

**T. C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Serdar ÖZTORA

**EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE KAYITLI 15-49 YAŞ ARASI KADINLARIN
AİLE PLANLAMASI İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARI**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Ayşe TUNÇ

EDİRNE – 2019



TEŞEKKÜR

Trakya üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince emeği geçen değerli hocalarım Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezh DAĞDEVİREN'e, Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a ve Dr. Öğretim Üyesi Önder SEZER'e, hem asistanlık eğitimimde hem tez sürecinde desteğiyle beni yüreklendiren değerli hocam Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'ya, birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve her zaman yanımda olan eşim Dr. Vedat TUNÇ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
AİLE PLANLAMASININ TARİHÇESİ	4
DÜNYADA NÜFUS POLİTİKALARI	7
TÜRKİYEDE NÜFUS POLİTİKALARI	8
AİLE PLANLAMASININ KADINA, ÇOCUĞA VE TOPLUMA YARARLARI	9
AİLE PLANLAMASI YÖNTEM KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	10
AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ	13
AİLE PLANLAMASI DANIŞMANLIĞI	25
GEREÇ VE YÖNTEMLER	28
BULGULAR	30
TARTIŞMA	79
SONUÇLAR	89
ÖZET	91
SUMMARY	93
KAYNAKLAR	95
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu)

AP : Aile planlaması

CYBH: Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

DMPA: Depot Medroxyprogesterone Acetate

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FDA: Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)

HIV: Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)

ICPD: International Conference on Population and Development (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı)

KOK: Kombine oral kontraseptifler

LAM: Laktasyonel amenore

OKS : Oral kontraseptif

RIA : Rahim içi araç

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VTE: Venöz tromboemboli

WHO: World Health Organization

GİRİŞ VE AMAÇ

Aile planlaması, bireylerin veya eşlerin yaşlarını ve sosyoekonomik durumlarını göz önüne alarak istedikleri zamanda, bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olmalarına; istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine; çocuk sahibi olmak isteyen ailelerin bu isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür (1).

Aile planlamasının esas hedefi, maternal ve fetal sağlık seviyesinin iyileştirilmesi, kişileri doğru bilgilendirmek, gebeliği önleyici yöntemler hakkında danışmanlık hizmetleri sunmak, çocuk sahibi olmak isteyen çiftlere de yol gösterip yardım etmektir. Aile planlaması hizmetleri aile fertlerini çocuk sahibi olmada ve doğum kontrol yöntemleri kullanarak gebelikten korunma konusunda serbest bırakır (2).

Aile planlaması yöntemlerinin etkin ve yeterli kullanılmaması, doğum aralıklarının kısa olması, istenmeyen gebelikler ve aşırı doğurganlık gibi anne ve bebek sağlığını etkileyen bir takım risklere neden olmaktadır. Bu risk faktörleri ise anne-bebek mortalite ve morbidite oranlarını doğrudan etkileyebilmektedir (3)

Dünyada çocuk istemediği halde gebeliği önleyici yöntem kullanmayan yaklaşık 300 milyon çift belirlenmiştir. Dünya doğurganlık araştırması verilerine göre gelişmekte olan ülkelerin doğurganlık çağındaki kadınlarının %40-50'si daha fazla çocuk istemediği halde aile planlaması hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle çocuk sahibi olmaktadır. Yapılan çalışmalar Türkiye'de hala kadınların yarısının doğum kontrol yöntemi kullanmadığını veya gebe kalma riski yüksek olan yöntemleri tercih ettiğini göstermektedir (4).

Türkiye'de 40 yıldan fazla süredir aile planlaması hakkında, riskli gebelikleri önleyerek kadın ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan, ailelere gerekli bilgi ve hizmeti

sağlayarak doğurganlıkları ile ilgili bilinçli ve özgür seçim yapmalarını sağlayan politikalar izlenmektedir. İzlenen politikalar olumlu sonuç vermektedir ancak AP konusunda henüz yeterince karşılanamayan yüksek bir gereksinim mevcuttur (5).

Plansız gebeliklerin ve küretaj oranlarının yüksek olması, karşılanmayan aile planlaması ihtiyacının da yüksek olduğunu göstermektedir. Eğitim ve danışmanlık verirken, yöntemlerden kişiye en uygun olanı belirlenmeli ve kullanıcı bu konuda bilgilendirilmelidir. Kişiyeye özel danışmanlık verilmesi gerekmektedir (6).

Bu çalışmada Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 15-49 yaş arası kadınların, aile planlaması hakkında bilgi düzeylerinin saptanması, tutum ve davranış özelliklerinin belirlenmesi ve sosyodemografik verilerle karşılaştırılarak, etki eden faktörlerin saptanması ve aile planlaması hakkında farkındalığın artırılması planlanmıştır. Aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve kadınların etkili yöntemlerle gebelikten korunması konusunda bilgilendirilmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

Aile planlaması, bireylerin veya eşlerin yaşlarını ve sosyoekonomik durumlarını göz önüne alarak istedikleri zamanda, bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olmalarına; istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine; çocuk sahibi olmak isteyen ailelerin bu isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür (1). Aile planlamasının amacı çocuk sayısını kısıtlamak değildir. Aksine sık aralıklarla meydana gelebilecek gebelikleri önlemeyi ve ana-çocuk sağlığı ile beraberinde toplum sağlığı kalitesini yükseltmeyi amaçlayan uygulamaları içerir (7).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO)'nün (2015) güncellenmiş aile planlaması tanımı ise “eşlerin istedikleri zamanda, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları veya kişisel isteklerine ve ekonomik olanaklarına göre çocuk sayılarını belirlemesi ve doğum aralıklarını istedikleri şekilde belirlemelerini sağlamaya yönelik çalışmalardır” (8).

Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu'nun yayınlamış olduğu Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi'ne göre bireylerin çocuk sahibi olup olmamaya, istediği ve hazır olduğu zaman çocuk sahibi olmaya karar verme, aile planlaması yöntemlerinden etkili ve güvenilir olanlara eşit bir şekilde ulaşabilme ve bilgilendirilme hakkı mevcuttur (9).

Aile planlamasının esas hedefi, maternal ve fetal sağlık seviyesinin iyileştirilmesi, kişileri doğru bilgilendirmek, gebeliği önleyici yöntemler hakkında danışmanlık hizmetleri sunmak, çocuk sahibi olmak isteyen çiftlere de yol gösterip yardım etmektir. Aile planlaması hizmetleri aile fertlerini çocuk sahibi olmada ve doğum kontrol yöntemleri kullanarak gebelikten korunma konusunda serbest bırakır (2).

Aile planlamasının diğler amaçları şöyle sıralanabilir:

1- Bilgilendirme-Eğitim-Uygulama hizmetleri vermek: Kişilerin aile planlaması yöntemlerinden haberdar olması, yöntemler ile ilgili bilgilendirilmesi ve kişisel unsurları da göz önüne alarak kendine uygun olan doğum kontrol yöntemini seçmesi açısından gereklidir. Bilgilendirilme sağlık kuruluşları, basılı ve sözlü medya aracılığıyla yapılabilmektedir.

2- Gebelik aralığını ayarlamak: İki doğum arasında en az 2 yıllık bir süre olması gerekir. Kısa doğum aralıkları anne ve bebekte hayati riski arttırmaktadır. Önceki doğumun üzerinden 24 ay geçmeden doğan çocuklarda hastalık riskinin arttığı, annenin de sağlığının bozulduğu bilinmektedir.

3- Aşırı doğurganlığı önlemek: 4 ve daha fazla sayıda olan gebelik ve doğumlar anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkilemektedir ve riskli sayılmaktadır.

4- İstenmeyen gebelikleri önlemek: İstenmeyen gebelikler genellikle isteyerek yapılan düşükle sonlandırılır. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesinde doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması en doğru yoldur.

5- Doğum yaşını ayarlamak: 18 yaşın altındaki gebelik ve doğumlar (erken yaş) ile 35 yaşın üzerindeki gebelik ve doğumlar (çok geç yaş) çocuk ve anne ölümlerini ciddi ölçüde artırmaktadır. 35 yaş ve üzeri gerçekleşen doğumlarda bebeklerde görülen doğumsal sakatlıkların oranı da artmaktadır.

6- Bedenen ve ruhen sağlıklı, mutlu ve eğitilmiş bireyler yetiştirmek: Aileler çocuklarına yeterli miktarda zaman ayırarak onların maddi ve manevi ihtiyaçlarını daha iyi karşılayabilir. Çocuklarını ilgi, sevgi ve şefkat göstererek büyüten aileler çocuklarının ruhsal açıdan daha sağlıklı gelişim göstermesini sağlayabilir. Aile planlaması, fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı anne ve çocuk sayısını artırır.

7- Çocuk sahibi olamayan infertil çiftlere tıbbi imkanlar dahilinde yol gösterip yardımcı olmak (9-11).

AİLE PLANLAMASININ TARİHÇESİ

Kontrasepsiyonun tarihi eski çağlara kadar uzanır. Milattan önce 1850'de Mısır papiruslarında bal, timsah dışkısının ve içinde sodyum bikarbonat bulunan vajinal tıkaçların tampon olarak kullanıldığı yazılıdır. Kadınlar yüzyıllarca hamileliği önlemek için akasya bitkilerinin fermente suyuna batırılmış pamuklu tiftik tamponları kullanmışlardır. Spermidal olabilmek için, vajinal süngerleri limon suyu veya sirke içinde ıslatmışlardır.

Milattan önce 4. yüzyılda, Aristo, kontrasepsiyondan bahseden ilk Yunan yazardır. Filozof, hamileliği önlemek için kadınların “tohumun üzerine düştüğü rahminin bir parçasını” zeytinyağından geçirmelerini önermiştir. Antik Yunanda yine başarı oranı değişen birçok yöntem kullanıldığı bilinmektedir. Önerilen bir başka yöntem de spermi vajinadan çıkarmak için karın üzerine baskı uygulamaktır. Lahana veya söğüt yaprakları, soğan suyu, limon suyu, bal, sedir yağı ve yumuşak yün gibi yöntemler bariyer olarak kullanılarak kadınlar gebelikten korunmaya çalışmışlardır (12).

Dünyanın her yerinde kadınlar gebelikten korunmak için bitkileri kullanmışlardır. Hindistan’ın tropikal bölgelerinde ve Sri Lanka’da kadınlar gebeliği önlemek için papaya yemektedirler. Günümüzde papaya bitkisinin içinde bulunan papain adlı enzimin progesteronla etkileşme sonucu gebeliği önlediği bilinmektedir (12).

Avrupa’da prezervatifler ilk olarak sfilizi önlemek ve daha sonra hamileliği önlemek için 16. yüzyıldan beri kullanılmıştır. Penis koruyucular ilk olarak İtalyan Gabriello Fallopius tarafından 1564 yılında tanımlanmıştır. Fallopius cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma amaçlı keten bir prezervatif geliştirmiştir. Kondomlar 18. yüzyıldan itibaren ise hayvan barsaklarından yapılmıştır (12, 13). İlk kadın kondomu kauçuktan yapılmış olup, 1900’lerin başında İngiltere’de kullanılmaya başlanmıştır. 1992’de poliüretan kondomların yapılmasıyla kadın kondomları popüler olmuştur (13).

Spermisit ajanların keşfi ve kullanımı 1800’lü yılların başlarına rastlamaktadır. Binlerce yıldır kadınlar vajina içine meyve asitleri, jöleler vb. çeşitli karışımlar koymuşlardır. Bu ilkel spermisitlerle vajinada keskin asidik veya alkali ortamlar oluşturularak spermlerin öldürülmesi amaçlanmıştır. İlk ticari spermisit ovül kakao yağı ve kinin sülfat içermekte olup 1885’te İngiliz farmakolog Walter Rendell tarafından geliştirilmiştir. 1950’lerde, nonoxinol-9 gibi oldukça etkili kimyasallar geliştirilmiş ve marketlerde pazarlanmıştır (13).

Rahim içi araçlar (RİA) ile ilgili bilgiler yıllar öncesine dayanır. Tarihte rahim içi aracın ilk defa Arapların çöldeki uzun yolculukları sırasında, develerin gebe kalmalarını önlemek için deve rahmine taş koymak suretiyle kullanıldıkları bilinmektedir (14). İntrauterin cihazlar kullanımları 20. yüzyılın ikinci yarısında daha yaygın olmasına rağmen, 2000 yılı aşkın bir süredir kontrasepsiyon yöntemi olarak kullanılmışlardır (12).

İlk gerçek RİA (ipek misina bir halka), Dr. R. Ritcher tarafından 1809’da üretilmiştir. Amerikalı jinekolog 1960’larda özel bir plastikten yapılmış S şeklinde bir RİA olan Lippes Loop’u geliştirmiştir. Bu RİA, bakırlı RİA’lar üretilene dek uzun yıllar kullanılmıştır. 1960’da bakırlı RİA’lar, 1996’da ise hormon salgılayan RİA’lar geliştirilmeye başlanmıştır.

Piyasadaki en yeni RİA 2000 senesinde Food and Drug Administration (FDA)'dan onay alan ve progesteronlu bir RİA olan Mirena®'dır. Günümüzde RİA'lar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Amerikan Tıp Birliği tarafından hem güvenilir hem de en ucuz, geri dönüşümlü kontraseptif yöntem olarak kabul edilmektedir (15).

Modern hormonal kontraseptiflerin geliştirilmesi ile ilgili çalışmalar 1920'lerde başlamıştır. Haberlandt 1920'de hayvanlara steroid özütlere vererek doğurganlığın baskılandığını gözlemlemiştir (13).

Doğum kontrol hapları ile ilk deneme 1956 senesinde Porto Rico'da Edris Rico Winey tarafından yapılmıştır. 1960'larda Amerika Birleşik Devletleri'nde doğum kontrol haplarının onaylanmasından sonra yan etki ve olası risklerin azaltılması amacıyla içerdikleri progesterin ve östrojen miktarları azaltılmış, böylelikle oral kontraseptif haplar güvenle kullanılabilir hale gelmiştir. Avustralyalı fizyoloji profesörü Ludwig Haberlandt'ın çabalarıyla gündeme gelen doğum kontrol hapları birçok ülkede yaygın olarak kullanılan etkili bir doğum kontrol yöntemidir. Türkiye'de de 1965'ten beri kullanılmaktadır (16).

Enjekte edilen kontraseptifler 1950'den itibaren üretilmeye başlanmıştır. Depot Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) gibi içinde sadece progesteron bulunan enjektabl formlar 1950'lerde esas olarak dismenore, kanama düzensizlikleri, hirsütizm, endometriozis ve endometrial kanser tedavisinde kullanılmıştır. 1960'lı yıllarda ise doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmaya başlanmıştır. 1996 yılından itibaren de ülkemizde kontraseptif yöntem olarak başarıyla uygulanmaktadır (16).

Cilt altına implante edilebilen, hormon salgılayan çubuklardan oluşan silastik kapsüller 1967'de Amerika'da geliştirilmiştir. Kola yerleştirilen bu çubuklarla kadınların 3 yıl süreyle %100'e kadar gebelikten koruduğu bildirilen "implant" yöntemi, 1998 yılında dünyada hizmete girmiş olup Türkiye'de de 2002'de kullanılmaya başlanmıştır (16).

Cinsel ilişkiye girdikten sonra gebelikten korunma eski çağlardan beri önemli bir sorun olup, vajinal yıkama bu amaçla en sık kullanılan yöntem olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1970'li yıllarda Dr. Albert Yuzpe oral kontraseptif hapları acil kontrasepsiyon amaçlı reçete etmiştir (13).

Sterilizasyonun geçmişi milattan önce 63 yılına dayanmaktadır ancak çok yaygın kullanılan bir yöntem olmamıştır. Kadınlarda sterilizasyon çok eskiden overlerin çıkarılmasıyla yapılmaktaydı. Kadın sterilizasyonu ilk defa Hipokrat tarafından dile getirilmiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde ilk tubal bağlama operasyonu, 1880'de ileride yüksek riskli gebelik ihtimali olan kadında sezeryan esnasında yapılmıştır. İlk kez Oschier

vazektominin kontraseptif bir yöntem olduğunu belirtmiştir. 1972’de Ulusal Sağlık Servisi AP Değişiklik Yasası vazektominin de diğer kontraseptif hizmetler gibi sağlık yetkilileri tarafından uygulanmasına izin vermiştir (13).

DÜNYADA NÜFUS POLİTİKALARI

İnsanlık tarihi boyunca benimsenen nüfus politikası pronatalist politika olmuştur ve nüfus büyüklüğü saldırılara karşı bir savunma politikası olarak görülmüştür (17). Aşırı doğurganlığı önlemenin bir halk hareketi haline gelmesi 19.yy da olmuştur. Hükümetlerin gelişmekte olan ülkelerdeki hızlı nüfus artışının gelişmeye engel olduğunu görmeleri ile eski nüfus politikası yerini aile planlamasına bırakmıştır (17). Bu değişimin öncüsü Thomas Malthus olup, Malthus’un “Nüfusun Prensibi Üzerine” adlı kitabında gıda üretiminin, doğal kaynakların aritmetik olarak arttığı, nüfusun ise geometrik diziyle çoğaldığı belirtilmiş olup, bu gidişata dur denilmezse dünyayı gelecekte açlık, yoksulluk ve felaketlerin beklediğini savunmuştur (18).

İkinci dünya savaşından sonra gelişmiş ülkeler ekonomik ve teknolojik üstünlüğün önemini anlamışlar, gelişmekte olan ülkelerdeki hızlı nüfus artışı endişeye neden olmuş ve batıda nüfus kontrolü fikri ortaya çıkmıştır. Doğum kontrolü ifadesini ilk kullanan Margaret Sargeryl olup, Newyork’ta 1916 yılında ilk aile planlaması kliniğini açmıştır. Daha sonraki yıllarda ise aile planlamasının yayılması ve gelişmesi için klinik sayısını artırmıştır (12).

Bükreş’te 1974’te toplanan 3. Dünya Nüfus Konferansı hükümetler düzeyindeki ilk önemli toplantıdır. Bükreş Konferansı, nüfus artış hızını yavaşlatıcı ve doğurganlığı azaltıcı nüfus politikalarının sadece yoğun kalkınma çabalarıyla beraber uygulandığında başarılı olabileceğini vurgulamıştır (19).

Kahire’de 1994’te yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda (International Conference On Population And Development-ICPD) kadınların toplumdaki seviyelerinin yükseltilmesinin doğurganlığın azalmasına katkı sağlayabileceği gibi yaşamlarının diğer alanlarında da olumlu etki yaratacağı, toplumsal cinsiyet eşitliği, eğitim ve sağlık gibi konulardaki yatırımların insan haklarını iyileştireceği ve hızlı nüfus artışını dengeleyeceği belirtilmiştir (19). Konferansın sonuçları, 1995’te Pekin’de gerçekleştirilen IV. Dünya Kadın Konferansı’nda da önemle belirtilmiş olup eylem programları hazırlanmıştır. Eylem programlarının esas konularını; kalkınma ve nüfus arasındaki ilişki, kadınların daha güçlendirilmesi, kadınlara yönelik şiddetin engellenmesi, cinsiyetler arası eşitliğin ve adaletin sağlanması ve aile planlaması oluşturmuştur (3). Ayrıca kalkınma ve barış için kadınların

güçlendirilmesinin gerekli olduğu ve kadınların doğurganlıklarını kontrol etme haklarının olduğu belirtilmiştir (19).

Kahire'deki konferansta "Üreme Hakları" kavramı da ele alınmıştır. Üreme hakları; insanların üreme yeteneğini ne zaman ve nasıl gerçekleştireceklerine özgürce karar vermeleri anlamına gelmektedir. Bu kapsamda; kişilerin çocuklarının sayısı ve gebelik aralığına özgürce karar vermeleri ve bunu gerçekleştirebilmek için bilgilendirilmeleri, şiddet, baskı ve ayrımcılığa maruz kalmaksızın kararlarını verebilmeleri gerektiği vurgulanmıştır (3).

Konferansta aile planlaması çalışmalarının, "Üreme Sağlığı" kavramı içerisine dahil edilmesi gerektiğinden bahsedilmiştir. "Üreme Sağlığı Hizmetleri"nin temel sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmesi ve bu hizmetlerin uygun yaştaki herkes için erişilebilir olması şart koşulmuştur (3).

Günümüzde Aile Planlaması alanında politik olarak rol alan önemli kuruluşlar ise; Birleşmiş Milletler Politikası ve ilişkili kuruluşlar, ülkelerin kendi içlerindeki hükümet politikaları, ulusal ve uluslararası alanda gönüllü kuruluşlardır (17).

TÜRKİYE'DE NÜFUS POLİTİKALARI

Türkiye'de nüfus sorununu ilk kez ulusal bir politika olarak ele alan ve üzerinde duran kişi Atatürk'tür (18). Türkiye'de cumhuriyetin ilanından sonra uygulanmış olan nüfus politikaları iki dönem halinde incelenebilir. Ülkemizde cumhuriyetin ilk yıllarından başlayarak 1965'e kadar olan birinci dönemde pronatalist (nüfus artırıcı) politika izlenirken, 1965'ten günümüze kadar olan ikinci dönemde ise antinatalist (nüfus artış hızını sınırlayıcı) politikalara geçilmiştir (20).

Türkiye 1923 yılından sonra günün koşullarının gerektirdiği üzere doğurganlığı özendirici pronatalist bir politika izlenmiştir. Bu dönemde Türkiye geçirilen savaşlar ve sıtma, tifüs gibi salgın hastalıklar nedeniyle büyük nüfus kaybına uğramıştı. Diğer yandan hem kalkınma için insan gücüne ihtiyaç olması hem de askeri güç için nüfusa ihtiyaç olması Türkiye'de nüfusu artırıcı politikaların izlenmesini gerektirmiştir (21).

Nüfus artış hızının çok fazla olmasının toplumun gelişmesini yavaşlattığının; aşırı doğurganlığın anne, çocuk ve aile sağlığına olan olumsuz etkilerinin anlaşılmasıyla pronatalist politikalarından uzaklaşmaya başlanmıştır. 1955-1960 yılları arasında istemli düşük ve buna bağlı anne ölümlerindeki artış dikkat çekmiş ve pronatalist nüfus politikalarının değiştirilmesi ile ilgili çalışmalar başlatılmıştır (18).

Ülkemizde 1960'dan sonra beş yıllık kalkınma planları hazırlanarak planlı kalkınma dönemi başlatılmıştır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında nüfustaki hızlı artışın ekonomik gelişmeyi engellediği belirtilmiş, ayrıca düşükle ilgili yasalar nedeniyle meydana gelen anne ölümlerine de dikkat çekilmiştir. Nüfus artış hızını azaltmaya yönelik önlemlerin alınması gerektiği vurgulanmıştır (20).

Prof. Dr. Nusret Fişek ve Dr. Zekai Tahir Burak'ın destekleriyle hazırlanan ve ilk antinatalist nüfus yasası olan Nüfus Planlaması Yasası 10 Nisan 1965'te yürürlüğe girmiştir. Bu yasa ile fertlere istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olma özgürlüğü tanınmıştır. Cerrahi sterilizasyon haricindeki diğer gebeliği önleyici yöntemler serbest bırakılmış, sadece tıbbi nedenlerle isteyerek düşüklere ve cerrahi sterilizasyona izin verilmiştir. Bu yasa ile Türkiye'de yıllar boyu uygulanan pronatalist nüfus politikası değiştirilmiş, aile planlaması hizmetleri belli bir seviyeye ulaşabilmiştir. Bu yasadan sonra gebeliği önleyici yöntem kullanımı artmıştır. Ancak isteyerek düşüklere devam etmesi ilk antinatalist nüfus planlaması yasasının yetersiz kaldığını göstermektedir (21).

Aile Planlaması ile ilgili ikinci yasa 27 Mayıs 1983'te yayınlanmış, 1984'te uygulamaya geçilebilmiştir. Günümüzde halen bu yasa geçerlidir. Bu yasaya göre:

- 10 haftaya kadar olan gebelikler kişinin isteğine bağlı sonlandırılabilirken, 10 haftanın üzerinde olan gebelikler ise sadece tıbbi nedenlerle sona erdirilebilir.
- Vazektomi ve tüp ligasyonu gibi cerrahi sterilizasyon yöntemleri serbest bırakılmıştır.
- Eğitimli ebe, hemşire ve doktorlar RİA gibi etkili kontraseptif yöntemleri uygulayabilirler.
- Hastanelerde, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı merkezlerinde eğitimli hekimler kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimlerin denetimi altında aspirasyon kürtaj hizmeti verebilirler (22).

AİLE PLANLAMASININ KADINA, ÇOCUĞA VE TOPLUMA YARARLARI

Aile planlamasının kadın, çocuk, aile ve toplum sağlığı üzerinde çok sayıda yararları bulunmaktadır. Bunlar;

1. Gebelik, doğum ve düşüğe bağlı oluşabilecek anne ölümleri azalır.
2. Kontraseptif yöntem kullanımıyla istenmeyen gebelikler önlenir.
3. Doğumlar arasında en az 2 yıl bırakılarak hem ana hem çocuk sağlığı korunur.
4. Kadının jinekolojik şikayet ve hastalıkları azalır.
5. Annedeki beslenme bozukluğu, anemi gibi sorunlar azalır.

6. Kadının gebe kalma korkusu ortadan kalktığından çiftler arasında sağlıklı ve daha güvenli bir cinsel yaşam oluşur.
7. Hem anne hem bebek sağlığı açısından riskli olduğu bilinen 18 yaş altı ya da 35 yaş ve üzerinde çocuk sahibi olmayı azaltır.
8. Kadının ileri yaşta gebe kalması önlenemediğinden bebeklerde kongenital anomali, prematürite, gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığı görülme olasılığı azalır.
9. Gebelik aralığı uzadığı için bebekler yeterli süre anne sütü almış olurlar. Bu da çocuklarda beslenme bozuklukları ve bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığını azaltır. Çocukların fiziksel, ruhsal ve zeka gelişimini olumlu olarak etkiler.
10. Çiftler bakabilecekleri kadar çocuğa sahip olduklarında çocuklarına daha fazla zaman ayırabilir, onlara yeterli ilgi ve sevgi gösterirler. Bunların sonucunda beden ve ruhen sağlıklı çocukların yetiştirilmesi sağlanır.
11. Toplumun büyük bir kısmını çocuklar ve kadınlar oluşturmaktadır. Aile planlaması sayesinde çocukların ve kadınların sağlıklı olması sağlanır, dolayısıyla sağlıklı bir toplum oluşur.
12. Hızlı nüfus artışına bağlı ekonomik gelişme, eğitim, beslenme, çevre koşulları ve konut durumu ile ilgili olumsuz etkiler azalır.
13. Aile planlaması yöntemlerini etkili olarak uygulayan toplumlarda ülke nüfusu dengeli ve planlı olarak artar. Böyle ülkeler gelişmişlik açısından daha üst seviyelerde yer alır.
14. Kondom gibi bazı aile planlaması yöntemleri Human Immunodeficiency Virus (HIV) ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaşmasını önlemeye yardımcı olur.
15. Annenin kaybı ya da tükenmişlik yaşaması diğer aile üyelerinde psikolojik ve fiziksel çöküntüye neden olabilmektedir. Bu nedenle aile planlaması yöntemlerinin etkili kullanılması, aile ortamının sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini sağlamaktadır (22, 23).

AİLE PLANLAMASI YÖNTEM KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Genel olarak yalnızca kadınların bilmesi ve uygulaması gerektiği düşünülen “üreme sağlığı” ve aile planlaması kullanımı aslında toplumun tamamını ilgilendiren bir konudur. Sağlıklı ve mutlu nesiller yetişmesi için kadın ve erkek beraber hareket etmeli ve kararları birlikte alabilmelidir. Yöntem seçimine eşi ile birlikte karar veren kadınların aile planlaması tutumları ve aile planlaması yöntemi kullanma oranları daha yüksektir. Türkiye’de de dünyanın birçok yerinde olduğu gibi aile planlaması yöntemlerinin tercihi ile ilgili konularda

alınan kararlar ataerkil düşünce tarafından yönetilmektedir. Çiftlerin ortak kararı olmaktan çok erkeklerin ve diğer aile büyüklerinin kararları etkili olmaktadır (24).

Aile planlaması yöntemlerinin bazı olumsuz etkilerinin olması ve tercihler hakkında daha fazla ve daha doğru bilgiye sahip olan kadınlar gebelik önleyici yöntemlerden hangilerini kullanabilecekleri ile ilgili daha bilinçli davranırlar. Aile planlaması yöntemlerinden birinin seçilmesinde ve uzun zaman kullanılmasında yöntemden beklenen bir takım özellikler vardır. Yöntemin %100 güvenilir olması, yan etkisinin çok az olması, uzun süre etkili olması, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruması, doğurganlığın kısa süre içinde geri gelmesi ve yöntemin istenildiği zaman bırakılabilmesi gibi birçok özellik sayılabilir (2).

Aile planlaması yöntem kullanımını etkileyen faktörler çok geniş bir yelpazede yer almaktadır. Bu yelpazede politika ve yasalar, din, yaşanılan yerin özellikleri, kadının eğitimi ve geleneksel inanışlar gibi birçok etken bulunmaktadır (25).

Politika ve Yasalar:

Politika, yasa ve programlar bireylerin aile planlaması hizmetlerine ulaşmaları için gerekli olmaktadır. Örneğin kontrasepsiyon, gönüllü cerrahi sterilizasyon, düşük ve cinsel yolla bulaşan bazı hastalıklarla ilgili yasalar aile planlaması hizmetlerinin kullanımını doğrudan etkilemektedir. Aile planlaması yöntemleriyle ilişkili yasa ve politikalarda temel konular reçeteye verilme zorunluluğu, satış yeri, sağlık çalışanlarının aile planlaması yöntemlerini uygulamada aktif olarak rol alması sayılabilir. Kişinin aile planlaması hizmetlerine yasal olarak ulaşabilmesi hizmet almayı olumlu şekilde etkilemektedir (25).

Din:

Aile planlaması yöntem kullanımını etkileyen etmenlerden biri de dindir. Özellikle üreme ve çoğalma ile ilgili dini teşvikler, eski tarihlerden beri o dinin büyümesi ve yayılması için gerekli görülmüştür. Her dinde aile planlaması hakkında farklı değerlendirmeler yapılsa da, bütün dinler esasen ailelerin üreyip çoğalmaları yönünde bir tavır sergilemektedir. İslam dininde aile planlaması hakkında kesin olan cana kıyılmayacağıdır. İsteyerek yapılan düşükler de doğru bulunmamaktadır. İslamiyet'te "isteyerek çocuklarınızı öldürmeyiniz" ifadesi net bir biçimde Kur'an-ı Kerim'de emredilmiştir. Bu, doğum kontrol yöntemlerine karşı olan kişilerin dayanağıdır. Ülkemizde de aile planlaması yöntem kullanımını dine aykırı bulan ve günah olduğu için aile planlaması yöntemi kullanmadığını belirten birçok kadın bulunmaktadır (25).

