wife living in TCDD 6 th regron, from Konya to Nusaybin. Data was collected through interviews and questionnaires, in order to realize the aim of study and the results were classified under four groups , which are as follows,

- 1- Personal knowledge,
- 2-Family planning knowledge before marrige and during marrige,
- 3-Tendency to family planning methods in future,
- 4-Knowledge, srght and tendency about family planning services which given in TCDD 6 th Regroval Health Directorate

As a result it was shown that an increase in the use of modern coutraceptive methods is possible by using suitable educational programs and by giving consultation services in heath directorates.

TABLORAR LİSTESİ

TABLO NO	TABLO ADI	SAYFA NO
1	Sayım Yıllarına Göre Toplam Nüfus, Sayım Yılları Arasında Kır ve Kent Nüfus Artış Hızları ve Yıllık Nüfus Artış Hızı 1927-1990.	5
2	Nüfus İstatistikleri	6
3	Toplumun Yıllara Göre Aile Planlaması Yöntemleri ile İlgili Bilgi Düzeyleri	14
4	Örneklemin Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı	62
5	Örneklemin Eğitim Durumu ve Cinsiyete Göre Dağılımı	62
6	Gazete-Dergi Alma ve Eğitim Düzeyi Dağılımı	63
7	İlk Evlenme Yaşı ve Cinsiyet Dağılımı	64
8	Evlenmeden Önce Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Yaş	66
9	Evli Ailelerin Aile Planlaması Yöntem Bilgisi ve Yaş	66
10	Evlenmeden Önce Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Cinsiyet	67
11	Evlenmeden Önce Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Eğitim	68
12	Evli Ailelerin Aile Planlaması Yöntem Bilgisi ve Cinsiyet	68
13	Eğitim Durumuna Göre Aile Planlaması Yöntem Bilgisi	69
14	Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin İlk Bilgilerin Kaynağının Dağılımı ve Cinsiyet	70
15	Aile Planlaması Yöntem Bilgisi Dağılımı	71
16	Evlendikten Sonra Gebe Kalma Durumu Dağılımı	72
17	Yaş ve Gebelik Sayısı İlişkisi	73
18	Eğitimi Durumu ve Gebe Kalma Durumu İlişkisi	74
19	Gebe Kalma (Eşin Gebe Kalması) Durumu ve Cinsiyet	74
20	Ölü Doğum Sayısına Yanıtların Cinsiyete Göre Dağılımı	75
21	Düşük Sayısının Yaş Grupları İle İlişkisi	76
22	Düşük Sayısı ve Eğitimi Durumu İlişkisi	77
23	Düşük Sayısı ve Cinsiyet İlişkisi	77
24	Kürtaj Sayısı ve Yaş Grupları Arasındaki İlişki	78
25	Kürtaj Sayısı İle Eğitim İlişkisi	79
26	Kürtaj Sayısı ve Cinsiyet İlişkisi	79
27	Canlı Doğup Ölen Çocuk Sayısı ve Yaş Grupları İlişkisi	80
28	Canlı Doğup Ölen Çocuk Sayısı ve Eğitim Durumu İlişkisi	81

29	Canlı Doğup Ölen Çocuk Sayısı ve Cinsiyet Dağılımı	81
30	Doğum Sırası ve Doğumun Yapıldığı Yeri Gösterir Tablo	82
31	Doğum ya da Kürtajdan sonra Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi Verilmesi	82
32	Aile İçin Uygun Çocuk Sayısı ve Eğitim İlişkisi	83
33	Uygun Çocuk Sayısı ve Cinsiyet İlişkisi	84
34	Uygun Çocuk Sayısı ve Yaş İlişkisi	84
35	Fazla Çocuk Sahibi Olma Dağılımı	85
36	Fazla Çocuk Sahibi Olma Nedenlerinin Dağılımı	85
37	Aile Planlaması Yöntemi Kullanm Zamanı ve Cinsiyet İlişkisi	86
38	Aile Planlaması Yöntemi Kullanma ve Eğitim Durumu	87
39	Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu ve Yaş	88
40	İlk Kez Kullanılan Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı	89
41	Şu Anda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu Dağılımı	89
42	Şu Anda Kullanılan Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı	90
43	Aile Planlaması Yöntemleri İle İlgili Olarak Eş İle Konuşma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı	91
44	Eğitim Durumu ve Aile Planlaması Yöntemleri İle İlgili Olarak Eş İle Konuşma Ve Eğitim İlişkisi	91
45	Aile Planlaması Yöntemleri İle İlgili Olarak Eş İle Konuşmak ve Yaş İlişkisi	92
46	Aile Planlamasına Karşı Olma Durumu Dağılımı	93
47	Aile Planlaması Karşı Olanların Dağılımı	93
48	Aile Planlaması Karşı Olanlardan Etkilenme Dağılımı	94
49	Aile Planlaması Yöntemi Kullanmada Eşlerin Öncelikli Olma Durumu Dağılımı	94
50	Gebelikten Korunmayı Öğrenme Başvurusu Ve Cinsiyet İlişkisi	95
51	Gebelikten Korunmayı Öğrenme Başvurusu ve Yaş Grupları İlişkisi	96
52	Gebelikten Korunmayı Öğrenme Başvurusu ve Eğitim İlişkisi	97
53	Gebelikten Korunmayı Öğrenme Başvurusunun Dağılımı	97
54	Başvurulan Sağlık Kurumları Ve Kişilerin Dağılımı	97
55	Yöntem Sağlanacak En Yakın Sağlık Kurumu Dağılımı	98

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
Türkiye'de Nüfus	2
Türkiye'de Nüfus Politikaları	7
Türkiye'de Nüfus Planlaması ve Aile Planlaması	15
Aile Planlaması.....	16
Aile Planlamasının Amaçları	16
Aile Planlaması Yöntemleri	18
Sağlık Eğitimi	23
Aile Planlaması, Eğitim ve Danışmanlık.....	31
Nüfus Kuramları	33
Sorun	35
Araştırmanın Amacı	37
Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi	38
Araştırmanın Sınırlılıkları	40
Araştırmada Sayıltılar	41
Tanımlar	42

BÖLÜM II

İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	44
---------------------------	----

BÖLÜM III

YÖNTEM	58
EVREN VE ÖRNEKLEM	58
VERİ TOPLAMA ARACI VE UYGULANMASI	59
VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ	60

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUMLAR	61
----------------------------	----

BÖLÜM V

SONUÇLAR VE ÖNERİLER	101
Sonuçlar.....	101
Öneriler	106
KAYNAKLAR	110
EKLER	114
İzin Yazıları	115
Kanun ve Yönetmelikler	119
Anket Formları	131
Bölge Haritası ve Gazetelerden Alıntılar	135

BÖLÜM I

GİRİŞ

Nüfus bir bölgede belirli bir tarihte yaşayan toplam insan sayısıdır. Bu bölge bir kent, köy, ülke, kıta ya da dünya gibi değişik büyüklükte olabilir. Nüfus genellikle insan sayısı olarak düşünülmektedir, oysa birlikte yaşayan bu insanların yaş, cinsiyet, eğitim ve meslekleri gibi bazı özellikleri de önemlidir.

Ülkeler, ekonomik potansiyellerini geliştirme ve kalkınmada en uygun biçimde kullanabilmek için, nüfus artış ve azalmalarını denetlemek zorundadır. Nüfus nicelik yönünden, bir ülkedeki yatırımların miktarını ve dağılımını, nitelik yönünden ise kalkınma için gerekli insan gücünü sağlayan, dolayısıyla ekonomik gelişmeyi iki yönden etkileyen önemli bir etkidir. Yapılan araştırmalar nüfus ile ekonomik gelişme arasında çok yakın bir ilişki bulunduğunu ortaya koymaktadır. Gelişmekte olan ülkeler için ekonomik gelişme süreci çok önemlidir, son yıllarda patlama biçiminde ortaya çıkan nüfus artışları bu ülkelerde gözlenmektedir (Tuncer, 1976:2). Birleşmiş Milletlerin ortalama nüfus projesine göre, 1990'larda 4,09 milyar olan gelişmekte olan ülkelerin nüfusu 2000'li yıllarda 5 milyarın üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (Mauldin ve Ross, 1992).

Nüfusun hızla artışının doğurduğu sorunlar hem aile, hem de ülke yönünden ele alınmalıdır. Bu da nüfus artışının ülke ekonomisine yaptığı en önemli etkilerden biridir. Böylece ekonomik kalkınma hızı, yatırım miktarına bağlıdır. Yatırımı hızlandırmak için tüketimi azaltmak, dolayısıyla nüfus artışını kontrol altında tutmak gerekir.

Hızlı nüfus artışı, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde sosyo ekonomik gelişmeyi yavaşlatmaktadır. İşsizlik, eğitim, konut gereksinimi, göçler, çarpık kentleşme, düşükler, kürtaj gibi sosyo ekonomik sorunlara çözüm arayan çalışmalarda aşırı doğurganlığın öncelikle çözümlenmesi gereken sorun

olduğu ortaya çıkmıştır. Böylece, buna bağlı diğer birçok soruna da çözüm getirilebilecektir.

Dünya nüfusu zaman içinde büyük artış göstermiştir. Dünyada nüfus tahminen M.. 1. yüzyılda yaklaşık 300 milyon iken, 17. yüzyıl ortalarında yaklaşık 550 milyona ulaşmıştır. Bu sayı 1850'de iki katına çıkararak 1.1 milyar, daha sonra 1950'de 2.4 milyarı geçmiştir. Birleşmiş Milletler verilerine göre 1 Temmuz 1989'da 5 milyar 234 milyon olan dünya nüfusunun, 2000 yılında 6 milyar 251 milyon, 2025'te ise 8,5 milyar olacağı tahmin edilmektedir. Dünyanın az gelişmiş bölgelerinde nüfusun yıllık artış hızı %2 den fazla iken, gelişmiş ülkelerde bu oran %1 yada daha azdır. Bu verilere göre ise. 1989'de dünya nüfusunun %77'si az gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır (Temel Britannica, 1993: 113).

Nüfus genel olarak doğum ve ölüm sayıları ile belirlenir. Bazen gler de, nüfustaki bölgesel artış ve azalmanın sebebidir. Herhangi bir ülkede nüfus artış hızı  demografik değişkenin etkisi altında oluşur. Bunlar; doğumlar, ölümler ve glerdir. Doğumlarla lmler arasındaki fark doğal nüfus artışını verir (Tuncer, 1976: 101). Toplam dünya nüfusu ise yalnız ölümle ve doğumlarla değişebilir (Hatcher ve diğerleri, 1990). Bu nedenle, nüfus artışının durdurulması için doğumlar ve ölümler arasında denge kurulmalıdır. Bazı Avrupa ve Kuzey Amerika lkelerinde, doğum sayısı çok düşüktür, nüfus azalırken, ölüm oranlarının düşük olması, genç nüfusun az, yaşlı nüfusun ise fazla olmasına neden olmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde de ölüm oranlarında düşüş görülmekte ancak, doğum oranında azalma olmadığı için 1950'lerden bu yana nüfus hızla artmaktadır. Ayrıca, genç nüfus artışı ile 15-45 yaş arasındaki doğurgan kadın sayısının artması nüfusun hızlı artışına neden olmaktadır. Örneğin: Hindistan (835 milyon), Endonezya (177 milyon), Brezilya (147 milyon) nüfusu ile yıllık nüfus artışı %2'nin üzerinde olan ülkelerdir. Dünya nüfusunun beşte birini barındıran ülkelerde aile büyüklüğünü sınırlamaya yönelik politikalar geliştirilmektedir. Bu ülkelerde nüfus artışının

gelecekteki korkutucu etkileri, bu hızlı artışı durdurmaya yönelik çabalara neden olmaktadır. 1989'da nüfusu 1,5 milyar olan Çin'de aile planlaması programlarının bir ögesi olarak bireyler üzerine önemli ölçüde baskı politikası izlenmektedir. Çin Hükümeti bu yüzyılın sonunda nüfus artışını sıfıra indirmek amacıyla bir program başlatmıştır. Birden fazla çocuk sahibi olmayacaklarına söz veren çiftlere, daha iyi gelir ve konut, ucuz sağlık bakımı ve çocukları için daha iyi eğitim ve iş olanakları sağlayan bir belge verilmektedir. Böylece Çin 1970 ve 1980'lerde uyguladığı bu doğum kontrol politikası ile nüfus artış hızında önemli ölçüde bir azalma sağlanabileceğini göstermiştir (Hatcher ve diğerleri, 1990).

Ülkemizde yüksek nüfus artışına sebep olan doğumların çoğunluğu istenmeyen gebelikler sonucunda meydana gelmektedir. Ayrıca, doğum oranındaki değişimlerde genel olarak demografik, sosyal ve ekonomik faktörler de rol oynamaktadır.

Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde hızlı nüfus artışı ekonomik ve sosyal birçok soruna neden olmaktadır. Hızlı nüfus artışı ekonomik yatırımlara olan gereksinimi arttırmakta, ancak sağlık ve eğitim gibi zorunlu gereksinimler ise bu yatırımlara engel olmaktadır.

Türkiye'de Nüfus

Türkiye'de Osmanlı Devleti'nin kuruluşundan 19. yüzyıla kadarki dönemde arazi saptamaları yapılmasına, istatistik defterleri tutulmasına karşın, nüfus hareketleri hakkında kesin bilgi yoktur. İlk olarak 19. yüzyılda Osmanlı İmparatorluğunun nüfusu hakkında bilgiler ortaya çıkmaktadır. Önce, 1831 yılında yalnız askere alınacak erkekleri saymak amacı ile, daha sonra 1844 yılında nüfus kağıdı verilecek vatandaşları saptamak için iki sayım yapılmıştır. 1874 yılında yapılmış olan bir diğer sayıma göre ise İmparatorluğun toplam nüfusu 28,9 milyon, Anadolu'da yaşayanların ise 12 milyon olduğu saptanmıştır (Tuncer, 1976: 99).

Cumhuriyetin kuruluşundan dört yıl sonra 1927 yılında yapılan ilk nüfus sayımında Türkiye'nin nüfusu 13,6 milyon olarak saptanmıştır. Türkiye'de 1935 yılından başlayarak her beş yılda bir nüfus sayımı gerçekleştirilmiştir. Bu sayımların sonuncusu 1990 yılında yapılmış ve Türkiye nüfusu 56,5 milyon olarak bulunmuştur. Bu ise, Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana ülke nüfusunun dört misli artmış olduğu anlamına gelmektedir. Bu günkü nüfus büyüklüğü ile Türkiye, dünyanın en kalabalık 20 ülkesi arasında yer almakta ve Orta Doğu'nun en kalabalık ülkesi sıfatını taşımaktadır. Sayımlar arası nüfus artış hızı 1970'li yıllardan bu yana binde 20-25 dolayında gerçekleşmiştir. Son iki nüfus sayımı (1985 ve 1990 sayımları) arasındaki sürede nüfus artış hızı binde 21.7 olarak hesaplanmıştır. Ancak ilk nüfus sayımından bu yana, nüfus artış hızlarında önemli dalgalanmalar gözlenmiştir. Son 20 yılda bu dalgalanmalar, doğum ve ölüm hızlarının da farklı boyutlarda meydana gelen düşüşlere ve göç hareketlerindeki değişikliklere bağlı olarak gelişmiştir. Yakın geçmişteki doğurganlık ve hızlı nüfus artışının sonucu olarak Türkiye genç bir nüfusa sahiptir. Nüfusunun yaklaşık üçte biri 15 yaşın altındadır ve yaşlı nüfus oranı oldukça düşüktür (Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, 1993:5).

Türkiye'deki nüfus hareketleri incelendiğinde Tablo: 1'de görülen dağılım ortaya çıkmaktadır. Bu dağılıma göre artma oranının 1945-1975 arasında en yüksek düzeyde olduğu gözlenmektedir. Bu dönemdeki artışların en önemli nedenlerinden birisi, ülkemizde sağlık hizmetlerindeki hızlı artıştır. Bu dönemi izleyen daha sonraki dönemlerde ise izlenen doğurganlık yanlısı politikalara karşın, nüfus artışı 1940 yılına kadar düşük bir düzeyde kalmıştır. İkinci dünya savaşı sırasında ise çok sayıda erkeğin askerlik hizmetinde bulunması nedeni ile nüfus artışı keskin bir düşüş göstermiştir. Daha sonra 1945 - 1950 yılları arasında, nüfus artış hızı iki katına çıkmış, 1950-60 arasında ise en yüksek noktaya ulaşmıştır. Bu dönemin özelliği izlenen ekonomik politikalarla birlikte, ticaretin gelişmesi, karayollarında ki gelişmelerle nüfusun kırsal alandan kentlere akışının hızlanması nedenlerine bağlanmaktadır (Türkiye'de anne ve

çocukların durumu analizi, 1991:26).

TABLO 1.

**SAYIM YILLARINA GÖRE TOPLAM NÜFUS, SAYIMLARI ARASINDA
KIR VE KENT NÜFUS ARTIŞ HIZLARI
VE YILLIK NÜFUS ARTIŞ HIZI - 1927 - 1990**

YIL	NÜFUS	KENT %	YILLIK NÜFUS ARTIŞ HIZI		
			Toplam	Kent	Kır
1927	13,648,270	---	---	---	---
1935	16,158,018	23,53	2.11	---	---
1940	17,820,450	24,39	1.96	2,67	1,73
1945	18,790,174	24,94	1.06	1,51	0,91
1950	20,947,188	25,04	2.17	2,25	2,15
1955	24,064,763	28,79	2.78	5,57	1,75
1960	27,754,820	31,92	2.85	4,92	1,95
1965	31,391,421	34,42	2.46	3,97	1,71
1970	35,605,176	38,45	2.52	4,73	1,25
1975	40,347,719	41,81	2.50	4,18	1,38
1980	44,736,957	43,91	2.07	3,05	1,33
1985	50,664,458	51,03	2.49	6,26	-1,06
1990	56,969,109	59,10	2.35	3,59	0,68

Kaynak: Türkiye'de anne ve çocukların durum analizi , 1991 : 27.

Ülkemizdeki nüfus hareketlerinde önemli yer tutan bir başka konu da, doğum oranı, ölüm oranı, doğal nüfus artış hızı ve bebek ölümleridir. Yüksek doğurganlık oranı ile bebek ölümlerindeki oranın yüksek olması, bir rastlantı değil, sebep-sonuç ilişkisidir. Ne yazık ki bu tür sonuçlara daha çok gelişmekte olan ülkelerde rastlanmaktadır (Tablo: 2).

TABLO : 2
NÜFUS İSTATİSTİKLERİ

	Dünya	Gelişmiş Ülkeler	Az Gelişmiş Ülkeler	Türkiye
Doğum oranı (binde)	28	15	31	28.4
Ölüm oranı (binde)	10	9	10	8.4
Doğal Nüfus Artış Hızı (binde)	18	6	21	20
Bebek ölümleri (0-1 yaş arası) (binde)	75	15	84	84

Kaynak: Temel Britannica, 13:115.

İstatistiklere göre, anne ve bebek ölümlerine yol açan nedenlerin başında, beslenme ve eğitim yetersizliği aşırı doğurganlık, doğumun sağlıklı koşullar altında yapılmaması, diğer perinatal nedenler, doğum öncesi ve sonrası bakım yetersizliği ve hepsinden de önemlisi halkın kendi sağlığına sahip çıkmaması gelmektedir (Türkiye'de aile planlamasının yarını-1992).

Son 20-30 yılda doğurganlık hızlarında önemli azalmalar meydana gelmiştir. Toplam doğurganlık hızı 1970'lerin başlarında kadın başına 5 çocuk düzeyinde iken, 1980'li yılların sonlarına ilişkin tahminler bu hızın 3 çocuğa düşmüş olduğunu göstermektedir. 1980'li yılların sonlarında kaba doğum hızının binde 25 dolaylarında olduğu tahmin edilmiştir (Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, 1993: 5).

Bu nedenle aşırı doğurganlığın ana-çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak, ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yaygınlaştırmak ve düzeyini yükseltmek ve nüfus artış hızının ekonomik gelişmeyi engellemeyecek düzeyde tutabilmek için aile planlaması çalışmalarına önem verilmesi gerekir. Kuşkusuz burada ana - çocuk sağlığı ve ailenin korunması, bu etkinliklerde temel başlangıç noktası olarak ele alınmalıdır.

Türkiye'de Nüfus Politikaları

Bir ülkenin gelişmesi ve kalkınmasında nüfus politikaları önemli rol oynamaktadır. Taranan kaynaklar çerçevesinde, Cumhuriyetimizin kuruluşundan bu yana ülkemizde birbirine zıt iki nüfus politikasının uygulanmaya çalışıldığını görmekteyiz. Bunlardan birincisi, Cumhuriyetin ilk yıllarından 1965 yılına kadar uygulanmaya çalışılan "doğurganlığı arttırıcı nüfus politikası", ikincisi ise 1965 yılında, 557 sayılı yasa ile yürürlüğe giren ve uygulanmasına çalışılan "doğurganlığı azaltıcı nüfus politikası"dır. 1960'lardan beri yoğunlaşan aile planlaması çalışmaları, devlet sektörü, gönüllü kuruluşlar ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği içerisinde yürütülmektedir ve son 30 yıl içinde bu konuda büyük aşamalar kaydedilmiştir. Doğurganlığı arttırıcı nüfus politikasına 1929-1930 yıllarında başlanmıştır, evlenme yaşının bu dönemde 17-18'e düşürülmesi, halk sağlığı alanında eğitici ve geliştirici önlemler alınması, ücretsiz hizmet veren doğum evlerinin kurulması, fakir halka ilaçların ücretsiz ya da ucuz fiyatla dağıtılması, 6 ve daha çok çocuk doğuranlara teşvik ödülleri verilmesi kontraseptiflerin ithalinin ve satışının yasaklanması, 1926 yılında Türk Ceza Yasasında düşük yapmayı yasaklayan maddenin konması, gebeliği önleyici tüm girişimlerin yasaklanması, çok çocuklulara vergi indirimini uygulanması ve toprak dağıtımında çok çocuklulara öncelik verilmesi, nüfus artışını teşvik edici politikalar ve yasalardır (Türkiye'de aile planlamasının yarını,1992:7).

1958 yılında nüfus politikası ile ilgili görüşlerde değişiklikler olmuş, bazı gazete ve dergilerde nüfusun hızlı artışı eleştirilmeye başlanmıştır.

1960'tan sonra Devlet Planlama Teşkilatı'nın kuruluşu ile mevcut nüfus politikası tartışılmaya başlanmıştır. Planlamacılar arasında yüksek doğum oranlarına karşıt bir nüfus politikası geliştirilmiştir. Bilindiği gibi kalkınma planları, yönlendirici ve öneri özelliğini taşıyan politikaları ve ilkeleri içermektedir. Türkiye'de nüfusa ait politikalar ile aile planlaması uygulamalarına özgü tedbir-

ler, yasalarımız ve kalkınma planlarında yer almaktadır. Anayasa ve 2827 sayılı yasaların konu ile ilgili işlerliği 5 yıllık kalkınma planlarındaki ilke ve önlemler doğrultusunda ve Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda yürütülmektedir.

Ayrıca, 1963 yılında "Türkiye Aile Planlaması Derneği" kurulmuş, özellikle aile planlaması konusunda kamuoyu oluşturmada ve 1965 yılında çıkarılan "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun"un hazırlanma çalışmalarında bu dernek çok önemli rol oynamıştır.

Böylece Türkiye'de ilk defa nüfus sorunları tartışmaya açılmış ve TBMM 10 Nisan 1965 yılında kabul ettiği 557 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" ile kişilere, istediği zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olma özgürlüğü tanınmıştır. 557 sayılı kanun, aile planlamasını yürütme, sağlık personelini eğitme, kamuya bu konuda eğitim hizmeti sunma sorumluluğunu Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına vermiştir.

Birinci beş yıllık kalkınma planında, nüfusun artmasının getireceği problemler ve aile planlaması hizmetlerinden söz edilerek, önceleri yasak olan gebeliği önleyici araç ve ilaçların yurtdışından alımı ve satımını yasaklayan kanun maddelerinin kaldırılması önerilmektedir. İkinci beş yıllık kalkınma planında da aynı öneriler yinelenmektedir. Çünkü, birinci planda istenilen amaçlara ulaşamamıştır. Üçüncü beş yıllık kalkınma planında ise, aile planlaması hizmetlerinin, ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile birlikte verilmesi önerilmektedir. Dördüncü beş yıllık kalkınma planı döneminde ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin yeterince etkin bir şekilde yürütülemediğinden söz edilerek, aile planlaması konusu ilk kez hükümet programlarında yer almaktadır. Beş ve altıncı beş yıllık kalkınma planlarında ise aile planlaması hizmetleri ile ana-çocuk sağlığı hizmetleri konusunda kapsam daha da genişletilmiştir (Türkiye'de nüfus konulu politika öncelikleri, 1993: 271, 504, 263-264)].

Ancak, nüfus politikalarının etkili ve olumlu sonuçlar verebilmesi için politikaların gerektirdiği programlara halkın katılımı ve kamuoyu desteği bir zorun-

luluktur. Kamuoyununun bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesi, konunun önem ve önceliğinin benimsenmesi gerekir.

Aile planlaması, ailelerin ve kişilerin sahip olacakları çocuk sayısına ve bunun zamanına serbestçe karar vermek ve bu konuda gerekli, bilgi, eğitim ve araçlardan yararlanmayı temel bir insan hakkı olarak kabul etmektedir. Aynı şekilde 1982 Anayasasınının 41. maddesinde ailenin Türk toplumunun temeli olduğunu vurgulanarak özellikle annenin ve çocukların korunması ve aile planlaması öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirlerin alınacağını belirtilmektedir.

Nüfus planlaması eğitiminin illerde uygulanmasında vali, il sağlık müdürü ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması şube müdürlüğü görevlidir.

Yaygın eğitim hizmetlerinde, ilgili kurum ve kuruluşlarla, amaç ve ilke belirleme aşamasında ve uygulamalarda işbirliği sağlanarak, disiplinler ve meslekler arası bir yaklaşım belirlenmelidir. 15-19 Ocak 1990 tarihinde XIII. Milli Eğitim Şurasında belirlenen görüşlere göre, yaygın eğitimde hedef kitle öncelikle kadın nüfus olmalı görüşü ifade edilmiş, başka bir görüşe göre de, hedef kitle, büyük kentlerin çevresinde oluşan ve kentlerle bütünleşme çabasında olan marjinal kesim ile, gelişmeden yeterli pay alamamış kırsal kesim olmalıdır. Halkın yaygın eğitime katılımı ve bu eğitime ihtiyaçları konusunda bilinçlendirilmeleri sağlanmalıdır. Yaygın eğitimde kazanılan bilgi ve becerilerin bireyin güncel yaşamında fonksiyonel olmasını sağlayıcı önlemler alınmalıdır. Ayrıca kitle iletişim araçlarının yaygın eğitimde kullanılmaları teşvik edilmelidir.

Sağlık toplumsal yaşamın en önemli kurumlarından birisidir. Özellikle annenin ve doğacak bebeğin sağlığının korunması tüm toplumlarda olduğu gibi ülkemiz için de ayrı bir önem taşımaktadır.

1982 Anayasasında yüksek doğal nüfus artışının zararlı olduğu açıkça

belirtmiştir. Ancak, bu hızın düşürülebilmesi için yasal önlemlerin yanında eğitim-kültür düzeyinin yükseltilmesiyle bilinçli olarak hareket etmeyi sağlamak gerekmektedir. Ülkemizde nüfus artışının en önemli sebeplerinden biri istenmeyen gebelikler sonucu gerçekleşen doğumlarla ortaya çıkmaktadır. Aile planlaması konusundaki eğitim ve hizmetlerin yetersiz olması sonucu, çocuk sayısına karar vermiş ve başka çocuk istemeyen aileler bile önlem almada yetersiz kalmaktadır (Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması el kitabı, 1992).

Ülkemizde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Ana - çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, nüfus planlaması yaygın eğitim programlarının belli bir program ve düzen içerisinde, ülke düzeyinde yürütülmesini sağlamaktadır.

Ayrıca SSY Bakanlığınca: üniversiteler, TRT kurumu ile Sosyal Güvenlik Kurumları, tüm kamu kurum ve kuruluşları, kamu kurum ve kuruluşları niteliğindeki ilgili meslek kuruluşları ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği yapılmaktadır. SSY Bakanığı koordinatörlüğünde, Milli Savunma, Milli Eğitim ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarınca birlikte hazırlanacak bakanlar kurulu kararı ile yürürlüğe konulacak yönetmelik esaslarına göre; bu işbirliği sonucunda oluşturulan eğitim programlarının uygulanması ile aile planlaması ve Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin sunumu gerçekleştirilmektedir.

Ayrıca, 200 ve daha fazla işçi çalıştırılan resmi ve özel tüm kurum ve kuruluşlar, bir "nüfus planlaması eğitim ve uygulama bölümü" açtıkları takdirde isteyenlere, Sağlık Bakanlığınca gerekli destek sağlanmaktadır.

Sağlık Bakanığı, aile planlaması hizmetlerinde personel eğitimi, halk eğitimi ve uygulama çalışmaları için ulusal ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapmaktadır. Söz konusu kuruluşlar kuruluş esasları ve yönetmelikleri çerçevesinde bu işbirliğinde kendilerine uygun çalışmalarda görev almaktadır.

İşbirliği yapılan Ulusal Kuruluşlar

a) Kamu Kuruluşları

- * **Tarım Orman ve Köyişleri Bakanlığı**
 - Ev ekonomisi
- * **Milli Eğitim Bakanlığı**
 - İlkokul öğretmeni
 - Biçki - dikiş öğretmenlerinin eğitimi
- * **Diyanet İşleri Başkanlığı**
 - İmam
 - Din görevlisinin eğitimi
 - Hutbe çıkarılması
- * **İç İşleri Bakanlığı**
 - Vali
 - Kaymakam
 - Muhtar eğitimi
- * **Gn.Kur.Bşk.**
 - Eğitim çalışmaları
 - Uygulama hizmetlerine destek
- * **TRT Kurumu**
 - Eğitim çalışmaları
 - Radyo ve televizyon program yapımı
 - Uygulama hizmetlerine destek
- * **Maliye ve Gümrük Bakanlığı**
 - Kibrit üzerine spot yazımları
- * **Ulaştırma Bakanlığı**
 - Pul basımı
- * **Tıp Fak. Kad. Has. ve Doğ. Böl.**
 - Eğitim çalışmaları
 - Uygulama hizmetlerine destek
- * **Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü**

- Araştırma
- Bilgi alışverişi
- * **SSK Gn.Md.**
 - Uygulama hizmetleri
 - Personel eğitimi
- * **Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu**
 - İşçi eğitimi
 - Uygulama hizmetlerine destek

b) Gönüllü Kuruluşlar

- * **Türkiye Aile Planlaması Derneği**
 - Eğitim çalışmaları
 - Uygulama hizmetlerine destek
 - Eğitim materyallerinin geliştirilmesine destek
 - Kontraseptif desteği
- * **Türk Kadını Güçlendirme ve Tanıtma Vakfı**
 - Uygulama hizmetlerine destek
 - Eğitim materyali desteği (kitap,broşür, ofis)
 - Kontraseptif desteği
- * **Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı**
 - Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitim Merkezlerinin kurulmasına destek
 - Kontraseptif desteği
- * **Türkiye Jinekoloji Derneği**
 - Eğitim çalışmalarına destek.
 - Eğitim materyalinin basım ve dağıtımına destek
- * **Üniversiteli Kadınlar Derneği**
 - Merkez eğitimcilerinin eğitilmesi
 - Halk eğitimi yapacak eğitimlerin eğitilmesi
- * **Türkiye Kalkınma Vakfı**
 - Kitap, broşür ve afiş gibi eğitim materyaline destek

- * **Türkiye Çevre Sorunları Vakfı**
 - Eğitim materyalleri desteği
- * **Türkiye Yardımseverler Derneği**
 - Aile planlaması uygulama hizmetlerine destek
- * **Türkiye Kızılay Derneği**
 - Kontraseptif desteği
- * **Lions Yönetim Çevresi Gn.Md.**
 - Kitap, afiş, film desteği
- * **Türk Kadınlar Konseyi derneği**
 - Eğitim çalışmaları
 - Uygulama hizmetleri
- * **Rotary Klübü**
 - Eğitim çalışmaları

2. İşbirliği Yapılan Uluslararası Kuruluşlar

- *) **UNFPA** - Birleşmiş Milletler Nüfus Faaliyetleri Fonu ile işbirliği
- *) **UNICEF** - Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuk Eğitim Fonu ile İşbirliği
- *) **WHO** - Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği
- *) **JICA** - Japon Uluslararası İşbirliği Kuruluşu
- *) **(UNFPA - UNESCO)** Bilgilendirme - Eğitim - İletişim Desteği
- *) **AVSC** (Uluslararası Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon Derneği ile İşbirliği
- *) **FPIA** Uluslararası Aile Planlaması Derneği ile işbirliği
- *) **JHPIEGO** Johns Hopkins Üniversitesi ile işbirliği
- *) **IPAS** - Uluslararası Projeler Yardım Kuruluşu ile işbirliği

2827 sayılı nüfus planlaması hakkındaki kanun, 27 Mayıs 1983 tarihinde 18059 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır. Bu kanunun amacı nüfus planlaması esaslarını gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon işlemlerini, acil

müdahale halleri ile gebeliği önleyici ilaç ve araçların temin, imal ve sap-
tanmasına ilişkin konuları düzenlemektir (Nüfus planlaması hizmetleri
hakkında kanun tüzük ve yönetmelikler, 1983: 1-10).

TABLO : 3
TOPLUMUN YILLARA GÖRE AİLE PLANLAMASI
YÖNTEMLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ

BİLİLEN YÖNTEM	1978 (%)	1983 (%)	1988 (%)
Hiçbiri	11.7	6.3	1.8
Herhangi biri	88.3	93.7	98.2
Modern yöntem	86.2	90.8	97.5
Sadece geleneksel yöntem	2.1	2.9	0.7
Hap	81	85	94
RİA	68	75	94
Kondom	52	55	76
Tüp Ligasyon	39	28	65
Vazektomi	9	19	28

Kaynak : Türkiye'de aile planlamasının yarını, 1992 : 47

"Türkiye'de aile planlamasının yarını, yeni yaklaşımlar, yeni hedefler konfe-
ransı raporu 1992"de ülkemizde 1965/557 yasası çerçevesinde başlatılıp
sürdürülen aile planlaması hizmetlerinin belli bir gelişme gösterdiği, özellikle
toplumun konu ile ilgili bilgilenme düzeyinin yıllara göre giderek arttığı belirtil-
mektedir. Tablo 3 incelendiğinde herhangi bir yöntem ve modern yöntem bilgisi
olanların oranı 10 yıl içerisinde %10 artmıştır. 1978 yılında en çok bilinen
yöntem hap iken 1988'de RİA'da hapla birlikte bilinen bir yöntem olmuştur. Yine
1978'de en az bilinen yöntem olan tüpligasyonun bilinme oranında zaman
içerisinde giderek artmıştır ve artmak da devam etmektedir. Ancak, 1980'lerde
uygulamalar incelendiğinde, bu hizmetlerin toplumun ihtiyacının çok gerisinde
olduğu görülmektedir.

Aile planlaması çalışmalarının etkili olabilmesi için, kadınların ve eşlerinin
eğitim düzeylerinin yükseltilmesi ve aile planlaması eğitiminin eşlere birlikte ve-
rilmesi gerekmektedir (Kırık, 1990).

Yasal herhangi bir engel olmamasına karşın bugüne kadar yürütülmekte olan aile planlaması programları ile hedef nüfusa istenilen oranda ulaşıldığını söylemek oldukça zordur. Buna neden olarak, alt yapı ile sağlık kurumlarının araç gereç ve donanım yönünden yetersizlikleri, sektörler arası işbirliğinin sağlanmaması, sosyo - ekonomik güçlükler ve okur yazarlık oranlarındaki sorunlar sayılabilir (Türkiye'de aile planlamasının yarını, 1992).

Türkiye'de Nüfus Planlaması Ve Aile Planlaması

Nüfus planlaması ve doğum kontrolunun amacı ekonomik ve demografiktir. İnsanın temel haklarından birini gerçekleştirmeye yönelik aile planlamasının amacı ise sağlığı, kadın sağlığını ve çocuk sağlığını korumaktır. Fişek'in belirttiği gibi, "Sağlık hizmetleri, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalardır". Fişek'in bu tanımlamasına göre, aile planlaması ve sağlık eğitimi, sağlık hizmetleri içerisinde yer alan koruyucu hekimlik hizmetlerinden kişiye yönelik sağlık hizmetleridir (Dirican, 1990: 218).

Ayrıca nüfus planlaması bir halk sağlığı hizmetidir. Nüfus planlamasında öncelikle ele alınması gereken konu, halka gebeliğin istenildiği zaman önlenebileceğinin olası olduğunu duyurmak ve bu konuda gerekli bilgileri vermektir. Diğer bir deyişle, nüfus artışının doğumlar kanalı ile kontrol altına alınmasıdır. Nüfus planlaması şekil ve kapsam olarak ülkenin genel refahını ilgilendiren bir konudur ve bu konu ile ilgili çalışmalar devletçe yürütülür (Türkiye'de nüfus konuları, 1993:309).

Aile planlaması bireylerin ya da eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını ve sosyo-ekonomik durumlarını gözönüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine, çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine, yardım eden uygulamaların tümüdür. Nüfus planlaması ise, çeşitli önlemler olarak bir toplumun ya da ülkenin nüfus planla-

ması, diğ er bir deyimle, nüfusun kontrol altına alınmasıdır. Nüfus kontrolü da denilen nüfus planlamasında alınacak önlemler, ülkenin nüfus politikasına göre farklı nitelikte olabilir. Eğer nüfus politikası doğumları teşvik edici nitelikte (pronatalist) ise doğum oranını arttırıcı önlemler alınabilir. Nüfus politikası doğumları sınırlayıcı nitelikteyse (anti-natalist) doğum oranını azaltıcı önlemler alınır. Ülkemizde 2827 sayılı "Nüfus planlaması hakkında kanun" uygulamaya konmuştur. Bu yasanın uygulamaya konması ile ana çocuk sağlığı hizmetleri aile planlaması çalışmalarının ayrılmaz parçası olmuştur. 1988'de yapılan bir araştırmaya göre ülkemizde üreme çağındaki ailelerin %77'si aile planlaması yöntemi kullanmaktadır (Aile planlaması el kitabı 1992:136).

Aile Planlaması

Aile planlaması, ailelerin istedikleri zaman, bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olmalarıdır. Aile planlaması hizmetleri hiçbir zaman ailedeki kişi sayısını sınırlandırma anlamını taşımaz. Çocuk sahibi olmada aileler tamamen özgür olup kendi iradeleri ile istedikleri ve bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olabilirler (Ana sağlığı ve aile planlaması el kitabı, 1992).

Aile Planlamasının Amaçları

1) Topluma ailelere (kadın ve erkeğe birlikte) istenmeyen gebeliklerde etkili gebeliği önleme yöntemleri hakkında bilgi vermek ve bu konuda gerekli eğitimi yapıp uygulama olanakları sağlamak.

2) Sık doğumun anne sağlığını bozduğu bilinen bir gerçektir. En sağlıklı annenin bile, iki gebeliği arasında iki yıllık süre olmalıdır. Eğer annenin kansızlık problemi ya da bir başka hastalığı varsa bu süre daha da uzun olmalıdır. Öyle ise aile planlaması, gebelik aralığını ayarlamak amacı ile kullanılan en iyi yoldur.

3) Çok sayıda doğum ya da aşırı doğurganlık anne sağlığını bozmaktadır. Yapılan araştırmalar 3. doğumdan sonra gebelik ve doğumla ilgili komplikas-

yonların arttırdığını göstermektedir. Anne sağlığını korumak, anne ve bebek ölümlerini azaltmak için aşırı doğurganlığı, aile planlaması yöntemleri kullanarak azaltmak gerekmektedir.

4) Ailede çocuk sayısını belli bir düzeyde tutarak, topluma ruhen ve bedenen sağlıklı bireyler kazandırmak amaç ise, çocuk sayısını belirmede ailelere aile planlaması yöntemlerinin kullanılması yardımcı olacaktır.

5) İstenmeyen gebelikler çoğu kez isteyerek yapılan düşüklerle sonlandırılır. Oysa düşük yapma, kadın sağlığı açısından son derece tehlikelidir, zaman zaman ölümlerle sonuçlanır. Bu tür gebeliklerin önlenmesinde de, aile planlaması yöntemlerinin kullanılması en sağlıklı yoldur.

6) Hızlı nüfus artışını azaltarak toplumumuzun sağlıklı, mutlu iyi eğitilmiş ekonomik olanakları yeterli kişilerden oluşmasını sağlamak hedefine de aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasıyla ulaşılabilir.

7) Aile planlaması çalışmalarının diğer bir amacı da, çocuk sahibi olamayan ailelere yardımcı olmak yol göstermektir (Ana sağlığı ve aile planlaması el kitabı- 1992; 135).

Sonuçta aile planlaması aileye ve aileyi oluşturan az sayıdaki bireylere, ekonomik refah, eğitim olanağı, sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarda bilinçlendirme, iyi dengeli ve yeterli beslenme, sosyal yeteneklerin geliştirilmesi, psikolojik dengeye sahip olmak gibi avantajlar sağlayacaktır.

