

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Galip EKUKLU

**LALAPAŞA MERKEZ İLÇE'DE YAŞAYAN
15-49 YAŞ GRUBU KADINLARIN
ÜREME SAĞLIĞI DURUMLARI**

(Yüksek Lisans Tezi)


Seda CANGÖL


EDİRNE – 2010


T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Doç. Dr. Galip EKUKLU danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Seda CANGÖL tarafından tez başlığı "Lalapaşa Merkez İlçe'de Yaşayan 15-49 yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumları " olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **25/06/2010** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "**Yüksek Lisans Tezi**" olarak kabul edilmiştir.


İmza
Unvanı Adı Soyadı
JÜRİ BAŞKANI
Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE
Doç. Dr. Galip EKUKLU


İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE
Doç. Dr. Petek BALKANLI KAPLAN


İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Levent ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

Değerli

Anneme

ve

Babama

Sevgilerimle...

TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimim sırasında, her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen değerli danışmanım Doç. Dr. Galip EKUKLU'YA, eğitimim boyunca yetişmemde emeğini ve yakınlığını hiçbir zaman unutamayacağım Prof. Dr. Faruk YORULMAZ'A ve aynı zamanda yetişmemde katkısı bulunan hocalarım Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK'A, Yrd.Doç. Dr. Ufuk BERBEROĞLU'NA ve Yrd. Doç. Dr. Burcu TOKUÇ'A, tez çalışmamda sabırla bana destek olan kardeşim Ebe Eda CANGÖL'E, çalışmanın Lalapaşa İlçe Merkezi'nde yürütülmesi için hiçbir zaman iznini esirgemeyen Lalapaşa TSM Hekimi Dr. Kutup IŞIK'A ve bana yardımcı olan ve güzel zamanları paylaştığım çalışma arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ ve AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	4
SAĞLIK	4
SAĞLIK HAKKI	4
ÜREME SAĞLIĞI	4
ÜREME SAĞLIĞININ ÖNEMİ	5
ÜREME SAĞLIĞININ AMAÇLARI	8
ÜREME SAĞLIĞI KAPSAMINDAKİ HİZMETLER	9
ÜREME HAKKI	10
ÜREME SAĞLIĞI KONUSUNDA ULUSLARARASI KARARLAR	11
TÜRKİYE'DE ÜREME SAĞLIĞI UYGULAMALARI	12
KADININ STATÜSÜ	14
DOĞURGANLIK	16
DOĞURGANLIĞIN DÜZENLENMESİ	16
DOĞURGANLIĞI ETKİLEYEN ETMENLER	16
TÜRKİYE'DE DOĞURGANLIK	18
AİLE PLANLAMASI	20
GÜVENLİ ANNELİK VE ANNE ÖLÜMLERİ	21
DOĞUM ÖNCESİ BAKIM	22
DOĞUM	23
DOĞUM SONRASI BAKIM	23

GEREÇ ve YÖNTEMLER	24
BULGULAR.....	28
TARTIŞMA	47
SONUÇLAR	55
ÖZET	58
SUMMARY	60
KAYNAKLAR.....	62
ŞEKİLLER LİSTESİ	68
ÖZGEÇMİŞ.....	69
EKLER	

SİMGE ve KISALTMALAR

AÇS	: Ana-Çocuk Sağlığı
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)
AP	: Aile Planlaması
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BM	: Birleşmiş Milletler
CEDAW	: Convention on Elimination of all Discrimination Against Women (Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi)
CS	: Cinsel Sağlık
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSB	: Doğum Sonrası Bakım
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GYE	: Genital Yol Enfeksiyonları
HIV	: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
ICPD	: International Conference on Population and Development (Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı)
RIA	: Rahim İçi Araç
SPSS	: Statistical Programme for Social Science
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TSM : Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
UNFPA : United Nations Population Fund
(Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
ÜS : Üreme Sağlığı

GİRİŞ VE AMAÇ

KONUNUN SEÇİM NEDENİ

Hem uluslar arası çalışmalar hem de Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması gibi ulusal çalışmalar, 15-49 yaş grubu kadınların önemli bazı sağlık sorunlarıyla sık karşılaştığını göstermektedir (1). Karşılaşılan bu sorunlar ana ve çocuk sağlığıyla ilgili sağlık düzeyi ölçütlerini olumsuz etkilemekte ve bu alanda beklenen gelişmeye engel olmaktadır (1). Lalapaşa Merkez İlçe’de yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda yapılan bu çalışma, üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularında elde edilecek verilerin değerlendirilmesiyle konunun Lalapaşa’daki durumunun ortaya konulmasına ve saptanacak olası sorunların çözümüne yönelik öneriler geliştirilmesine dolayısıyla da bu alandaki hizmetlerin niteliğinin geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

KONUNUN KİŞİ VE TOPLUM SAĞLIĞI YÖNÜNDEN ÖNEMİ

Kadınlar, toplumun genelinin yaşadığı sağlık başta olmak üzere her alandaki sorunları yaşamalarının yanı sıra, “kadın” olmalarından dolayı cinsiyete bağlı olarak da fazladan sosyal olumsuzluklarla ve sağlık yükleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Kadın sağlığı ile ilgili olarak yapılan çalışmalar, bütüncül bir yaklaşım içinde toplumların genel sağlık düzeylerine yönelik çalışmalardan soyutlanamaz (1).

En çok görülen, en çok sakat bırakan, en çok öldüren ve en çok ekonomik kayba neden olan sağlık sorunları toplum için en önemli sağlık sorunlarıdır. 15-49 yaş grubu kadınlar ülke nüfusunun yaklaşık % 25’ini oluşturmakta ve doğurganlık özellikleri nedeniyle üzerinde önemle durulması gereken bir risk grubunu oluşturmaktadırlar (2).

Sosyo-ekonomik nedenlerle sağlık hizmetlerinden görece az yararlananlar, risk altında ve sağlık hizmetlerine en fazla gereksinimi olanlar, bu kapsamda üreme çağındaki kadınlar ve özellikle çalışan kadınlara sağlık hizmetlerinin öncelikle götürülmesi gerekir (2).

Kadın sağlığı bakımından en önemli evre, hem kadının hem de bebeğin sağlığını doğrudan etkileyen gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdir. Üreme ağındaki kadınların yeterli doğum öncesi bakım almaları, güvenli ve sağlıklı bir ortamda doğum yapmaları, doğum sonrası bakım ve aile planlaması hizmetlerinden en etkin Şekilde yararlanmaları, bu hizmetlere ulaşabilmeleri, hizmetlerin niteliği ve hizmetlerin kullanımı büyük önem taşımaktadır. Kadının toplumsal konumu ile birlikte üreme sağlığına ilişkin yatırımların kazancı kadının, ailesinin ve toplumun sağlığı yanında toplumun kalkınmasına da katkı sağlayacaktır (2).

Üreme sağlığı (S) / cinsel sağlık (CS); reme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyiş süreciyle ilgili yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bütünüyle iyi olma durumudur. Ayrıca reme sağlığı, insanların tatmin edici bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları ve bu yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (3).

Üreme sağlığı kişisel hakları temel alan bir kavramdır. Üreme hakları tüm çift ve bireylerin, çocuklarının sayı, aralık ve zamanlama konusunda hiçbir ayrımcılık, Şiddet ve baskı olmaksızın özgürce sorumluluklara karar verme; bunun için gerekli bilgi ve olanaklara sahip olma, en yüksek standartta cinsel sağlık ve üreme sağlığına erişme haklarını içerir (4).

Üreme sağlığı oldukça geniş bir kavramdır. Kadın erkek herkesi kapsar ve doğumdan ölüme kadar tüm yaşamı içerir. Üreme sağlığı hizmetleri, üreme sağlığı sorunlarını önleyerek ve çözerek üreme sağlığına ve iyi olma durumuna katkıda bulunan yöntem, teknik hizmetler dizisi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, yalnızca üreme ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili danışmanlık ve hizmetleri değil, amacı yaşamı ve kişisel ilişkileri zenginleştirmek olan cinsel sağlığı da içermektedir (4).

Araştırmanın yakın ve uzak gelecek için amaçları Şunlardır :

Lalapaşa Merkez İlçede yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların;

- Doğurganlık özelliklerini ve bunu etkileyen etmenleri irdelemek,
- Seçilen bazı sosyo ekonomik değişkenler ile üreme sağlığı ilişkisini değerlendirmek,
- Üreme sağlığı hizmetlerine erişimi ve kullanımını irdelemek,

- Sosyo-demografik özelliklerinin üreme hakları ve üreme sağlığı konusundaki genel bilgilerini nasıl etkilediğini incelemek, sosyo-demografik özelliklerinin ve statülerinin gebelik, doğum öncesi bakım (DÖB), doğum ve doğum sonrası bakım (DSB) hizmetlerinden yararlanmalarına etkilerini irdelemek,
- Aile Planlaması (AP) yöntemlerini kullanma boyutu ve kullanılan yöntemleri belirlemek,
- Son bir yıl içinde yaşadıkları gebeliklerini, doğumlarını ve DÖB, DSB alma durumlarını etkileyen etmenleri belirlemek, alınan hizmetin nitelik ve niceliklerini belirlemek,
- Son bir yıl içinde yaptıkları doğumların gerçekleştiği yer ve doğuma yardım eden kişi bakımından durumunu değerlendirmek,
- Araştırma sonunda elde edilen verilerden yararlanılarak, nitelik ve nicelik olarak Üreme Sağlığı kapsamında daha iyi sağlık hizmeti verilmesi için çözüm önerileri geliştirerek bölgesel sağlık planlaması çalışmalarına katkıda bulunmak, bu araştırmanın başlıca amaçlarını oluşturmaktadır.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda sağlık "Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir" biçiminde tanımlanmaktadır (5,6).

SAĞLIK HAKKI

Sağlık hakkı ilk kez İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde vurgulanmıştır ve bildirgenin 25. maddesi sağlık ve esenlik bakımından yeterli bir yaşam standardına ulaşma hakkına yer vermektedir (7). İnsan Hakları Evrensel Beyanname'sinde ve DSÖ Kuruluş Bildirgesi'nde sağlık hakkı "İrk, din, politik inanç ve ekonomik güç ayrıcalığı olmaksızın herkesin olabilen en yüksek düzeyde sağlık hizmetinden yararlanma hakkı" olarak tanımlanmıştır(6).

ÜREME SAĞLIĞI

DSÖ sağlığın tanımında olduğu gibi üreme sağlığını; "Üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili olarak yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bütün bunlara ilişkin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır" diye tanımlamaktadır. Üreme sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları anlamına da gelmektedir (3, 8).

ÜREME SAĞLIĞININ ÖNEMİ

"Üreme sağlığı" toplumların gelişmişlik ölçütlerinden biridir. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) gibi pek çok uluslar arası toplantıda ve bilimsel çalışmada, sağlıklı, geleceği planlı ve refah düzeyi yüksek toplumların oluşmasında üreme sağlığının çok önemli olduğu vurgulanmıştır (9).

Dünyada her gün 100 milyonun üzerinde cinsel ilişki yaşandığı ve bunun yaklaşık 900 000'inin gebelik ve 350 000'inin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla sonuçlandığı tahmin edilmektedir. Ancak yarısı planlanmış olan bu gebeliklerin % 25'i kesinlikle istenmemektedir. İstenmeyen bu gebeliklerden 150 000'i isteyerek düşükle sonlanmakta, bu düşüklere üçte biri sağlıklı olmayan koşullarda gerçekleşmekte ve dünya genelinde her gün yaklaşık 500 anne bu nedenle ölmektedir. Normal fizyolojik bir süreç olan gebelik ve doğum sırasında her gün yaklaşık 1400 kadın yaşamını kaybetmekte, bu sayının birkaç katı kadın ise fiziksel ve psikolojik sakatlıkla ölümden kurtulmaktadır. Tüm dünyada her yıl 500 000 kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle yaşamını yitirmekte, ölümlerin yalnızca 4000 (% 0.8) kadarı gelişmiş ülkelerde, geri kalanı ise gelişmekte olan ülkelerde yaşanmaktadır. Dünya genelinde her yıl 40-60 milyon; başka bir deyişle her 1000 canlı doğuma karşı 300-500 yasal ve yasal olmayan düşük yapıldığı tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan pek çok ülkede yasadışı düşük komplikasyonu olarak septik abortus ve buna bağlı anne ölümleri ciddi boyutlardadır. Anne ölümlerinin 1/4-1/3'ü güvenli olmayan düşük komplikasyonlarına bağlıdır. Ayrıca istenmeyen gebelikler yanında anne ve çocuk ölümlerinin yaklaşık üçte birini önleyebilen aile planlaması (AP) hizmetlerine 300 milyon çift ulaşmamaktadır. Diğer taraftan, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar epidemik düzeyine ulaşmıştır. Sayıları hızla artan ergenlerin ÜS gereksinimleri de özel dikkat gerektirmektedir. Ergen gebeliklerin sıklığı çeşitli ülkelerde büyük farklılıklar göstermekle birlikte, genellikle gelişmekte olan ülkelerde daha yüksektir. Erken yaşta çocuk sahibi olmak; kadınların eğitim, sosyal ve ekonomik durumlarındaki gelişmenin önünde bir engel oluşturmaktadır. Ayrıca, erken yaşta annelik, anne ve bebek morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır.(3,8)

ÜS/CS alanındaki bir başka sorun infertilitedir. DSÖ, dünyada 60-80 milyon infertil çift olduğunu tahmin etmektedir. İnfertilite prevalansının büyük bölümünü sekonder infertilite oluşturmaktadır. Bunun en yaygın ve önemli nedeni, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara, güvenli olmayan düşüklere ve puerperal enfeksiyonlara bağlı olarak ortaya çıkan pelvik enfeksiyonlardır (3,8).

Kadınların üreme sağlığı sorunları doğumdan ölüme kadar geçen süre içinde yaşamın her döneminde kadının genel sağlık düzeyini etkileyebilecek nitelikte olup, kadının

doğurganlığını gerçekleştirdiği cinsel olgunluk döneminde (15-49 yaş) bu sorunlar, yaşamını tehdit edici boyutlara ulaşabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde 15-49 yaşlarındaki genç kız ve kadınların toplam hastalık yükünün 1/3'ünü, sağlıksız gebelik ve doğum, düşük, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve üreme yolları enfeksiyonları gibi üreme sağlığına ilişkin sorunlar oluşturmaktadır (10).

İstenmeyen gebelikler üreme sağlığını tehdit eden sorunların başında gelmektedir ve AP'nda karşılanamayan gereksinim olarak ifade edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kadınlar daha fazla çocuk sahibi olmak istemedikleri halde farklı nedenlerle herhangi bir AP yöntemi kullanamamakta, bu da başta istemli düşükler olmak üzere doğurganlıkla ilgili pek çok soruna neden olmaktadır. İstemli düşüklerle ilgili olarak yaşanan bir başka sorun ise özellikle gelişmekte olan ülkelerin bazılarında isteyerek düşük hizmetlerinin yasal sistem içerisinde yaygın ve ulaşılabilir olmaması ve sağlıksız düşükler nedeniyle annenin mortalite ve morbiditesinin artmasıdır (11).

Üreme sağlığını tehdit eden bir başka sorun da, cinsel yolla bulaşan hastalıklardır. Başta primer ve sekonder sifiliz olmak üzere pelvik enfeksiyonlar gibi bazı hastalıklar infertilite ve fötal kayıp gibi önemli sorunlara neden olabilmektedir (11).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçları; Türkiye'de toplam doğurganlık hızının 2.15 düzeyinde olduğunu ve kadınların halen erken yaşlarda çocuk doğurma eğiliminde oldukları görülmektedir. Türkiye'de her 10 doğumdan yaklaşık 7'si, 30 yaşından önce meydana gelmektedir. Gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 20 yaşın altında ve 35 yaşın üzerinde yapılan doğumlar, tüm doğumların yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır (12).

TNSA-2008 sırasında 20'li yaşlarda olan kadınların, canlı olarak doğurdıkları ortalama çocuk sayısı yaklaşık 1'dir. Ortalama çocuk sayısı 30'lu yaşlardaki kadınlarda 2-3 iken, doğurganlık çağının sonlarında (45-49 yaş grubu) 4 çocuğa yaklaşmaktadır (12).

TNSA-2008 sonuçları, önceki araştırmalarda olduğu gibi, kırsal yerleşim yerlerindeki doğurganlık hızının, kentsel yerleşim yerlerine göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bölge temelinde bakıldığında; Batı, Güney ve Doğu bölgelerinde toplam doğurganlık hızının düştüğü, Orta ve Kuzey bölgelerinde ise yükseldiği görülmektedir.