Yaşanılan yerin özellikleri:

Aile planlaması hizmetlerine erişilebilirlik ve hizmetlerden yararlanma noktasında nüfusun yaşadığı yerleşim yerinin özellikleri oldukça önemlidir. Kentsel yerleşim yerlerinin gecekondü bölgelerinde ve kırsal yerleşim yerlerinde yaşayanlar üreme sağlığı hizmetlerine erişim açısından, büyük şehirlerde yaşayanlarla karşılaştırıldığında yeteri oranda hizmet alamamaktadır (26).

Endüstri veya tarım toplumunda yaşayan kişilerin aile planlaması hizmetlerine olan gereksinimleri farklıdır. Tarım toplumunda kadınlar geniş aile ve beraberindeki doğum alışkanlıklarını tercih etmektedirler. Endüstri toplumunda ise paranın getirdiği özgürlük ve şehir hayatı istenilen çocuk sayısında azalmaya neden olmaktadır (26).

Kadının statüsü ve eğitimi:

Kadının söz sahibi olmadığı ve bir birey olarak görülmediği toplumlarda aile planlamasından bahsetmek imkansızdır. Kadının toplumda yeri olmalıdır. Toplumsal statü, toplumun bireye attığı sosyal değerdir. Az gelişmiş ülkelerde kadının toplumda statüsü yoktur. Kendisi ve ailesi hakkında karar veremeyen kadınlar, aile planlaması yöntemleri anlatılsa dahi uygulamada pasif kalırlar. İstenmeyen gebeliğe karşı herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanma şansları yoktur (3).

Kadınların eğitilmesi, öğrenim düzeylerinin yükselmesi anne ve çocuk ölümlerinin önlenmesinde esas rol oynamaktadır. Çünkü anne ve bebek ölümlerinin büyük çoğunluğu aşırı doğurganlık ve istenmeyen gebelikler neticesinde meydana gelmektedir. Kadınların aile planlamasından haberdar olması, kullanılan yöntemlerle ilgili eğitilmesi, kadının kişisel faktörlerini de göz önünde bulundurarak kendine uygun olan yöntemi tercih etmesi açısından gereklidir (26).

Türkiye’de doğurganlığın azalmasına neden olan en önemli faktör eğitimidir. Eğitim seviyesinin artmasıyla birlikte kadının evlenme yaşı da artmaktadır. Eğitim alan kadınların işe girme imkanları ve gelir düzeyleri, eğitimsiz ve iş hayatında olmayan kadınlara göre daha fazladır. Eğitimin doğurganlığı baskılayıcı etkisi iş hayatına katılan kadınlarda daha fazladır. Türkiye’de eğitim seviyesinin artmasıyla birlikte ailelerin sahip olmak istedikleri çocuk sayısı azalmakta ve aile planlaması yöntemlerinin kullanımı da artmaktadır (27).

Gelir düzeyi:

Hane halkı gelir düzeyinin doğurganlık üzerindeki etkisi mutlaktır. Doğurganlık ve gelir düzeyi arasındaki ilişki ülkelere ve bölgelere göre değişkenlik gösterebilir. Ülkemizde doğurganlık kadının iş gücüne katılmasıyla birlikte azalmıştır. Kadınların aktif bir şekilde iş hayatına katılması çocuklar yetişkin oluncaya kadar sunulan hizmetin maliyetini artırmakta ve bir çocuğa daha sahip olma isteğini de azaltmaktadır (27).

Gelenekler:

Gebelik ve gebelik süreciyle alakalı pek bilgiye sahip olmayan bireyler gebeliği önlemek amacıyla sayısız yöntem denemişlerdir. Emzirme ile gebelikten korunduğuna inanma oldukça fazladır. Vajenin kapanması için yapılan kadın sünnetleri, evlilik öncesi bekareti koruma isteği, cinsel perhiz düşüğe ve kısırlığa yol açan gelenekler olarak sıralanabilmektedir(25). Son 40 yıl içinde ülkemizde, modern aile planlaması yöntemlerindeki birçok yeniliğe ve bu yöntemlerin etkin şekilde uygulanmaya çalışılmasına karşın, geleneksel korunma yöntemlerinin hala daha yaygın bir şekilde kullanıldığı bilinmektedir (28).

AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

Modern Aile Planlaması Yöntemleri

1-Kombine hormonal kontraseptifler

- a) Kombine oral kontraseptifler (KOK)
- b) Kombine enjekte edilen kontraseptifler
- c) Kombine kontraseptif bant
- d) Kombine vajinal halka

2-Sadece progesteron içeren kontraseptifler

- a) Mini haplar
- b) Enjeksiyonlar
- c) İmplantlar

3-Rahim içi araç (RİA)

- a) Bakırlı RİA'lar
- b) Hormonlu RİA'lar

4-Bariyer yöntemler

- a) Kondom/Kadın kondomu
- b) Diyafram
- c) Servikal başlık
- d) Spermisit

5-Acil kontrasepsiyon

6-Cerrahi sterilizasyon yöntemleri

7-Doğal aile planlaması yöntemleri

- a) Emzirme (Laktasyonel Amenore) yöntemi
- b) Bazal vücut ısısı yöntemi
- c) Servikal mukus yöntemi
- d) Servikal palpasyon yöntemi
- e) Semptotermal yöntem
- f) Standart günler yöntemi

Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

1-Takvim yöntemi

2-Geri çekme (Koitus interruptus)

3-Vajinal duş (23).

MODERN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

1-Kombine Hormonal Kontraseptifler

a) Kombine oral kontraseptifler (KOK): Kombine oral kontraseptifler östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerirler. Paketler 21, 22 ya da 28 günlük tabletler içerir. 28 günlük paketin son 7 tableti hormon içermez, demir içerir. Doğru kullanıldığında koruyuculuğu %99'dur (22).

KOK'lar ovulasyonu engeller, servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin uterusu geçişini önler, endometrimu inceltirerek implantasyona uygunsuz hale getirir (29).

Hap kullanmaya adet ilk 5 günü içinde (tercihen adetin birinci günü) başlanır. İlk hapın alınmasıyla koruyuculuk başlar. Adetin ilk 5 günü dışındaki herhangi bir gün hapa başlanırsa bir ay boyunca ek bir kontraseptif yöntem kullanılmalıdır. Haplar her gün bir tane yaklaşık aynı saatlerde, bulantı yapmaması için akşam yemeğinden sonra ya da gece yatmadan önce alınmalıdır. 21 tabletlik paket kullanan kişiler 7 gün, 22 tabletlik paket

kullanan kişiler 6 gün ara verdikten sonra adeti beklemeden ikinci pakete geçmelidirler. 28 tabletlik paket kullananlar ise hiç ara vermeden yeni pakete geçerler. Kişi 1 hap içmeyi unutmuşsa hatırladığı anda hemen 1 hap alınmalı, o günün hapi da yine kendi saatinde yutulmalıdır (22, 30).

KOK'ların olumlu yönleri: Kullanımı kolay, çok etkili ve cinsel ilişki zamanından bağımsız kontraseptiflerdir. Kadın gebe kalmak istemediği müddetçe kullanabilir. Yöntem bırakıldığı zaman fertilitate ortalama 6 ay içinde geri döner. KOK'lar adetleri düzenler, adet kanamasının miktarını azaltarak menometrorajiye bağlı demir eksikliği anemisini azaltır. Adet öncesi ruhsal gerginlik ve dismenoreyi azaltır. Over kisti oluşumunu ve memenin iyi huylu hastalıklarını azaltır. Over ve endometrium kanserinden korur. Kemik mineral dansitesini artırarak osteoporoz riskini azaltır (22, 30).

KOK'ların olumsuz yönleri: Her gün hap alınması unutulabilir. Ara kanama ya da lekelenmeye neden olabilir. Kilo artışı yapabilir. Depresyon ya da sinirlilik gibi durumlara neden olabilir (22).

KOK için kesin kontraendikasyonlar: Gebelerde, postpartum dönemde emziren kadınlarda 6 hafta, emzirmeyenlerde 3 hafta kontraendikedir. Aktif meme kanseri olanlar, 35 yaş üzerinde olup günde 15 adetten fazla sigara içenler, kan basıncı 160/100 mmHg'nın üzerinde olanlar, venöz tromboemboli (VTE) veya pulmoner emboli öyküsü, iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler olay öyküsü olanlar, auralı migreni olanlar ve ağır siroz, karaciğer tümörü, viral hepatit gibi karaciğer hastalığı olan kadınların doğum kontrolü amacı ile oral kontraseptifleri kullanmaları mutlak kontraendikedir (31). Sigara kullanımı oral kontraseptiflerin VTE, inme ve koroner arterlerde pıhtı oluşturma riskini artırmaktadır (32).

b) Kombine enjekte edilen kontraseptifler: Kombine enjekte edilen kontraseptifler östrojen ve progesteron hormonu içeren, intramuskuler enjekte edilerek kullanılan yöntemlerdir. İçerdikleri östrojen ve progestinin etkisiyle ovulasyonu baskılar, servikal mukusu kalınlaştırarak spermelerin geçişini engeller. Endometrimu inceltip atrofik ve implantasyona elverişsiz hale getirmesi sonucu gebeliği önler. Doğru kullanıldığında çok yüksek oranda (%99.9) korur (33).

Dünya Sağlık Örgütü Cyclofem® (estradiol cypionate 5mg+ medroxyprogesteron asetat 25mg) ve Mesigyna®'yı (estradiol valerat 5mg + noretisteron enantate 50 mg) etkili ve güvenli olarak onaylanmıştır. Bu iki preparat arasında anlamlı bir fark bulunmadığı yapılan

çalışmalarda gösterilmiştir. Türkiye’de Mesigyna® en fazla kullanılan kombine enjektabl preparattır.

Kadın adetinin ilk 7 günü içindeyse yöntemi kullanmaya hemen başlayabilir, ek yöntem kullanmaya gerek yoktur. Adetin 8. gününden itibaren kadın gebe olmadığından emin ise enjeksiyona başlanabilir. Fakat 7 gün cinsel perhiz yapılmalı ya da ek yöntem kullanılmalıdır. Doğum sonrası anne emziriyorsa doğumdan 6 ay sonra, anne emzirmiyorsa doğumdan 21 gün sonra (3-4 hafta sonra) enjeksiyona başlanabilir. Düşük sonrası ise ilk 7 gün içindeyse enjeksiyona hemen başlanabilir. 4 haftada bir düzenli olarak kombine aylık enjeksiyon uygulanır. Her ayın aynı günü enjeksiyon yapılmalıdır ancak enjeksiyon tarihinde +- 7 gün sapmalar kabul edilebilir. Enjeksiyon tarihinin üzerinden 7 günden fazla geçmişse ve kişi gebe olmadığından kesin eminse enjeksiyon yapılabilir fakat 7 gün ilave yöntem kullanılması gerekir (33).

Olumlu yönleri: Bırakıldığında doğurganlık geri döner (Folikül aktivitesi 28 gün içinde geri döner). Kullanımı kolaydır, ayda sadece 1 kez enjeksiyon yaptırmak yeterlidir. Over kistlerinden, over ve endometrium kanserinden koruyucu etkisi vardır.

Olumsuz yönleri: Enjeksiyonlar için mutlaka sağlık kuruluşuna gidilmesi gerekir. Adet düzensizlikleri, ara kanama ve lekelenme yapabilir. Kilo artışı, memede hassasiyet, baş ağrısı gibi yan etkiler görülebilir (33).

c) Kombine kontraseptif/ transdermal yama: Haftada bir uygulanabilen östrojen ve progesteron içeren flasterlerdir. KOK’lar gibi ovulasyonu inhibe edip servikal mukozayı kalınlaştırarak spermilerin uterusu geçişini önlerler. Haftada bir değişerek 3 hafta uygulanıp, 1 hafta adet döneminde kullanıma ara verilir. Transdermal kontraseptifler karnın alt bölgesi, kalça, üst kol, üst gövde (memeler hariç) uygulanabilir. Uygulamadan önce cilt temiz ve kuru olmalıdır.

Daha nadir olsa da ciltte iritasyon ve göğüste hassasiyet gibi yan etkiler görülebilir. Etkinliği yüksektir ancak obezlerde özellikle 90 kg ve üzerindeki kadınlarda başarısızlık oranı yüksektir (22).

d) Vajinal halka: Şeffaf plastikten yapılmış olan 5 cm yarıçapındaki bu halkalar yavaş bir Şekilde strojen (EE) ve progesteron (etonorgesterol) salgırlarlar. Ovulasyonu inhibe ederek etki gösterirler. Etkinliği oldukça yüksektir (22).

Halka adetin ilk günlerinde yerleştirilir, üç hafta süre ile takılı kalır. Sonra çıkarılarak 1 hafta ara verilir. Bu arada menstruasyon kanaması gerçekleşir. 1 hafta ara verdikten sonra yeni bir vajinal halka yerleştirilerek yöntem devam edilir. Vajinal halka vajenin olabildiğince derinine yerleştirilmelidir, yoksa cinsel ilişkide hissedilerek rahatsızlık verebilir (22).

Günümüzde DSÖ'nün geliştirmiş olduğu, levonorgesterol içeren ve üç ay boyunca kontrasepsiyon sağlayan halkalar ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmış olup tamamlanmıştır. Üretim için ruhsatlandırılmıştır fakat hala Türkiye'de bulunmamaktadır (34).

2-Sadece Progesteron İçeren Kontraseptifler

a) Mini haplar: Yalnız progesterin içerirler. Kombine oral kontraseptiflere kıyasla daha düşük dozda progesterin içerir ve östrojen içermezler. Bu haplar servikal mukusu kalınlaştırıp buradan spermlerin geçişini engelleyerek, ovulasyonu engelleyerek ve endometriumu inceltip implantasyonu engelleyerek gebeliği önlerler. Yüksek derecede etkilidir, uygun kullanımda başarısızlık oranı %0.3'tür (31).

Mini hap kullanımına adetin ilk 5 günü içerisinde (tercihen menstruasyonun 1. günü) başlanır. Mini hapa adetin ilk 5 günü içerisinde kadın başlamamışsa, ilk 7 gün içinde ek bir doğum kontrol yöntemi kullanması gereklidir. Mini hap 28 gün boyunca her gün aynı saatte alınmalıdır (3 saat içerisinde). Mini hap alınması 3 saatten daha kısa süreyle unutulduğunda, fark edildiğinde hemen alınmalıdır. Daha sonra önerilen şekilde kullanıma devam edilir (gerektiği takdirde günde 2 mini hap alınır). Mini hap alınması 3 saatten fazla gecikmişse hatırlanır hatırlanmaz hap alınmalı ve 48 saat süreyle ek koruma yöntemi uygulanmalıdır (31).

Olumlu yönleri: Östrojen kullanamayan kadınlar için iyi bir seçenektir. Adet kanamasını ve premenstrüel semptomları azaltır. Bırakıldığında doğurganlık hemen geri döner. Mini haplar uygun kontraseptif dozlarda kullanıldıklarında ciddi bir sağlık riski oluşturmazlar. VTE, miyokard infarktüsü ve inme riskinde herhangi bir artış saptanmamıştır. Ayrıca meme kanseri riskinde artışa neden olmazlar (31).

Kesin kontraendikasyonları: Gebelik varlığı ya da şüphesi, meme kanseri ve meme kanseri öyküsü olan kadınlarda mutlak kontraendikedir (31).

b) Enjeksiyonlar: Sadece progesteron içeren ve enjekte edilebilen hormonal yöntemlerin 2 ve 3 ay süre ile koruma sağlayan çeşitleri vardır. İlk enjeksiyona adetin ilk 5 günü içinde başlanır. Doğum sonrası anne emziriyorsa doğumdan 6 hafta sonra, anne emzirmiyorsa doğumdan 21 gün sonra (3-4 hafta sonra) enjeksiyona başlanabilir. Doğru

kullanıldığında %99 etkilidir. Bırakıldığında doğurganlığın geriye dönüşü gecikebilir. Kilo artışı ve baş ağrısı yapabilir (22).

c) İmplant: Üç yılda bir kez deri altına uygulanır. Adetin ilk 5 günü içinde hemen uygulanabilir, ilave yöntem kullanmaya gerek yoktur. Adetin 6-28. günlerinde ise kadın gebe olmadığından eminse hemen uygulanabilir ancak 7 gün ek korunma yöntemi kullanılmalıdır (33).

Deri altı implantı uzun etkili, geri dönüşümlü, son derece etkili bir kontraseptif yöntemdir. Diğer kontraseptiflere göre uygun maliyetli ve oldukça etkilidir. Doğurganlığa dönmek hızlıdır, emzirirken de güvenle kullanılabilir. Sadece progesteron içerdiği için östrojeni tolere edemeyen kadınlar tarafından da kullanılması uygundur (35).

3-Rahim İçi Araç (RİA)

RİA, rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır ya da hormon içeren küçük plastik bir cisimdir. Oldukça güvenli ve etkili olması sebebiyle dünyada yaygın olarak kullanılan doğum kontrol yöntemlerinden biridir. Özellikle sterilizasyonu istemeyen ancak etkili bir doğum kontrol yöntemi isteyen kadınlar arasında rahim içi araçlar, en sık tercih edilen modern kontrasepsiyon yöntemidir. “T” şekilli bakırlı RİA ülkemizde en fazla tercih edilen RİA’dır (36).

Etki mekanizması: Bakırlı RİA’lar direkt olarak spermelerin üzerine etki ederek spermelerin üst genital yollara ulaşmasına ve fertilizasyona engel olarak gebelikten korur. Hormonlu RİA’lar içerdikleri progesteronun etkisiyle endometriyal proliferasyonu engeller, servikal mukusu kalınlaştırarak spermelerin uterusu geçişine engel olur (22). Tercihen siklusun ilk 7 gününde takılır ve yine çıkarılması gerekirse ilk 7 günde çıkarılır. İlk 7 gün dışında ise, kadının gebe kalmadığından emin olunan herhangi bir zamanda uygulanabilir. Ancak 7 gün süre ile ek bir kontraseptif yöntem ile korunmalı veya cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır. Rahim içi araçların koruyucu etkisi hemen başlar ve takıldığı andan itibaren kullanıcı istediği zaman ilişkiye girebilir. Korunmasız ilişkiden sonra 5 güne kadar yerleştirildiğinde, bakır RİA en etkili acil doğum kontrol aracı olarak kabul edilir (15).

RİA’nın olumlu yönleri:

- Etkili ve güvenli bir yöntemdir.
- Cinsel ilişkiden bağımsızdır.
- Emzirmeye engel değildir.

- Yöntem bırakıldıktan sonra doğurganlık hemen geri döner.
- Ekonomiktir, uzun etkilidir.

RİA'nın olumsuz yönleri:

- Özellikle bakırlı RİA'lar işlem sonrası ilk 3-6 ay içinde adet kanamasını artırabilirler.
- Adet düzensizliği ve ara kanamalar görülebilir.
- Ağrı yapabilir.
- Vulvovajinal enfeksiyonlara yatkınlığı artırır.
- Pelvik inflamatuvar hastalık riski artabilir (37, 38).

4-Bariyer Yöntemler

Cinsel ilişki sırasında spermelerin kadının vajinasına ve uterus boşluğuna geçmesini engelleyen yöntemlerdir (33).

a) Kondom (Prezervatif): Gebelikten korumanın yanı sıra Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı da koruma sağlar. Kondom erkek ve kadın kondomu olmak üzere iki çeşittir:

Erkek kondomu: Cinsel ilişki sırasında penise takılan silindirik şeklinde bir kılıftır. Yaygın olarak lateks ya da poliüretandan yapılır. Ucuz, kolay bulunan, güvenli bir yöntemdir. Erken boşalmayı önleyebilmesi ve aile planlamasına erkeklerin de dahil edilmesini sağlaması olumlu yönleridir. Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirebilmesi ve nadir de olsa yırtılabilmesi olumsuz yönleridir. Doğru kullanıldığında istenmeyen gebelikleri önlemede başarı oranı %97'dir (33).

Kadın kondomu: Yumuşak poliüretan bir tabakadan yapılmış, vajina içini tamamen kaplayan halka şeklinde bir kılıftır. Özellikle cinsel partnerleri kondom kullanmayan kadınlar tarafından fertilitelerini kendi kontrol etme isteği nedeniyle kullanılmaktadır. Serviks kanserinden de koruması ve poliüretandan yapıldıkları için lateks alerjisi olanların da kullanabilmesi olumlu yönleridir. Olumsuz yönleri ise takması zordur, kadının kendi anatomisini iyi bilmesi gerekir, fiyatı da erkek kondomuna göre daha pahalıdır (33).

b) Diyafram: Serviksi kapatan kubbe şeklinde, kauçuk ya da silikondan yapılmış kontraseptif yöntemlerdir. Cinsel ilişkiden önce kubbe kısmına spermisit konularak uygulanır, böylece yüksek düzeyde kontrasepsiyon sağlanmış olur.

İstenmeyen gebelikleri önlemede kontrolü kadına vermesi olumlu yönüdür. Olumsuz yönleri ise cinsel ilişkiden sonra minimum 6 saat yerinde kalması gerekir, kadının takmayı öğrenmesi zaman alır, her ilişki öncesinde ek olarak uygulanması gereken spermisit maliyeti artırır (39).

c) Servikal başlık: Diyaframa göre daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçük özel bir tip diyaframdır. Serviks yapısı çok uzun olduğu için diyafram kullanamayan kadınlar tarafından tercih edilirler. Diyaframda olduğu gibi başlığın kubbe kısmına spermisit konularak uygulanır. Diyafram kadar etkilidir (40).

d) Spermisit: Spermilerin motilitesini azaltan kimyasallardır. Spermeleri servikse ulaşmadan inaktif hale getirirler. Köpüren tablet, ovül, krem, jel, fitil gibi türleri vardır. Diyafram veya kondomla birlikte kullanıldığında kontraseptif etkinliği daha artar. Sistemik etkisinin olmaması ve kayganlaştırıcı etkisiyle birlikte vajinadaki kuruluğu gidermesi olumlu yönleridir. Olumsuz yönleri ise kimyasal maddeye karşı irritasyona veya yanmaya neden olabilmesi ve bazı türlerinde (köpüren tablet, film ve ovül) uygulamadan sonra ilişki için 5-10 dakika beklenmesi gerekmesidir (33).

5-Acil Kontrasepsiyon

Acil kontrasepsiyon ya da postkoital kontrasepsiyon, korunmasız cinsel ilişki sonrasında gebeliğin önlenmesi amacıyla, ilk birkaç gün içinde doğum kontrol yöntemlerine başvurulması olarak tanımlanır. Acil kontraseptif yöntemler doğum kontrol haplarının unutulması, korunmasız cinsel birliktelik, tecavüz veya doğum kontrol yöntemi kullanımında hata olması gibi durumlarda tercih edilmektedir (41).

Acil kontrasepsiyon için ülkemizde kullanılan yöntemler östrojen ve progesteron içeren kombine haplar, sadece progesteron içeren haplar, antiprogestin ihtiva eden haplar ve rahim içi araçlardır. Bu yöntemlerden oral kontraseptif haplar postkoital 72 saat içinde 12 saatte bir 2 tablet alınarak uygulanır. Bakırlı RİA'lar ise postkoital 5 gün içinde uygulandığında istenmeyen gebelikleri engeller (41). Genel olarak bu yöntemlerin ilk 72 saat içinde etkili olduğu düşünülse de son dönemde yapılan çalışmalarda postkoital 120 saate kadar etkin olduğu gösterilmiştir. Bu ürünlerin doğru kullanılmasıyla gebelik %98 oranında önlenmektedir (42).

Sağlık personelinin acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgisinin yetersiz olması, aile planlaması poliklinikleri tarafından verilen rutin danışmanlık hizmetleri arasında yer almaması, çiftlerin acil kontrasepsiyon hakkında yetersiz ve yanlış bilgilere sahip olması gibi nedenler acil kontrasepsiyonun etkili ve doğru bir şekilde kullanılmasını engellemektedir (41).

6-Cerrahi Sterilizasyon (Cerrahi Kontrasepsiyon)

Kadınlarda tüp ligasyonu, erkeklerde vazektomi yöntemidir. Günümüz teknolojisi ile yöntemin geriye dönüşümü sağlanabilirse de bu işlemler pahalı ve güçtür. Aynı zamanda başarı şansı da yüzde yüz değildir. Bu nedenle cerrahi sterilizasyon yöntemleri topluma, kişilere hizmetler sunulurken “geriye dönüşümü olmayan, kalıcı yöntemler” olarak tanıtılmalıdır (22).

a) Tüp ligasyonu: Laparoskopi ile her iki tüp kesme, bağlama, yakma, klips ya da halka takma gibi yöntemler kullanılarak kapatılır. Ovum ve spermin buluşması engellenir.

Olumlu yönleri; kontraseptif etkisi hemen başlar, başarısızlık oranı çok düşüktür ve cinsel ilişkiden bağımsızdır.

Olumsuz yönleri; geri dönüşü zordur, pahalı operasyon gerektirir, düşük bir oranda da olsa gebelik görülebilir ve bunun da dış gebelik olma ihtimali vardır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara (CYBH) karşı korumaz (22).

b) Vazektomi: Skrotumdan yapılan bir girişimle vas deferensler bağlanıp kesilir ve spermelerin meni sıvısına karışması engellenir.

Olumlu yönleri; en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir, erkeğin hiçbir cinsel fonksiyonunda değişiklik oluşturmaz, lokal anestezi ile gerçekleştirilen, hastanede yatmayı gerektirmeyen bir girişimdir.

Olumsuz yönleri; geri dönüşü çok zor ve pahalıdır, gebeliği önleme etkisi 20 boşalma sonrası veya 2 ay sonra başlar, bu süre boyunca ek bir kontraseptif yöntem kullanılmalıdır. CYBH'lara karşı korumaz (22).

7-Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

Doğal aile planlaması, çiftlerin fertilité bilinci ile gebeliği engellemeyi veya oluşturmamayı sağlayan bazı metodları birlikte uygulamasıdır (14).

a) Emzirme (Laktasyonel Amenore) Yöntemi: Emzirme ovulasyonu baskılamakta ve laktasyonel amenoreye (LAM) neden olmaktadır. Emziren annede meme uçları uyarılır, bu

uyarı hipotalamusa ulaşır. Hipotalamus-hipofiz-over fonksiyonları baskılanır. Luteinizan hormon (LH) ve folikül uyarıcı hormonun (FSH) salgılanması azalır, böylece menstrüel siklusun erken başlaması önlenir.

Anne bebeğini ilk 6 ay hiçbir ek gıda vermeden sadece anne sütüyle beslerse, emzirmenin %98 oranında gebelikten koruyucu etkisi vardır. Çiftlerin çoğu postpartum dönemde emzirmeye bağlı oluşan amenoreyi etkili ve güvenilir bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanmaktadırlar (43).

Emzirmeyen kadınlarda ovulasyonun en erken 25. günde, ortalama 45-94. günler arasında başladığı belirtilmektedir. Ovulasyon emziren kadınların %18'inde doğumdan sonraki 3. ayda başlar. Doğum yapan her kadının, lohusalık sürecinin sona erdiği 6. haftadan itibaren, emzirmeyen kadınların ise doğum sonrası 3. haftadan itibaren etkili bir kontraseptif yöntemle gebelikten korunmaya başlamalıdır (44).

Gebeliği önlemede LAM yönteminin etkili olabilmesi için gerekli koşullar:

- Bebeğin beslenmesinin en az %85'inin gece ve gündüz düzenli emzirme ile sağlanması
- Annenin henüz adet görmemiş olması
- Bebeğin 6 aylıktan küçük olması
- Bebeğin gece ve gündüz sık aralarla (günde en az 6-10 kez; gündüz en az 4 saatte bir gece 6 saatte bir emzirilmesi) ve her bir beslenme için sürenin en az 5 dakika olması
- Biberonun hiç kullanılmaması, sık emzirmenin sağlanamadığı durumlarda memelerin pompa ile boşaltılması

Bu koşullar sağlandığı takdirde LAM için gebelik riski % 2 ye düşmektedir (45, 46).

b) Bazal vücut ısısı yöntemi: Kadın her sabah uyanır uyanmaz vücut sıcaklığını bir termometre ile ölçüp kaydeder. Vücut sıcaklığında artış olup olmadığını takip eder. Vücut sıcaklığında önceki güne kıyasla 0.5-1 derece artış meydana gelmişse ovulasyondan hemen sonrasını gösterir. Çiftler vücut sıcaklığında artış olmasından itibaren 3 güne kadar korunma yöntemi kullanmadan cinsel ilişkiye girmezler (14).

c) Servikal mukus yöntemi: Billing ovulasyon yöntemi ve iki gün yöntemi, servikal mukus yönteminin örnekleridir (14). Billing ovulasyon metodu, menstrüel siklus boyunca servikal mukusta meydana gelen değişikliklerin gözlenip kaydedilmesi, bu şekilde fertil ve infertil dönemlerin tespit edilmesi tekniğine dayanır. Kadının her gün, gün içerisinde

servikal mukusun vajinada oluşturduğu ıslaklık ya da kuruluk hissini fark etmesi, akıntısını gözlemlemesi ve günün sonunda o günü çizelgesine kaydetmesi istenir (47). Kadının herhangi bir kronik hastalığı olsa bile yaşam boyu kullanabileceği, kendi bedenini tanımasını sağlayan, yan etkisi olmayan, ücretsiz, hem gebe kalabilmek hem de gebelikten korunmak amacıyla kullanılan etkisi kanıtlanmış doğal aile planlaması yöntemidir (47).