Aile planlaması çalışmaları, aile sağlığının oluşması, insan haklarına saygı ve nüfus kontrolü gibi alanlarda, topluma yararlı olmakta ve avantajlar sağlamaktadır.

Aile planlaması çalışmalarının amaçlarına ulaşması için yapılacak etkinlikler,

1. Aile planlaması konusunda eğitim ve danışmanlık,

2. Gebeliği önleyici gereçlerin sağlanması,
3. Kısırlık ile ilgili çalışmalar,
4. Cinsiyet ve ana babalık konusunda eğitimidir.

Aile Planlaması Yöntemleri

Aile planlamasının amaçlarına hizmet eden çalışmaların en önemlisi, etkili gebeliği önleyici yöntemler ile ilgili eğitim ve uygulamalardır. Gebeliği önleyici yöntemler etkili (modern) ve etki derecesi sınırlı olanlar (geleneksel) yöntemler olarak tanımlanabilir.

Sağlık açısından gebeliğin önlenmesini gerektiren durumlar.

1. Organik ve fonksiyonel hastalıklar, örneğin kalp hastalıkları, verem, yüksek tansiyon, epilepsi, şizofreni, anemi vb. hastalıklar.
2. Gebeliğin çok sık olması (ideali 2 yıl) çok sık yapılan doğumların, hem ana, hemde çocuk sağlığı açısından zararlı olduğu araştırmalarla tesbit edilmiştir.
3. Aileye ve çevreye ait sosyal faktörler. Bir ailenin sosyo ekonomik durumu gebeliğin sıklığını tayin eden faktörlerden biri olmaktadır.

Gebeliği önleme konusu binlerce yıldan beri tüm dünya ülkelerindeki insanların ilgisini çekmiştir. Doğal sınırlamaların yanısıra nüfus artışını azaltmak için değişik ülkelerde bebeklerin öldürülmesi, cinsel ilişkilerin sınırlandırılması, düşüklerle gebeliklerin sonlandırılması gibi yolların, tarih boyunca kullanıldığı bilinmektedir.

M.Ö. 2700 yılından kaldığı sanılan Çince bir belgede gebeliği önleyici bilgilere rastlanmıştır. Mısır, Çin, İran, Arap ve Yunanlıların gebeliği önleyici uygulamaları kullandıklarını tarihi belgelerden anlıyoruz. M.Ö. 1850 tarihinde

Mısır'da papiruslar üzerine yazılmış gebelikten korunma reçeteleri, M.Ö. 1550 yılında da yine papiruslara yazılmış gebeliği önlemek için çeşitli yöntemlerden söz edilmektedir (Turhan, 1984). Tarih boyunca gebeliği önlemek için vajinaya konulan çeşitli maddeler (sebze yaprakları, yağ, meyve asitleri gibi) önleyici olarak kullanılmıştır. M.S.11. y.yılda İslam bilgini (İbni-Sina'nın) gebeliği önlemek amacı ile çeşitli bitki özütü ve kimyasal bir karışımın adetten sonra kullanılması gerektiğini söylediği rivayet olmaktadır.

16. yy. başında hayvani zarlardan imal edilmiş ilk kondomlar, öncelikle frengiden korunmak için kullanılmış. Daha sonraları gebeliği önleyici olarak da kullanılmaya başlanmıştır.

Gebeliği önlemek için ilk aracın 2000 yıl kadar önce, kervanlarla göç dönemlerinde, develerin gebe kalmalarını önlemek amacı ile hayvanların rahmine (uterus) konulan çakıl taşları olduğu söylenmektedir. Gebe kalmanın menstrüel siklus ile ilgili olduğunu ilk kez M.S 2. yy. da Yunanlı Soramus ileri sürmüştür (Turhan, 1984).

Cinsel ilişki ile geçen hastalıkları önlemede ve korunmada Follapius'un önerdiği kondom, etkili kontraseptiflerin başlangıcı olarak kabul edilmekle birlikte, kondomun etkin ve yaygın olarak kullanımı, vulkanize kauçuğun bulunması 1850 ve 1884 yılında lastiğin keşfi ile lastik kondomlarının yapılması ile başlamıştır. Batı ülkelerinde daha yaygın kullanılan diyafram ise 1880 yılında ilk kez Mensinga tarafından önerilmiştir (Öztürk, 1982).

En çok kullanılan aile planlaması yöntemi oral kontraseptiflerdir. 1934 yılında ovülasyonu inhibe ettiği bilinen progesteronun, saf steroid olarak elde edilmesiyle, bu konudaki araştırma ve çalışmalar hızlanmış ve uygulamalar artmıştır.

Günümüzde RIA, Rahim İçi Araç etkili bir koruma yöntemi olarak, oldukça yaygın kullanılmaktadır. Ayrıca tüm dünyada ve ülkemizde tartışılan sterilizasyon

yon, kadında (tüpligasyon), erkekte (vazektomi), adı ile bilinen cerrahi müdahale ile gerçekleştirir ve yaygınlaştırılmasına çalışmaktadır.

Gebeliği önleme derecelerine göre kontraseptifler

Etkili yöntemler

1. Hormon hapları
2. Hormon enjeksiyonları
3. Rahim içi araç (RİA)
4. Kondom (prezervatif, kaput, kılıf)
5. Diyafram
6. Gönüllü cerrahi sterilizasyon.

Etki derecesi sınırlı olan yöntemler

1. Ovulasyon günlerini belirleme (takvim yöntemi)
2. Vajinal yıkama
3. Geri çekme (koitus, interruptus)
4. Sperm öldürücü ovül ya da kremler
5. Emzirme

Gebeliği önleyici yeni yöntemler

1. Hormon implantları (Norplant)
2. Vajinal ring
3. Vajinal sünger
4. Gebeliğe karşı aşı
5. Üzerinde çalışma yapılmakta olan diğer bazı yöntemler.

Gebelikten korunmak için kullanılan yöntemler ayrıca, kadına ve erkeğe ait yöntemler ile geri dönüşü olan ve geri dönüşü olmayan yöntemler olarak da sınıflandırılabilir. Şematik olarak göstermek gerekirse (Biçer,1993: 132). Bunlar:

Etkili yöntemler

A. Geri dönüşü olan yöntemler

Kadına ait yöntemler

1. Hap
2. RİA
3. Diyafram
4. Enjeksiyon
5. Norplant

Erkeğe ait yöntemler

1. Prezervatif, kaput ya da kondom.

B. Geri dönüşü olmayan yöntemler

Kadına ait yöntemler

1. Tüplerin bağlanması
(Tüpligasyon)

Erkeğe ait yöntemler

1. Kanalların bağlanması
(Vazektomi)

Etkisi sınırlı olan yöntemler

Kadına ait yöntemler

1. Sperm öldürücü ovul yada kremler
2. Ovulasyon günlerini belirleme
(takvim yöntemi)
3. Vajinal yıkama
4. Emzirme

Erkeğe ait yöntemler

1. Geri çekme
(Koitus interruptus)

Etkin aile planlaması yöntemlerini, planlı eğitim programları ile tanıtmak ve bu yöntemlerin kullanılmasını sağlayarak, ana sağlığını korumak ve iyileştirmek aile planlamasında en önemli çalışmalardan biridir. Ayrıca, aile planlaması yöntemlerinin doğru ve etkili kullanımını sağlayarak aşırı doğurganlığa

bağlı, ana ve çocuk ölümlerini engellemek ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmeye katkıda bulunmakta bir diğer önemli çalışmadır. Aşırı doğurganlık, annenin sık ve çok sayıda doğum yapması demektir. Ayrıca, çok genç yaşta ve ileri yaşta doğum yapmak da, ana ve çocuk sağlığını olumsuz yönde etkileyen faktörlerdir. Eğer gebelik 18 yaşından önce, 35 yaşından sonra, 5 ve daha fazla sayıda ve 2 yıldan kısa aralıklarla olursa ana-çocuk sağlığı açısından tehlikelidir. Aile planlamasının amacı, ailedeki kişi sayısını sınırlandırmak, değil aileyi aşırı doğurganlığın olumsuz etkilerinden korumak, ana-çocuk sağlığı düzeyini yükseltmektir (Biçer, 1993: 125).

Aşırı doğurganlığı önleyerek, ana - çocuk sağlığını tehlikelerden korumak ve yaşam düzeyini yükseltmek aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasını sağlayarak gerçekleştirilebilir. Aile planlaması yöntemlerinin ise doğru ve etkin biçimde kullanılması gerekir. Bu konuda, çiftlerin eğitilmesi ve uygun danışmanlık hizmetlerinin kolaylıkla sağlanabilmesi, etkin ve doğru kullanım oranını arttıracaktır.

Aşırı doğurganlığın sakıncaları, beslenme ve sağlık yönünden incelendiğinde, her iki durum için de tehlikeli olduğu araştırmalarla saptanmıştır. Aşırı doğurganlığın ana-çocuk sağlığı açısından zararları ayrı ayrı incelendiğinde ise,

- Aşırı doğurganlık ve ana sağlığı

1. Aşırı doğurganlık sırasındaki sık ve kısa gebelik aralığı kadını yıpratır, güçsüz bırakır, özellikle kansızlığa neden olur. İdeali iki doğum arasındaki sürenin en az iki yıl olmasıdır.

2. Erken evlenme ve erken yaşta (20 yaş) başlayan ve ileri yaşlara taşınan (35 den sonra) sık ve fazla doğumlar anne sağlığı için sakıncalıdır.

3. Dengesiz ve yetersiz beslenme, sık ve çok çocuk yapan kadınlarda görülür.

4. Çocuk sayısının fazla olduğu ailelerde annenin doğum öncesi ve son-

rasında bakımı yetersiz olmaktadır.

5. Sık ve çok gebelikler yaşayan kadınlar başta genital olmak üzere çeşitli enfeksiyonlara açıktır.

6. Fazla çocuklu ailelerde ana sağlığı için olumsuz çevre koşulları oluşmaktadır.

Aşırı doğurganlık ve bebek sağlığı

1. Beslenme yetersizliği, çok çocuklu ailelerin en önemli sorunudur.

2. Çocukların hastalanma oranları aşırı doğurganlık sonucu artan çocuk sayısı ile artacaktır.

3. Zeka gelişiminde olumsuzluklar daha çok geç doğumlarda görülmektedir.

4. Ananın bakımsızlığından kaynaklanan hastalıklar bebeği de etkileyecektir.

5. Yeni doğanın ya da diğerlerinin yeterince anne ile birlikte olamayışları bebek ve diğer çocuklar için olumsuz ortamlar yaratacaktır.

Sağlık Eğitimi

Sağlık eğitimi, uygun sağlık koşullarını sağlamak üzere kişi, grup ya da toplumun sağlıkla ilgili, bilgi beceri kazanmasına ve davranışlarını değiştirmesine yönelik çabaların tümüdür. Sağlık eğitiminin en önemli amaçları kişilere veya ailelere, sağlık bilinci kazandırma ve ülke çapında çevre sağlığını geliştirici beceriler kazanmalarını sağlama, daha sağlıklı bir yaşam için bilgiler verme, tutum ve beceriler kazandırmadır. Eğitimcilerin duyarlı ve etkili bir eğitim verebilmeleri için kullanılacak teknikler, odak grup çalışmaları, pazar araştırmaları ve antropolojik gözlemlerdir. Her toplum ve hatta bu toplumların kültürel alt gruplara sahip oldukları sosyal mirasları, kendi dünyaları ile ilgili açıklamaları ve değerler ile donatılmışlardır. Sağlık eğitimi uzmanları tarafından önerilen yeni fikirlere göre nasıl davranılacağı ve nasıl kabul edileceğine önce bu değerler süzgecinden geçirilerek karar verilir. Bu değerler filt-

resi, halkın nelerin farkında olduğu, nelere önem verdiği, nelerle uzlaşıp, nelerle uzlaşmayacağı neleri araştıracaklarına ve nelerden uzak duracaklarına karar verebilmelerini sağlayacak standart değerlerdir. Etkili bir eğitimci bu değerleri anlamalı, kendi toplumu ile ilgili bilgilere dayalı ve değerler sistemine uygun varsayımlardan hareket etmelidir. (Health education, 1986).

Ailelere ve bireylere, aile planlaması ile ilgili eğitim, danışmanlık hizmetleri ile sağlanır. Danışmanlık hizmetleri de genel sağlık eğitimi ilkeleri çerçevesinde gerçekteştirilir. Eğitim verilebilmesi için önce sorun belirlenmeli daha sonra bu eğitime gereksinim duyan hedef kitle saptanmalıdır. Verilen eğitimin etkililiği sorunun, çözümlenmesinin gözlenebilmesi sonucunda ortaya çıkacaktır.

Sağlık eğitimi kısaca, olumlu ve doğal inanışlar gözardı edilmeden, yeni davranış örüntüleri oluşturma yoluna gitmeyi amaçlar.

Kuramsal olarak bir davranış değiştirilebilir, ancak, ilk olarak davranışı oluşturan kuramsal etkenlerin belirlenmesi gerekir. Daha sonra da belirlenen bu engellere uygun kuram seçerek uygulamak gerekir. Bir eğitim deseni yaklaşımı üretmek gerekir. Geçerli kültürel inanışlar, değerler ve pratikler, zaman, para, alan, donanım eksikliği, seçme özgürlüğü, kavrayış, ihtiyaçları hissetme, harekete geçirme, beceriler, kültürel ve yerel destekler, uzlaşmada ortaya çıkan engeller olarak sayılır.

Bir çok eğitim çalışması, bu engeller konusunda yeterince çalışma yapılmadığı için başarısız olmaktadır. Sağlık eğitimcisi,

1. Toplumlarla çalışırken, sosyal ve ekonomik şartları belirlemeli ve toplumda bir değişiklik için sosyal engelleri tanımalıdır.

2. Eğitim stratejileri özenle belirlenmeli, mesajlar, kişisel kontrol altında tutulmalı ve engelleri kaldırmak amaçlanmalıdır.

3. Önerileri yeni davranışın ideal çözüm olmasında, yararlı olacağı vurgulamalıdır.

Herhangi bir durumda, faktörlerin yapısını ve güçlüğünü belirlemek ve değerlendirmek gerekir. Bu engeller, sağlık eğitimi planının davranış değişikliği görüşünü kolaylaştırır veya zorlaştırır. Eğitimsel mesajları kanallar ve yardımlar hepsi bu faktörler çerçevesinde incelenmeli ve tesbit edilmelidir. Bireysel tedaviye yönelik etkinlikler sadece o bireyin sağlık sorununa çözüm getirir, ancak toplum üzerinde etkili olamaz. Herhangi bir sağlık hizmetinin tüm topluma mal edilmesini sağlamak, bireysel ve toplumsal eğitim hareketleri ile başarılı olabilir. "2000 yılında herkese sağlık" sloganının amacına ulaşabilmesi ancak, çok iyi planlanmış bir sağlık eğitimi projesi ile gerçekleştirilebilir (Health education, 1986).

Sağlık eğitimi, esas olarak bireylerin kendi sağlık problemleri ile ilgili konularda kendi kendilerini yetiştirmelerini, geliştirmelerini ve ayrıca problemin nedenleri ve kendilerini bundan korumanın yollarını öğretmeyi kısaca kendi sağlıkları konusunda bireyleri, bilgili ve bilinçli kişiler olarak yetiştirmeyi amaç edinir. Sağlık eğitiminde, kitle iletişim alanındaki gelişmeler, özel sektörün pazara girmesi, bilişsel gelişim ve güdüleme ile ilgili bilimsel araştırmalar alanı zenginleştirmiştir. Sağlık eğitimi kişi, grup veya toplumun tamamının, sağlık ile gönüllü olarak ilgilenmesini kolaylaştırmak üzere desenlenmelidir.

Sağlık eğitiminin sonuçları uygulanan eğitim programlarının başarısı ya da etkinliği ulaşılabilen hedef kitle oranlarının belirlenmesi, konu ile ilgili mesajların hedef kitle tarafından nasıl algılandığının gözlenmesi ile değerlendirilir ve sağlık statüsünde genel bir değişiklik bilgi, tutum ve eğitimsel sonuçlardaki değişikliklerin değerlendirilmesi ile açığa çıkar. İnsan davranışlarını değiştirmeye çalışmak her zaman kolay değildir, ancak zorlayıcı şartların olduğu durumlarda, örneğin sağlık sözkonusu olduğunda gerçekleşebilir, bu durumda da sadece bilgi verilmesi yeterli olmaktan çok uzaktır. Sağlık eğitimi

zaman alıcı, çok dikkatli ve iyi eğitilmiş sağlık girişimcileri tarafından uygulanacak planlama ve strateji gerektirir. Sağlık konusunda bir davranış değişikliği oluşturabilmek için, ilk olarak davranışı etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ve belirlenen engelleri (kültürel inanışlar, değerler, zaman, ihtiyaç hissetme, kavrayış, seçme özgürlüğü gibi) gözönüne alınması, ortamların iyi tanınması ve bu engelleri ortadan kaldıracak stratejilerin oluşturulması başarılı bir sağlık eğitimi programı desenlenebilmesi için çok önemlidir (Health education, 1986).

Toplumun sağlık konusunda bilinçlendirmek, sağlık eğitiminin çok önemli ve de kanunlarla belirlenmiş özelliği olmakla birlikte tek amacı değildir. Toplumsal çevre, sosyal, ekonomik ve politik yönleri ile ele alınarak, sağlık konusuna da bu açıdan bakmak gerekir. Kişilerde oluşan davranış değişiklikleri, toplumsal davranış değişikliklerini oluşturur. Kişilerin ve toplumun böylece kendine saygı duyması ve problem çözme yeteneklerini geliştirmesi, devletle el ele ya da değişik sağlık eğitimi programlarına katılarak sağlık problemlerini çözmelerini sağlamaktadır. WHO (World Health Organization), Dünya Sağlık Örgütü, bu yaklaşımdan hareketle, tüm dünyadaki toplumların sağlık problemlerini çözmeye yönelik eğitim vermeyi amaçlamaktadır.

Dünya toplumlarında oluşturulan komitelerle sağlık problemlerini çözmeye ya da yenileştirmeye yönelik projeleri destekleyerek, daha sağlıklı bir dünya sağlamaya çalışmaktadır. Örneğin Kore'de (The Planned Parenthood Federation of Korea) adlı bir komite annelerin kurduğu bir klube destek vermek üzere çalışmalar yapmakta söz konusu Anneler klübü ise aile planlaması ile ilgili bilgiler vermekte, kontraseptif dağıtmakta ve aile planlaması pratiklerine destek ve cesaret vermektedir.

Sağlık eğitimi ortamlarında, eğitimsel yaklaşımda eğitimcinin ortamı da çok önemlidir. Bu eğitimci (animatör, motivatör, organizatör ya da öğretmen olabilir). Bu ortamlarda eğitici, kişilerin tartışma ortamında kendilerinin problemi farketmelerini tanımlamalarını, çözümü için olumlu davranışlar

gerçekleştirmesini sağlamaya çalışır.

Resmi olmayan eğitim, politik olaylardan bağımsızdır. Eğer eğitimde resmi bir nitelik bulunursa, başarı şansı daha yüksek olacaktır. daha etkili ve sağlıklı olmasının yanında, bu kere de daha çok çalışana ve parasal desteğe gereksinim duyulacağından maliyet yükselecektir.

Tanıtım (promosyon) yaklaşımına göre ticari pazar (marketing) teriminden yola çıkılarak, sosyal pazar davranışlarda istendik değişiklikleri oluşturmayı amaçlamaktadır. Promosyon stratejisi ya da sosyal pazar, diğer ticari pazarda olduğu gibi davranışlarda belirli bir değişikliği oluşturma (psikoloji, zaman ve diğer maliyetler gözönüne alan) programlarında başarıyı amaçlayan bir sistem yaklaşımıdır.

Davranış değişikliğinin oluşturulmasında, sistematik bir yol izlenerek, özel bir davranış, özel bir ürün kullanma ya da bir davranışın adaptasyonu için, sosyal pazar kullanılır.

Aile planlaması alanında, sosyal pazar, kontraseptif pazarlama ve reklamlar, radyo, TV, reklam panoları kullanma, el ilanları veya diğer iletişim kanallarını kullanmaktadır. Tipik halk sağlığı programlarında çoğu zaman, ihtiyaca göre sosyal pazar çalışması gözardı edilmektedir.

Verilmesi istenen mesajın verilme yolları, ya da dinleyici ile danışma tekniklerinin en önemlileri.

1. Odak grup çalışmaları: Tipik bir dinleyici kitlesinin ya da yapılanmamış odak gruplarının konu ile ilgili bilgi, davranış ve alışkanlıklarını öğrenmek üzere sözlü soruların kullanıldığı grup çalışmalarıdır. Bölgesel sağlık kültürünü niteleyici bilgiler bu yolla toplanabilir.

2. Pazar araştırması: Daha organize bir çalışma olup, servis maliyetlerini ve pazara giriş yollarını araştırır.

3. Antropolojik gözlem metodları: Eğitilmiş kişilerce yapılan gözlemler

sonucunda problemleri ve çözümleri araştırır. En uygun ve kolay çalışılacak programı yapmak üzere yardım sağlar.

Mevcut yöntemlerin dışında pazarlama kampanyası ile düzenli ve sürekli bir pekiştirme ile kalıcı davranış değişikliği oluşturmak gerekir. Ancak bu şekilde yeni davranış kültürel bir norm özelliği kazanabilir. Eğer mesaj yeterince tanıtılır, etkileşimler yeterince fazla olursa, komşu, akraba, arkadaş gibi toplumun % 60'ına ulaşabilecektir. Sosyal pazar yolu ile kişiler oldukça basit sloganlarla, basit davranış değişikliklerine güdülenebilirler. Ancak bu yöntem oldukça pahalı olup, sağlık eğitimine uygunluğu tartışılır. devlet bütçesi genellikle bu konularda yetersiz kaldığından, çalışmalar fonlarla desteklenir. Her ne kadar ticari pazarla aynı özellikleri gösterdiği düşünülüyorsa da, sosyal sonuçlar, ticari ürünlerden çok farklıdır. Sosyal sonuçlar, ticari ürünler gibi müşteriye anında fazla bir tatmin sağlamaz. Sosyal sonuçların alınacağı hedef kitle genellikle fakir ve az eğitim görmüş kişilerdir ve başarılı bir sonuç için hedef kitlenin davranış değişikliği gerekmektedir. Sonuçta sosyal pazar çok iyi planlanmalıdır. Politik ve ekonomik faktörler başarı şansını azaltmaktadır, kişide oluşturulabilen davranış değişiklikleri oldukça sınırlıdır.

Sağlık eğitimi, yüzyüze eğitim ya da kitle iletişim araçları ile gerçekleşir. birçok program, her iki kanalı da kullanır. Bazı durumlarda da, konunun özelliğine göre, biri diğerinden daha etkili olabilir. Dinleyicinin özelliğine, kaynaklara, konulara göre kullanılacak program stratejisi, uygun yöntem ve materyal seçilmelidir.

Halk ile sağlık eğitimcisinin her görüşmesinde eğitimsel bir boyut vardır. Ev ziyaretleri, toplantılar, klüp toplantıları gibi faaliyetler hep eğitimseldir. Yüzyüze görüşmelerde bir takım sınırlamalar vardır. Ancak hiçbir eğitim durumu, dinleyici ile konuşmacının karşı karşıya olmasından daha etkili olamaz. Eğitimin etkili olup olmadığı kısa sürede eğitimci tarafından gözlenebilir.

Kitle iletişim araçları ile halk eğitiminin de pekçok avantajı vardır.

Öncelikle fazla sayıda dinleyiciye, en hızlı yoldan ulaşmak, kişi başına maliyet hesaplandığında oldukça hesaplıdır. Bu yöntem dinleyiciyi, harekete geçirme de öğretmede, pekiştirmede, bilgi verme ve yaratıcılığı oluşturmada etkilidir.

Derinlemesine bir tutum değişikliği yaratması, karmaşık becerileri öğretmesi, kitle iletişim araçları ile mümkün değildir. Bunlar için ev ziyaretleri ve uygulamalar gereklidir.

Sağlık eğitiminin planlaması, organizasyonu ve uygulanmasında bazı önemli basamaklar, şunlardır;

1. Durum analizi araştırmaları ile sosyal hareketlilik ve haberleşmenin belirlenmesi.
2. Hedef kitlenin belirlenmesi, değiştirilmesi istenen davranış ya da tutumun belirlenmesi.
3. Bu amaçları, ya da hedef kitleyi etkileyecek engellerin, dirençlerin, sınırlılıklarının belirlenmesi ve buna göre mesajların oluşturulması ,önceliklerin belirlenmesi, medyanın kullanılma yöntemlerinin tesbit edilmesi.
4. İletişim kaynaklarının tesbit edilmesi ve problemin çözümünde, en iyi nasıl kullanılabileceğinin belirlenmesi.
5. Ortam, enstitü ve methodun, hedef grup ve hedef mesajlarla birleştirilmesi.
6. Maliyetlerin saptanması.
7. Eğer gerekirse ekstra kaynakları planlanması.
8. Karar vermede belirsizlikler en aza indirilirken stratejilerin yapılandırılması.
9. İzleme ve değerlendirme için yöntem geliştirilmesi.

Bu yeni bir yaklaşım değildir, iletişim stratejisi diğer program elemanları ile birlikte, programın temin etmeyi planladığını, talep etmeye yönlendirmelidir. Kısaca, ihtiyaç, talep ile sunumu birleştirmelidir.

Birbirine bağlı ve koordineli bir stratejide çalışabilecek gruplar, Sağlık Bakanlığı, özel gönüllü kuruluşlar, destekleyiciler, Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri

Bakanlığıdır. Ayrıca, resmi ya da resmi olmayan eğitim programları, kırsal geliştirme programları, kooperatifler, Sağlık Bakanlığının önderliğinde yapılan çalışmalardır.

Koordineli bir eğitim stratejisi ile sağlık çalışanları, öğretmenler, posterler, radyo, TV ve bütün diğer medya araçları, sağlık eğitiminde kullanılır, ve medya araçlarının çeşidine önem verilmeksizin mesaj karşılıklı desteklenerek ve pekiştirilerek bir harmoni içerisinde tekrarlanır. Kişisel kampanyalar ve projeler eğer diğer stratejilerle birlikte çalışırsa daha da başarılı olur.

Genellikle gelişmekte olan ülkeler bütçelerinden eğitime de, eğitimci yetiştirilmesi içinde fon ayıramazlar. Diğer ülkeler ya da kuruluşlardan daha çok iletişim araçları talep ederek bölgesel çözümler aramayı tercih ederler.

Sağlık eğitim organizasyonunun, bölgesel ve uzak bölgelerdeki düzeyi, ülkenin büyüklüğüne ve kültürel yapısına, mevcut fonlara ve takip edilecek stratejilere bağlıdır. Büyük ülkelerde, ülke bazı bölgelere ayrılarak, bölgeye özgü ulusal düzeyde eğitim çalışmaları yapılabilmektedir. Sağlık Eğitiminde kampanyalar çok önemlidir. Bebek emzirmesi, aile planlaması, bağışıklık ve ishal gibi konularda birçok gelişmekte olan ülkede tanıtım kampanyaları yapılmaktadır. Kampanyalar, davranış değişikliği ve uzun süreli özel aktiviteler geliştirilmesini sağlar. Kampanyalar yeni bir davranış ya da tutum geliştirmez, var olan üzerinde etkili olur, yaratıcı, geliştirici ve kalıcı davranışlara dönüşmesini sağlar. Genel olarak bütün yaklaşımlar ve teşvik edici unsurlar sağlık eğitimcileri ile çalışanlarını cesaretlendirir. Sağlık Eğitiminin sonuçları, sağlık statüsünde genel bir değişiklik, bilgi, tutum davranış ve eğitimsel sonuçlardaki değişikliklerin değerlendirilmesi ile açığa çıkar.

Sağlık eğitimi programlarının başarısı ya da etkinliği aşağıdaki soruların cevapları ile değerlendirilir.

1. Hedef dinleyici kitlesinin yüzde kaçına ne kadar sıklıkla ulaşılabilmektedir.

2. Dinleyiciler verilen mesajın, ya da izlenen görüntülerin ne kadarını almıştır.

3. Mesaj transferinden sonra, dinleyici ne kadarını hatırlamaktadır.

Aile Planlaması, Eğitim Ve Danışmanlık

Aile planlaması için hedef nüfus kavramı, aile planlaması hizmetlerinin etkin bir biçimde yönlendirilmesi açısından önem kazanmaktadır. Bu anlamda, aile planlamasında hedef nüfus, bu hizmetten doğrudan ve dolaylı olarak kısa ve orta vadede fayda sağlayabilecek olan tüm bireylerdir. Aile planlaması herşeyden önce, sosyo-kültürel değer yargılarını içeren bir anlayış, bilinç ve bilgi sorunu olduğuna göre bir anlamda öğrenme yeteneğine sahip olan tüm nüfusun, aile planlaması ile ilgili minimum bilgiye ve aile planlamasına açık bir anlayışa ulaşması gerekmektedir (Türkiye'de nüfus konuları, 1993:87).

Aile planlamasıyla ilgili bilgilerin bireylere, tek tek ya da gruplar halinde ulaştırılabilmesi için en uygun yöntem danışmanlık yolu ile iletişim kurulmasıdır. Danışmanlık, iki insanın yüzyüze konuşurken birinin diğerine yardımcı olmasıdır. Danışmanlığın temelinde iletişim bulunmaktadır. Bireyler gruplar ya da örgütler arasında değişik düşünce, bilgi ve duygu iletişimi ile ortak bir anlayışın yaratılması ve karşılıklı etkileşim sağlanmasıdır. Kişiler arasındaki iletişim ilk görünüşte kolay bir olay gibidir. ancak gerçekte son derece karışık bir işlev olup davranışları etkileyen bazı psikolojik dalgalanışlar bu işlevi daha da karmaşıklştırmaktadır. Ayrıca, anlatılanların kişilerce algılanması kişiden kişiye deneyim alanlarındaki ayırma göre değişiklik gösterdiğinde ayrı bir güçlük doğurur. Aile planlaması hizmetlerinde etkili bir iletişimle danışmanlık yapılarak, kişilere, uygun seçim yapmaları ve onlar için en uygun olan aile planlaması yöntemini doğru olarak kullanmaları ya da yöntemlere bağlı olarak gelişen olumsuz durumlarda ailelere yardımcı olmaları sağlık personelinin görevlerindedir. Danışmanlıkta anlayış, doğruluk ve saygı vardır (Aile sağlığı ve aile planlaması el kitabı, 1992: 152-153).

Nitelikli bir aile planlaması hizmeti sunmada ailelerin yani bireylerin

(kadın-erkek) bilgilendirilip eğitilmeleri, kendilerinin, ailelerinin ve toplumun iyiliği ve sağlığı için aile planlaması hizmetlerinden faydalanmaları konusunda yönlendirmeleri için, kendilerine yeterli danışmanlık hizmeti verilmesi, yöntem uygulamaktan daha önemlidir. Ayrıca çok önemli diğer bir konu ise sadece herhangi bir yöneme başlamak değil o yöntemi uygun bir şekilde kullanmayı sürdürmektir. Bu da ancak ailelere yeterli bir danışmanlık hizmeti verilerek sağlanabilir.

Aile planlamasındaki, sağlık eğitiminin hedefi, hizmet nerede verilirse verilsin aynıdır. Hastane, klinik, poliklinik ya da aile planlaması hizmeti veren herhangi bir sağlık kurumuna başvuran kişi seçtiği aile planlaması yöntemine ilişkin yeterli bilgiyi, yöntemi emniyetle ve etkili bir biçimde kullanabilmek için öğrenmelidir. Güvenilir, sağlık eğitimcisi, öğretmenler, hekimler, hemşireler, diğer sağlık personeli veya sağlık dışından olan kimseler, kısaca danışmanlık hizmeti verecek olan kişiler mutlaka şu konular da bilgi sahibi olmalıdır.

1- Kullanılacak yöntemlerle ilgili uygulamalardaki temel bilgiler,

2- Erişkin eğitimindeki prensip ve uygulamalar (Hatcher ve diğerleri, 1990: 456).

***Aile planlaması konusunda kimlere danışmanlık yapılabilir?**

1. Daha fazla çocuk sahibi olmak istemeyen çiftlere,
2. Kendisine en uygun yöntemi seçmek isteyenlere,
3. Seçilmiş bir yöntemi en doğru ve fonksiyonel biçimde kullanmak isteyenlere.
4. Cerrahi sterilizasyonu seçmiş çiftlere,
5. Yöntem kullanmalarına rağmen gebe kalmış kadınlara ve eşlerine,
6. İstenmeyen gebeliği olan çiftlere,
7. İstedikleri halde çocuk sahibi olamayan çiftlere, danışmanlık hizmeti verilmelidir (Ana sağlığı ve aile planlaması el kitabı, 1992 : 153).

Danışmanlık hizmeti, sağlık eğitimi hizmetlerinin bir parçasıdır. İyi ve yeterli verilen bir danışmanlık, aile planlaması yöntemi kullanan çift sayısını arttıracaktır. Aile planlaması çalışmalarında, hedef kitleye uygun danışmanlık hizmeti götürülmesi görevin yarı yarıya tamamlanması demektir.

Nüfus Kuramları

Nüfus büyüklüğü tarih boyunca toplumların yaşamında önemli bir rol oynamıştır. Nüfus sayımına ilişkin bilgiler her çeşit planlama için büyük önem taşır. Yiyecek, barınak, okul ve sağlıkla ilgili birçok sorunun çözümü bakımından insan sayısı ile nüfusun özellikleri ve hareketleri önem taşır. Bu görüşte olanlar, az gelişmiş ülkelerde sıkı bir doğum kontrolü önermektedir. Karşı görüş ise, dünyada kaynakların büyük oranda sanayileşmiş ülkelere tüketildiğini doğal kaynaklardan da en çok sanayileşmiş ülkelerin yararlandığını ileri sürmektedir. Dünyada nüfus artışının yarattığı sorunların çözümü için ülkelerin dengeli kalkınmalarını sağlanması gereklidir (Tuncer, 1976: 76-86).

Nüfusun bilimsel olarak ele alınışı, toplam nüfus, nüfusun artış hızı ya da ölüm oranları üzerinde yapılan çalışmalar ilk olarak İngiltere'de 17. yüzyılda başlamış ve nüfus biliminin (demografi) doğuşu gerçekleşmiştir. 18. yüzyılın sonunda Thomas Robert Malthus'un ileri sürdüğü görüş ve öneriler nüfus alanındaki düşünce ve gelişmeyi çok büyük ölçüde etkilemiştir. Malthus'un ünlü nüfus kuramına göre, dünya nüfusu, yiyecek maddeleri üretiminden daha hızlı artmaktadır. Eğer bu hızlı artış düşürülmezse dünya üzerinde yaşayanların beslenmede sorunlarla karşılaşması kaçınılmaz olacaktır. Malthus'a göre kıtlık, salgın hastalık ve savaşlar nüfusu denetlemektedir. Ayrıca Malthus toplumda evliliklerin azaltılmasını, geç evlenmeyi öneriyor ancak, ahlakal gerekece ile doğum kontrolüne karşı çıkıyor ve evli olmayan kadınların cinsel ilişkilerden olabildiğince kaçınmasını öneriyordu ve buna "moral sakınma" adını vermişti (Tuncer, 1976: 31).

Karl Marx ve destekleyicilerine göre ise bir ülkedeki doğurganlık oranı o ülkenin kültürel yapısı ve ekonomik gereksinimleriyle doğrudan ilgilidir. Diğer taraftan hızlı nüfus artışının gelişmiş ülkelerde de , ülkenin gelişmesine engel olduğu, kaynakları tüketerek sanayileşmeyi de engellediği öne sürülmektedir. Özellikle , Marx' a göre Avrupa'daki toplumların karşılaşmış olduğu, nüfus artış sorunu, insanların biyolojik güdülerinin sonucu değil, fakat kapitalist üretim sürecinin bir ürünüdür (Tuncer, 1976: 34).

Günümüzde demografik evrim kuramı denildiğinde Blacker'in üç aşamalı dönüşüm kuramı akla gelmektedir. Birincisi, doğum ve ölüm oranları yüksektir, ikinci aşamada ölüm oranları düşerken doğum oranları yüksek kalır.üçüncü aşamada ise ölüm oranlarının yanında doğum oranları da azalır ve nüfus artış hızı çok yavaşlar (Tuncer, 1976: 38-39).

Demografik evrim ya da demografik değişim kuramına göre, ölüm oranlarında meydana gelen azalmayı belli bir süre sonra doğum oranlarındaki azalmanın izlemesi, sanayileşmeye çalışan ülkeler için de geçerlidir .Bu kurama göre gelişmekte olan ülkelerde, birey başına gelir arttıkça, ekonomik yapısı sanayileşme yönünde değiştikçe, kentlerde oturanların oranı ile eğitim olanakları arttıkça doğum oranları düşecektir. Sonuç olarak sosyal ve ekonomik gelişmenin doğurganlık üzerindeki etkisi oldukça özel bir önem taşımaktadır. Doğurganlıktaki bu değişme ile ilişkili olması beklenen diğer sosyal ve ekonomik gelişme değişkenleri arasında, eğitim değişkeninin özel bir ağırlığı olduğu, konu ile ilgili hemen bütün araştırmalarda açıkça ortaya çıkmaktadır. Eğitim, doğurganlığı çok çeşitli yollarla etkileyebilir, örneğin, tutum ve davranışlarda değişiklik ya da doğum kontrol yöntemlerinin daha iyi anlaşılması ve daha etkin uygulanabilmesi ancak eğitim ile olanaklıdır. Özellikle kadın eğitiminin, doğurganlığa olumsuz yönde etki yaptığı bütün araştırma bulgularında gözlenmektedir (Tuncer, 1976: 35).

Demografik dönüşüm kuramının klasik ifadesi, en iyi kontraseptifin

kalkınma, olduğunu önermesidir. Gerçekten bu düşünce, 1974'te Bükreş'te dünya Nüfus konferansına katılan çoğu kişi tarafından benimsenmiştir. Bu konferanstakiler aile planlaması programlarının doğurganlığı azaltıcı etkisi olacağını, dolayısıyla nüfus artışını azaltmada anahtar rolü oynayacağını benimsemişlerdir. Çiftlerin istediği sayıda çocuğa sahip olma konusundaki bilinçli karar alma ve uygulama haklarını vurgulamaya ve bu hakka anlam kazandırmak için eğitim ve teknik yardım sağlama özellikle kadının statüsünün yükseltilmesi ile birleşince, doğurganlığın azalmasında çok önemli bir rol oynayacaktır (Hatcher ve diğerleri, 1990:52).

SORUN

TCDD 6. Bölge Başmüdürlüğü bünyesinde hizmet vermekte olan biyokimya laboratuvarında gebelik testleri yapılmakta olup, bölge personeli kadınlar ve erkek personelin eşleri bu hizmetten yararlanmaktadır. Bu kurumda, genel müdürlük emri ile başlatılan ana-çocuk sağlığı ve aile planlamasına ilişkin çalışmalar sırasında, TCDD'de görev yapan personel ve eşlerinden pek çoğunun aile planlaması konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır. Test yaptırmak için laboratuvara başvuran personelin ve kadın eşlerin, gebeliklerden, özellikle de istenmeyen gebeliklerden kendilerini sorumlu tuttukları ve suçluluk duydukları da gözlenmektedir. Oysa çok kısa bir görüşme sonunda bile etkili olmayan, geleneksel korunma yöntemlerini kullandıkları, modern ve etkili korunma yöntemleri ile ilgili bilgilerinin ise yetersiz olduğu kolayca anlaşılmaktadır. Bu noktada en önemli eksiklik, bu kuruluşta ailelere danışmanlık hizmeti verilmeyişidir.

Biyokimya laboratuvarına başvuranlar arasında üçüncü ya da dördüncü gebelikleri süresinde ve sonrasında anemik vakalara ve ne yazık ki kan grubunu bilmeyen kadın elemanlara bile rastlanmaktadır. Sık gebelik, fazla sayıda doğum, kürtaj ve düşük gibi kendi sağlıklarıyla doğrudan ilgili konularda da kadın personel ve personel eşlerinin bilgi sahibi olmadıkları, kadın ve

anne olarak sağlıklarının kendileri ve çocukları için ne denli önemli olduğunun bilincinde olmadıkları da gözardı edilemeyecek kadar önemli bir sorun olarak çözüm beklemektedir.

Şubat 1994 tarihinde bölgemiz sağlık müdürlüğünde aile planlaması çalışmalarına başlanmıştır. Ancak, TCDD personeli ve eşleri herhangi bir başka sağlık sorunu için hekimliğe geldiklerinde bu hizmetin varlığını, sadece duvar panolarından öğrenmektedirler. Diğer yanda bu kesimin konuya ilişkin sorunları, ancak merkeze gelebilen ve/veya gebelik testi için başvuran personel ve eşleri ile yapılan kısa görüşmelerle ortaya çıkmaktadır. Bu bulgular da bize TCDD'nin sağlık konusundaki etkinliklerini duyurma ve yaymada ne kadar sınırlı olduğunu göstermektedir.