Türkiye'de kadınların % 91'i, hayatlarının bir döneminde, gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmıştır. Türkiye'de halen evli kadınların % 73'ü TNSA-2008'in yapıldığı dönemde gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Halen evli kadınların % 46'sı modern, % 27'si ise geleneksel bir yöntem kullanmaktadır. Araştırma tarihinde evli olan her 4 kadından 1'i geri çekme yöntemini kullanmaktadır. Modern yöntemler içinde RİA

(% 17) ve hap (% 14) en çok kullanılan yöntemlerdir. Halen evli kadınların % 8'inin tüplerin bağlanması yöntemini kullandıkları görülmektedir. Kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlar arasındaki yöntem kullanma yüzdesi (%74) kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlara göre (% 69) daha yüksektir. Kadınların eğitim düzeyi ile gebeliği önleyici yöntem kullanımları arasında doğrusal bir ilişki vardır. Yöntem kullanımı, eğitimi olmayan ya da ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında % 61 düzeyinde kalırken, lise mezunu veya daha yüksek eğitimi olan kadınlar arasında % 77'ye ulaşmaktadır (12).

TNSA-2008 sonuçları, eğitim düzeyinin yalnızca genel yöntem kullanımı üzerinde değil, modern yöntem kullanımı üzerinde de etkili olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyinin artması ile birlikte genel kullanım oranının artmasının yanısıra, eğitim düzeyinin kadınları daha çok modern yöntem kullanmaya yönelttiği de görülmektedir. Herhangi bir yöntem kullanan eğitimsiz kadınların % 58'i modern bir yöntem kullanırken, bu oran en az lise mezunu olan kadınlar arasında % 72'ye yükselmektedir (12).

TNSA-2008 sonuçları, kadınlar arasında ilk doğumun ertelenmesi düşüncesinin yaygın olmadığını göstermektedir. Çocuk sahibi olmayan evli kadınların ancak % 28'i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Son 5 yılda modern yöntem kullanımı Türkiye genelinde % 8 artarken, kırsal yerleşim yerlerinde % 17, Doğu'da % 20, Kuzey'de ise % 28 oranında artmıştır (12).

Modern yöntem kullananların % 61'i kullandıkları yöntemi kamu sektöründen, % 35'i özel sektörden, geriye kalan % 4'ü ise başta market/dükkan olmak üzere diğer kaynaklardan temin etmişlerdir. Kamu sektörü içinde modern yöntemlerin temin edildiği en önemli kaynaklar devlet hastaneleri ile sağlık ocağı/sağlık evleri, özel sektör içinde ise özel hastane ve eczanelerdir (12).

Türkiye'de halen evli her 5 kadından 4'ünün doğurganlıklarını sonlandırmak ya da ertelemek için AP hizmetlerinden yararlanmak ihtiyacında olduğu ortaya çıkmıştır. İleride başka çocuk sahibi olma konusunda kararsız olan evli kadın oranı % 3'tür (12).

Gebelik sırasında, doğumda ve doğum sonrasında uygun bakımın alınması hem annenin hem de bebeğin sağlığı için yaşamsal öneme sahiptir. TNSA-2008 öncesindeki beş yıllık dönemde doğum yapan annelerin % 92'sinin son doğumlarının gebeliği sırasında bir sağlık personelinin DÖB hizmeti aldığı (herhangi bir sağlık personeli ile temas) görülmektedir. Doğum öncesi bakımın hemen tamamının doktordan alınmış olması dikkati çekmektedir. DÖB alma oranı, kırsal yerleşim yerlerinde % 84'e, Doğu'da ve eğitimsiz anneler arasında % 80'nin altına, 6 ve daha fazla çocuğu olan anneler arasında

ise % 72'ye gerilemektedir. TNSA–2008 öncesindeki beş yıl içinde meydana gelen doğumların % 64'üne doktor, % 27'sine de ebe ve/veya hemşire yardımcı olmuştur (12).

Türkiye'de son beş yılda meydana gelen doğumların yaklaşık % 90'ı sağlık kurumlarında, % 10'u ise evde gerçekleşmektedir. Evde gerçekleşen doğumların oranı, kırsal yerleşim yerlerinde % 20'ye Doğu'da % 27'ye, eğitimsiz anneler arasında % 28'e, altı ve daha fazla çocuğu olan anneler arasında ise % 38'e yükselmektedir (12). Doğumun bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmesi olasılığını artıran temel faktörler; kadının yaşının genç olması, çocuğun doğum sırasının önce oluşu, annenin doğum öncesi bakım sayısının fazla olması ve annenin eğitim düzeyinin yüksek olması olarak sayılmaktadır (12).

Türkiye'de annelerin % 85'inin, bebeklerin ise % 90'ının doğumdan sonraki 2 ay içinde bir sağlık personelinden DSB hizmeti aldığı görülmektedir. Türkiye genelinde olduğu gibi, bütün sosyo-demografik gruplar temelinde de bebeklerin annelerinden daha yüksek oranda DSB hizmeti aldığı görülmektedir. Kırsal yerleşim yerlerinde, Doğu'da, eğitimsiz anneler arasında ve üst paritelerde hızla azalarak % 70'e gerileyen DSB hizmetlerinden yararlanma oranı, Batı'da, İstanbul'da ve özellikle eğitilmiş anneler arasında hızla artmakta ve % 95'in üzerine çıkmaktadır (12).

ÜREME SAĞLIĞININ AMAÇLARI

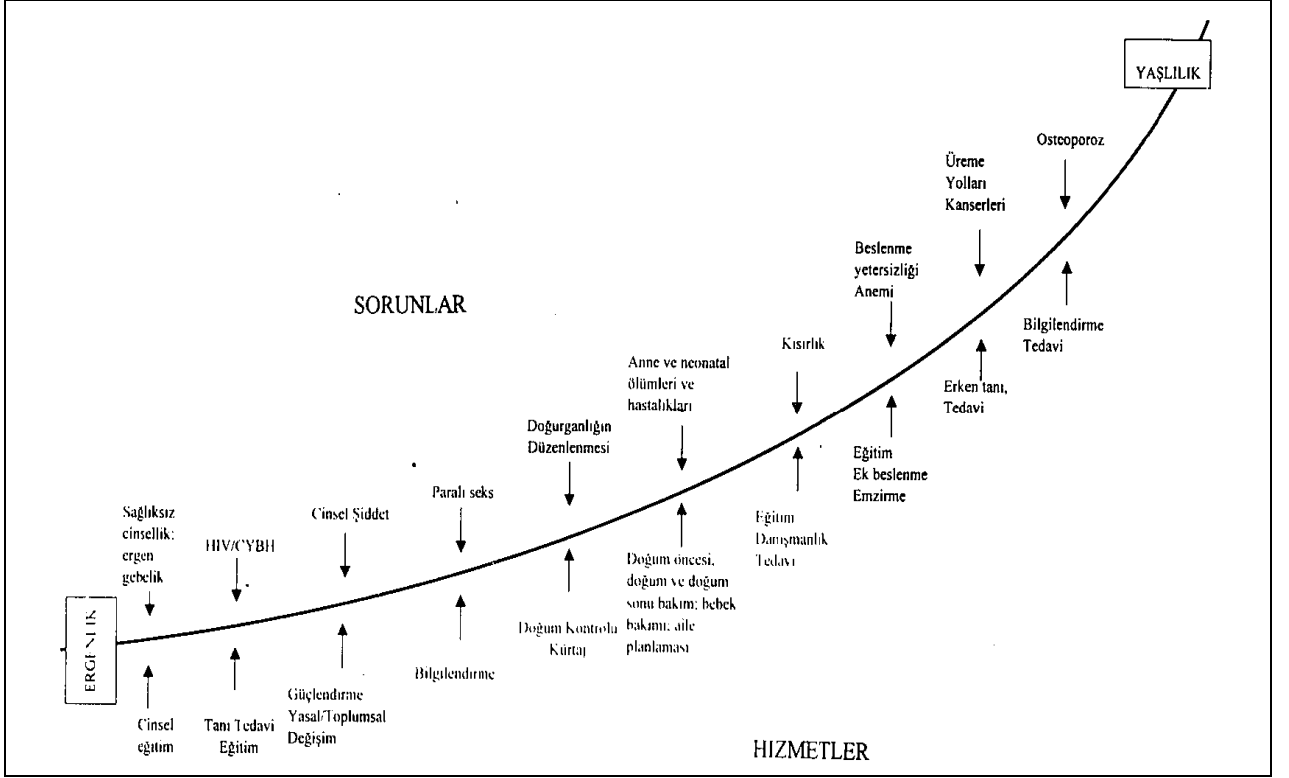
- Üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili ihtiyaçları karşılamada yardımcı olmak,
- İstenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmak,
- Erkeklerin katılımını artırmak,
- Emzirmeyi teşvik etmek,
- Kızları ve kadınları dikkate alarak, cinsel yolla bulaşan hastalıkları ve komplikasyonlarını önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak,
- Cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterince gelişmesini sağlamak,
- Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerekli duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak,
- Gençlere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirme, hizmet ve danışmanlık sağlamak,
- Erken yaşta gebelikleri azaltmaktır (3).

ÜREME SAĞLIĞI KAPSAMINDAKİ HİZMETLER

Üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri süreklilik ve bütünlük içerisinde ele alınmalıdır. Adolesan dönem, doğurganlıkla ilgili olayların en yoğun yaşandığı üreme dönemi, menapoz sonrası ve yaşlılık dönemlerinin kendine özgü sorunları mevcuttur ve hizmetlerin bu sorunlara paralel düzenlenmesi gerekmektedir (3).

Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Kapsamı

- Sorumlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme-egitim-iletisim,
- Yaygın AP hizmetleri, AP'nda bilgilendirme-egitim-iletisim ve danismanlik,
- Etkin ana sagligi hizmetleri ve guvenli annelik, DÖB, saglikli dogum, DSB, emzirme,
- Genital yol enfeksiyonlarının (GYE) etkin kontrolü,
- Cinsel yolla bulasan enfeksiyonların (CYBE) önlenmesi ve HIV/AIDS ile mücadele,
- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi,
- Güvenli olmayan düşüklere son verilmesi ve düşüğe bağlı sonuçlarda gerekenin yapılması,
- Üreme organları kanserlerin önlenmesi ve tedavisi,
- Beslenme,
- Bebek ve çocuk sağlığı,
- Adolesan sağlığı ve cinselliği,
- Sağlıklı yaşam biçimi,
- Çevresel faktörlerin düzenlenmesi,
- Sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesi olarak sıralanabilir (13).



Şekil 1. Üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri (2)

ÜREME HAKKI

Üreme hakkı uluslararası insan hakları kapsamındaki haklardan ve “Çiftlerin ve bireylerin, özgür ve sorumlu bir biçimde çocuklarının sayısı ve aralığına karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, ayrıca en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet, baskı ve ayrımcılık olmaksızın karar verebilmeleri ve özellikle adölesan dönemden başlanarak menopoz sonrası ve yaşlılık dönemi de dahil olmak üzere üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma hakkı” biçiminde tanımlanır (8).

Üreme sağlığı hakları şunlardır :

1. Yaşam hakkı bakımından; “hiçbir kadının yaşamı gebelik nedeniyle tehlikeye sokulamaz”.
2. Özgürlük ve güvenlik bakımından; ”herkes kendi cinsel ve üreme yaşamını denetleyebilmeli ve bundan haz alabilmelidir. Hiçbir kadın gebelik, kısırlaştırma (sterilizasyon) ya da düşük yapmaya zorlanamaz”.
3. Cinsellik ve üreme yaşamı bakımından bireyler eşit olmalıdır. Bu bakımından ayrımcılık söz konusu olamaz.

4. Mahremiyet hakkı bakımından; cinsellik ve ÜS ile ilgili hizmetlerde, gizlilik temel alınmalı, tüm kadınlar ÜS bakımından seçimlerinde kendi kararlarını verebilmelidirler.
5. Düşünce özgürlüğü bakımından; cinsellik ve üreme sağlık bakımı ile ilgili konularda bireyler dinsel öğeler, inançlar, felsefe ve adaletin yorumlanmasında özgür olmalıdırlar.
6. Bireyler sağlıkları bakımından; cinsellik ve ÜS ile ilgili olarak bilgilendirilmeli ve eğitilmelidirler.
7. Herkesin evlenip evlenmeme, aile kurma ya da kurmama özgürlüğü ve hakkı vardır.
8. Herkesin çocuk sahibi olup olmama konusunda karar verme hakkı vardır.
9. Sağlığın korunması ve sağlık bakımı alma hakkı bakımından; cinsellik ve ÜS ile ilgili hizmetler ulaşılabilir olmalı, hizmetler gizlilik, güvenlik, rahatlık ve süreklilik içermelidir.
10. Bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı bakımından; bireylerin cinsellik ve ÜS kapsamında sağlık hizmetlerinde de güvenli ve kabul edilebilir üreme teknolojilerinden yararlanma hakkı olmalıdır.
11. Bireylerin politikaya katılma ve toplantı yapma özgürlüğüne ilişkin hakları bakımından; cinsellik ve ÜS hakları konusuna öncelik verilmesi için hükümetleri etkileme hakkı olmalıdır.
12. Çocuklar da dahil tüm gençler ve kadınların ırza geçme, cinsel saldırı ve sataşmadan (tacizden) korunma hakkı olmalıdır (8,13).

ÜREME SAĞLIĞI KONUSUNDA ULUSLARARASI KARARLAR

Kahire Dünya Nüfus Kalkınma Konferansı'nda (1994) alınan kararlar ve Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı'nda yer alan öneriler doğrultusunda "Geleneksel Anne Sağlığı" yaklaşımı, kadını tüm yaşamı boyunca ele alan daha kapsamlı "Kadın Sağlığı" yaklaşımına dönüştürmüştür. Bu anlayışla, ülkemizde de Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde kamu kurum ve kuruluşları, gönüllü kuruluşlar, özel sektör ve sendikaların katılımı ile 1998 yılında tamamlanan bir çalışma sonucunda "Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Eylem Planı" hazırlanmış ve 2006 yılında uygulamaya girmiştir (14).

Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda kabul edilen eylem planında ÜS konusunun yanı sıra, kadınların ekonomik büyüme ve sürdürülebilir kalkınmaya etkili bir biçimde katkıda bulunabilmeleri için çalışma yaşamına katılmalarındaki engellerin ortadan kaldırılması, karar verici ve uygulayıcı kademelerde yer almalarının sağlanması vurgulanmıştır. Ayrıca kadınların eğitimine, yasal ve ekonomik haklarına, AP ve cinsel sağlık dahil ÜS'nin her alanına yatırım yapılmasına, izlenmesi ve değerlendirilmesine karar

verilmiştir. Cinsiyet eşitliği ve kadının güçlendirilmesi, Konferans'ta ayrı bir bölüm olarak ele alınmıştır. Kadınların üretim, iş, gelir getirici etkinlikler, eğitim, sağlık, bilim ve teknoloji, spor, kültür, nüfusla ilgili faaliyetler ve diğer alanlarda karar verici, katılımcı ve yararlanıcı olarak katılmalarını sağlamak amaçlanmıştır (15).

Bu konularla ilgili olarak eylem planında aşağıdaki maddeler kabul edilmiştir :

- Bütün ülkeler 2015 yılından önce, uygun yaşta bireylere temel sağlık hizmetleri kapsamında ÜS hizmetlerini ulaşılabilir hale getirmelidirler.
- Bilgi-eğitim-iletişim ve danışmanlık hizmetleri üreme ve cinsel sağlık hizmetlerinin parçası olmalıdır.
- ÜS programları, adölesanlar dahil kadınların gereksinimlerini karşılamalı, bu programlara bütün kadın ve erkeklerin katılımı sağlanmalıdır.
- AP hizmetlerinde gönüllü seçim ilkesi benimsenmelidir.
- Hizmet sunanlardan kaynaklanan yanlılığın kontrolü, AP ve ÜS hizmetlerinde etik ve mesleki standartlar izlenmelidir.
- AP'ndan yararlanmayı etkileyen engeller, 2005 yılına kadar kaldırılmalıdır.
- Düşüğü önlemek için kadına yardım edilmeli, düşük AP yöntemi olarak özendirilmemeli, düşük nedeniyle başvuran kadınlara tedavi ve danışmanlık ile AP hizmeti sağlanmalıdır.
- Cinsel eğitim uygun yaşta, aile, toplum ve okulda bütüncül bir biçimde başlamalıdır.
- Adölesanlara yönelik olarak cinsellik, üreme, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve cinsel taciz konularında bilgi ve hizmet verilmeli, bu konudaki engeller kaldırılmalıdır. Gençlerin özel gereksinimlerini karşılayacak programlar geliştirilmelidir.
- Cinsel taciz ve ensest ilişki önlenmelidir.
- Genital mutilasyon (kadın sünneti) önlenmelidir (15).