İki gün yöntemi servikal mukusun değerlendirildiği, servikal sekresyonların varlığına ya da yokluğuna dayanan bir yöntemdir. Bu yöntemi kullanan kadınlar servikal sekresyonun olduğu gün ve ertesi gün korunma yöntemsiz cinsel ilişkiden kaçınmalıdırlar. Billing ovulasyon yönteminden farklı olarak sekresyonun karakterinin bir önemi yoktur. Fertil gün olarak kabul edilebilmesi için sekresyonun varlığı yeterlidir. Fertil günlerde (10-14 gün arası) çiftler korunma yöntemsiz cinsel ilişkiden kaçınmalıdırlar. Doğru kullanımda yöntemin etkinliği yüksektir ve gebelik oranı sadece %3.5'tir (48).

d) Servikal palpasyon yöntemi: Bu yöntemde kadın serviksi palpe ederek serviks ağzında ve serviksin kıvamında meydana gelebilecek değişiklikleri hisseder. Bu şekilde fertil ve infertil periyodu değerlendirir. İnfertil dönemde serviks serttir ve serviks ağzı kapalıdır. Ovulasyondan 4-5 gün önce serviks ağzı açılır, serviks akıntılı ve yumuşaktır. Bu fertil dönemde ise çiftler korunmasız cinsel ilişkiden kaçınmalıdırlar (14).

e) Semptotermal yöntem: Bu yöntemde menstrüel siklus sırasında oluşan vücut ısısı değişimi ve servikal mukus değişiklikleri izlenir. Servikal mukusun şeffaf, ıslak ve kaygan olması fertil dönemin başladığını, bazal vücut ısısının yükselmesi ise fertil dönemin sona erdiğini gösterir. Semptotermal yöntemi kullanan kadınlar her sabah kalktıklarında vücut sıcaklıklarını bir termometre aracılığıyla ölçmeli ve servikal mukusun özelliğini değerlendirmelidir. Bu yöntemi kullanan kadınların her periyod ortalama 12-17 gün arası korunmasız ilişkiden kaçınmaları gerekmektedir. Doğru kullanıldığı takdirde gebelik olasılığı %2'dir (14).

f) Takvime dayalı yöntemler

-Standart günler yöntemi: Bu yöntem çiftlerin, fertil günler olan menstrüel siklusun 8-19. günleri arasında cinsel ilişkiden kaçınmalarına dayanır. Kullanımı, öğrenilmesi en kolay, fertilité bilincine dayalı ve korunmasız cinsel ilişkiden kaçınılması gereken gün sayısı en az

olan yöntemdir. Bu yöntem 26-32 gün aralığında adet döngüsü olan kadınlar için uygundur. Adet döngüsü 26-32 gün aralığı dışında olan kadınlar için yöntemin etkinliği düşüktür.

Doğru kullanımında yani fertil günlerde cinsel ilişkiden kaçınılır ya da kondom kullanılırsa (geri çekme veya spermisit değil) yöntemin etkinliği %95.4'tür (14).

GELENEKSEL YÖNTEMLER

1-Takvim yöntemi: Bir adetin ilk günü ile sonraki adetin ilk günü arasındaki süre kadının adet döngüsüdür (çoğu kadında bu süre 28 gündür). Bu süre hesaplandıktan sonra bulunan rakamdan 14 gün çıkarılır ve bu şekilde ortaya çıkan rakam bize adetin birinci gününden itibaren hesaplanmak koşuluyla yumurtlamanın olacağı tarihi verir. Bu tarihten 5 gün öncesi ve 2 gün sonrası kadının gebe kalmaya en elverişli olduğu günler olarak kabul edilir. Bu günler içinde ya ilişkiden kaçınmak ya da tam koruyucu olmasa da prezervatif gibi gebeliği önleyecek bir yöntem kullanmak gerekir. Takvim yönteminin tam olarak başarılı olamamasının en önemli nedeni adetleri tümüyle düzenli olsa da bir kadında yumurtlamanın her ay aynı güne denk gelemeyebileceğidir (23).

2-Geri Çekme (Koitus Interruptus) Yöntemi

Geri çekme, penisin ejakülasyondan hemen önce vajenden geri çekilmesidir. Halk arasında çekilme, dışarı boşalma, erkeğin korunması gibi birçok isim verilmiştir (28).

Geri çekme yönteminin avantajları:

- Kullanan kişiler yöntemin güvenilir olduğunu düşünürler.
- Gebelik istendiği takdirde yöntem kolayca bırakılabilir.
- Yan etkisinin bulunmamaktadır.
- Menstrüel siklusla ilişkili değildir.
- Gelecekteki fertilitiyi etkilemez.
- Dini inançları olan insanların da kabul ettiği bir yöntemdir. Müslüman ülkelerde, geri çekme yönteminin dini açıdan uygun bir yöntem olarak düşünülmesi daha çok tercih edilmesini etkileyebilmektedir.
- Maliyeti yoktur (28, 49).

Geri çekme yönteminin dezavantajları:

- Ejakülasyondan önce bir miktar seminal sıvı vajene kaçabilir. Kişilerin otokontrolü ilişkiye ara vermede her daim yeterli olmayabilir.

- Sürekli kullanıldığında kadınlarda cinsel yönden doyumsuzluk ve ruhsal gerginliğe yol açabilir. Cinsel ilişkinin yarıda kesilmesi eşlerin cinsel tatminini azaltabilir.
- CYBH'ları önlemez.
- Güvenilir bir yöntem değildir (28).

Geleneksel aile planlaması yöntemleri içinde en çok tercih edilen yöntem geri çekmedir. Geri çekilme yöntemi halen halk arasında etkili bir aile planlaması yöntemi olarak kabul edilmektedir ve istenmeyen gebeliklere yol açsa bile, ailelerin yönetime yönelik tutum ve davranışlarında herhangi bir değişiklik yoktur (49).

3-Vajinal Duş

Vajenin içini hortum, parmak veya bez kullanarak basınçlı su ya da başka bir sıvı ile yıkamak anlamına gelmektedir. Vajinal duş, cinsel birliktelikten sonra vajenin içinde kaldığı düşünülen meni ve diğer maddeleri, adet döneminden sonra ise kanı temizlemek için yapılmaktadır. Ancak bu dönemlerde yapılan vajinal yıkama enfeksiyon riskini artırmaktadır. Kadınların vajinal duş alışkanlığı bölgesel olarak farklılık gösterebilirken kadınlar genellikle daha temiz hissetmek için, vajinal kokuyu engellemek için, vajinal enfeksiyonu tedavi etmek için, gebelikten korunmak için ya da boy abdestinden sonra vajinal duş yapılmasının gerekli olduğunu düşündükleri için vajinal yıkama yapmaktadırlar (50).

Vajinal duşun yol açtığı sağlık riskleri şunlardır:

- Bakteriyel vajinozis
- CYBH ve HIV
- Pelvik inflamatuvar hastalık
- Ektopik gebelik
- İnfertilite
- Preterm doğum ve intrauterin gelişme geriliği
- Servikal kanser (50).

AİLE PLANLAMASI DANIŞMANLIK HİZMETLERİ

Danışmanlık; bireyin belli bir konuda uzmanlaşmış kişilerce aydınlatılması ve kişinin bilinçlendirilerek kendi düşünce ve seçim kararını oluşturmasına yardımcı olunmasıdır. Danışmanlık, bireyi ikna etmek için bir araç değildir (3).

İyi bir danışman kişinin yerine karar almaz, bireyin ya da çiftlerin mevcut seçenekler arasında kendi için en uygun yöntemi seçmesine olanak tanır. Etkili aile planlaması danışmanlığı, AP hizmetleri veren kişiler için en mühim görevlerden biridir (3).

AP danışmanlık adımları “KAYNAK” sözcüğü ile simgelenen aşamalardan oluşur. Bunlar; karşılayarak selamlamak, alaka göstererek soru sormak, yöntemler konusunda bilgi vermek, ne tür yöntem seçileceği konusunda yardımcı olmak, açıklayıcı bilgiler vermek, kontrole (izleme) çağırmak şeklindedir (33).

İyi bir AP danışmanlığının 6 ilkesi:

1. Başvuranlara iyi, nazik ve saygılı davranma
2. Güçlü bir iletişim kurma
3. Başvuranın gereksinimine uygun bilgi verme
4. Başvuranın ihtiyacı olan, kişiye özel bilgiyi verip gereğinden fazla bilgi vermekten kaçınma
5. Kişilerin seçimine saygı duyarak, seçtiği ve istediği hizmeti almasını sağlama
6. Bilginin açık ve net olması sağlanarak, başvuranın anılmasına ve konuyu hatırlamasına yardım etme (3, 51).

AP danışmanlık hizmetlerinin amacı:

- Bireylerin kendi ihtiyaç ve duygularını göz önüne alarak, kontraseptif yöntem kullanmaya ihtiyaç olup olmadığına karar vermelerine,
- AP yöntemlerini doğru öğrenip, doğru bir şekilde uygulamalarına,
- AP yöntemlerinin yararlarını ve risklerini görmelerine,
- Bilinçli ve özgür seçimin sağlanmasına yardımcı olmaktır (33) .

Aile planlaması danışmanlık çeşitleri:

1. Genel danışmanlık: Yöntem seçmeden önce sunulan hizmettir. Tüm kontraseptif yöntemler hakkında bilgi verilir, yöntemlerin olumlu-olumsuz yönleri ve yan etkileri anlatılır.
2. Yönteme özel danışmanlık: Başvuran kişinin kullanmaya karar verdiği yöntemle ilgili yapılan danışmanlıktır. Kişinin ilgilendiği kontraseptif yöntemin uygunluğu konusunda, bireyin ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurarak ona tavsiyede bulunur. Yöntem konusunda daha ayrıntılı bilgi verir.
3. İzlem danışmanlığı: Kullanıcının yöntemi doğru kullanıp kullanmadığını kontrol etmek, meydana gelebilecek yan etkileri tedavi etmek ve kullanıcının seçtiği aile planlaması uygulama kararını güçlendirmek amaçlanır (33).

İlk izlem ziyaretinin zamanı, kullanılan kontraseptif yönteme bağlıdır. Başlıca kontraseptif yöntemler için genelde aşağıdaki izlem zamanları önerilir.

Oral kontraseptifler	2-4 hafta sonra
RİA'lar	1 ay sonra
Enjekte edilen kontraseptifler	1 veya 3 ay (tipine bağlı) sonra
İmplantlar	1 hafta sonra

Daha sonraki izlemler, doğum kontrol yöntemine ve verilen malzeme miktarına (örneğin kaç kutu hap veya kondom verildiğine) bağlıdır. Bütün kadınlar, yılda en az bir kez genel muayeneden geçmelidir. Bütün kadınlara, yılda en az bir kez pelvik muayene yapılması önerilir; özellikle RİA kullananlara mutlaka yapılmalıdır (33).

AP danışmanlık hizmetleri toplumun bu konudaki gereksinimlerine bağlı olarak birinci basamak hizmetlerinde önemli yer tutar. Aile planlaması danışmanlık ve uygulama hizmetleri, üreme çağındaki tüm kadınları ve erkekleri kapsayacak şekilde yaygınlaştırılmalı ve sürekli olması sağlanmalıdır. Eğitim ve danışmanlık verilirken çeşitli doğum kontrol yöntemlerinden kişiye en uygun olanı belirlenerek, kullanıcı bu konuda bilgilendirilmeli ve kişiye özel danışmanlık verilmelidir. Böylelikle kontraseptif yöntemlerin yetersiz ve yanlış kullanımı önlenmiş ve bunun sonucunda oluşabilecek istenmeyen gebelikler de engellenmiş olacaktır (52).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 15-49 yaş arası kadınların aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel desende tasarlanmıştır.

Çalışmanın evrenini Edirne il merkezinde bulunan 23 aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 15-49 yaş arasındaki 47.700 kadın oluşturmaktadır. Nüfusun yaklaşık %1'ine ulaşmak hedeflenerek rastgele örneklem ile seçilen 500 kişiye ulaşıldı. Etik kurul onayı (Ek 1) ve İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli onay (Ek 2) alındıktan sonra 1 Ağustos 2018 ile 30 Eylül 2018 tarihleri arasında çalışmaya katılan kişilerden sözlü onam alınarak, anketlerini kendilerinin doldurması istendi. Okumakta veya soruları anlamakta zorlanan kişilere araştırmacı tarafından yardım edildi.

Edirne il merkezindeki 23 Aile Sağlığı Merkezinden birine kayıtlı olmak, 15-49 yaş arası kadın olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmek araştırmaya alınma kriterleri olarak belirlendi. 15-49 yaş aralığında kadın olmamak, çalışmaya katılmayı kabul etmemek ve iletişimi engelleyecek bir problemin bulunması araştırmaya alınmama kriterleri olarak belirlendi.

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket (Ek 3) yardımıyla toplandı. Anket katılımcıların sosyodemografik ve doğurganlık özellikleri ile ilgili 16 soru, aile planlaması hakkındaki bilgi düzeylerini, görüşlerini ve kullanım durumlarını sorgulayan 50 soru olmak üzere toplam 66 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no:10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı.

Araştırmadaki değişkenler normal dağılıma uymadığı için çalışmamızda nonparametrik testler kullanıldı.

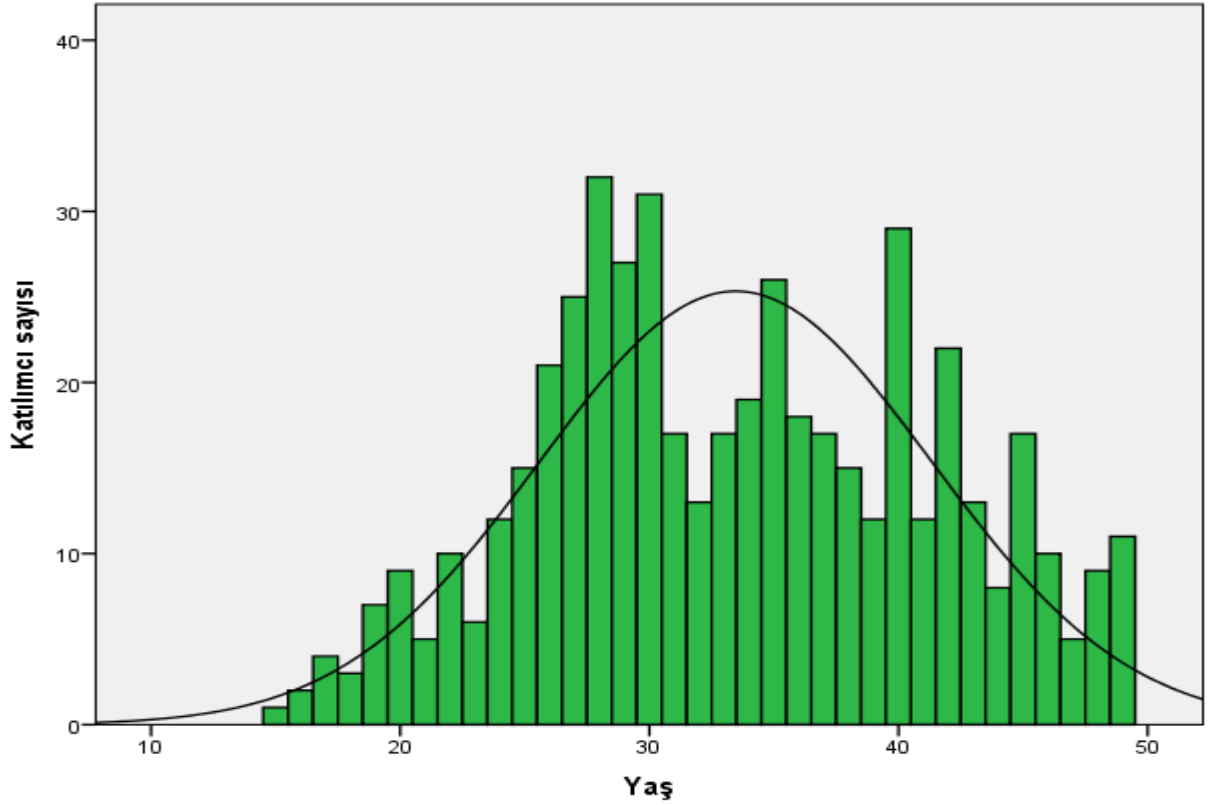
İstatistik yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare analiz testi, Fisher's exact testi, Kruskal Wallis testi, Mann-Whitney U testi ve Spearman korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) ilgili testlerle birlikte gösterildi ($p \leq 0,05$ olduğunda anlamlı, $p > 0,05$ olduğunda anlamsız kabul edildi).



BULGULAR

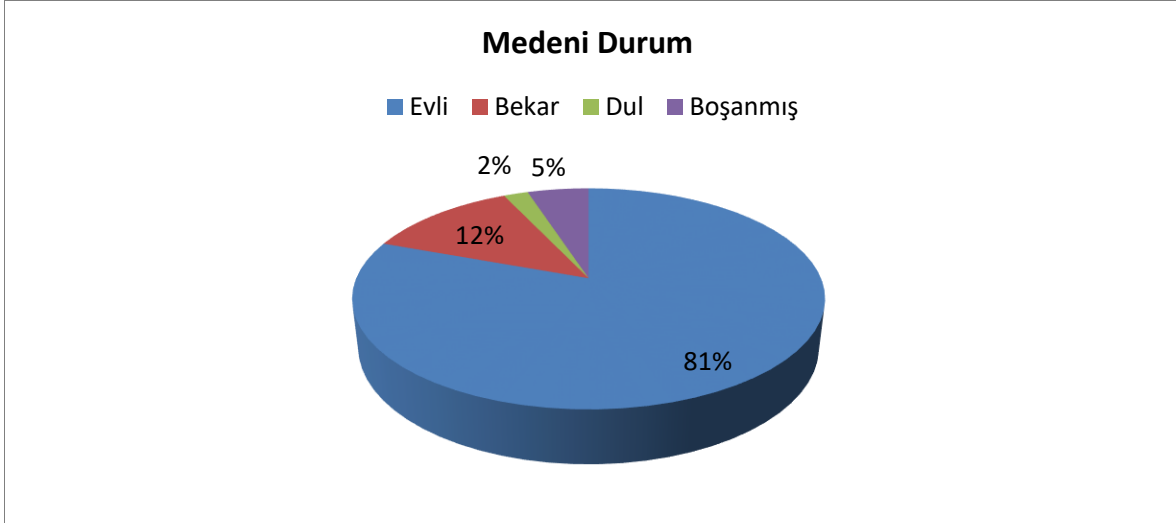
Bu araştırma Ağustos 2018 ile Eylül 2018 tarihleri arasında Edirne il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı örnekleme hesaplanmış 15-49 yaş arası 500 kadında yapıldı.

Katılımcıların yaş ortalaması $33,46 \pm 7,83$ yıl (minimum 15, maksimum 49) olarak bulundu. Katılımcıların yaş dağılımı Şekil 1’de verilmiştir.



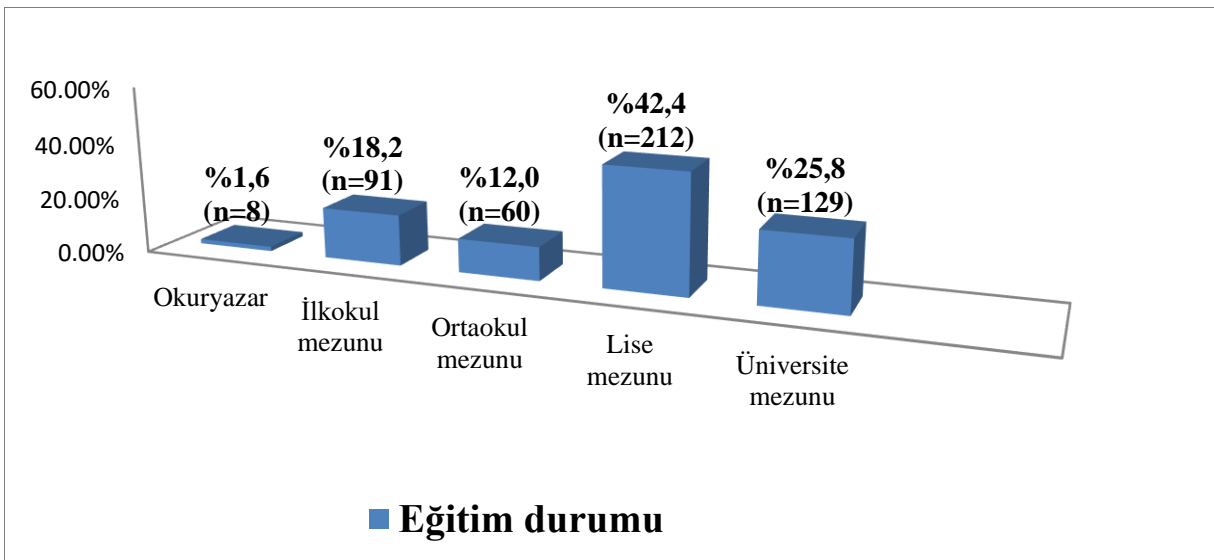
Şekil 1. Katılımcıların yaş değişkeni histogram grafiği

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında %80,6'sının (n=403) evli, %12,4'ünün (n=62) bekar, %2'sinin (n=10) eşi vefat etmiş, %5'inin (n=25) boşanmış olduğu görüldü. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımları Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımları

Katılımcıların meslekleri sorgulandığında %42,8'i (n=214) ev hanımı, %37,2'si (n=186) memur, %15,2'si (n=76) işçi, %0,4'ü (n=2) emekli, %4,4'ü (n=22) öğrencidir. Öğrencilerin %81,2'si (n=18) üniversite öğrencisi, %18,2'si (n=4) lise öğrencisidir. Katılımcıların eğitim durumu sorgulandığında %1,6'sının (n=8) okuryazar, %18,2'sinin (n=91) ilkokul mezunu, %12'sinin (n=60) ortaokul mezunu, %42,4'ünün (n=212) lise mezunu, %25,8'inin (n=129) üniversite mezunu olduğu görüldü (Şekil 3).



Şekil 3. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları

Hane halkının toplam gelirinin ortalama 4337±2319 TL (minimum 1000, maksimum 15000) olduğu görüldü. ‘Sağlık güvenceniz var mı?’ sorusuna katılımcıların %99,4’ü (n=497) sağlık güvencem var, %0,6’sı (n=3) sağlık güvencem yok yanıtını vermiştir.

Sigara kullanımlarına bakıldığında katılımcıların %65,8’inin (n=329) hayatları boyunca hiç sigara kullanmadığı, %10,2’sinin (n=51) sigarayı bıraktığı, %24’ünün (n=120) sigara kullandığı saptandı. Sigara kullanan 120 katılımcı değerlendirildiğinde, ortalama günde 8,7±7,8 adet (minimum 1, maksimum 40), içtikleri süre sorgulandığında ortalama 8,3±5,9 yıl (minimum 1, maksimum 30) süreyle sigara kullandıkları görüldü. Sigarayı bıraktığını söyleyen 51 katılımcı ise ortalama 4,8±3,5 yıl (minimum 1, maksimum 23) süre sigara kullanmış olup ortalama 5,7±3,1 yıl (minimum 1, maksimum 15) önce sigarayı bırakmışlardır.

“Herhangi bir sağlık probleminiz var mı?” sorusuna katılımcıların %80,6’sı (n=403) yok, %19,4’ü (n=97) var yanıtını verdi. Sağlık sorunu olan katılımcıların belirttikleri en sık sağlık sorunu %20,6 (n=20) ile tiroid hastalıklarıdır. Katılımcıların mevcut hastalıklarının dağılımını Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların kronik hastalıkları

Kronik Hastalıklar	Sayı (n)	Yüzde
Tiroid hastalıkları	20	% 20,6
Anemi	16	% 16,5
Hipertansiyon	10	% 10,3
Jinekolojik hastalıklar	10	% 10,3
Psikiyatrik sorunlar	8	% 8,2
Astım	6	% 6,2
Diabetes mellitus	5	% 5,2
Fibromyalji	5	% 5,2
KC hastalıkları	5	% 5,2
Kalp hastalıkları	4	% 4,1
Hiperkolestrolemi	3	% 3,1
Kr. sinüzit	2	% 2,1
Böbrek hastalıkları	2	% 2,1
Ankilozan Spondilit	1	% 0,9
Toplam	97	% 100

Katılımcıların son 3 aydır evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı ortalama $3,3\pm 1,1$ kişi (minimum 1, maksimum 6) olarak bulundu. Birlikte yaşadıkları kişiler sorgulandığında cevapların %41,1'i (n=402) eş, %38,7'si (n=378) çocuk, %5,5'i (n=54) anne, %4,2'si (n=41) kayınvalide, %3,8'i (n=38) baba, %2,1'i (n=20) kardeş, %1,9'u (n=19) kayınpeder, %1,6'sı (n=16) arkadaş, %0,8'i (n=8) yatılı bakıcı şeklindeydi.

Katılımcıların %87,6'sı (n=438) hayatında en az bir kez evlenmiş, %12,4'ü (n=62) ise hiç evlenmemiştir. Hayatında en az bir kez evlenmiş olan 438 katılımcı ortalama $23\pm 3,54$ yaşında (minimum 13, maksimum 34) evlenmiştir. Şu anda hala evli olan 403 kadın ortalama $11,4\pm 8,2$ yıldır (minimum 6 ay, maksimum 33 yıl) evlidir. Dul/ boşanmış olan 35 kişi ise ortalama $5,8\pm 3,9$ yıl süre ile (minimum 1, maksimum 18) dul/ boşanmıştır.

Katılımcıların %83,4'ü (n=417) en az bir kez gebe kalmış iken, %16,6'sı (n=83) hiç gebe kalmamıştır. Gebe kalmış olan 417 kişi ortalama $1,9\pm 0,9$ gebelik (minimum 1, maksimum 7) geçirmiştir.

Katılımcıların %78,8'i (n=394) en az bir doğum yapmış iken, %21,2'si (n=106) hiç doğum yapmamıştır. Doğum yapmış olan 394 kişi ortalama $1,7\pm 0,7$ doğum (minimum 1, maksimum 5) yapmıştır.

Katılımcıların %78,8'inin (n=394) en az bir çocuğu var iken, %21,2'sinin (n=106) yaşayan çocuğu yoktur. Çocuğu olan 394 kadının ortalama $1,7\pm 0,7$ çocuğu (minimum 1, maksimum 5) bulunmaktadır.

Katılımcıların %98'i (n=490) en az 1 çocuk istediğini, %2'si (n=10) ise hiç çocuk istemediğini belirtmiştir. En az 1 çocuk istediğini belirten 490 kişi ortalama $1,9\pm 0,6$ çocuk (minimum 1, maksimum 5) istemektedir. Kadınların doğurganlık özelliklerinin dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

“Son gebeliğiniz planlı mıydı?” sorusuna en az bir kez gebe kalmış olan 417 kadından %27,2'si (n=113) planlı değildi diye cevaplarırken %72,8'i (n=304) planlıydı şeklinde cevaplamışlardır.

Tablo 2. Katılımcıların doğurganlık özellikleri

Doğurganlık Özellikleri		Sayı (n)	Yüzde (%)	Ortalama±ss
Gebelik sayısı	1	152	36,5	1,9±0,9
	2	160	38,4	
	3	80	19,2	
	4	21	5	
	5 ve üzeri	4	0,9	
	Toplam	417	100.0	
Doğum sayısı	1	170	43,1	1,7±0,7
	2	177	44,9	
	3	36	9,2	
	4	9	2,3	
	5	2	0,5	
	Toplam	394	100.0	
Yaşayan çocuk sayısı	1	170	43,1	1,7±0,7
	2	177	44,9	
	3	36	9,2	
	4	9	2,3	
	5	2	0,5	
	Toplam	394	100.0	
İdeal çocuk sayısı	1	98	20	1,9±0,6
	2	331	67,6	
	3	48	9,8	
	4	12	2,4	
	5	1	0,2	
	Toplam	490	100.0	

“Sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaştan önce gebe kalmaması gerektiğini biliyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %100’ü (n=500) biliyorum dedi. Katılımcılar annenin ortalama 20,5±3,4 (minimum 16, maksimum 35) yaşından önce gebe kalmaması gerektiğini söylemişlerdir. “Sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaştan sonra gebe kalmaması gerektiğini biliyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %100’ü (n=500) biliyorum dedi. Katılımcılar annenin ortalama 37,5±3,7 (minimum 25, maksimum 45) yaşından sonra gebe kalmaması gerektiğini söylemişlerdir. Katılımcıların %40,8’i (n=204) hangi yaştan önce

gebe kalınmamalıdır sorusuna 18 diyerek doğru cevap vermişlerdir. Katılımcıların %41,2'si (n=206) 35 diyerek doğru cevap vermişlerdir.

“Aile planlaması nedir?” diye sorduğumuzda katılımcıların en sık verdiği cevap %26,5 (n=254) ile “Aile planlaması çiftlerin ekonomik anlamda bakabileceği kadar çocuğa sahip olmasıdır.” şeklindeydi. Katılımcıların “Aile planlaması nedir?” sorusuna bir veya birden fazla verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. “Aile planlaması nedir?” sorusuna verilen yanıtların dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çiftlerin ekonomik anlamda bakabileceği kadar çocuğa sahip olmasıdır.	254	26,5
Çiftlerin istediği sayıda çocuk sahibi olmasıdır.	195	20,1
İstenmeyen gebeliklerin önlenmesidir.	187	19,3
Çiftlerin istediği zamanda çocuk sahibi olmasıdır.	160	16,5
Çiftlerin her anlamda ilgilenebileceği kadar çocuk sahibi olmasıdır.	148	15,3
Çiftlerin kontrollü bir cinsel hayata sahip olmasıdır.	22	2,3
Toplam	966	100,0

“Duyduğunuz aile planlaması yöntemlerini yazınız.” diye sorduğumuzda bir veya birden fazla verilen cevapların %20,8'i (n=475) OKS, %18,4'ü (n=432) RİA, %17,7'si (n=415) kondom, %10,6'sı (n=249) geri çekme idi. Araştırmaya katılan kadınların aile planlaması yöntemlerini duyma dağılımları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Araştırmaya katılan kadınların aile planlaması yöntemlerini duyma dağılımları

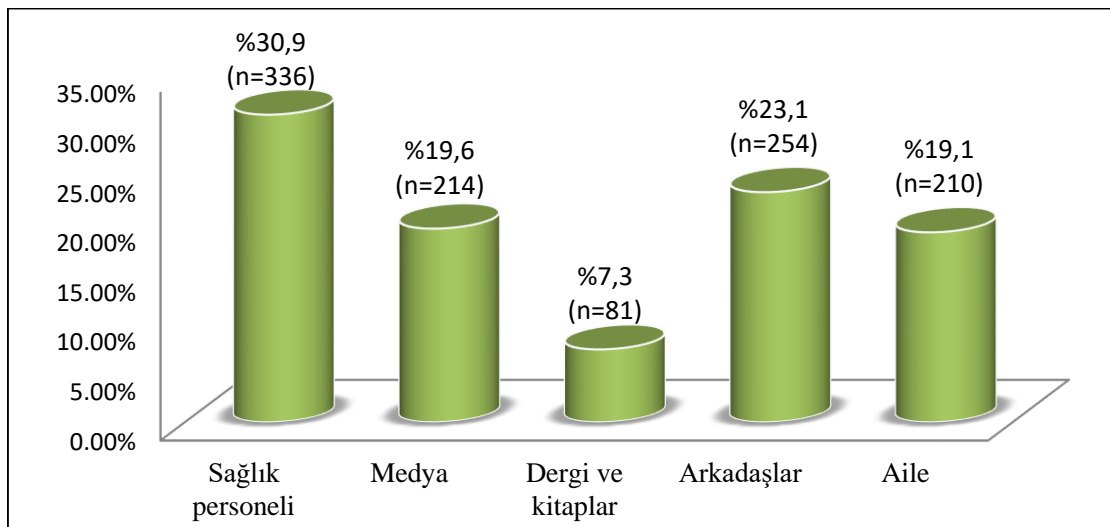
Aile planlaması yöntemi	Sayı (n)	Yüzde (%)
OKS	475	20,8
RİA	432	18,4
Kondom	415	17,7
Geri çekme	249	10,6
Tüp ligasyonu	210	8,9
Aylık iğne	202	8,6

Tablo 4 (Devam). Araştırmaya katılan kadınların aile planlaması yöntemlerini duyma dağılımları

Aile planlaması yöntemi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Üç aylık iğne	130	5,5
Takvim	78	3,3
İmplant	49	2,0
Vazektomi	35	1,4
Vajinal duş	26	1,1
Emzirme	22	0,9
Kadın kondomu	18	0,7
Diyafram	2	0,1
Toplam	2343	100.0

“Aile planlaması yöntemleriyle ilgili bilginiz var mı?” sorusuna katılımcıların %98,8’i (n=494) bilğim var, %1,2’si (n=6) bilğim yok şeklinde cevap vermiştir.