Hedef kitlenin, etkili ve modern korunma yöntemleri ile birlikte cerrahi sterilizasyon uygulamalarına geçebilmesinde şimdiye kadar kullanılan yöntemlerle ilgili bilgi ve eğilimlerin belirlenmesi, bu konuda uygulanması planlanan eğitim programların ana temelini oluşturacaktır. Bölge personeli ve eşlerinin de bu hizmetlerden yararlandırılabilmesi için, öncelikle bu bölgede çalışanların aile planlamasına ilişkin bilgi, görüş ve eğilimlerinin belirlenmesi-ne gereksinim vardır.

Ayrıca, TCDD hastanelerinde en etkili ve modern yöntemlerden birisi olan cerrahi sterilizasyon konusunda hizmet verilme aşamasına gelinmiştir. Ancak, TCDD'nin ana çocuk sağlığı ve aile planlaması çerçevesinde şimdiye kadar yaptığı ve yapacağı tüm etkinliklerin hedefine ulaşabilmesi için sürekli değerlendirme ve araştırma yapılmasına gereksinim vardır. Bu nedenle hem yeni çalışmalara bilimsel temel oluşturulabilmesi hem de yapılacak tüm çalışmalara etkinlik kazandırılması amacıyla bölge çalışanlarının aile planlaması çerçevesinde şimdiye kadar ne bildiği, ne bilmediği, ne yaptığı, ne yapmadığı, niçin yapmadığı ve özellikle etkili modern korunma yöntemleri konusunda bilgi görüş ve eğilimlerinin belirlenmesi gerekmektedir.

Yaklaşık iki yıl önce başlayan aile planlamasında etkili ve modern korunma yöntemlerine ilişkin çalışmalar Ankara ve Eskişehir TCDD hastanelerinde hizmet verme aşamasına gelmiştir. Aynı proje çalışmalarında Adana 6. Bölge de yer almaktadır. Ancak bu etkinliklerin daha etkili ve verimli olabilmesi için öncelikle bu bölge çalışanlarının, aile planlamasına ilişkin bilgi, görüş ve eğilimlerinin ortaya çıkarılması gerekmektedir. Araştırmada da bu sorunlara yanıt aranmaya çalışılmıştır. Böylece araştırma sonuçları daha sonraki aşamalarda yapılması planlanan eğitim programı ve uygulama stratejileri için gerekli veri tabanı oluşturacaktır.

ARAŞTIRMANIN AMACI

TCDD genel müdürlüğü, sağlık dairesi tarafından TCDD sağlık kuruluşlarında yürütülmekte olan koruyucu sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasını sağlamak amacıyla uluslararası bir kuruluş olan AVSC (gönüllü cerrahi sterilizasyon) ve Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonu ile kapsamlı bir proje gerçekleştirilmesi kararlaştırılmıştır. Ülkemizdeki hızlı nüfus artışı da dikkate alınarak kurum personeli ve eşlerine hizmet vermesi planlanan, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin TCDD sağlık hizmetlerine eklenmesi çalışmalarına başlanmıştır.

Bu araştırmada iki temel soruna yanıt aranmıştır. Bunlar:

I. TCDD 6. Bölge Başmüdürlüğü personel ve eşlerinin evlilik öncesi ve evlilik süresince aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi, görüş ve eğilimlerinin saptanmasıdır.

II. Ayrıca, araştırmada, hiç aile planlaması yöntemi kullanmayanların,

A. Kullanmama nedenlerinin saptanması.

B. Kullanmama nedenlerinin demografik faktörlerle (cinsiyet, yaş, eğitim)

ile ilişkilerinin belirlenmesi,

C. Modern ve etkili yöntem kullanma konusunda ve özellikle yeterince çocuk sahibi olmuş ve başka çocuk istemeyen ailelerdeki kadınların tüpligasyon, erkeklerin de vazektomi konusundaki görüşlerinin saptanması ,

D. Kurumda verilen aile planlaması hizmetlerine ilişkin bilgi, görüş ve eğilimlerin saptanması amaçlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN GEREKÇESİ VE ÖNEMİ

Türkiye % 2.7'lik nüfus artış oranı ile dünyada nüfus artış oranı yüksek ülkelerden biridir. Bu yüksek oranın ülkemizin sosyal ve ekonomik kalkınması ile, başta anne ve çocuk sağlığı olmak üzere aile sağlığını olumsuz yönde etkilediği bilinen bir gerçektir. Bu olumsuzluğu en aza indirmek, ancak aile planlaması konusunda ailelere ve bireylere, bilgi verebilmek, alınan önlemlerin etkinliği yönünden çok önemlidir.

Aile planlaması çalışmaları ile ana-çocuk sağlığını iyileştirmeye yönelik çalışmalar birbirinden ayrılamaz. Bir annenin ölümü, ailenin içine düşebileceği en sarsıcı durumlardan biridir. Annenin kaybı hayatta kalan aile üyelerinin psikolojik dengelerinin bozulmasına neden olacaktır. Bir çok ailede annenin ölümü çocuklarının sağlık, bakım ve fiziksel sağlığı üzerinde de olumsuz etki yapacaktır. Daha fazla gebelik istemeyen kadınların, ailelerin kontraseptif kullanması ana ölümlerini belirgin şekilde azaltabilir (Hacther ve diğerleri, 1990:15).

Ülkemizde aile planlaması konusunda değişik görüşler vardır. Örneğin;

Unat, "Dünya da ve Türkiye de Aile Planlaması" konulu yayınında.

Nüfusumuzun çoğalmasından endişelenenlerin teşfik ve yardımıyla bizim sağlık kuruluşlarımıza yaptırılan daha çok aydınlarımızın neslini kıracağı ve yurdumuzun farklı bölgelerinde değişik sonuçlar vereceği şimdiden anlaşılan bu faaliyetten toplumumuzda onarılamayacak yaralar açılmadan vazgeçilmeli, çalışmalar yalnız ana ve çocuk sağlığına yöneltilmelidir (1988: 5).

demektedir. Kuşkusuz aile planlaması eğitim ve hizmetlerinin temelinde anne ve çocuk sağlığına önem verilmesi gereği yatmaktadır.

Bakanlar kurulunun 21.09.1983 tarih ve 83/7083 sayılı kararı ile kabul edilen ve 06.10.1983 tarih ve 18183 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 509 sayılı nüfus planlaması hizmetlerini yürütme yönetmeliğinin 2. maddesinde.

"Bu yönetmelik nüfus planlaması eğitim, öğretim ve uygulama hizmetlerini yürütmekle yükümlü bulunan Sağlık ile, Milli Savunma, Milli Eğitim Sosyal Güvenlik Bakanlıkları, Yüksek Öğretim Kurumları, Türkiye Radyo Televizyon Kurumu Sosyal Güvenlik Kurumları, Tüm Kamu Kurumları ve Kuruluşları, Kamu Kurumu niteliğindeki ilgili meslek kuruluşları özel ve gönüllü kuruluşları kapsar denilmektedir."

TCDD bir kamu kuruluşudur ve TCDD genel müdürlüğü, sağlık dairesi başkanlığı, 2827 sayılı nüfus planlaması hakkındaki kanun, ilgili tüzükler ve yönetmelikler esas alınarak, aile planlaması eğitim ve hizmet çalışmalarının, kurumda verilmekte olan diğer sağlık hizmetlerine ilave edilmesi için gerekli çalışmaları yapmaktadır. Çalışmaların başlangıcından bu yana gerek eğitim çalışmaları, gerekse hizmet sunumunda sağlık bakanlığının ilgisi ve desteğinin büyük yardımı olmuştur.

TCDD genel müdürlüğü sağlık dairesi başkanlığı'na bağlı hizmet veren sağlık müdürlükleri bölgelerde merkez hekimliği ve kısım hekimlikleri olarak, TCDD personeli ve aile bireylerine sağlık hizmeti sunmaktadır. Türkiye genelinde 7 bölge bulunmaktadır. TCDD hastanelerinin bulunduğu bölgeler dışındaki bölgelerde, personel ve ailesinin ilk başvurdukları sağlık kurumları bölge sağlık müdürlükleri ya da kısım hekimlikleridir. 6. Bölge Sağlık Müdürlüğü'ne, bağlı kısım hekimlikleri ile birlikte Konya'dan Nusaybin'e kadar uzanan demiryolu hattı boyunca demiryolu personeli ve ailelerinin sağlık sorunlarına çözüm bulunabilmesi için hizmet vermektedir.

Bu araştırmanın bulguları ve sonuçlarıyla, bölgemizde, 6. Bölge (Konya - Nusaybin arası), gerçekleştirilmesi planlanan ve ilgili dairece yapılandırılacak, aile planlaması yöntemleri, kullanılması ve uygulamasıyla ilgili eğitim ve hizmet sunumu konulu projeye kaynak oluşturması düşünülmektedir.

Bölge personeli ve eşlerinin sağlık müdürlüğü bünyesinde kurulmuş bulunan aile planlaması çalışmalarından yararlanmalarını, modern ve etkili koruma yöntemleri kullanma konusunda bilgi sahibi olmalarını sağlamak için, bu araştırmanın sonuçları, sözkonusu kitleyi bilgilendirme ve hizmet alımında artış sağlanması konusunda uygulanması gereken eğitim stratejelerinin belirlenmesinde yardımcı olacaktır.

Araştırmanın amaçları doğrultusunda, araştırma sonuçlarının hayata geçirilmesi ile aile planlaması biriminde sunulan hizmetlerin alımında artış sağlanabileceği düşünülmektedir. Aile planlaması konusunda personel ve eşlerine yeterli eğitim verilmesinin sağlanması, en önemlisi hiç bulunmayan danışmanlık hizmetinin verilmesi, özellikle erkeklerinde aile planlamasındaki sorumluluklarının farkında olmalarının sağlanması araştırma için çok önemlidir.

Hizmet vermede, ihtiyacı olan kesime hizmet verilmesini sağlamak, toplum kalkınması aracılığı ile kadınlarımızın sağlık ve aile bilgilerini arttırmak gibi gerekçeleri gözönüne alırsak, araştırmanın hem bölge, hem de Türkiye için önemli ve hatta sonuçta eğitim projesi gerçekleştirilebilirse oluşabilecek olumlu tutum ve davranışlarla çok daha önemli olacağı söyleyebilir. Ayrıca aile planlaması araştırmaları ve eğitim programlarının tek hedefi modern yöntemlerin kullanımını sağlamak ve artırmak değil, bu yöntemlerin doğru sağlıklı ve düzenli kullanılmasını sağlamaktır.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma bölgesi Konya'dan Nusaybin'e kadar uzanan oldukça büyük bir alanı kapsamaktadır. TCDD teşkilatı olarak da oldukça farklı bir yapıya sahiptir. Söz konusu demiryolu hattında birçok ana istasyon, ara istasyon durak ve geçitler bulunmaktadır ve bu işyerinde görev yapan personel ve eşleri aynı yerleşim biriminde yaşamaktadır. Ulaşılabilirlik oldukça zor olduğundan, araştırma öncelikle Adana merkez ve nüfus özelliklerine göre belirlenen diğer

istasyonlarda gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada uygulanan anket formları araştırmacı tarafından hazırlanmış, bireysel bilgi formları oluşturulmuştur. Anket sorularından cerrahi sterilizasyon ile ilgili bölümlerde AVSC tarafından hazırlanan anket formlarından araştırmanın amacına uygun sorular belirlenerek uygulanmış ve araştırmanın amacına uygun diğer sorularla sınırlı kalmıştır. Aile planlaması yöntemleri ve vazektomi konusunda erkek nüfusla yapılacak görüşmeler, araştırmacı dışında, bir erkek sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmiştir.

ARAşTIRMADA SAYILTILAR

Görüşme yapılan tüm personel ve eşlerinin objektif ve samimi oldukları varsayılmaktadır.

TANIMLAR

Laparaskopi : Tanı amacı ile karın organlarının Laparaskop denilen aletle karın boşluğunu ameliyatla açmaksızın görülmesi,incelenmesi.

Beslenme Bozukluğu : Üreme, büyüme, gelişme, doku onarımı için gerekli besin maddelerinin yeterince ve dengeli olarak tüketilmemesinden doğan hastalıkların tümü.

Cerrahi sterilizasyon: Kadın ya da erkekte cerrahi olarak uygulanan gebeliği önleme yöntemi.

Diyafram : Spermilerin uterusu geçmelerini önlemek amacı ile servikse yerleştirilen lastikten bir araç, kapak,takke.

Doğum Öncesi : Gebeliğin başlangıcından doğuma dek geçen 40 haftalık süre.

Düşük : Gebeliğin 28'nci haftadan önce sonlanması, abortus.

Enfeksiyon : Hastalık etkilerinin (mikropların) vücuda girmesi ve üremesi, vücudun bunlara ve toksinlere karşı reaksiyon göstermesi.

Hormon : İç salgı bezleri tarafından yapılıp, belirli organlar üzerinde etkili olan madde.

İmplantasyon :Döllenmiş yumurtanın desidüa tabakasına gömülmesi, yuvalama

İnfertilite : Kısırlık, sterilite.

Koitus : Cinsi temas, ilişki.

Komplikasyon : Bir olayın seyri esnasında ortaya çıkan patolojik (normal olmayan) durum.

Kaput : Doğum kontrolü amacı ile kullanılan, ince lastik kılıf, prezervatif.

Kontraseptif : Gebeliği önleyici.

Kürtaj : Kazımak, uterus boşluğun özel bir alet aracılığı ile kazınması.

Menapoz : Yaklaşık 50 yaşlarında adet kanamasının kesilmesi.

Menstruasyon : Adet, aybaşı, regl.

Siklus : İki kanama dönemi arasındaki zaman.

Ovul : Hazne içine konmak için hazırlanmış genellikle oval biçimde ilaçlar.

Ovulasyon : Yumurtlama.

Parite : Doğum sayısı.

Post natal : Doğum öncesi

Post Partum: Doğum sonu.

Ria : Rahim içi araç, spiral, doğum kontrol aracı.

Riskli Gebelik : Gebelikte anne ve çocuk sağlığını tehlikeye sokan durum.

Sağlık Eğitimi : Uygun sağlık koşullarını sağlamak üzere, kişi, grup ya da toplumun sağlıkla ilgili bilgi ve beceri kazanmasına ve davranışlarını değiştirmesine yönelik çabaların tümü.

Sosyo-Ekonomik Durum : Kişi ve ailelerin içinde yaşadığı parasal, kültürel, dinsel, koşulların tamamı.

Sperm : Erkek üreme hücresi, tohum, spermatozoit.

Sterilize Etmek : Mekanik ve fiziki yöntemlerle tüm mikropların etkisiz hale getirilmesi.

AID: Uluslararası gelişim bürosu.

IUD: Intra uterus devices (RIA).

Doğal Nüfus Artışı: Sadece doğum nedeniyle artan nüfus oranı.

BÖLÜM II

İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Konu ile ilgili olarak yurt içinde ve yurt dışında yapılmış birçok araştırma bulunmaktadır. Gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalar, nüfus artış hızı, bebek ölümleri, aile planlamasında kullanılan yöntemler ve ana - çocuk sağlığına verilen önem gibi konularla ilgili istatistiki bilgiler karşılaştırıldığında farklılıklar pek çok araştırma bulgularında gözlenmektedir. Yurt dışında yapılan araştırmaların çoğu Asya, Afrika ve Güney Amerika ülkelerinde gerçekleştirilmiştir. Ana - çocuk sağlığı ve aile planlaması konularında davranış değişikliğinin gerçekleştirilmesi, diğer tüm davranışlarda olduğu gibi oldukça zor ve zaman alıcıdır. Ancak bireylerin çok iyi planlanmış bir sağlık eğitimin-den geçirilmeleri, daha sonra sağlıklı bir danışmanlık hizmeti verilmesi ve ilgili diğer hizmetlerden de yararlandırılması sonucu, bazı oranlarda da olumlu değişiklikler sağlanabildiği tesbit edilmiştir (Health education, 1986).

Sağlık bakanlığınca aile planlaması çalışmaları kapsamında toplanan bilgilere göre ülkemizde son 5 yılda 27 kuruluşun bildirdiği 116 çalışmanın üçte ikisi aile planlaması konusunda yapılan bilimsel araştırmalardır. Konuya gereken ilgi gösterilmekle birlikte, yapılan araştırmaların olumlu sonuçlarının uygulayıcılarca yaşama geçirilmesi konusunda gerçekleştirilenlerden daha fazlası gereklidir (Türkiye'de aile planlamasının yarını - 1992: 61).

Ülkemizde konu ile ilgili pek çok araştırma yapılmıştır, örnek olarak yapılan bir araştırmada, aile planlaması hizmetlerinde öğretmenlerin ve imamların kırsal kesimde çok önemli ve etkili oldukları belirlenmiştir (Öztürk, 1982). Bir başka çalışmada da, toplum liderlerinin aile planlaması eğitimindeki önemi üzerinde durulmuş, Bursa Merinos fabrikasında çalışan eğitilmiş ustabaşlarının, kadın işçileri aile planlaması konusundaki güdüleyici etkileri açıklanmıştır (Turhan, 1984). Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, aile planlaması konusundaki araştırmalarında, daha çok eğitim ve hizmet gereksinimine dikkat çekilmek-

tedir (Gürsoy, 1972).

15-44 yaş grubu kadınların ve kocalarının aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının karşılaştırıldığı bir araştırmada ise aile planlaması çalışmalarının daha çok kadınlara yönelik olduğu, kocalarının ise konuya ilgi göstermedikleri belirlenmiştir (Öztürk, 1974).

Aile planlamasında lider eğitimiyle liderlerin yaptığı küçük grup eğitimlerinin etkisini saptamak amacıyla 1991-1992 yılları arasında TCDD Ankara Demiryolu Fabrikasında yapılan müdahale araştırmasına katılan 402 erkek işçinin araştırmanın başlangıcına göre araştırmanın sonunda aile planlaması bilgi, tutum ve davranış değişikliği incelenmiştir. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de gebeliği önleyici yöntemler ve aile planlaması uygulamaları ile ilgili hizmetlerin ve araştırmaların temel odak noktasının genellikle üreme dönemindeki kadın nüfusunu oluşturmaktadır. Oysa özellikle geleneksel aile yapısını koruyan gelişmekte olan ülkelerde pek çok alanda olduğu gibi doğurganlığın düzenlenmesinde de daha fazla söz sahibi olan erkek grubunun da, hem aile planlaması hizmetlerinde, hem de konu ile ilgili araştırmalarda en az kadın grubu kadar hedef grup kabul edilmesi gereği açıktır. Bugün, aile planlaması uygulamalarında başarılı düzeye gelmiş ülkeler incelendiğinde erkeğin katkı ve katılımının sağlanması gerçeğinin yıllar önce benimsendiğini ve erkekleri de hedef alan bilgilendirme eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin başlatıldığı ve sürdürüldüğünü görülmektedir. Ülkemizde erkeklerin aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarına ait veriler çok azdır (Biçer, 1993).

Dünya doğurganlık araştırması kapsamında yürütülen araştırmaların bir kısmında ise gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların büyük bir bölümünün, doğuracakları çocukların doğum aralığını açmak ya da aile büyüklüğünün yeterli kabul edip, istenilen sayıdan çok çocuk doğurma istemediklerini göstermektedir (Hatcher ve diğerleri, 1990:54).

Bu alanda yapılan bir grup çalışma ve araştırmalara göre, gelişmiş ülke-

lerde daha çok etkili ve modern korunma yöntemleri, gelişmekte olan ülkelerde ise etkisi sınırlı geleneksel yöntemler kullanılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde 1990-2000 yıllarında aile planlaması yöntemi kullanımı ve maliyeti ile ilgilidir. Birleşmiş Milletler Nüfus Projesine göre, 2000 yılında gelişmekte olan dünyanın nüfusuna 969 milyon kişi ilave olacaktır. Bu da korunma yöntemi kullanımında 1990'da %51 olan oranın, 2000 yılında %59 olmasını gerektirmektedir. 10 yıllık period içinde bu kabul edilebilirlik düzeyine ulaşabilmek için, 150 milyon sterilizasyon, 8, 9 milyar oral kontraseptif dağıtımı, 663 milyon kontraseptif enjeksiyonu, 310 milyon IUD (RİA) ve 44 milyar kondom dağıtılmasına gerek vardır. Tüm bu hizmetlerin maliyeti oldukça fazladır ve harcamalar gelişmekte olan ülkelere gerçekleştirilecektir. Oysa bu ülkeler kendi bütçelerinden bu hizmetler için fon ayırabilecek güçte değildirler. Doğurganlık ve korunma yöntemi kullanımıyla nüfus artışlarının kontrol edilemediği durumlarda evli ve doğurgan kadın nüfusu arttıkça korunma yöntemi kullanımı da artacaktır. Doğurganlık ve korunma yöntemi kullanımı arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Üretken yaşta evli kadın nüfusunun gelişmekte olan ülkelerde 1990'larda %28 artacağı hesaplanmıştır. 1990'da korunma yöntemi kullanan nüfusun yarısını evli ve doğurgan kadınlar oluşturmaktadır. Aile planlaması yöntemi kullanma yaygınlığı %60 ve daha fazla olan ülkeler kayda değerdir. 21 ülke 1990'larda bu düzeydedir, bunlardan bazıları Brezilya, Çin, Kolombiya, Kore, Tayland ve Türkiyedir. Bu ülkelerin nüfusu, gelişmekte olan ülkeler nüfusunun %40'ını oluşturmaktadır ve bu nüfusun %60'ı, kontraseptif kullanmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre sterilizasyon henüz çok az kabul gören bir yöntemdir. Şüphesiz bu kabul edilebilirlik ülkeden ülkeye, zaman içinde, kısa dönem dalgalanmalarla değişmektedir. Kontraseptif sağlayan kurumların çoğu ulusal sektördendir ve maliyetler giderek yükseldiğinden yeni kaynaklara ve finansal destekleyici özel fonlara gereksinim vardır (Mouldin ve Ross, 1992).

Amerika'da 1992'de yayınlanan bir araştırmada, 15-44 yaş arasındaki kadınlar tarafından en çok kullanılan yöntemlerin sırası ile hap, kondom, vazek-

tomi ve tüpligasyon olduğu belirlenmiştir. Yöntem kullanımı ile ilgili bilgiler evli olmayan ve olan, çocuk sahibi olmayan ve olan kadınlardan derlenmiş ve karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmanın sonuçları ile 1987 yılında yapılan bir başka araştırmanın sonuçları karşılaştırıldığında istenmeyen gebeliklerin %76 'dan %86'ya çıktığı görülmüştür. Aile planlaması yöntemi kullanımı da %92'den %94'e yükselmiştir. En çok kullanılan yöntemler, hap %39, kondom %25, kadın sterilizasyonu %19 ve vazektomi %12 dir. Evli kadınlar daha çok sterilizasyon %48, evli olmayanlar ise hap %52 ve kondom %33 tercih etmektedirler. 1987 yılına göre hap kullanımı özellikle evli kadınlar arasında ve kondom kullanımı ise tüm kadınlar da artış göstermiştir. Evli olmayan kadınlar için istenmeyen gebelik riskine karşı kondom kullanımı 1987 yılında %18 iken, 1992'de %33 olmuştur. Kondom kullanan toplam nüfusun %40'ı evlenmemiş kadınlardır ve evli kadınların %13'ü diğer yöntemleri kullanmaktadır. Amerika'lı kadınların ve erkeklerin aile planlaması yöntemi kullanımı ile ilgili davranışları sadece sosyal bilimcilerin değil, profesyonel halk sağlıkçıların da ilgi alanıdır, buna sebep istenmeyen gebelikler, düşük ya da kürtaj ve cinsel ilişki sonucu geçen hastalıkların (STD) (Sexually Transmitted Disease) bu davranışla olan ilişkileridir (Forrest ve Fordyce, 1993).

Aile planlaması yöntemi kullanımı ve tutumlarla ilgili olarak İngiltere de yapılan bir araştırmada da 15-44 yaş arasında 1753 kadın örneklem olarak alınmış, bu örneklem özellikle kesinlikle gebe kalmak istemeyen kadınlardan oluşturulmuştur. Oral doğum kontrol yöntemlerinin kanser riski, RİA ve sterilizasyonun ise enfeksiyonlara neden olduğuna dikkat çekilerek tercih edilmediği saptanmıştır. Bu görüşler özellikle 40 yaş civarındaki yetişkinlerin tercihlerini etkilemektedir. Doktorların ve medyanın da bu görüşlerin oluşmasında büyük etkisi olmuştur (Oddens ve diğerleri, 1994).

Amerika'da Alabama Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmaya göre, 40 yaşın üzerindeki kadınlarda istenmeyen gebelik oranı oldukça yüksektir. Yine aynı araştırmaya göre aile planlaması yöntemi kullanan ergenlerin ve 40 yaş

üzerindeki kadınların oranında oldukça yüksektir. Ayrıca 40 yaş üzerindeki kadınlarda doğumlar riskli olup, gebelik ve doğum sırasında ölüm oranları da oldukça fazladır. İlerleyen yaşla birlikte kadın ve erkek sterilizasyonuna talep artmaktadır. Kadınlar da 35 yaş sonrasında oral kontraseptif kullanılması kanser ve kalp hastalıklarının riskini arttırmaktadır. Ayrıca diğer kontraseptiflerin kullanılmasının da giderek daha riskli olması kullanılmasını azaltmaktadır. Sonuçta 40 yaşın üzerindeki kadınlar aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınlar kategorisine girmektedir. Sterilizasyonu ya da diğer etkili olmayan yöntemleri denemektedirler. Diğer yöntemlerin etkisiz kullanma oranı, doğum kontrol yöntemlerini etkisiz kullanma oranından daha yüksektir. 35 yaş sonrasında kadınlarda miyokard enfaktüse ve kanserlere sebep olabileceği çeşitli yayınlarla belirtildiği için, bu yaş dönemindeki kadınlara hap kullanması önerilmez. Son yıllarda yapılan araştırmalarda doğum kontrol haplarının, sigara kadar kalp rahatsızlıklarında etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Yine de 40 yaş civarında korunma yöntemi olarak hap kullanmak tercih edilmemelidir. Kadınlar ve erkekler tarafından 40 yaş civarında sterilizasyon kabul edilir bir yöntem olmuştur. Öncelikle vazektomi hem basit, hem de kalıcı bir yöntem olarak ilgi çekmiştir. Tübligasyon, vazektomiden daha zor ve risklidir. Genel anestezi ile yapıldığından ölüm riski de vardır. Sonuç olarak, belli bir yaşa gelmiş, artık çocuk sahibi olmak istemeyen çiftler için sterilizasyon en uygun korunma yöntemidir (Thorneycroft, 1993).

Amerika'da yapılan diğer bir araştırmada, 1991 yılında korunma yöntemi olarak Norplant'ı seçen 133 kadın ile aynı dönemde kliniğe baş vuran ve hap kullanan 112 kadın araştırma örneklemini oluşturmuş ve karşılaştırmalar yapılmıştır. Uzun süreli etkili ve geri dönüşümlü bir yöntem olan hormonal enjeksiyonlar, Norplant ve diğerleri önceleri kabul edildi ise de sonraları sorgulanmaya başlanmıştır. Yan etkiler ve maliyeti tartışılmış, belli bir yaşın üzerindeki, 40 yaş ve civarı için uygun olmadığı görüşlerine yer verilmiştir (Weisman ve diğerleri, 1993).

Yine Amerikada, Norplant Implantasyonu ile ilgili bir araştırmada, 1 Ağustos 1991 ile 30 nisan 1993 arasındaki 21 aylık zaman diliminde Parkland Memorial Hospital ve Dallas Maternal Health ve aile planlaması kliniklerinde 2,358 kadına Norplant uygulanması yapılmıştır. Bu kadınların yüzde 43'ünü 14-16 yaş arasındaki ergenler oluşturmuştur, 431 hasta ise doğum sonrası Norplant uygulaması, yaptırıp taburcu olmuşlardır. Norplant uygulaması yaptıran kadınlardan kol ağrısı, sağ dökülmesi, siklus bozuklukları ve psişik rahatsızlıklar gibi şikayet bildirenler olmuştur. Yine bu araştırmalara göre Norplant sistemi büyük ölçüde kabul edilebilir bir korunma yöntemi konumundadır. Norplant uygulaması isteyen kadınlara etkili bir danışmanlık hizmeti verilmesi gerekir. Yöntemin kadınlara sağladığı kolaylıkların yanı sıra, problem oluşturabilecek özelliklerinden, maliyetinden, uygulama şeklinden ve diğer tüm özelliklerinden söz etmek gerektiği belirtilmektedir (Crosby ve diğerleri, 1993).

Doğum kontrolü ve nüfus planlaması amacı ile kadın ve erkek sterilizasyonu için yöntemler, 100 yıldan fazla süre önceleri gerçekleştirilmiştir. Son 20-25 yılda, sterilizasyon, tıptaki teknolojik gelişmeler sonucu güvenilirliğinin artması ile etkili bir koruma yöntemi olarak kültürlerce hızla kabul edilmektedir. Tüm dünyada gönüllü sterilizasyonun en etkili korunma yöntemi olarak kabul edilmesi de aynı hızla geręekleşmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki aile planlaması çalışmalarında, gönüllü sterilizasyon yöntemi eksiksiz ve uygun şartlarda uygulandığı takdirde diğer herhangi bir koruma yönteminden çok daha sağlıklı ve kesin çözümler getirmektedir. Doğurganlık yaşı süresince kadınları gebelikten korumakta, etkililiği ve sürekliliği konusunda tartışmaya gerek duyulmamaktadır ve artık başka çocuk istemediğine kesin karar vermiş. çiftler için uygundur. Gelişmekte olan ülkelerden Çin ve Hindistan, bu iki ülkenin nüfusları toplamı tüm gelişmekte olan ülkeler nüfusunun %49 unu oluşturmaktadır, bu yöntemi kabul etmiş ve en önemli aile planlaması yöntemi olarak, tüm diğer asya ülkelerinden fazla sterilizasyon yöntemi uygulanması geręekleştirilmiřtir. İki ülkede toplam olarak en az 65 milyon çift sterilizasyonla korunmakta-

dır ki, bu rakam dünya toplamının üçte ikisini oluşturmaktadır. Genel olarak yıllık gerçekleştirilen sterilizasyon rakamlarına bakıldığında, gelişmekte olan ülkelerde oldukça yüksektir, ve yükselmekte devam etmektedir ve bu sterilizasyonlar daha çok kadınlar için gerçekleştirilmektedir. Bazı ülkelerde, Hong Kong, Hollanda gibi vazektomi neredeyse tüpligasyon kadar yaygındır. Diğer taraftan El Salvador, Honduras, Amerika, Panama ve Tunus gibi ülkelerde vazektomiye güven son derece azdır. Sterilizasyon hizmetlerinin alınmasında, yaş, çiftlerin sahip oldukları çocuk sayısı önemlidir. Araştırma sonuçlarına göre 30 yaş civarında ve sonraları sterilizasyonun daha çok tercih edildiği ancak daha genç yaşlarda karar verebilmiş olmayı istedikleri belirtilmiştir. Bu iki faktörün birleşimi, geçerli dağılım eğrilerinde 35-39 yaş grubu civarında tepe noktalar oluşturmaktadır. Kanada da vazektomi oranı %13, Hollanda'da %10, USA %10, İngiltere'de %9, Galler %9, Çin %7, Avustralya %6, Kore %5 ve kesin bir rakam olmamakla birlikte Hindistanda, 1973 - 1983 yılları arasında vazektomi oranı %47'dir. Aile büyüklüğü konusunda ise 5 ve daha fazla çocuğu olan kadınlar sterilizasyona gönüllüdür. Eğer bir ülkede sterilizasyon hizmetleri ilk çocuklar dünyaya geldiğinde verilmeye başlanmış olsa ve diğer koruma yöntemleri de başarı ile kullanılmış olsa korunma dağılımı yüksek, pariteler de (doğum sayısı) düşük olacaktır. Sterilizasyon hizmetleri, dünyada sadece 8 ülkede tam anlamında verilmektedir. Çin ve Hindistanda bu ülkeler arasındadır "World Fertility Survey and Contraceptive Prevalence Survey" in verilerine göre, daha fazla çocuk istemeyen çiftlerin önemli bir oranı hiçbir yöntem kullanmamaktadır. Araştırma rakamları, sosyal pazar açısından önemlidir. Sterilizasyon için pazar diğer metodlarla tatmin olamamış ya da çocuk sahibi olmayı durduramamış çiftlerin, ve halen gebe olanların sterilizasyonunu kapsamaktadır. Sterilizasyonla ilgili kanunlar ile uygulama arasında hiçbir zaman uyum sağlanamamıştır. Sterilizasyonla ilgili kanun süreçleri incelendiğinde 8 büyük gelişmekte olan ülkeden 6'sında sterilizasyon korunma yöntemi olarak kanunla kabul edilmiştir. Endonezya'da kanunlar belirsiz, Brezilya'da ise kısıtlayıcıdır, kanunla kabul edilmiş olsa da, pratikte kullanım farklıdır. Nijerya ve Pakis-

tan'da sterilizasyona ilgi gözlenmektedir. Brezilya'da sterilizasyon yasak olmakla birlikte % 15-20 çift giderek artan sayıda sterilizasyonu kabul etmektedir. Çiftler, yeterince çocuk sahibi olduğunda, yeterince etkin yöntemler uygulamadıklarında ve daha çok doğum daha çok ölüm riski demek olduğunu düşündüklerinde, yasak da olsa sterilizasyonun gerçekleştirilmesinden yana olmaktadır. Son 25 yılda gönüllü sterilizasyonla ilgili kanunlarda pek çok değişiklik yapılmıştır. Küçük ailelerde ve genç kadınlar için güven artırıcı, izin verici, hizmet geliştirici politikalar oluşturulmaktadır. Bu değişiklikler sterilizasyonun demografik yönünü de etkilemekte, kabul edilirliliği giderek artmakta ve bu konuda önemli aşamalar kaydedilmektedir (Ross ve diğerleri, 1986).

Avustralya'da yapılan "Avustralya'da kontraseptif ve sterilizasyon eğilimleri" konulu araştırmanın sonuçları, 1986 yılında yapılan ulusal bir araştırma sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Ayrıca gebelikten korunma yöntemlerinden bazılarının daha sonraları cinsel ilişki ile geçen hastalıklardan korunmak için de kullanıldığı belirlenmiştir. Toplumsal yapıdaki değişikliklerde araştırma süresince gözlenmiş, geçen zaman içinde aile yapıları, hastalıklardan ve gebelikten korunma davranışlarındaki değişiklikler izlenmiştir. Son otuz yıldaki koruyucu yöntem ve sterilizasyondaki değişim ve eğilimler ulusal boyuttaki bu araştırma ile toplanmıştır. Hap en çok kullanılan yöntem, RİA ve diğer modern yöntemler ise daha az kullanılan yöntemler olarak saptanmıştır. Sperm öldürücüler ve enjeksiyonlar 19. yüzyıl sonlarında, tek başına yöntem olmaktan çok ikinci yöntem olarak kondom veya diyaframla birlikte kullanılmıştır. 1950 ve 1960'larda sezeryanla doğumlardan hemen sonra tübligasyon korunma yöntemi olarak gündeme gelmiştir. 1970'lerde ABD ve Avrupa'daki feminist hareketlerde erkeklerin de aile planlaması programlarında sorumluluklarını bilmeleri gerektiği yayınlarla gündeme getirilmiştir. Böylece vazektomi de tübligasyon gibi bilinir olmuştur. Önceki araştırmalarda bilgiler hep evli kadınlardan alınmış, kontraseptif kullanmada evli olmak, cinsel ilişkide izinli olmak gibi düşünülmüş, evli olmayanların bu türlü ilişkilerden uzak durmaları gerekliliği vurgu-

lanmıştır. Oysa zamanımızda evli, eşinden ayrılmış, eşinden ayrı, dul, hiç evlenmemiş tüm kadınlar cinsel ilişkilerde korunma yöntemlerini kullanmaktadır. Ayrıca evli olmayan kadınlar arasında modern yöntemlerin kullanımı evli olanlara göre çok daha yaygındır (Santow, 1991).

Gelişmekte olan ülkelerde ise durum çok farklıdır. Örneğin Hindistanın Uttar Pradeş ve Assam eyaletlerinde yapılan bir araştırmada ilk evlenme yaşı ve ilk doğumun nüfus özelliklerinin belirlemede önemli iki faktör olduğundan söz edilmektedir. Özellikle doğum kontrol yöntemlerinin yaygın olarak kullanılmadığı bu toplumlar da, evli çift sayısının fazla, ilk evlenme ve ilk doğum yaşının çok küçük olduğu gözlenmektedir. Batı toplumları ile kıyaslandığında aile planlaması yöntemlerinin, etkin bir biçimde uygulanamadığı görülmektedir.

İlk evlenme yaşı, geleneksel aile büyüklüğünü, nüfus artışını ve ekonomik statüyü büyük ölçüde etkilemektedir. Genç yaşta ilk doğum yapıldığında ve sık aralıklarla çocuk sahibi olunduğunda nüfus artışını kontrol altına olmak oldukça güçtür. Hindistan'da gelenek ve görenekler ilk evlenme yaşını fazlaca etkilemekte, hatta belirlemektedir. İlk evlenme yaşı ile ilk doğum yaşı da belirlenmiş olmaktadır. Ancak belli bir eğitim almış kadınlarda, aynı kast ve sosyal toplumlara ait olsalar da, evlenme ve ilk doğum daha geç yaşlarda gerçekleşmektedir. Ama, genel olarak eğitilmiş kadın sayısı oldukça azdır. Sosyo ekonomik değişkenler bu konuda daha az etkili değişkenlerdir (Nath ve diğerleri, 1993).

Kadınların kendi sağlıkları ile ilgili bilgi sahibi olmaları ve bilinçlendirilmeleri, hem ailenin hem de toplumun sağlığı açısından çok önemlidir. 1988 yılında Sidney'de yapılan bir araştırmada 507 Lübnanlı, 250 Türk ve 223 Vietnamlı kadın örneklem olarak alınmış ve bu kadınların, kadınlar için hizmet veren sağlık merkezleri ile aile planlaması merkezlerine çok az başvurdukları belirlenmiştir. Araştırmada ayrıca Türk kadınları arasında çocuk düşürmenin ve kürtajın yoğun bir şekilde doğum kontrol yöntemi olarak kabul edildiği belirtilmek-

tedir (Yusu ve diğeri, 1993).

Asya, Amerika ve Afrika kıtasının 26 ülkeden toplanan, nüfus ve sağlık araştırmaları çalışmaları içerisinde değerlendirilen bilgilere göre sterilizasyon gelecekte en çok kullanılan yöntem olmaya adaydır. 16 ülkeden 13'ünde sterilizasyon gelecekteki bir yöntem olarak kabul edilirken 17 ülkeden 11 inde kadınların 3 te birinden fazlası, sterilizasyonu, modern kontraseptif yöntemi olarak kabul etmektedir. 17 ülkenin tamamında sterilizasyonu modern yöntem olarak kabul eden kadınların çoğunluğunun eğitim düzeylerinin ilkökul olduğu gözlenmiştir. 1990'larda gelişmekte olan ülkelerdeki 170 milyon çift sterilizasyonun gebeliği kesin önlediğini kabul etmektedir. Tüpligasyon ve vazektomi birlikte, dünyadaki kontraseptif kullanımının %33 ünü, gelişmekte olan ülkelerde ise %45 ini ifade etmektedir. 2000'li yıllarda, sterilizasyon için, gelecekteki gereksinimle ilgili projeler 97 milyon kadın ve erkeğin sterilasyon yöntemini kullanacağını, istenmeyen gebelikleri önlemek ve aile büyüklüğünü belli bir ölçüde tutmak için sterilizasyonun yüksek derecede etkili ve güvenli bir yöntem olacağını göstermektedir. Ayrıca sterilizasyon yöntemi, diğeri kontraseptif maliyetlerinden daha hesaplıdır. Sterilizasyon bir yöntem olarak kullanılmasına karar verme aşamasında en önemli demografik etken, yaşdır. Genç yaşta evliliklerin fazla olduğu, genç yaşta yeterince çocuk sahibi olduğuna karar veren çiftlerin çoğunlukta olduğu ülkelerde, kadın ve erkek sterilizasyonunun oldukça fazla tercih edildiği görülmektedir. Araştırma sonuçlarında, kadınlar sterilizasyonu ileri yaşlarda kabul edilecek bir yöntem olarak görmekte, tercih edenlerin ise, aile büyüklüğü konusunda yeterli sayıya ulaştıklarına karar veren kadınlar olduğu görülmektedir. Toplumun sterilasyona adaptasyonun da bir diğeri belirleyici de, çocuk sahibi olma konusunda sınırlayıcı olabilmektir. Nüfus ve Sağlık Araştırmasının (DHS) verilerine göre kabaca potansiyel sterilizasyon yöntemi kullananları üç kategoride toplayabiliriz. Birinci kategorideki kadınlar halen bir yöntem kullanmamakta, ancak ileride kullanabileceklerini ve sterilizasyonu tercih edebileceklerini ifade etmektedirler. İkinci kategorideki kadınlar halen bir

yöntem (Hap, kondom vs) veya geleneksel metotlardan birini kullanmakta diğerk bir deyişle, kendi doğurganlıklarını kendileri gebelikten koruyucu etkili modern, ya da etkisiz geleneksel yöntemlerden birini kullanarak kontrol edebilme yönünde harekete geçirilmişlerdir. Üçüncü kategorideki kadınlar ise bir yöntem kullanmamakta ve bu kadınlar gelecekteki yöntem kullanma konusunda, ikiye ayrılmaktadırlar. Bir grup gelecekte yöntem kullanacaklarını ancak bu yöntemin sterilizasyon olmayacağını, bir grup ise yöntem kullanmayacağını ifade etmektedirler. Fazla çocuk istemeyen kadınlar ile aile planlaması amacı ile geçici yöntemler kullanan kadınlar sterilizasyon yöntemi kullanmaya adaydırlar. Yöntem kullanmayanlardan farklı olarak herhangi bir yöntem kullanan kadınlar için gelecekteki aile planlaması yöntemi sterilizasyondur (Rutenberg ve Landry, 1993).