TÜRKİYE'DE ÜREME SAĞLIĞI UYGULAMALARI

Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, kalkınmanın temel ve vazgeçilmez bir insan hakkı olduğunu vurgulamıştır. Toplantıda, nüfus politikalarının temelinde bireylerin yaşam kalitesini yükseltme hedefinin yer alması gerektiği, nüfus, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerin bilincinde olunması gerektiği ilkeleri kabul edilmiştir. Yoksullukla mücadelede bütün ülkelerin işbirliği yapması zorunluluğu, kadınlarla kız çocuklarına özel olarak önem verecek şekilde eğitimin

herkesin hakkı olduğu ve önceliğin çocuklara verilmesi gerektiği ilkeleri kabul edilmiştir (3,13,16).

Konferansın sonuçları daha sonra, 1995’de Pekin’de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı’nda bir kez daha vurgulanmış ve bu konferanslardan sonra eylem programları hazırlanmıştır. Eylem programlarının ana konularını; kalkınma ve nüfus ilişkisi, kadınların güçlendirilmesi, cinsiyetler arası eşitliğin ve hakkaniyetin sağlanması, kadınlara yönelik şiddetin önlenmesi, ÜS ve AP, kız çocuklar, gençler ve yaşlılar oluşturmuştur. Eylem Programı’nda ayrıca, AP çalışmalarının, daha geniş bir kavram olan “ÜS” içerisine dahil edilmesinin gereği vurgulanmıştır. ÜS hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri aracılığı ile uygun yaştaki herkese sağlanması şart koşulmuştur (3,13,16).

Türkiye’ de AP hizmetlerinin temelleri bilimsel ve kapsamlı olarak, 1965 yılında çıkarılan “Nüfus Planlanması Hakkında Yasa” ile atılmış ve AP politikalarının yürütülmesi, hizmetlerin örgütlenmesi ve geliştirilmesi sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir (Nüfus Planlaması Hakkında Yasa, 1965). Sağlık Hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili mevzuatta da il düzeyindeki AP hizmetleri ilk basamak sağlık ocağı ekip hizmetlerinin üst basamaklarla bütünleştirilmesiyle ele alınmış, özellikle sektörler arası işbirliği, toplum eğitimi ve katılımı vurgulanmıştır (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa,1961) (17).

Nüfus Planlaması Hakkındaki Yasa 1983 yılında yeniden düzenlenmiş, sterilizasyon hizmetleri ile gebelik sonlandırması işlemleri ayrıntılı kurallara bağlanmıştır. İlgili mevzuata göre, 10 haftaya kadar olan gebelikler istek üzerine sonlandırılabilen, kadında ve erkekte 18 yaşından itibaren gönüllü sterilizasyon aile planlaması yöntemi olarak uygulanabilmektedir (Nüfus Planlaması Hakkında Yasa, 1983) (17).

Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü’nün 1991 yılında kurulması, kadının statüsünün güçlendirilmesi bakımından ülkemiz için önemli tarihlerden biridir. Hem 1985 yılında imzalanan CEDAW hem de 1995 yılında yapılan Pekin IV. Dünya Kadın Konferansı Eylem Planı’nın uygulanması ile ilgili izleme ve değerlendirmelerde koordinasyon görevini bu Genel Müdürlük yürütmektedir (15).

İkinci Dünya Kadın Konferansı’nın ardından Birleşmiş Milletler’de CEDAW kabul edilmiş ve 1 Mart 1980 tarihinde üye ülkelerin imzasına açılmıştır. CEDAW, BM sisteminde Çocuk Hakları Sözleşmesinden sonra en geniş katılımlı sözleşme olma özelliğini taşımaktadır ve Türkiye bu sözleşmeyi 1985 tarihinde kabul etmiştir (14).

CEDAW’ın temel hedefi, toplumsal yaşamın her alanında kadın-erkek eşitliğini sağlamak amacıyla, kalıplaşmış kadın-erkek rollerine dayalı önyargıların yanı sıra, geleneksel ve benzer tüm ayrımcılık içeren uygulamaların ortadan kaldırılmasını sağlamaktır. Söz

konusu sözleşme ile sosyal ve kültürel davranış kalıplarını değiştirmek için gerekli tüm geçici ve özel önlemlerin alınması hükme bağlanmıştır (14).

Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konsey'in kararıyla Pekin'de bir taahhütler konferansı olan 4.Dünya Kadın Konferansı gerçekleştirilmiştir. 189 ülke temsilcilerinin katılımıyla gerçekleştirilen Konferansın sonucunda Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu isimli iki belge kabul edilmiştir. Türkiye, her iki belgeyi de hiçbir çekince koymadan kabul etmiştir (18). Pekin Deklarasyonu, hükümetleri kadının güçlendirilmesi ve ilerlemesi, kadın erkek eşitliğinin geliştirilmesi ve toplumsal cinsiyet perspektifinin ana politika ve programlara yerleştirilmesi konularında yükümlü kılmakta ve kadın erkek eşitliğini gerçekleştirmeye yönelik somut politikalar üretecek Eylem Platformu'nun hayata geçirilmesini öngörmektedir (14, 18).

DSÖ'nün çerçevesini çizdiği "Herkesin Sağlık Hedef ve Stratejileri" doğrultusunda Türkiye'nin 21. yüzyıl için sağlık politikaları içinde üreme ve cinsel sağlığın geliştirilmesi 5. hedef olarak belirlenmiştir. Buna göre 2020 yılına dek üreme ve cinsel yaşamdan kaynaklanan sağlık sorunlarını en az % 50 azaltmak, anne ölüm hızını en az % 50 azaltmak, 15-49 yaş grubu kadınlarda etkili AP yöntemi kullanımını % 70'e çıkarmak ve 2010 yılına kadar bütün doğumların sağlık kuruluşlarında yapılmasını, 2020 yılına kadar bütün gebelerin düzenli DÖB almalarını sağlamak amaçlanmıştır (2).

KADININ STATÜSÜ

Kadının statüsü, yaşama dayalı, psiko-sosyal ve birbiriyle iç içe geçmiş pek çok faktörden etkilenmektedir ve bir anda geliştirmek oldukça zordur. Kadının statüsü erkeğin statüsü ile karşılaştırıldığında toplumun sosyal adalet düzeyi ortaya çıkar (19). Kadının genel sağlık durumu toplum içindeki statüsü ile yakından ilgilidir. Kadının sağlık düzeyini iyileştirmeye yönelik müdahale programlarında, kadının toplumsal cinsiyeti nedeni ile sağlığını olumsuz etkileyen toplumsal alışkanlıklar, davranışlar ve tüm bunların temelini oluşturan sosyo-kültürel geleneklerle de mücadele etmek gerekir (19).

Kadının statüsü ile ÜS arasında doğrudan bir ilişki mevcuttur: Kadının kendi doğurganlığını kontrol edebilmesi statüsünü yükseltmektedir, ancak bunun tersi de doğrudur (Tablo 1). Kadının değerinin doğurduğu çocuk sayısı ile ölçüldüğü toplumlarda kadın, doğurganlığını kontrol etme ve sınırlamada söz sahibi olamamaktadır. Araştırmalar kadın eğitiminin ve kadının para getiren bir işte çalışmasının ÜS'ni olumlu etkilediğini göstermektedir. Kadınların sağlık gereksinimleri, yalnızca "anne" olarak değil, "kadın" olarak yaşamın her döneminde ele alınmalı ve karşılanmalıdır (8).

Tablo 1. Kadının statüsü ve doğurganlığı arasındaki ilişki (8)

KADININ STATÜSÜ	Bu Gruptaki Ülke Oranı (%)	Toplam Doğurganlık Hızı
Çok çok düşük	10.6	5.9
Çok düşük	21.8	4.0
Düşük	28.4	3.9
Orta	9.7	2.9
İyi	15.3	2.1
Çok iyi	6.3	1.9
Bilgi yok	7.9	-

Kaynak : Özvarış ŞB, Akın A. Üreme sağlığı. Sağlık ve Toplum 1998; 8(3-4): 23-26.

Yukarıda sayılan etmenlerin yanı sıra sosyo-ekonomik durum da ÜS'nın önemli belirleyicilerindedir. Olumsuz sosyo-ekonomik koşullardan, öncelikle gebeler ve çocuklar etkilenmektedir. Günümüzde dünyada bir milyanın üzerinde insan yoksulluk koşullarında yaşamaktadır. 1.5 milyar insan yeterli ve temiz suya, 2 milyar insan ise yeterli sanitasyona sahip değildir. Üreme sistemi çevre koşullarının olumsuz etkisine son derece duyarlıdır. Olumsuz çevre koşullarında yaşayan kadınlar düşük, doğumsal özürler, intrauterin gelişme geriliği ve perinatal mortalite riski bakımından daha büyük risk taşımaktadırlar (8).

Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri

Gebelik süresince, doğum sırasında ve sonrasında sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve bu hizmetlerin niteliği ile daha geniş çerçeveden bakıldığında kadının eğitimi, toplumsal cinsiyet eşitliği, beslenme ve yoksulluk anne ölümlülüğü ile yakından ilişkilidir (20).

Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005'e göre; gebeliğe bağlı ölüm oranı 100 000 canlı doğumda 38.3 (\pm 2.8)'dir. Anne ölüm oranı 100 000 canlı doğumda 28.5'tir. Gebeliğe bağlı ve anne ölüm oranları, 35 yaş üstü kadınlarda, özellikle de 40-49 yaş grubunda hızla artmaktadır. Anne ölümlerinin önemli bir bölümü doğumdan önce, doğum sırasında veya doğumdan sonra kanama, enfeksiyon, toksemi nedeniyle meydana gelmektedir (20).

Gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık çağındaki kadınlar arasındaki en yaygın ölüm nedeni gebelik, doğum ve lohusalık sırasında meydana gelen komplikasyonlardır. Dünyada her yıl 528 000 anne ölümünün gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Anne ölümlerinin düzeyi sağlık hizmetlerinin sağlanması ve kalitesi bakımından çok boyutlu bir kalkınma

göstergesidir. Dolayısıyla da bireylerin, ailelerin ve toplumların yaşam düzeyini iyileştirmek amacıyla kalkınma düzeyini izleyen ve bu alandaki politikaları belirleyen uluslararası kuruluşların önem verdiği ve dikkat ettiği bir gösterge haline gelmiştir. Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri, anne ölüm oranının düşürülmesinin öncelikli hedefler arasında olması gerektiğini belirtmektedir (20).

DOĞURGANLIK

Demografik ve istatistiksel açıdan doğurganlık; toplumun üreme deneyimlerini yansıtan bir kavramdır ve en basit biçimde belirli bir sürede, bir toplumdaki canlı doğum sayısı ile ölçülür. Cinsel ilişki, dölleme ve gebeliğin canlı doğumla sonuçlanması aşamalarını içeren doğurganlık süreci, biyolojik ve sosyal faktörler tarafından belirlenen, cinsel davranış, gebelik, DÖB, doğum sayısı, bebeğin özellikleri, DSB ve anne-babanın biyo-sosyal ve sosyo-kültürel özellikleri gibi değişkenlerle ilgilidir. Fizyolojik olarak çocuk doğurma yeteneği ise doğurganlık gücü (fekandite) olarak adlandırılır. Doğurganlık, nüfusun büyüklüğünü, artışını ve kompozisyonunu etkiler. Doğurganlık örüntüsü doğum öncesi, sırası ve sonrasında anne ve bebeğin sağlık gereksinimleri ve sağlık hizmeti sunumu gibi sağlık bakımı üzerine çok sayıda etkiye sahiptir (11,21).

DOĞURGANLIĞIN DÜZENLENMESİ

Üreme sağlığının bir parçası olarak; kadın ve erkeğin üreme konusunda bilgilendirilmiş bir biçimde yetki sahibi olabilmeleri, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli, ekonomik olarak karşılanabilir ve kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağlıklarını tehlikeye sokmadan doğurganlıklarını düzenlemeleridir (11).

Doğurganlığın düzenlenmesinde, doğurganlığı belirleyen biyolojik, psiko-sosyal ve kültürel belirleyiciler, kontraseptif kullanımı ve seçimini etkileyen faktörler birlikte ele alınarak değerlendirilir (11).

DOĞURGANLIĞI ETKİLEYEN ETMENLER

Menarş ve menopoz yaşı: Çocuk sahibi olunabilecek biyolojik yaş sınırları menarş ve menopoz olarak göz önüne alındığında; doğurgan süre yaklaşık 35 yıldır. Bu nedenle menarş ve menopoz yaşlarının toplumdan topluma değişiklik göstermesi, doğurganlığın da değişmesine yol açar (2,21).

Cinsel ilişkiye başlama yaşı ve ilk evlilik yaşı : Cinsel ilişkiye başlama ya da ilk

evlilik yaşının erken olması doğurgan dönemin uzun olmasına neden olmakta ve doğurganlığı etkilemektedir. İlk evlilik yaşının yükselmesi çocuk sahibi olmada ortalama yaşı yükseltir ve nesiller arası süre uzar (2,21).

Doğum Aralığı

Canlı doğuma yol açan bir gebeliği bekleme süresi, gestasyon süresi ve doğum sonrası amenore süresi olarak üç dönemden oluşur. Normal doğumla sonlanan bir gebeliğin 40 hafta sürmesi, emzirmeyen annelerde bile doğumdan sonra ovülasyonun en erken 25, ortalama ise 45. günde başlaması normal koşullarda doğum aralıklarının 10 aydan kısa olamayacağını göstermektedir. Bebeklerini yalnızca anne sütü ile besleyen annelerde ise 60 günden önce ovülasyon olmadığı bilinmektedir. Bu durumda iki doğum arasında en kısa süre 11 ay olmaktadır. Gebe kalmak için bekleme süresi; kadın ve erkeğin fertilitesi, cinsel ilişki sıklığı, istemli ve kendiliğinden düşük sıklığı, kontraseptif kullanma sıklığı ve etkinliği gibi faktörlere bağlıdır (2,21).

Kontraseptif Kullanımı

Yöntem çeşitliliği, kullanım yaygınlığı, yöntemlerin başarısızlığı, yan etkileri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin varlığı ve ulaşılabilirliği de doğurganlıkta belirleyici olmaktadır. Kontraseptif seçiminde yöntemin etkinlik ve başarısızlık hızları, güvenilirliği, komplikasyonları, gebelik riski ve doğurganlığın geri dönüşü, yan etkileri, kontraseptif olmayan -ikincil- yararları, yöntemi uygulatmak veya kullanım için kliniklere bağımlı olma durumu belirleyici olmaktadır. Bunlardan başka, AP hizmetlerine kolay ulaşabilme, kontraseptiflerin maliyeti, cinsel ilişkiyle ilgisi kontraseptiflerin kabul edilebilirliğini etkilemektedir (2, 21).

Emzirme

Tek başına gebeliği önleyeceği kabul edilmese de emzirme, toplumda kontraseptif olarak önerilmesi ve doğum aralığını etkilemesi nedeniyle doğurganlığı etkilemektedir (2, 21).

İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler

İstenmeyen gebelikler ÜS'nı tehdit eden önemli bir sorundur ve AP hizmetlerinde karşılanamayan gereksinim olarak ifade edilir. Pek çok gelişmekte olan ülkede kadınlar daha fazla çocuk sahibi olmak istemedikleri halde farklı nedenlerle herhangi bir AP yöntemi

kullanmamaktadır. İstenmeyen gebelikler çoğunlukla isteyerek düşükle sonlanmaktadır. Ayrıca, gelişmekte olan ülkelerin bazılarında isteyerek düşük hizmetlerinin yasal sistem içerisinde yaygın ve ulaşılabilir olmaması hem doğurganlığı hem de anne mortalite ve morbiditesini etkilemektedir (2, 21).

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Sifiliz fetal kayıplara, tedavi edilmeyen pelvik enflamatuvar hastalık infertiliteye yol açarak doğurganlığı etkilemektedir (2, 21).