Aile planlaması yöntemleriyle ilgili bilgisi olanlar, aile planlaması yöntemleriyle ilgili bilgiyi nereden aldınız sorusuna bir veya birden fazla cevap vermişlerdir. Yanıtların dağılımı Şekil 4’te gösterilmiştir.



Şekil 4. Katılımcıların aile planlaması ile ilgili bilgi aldıkları yerlerin dağılımı

“Herhangi bir sağlık personelinden (doktor, hemşire, ebe) aile planlaması yöntemlerine yönelik danışmanlık aldınız mı?” sorusuna katılımcıların %35,6’sı (n=178) “Danışmanlık almadım”, %64,4’ü (n=322) “Danışmanlık aldım” şeklinde cevap vermiştir. Sağlık personelinden danışmanlık alan 322 kişinin %90,4’ü (n=291) aldığı danışmanlık hizmetini yeterli bulduğunu belirtirken, %9,6’sı (n=31) yeterli bulmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %71,6’sı (n=358) şuanda kendileri ya da eşlerinin bir ya da birden fazla aile planlaması yöntemi kullandığını belirtirken, %28,4’ü (n=142) şuanda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır. şu anda aile planlaması yöntemi kullanan kadınların kullandıkları yöntemlerin dağılımı Tablo 5’te gösterilmiştir. Modern yöntemlerden %28,8 (n=108) ile kondomun, geleneksel yöntemlerden ise %18,6 (n=70) ile geri çekme yönteminin en yüksek oranda kullanıldığı görölmüştür.

Tablo 5. Aile planlaması kullanan kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin dağılımı

Aile planlaması yöntemi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kondom	108	28,9
RİA	85	22,7
Geri çekme	70	18,7
OKS	53	14,1
Tüp ligasyon	40	10,6
Emzirme	8	2,1
Takvim	8	2,1
Üç aylık iğne	3	0,8
Toplam	375	100.0

Aile planlaması yöntemi kullanmakta olan kadınlar (n=358), “Kullandığınız yöntemi tercih etme nedeniniz nedir?” sorusuna bir veya birden fazla yanıt vermişlerdir. Verilen yanıtların dağılımına bakıldığında en yüksek oranda güvenilir olması %35,9 (n=241) ve kullanımının kolay olması %18,5 (n=107) yer alırken, cevapların %1,1’i (n=8) diğer nedenlerle şeklindeydi. Diğer cevabını verenlerin tamamı adet düzensizliği nedeniyle aile planlaması yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir. Aile planlaması yöntemi kullanan kadınların yöntemi tercih etme nedenlerinin dağılımı Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Aile planlaması yöntemi kullanmakta olan kadınların yöntemi tercih etme nedenlerinin dağılımı

Yöntemi tercih etme nedeni	Sayı (n)	Yüzde (%)
Güvenilir	241	35,9
Kullanımı kolay	107	18,5
Ekonomik	104	15,9
Yan etkisi az	102	15,4
Eşin istemesi	46	6,8
Doktorun önerisi	43	6,4
Diğer nedenler (adet düzensizliği)	8	1,1
Toplam	651	100,0

Aile planlaması yöntemi kullanan kadınların kullandıkları yöntemi tercih etme nedenlerine bakıldığında kadınların kondomu en sık tercih etme nedenleri güvenilir %42,7 (n=83) ve yan etkisini az olması %31,8 (n=62), RİA'yı en sık tercih etme nedenleri güvenilir %39,6 (n=63) ve ekonomik olması %25,3 (n=40), OKS'yi en sık tercih etme nedenleri güvenilir olması %30,6 (n=31) ve kullanımı kolay olduğu için %26,4 (n=27), tüp ligasyonunu en sık tercih etme nedenleri güvenilir %46,3 (n=38) ve ekonomik olması %19,5 (n=16), geri çekmenin en sık tercih edilme nedenleri ekonomik olması %35,7 (n=47) ve kullanımının kolay olması %23,5 (n=31) şeklindeydi (Tablo 7).

Şu anda aile planlaması yöntemi kullanan kadınlar ortalama $4,8 \pm 3,7$ yıl (minimum 6 ay, maksimum 26 ay) süreyle aile planlaması yöntemi kullanmaktadırlar.

Araştırmaya katılan kadınlara “Kullandığınız aile planlaması yöntemine kim karar verdi?” diye sordüğümüzda aile planlaması yöntemi kullanan kadınların %73,7'si (n=264) “ben ve eşim birlikte”, %18,4'ü (n=66) “ben”, %7,8'i (n=28) “eşim karar verdi” şeklinde cevaplamışlardır.

Aile planlaması yöntemi kullanan kadınlar “Kullanmakta olduğunuz aile planlaması yöntemini nereden temin ediyorsunuz?” sorusuna bir veya birden fazla cevap vermişlerdir. Yanıtların dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların kullandıkları aile planlaması yöntemlerini tercih etme nedenleri

Kullanılan AP yöntemleri	AP yöntemlerini tercih etme nedenleri							
	Güvenilir	Kullanımı kolay	Ekonomik	Yan etkisi az	Eşin istemesi	Doktor önerisi	Diğer	Toplam
	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde
Kondom	83 %42,7	40 %20,5	3 %1,5	62 %31,8	7 %3,5	0 %0	0 %0	195 %100
RIA	63 %39,6	10 %6,3	40 %25,3	20 %12,5	15 %9,4	11 %6,9	0 %0	159 %100
OKS	31 %30,6	27 %26,4	0 %0	6 %5,8	9 %8,8	21 %20,6	8 %7,8	102 %100
Tüp ligasyonu	38 %46,3	1 %1,2	16 %19,7	12 %14,6	4 %4,8	11 %13,4	0 %0	82 %100
Geri çekme	20 %15,1	31 %23,5	47 %35,7	21 %15,9	13 %9,8	0 %0	0 %0	132 %100

Tablo 8. Aile planlaması yöntemi kullanmakta olan kadınlarda yöntemin temin edildiği yer dağılımları

Yöntemin temin edildiği yer	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile sağlığı merkezi/Aile hekimi	157	33,3
Eczane	125	26,4
Market	92	19,4
Üniversite/Devlet/Özel hastaneler	75	15,9
Akaryakıt istasyonu	22	4,6
Özel muayenehane	2	0,4
Toplam	473	100,0

“Kullanmakta olduğunuz aile planlaması yöntemi sizce etkili bir yöntem midir?” sorusuna yöntem kullanmakta olan kadınların %89,9’u (n=322) evet, %10,1’i (n=36) hayır cevabını vermişlerdir.

Araştırmada herhangi bir yöntem kullanmayan kadınların oranı %28,4 (n=142) idi. Yöntem kullanmayan kadınlar “Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmıyorsanız sebebi nedir?” sorusuna bir ya da birden fazla cevap vermişlerdir. Verilen cevaplar arasında en yüksek oranda gebe kalma isteği %24,1 (n=33) cevabı yer almaktadır. Diğer nedenler cevabını verenlerin %64,9’u (n=50) bekar oldukları için, %16,7’si (n=13) boşandığı için, %11,7’si (n=9) eşi vefat ettiği için, %3,9’u (n=3) eşiyle ayrı yaşadığı için, %2,6’sı (n=2) TAH BSO olduğu için herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınların yöntem kullanmama nedenlerinin dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınların yöntem kullanmama nedenleri

Yöntem kullanmama nedenleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebe kalma isteği	33	24,5
Gebelik	18	10,9
Kısırlık/ Menopoz	16	9,9
Günah/ Dini sebepler	15	9,3
Kadının istememesi	7	4,7
Eşin istememesi	6	3,8
Diğer	67	36,9
Toplam	162	100.0

“Daha önce yöntem kullanmayı bıraktınız mı?” sorusuna katılımcıların %80,4’ü (n=402) daha önce herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayı bıraktım, %19,6’sı (n=98) daha önce bıraktığım bir yöntem olmadı şeklinde cevap vermiştir.

“Daha önce hangi aile planlaması yöntemini kullanmayı bıraktınız?” sorusuna bir aile planlaması yöntemi kullanıp bunu bırakan 402 kişi cevap vermiştir. Katılımcıların bir ya da birden fazla verdikleri yanıtların dağılımına bakıldığında cevapların %42,8’i (n=181) OKS, %20,6’sı (n=134) kondom, %19,5’i (n=82) geri çekme, %14,8’i (n=60) RİA, %1,7’si (n=8) aylık iğne, %0,64’ü (n=3) takvim yöntemini kullanmayı bıraktım şeklindeydi.

Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayı bırakan katılımcılar “Aile planlaması yöntemini bırakma nedeniniz nedir?” sorusuna bir ya da birden fazla cevap vermiştir. En sık verilen cevaplar %26,5 (n=163) gebe kalmak için, %17,6 (n=108) yan etki nedeniyle, %15,4 (n=95) gebe kaldığım için yöntem bıraktım şeklideydi (Tablo 10).

Tablo 10. Daha önce kullanılan AP yönteminin bırakılma nedenleri

Yöntem bırakma nedeni	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebe kalma isteği	163	26,9
Yan etki nedeniyle	108	17,6
Gebe kaldığı için	95	15,4
Kullanımı zor olduğu için	65	10,6
Doktor önerisiyle	62	10,1
Fiyatı pahalı	37	6,0
Eşin istememesi	33	5,3
Sağlık sorunu nedeniyle	11	1,7
Diğer nedenler	39	6,4
Toplam	613	100,0

Kadınların kondomu en sık bırakma nedenleri gebelik isteği %35,2 (n=79) ve fiyatının pahalı olması %16,5 (n=37), RİA’yı en sık bırakma nedenleri yan etkilerinin olması %35,6 (n=31) ve gebe kalma %24,3 (n=22), OKS’yi en sık bırakma nedenleri yan etkilerinin olması %27,6 (n=82) ve gebelik isteği %19,5 (n=58), geri çekmenin en sık bırakılma nedenleri gebe kalma %39,1 (n=47) ve gebelik isteği %35 (n=42) şeklindeydi (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların kullandıkları yöntemleri bırakma nedenleri

Bırakılan AP yöntemleri	AP yöntemlerini bırakma nedenleri									
	Yan etki	Gebe kalma	Gebelik isteği	Kullanımı zor	Fiyatı pahalı	Eşin isteği	Sağlık sorunu	Dr önerisi	Diğer	Toplam
	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde
Kondom	8	35	79	32	37	26	0	4	3	224
	%3,6	%15,7	%35,2	%14,2	%16,5	%11,8	%0	%1,7	%1,3	%100
RİA	31	22	6	4	0	1	0	10	17	91
	%35,6	%24,3	%7,1	%4,4	%0	%1,1	%0	%11	%16,5	%100
OKS	82	33	58	33	5	1	10	52	24	298
	%27,6	%11	%19,5	%11	%1,7	%0,2	%3,5	%17,4	%8,1	%100
Geri çekme	10	47	42	7	4	7	0	2	1	120
	%8,3	%39,1	%35	%5,9	%3,4	%5,9	%0	%1,6	%0,8	%100

Katılımcıların kullandıkları aile planlaması yöntemini bırakmalarına neden olan yan etkiler %56,5 (n=61) ile en sık ara kanama, %14,8 (n=16) ağrı, %13,9 (n=15) bulantı, %7,4 (n=8) ruhsal yan etkiler, %3, (n=4) kilo alma, %2,8 (n=3) alerji, %0,9 (n=1) libido azalması şeklindedir. Sağlık sorunu nedeniyle aile planlaması yöntemini kullanmayı bırakan katılımcıların %90,9'u (n=10) memede kist/kitle bulunduğu için, %9,1'i (n=1) kardiyak aritmi nedeniyle yöntemi kullanmayı bırakmışlardır. Diğer cevabını veren katılımcıların %25,6'sı (n=10) boşandığı için, %17,9'u (n=7) sigara kullandığı için, %15,4'ü (n=6) eşi vefat ettiği için, %12,8'i (n=5) çok sık unuttuğu için, %10,3'ü (n=4) süresi dolduğu için, %10,3'ü tutmadı,düştüğü için, %7,7'si (n=3) TAH BSO olup menopoza girdiği için yöntem kullanmayı bıraktıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların RİA ve OKS'yi en sık bırakma nedenleri yan etkilerdir. Kadınların RİA'yı bırakmalarına neden olan yan etkiler ara kanama %83,9 (n=26), ağrı %9,7 (n=3), bulantı %3,2 (n=1), alerji %3,2 (n=1) şeklindedir (Tablo12).

Kadınların OKS'yi bırakmalarına neden olan yan etkiler ara kanama %48,8 (n=40), bulantı %18,3 (n=15), ağrı %15,9 (n=13), sinirlilik %9,8 (n=8), kilo alma %4,9 (n=4), libido azalması %1,2 (n=1), alerji %1,2 (n=1) şeklindedir (Tablo 13).

Tablo 12. Katılımcıların RİA'yı bırakmalarına neden olan yan etkiler

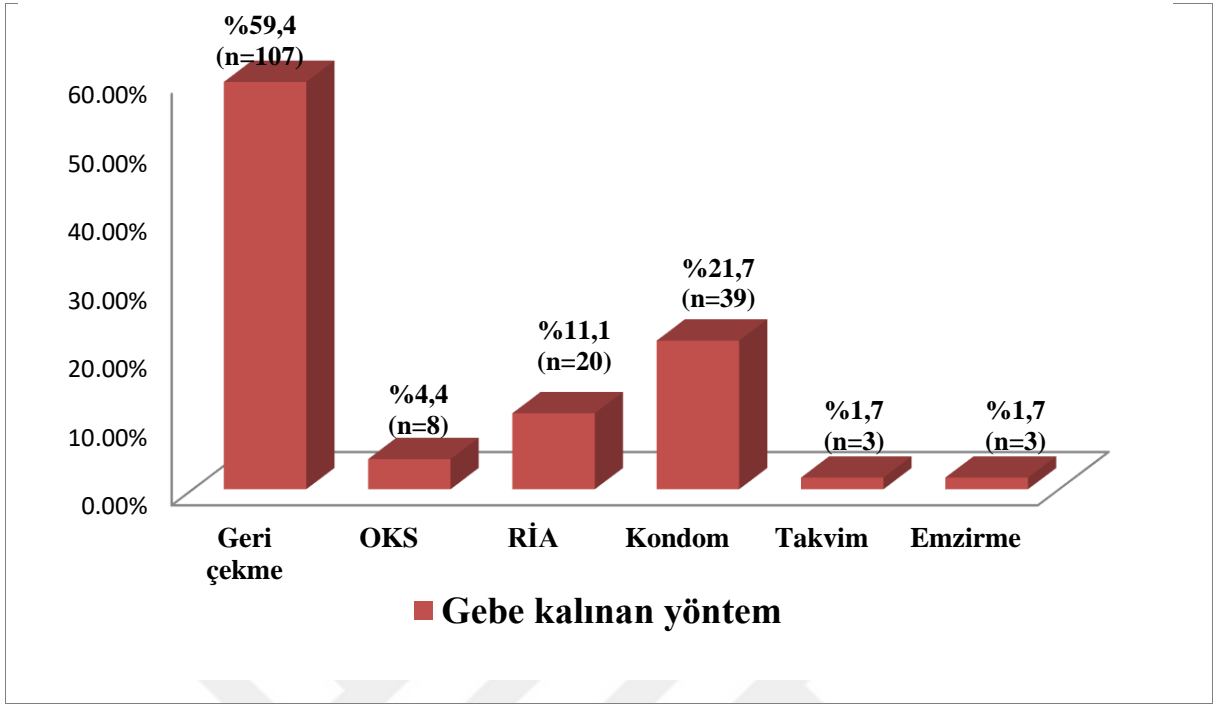
Yan etki	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ara kanama	26	83,9
Ağrı	3	9,7
Bulantı	1	3,2
Alerji	1	3,2
Toplam	31	100.0

Tablo 13. Katılımcıların OKS'yi bırakmalarına neden olan yan etkiler

Yan etki	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ara kanama	40	48,8
Bulantı	15	18,3
Ağrı	13	15,9
Sinirlilik	8	9,7
Kilo alma	4	4,9
Libido azalması	1	1,2
Alerji	1	1,2
Toplam	31	100.0

Hayatı boyunca en az bir kez aile planlaması yöntemi kullanmış olan kişilerin (n=440), %40,9'u (n=180) herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanırken gebe kalmış, %59,1'i (n=260) gebe kalmamıştır. Aile planlaması yöntemi kullanırken gebe kalan kadınların hangi yöntemle gebe kaldıklarının dağılımı Şekil 5'te gösterilmiştir.

Katılımcıların en güvenilir bulduğu yöntemler sırayla RİA %34,2 (n=171), tüp ligasyonu %26,4 (n=132), OKS %22,4 (n=112), kondom %10,6 (n=53), geri çekme %3,4 (n=17) ve iğne %3 (n=15) şeklindedir.



Şekil 5. Yöntem kullanırken gebe kalan kadınların gebe kaldığı yöntemlerin dağılımı

Aile planlaması yöntemi kullanırken gebe kalanların (n=180), %52,8'i (n=95) bu yöntemi kullanmaya devam ederken, %47,2'si (n=85) kullandıkları yöntemi bırakmışlardır. Geri çekme yöntemini kullanırken gebe kalanların %66,4'ü (n=71), RİA kullanırken gebe kalanların %60'ı (n=12), takvim yöntemi ile gebe kalanların %33,3'ü (n=1), emzirirken gebe kalanların %33,3'ü (n=1), kondom kullanırken gebe kalanların %23,1'i (n=9), OKS kullanırken gebe kalanların %12,5'i (n=1) bu yöntemi kullanmaya devam etmişlerdir.

“Aile planlaması yöntemlerine karar verilirken eşle konuşulmalı mıdır?” sorusuna kadınların %99,2'si (n=496) evet, %0,8'i (n=4) hayır cevabını vermişlerdir.

“Aile planlaması sorumluluğu kime aittir?” sorusuna katılımcıların %72,4'ü (n=362) eşlerden her ikisine, %19,2'si (n=96) kadına, %8,4'ü (n=42) erkeğe aittir yanıtını vermiştir.

“Aile planlaması yöntemini eşlerden hangisi uygulamalıdır?” sorusuna katılımcıların %79,4'ü (n=397) eşlerden her ikisi de, %12,2'si (n=61) kadın, %8,4'ü (n=42) erkek uygulamalıdır yanıtını vermişlerdir.

Katılımcıların %97'si (n=485) “Aile planlaması aile ekonomisine katkı sağlar”, %3'ü (n=15) “Katkı sağlamaz” diye belirtmiştir.

Katılımcılara aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin gerekli olup olmadığı konusundaki düşüncelerini sorduğumuzda katılımcıların büyük çoğunluğu (%62,2)

“Kesinlikle gereklidir” cevabını vermişlerdir. Verilen cevapların dağılımı Tablo 14’te yer almaktadır.

Tablo 14. “Aile planlaması danışmanlık hizmetleri gerekli mi?” sorusuna verilen cevapların dağılımı

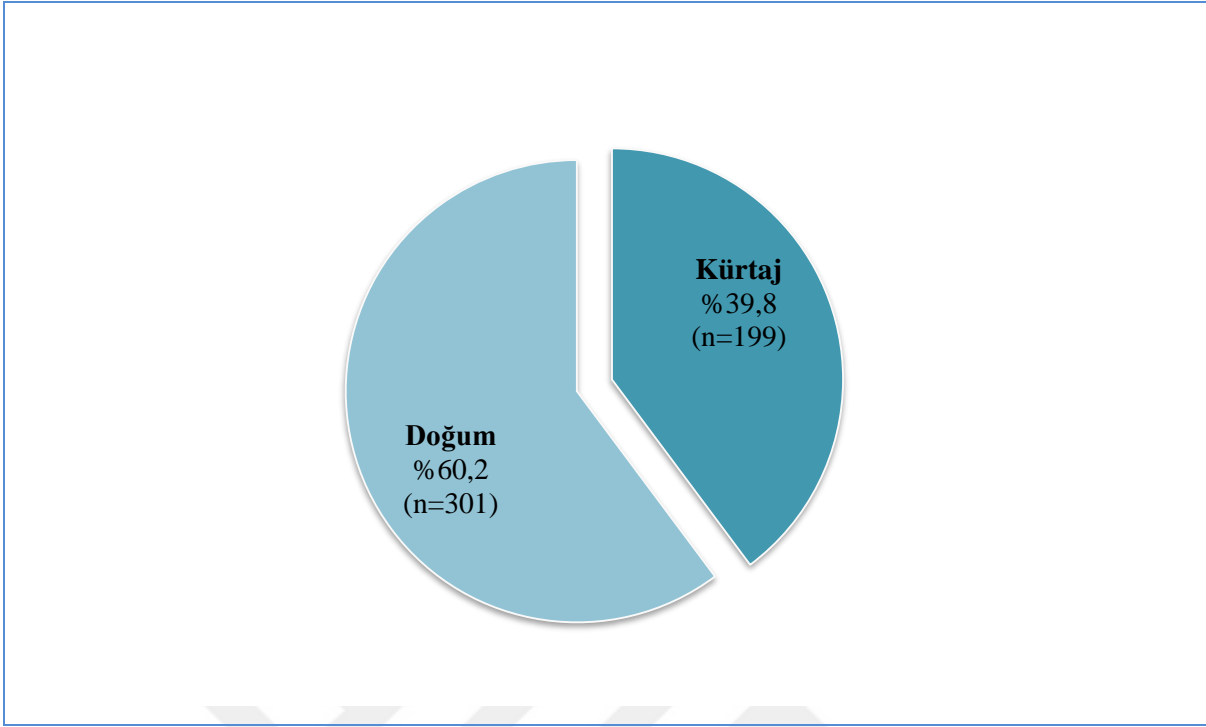
“Aile planlaması danışmanlık hizmetleri gerekli midir?”	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kesinlikle gereklidir.	311	62,2
Toplumun bilinçlendirilmesi açısından gereklidir.	80	16
Gerekli değil, aileden öğrenilebilir.	43	8,6
Zorunlu olmalı, 3’ten fazla çocuğa izin verilmemelidir.	25	5,0
İstenmeyen gebeliklerin önüne geçilmesi açısından gereklidir.	24	4,8
Kişi için en uygun yõteme karar verildiğinden gereklidir.	17	3,4
Toplam	500	100.0

“Gebeliği önleyici bir yöntem kullanmadan yapılan bir cinsel ilişki sonrasında kadını gebelikten koruyabilecek yöntemler var mıdır?” sorusuna kadınların %52,2’si (n=261) evet, %41’i (n=205) bilmiyorum/fikrim yok, %6,8’i (n=34) hayır cevabını vermişlerdir. Evet diyen kadınların %100’ü (n=261) ertesi gün hapı, %17,6’sı (n=46) RİA cevabını vermişlerdir.

“Çocuğunuzun/çocuklarınızın cinsiyeti ile ilgili tercihinizden dolayı doğum yaptığınız oldu mu?” sorusuna katılımcıların %89,2’si (n=446) hayır, %10,8’i (n=54) evet cevabını vermiştir.

“Doğum kontrol yöntemlerinin ücretsiz dağıtılması gerektiğini düşünüyor musunuz?” sorusuna katılımcıların tamamı (n=500) evet cevabını vermişlerdir.

“Katılımcıların şu anda istemeden gebe kalsaydınız ne yapardınız?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Şekil 6’da gösterilmiştir.



Şekil 6. “Katılımcıların şu anda istemeden gebe kalsaydınız ne yapardınız?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı

Katılımcıların aile planlaması yöntemleriyle ilgili eklemek istedikleri konular Tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların aile planlaması yöntemleriyle ilgili eklemek istedikleri konular

Ek olarak belirtilmek istenen konu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eklemek istediğim bir şey yok.	287	57,4
İnsanlar bakabileceğinden fazla çocuk sahibi olmamalıdır.	92	18,4
Kişi kendine uygun olan yöntemi kullanmalıdır.	39	7,8
Toplumun eğitime ihtiyacı vardır.	28	5,6
Tüm yöntemler ücretsiz olmalıdır.	21	4,2
Aile planlaması konusunda erkekler de eğitilmelidir.	19	3,8
İki farklı yöntemin aynı anda kullanılması en güvenilir korunmadır.	11	2,2
Aile planlaması yöntemleri düzenli kullanılmalıdır.	3	0,6
Toplam	500	100,0

Katılımcıların aile planlaması ile ilgili toplamda 22 adet bilgi sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde; %97,8 (n=489) ile “Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur.” sorusuna ve %97,3 (n=487) ile en fazla “Spiral mideye kaçabilir.” sorusuna ve %97,4 (n=489), en az ise %36,6 (n=183) ile “Erkeğin tüplerini bağlatma işlemi sonrasındaki yaklaşık 3 ay ek bir korunma yöntemi kullanması gerekmektedir.” sorusuna doğru yanıt veren katılımcı olduğu görüldü. Katılımcıların doğru sayıları ortalamaları 18,1±2,9 (minimum 6, maksimum 22) olarak hesaplandı. Katılımcıların doğru yüzdeleri ortalaması %82,1±%13,2 (minimum %27, maksimum %100) olarak hesaplandı. Katılımcıların aile planlaması ile ilgili bilgi sorularına verdikleri cevapların doğru yanlı analizleri Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların aile planlaması ile ilgili bilgi sorularına verdikleri yanıtların analizleri

	Evet	Hayır	Doğru yanıtlayan katılımcılar	Toplam Yüzde
	Sayı (n) Yüzde	Sayı (n) Yüzde	Sayı (n) Yüzde	
Emzirme gebelikten koruyucudur / Bir kadın çocuğunu emzirdiği sürece gebe kalamaz.	177 %35,4	323 %64,6	323 %64,6	500 %100
Doğum kontrol ilaçları uzun süre kullanıldığında kanser yapabilir.	273 %54,6	227 %45,4	273 %54,6	500 %100
Geri çekme, etkili bir aile planlaması yöntemidir.	110 %22,0	390 %78,0	390 %78,0	500 %100
Tüplerini bağlatan kadın ve erkekte cinsel yaşam olumsuz etkilenir.	50 %10,0	450 %90,0	450 %90,0	500 %100
Erkeğin tüplerini bağlatma işlemi sonrasındaki yaklaşık 3 ay ek bir korunma yöntemi kullanması gerekmektedir.	183 %36,6	317 %63,4	183 %36,6	500 %100
İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne / çocuk sağlığı açısından sakıncası yoktur.	29 %5,8	471 %94,2	471 %94,2	500 %100
Kürtaj bir aile planlaması yöntemidir.	27 %5,4	473 %94,6	473 %94,6	500 %100
Spiral fazla kanama yapabilir.	454 %90,8	46 %9,2	454 %90,8	500 %100

Tablo 16 (Devam). Katılımcıların aile planlaması ile ilgili bilgi sorularına verdikleri yanıtların analizleri

	Evet	Hayır	Doğru yanıtlayan katılımcılar	Toplam Yüzde
	Sayı (n) Yüzde	Sayı (n) Yüzde	Sayı (n) Yüzde	
Spiral mideye kaçabilir.	13 %2,6	487 %97,3	487 %97,3	500 %100
Emzirme gebelikten koruyucudur / Bir kadın çocuğunu emzirdiği sürece gebe kalamaz.	177 %35,4	323 %64,6	323 %64,6	500 %100
Doğum kontrol hapları sinirlilik yapabilir.	392 %78,4	108 %21,6	392 %78,4	500 %100
Sigara doğum kontrol haplarının pıhtı atma riskini artırır.	277 %55,4	223 %44,6	277 %55,4	500 %100
Prezervatif kullanımı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur.	343 %68,6	157 %31,4	343 %68,6	500 %100
RİA (Spiral) kullanımı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur.	13 %2,6	487 %97,4	487 %97,4	500 %100
RİA (Spiral) kullanımı rahim ağzında kansere veya yaraya yol açar.	39 %7,8	461 %92,2	461 %92,2	500 %100
Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur.	11 %2,2	489 %97,8	489 %97,8	500 %100
Evli olmayanların aile planlaması yöntemi almaları doğru değildir.	58 %11,6	442 %88,4	442 %88,4	500 %100
Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar.	99 %19,8	401 %80,2	401 %80,2	500 %100
Erkek çocuk varsa “çocuğum var” denilir.	59 %11,8	441 %88,2	441 %88,2	500 %100
Eşler doğum kontrol yöntemleri konusunda hemfikir olmalıdır.	487 %97,4	13 %2,6	487 %97,4	500 %100
Aile planlaması yöntemlerine yönelik danışmanlık hizmetlerinin alınması son derece gereklidir.	450 %90,0	50 %10,0	450 %90,0	500 %100
Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum.	46 %9,2	454 %90,8	454 %90,8	500 %100
Ekonomik seviye arttıkça ailelerin sahip olmak istediği çocuk sayısı azalmaktadır.	402 %80,4	98 %19,6	402 %80,4	500 %100

KARŞILAŞTIRMALI İSTATİSTİKLER

Araştırmaya katılan kadınların herhangi bir AP yöntemi kullanma durumlarıyla sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 17’de gösterilmiştir. Evli kadınlarda ($p<0,001$), ev hanımlarında ($p=0,002$), sağlık problemi olmayanlarda ($p=0,034$), en az bir kez gebe kalmış olanlarda ($p<0,001$), en az bir doğum yapmış olanlarda ($p<0,001$), en az bir çocuğa sahip olanlarda ($p<0,001$), en az bir çocuk isteyenlerde ($p<0,001$), son gebeliği planlı olanlarda ($p<0,001$) AP kullanımını anlamlı olarak artmıştır.