Tayland'da 1991 yılında yapılan bir araştırmaya göre, 1969-70 yılı ile 1984 yılı arasında Tayland'da sterilizasyona karşı eğilim artmış olmasına karşılık, 1984 - 1987 yılları arasında fazla bir değişiklik olmamıştır. Bu ülkede de en etkili aile planlaması yöntemi olan sterilizasyona talep, çocuk sayısı ve kadının yaşına bağlı olarak artmaktadır. Eğitim, sağlık ve tüpligasyon arasında, iki ya da daha fazla çocuk sahibi kadınlar için pozitif bir ilişki varken, erkekler için eğitim, sağlık ve vazektomi arasında hiçbir ilişki bulunmamaktadır. Son doğumu hastanede yapan kadınlar arasında tüpligasyon oldukça fazla iken evde doğum yapanlar arasında doğumdan sonra tüpligasyona yönelim çok azdır. Ayrıca, kadınlar tüpligasyon sonrası tüm sağlık sorunlarından bu ameliyatı sorumlu tutmaktadırlar, diğerleri ise bu sorunları duydukları için tüpligasyon konusunda olumsuz yeterince çocuk sahibi olduklarına karar vermiş olsalar bile, tüpligasyonu ileride kullanılacak bir yöntem olarak görmektedirler. Araştırma sonuçlarına göre kentlerde tüpligasyonu kabul edenlerin oranı kırsal kesime göre daha yüksektir. Sterilizasyon işlemine kolay ulaşabilirlikte kadınların tercihinde etkili olmaktadır. Sterilizasyona eğilimi yüksek olan ailelere de verilecek danışmanlık hizmetleri çok önemlidir. Reddetme sebeplerinin belirlenmesi ve

eğitim programlarının bu sebepler üzerinde yoğunlaştırılması gerekmektedir. Çocuk ölümü ile ilgili endişeler de sterilizasyonun reddedilmesinde önemli rol oynamaktadır. Sterilizasyon geri dönüşü olmayan bir yöntem olduğundan, her zaman kabul edilmesi zor bir yöntemdir ve çok özel danışmanlık hizmeti gerektirmektedir (Pitaktepsombati ve Janowitz, 1995).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, son yıllarda sterilizasyon konusunda oldukça fazla araştırma yapılmıştır. Kadın ve erkek sterilizasyonunun nüfus kontrolunda etkin, sağlıklı bir yöntem olduğu belirtilmekle birlikte, Seul'de yapılan 4. uluslararası gönüllü sterilizasyon kongresinde, kontraseptif yöntem olarak sterilizasyonun kullanılmasında en önemli konunun çiftlerin "yeterince çocuk sahibi olduk" diyebilmelerini sağlamak olduğu belirtilmektedir. Kongreye katılan 500 aile planlamacısı, sağlık girişimcisi, halk sağlığı profesyonelleri, hükümet temsilcileri, sosyal bilimciler aynı amaçta birleşmişlerdir. Gelecek 10 yılda sterilizasyonun yasallaştırılması doğum kontrolü hareketlerinde önemli bir aşama olacaktır. Sterilizasyonun yaygınlaşmasına ve kabul edilebilirliğinin artmasına karşın bazı gelişmekte olan ülkeler, politik, dini ve kültürel sebeplerle bu gelişimi gerçekleştirememişlerdir. 4 Uluslararası Konferansta "Dünyada bilgi ve eğitim bileşeni olmayan başarılı bir aile planlaması programından söz edilemez" görüşünden hareket edilerek konu ayrı bir oturumda ele alınmıştır. Filipinler'den Emilia Dacalos, bilgi ve eğitim için, aile planlaması programlarının candamarı, tabirini kullanmıştır. Son on yılda, gönüllü sterilizasyon, diğer kontraseptif yöntemler arasında "çirkin ördek" iken, şimdi "sevgili kuğu" olmuştur. Bunun sebebi başlangıçta yeterli bilgilendirme olmayışı ve hizmet kapasitesinin yeterli olmayışıdır. Toplantı sonunda gönüllü sterilizasyonun demografik etkisi ve doğum kontrol yöntemleri ile ilgili görüşler belirlenmiştir (Landman, 1979).

1982 den 1988'e kadar en çok bilinen koruma yöntemi hap olmakla birlikte 1988'de sterilizasyon yöntemi hap kadar bilinen bir yöntem olmuştur. Rakamlarla 1988'de yöntem kullanan kadınların % 31'i hap, %28'i ise sterilizasyon

yon yöntemi kullanmaktadır. Kadın ve erkek sterilizasyonu, birlikte değerlendirilirse, yöntem kullanan çiftlerin % 39'unu oluşturmaktadır. Yasal ya da yasal olmayan evlilikler yaşayan kadınlarda sterilizasyon evli olmayanlarda ise hap kullanımı öndedir. Bu bulgular "The National Survey of Family Growth" adlı 15-44 yaş arası Amerikan kadınları için yapılan araştırma sonucudur. Hap, cerrahi olmayan yöntemlerden en fazla kullanılanıdır. Kondom, haptan daha az etkilidir. Çok dikkatli ve doğru kullanılması gerekmektedir, diğer taraftan cinsel ilişki ile bulaşan hastalıkları önlemede etkilidir. Evli olmayan kadınlarda kondom kullanımı çok yüksektir. Bazen diğer metodlarla birlikte kullanılmaktadır. Evli ve 2-3 doğum yapmış kadınlar spiralden sonra tüpligasyonu tercih etmektedirler. Genç yaşta evli kadınlar ise spiral kullanmaktan memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Hap kullanımı yaşa bağlıdır ve dikkatli kullanılmak koşulu ile koruma oranı yüksek bir yöntemdir. Araştırmalar göstermiştir ki, doğurganlık dönemi boyunca Amerikan kadınları herhangi bir yaşta mutlaka hap kullanmışlardır. Aile planlanması servislerinden faydalanmada ise farklı nedenler gözlenmiştir. Genç kadınlar, gebelik testleri ve doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bilgi almak, hap için reçete ya da diğer yöntemleri kullananlar kontrol için aile planlaması servislerine müracaat etmektedirler (Mosher ve Pratt, 1988).

AVSC gönüllü cerrahi sterilizasyon, derneği tarafından dünyanın değişik bölgelerinde gelişmekte olan ülkelerde, sterilizasyonun yaygınlaştırılması için hizmet ve eğitim çalışmaları ile ilgili araştırmalarda, Nijerya'da bu yöntemi kullananların hiçbir şikayeti olmadığı, hiç yöntem kullanmayanların aile planlaması yöntemlerine olumlu yaklaştığı, yanlış anlamalar ve kültürel anlayışların gönüllülüğe engel olduğu saptanmıştır. Kenya ve Honduras'da yapılan proje öncesi çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (AVSC-Raporları).

Özetle, hastalara ya da korunma yöntemi talep eden kişilere yardımcı olabilmek için yöntemlerin avantaj ve dezavantajları ile ilgili bilgi sahibi olmak gerekir. Araştırmalara göre spermisitler, kondom ve koruyucu köpükler ucuzdur ve reçete gerektirmez. Diyafram ve kondom cinsel yolla bulaşan hastalık-

lardan korunma içinde uygundur ancak dikkatle kullanılması gerekir. Haplar yüksek ölçüde etkilidir ama hormon içerdikleri için yan etkileri söz konusudur. RIA uzun süreli kullanılabilen, hormonal yan etkisi olmayan bir yöntemdir. Ancak enfeksiyon tehlikesi vardır, düzensiz kanamalara sebep olabilir. Tübligasyon ve vazektomi, çocuk istememe konusunda kesin karar verildiğinde uygulanabilecek geri dönüşü olmayan yöntemdir. Etkisi az yöntemlerin, kullanım başarısızlıkları kullanıcının eğitimi ve yaşı ile ilişkilidir. Eğitim düzeyi arttıkça etkisiz yöntem kullanılsa da , kullanım başarısızlıkları az olacaktır. Uygun kontraseptif kullanmada yardımcı olabilmede başarı temel olarak, gebelik istemeyen kadınların durumuna bağlıdır. İlk adım olarak cinsel yaşamı ile ilgili bilgileri almak ikinci olarak sağlık ve fiziksel özelliklerle ilgili bilgileri almak gerekir. Daha önce kullanılan yöntemin de bilinmesi gerekir. Yöntem önerirken risklerden ve kontra endikasyonlardan (uygun olmayan tedavi ve müdahale) söz etmekte yarar vardır. Üçüncü olarak hastaya yöntem ile ilgili sözlü ve yazılı bilgiler verilmelidir. Son olarak hastadan doktor ile sürekli iletişim kurması, gelecek randevularda olası yan etkiler ve istenmeyen durumların tartışılması istenir. Tüm bu işlemlerden önce hasta, özellikle yöntemin maliyeti, temin edileceği kaynak, konusunda bilgilendirilmelidir. Hastaya gerçek anlamda yardımcı olabilme başarılı bir izleme programı ile gerçekleşecektir. (Heath, 1993).

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın deseni , evren ve örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama aracı ile verilerin çözümlenmesi konularında bilgi verilmiştir.

Araştırma betimsel bir çalışmadır ve araştırmada, TCDD 6. Bölge Personeli ve eşlerinin aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi, görüş ve eğilimleri varolan durumlar içinde betimlenmeye çalışılmıştır.

Araştırmada aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile örneklemin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim) arasındaki ilişkilerin betimlenmesine, ayrıca halen kullanılan aile planlaması yöntemleri ile önceki ve gelecekteki aile planlaması yöntemi kullanma durumları, bunların yanısıra, modern ve etkili yöntem kullanma konusunda ve özellikle yeterince çocuk sahibi olmuş ve başka çocuk istemeyen ailelerdeki kadınların tüpligasyon, erkeklerinde vazektomi konusundaki görüşlerinin saptanmasına çalışılmıştır.

EVREN VE ÖRNEKLEM

TCDD 6. Bölge personeli ve eşleri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. TCDD Genel Müdürlüğü bilgi İşlem Dairesinden elde edilen bilgilere göre (son işlenen verilerden elde edilmiştir) bölgede yaklaşık 2300 evli personel görev yapmaktadır. Araştırmada görüşme planı yapılırken, ulaşılabilirlik göz önüne alınarak 7 merkez seçilmiştir. Bu merkezler (Konya, Ulukışla, Mersin, Adana, Gaziantep, İskenderun) olup, bu merkezlerde görev yapan personel sayısı yaklaşık 2200 olarak belirlenmiştir. Eşleri ile birlikte toplam 4400 kişi olan çalışma evreninin %10'u örneklem olarak alınmıştır.

Sonuç olarak, araştırma evrenini evli erkek personel, eşleri ve evli kadın personel oluşturmaktadır.

Veri toplanan merkezlerde

Konya	281
Ulukışla	116
Mersin	197
Adana	1000
Gaziantep	240
İskenderun	209

Toplam 2193 evli personel görev yapmaktadır.

Mevsimin ve bölgenin özellikleri nedeniyle örneklem, 515 kişi ile sınırlı kalmış, eşlerle birlikte toplam hedef nüfusunun %10'u ile görüşme yapılmıştır.

Örneklem, seçkisiz örneklem alma yoluyla belirlenmiştir. Lojmanlara seçkisiz ev ziyaretleri yapılmış; araştırma ile ilgili kısa bilgilendirmeden sonra eşlerle yüz yüze görüşme gerçekleştirilmiştir.

VERİ TOPLAMA ARACI VE UYGULAMASI

Araştırma verileri araştırmacı tarafından hazırlanan sorular ile yüzyüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir. Hazırlanan sorular amaçlar doğrultusunda ve beş bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde demografik özellikler, aile planlaması yöntemleri ile ilgili evlilik öncesi bilgiler alınmış daha sonra ikinci bölümde evlilik ve doğum hikayesi, üçüncü bölümde aile planlaması yöntemleri konusunda şu andaki durum ile gelecekteki düşünceler, dördüncü bölümde tüpligasyon ve vazektomi ile ilgili sorular, son bölümde ise kurumda verilen aile planlaması hizmetleri hakkında bilgi ve görüşleri alınmıştır.

Görüşmeler için karayolu ile Adana dışındaki yerleşim merkezlerine gidilmiş, ev ve işyeri ziyaretleri ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde, görüşmenin gerçekleştirildiği merkezdeki kısım hekimliğinde görevli sağlık per-

soneli de araştırma ekibine yardımcı olmuştur. Bölgede görevli bir kişi ile görüşmelerle karşı karşıya gelmek rahat yanıtlama konusunda yardımcı olmuştur.

Ev ziyaretlerinde, kadınların tamamı ile görüşme sağlanmış, eşi evde ise personelle de görüşme gerçekleştirilmiştir.

Görüşmelerde hazırlanan sorular tüm görüşmecilere sıra ile sorulmuş, yanıtlar uygulayıcı tarafından hazırlanan formlara işaretlenmiştir. Ancak zaman zaman kullanılan dil değiştirilerek, anlaşılır hale getirilmiştir.

Ev ziyaretleri dışında, görüşme yapılan tüm il ve ilçelerde ki kısım hekimliklerine, müracaat eden evli kadın ve erkeklerle de yüzyüze görüşmeler yapılmıştır.

VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ

Araştırma verilerinin çözümlenmesi, SPSS for windows v⁵.0.1/l ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir.

Anket ve yüzyüze yapılan görüşmeler sonucu elde edilen ham veriler kodlama listesine uygun olarak, bilgi kayıt formlarına işlenmiş ve buradan bilgisayara aktarılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi için, frekans, yüzde ve kıkare- (χ^2) kullanılmıştır.

Ayrıca Kruskal Wallis ve Mann-whitney U testleri kullanılmıştır. Verilerin özelliğine uygun olan bu testlerden, Kruskal Wallis, (one-way) varyans analizi olup, farklılıkların korunmasını ve kolonlar arasında ortak bir değer saptayarak tartışmalara temel oluşturmasını sağlamaktadır. Bu analiz verilerin kolaylıkla sıralanarak düzenli tablolar, oluşturabildiği durumların yanısıra, düzensiz ama sıralanmaya uygun veriler içinde kolaylıkla kullanılabilir (Kerlinger, 1986: 270).

Parametrik ölçümlerde iki bağımsız grubun ortalaması karşılaştırılmak istendiğinde, t-test uygulanır. parametrik olmayan (non-parametrik) ölçümlerde ise Mann Whitney U testi, t-testine alternatif bir istatistiksel çözümlenme yöntemidir (Dawson,1990 : 115).

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde araştırmanın amaçları doğrultusunda, yüz yüze görüşmeler yapılarak işlenen anket formlarından elde edilen ham verilerin işlenmesi ve istatistiksel çözümlenmeleri ile sağlanan bulgulara ve bu bulgulara ilişkin yorumlara yer verilmiştir.

Elde edilen bulgulara ilişkin açıklama ve yorumlar anket formunu oluşturan sorularla paraleldir. Anket soruları araştırmanın amacı doğrultusunda;

1- Kişisel bilgiler

2- Evlenmeden önce ve evlilik sırasında aile planlaması bilgilerine ilişkin tablolar.

3- Gelecekte aile planlaması yöntemi kullanma eğilimine ilişkin tablolar.

4- Kurumda verilen aile planlaması hizmetlerine ilişkin bilgi, görüş ve eğilimler gibi alt bölümlerde toplanmıştır.

Böylece saptanan sorular çerçevesinde elde edilen veriler tabloleştirilerek, bulgulara ilişkin yorumlar yapılmıştır.

Kişisel Bilgilere İlişkin Tablolar

Araştırma örnekleminin çoğunluğu büyük istasyonlarda yaşamaktadır. Ulaşılabilirlik dikkate alınarak araştırma büyük yerleşim merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre örneklemin %75'i ilde %25'i ilçede yaşamaktadır.

Araştırmadaki örneklemin yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4'de görülmektedir.

TABLO 4
ÖRNEKLEMİN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE
GÖRE DAĞILIMI

Yaş	15-20		21-25		26-30		31-35		36-40		41-45		TOPLAM	
	F	%	F	%	F	%	F	%:	F	%	F	%	F	%
KADIN	3	0.6	16	6.0	34	12.8	78	29.3	64	24.1	71	26.7	266	51.8
ERKEK	-	-	10	4.0	20	8.1	52	21.0	70	28.2	96	38.7	248	48.2
TOPLAM	3	0.6	26	5.1	54	10.5	130	25.3	134	26.1	167	32.5	514	100

Tablo 4 'te görüldüğü gibi araştırma örneklemini oluşturan 515 kişiden %51.8'i kadın, %48.2 'si erkek nüfustur. Erkek nüfusa göre kadın nüfusu daha gençtir. $p < 0.001$ Mann Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W Test). Bu bulgular evlenme yaşının da genç olduğunu ve doğurganlık süresinin oldukça uzun olacağını göstermektedir. Bu nüfusun modern ve etkili yöntem kullanmada eğitilmeleri gereklidir. Çünkü bu konudaki bilgi eksikliği bu grubu oluşturan kadınların sıkça istemeyen gebelikler yaşamasına neden olacaktır.

Eğitim durumuna göre cinsiyet dağılımı Tablo 5 'te yer almaktadır.

TABLO 5

EğitimDur.	Okur-yazar değil		Okur yazar		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite Yüksekokul		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%:	F	%	F	%	F	%
KADIN	20	7.5	75	28.2	91	34.2	12	4.5	31	11.7	37	13.9	266	51.7
ERKEK	2	0.8	11	4.4	124	49.8	1	0.4	45	18.1	66	26.5	249	48.3
TOPLAM	22	4.3	86	16.7	215	41.7	13	2.5	76	14.8	103	20.6	515	100

Tablo 5 incelendiğinde, her iki cins nüfusta da lise eğitimi almış olanların oranları birbirine yakındır. Okur yazar olmayan kadınların %7.5, erkeklerin ise %0.8 oranında olduğu görülmektedir. Örneklemenin çoğunlukla ilkököl mezunu olduğu gözlenmiştir, erkeklerin eğitim düzeyi kadınlardan daha yüksektir ($p < 0.001$ Mann Whitney U). Eğitim düzeyi aile planlaması yöntemi kullanma konusunda en önemli etkidir. Eğitim düzeni ile etkili ve modern yöntem kullanma arasında anlamlı bir ilişki vardır. Kadınların eğitim düzeylerinin düşük olması çalışma hayatından da uzak olmalarına neden olmaktadır. Personel eşlerinin (kadın) çoğunun herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır.

Çalışanların %33.7'si büro memuru, %67.3 'ü ise faal personel olarak görev yapmaktadır.

Evinizde televizyon var mı sorusuna yanıtlar %100 evettir. Her evde bir televizyon bulunmakta ve aile planlaması konusunda etkin bir eğitim aracı görevi yapmaktadır. Özellikle kadınların eğitiminde kadın sağlığı, aile sağlığı, aile planlamasıyla ilgili eğitici yayınlar faydalı olmaktadır. Personel eşleri genellikle ev hanımı olduklarından televizyona ilginin fazla olduğu gözlenmiştir. Görüşmeler sırasında kadınlar daha çok TV izlediklerini, erkekler ise çalışma şartları sebebiyle TV izleyemediklerini ifade etmişlerdir.

Örneklemenin eğitim ve gazete-dergi alma durumu Tablo 6 'da gösterilmiştir

TABLO 6

GAZETE-DERGI ALMA VE EĞİTİM DÜZEYİ DAĞILIMI

Eğitim Düzeyi	Sürekli alıyorum		Almıyorum		Alamıyorum		Arasına alıyorum		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Okur-yazar değil	3	2.0	7	9.0	2	2.6	10	4.8	22	4.3
Okur-yazar	9	6.1	25	32.1	13	16.9	39	18.6	86	16.8
İlkokul	65	43.9	22	28.2	35	45.5	92	43.8	214	41.7
Ortaokul	2	1.4	4	5.1	-	-	7	3.3	13	2.5
Lise	11	7.4	16	20.5	13	16.9	36	17.1	76	14.8
Üni.Y.Okul	58	39.2	4	5.1	14	18.2	26	12.4	102	19.9
TOPLAM	148	28.8	78	15.2	97	15.0	210	40.9	513	100

Tablo 6 incelendiğinde gazete-dergi almak isteyip de alamayanların oranı %15'tir. Sürekli gazete-dergi alanların eğitim düzeyinin arasına alanlar ya da alamayanlardan daha yüksek olduğu Kruskal Wallis testin sonuçlarında görülmektedir ($p < 0,001$). Arasına gazete alanların oranı %40.9'tur. Özellikle sürekli gazete alma konusunda, araştırmanın yapıldığı günlerde başlayan gazetelerin (hediye verme) yarışı bulgular üzerinde etkili olmuştur. Alınan her gazetenin, okunmak üzere ya da kupon nedeniyle mi alındığı saptanamamıştır. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olanların ekonomik durumu da gazete almaya diğerlerinden daha uygundur.

Örneklemin ilk evlenme yaşı ve cinsiyet dağılımı Tablo 7 'de görülmektedir.

TABLO : 7

İLK EVLENME YAŞI VE CİNSİYET DAĞILIMI

İlk evlenme yaşı	15 ve altı		15-20		21-25		26-30		31-40		41-45		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Cinsiyet														
KADIN	12	4.5	109	41.1	106	40.0	35	13.2	1	0.4	2	0.8	265	51.6
ERKEK	3	1.2	35	14.1	114	45.8	90	36.1	6	2.4	1	0.4	249	48.4
TOPLAM	15	2.9	144	28.0	220	42.8	125	24.3	7	1.4	3	0.6	514	100

Tablo :7 incelendiğinde kadınların %41.1'i 15-20 yaş grubunda %40.0 'ı 21-25 yaş grubunda, erkeklerin ise %45.8'i 21-25, %36.1 26-30 yaş grubunda evlendikleri görülmektedir. Sonuçlara göre erkeklerin ilk evlenme yaşı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$ Mann Whitney U -Wilcoxon Rank Sum W test).

Ülkemizde genellikle ilk evlenme yaşı ilk doğum yaşıdır. İlk evlenme yaşı aile büyüklüğünü, nüfus artışını ve ekonomik statüyü büyük ölçüde etkilemektedir. Ayrıca bu yaşın hem demografik, hem de ana-çocuk sağlığı açısından önemi büyüktür (Nath ve diğerleri, 1993). Araştırmada ulaşılan bu sonuç Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması -1993 (TNSA -1993) sonuçları ile desteklenmektedir. Erken evlenme hem kadın hem de kadın için birçok riskler getirir, bedenen ve ruhen evliliğe hazır olmamanın yanında aile yönetiminde olgunlaşma da önemlidir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993'ün sonuçlarına göre de ülkemizde ilk evlenme yaşı geçmiş yıllara göre daha yüksektir .

Araştırmanın bir diğer bulgusu ise, evliliklerin genellikle ilk evlilik olması ve 5 yıldan uzun süreli olmasıdır.

Ailelerin %40'ı iki çocuklu, %21 'i üç çocuklu, %10'u dört çocuklu %15 'i ise tek çocukludur. 5 ve daha fazla çocuklu oranı daha azdır. Özellikle genç ve iyi eğitim almış personelin çocuk sayısı azdır. Genç ailelerin beklenildiği kadar fazla çocuklu olmadıkları, bu sonucun da ailelerin etkili ya da etkisiz bir yöntemle korunduklarını göstermektedir. Ancak 40-45 yaş grubunda gençlere oranla çocuk sayısı fazladır. Ekonomik şartlar da çocuk sayısının azalmasında önemli rol oynamaktadır.

İlk doğum için sizce hangi yaş uygundur sorusuna genelde 23-25 yaş yanıtı verilmiştir. Pek az sayıda erkek (evlenince) diye yanıtlarken kadınlardan bu yanıt alınmamıştır. İlk doğum için uygun yaş %55.7 ile 20 yaş olarak belirtilmiştir.

Sizce aile planlaması ne demektir? sorusuna örneklemin %80'ni oranında "Ailelerin istedikleri zaman istedikleri kadar çocuk sahibi olmasıdır." yanıt alınmıştır. Ayrıca "İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi" ve "doğum kontrolü" yanıtları bunu izlemiştir. Araştırmada örneklemin cinsiyet farkı olmaksızın aile planlamasını tanımladıkları saptanmıştır. Bu soruya verilen yanıtlar eğitim durumuna göre incelendiğinde ise üniversite yüksek okul mezunu olanların %75.3 ünün "Ailelerin istedikleri zaman istedikleri kadar çocuk sahibi olmasıdır." yanıtını verdikleri bunu % 10.6 ile "Nüfus artışını önleme" yanıtının izlediği görülmüştür. Yaş ve eğitim düzeyi arttıkça, aile planlamasının doğru tanımlanmasında artış görülmüştür.

Evlenmeden Önce ve Evlilik Sırasında Aile Planlaması Bilgilerine İlişkin Tablolar

Evlenmeden önce aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilginiz var mıydı sorusunun yanıtları örneklemin yaş dağılımına göre Tablo 8 'de gösterilmiştir.

TABLO 8
EVLENMEDEN ÖNCE
AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ VE YAŞ DAĞILIMI

	Bilgisi var		Bilgisi yok		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
15-20	1	0.4	2	0.7	3	0.6
21-25	11	4.8	15	5.3	26	5.1
26-30	29	12.6	24	8.5	53	10.4
31-35	69	30.0	60	21.4	129	25.2
36-40	64	27.8	69	24.6	133	26.0
41-45	56	24.3	111	39.5	167	32.7
TOPLAM	230	45.0	281	55.0	511	100

Tablo 8 incelendiğinde 31-35 yaş grubundaki örneklemin evlenmeden önce aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Beklenenin aksine gençlerin bu konuda daha az bilgi sahibi oldukları görülmüştür. ($p < 0.001$ Mann Whitney U). Gençler evlendikten sonra yöntemleri ve yöntem kullanmayı öğreninceye kadar yeterinden fazla çocuk sahibi olmaktadır. Ailede ve okulda aile planlaması yöntemlerine ilişkin yeterli eğitim verilmediği araştırma bulguları ile saptanmıştır.

Aile planlaması yöntemleri nelerdir biliyor musunuz? sorusunun yanıtları örnekleminin yaş durumuna göre Tablo 9 da gösterilmiştir.

TABLO 9
EVLİ AİLELERİN
AİLE PLANLAMASI YÖNTEM BİLGİSİ VE YAŞ DAĞILIMI

	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	F	%	F	%	F	%
15-20	-	-	3	0.6	3	0.6
21-25	-	-	26	5.3	26	5.1
26-30	3	13.0	51	10.5	54	10.6
31-35	5	21.7	124	25.5	129	25.3
36-40	6	26.1	127	26.1	133	26.1
41-45	9	39.1	156	32.0	165	32.4
TOPLAM	23	4.5	487	95.5	510	100

Tablo 9 incelendiğinde aile planlaması yöntem bilgisi ile yaş arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. ($p < 0,4015$ Mann Whitney U). Yaş arttıkça, aile planlaması yöntem bilgisi artmaktadır. Araştırmada genç yaşta gerçekleşen evliliklere karşın yöntem bilgisinin ilerleyen yaş ile arttığı saptanmıştır. Gençlerin doğurgarlık dönemlerinin uzun olması bilgi düzeyleri yeterli seviyeye gelinceye kadar istenmeyen gebeliklerin yaşanmasına ve fazla çocuk sahibi olmaya neden olmaktadır.

Cinsiyete göre evlenmeden önce aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi durumu Tablo 10 da gösterilmiştir.

TABLO : 10

EVLENMEDEN ÖNCE

AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ ve CİNSİYET

	Bilgisi var		Bilgisi Yok		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
KADIN	95	41.3	169	59.9	264	51.6
ERKEK	135	58.7	113	40.1	243	48.4
TOPLAM	230	44.9	282	55.1	512	100

Tablo 10'da görüldüğü gibi evlilik öncesi yöntem bilgisi olan erkeklerin oranı %58.7 kadınların ise %41.3'tür. Örneklemin %55.1'inin yöntem bilgisi olmadığı saptanmıştır. Evlilik öncesi aile planlaması bilgisi olan daha çok erkeklerdir. Kadınlar ise aile planlaması yöntemlerini evlendikten sonra öğrenmektedir ($p < 0,0003$ ki - kare χ^2). Ülkemizde doğumların hemen hemen hepsi evlilik içinde meydana gelmektedir. Evlilik öncesi aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgisi olmayan genç kadınlar, evlilik ve ilk doğumla bu konuda bilgi sahibi olmaya başlamakta ve modern ve etkili bir yöntem kullanmaya karar verdiklerinde yeterince çocuk sahibi olmaktadır.

Evlenmeden önce aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilginiz var mıydı? soruna verilen yanıtlar, Eğitim durumuna göre Tablo 11 de gösterilmiştir.

TABLO :11
EVLENMEDEN ÖNCE
AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ ve EĞİTİM

Eğitim Durumu	Bilgisi Yok		Bilgisi Var		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Okur-yazar değil	18	6.0	4	1.7	22	4.3
Okur - yazar	68	24.1	18	7.8	86	16.8
İlkokul	98	34.8	114	49.6	212	41.4
Ortaokul	11	3.9	2	0.9	13	2.5
Lise	52	18.4	24	10.4	76	14.8
Üniversite/Y.Okul	35	12.4	68	29.6	103	20.1
Toplam	282	55.1	230	44.9	512	100

Tablo 11 incelendiğinde evlenmeden önce aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgisi olan örneklerin %49.6 'sı ilkökul eğitimi almıştır ve %29.6 ile üniversite eğitimi olanların bunu izlediği görülmektedir. Evlilik öncesi aile planlaması yöntem bilgisi olanların eğitim düzeyi daha yüksektir ($p < 0,001$ Mann Whitney U).

Aile planlaması yöntemleri nelerdir, biliyor musunuz? sorusuna yanıtlar, cinsiyete ve eğitim durumuna göre değerlendirilmiştir. Cinsiyete göre aile planlaması yöntem bilgisi Tablo 12 de gösterilmiştir.

TABLO 12
EVLİ AİLELERİN
AİLE PLANLAMASI YÖNTEM BİLGİSİ VE CİNSİYET İLİŞKİSİ

	HAYIR		EVET		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
KADIN	12	4.5	254	95.5	266	51.1
ERKEK	12	4.9	233	95.1	245	47.9
TOPLAM	24	4.7	487	95.3	511	100

Tablo 10 ve 12 incelendiğinde aile planlaması yöntem bilgisinin evlilik yaşantısı ile kadınlar da arttığı görülmektedir. Evlenmeden önce Aile Planlaması Yöntemlerine ilişkin bilgi kadınlar için %41,3 iken evlilik sonrası bu oran kadınlar da %95,5'e , erkeklerde ise %58.7' den %95.1'e yükselmiştir. Bu sonuçlara göre, ülkemizde ailede ve toplumda bu konularda konuşma ve tartışma hoşgörüsü ile karşılanmadığından ancak evlilik ile bilgilenme başlamaktadır. ($p=0,8365$ ki-kare, χ^2). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması -1993 'e göre de herhangi bir yöntem bilen kadınların oranı %99'dur, Araştırma sonucuna göre ise bu oran %95.5 olup, literatürle desteklenmektedir.

Aile planlaması yöntem bilgisi ve eğitim durumu Tablo 13'te gösterilmiştir.

TABLO : 13
EĞİTİM DURUMUNA GÖRE AİLE PLANLAMASI
YÖNTEM BİLGİSİ

Eğitim Durumu	Bilgisi Yok		Bilgisi Var		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Okur-yazar değil	2	8.3	20	4.1	22	4.3
Okur - yazar	7	29.2	79	16.2	86	16.8
İlkokul	12	50.0	202	41.5	214	41.9
Ortaokul	2	8.3	11	2.3	13	2.5
Lise	1	4.2	73	15.0	74	14.5
Üniversite/Y.Okul	-	-	102	20.9	102	20.9
Toplam	24	4.7	487	95.3	511	100

Tablo 13 de görüldüğü gibi aile planlaması yöntem bilgisi, eğitim düzeyi ile artmaktadır. Eğitim düzeyi ile aile planlaması yöntem bilgisi arasında anlamlı bir ilişki vardır. ($p<0,0121$ Mann Whitney U) Üniversite / Yüksekokul eğitilmiş örneklemin tamamı aile planlaması yöntemlerini bildiklerini belirtmişlerdir. TNSA-1993 'e göre de yöntem bilgisi eğitim ile artmaktadır.

Aile planlaması yöntemleri konusunda ilk bilgileri nereden aldınız? sorusunun yanıtı kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı incelenmiş ve Tablo 14 de gösterilmiştir.

TABLO : 14
AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN İLK BİLGİ
KAYNAĞININ CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI

İlk Bilgilerin kaynağı	KADIN		ERKEK	
	F	% yüzde	F	yüzde %
Televizyon	47	17.9	55	22.3
Doktor	49	18.7	41	16.6
Akraba - komşu	44	16.8	14	5.7
Hemşire-Ebe	33	12.6	12	4.9
Yayınlar	66	26.6	113	45.7
Hastane	5	1.9	1	0.4
Diğer	17	6.5	9	3.6
Ozel TV Hattı			2	0.8
Toplam	262	100	247	100

Aile planlaması yöntemlerine ilişkin ilk bilgilerin kaynağı ile ilgili Tablo 14 incelendiğinde kadınlar için yayınların %26.6 ile ilk sırayı aldığı , %18.7 ile doktor, %17.9 ile televizyon yayınlarının önemli kaynaklar olduğu görülmektedir.

Erkekler için ise % 45.7 ile yayınlar ilk sırayı almakta, %22.3 ile televizyon ve %16.6 ile doktor, yayınları izlemektedir. Bulgular incelendiğinde yayınların ve televizyonun aile planlaması ve yöntemlerine ilişkin bilgi edinmede en önemli kaynaklar olduğu görülmektedir. Okuma yazma bilmeyenler için televizyon özellikle önemli bir eğitim aracıdır denilebilir.

Hangi aile planlaması yöntemlerini biliyorsunuz sorusunun yanıtları frekans dağılımları ve yüzdeleri ile Tablo15 de gösterilmiştir.

TABLO :15
AİLE PLANLAMASI YÖNTEM BİLGİSİ DAĞILIMI

Yöntem		F	%
HAP	Bilmiyor	101	19.6
	Biliyor	414	80.4
SİRİRAL	Bilmiyor	77	15.0
	Biliyor	437	84.9
KONDOM	Bilmiyor	139	27.0
	Biliyor	376	73.0
GÖNÜLLÜ CERRAHİ YÖNTEM	Bilmiyor	237	46.0
	Biliyor	278	54.0
TAKVİM YÖNTEMİ	Bilmiyor	305	59.2
	Biliyor	210	40.8
GERİ ÇEKME YÖNTEMİ	Bilmiyor	194	37.7
	Biliyor	321	62.1
OVUL-KREM JEL	Bilmiyor	367	71.3
	Biliyor	148	28.7
DİĞER	Bilmiyor	476	192.4
	Biliyor	39	7.6

Tablo : 15 incelendiğinde ülkemizde % 84.9 ile en çok bilinen yöntem spiraldir. Hap % 80.4 oranla ikinci en iyi bilinen yöntemdir. Gönüllü cerrahi yöntemi, bilenlerle bilmeyenlerin oranı hemen hemen eşittir. TNSA -1993 e göre de modern yöntemler içinde en çok bilinen yöntemlerden hap ve spirial ilk sıralarda iken daha sonra sırayı kondom almaktadır. Tüpligasyon ve va-

zektomi en az bilinen yöntemlerdir. 1998- TNSA ya göre çok daha az olan gönüllü cerrahi yöntem bilgileri zaman içerisinde artmıştır. Araştırma sonuçları da TNSA sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Evlendikten sonra, ne zaman gebe kaldınız / eşiniz gebe kaldı? Sorusuna verilen yanıtların frekans ve yüzdeleri Tablo 16 da gösterilmiştir.

TABLO 16

EVLENDİKTEN SONRA, GEBE KALMA DURUMU DAĞILIMI

	F	Yüzde %
Hemen	246	48.4
1 yıl sonra	130	25.5
2 yıl sonra	41	8.8
3 yıl sonra	34	6.6
4 yıl sonra	20	3.9
5 yıl ve fazlası	20	3.9
Diğer	15	2.9
TOPLAM	510	100

Tablo 16 incelendiğinde kadın personel ve personel eşlerinin % 48.4'i evlendikten hemen sonra gebe kalmıştır. Evlendikten bir yıl sonra gebe kalanların oranı ise % 25.5'dir. Ülkemizde evlenmeyle gebe kalma gerçekleşmekte ve uzun süren evlilikler boyunca çocuk sayısında, gebeliklerde artışlar gözlenmektedir. Evlenir evlenmez korunma yöntemlerinde herhangi birinin kullanılmadığı araştırmanın önemli bulgularından birisidir. Genelde ülkemizde aile büyüklerinin hemen çocuk olması konusundaki baskıları, yeni evlilerin yöntem kullanmasına engel olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlar ilk yıllardan sonra, doğum aralığını açmak için ya da aile büyüklüğünü yeterli kabul ederek, fazla çocuk doğurmak istememektedir. (Hatcher ve diğerleri, 1990:54) .

Yaş ve Gebelik Sayısı arasındaki ilişki Tablo :17 de gösterilmiştir.

TABLO 17

YAŞ VE GEBELİK SAYISI İLİŞKİSİ

Gebelik Sayısı	0		1		2		3		4		5 ve fazlası		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Yaş 15-20	-	-	-	-	1	1.0	-	-	-	-	2	1.4	3	0.6
21-25	3	20.0	4	6.7	5	5.2	6	5.1	2	2.6	6	4.2	26	5.1
26-30	4	26.7	21	35.0	15	15.5	8	6.8	3	3.8	2	1.4	53	10.4
31-35	4	26.7	16	26.7	34	35.1	35	29.7	22	28.2	18	12.7	129	25.3
36-40	3	20.0	10	16.7	23	23.7	36	30.5	22	28.2	39	27.5	133	26.1
41-45	1	6.7	9	15.0	19	19.6	33	28.0	29	37.2	75	52.8	166	32.5
TOPLAM	15	2.9	60	11.8	97	19.0	118	23.1	78	15.3	142	27.8	510	100.0

Tablo 17 incelendiğinde gebelik sayısı 41-45 arasındaki kadınlarda en yüksek orandadır (% 32.5). Ayrıca, gebe kalma sayısı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,0001$ Kruskal Wallis). Bulgulara göre yaş arttıkça gebe kalma sayısı artmaktadır. Bu durum 41-45 yaş grubundaki kadınların menapoz düşüncesiyle yöntem kullanma konusunda yeterince duyarlı davranmama eğilimi ile açıklanabilir. Diğer taraftan daha çok erkek eşin korunmasının yeterli bulunduğu ve geleneksel yöntemlerden olan geri çekme yöntemini kullanma sonucu istenmeyen gebeliklerin fazlaca yaşandığı araştırmada saptanmıştır. Amerika'da Alabama Üniversitesinde yapılan bir araştırmaya göre de, 40 yaşın üzerindeki kadınlarda istenmeyen gebelik oranı oldukça yüksektir. Ayrıca, 40 yaş üzerindeki kadınlarda doğumlar riskli olup, gebelik ve doğum sırasında ölüm oranları da oldukça fazladır (Thorneycroft, 1993).

Araştırmada şimdiye kadar kaç kez gebe / kaldınız eşiniz gebe kaldı? sorusunun yanıtlarının eğitim durumu ile ilişkisine bakılmış ve sonuçlar Tablo 18 de gösterilmiştir.

TABLO 18
EĞİTİM DURUMU VE GEBE KALMA DURUMU İLİŞKİSİ

Eğitim Durumu	0		1		2		3		4		5 ve fazlası		Toplam	
	F-	%	F	%	F	%	F	%:	F	%	F	%	F	%
Okur yaz.d.	3	-	-	-	-	-	3	2.5	1	1.3	17	11.9	21	4.1
Okur-yazar	6	20.0	4	6.7	11	11.3	23	19.5	13	16.7	32	22.4	86	16.8
İlkokul	-	40.0	39	65.0	45	46.4	51	43.2	31	39.7	43	30.1	215	42.1
Ortaokul	2	-	-	1.7	1	1.0	-	-	4	5.1	7	4.9	13	2.5
Lise	4	13.3	4	6.7	14	14.4	15	12.7	13	16.7	28	19.6	76	14.9
Üniv./Y.Ok	15	26.7	12	20.0	26	26.8	26	22.0	16	20.5	16	11.2	100	19.6
TOPLAM		2.9	60	11.7	97	19.0	118	23.1	78	15.3	143	28.0	511	100.0

Tablo 18 incelendiğinde, eğitim artıka gebelik sayısının azaldığı görülmektedir. Örneklem nüfusta İlkokul mezunu nüfus fazla olduğundan bu grupla ilgili oranlar oldukça yüksektir. Ancak üniversite eğitimi olanlar için gebelik sayısındaki oran oldukça düşüktür. Gebe kalma durumu ile eğitim arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,002$ Kruskal Wallis).