Kültürel Etmenler

Doğurganlığın düzenlenmesinde ailenin yapısı, ekonomik durumu, kadınların aile içindeki statüsü, eğitimi, çalışma durumu, üretim sürecine katkı payı, toplumsal konumu, mesleği, gelir düzeyi, yerleşim yeri, çocuğun aileye maliyeti, çocuğun ekonomik yararı, çocuklarda cinsiyet tercihi gibi sosyoekonomik ve kültürel faktörler ailelerin kararlarını etkilemektedir (2, 21).

TÜRKİYE’DE DOĞURGANLIK

Günümüzdeki doğurganlık düzeyine göre, Türkiye’de bir kadın doğurganlık çağının sonuna geldiğinde ortalama 2.16 doğum yapmaktadır. Türkiye’de doğurganlık 20-29 yaş grubunda yığılma göstermektedir. Ortalama bir kadın; 25 yaşında bir çocuğa, 30 yaşında ise iki çocuğa sahip olmaktadır. Doğurganlık düzeyi 30 yaşından sonra hızla azalmakta, 40’lı yaşlarda da ihmal edilebilecek düzeye inmektedir. Doğurganlık hızlarında belirgin bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. Doğurganlık hızı, Doğu bölgesinde en yüksek (kadın başına 3.3 çocuk) ve Batı bölgesinde en düşük (kadın başına 1.7 çocuk) düzeydedir. Kırsal alanlarda yaşayan kadınlar, kentsel alanlarda yaşayan kadınlardan daha fazla çocuğa sahip olmaktadır (kırsal alanlarda kadın başına 2.7, kentsel alanlarda kadın başına 2.0 çocuk)(12).

Türkiye’de doğurganlığın düzenlenmesinde belirleyici etmenlerin bazıları şunlardır:

Toplumun Yapısı

Türkiye, özellikle 1950’lerden sonra, kırsal alanlardan kentlere doğru göç sonucu hızlı bir kentleşme sürecine girmiştir. 1950’de kentlerde yaşayan nüfusun payı % 25 iken, 2007 yılında bu oran % 70’e yükselmiştir. Kentleşme hızı 1990–2000 döneminde binde 33 dolayında gerçekleşmiştir (11).

Aile Yapısı

Kentleşmeyle birlikte çekirdek aile yapısının giderek yaygınlaşmasına karşın, kırsal alanda geleneksel geniş aile yapısı korunmakta, bu da kültürel normların etkisiyle seçilecek doğum kontrol yöntemini özellikle de geleneksel yöntemleri kullanımını artırmakta ve çiftin doğurganlığını planlama konusunda edilgen kalmasına yol açabilmektedir (11).

Ailelerin Ekonomik Durumu

Ülkemizde 2006 verilerine göre kişi başına düşen yıllık gelir 5477 dolardır (22). Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında, bu gelir oldukça düşüktür. Ülkemizde gelir paylaşımında da dengesizlik söz konusudur. Yıllık gelirin % 70'ini nüfusun % 30'u, geriye kalan % 30'luk bölümünü ise nüfusun % 70'lik büyük çoğunluğu paylaşmaktadır (11).

Kadının Statüsü

Kadının statüsünü belirlemede, eğitim düzeyi ve gelir getiren bir işte çalışıyor olması önemlidir (11). 2008 TNSA' ya göre eğitim doğurganlık düzeyi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Okuryazar olmayan kadınların, ilkokul mezunu olan kadınlara göre 0.4 fazla çocuğa sahibi oldukları, en az lise mezunu olan kadınlara göre de 1.1 fazla çocuğa sahip oldukları görülmektedir. Düşük statü; kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını ve doğurganlığını etkilemektedir. Kadının statüsü iyileştikçe ÜS hizmetlerinden yararlanma oranı da artmaktadır (11,12).

İlk Evlilik Yaşı

2008 TNSA'na göre, ülkemiz için ortanca ilk evlilik yaşı 20.8'dir. Kırsal kesimde yaşayan, eğitim düzeyi düşük ve doğuda yaşayan kadınlar daha erken evlendiklerinden, fertil dönemleri uzamakta ve doğurganlıkları artmaktadır(12).

İstenen Çocuk Sayısı

Kadın ve erkeğin eğitim durumu istenen çocuk sayısını etkilemekte, eğitim düzeyi arttıkça istenen çocuk sayısı azalmaktadır. Eğitim dışında kentleşme, kadının çalışma yaşamına katılması gibi etkenler toplumumuzda istenen çocuk sayısı ve aile büyüklüğünü etkileyen değişkenlerdir (21).

Cinsiyet Tercihi

Erkek çocuk tercihi pek çok gelişmekte olan ülkede olduğu gibi, ülkemizde de doğurganlığı etkileyen bir faktördür. Eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda, erkek çocuk tercihi eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha fazladır (11,19).

Çocuğun Maliyeti ve Aileye Ekonomik Yararı

Kentle karşılaştırıldığında kırsal kesimde çocuğun aileye maliyetinin düşük, işgücüne katkısının fazla olması kırsal kesimde doğurganlığı artıran bir etmendir (11,19).

Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü

Ülkemizde bebek ve çocuk ölümlerinin halen yüksek olması, doğan çocukların hayatta kalıp kalamayacağı endişesini yaratmakta, bu da kadını daha çok çocuk doğurmaya yönlentmektedir (11).

Laktasyon

Ülke genelinde emzirmenin çok yaygın olmasına rağmen, ek gıdalara erken başlanması nedeniyle laktasyonun kontraseptif etkisi yeterli olmamaktadır. Bu da doğurganlığı olumsuz etkilemektedir (21).

AİLE PLANLAMASI

Mexico City’de yapılan Uluslararası Nüfus Konferansı’nda (1984) aile planlaması; “bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları” olarak tanımlanmıştır (23, 24).

AP’nda gönüllü katılım esastır. Baskı ve yasal zorunluluk söz konusu değildir. AP uygulamalarının asıl hedefi anne ve çocuklarının sağlığının korunması ve sağlık düzeylerinin yükseltilmesidir (24).

Gelişmekte olan ülkelerle, gelişmiş ülkelerin sağlık yönünden en önemli farkları ana-çocuk sağlığı alanındadır (25). Ülkemizde aşırı doğurganlık hala önemli sağlık sorunlarından biridir. TNSA 2008 verilerine göre toplam doğurganlık hızı % 2.16’dır ve kadınların yalnızca % 46’sı modern bir AP yöntemiyle korunmaktadır (12,27). Daha fazla çocuğa sahip olmak istemedikleri halde gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmayanlar ile geleneksel yöntemleri kullananların (% 27 + % 27 = % 54) oranı hala yüksektir (12, 23). Etkin olmayan yöntemlerle korunan kesim aslında AP’na istekli, ancak yeterince hizmet götürülemeyen

kesimdir. Toplumun, özellikle de kadının eğitim düzeyi yükseldikçe, hem istenen çocuk sayısı azalmakta, hem de daha bilinçli bir AP uygulanmaktadır. Bu nedenle AP temel sağlık hizmetlerinin en önemli bileşenlerinden biridir (25).

AP hizmetlerinde istenen düzeye ulaşmada danışmanlık hizmetleri son derece önemlidir. Ancak kimi zaman bu hizmet ihmal edilebilmektedir. Danışmanlık ikna etmek için bir araç değil, yöntemlerle ilgili seçenekler sunarak çiftin kendilerine en uygun yönetime karar verebilmeleri konusunda aydınlatılmasıdır (25). Danışmanlık, AP hizmetlerinin tüm aşamalarına entegre edilmesi gereken bir süreçtir. Bireylerin doğurganlıklarını düzenlemek için yeterli bilgi sahibi olmaları, hizmet almaları, hizmetin sürekliliğinden yararlanmaları ve bu süreçten tatmin olmaları temel hedef olmalıdır (26).

Sonuç olarak ; Türkiye’deki Ana Çocuk Sağlığı göstergelerinin düzeyi ve yüksek olan nüfus artış hızı, AP hizmetlerine diğer sağlık hizmetleri arasında öncelik vermeyi gerektirmektedir. Daha planlı ve programlı olarak yürütülecek çalışma ve sektörlerarası işbirliği ile kısa sürede daha olumlu sonuçların alınması güç olmayacaktır (24).

GÜVENLİ ANNELİK ve ANNE ÖLÜMLERİ

Yüksek maternal morbidite ve mortaliteyi azaltmak için, 1987 yılında Nairobi’de düzenlenen konferansta, Dünya Bankası, DSÖ, UNFPA ve 55’den fazla ülkenin ilgili kuruluşlarının desteği ile bir “Güvenlik Annelik Girişimi” başlatılmıştır. Anneliği güvenli yapmak demek; istenmeyen ve yüksek riskli gebelik sayısının azaltılması, obstetrik komplikasyonların azaltılması ve komplikasyon gelişen kadınlarda ölüm riskinin azaltılmasıdır. Bu girişimin amacı 2000 yılına kadar anne ölüm ve hastalıklarını yarı yarıya azaltmak olarak saptanmıştır. Güvenli annelik girişiminin kısa vadedeki hedefi hizmetlerde niteliği ve erişimi artırmak, uzun vadedeki hedefi ise sağlık, eğitim ve diğer etmenleri göz önüne alarak kadınların sosyo-ekonomik durumunu geliştirmek olarak belirlenmiştir (24,27). Bu programla annenin sağlıklı beslenmesinden, sürekli ve uygun DÖB, komplikasyonların önlenmesi, oluşan komplikasyonların etkin tedavisi amaçlanmıştır. Böylelikle yenidoğan ve annenin fiziksel ve duygusal destek alabileceği olumlu bir ortam, sağlıklı doğum sonrası periyod ve gereksiz müdahaleler olmaksızın gebeliğin termde sonuçlandırılması gerçekleşmiş olacaktır (28).

Güvenli annelik programında sunulması gereken hizmetler anne ve bebek paketi olarak belirtilmektedir. Anne ve bebek paketi; uygun yaşta ve aralıklarla gebelik için AP hizmetlerini, gebelik öncesi ve sırasında anneye verilmesi gereken hizmetleri, temiz ve güvenli doğumu ve doğum komplikasyonlarında acil bakımı, doğum sonrası anneye ve

yenidoğana sunulması gereken hizmetleri içermektedir (27). Güvenli annelik girişiminin kısa vadeli hedeflerinden olan, maternal mortalite ve morbiditeyi azaltmanın maliyeti yılda kişi başına 2 ABD doları kadardır. Bu maliyetin yarısı AP, yarısı ise anne sağlığı içindir. Hükümetlerin güvenli anneliği sağlamak üzere yürütebilecekleri, sağlıkla ilgili hizmetler arasında maliyet etkinlik bakımından en elverişli olanı ise prenatal bakım ve doğum hizmetlerinin sağlanmasıdır (24).

Güvenli anneliğe ulaşan yoldaki basamakların bazıları aşağıda sunulmuştur :

- Adolesan dönemdeki kızların beslenme durumu,
- Kadınların gebeliği önleme konusundaki bilgileri,
- Kadınların gebelikteki tehlike belirtileri hakkında bilgi sahibi olmaları,
- Toplumun cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeyi,
- Yeterli eğitim almış sağlık personeline erişebilirlik,
- Acil durumlarda gerekli olan tıbbi müdahalenin alınabileceği merkezlere ulaşım olanağının sağlanması (24).

DOĞUM ÖNCESİ BAKIM

Doğum öncesi bakım; anne ve fetusun tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir (29). Temel amaç, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır. Bu amaca yönelik olarak; annede gebelikten önce var olan hastalıklar ve riskli gebelikler saptanır, gebelik komplikasyonları olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisi, gerekirse sevki sağlanır, fetüs intrauterin izlenir, anne tetanoza karşı bağışıklanır, doğumun nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacağına karar verilir. Anneye beslenme, gebelik hijyeni, doğum, doğum sonu bakım, bebek bakımı ve doğum sonu kullanabileceği aile planlaması yöntemleri konusunda eğitim verilir (30).

Gebeliğin hem anne, hem de bebek için sağlıklı devam etmesi gebeliğin başlangıcından sonuna kadar tıbbi kontrolleri gerektirir. Normal gebelerde doğum öncesi kontroller 28. gebelik haftasına kadar ayda 1 kez, 28-36. haftalar arasında 15 günde 1 kez, bundan sonra doğuma kadar haftada 1 kez yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı'nın yaklaşımında her gebenin gebeliğin başlangıcından itibaren saptanarak en az 6 kez izlenmesi hedef alınmıştır (31).

Gebelik haftası	İzleme sıklığı
12. Haftaya kadar	Tespit- ilk izleme
24. Hafta (6.ayda)	1 kez
28. Hafta (7.ayda)	1 kez
32. Hafta (8.ayda)	1 kez
36. Hafta (9.ayda)	1 kez
39. Hafta (10.ayda)	1 kez

Toplam gebelik süresince 6 kez (riskli gebeliklerde gebe daha sık izlenmelidir (29).

Gebelerin doğum öncesi bakım almalarını ve bakım sıklıklarını etkileyen başlıca faktörler; annenin öğrenim durumu, gelir getiren bir işte çalışması, ilk gebeliğinin olmaması, ailenin ekonomik durumu ve daha önceki gebeliklerde annede veya bebekte sağlık sorunu bulunmasıdır (31).

DOĞUM

Doğum olayı en az 28 haftalık bir gebelik süresinden sonra fetüsün uterus dışına çıkma süreci olarak tanımlanır. Fetüsün henüz uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan uterus dışına çıkması ya da gebeliğin 24.haftadan önce sonlanması düşük olarak adlandırılır (32).

DOĞUM SONRASI BAKIM

Doğumun tamamlanmasından sonraki 6 haftalık (42 gün) süre, loğusalık dönemi olarak tanımlanır (23). Anne ölüm zamanlarına bakıldığında; doğum sonrası 42 gün içinde olan ölümlerin oranı anne ölümlerinin % 54'ünü oluşturmaktadır (20). Loğusalık döneminde anne, doğumdan sonraki 24 saat içinde 1 kez, daha sonra ise 2. ve 4. haftalarda birer kez olmak üzere toplam 3 kez izlenmelidir. Bu dönemde annenin bebeği emzirmesi sağlanmalı ve meme bakımı öğretilmelidir (29). Anne ve yenidoğan ölümlerinin 2/3'ü doğumdan sonraki ilk 2 gün içinde gerçekleşmektedir. Bu nedenle doğum sonrası dönem hem anne hem de yenidoğan sağlığı bakımından son derece önemlidir (33).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMA BÖLGESİNİN TANITILMASI

Araştırmanın yürütüldüğü Lalapaşa ilçesinin kuzeyinde ve batısında Bulgaristan, doğusunda Süloğlu İlçesi, güneyinde Edirne İli yer almaktadır. İlçe, Edirne'ye 24 km uzaklıkta olup adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçlarına göre Temmuz 2009 itibariyle 3911'i erkek ve 3797'si kadın olmak üzere toplam 7 708 nüfusa sahiptir. Merkez ilçe nüfusu ise 719'u erkek ve 670'i kadın olmak üzere toplam 1389 kişidir (34, 35). İlçe 1 Merkez Mahalle ve 27 Köy olmak üzere 28 idari birimden oluşmaktadır (35). Lalapaşa'da yaşayanların temel geçim kaynağı tarım ve hayvancılıktır. TUIK verilerine göre ilçe genelinde okur-yazar oranı % 96'dır (35).

Lalapaşa İlçesi'nde 1 Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), 2 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ve bir 112 Acil istasyonu bulunmaktadır. Sağlık kuruluşların tamamı aynı binada hizmet vermektedir. TSM'de 1 doktor, 2 hemşire, 4 ebe, 1 çevre sağlığı teknisyeni ve 1 laboratuvar teknisyeni, ASM'de ise 2 hekim ve 2 yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır. Ayrıca 7 acil tıp teknisyeni 24 saat hizmet vermektedir (35).

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, Lalapaşa ilçe merkezinde 15-49 yaş grubu kadınların üreme sağlığı durumlarını değerlendirmek amacıyla planlanmış tanımlayıcı ve kesitsel özellikte bir araştırmadır. Lalapaşa merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş grubu kadın sayısı ASM nüfuslarından saptanmış, yeterli gebelik ve doğum sayısına ulaşabilmek amacıyla örnekleme yapılmamıştır. 2008 Aralık ayı verilerine göre bölgede yaşayan 15-49 yaş grubu kadın sayısı 356'dır.