AP yöntemi kullanma durumlarıyla öğrenim durumu ($p=0,077$), gelir düzeyi ortalaması ($Z=-0,965$; $p=0,335$), sağlık güvencesi ($p=1,00$), sigara kullanımı ($p=0,114$), evlilik süresi ortalaması ($Z=-1,449$; $p=0,147$), gebelik sayısı ortalaması ($Z=-1,046$; $p=0,296$), doğum sayısı ortalaması ($Z=-0,754$; $p=0,451$), yaşayan çocuk sayısı ortalaması ($p=Z=-0,754$; $p=0,451$), ideal çocuk sayısı ortalaması ($Z=-1,367$; $p=0,172$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 17. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre AP kullanma durumlarının karşılaştırılması

AP kullanma durumu		Kullanmayan	Kullanan	Toplam	İstatistiksel Analiz	P değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Medeni durum	Bekar	46	16	62	Pearson $\chi^2=136,788$	<0,001
		%74,2	%25,8	%100		
	Evli	68	335	403		
		%16,9	%83,1	%100		
Dul	9	1	10			
	%90	%10	%100			
Boşanmış	19	6	25			
	%76	%24	%100			
Öğrenim durumu	Okuryazar	1	7	8	Pearson $\chi^2=8,424$	0,077
		%12,5	%87,5	%100		
	İlkokul mezunu	16	75	91		
		%17,6	%82,4	%100		
	Ortaokul mezunu	21	39	60		
		%35	%65	%100		
Lise mezunu	63	149	212			
	%29,7	%70,3	%100			
Üniversite mezunu	41	88	129			
	%31,8	%68,2	%100			

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Tablo 17 (Devam). Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre AP kullanma durumlarının karşılaştırılması

AP kullanma durumu		Kullanmayan	Kullanan	Toplam	İstatistiksel Analiz	P değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Meslek	Ev hanımı	36	178	214	Pearson $\chi^2=14,576$	0,002
		%16,9	%83,1	%100		
	İşçi	26	50	76		
		%34,2	%65,8	%100		
	Memur	57	129	186		
		%30,6	%69,4	%100		
Emekli+diğer	13	11	24			
	%54,2	%45,8	%100			
Sağlık problemi	Var	36	61	97	Pearson $\chi^2=4,493$	0,034
		%37,1	%62,9	%100		
	Yok	106	297	403		
		%26,3	%73,7	%100		
En az 1 gebelik	Evet	84	333	417	Pearson $\chi^2=84,207$	<0,001
		%20,1	%79,9	%100		
	Hayır	58	25	83		
		%69,9	%30,1	%100		
En az 1 doğum	Evet	66	328	394	Pearson $\chi^2=124,018$	<0,001
		%16,8	%83,2	%100		
	Hayır	76	30	106		
		%71,7	%28,3	%100		
En az 1 çocuk	Evet	66	328	394	Pearson $\chi^2=124,018$	<0,001
		%16,8	%83,2	%100		
	Hayır	76	30	106		
		%71,7	%28,3	%100		
En az 1 çocuk isteme	Evet	133	357	490	Fisher's Exact test	<0,001
		%27,1	%72,9	%100		
	Hayır	9	1	10		
		%90,0	%10,0	%100		
Son gebelik planlı mı?	Hiç gebe kalmadım	58	25	83	Pearson $\chi^2=87,057$	<0,001
		%69,9	%30,1	%100		
	Planlı değildi	40	121	161		
		%24,8	%75,2	%100		
	Planlıydı	44	212	256		
		%17,2	%82,8	%100		

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Aile planlaması yöntemi kullanma durumuyla katılımcıların yaş ortalamaları arasında ($p=0,006$) ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Katılımcıların yaş ortalamaları arttıkça AP kullanma durumu artmıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların AP yöntemi kullanma durumları ile yaş ortalamaları arasındaki ilişki

		n	Yaş Ortalaması	ss	İstatistiksel Analiz
“Herhangi bir AP yöntemi kullanıyor musunuz?”	Evet	358	34	7,1	$Z^*=-2,768$ $P=0,006$
	Hayır	142	32,1	9,4	

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Araştırmaya katılan kadınların kullandıkları AP yöntemleri ile yaş ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 19’da verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması azaldıkça kondom kullanımı ($Z=-6,790$; $P<0,001$), OKS kullanımı ($Z=-4,687$; $p<0,001$), takvim yöntemi kullanımı ($Z=-2,373$; $p=0,018$) ve emzirme ($Z=-2,406$; $p=0,018$) kullanımı anlamlı olarak artmıştır. Katılımcıların yaş ortalamaları arttıkça RİA kullanımı ($Z=-8,057$; $p<0,001$) ve tüp ligasyonu kullanımı ($Z=-6,791$; $p<0,001$) anlamlı olarak artmıştır.

Yöntem kullanan kadınların yaş ortalamaları ile geri çekme yöntemi kullanımı ($Z=-1,878$; $p=0,06$) ve aylık/üç aylık iğne kullanımı ($Z=-0,045$; $p=0,964$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 19. Katılımcıların kullandıkları AP yöntemleri ile yaş ortalamaları arasındaki ilişki

Kullanılan AP yöntemleri		n	Yaş Ortalaması	ss	İstatistiksel Analiz
Kondom	Evet	108	30,3	4,9	$Z^*=-6,790$ $P<0,001$
	Hayır	250	35,5	7,2	
RİA	Evet	85	39,3	5,2	$Z^*=-8,057$ $P<0,001$
	Hayır	273	32,3	6,8	

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Tablo 19 (Devam). Katılımcıların kullandıkları AP yöntemleri ile yaş ortalamaları arasındaki ilişki

Kullanılan AP yöntemleri		n	Yaş Ortalaması	ss	İstatistiksel Analiz
OKS	Evet	53	29,9	5,1	Z*=-4,687
	Hayır	305	34,7	7,1	P<0,001
Aylık/üç aylık iğne	Evet	3	34,3	7,3	Z*=-0,045
	Hayır	355	33,9	7,1	p=0,964
Tüp ligasyonu	Evet	40	41,5	4,7	Z*=-6,791
	Hayır	318	33,1	6,8	P<0,001
Geri çekme	Evet	70	32,3	7,6	Z*=-1,878
	Hayır	288	34,4	6,8	P=0,06
Takvim yöntemi	Evet	8	28,6	2,1	Z*=-2,373
	Hayır	350	34,1	7,1	P=0,018
Emzirme	Evet	8	28,3	4,6	Z*=-2,406
	Hayır	350	34,1	7,1	P=0,018

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Katılımcılardan üniversite mezunu olanlarda ($p<0,001$), bekarlarda ($p=0,024$) ve çalışanlarda ($p=0,012$) kondom kullanımı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kondom kullanımı ile sağlık güvencesi ($p=0,513$), sigara kullanımı ($p=0,246$), sağlık problemi ($p=0,232$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Araştırmamızdaki kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre kondom kullanımının dağılımı Tablo 20’de gösterilmiştir.

Katılımcılardan ortaokul mezunu olanlarda ($p<0,001$), ev hanımlarında ($p=0,021$) ve evli olanlarda ($p=0,013$) RİA kullanımı anlamlı bir şekilde artmıştır. RİA kullanımı ile sağlık problemi ($p=0,13$) ve sigara kullanımı ($p=0,249$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre RİA kullanımının dağılımı Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre kondom kullanımının dağılımı

Kondom kullanımı		Evet	Hayır	İstatistiksel Analiz	P değeri
		n yüzde	n yüzde		
Eğitim durumu	Okur yazar + İlkokul mezunu	9	73	Pearson $\chi^2=35,553$	<0,001
		%11	%89		
	Ortaokul mezunu	4	35		
		%10,3	%89,7		
	Lise mezunu	54	95		
		%36,2	%63,8		
Üniversite mezunu	41	47			
	%46,6	%53,4			
Medeni durum	Bekar+Dul+Boşanmış	15	6	Fisher's Exact test	0,024
		%71,4	%28,6		
	Evli	94	242		
		%28,4	%71,6		
Meslek	Ev hanımı	29	139	Pearson $\chi^2=35,729$	<0,001
		%17,3	%82,7		
	İşçi	12	38		
		%24	%76		
	Memur	63	66		
		%48,8	%51,2		
	Emekli+diğer	4	7		
		%36,4	%63,6		

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Tablo 21. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre RİA kullanımının dağılımı

RİA kullanımı		Evet	Hayır	İstatistiksel Analiz	P değeri
		n yüzde	n yüzde		
Eğitim durumu	Okur yazar	0	7	Pearson $\chi^2=37,975$	<0,001
		%0	%100		
	İlkokul mezunu	18	57		
		%24	%76		
	Ortaokul mezunu	24	15		
		%61,5	%38,5		
Lise mezunu	24	125			
	%16,1	%83,9			
Üniversite mezunu	19	69			
	%21,6	%78,4			
Meslek	Ev hanımı	51	117	Pearson $\chi^2=9,751$	0,021
		%30,4	%69,6		
	İşçi	9	41		
		%18	%82		
	Memur	25	104		
		%19,4	%80,6		
Emekli+diğer	0	11			
	%0	%100			
Medeni durum	Bekar+Dul+Boşanmış	3	39	Pearson $\chi^2=6,167$	0,013
		%7,1	%92,8		
	Evli	82	234		
		%26	%74		

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Katılımcılardan lise mezunu olanlarda (p=0,002), çalışanlarda (p=0,013) ve hiç sigara içmemiş olanlarda (p=0,042) OKS kullanımı anlamlı olarak artmıştır. OKS kullanımı ile medeni durum (p=0,189), sağlık sağlık problemi bulunması (p=0,162) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre OKS kullanımının dağılımı Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre OKS kullanımının dağılımı

OKS kullanımı		Evet	Hayır	İstatistiksel Analiz	P değeri
		n yüzde	n yüzde		
Eğitim durumu	Okur yazar	0	7	Pearson $\chi^2=17,033$	0,002
		%0	%100		
	İlkokul mezunu	4	71		
		%5,3	%94,7		
	Ortaokul mezunu	2	37		
		%5,1	%94,9		
Lise mezunu	34	115			
	%22,8	%77,2			
Üniversite mezunu	13	75			
	%14,8	%85,2			
Meslek	Ev hanımı	19	149	Pearson $\chi^2=22,902$	0,013
		%11,3	%88,7		
	İşçi	9	41		
		%18	%82		
	Memur	25	104		
		%19,4	%80,6		
Diğer	0	11			
	%0	%100			
Sigara kullanımı	İçmiyorum, daha önce hiç içmedim	42	194	Pearson $\chi^2=6,326$	0,042
		%17,8	%82,2		
	Bıraktım	6	36		
		%14,3	%85,7		
	İçiyorum	5	75		
		%6,2	%93,8		

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Katılımcılardan ilkokul ve altı mezunlarda ($p<0,001$) ve sigarayı bırakmış olanlarda ($p=0,016$) tüp ligasyonu kullanımı anlamlı olarak artmıştır. Tüp ligasyonu kullanımı ile medeni durum ($p=0,58$), meslek ($p=0,205$) ve sağlık problemi bulunması ($p=0,21$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre tüp ligasyonu kullanımının dağılımı Tablo 23’de gösterilmiştir.

Tablo 23. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre tüp ligasyonu kullanımının dağılımı

Tüp ligasyonu kullanımı		Evet	Hayır	İstatistiksel Analiz	P değeri
		n yüzde	n yüzde		
Eğitim durumu	Okur yazar+ilkokul mezunu	22	60	Pearson $\chi^2= 27,932$	<0,001
		%26,8	%73,2		
	Ortaokul mezunu	2	37		
		%5,1	%94,9		
	Lise mezunu	13	136		
		%8,7	%91,3		
Üniversite mezunu	3	85			
	%3,4	%96,6			
Sigara kullanımı	İçmiyorum, daha önce hiç içmedim	16	220	Pearson $\chi^2= 16,211$	0,016
		%6,8	%93,2		
	Braktım	11	31		
		%26,2	%73,8		
	İçiyorum	13	67		
		%16,2	%83,8		

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Katılımcılardan ilkokul mezunu olanlarda ($p=0,007$), ev hanımlarında ($p=0,001$), sigara içenlerde ($p=0,002$) geri çekme yöntemi kullanımı bir şekilde artmıştır. Geri çekme yöntemi kullanımı ile medeni durum ($p=0,63$), sağlık problemi bulunması ($p=0,577$) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre tüp ligasyonu kullanımının dağılımı Tablo 24’te gösterilmiştir.

Tablo 24. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre geri çekme yöntemi kullanımının dağılımı

Geri çekme yöntemi		Evet	Hayır	İstatiksel Analiz	P değeri
		n yüzde	n yüzde		
Eğitim durumu	Okuryazar	1	6	Pearson $\chi^2= 14,133$	0,007
		%14,3	%85,7		
	İlkokul mezunu	26	49		
		%34,7	%65,3		
	Ortaokul mezunu	6	33		
		%15,4	%84,6		
Lise mezunu	25	124			
	%16,8	%83,2			
Üniversite mezunu	12	76			
	%13,6	%86,4			
Meslek	Ev hanımı	71	97	Pearson $\chi^2= 17,476$	0,001
		%34,4	%65,6		
	İşçi	16	34		
		%22	%78		
Memur	13	116			
	%10,1	%89,9			
Emekli+diğer	0	11			
	%0,0	%100			
Sigara kullanımı	İçmiyorum, daha önce hiç içmedim	40	196	Pearson $\chi^2= 12,228$	0,002
		%16,9	%83,1		
	Bıraktım	4	38		
		%9,5	%90,5		
İçiyorum	26	54			
	%32,5	%67,5			

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Aylık/ üç aylık iğne kullanımı ile medeni durum (p=0,131), öğrenim durumu (p=0,652), meslek (p=0,214), sigara kullanımı (p=0,458) ve sağlık problemi bulunması (p=0,43) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Takvim yöntemi kullanımı ile medeni durum (p=0,131), öğrenim durumu (p=0,469), meslek (p=0,701), sigara kullanımı (p=0,403) ve sağlık problemi bulunması (p=0,629) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Emzirme ile medeni durum

(p=0,131), öğrenim durumu (p=0,352), meslek (p=0,762), sigara kullanımı (p=0,121) ve sağlık problemi bulunması (p=0,36) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Yöntem kullanan kadınların gelir düzeyleri arttıkça ile kondom kullanımı ($Z=-4,580$; $P<0,001$) anlamlı olarak artmaktadır. Kadınların gelir düzeyi arttıkça tüp ligasyonu kullanımı ($Z=-2,802$; $p=0,005$) ve geri çekme yöntemi kullanımı ($Z=-3,091$; $p=0,002$) anlamlı olarak azalmaktadır. Yöntem kullanan kadınların gelir düzeyleri ile RİA kullanımı ($Z=-0,321$; $p=0,748$) ve OKS kullanımı ($Z=-0,821$; $p=0,412$), aylık/ üç aylık iğne kullanımı ($Z=-1,350$; $p=0,177$), takvim yöntemi ($Z=-0,786$; $p=0,432$), emzirme ($Z=-0,227$; $p=0,821$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların kullandıkları AP yöntemleri ile gelir düzeyi ortalamaları arasındaki ilişki

Kullanılan AP yöntemleri		n	Gelir Ortalaması (TL)	ss	İstatistiksel Analiz
Kondom	Evet	108	5196,3	2598,6	$Z^*=-4,580$
	Hayır	250	4093,2	2203,1	$P<0,001$
RİA	Evet	85	4358,8	2048,8	$Z^*=-0,321$
	Hayır	273	4446,8	2477,7	$P=0,748$
OKS	Evet	53	4311,3	2503,9	$Z^*=-0,821$
	Hayır	305	4445,9	2362	$P=0,412$
Aylık/üç aylık iğne	Evet	3	2833,3	1443,3	$Z^*=-1,350$
	Hayır	355	4439,4	2383,5	$P=0,177$
Tüp ligasyonu	Evet	40	3672,5	2147,8	$Z^*=-2,802$
	Hayır	318	4520,7	2394,4	$P=0,005$
Geri çekme	Evet	70	3774,2	2182,3	$Z^*=-3,091$
	Hayır	288	4584,3	2403	$P=0,002$
Takvim	Evet	8	5075	2895,6	$Z^*=-0,786$
	Hayır	350	4411,1	2370,3	$P=0,432$
Emzirme	Evet	8	4312,5	1810,6	$Z^*=-0,227$
	Hayır	350	4428,5	2393,8	$P=0,821$

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Yöntem kullanan kadınların evlilik süresi arttıkça RİA kullanımı ($Z=-6,942$; $p<0,001$) ve tüp ligasyonu kullanımı ($Z=-7,14$; $p<0,001$) anlamlı olarak artmaktadır. Yöntem kullanan kadınların evlilik süresi azaldıkça kondom kullanımı ($Z=-8,750$; $P<0,001$), OKS kullanımı ($Z=-3,214$; $p=0,018$), takvim yöntemi kullanımı ($Z=-2,416$; $p=0,016$) ve emzirme ($Z=-2,549$; $p=0,011$) anlamlı olarak artmaktadır. Yöntem kullanan kadınların evlilik süresi ortalamaları ile geri çekme yöntemi kullanımı ($Z=-0,681$; $p=0,496$) ve aylık/üç aylık iğne kullanımı ($Z=-1,085$; $p=0,278$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların kullandıkları AP yöntemleri ile evlilik süresi ortalamaları arasındaki ilişki

Kullanılan AP yöntemleri	n	Evlilik süresi ortalaması (yıl)	ss	İstatistiksel Analiz	
Kondom	Evet	95	5,8	4,6	$Z^*=-8,750$ $P<0,001$
	Hayır	240	13,6	7,56	
RİA	Evet	84	16,1	6,1	$Z^*=-6,942$ $P<0,001$
	Hayır	251	9,7	7,4	
OKS	Evet	45	7,4	4,5	$Z^*=-3,214$ $P=0,018$
	Hayır	290	11,9	7,8	
Aylık/ üç aylık iğne	Evet	3	9,2	6,8	$Z^*=-1,085$ $P=0,278$
	Hayır	332	11,9	8,3	
Tüp ligasyonu	Evet	39	20,1	6,1	$Z^*=-7,14$ $p<0,001$
	Hayır	296	10,1	7,1	
Geri çekme	Evet	68	10,6	7,4	$Z^*=-0,681$ $P=0,496$
	Hayır	267	11,5	7,7	
Takvim yöntemi	Evet	8	4,8	2,2	$Z^*=-2,416$ $P=0,016$
	Hayır	327	11,5	7,6	
Emzirme	Evet	8	4,8	3,3	$Z^*=-2,549$ $P=0,011$
	Hayır	327	11,5	7,6	

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Yöntem kullanan kadınların gebelik sayısı azaldıkça ile kondom kullanımı ($Z=-7,07$; $P<0,001$), OKS kullanımı ($Z=-3,08$; $p=0,002$) anlamlı olarak artmaktadır. Yöntem kullanan kadınların gebelik sayısı arttıkça RİA kullanımı ($Z=-6,02$; $p<0,001$) ve tüp ligasyonu kullanımı ($Z=-6,97$; $p<0,001$) anlamlı olarak artmaktadır. Yöntem kullanan kadınların gebelik sayısı ortalamaları ile geri çekme yöntemi kullanımı ($Z=-1,57$; $p=0,116$) ve aylık/üç aylık iğne kullanımı ($Z=-0,924$; $p=0,356$), takvim yöntemi kullanımı ($Z=-0,101$; $p=0,92$), emzirme ($Z=-1,962$; $p=0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların kullandıkları AP yöntemleri ile gebelik sayısı ortalamaları arasındaki ilişki

Kullanılan AP yöntemleri		n	Gebelik sayısı ortalaması	ss	İstatistiksel Analiz
Kondom	Evet	95	1,4	0,6	$Z^*=-7,07$
	Hayır	238	2,1	0,9	$P<0,001$
RİA	Evet	85	2,4	0,7	$Z^*=-6,02$
	Hayır	248	1,8	0,9	$P<0,001$
OKS	Evet	41	1,5	0,6	$Z^*=-3,08$
	Hayır	292	2,0	0,9	$P=0,002$
Aylık/ üç aylık iğne	Evet	3	2,3	0,5	$Z^*=-0,924$
	Hayır	330	1,9	0,9	$p=0,356$
Tüp ligasyonu	Evet	40	3	0,9	$Z^*=-6,97$
	Hayır	293	1,8	0,8	$p<0,001$
Geri çekme	Evet	69	1,8	0,7	$Z^*=-1,57$
	Hayır	264	2,0	0,9	$P=0,116$
Takvim yöntemi	Evet	7	2	1,1	$Z^*=-0,101$
	Hayır	326	1,9	0,9	$P=0,92$
Emzirme	Evet	8	1,3	0,5	$Z^*=-1,962$
	Hayır	325	1,9	0,91	$P=0,050$

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Yöntem kullanan kadınların doğum sayısı (yaşayan çocuk sayısı) arttıkça kondom kullanımı ($Z=-8,454$; $P<0,001$), OKS kullanımı ($Z=-2,319$; $p=0,02$) anlamlı olarak azalmaktadır. Yöntem kullanan kadınların doğum sayısı (yaşayan çocuk sayısı) arttıkça RİA kullanımı ($Z=-5,243$; $p<0,001$) ve tüp ligasyonu kullanımı ($Z=-7,752$; $p<0,001$) anlamlı olarak artmaktadır. Yöntem kullanan kadınların doğum sayısı (yaşayan çocuk sayısı) ortalamaları ile aylık/üç aylık iğne kullanımı ($Z=-0,023$; $p=0,981$), geri çekme yöntemi kullanımı ($Z=-0,927$; $p=0,354$), takvim yöntemi kullanımı ($Z=-0,015$; $p=0,988$) ve emzirme ($Z=-1,942$; $p=0,052$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların kullandıkları AP yöntemleri ile doğum sayısı (yaşayan çocuk sayısı) ortalamaları arasındaki ilişki

Kullanılan AP yöntemleri		n	Doğum sayısı (yaşayan çocuk sayısı) ortalaması	ss	İstatistiksel Analiz
Kondom	Evet	91	1,2	0,4	$Z^*=-8,454$ $P<0,001$
	Hayır	237	1,9	0,7	
RİA	Evet	85	2,0	0,6	$Z^*=-5,243$ $P<0,001$
	Hayır	243	1,6	0,7	
OKS	Evet	41	1,4	0,5	$Z^*=-2,319$ $P=0,02$
	Hayır	287	1,7	0,7	
Aylık/üç aylık iğne	Evet	3	1,6	0,5	$Z^*=-0,023$ $P=0,981$
	Hayır	325	1,7	0,7	
Tüp ligasyonu	Evet	40	2,6	0,6	$Z^*=-7,752$ $p<0,001$
	Hayır	288	1,6	0,6	
Geri çekme	Evet	68	1,6	0,6	$Z^*=-0,927$ $P=0,354$
	Hayır	260	1,7	0,7	

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Tablo 28 (Devam). Katılımcıların kullandıkları AP yöntemleri ile doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ortalamaları arasındaki ilişki

Kullanılan AP yöntemleri		n	Doğum sayısı (yaşayan çocuk sayısı) ortalaması	ss	İstatistiksel Analiz
Takvim yöntemi	Evet	7	1,7	0,7	Z*=-0,015 P=0,988
	Hayır	321	1,7	0,7	
Emzirme	Evet	8	1,2	0,4	Z*=-1,942 P=0,052
	Hayır	320	1,7	0,7	

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Katılımcıların “Kullandığınız AP yöntemine kim karar verdi?” sorusuna verdikleri cevaplar ile yaş ortalaması arasında $p<0,001$ ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Araştırmamızda katılımcıların yaş ortalaması arttıkça kullandıkları AP yöntemine kendilerinin karar verme oranı artmıştır (Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların “Kullandığınız AP yöntemine kim karar verdi?” sorusuna verdikleri cevaplar ile yaş ortalaması arasındaki ilişki

“Kullandığınız AP yöntemine kim karar verdi?”	n	Yaş ortalaması	ss	İstatistiksel Analiz
Ben	66	34,6	6,5	Kruskal-Wallis*=17,252 P<0,001
Eşim	28	28,2	7,6	
Ben ve eşim birlikte	264	34,4	6,9	

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; *Kruskal-Wallis H Testi.

Katılımcıların “Kullandığınız AP yöntemine kim karar verdi?” sorusuna verdikleri cevap ile öğrenim durumu arasında ($p<0,001$) anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Üniversite mezunlarında ben ve eşim birlikte karar veriyoruz cevabı yüksektir. Kullanılan AP yöntemine eşim karar veriyor diyenler ise çoğunlukla ilkokul ve altı mezunlardır (Tablo 30).

Tablo 30. Katılımcıların “Kullandığınız AP yöntemine kim karar verdi?” sorusuna verdikleri cevap ile öğrenim durumu arasındaki ilişki

	Okuryazar + ilkökul mezunu	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Üniversite mezunu	İstatistiksel Analiz
“Kullandığınız AP yöntemine kim karar verdi?”	n yüzde	n yüzde	n yüzde	n yüzde	
Ben	4	13	36	13	Pearson $\chi^2=48,491$ p<0,001
	%4,9	%33,3	%24,1	%14,8	
Eşim	18	4	4	2	
	%22	%10,3	%2,7	%2,2	
Ben ve eşim birlikte	60	22	109	73	
	%73,1	%56,4	%73,2	%83	
Toplam	82	39	149	88	
	%100	%100	%100	%100	

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Katılımcıların “Kullandığınız AP yöntemine kim karar verdi?” sorusuna verdikleri cevap ile gelir düzeyi ortalaması arasında p<0,001 ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Katılımcıların gelir düzeyi arttıkça “Ben ve eşim birlikte karar veriyoruz” cevabı artmıştır. Gelir düzeyi azaldıkça “Eşim karar veriyor” cevabı artmıştır (Tablo 31)

Tablo 31. Katılımcıların “Kullandığınız AP yöntemine kim karar verdi?” sorusuna verdikleri cevap ile gelir düzeyi ortalaması arasındaki ilişki

“Kullandığınız AP yöntemine kim karar verdi?”	n	Gelir düzeyi ortalaması (TL)	ss	İstatistiksel Analiz
Ben	66	4442,4	2520,9	Kruskal-Wallis*=17,940 P<0.001
Eşim	28	2914,2	1087,8	
Ben ve eşim birlikte	264	4582,2	2394,1	

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; *Kruskal-Wallis H Testi.

Katılımcıların “Kullandığınız AP yöntemine kim karar verdi?” sorusuna verdikleri cevap ile ilk evlilik yaşı ortalamaları arasında $p=0,032$ ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Katılımcıların ilk evlilik yaşı arttıkça ben ve eşim birlikte karar veriyoruz cevabı artmakta, ilk evlilik yaşı azaldıkça eşim karar veriyor cevabı artmaktadır (Tablo 32).

Tablo 32. Katılımcıların “Kullandığınız AP yöntemine kim karar verdi?” sorusuna verdikleri cevap ile ilk evlilik yaşı ortalamaları arasındaki ilişki

“Kullandığınız AP yöntemine kim karar verdi?”	n	İlk evlilik yaşı ortalaması	ss	İstatistiksel Analiz
Ben	57	22,8	2,7	Kruskal-Wallis*=6,908 P=0,032
Eşim	28	21,1	4,4	
Ben ve eşim birlikte	257	23,1	3,5	

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; *Kruskal-Wallis H Testi

Katılımcıların “Aile planlaması yöntemlerinden en güvenilir yöntem hangisidir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile medeni durum ($p=0,797$), öğrenim durumu ($p=0,675$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Katılımcıların “Aile planlaması yöntemlerinden en güvenilir yöntem hangisidir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile yaş ortalamaları arasında ($p=0,002$) anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Katılımcıların yaşları arttıkça en güvenilir yöntem olarak tüp ligasyon, yaşları azaldıkça ise kondom cevabı artmaktadır (Tablo 33).

Tablo 33. Katılımcıların “Aile planlaması yöntemlerinden en güvenilir yöntem hangisidir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile yaş ortalamaları arasındaki ilişki

“Aile planlaması yöntemlerinden en güvenilir yöntem hangisidir?”	n	Yaş ortalaması	ss	İstatistiksel Analiz
Tüp ligasyonu	132	35,3	9,8	Kruskal-Wallis=18,842 P=0,002
Kondom	53	31,2	8,6	

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; *Kruskal-Wallis H Testi.

Tablo 33 (Devam). Katılımcıların “Aile planlaması yöntemlerinden en güvenilir yöntem hangisidir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile yaş ortalamaları arasındaki ilişki

“Aile planlaması yöntemlerinden en güvenilir yöntem hangisidir?”	n	Yaş ortalaması	ss	İstatistiksel Analiz
RİA	171	34,3	7,5	Kruskal-Wallis=18,842 P=0,002
OKS	112	31,3	7,7	
Geri çekme	17	34,2	7,8	
Aylık/üç aylık iğne	15	34,0	9,5	

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; *Kruskal-Wallis H Testi.

Katılımcıların “Aile planlaması yöntemlerinden en güvenilir yöntem hangisidir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile gelir düzeyi ortalamaları arasında ($p<0,001$) anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Katılımcıların gelir düzeyi arttıkça en güvenilir yöntem olarak kondom, gelir düzeyi azaldıkça ise geri çekme yöntemi cevabı artmaktadır (Tablo 34).

Tablo 34. Katılımcıların “Aile planlaması yöntemlerinden en güvenilir yöntem hangisidir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile gelir düzeyi ortalamaları arasındaki ilişki

“Aile planlaması yöntemlerinden en güvenilir yöntem hangisidir?”	n	Gelir düzeyi Ortalaması(TL)	ss	İstatistiksel Analiz
Tüp ligasyonu	132	5052,2	2754,4	Kruskal_ Wallis=35,135 P<0,001
Kondom	53	5175,4	2703,1	
RİA	171	4066,6	1975,4	
OKS	112	3882,1	1936,5	
Geri çekme	17	2652,9	769,8	
Aylık/üç aylık iğne	15	3480	1194,7	

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; *Kruskal-Wallis H Testi.

Katılımcılardan ilkokul ve altı mezun olanların ($p<0,001$) ve ev hanımlarının ($p=0,014$) AP kullanırken gebe kalma durumları anlamlı olarak artmıştır (Tablo 35).

Tablo 35. Katılımcıların AP yöntemi kullanırken gebe kalma durumları ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki

“AP yöntemi kullanmanıza rağmen gebe kaldığımız oldu mu?”		Evet	Hayır	Toplam	İstatistiksel Analiz	P değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Eğitim durumu	Okuryazar± İlkokul mezunu	61	35	96	Pearson $\chi^2=39,873$	P<0,001
		%63,5	%36,5	%100		
	Ortaokul mezunu	31	23	54		
		%57,4	%42,6	%100		
	Lise mezunu	53	125	178		
		%29,8	%70,2	%100		
Üniversite mezunu	35	77	112			
	%31,2	%68,8	%100			
Meslek	Ev hanımı	105	101	206	Pearson $\chi^2=18,452$	P=0,014
		%51	%49	%100		
	İşçi	22	41	63		
		%34,9	%65,1	%100		
	Memur	52	109	161		
		%32,3	%67,7	%100		
Diğer	1	9	10			
	%10	%90	%100			

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Katılımcıların yaşları arttıkça ($Z=-4,966$; $p<0,001$), evlilik süreleri arttıkça ($Z=-6,34$; $p<0,001$), gelir düzeyleri azaldıkça ($Z=-2,927$; $p=0,003$) herhangi bir AP yöntemini kullanırken gebe kalma durumları anlamlı bir şekilde artmıştır (Tablo 36).