Şimdiye kadar kaç kez gebe kaldınız / eşiniz gebe kaldı?

Sorunun yanıtları cinsiyete göre değerlendirilmiş ve Tablo 19 da gösterilmiştir.

TABLO 19
GEBE KALMA (EŞİN GEBE KALMASI) DURUMU VE CİNSİYET DAĞILIMI

CİNSİYET	Hiç kalmadı 0		1 kere		2 kere		3 kere		4 kere		5 ve fazlası		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%:	F	%	F	%	F	%
KADIN	7	2.6	34	12.8	45	17.0	65	24.5	37	14.0	77	29.1	265	51.9
ERKEK	8	3.3	26	10.6	52	21.1	53	21.5	41	16.7	66	26.8	246	48.1
TOPLAM	15	2.9	60	11.7	97	19.0	118	23.1	78	15.3	143	28.0	511	100.0

Tablo 19 incelendiğinde kadınların yanıtları ile erkeklerin yanıtları ve oranları birbirine çok yakındır. Bulgular erkeklerin, eşlerinin gebelikleri konusunda bilgi sahibi olduklarını göstermektedir. Beklenenin aksine erkeklerin eşlerin sağlığı ile ilgilenmekte oldukları ve istenmeyen gebelikleri engellemek istedikleri araştırmanın önemli bulguları arasındadır.

Şimdiye kadar kaç kez ölü doğum yaptınız / eşiniz ölü doğum yaptı sorusunun yanıtları cinsiyete göre değerlendirilmiş ve Tablo 20 de gösterilmiştir

TABLO 20
ÖLÜ DOĞUM SAYISINA YANITLARIN CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI

CİNSİYET	0		1 kere		2 kere		3 kere		4 kere		5 ve fazl.		TOPLAM	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
KADIN	238	51.3	20	60.6	3	37.5	-	-	2	0.8	-	-	263	51.7
ERKEK	226	48.7	13	39.4	5	62.5	1	0.4	-	-	1	0.4	246	48.3
TOPLAM	464	91.2	33	6.5	8	1.6	1	0.2	2	0.4	1	0.2	509	100.0

Tablo 20 incelendiğinde bu soruya verilen yanıtların oranları arasında cinsiyet açısından bir fark görülmemektedir. Gebe kalma durumunda olduğu gibi ölü doğum sayısında erkekler de bilgi sahibidir. Her ölü doğum anne sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Eş ve çocuklarda böyle bir durumda bakımsız kalacaklarından konu eşleri birlikte ilgilendirmektedir.

Ölü doğum sayısının yaş ve eğitimle ilişkisi incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Düşük sayısı ile ilgili sorunun yanıtları yaş gruplarına göre incelenmiş ve Tablo 21 de gösterilmiştir.

TABLO 21

DÜŞÜK SAYISININ YAŞ GRUPLARI İLE İLİŞKİSİ

Düşük Say.	0		1		2		3		5 ve fazlası		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%:	F	%	F	%
15-20	2	95	1	1.3	-	-	-	-	-	-	3	0.6
21-25	21	5.3	5	6.3	-	-	-	-	-	-	26	5.1
26-30	49	12.4	4	5.1	1	3.8	-	-	-	-	54	10.6
31-35	108	27.3	14	17.7	4	15.4	3	33.3	-	-	108	22.8
36-40	96	73.8	22	16.9	9	6.9	3	2.3	-	-	129	25.2
41-45	116	29.4	32	40.5	12	46.2	3	33.3	2	100.0	165	32.3
TOPLAM	395	77.3	79	15.5	26	5.1	9	18	2	0.4	511	100.0

Tablo : 21 incelendiğinde, yaş ilerledikçe düşük sayısının arttığı görülmektedir. Yaş ile düşük sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,001$ Kruskal Wallis), 41-45 yaş arasındaki kadınlarda bu oran % 32.3 ile en yüksek düzeydedir. Bu sonuçlar ileri yaşlardaki gebeliklerin ana çocuk sağlığı açısından sakıncalarını doğrulamaktadır. 40 yaş civarında aile planlaması yöntemlerinin etkili bir biçimde kullanılmaması istenmeyen gebeliklere, ve istenmeyen gebelikler de tehlikeli düşüklere neden olmaktadır. Böylece, bu düşüklere doğal olmayan yollarla gerçekleştirilmekte ve çoğu kez annenin ölümü ile sonuçlanmaktadır. Kadın sağlığı açısından isteyerek düşük yapma, tüm ülkelerde gözlenen bir sorundur. Gelişmekte olan ülkelerde isteyerek düşük yapma (yasa dışı düşüklere), üreme çağındaki kadınların önemli ölüm nedenilerinden birisini oluşturmaktadır (TSNA-1993:55).

Eğitim Durumu ve Düşük Sayısı Tablo 22 da gösterilmiştir.

TABLO 22
DÜŞÜK SAYISI VE EĞİTİM İLİŞKİSİ

Düşük sayısı	0		1 kez		2 kez		3 kez		5 ve fazlası		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Okur yazar değil	14	3.5	4	5.0	2	7.7	1	11.1	1	50.0	22	4.3
Okur-yazar	67	17.0	12	15.0	3	11.5	3	33.3	1	50.0	86	16.8
İlkokul	168	42.5	32	40.0	11	42.3	3	33.3	-	-	214	41.8
Ortaokul	9	2.3	2	2.5	2	7.7	-	-	-	-	13	2.5
Lise	54	13.7	14	17.5	6	23.1	2	22.2	-	-	76	14.8
Üniversite Y.Ok.	83	21.0	16	20.0	2	7.7	-	-	-	-	101	19.7
TOPLAM	395	77.1	80	15.6	26	5.1	9	1.8	2	0.4	512	100.0

Tablo 22 incelendiğinde eğitim düzeyi, düşük oranı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Düşük sayısı eğitim arttıkça azalmaktadır ($p < 0,004$ Krussal Wallis) TNSA-1993 araştırmasına ise eğitim düzeyi arttıkça düşük sayısı yükselmektedir. (TNSA-1993:57). Araştırma da düşüklerin doğal ya da isteğe bağlı olup olmadığı belirlenememiştir. Ayrıca, TNSA-1993'ün sonuçlarından farklı bulgular elde edilmiştir.

Şimdiye kadar kaç kez düşük yaptınız / eşiniz kaç kez düşük yaptı? sorusunun yanıtları cinsiyete göre değerlendirilmiş ve Tablo 23 da gösterilmiştir.

TABLO 23
DÜŞÜK SAYISI VE CİNSİYET İLİŞKİSİ

CİNSİYET	0		1 kere		2 kere		3 kere		5 ve fazlası		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
KADIN	207	52.4	39	48.8	12	46.2	5	55.6	2	100.0	265	51.8
ERKEK	188	47.6	41	51.3	14	53.8	4	44.4	-	-	247	48.2
TOPLAM	395	77.1	80	15.6	26	5.1	9	1.8	2	0.4	512	100.0

Tablo 23 incelendiğinde düşük sayısı ile ilgili soruya verilen yanıtlarda kadın ve erkek grupları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Gebelik sayısı ve ölü doğum sayısında olduğu gibi düşük konusunda da erkeklerin bilgi sahibi oldukları saptanmıştır.

Kürtaj sayısı ve yaş grupları arasındaki ilişki Tablo 24 de gösterilmiştir.

TABLO 24

KÜRTAJ SAYISI VE YAŞ GRUPLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

	0		1 kez		2 kez		3 kez		4 kez		5 ve fazlası		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15-20	1	0.3	1	0.9	1	1.6	-	-	-	-	-	-	3	0.6
21-25	18	5.8	5	4.7	2	3.2	-	-	-	-	1	25.0	26	5.1
26-30	48	15.3	3	2.8	3	4.8	-	-	-	-	-	-	54	10.6
31-35	85	27.2	22	20.6	16	25.4	4	25.0	2	33.3	-	-	129	25.3
36-40	75	24.0	37	34.6	15	23.8	4	25.0	2	33.3	-	-	133	26.1
41-45	86	27.5	39	36.4	26	41.3	8	50.0	2	33.3	3	75.0	164	32.2
TOPLAM	313	61.5	107	21.0	63	12.4	16	3.1	6	1.2	4	0.8	509	100.0

Tablo 24 incelendiğinde kürtaj sayısında 41-45 yaş grubu % 32.2 oran ile önde gelmektedir. Yaş arttıkça kürtaj sayısı artmaktadır ($p < 0,0001$ Kruskal Wallis), 41-45 yaş grubunda istenmeyen gebelikler daha sıklıkta yaşanmakta ve kürtaj tercih edilmektedir. Sonuçta laboratuvara gebelik testi için başvuran 40 yaş ve sonrası gruba dahil kadınlarda istenmeyen gebelikler sonucu kürtaj sayısında artışlar görülmektedir. 40 yaş ve sonrasında kadınların yöntem kullanmaması ile ilgili (Thornycroft - 1993) araştırmasında 40 yaşın üzerindeki kadınları aile planlaması yöntemleri kullanmayan kadınlar kategorisinde değerlendirmektedir. Araştırma bulguları bu sonuçlar ile uyum sağlamaktadır.

Eğitim Durumu ve Kürtaj sayısı arasındaki ilişki Tablo 25 de gösterilmiştir.

TABLO 25

KÜRTAJ SAYISI İLE EğİTİM İLİŞKİSİ

	0		1 kez		2 kez		3 kez		4 kez		5 ve fazlası		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Okur yaz.d.	11	3.5	7	6.5	4	6.3	-	-	-	-	-	-	22	4.3
Okur-yazar	52	16.6	15	13.9	11	17.5	3	18.8	4	66.7	1	25.0	86	16.9
İlkokul	135	43.1	39	36.1	29	46.0	8	50.0	1	16.7	1	25.0	213	41.8
Ortaokul	7	2.2	4	3.7	1	1.6	-	-	-	-	1	25.0	13	2.5
Lise	43	13.7	18	16.7	11	17.5	2	12.5	1	16.7	-	-	75	14.7
Üniv./Y.Ok	65	20.8	25	23.1	7	11.1	3	18.8	-	-	1	25.0	101	19.8
TOPLAM	313	61.4	108	21.2	63	12.4	16	3.1	6	1.2	4	0.8	510	100.0

Tablo 25 incelendiğinde eğitim düzeyi ile kürtaj sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ($p>0,05$ Kruskal Wallis). Eğitim ile istenmeyen gebeliklerin azalması ve bu gebeliklerden kurtulmak için kürtajın daha az gerçekleŐmesi beklenirken araştırmada anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kürtajın Türk kadınları tarafından aile planlaması ya da çocuktan kurtulmanın yasal bir yol olduğu Sidney'de yapılan bir araştırmada da vurgulanmaktadır (Yusu ve diğerleri-1993).

Şimdiye kadar kaç kez ocuk aldırđınız / eşiniz kaç kez ocuk aldırđı? sorusunun yanıtları cinsiyete göre değerlendirilmiş ve Tablo 26 da gösterilmiştir.

TABLO 26
KÜRTAJ SAYISI VE CİNSİYET İLİŞKİSİ

CİNSİYET	0		1 kere		2 kere		3 kere		4 kere		5 ve fazlası		TOPLAM	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
KADIN	156	49.8	57	52.8	33	52.4	9	56.3	5	83.3	3	75.0	263	51.6
ERKEK	157	50.2	51	47.2	30	47.6	7	43.8	1	16.7	1	25.0	247	48.4
TOPLAM	313	61.4	108	21.2	63	12.4	16	3.1	6	1.2	4	0.8	510	100.0

Tablo 26 incelendiğinde kaç kez ocuk aldırđınız / eşiniz kaç kez ocuk aldırđı sorusunun yanıtlarının oranları arasında cinsiyete göre bir fark bulunamamıştır.

Canlı doğup ölen çocuk sayısı ve yaş arasındaki ilişki Tablo 27 da gösterilmiştir.

TABLO 27
CANLI DOĞUP ÖLEN ÇOCUK SAYISI VE YAŞ GRUPLARI İLİŞKİSİ

	0		1		2		4		5 ve fazlası		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15-20	3	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0.6
21-25	24	5.5	-	-	1	8.3	-	-	-	-	25	4.9
26-30	51	11.6	3	5.6	-	-	-	-	-	-	54	10.7
31-35	116	26.5	12	22.2	-	-	-	-	-	-	128	25.3
36-40	112	25.6	15	27.8	7	58.3	-	-	-	-	134	26.5
41-49	132	30.1	24	44.4	4	33.3	1	0.6	1	0.6	162	32.0
TOPLAM	438	86.6	54	10.7	12	2.4	1	0.2	1	0.2	506	100.0

Tablo 27 incelendiğinde canlı doğup ölen çocuk sayısı ile yaş grupları arasında fark anlamlı bulunmuştur ($P < 0,001$ Kruskal Wallis). Yaş arttıkça, bu sayı artmaktadır. Annenin yaşı ile çocuk sağlık ve bakım bilgisi artmakta ancak ileri yaşlardaki doğumlar da sağlıklı doğum sayısı azalmaktadır. Çok genç ve çok ileri yaşlarda yapılan doğumlar hem anne hem de bebek sağlığı açısından önemlidir. İleri yaşlardaki annelerin bebeklerinin ölme riski daha fazladır. (Türkiye'de anne ve çocukların durumu, 1991:120). Demografik çalışmalar, bir kadının doğurganlık örüntüsü ile çocuklarının hayatta kalma şansı arasında güçlü bir ilişkinin bulunduğunu göstermektedir. Anneleri doğum sırasında, çok genç veya yaşlı olan, kısa bir doğum aralığından sonra doğan veya anneleri daha önce çok sayıda doğum yapmış olan bebek ve çocuklar, daha yüksek ölüm risklerine maruz kalmaktadır (TNSA-1993:91).

Eğitim Durumu ve Canlı Doğup ölen Çocuk sayısı arasındaki ilişki

Tablo 28 de gösterilmiştir.

TABLO 28

CANLI DOĞUP ÖLEN ÇOCUK SAYISI VE EĞİTİM İLİŞKİSİ

	0		1		2		4		5 ve fazlası		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Okur yazar değil	11	2.5	8	14.8	2	16.8	1	100.0	-	-	22	4.3
Okur-yazar	71	16.2	9	16.7	6	50.0	-	-	-	-	86	17.0
İlkokul	190	43.3	21	38.9	2	16.7	-	-	-	-	213	42.0
Ortaokul	10	2.3	3	5.6	-	-	-	-	-	-	13	2.6
Lise	64	14.6	6	11.1	2	16.7	-	-	1	100.0	73	14.4
Üniversite/Y.Okul	93	21.2	7	13.0	-	-	-	-	-	-	100	19.7
TOPLAM	439	86.6	54	10.7	12	2.4	1	0.2	1	0.2	507	100.0

Araştırmada eğitim düzeyi ile canlı doğup ölen çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tablo 28 incelendiğinde eğitim düzeyi yükseldikçe, canlı doğup ölen çocuk sayısı azalmaktadır ($p < 0,0001$ Kruskal Wallis). Ayrıca annenin eğitim düzeyi yükseldikçe, doğum öncesi ve sonrası sağlık hizmetlerinden faydalanma artmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1993 raporunda da belirtildiği gibi ülkemizde çocukların hayatta kalabilme şansları annenin eğitim durumu ile çok yakından ilişkilidir (TNSA-1993:88).

Canlı doğup ölen çocuğunuz oldumu? Sorusunun yanıtları cinsiyete karşı değerlendirilmiş ve Tablo 29 da gösterilmiştir.

TABLO 29

CANLI DOĞUP ÖLEN ÇOCUK SAYISI VE CİNSİYET DAĞILIMI

	0		1		2		4		5 ve fazlası		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
CİNSİYET												
KADIN	226	51.5	30	55.6	7	58.3	1	100.0	-	-	264	52.1
ERKEK	213	48.5	24	44.4	5	41.7	-	-	1	100.0	243	47.9
TOPLAM	239	86.6	54	10.7	12	2.4	1	0.2	1	0.2	507	100.0

Tablo 29 incelendiğinde canlı doğup ölen çocuk sayısı ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Doğum öyküsü ile ilgili diğer sorularda olduğu gi-

bi eşler canlı doğup ölen çocuk sayısında farklı yanıtlar vermemiştir. Bu konuda da erkeklerin dikkatli ve duyarlı oldukları görüşmelerde saptanmıştır.

İlk doğumu kaç yaşında yaptınız sorusunu kadınların %42.4 'ü 21-25 yaş % 25.8'i ise 15-20 yaş arası olarak yanıtlamışlardır. Erkekler ise genellikle eşlerinin ilk doğum yaşlarını evlilikleri ile hesaplayarak yanıtlamışlardır.

İki doğum arasındaki süre örneklemin %29.3'ü tarafından 5 yıl ve fazla %27'si tarafından 4 yıl %24.3 'ü tarafından 3 yıl ve %14.3'ü tarafından ise 2 yıl olarak belirtilmiştir. Ancak bu soruyu yanıtlayan araştırma örneklemini kadın ve erkekler (eğer çocuk sayısını ve aralığını kontrol edebilseseydik) diye de açıklama getirmişlerdir.

Doğum sırası ve doğumların gerçekleştiği yerler ile ilgili bulgular Tablo 30 da gösterilmiştir.

TABLO 30
DOĞUM SIRASI VE DOĞUMUN YAPILDIĞI YER GÖSTERİR TABLO

	Hastanede		Sağlık Pers. ile		Sağ. pers. olmadan		Diğer		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1.Çocuk	368	71.5	94	18.3	38	7.4	15	2.9	515	100
2.Çocuk	277	53.8	94	18.3	37	7.2	107	20.8	515	100
3.Çocuk	123	23.9	66	12.8	32	6.2	293	56.9	515	100
4.Çocuk	65	12.6	33	6.4	17	3.3	400	77.7	151	100
5 ve faz.Çocuk	2	0.4	27	5.2	14	2.7	472	91.7	515	100

Tablo 30 incelendiğinde çocuk sayısı arttıkça hastanede doğum sayısı azalmaktadır. İlk çocuğun hastanede doğum oranı %71.5 iken, artan çocuk sayısı ile bu oran %0.4'e düşmektedir. Örneklemin işyerinin bulunduğu yerleşim merkezi doğumun gerçekleşeceği yer seçimini etkilemektedir.

Doğum ya da kürtajdan sonra aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi verilmesi durumu tablo 31 de gösterilmiştir.

TABLO 31
DOĞUM YA DA KÜRTAJDAN SONRA AİLE PLANLAMASI
YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ VERİLMESİ

	Anneye		Babaya		Birlikte		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%
EVET	74	14.4	6	1.2	68	13.2	148	28.7
HAYIR	-	-	-	-	-	-	367	71.3
TOPLAM	-	-	-	-	-	-	515	100.0

Doğum ya da kürtajdan sonraki günler aile planlaması yöntemlerinin uygulanması için en uygun günlerdir (Santow, 1991). Doğum sonrası (post partum) cerrahi yöntem uygulamaları en çok bu dönemde yapılmaktadır (Pitaktepsombati ve Janowitz - 1995) .

Tablo 31 incelendiğinde doğum ya da kürtajlardan sonra aile planlanması konusunda bilgi verilmediği % 71.3 , % 28.7 oranında verilen bilgilerin de anneye %14.4, babaya %1.2 ya da ikisine birlikte %13.2 oranında verildiği saptanmıştır. Araştırmada doğum ya da kürtajlardan sonra bilgi verildiğini ifade edenler daha çok özel doktorla doğum yapanlardır. Hastane ya da doğum evinde doğum yapanlardan bilgi aldığını belirten örneklem sayısı oldukça azdır. Evde, sağlık personeli ile doğum yapanları da zaman zaman sağlık ocağı hemşiresi bilgilendirmektedir. Genel olarak ülkemizde annenin doğum öncesi bakımı ile ilgili çalışmalar yapılırken doğum sonrası bakım ve bilgilendirme gözardı edilmektedir. Oysa aile planlaması yöntemleri kullanılması konusunda bilgiye en çok gereksinim duyulan zaman doğum sonrasıdır. Doğumdan sonra konu ihmal edilmekte ve istenmeyen gebelikler yaşanmaktadır.

Sizin aileniz için uygun çocuk sayısı nedir sorusuna yanıtlar ve eğitim durumu Tablo 32'de gösterilmiştir.

TABLO : 32
AİLE İÇİN UYGUN ÇOCUK SAYISI VE EĞİTİM İLİŞKİSİ

	1 çocuk		2 çocuk		3 çocuk		4 çocuk		5 çocuk		Diğer		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Okur yaz.değil	-	-	4	18.2	7	31.8	10	45.5	-	-	1	4.5	22	4.3
Okur-yazar	2	2.3	4.7	54.7	26	30.2	30.2	11	12.8	-	-	-	86	16.9
İlkokul	1	0.5	15.8	73.8	43	20.1	7	3.3	2	0.9	-	-	214	42.0
Ortaokul	1	7.7	7	53.8	2	15.4	2	15.4	1	7.7	-	-	13	2.5
Lise	1	-	44	60.3	24	32.9	5	6.8	-	-	-	-	7.3	14.3
Üniv./Y.Ok	3	2.9	67	65.7	20	19.6	10	9.8	2	2.0	-	-	102	20.0
TOPLAM	8	11.6	327	64.1	122	23.9	45	8.8	5	1.0	1	0.2	510	100.0

Tablo 32 incelendiğinde %64.1 oran ile 2 çocuk, aileler tarafından uygun bulunmaktadır. Eğitim arttıkça uygun çocuk sayısında azalma görülmektedir ($p < 0.040$ Mann Whitney U). Eğitim düzeyi yükseldikçe aileler bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olmak istemekte ve doğum sayısı ve aralığını belirlemek için de aile planlaması yöntemlerini kullanmaktadırlar. Ayrıca, ailenin eğitim düzeyi yükseldikçe ekonomik durumun daha iyi olmasına karşın, çocuğa ileride daha iyi şartlar sağlama isteği çocuk sayısını sınırlamada etken olmaktadır.

Sizin aileniz için en uygun çocuk sayısı sizce nedir? sorusunun yanıtları Tablo 33 de cinsiyete karşı çocuk sayısı olarak gösterilmiştir.

TABLO 33
UYGUN ÇOCUK SAYISI VE CİNSİYET İLİŞKİSİ

	1 çocuk		2 çocuk		3 çocuk		4 çocuk		5 çocuk		6 çocuk		TOPLAM	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
KADIN	7	2.7	172	65.2	52	19.7	29	11.0	1	0.4	1	0.4	264	51.8
ERKEK	1	0.4	155	63.0	70	28.5	16	6.5	4	1.6	-	-	246	48.2
TOPLAM	8	1.6	327	64.1	122	23.9	45	8.8	5	1.0	1	0.2	510	100.0

Tablo 33 de yapılan görüşmelerin sonuçları değerlendirilmiş, aileler için uygun çocuk sayısında kadın ve erkeklerin yanıtları arasında fark gözlenmemiştir ($p>0,05$ Mann Whitney U test). Araştırmada, aile için uygun çocuk sayısına eşlerin birlikte karar verdikleri saptanmış, kadınlar %62.2 ve erkekler %63.0 oranı ile iki çocuğun aileleri için uygun olduğunu ifade etmişlerdir.

Yaş ve uygun çocuk sayısı arasındaki ilişki Tablo 34 de gösterilmiştir.

TABLO 34
UYGUN ÇOCUK SAYISI VE YAŞ İLİŞKİSİ

	Yanıt V		1 çocuk		2 çocuk		3 çocuk		4 çocuk		5 çocuk		6 çocuk		Toplam	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15-20	-	-	-	-	2	66.7	1	33.3	-	-	-	-	-	-	3	0.6
21-25	-	-	1	4.0	14	56.0	8	32.0	2	8.0	-	-	-	-	25	4.9
26-30	-	-	-	-	38	73.1	11	21.2	3	5.8	-	-	-	-	52	10.2
31-35	-	-	2	15	97	74.6	20	15.4	9	6.9	-2	1.5	-	-	130	25.5
36-40	-	-	3	2.3	76	57.6	33	25.0	17	12.9	2	1.5	-	-	132	25.9
41-49	1	0.6	2	1.2	99	59.3	49	29.3	14	8.4	1	0.6	1	0.6	167	32.8
TOPLAM	1	0.4	8	1.6	326	64.0	122	24.0	45	8.8	5	1.0	1	0.2	509	100.0

Tablo 34 incelendiğinde uygun çocuk sayısı 2 olarak belirlenmiş, yaş artıkça uygun çocuk sayısının arttığı gözlenmiştir ($p < 0,020$ Mann Whitney U test). Görüşmelerde yaşları kırkın üzerinde olan eşler fazla çocuk sahibi olduklarını ve , durumlarından şikayetçi olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Şu anda istediğinizden fazla çocuk sahibi misiniz? Sorusunun yanıtları frekans ve yüzdeleri ile Tablo 35 de gösterilmiştir.

TABLO 35

FAZLA ÇOCUK SAHİBİ OLMA DURUMU DAĞILIMI

	F	Yüzde %
HAYIR	375	72.8
EVET	140	27.2
	-	-
TOPLAM	515	100.0

Tablo 35 incelendiğinde % 72.8 kişi fazla çocuk sahibi olmadığını, % 27.2 kişi ise şu anda istediğinden fazla çocuk sahibi olduğunu bildirmiştir. Araştırma da beklenenin aksi olarak ailelerin istediklerinden fazla çocuk sahibi olmadıkları belirlenmiştir (%72.8). Genç aileler, çocuk sayısını ve doğum aralıklarını aile planlaması yöntemleri kullanarak kendileri belirleyebilmektedirler.

Fazla çocuk sahibi olma nedenlerinin frekansları ve yüzdeleri Tablo 36 da gösterilmiştir.

TABLO 36

FAZLA ÇOCUK SAHİBİ OLMA NEDENLERİNİN DAĞILIMI

	Frekans	Yüzde%
Erkek çocuk isteği	45	26.9
Çocuk istiyoruz	19	11.4
Aldırmak Günah	14	8.4
Diğer	14	8.4
Kız çocuk isteği	19	11.4
Gebelikten korunmayı bilmeme	39	23.4
Kısmet, Allah verdi	14	8.4
Aile büyüklerinin ist.	3	1.8
TOPLAM	167	100

Tablo 36 incelendiğinde % 26.9 ile erkek çocuk sahibi olma isteği, istediğinden fazla çocuk sahibi olma sebeplerinin başında gelmektedir. Bu oranı, % 23.4 ile gebelikten korunmayı bilmemek izlemektedir. Bu sonuç "Çocuğun değeri " araştırmasının sonuçları ile desteklenmektedir. Sözkonusu araştırmada çok belirgin bir şekilde ortaya çıkan erkek çocuk tercihi, ilerideki maddi yardım beklentileri ile aile adının devam ettirilmesinde sosyal değer olarak erkek çocuğun önemini perçinlemektedir (Kağıtçıbaşı- 1979). Diğer yandan orta yaş ve üzerindeki örneklem için fazla çocuk sahip olma nedeni gebelikten korunmayı bilmemek olarak saptanmıştır. Son yıllardaki aile planlaması çalışmaları gençlerin daha çok bilgilendirilmelerini sağlamış. Orta yaş grubu ise konuya gerek olmadığını düşünerek fazla ilgi göstermemiştir.

Hiç aile planlaması yöntemi kullandınız mı? sorusunun yanıtları cinsiyete karşı değerlendirilmiş ve Tablo 37 de gösterilmiştir.

TABLO 37

AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANMA ZAMANI VE CİNSİYET İLİŞKİSİ

	Evlendikten hemen sonra		1 çocuk-tan sonra		2 çocuk-tan sonra		3 çocuk-tan sonra		4 çocuk-tan sonra		5ve fazla çocuktan sonra		Kürtajdan sonra		Diğer		TOPLAM	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
KADIN	24	9.0	65	33.8	30	24.4	15	11.2	15	5.6	10	3.8	6	2.2	26	9.7	266	51.6
ERKEK	30	12.0	55	22.0	68	27.3	40	16.0	20	8.0	14	5.6	10	4.0	12	4.8	249	48.4
TOPLAM	54	10.4	145	28.1	133	25.8	70	13.6	35	6.8	24	4.7	16	3.1	38	7.4	515	100

Tablo 37 incelendiğinde erkek ve kadın için yanıtların oranları fazla değişmemektedir. Birinci çocuktan sonra yöntem kullananlar %28.1 2.çocuktan sonra yöntem kullananlar % 25.8 ile başta gelmekte ve bu oranlar çocuk sayısı arttıkça azalmaktadır. TNSA-1993 araştırmasına göre yöntem kullanma isteğini çocuk sayısı ile değiştirmekte (en çok 1 çocuklular), 2 veya daha fazla olanlar ise hiç çocuğu olmayanlardan daha fazla yöntem kullanmayı düşünmektedir. Aynı araştırmaya göre iki çocuklulardan sonra üç ve daha fazla çocuklularda yöntem kullanma giderek azalmaktadır. Hiç çocuğu olmayanlardan sadece %9'u herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Araştırmada elde edilen bulgular bu açıdan da TNSA-1993 'ün sonuçlarıyla uyumludur. Evlendikten hemen sonra çiftlerin çocuk sahibi olup olamayacağı aile büyükleri için çok önemlidir. Ancak birinci çocuk dünyaya geldikten sonra bu konudaki baskı azalmakta, gençler ikinci ve diğer çocuk için kendileri planlama yapabilmektedir. Ayrıca ilerleyen yaş ile menapoz beklentisi yöntem kullanmayı azaltmaktadır.

Eğitim durumuna göre Aile Planlaması yöntemi kullanma durumu incelenerek Tablo 38 de sonuçlar gösterilmiştir.

TABLO 38
AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANMA VE EĞİTİM DURUMU

	Evlendikten hemen sonra		1 ocuk-tan sonra		2 ocuk-tan sonra		3 ocuk-tan sonra		4 ocuk-tan sonra		5 ve fazla ocuk-tan sonra		Kürtajdan sonra		Diğer		TOPLAM	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Okur Yaz. Değ.	1	2.1	2	4.7	5	10.6	6	12.8	3	12.8	16	34.0	2	4.7	8	17.0	47	9.1
Okur Yaz.	-	-	4	2	15.4	7.7	4	15.4	5	19.2	2	7.7	4	15.4	5	19.2	26	5.0
İlkokul	1	1.1	22	25.0	32	36.3	18	20.4	7	7.9	4	4.5	1	1.1	3	3.4	88	17.0
Ortaokul	4	5.6	15	21.1	20	28.1	14	19.7	6	8.4	8	11.3	1	1.4	6	8.4	71	13.8
Lise	20	9.6	72	34.7	65	31.4	25	12.0	8	3.9	4	1.9	6	2.9	7	3.4	207	40.1
Üniv./Y.Ok.	12	15.8	31	40.8	21	27.6	8	10.5	3	3.9	-	-	-	-	1	1.3	76	14.7
TOPLAM	38	7.3	146	28.3	145	28.1	75	14.6	35	6.8	34	6.6	14	2.7	30	6.0	515	100

Tablo 38 incelendiğinde eğitim düzeyi yükseldikçe yöntem kullanma oranı artmaktadır. Üniversite eğitimi alanlarda evlendikten hemen sonra yöntem kullananların oranı %15.8 'dir. Bu grubtakiler ocuk sahibi olacakları zamana kendileri karar vermek istemektedirler. Yöntem kullanma konusundaki oranlar 1. Çocuktan sonra %40.8, ikinci çocuktan sonra % 27.6 ile iyi eğitim almış nüfusun bir ve ya iki ocuk tercihini de desteklemektedir.

Bulgular genel olarak örneklemin %28.3 ile birinci çocuktan sonra %28.1 ile ikinci çocuktan sonra yöntem kullanmaya başlamış olduğunu göstermektedir. TNSA-1993 araştırmasının sonuçlarına göre de yöntem kullanımı eğitimle doğru orantılı olarak artmaktadır.

Örneklemin yaşı ve aile planlaması yöntemi kullanma arasındaki ilişki Tablo 39 'da gösterilmiştir

TABLO 39
AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANMA DURUMU VE YAŞ

	Evlendikten hemen sonra		1 çocuk-tan sonra		2 çocuk-tan sonra		3 çocuk-tan sonra		4 çocuk-tan sonra		5ve fazla çocuk-tan sonra		Kürtajdan sonra		Diğer		TOPLAM	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15-20	-	-	5	71.4	-	-	-	-	-	-	-	-	2	28.6	-	-	7	1.4
21-25.	4	7.1	10	17.8	15	26.8	10	17.8	-	-	-	-	5	8.9	12	21.4	56	10.8
26-30	10	11.4	36	41.4	4	16.1	8	9.2	15	17.2	-	-	2	2.3	2	2.3	87	16.9
31-35	10	9.5	45	42.8	35	33.3	6	5.7	2	1.9	-	-	-	-	5	4.8	103	20.0
36-30	10	8.3	32	26.7	39	32.5	18	15.0	10	8.3	1	0.8	5	4.2	5	4.2	120	23.3
41-49	8	5.6	23	16.2	40	28.2	30	21.1	12	8.5	19	13.4	3	2.1	7	4.9	142	27.6
TOPLAM	42	8.1	151	29.3	143	27.8	72	14.0	39	7.6	20	3.9	17	3.3	31	6.0	515	100.0

Tablo 39 incelendiğinde yaş arttıkça yöntem kullananların oranında artış olmaktadır. Evlendikten hemen sonra yöntem kullananlar 26-30 yaş grubundakilerdir (%11.4). Genel olarak yöntem kullanmanın 1. çocukla başladığı 2. çocukla devam ettiği saptanmıştır. Aile planlaması yöntemleri en çok 30-40 yaş arasında olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde, genç yaşlarda yapılan evlilikler ve ilk çocuk beklentisi ile yöntem kullanma oranı düşük olmaktadır. İlk çocuktan sonra eşler yeterince çocuk sahibi olduğuna karar verinceye kadar yöntem kullanma oranı artmaktadır. 40 yaş sonrasında ise kadınların menopoz beklentisi, gebelikten korunma yöntemi kullanma konusundaki duyarlılığını olumsuz yönde etkilemekte ve aile planlaması yöntemi kullanma oranı düşmektedir. TNSA-1993 araştırmasının sonuçlarına göre de 15-19 yaş grubunda herhangi bir yöntem kullanımı en düşük oranda %37 30-34 yaş grubunda %88 ile tepe noktada 45-49 yaş gurubunda ise %78 le geriye düşmektedir.

İlk kez kullanılan aile planlaması yöntemi frekansları ve yüzdeleri Tablo 40 da gösterilmiştir.

TABLO 40

İLK KEZ KULLANILAN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ DAĞILIMI

	F	Yüzde %
Hap	130	25.2
Spiral	148	28.7
Kondom, kaput	61	11.8
Gönüllü cerrahi yönt.	12	2.3
Geri çekme yöntemi	92	17.9
Vajinal, ovul-krem-jel	8	1.6
Diğer	14	4.7
Takvim Yöntemi	26	5.4
Toplam	491	100

Tablo 40 incelendiğinde en çok kullanılan yöntem olarak spiral (%28.7) daha sonra hap (25.2) geri çekme (% 17.9), Kondom (% 11.8) sıralamada yer almaktadır. TNSA- 1993 ün sonuçlarıyla da uyumlu olan bu bulgularda geri çekme diğerlerinden ayrı olarak geleneksel bir yöntemdir. Yapılan görüşmelerde eşinin korunduğuna inanan kadınlar bariyer yöntem kullanmamakta ve sık sık istenmeyen gebelikler yaşamaktadırlar. Ayrıca kadınların ve erkeklerin bu yöntemin uzun süre kullanıldığında erkek sağlığına çok zararlı etkilerini bilmedikleri saptanmıştır. Örneklem arasında bu yöntemi uygun bulanların fazla olduğu dikkati çekmektedir.

Şu anda aile planlaması yöntemi kullanıyormusunuz? sorusunun yanıtları Tablo 41 de frekans ve yüzde olarak gösterilmiştir.

TABLO 41

ŞU ANDA AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANMA DAĞILIMI

	F	Yüzde %
HAYIR	85	16.5
EVET	430	83.5
TOPLAM	515	100.0

Tablo 41 incelendiğinde örneklerin % 83.5 inin yöntem kullandığı, %16.5 inin ise yöntem kullanmadığı görülmektedir. Burada geleneksel ve modern yöntemler birlikte değerlendirilmiştir.

Şu anda kullanılan aile planlaması yöntemlerinin frekans ve yüzdeleri Tablo 42 de gösterilmiştir.

TABLO 42
ŞU ANDA KULLANILAN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİN
DAĞILIMI

	F	Yüzde %
Hap	45	8.7
Spiral	179	34.8
Kondom. kaput	80	15.5
Gönüllü cerrahi yönt.	24	4.7
Takvim Yöntemi	26	5.0
Geri Çekme	75	14.6
Vajinal, ovul-krem-jel	4	0.8
Diğer	7	1.4
Yanıt vermeyenler	72	15.0
Toplam	515	100.0

Tablo 42 incelendiğinde şu anda yöntem kullananlar % 34.8 ile spirali. % 16.8 ile kondomu, % 14.1 ile geri çekme yöntemi tercih etmektedirler.

Araştırma sırasında yöntem kullanan kadınların çoğunun modern bir yöntem kullanmakta olduğu %34.8, fakat önemli bir kısmında geleneksel yöntem kullandığı %14.6 saptanmıştır. Kullanılan aile planlaması yöntemleriyle ilgili araştırmada gelişmiş ülkelerde daha çok etkili ve modern yöntemlerin. gelişmekte olan ülkelerde ise etkisi sınırlı geleneksel yöntemlerin kullanıldığı ifade edilmektedir (Mouldin ve Ross, 1992). Ülkemizde ise bu konuda araştırma sonuçlarına benzer sonuçlar TNSA-1993 sonuçlarında elde edilmiştir (TNSA-1993:41).

Aile planlaması yöntemleriyle ilgili olarak eşinizle konuşur musunuz? sorusunun yanıtları cinsiyete göre değerlendirilerek Tablo 43'de gösterilmiştir.

91

TABLO: 43

**ÂİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ İLE İLGİLİ OLARAK EŞ İLE
KONUŞMA DURUMUNUN CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI**

	HAYIR		EVET		DİĞER		TOPLAM	
	F	%	F	%	F	%	F	%
KADIN	28	10.5	231	86.8	7	2.6	266	51.7
ERKEK	16	6.4	225	90.4	8	3.2	249	48.3
TOPLAM	44	8.5	456	88.5	15	2.9	515	100.0

Tablo 43 incelendiğinde aile planlaması yöntemleri ile ilgili olarak eşlerle konuşulmaktadır. Evet yanıtı kadınlar için % 86.8 erkekler için % 90.4 oranındadır. Ancak, cinsler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,1221$ ki kare x^2). Toplum içerisinde rahatlıkla konuşulmamasına da aile içerisinde konu ile ilgili konuşabilme, sorunlara çözüm bulmada kolaylık sağlamaktadır. Ülkemizde yaşanan ekonomik sıkıntılar bu konuda konuşma gereksinimini arttırmakta ve bu tür konuşmaların daha rahat gerçekleşmesine neden olmaktadır.

Aile planlaması yöntemleri ile ilgili olarak eş ile konuşma durumu ve eğitim ilişkisi Tablo 44 'te gösterilmiştir.

TABLO 44
ÂİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ
İLE İLGİLİ OLARAK EŞ İLE KONUŞMA VE EĞİTİM İLİŞKİSİ

	HAYIR		EVET		DİĞER		TOPLAM	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Okur-yazar değil	2	9.1	20	90.9	-	-	22	4.3
Okur-yazar	9	10.5	75	87.2	2	2.3	86	16.7
İlkokul	19	8.8	193	89.8	3	1.4	215	41.7
Ortaokul	1	7.7	11	84.6	1	7.7	13	2.5
Lise	4	5.3	68	89.5	4	5.3	76	14.8
Üniversite Y.Ok.	9	8.7	89	86.4	5	4.9	103	20.0
TOPLAM	44	8.5	456	88.5	15	2.9	515	100.0

Tablo 44 incelendiğinde eşler ile konuşmada eğitim düzeyi bir farklılık oluşturmamaktadır. Eş ile konuşma ile eğitim arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,050$ Mann Whitney U test). Araştırma bulgularına göre çocuk sahibi olma

ya da aile planlaması yöntemleri ile ilgili olarak kadın - erkek diyalogu oldukça fazladır. Ancak araştırma sırasında yapılan görüşmelerde bu diyalogun daha çok kadının erkeğe danışması şeklinde olduğu, kadınların ekonomik özgürlüğünün olmayışının bu konuda da erkek eşin söz sahibi olmasını sağladığı, sonuçta geleneksel Türk aile yapısının korunduğu gözlenmiştir.

Yaş ile Aile Planlaması Yöntemleri ile ilgili olarak eş ile konuşma arasındaki ilişkiler Tablo 45 de gösterilmiştir.