Görüşmelerde araştırmacılarca literatürden yararlanılarak geliştirilen veri toplama formu kullanılmıştır. Bütün görüşmeler aynı araştırmacı tarafından yüz yüze yürütölmüş, görüşmenin başında, araştırmanın amaçlarından ve toplanan bilgilerin yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı, dolayısıyla kişisel bilgilerin gizli kalacağı bilgilendirmesinden sonra katılımcının onayı alınıp sorulara geçilmiştir. Her görüşme ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler

- Doğurganlık verileri (medeni durum, evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, yaşıyan çocuk sayısı, istemli ve istemsiz düşük sayısı, kürtaj deneyimi, AP yöntem kullanım durumu, bebek ölümü deneyimi, çocuk ölümü deneyimi vb),
- Gebelik verileri (DÖB, DSB alma durumu, doğumun gerçekleştiği yer vb),
- Üreme sağlığı hakları bilgileri,
- Üreme sağlığı konusundaki genel bilgileri,

Bağımsız Değişkenler

Sosyodemografik özellikler (eğitim, yaş, yaşıanan yer, sosyal güvence durumu, gelir düzeyi, hizmeti aldığı yer vb.)

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Farksızlık (H_0) Hipotezi

Lalapaša Merkez ilçe'de yaşıyan 15-49 yaş kadınların üreme sağlığı durumları Türkiye geneliyle benzerdir ve eğitim, yaş, sosyal güvence durumu, gelir düzeyi, etnik özellik gibi sosyoekonomik parametrelerden etkilenmemektedir.

Alternatif (H_1) Hipotez

Lalapaša Merkez ilçe'de yaşıyan 15-49 yaş kadınların üreme sağlığı durumları Türkiye genelinden farklıdır ve eğitim, yaş, sosyal güvence durumu, gelir düzeyi, etnik özellik gibi sosyoekonomik parametrelerden etkilenmektedir.

VERİ TOPLAMA AŞAMASI

Araştırmada kullanılan veri toplama formu, 15-49 yaş grubu kadınların sosyo-demografik bilgilerini, üreme hakkı bilgilerini, üreme öykülerini, araştırma sırasında ve geçmişte kullandıkları AP yöntemlerini sorgulayan genel sorulardan ve son bir yıl içinde gebelik yaşayan ve canlı doğumla sonuçlanan 15-49 yaş grubu kadınların gebelik, doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım konularını ayrıntılı irdeleyen açık ve kapalı uçlu 116 sorudan oluşmuştur. Görüşmeler kapı kapı dolaşarak kişilerin yaşadığı yerlerde yapıldı. Veri toplama formunun ön denemesi Uzunköprü Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 15-49 yaş grubu 10 kadında yapılmış, gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra forma son biçimi verilmiştir (Ek. 1).

Araştırma öncesinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve Edirne Valiliği'nden izin alınmıştır (Ek. 2,3).

ARAŞTIRMANIN SÜRESİ

Araştırmanın planlanmasına 2008 yılında başlanmış, literatürlerin incelenip veri toplama formunun oluşturulması, ön denemenin yapılması, katılımcılarla görüşmeler ve toplanan verilerin bilgisayara girilmesi yaklaşık 7 ay (Haziran- Aralık 2009) sürmüştür.

VERİLERİN ANALİZİ

Veriler bilgisayara girilmiş, gerekli kontroller yapıldıktan sonra değerlendirmeler STATISTICA AXA 7.1 (Lisans No: AXA507C775506FAN3) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Analiz aşamasında; kadınların demografik özellikleri, bağımlı ve bağımsız değişkenlerle ilgili tanımlayıcı istatistikler sunulmuş, değişkenler arası karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanılmıştır. p değerinin 0.05'ten küçük olduğu durumlar, istatistiksel düzeyde farklılık biçiminde yorumlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırma kapsamında toplanan bilgiler görüşülen kadınların kişisel beyanlarıdır. Toplanan verilerle ilgili kayıtlı bir belgenin kontrolü olanaklı olmamıştır. Gelir, kadının beyanına göre eve giren bütün gelir olarak alınmıştır ve hanede yaşayan kişi ile ilişkilendirilmemiştir. Aile hekimliği sistemine geçişte kullanılan veriler dikkate alındığında 2008 Aralık ayı itibarıyla Lalapaşa merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş grubu kadın sayısı 356'dır. Bu sayıdan Lalapaşa'dan Edirne'ye çalışmaya gidenler, ya da Edirne'de oturup Lalapaşa'da çalışanlar çıkarılmamıştır. Bunun temel nedeni, kadınların sağlık hizmetlerini

Lalapaşa Aile Sağlığı Merkezleri'nden almalarıdır. Veri toplama dönemi temmuz-ağustos-eylül aylarına rastladığı ve bu ayların izin dönemi olması nedeniyle evlerine birkaç kez gidildiği halde bazı kadınlara ulaşılamamıştır. Sonuç olarak araştırmanın başında görüşülmesi hedeflenen 356 kadından 273'üne (% 76.7) ulaşılmıştır.

BULGULAR

Araştırma verileri bölgede yaşayan toplam 356 kadından 273'üne (% 76.7) aittir. Kadınların yaş ortalaması 31.7 ± 9.9 (min:15- maks.:49)' dur. Kadınların 193'ü (% 70.7) evli, 70'i (% 25.6) bekar, 9'u (% 3.3) dul ve 1'i (% 0.4) ayrı yaşamaktadır (Tablo 2).

Araştırmaya katılan kadınların 186'sı gebelik yaşamıştır. Gebelik yaşayanların ilk gebelik yaşı ortalaması 21.6 ± 3.4 (min:15- maks.:34) tür. 186 gebeliğin % 30'u adölesan gebeliktir. Bunlardan 1'i (% 0.5) 15 yaşında, 6'sı (% 3.2) 16 yaşında, 6'sı (% 3.2) 17 yaşında, 25'i (% 13.4) 18 yaşında ve 17'si ise (% 9.7) 19 yaşında ilk gebeliğini yaşamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınlara ait temel bilgiler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Araştırma kapsamına alınan 15-49 yaş grubu kadınlarla ilgili temel bilgilerin dağılımı

Verilerle ilgili temel bilgiler	Sayı	%
Lalapaşa ASM'ndeki 15-49 yaş grubu kadınlar	356	100.0
Analize alınan 15-49 yaş grubu kadınlar	273	76.7
Evli sayısı	193	70.7
Bekar Sayısı	70	25.6
Gebe sayısı	186	68.1
Son 1 yıl içinde canlı doğum yapan 15-49 yaş grubu evli kadınlar	19	9.8

Lalapaşa merkez ilçede yaşayan ve araştırma kapsamına alınan kadınlara ait temel demografik özellikler Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Lalapaşa merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların kimi demografik özelliklere göre dağılımı

Temel Özellik	Sayı	%
Yaş		
15-19	44	16.1
20-24	40	14.7
25-29	33	12.1
30-34	38	13.9
35-39	40	14.7
40-44	46	16.8
45-49	32	11.7
Medeni durum		
Evli	193	70.7
Bekar	70	25.6
Birlikte yaşıyor	0	0.0
Boşanmış	0	0.0
Dul	9	3.3
Ayrı yaşıyor	1	0.4
Eğitim düzeyi		
Okur yazar değil	5	1.8
İlkokulu bitirmiş	132	48.4
Ortaokulu bitirmiş	32	11.7
Lise ve üzeri	104	38.1
Doğum yeri		
Edirne	265	97.1
Edirne dışı	8	2.9
İlk evlenme yaşı		
10-14	1	0.5
15-19	69	35.8
20-24	99	51.3
25-29	20	10.4
30+	4	2.1
Evliliğe karar verme durumu		
Siz	2	1.0
Eşiniz	1	0.5
Birlikte	146	75.6
Aileleriniz	44	22.8
Akrabalık durumu		
Var	2	1.0
Yok	191	99.0
Sigara içme durumu		
İçiyor	124	45.4
İçmiyor	149	54.6
Nikah şekli		
Yalnız resmi nikah var	2	1.0
Yalnız dini nikah var	0	0.0
Dini ve resmi nikah var	191	99.0
Evlilik sayısı		
1	184	95.3
2	9	4.7
3+	0	0.0
Aile tipi		
Geniş	82	42.5
Çekirdek	111	57.5
Gelir getiren işte çalışma		
Çalışıyor	53	19.4
Çalışmıyor	220	80.6

Tablodaki veriler incelendiğinde; araştırmaya katılan kadınların en fazla (% 16.8) 40-44 yaş grubunda toplandığı görülmektedir. Öğrenim durumlarına bakıldığında ise, kadınların 5'inin (% 1.8) okur-yazar olmadığı, 132'sinin (% 48.4) ilkokul, 32'sinin (% 11.7) ortaokul, 104'ünün ise (% 38.1) lise mezunu olduğu anlaşılmaktadır. Kadınların 265'inin (% 97.1) doğum yeri Edirne'dir. En küçük ilk evlenme yaşı 14'tür.

Kadınların 99'u (% 51.3) ilk evliliklerini 20-24 yaş aralığında yapmışlardır.

Evliliğe karar verme durumları incelendiğinde; kadınların 146'sının (% 75.6) evliliğe eşleriyle birlikte, 44'ünün ise (% 22.8) aileleri ile birlikte karar aldıkları anlaşılmaktadır. Kadınların yalnızca 2'si (% 1.0) akraba evliliği yapmıştır.

Katılımcıların sigara içme durumları incelendiğinde; 124 kadının (% 45.4) sigara kullandığı görülmektedir.

Kadınların evliliklerindeki nikah biçimleri % 99 oranında (191 kadın) dini ve resmi nikah biçimindedir. Araştırmaya katılan kadınların 184'ü (% 95.3) 1 evlilik yaptığını, 82'si (% 42.5) geniş aile olduğunu ve 53'ü (% 14.9) son bir yıl içinde gelir getirici bir işte çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Gelir getirici işte çalışan kadınların temel özellikleri Tablo 4'de sunulmuştur.

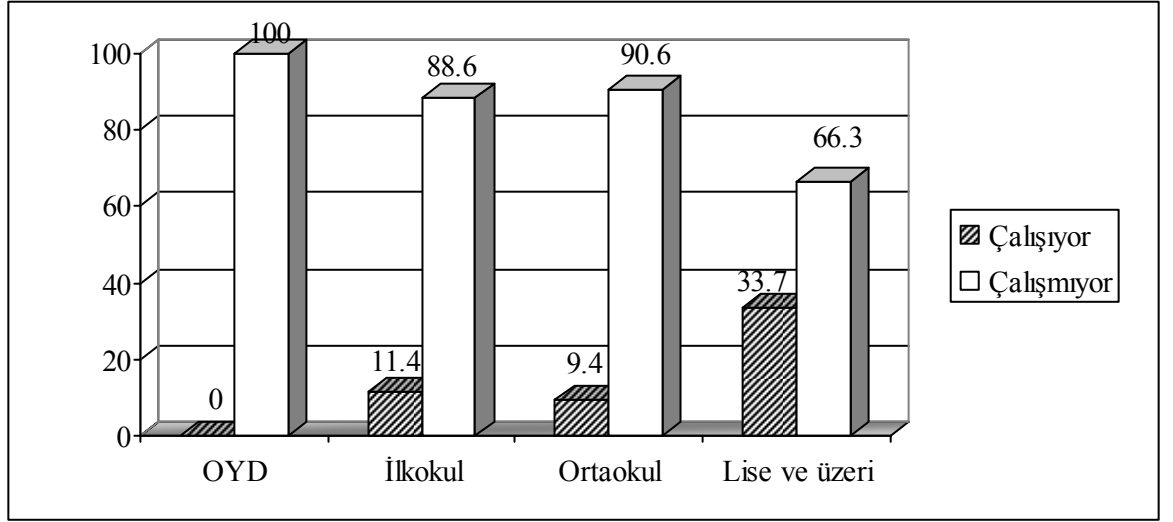
Tablo 4. Lalapaşa merkez ilçede yaşayan ve son bir yıl içinde gelir getirici bir işte çalışan kadınların temel özellikleri

Temel özellik	Gelir getirici işte çalışma durumu				p
	Çalışıyor		Çalışmıyor		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş grubu					0.054 ¹
15-19	3	6.8	41	93.2	
20-24	11	27.5	29	72.5	
25-29	9	27.3	24	72.7	
30-34	10	26.3	28	73.7	
35-39	9	22.5	31	77.5	
40-44	9	19.6	37	80.4	
45-49	2	6.3	30	93.8	
Medeni durum					0.146 ²
Evli	32	16.6	161	83.4	
Bekar	20	28.6	50	71.4	
Birlikte yaşıyor	0	0.0	0	0.0	
Boşanmış	0	0.0	0	0.0	
Dul	1	11.1	8	88.9	
Ayrı yaşıyor	0	0.0	1	100.0	
Eğitim durumu					0.000 ³
Okur yazar değil	0	0.0	5	100.0	
İlkokulu bitirmiş	15	11.4	117	88.6	
Ortaokulu bitirmiş	3	9.4	29	90.6	
Lise ve üzeri	35	33.7	69	66.3	

¹ ($\chi^2=12.382$; Sd=6)

² ($\chi^2=5.380$; Sd=3)

³ ($\chi^2=22.213$; Sd=3)



Şekil 2. Araştırma grubundaki kadınların en son bitirdikleri okul ile çalışma durumları arasındaki ilişki

Kadınların gelir getirici işte çalışma durumları değerlendirildiğinde; yaş ve medeni durumun çalışma durumunu etkilemediği ($p>0.05$), eğitimin çalışma durumunu olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Okuryazar olmayan kadınların tamamının çalışmıyor olması çarpıcıdır.

Araştırma grubundaki kadınların aylık hane gelirleri Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5. Lalapaşa merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların aylık hane gelirleri

Aylık toplam gelir	Sayı	%
500 TL’den az	73	26.7
500-1000 TL	125	45.8
1000 TL üzeri	75	27.5
Toplam	273	100.0

Tablo 5 incelendiğinde, kadınların 125’inin (% 45.8) aylık toplam hane gelirinin 500-1000 TL arasında olduğu, 75’inin (% 27.5) 1000 TL ve üzeri olduğu ve 73’ünün (% 26.7) 500 TL’den az olduğu anlaşılmaktadır.

Lalapaşa merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların son 6 ayda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru dağılımı Tablo 6' da verilmiştir.

Tablo 6. Lalapaşa merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların son 6 ayda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru durumu

Herhangi bir sağlık birimine başvuru	Sayı	%
Evet	273	100.0
Hayır	0	0.0
Toplam	273	100.0

Elde edilen verilere göre araştırma grubundaki tüm kadınlar son 6 ayda herhangi bir sağlık kurumuna başvurmuşlardır.

Araştırma grubundaki kadınların son 6 ayda başvurdukları sağlık kuruluşu türüne göre dağılımı Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Lalapaşa merkez ilçede yaşayan kadınlardan son 6 ayda sağlık birimine başvuranların türlerine göre dağılımı

Sağlık birimi	Sayı	%
ASM	267	97.8
Devlet Hastanesi	3	1.1
Özel Sağlık Birimi	3	1.1
Toplam	273	100.0

Son 6 ayda başvuru yapılan sağlık birimi dağılımı, kadınların en sık 267 kişinin (% 97.8) aile sağlığı merkezine başvurduklarını göstermektedir.

Lalapaşa merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların 260'ı (% 95.2) sağlık güvencelerinin olduğunu belirtmişlerdir.

Sağlık güvencelerinin olduğunu belirten kadınların sahip oldukları güvence türüne göre dağılımı Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Lalapaşa merkez ilçede yaşayan sağlık güvenceli kadınların sahip oldukları güvence türüne göre dağılımları

Sağlık güvencesi	Sayı	%
SSK	105	40.4
Emekli Sandığı	66	25.4
Bağkur	58	22.3
Yeşil Kart	31	11.9
Toplam	260	100.0

Tablodaki veriler değerlendirildiğinde en sık sahip olunan güvence türünün SSK, en az ise yeşil kartlı olduğu görülmektedir.