Tablo 36. Katılımcıların AP yöntemi kullanırken gebe kalma durumları ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki

“AP yöntemi kullanmanıza rağmen gebe kaldığınız oldu mu?”		Evet	Hayır	İstatistiksel Analiz
Yaş	n	180	260	Z*=-4,966 P<0,001
	Ortalama ± ss	36,6±7,1	33,2±7,3	
Evlilik süresi	n	158	229	Z*=-6,34 P<0,001
	Ortalama ± ss	14,2±8,1	9,5±7,4	
Gelir düzeyi	n	180	260	Z*=-2,927 P=0,003
	Ortalama ± ss	4062,2± 2209,6	4608± 2375,6	

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Katılımcıların gebe kaldıkları AP yöntemlerini tekrar kullanmaya devam etme durumları ile eğitim durumları (p<0,001) arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İlkokul ve altı mezun olanların gebe kaldıkları AP yöntemlerini tekrar kullanmaya devam etme durumları artmaktadır (Tablo 37).

Tablo 37. Katılımcıların gebe kaldıkları AP yöntemlerini tekrar kullanmaya devam etme durumları ile eğitim durumları arasındaki ilişki

“Gebe kaldığınız AP yöntemine tekrar devam ettiniz mi?”		Evet	Hayır	Toplam	İstatistiksel Analiz	P değeri
		n Yüzde	n yüzde	n yüzde		
Öğrenim durumu	Okuryazar± İlkokul mezunu	42	19	61	Pearson $\chi^2=36,633$	<0,001
		%68,9	%31,1	%100		
	Ortaokul mezunu	21	10	31		
		%67,7	%32,3	%100		
	Lise mezunu	29	24	53		
		%54,7	%45,3	%100		
Üniversite mezunu	3	32	35			
	%8,6	%91,4	%100			

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Katılımcılardan evli olanların ($p<0,001$), üniversite mezunlarının ($p<0,001$), çalışanların ($p<0,001$) ve son gebeliği planlı olanların ($p<0,001$) sağlık personelinde AP yöntemlerine yönelik danışmanlık alma durumları anlamlı olarak artmıştır. Katılımcıların sağlık personelinde AP yöntemlerine yönelik danışmanlık alma durumları ile yaş ortalaması ($p=0,323$), sigara kullanımı ($p=0,105$) ve sağlık problemi bulunması ($p=0,413$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 38).

Tablo 38. Katılımcıların sağlık personelinde AP yöntemlerine yönelik danışmanlık alma durumları ile bazı sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

“Sağlık personelinde AP yöntemlerine yönelik danışmanlık aldınız mı?”		Evet	Hayır	Toplam	İstatistiksel Analiz	P değeri
		n Yüzde	n yüzde	n yüzde		
Medeni durum	Bekar	8	54	62	Pearson $\chi^2=98,02$	<0,001
		%12,9	%87,1	%100		
	Evli	289	114	403		
		%71,7	%28,3	%100		
	Dul	2	8	10		
		%20	%80	%100		
Boşanmış	23	2	25			
	%92	%8	%100			
Öğrenim durumu	Okuryazar	1	7	8	Pearson $\chi^2=107,433$	<0,001
		%12,5	%87,5	%100		
	İlkokul mezunu	25	66	91		
		%27,5	%72,5	%100		
	Ortaokul mezunu	27	33	60		
		%45	%55	%100		
	Lise mezunu	160	52	212		
		%75,5	%24,5	%100		
	Üniversite mezunu	109	20	129		
		%84,5	%15,5	%100		

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Tablo 38 (Devam). Katılımcıların sağlık personelinde AP yöntemlerine yönelik danışmanlık alma durumları ile bazı sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

“Sağlık personelinde AP yöntemlerine yönelik danışmanlık aldınız mı?”		Evet	Hayır	Toplam	İstatistiksel Analiz	P değeri
		n Yüzde	n yüzde	n yüzde		
Meslek	Ev hanımı	114	100	214	Pearson $\chi^2=76,845$	<0,001
		%53,3	%46,7	%100		
	İşçi	41	35	76		
		%53,9	%46,1	%100		
	Memur	162	24	186		
		%87,1	%12,9	%100		
Emekli+diğer	5	19	35			
	%20,8	%79,2	%100			
“Son gebeliğiniz planlı mıydı?”	Hiç gebe kalmadım	23	55	83	Pearson $\chi^2=48,875$	<0,001
		%33,7	%66,3	%100		
	Planlı değildi	100	61	161		
		%62,1	%37,9	%100		
	Planlıydı	194	62	256		
		%75,8	%24,2	%100		

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Katılımcıların gelir düzeyi arttıkça ($Z=-9,655$; $p<0,001$), ilk evlilik yaşı arttıkça ($Z=-8,109$; $p<0,001$), evlilik süresi azaldıkça ($Z=-4,417$; $p<0,001$), gebelik sayısı azaldıkça ($Z=-3,732$; $p=0,004$), doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı azaldıkça ($Z=-4,965$; $p<0,001$), ideal çocuk sayısı azaldıkça ($Z=-2,808$; $p=0,005$) sağlık personelinde AP yöntemlerine yönelik danışmanlık alma durumu anlamlı olarak artmıştır (Tablo 39).

Tablo 39. Katılımcıların sağlık personelinde AP yöntemlerine yönelik danışmanlık alma durumları ile bazı sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

“Sağlık personelinde AP yöntemlerine yönelik danışmanlık aldınız mı?”		Evet	Hayır	İstatistiksel Analiz
Gelir düzeyi	n	322	178	Z*=-9,655 P<0,001
	Ortalama ± ss	4897,2± 2300,6	3324,7± 1988,9	
Evlilik yaşı	n	314	124	Z*=-8,109 P<0,001
	Ortalama ± ss	23,8±3,4	20,9±3	
Evlilik süresi	n	289	114	Z*=-4,417 P<0,001
	Ortalama ± Ss	9,7±7,2	14,8±8,9	
Gebelik sayısı	n	294	123	Z*=-3,732 P=0,004
	Ortalama ± ss	1,8±0,9	2,2±0,9	
Doğum ve yaşayan çocuk sayısı	n	281	113	Z*=-4,965 P<0,001
	Ortalama ± ss	1,6±0,7	2±0,7	
İdeal çocuk sayısı	n	319	171	Z*=-2,808 P=0,005
	Ortalama ± ss	1,9±0,6	2±0,6	

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Aile planlaması sorumluluğu kime aittir sorusuna katılımcılardan bekar olanların (p=0,011), üniversite mezunlarının (p<0,001), çalışanların (p<0,001) eşlerden her ikisine cevabını verme durumları anlamlı olarak artmıştır (Tablo 40).

Tablo 40. Katılımcıların “Aile planlaması sorumluluğu kime aittir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile bazı sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

“Aile planlaması sorumluluğu kime aittir?”		Eşlerden her ikisine	Kadına	Erkeğe	Toplam	İstatistiksel Analiz		
		n Yüzde	n yüzde	n yüzde	n yüzde			
Medeni durum	Bekar	61	1	0	62	Pearson $\chi^2=25,411$ p=0,011		
		%98,4	%1,6	%0	%100			
	Evli	274	89	40	403			
		%68	%22,1	%9,9	%100			
	Dul+boşanmış	27	6	2	35			
		%77,2	%17,1	%5,7	%100			
Eğitim durumu	Okuryazar	3	3	2	8	Pearson $\chi^2=162,259$ p<0,001		
		%37,5	%37,5	%25	%100			
	İlkokul mezunu	27	39	25	91			
		%29,7	%42,8	%27,5	%100			
	Ortaokul mezunu	30	25	5	60			
		%50	%41,7	%8,3	%100			
	Lise mezunu	180	24	8	212			
		%84,9	%11,3	%3,8	%100			
	Üniversite mezunu	122	5	2	129			
		%94,6	%3,9	%1,6	%100			
	Meslek	Ev hanımı	114	70	30		8	Pearson $\chi^2=92,877$ p<0,001
			%53,3	%32,7	%14		%100	
İşçi		50	16	10	91			
		%65,7	%21,1	%13,2	%100			
Memur		174	10	2	186			
		%93,5	%5,4	%1,1	%100			
Emekli+diğer		24	0	0	212			
		%100	%0	%0	%100			

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Katılımcıların “Aile planlaması sorumluluğu kime aittir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile evlilik süresi ortalaması ($p<0,001$) ve ilk evlilik yaşı ortalaması ($p<0,001$) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. İlk evlilik yaşı arttıkça eşlerden her ikisine de aittir, evlilik süresi arttıkça kadına aittir cevabını verme durumları anlamlı olarak artmıştır (Tablo 41).

Tablo 41. Katılımcıların “Aile planlaması sorumluluğu kime aittir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile ilk evlilik yaşı ve evlilik süresi ortalamaları arasındaki ilişki

		Eşlerden her ikisine	Kadına	Erkeğe	İstatistiksel Analiz
Evlilik yaşı	n	301	95	42	Kruskal_ Wallis=66,907 $p<0,001$
	Ortalama ± ss	23,8±3,3	21,1±2,7	20,8±3,9	
Evlilik süresi	n	274	89	40	Kruskal_ Wallis=25,762 $p<0,001$
	Ortalama ± ss	9,9±7,5	15,3±7,8	11,1±9,2	

n:Kişi sayısı; **ss:** Standart sapma; *Kruskal-Wallis H Testi.

Katılımcıların “Aile planlaması yöntemlerini eşlerden hangisi uygulamalıdır?” sorusuna verdikleri cevaplar ile medeni durum ($p=0,019$), eğitim durumu ($p<0,001$) ve meslek ($p<0,001$) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 42). Katılımcıların “Aile planlaması yöntemlerini eşlerden hangisi uygulamalıdır?” sorusuna verdikleri cevaplar ile evlilik süresi ortalaması ($p=0,001$) ve evlilik yaşı ortalaması ($p<0,001$) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 43).

Tablo 42. Katılımcıların “Aile planlaması yöntemlerini eşlerden hangisi uygulamalıdır?” sorusuna verdikleri cevaplar ile bazı sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Eşlerden her ikisi de	Kadın	Erkek	Toplam	İstatistiksel Analiz
		n Yüzde	n yüzde	n yüzde	n yüzde	
Medeni durum	Bekar+Dul+Boşanmış	92	3	2	97	Pearson $\chi^2=17,553$ p=0,019
		%94,8	%3,1	%2,1	%100	
	Evli	305	58	40	403	
		%75,7	%14,4	%9,9	%100	
Eğitim durumu	Okuryazar	2	4	2	8	Pearson $\chi^2=145,066$ p<0,001
		%25	%50	%25	%100	
	İlkokul mezunu	36	31	24	91	
		%39,5	%34,1	%26,4	%100	
	Ortaokul mezunu	43	12	5	60	
		%71,7	%20	%8,3	%100	
	Lise mezunu	193	10	9	212	
		%91	%4,7	%4,3	%100	
	Üniversite mezunu	123	4	2	129	
		%95,3	%3,1	%1,6	%100	
Meslek	Ev hanımı	138	47	29	8	Pearson $\chi^2=68,159$ p<0,001
		%64,5	%22	%13,5	%100	
	İşçi	57	9	10	91	
		%75	%11,8	%13,2	%100	
	Memur	178	5	3	186	
		%95,7	%2,7	%1,6	%100	
	Emekli+diğer	24	0	0	212	
		%100	%0	%0	%100	

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Tablo 43. Katılımcıların “Aile planlaması yöntemlerini eşlerden hangisi uygulamalıdır?” sorusuna verdikleri cevaplar ile evlilik yaşı ve evlilik süresi ortalamaları arasındaki ilişki

		Eşlerden her ikisine	Kadına	Erkeğe	İstatistiksel Analiz
Evlilik yaşı	n	335	61	42	Kruskal_ Wallis=57,938 p<0,001
	Ortalama ± ss	23,7±3,2	20,6±3	20,8±3,9	
Evlilik süresi	n	305	58	40	Kruskal_ Wallis=14,076 P=0,021
	Ortalama ± ss	10,4±7,6	15,3±8,4	11,4±9,2	

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; *Kruskal-Wallis H Testi.

Katılımcıların gebeliği önleyici bir yöntem kullanmadan yapılan cinsel ilişki sonrasında kadını gebelikten koruyabilecek yöntemlerin varlığını bilme durumları ile medeni durum (p=0,02), eğitim durumu (p<0,001) ve meslek (p<0,001) arasında anlamlı ilişki vardır (Tablo 44).

Tablo 44. Katılımcıların gebeliği önleyici bir yöntem kullanmadan yapılan cinsel ilişki sonrasında kadını gebelikten koruyabilecek yöntemlerin varlığını bilme durumları ile bazı sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

“Cinsel ilişki sonrasında kadını gebelikten koruyabilecek yöntemler var mıdır?”		Evet	Hayır	Bilmiyorum	Toplam	İstatistiksel Analiz
		n Yüzde	n yüzde	n yüzde	n yüzde	
Medeni durum	Bekar+dul+boşanmış	59 %60,8	1 %1	37 %38,2	97 %100	Pearson $\chi^2=7,845$ p=0,02
	Evli	202 %50,1	33 %8,2	168 %41,7	403 %100	

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Tablo 44 (Devam). Katılımcıların gebeliği önleyici bir yöntem kullanmadan yapılan cinsel ilişki sonrasında kadını gebelikten koruyabilecek yöntemlerin varlığını bilme durumları ile bazı sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

“Cinsel ilişki sonrasında kadını gebelikten koruyabilecek yöntemler var mıdır?”		Evete	Hayır	Bilmiyorum	Toplam	İstatistiksel Analiz
		n Yüzde	n yüzde	n yüzde	n yüzde	
Eğitim durumu	Okuryazar+ İlkokul mezunu	12	10	77	99	Pearson $\chi^2=187,584$ p<0,001
		%12,1	%10,1	%77,8	%100	
	Ortaokul mezunu	7	8	45	60	
		%11,7	%13,3	%75	%100	
	Lise mezunu	124	14	74	212	
		%58,5	%6,6	%34,9	%100	
	Üniversite mezunu	118	2	9	129	
		%91,5	%1,5	%7	%100	
Meslek	Ev hanımı	56	23	135	214	Pearson $\chi^2=148,548$ p<0,001
		%26,2	%10,7	%63,1	%100	
	İşçi	33	3	40	76	
		%43,4	%3,9	%52,7	%100	
	Memur	160	6	20	186	
		%86	%3,2	%10,8	%100	
	Emekli+diğer	12	2	10	24	
		%50	%8,3	%41,7	%100	

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Katılımcıların “Çocuğunuzun cinsiyeti ile ilgili tercihinizden dolayı doğum yaptığınız oldu mu?” sorusuna verdikleri yanıtlar ile eğitim durumu (p<0,001) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 45). Katılımcıların “Çocuğunuzun cinsiyeti ile ilgili tercihinizden dolayı doğum yaptığınız oldu mu?” sorusuna verdikleri yanıtlar ile gelir düzeyi ortalaması (Z=-5,507; p<0,001) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 46).

Tablo 45. Katılımcıların “Çocuğunuzun cinsiyeti ile ilgili tercihinizden dolayı doğum yaptığınız oldu mu?” sorusuna verdikleri yanıtlar ile eğitim durumu arasındaki ilişki

“Çocuğunuzun cinsiyeti ile ilgili tercihinizden dolayı doğum yaptığınız oldu mu?”		Evet	Hayır	Toplam	İstatistiksel Analiz
		n Yüzde	n yüzde	n yüzde	
Öğrenim durumu	Okuryazar	7	1	8	Pearson $\chi^2=102,489$ p<0,001
		%87,5	%12,5	%100	
	İlkokul mezunu	27	64	91	
		%29,7	%70,3	%100	
	Ortaokul mezunu	8	52	60	
		%13,3	%86,7	%100	
	Lise mezunu	10	202	212	
		%4,7	%95,3	%100	
	Üniversite mezunu	2	127	129	
		%1,6	%98,4	%100	

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Tablo 46. Katılımcıların “Çocuğunuzun cinsiyeti ile ilgili tercihinizden dolayı doğum yaptığınız oldu mu?” sorusuna verdikleri yanıtlar ile gelir düzeyi ortalamaları arasındaki ilişki

		n	Gelir Ortalaması (TL)	ss	İstatistiksel Analiz
“Çocuğunuzun cinsiyeti ile ilgili tercihinizden dolayı doğum yaptığınız oldu mu?”	Evet	54	2992,5	1484,4	Z*=-5,507
	Hayır	446	4500,2	2349,4	P<0,001

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Araştırmaya katılan kadınların istemeden gebe kaldıklarında kürtaj olma durumları ile medeni durum (p<0,001) ve meslek (p<0,001) arasında anlamlı ilişki var iken eğitim durumu (p=0,328) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 47).

Tablo 47. Katılımcıların “Şu anda istemeden gebe kalsaydınız ne yapardınız?” sorusuna verdikleri cevaplar ile bazı sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

“Şu anda istemeden gebe kalsaydınız ne yapardınız?”		Kürtaj	Doğururdum	Toplam	İstatistiksel Analiz
		n Yüzde	n yüzde	n yüzde	
Medeni durum	Bekar	58	4	62	Pearson $\chi^2=132,261$ p<0,001
		%93,5	%6,5	%100	
	Evlü	111	292	403	
		%27,5	%72,5	%100	
	Dul	7	3	10	
		%70	%30	%100	
Boşanmış	23	2	25		
	%92	%8	%100		
Eğitim durumu	Okuryazar± İlkokul mezunu	33	66	99	Pearson $\chi^2=3,442$ p=0,328
		%33,3	%66,7	%100	
	Ortaokul mezunu	22	38	60	
		%36,7	%63,3	%100	
	Lise mezunu	93	119	212	
		%43,9	%56,1	%100	
Üniversite mezunu	51	78	129		
	%39,5	%60,5	%100		
Meslek	Ev hanımı	56	158	214	Pearson $\chi^2=44,92$ p<0,001
		%26,2	%73,8	%100	
	İşçi	38	38	76	
		%50	%50	%100	
	Memur	84	102	186	
		%45,2	%54,8	%100	
Diğer	21	3	24		
	%87,5	%12,5	%100		

n:Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Katılımcıların istemeden gebe kaldıklarında kürtaj olma durumları ile yaş ortalamaları ($Z=-2,771$; $p=0,006$), gebelik sayısı ortalaması ($Z=-3,625$; $p<0,001$), doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması ($Z=-4,710$; $p<0,001$) arasında anlamlı ilişki var iken gelir düzeyi ortalaması ($Z=-1,053$; $p=0,292$) ve ideal çocuk sayısı ortalaması ($Z=-0,759$; $P=0,448$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 48).

Tablo 48. Katılımcıların “Şu anda istemeden gebe kalsaydınız ne yapardınız?” sorusuna verdikleri cevaplar ile bazı sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

“Şu anda istemeden gebe kalsaydınız ne yapardınız?”		Kürtaj	Doğum	İstatistiksel Analiz
Yaş	n	199	301	Z*=-2,771 P=0,006
	Ortalama ± ss	34,5±8,7	32,7±7,1	
Gelir düzeyi	n	199	301	Z*=-1,053 P=0,292
	Ortalama ± ss	4288,4± 2330,3	4369,7± 2314,2	
Gebelik sayısı	n	146	271	Z*=-3,625 P<0,001
	Ortalama ± ss	2,1±0,9	1,8±0,9	
Doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı	n	136	258	Z*=-4,710 P<0,001
	Ortalama ± ss	1,9±0,7	1,6±0,7	
İdeal çocuk sayısı	n	189	301	Z*=-0,759 P<0,001
	Ortalama ± ss	1,9±0,7	1,9±0,5	

n:Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

TARTIŞMA

Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 15-49 yaş arası kadınlarda yapılan çalışmamızda katılımcıların aile planlaması hakkında bilgi düzeylerini, tutum ve davranış özelliklerini ve etkileyen faktörleri belirlemeyi hedefledik. Elde edilen veriler mevcut literatür bilgisiyle karşılaştırılırken, sonuçların olası nedenleri, eksiklikleri ve zgn yönleri irdelenip zm nerileri sunuldu.

Aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyi ve etkili yöntem kullanımı gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de istenilen seviyede değildir. Kişilerin kullanacakları kontraseptif yöntemi seçmelerinde doğru ve yeterli bilgilendirilme önemlidir.

Aile planlamasının esas hedefi, maternal ve fetal sağlık seviyesinin iyileştirilmesi, gebeliği önleyici yöntemler hakkında danışmanlık hizmetleri sunmak, ocuk sahibi olmak isteyen çiftlere de yol gösterip yardım etmektir.

Kişilerin aile planlaması yöntemlerinden haberdar olması, yöntemler hakkında bilgilendirilmesi, kişisel faktörleri de göz önünde bulundurarak kendine uygun olan yöntemi seçmesi açısından gereklidir. Bu durum istenmeyen gebeliklerin nlenmesine de katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda kadınların tamamı aile planlaması yöntemlerinden en az birini duymuş olup en fazla duyulan yöntem modern yöntemler OKS ve RİA; geleneksel yöntem ise geri çekme yöntemidir. TNSA 2013 verileri ve birçok ulusal ve uluslararası çalışma ile bizim bulgularımız benzerdir (6, 11, 53, 54).

Araştırmamızda katılımcıların %98,8'i aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduğunu dşunmektedir. Katılımcılara AP yöntemleri hakkındaki bilgiyi nereden

edindiklerini sorduğumuzda verilen cevapların ilk üçü sağlık personelinde (%30,9), arkadaşlardan (%23,1), medyadan (%19,6) şeklindedir. Bostancı ve ark. (55) yaptığı çalışmada ilk sıraları sağlık kuruluşları (%40,4), çevre ve aile fertleri oluştururken Karabulutlu ve ark. (8) 2017’de Kars’ta yaptıkları çalışmada da katılımcılar AP yöntemleri ile ilgili bilgiyi en sık ebe, hemşire ve sağlık memurlarından (%71) aldıklarını belirtmişlerdir. Gür ve ark. (56) 2017’de Gaziantep’te yaptıkları çalışmada kadınların AP’ye ilişkin bilgi kaynağının %46,9’unun ASM ve çalışanları olduğu belirtilmiştir. Oltuluoğlu ve ark. (57) yaptığı çalışmaya göre kadınların %69,5’inin aile planlaması hakkındaki bilgileri ebe-hemşireden öğrendikleri görülmektedir. Çalışmamızla paralel olarak insanlar aile planlaması hakkındaki bilgiyi öncelikle sağlık personelinde edinmektedir. Kadınların sağlık çalışanlarından bilgi almaları hem doğru bilgiye ulaşmalarını artırabilir hem de aile planlamasına yönelik olumlu tutum geliştirmelerini sağlayacaktır.

Çalışmamızda kadınların %64,4’ü aile planlamasına yönelik danışmanlık aldığını belirtmiştir. Danışmanlık hizmeti alma oranı Yerli’nin (53) 2015’te Erzurum il merkezinde yaptığı çalışmada %64, Bucak ve ark. (58) 2018’de Şanlıurfa’da yaptığı çalışmada %58,3, Gür’ün (59) çalışmasında ise %42,3 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki yüksek danışmanlık alma oranının, katılımcıların çoğunun lise ve üzeri eğitime sahip olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %71,6’sı (n=358) şu anda kendileri ya da eşlerinin bir ya da birden fazla aile planlaması yöntemi kullandığını belirtirken, %28,4’ü (n=142) şu anda herhangi bir AP yöntemi kullanmamaktadır. Karaçalı ve ark. (60) Eskişehir’de yaptığı çalışmada AP yöntemi kullanım oranı %80,3, Çubukçu’nun (61) Samsun’da yaptığı çalışmada bu oran %47,5’tir. TNSA 2013’de ise evli kadınların AP yöntem kullanma oranı %73 olarak bulunmuştur (11). Çalışmamızdaki AP kullanım oranının yüksek olmasının, bölgemizde verilen aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin iyi düzeyde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Dünyada %63 oranında herhangi bir AP yöntemi kullanılırken bunların %58’ sinin modern AP, %5’inin ise geleneksel AP yöntem olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkelere bakıldığında herhangi bir AP yöntemi kullanma oranı Amerika’da %74, Kanada’da %75, Norveç’te %78, Çin’de %83 iken; gelişmekte olan ülkelere bakıldığında ise Afganistan’da %25, Sudan’da %15, Pakistan’da %39 olduğu görülmektedir (62). Bu durum ülkelerarası gelişmişlik düzeylerinin farklılığı ve gelişmekte olan ülkelere yeterli düzeyde AP danışmanlık hizmeti verilmemesinden kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda aile planlaması yöntemi kullanan katılımcıların %77'si (n=275) modern yöntemler, %23'ü (n=83) geleneksel yöntemler kullanmaktadırlar. Kullanılan modern yöntemler içinde kondom (%28,8) en yüksek oranda kullanılırken, RİA (%22,6) ve geri çekme yöntemi (%18,6) kullanımı onu takip etmektedir. Geleneksel yöntemler içinde geri çekme yönteminin (%18,6) en yüksek oranda kullanıldığı görülmüştür. Balcı ve ark. (63) Rize'de (%53,2), Budak ve ark. (64) Diyarbakır'da (%55,2) ve Köpük ve ark. (44) emzirme dönemindeki kadınlara yaptığı çalışmada (%66) geleneksel yöntem kullanım oranlarının modern yöntem kullanımından yüksek olduğu görülmüştür. Tanrıverdi ve ark. (65) Çanakkale'de yaptığı çalışmada (%70,3) ve Kitapçioğlu ve ark. (66) Manisa'da yaptığı çalışmada (%68,7) ise modern yöntem kullanım oranlarının geleneksel yöntem kullanımından yüksek olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda da modern yöntem kullanımı daha yüksek oranda görülmekte olup bu farklılığın batı ve güney illerimizde kadınların eğitim seviyesinin yüksek oluşu ve verilen AP hizmetlerinin doğuya göre daha iyi olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda AP yöntemi kullanan kadınların en sık kullandıkları yöntemler kondom (%28,8), RİA (%22,6) ve geri çekme yöntemi (%18,6) şeklindedir. TNSA 2013'te en sık kullanılan üç yöntem geri çekme (%26), RİA (%17) ve kondom olarak saptanmıştır (11). Kaya ve ark. (67) Bingöl'de yaptığı çalışmada en sık kullanılan yöntemler geri çekme (%23,1), RİA (%21,5), kondom (%19,8) olarak belirlenmiştir. Aksu ve ark. (68) Aydın'da yaptığı çalışmada ise bizim çalışmamızla benzer olarak ilk sırada kondom (%22,3), ikinci sırada RİA (%21,4) yer almaktadır. Geri çekme yönteminin maliyetinin olmaması ülke genelinde hala en sık kullanılan yöntem olmasının en önemli sebeplerinden biridir. Uluslar arası çalışmalara baktığımızda Khaleghinezhad ve ark. (69) İran'da yaptıkları çalışmada şu anda en sık kullanılan doğum kontrol yöntemi geri çekme (%28,5), Podolskyi ve ark. (70) Ukrayna'da (%75), Tilahun ve ark. (54) Etyopya'da yaptığı çalışmada (%30) ise kondom olarak bulunmuştur. Kondomun uluslararası çalışmalarda da kullanımının yüksek bulunması, gebelikten korumasının yanı sıra cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı da koruyucu olması ve kullanımı ile ilgili tıbbi bir kontrendikasyon olmaması ile açıklanmaktadır. Bizim çalışmamızda ise kondom ve RİA'nın ilk iki sırada yer alması ve geri çekme yöntemi kullanma oranının daha düşük saptanmasının nedeni olarak başta kadınlar olmak üzere gelir düzeyi ve eğitim seviyesinin yüksek olması, çalışmaya katılan kadınların il merkezinde yaşamaları ve çalışma hayatının içinde olmaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kondom

kullanımının yüksek olması eşlerin de katılımını göstermesi ve AP sorumluluğunu birlikte paylaşımları açısından önemli bir sonuçtur.

Çalışmamızda kontraseptif yöntem tercihi kadının yaşına göre farklılaşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması düştükçe kondom, OKS, takvim yöntemi ve emzirme kullanımı anlamlı olarak artarken, yaş ortalaması arttıkça RİA ve tüp ligasyonu kullanımı anlamlı olarak artmıştır. Çalışkan ve ark. (4) yaş ortalamasının AP yöntemi tercihi üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmada yaş ortalaması düştükçe OKS ve kondom kullanımının daha çok tercih edildiği, RİA ve tüp ligasyonu yöntemlerini tercih edenlerin ise OKS ve kondom kullananlara göre daha ileri yaşta olduğu saptanmıştır. Öztaş ve ark. (6) çok merkezli çalışmasında da ilerleyen yaşlarda RİA kullanımı ve tüp ligasyonu tercihinin arttığı ve yaş grupları ile yöntem tercihi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yılmaz ve ark. (71) resmi nikah öncesi aile hekimliklerine başvuran çiftlere yaptığı anket çalışmasında erkeklerin %73,3'ü, kadınların ise %48,6'sının modern yöntemlerden ilk planda kondom kullanımını tercih ettikleri saptanmıştır. Yaş ortalaması düştükçe OKS ve kondomun daha fazla tercih edilmesi bu yöntemlerin doğurganlık geri dönüşümünün hızlı olması ile açıklanabilir. İleri yaşlarda gebelik isteğinin azalmasıyla da kadınlar uzun etkili yöntemler olan RİA ve tüp ligasyonunu daha çok tercih edilmektedir.

Araştırmamızda üniversite mezunu kadınlarda kondom kullanımı, lise mezunlarında ise OKS kullanımı artmış olarak bulunmuştur. İlkokul ve altı mezunlarda RİA kullanımı ve tüp ligasyonu yöntemi kullanımı artarken, geri çekme yönteminin ise en çok ilkokul mezunları tarafından kullanıldığı saptanmıştır. Kutlu ve ark. (72) Konya'da, Oltuluoğlu ve ark. (57) Malatya'da, Ertop ve ark. (73) Samsun'da yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça modern AP yöntemi kullanımı artmaktadır. İnal ve ark. (74) Konya'da yaptığı çalışmada ilkokul düzeyinde eğitim alan kadınların çoğunlukla geri çekme yöntemini tercih ettikleri, lise ve üniversite düzeyinde eğitim alan kadınların da daha çok RİA ve OKS'leri tercih ettikleri görülmüştür. TNSA 2013 verilerine göre eğitim düzeyi arttıkça kondom ve OKS kullanımının arttığı, eğitim düzeyi azaldıkça RİA ve tüp ligasyon kullanım sıklığının arttığı ve bu durumun çalışmamızla benzerlik gösterdiği görülmüştür (11).