TABLO 45
AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ İLE İLGİLİ OLARAK EŞ İLE
KONUŞMA VE YAŞ İLİŞKİSİ

YAŞ	HAYIR		EVET		DİĞER		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%
15-20	1	3.3	2	66.7	-	-	3	0.6
26-25	2	7.7	20	76.9	4	15.4	26	5.1
26-30	5	9.3	49	90.7	-	-	54	10.5
31-35	7	5.4	119	91.5	4	3.1	130	25.3
36-40	9	6.7	120	89.6	5	3.7	134	26.1
41-49	19	11.4	146	87.4	2	1.2	167	32.5
TOPLAM	43	8.4	456	88.7	15	2.9	514	100.0

Tablo 45 incelendiğinde eş ile konuşma konusunda, 31-35 yaş grubundaki arası örneklem %91.5 oranında 1. gelirken %90.7 ile 26-30 yaş grubu tarafından izlenmektedir. Yaş ilerledikçe eş ile konuşma oranı artmaktadır ($p < 0,050$ Mann whitney U). Zaman içerisinde eşlerin birbirlerini daha iyi tanınması bu artışta en önemli faktördür. Örneklem geneli için %88.7 gibi yüksek oranda eşlerin konuşabildikleri saptanmıştır. Gençlerde ise iletişim eksikliği gözlenmiştir.

Ayrıca, genç çiftler kendileri hazır olmasa da, aile büyüklerinin ve toplumun baskıları sonucu plansız bir şekilde çocuk sahibi olmak istemekte, çocuk sayısı arttıkça ve yaş ilerledikçe doğurgarlığı sonlandırmak için çözüm arayışına girmektedirler. İşte bu süreç başladığında eşler arasında aile planlaması yöntemleri ile ilgili diyalog artmaktadır. Oysa, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı konusunda çiftlerin her yaşta konuşabilmeleri kendi sağlıkları ve toplum sağlığı açısından çok önemlidir.

Aile planlamasına karşı olanların frekans ve yüzdeleri Tablo 46 da gösterilmiştir.

TABLO 46
AİLE PLANLAMASINA KARŞI OLMA DURUMU DAĞILIMI

Aile Planlamasına karşı	F	Yüzde %
YOK	406	78.8
VAR	107	20.8
DİĞER	2	0.4
TOPLAM	515	100.0

Tablo 46 incelendiğinde, "yaşadığınız çevrede aile planlamasına karşı olanlar var mı?" sorusuna % 78.8 oranında "yok" yanıtı alınmıştır. Görüşmeler de kişilerin kendilerine en yakın aile bireylerinin karşı olma ya da olmama durumu değerlendirdikleri gözlenmiştir.

Yaşadığınız çevrede aile planlamasına karşı olanlar kimler sorusunun yanıtları frekans ve yüzde olarak değerlendirilmiş ve Tablo 47 de gösterilmiştir.

TABLO 47
AİLE PLANLAMASINA KARŞI OLANLARIN DAĞILIMI

	F	Yüzde %
Komşu -Arkadaş	43	8.3
Din adamları	30	5.8
Aile büyükleri	27	5.2
Eşim	5	1.0
Diğer	410	79.6
Toplam	515	100.0

Tablo 47 incelendiğinde komşu - arkadaş grubu % 8.3 ile baştır. Din adamları % 5.8 ve aile büyükleri % 5.2 oran ile izlemektedir. %79.6 ili "diğer yanıtı " verenlerin aile planlamasına karşı olan kişileri belirtmek istemedikleri saptanmıştır. Aile büyüklerinin, aile planlamasına pek az karşı oldukları araştırmada saptanmıştır. Gelişen Türkiye'de gençlerin daha şanslı olduklarını kendileri gibi fazla çocuk sahibi olmamaları yolunda büyüklerin, gençleri uyardıkları gözlenmiştir.

Aile planlamasına karşı olanlar tarafından etkilenme durumu Tablo 48'de gösterilmiştir.

TABLO 48

AİLE PLANLAMASINA KARŞI OLANLARDAN ETKİLENME DAĞILIMI

	F	Yüzde %
Etkilemiyor	438	85.0
Etkiliyor	20	3.9
Diğer	57	11.2
Toplam	515	100.0

Tablo 48'de görüldüğü gibi örneklerin % 85 i etkilenmediğini bildirmiştir. Aile planlaması konusunda bilgi sahibi olan kişilerin bu konuya karşı olanlara saygı gösterdikleri ancak onların bu görüşlerinden etkilenmedikleri yapılan görüşmelerde saptanmıştır. Görüşmeler sırasında çocuk sayısı ve aile geçiminin en önemli sorun olduğu ve ancak aile bireylerinin görüşleriyle çözümlenebileceği ayrıca araştırmaya katılanlarca dile getirilmiştir.

Aile planlaması yöntemi kullanmada eşlerden hangisi öncelikli olmalı sorusunun yanıtları Tablo 49'da gösterilmiştir.

TABLO 49

AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANMADA EŞLERİN ÖNCELİKLI OLMA DURUMU DAĞILIMI

	F	Yüzde %
Yanıt vermeyenler	-	-
Kadın	99	19.2
Erkek	76	14.8
Her ikisi	318	61.7
Hiçbiri	11	2.1
Diğer	11	2.2
Toplam	515	100.0

Tablo 49da görüldüğü gibi eşlerin her ikisinde gerektiğinde yöntem kullanmasını uygun bulanlar %61.7 ile baştır. Karar verme durumu cinsler için fazla değişmemektedir ($p>0,050$ ki kare x^2). Kadına öncelik verenler %19.2 erkeğe öncelik verenler %14.8 ile bu oranı izlemektedir. Bütün dünya da olduğu gibi ülkemizde de gebeliği önleyici yöntemler ve aile planlaması uygulamaları kadınlar için geliştirilmiştir. Oysa başarılı bir aile planlaması uygulaması için erkeklerin de en az kadınlar kadar hedef grup olarak seçilmesi ve erkeğin bu konuda katkı ve katılımının sağlanması gerekir (Biçer - 1993).

Aile de, kimin aile planlaması yöntemi kullanacağına birlikte karar verilir diyenlerin eğitim düzeyi daha yüksektir ($p<0,010$ Kruskal Wallis).

Gebelikten korunmayı öğrenmek için başvurma durumunun cinsiyet ile ilişkisi Tablo 50 'de gösterilmiştir.

TABLO 50

GEBELİKTEN KORUNMAYI ÖĞRENME BAŞVURUSU VE CİNSİYET İLİŞKİSİ

	Hayır		Evet		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Kadın	118	44.4	148	55.6	266	51.6
Erkek	116	46.6	133	53.4	249	48.4
Toplam	234	45.4	281	54.5	515	100

Tablo 50 incelendiğinde, görülüyor ki gebelikten korunmayı öğrenme başvurusu oranları cinsiyet ile değişmemektedir ($p>0.050$ ki kare x^2). Eşler bu konuda fikir birliği ettikten sonra öğrenme başvurusunda bulunmaktadır. Gebelikten korunmak için herhangi bir kişi ya da kuruma başvurmadıklarını ifade edenlerin de genellikle aile planlaması yöntemleri bildikleri ya da kullandıkları görüşmelerde saptanmıştır.

Ülkemizde gebelikten korunmayı öğrenme başvurusu aile planlaması hizmetlerine duyulan gereksinimi belirlemektedir. Türkiye nüfus ve Sağlık Araştırması-1993 raporuna göre, ülkemizde halen evli kadınların %4'ü doğumların arasını açmak, %8'i ise doğurganlıklarını sonuçlandırmak amacıyla, toplam %12'sinin aile planlaması yöntemlerine ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (TNSA-1993:77).

Gebelikten korunmayı öğrenmek için başvurma durumu ve yaş grupları arasındaki ilişki Tablo 51'de gösterilmiştir.

TABLO 51
GEBELİKTE KÖRÜNMEYİ ÖĞRENME BAŞVURUSU VE
YAŞ GRUPLARI İLİŞKİSİ

	Hayır		Evet		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
15-20	2	100	-	-	2	0.4
21-25	10	55.5	8	44.4	18	3.5
26-30	30	50.0	30	50.0	60	11.6
31-35	65	52.0	60	48.0	125	24.3
36-40	56	40.6	82	59.4	138	26.8
41-45	85	49.7	86	50.3	171	33.2
Toplam	248	48.2	267	51.8	515	100

Tablo 51'e göre gebelikten korunmayı öğrenmek için başvuru durumu yaş ile artmaktadır. Araştırmanın bu sonucu TNSA 1993'ün bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Gebelikten korunmayı öğrenmek için başvurma durumunun eğitim ile ilişkisi Tablo 52'de gösterilmiştir.

TABLO 52
GEBELİKTE KÖRÜNMEYİ ÖĞRENME BAŞVURUSU VE EĞİTİM İLİŞKİSİ

	Hayır		Evet		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Okur - yazar değil	15	50.0	15	50.0	30	5.8
Okur - yazar	10	34.4	19	65.5	29	5.6
İlkokul	38	42.7	51	57.3	89	17.3
Ortaokul	29	45.0	35	54.7	64	12.4
Lise	-	43.9	119	56.1	212	41.1
Üniversite/Yük.Ok.	50	54.9	41	45.0	91	17.6
Toplam	235	45.6	280	54.4	515	100.0

Tablo 52 incelendiğinde, eğitim düzeyi yükseldikçe başvuru azalmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olanların konuyu bildikleri ve uyguladıkları görüşmelerde saptanmıştır. TNSA 1993'ün sonuçlarına göre aile planlamasına duyulan gereksinim yüzdesi eğitimle daha fazla olan kadınlarda en yüksek düzeydedir (TNSA-1993:78). Oysa, bu araştırmada gebelikten korunmayı öğrenme başvurusu ile eğitim ilişkisi belirlenmeye çalışılır iken cinsiyet ayrımı yapılmadan (kadın-erkek) birlikte değerlendirilmiştir. Eği-

tim düzeyi yüksek olan erkek nüfusun konuya daha az önem vermekte olduğu görüşmeler sırasında saptanmıştır.

Gebelikten korunmayı öğrenme başvurusunun dağılımı Tablo 53'de gösterilmiştir.

TABLO 53

GEBELİKTE KÖRÜNMAI ÖĞRENME BAŞVURUSUNUN DAĞILIMI

	F	Yüzde %
Hayır	215	41.7
Evet	295	57.3
Toplam	510	100.0

Tablo 53'e göre gebelikten korunmak için başvuranların yüzdesi (%57.3) ve başvurmayanların yüzdesi (%41.7) olup fazla bir fark saptanmamıştır. Ailelerin gebelikten korunmak için başvurma nedenleri çocuk sayısını azaltma ile yaş aralığını genişletme eğilimi olduğu görülmektedir. Başvurmama nedenlerinin en önemlisi ise çocuk sahibi olma isteği ile artık çocuğum olmaz görüşüdür.

Gebelikten korunma için başvuru olan sağlık kurumları ve kişileri ait frekans ve yüzdeler tablo 54'de gösterilmiştir.

TABLO 54

BAŞVURULAN SAĞLIK KURUMLARI VE KİŞİLERİN DAĞILIMI

	Frekans	Yüzde %
Ebe - hemşire	47	9.1
Doktor	128	24.9
Eczane	7	1.4
Hastane	28	5.4
Doğumevi	44	8.5
Diğer	261	20.7
Toplam	515	100

Tablo 54 incelendiğinde örneklemin gebelikten korunmayı öğrenmek için %24.9 oranda doktora başvurduğu %20.7 oranında ise diğer yanıtını verdiği saptanmıştır. Görüşme formları incelendiğinde diğer yanıtını "Sağlık ocağı" oluşturduğu belirlenmiştir. Ülkemizde hemen her yerleşim biriminde sağlık ocağı bulunması ve sağlık ocaklarının aile planlaması hizmeti vermesi bu seçimin en önemli nedenle-

rindendir. Bu kurumlarda aile planlaması hizmetleri ücretsiz verilmektedir. TNSA -1993 araştırmasında da yöntem kullananların çoğunluğunun yöntemleri devlet sektöründen sağladığı belirtilmektedir. Söz konusu araştırmaya göre %35 Devlet Sektörü %25 eczaneler, özel sektör % 15 özel doktor ve %3 özel hastane hizmet vermektedir.

Aile planlaması yöntemi sağlanacak en yakın Sağlık Kurumları frekans ve yüzde-leriyle Tablo 55 'te gösterilmiştir.

TABLO 55

YÖNTEM SAĞLANACAK EN YAKIN SAĞLIK KURUMU DAĞILIMI

	Frekans	Yüzde %
Devlet Hastanesi	65	12.6
Sağlık Ocağı	196	38.1
Doğumevi	94	18.3
Eczane	10	1.9
Diğer	150	29.2
Toplam	515	100

Tablo 55 incelendiğinde sağlık ocakları yöntem sağlamada % 38.1 oranla birinci sıradadır. %29.2 oran ile "diğer" yanıtı sağlık ocaklarını izlemektedir. Görüşme formlarının incelenmesi sonucu, kısım hekimlikleri ve özel doktorlar diğer yanıtı içinde yer aldığı saptanmıştır.

Örneklemin %80'i kadın ve erkek için cerrahi sterilizasyon yöntemini duydıkları, %20'sinin ise duymadıkları saptanmıştır.

Gönüllü cerrahi yöntem kullanma kararı ile eğitim arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,080$, Mann Whitney U test) (Pitaktesonbati ve Janowitz, 1995).

Gönüllü cerrahi yöntemin TCDD hastanelerinde uygulandığı örneklem tarafından bilinmemektedirler. Eğer yaşadığı çevrede kordonlarını bağlatmış komşu varsa, kadınların hepsinin konuyu bildiği saptanmıştır.

Kadınlar tüplerini bağlatma konusunda kararlı olsalar da eşin izni olmadan gerçekleştirememektedirler. Erkekler ise cerrahi yöntemi düşündüklerini bildirirken, cerrahi müdahalenin kadın eşler için daha uygun olduğunu belirtmektedirler.

Gönüllü cerrahi yöntemi (evet) diyenlerin çocuk sayısı fazladır (Ross ve diğerleri, 1986).

Gönüllü cerrahi yöntemin birlikte karar verilip uygulanması nedeniyle evliliği etkilemeyeceği hatta çiftlere rahatlık sağlayacağı ve evlilik için daha da sağlıklı olacağı örneklem tarafından ifade edilmiştir.

Gönüllü cerrahi yöntemin, kadın ya da erkek sağlığına etkisi ile ilgili soruyu örneklem genellikle (etkilemez) şeklinde yanıtlamıştır

Kadınların en son 30 - 35 yaş aralığında doğum yapması, örneklem tarafından çoğunlukla uygun bulunmaktadır.

Gelecekte aile planlaması yöntemi kullanma eğilimine ilişkin bulgular

İleride aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünenlerin oranı %80 dir. Ancak, halen bir yöntem kullananlar, aynı yöneme devam etmeyi düşünmektedirler. Genç nüfus yeterince çocuk sahibi olduktan sonra Gönüllü cerrahi yöntem kullanmayı düşünmektedirler ($p<0,013$, Mann Whitney U test) .

Yöntem kullanmak isteyenler ise menapozda olanlar, rahim ameliyatı geçirmiş olanlar, gebe kalamayanlardan oluşmaktadır. TNSA-1993 sonuçları ile bulgularda paralellik bulunmaktadır.

Kaynaklar incelendiğinde yöntem kullananlar ve kullanmayanlar için de gelecekteki aile planlaması yönteminin cerrahi sterilizasyon olduğu görülmektedir (Rutenberg ve Landry, 1993). Bunun yanı sıra spiral kullananlar gelecekte de spiral kullanmaya devam edeceklerini bildirmişlerdir. Bu yöntemleri spiral, hap, kondom ve tüpligasyon izlemektedir. TNSA - 1993 araştırmasına göre de gelecekte seçilecek yöntem %29 Spiral, %18 hap ve %11 tüpligasyondur.

Kurumda verilen aile planlaması hizmetlerine ilişkin bilgi, görüş ve eğilimlere ait bulgular,

Örneklemin çoğunluğunun TCDD 6. Bölge Başmüdürlüğü Sağlık Müdürlüğü'n'de aile planlaması hizmeti verildiğini bilmediği saptanmıştır. İşyerlerine bu konuda yeterince bilgi verilmediği, iletişim konusunda eksiklikler olduğu belirlenmiştir.

TCDD 6. Bölge Başmüdürlüğü Sağlık Müdürlüğünde verilen aile planlaması hizmetlerinden yararlananların oranı %6,5 ile çok düşüktür. Yararlananların %2,9'u spiral taktırması, %1,0'i spiral kontrolü yaptırmış, %1,9'u hap, %1,2'si kondom temin etmiş, %1,0'i cerrahi yöntem ile ilgili bilgi almış ve %1,2'si ise "diğer" yanıtını vermiştir.

Adana, yaşadığı yere uzak olduğu için bu hizmetten yararlanamayanların oranı %55.3 dur. Bu hizmete gerek duymayanların %25.6, hizmet verilen ortama güvenmeyenlerin oranı %3.8, hizmet veren personele güvenmeyenlerin %2.3, ilgi görmediğini ifade edenleri %3 , "diğer" yanıtını verenlerin oranı ise %10 olarak saptanmıştır. Yaşanan yer, aile planlaması hizmet alımında etkin bir rol oynamaktadır.

Kürtaj, örneklemin çoğunluğuna göre (%75) istenmeyen gebelikten kurtulmak için bir yöntem değildir. Kürtaj konusunda kadın - erkek örneklemin bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Kürtajı aile planlaması yöntemi olarak kabul etmeme cinsler için değişmemektedir ($p>0,305$ ki kare χ^2).

Kürtajı aile planlaması yöntemi olarak kabul etmeme ile yaş grupları arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($p>0,360$, Mann Whitney U test).

Örneklem, yöntemlerin koruyuculuğu ile ilgili bilgi sahibi olduğunu bildirmiş ise de koruyuculuk derecesi için doğru sıralama yapamamıştır.

BÖLÜM V

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, TCDD 6. Bölge Personeli ve eşlerinin aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi, görüş ve eğilimleri betimlenmeye, çalışılmıştır.

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma kapsamında elde edilen bulgular doğrultusunda sonuçlara yer verilerek, kurumda verilmekte olan yöntem ve hizmet sunumundan en fazla yararlanmayı sağlayacağı umuduyla öneriler sunulmuştur.

Sonuçlar

Araştırma sonuçları amaçlarda da belirlenen dört ana grupta toplanmıştır.

Bunlar:

- 1 - Kişisel bilgiler,
- 2 - Evlenmeden önce ve evlilik sırasında aile planlaması bilgileri,
- 3 - Gelecekte aile planlaması yöntemi kullanma eğilimi,
- 4 - Kurumda verilen aile planlaması hizmetlerine ilişkin, bilgi, görüş ve eğilimlerdir.

1 - Kişisel bilgilere ilişkin sonuçlar,

- * Erkekler kadınlardan daha iyi eğitim almışlardır.
- * Eğitim düzeyi yüksek olanların sürekli gazete, dergi aldıkları görülmüştür.
- * Evlilikler genellikle ilk evlilik olup, beş yıldan uzun sürelidir.
- * İlk evlenme yaşı kadınlarda 21 - 25 yaş grubunda %42.8, erkekler için ise bu yaşı daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993 sonuçları ile uyumludur. İlk evlenme yaşı doğurganlığın önemli belirleyicilerindedir. Eğitim düzeyi yüksek olanların ilk evlenme yaşı daha büyüktür. Genç yaşta ilk doğum yapıldığında ve sık aralıklarla çocuk sahibi olduğunda nüfus artışını kontrol altına almak oldukça güçtür (Nath ve diğerleri, 1993).
- * İlk evlenme yaşı gibi ilk doğum yaşı da 20 yaş ve üzerine çıkmıştır.
- * Beklenenin aksine araştırma sonuçlarına göre çocuk sayısı genç ailelerde giderek azalmaktadır. Ayrıca, çocuk sayısı artan eğitim düzeyi ile de azalmaktadır.
- * Kurumda erkekler faal personel olarak görev yapmaktadır. Çocukların doğumu sırasında ve sonrasında çoğunlukla evden uzakta görevde oldukları ve diğer sorumluluklar gibi doğum konusunda da kadınlar tek başına kalmaktadır.

2 - Evlenmeden önce ve evlilik sırasında aile planlaması bilgilerine ilişkin sonuçlar,

- * Erkeklerin hemen tamamının evlenmeden önce bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Kadınlar ise genellikle evlendikten sonra, aile planlaması yöntemlerini öğrenmektedirler.
- * Aile planlaması yöntemlerini ilişkin ilk bilgilerin kaynağı kadınlar için televizyon, komşu - akraba, erkekler için ise doktor olarak saptanmıştır. Her iki

cins içinde diğ er yanıt ı okul ya da eş im şeklinde olmuştur.

* Araştırma sonuçlarına göre yöntemlerin dikkatli kullanılması gerektiğ i, dikkatli kullanılırsa, her yöntemin belli ölçülerde koruyucu olduğ unu bilen pek az kişi olduğ u saptanmıştır.

* Eşlerden kimin korunması gerektiğ ine çoğ unlukla birlikte yanıt ı ve-rilmekle beraber, sağık durumuna göre uygun olan ya da doktor karar verir denilmektedir.

* Evlendikten hemen sonra ve 1 yıl içinde gebe kalanların oranı evlenir evlenmez korunma yöntemleri kullanılmadığ ını göstermektedir.

* Çocuk sayısının fazla olduğ u ailelerde ölü doğ umlar da fazladır.

* Kadın - erkek örnekleme için aile planlaması konusunda karş ılıklı ko-nuşulmaktadır.

* Canlı doğ up ölen çocuk sayısı oldukça azdır.

* İleri yaşlarda (40 - 45) düşük ve kürtaj sayısı artmaktadır.

* Gebe kalma sayısı, düşük sayısı, canlı doğ up ölen çocuk sayısı ve kürtaj sayısı, kadın ve erkek örnekleme tarafından aynı şekilde yanıtlanmıştır.

* Spiral, hap, kondom, geriçekme ve gönüllü cerrahi yöntem sırası ile en çok bilinen yöntemlerdir.

* Spiral en çok güvenilen yöntemdir.

* Yöntem kullanmada eğitim, ailenin ekonomik durumu, eş in sağılığı da et-kili olmaktadır.

* Gebelikten korunmayı öğrenmeye eşler birlikte başvurmaktadır.

* Genellikle ailerde çocuk sayısı olarak, iki çocuk uygun bulunmaktadır.

* Doğumlardan ya da kürtajlardan sonra aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi verilmemektedir.

3 - Gelecekte aile planlaması yöntemi kullanma eğilimine ilişkin sonuçlar;

* İleride spirali tercih edenler şu anda da bu yöntemi kullanmaktadır.

* Genellikle kullanılmakta olan yönteme devam etme eğilimi saptanmıştır.

* Geleneksel yöntemler içerisinde en yaygın bilinen ve tercih edilen yöntem geriçekme yöntemidir.

* 40 - 45 yaş arasındaki kadınlar yöntem kullanmamaktadır.

* Gönüllü cerrahi yöntem ileride kullanılacak yöntemler arasında gösterilmektedir.

* Aile planlamasına karşı olanlar çok azdır.

* Aile planlaması yöntemi kullanmayanlar genellikle gebe kalmak isteyen kadınlardır.

*Erkekler gönüllü cerrahi yöntemini hiç düşünmemektedirler. Düşünenler ise bu yöntemi kadın eşleri için uygun bulduklarını ifade etmişlerdir.

4 - Kurumda verilen aile planlaması hizmetleri ile ilgili bilgi, görüş ve eğilimlere ilişkin sonuçlar;

* Aile planlaması hizmeti alabileceği en yakın sağlık kurumu olarak Adana Merkez Hekimliği ve özel doktorlar gösterilmiştir. Diğer yerleşim birimlerinde sağlık ocakları en çok kullanılan kurumlardır. Kadınların hepsi hem bir yöntem bilmekte hem de bu yöntemi temin edebileceği kaynağı bilmektedir.

* Araştırma bulgularına göre, TCDD Adana Merkez Hekimliği'nde Aile Planlaması hizmeti verildiğini personelin duymadığı, bilgisi olmadığı görülmüştür. Bu sonucun, gerekli duyuruların, yapılmaması personel ve eşlerinin bu konuda bilgisi olmadığından kaynaklanmaktadır.

* TCDD Hastanelerinde gönüllü cerrahi yöntemin uygulandığı personel ve eşleri genellikle bilmiyorlar. Bilenler ise eğer komşularından tüplerini bağlatan varsa ondan öğrenmiştir.

* TCDD Adana Merkez Hekimliği'nde aile planlaması yöntemi ve hizmeti verildiğini bilen personel ve eşlerin çoğunluğu işyerinden ve hekimlikteki panolardan, bu hizmetin varlığını öğrenmişlerdir.

* Gönüllü cerrahi yöntemin uygulanması ve sonrasındaki sağlık sorunları ile ilgili bilgi eksiklikleri olduğu görülmüştür.

Sonuçları özetlemek gerekirse TCDD 6. Bölge Personeli ve eşleri genel olarak aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi sahibidir, en az bir yöntem bilinmekte ve kullanılmaktadır. Ancak, bilgilerin yetersiz, yöntem kullanmanın ise sürekli, kontrollü ve yeterince doğru kullanılmadığı saptanmıştır. 40 yaş ve sonrası için menapoz beklentisi ile yöntem kullanma önemini yitirmektedir. Gönüllü cerrahi yöntem ise gelecekte kullanılabilen bir yöntem olarak kabul edilmektedir. TCDD sağlık hizmetleri ile ilgili bilgilendirmenin yetersiz olduğu saptanmıştır. Yeterli ve sağlıklı bir danışmanlık hizmetine gereksinim vardır. Ayrıca eğitim programları ile ilgili bilgi eksiklerinin giderilmesi ve daha çok hizmet alımının sağlanması gerekmektedir. Uygun danışmanlık ve kaliteli hizmet alımının sağlanması gerekmektedir. Uygun danışmanlık ve kaliteli hizmet sunumu kullanılan yöntemin devamlılığını sağlayan unsurlardır. Bireysel danışmanlık olanaklarının kısıtlı olması hizmetin kalitesini düşürmektedir. Kullanılan yöntemin devamlılığını sağlamak için düzenli izleme yapmak gerekir.

İleride yöntem kullanma isteği gelecekteki hizmetlere talebin bir göstergesi olacaktır.

Bir ülkede sağlık göstergelerinin düzelmesi için yapılan en etkili, basit ve en ekonomik çalışmalar aile planlaması çalışmalarıdır. Tüm aile bireylerini ilgilendirir ve önce ailenin, sonra toplumun yaşam standartını yükseltir. Aile

planlaması çalışmalarında en önemli hedef modern ve etkili yöntem kullananların sayısını artırmak olmalıdır.

Hedef kitleye verilecek aile planlaması eğitim çalışmalarının da strateji belirlemede araştırma sonuçları kaynak oluşturacaktır.

Öneriler

* Doğurganlık çağındaki kadınlara, sağlıklı gebelik ve doğum konusunda uygun eğitim programları ile bilgi verilmesi gerekir.

* Annelerin sık ve çok doğum yapmasına engel olarak ana sağlığı korunmalıdır. Bunu sağlamak için aile planlaması yöntemlerinin doğru, etkili ve sürekli kullanımı gerçekleştirilmelidir.

* Aile planlaması programlarının tek hedefi yöntem kullanımını arttırmaktan çok, bu yöntemlerin doğru ve düzenli kullanımını sağlamak olmalıdır. Bunu da programlı eğitim ile gerçekleştirmek olasıdır.

* Aile planlaması çalışmalarında erkeklerin de hedef kitle olarak belirlenmesini sağlamak gerekir. Bu konuda erkeklerde sorumluluk alınmalıdır. Özellikle sterilizasyon, hem erkek hem de kadın için geliştirilmiş bir yöntemdir, ancak tüm dünyaca olduğu gibi, ülkemizde de kadın sterilizasyonu düşünülmektedir. Vazektominin kabul edilebilmesi, profesyonel sağlık eğitimcileri ile uygulanacak eğitim programları ve çok iyi hazırlanmış bir danışmanlık hizmeti uygulaması ile olasıdır.

* Ülkemizde aileler çocuk sayısı konusunda kararlı olsalar da, fazla çocuk istemediklerini bilseler de, korunma yöntemleri ile ilgili fazla bilgi sahibi olmadıklarından ya da bu hizmeti nereden sağlayacaklarını bilmediklerinden, istenmeyen gebelikleri önlemede güçlükler yaşanmaktadır. Ülkemizde aile planlaması konusunda hizmet açığı bulunmaktadır. Hizmet tam olarak verilse bile, eğitim eksikliği nedeniyle, bu hizmetten yararlanma sınırlıdır, sonuçta aile

planlaması konusunda eğitime çok fazla gereksinim vardır.

*Aile planlaması çalışmalarının başarılı olabilmesi için,

1-Aileler, etkili gebeliği önleyici yöntemler konusunda yeterince eğitilmelidir.

2-Etkili aile planlaması yöntemleri uygulama koşulları (personel-araç-gereç vs.) bütün bölgelere götürülmelidir.

3-Aile planlaması hizmetleri, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin ayrılamaz, bu hizmetler halka, diğer sağlık hizmetleri ile entegre bir biçimde verilmelidir.

* Ülkemizde gerçekleştirilen Nüfus ve Sağlık araştırması 1993 sonuçlarına göre evli ve doğurgan kadınların %2.9'u cerrahi yöntem kullanmaktadır. Eğer son doğumun hemen sonrasında (postpartum) kadınlarımıza, uygun bir danışmanlık hizmeti ile ulaşılabılırsa bir çok kadın tarafından seçilme olasılığı artacaktır. Sonuç olarak, kadınların en çok motive olduğu postpartum ve kürtaj sonrası dönemde aile planlaması yöntemlerine ilişkin danışmanlık hizmetleri ilgili kurumlarda rutin olarak verilmelidir.

* Aile planlaması eğitimi ve hizmet sunumu paralel olarak yapılmalıdır.

* Bulgular, TCDD teşkilatının Sağlık konusundaki etkinlikleri önemseme, duyurma ve yayma da ne kadar sınırlı kaldığını göstermektedir. İletişim konusundaki yetersizliklerin giderilmesi, etkin ve faydalı bir aile planlaması hizmeti verilmesini yaygınlaştıracaktır. Araştırma bulgular ve sonuçlarından faydalanılarak bölgedeki sağlık birimlerinde eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir. Bu danışmanlık hizmetleri rutin, kaliteli ve standart bir şekilde sunulmalıdır.

* Aile planlaması yöntemlerini uygulayan ailelerin periodik olarak kontrolü ve herhangi bir sağlık sorunu olduğunda sağlık kurumuna başvurmalarını sağlamak gerekir.

*Bölge personeli ve eşlerinin Adana Sağlık Müdürlüğünde hizmet vermekte olan aile planlaması biriminden hizmet almalarını sağlamak gerekir. Ayrıca, TCDD hastanelerinde cerrahi yöntem uygulandığı ve hizmet alma konusunda bilgilendirme gerektiği araştırma sonucunda görülmektedir. Bu konuda önlemler alınması ve gerekli düzenlemelerin yapılması gereklidir.

*Geleneksel yöntemlerin kadın ve erkek sağlığına, hem beden, hem ruh sağlığına olumsuz etkileri ile ilgili bilgi verilmesi gerekir. Bu bilgiler yeterli bir danışmanlık hizmeti ile verilmelidir.

*Gönüllü cerrahi yöntem her iki cins için de gelecekte kullanılabilir bir yöntemdir. Genelde tüpligasyon düşünülmemektedir. Erkekler, ikinci evlilik, tekrar çocuk isteme gibi sebeplerle vazektomiye hiç düşünmemektedirler. Tüpligasyon ve vazektomi konusunda yanıtlanması gereken pek çok soru bulunmaktadır. Kadınlar bu yöntemin sadece doğum sonrası uygulanabileceğini düşünmektedirler. Bu konuda gerekli eğitim çalışmaları yapılmalıdır.

* Doğum ve kürtaj sonrası bilgilendirme çok önemlidir ancak bu etkinliğin pek az gerçekleştiği saptanmıştır. Kadının o andaki psikolojik durumu gözönüne alınarak konu ile ilgili bilgi verilmelidir. Doğum sonrası gecikmeler, istenmeyen gebeliklere neden olmaktadır. Kadınlarımıza kendi sağlıklarının ne kadar önemli olduğunun öğretilmesi ve kendilerini önemsemelerinin sağlanması gerekmektedir.

*Kadınların doğurganlık yaşını bilmemesi gebelikten korunma yöntemlerini başarılı kullanmalarına engel olmaktadır. Geri çekme ve takvim yöntemini kullanan kadınların doğurganlık fizyolojisi ya da kadının adet döngüsü içinde en fazla gebe kalma olasılığı olan zamanı bilmesi gerekmektedir. Aile planlaması eğitim programları hazırlanırken ve uygulanırken bu konulara da yer verilmesi gerekir.

* Bazı kadınlar, korunma yöntemlerine güvenmemektedir, herhangi bir

yöntem kullanırken gebe kalanlar bu görüşü daha çok paylaşmaktalar. Bu sonuca bilgi eksikliği sebep olmaktadır. Yöntem kullanmaktan çok doğru ve sürekli kullanmak önemlidir. Bu nedenle ne zaman, hangi yöntem uygundur konusunda bilgilendirme etkinlikleri yoğunlaştırılmalıdır. Ayrıca, kadın ve erkeklere ayrı eğitim çalışmaları yapılması gerekir, poliklinikteki aile planlaması çalışmalarında danışmanlık hizmetine önem ve yer verilmesi gerekmektedir.



KAYNAKLAR

- BİÇER, S.(1993)."TCDD Ankara Demiryolu Fabrikası'nda Çalışan Erkek İşçilerde Eğitimin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisinin Araştırılması", Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara.
- CROSBY, D.U.B.E. Schwarz; L.K. Gluck; S.F. Heartwell. (1993). "A preliminary report of Norplant implant insertion in a large urban family Planning program", Contraception. 48: 359 -366.
- DAWSON,B.Ş.;G.R. Trapp "Basic and Clinical Biostatistics". Prentice-Hall International Inc. New Jersey, USA.
- DIRICAN, R. (1990) "Toplum Hekimliği". Hatipoğlu Yayınevi, Ankara 242-251.
- FOREST.J. D.;R.R. Fordyce (1993) "Women's contraceptive attitudes and use in 1992" . Family Planning Perspectives. 25(4): 175-179.
- GÜRSOY, P. (1972). "Etimesgut Kırsal Sağlık Bölgesinde Aile Planlaması Araştırması" Araştırma Projesi Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara.
- HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NÜFUS ETÜTLERİ ENSTİTÜSÜ (1993). "Türkiye'de Nüfus Konuları Politika Öncelikleri". Sinem Ofset,Ankara.
- HATCHER, R.A. D. Kowal; F.Guest; (1990)."Kontraseptif Yöntemler Uluslararası Basım". Çev: Ayşe Akın Dervişoğlu İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını Demircioğlu Matbaacılık.
- HEATH B. C. (1993)."Helping patients choose appropriate contraception" American Family Physician. 1115-1124.
- KAĞITÇIBAŞI Ç. (1979). "Türkiye'de Çocuğun Değeri, Gelişme Ortamı ve Alınması Gereken Önlemler". Uluslararası Çocuk Yılı Komitesi. 1970'lerin Sonunda Türkiye'de Çocuğun Durumu Konferansı.

Bildiriler. Ankara.

KERLINGER, N.F. (1986). N."Foundations of Behavioral Research". Third edition by that, Rinhart and Winston Inc. Orlando, Florida 147-172,270-271.

KIRIK,Ş. (1990). "Doğankent ve Havutlu Köylerinde (15-19) Fertil Yaşlarında Evli Kadınların Uyguladıkları Kontraseptif Yöntemlerin Etkinliklerinin Araştırılması",Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

LANDMAN, C.L. (1979). "Fourth international conference on voluntary sterilization", Family Planning Perspectives.11(4):241-247.

MAULDIN, W.P.;J.A. Ross (1992) "Contraceptive use and commodity costs in developing countries, 1990-2000" International Family Planning Perspectives. 18 : 4-9.

MOSHER, D.W.; F. W.Pratt (1990). "Use of contraception and family planning services in the United States,1988", A.J.P.H. 80(9): 1132-1133.

NATH,C.D.; K.K. Singh; C.L. Kaneth and P.K. Talukdar (1993). "Age of Marriage and Leghth of the First birth Interval in a Traditional Indian Society: Life Table and Hazards Model analysis" Human Biology. 65(5) : 783-797

ODDENS.B.J. A Ph. Visser; H.M. Vemer; Th. A.M. Everaerd and Ph. Lehert (1994) "Contraceptive use and attitudes in Great Britain", Contraception. 49:73-86.

ÖZTÜRK, Y. (1974). "Yenikent Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-44 yaş Grubu Kadınların ve Kocalarının Aile Planlaması ile ilgili Bilgi Tutum ve Davranışlarının Karşılaştırılması", Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara.

ÖZTÜRK, Yusuf (1982). "Kırsal Bölgede Aile Planlaması Hizmetlerinde Öğretmen ve İmamların Rolü", Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, Ha-

cettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi. Ankara.

PITAKTEPSOMBATI,P.;Janowitz, B.(1991). "Sterilization acceptance and regret in Thailand" Contraception .44(6) : 623-637.

ROSS,J.A.; D.H. Huber and S. Hong (1986) "Worldwide trends in voluntary sterilization" International Family Planning Perspectives. 12(2):34-39.

RUTENBERG.N; E. Landry (1993), "A comparison of sterilization use and demand from the demographic and health surveys". International Family Planning Perspectives. 19 (4) : 4-13.

SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI (1992). "Türkiye'de Aile Planlamasının Yarını, Yeni Yaklaşımlar ve Yeni Hedefler." T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Konferans Raporu. Ankara. 7-79.

..... (1992)."Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı". T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara 135-155.

..... (1983)."Nüfus Planlaması Hizmetleri Hakkında Kanun Tüzük ve Yönetmelikler" T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü . Ankara : 3-65.

SANTOW,G. (1991)."Trends in contraception and sterilization in Australia", Aust NZ J Obstet Gynaecol. 31(3) : 201-208.

TEMEL BRITANICA (1993). İstanbul 13:113,115.

THORNEYCROFT H.I. (1993)."Contraception in woman older than 40 years of age", Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 20(2) : 273-278.

TUNCER, B. (1976)."Ekonomik Gelişme ve Nüfus" Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara.1-149.

TURHAN, G. (1984). "Aile Planlaması Hizmetlerinde Eğitilmiş Ustabaşlıkların

Güdüleyici Etkisi " Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Programı. Ankara.

TÜRKİYE'DE ANNE VE ÇOCUKLARIN DURUM ANALİZİ (1991). T.C Hükümeti Unicef İşbirliği Programı. Ankara: 25-38.

TÜRKİYE NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI (1991). "Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü" Macro International Inc. Ankara.

UNAT, E. K. (1988). " Dünya'da ve Türkiye'de Aile Planlaması " Kadın ve Aile. 37:15-16 .

UNICEF (1986). "Health Education, Information for Action Issue Paper" Prepared for Unicef and The Aga Khan Foundation World Federation of Public Health Association USA.

WEISMAN C.S; S.B. Plichta; D.E. Tirado and K.H. Dana. (1993). "Comparison of contraceptive implant adopters and pill users in a family planning clinic in Baltimore", Family Planning Perspectives. 25 (5) : 224-226.

YUSU, F.:S Siedleckly; M. Byrnes (1993). "Family planning practices among Lebanese Turkish and Vietnamese women in Sydney", Aust NZ J Obstet Gynaecol. 33 (1) : 8-16.

EKLER



6.BÖLGE BAŞMÜDÜRLÜĞÜNE

ILGI: .2.1995 tarih ve 63249 sayılı yazınız.

Bölgeniz Lab.Tek. 2214 sicil sayılı Neşe Kayrın'ın aile planlaması konulu proje çalışmalarını Sağlık Müdürlüğünüzce hazırlanacak program çerçevesinde yürütebilmesi Dairenizce uygun görülmüştür.

Ayrıca Bölgenizde yürütülecek olan aile planlaması çalışmalarına temel oluşturacak araştırmada kullanılmak üzere bölge personeli ve eşleri hakkında ihtiyaç duyulan bilgilere temin edilerek ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizle gereğini arz ederim.

Ek: liste

06.00.07/60-4
64272
24-3-995
51

Dr. Cihangir ÖZCAN
Sağlık Dairesi Başkanı

6.BÖLGE BAŞMÜDÜRLÜĞÜ

SAYI:B.II.2.DDY.I.06.00.07/60.4-838

30.06.1995

Aile planlaması çalışmalarınıza ait 27.06.1995 Tarih ve B.II.2.DDY.I.06.00.07/60.4-42I-64272 sayılı yazı fotokopiniz ekte gönderilmiştir.

Aile planlaması çalışmalarınızda gerekli olan vasıta temini hususunda emirlerinizi arz ve rica ederim.

Ek:1 Fotokopi

Not: C/I-C/IIII-C/VI
Müdürlüğe
Gönderildi.