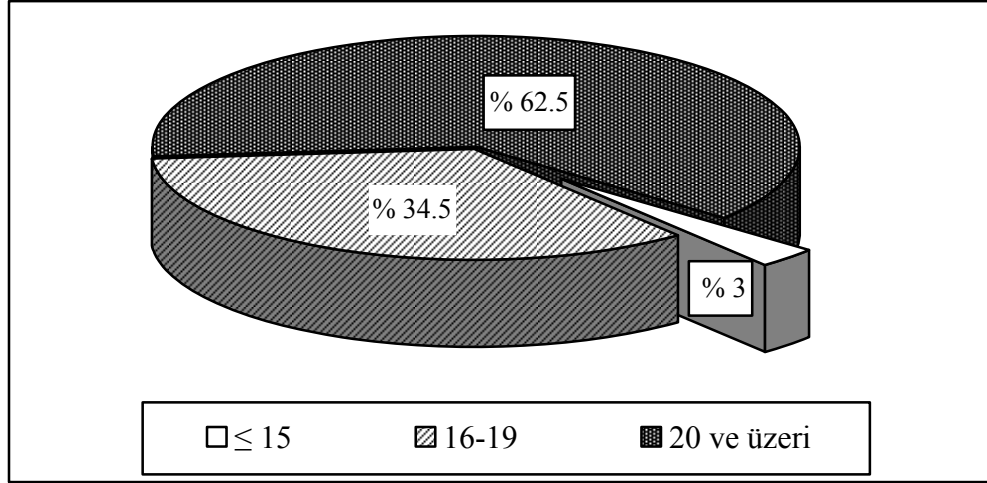
Lalapaşa merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların üreme hakları konusundaki düşünceleri Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Lalapaşa merkez ilçede yaşayan kadınların üreme hakları konusundaki düşünceleri

Değişkenler	Sayı	%
Evliliğe karar verme		
Tek başına kadının kararı olmalı	1	0.4
Tek başına erkeğin kararı olmalı	1	0.4
Çiftlerin ortak kararı olmalı	261	95.6
Aile büyüklerinin kararı olmalı	8	2.9
Çiftlerin ve ailenin ortak kararı olmalı	2	0.7
Gebeliğe karar verme		
Tek başına kadının kararı olmalı	4	1.5
Tek başına erkeğin kararı olmalı	0	0.0
Çiftlerin ortak kararı olmalı	269	98.5
Aile büyüklerinin kararı olmalı	0	0.0
Çiftlerin ve ailenin ortak kararı olmalı	0	0.0
Gebeliği sonlandırmaya karar verme		
Tek başına kadının kararı olmalı	5	1.8
Tek başına erkeğin kararı olmalı	0	0.0
Çiftlerin ortak kararı olmalı	268	98.2
Aile büyüklerinin kararı olmalı	0	0.0
Çiftlerin ve ailenin ortak kararı olmalı	0	0.0
Toplam	273	100.0

Çalışma grubundaki kadınların neredeyse tamamına yakını evliliğe, gebeliğe ve gebeliğin sonlandırılmasına çiftlerin ortak karar vermesi gerektiğini düşünmektedirler.

Araştırma grubunda ve cinsel deneyimi olan kadınların ilk cinsel ilişki yaşlarına göre dağılımı Şekil 3'te sunulmuştur.



Şekil 3. Lalapaşa merkez ilçede yaşayan kadınların ilk cinsel ilişki yaşlarına göre dağılımı *Yüzdeler 203 kişi üzerinden hesaplanmıştır

Şekil 3 incelendiğinde, en düşük ilk cinsel ilişki yaşı 14'tür. Kadınların 127'sinin (% 62.5) ilk cinsel ilişki yaşının 20 yaş ve üstünde olduğu anlaşılmaktadır.

Lalapaşa merkez ilçede yaşayan ve gebelik deneyimi olan 186 kadının gebelik sayısına göre dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Lalapaşa merkez ilçede yaşayan kadınların gebelik sayısına göre dağılımı

Gebelik sayısı*	Sayı	%
1	41	22.0
2	64	34.4
3	44	23.7
4+	37	19.9
Toplam	186	100.0

*Yüzdeler gebe kalanlar üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo verileri değerlendirildiğinde gebelik deneyimi olan her 5 kadından birinin (37 kadın) risk sınırı olan 3'ten fazla gebelik yaşadığı görülmektedir.

Lalapaşa merkez ilçede yaşayan kadınların gebe kalınabilecek döneme ilişkin bilgileri Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11. Lalapaşa merkez ilçede yaşayan kadınların gebe kalınabilecek döneme ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar

Gebe kalınacak dönem	Sayı	%
Adet bittikten sonra gebe kalınabilir	69	25.3
İki adet arasında gebe kalınabilir	55	20.1
Adet başlamadan önce gebe kalınabilir	5	1.8
Gebe kalmanın belirli bir zamanı yoktur	4	1.5
Adet sırasında gebe kalınabilir	2	0.7
Bilmiyorum	138	50.5
Toplam	273	100.0

Elde edilen veriler 138 (% 50.5) kadının gebe kalınabilecek dönemi bilmediklerini ortaya koymuştur. Bu her iki kadından biri demektir ve oldukça düşündürücüdür.

Araştırma grubundaki kadınların iki gebelik arasında geçmesi gereken süreye ilişkin görüşleri Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Lalapaşa merkez ilçede yaşayan kadınların iki gebelik arasında geçmesi gereken süreye ilişkin görüşleri

İki gebelik arasındaki süre	Sayı	%
İki yıldan az olmalı	64	23.7
İki yıldan çok olmalı	206	76.3
Toplam	273	100.0

Her dört kadından biri iki gebelik arasında geçmesi gereken süreyi riskli gebelik sınırı olan iki yıldan az olarak bilmektedirler.

Araştırma grubundaki kadınlara göre ideal çocuk sayısı Tablo 13’te sunulmuştur.

Tablo 13. Araştırma grubundaki kadınlara göre ideal çocuk sayısı

İdeal çocuk sayısı	Sayı	%
≤ 2	246	90.1
> 2	27	9.9
Toplam	273	100.0

Elde edilen veriler her on kadından dokuzuna göre ideal çocuk sayısının en fazla 2 olduğunu göstermektedir. Aynı kadınların yaşayan çocuk sayıları ile ilgili verileri Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14. Lalapaşa merkez ilçedeki kadınların yaşayan çocuk sayıları

Yaşayan çocuk sayısı	Sayı	%
1	52	29.1
2	105	58.7
3	14	7.8
4+	8	4.5
Toplam	179	100.0

Tablo 14 incelendiğinde; kadınların yarısından fazlası (% 58.7) 2 çocuğa sahiptirler. Üç ve daha fazla çocuğu ideal bulan kadın sayısı % 9.9 iken, 3 veya daha fazla yaşayan çocuğu olan kadın oranı % 12.3'tür.

Araştırma kapsamındaki 4 kadın (% 2.2) doğumdan sonra ölen çocuğu olduğunu, 4 kadın da ölü doğum yaptığını belirtmiştir. Bu kadınlar aynı kadınlar değildir.

Araştırma kapsamında kadınların aile planlaması konusundaki bilgi ve deneyimleri de sorgulanmıştır.

Katılımcı kadınlar AP yöntem bilgisi bakımından değerlendirildiğinde; kadınların % 10'u yalnızca hap'ı, % 2'si yalnızca kondomu, % 2'si yalnızca RİA'yı, % 2'si yalnızca geri çekmeyi, % 1'i yalnızca fitili bildiğini belirtmiştir. Birden fazla AP yöntemi bilenlerin yanıtları ise; % 8'i hap+ kondom, % 3'ü hap + RİA, % 2'si hap + geri çekme ve % 14'ü ise hap + kondom + RİA biçiminde dağılmaktadır.

Lalapaşa merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların hayatlarının herhangi bir döneminde AP yöntemi kullanım durumları Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo 15. Lalapaşa merkez ilçede yaşayan kadınların hayatlarının herhangi bir döneminde AP yöntemi kullanma durumları

Aile planlaması yöntemi	Sayı*	%
Kullanmış	187	92.6
Kullanmamış	15	7.4
Toplam	202	100.0

- 1 kişiden yanıt alınmamıştır.

Evlilik deneyimi olan 203 kadının 187'si (% 92.6) yaşamlarının herhangi bir döneminde gebeliği önleyici bir yöntem kullanmıştır. Araştırma grubundaki evli kadınlardan 15'i herhangi bir AP yöntemi kullanmamaktadır. Bu kadınların 7'si çocuk istediğini öne sürerken, 7'si doğurganlık özelliği olmadığını, 1'i kullanmak istediği halde yöntemi nereden alacağını bilmediğini ifade etmiştir.

Yaşamın herhangi bir döneminde kullanılan AP yöntemi sorusuna kadınların % 17'si yalnızca geri çekme yöntemini kullandım, % 11'i yalnızca kondom, % 11'i yalnızca RİA, % 10'u hap ve kondom, % 6'sı RİA ve geri çekme, % 3'ü ise hap ve geri çekme, % 3'ü hap ve tüp ligasyonu, % 2'si ise yalnızca tüp ligasyonu yöntemi kullandığını söylemiştir. Bulgular içinde dikkat çekici ve kaygı verici olan geleneksel ve güvenli olmayan geri çekme yönteminin yaygın kullanımındır.

Yaşamlarının herhangi bir döneminde AP yöntemi kullandığını belirten 187 kadının yöntemi kullandıkları zamana göre dağılımları Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16. Yaşamlarının herhangi bir döneminde yöntem kullanan kadınların yöntemi kullandıkları zamana göre dağılımları

Kullanılan AP yönteminin zamanı	Sayı	%
Şu anda	8	4.3
Son bir sene içinde	11	5.9
Son 1-5 sene içinde	35	18.7
Son 5 seneden önce	21	11.2
Diğer	112	59.9
Toplam	187	100.0

Herhangi bir AP yöntemi kullanan kadınların yönetime karar verme biçimleri Tablo 17'de sunulmuştur.

Tablo 17. Araştırma grubundaki yöntem kullanan kadınların yönetime karar verme biçimleri

Kullanılan AP yöntemini karar verme durumu	Sayı	%
Kendisi	18	9.6
Eşi	9	4.8
Eşiyle birlikte	160	85.6
Toplam	187	100.0

Veriler irdelendiğinde yöntem kullanan kadınların önemli bir bölümünün (% 85.6) kullanılacak yönteme eşiyile birlikte karar verdiği görülmektedir. 9 kadın (% 4.8) ilginç bir biçimde kullanılacak yönteme tek başına eşinin karar verdiğini söylemiştir.

Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığını belirten kadınlardan yöntemi nereden aldıkları sorusunu yanıtlayanların birimlere göre dağılımı Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanan kadınların yöntemi aldıkları birimler

Yöntem alınan yer	Sayı*	%
ASM	56	36.1
Devlet Hastanesi	35	22.6
Özel Hastane	34	21.9
AÇS- AP Merkezi	23	14.8
Eczane	4	2.6
Özel Muayene	2	1.3
Üniversite Hastanesi	1	0.6
Toplam	155	100.0

*Yüzdeler yanıtlayanlar üzerinden hesaplanmıştır.

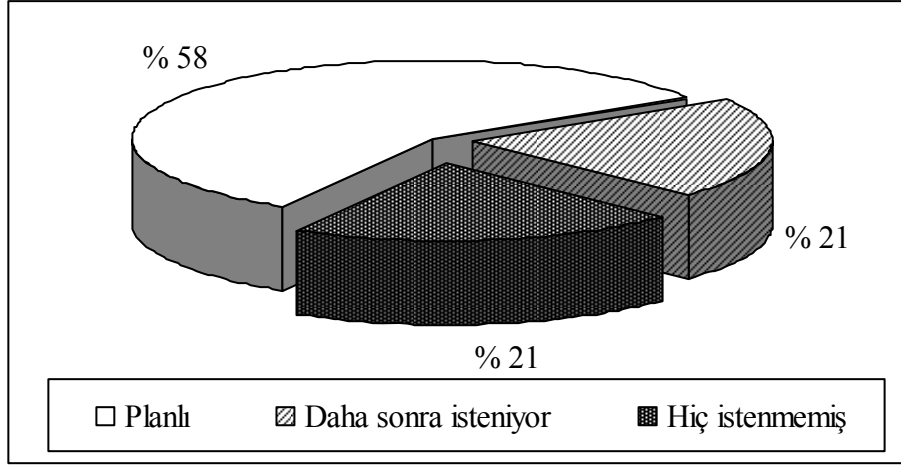
Tablodaki bilgilere göre kadınlar kullandıkları yöntemi ağırlıklı olarak ASM ve hastanelerden almaktadırlar. AÇS-AP Merkezi 4.sırada yer almaktadır.

Lalapaşa Merkez İlçe’de yaşayan ve AP yöntem kullanma deneyimi olduğunu belirten kadınların 132’si (% 70.6) kullandıkları yöntem için danışmanlık almadıklarını belirtmişlerdir. Bu oran oldukça yüksek ve düşündürücüdür. Danışmanlık alan 55 kadının tamamına yakını (% 98) danışmanlığı hekim (% 51) ya da ebe/hemşireden (% 47) almış ve yine önemli bir bölümü (% 86) aldıkları hizmeti yeterli olarak değerlendirmiştir. Danışmanlık için ücret ödediğini belirtenlerin oranı % 16.4’tür. Danışmanlık alınan sağlık birimlerinin başında ASM gelmektedir (% 45.5). ASM’yi Devlet Hastanesi (% 23.6), AÇS-AP Merkezi (% 14.5) ve özel muayenehane (% 12.7) izlemektedir.

Araştırmamızın bir diğer başlığı gebelikler ve doğumdur. Bu kapsamda elde edilen veriler bir sistematik içerisinde aşağıda sunulmuştur.

Bu konudaki ilk bulgular gebeliklerle ilgilidir. Araştırmaya katılan kadınların 19’u (% 9.8) son bir yılda canlı doğumla sonuçlanan gebelik yaşamıştır. Bunlardan biri 18 yaşındadır.

Yaşanan gebeliklerin planlı olup olmadıkları Şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 4. Son bir yılda canlı doğum yapan kadınların gebeliklerini planlama durumları

Grafikteki veriler değerlendirildiğinde son bir yıl içindeki gebeliklerin yarıya yakınının (% 42.2) planlanmamış olması önemli bir bulgudur.

Son bir yılda canlı doğum yapmış kadınların gebelikleriyle ilgili kimi özellikler Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19. Son bir yılda canlı doğum yapmış kadınların gebelikleriyle ilgili kimi özellikler

Gebelikle ilgili değişkenler	Sayı	%
Gebelik tanısı konulan yer		
Kamu sektörü		
ASM	7	36.8
Devlet Hastanesi/ Doğumevi	6	31.6
Özel sektör		
Özel Hastane	5	26.3
Özel Dr./muayenehane	1	5.3
Gebelik tanısı için ücret ödeme durumu		
Ödeyen	7	36,8
Ödemeyen	12	63,2
Gebelik tanısını koyan		
Hekim	6	31.6
Ebe/hemşire	13	68.4
Gebelik için danışmanlık alma durumu		
Alan	8	42.1
Almayan	11	57.9
Toplam	19	100.0

Tablodaki veriler incelendiğinde; gebelik tanısının ASM, Devlet Hastanesi ve özel hastanede konulduğu, gebelerin % 63'ünün bu tanı için ücret ödemediği, gebelik tanısının ağırlıklı olarak ebe ve hemşireler tarafından konulduğu ve gebelerin 2/3'ünün gebelik için danışmanlık almadığı anlaşılmaktadır. Özellikle gebelerin çoğunun danışmanlık alamamış olması dikkate değerdir. Son 1 yılda canlı doğum yapan ve gebelik için danışmanlık alan 8 kadının yarısı danışmanlık hizmetini özel sektörden, doktordan ve ücret ödeyerek aldığını belirtirken, geriye kalanlar kamudan, ebe-hemşireden ve ücretsiz olarak aldıklarını ifade etmişlerdir.

Son bir yılda canlı doğum yapmış olan kadınların tamamı gebelikleri boyunca DÖB aldıklarını ifade etmişlerdir. Annelerin ifade ettikleri DÖB hizmetleri Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Son bir yılda canlı doğum yapan kadınların DÖB sırasında aldıkları hizmetler

Alınan hizmet	Sayı	%
Tetanoza karşı aşılanan gebe	19	100.0
Ağırlığı ölçülen gebe	19	100.0
Bebeğinin kalp atışları dinlenen gebe	19	100.0
Tansiyonuna bakılan gebe	18	94.7
İdrar incelemesi yapılan gebe	18	94.7
Gebelikte beslenme ile ilgili bilgi alan gebe	18	94.7
Ultrasonografi çekilen gebe	18	94.7
Kan incelemesi yapılan gebe	17	89.5
Emzirme ile ilgili bilgi alan gebe	16	84.2
Boyu ölçülen gebe	13	68.4
Gebelikte tehlike belirtileri ile ilgili bilgi alan gebe	13	68.4
Aile planlaması ile ilgili bilgi alan gebe	13	68.4
Doğumun nerede, kim tarafından yapılacağı konusunda öneri alan gebe	13	68.4
Doğum ile ilgili bilgi alan gebe	12	63.2
Sarılık incelemesi yapılan gebe	11	57.9
Vajinal muayene yapılan gebe	11	57.9

Son bir yılda doğum yapan 19 kadının DÖB sırasında aldıkları hizmetler değerlendirildiğinde; tamamının ağırlıklarının ölçüldüğü, bebeklerinin kalp seslerinin dinlendiği ve tetanoza karşı aşılandığı anlaşılmaktadır. Ayrıca son bir yıl içinde gebelik yaşayan 19 kadından 3'ü DÖB ziyaretler kapsamında sayılan hizmetler dışında kendisine multivitamin, 3'ü demir hâpı, 3'ü folik asit ve demir hâpı ve 10'u folik asit, multivitamin ve demir hâpı önerildiğini belirtmiştir.