Çalışmamızda ailenin gelir durumuna göre AP yöntemi kullanma durumlarına bakıldığında gelir durumu yüksek olanlarda kondom, geliri düşük olanlarda ise tüp ligasyon ve geri çekme yöntemlerinin yüksek oranda kullanıldığı görülmektedir. Ülkemizde refah seviyesi arttıkça modern kontraseptif yöntemlerin tercih edilmesinde artış olduğu görülmektedir (11). Bostancı ve ark. (55) Elazığ'da yaptığı çalışmada gelir düzeyi arttıkça

kondomun, gelir düzeyi azaldıkça geri çekme yönteminin daha çok tercih edildiği bulunmuştur. Şimşek ve ark. (75) Afyon'da yaptığı çalışmada kadınlar arasında gelir düzeyi yüksek olanların kondomu tercih ettiği, en az gelire sahip olanların geri çekme ve tüp ligasyon yöntemlerini tercih ettikleri saptanmıştır. Uluslararası çalışmalara bakıldığında ise Speizer ve ark. (76) Hindistan'da, Asamoah ve ark. (77) Gana'da, Radovich ve ark. (78) Kenya'da yaptıkları çalışmalarda da gelir düzeyi artışı ile kondom kullanımının arttığı ve bizim çalışmamızla benzerlik gösterdiği görülmüştür.

Araştırmamızda kadınların çalışma durumunun herhangi bir AP yöntemi ve modern AP yöntemi kullanma durumunu etkilediği görülmüştür. Çalışmayan kadınlarda herhangi bir AP yöntemi kullanma durumu daha yüksek iken, çalışan kadınlarda modern yöntem kullanma durumu yüksektir. Çalışan kadınlarda kondom, OKS ve RİA kullanımı, çalışmayan kadınlarda ise geri çekme yönteminin kullanımı yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Şimşek ve ark. (75) yaptığı çalışmada kadınlarda hem herhangi bir AP yöntemi hem de modern AP yöntem kullanımının çalışma durumu ile arttığı ve ev hanımlarında geri çekme yönteminin, çalışan kadınlarda ise kondom ve RİA kullanımının daha fazla tercih edildiği saptanmıştır. Çalışmamızla benzer olarak çalışan kadınlarda etkin yöntem kullanma oranı yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda kadınların evlilik süresi arttıkça RİA kullanımı ve tüp ligasyon kullanımı anlamlı olarak artmış, kondom kullanımı ve OKS kullanımı anlamlı olarak azalmıştır. Salman'ın (79) Isparta'da yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızla benzer olarak kadınların evlilik süreleri arttıkça RİA ve tüp ligasyon kullanımının arttığı bulunmuştur. Ateşer ve ark. (80) çalışmasında da evlilik süresi arttıkça RİA kullanımının anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Kadınlar evliliğin ilerleyen yıllarında gebelik isteğinin azalması ile birlikte koruyuculuk özelliği fazla ve uzun süre etkili olan yöntemleri tercih etmektedirler.

Araştırma kapsamında kadınların kullandığı yöntemleri ilk sırada güvenilir olması (%35,9), ikinci sırada kullanımının kolay olması (%18,1) nedeniyle tercih ettikleri; geleneksel yöntemleri ise en çok ekonomik oldukları için (%35,6) tercih ettikleri görülmüştür. Aksu ve ark. (68) Aydın'da yaptıkları çalışmada kadınların yöntemleri en çok güvenilir olması (%31,5) ve uygulanmasının kolay olması (%16,7) nedeniyle tercih ettiklerini bildirilmiştir. Altınbaş ve ark. (7) çalışmasında kadınların doğum sonrası kontrasepsiyon tercihlerinde yöntem güvenilirliğinin (%51,9), yöntemin ucuz ve kolay ulaşılabilir olmasının (%17,8) etkili olduğu belirtilmiştir. Cetişli ve ark. (81) çalışmasında ve Tanrıverdi ve ark. (65) yaptığı çalışmada modern AP yöntem seçiminde en sık neden güvenli ve etkili olma olarak bulunmuş

iken, geleneksel yöntem seçiminde ise en sık eş isteği etkili olmaktadır. Podolskyi ve ark. (70) Kiev’de yaptığı çalışmada en sık OKS ve kondom kullanıldığı, bu yöntemlerin de en çok kısa etkili ve geri dönüşümü kolay yöntemler olduğu için tercih edildiği belirtilmiştir. Pazol ve ark. (82) Amerika Birleşik Devletleri’nde kontraseptif eğitimin yöntem seçimine karar vermedeki etkisini araştırdıkları çalışmada yöntemlerin en çok tercih edilme sebepleri, kullanım rahatlığı ve gebeliği önlemede yeterince etkili ve güvenilir olması şeklinde bulunmuştur. Ulusal ve uluslararası çalışmalarda modern yöntemlerin en sık tercih edilme sebebi bizim çalışmamızla benzer olarak güvenilir olması şeklindedir. Bu durum insanların modern yöntem tercih ederken ön planda yöntemin gebelikten koruyuculuğunun yüksek olması gerektiğini düşünmeleri ile açıklanabilir.

Çalışmamızda kadınların %28,4’ü (n=142) şu anda herhangi bir AP yöntemi kullanmamaktadır. AP yöntemi kullanmamalarının en sık nedenleri ise gebelik isteği (%24,5) ve gebelik (%10,9) şeklindedir. Karaçalı ve ark. (60) Karabük’te (%33,9), Çağlayan ve ark. (83) Yozgat’ta (%63,9) yaptığı çalışmada en sık yöntem kullanmama nedenleri olarak gebe kalmak isteme bulunmuştur. Gürkaş ve ark. (84) yaptığı çalışmada en sık neden gebelik (%53,8), ikinci en sık neden gebe kalmak isteme (%18,2) olarak belirtilmiştir. TNSA 2013 verilerine bakıldığında da kadınların AP yöntemi kullanmamalarının en sık nedeni gebe kalma isteği olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir (11).

Araştırmamızdaki kadınların %80,4’ü daha önce yöntem kullanıp bırakmıştır. Bırakılan yöntemler içinde ilk üç sırayı OKS (%42,8), kondom (%20,6) ve geri çekme yöntemi (%19,5) oluşturmaktadır. TNSA 2013’te kullanılan AP yöntemlerinin herhangi bir nedenden dolayı bırakılma oranı %31,8 olarak belirtilmiştir (11). Ateşer ve ark. (79) yaptığı çalışmada ise kadınların %79,4’ünün şu ana kadar herhangi bir AP yöntemini bıraktığı saptanmıştır. Gür ve ark. (56) çalışmasında çiftlerin %48’inin şu ana kadar herhangi bir AP yöntemini bıraktığı saptanmış olup en fazla bırakılan yöntemler sırasıyla OKS (%19,6), kondom (%10,5), RİA (%5,7) şeklindedir. Karabulutlu ve ark. (8) çalışmasında katılımcıların %45,3’ü yöntem kullanımını bırakmış olup, çalışmamızla benzer şekilde en sık bırakılan yöntemin OKS (%40,2), ikinci en sık yöntemin ise kondom (%16,5) olduğu görülmüştür. Çalışmalardaki bulgular bizim çalışmamızla benzerlik göstermekte olup çalışmamızda, OKS’nin yan etkilerinin fazla olmasından dolayı en yüksek oranda bırakılan yöntem olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kondom en çok gebelik isteği nedeniyle, RİA ve OKS yan etki nedeniyle, geri çekme yöntemi ise gebe kalma (yöntem başarısızlığı) nedeniyle bırakılmıştır. Yerli’nin

(53) çalışmasında çiftlerin OKS ve RİA'yı en sık yan etki nedeniyle, kondom ve geri çekme yöntemlerini ise en sık gebe kalma nedeniyle bıraktıkları görülmüştür. Öztaş ve ark. (6) yaptıkları çalışmada ve Aktoprak'ın (85) çalışmasında da katılımcılar hap ve RİA'yı en çok yan etkileri nedeniyle bırakmışlardır. Rezk ve ark. (86) Mısır'da, Azmat ve ark. (87) Pakistan'da, Johnson ve ark. (88) Avrupa ve Amerika'daki 5 ülkede kontraseptif yöntemlerin kullanımını inceledikleri çalışmada da RİA'nın en çok yan etki nedeniyle bırakıldıkları saptanmıştır. Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalardaki yöntem bırakma nedenleriyle çalışmamızdaki nedenler paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda kadınların RİA ve OKS'yi en sık bırakma nedenleri yan etkilerdir. Kadınların RİA'yı bırakmalarına en sık neden olan yan etkiler arasında ilk sırada ara kanama (%83,9), ikinci sırada ağrı (%9,7) yer almaktadır. Kutlu ve ark. (37) Konya'da kadınların RİA'yı terk etme nedenlerini araştırmak üzere yaptığı çalışmada RİA'yı terk etmelerine neden olan en sık yan etki menstrüel kanamanın uzaması olarak bulunmuştur. Balcı ve ark. (63) yaptığı çalışmada RİA'sı olan kadınlar en sık anormal uterin kanama, ikinci sıklıkta ise sık vajinit olmaktan şikayetçi olduklarını belirtmişlerdir. Da Silva ve ark. (89) 2017'de Breziya'da yaptığı çalışmada RİA kullanımı ile ilgili en sık yaşanan endişeler ilk sırada pelvik inflamatuvar hastalık riski, ikinci sırada ağrı şeklinde bulunmuştur. Kumar ve ark. (90) 2018'de Hindistan'da yaptığı çalışmada kadınların RİA'yı terk etmelerine en sık neden olan yan etkiler sırayla ara kanamaya bağlı rahatsızlık hissi, karın ağrısı ve akıntı olarak saptanmıştır. Hameed ve ark. (91) Pakistan'da yaptığı çalışmada RİA'yı bırakmaya neden olan yan etkilerden ilk sırada kanama ile ilgili şikayetler (fazla kanama, ara kanama), ikinci sırada ise ağrı yer almaktadır. Bulgularımız ulusal ve uluslararası çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların OKS'yi bırakmalarına en sık neden olan yan etkiler arasında ilk sırada ara kanama (%48,8), ikinci sırada bulantı (%18,3) yer almaktadır. Balcı ve ark. (63) yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak OKS kullanan kadınlar, en sık anormal uterin kanamalardan dolayı OKS'den memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Karabulutlu ve ark. çalışmasında katılımcıların OKS'yi bırakma nedenleri arasında en fazla kilo alımı ve baş ağrısı gibi yan etkiler olduğu belirlenmiştir. OKS kullanımında özellikle ilk 3 ayda görülebilecek adet kanama değişiklikleri, kadınların yaşam kalitesini ciddi anlamda etkilediğinden yöntemi bırakmalarına sebep olabilmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların kullandıkları modern yöntemlerin %48,9'unu (%33,1'i ASM, %15,8'i hastaneler) sağlık kuruluşlarından, %26,4'ünü eczanelerden, %19,4'ünü

marketlerden temin ettikleri görülmüştür. TNSA 2013'te ülkemizde modern yöntem kullanımına erişim en fazla kamu sektöründen (%56) sağlanmaktadır (11). Yerli'nin (53) çalışmasında da modern yöntemlerin %72'sinin sağlık kuruluşlarından temin edildiği belirtilmiştir. Tsehaye ve ark. (92) Etyopya'da yaptığı çalışmada da yöntem tercihinde esas kaynağın kamu kuruluşları (%32,7) olduğu görülmüştür. Ülkemizde ve uluslararası yapılan çalışmalarda da kullanılan modern yöntemlerin temini yüksek oranlarda sağlık kuruluşlarından olmakta ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak modern yöntemlerin eczane ve marketlerden temin edilme oranlarının da yüksek çıkmasının, bölgemizde yöntem tercihinde kondomun ilk sırada yer almasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcılara 'Aile planlaması nedir?' diye sorduğumuzda bir veya birden fazla yanıt verilmiş olup en sık verilen cevap çiftlerin ekonomik anlamda bakabileceği sayıda çocuk sahibi olması (%26,2), ikinci en sık cevap çiftlerin istediği sayıda çocuk sahibi olması şeklindedir. Gür'ün (59) Gaziantep çalışmasında katılımcıların %61,9'u aile planlamasını, bizim çalışmamızdaki ile benzer olarak bakabileceği sayıda çocuk sahibi olma olarak tanımlamıştır. Bu sonuca göre toplumun sosyokültürel seviyesi ne olursa olsun ülkenin doğusunda da batısında da çocuk yetiştirmek için duyulan temel ihtiyaç, ailelerin ekonomik anlamda yeterliliği olarak düşünülmektedir.

Katılımcılara 'Kullandığınız AP yöntemine kim karar verdi?' diye sorduğumuzda kadınların %73,7'si "ben ve eşim birlikte" cevabını vermişlerdir. Uçtu ve ark. (93) yaptığı çalışmada ve Tezel ve ark. (94) yaptığı çalışmada büyük çoğunluğu "ben ve eşim birlikte karar verdik" cevabı oluşturmaktadır. Bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Sağlıklı ve mutlu nesiller yetişmesi için kadın ve erkek beraber hareket etmeli ve kararları birlikte alabilmelidir.

Çalışmamızda kadınların %52,2'si acil kontrasepsiyonu bildiğini belirtmektedir. Doğaner ve ark. (95) Sivas'ta yaptıkları çalışmada acil kontrasepsiyonu bilme oranı %24,7, Çan ve ark. (96) Trabzon'da yaptıklarını çalışmada %36,9, Kathpalia ve ark. (97) Hindistan'da yaptıkları çalışmada bu oran %7,2 bulunmuştur. TNSA 2013 verileri acil kontrasepsiyon bilinirlik oranını %42 olarak ve kullanım oranını %3,7 olarak vermektedir (11). Çalışmamızda acil kontrasepsiyonu bilme oranı literatür verilerinden yüksek çıkmıştır. Bu farklılığın çalışmamızdaki katılımcıların çoğunun (%64,4) aile planlamasına yönelik danışmanlık hizmeti almış olması ve aradan uzun yıllar geçmesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda katılımcıların son gebeliğinin planlı olma durumu sorgulandığında kadınların %32,2'sinin son gebeliği planlı değildi. Ersoy ve ark. (98) Ankara'da bir doğum ünitesine başvuran gebelerle yaptığı çalışmada tüm gebeliklerin %23,2'sinin plansız olduğu görülmüştür. TNSA 2013 (11) verilerine göre toplam istenmeyen-plansız gebe kalma durumu %23,7 olarak bulunmuş iken, Tekiner ve ark. (52) çalışmasında bu oran %38, Eryılmaz'ın (99) çalışmasında ise %28,2, Öner ve ark. (100) çalışmasında %30,3 olarak bulunmuştur. Yapılan ulusal çalışmalardaki plansız gebelik oranları çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Günümüzde aile planlaması için güvenilir, modern yöntem kullanımı artmış olmasına rağmen, güvenilirliği daha düşük olan geleneksel yöntemlerin de yüksek oranda kullanılmaya devam etmesi istenmeyen-plansız gebeliklerin en önemli nedenidir.

Çalışmamızda kadınların %40,9'unun herhangi bir AP yöntemi kullanırken gebe kaldıkları görülmüştür. En sık kullanılan yöntemlere bakıldığında ilk üç sırayı geri çekme yöntemi (%59,4), kondom (%21,7) ve RİA (%11,1) oluşturmaktadır. Yöntem kullanırken gebe kalma oranı Budak ve ark. (64) yaptığı çalışmada %58,3, en sık kullanılan yöntemler ise geri çekme (%53) ve kondom (%28,5) olarak bulunmuştur. Ersoy ve ark. (97) yaptığı çalışmada da en sık geri çekme (%35,5), ikinci sıklıkla kondom (%18,2) kullanılırken gebe kalındığı görülmüştür. Tohma ve ark. (101) istemli gebelik sonlandırılması amacıyla aile planlaması polikliniğine başvuran hastalara yaptıkları çalışmada kadınların %64,6'sının geri çekme, %17'sinin kondom ile gebe kaldıkları belirlenmiştir. Khaleghinezhad ve ark. (69) İran'da yaptıkları çalışmada da en çok geri çekme (%45,6), ikinci sırada OKS (%22,2) ile gebe kaldıkları görülmüştür. Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda literatür bilgisiyle örtüşür şekilde geleneksel korunma yöntemi başarısızlık oranı yüksek tespit edilmiş iken modern korunma yöntemiyle gebe kalan kadınlarda da kondom en yüksek başarısızlık oranına sahiptir. Çalışmamız ulusal ve uluslararası çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Geri çekme, gebe kalma oranı yüksek bir AP yöntemi olmasına rağmen hala modern ve etkin bir doğum kontrol yöntemi gibi görülmekte ve sık kullanılmaktadır. Bu durum geri çekme yönteminin maliyetinin olmaması, her durumda erişilebilir olması ve sağlık kuruluşuna gitmeyi gerektirmemesi ile açıklanabilir.

Araştırmamızda katılımcıların gelir düzeyleri azaldıkça herhangi bir AP yöntemini kullanırken gebe kalma durumları anlamlı bir şekilde artmıştır. Ersoy ve ark. (97) çalışmasında farklı gelir düzeylerinin gebeliğin planlı veya plansız gerçekleşmesi üzerine etkisi incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı fark izlenmemiştir. Gür'ün (59) Gaziantep çalışmasında da istemeyerek gebe kalma durumu geliri giderden daha az olan grupta daha

yüksek bulunmuştur. Altınbaş ve ark. (7) yaptığı çalışmada da gelir düzeyi azaldıkça geleneksel yöntemler kullanırken gebe kalma durumu artmış olup çalışmamız ile uyumlu bulunmuştur. Bu durum çiftlerin gelir düzeyleri azaldıkça geleneksel yöntemleri daha çok tercih etmeleri ile açıklanabilir.

Çalışmamızda “Şu anda istemeden gebe kalsanız ne yaparsınız?” sorusuna katılımcıların %60,2’si doğum, %39,8’i küretaj yanıtını vermişlerdir. Özelçi ve ark. (102) yaptığı çalışmada küretaj istemi nedeniyle AP polikliniğine başvuranların oranı %15 olarak bulunmuştur. Eryılmaz’ın (98) çalışmasında katılımcıların %7,7’si, Aktoprak’ın (84) çalışmasında %16,3’ü, Öztaş ve ark. (6) çalışmasında %17,4’ünün küretaj yaptırdığı saptanmıştır. Öztürk ve ark. (103) çalışmasında ise hastalara küretaj hakkındaki görüşleri sorulduğunda çoğunluğu (%38,8) çalışmamızla benzer olarak gereklilik durumunda yapılmalı cevabını vermiştir. Küretajlar istenmeyen gebelikleri temsil etmektedir ve AP hizmetlerinin değerlendirilmesinde küretajlar önemli bir göstergedir. İstenmeyen gebeliklerde küretajın tercih edilmesi kadınların eğitim seviyesinin düşük olması, daha önce geleneksel AP yöntem kullanımının fazla olması ve yöntemlerin uygun kullanılmamasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

SONUÇLAR

Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 15-49 yaş arası kadınlar arasından 500 kişiye ulaşılmıştır. Katılımcıların aile planlaması hakkındaki bilgi, tutum ve davranış özelliklerinin saptanmasını amaçladığımız çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Çalışmamızda modern AP yöntemi kullanan kadınların %49'unun kullandıkları yöntemi sağlık kuruluşlarından temin ettikleri, kondom ve hapları ise en sık eczane ve marketlerden temin ettikleri görülmüştür. Hap ve kondom, tüm Türkiye'de sağlık politikaları gereği aile sağlığı merkezleri ve aile hekimlerince ücretsiz olarak verilmektedir. Halk bu konuda yeterince bilgilendirilmeli ve bilinçlendirilmelidir.
2. Araştırmaya katılan kadınların %71,6'sı kendileri ya da eşlerinin herhangi bir AP yöntemi kullandığını belirtmiştir. Çalışmamızda AP yöntemlerinin bilinme ve kullanılma oranları her ne kadar yüksek olsa da henüz istenilen seviyeye ulaşmadığı görülmektedir (%18,6 geri çekme, %2,1 takvim yöntemi).
3. Katılımcıların en sık kullandıkları yöntemler sırayla kondom (%28,8), RİA (%22,6) ve geri çekme yöntemi (%18,6) şeklindedir. Geleneksel bir yöntem olan geri çekme yöntemi bizim çalışmamızda da azımsanmayacak oranda kullanılmaktadır ancak katılımcıların modern yöntemleri kullanımının daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Bu sonuç, katılımcıların istenmeyen gebelikleri önlemede daha etkin ve modern yöntemleri tercih ettiğini göstermektedir.

4. Aile planlaması uygulamalarında kondom kullanımının yüksek oranda çıkması, eşlerin de katılımını göstermesi ve aile planlaması sorumluluğunu birlikte paylaşmaları açısından önemli bir sonuçtur.
5. Çalışmamızda kadınların %40,9'unun herhangi bir AP yöntemi kullanırken (%59,4 geri çekme yöntemi) gebe kaldıkları görülmüştür. Geri çekme yöntemi, gebe kalma oranı yüksek bir AP yöntemi olmasına rağmen hala modern ve etkin bir doğum kontrol yöntemi gibi görülmekte ve kullanılmaktadır. Bu durum bize geri çekme yönteminin maliyetinin olmaması ve her durumda erişilebilir olması ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Ülkemizde geri çekme yönteminin fazla kullanımının sosyo-kültürel nedenleri incelenmeli ve etkili AP danışmanlık hizmetleri verilmelidir. Aile planlaması danışmanlığının kadınlar kadar erkeklere de etkin şekilde verilmesi bu durumun önüne geçilmesinde faydalı olacaktır.
6. Katılımcıların %80,4'ü daha önce kullanmış olduğu yöntemi bıraktığını belirtmiş olup; modern yöntemler içinde OKS, geleneksel yöntemler içinde de geri çekme yönteminin en yüksek oranda bırakıldığı görülmüştür. Yan etkilerinden dolayı OKS'nin, gebe kalma nedeniyle de geri çekme yönteminin sıklıkla bırakıldığı saptanmıştır. Kişiler yöntem hakkında bilgilendirilirken, bu bilgilendirme yöntemin olumlu ve olumsuz tüm yönlerini kapsayacak şekilde olmalıdır. Kişiyeye özel danışmanlık hizmetleriyle kişi için en uygun yöntem seçilmeli, izlem ile yöntemin sürekli ve etkin kullanımı sağlanmalıdır.

Aile planlaması danışmanlık ve uygulama hizmetleri, reproduktif çağıdaki tüm kadınları ve erkekleri kapsayacak şekilde yaygınlaştırılmalı ve sürekli olması sağlanmalıdır. Eğitim ve danışmanlık verilirken çeşitli doğum kontrol yöntemlerinden kişiye en uygun olanı belirlenerek, kullanıcı bu konuda bilgilendirilmeli ve kişiye özel danışmanlık verilmelidir. Böylece kontraseptif yöntemlerin yetersiz ve yanlış kullanımı önlenmiş ve bunun sonucunda oluşabilecek istenmeyen gebelikler de engellenmiş olacaktır.

ÖZET

Çalışmamızda; Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 15-49 yaş arası kadınların aile planlaması hakkında bilgi düzeylerini, tutum ve davranış özelliklerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışmanın evrenini Edirne il merkezinde yaşayan 15-49 yaş arasındaki 47.700 kadın oluşturmaktadır. Nüfusun yaklaşık %1'ine ulaşmak hedeflenerek rastgele örnekleme seçilen 500 kişiye ulaşıldı. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket yardımıyla toplandı. Anket katılımcıların sosyodemografik ve doğurganlık özellikleri ile ilgili 16 soru, aile planlaması hakkındaki bilgi düzeylerini, görüşlerini ve kullanım durumlarını sorgulayan 50 soru olmak üzere toplam 66 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $33,46 \pm 7,83$ (minimum 15, maksimum 49) yıldı. Kadınların %80,6'sı (n=403) evli, %42,8'i (n=214) ev hanımı, %42,4'ü (n=212) lise mezunuydu.

Katılımcıların %71,6'sı (n=358) şu anda kendileri ya da eşlerinin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığını belirtirken; yöntem kullananların %77'si modern yöntemler, %23'ü geleneksel yöntemler kullanmaktadır. Modern yöntemler içinde kondom ve rahim içi araç, geleneksel yöntemler içinde ise geri çekme yöntemi en yüksek oranda kullanılmaktadır. Kadınlar kullandıkları yöntemleri ilk sırada güvenilir olması (%35,9) nedeniyle tercih etmişlerdir. Yaptığımız çalışmada herhangi bir yöntem kullanmayanların oranı %23 olup en sık yöntem kullanmama nedeninin gebelik isteği olduğu görülmüştür.

Araştırmamızdaki kadınların %80,4'ü daha önce yöntem kullanıp bırakmıştır. Bırakılan yöntemler içinde ilk üç sırayı haplar (%38,6), kondom (%18,6) ve geri çekme yöntemi

(%17,5) oluşturmaktadır. Çalışmamızda kondom en çok gebelik isteği nedeniyle, rahim içi araç ve oral kontraseptifler yan etki nedeniyle, geri çekme yöntemi ise gebe kalma (yöntem başarısızlığı) nedeniyle bırakılmıştır. Kadınların rahim içi araç ve oral kontraseptifleri bırakmalarına en sık neden olan yan etki ara kanamadır.

Yöntemler hakkındaki bilginin en sık sağlık personelinden (%30,9) elde edildiği görülmüştür. Araştırmamıza katılan kadınların kullandıkları modern yöntemlerin %48,9'unu (%33,1'i Aile Sağlığı Merkezi, %15,8'i hastaneler) sağlık kuruluşlarından, %26,4'ünü eczanelerden, %19,4'ünü marketlerden temin ettikleri saptanmıştır.

Çalışmamızda kadınların %40,9'unun herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanırken gebe kaldıkları görülmüştür. En sık gebe kalınan yöntemlere bakıldığında ilk üç sırayı geri çekme yöntemi (%59,4), kondom (%21,7) ve rahim içi araç (%11,1) oluşturmaktadır.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde kadınların aile planlaması yöntemleri kullanma oranları ve modern yöntem kullanma oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi düzeylerinin artırılması ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için kişiye özel danışmanlık verilmesi, aile planlaması eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin herkesi kapsayacak şekilde yaygınlaştırılması, ve sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: aile planlaması, kontraseptif yöntemler, 15-49 yaş kadın

The Knowledge, Attitudes and Behaviors of 15-49 Age Women Registered to Family Health Centers in Edirne City Center on Family Planning

SUMMARY

The aim of our study is to determine the knowledge, attitudes and behaviors of 15-49 age women registered to family health centers in Edirne city center on family planning.

The population of the study consists of 47.700 women between the ages of 15 and 49 who live in Edirne city center. It was reached 500 people selected through random sample by targeting to reach approximately 1% of the population. Data was collected through questionnaires prepared by the researchers. The questionnaire consists of 66 questions in total including 16 questions about the socio-demographical and reproductivity characteristics of the participants and 50 questions investigating the knowledge level, views and usage status about family planning.

The average age of the participants was 33.46 ± 7.83 (minimum 15, maximum 49). 80.6% of the women (n=403) were married, 42.8% (n=214) were housewives, and 42.4% (n=212) were high school graduates.

Among 71.6% of the participants (n=358), who were using one of the family planning methods, 77% of were using modern methods and 23% were using traditional methods. Condom and intrauterine device were the most common modern methods while withdrawal method was the most common traditional method. The women preferred the method they have been using because of that it is safe (35.9%). According to our research, the rate of

people not using any methods was 23%, and the main reason for not using any method was pregnancy request.

80.4% of the participants quit the previously used methods. The first three ranks among the quitted methods were contraceptive pill (38.6%), condom (18.6%) and the withdrawal method (17.5%). In our study, the condom was quitted most commonly because of the demand for pregnancy, intrauterine device and pills because of the side effects, and the withdrawal method was quitted most commonly because of the conception (method failure). The most common side effect causing intrauterine device and pills quitting was irregular bleeding.

The knowledge about contraceptive methods was obtained most commonly from healthcare professionals (30.9%). It was identified that 48.9% of modern methods used by women were provided from the healthcare institutions (33.1% from Family Health Centers and 15.8% from hospitals), 26.4% from pharmacies, and 19.4% from markets.

In our study, 40.9% of women got pregnant while using any family planning method. The most common methods which women got pregnant during using, were withdrawal method (59.4%), condom (21.7%) and intrauterine device (11.1%).

When the results obtained from our study are evaluated, it was seen that the rate of using family planning methods and using modern methods are high among the women. The knowledge level of the women about family planning methods should be increased and personal consultancy for avoiding from unintended pregnancies should be provided. Family planning education and consultancy services should be generalized and become continuous to cover everyone.

Key words: family planning, contraceptive methods, 15-49 age woman

KAYNAKLAR

1. Dirican R, Bilgel N. Toplum hekimliği. Uludağ Üniversitesi Yayınları: Bursa;1993:246-50.
2. Doğru HY, Oktay G, İşgüder ÇK, Özsoy AZ, Çakmak B, Delibaş İB. Yaş gruplarına göre kadınların aile planlamasına bakışları ve seçtikleri yöntemlerin değerlendirilmesi: tersiyer tek merkez deneyimi. Dicle Tıp Derg 2016;43(3):413-8.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme sağlığına giriş. Ankara: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi; 2009:27-66.
4. Çalışkan BG, Doğan B, Olçum GG. Kırsal bölgede yaşayan kadınların aile planlaması yöntemi tercihlerine yaş ve eğitimin etkisi. Türk Aile Hek Derg 2014;18(4):189-94.
5. Akar M, Tekiner H. Kayseri merkezindeki serbest eczanelerde çalışan eczacıların ve eczane personelinin acil kontrasepsiyon konusundaki bilgi düzeyleri. Türkiye Klinikleri J Pharm Sci 2016;5(1):1-7.
6. Öztaş Ö, Artantaş AB, Tetik BK, Yalçıntaş A, Üstü Y, Uğurlu M. 18-49 yaş grubu evli kadınların üreme sağlığı ve kontrasepsiyon hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. Ankara Tıp Derg 2015;15(2):67-76.