(Handwritten signature)

TELEGRAM

(M. 700)

Serv Nr :

Başlık



Serv 6/VI, de Sağlık Müdürlüğü Adana 117

Gönderme tarihi : 10 / 07 / 1995

Açılış

Adana-Gaziantep arası Umum
İstasyon Şefliklerine
Bilgi:6.Bölge Başmüdürlüğüne : Adana

Gönderme tarihi :

Telgraf alan
(İmza)

Metin, gönderenin adı ve imzası

11.07.1995 Tarihinde aile planlaması çalışmalarını
yapmak üzere müdürlüğümüzden doktor 24156 sicil nolu
Dr.Zeynep Gürışık ve kınyager 2214 sicil nolu Neşe Kayran
görevlendirilmiştir stop
Personel ve ailelerine duyurulmasını stop Görevlilere
Gaziantep misafirhanesinden yer ayrılmasına yardımcı olunması
stop Gereği stop

TELEB.II.2.DDY.I.06.00.07/60.4-891

Sayılıdır.

Dr. İbrahim Etan YERİÇİN
Merkez Hekimi
Dipl. No. : 306

(TCDD Matbaası - İzmir - 4 - 1973)

TELEGRAM

(M. 7003)

Serv Nr :

Başlık



Serv 6/VI, de Sağlık Müdürlüğü Adana.

Gönderme tarihi : 03 / 07 / 1995

Açılış

~~ÇOKTEZ~~ Adana-Konya arası Umum
İstasyon Şefliklerine
Bilgi:6.Bölge Başmüdürlüğüne: Adana

Gönderme tarihi :

Telgraf alan
(İmza)

Metin, gönderenin adı ve imzası

04.07.1995 Tarihinde aile planlaması çalışmalarını
yapmak üzere müdürlüğümüzden doktor 24156 sözleşme sicil nolu
Zeynep Gürışık ve kınyager 2214 sözleşme sicil nolu
Neşe Kayran görevlendirilmiştir stop
Personel ve ailelerine duyurulması stop Görevlilere
Konya misafirhanesinden yer ayrılmasına yardımcı olunması
stop Gereği stop

TELEB.II.2.DDY.I.06.00.07/60.4-844

Sayılıdır.

Dr. İbrahim Etan YERİÇİN
Merkez Hekimi
Dipl. No. : 306

(TCDD Matbaası - İzmir - 4 - 1973)

300 İstisnai

Cilt

№ 82142

Mühürü

Dr. İbrahim Fırat YENİÇUM
Sıra No: 15
Etiler, Beşiktaş, İstanbul

KASIZ YOLCULUK BELGESİ

(M. 3625)

Abit edilecek mevki :	İnşaat
ve Soyadı :	Mese Kayın
Ad :	Kimyacı
1. Kayıt Sıra No'su :	2214
Abit sebebi :	Çarvı
1. İstasyonu :	Alanya
2. İstasyonu :	MERSİN
Ulaçak araç İstasyonları :	
İçin tanzimne emir ve- rakam ve emir verenin Unvanı sicil No: (var- sının tarihi ve sayısı)	Unvanı: İstem YENİÇUM Sicil No: 308 Tarih: 10.7.1995
Edilecek trenin Yık. yolcu, Ekspres, (varsa)	
İstisnai yazıldığı tarih :	7.7.95
İstisnai seyahat edileceklerin Tarihi ve (.....) Noju	7/7/95

(T C D D Matbaası - İzmir - 47 - 1987)

ankar anr 93 saat 11.30 tr 2.3. --5
teskilate

nastanemiz bünyesinde kurulan aile planlaması kapsamı
içerisinde erkeklerce vazetör sayılarına toplu gasyon hizmetlerine
başlanılmıştır isteklilerin nastanemiz kadın nastalıkları ve
uroloji bölümlerine başvuruları gerektirmektedir

31/10/95
M. Kemal D. ...
ve ...
imza ...
S. Y. ...

TCDD		Sıra No.: 6/1		TELGRAF (YURTIÇI)		(M. 7003)
Teli yazan yer	Yazılış Tarihi	Saat	Alınış Tarihi	Saati	Teli Alan	
ADANA	10.7.1995					
Yol Atelye Müdürlüğüne-Adana						
Bilgi: Sağlık Müdürlüğü-Adana						
[Lot: 30.6.1995 T.B.11.2.DDY.1.06.00.07/60.4-838 sayılı Sağ. Müd. yazısı,						
Sağlık Müdürlüğüne aile planlaması çabalarında kullanılmak üzere çift tabanlı pikabı 11.7.1995 günü sabahı öğleyle birlikte Sağlık Müdürlüğü amirine varılması ile notiponla bildirilmesi hususunda öneme stop						
TEL 10-27/36669 Sayılıdır						
6 Bölge Bölge Müdürü						
[İmza]						
Sağlık Müdürlüğü Yol Müdürlüğü						
B/ATK						

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun

Amaç:

MADDE 1. - Bu kanunun amacı, nüfus planlaması esaslarını, gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon ameliyelerini, acil müdahale halleri ile gebeliği önleyici ilaç ve araçların temin, imal ve saptanmasına ilişkin hususları düzenlemektedir.

Nüfus Planlaması:

MADDE 2.- Nüfus planlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları demektir.

Devlet, nüfus planlamasının öğretimi ile uygulamayı sağlamak için gerekli tedbirleri alır. Nüfus planlaması gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanır.

Gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon, Devletin gözetimi ve denetimi altında yapılır.

Bu kanunun öngördüğü haller dışında gebelik sona erdirilemez ve sterilizasyon veya kastrasyon ameliyesi yapılamaz.

Nüfus planlamasıyla ilgili eğitim, öğretim ve uygulama hizmetleri:

MADDE 3.- Nüfus planlaması zaruratinin halka duyurulması ve bu hususlarla ilgili eğitim, öğretim ve uygulama hizmetleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının koordinatörlüğünde, Milli Savunma, Milli Eğitim ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarınca birlikte hazırlanarak Bakanlar kurulu kararı ile yürürlüğe konulur.

çak yönetmelik esaslarına göre, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca; üniversiteler, Türkiye Radyo Televizyon Kurumu ile sosyal güvenlik kurumları, tüm kamu kurum ve kuruluşları, kamu kurumu niteliğindeki ilgili meslek kuruluşları ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği yapılarak yerine getirilir.

Bu maksatla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, özel teşkilat kurmaya, gebeliği önleyici ilaç ve araçları temin veya imal etmeye veya ettirmeye, muhtaç olanlara bu ilaç ve araçları parasız veya maliyetinden ucuz fiyatla vermeye veya verilmeye veya satılmak için tedbir almaya yetkilidir. İlaç ve araçların imal veya Türkiye'ye ihali Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının iznine tabidir.

Nüfus Planlamasında kullanılacak ilaç ve araçların niceliği, aralarında tıp fakülteleri öğrencim üyelerinin de bulunduğu bir komisyonun yazılı görüşü alınmak suretiyle Sağlık Bakanlığınca saptanır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca bu şekilde saptanmamış ilaç ve araçlar üniversitelerin tıp fakülteleri de dahil olmak üzere hiç bir birim, kurum ve kuruluşca insanlar üzerinde kullanılamaz.

Komisyonun kuruluş ve işleyişi, gebeliğin önlenmesine ilişkin yöntemler ve uygulama açısından hekim, hemşire ve ebelerin eğitim ve görevlendirilme esas ve usulleri ile uygulamada yetkililerini belirleyen hususlar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tarafından çıkarılacak bir yönetmelikle düzenlenir.

Hekim, hemşire ve ebeler özel kanunlardaki şartlara bağlı olmaksızın bu yönetmelikte belirtilen şartlara uygun olarak gebeliği önleyici yöntemleri uygulayabilirler.

Sterilizasyon ve Kastasyon:

MADDE 4.- Sterilizasyon, bir erkek veya kadının çocuk yapma kabiliyetinin cinsi ihtiyaçlarını tatminine mani olmadan izalesi için yapılan müdahale demektir.

Sterizasyon ameliyatı, tıbbi sakınca olmadığı takdirde reşit kişinin isteği üzerine yapılır.

Bir ameliyatın seyri sırasında tıbbi zaruret nedeniyle bir hastalığın tedavisi için kastasyonu gerektiren hallerde, kişinin rızasına bakılmaksızın kastasyon ameliyesi yapılabilir.

Gebeliğin Sona Erdirilmesi :

MADDE 5.- Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir.

Gebelik süresi, on haftadan fazla ise rahim ancak gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili dalda uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir.

Derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayatı ortamlardan birisini tehdit eden acil hallerde durumu tespit eden yetkili hekim tarafından gerekli müdahale yapılarak rahim tahliye edilir. Ancak, hekim bu müdahaleyi yapmadan önce veya mümkün olmadığı hallerde müdahaleden itibaren en geç yirmidört saat içinde müdahale yapılan kadının kimliği, yapılan müdahale ile müdahaleyi icra ettiren gerekçeleri illerde Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüklerine, ilçelerde Hükümet tabipliklerine bildirmeye zorunludur.

Acil müdahale hallerinin nelerden ibaret olduğu ve yapılacak ihbarın şekli ve mahiyeti ile sterilizasyon ve rahim tahliyesi- ni kabul edenlerden istenilecek izin belgesinin şekli ve doldurul- ma esasları, bunların yapılacağı yerler, bu yerlerde bulunması gereken sağlık ve diğer koşullar ve bu yerlerin denetimi ve göze- timi ile ilgili hususlar çıkarılacak tüzükte belirtilir.

Gebeliğin Sona Erdirilmesinde İzin:

MADDE 6.- 5. maddede belirtilen müdahale, gebce kadı- nın iznine , küçüklerde küçüğün rızası ile velimin iznine, vesayet altında bulunup da reşit veya mümeyyiz olmayan kişilerde reşit olmayan kişinin ve vasinin rızası ile birlikte sulh hakiminin izin vermesine bağlıdır. Ancak akıl maluliyeti nedeni ile şuur serbs- tisine sahip olmayan gebce kadın hakkında rahim tahliyesi için kendi rızası aranmaz.4. maddenin ikinci ve 5 . maddenin birinci fıkralarında belirtilen ve rızaları aramıllacak kişiler evli iseler, ste- rilizasyon veya rahim tahliyesi için için de rızası gerekir.

Veli veya sulh mahkemesinden izin alma zamana ihtiyaç gösterdiği ve derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil hallerde izin şart de- ğildir.

İlaç Ve Araçların İmal , Reklam Ve Propagandasıyla İlgili Hükümlere Aykırı Eylemler :

MADDE 7.- Sağlık Bakanlığınca bu kanunun 3. üncü maddesine göre gebeliği önleyici nitelikte oldukları kabul edil- meyen ilaç ve araçları yurt içinde imal edenler veya her ne suret- te olursa olsun dağıtıcılar veya ticaret maksadıyla yurda sokanlar

veya bu maksatla bulunduranlar yedi aydan iki yıla kadar hapis ve otuzbin liradan yüzelli bin liraya kadar ağır para cezasına çarp- tırlırlar, imalathaneler kapatılır, ilaç ve araçlar müsadere olunur.

Sağlık Bakanlığınca bu kanunun 3. üncü maddesine göre gebeliği önleyici nitelikte oldukları kabul edilen ilaç ve araçların reklam ve propagandası 21 mayıs 1928 tarih ve 1262 sayılı kanu- nun 13.üncü maddesine göre yapılır.Buna aykırı hareket edenler bir aydan altı aya kadar hapis ve yedibinbeşyüz liradan otuzbin liraya kadar ağır para cezasına çarptırılırlar.

Saplanmamış İlaç ve Araçların Kullanılması:

MADDE 8.- Bu Kanunun 3 üncü maddesinin üçüncü fık- rasına aykırı hareket eden kişiler ve kurum yetkilileri, fiilleri da- ha ağır bir cezayı gerektirmediği takdirde Türk Ceza Kanununun 456'ncı maddesine göre cezalandırılırlar. Fiil 456'ncı maddenin dördüncü fıkrasına girerse bile resen takip olunur.

Bu Kanunun 3'üncü maddesinin dört ve beşinci fıkraları ile 5 ve 6 ıncı maddeleri hükümlerine aykırı hareket edenler fiilleri daha ağır bir cezayı gerektirmediği takdirde ellibin liradan aşağı olmamak üzere ağır para cezası ile cezalandırılırlar.

Değiştirilen Kanun hükümleri:

MADDE 9.- 1/3/1926 tarih ve 765 sayılı Türk Ceza Ka- nununun; İkinci Kitabının dokuzuncu babının dördüncü faslının başlığı ile 468'inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Çocuk Düşürme ve Düşürme Cürümleri"

Madde 468.- Bir kadının rızası olmaksızın çocuğunu düşüren kimseye yedi yıldan oniki yıla kadar ağır hapis cezası verilir.

Gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının rızasıyla übbi nedenler mevcut olmadan çocuğunu düşüren kimseye iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası verilir.Çocuğunu düşürmeye rıza gösteren kadına da aynı ceza verilir.

Birinci fıkrada yazılı fiil ; kadının ölümüne neden olmuşsa, failce onbeş yıldan yirmi yıla ve bedeni bir zarara neden olmuşsa sekiz yıldan oniki yıla kadar ağır hapis cezası verilir.

İkinci fıkrada yazılı fiil; kadının ölümüne neden olmuşsa, Failce beş yıldan oniki yıla ve bedeni bir zarara neden olmuşsa üç yıldan sekiz yıla kadar ağır hapis cezası verilir.

Gebe sanılan bir kadın üzerinde rızası olmaksızın çocuk düşürme amacıyla bazı fiillerde bulunan kimse kadının ölümüne ve-ya bedeni zararına sebep olmuşsa 452'nci ve 456'nci maddeler hükümlerine göre cezalandırılır.

MADDE 10.- 1 / 3 / 1926 tarih ve 765 sayılı Türk Ceza Kanununun 469'ncü maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

Gebelik süresi on haftadan fazla olan çocuğunu isteyerek düşüren kadına bir yıldan dört yıla kadar ağır hapis cezası verilir.

MADDE 11.- 1 / 3 / 1926 tarih ve 765 sayılı Türk Ceza Kanununun 470'inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

Madde 470.- Rahim tahliye etme yetkisi olmayan bir kimse, gebelik süresi on haftadan az olan bir kadına rızasıyla düşük yaptırdığı takdirde iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır. Fiil kadının ölümüne veya bedeni bir zararına sebep olmuşsa, fail ayrıca 452'nci ve 456'nci maddeler hükümlerine göre cezalandırılır.

Rahim tahliye etme yetkisi olmayan bir kimse 468. maddenin birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü fıkralarında öngörülen fiilleri işlediği takdirde cezası üçte bir oranında artırılır.

Rahim tahliye etme yetkisi olmayan bir kimse; gebe sanılan bir kadına çocuğunu düşürmek için ilaç , gerçek tedarik eder veya gebe sanılan bir kadın üzerinde rızası olmaksızın çocuk düşürme amacıyla bazı fiillerde bulunur ve kadının ölümüne veya bedeni zararına sebep olursa, 452'nci ve 456'nci maddeler hükümlerine göre cezalandırılır. Fiil kadının rızası ile işlenmiş ise verilecek ceza üçte bir oranında indirilir.

MADDE 12.- 1 / 3 / 1926 tarih ve 765 sayılı Türk Ceza Kanununun 471'inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

Madde 471.- Bir erkek veya bir kadın üzerinde rızası olmaksızın sterilizasyon yapan kimse iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır. Fiil erkeğin veya kadının ölümüne veya bedeni zararına sebep olmuşsa, fail ayrıca 452'nci ve 456'nci maddeler hükümlerine göre cezalandırılır. Eğer bu fiil sterilizasyon ameliyatı yapma yetkisi olmayan bir kimse tarafından yapılsa ceza üçte bir oranında artırılır.

Sterilizasyon ameliyatı yapma yetkisi olmayan bir kimse- nin, kişinin rızasıyla sterilizasyon ameliyatı yapması halinde faile bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası verilir. Fail kişinin ölümüne veya bedeni zararına sebep olmuşsa, fail ayrıca 452'nci ve 456'ncı maddeler hükümlerine göre cezalandırılır.

Yürürlükten kaldırılan kanun ve hükümler:

MADDE 13.- 1/4 / 1965 tarih ve 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile 1/3 / 1926 tarih ve 765 sayılı Türk Ceza Kanununun 472 'inci maddesinin ikinci fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

GEÇİCİ MADDE - Bu Kanununun yayımı tarihinden itibaren en geç üç ay içinde düzenlenerek yürürlüğe konulacak olan tüzük ile yönetmelikler yürürlüğe girmeye kadar, 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun hükümleri uyarınca yürürlüğe konulmuş bulunan Tıbbi Zaruret Halinde Gebeliğin Sona Erdirilmesi ve Sterilizasyon Yapılması Hakkında Tüzük ile Nüfus Planlaması Yönetmeliği ve Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü Hizmetleri Eğitim Faaliyetleri Yönetmeliğinin bu Kanuna aykırı olmayan hükümlerinin uygulanmasına devam olunur.

Yürürlük:

MADDE 14.- Bu kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürüme:

MADDE 15.- Bu kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürürlük.

**510 SAYILI RAHİM TAHLİYESİ VE
STERİLİZASYON HİZMETLERİNİN
YÜRÜTÜLMESİ VE DENETLENMESİNE
İLİŞKİN TÜZÜK**

Bakanlar Kurulu'nun 14.11.1983 tarih ve 83/7395 sayılı kararı ile kabul edilen Tüzük, 18 Aralık 1983 tarih ve 18255 sayılı Resmî Gazetede yayımlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

Genel Hükümler

Amaç:

MADDE 1.- Bu yönetmeliğin amacı, kişilerin istedikleri sayıda. istedikleri zaman çocuk sahibi olmalarını sağlamak için nüfus palanlaması eğitim, öğretim ve uygulama hizmetlerinin Sağlık Bakanlığının koordinatörlüğünde ülke düzeyinde yürütülmesini sağlamaktır.

Kapsam:

MADDE 2.- Bu yönetmelik nüfus planlaması eğitim, öğretim ve uygulama hizmetlerini yürütmekle yükümlü bulunan Sağlık Bakanlığı ile, Milli Savunma, Millî Eğitim, Sosyal Güvencilik Bakanlıkları, Yüksek Öğretim Kurumları, Türkiye Radyo - Televizyon Kurumu, Sosyal Güvenlik Kurumları, tüm kamu kurum ve kuruluşları, kamu kurumu niteliğindeki ilgili meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşları kapsar.

Tanımlar:

MADDE 3.- Bu yönetmelikte geçen deyimlerden,

"Bakanlık" Sağlık Bakanlığını,

"Bakan" Sağlık Bakanını,

509 SAYILI NÜFUS PLANLAMASI HİZMETLERİNİ YÜRÜTME YÖNETMELİĞİ

Bakanlar Kurulu'nun 21.9.1983 tarih ve 83/7083 sayılı kararı ile kabul edilen Yönetmelik 6 Ekim 1983 tarih ve 18183 sayılı Resmî Gazetede yayınlanmıştır.

"Kurul" Nüfus Planlaması Danışma Kurulunu,

"Sağlık Müdürü" İl Sağlık Müdürünü,

"YÖK" Yüksek Öğretim Kurulunu,

"Örgün Eğitim" İlk, orta ve yüksek öğretim veren kurumlarda yapılan eğitimi,

"Yaygın Eğitim" Yetişkinlere uygulanan hizmet içi ve halk eğitimi,

"Klinik" Nüfus Planlaması kliniğini,

"Tüzük" Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzüğü ifade eder.

Hukuki Dayanak:

MADDE 4.- Bu yönetmelik 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunun 3. maddesinin 1. fıkrasına dayalı olarak hazırlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

Hizmetler

Hizmetler:

MADDE 5.- Nüfus planlaması eğitim, öğretim ve uygulama hizmetleri Bakanlık koordinatörlüğünde tüm kamu kurum ve kuruluşları, kamu niteliğindeki ilgili meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği ile yürütülür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Eğitim Hizmetleri

Yaygın Eğitim:

MADDE 6.- Bakanlık Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, nüfus planlaması yaygın eğitim hizmetlerinin belli bir program ve düzen içerisinde ülke düzeyinde yürütülmesini sağlar. Nüfus planlaması eğitiminin illerde uygulanmasında Vali, İl Sağlık Müdürü ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şube Müdürü görevlidir. Bu görevlerin yürütülmesinde ildeki ilgili kuruluşlarla işbirliği yaparlar.

1) 5. maddede belirtilen kurum ve kuruluşlar, yaygın eğitim hizmetlerinin yürütülmesinde görev alır.

2) Silahlı Kuvvetler, nüfus planlaması eğitimini Bakanlıkla işbirliği yaparak kendi kurallarına göre uygular.

3) Türkiye Radyo - Televizyon Kurumu, nüfus planlaması eğitim programını Bakanlıkla işbirliği yaparak hazırlar ve uygular.

4) Nüfus planlaması konusunda yapılacak yaygın eğitim programlarında aşağıda belirtilen konular bulunur.

A- Erkek ve kadın üreme organlarının anatomi, fizyoloji ve gebelik fizyolojisi,

B- Nüfus planlamasının gerekliliği,

C- Nüfus planlaması hizmetlerinin aile sağlığına yapacağı katkıları,

D- Gebeliği önleyici etkin yöntemlerin neler olduğu ve bu yöntemlere ilişkin yeterli bilgi,

E- Gebeliğin önlenmesi, sonlandırılması ve sterilizasyon konuları,

F- Nüfus planlaması hizmetlerinin nelerden ve nasıl sağlanacağı.

Örgün Eğitim:

MADDE 7.- Orta öğretim kurumlarından başlamak üzere tüm resmi ve özel okulların eğitim, öğretim programlarında nüfus planlaması konusuna yer verilir.

1) Okullarda yapılacak nüfus planlaması eğitiminin kapsamını ve içeriği pedagoğ ve program geliştiricilerinin de görüşleri alınarak Bakanlık ve Milli Eğitim Bakanlıklarınca hazırlanır.

2) Yüksek öğretim kurumlarında yapılacak nüfus planlaması eğitiminin kapsamı Bakanlık ve yüksek öğretim kurumlarınca birlikte hazırlanır.

Meslek Eğitimi:

MADDE 8.- Sağlık ve yardımcı sağlık personeli yetiştirilen resmi ve özel okulların eğitim, öğretim programlarında teorik ve uygulamalı nüfus planlaması konularına yer verilir.

1) Yardımcı sağlık personeli yetiştiren resmi ve özel okullar, eğitim, öğretim programlarında nüfus planlaması konularını Bakanlıkla işbirliği yaparak hazırlar.

2) Tıp Fakültelerinde mezuniyet öncesi ve sonrası nüfus planlaması eğitiminin hangi bilgi ve becerileri kapsayacağı Bakanlık ile YÖK tarafından ortaklaşa hazırlanır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Nüfus Planlaması Hizmetlerinin Düzenlenmesi

Merkez:

MADDE 9.- Nüfus planlaması hizmetlerini Bakanlık adına Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü yürütür. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, hizmetin plan ve programlarını yapmak, uygulamak, hizmet veren resmi ve özel kuruluşlara ilaç, araç - gereç ve bilgi desteği sağlamak, bunları denetlemek, değerlendirmek ve geliştirmekle yetkili ve sorumludur.

Nüfus Planlaması Danışma Kurulu:

MADDE 10.- Bakanlık, nüfus planlaması konusunda diğer kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonu sağlamak üzere "Nüfus Planlaması Danışma Kurulu" kurar.

1) Bu kurul, kamu kurum ve kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının temsilcilerinden aşağıda açıklandığı şekilde seçkilere eder.

A- Bakanlıktan;

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürü,

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü,

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü,

Sağlık Eğitimi Genel Müdürü,

Araştırma, Planlama Koordinasyon Kurulu Başkanı,

Baş Hukuk Müşaviri.

B- Diğer kurum ve kuruluşlardan;

Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşar Yardımcısı,

Milli Savunma Bakanlığı Sağlık ve Veteriner Daire Başkanı,

Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanı,

Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Hizmetleriyle İlgili Genel Müdür Yardımcısı,

Türkiye - Radyo Televizyon Kurumu Genel Müdür Yardımcısı,

YÖK Üyesi,

Türk Tabipler Birliği Başkanı,

Türk Ebeler Derneği Başkanı.

C- Nüfus planlaması konusunda bilimsel çalışma yapanlar arasından Bakan tarafından iki yıl için seçilecek beş üye.

2) Kurul Bakanın çağrısı üzerine olağan olarak yılda, 6 ay aralıkla 2 kez salt çoğunlukla toplanır. Gerçektiğinde Bakan, Kurulu daha sık toplantıya çağırabilir. Kararlar salt çoğunlukla alınır.

3) Kurula, Bakan bulunmadığı durumlarda Bakanlık Müsteşarı başkanlık eder.

4) Kurul gündemi Bakanlık tarafından saptanır. Kurulun salt çoğunluğu ile tespit edilen konular gündeme eklenebilir.

5) Kurul'un sekreterlik hizmetlerini Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü yürütür.

6) Kurul sekreterliği, toplanmadan 15 gün evvel toplantının yeri, tarihi ve gündemini üyelere bildirir.

7) Kurulun görevleri:

A- Danışma Kurulu üyeleri kendi kurum ve kuruluşları hakkındaki dönem raporları ile ondan sonraki döneme ait çalışma programlarını hazırlayarak Danışma Kuruluna sunar. Bu rapor kurul tarafından değerlendirilir.

B- Kurul, nüfus planlaması konusunda strateji tespit etme ve hizmetlerin yürütülmesi konusunda Bakanlığa istişari görüş bildirir.

C- Kurul, yılda bir defa tüm kurum ve kuruluşlarda yürütülen nüfus planlaması hizmetlerini rapor halinde yayımlar.

Taşra:

MADDE 11.- İl düzeyinde nüfus planlaması hizmetlerini yürütmekten Vali ve İl Sağlık Müdürü yetkili ve sorumludurlar. Nüfus planlaması hizmetlerini il düzeyinde yürütmek üzere İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı olarak Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şube Müdürlüğü kurulur.

1) Vali Yardımcısı Başkanlığında İl Sağlık Müdürü, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şube Müdürü ve nüfus planlaması eğitim ve uygulama hizmetlerine katılacak kurum yöneticilerinin bulunacağı toplantıda, kurumların fiziki koşulları, personel ve bunların eğitim durumları ve diğer hususlar dikkate alınarak yürütecekleri nüfus planlaması hizmetleri hakkında karar alırlar. Toplantıda alınan kararlar Vali onayından sonra bu hizmetleri yürütecek kurumlara ve Bakanlığa bildirir.

2) İl Sağlık Müdürü ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şube Müdürü il düzeyinde yürütülen hizmetler ile denetim sonuçlarını kapsayan "yıllık çalışma raporu"nu, Ocak ayı içinde Bakanlığa göndermekle yükümlüdür. Bu raporun ekinde, bir sonraki yıl içerisinde yapılacak çalışmalar ve bu çalışmalarda izlenecek ilke ve yöntemler ile hedeflenen hizmetleri belirleyen "yıllık çalışma programı"da gönderilir.

3) Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü il'lerden gelen "yıllık çalışma raporu" ile "yıllık çalışma program"larını inceler ve değerlendirir. Programlar doğrultusunda gereken destek, uyarı ve emirler Bakanlıkça il'e bildirilir.

Denetim:

MADDE 12.- İl düzeyinde yapılan nüfus planlaması hizmetleri ile bu hizmetleri yürüten personeli Vali ve İl Sağlık Müdürü düzenli ve sürekli olarak denetler. Denetlenen yerlerin sorunluları, denetim sonucunda saptanan eksiklikleri giderir ve yapılan önerileri en kısa zamanda yerine getirir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Nüfus Planlaması Uygulama Yerleri

Nüfus Planlaması Kliniği:

MADDE 13.- Bakanlıkça tespit edilecek yataklı tedavi kurumlarında "Nüfus Planlaması Kliniği" açılır. Bu kliniklerin personel ve diğer harcamaları, yataklı tedavi kuruluşunun bağlı olduğu kurumca karşılanır.

1) Bu klinikte çalışan personel aşağıda belirtilmiştir.

A- Bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı,

B- Eğitim görmüş ve yeterlik belgesi almış 2 pratisyen hekim,

C- Eğitim görmüş ve yeterlik belgesi almış iki yardımcı sağlık personeli (hemşire, ebe-hemşire, ebe),

D- Bir sekreter,

E- Bir hizmetli.

2) Bakanlık dışındaki diğer kurum ve kuruluşlara bağlı kliniklere Bakanlık, gerektiğinde araç-gereç, ilaç verir ve eğitim desteği sağlar.

3) Nüfus planlaması klinikleri aşağıda belirtilen görevlerden tümünü veya kliniğin durumuna göre 11. maddenin 1. fıkrasına göre belirlenen görevleri yürütür.

A- Gebeliği önleyici yöntemler hakkında halk ve personeli eğitimi yapar,

B- Bu yöntemlerden gerekeni uygular veya gerekli açılama yaparak kendilerine gebeliği önleyici ilaç ve araçları verir,

C- On haftaya kadar olan gebeliklerin rahim tahliye hizmetlerini yürütür,

D- On haftadan fazla olan gebeliklerde tüzükte belirtilen esaslara göre rahim tahliye hizmetlerini yürütür,

E- Acil durumlarda rahim tahliye hizmetlerini yapar,

F- İsteyen kadın ve erkeğe sterilizasyon ameliyatlarını yapar,

G- Kliniğin yürüttüğü hizmetlerle ilgili bilgileri toplar zamanında Sağlık Müdürlüğüne gönderir.

4) Bir klinikte bulunması gereken araç-gereç, ilaç ve personel standardı tüzük ekinde verilmiştir. Kliniğin belirlenen hizmetine göre bu standartta belirtilen araç-gereç, ilaç ve personelin klinikte bulunması gereklidir.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Dispanserleri:

MADDE 14.- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Dispanserlerinde yürütülecek nüfus planlaması hizmetleri aşağıda gösterilmiştir.

1) Nüfus planlaması konusunda halkı belirli bir programa göre eğitir.

2) Gebeliği önleyici ilaç ve araçların halka parasız olarak dağıtımını sağlar.

3) Kurs görmüş ve "yeterlik belgesi" almış bulunan hekim, hemşire ve ebeler, kurumlarında rahim içi araç uygulamasını parasız olarak yürütür.

4) İlde bulunan hastane ve sağlık ocaklarıyla işbirliği yapar.

5) Nüfus planlaması hizmetleriyle ilgili tüm bilgi ve istatistikleri zamanında Sağlık Müdürlüğüne verir.

Sağlık Ocakları:

MADDE 15.- Sağlık ocaklarında yürütülecek nüfus planlaması hizmetleri aşağıda gösterilmiştir.

1) Her yıl bölgesindeki onbeş ile kırkdokuz yaş grubundaki kadın ve erkekleri tespit eder.

2) 1. bende göre tespit edilen kadın ve erkekleri eğitim programlarına göre ev ziyaretleri sırasında veya sağlık ocağında eğitir.

3) Gebeliği önleyici ilaç ve araçların halka parasız olarak dağıtımını sağlar.

4) Kurs görmüş ve "yeterlik belgesi" almış bulunan hekim, hemşire ve ebeler, kurumlarında rahim içi araç uygulamasını parasız olarak yürütür.

5) İlde bulunan hastane ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Dispanseri ile işbirliği yapar.

6) Nüfus planlaması hizmetleriyle ilgili tüm bilgi ve istatistikleri zamanında Sağlık Müdürlüğüne verir.

Sağlık Evleri:

MADDE 16.- Sağlık evlerinde yürütülecek nüfus planlaması hizmetleri aşağıda gösterilmiştir.

1) Her yıl bölgesindeki onbeş ile kırkdokuz yaş grubundaki kadın ve erkekleri tespit eder.

2) 1. bende göre tespit edilen kadın ve erkekleri ev ziyaretleri sırasında veya sağlık evinde eğitir.

3) Gebeliği önleyici ilaç ve araçların halka parasız olarak dağıtımını sağlar.

4) Kurs görmüş ve "yeterlik belgesi" almış bulunan sağlık evi ebesi, bağlı bulunduğu sağlık ocağının denetimi altında rahim içi araç uygulamasını parasız olarak yürütür.

5) Nüfus planlaması hizmetleriyle ilgili tüm bilgi ve istatistikleri zamanında sağlık ocağına verir.

Muayenehaneler:

MADDE 17.- Gebeligi önleyici ve sonlandırıcı yöntemleri muayenehanelerinde uygulayacak yetkili olan hekimler, tüzükte belirtilen gerekli koşulları sağlamak ve araç gereçleri bulundurmak zorundadırlar.

ALTINCI BÖLÜM

Çeşitli Hükümler

İşyerlerinin Nüfus Planlaması Hizmetleri:

MADDE 18.- İkiyüz ve daha yukarı sayıda işçi çalıştıran resmi ve özel tüm kurum ve kuruluşlarla, işyerleri bir "Nüfus Planlaması Eğitim ve Uygulama Bölümü" açtukları takdirde istenilenlere Bakanlıkça gerekli destek sağlanır. İşyerlerinde açılan Nüfus Planlaması Eğitim ve Uygulama Bölümü yürütükleri nüfus planlaması hizmetleriyle ilgili bilgileri buldukları yerin sağlık yöneticisine her ayın sonunda verir.

Yürürlükten kaldırma:

MADDE 19.- 6/12/1965 tarihli ve 12169 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan "Nüfus Planlaması Yönetmeliği" yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük:

MADDE 20.- 832 sayılı Kanunun 105. maddesi uyarınca Sayıştay görüşü alınan bu Yönetmelik Resmî Gazetede yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme:

MADDE 21.- Bu yönetmelik hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

ANKET FORMU

insiyetiniz ()Kadın ()Erkek

yaşınız

()15-20 ()20-25 ()25-30 ()30-35 ()35-40 ()40-45

İğitiminiz ()Okur-yazar değil ()Okur-yazar ()İlkokul
()Ortaokul ()Lise ()Üniversite/Yük.okul

Çalıştığınız yer ()TCDD ()Çalışmıyor ()Diğer,belirtiniz

Memuriyet dereceniz ve ünvanınız

Şu andaki göreviniz ()Büro memuru ()Faal personel

Şu anda nerede yaşamaktasınız?

()İl ()İlçe ()Köy ()Kasaba ()ğar

()İstasyon ()Duğak

Şu anda ki görev yeriniz.....

Evinizde televizyon varmı? ()Evet ()Hayır

Gazete yada dergi alıyor musunuz?

()Evet,sürekli ()Almıyorum ()Alamıyorum ()Arasına

1-Kaç yaşında evlendiniz?

()15 ve altı ()15-20 ()20-25 ()25-30

()35-40 ()40-45

2-Bu kaçınca evliliğiniz? ()1 ()2 ()3 ()4 ()5ve fazlası

3-Son eşinizle kaç yıldır evlisiniz?()1 ()2 ()3 ()4 ()5ve fazlası

4-Kaç çocuğunuz var? ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ve fazlası

5-Sizce bir kadının ilk doğumu için en uygun yaş hangisidir?

()13 ()15 ()16 ()18 ()20 ()Diğer,belirtiniz

6-Sizce aile planlaması ne demektir?

()Ailelerin istedikleri zaman istedikleri kadar çocuk sahibi olmasıdır

()Ailedeki kişi sayısının sınırlandırılması,

()İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi,

()Nüfus artışıını önleme,

()Çocuk sahibi olamayan ailelere yardımcı olmak,

()Doğum kontrolü,

()Diğer,belirtiniz

17-Evlenmeden önce aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilginiz varmıydı?

()Evet ()Hayır

18-Aile planlaması yöntemleri nelerdir biliyormusunuz? ()Evet ()Hayır

19-Bu konudaki ilk bilgileri nereden aldınız?

()Televizyondan ()Özel telefon hatlarından ()yayınlardan(kitap

()Doktor ()Hemşire-ebe ()Hastane

()Akraba,komşu ()Eczane ()Diğer,belirtiniz

(2)

- 20-Hangi aile planlaması yöntemlerini biliyorsunuz?
 Hap
 Spiral
 Kondom, kaput, prezervatif
 Gönüllü cerrahi yöntem
 Takvim yöntemi
 Geri çekme yöntemi
 Vajinal ovul, krem, jel
 Diğer belirtiniz
- 21-Evlendikten sonra, ne zaman gebe kaldınız/ëşiniz gebe kaldı?
 Hemen 1 2 3 4 5 ve fazlası Diğer, belirtiniz
- 22-Şimdiye kadar kaç kez gebe kaldınız/ëşiniz gebe kaldı
 0 1 2 3 4 5 ve fazlası
- 23-Şimdiye kadar kaç kez ölü doğum yaptınız/ëşiniz ölü doğum yaptı?
 0 1 2 3 4 5 ve fazlası
- 24-Şimdiye kadar kaç kez düşük yaptınız/ëşiniz düşük yaptı?
 0 1 2 3 4 5 ve fazlası
- 25-Şimdiye kadar kaç kez çocuk aldırınız/ëşiniz çocuk aldırıldı?
 0 1 2 3 4 5 ve fazlası
- 26-Canlı doğup ölen çocuğunuz oldu mu?
 0 1 2 3 4 5 ve fazlası
- 27-İlk doğumu kaç yaşında yaptınız?
 15-20 20-25 25-30 30-35 35-40 40-45
- 28-Sizce iki doğum arasında ki süre kaç yıl olmalı?
 1 2 3 4 5 ve fazlası
- 29-Doğumlarınızı nerede yaptınız/ëşiniz doğumları nere de yaptı?
 Hastanede.....
 Sağlık personeli ile
 Sağlık personeli olmadan.....
- 30-Size doğumdan ya da kürtajdan sonra aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi verildi mi? Evet Hayır
- 31-Evet ise kime bilgi verildi? Eşim Eşim
 Anneye Babaya Birlikte Diğer, belirtiniz
- 32-Bu bilgileri kim verdi? Ebe-hemşire Doktor Görevli Diğer, belirtiniz
- 33-Gebelikleriniz de isteyerek mi gebe kaldınız/ëşiniz isteyerek mi gebe kaldı?
 Evet Hayır
 Hayır.....
- 34-Sizin aileniz için en uygun çocuk sayısı sizce nedir?
 1 2 3 4 5 Diğer, belirtiniz
- 35-Siz, suanda istediğinizden fazla çocuk sahibimisiniz? Evet Hayır
- 36-Yanıtınız evet ise neden? Diğer, belirtiniz
 Erkek çocuk Kız çocuk Gebelikten korunmayı bilmiyorum
 İkimizde çok çocuk istiyoruz Kısmet, allah verdi
 Aldırmak günah Aile büyükleri istiyor
- 37-Yanıtınız hayır ise, hiç aile planlaması yöntemi kullandınız mı?
 Evlendikten hemen sonra 1.çocuktan sonra 2.çocuktan sonra
 3.çocuktan sonra 4.çocuktan sonra 5.ve fazlasından sonra
 Kürtajdan sonra Diğer, belirtiniz
- 38-İlk kez hangi aile planlaması yöntemini kullandınız?
 Hap
 Spiral
 Kondom, kaput, prezervatif
 Gönüllü cerrahi yöntem
 Takvim yöntemi
 Geri çekme yöntemi
 Vajinal ovul, krem, jel
 Diğer, belirtiniz
- 39-Şu anda hangi aile planlaması yöntemi kullanıyorsunuz? Evet Hayır

- 10-Evet ise, hangi yöntem?
 Hap
 Spiral
 Kondom, kaput, prezervatif
 Gönüllü cerrahi yöntem
 Takvim yöntemi
 Geri çekme yöntemi
 Vajinal ovul, krem, jel
 Diğer, belirtiniz
- 41-39. soruya yanıtınız hayır ise, neden,
 Çocuğum olmuyor Emziriyorum Aile planlamasına karşıyım
 Eşimin çocuğu olmuyor Yan etkileri var Günah, dine aykırı
 Yeni doğum yaptım Sağlığa zararlı Çok çocuk istiyoruz
 Aile büyükleri aile planlamasına karşı Yöntem nereden alınır bilmiyorum
 Diğer, belirtiniz
- 42-Aile planlaması yöntemleri ile ilgili olarak eşinizle konuşmuşsunuz?
 Evet Hayır Diğer, belirtiniz
- 43-Yaşadığınız çevrede aile planlamasına karşı olanlar var mı? Evet Hayır
- 44-Evet ise, bunlar kimler?
 Komşu, arkadaş Din adamları Aile büyükleri Eşim Diğer, belirtiniz
- 45-Bu kişilerin görüşü, sizi etkiliyor mu? Evet Hayır Diğer, belirtiniz
- 46-Sizce, aile planlaması yöntemi kullanmada eşlerden, kim öncelikli olmalı?
 Kadın Erkek Herikisi Hiçbirisi Diğer, belirtiniz
- 47-Sizce eşlerden hangisinin, aile planlaması yöntemi kullanmasına gerektiğine kim karar vermelidir?
 Kadının, kendi başına Erkek, kendi başına Birlikte Diğer, belirtiniz
- 48-Gebelikten korunmayı öğrenmek için herhangi bir yere başvurduunuz mu?
 Evet Hayır Diğer, belirtiniz
- 49-Evet ise, kime başvurduunuz?
 Ebe-hemşire Doktor Eczane Hastane Doğumevi Diğer.....
- 50-Size en yakın aile planlaması hizmeti ve yöntemi temin edebileceğiniz sağlık kurumu hangisi?
 Devlet hastanesi Sağlık ocağı Doğumevi Eczane Diğer.....
- 41-48. soruya yanıtınız hayır ise, neden?
 Aile planlaması yöntemlerini biliyoruz Aile planlaması yöntemi kullanıyoruz
 Çok çocuk istiyoruz Aile planlamasına karşıyım Utandık, çekindik
 Aile büyükleri aile planlamasına karşı Diğer, belirtiniz
- 52-Kadınlarda tüplerin, erkeklerde kanalların, cerrahi yöntemle bağlanması yolu ile gebeliğin önlenmesi yöntemini duydunuz mu? Evet Hayır
- 53-TCDD hastanelerinde bu yöntemin uygulandığını biliyor musunuz?
 Evet Hayır
- 54-Siz tüplerinizi/kanallarınızı bağlatmayı ister miydiniz? Evet Hayır
- 55-Evet ise, kaçınıcı çocuktan sonra isterdiniz?
 1. 2. 3. 4. 5. ve fazlası
- 56-Sizce, tüplerin bağlanması kadın sağlığını, kanalların bağlanması erkek sağlığını etkiler mi? Etkilemez Olumlu etkiler Olumsuz etkiler Diğer,.....
- 57-Tüplerini/kanallarını bağlatmış kişilerle görüştünüz mü? Evet Hayır
- 58-Evet ise, bu görüşme sizi nasıl etkiledi? Etkilemedi Olumlu Olumsuz
- 59-Sizce, tüplerin/kanalların bağlanması evliliğinizi etkiler mi?
 Etkilemez Olumlu etkiler Olumsuz etkiler Diğer, belirtiniz
- 60-Evliliğinizi olumsuz etkiler diyorsanız, nedenleri?
- 61-Sizce, bir kadının son doğumu için uygun yaş hangisidir?
 35 40 45 Menopoza kadar Diğer, belirtiniz
- 62-İleride aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünüyor musunuz?
 Evet Hayır

Yanıtınız evet ise, hangi yöntemi seçtiniz?