Lalapaşa merkez ilçede yaşayan ve son bir yıl içinde doğum yapan kadınların seçilmiş bazı temel özelliklerinin doğum öncesi bakımla ilişkisi Tablo 21'de sunulmuştur.

Tablo 21. Seçilmiş temel özelliklere göre doğum öncesi bakım alma durumu

Özellikler	DÖB Almış	
	Sayı	%
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	0	0.0
İlkokulu bitirmiş	8	100.0
Ortaokulu bitirmiş	5	100.0
Lise ve üzeri	6	100.0
Gelir getiren işte çalışma		
Çalışıyor	1	100.0
Çalışmıyor	18	100.0
Sağlık güvencesi		
Var	17	100.0
Yok	2	100.0
Toplam	19	100.0

Tablodan da görüldüğü gibi; eğitim, çalışma ve sağlık güvencesi alt başlıkları DÖB alma durumunu etkilememiştir. Burada önemli faktörlerden biri de, toplam doğum sayısının az olmasıdır.

Tablo 22 son bir yılda canlı doğum yapan kadınların doğumun zamanına karar verme bilgilerini göstermektedir.

Tablo 22. Son bir yılda canlı doğum yapan kadınların doğumun zamanına karar verme durumları

Doğumun zamanına karar verme durumu	Sayı	%
Doktor zaman verdi	10	52.6
Ağrılarım sıklaştı	5	26.3
Su geldi	4	21.1
Toplam	19	100.0

Elde edilen veriler kadınların 10'unda (% 52.6) doğumun zamanına doktorunun karar verdiği, geriye kalanların doğum zamanını ise ağrıların sıklaşması ve suların gelmesinin belirlediğini göstermektedir.

Son 1 yılda canlı doğum yapan kadınların doğumun yapıldığı yere göre dağılımı Tablo 23' te verilmiştir.

Tablo 23. Son bir yılda canlı doğum yapan kadınların doğumun yapıldığı yere göre dağılımı

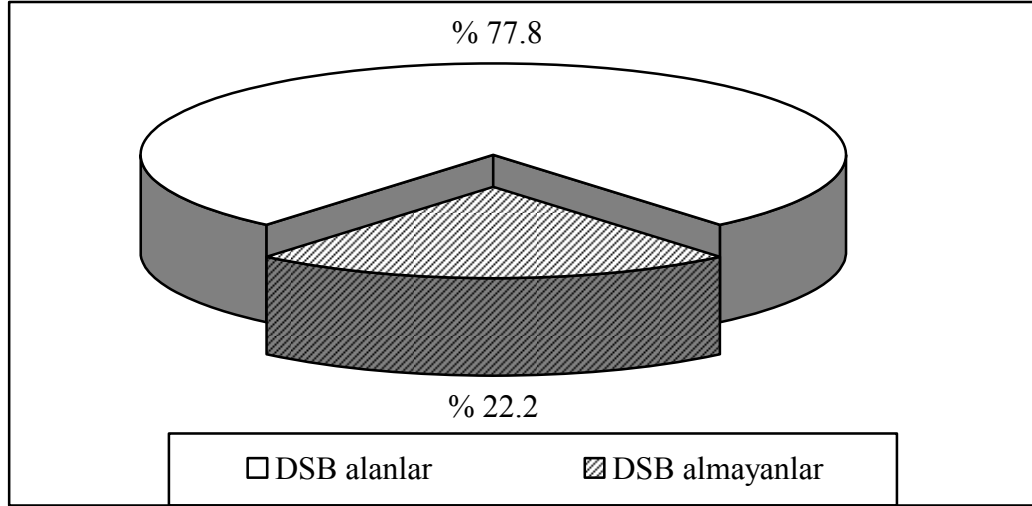
Doğumun Yapıldığı Yer	Sayı	%
Devlet Hastanesi	12	63.2
Özel Hastane	6	31.5
Üniversite Hastanesi	1	5.3
Toplam	19	100.0

Tablodan da görüldüğü gibi doğumların tamamı hastanelerde gerçekleşmiştir. Hastanelerde gerçekleşen bu doğumların 13'ü (% 68.4) sezaryen, geri kalanlar ise (% 31.4) normal doğumdur. Gerçekleşme biçimi hangisi olursa olsun hastanelerde olan bu doğumların tamamına sağlık personeli yardım etmiştir. Doğuma yardım eden sağlık personeli türü Tablo 24' de verilmiştir.

Tablo 24. Son bir yılda canlı doğum yapan kadınların doğuma yardım eden sağlık personeli türüne göre dağılımı

Doğuma yardımcı olan sağlık personeli	Sayı	%
Doktor	17	89.5
Ebe/Hemşire	2	10.5
Toplam	19	100.0

Araştırma grubunda son 1 yılda canlı doğum yapan kadınların doğum sonrası izlem alma durumları Şekil 5’te sunulmuştur.



Şekil 5. Son bir yılda canlı doğum yapmış kadınların doğum sonrası izlem alma durumları * 1 kişi yeni doğum yapmıştır

Son bir yılda canlı doğum yapmış kadınların 14’ü (% 77.8) kendilerine doğum sonrası izlem yapıldığını belirtmişlerdir.

Doğum sonrası bakım kapsamında sunulan hizmetler Tablo 25’de verilmiştir.

Tablo 25. Son bir yılda canlı doğum yapan kadınların DSB sırasında aldıkları hizmetler (n= 19)

Alınan hizmet	Sayı	%
Emzirme ile ilgili bilgi alan gebe	14	100.0
Bebek muayenesi yapılan gebe	14	100.0
Loğusa ve bebek beslenmesi ile ilgili bilgi alan gebe	11	78.6
Aile planlaması ile ilgili bilgi alan gebe	11	78.6
Temizlik/ hijyen ile ilgili bilgi alan gebe	10	71.4
Vajinal akıntı/dikiş kontrolü yapılan gebe	9	64.3
Karın muayenesi yapılan gebe	8	57.1
Loğusalıkta tehlike belirtileri ile ilgili bilgi alan gebe	6	42.9
Meme muayenesi yapılan gebe	3	21.4

Doğum sonrası bakım hizmetleri incelendiğinde bütün annelere emzirme konusunda bilgi verildiği, bütün bebeklerin muayene edildiği görülmektedir. Annelerin $\frac{3}{4}$ 'ünün verilmediğini söylediği hizmet meme muayenesidir.

Araştırma kapsamında kadınların canlı doğum dışındaki gebelikleri de irdelenmiştir. Bu başlıklardan biri olan kürtaj deneyimi ile ilgili veriler aşağıda sunulmuştur.

Lalapaşa merkez ilçedeki 15-49 yaş grubu kadınların 20'si (% 9.9) son beş yıl içinde kürtaj deneyimi yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kürtaj deneyimi olan bu 20 kadının kürtaj sayıları tablo 26'de gösterilmiştir.

Tablo 26. Araştırma grubundaki kadınların son 5 yıl içindeki kürtaj sayılarının dağılımı

Yaşanan kürtaj sayısı	Sayı	%
1	15	75.0
2	4	20.0
3	0	0.0
4+	1	5.0
Toplam	20	100.0

Tablodaki veriler, sayıları az da olsa bazı kadınların 1'den fazla kürtaj deneyimi olduğunu göstermektedir.

Kürtajların yapıldığı sağlık birimleri Tablo 27 ile verilmiştir.

Tablo 27. Araştırma grubunda kürtaj deneyimi olan kadınların kürtajın yapıldığı birimlere göre dağılımı

Kürtajın Yapıldığı Birimlere Göre Dağılım	Sayı	%
Devlet Hastanesi/Doğumevi	11	55.0
Özel Hastane	7	35.0
Özel Muayenehanede	2	10.0
Toplam	20	100.0

Tablo 27, iki olgu dışında kürtajların ağırlıklı olarak Devlet Hastanesi olmak üzere hastanelerde yapıldığını göstermektedir.

Kürtaj deneyimi olan kadınların yapılan işlem için ücret ödeme durumları ve ücret ödeyenlerin ödedikleri ücretle ilgili değerlendirmeleri Tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28. Araştırma grubunda kürtaj deneyimi olan kadınların kürtaj işlemi için ücret ödeme durumları

Kürtaj için ücret ödeme	Sayı	%
Evet ödedim	13	65.0
Ödediğim ücret uygundu	6	46.2
Ödediğim ücret fazlaydı	7	53.8
Hayır ödemedim	7	35.0
Toplam	20	100.0

Tabloda sunulan veriler, kürtaj olan 20 kadının 13’ünün (% 65.0) işlem için ücret ödediğini, ücreti ödeyenlerin yarısından fazlasının ödenen ücreti fazla bulduğunu göstermektedir.

Kürtaj deneyimi olan kadınların kürtaj işlemi sonrasında danışmanlık alma durumlarıyla ilgili veriler Tablo 30’da sunulmuştur.

Tablo 29. Araştırma grubunda kürtaj deneyimi olan kadınların kürtaj işlemi sonrasında danışmanlık alma durumları

Kürtaj işlemi sonrasında danışmanlık alma	Sayı	%
Danışmanlık almış	11	55.0
Danışmanlık almamış	9	45.0
Toplam	20	100.0

Sayılar küçük olmakla ve gerekçeleri farklı olmakla birlikte (gerek duymadım, önemi söylenmedi, benimle ilgilenilmedi vb.) kadınların 9’unun (% 45.5) kürtaj sonrası danışmanlık almamış olması dikkate değer bir bulgudur.

Araştırmamızın kürtajla ilgili önemli bulgularından biri de kürtaj sonrası aile planlaması kullanılmasıyla ilgilidir. Veriler Tablo 31’de verilmiştir.

Tablo 30. Kürtaj deneyimi olan kadınların kürtaj sonrasında herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma durumları

Kürtaj sonrası aile planlaması yöntemi kullanma durumu	Sayı	%
Kullanmaya başlayanlar	17	85.0
Kullanmayanlar	3	15.0
Toplam	20	100.0

Kürtaj sonrası herhangi bir AP yöntemi kullandığını belirten 17 kadının en çok tercih ettiği AP yöntemleri sırasıyla; geri çekme, kondom, RIA ve hap’tır. Kürtaj deneyimine karşın 5 kadının güvensiz olan geri çekme yöntemini kullanması son derece çarpıcıdır.

Araştırma sırasında katılımcılara sorulan bir başka soru da *kendiliğinden düşük deneyimidir*. Bu soruya toplam 9 kadın (% 4.4) evet yanıtı vermiştir. Bu dokuz kadından 8’i 1, biri ise 3 düşük yapmıştır. Kadınlar düşük yapmalarına sağlığa dikkat etmeme, hamileliği bilmeme, aşırı hareket ve stres gibi faktörlerin neden olduğunu belirtmişlerdir. İstemediği bir gebelik yaşadığını neden olarak belirten kadın sayısı 1’dir.

Kendiliğinden düşüklerle ilgili bir başka bulgu ise düşük deneyimi olan kadınların 2/3’ünün düşük sonrası danışmanlık almamış olmalarıdır. Danışmanlık alanlar kaynak olarak hastaneyi göstermişlerdir.

TARTIŞMA

Kadın sağlığında her d6nemin kendine 6zđ6 sorunları olmasının yanında, gebelik ve doğum nedeniyle sağlık kuruluşuna en sık gereksinim duyulan d6nem 15-49 yaş grubudur. Üreme çağı olarak nitelendirilen 15-49 yaş grubu kadınlar Türkiye nüfusunun % 25'ini oluşturmaktadır (12). Lalapaşa merkez ilçede de 15-49 yaş grubu kadınlar, kadın nüfusun % 53'ünü, toplam nüfusun % 25'ini oluşturmaktadır.

Ülke geneliyle karşılaştırıldığında bu çalışmada yer alan kadınlar; eğitim, gelir düzeyi, çalışma yaşamına katılım, doğurganlık, sağlık hizmetlerine erişim gibi temel kalkınmışlık göstergeleri bakımından daha avantajlı durumdadırlar. Nitekim TUIK verilerine göre ülkemizde okur yazar olmayan kadınların oranı % 20'dir (36). Edirne genelinde okuma yazma bilmeyen kadın oranı %10'dur. Lalapaşa genelinde okuma yazma bilmeyen kadın oranı % 4'tür (36). Bu oranla Lalapaşa, Türkiye ortalamasından yüksek okuma yazma oranına sahiptir.

Araştırma grubunda kadınların yaş ortalaması 31.7 ± 9.9 'dur. Giray ve arkadaşlarının (37) İzmir il merkezinde yaptıkları bir çalışmada kadınların yaş ortalaması 31.5 ± 7.5 olarak, Aras ve arkadaşlarının (38) Ankara il merkezinde yaptıkları bir çalışmada ise 31.9 ± 8.1 olarak bulunmuştur. Dindar ve ark (39) Edirne il merkezinde yaptıkları bir çalışmada kadınların yaş ortalaması 25.8 ± 5.1 'dir. Araştırmaya katılan kadınlarda en yüksek yaş grubu % 16.8'i 40-44 yaş grubunda, % 16.1'i 15-19 yaş grubunda, % 14.7'si 20-24 yaş grubunda, % 14.7'si 35-39 yaş grubundadır. Bu oranlar 2008 TNSA'da sırasıyla % 16.2, % 2.5, % 11.3 ve % 18.0'dır (12). Buna göre bizim araştırmamızdaki kadın nüfusu, 2008 TNSA kadın nüfusundan daha yaşlıdır.

TNSA 2008'e göre kadınların % 65'i evli, % 31'i hiç evlenmemiş, % 1.5'i dul, % 1.7'si boşanmış ve % 0.6'sı ayrı yaşamaktadır (12). Bu araştırmada görüşülen kadınların % 70.7'si evli, % 25.6'sı bekar, % 3.3'ü dul ve % 0.4'ü ayrı yaşamaktadır. Evli ve bekar kadınların oranı Türkiye genelinden yüksektir.

Araştırmamızdaki evli kadınların nikah şekli incelendiğinde % 1'inin resmi nikahı yoktur. Önel ve ark.nın (40) Aydın il merkezinde yaptıkları çalışmada da resmi nikah olmayanların oranı aynı olup bizim çalışmamızla benzerdir. Saka ve ark. (41) Diyarbakır'da yaptıkları çalışmada bu oranı % 8.9 olarak bulmuşlardır ve bu oran bizim sonuçlarımızdan oldukça yüksektir. Bunun olası nedeni çalışmayı yürüttüğümüz bölgenin sosyoekonomik bakımından daha iyi durumda olması olabilir.

Lalapaşa ilçe merkezinde yaşayan doğurganlık çağındaki kadınların yaklaşık % 5'inin sağlık güvencesi yoktur. Esin ve ark. (42) İstanbul'da yaptığı çalışmada sağlık güvencesi olmayanların oranı % 29 olarak saptanmıştır ve bu değer bizim sonuçlarımıza göre yaklaşık 6 kat yüksektir. Bu sonuçlar araştırma bölgemizle ilgili olarak yukarıda belirttiğimiz olumlu değerlendirmeyi desteklemektedir.

Lalapaşa'da yaşayan kadınların ülke geneline göre daha iyi durumda oldukları bir başka değişken de eğitimidir. Araştırma verilerimiz bölgedeki kadınların yalnızca % 1.8'inin okur-yazar olmadığını ortaya koymaktadır. Türkiye genelini temsil ettiği bilinen TNSA 2008'de okur yazar olmayanların oranı % 18.3 olarak bulunmuştur ve oran Lalapaşa'nın 10 katıdır. Araştırmayı yürüttüğümüz bölgede % 60 olan ilkokul mezunu kadın oranı ülkemiz geneliyle tamamen benzerdir (12).