7. Altınbaş ŞK, Tekin YB, Dilbaz B, Kılıç S, Taşçı Y, Kandemir Ö. İstenmeyen gebeliklerde kontraseptif yöntem bilgi düzeyi ve postpartum kontraseptif yöntem tercihleri. Nobel Med 2013;9(3):64-8.
8. Karabulutlu Ö, Ersöz B. Kars ili, Susuz ilçe merkezine bağlı aile planlaması yöntemi kullanan 15-49 yaş grubu evli kadınlarda kullanılan yöntem ve yöntem seçimini etkileyen faktörler. Caucasian Journal of Science 2017;4(1):26-44.
9. Sağıroğlu PÇ, Eray İK, Yurdakul FE, Yavuz AF. Kadınların kontraseptif yöntem tercihleri ve yöntem kullanırken gebe kalma durumlarının değerlendirilmesi. Ankara Tıp Derg 2017;17(1):21-8.
10. Karakuş L. Doğum Kontrol Yöntemlerinin Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Duruma Etkisi (tez). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi; 2014.
11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık; 2014.
12. Christin-Maitre S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. Best Practice and Research Clinical Endocrinology and Metabolism 2013;27(1):3-12.
13. Dursun Yörümez A. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Üreme Sağlığı/ Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi (tez). Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2014.
14. Özçelik E. Doğal aile planlaması yöntemleri. Jour Turk Fam Phy 2016;7(3):45-53.
15. Ertopçu K. Rahim içi araç. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics-Special Topics 2012;5(1):37-42.
16. Golziher JW, Shoupe D. Pharmacology of Contraceptive steroids. Glob. Libr. Women's Med 2012;1:1-5.
17. Balcıoğlu H. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Merkezine 2009 yılında başvuran hastaların yaş, eğitim düzeyi ve sahip oldukları çocuk sayısına göre tercih ettikleri doğum kontrol yöntemi dağılımı (tez). İstanbul: Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi; 2010.
18. Oktay EY. Türkiye'de cumhuriyetin ilanından günümüze uygulanan nüfus politikaları. Yalova Sosyal Bilimler Dergisi 2014;7:31-54.
19. Akın A, Ersoy K. 2050'ye doğru nüfus bilim ve yönetim: sağlık sistemine bakış. Ankara: Sis Matbaacılık; 2012:27-32.

20. Doğan M. Türkiye'de uygulanan nüfus politikalarına genel bakış. Marmara Coğrafya Derg 2011;23:293-307.
21. Atıcı E, Erer S. Türkiye'deki yasal düzenlemelerde ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2009;17(2):107-12.
22. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Çocuk gelişimi ve eğitimi, aile planlaması. Ankara; 2017:70-4
23. World Health Organization (Internet). Family Planning and Contraception, Inc: c2018 (cited 2018 August 20). Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
24. Gözükara F, Kabalcıoğlu F, Ersin F. Şanlıurfa ilinde kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fak Derg 2015;12(1):9-15.
25. Örsal Ö. Ankara Belediye Sınırları İçinde Yaşayan Bireylerin Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2006.
26. Yağmur Y, Ulukoca N. Eşlerin aile planlaması yöntemi kullanma durumu ve etkileyen etmenler. Sted Dergisi 2010;19(6):229-33.
27. Başkaya Z, Özkılıç F. Türkiye'de doğurganlıkta meydana gelen değişimler (1980-2013). Journal of International Social Research 2017;10(54):405-23.
28. Türk R, Terzioğlu F. Geri çekme yöntemi ve kullanımını etkileyen faktörler. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(3):67-80.
29. Ataklı D. Hormonal korunma, nöbetler ve antiepileptik ilaçlar. Epilepsi 2018;24(1):23-9.
30. Şahin E, Özturna Y. Oral kontraseptiflerin ilaç, bitki ve besinlerle etkileşimi. Lectio Scientific 2017;1(1):40-52.
31. Demir C, Tıraş B, Gökmen O, Dilbaz B, Yeniçel Ö. Oral Kontrasepsiyon Klavuzu. İstanbul: Cortex İletişim Hizmetleri; 2012:12-54.
32. Atmaca H, Köprülü D, Kiriş T, Zeren G, Sahin İ. Drospirenon-etinil estradiol (oral kontraseptif) kullanımına bağlı iki koroner arterin eş zamanlı tam tıkanması. Türk Kardiyol Dern Ars. 2018;46(1):69-72.

33. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile planlaması danışmanlığı katılımcı kitabı. Ankara: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi; 2010:35-176.
34. Gürbay A, Giray B, Hıncal F. Kombine oral kontraseptifler: riskleri ve yararları. T Klin Tıp Bilimleri 1 1997;17(1):1-14.
35. Prosad S, Mashamba-Thompson T, Ojewole E. Evidence of patients' challenges and barriers related to usage of Implanon®:scoping review protocol. BMC 2018;7:157.
36. Sayan CD, Özkan ZS, Aydın G, Erdoğan F, İslambay Z. Myometrium lokalizasyonlu rahim içi araç. Kırklareli Üniversitesi Tıp Fak Derg 2017;19(3):224-27.
37. Kutlu R, Kılıçaslan AÖ. Bir aile planlaması polikliniğine başvuran kadınların rahim içi aracı terk etme nedenleri. Türk Aile Hek Derg 2014;18(3):149-55.
38. Cinar M, Timur H, Aksoy RT, Kokanali D, Tokmak A, Tasci Y. İstenmeyen gebeliklerden korunmada yöntem seçimini etkileyen parametreler. Medicine Science International Medical Journal 2016;5(3):790-2.
39. İnal M. Bariyer kontraseptif yöntemler. Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences 2006;2(22):41-50.
40. Aynioğlu Ö. 35 yaş üzeri doğum yapan gebelerin demografik özelliklerinin değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Derg 2014;15(2):152-5.
41. Koçak DY, Duman NB, Topuz Ş, Yılmazel G, Güngör T, Başçı AB. Üreme çağındaki kadınların acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2016;13(3):112-16.
42. Öner C, Güneri MC, Kars B, Çatak B, Telatar B. Acil kontraseptif yöntemlerin kadınlar tarafından bilinme durumu ve ilişkili faktörler. Nobel Med 2016;12(1):20-5.
43. Topal S, Çınar N, Altınkaynak S. Emzirmenin anne sağlığına yararları. J Hum Rhythm 2017;3(1):25-31.
44. Köpük ŞY, Çekmez Y, Özer N, Şahin Ö, Kıran G. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile planlaması polikliniğine başvuran emzirme dönemindeki kadınların kontrasepsiyon tercihleri. Okmeydanı Tıp Derg 2018;34(2):163-66.
45. Ünlüoğlu İ. Laktasyonel amenore metodu. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik 2006;2(22):60-7.

46. Erenel AŞ. Doğal bir aile planlaması yöntemi: laktasyonel amenore yöntemi. TAF Prev Med Bull 2010;9(4):383-90.
47. Gökdemirel SÖ, Coşkun A. Doğal aile planlaması yöntemlerinden billing ovulasyon yönteminin uygulanması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2011;2:33-48.
48. Jennings V, Sinai I, Sacieta L, Lundgren R. Two day method: a quick-start approach. Contraception 2011;84(2):144-49.
49. Buldurucu S, Yazıcı S. Geri çekme yöntemini eşlerin tercih etme nedenleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2015;2(2):156-66.
50. Okumuş F. Vajinal duş ve profesyonel yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2015;7(2):112-20.
51. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aileplanlaması danışmanlığı için resimli rehber. Ankara:Damla Matbaa; 2010:1-50.
52. Tekiner AS, Çetin F, Ceyhan AG, Kafkaslı A. Planlanmamış gebelikler ile kontraseptif yöntemler arasındaki ilişki. Dirim Tıp Gazetesi 2010;85(2):65-71.
53. Yerli B. E. Erzurum İl Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.
54. Tilahun T, Coene G, Luchters S, Kassahun W, Leye E, Temmerman M, et al. Family planning knowledge, attitude and practice among married couples in Jimma Zone, Ethiopia. PloS One 2013;8(4):e61335.
55. Bostancı MS. Doğu Anadolu Bölgesindeki bir ilçede kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemleri için bilgi kaynakları ve istenmeyen gebeliklerle ilişkisi. Dicle Tıp Derg 2011;38(2):202-07.
56. Gür F, Sohbet R. Gaziantep ilindeki el beceri kurslarına gelen kadınların aile planlamasına yönelik, bilgi, tutum ve davranışları. Medical Sciences 2017;12(1):10-21.
57. Oltuluoğlu H, Başer M. Malatya il merkezinde yaşayan evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve seçme nedenlerinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fak Derg 2012;19(3):167-74.
58. Bucak FK, Kahraman S, Kartal M. Mevsimlik tarım işçisi evli kadınların bebek yapma hakkında düşünceleri ve aile planlaması kullanma durumları. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2018;5(3):178-83.

59. Gür F. Gaziantep İlinde El Beceri Kurslarına Gelen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi (tez). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.
60. Karaçalı M, Özdemir R. Karabük ilinde 15-49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimini etkileyen faktörler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2018;16(2):131-45.
61. Çubukçu M. Samsun ili 15-49 yaş grubu kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanım dağılımı. Ankara Tıp Derg 2018;18(2):207-14.
62. World Contraceptive Use. 2017. (internet) Erişim adresi: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2017.asp> (Erişim tarihi:05.01.2018).
63. Balcı BK. Rize ili Çayeli ilçesinde kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastalar arasında kontraseptif yöntem seçimi. Ortadoğu Tıp Derg 2015;7(1):1-4.
64. Budak MŞ, Toğrul C, Balsak D, Sakar MN, Tahaoğlu AE, Akgöl S, Şentürk MB. İsteğe bağlı küretaj olan kadınların kontrasepsiyon yöntemleri ve küretaj nedenleri açısından değerlendirilmesi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2015;12(3):106-109.
65. Tanrıverdi G, Özkan A, Şenveli S. Çanakkale'deki kadınların aile planlaması yöntemlerini tercih nedenleri. Fırat Tıp Derg 2008;13(4):251-54.
66. Kitapçıoğlu G, Yanikkerem E. Manisa doğumevinde doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri, aile planlaması davranışı ve doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı. Ege Tıp derg 2008;47(2):87-92.
67. Kaya H, Tatlı H, Açık Y, Deveci SE. Bingöl ili Uydükent sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanım düzeyinin belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2008;22(4):185-91.
68. Aksu H, Balkaya NA, Özsoy S, Demirsoy G. Yaygın kullanılmayan aile planlaması yöntemlerine ilişkin kadınların bilgi ve görüşleri. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi 2015;2(1):59-71.
69. Khaleghinezhad K, Kariman N, Nahidi F, Ebadi A, Nasiri M. Evaluation of reproductive health status among women referring to rural healthcare centers in Neyshabur (Iran) in 2017. Electronic physician 2018;10(4):6640-6.

70. Podolskyi V, Gemzell-Danielsson K, Marions L. Contraceptive experience and perception, a survey among Ukrainian women. *BMC Women's Health* 2018;18(1):159-69.
71. Yılmaz A, Tanrıverdi MH, Gücük S, Akan Z. Van il merkezinde evlenme başvurusunda bulunan çiftlerin kontrasepsiyon bilgi durumları. *Dicle Tıp Derg* 2013;40(3):453-57.
72. Kutlu R, Sayın S, Uçar M, Aslan R, Demirbaş O. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenleri. *Türk Aile Hek Derg* 2014;18(3):134-41.
73. Ertop NG, Altay B. 15-49 yaş arası evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin eş uyumuna etkisinin incelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fak Derg* 2012;14(3):1-8.
74. İnal ZÖ, İnal HA, Küçükkendirici H, Oruç AS, Güneç O. The level of using family planning methods and factors that influence the preference of methods in the Konya-Meram area. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2017;18(2):72-6.
75. Şimşek B, Coşar E, Köken GN. 15-49 yaş aralığındaki çalışan ve çalışmayan kadınlarda kontraseptif kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obs* 2011;21(4):245-50.
76. Speizer IS, Nanda P, Achyut P, Pillai G, Guilkey DK. Family planning use among urban poor women from six cities of Uttar Pradesh, India. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2012;89(4):639-58.
77. Asamoah BO, Agardh A, Ostergren P. Inequality in fertility rate and modern contraceptive use among Ghanaian women from 1988-2008. *International Journal for Equity in Health* 2013;12:37.
78. Radovich E, Dennis ML, Barasa E, Cavallaro FL, Wong KL, Borghi J, et al. Who pays and how much? A cross-sectional study of out-of-pocket payment for modern contraception in Kenya. *BMJ Open* 2019;9(2):e022414.
79. Salman Z. Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları (tez). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2014.
80. Ateşer GB, Güzel E, Kaya S, Aydın DS, Şahbaz N, Durmuş MK. Türk kadınlarının gebelikten korunma yöntem tercihleri. *Okmeydanı Tıp Derg* 2017;33(4):241-6.

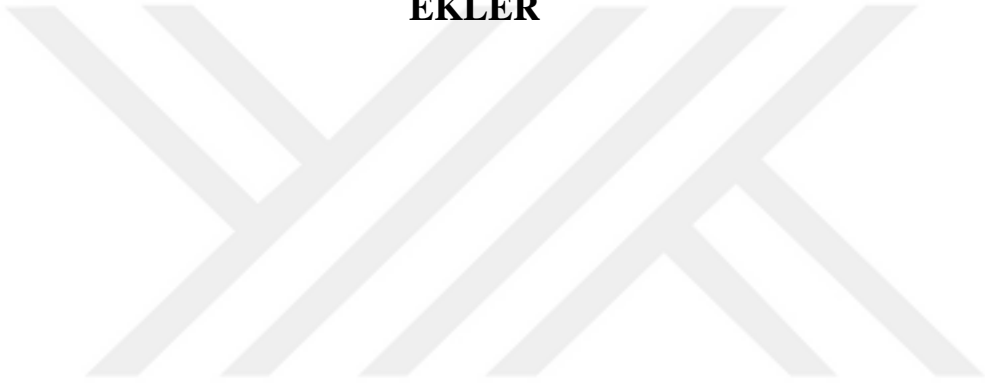
81. Cetişli NE, Top ED, Arkan G, Kaba F, Ertop F. Evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin cinsel yaşam ve benlik saygısına etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2016;13(2):101-106.
82. Pazol K, Zapata LB, Dehlendorf C, Malcolm NM, Rosmarin RB, Frederiksen BN. Impact of contraceptive education on knowledge and decision making: An updated systematic review. *Am J Prev Med* 2018;55(5):703-15.
83. Çağlayan EK, Kara M, Aslan N. Yozgat ilinde yaşayan kadınların kullandığı kontraseptif yöntemler. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2014;36(1):57-61.
84. Gürkaş E, Kiraz M. Gaziantep İstasyon Aile Sağlığı Merkezi bölgesindeki 15–49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanım düzeyinin belirlenmesi. *Konuralp Tıp Derg* 2013;5(2):1-3.
85. Aktoprak M. Evli Kadınlar ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve İlişkili Faktörler (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
86. Rezk M, Elshamy E, Shaheen AE, Shawky M, Marawan H. Effects of a levonorgestrel intrauterine system versus a copper intrauterine device on menstrual changes and uterine artery Doppler. *Int J Gynecol Obstet* 2019;145(1):18-22.
87. Azmat SK, Ali M, Ishaque M, Mustafa G, Hameed W, Khan OF, et al. Assessing predictors of contraceptive use and demand for family planning services in underserved areas of Punjab province in Pakistan: results of a cross-sectional baseline survey. *Reproductive Health* 2015;12:25.
88. Johnson S, Pion C, Jennings V. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reproductive Health* 2013;12:25.
89. Silva-Filho AL, Lira J, Rocha ALL, Carneiro MM. Barriers and myths that limit the use of intrauterine contraception in nulliparous women: a survey of Brazilian gynaecologists. *Postgraduate Medical Journal* 2017;93(1101):376-81.
90. Kumar S, Srivastava A, Sharma S, Yadav V, Mittal A, Kim YM, et al. One-year continuation of postpartum intrauterine contraceptive device: findings from a retrospective cohort study in India. *Contraception* 2018.
91. Hameed W, Azmat SK, Ishaque M, Hussain W, Munroe E, Mustafa G, et al. Continuation rates and reasons for discontinuation of intra-uterine device in three provinces of Pakistan: results of a 24-month prospective client follow-up. *Health Research Policy and Systems* 2015;13(1):53-4.

92. Tsehaye WT, Mengistu D, Birhanu E, Berhe KK. Assessment of preference and its determinant factors to ward modern contraceptive methods among women of reproductive age group in shire Indaselassie Town, Northern Ethiopia, 2011. *International Journal of Family Medicine* 2013;2013:317609.
93. Uçtu AK, Karakoç H, Özerdoğan N. Evlendirme dairesine başvuran kadınların aile planlaması yöntem kullanımı ve hizmet alımına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırma Dergisi* 2018;7(1):12-21.
94. Tezel A, Gönenç İM, Akgün Ş, Karataş DÖ, Yıldız TA. Kadınların aile planlamasınayönelik tutumları ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;18(3):181-88.
95. Doğaner G, Bilgiç D, Doğaner A, Umut ÜF, Kürk H, Çelik E. 15-49 yaş kadınların acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi ve tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011;4(4):159-64.
96. Çan G, Geçer N, Üçüncü ŞY, Topbaş M, Beyhun NE, Bulut B. Kadınların acil kontrasepsiyon farkındalığına etki eden faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2015;14(2):101-06.
97. Kathpalia SK. Emergency contraception: Knowledge and practice among women and the spouses seeking termination of pregnancy. *Medical Journal Armed Forces India* 2016;72(2):116-19.
98. Ersoy E, Karasu Y, Çelik EY, Ersoy AÖ, Tokmak A, Taşçı Y. Gebeliği plansız olan kadınların kişisel özellikleri ve kontrasepsiyon hakkındaki düşünceleri. *J Clin Exp Invest* 2015;6(3):250-55.
99. Eryılmaz N. Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumları ve İlişkili Faktörler (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
100. Öner C, Çatak B, Telatar B. Rahim içi araç (RIA) uygulaması için başvuranların bilgi düzeyleri. *Türk Aile Hek Derg* 2014;18(1):31-4.
101. Tohma YA, Özdeğirmenci Ö, Çoşkun B, Çolak E, Dilbaz B, Erkaya S. İstemli gebelik sonlandırılması bir aile planlaması yöntemi midir? *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2014;11(4):110-2.
102. Özelçi R, Cırık DA, Dilbaz B, Yılmaz S, Akpınar F, Aytekin O ve ark. Adolesan dönemdeki hastaların istemli küretaj sonrası kontrasepsiyon tercihlerinin değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2017;14(2):48-51.

103. Öztürk GZ, Toprak D, Hurşitoğlu M, İpek Y. Aile sağlığı merkezine gelen kadın hastaların sezaryen ve küretaj hakkındaki bilgi, tutum, davranışları ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2014;24(1):1-8.



EKLER



Ek 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2018/191	
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Kadınların Aile Planlaması ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Serdar ÖZTORA	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 10/01		Tarih: 04.06.2018
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Ayşe TUNÇ'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. Rugül KOŞE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi F. Nesrin TURAN Üye	Biyostatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Özden İPÇİ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a
Dekan Yrd.

Ek 2

EDİRNE HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ 1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU:

Sayı: 2018/3

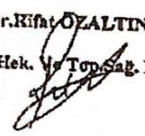
Karar: 2018/3

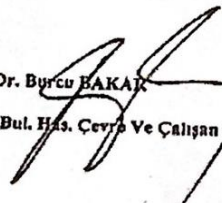
1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 27/06/2018 tarih saat 15:30'da Halk Sağlığı Müdürlük Toplantı Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosyayı inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

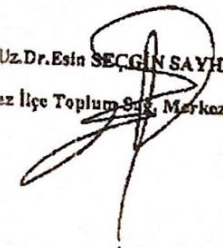
1-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma görevlisi Dr.Ayşe TUNÇ'un "Edirne İl Merkezi Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı 15-49 yaş arası kadınların aile planlaması ile ilgili bilgi tutum ve davranışları konulu tez çalışması, Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.



BAŞKAN
Dr.Selma HEVLES YILMAZ
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı


Dr. Oğuz ÇAKAR
İl Halk Sağlığı Hizm.Baş.Yürd


Dr.Rifat ÖZALTIN
Edirne Aile Hek. Ve Top.Sağ. Hiz. Birimi


Dr. Burcu BAKAR
Edirne Bul. Has. Çevre Ve Çalışan Sağ. Birimi


Uz.Dr.Esin SEÇGİN SAYHAN
Merkez İlçe Toplum Sağ. Merkezi Başkanı


Yıldırım ÇETİNTAŞ
Edirne Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Programlar Ve Kanser Birim

Ek 3

EDİRNE İL MERKEZİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE KAYITLI 15-49 YAŞ ARASI KADINLARIN AİLE PLANLAMASI İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

TC. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Arş. Gör. Dr. Ayşe Tunç

Danışman: Prof. Dr. Serdar Öztora

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “Edirne il merkezi aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 15-49 yaş arası kadınların aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları” isimli, hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

Anket no:

1-Yaşınız:

2-Medeni durumunuz:

- 1) Bekar 2) Evli 3) Dul 4) Boşanmış

3-Öğrenim durumunuz:

- 0) Okur yazar değil 3) Ortaokul mezunu
1) Okur-yazar 4) Lise mezunu
2) İlkokul mezunu 5) Üniversite mezunu

4-Mesleğiniz:

- 1) Ev hanımı 2) İşçi 3) Memur 4) Emekli 5) Diğer:

5-Aylık haneye giren gelir miktarınızı belirtiniz: TL

6-Sağlık güvenceniz var mı?

- 0) Hayır 1) Evet

7-Sigara içiyor musunuz?

0) İçmiyorum, daha önce hiç içmedim.

1) İçmiyorum, bıraktım : Ne kadar süre içtiniz? yıl Ne zaman bıraktınız?.....

2) Evet, içiyorum: Kaç adet/gün? Kaç yıldır?.....

8-Herhangi bir sağlık probleminiz var mı?

0) Yok

1) Var (belirtiniz):

9-Son 3 aydır evde sizinle birlikte yaşayan kaç kişi var? Tanımlayabilir misiniz?

.....
.....

10-Kaç yaşında evlendiniz?

0) Hiç evlenmedim

1) Belirtiniz: yaşında

11-Kaç yıldır evlisiniz ?

0) Hiç evlenmedim

1) Belirtiniz: ay / yıldır evliyim

2) Belirtiniz: yıl evli kaldım, yıldır dulum

12-Kaç gebeliğiniz oldu?

0) Hiç gebe kalmadım

1) Belirtiniz: gebelik

13-Kaç doğum yaptınız?

0) Hiç doğum yapmadım

1) Belirtiniz: doğum

14-Sahip olduğunuz yaşayan çocuk sayısı nedir?

0) Yaşayan çocuğum yok

1) Belirtiniz:

15- Son gebeliğiniz planlı mıydı?

0) Hiç gebe kalmadım

1) Planlı değildi

2) Planlıydı

16-Sahip olmak istediğiniz çocuk sayısı nedir?

- 0) Hiç istemiyorum 1) Belirtiniz:

17-Sağlıklı bir gebelik için sizce annenin hangi yaştan önce gebe kalmaması gerekir?

- 0) Bilmiyorum 1) Belirtiniz:

18- Sağlıklı bir gebelik için sizce annenin hangi yaştan sonra gebe kalmaması gerekir?

- 0) Bilmiyorum 1) Belirtiniz:

19-Sizce aile planlaması nedir?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

20-Duyduğunuz aile planlaması yöntemlerini yazınız.

- 1)
2)
3)
4)
5)

21-Aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgiyi nereden aldınız? (Birden fazla şık seçilebilir.)

- 0) Bilgim yok 3) Dergi ve kitaplardan
1) Sağlık personelinin (doktor, hemşire, ebe) 4) Arkadaşlarımdan
2) Medyadan (TV, gazete, internet) 5) Ailemden

22-Herhangi bir sağlık personelinin (doktor, hemşire, ebe) aile planlaması yöntemlerine yönelik aldığınız danışmanlık hizmetini yeterli buldunuz mu?

- 0) Aile planlamasına yönelik danışmanlık almadım. 1) Yeterli değil 2) Yeterli

23-Şu anda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?

- 0) Hayır 1) Evet (belirtiniz):

24-Kullandığınız aile planlaması yöntemini tercih etme nedeniniz nedir?

- 0) Aile planlaması yöntemi kullanmıyorum 4) Yan etkisi az
1) Güvenilir (koruyuculuğunun yüksek olması) 5) Eşinin istemesi
2) Kullanımı kolay 6) Doktorun önerisi
3) Ekonomik olması 7) Diğer:

25-Kullandığınız aile planlaması yöntemine kim karar verdi?

- 0) Aile planlaması yöntemi kullanmıyorum 3) Ben ve eşim birlikte
1) Ben 4) Aile büyükleri
2) Eşim 5) Diğer:

26-Ne zamandan beri bu yöntemi kullanıyorsunuz?

- 0) Aile planlaması yöntemi kullanmıyorum. 1) Belirtiniz: gün / ay / yıl

27-Kendinizle ilgili aile planlaması yöntemlerini nereden temin ediyorsunuz?

- 0) Kullanmadım 4) Eczanelerden
1) Aile sağlığı merkezi / Aile Hekimimden 5) Petrol istasyonundan
2) Üniversite / Devlet / Özel hastanelerden 6) Marketlerden
3) Özel muayenehane 7) Diğer (belirtiniz):

28-Sizce kullanmakta olduğunuz aile planlaması yöntemi etkili bir yöntem midir?

- 0) Aile planlaması yöntemi kullanmıyorum 1) Hayır 2) Evet

29-Sizce aile planlaması yöntemlerinden en güvenilir yöntem nedir? Lütfen belirtiniz:

.....

30-Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmıyorsanız sebebi nedir?

- 0) Aile planlaması yöntemi kullanıyorum 4) Kısırlık / menopoz
1) Eşim istemiyor 5) Gebeyim

2) Ben istemiyorum

6) Gebe kalmak istiyorum

3) Günah / Dini sebeplerle

7) Diğer (belirtiniz):

31-Daha önce hangi yöntem ya da yöntemleri kullanmayı bıraktınız?

0) Aile planlaması yöntemi hiç kullanmadım.

1) Hep aynı yöntemi kullanıyorum / Bıraktığım bir aile planlaması yöntemi olmadı.

2)

3)

32-Daha önce kullandığınız aile planlaması yöntemini bırakma nedeniniz nedir?

0) Kullanmadım

5) Kullanımı zordu

1) Hep aynı yöntemi kullanıyorum /
Bıraktığım bir aile planlaması yöntemi olmadı.

6) Gebe kaldım

2) Yan etkisi:

7) Gebe kalmak için

3) Sağlık sorunu:

8) Eşimin istememesi

4) Fiyatı pahalı

9) Doktorun önerisi ile

10) Diğer (belirtiniz):

33-Herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmanıza rağmen gebe kaldığınız oldu mu?

0) Hiç kullanmadım

1) Hayır

2) Evet (belirtiniz):

34-Gebelik sonrası bu yönteme devam ettiniz mi?

0) Hiç kullanmadım

1) Hayır

2) Evet

35-Aile planlaması yöntemlerine karar verilirken eşle konuşulmalı mıdır?

0) Hayır

1) Evet

36-Sizce aile planlaması sorumluluğu kime aittir?

1) Eşlerden her ikisine

3) Erkeğe

2) Kadına

4) Bilmiyorum / fikrim yok

37-Sizce aile planlaması yöntemlerini eşlerden hangisi uygulamalıdır?

- 1) Kadın
2) Erkek
3) Her ikisi de
4) Bilmiyorum / fikrim yok

38-Aile planlaması aile ekonomisine katkı sağlar mı?

- 0) Hayır
1) Evet

39-Aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin gerekli olup olmadığı konusunda ne düşünüyorsunuz?

.....
.....
.....
.....

40-Gebeliği önleyici bir yöntem kullanmadan yapılan bir cinsel ilişki sonrasında kadını gebelikten koruyabilecek yöntemler var mıdır?

- 0) Hayır
1) Evet (belirtiniz):
2) Bilmiyorum / fikrim yok

41-Çocuğunuzun / çocuklarınızın cinsiyeti ile ilgili tercihinizden dolayı doğum yaptığınız oldu mu?

- 0) Hayır
1) Evet

Aşağıda verilen bilgiler doğru ise 'D', yanlış ise 'Y' harfini daire içine alınız.

	DOĞRU	YANLIŞ
42) Emzirme gebelikten koruyucudur / Bir kadın çocuğunu emzirdiği sürece gebe kalmaz.	D	Y
43) Doğum kontrol ilaçları uzun süre kullanıldığında kanser yapar.	D	Y
44) Geri çekme, etkili bir aile planlaması yöntemidir.	D	Y
45) Tüplerini bağlatan kadın ve erkekte cinsel yaşam olumsuz etkilenir.	D	Y
46) Erkeğin tüplerini bağlatma işlemi sonrasındaki yaklaşık 3 ay ek bir korunma yöntemi kullanması gerekmektedir.	D	Y
47) İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne / çocuk sağlığı açısından sakıncası yoktur.	D	Y

48) Kürtaj bir aile planlaması yöntemidir.	D	Y
49) Spiral fazla kanama yapabilir.	D	Y
50) Spiral mideye kaçabilir.	D	Y
51) Doğum kontrol hapları sinirlilik yapar.	D	Y
52) Sigara doğum kontrol haplarının pıhtı atma riskini artırır.	D	Y
53) Prezervatif kullanımı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur.	D	Y
54) RİA (Spiral) kullanımı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur.	D	Y
55) RİA (Spiral) kullanımı rahim ağzında kansere veya yaraya yol açar.	D	Y
56) Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur.	D	Y
57) Evli olmayanların aile planlaması yöntemi almaları doğru değildir.	D	Y
58) Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar.	D	Y
59) Erkek çocuk varsa “çocuğum var” denilir.	D	Y
60) Eşler doğum kontrol yöntemleri konusunda hemfikir olmalıdır.	D	Y
61) Aile planlaması yöntemlerine yönelik danışmanlık hizmetlerinin alınması son derece gereklidir.	D	Y
62) Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum.	D	Y
63) Ekonomik seviye arttıkça ailelerin sahip olmak istediği çocuk sayısı azalmaktadır.	D	Y

64-Doğum kontrol yöntemlerinin ücretsiz dağıtılması gerektiğini düşünüyor musunuz?

0) Hayır

1) Evet

65-Şu anda istemeden gebe kalsaydınız ne yapardınız? Lütfen belirtiniz:

.....

.....

.....

**66-Aile planlaması yöntemlerinin kullanımı ile ilgili eklemek istediğiniz bir şey var mıdır?
Lütfen belirtiniz:**

.....
.....
.....

Anketimiz bitmiştir. Katıldığınız için çok teşekkür ederiz.