- () Hap
 () Spiral
 () Kondom, kaput, prezervatif
 () Gönüllü cerrahi yöntem
 () Takvim yöntemi
 () Geri çekme yöntemi
 () Diğer, belirtiniz

Neden bu yöntemi seçtiniz, belirtirmisiniz?

-TCDD Adana merkez hekimliğinde aile planlaması yöntemi ve hizmeti verildiğini biliyor musunuz? () Evet () Hayır

Evet ise, nereden öğrendiniz?

- () Eşimden () İşyerimde () Komşu, akraba () Hekimlikte () Diğer, belirtiniz

-Siz bu hizmetten yararlandınız mı?

- () Evet () Hayır

Yanıtınız evet ise, bunlar hangi hizmetler?

- () Spiral taktırma
 () Spiral kontrolü
 () Hap temin etme
 () Kondom temin etme
 () Cerrahi yöntem konusunda bilgi alma
 () Diğer, belirtiniz

Yanıtınız hayır ise, neden yararlanmadınız?

- () Yaşadığımız yere uzak () Diğer, belirtiniz
 () Gerek duymadım
 () Hizmet verilen ortama güvenmiyorum
 () Hizmet veren personele güvenmiyorum
 () Yeterince ilgi görmedim

-Sizce, çocuk aldırma (kürtaj) ile istenmeyen bir gebelikten kurtulmak bir aile planlaması yöntemi midir?

- () Evet () Hayır

-Şimdiye kadar sözedilen yöntemlerin koruyuculuğu ile ilgili bilginiz var mı?

- () Evet () Hayır

2-Evet ise, size göre güvenilirlik derecesine göre sıralayabilirmisiniz?

- () Hap
 () Spiral
 () Kondom, kaput, prezervatif
 () Gönüllü cerrahi yöntem
 () Takvim yöntemi
 () Geri çekme yöntemi
 () Diğer, belirtiniz

K. İst. 758-048 Öncüler

P 133-379

Bozalıoğlu 141-457 K. İst.

Yeşildağ 153-468

Elifoglu 161-123 K. İst.

Karkamış 771-800
174-934

Göksu 785-944

Mutluca 797-290

Mürşitpınar 809-490

Bekçiler 830-800

Gültepe 851-740

Akçakale 871-685

Zenginova 892-289

Gocar 913-344

Sayarlı 934-756

Gökayır 956-350

Ceylanpınar 976-157

Gürpınar 997-873

Akdoğan 1015-095

Senyurt 1038-290

0-000

MARDİN 24-340

Sekidüzü 17-233

Taruntepe 1060-498

1071-550 K. İst.

Serçehan 1081-852

Nusaybin 1096-934

Hudut 1097-433

135

K. İst. 356-391

365-016 Ulaştırma

377-025

O. 380-280 S.

K. İst. 388-815

O. 390

K. İst. 408-327

421-354

439-080

448-262 Emniyet

Pir Ahmet 459-700

Geyik 467-300

Leylak 486-281

DIYARBAKIR 504-028

0-000

Bozdemir 14-333 O.

Uğur 18-000 D.

Kervanpınar 23-150 D.

İnceoğlu 26-500

Ulam 29-491

Anbar 34-577 O.

Seyithasan 40-000 O.

Bismil 47-382

Babahaki 55-000 O.

Gültepe 59-918

Salat 67-970 D.

Sinan 75-806

Batman 90-532

Kıradağ 106-471

Beşiri 123-239

Merci 137-400 O.

Yanarsu 146-078

Kurtalan 159-350

359-017 Tatvir

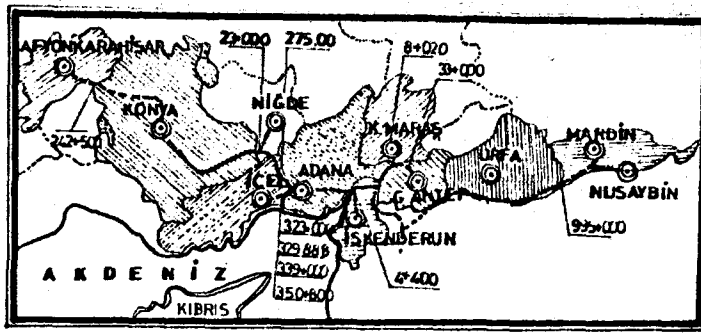
0-000

SURİYE

IRAK

TCDD DEMİRYOLU ŞEBEKESİ İSTASYONLARI

ÖLÇEK • 1/1.600.000



- ⊙ GAR MÜDÜRLÜĞÜ
- GAR ŞEFLİĞİ
- İSTASYON
- DURAK
- Ⓢ ŞUBE ŞEFLİĞİ
- Ⓜ YOL ATELYESİ
- Ⓛ LOKOMOTİF DEPOSU
- Ⓜ HAREKET BÖL. AMB.
- Ⓜ REVİZYONLUK MÜD.
- Ⓜ KISIM HEKİMLİĞİ

CARİ HAT.
TALİ HAT

TCDD 6. BÖLGE BAŞMÜDÜRLÜĞÜ MINTIKASINDA BULUNAN GAR, İSTASYON, DURAK VE BAZI MALUMATLARI GÖSTERİR ŞEMA.

- 433+685 ⊙ KONYA Ⓢ Ⓜ Ⓛ Ⓜ Ⓜ Ⓜ
- 0+000 ○ K. İST.
- 10+350 ○ KASINHAN
- 20+370 ○ K. İST.
- 32+298 ○ K. İST.
- 44+232 ○ ÇUMRA
- 53+000 ○ K. İST.
- 61+941 ○ ANKÖREN
- 70+869 ○ K. İST.
- 80+683 ○ DEMİRYURT.
- 91+499 ○ K. İST.
- 102+295 ○ KARAMAN
- 119+045 ○ SUDURAGI
- 134+759 ○ K. İST.
- 147+870 ○ AYRANCIDARBENT
- 162+125 ○ K. İST.
- 172+003 ○ BÖĞEÇİK
- 180+265 ○ K. İST.
- 189+192 ○ EREĞLİ
- 193+350 ○ GAZHANE
- 198+892 ○ BULGURLU K.İST.
- 205+340 ○ K. İST.
- 215+857 ○ ÇAKMAK
- 224+300 ○ KÖROSMAN
- 233+529 ○ K. GEDİĞİ (ZAL)
- 237+625 ○ ULUKIŞLA Ⓜ Ⓜ
- 250+923 ○ GİMÜŞ
- 266+000 ○ CİFTEHAN
- 281+648 ○ POZANTI
- 291+311 ○ BELEMEDİK
- 306+116 ○ HACIKIRI
- 315+290 ○ K. BUCACI
- 323+000 ○ KELEBEK D.
- 328-094 ○ DURAK
- 337 600 ○ TOPCU DURAGI
- 346+008 ○ 43+209 YENİCE

- 0+000 ○ MERSİN Ⓜ
- 5+954 ○ TIRMIŞ D.
- 8+290 ○ KARACAİLYAS D
- 14+113 ○ TAŞKENT
- 19+034 ○ HACITALIP
- 26+222 ○ TARSUS
- 35+348 ○ YUNUSOĞLU
- 38+100 ○ GÜYEN D.
- 40+507 ○ KAMBERHÖYÜĞÜ

- 75+851 ○ HUDUT
- 716+470 ○ ÇOBANBEY
- 737+360 ○ AKCAKOVUNLU
- 758+048 ○ ONCÜLER
- 771+800 ○ KARKAMIŞ
- 785+944 ○ GÖRSÜ (KAPALI)
- 797+290 ○ MUTLUCA
- 809+490 ○ MURŞİTPINAR
- 830+800 ○ BEKÇİLER
- 851+740 ○ GÜLTEPE
- 871+685 ○ AKÇAKALE Ⓜ
- 892+290 ○ ZENGİNOVA
- 913+344 ○ GOCAR
- 934+850 ○ SAVALI
- 956+350 ○ GÖKÇAYIR
- 976+157 ○ CEYLANPINAR Ⓢ
- 997+874 ○ GÜRPINAR
- 1015+094 ○ AKDOĞAN
- 1038+290 ○ 0+000 ŞE NYURT

- 1060+497 ○ TORUNTEPE
- 1071+550 ○ K. İST.
- 1088+852 ○ SERCEHAN
- 1096+883 ○ NUSAYBİN
- 1097+433 ○ HUDUT

- 22+233 ○ SEKİDÜZÜ
- 24+347 ○ MARDİN

- 348+500 ○ ARKLI
- 353+521 ○ ZEYTİNLİ
- 360+250 ○ KÜÇÜK DİKLİ
- 363+064 ○ SEHİTLİK
- 367+044 ○ ŞAKIRPASA
- 368+958 ○ ADANA Ⓢ Ⓜ Ⓛ Ⓜ Ⓜ Ⓜ
- 380+788 ○ İNCİRLİK
- 389+466 ○ KÜRKÇÜLER
- 396+787 ○ YAKAPINAR
- 404+224 ○ ÇAKALDERE
- 411+260 ○ SİRKEKÖY D.
- 417+929 ○ CEYHAN
- 430+748 ○ GÜNYAZI
- 434+994 ○ YASSICA D.
- 441+790 ○ MUSTAFABEYLİ
- 448+309 ○ 0+000 TOPRAKKALE
- 457+243 ○ OSMANIYE
- 466+843 ○ MAMURE
- 471+500 ○ ŞEKERDERE
- 479+621 ○ YARBAŞI
- 485+90 ○ TAŞOLUK
- 485+400 ○ NOHUT D.
- 492+954 ○ BAHÇE
- 455+494 ○ BAHÇE ŞEHİR D.
- 500+887 ○ AYRAN
- 511+385 ○ 0+000 FEVZİPASA
- 516+200 ○ HANAĞZI
- 520+741 ○ İSLAHİYE
- 531+211 ○ GÜVERCİNLİK
- 548+304 ○ HUDUT
- 548+941 ○ MEYDANKEBZ

- 14+000 ○ NURDAĞ
- 28+620 ○ BEYOĞLU
- 40+580 ○ TÜRKÖĞLU
- 49+600 ○ SEVİNDİK
- 52+288 ○ 0+000 KÖPRÜAĞZI
- 0+000 ○ 68+680 MARLI
- 20+557 ○ SALMANLI
- 24+820 ○ D.
- 27+750 ○ KELEŞ
- 39+151 ○ AKGAĞÖZE
- 59+005 ○ ŞEHİTARIF
- 71+600 ○ DÜLÜK
- 75+565 ○ BEYLERBEYLİ D.
- 84+077 ○ GAZİANTEPE Ⓢ Ⓜ Ⓛ Ⓜ Ⓜ Ⓜ
- 89+350 ○ MUSTAFAYUZ
- 100+224 ○ HAYRAT D.
- 114+567 ○ TÜRK YURDU
- 121+264 ○ YUVA
- 133+319 ○ NİZİP
- 141+457 ○ BOZALIOĞLU
- 153+468 ○ YEŞİL DAĞ
- 166+172 ○ ELİFOĞLU
- 174+934 ○ KARAMIŞ
- 771+800 ○ KARAMIŞ

- 59+220 ○ İSK. LİMAN
- 59+220 ○ İSKENDERUN Ⓢ Ⓜ Ⓛ Ⓜ Ⓜ
- 56+500 ○ AKÇAY
- 49+657 ○ SARISEKİ
- 36+718 ○ YAKACIK
- 30+150 ○ DÖRTYOL
- 11+250 ○ ERZİN

- 6+000 ○ KİLM
- 9+300 ○ KUYUNCULAR
- 14+127 ○ KÜPELİ D.
- 16+722 ○ SEREFOĞLU
- 23+000 ○ DURAK
- 27+903 ○ KAHRAMANMARAŞ

2.1.1989
YOL MÜDÜRÜ

I S Y E R L E R I

YAHANLANDIKLARI BAĞLIK KURULUSLARI

6/V BÖLGE AMIRLIĞI - KORTVA

- 1-Konya Gar Müdürlüğü.
- 2-Karınhan İst. Serliği.
- 3-Fırat Gar Serliği.
- 4-Arslanören İst. Serliği.
- 5-Demirçay İst. Serliği.
- 6-Karaman Gar.
- 7-Sudurak İst. Serliği.
- 8-Ayrançderbent İst. Serliği.
- 9-Höğecik İst. Serliği.
- 10-Ereğli Gar Serliği.
- 11-Çalkmak İst. Serliği.

TÜDD KAZAN HAYATLIĞI
Sağlık Ocağı
Sağlık Ocağı yoktur
Arslanören Sağlık Ocağı
Kefeçik Sağ. Oc. (7 km)
Devlet Hastanesi
Sudurak Sağ. Ocağı
Sağlık Ocağı
Sağlık Ocağı yoktur
Dev. Hast. + Sağ. Ocağı
Sağlık Ocağı

HAFERET BÖLGE AMIRLIĞI - UZUNYAZMA

- 1-Ulukışla Gar Müdürlüğü.
- 2-Gümüş İst. Serliği.
- 3-Giftahan İst. Serliği.
- 4-Pozantı İst. Serliği.
- 5-Belamedik İst. Serliği.
- 6-Hacıkırı İst. Serliği.
- 7-Karaisalıbucağı İst. Ser.
- 8-Durak İst. Serliği.
- 9-Yenice Gar Serliği.
- 10-Tarsus Gar Serliği.
- 11-Taşkent İst. Serliği.
- 12-Mersin Gar Müdürlüğü.
- 13-Yunusoglu

Devlet Hastanesi
Sağlık Ocağı yoktur
Sağlık Ocağı
Sağlık Ocağı
Sağlık Ocağı yoktur
Keleşek Sağ. Ocağı
Keremsalı Dev. Hast.
Keleşek Sağ. Ocağı
Dev. Hast. + Sağ. Ocağı
Sağlık Ocağı yoktur
TÜDD Kırım Hakimliği

HAFERET BÖLGE AMIRLIĞI - AZANA

- 1-Zeytinli İst. Serliği.
- 2-Sehitlik İst. Serliği.
- 3-Adana Gar Müdürlüğü.
- 4-İncirlik İst. Serliği.
- 5-Yakapınar İst. Serliği.
- 6-Ceyhan Gar Serliği.
- 7-Günayaz İst. Serliği.
- 8-Toprakkele Gar Serliği.
- 9-Erzin İst. Serliği.
- 10-Dörtöyl İst. Serliği.
- 11-Yakaçık Gar Müdürlüğü.
- 12-İsdeміr İst. Serliği.
- 13-Cemşek İst. Serliği.
- 14-Jakendevan Gar Müdürlüğü.

Bağlık Ocağı yoktur
Bağlık Ocağı yoktur
TÜDD Sağlık Müdürlüğü
Bağlık Ocağı
İncirpınar Sağ. Ocağı
Dev. Hast. + Sağ. Ocağı
Ceyhan 3 Kolu Sağ. Ocağı
Bağlık Ocağı
Erzin Sağlık Ocağı
2 Adet Sağlık Ocağı
Sağlık Ocağı yoktur
Hayat Dispanseri
Kurşekli Sağlık Ocağı

I S Y E R L E R I

YAHANLANDIKLARI BAĞLIK KURULUSLARI

HAFERET BÖLGE AMIRLIĞI - FEVZİPAŞA

- 1-Osmaniye Gar Serliği.
- 2-Mamure Gar Serliği.
- 3-Yerbaşı İst. Serliği.
- 4-Taşoluk İst. Serliği.
- 5-Bahçe İst. Serliği.
- 6-Bahçeşehir (Kemerlu Durak)
- 7-Ayran İst. Serliği.
- 8-FevziPaşa Gar Müdürlüğü.
- 9-İslahiy Gar Serliği.
- 10-Meydanşehir (İrtibat Memurluğu)
- 11-Nurdak Gar Serliği.
- 12-Beyoğlu İstasyon Serliği.
- 13-Turkçü İst. Serliği.
- 14-Xörükler İst. Serliği.
- 15-Kahramanmaraş Gar.
- 16-Narlı Gar Serliği.

Dev. Hast. + Disp. + 4 Ad. Sağ.
Tencil Sağlık Ocağı
Sağlık Ocağı yoktur
Bahçe Sağlık Ocağı
Bahçe Sağlık Ocağı
Sağlık Ocağı yoktur
Bağçe Sağlık Ocağı
TÜDD Kırım Hakimliği
Devlet Hastanesi
Sağlık Ocağı yoktur
Nurdak Sağlık Ocağı
Sarılar Sağlık Ocağı
Turkçü Sağlık Ocağı
İrtibat Sağlık Ocağı
3 Ad. Sağ. Ocağı + Dev. Hast.
Narlı Sağlık Ocağı

HAFERET BÖLGE AMIRLIĞI - SAZIANTEP

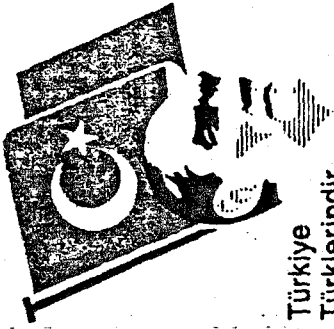
- 1-Salmanlı İst. Serliği.
- 2-Arcağöze İst. Serliği.
- 3-Sehitkavir İst. Serliği.
- 4-Dülük İst. Serliği.
- 5-Gaziantep Gar Müdürlüğü.
- 6-Mustafayaz İst. Serliği.
- 7-Türkürdü İst. Serliği.
- 8-Nizip Gar Serliği.
- 9-Tarıkamış Gar Serliği.
- 10-Kurşitpınar İst. Serliği.
- 11-Akçakale Gar Serliği.
- 12-Sayarlı İst. Serliği.
- 13-Ceylanpınar Gar Serliği.
- 14-Akdoğan İst. Serliği.
- 15-Sençay İst. Serliği.
- 16-Mardin Gar Müdürlüğü.
- 17-Kuşçubin Gar Serliği.

Uzuncık Sağlık Ocağı
Aktoprak Sağ. Ocağı
Aktoprak Sağlık Ocağı
Dülük Sağlık Ocağı
TÜDD Kırım Hakimliği
Sehitkavir Sağlık Ocağı
Sekilli Sağlık Ocağı
2 Adet Sağlık Ocağı
Tarıkamış Sağlık Ocağı
Mürşitpınar Sağlık Ocağı
Akçakale Sağlık Ocağı
Sağlık Ocağı yoktur
Ceylanpınar Sağlık Ocağı
Akdoğan Sağlık Ocağı
Sençay Sağlık Ocağı
Dev. Hast. + Sağ. Ocağı
Sağ. Ocağı

FAHRETTİN AYDIN

Kurucusu: Sedat Simavi 1896-1953

27 Ağustos 1995 Pazar



Türkiye
Türklerindir



Acılı annenin umut operasyonu

ABD'nin Oklahoma kentinde bir kamu binasına nisan ayında düzenlenen bombalı saldırıda iki oğlunu kaybeden genç kadın, yeniden çocuk sahibi olabilmek için bağlı tüplerini ameliyatla çözdürdü. 3.5 saat süren ameliyat sonrasında Edye Smith, "yeniden bir aile kurmak istediğini" söyledi. Dr. Chris Seeker, üç ve iki yaşlarındaki iki oğlunu kaybeden annenin, tekrar hamile kalma şansının ameliyatı izleyen ilk yıl içinde yüzde 70 olduğunu kaydetti.

Çin'den hızlı

BIRLEŞMİŞ Milletler Nüfus Fonu'nun 1993 raporuna göre Türkiye, dünyanın nüfusu en hızlı çoğalan ülkelerinden biri. Yüzde 2'lik nüfus artış hızıyla Çin'i geçmiş bulunuyor. BM raporunda dünya nüfusunun 2025 yılında 8.5 milyar, Türkiye nüfusunun da 93 milyon olacağı belirtiliyor. Bu durum, gelişmekte olan ülkeler açısından kaygı verici bulunuyor.

Nüfus Fonu UNFPA'nın yayınladığı "1993 Nüfusunun Durumu" raporunda, insanlığın geleceği için kaygı verici boyutlara ulaşmış durumda. Bu yılki ana konusunu oluşturduğu rapora göre dünya nüfusunun 2025 yılında 8 milyar 472 milyona, Türkiye nüfusunun da 92.9 milyona ulaşacağı tahmin ediliyor. Yine BM'nin raporuna göre Türkiye, dünyada nüfusu en hızlı artan 25 ülkeden biri. Son 25 yıl içinde yüzde 2'lik nüfus artış hızıyla Çin'i bile geride bırakmış durumda.

Raporu, günümüzde nüfus artış hızının göç olgusunun tarihinin öneminde görülmemiş bir hızla ulaştığını belirtiyor. Nüfus artış hızının, aşırı politik veya ekonomik baskılar altında hızla arttığı belirtilen raporda, nüfus artış hızının, ekonomik ve sosyal koşulların etkilerinde hızla arttığı belirtiliyor.

17 MİLYON GÖÇMEN

17 milyon nüfus artışıyla dünyada yaklaşık 17 milyon göçmen olduğu tahmin edilen nüfus artış hızı, nüfus artış hızı ile nüfus artış hızı arasında nüfus artış hızı dışında nüfus artış hızının miktarının nüfus artış hızının yüzde 2'sini oluşturduğu kaydedilen raporda, nüfus artış hızının, nüfus artış hızının 17 milyonunu nüfus artış hızının yanı sıra nüfus artış hızının insan da nüfus artış hızı ve doğal çevrenin nüfus artış hızı gibi etkenlerden nüfus artış hızıdır. Göç olgusunda,

günümüzde ve gelecekteki nüfusunun dönüm noktasını dünya nüfusunun artışı oluşturmaktadır. 1990'larda rekor bir düzeye ulaşarak her yıl 98 milyon artan dünya nüfusunun bu artışın büyük çoğunluğu Afrika, Asya ve Latin Amerika'da meydana gelmektedir.

Raporu, insanların göçüne engel olacak bir yaşam tarzı oluşturulması gerektiği vurgulanarak özellikle kırsal kesimde eğitim, sağlık ve aile planlaması gibi toplumsal hizmetlerin sunulması isteniyor.

TÜRKİYE'NİN DURUMU

Raporu göre, 1992'de nüfusu 58.4 milyon olan Türkiye, dünyada nüfusu en hızlı artan 25 ülkeden biri. Türkiye, 1990-95 yılları arasındaki yüzde 2'lik ortalama nüfus artış hızı ile dünyanın en kalabalık ülkesi olan Çin'i geride bırakmış durumda...

Ortalama nüfus artış oranı açısından Türkiye, Afrika ülkelerinden daha iyi konumda bulunuyor. Ülkemizin Asya ülkeleri ile karşılaştırması yapıldığında ise, durum pek iç açıcı değil. Son yıllarda nüfus artış hızına yönelik etkili önlemler alan Güney Kore ve Singapur gibi ülkelerin gerisinde kalıyoruz. Bunun yanı sıra yüzde 2.6'lık artışı ile Moğolistan ve yüzde 6.7'lik artışıyla Afganistan gibi ülkelerin önünde yer aldığımız görülüyor. Türkiye, yıllık nüfus artış hızı 1.8 olan Asya ortalamasının da gerisinde

artıyoruz

WORLDWATCH RAPORU



ÖTE yandan dünyanın önde gelen çevre örgütlerinden "Worldwatch" Enstitüsü'nün yıllık raporunda, nüfus patlamasının gelecekte dünyayı tehdit eden en büyük tehlike olduğu bildiriliyor. Bir an önce kontrol altına alınması istenen dünya nüfusunun bu hızlı artışın getireceği ilk tehlike, açlık. Worldwatch Enstitüsü'nün raporunda tarım ve hayvancılık sektörünün artan nüfusa cevap vermekte çok zorlandığı da belirtiliyor. Rapora göre dünya genelinde 1950 ile 1990 yılları arasında kişi başına yıllık et tüketimi 18 kilodan, 32 kiloya çıkarılmış. 1991 yılından beri kişi başına tüketilen et miktarı ise azalıyor.

kalmış durumda...

Avrupa'nın 5 yıldaki ortalama nüfus artış oranı ise yalnızca yüzde 0.3... Türkiye dışında hiçbir Avrupa ülkesi yüzde 1'e ulaşmıyor.

BM raporuna göre, dünyanın 2025 yılında nüfusu ulaşması öngörülen 8.472 milyarlık nüfusu, büyük oranda kalmakta olan ülkelerde yoğunlaşacak. Yine rapora göre, gelişmiş ülkelerin 1992'de 1.225 milyar olan toplam nüfusu, 2025'te yalnızca 178 milyon artışla 1.403 milyara çıkacak. Gelişmekte olan ülkelerin 1992'de 4.25 milyar olan toplam nüfusunun ise 2025'te 7,1 milyara ulaşacağı tahmin ediliyor. ■ ANKARA (A.A)



MİLLİYET

BASINDA GÜVEN

19 Şubat 1995 Pazar 15.000 TL

Spirali 'dinleme cihazı' sanıyorlar

●Güneydoğu'da doğum kontrolü için çalışan Sağlık Bakanlığı görevlileri, kadınlara spiral taktıramadıklarını belirterek, şöyle yakınıyorlar: "Spirali dinleme cihazı zannediyorlar. 'Devlet bu aletle bizi dinleyecek' diye tepki gösteriyorlar." ● 11. sayfada

'Devlet bizi spiralle dinleyecek'

Elyan FEYZİOĞLU
İZMİR

GÜNEYDOĞU Anadolu Bölgesi'nde kadınların doğum kontrol aracı olan "spiral"i, "dinleme cihazı" zannederek, "devlet bizi dinleyecek" kuşkusuyla taktırmak istemedikleri öne sürüldü.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı İl Sağlık müdürlüklerinde görevli aile planlaması ekipleri, çalışmalarında en çok Do-

Alle planlaması ekipleri, Güneydoğu'da kadınların doğum kontrol aracı spirali dinleme cihazı zannederek "bizi dinleyecekler" kuşkusuyla taktırmadıklarını öne sürdü

ğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde zorlandıklarını belirterek şunları söyledi:

"Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde kadınlar spiral taktırmak istemiyor. Spirali 'dinleme cihazı' zannediyorlar. 'Devlet bu aletle bizi dinleyecek' diye tepki gösteriyorlar. Güneydoğu'da çocukları aşılama da büyük zor-

luklarla karşılaşyoruz. Çocuklara yapılan koruyucu aşılama 'kısırlaştırıcı ilaç' olduğunu düşünüyorlar. Türkiye genelinde genel zorluğumuz ise aile planlaması konusunda erkeklere ulaşmamak. En büyük problemimiz bu. Erkekler hem ilgilenmiyor hem de sağlık ocaklarının açık olduğu saatlerde işte

oluyorlar."

Sağlık Bakanlığı'nın aile planlaması konusunda yeni projeler hazırladığını da belirten yetkililer, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu ve Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nce yapılması planlanan çalışmaları da şöyle sıraladı:

"Televizyon şirketleriyle anlaşma yapılarak aile planlaması konusunda 5 video kaseti hazırlanacak. Bu kasetler çoğaltılarak kalabalık yerlerde halka gösterilecek. Ayrıca foto-roman şeklinde de nüfus planlaması anlatılacak. Bu foto-romanlar, otobüslere, duraklara asılacak. Burada hedef erkeklere ulaşabilmek. Mayıs ve Haziran ayında bu video kasetleri piyasaya çıkacak."

İstenmeyen bebek

Yasal

Ekspres

3

15 Eylül 1994

Perşembe

anneyi rezil, doktoru vezir ediyor...

kürtaj ticareti!

● Doğumevi Hastanesi'ndeki bazı doktorlar kürtaja çifte standart getirdi. Bu hastanede kürtajı düzenleyen yasalar harfiyen uygulanınca, bazı doktorlar kıvrak zekalarını çalıştırıp, bahçe duvarının hemen karşısında ticarete çoktan başlamışlar bile. Üstelik herkes grösün diye tabelalarına "kürtaj yapılır" diye ibare koymayı da unutmamışlar.

ADANA-Adana
Doğumevi'ndeki bazı doktorlar kürtaja çifte standart getirdiler. Hastane yönetimi kürtajı düzenleyen yasaları harfiyen uygulayıp bundan da taviz vermeyince bazı doktorların ekmeğine tereyağı sürüldü. Burada yasaları uygulamak zorunda kalan doktorlar, bahçe duvarının öte başındaki özel muayenehanelerinde ise doğa kurallarını uyguluyorlar.

YASA YOLUYLA TİCARET

Doğumevi'nde kürtaj konusundaki katı uygulama, doktorların ekmeğine tereyağı sürüyor. Doğumevi yetkilileri haklı olarak, kürtaj yaptırmak isteyen kadınlara "Kocanızı getirin, imza atsın, çocuğu öyle alalım" diyorlar. Nikahsız evlilikler, yasak aşklar, ya da kaza sonucu hamile kalanlar, yasanın katı biçimde uygulanması sonucu, kürtaj hakkından Doğumevi'nde yararlanamıyor. Ama, Doğumevi'nin bazı doktorlarının özel muayenehanelerinde yararlanıyor.

Adana Doğumevi'nde çalışan doktorlar hiç çekinmeden, tabelalarına

● Doğumevi'nde uygulanan kurallara göre, bir kadının kürtaj olabilmesi için bebeğin bir ayı geçmemiş olması ve kocasından da müsaade alınması gerekiyor. Oysa Doğumevi bahçe duvarının öte başındaki özel muayenehanelerde doğa kuralları uygulanıyor. Kocasını izin versin vermesin, bebek ne kadar büyük olursa olsun önemli değil, gelsin paralar kurban olsun bebekler.

"kürtaj yapılır" yazısını yazdırıyorlar. Bu muayenehanelere bebekli giren, bebegsiz çıkıyor. Maharetli doktorlarımızın elinden uçan kuş bile kurtulmuyor.

VATANDAŞ ŞİKAYETÇİ

Adana Doğumevi'ne gidip de yasalara uymadığı gerekçesiyle istemedikleri bebeklerinden kurtulamayan hastalar, "Özel muayenehanelerdeki uygulamalar Doğumevi'nde yasal olsun. Doğumevi'nde alınsın, alınmasın istemediğimiz çocuğu gidip özel muayenehanede aldırıyoruz" diyorlar.

Bazı doktorların da özel muayenehaneyi teşvik etmek için kendilerine bahane uydurduklarını ileri süren hastalar, "Hepsine kötü diyemeyiz, ama beş parmağın 5'i de bir değil. Doktorlar insafa gelsin" şeklinde konuşuyorlar.

Hastalar da haklı, zira Doğumevi Hastanesi'nde çok cüzi miktardaki ücretlerle yapılan kürtaj, Doğumevi bahçesinin karşı tarafındaki muayenehanelerde yasadışı elbisesini de giyince iyice pahalıya patlıyor. Burada, son

derece gelişmiş çağdaş araç ve gereçlerin yardımıyla kısa sürede istenmeyen bebekten anne kurtarıyor ve parayı da bastırıyor.

Bebek ne kadar büyük olursa olsun, babası kim olursa olsun ve babası ister izin versin ister vermesin hiç önemli değil. Burada "Gelsin paralar, kurban olsun bebekler" ilkesi uygulanıyor.

Miilliyyet

BASINDA GÜVEN

28 Ağustos 1995 Pazartesi 25.0

104 yaşında baba oldu

Faruk ATA - TRABZON
Melek ELİTOK - İSTANBUL

KURTULUŞ Savaşı'nda Atatürk ve İ.önü komutasında Afyon cephesinde Yunanlılarla savaşan İstiklal Savaşı madalası sahibi Trabzonlu Ali Sağlam, 104 yaşında baba oldu. Trabzon Vakfıkebir il-sine bağlı Sinanlı köyünde oturan 1891'şumlu Sağlam, üçüncü eşi Fatma (43), İlu Murat (7) ve 4 aylık bebekleri Mehmet'le mutlu bir yaşam sürüyor.

Sağlam, bugüne kadar hiç doktora tmediğini belirterek şöyle konuştu: "çenç ve dinamik kalmamı, bol tatlı ye-me, doğal besinlere ve hiç aksatmadı-3 saatlik öğle uykusuna bağlıyorum. İl-merkeziyle köy arasındaki 4 kilomet-lik yolu yürüyerek gidip geliyorum." Sağ gözünü odun parçası batması so-ucu kaybeden Sağlam'ın 11 yıllık eşiy-sunları söyledi: "Çocukları çok sevi-

yor. Mehmet doğunca çok mutlu oldu. Yine çocuk istiyor, ancak iki tane yeter."

ERKEKTE SINIR YOK

Uzmanlar, kadınların 50 yaşından sonra yumurtlama imkanı olmadığını belirtirken, erkeğin sınırsız sperm üret-me şansı olduğunu söyledi.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Has-talıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğre-tim Üyesi Doç. Dr. Sezai Şahmay, "Er-keğin 40 yaşından sonra gebe bırakma şansı yüzde 25'e iner. Hele 100 yaşından sonra değil yüzde binde ya da milyonda 1. 104 yaşında bir erkeğin baba olması, sperm yapımının devam ettiğini ve testis fonksiyonlarının sağlıklı bir şekilde sür-düğünü gösteriyor."

International Hospital Kadın-Doğum Uzmanı Doç. Dr. Teksen Çamlıbel, "Kaliteli sperm üreten, testisleri iyi çalı-şan bir erkekmiş. Bu imkansız değil."



Önceki evliliklerinden 6 çocuğu, 18 torunu ve onların da torunu o-lan Sağlam, İstiklal madalyasını yeni doğan oğluna bırakacak (üst-te). Anne Fatma Sağlam (sağda)

Hanımlar uzmanların sesine kulak verin:

"İlkel yöntemlerle çocuk düşürmeyin"

● **Aile planlamasının tam anlamıyla oturmadiği ülkemizde istenmeyen gebeliklerde ilkel yöntemlerin denenmesi telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğuruyor.**

● **Birçok kadının gebelikten kurtulmak isterken canından olduğunu hatırlatan uzmanlar, "Ne yazık ki hale kurşun, cıvalı maddeler, kibrit, süpürge çöpü, mandal, iğne, kaz tüyü gibi yöntemlere başvuruluyor. Bunun sonucunda da ya ateşli hastalık, ya da ölüm geliyor" dediler.**

KONYA-İstenmeyen gebeliklere ilkel yöntemlerle son

verme girişimlerinin, ölümle sonuçlanabilecek hastalıklara yolaçtığı bildirildi.

Konya SSK Doğumevi Başhekimisi Dr.Levent Hekim, yaptığı açıklamada, özellikle kırsal yörelerde istenmeyen gebeliklere ilkel yöntemlerle son verilmesinin yaygın bir uygulama olduğunu belirterek, "Düşük, anne sağlığını ilgilendiren en önemli problemlerden biridir" dedi.

İstenmeyen gebeliklere, zo-

runlu hallerde mutlaka uzman kişiler tarafından son verilmesi gerektiğini kaydeden Dr.Hekim, şunları söyledi:

"Düşük için halk arasında genellikle kinin, kurşun, cıvalı maddeler, kibrit, süpürge çöpü, manda, öğne, kaz tüyü, ebegümeçi otu ve sabun gibi maddeler kullanılmaktadır.

Bu tür düşüklere, ateşli hastalıklar, kanama, tetanoz ve kangren görülmekte, rahatsızlıklar ölümle sonuçlanabilmektedir."

SABAH

Pazartesi 10 Temmuz 1995

Nüfus artış hızı bir gecede yüzde 2.2'den 1.6'ya düştü

Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE), nüfus artış hızı hesaplarına yöntemini değiştirdi. DİE, yıllık yüzde 2.2 olan nüfus artış hızını, yeni yöntemle yüzde 1.6 düzeyinde belirledi.

DİE Başkanı Mehmet Kaytaç, konuya ilişkin yaptığı açıklamada, bundan sonraki bütün çalışmalarda bu yeni nüfus artış hızı rakamını esas alacaklarını söyledi.

Kaytaç, nüfus artış hızının daha hassas bir şekilde ölçülebilmesi için eskisinden daha bilimsel bir yöntemin benimsendiğini bildirdi.

Kaytaç, şimdiki yöntemde, doğum, ölüm ve doğurganlık oranlarının esas alındığını belirterek, "Daha önceki tahminlerimizde bunları kullanmıyorduk. Sadece 5 yıl önceki artış oranını baz alıyorduk" dedi.

DİE'nin yeni hesaplama yöntemiyle yaptığı yıllık nüfus artış hızı hesaplaması ile rakamın değiştiğini belirten Kaytaç, daha önce yüzde 2.2 olan yıllık nüfus artış hızının, yüzde 1.6 olduğunun hesaplandığını kaydetti.

Tahminler şaşacak

Yeni belirlenen rakam nedeniyle, DİE'nin bazı tahminlerini

DİE, nüfus artış hızını hesaplama yöntemini değiştirdi. Yıllık yüzde 2.2 düzeyinde olan nüfus artış hızı, yeni yöntem ile yüzde 1.6 olarak belirlendi. DİE "Bundan sonra ekonomi yeni nüfus artış hızını esas alacak" dedi. Yeni hesaplama milli gelir rakamında da küçük bir oynama yapacak.

düzeltilmesi gerektiğini kaydeden Kaytaç, şunları kaydetti:

"Örneğin, milli gelir rakamlarını yayınladığımızda, kişi başına milli gelir rakamlarında hafif bir değişim oldu. Bu yüzden, bunları yeniden yayınladık. Çünkü 1990'a kadar olan nüfus tahminini bu yeni çalışmamıza dayanarak yaptık. Böyle olunca, kişi başına milli gelirden de bir değişim oldu. Gerçi bu değişim çok önemli bir miktar değil."

Her nüfus sayımın

ardından bilgilerin hemen eskidiğini de belirten Kaytaç, Türkiye'nin aksine, gelişmiş ülkelerde doğum kayıtlarının çok iyi tutulduğu ve merkezi bir yerde korunduğunu söyledi. Bu nedenle, gelişmiş ülkelerin, her an bilgisayarla nüfustaki son değişimleri izleyebildiğini belirten Kaytaç, Türkiye'de ise böyle bir durumun söz konusu olmadığını, Türkiye'deki nüfus kayıtlarının eksik olmasının bazı sorunlar yarattığını vurguladı.

Başkan Kaytaç, DİE olarak amaçlarının, ürettikleri ve yayınladıkları rakamların daima taze, doğru ve hassaslığını sağlamak olduğunu kaydetti.

Kaytaç, "Herhangi bir bilgiyi çok gecikerek verirsiniz, o zaman değerini yitiriyor. Sonra doğruluk açısından güvenilir olması, mümkün olduğu kadar gerçeğe yakın olması da önemli" dedi.



Aile planlamasında 'kırmızı nokta' engelli

Türkiye'de aile planlaması çalışmalarının başarısız olmasının nedenleri arasında "özel televizyon kanallarının yayınladığı erotik filmler" de eklendi. TRT ve Sağlık Bakanlığı'nun erotik filmlerin doğum kontrolünü ne yönde etkilediğini ortaya çıkarmak amacıyla ortak bir anket çalışması yapacağı öğrenildi. Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. İlhan Özdemir, özel televizyon kanallarının aile planlaması konusundaki bilgileri halka ulaştırmak için birer kanal olabileceklerini ancak mevcut uygulamada, sansürlü erotik filmler göstermelerinin çalışmaların verimini düşürebileceğini söyledi.

15.7.1993 SABAH GAZETESİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