Kadının statüsüyle ilgili önemli parametrelerden olan çalışma yaşamına katılım bakımından değerlendirildiğinde; Lalapaşa merkez ilçe'de yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların % 67.4'ü ev hanımıdır. Esin ve ark. (42) İstanbul İli Bahçeköy Beldesi'nde yaptıkları çalışma da bu oran % 99, Berberoğlu ve ark. (43) ise Edirne çalışmalarında % 97.8 olarak saptamışlardır. Her iki çalışmanın sonuçları da bizim bulgularımızdan oldukça yüksektir. Bunun en temel nedeni araştırmayı yürüttüğümüz Lalapaşa'da kadınların çalışma yaşamına daha fazla katılıyor olmalarıdır. Nitekim bizim bulgularımızda her beş kadından birinin son bir yılda gelir getirici bir işte çalıştığı görülmektedir. Çalışma yaşamına katılan kadınların yaş profilleri de ülke genelinden farklılıklar göstermektedir. Örn. TNSA 2008'e göre son bir yıllık dönemde çalışmakta olan kadınların önemli bir bölümü (% 35.6) 35-39 yaş grubunda, lise ve üzeri eğitime sahip kadınlar iken, bizim çalışma grubumuzda çalışanların çoğu (% 30) 20-24 yaş grubu lise ve üzeri eğitime sahip kadınlardır (12). Yani Lalapaşa'da yaşayan kadınlar daha erken yaşlarda çalışma yaşamına katılmaktadırlar.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz üreme sağlığı verileri değerlendirildiğinde; sonuçlarımızın TNSA 2008 bulgularıyla çoğunlukla benzer, ülkenin batısında ve kent merkezlerinde yapılan araştırmalara göre daha olumsuz, ancak Doğu ve Orta Anadolu bölgelerinde yapılan çalışmaların bulgularından daha iyi olduğu görülmektedir.

Lalapaşa'da yaşayan kadınların ilk adet yaşı ortalaması yaklaşık 13 yaş'tır. Esin ve ark.nın (42) İstanbul İli Bahçeköy Beldesi'nde yaptığı çalışmada ilk adet yaşı ortalaması 14'tür ve sonuçlar benzerdir .

Türkiye'de evlilik, çocuk doğurmak için toplumsal olarak kabul gören dönemin başlangıcıdır. İlk evlilik yaşının doğumlar üzerinde önemli bir etkisi vardır. Erken yaşlarda evlenen kadınlar ortalama olarak daha uzun süre gebelik riski altına girmekte, bu da genellikle yaşam boyunca daha fazla sayıda gebeliğe ve doğuma yol açabilmektedir. Türkiye'de ebeveynlerin onayıyla en düşük yasal evlilik yaşı hem erkekler hem kadınlar için 17'dir. TNSA 2008'e göre ülkemizde ortalama ilk evlenme yaşı 20.8'dir (12). Tokuç ve ark. (44) Edirne il merkezinde yaptıkları çalışmaya göre ise ilk evlenme yaş ortancası 20.0'dir . Bizim çalışmamızda da ilk evlenme yaş ortancası 20.0 olup, her iki çalışmayla benzerdir.

Bugüne kadar yapılan çalışmalar kadının eğitim düzeyinin ilk evlenme yaşını etkileyen önemli bir değişken olduğunu, eğitimsiz kadınların daha erken yaşlarda evlendiğini ortaya koymuştur. Nitekim ülkemizde, lise ve üzeri eğitim alanlarda ilk evlenme yaşı 24.1, eğitimsizlerde ise 18.7 olarak bulunmuştur (12). Bizim çalışmamızda da lise ve üzeri eğitim alan kadınların daha geç yaşlarda (20-24 yaş), lise altı eğitime sahip kadınların ise daha erken yaşlarda (15-19 yaş) evlendikleri ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmada kadınların üreme sağlığı bilgi düzeylerini saptamaya yönelik olarak sorulan sorulardan biri de gebe kalınacak dönemin bilinip bilinmemesiydi. Araştırmamıza katılan her 5 kadından yalnızca 1'i "iki adet arasında" diyerek bu soruya doğru yanıt vermişlerdir. Tokuç ve ark.nın (44) Edirne il merkezinde yaptıkları çalışmada ise doğru yanıt verenlerin oranı % 30.5 olarak saptanmıştır. Bizim elde ettiğimiz doğru yanıt oranı her iki çalışmaya göre de düşüktür. Bunun olası nedeni, sosyoekonomik düzeyi ülke geneline göre yüksek de olsa çalışmanın ilçe merkezinde yürütülmüş olması olabilir. Lalapaşa, ailelerin gelir düzeyleri ve kadınların eğitim düzeyi gibi sosyal ve ekonomik parametreler bakımından ülke geneline göre avantajlı olmakla birlikte küçük bir ilçede yaşıyor olmak, çevresel uyaranların yetersizliği ve konunun hassasiyeti gibi nedenlerle kadınlar üreme sağlığı konularında yeterince bilgi sahibi olamamış olabilirler.

Erken yaşta gebelik ve doğum, hem anne hem de çocuk sağlığı bakımından önemli morbidite - mortalite riskleri taşımaktadır. Adölesan annelerin, özellikle de 18 yaşından genç

olanların, daha ileri yaşlarda anne olan kadınlara göre, düşük veya ölü doğum yapmaları veya anne ölümlülüğü riskine maruz kalmaları daha olasıdır. Ayrıca, kadınların adölesan dönemde anne olmasının kadının eğitime devam edememesi ve iş imkanlarından yararlanamaması gibi başka olumsuz sonuçları da bulunmaktadır. 22 yaş olarak saptadığımız ilk doğum yaşı ortancası bakımından araştırma sonuçlarımız TNSA 2008 ile benzerdir (12). Çalışmamızın önemli bulgularından biri de her beş kadından birinin ilk gebelik yaşının 18 yaş ve altında olmasıdır. Bu bulgu, Erol ve ark.nın (45) İzmir’de yaptığı ve % 45.8 olarak saptadığı orana göre oldukça iyi olmakla birlikte, ülkenin en batısında ve görece olarak gelişmiş bir ilçede her beş kadından birinin 18 yaşından önce gebelik yaşaması düşündürücüdür . Hele hele adölesan gebeliğin anne ve bebek bakımından taşıdığı riskler düşünüldüğünde, bu bulgu daha da önem taşımaktadır.

Bu çalışmada Lalapaşa’da yaşayan ve cinsel deneyimi olan kadınların ortalama gebelik sayısı 2.5 ± 1.4 olarak saptanmıştır. Bu sonuç, Türkiye geneli ve bu alanda yapılan öteki çalışmalarla karşılaştırıldığında oldukça iyi kabul edilebilir. Örn. Esin ve ark. (42) İstanbul İl’inde yaptıkları çalışmada kadınların ortalama gebelik sayısını 4.5, Giray ve ark. (37) İzmir Işıkkent’te 3.3 olarak bulmuşlardır. Çalışma grubumuzdaki kadınların ortalama gebelik sayıları her iki bölgeden de düşüktür. Kadınların ortalama gebelik sayıları, yaşayan çocuk sayısını da doğrudan etkileyen bir faktördür. Araştırmamıza katılan kadınların ortalama yaşayan çocuk sayıları 1.8’dir. Türkiye genelini yansıtan TNSA 2008’de bu sayı 2.3 olarak verilmiştir (12). Aras ve arkadaşlarının (38) Ankara il merkezinde yaptıkları bir çalışmada ise ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.06 olarak bulunmuştur. Bizim bulgularımız, çalışma bölgemizde yaşanan ortalama gebelik sayılarının da düşük olması nedeniyle bu iki çalışmadan farklıdır.

Yaşanan gebelik sayısı, doğumlar arası süre, AP yöntem kullanımı gibi pek çok değişken sahip olunmak istenen ideal çocuk sayısı ile yakından ilişkilidir. Araştırmamızı yürüttüğümüz Lalapaşa ilçe merkezinde kadınların yaklaşık % 80’i, sahip olmak istedikleri ideal çocuk sayısını 2 olarak belirtmişlerdir. Yukarıda sunulan ortalama 2.5 gebelik sayısı ve 1.8 yaşayan çocuk sayısı düşünüldüğünde kadınların kendilerine göre ideal çocuk sayılarına yaklaştıkları düşünülebilir. Aynı konuda Beştepe ve ark.nın (46) Afyon’da yaptıkları çalışmada kadınların % 74’ü, Erol ve ark.nın (45) İzmir Konak Doğumevi’nde yaptıkları çalışmada ise kadınların % 63’ü ideal çocuk sayısını 2 olarak belirtmişlerdir. Her üç çalışmada da kadınların önemli bir bölümü ideal çocuk sayısını 2 olarak ifade etmiştir. TNSA 2008’e katılan kadınların belirttiği 2.5 ideal çocuk sayısı ortalaması ise hem bizim hem de öteki iki çalışmanın üzerinde bir sayıdır (12). Lalapaşa’da

yaşayan kadınların bu anlamda batıdaki öteki kadınlar gibi aile büyüklüğünü kısıtlamayı, ya da fazla çocuk sahibi olmayı düşünmedikleri söylenebilir.

Cinsel yaşama başlama yaşı, cinsellik ve üreme sağlığını etkileyen önemli etmenlerden biridir. Cinsel bakımdan aktif birçok kişi, ilk cinsel ilişki deneyimlerini ergen yaşlarda, sıklıkla yetersiz cinsel bilgi ile yaşamaktadırlar (47). Bu çalışmada saptanan ilk cinsel ilişki yaşı ortalaması 20.7'dir (min.:14- maks.:34). Beyzadeoğlu'nun (48) Edirne merkez ilçede yürüttüğü çalışmasında ilk cinsel ilişki yaş ortalaması 19 dolayındadır ve bizim bulgularımızla benzerdir. Ancak bizim çalışmamızda saptadığımız ilk cinsel ilişki yaşı, özellikle en küçük yaş olan 14 yaş düşünüldüğünde, cinsel aktivitenin ortaokul-lise yıllarında başladığı anlaşılmaktadır. Bu durum başta erken yaşta ve istenmeyen gebelikler olmak üzere, ÜS/cinsel sağlık alanındaki pek çok sorunun da erken yaşlarda başlaması anlamına gelmektedir. Sayılan sorunlardan korunabilmek de doğal olarak ÜS/cinsel sağlık bilgilerinin erken yaşta ve yeterli bir biçimde verilebilmesine bağlıdır. Bu anlamda hem daha önce değindiğimiz, hem de bundan sonra değineceğimiz bilgi düzeyi bulguları bu gözle değerlendirilmelidir.

İstenmeyen gebelikler ve doğum aralığının kısa oluşu hem doğan bebeğin hem de annenin sağlığını olumsuz etkilemektedir (49). Doğurganlığın kontrolüne ilişkin olarak bilgi sahibi olunması, bu yöntemlere ulaşılması ve daha sonra da uygun bir gebeliği önleyici yöntemin zamanında ve etkili olarak kullanılması bakımından oldukça önemli bir adımdır. Ülke genelinde yapılan çalışmalar, Türkiye'de kadınların AP yöntemleri konusunda önemli bilgi açıklarının olmadığını ortaya koymaktadır. Temel sorun bu yöntemlere erişim ve yöntemlerden modern ve etkin yöntemlerin kullanımında yaşanmaktadır. Nitekim TNSA 2008 sonuçlarına göre ülkemizde kadınların % 99.8'i herhangi bir AP yöntemi bilmektedirler (12). Lalapaşa ilçe merkezinde yürüttüğümüz bu çalışmada da kadınların neredeyse tamamı (% 99.8) herhangi bir AP yöntemi söyleyebilmektedirler. Bizim çalışmamızda kadınların en çok bildikleri modern yöntemler hap, kondom ve RİA olmuştur. Bu sonuçlar sıralama değişmekle birlikte, TNSA 2008 ile de uyumludur. Geleneksel yöntemler içerisinde ise Lalapaşa'da yaşayan kadınlar geri çekme'yi saymışlardır. AP yöntemleri konusunda bilgi düzeyinden sonraki asıl önemli olan diğer ayrıntı bu yöntemlerden hangisi ya da hangilerinin kullanıldığı, yöntemlerin nereden alındığı, danışmanlık alınıp alınmadığı ve kullanılan yönteme ücret ödenip ödenmemesidir.

Yürüttüğümüz bu çalışmada, doğurganlık çağındaki kadınların yaklaşık % 93'ü herhangi bir AP yöntemi kullandıklarını ifade etmiştir. Bu oran, TNSA 2008'de % 73 (12), Eskiocak ve ark.nın (50) Edirne'de 2007 yılında yaptığı bir çalışmada

% 55, Eskiocak ve ark.nın (51) yine 2007’de Edirne’de yapmış olduğu bir başka araştırmada % 56, Alkoy ve ark.nın (52) Bolu İl’inde yaptığı bir çalışmada % 67, Eskiocak ve ark.nın (53) 2008 yılındaki çalışmasında % 57, Tokuç ve ark.nın (44) yine Edirne yaptığı çalışmada ise % 75 olarak belirlenmiştir.Yıldırım ve ark. (54) Sivas ilinde yaptıkları bir çalışmada herhangi bir yöntem kullanım oranı % 89.5 bulunmuştur. Sonuçlarımız, hem ülke genelinden, hem de Edirne merkez ilçeden daha iyidir. Lalapaşa’da yaşayan kadınların AP yöntem kullanma oranları Poyrazoğlu ve ark.nın (55) Kayseri’de yaptıkları çalışmada saptadıkları oran olan % 64’ün ise oldukça üzerindedir. Elde edilen bu veriler, çalışma grubumuzdaki kadınların AP yöntemlerini bilme ve kullanma konusunda çok fazla sorunlarının olmadığını göstermektedir. Nitekim, yukarıda sözünü ettiğimiz ortalama gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı gibi bulgularımız ve kadınların ideal olduğunu ifade ettikleri sayıya yakın sayıda çocuk sahibi olmaları da AP alanında fazla sıkıntı olmadığını desteklemektedir.

Lalapaşa merkez ilçede yöntem kullanan kadınların % 11’i kondom, % 11’i RİA % 17’si yalnızca geri çekme yöntemini kullanırken, Gül’ün (56) Edirne merkezde yaptığı bir çalışmada kadınların % 34.5’i RİA, % 24.8’i geri çekme, % 19.9’u hap, Yoleri ve ark.nın (57) Edirne sağlık ocaklarında 1999-2000 yılları arasında yürüttükleri bir çalışmada herhangi bir modern yöntem kullanım oranı 42.8, herhangi bir geleneksel yöntem kullanım oranı % 25.9, modern yöntemlerde ilk üç sırayı RİA % 17.4, kondom % 7.4, hap % 5.5 izlemektedir. Bilge ve ark.nın (58) Afyonkarahisar’da yaptığı bir çalışmada kadınların % 32.8’i kondom, % 31’i RİA , % 24.7’si diğer yöntemleri kullandığını belirtmiştir. Mumcu ve ark.nın (59) Trabzon il merkezinde yaptıkları bir çalışmada en çok kullanılan etkili yöntem kondom (% 29.6), geri çekme yönteminin kullanımı % 35.2’dir. Pekuslu ve ark. (60) Manisa’nın Turgutlu ilçesinde yaptıkları bir çalışmada kullanılan yöntemler sırasıyla RİA (% 34.7), geri çekme (% 30.9), kondom (%12.7) ve OKS (% 12.9)’dur. Yıldırım ve ark. (54) Sivas ilinde yaptıkları bir çalışmada en sık kullanılan yöntem RİA (% 50.9) olup, ikinci sırada 20.5 ile geri çekme gelmektedir. Bizim sonuçlarımız da dahil olmak üzere sayılan araştırmaların ortak bulgusu en sık kullanılan yöntemlerin kondom, RİA ve geri çekme olduğudur. Bunlardan geri çekme yönteminin ilk 3’e giriyor olması ilginç ve kaygı vericidir.

Çalışma verilerimize göre; kullanıldığı söylenen modern AP yöntemlerinin % 74’ü kamu sektöründen ve bunun da % 51’i Birinci Basamak sağlık kurumlarından temin edilmektedir. TNSA 2008 ile önemli oranda benzer olan bu bulgularda asıl farklılık, yöntem temininde AÇSAP Merkezleri ve Sağlık Ocaklarından ülke genelinde daha az (% 35) yararlanılıyor olmasıdır (12).

Katılımcı kadınların yöntem kullanmama nedenleri; çocuk isteği (% 46.7), doğurganlık özelliği olmadığı için (% 46.7) ve yöntemi nereden alacağını bilememe (% 6.7) biçiminde sıralanmaktadır. Bu nedenlerden üçüncüsü olan nereden alınacağını bilememe önemli çözülebilir bir sorundur. Yöntem kullanmama gerekçelerini sorgulayan Tokuç ve ark. (44) da oranları farklı olsa da nedenleri bizim çalışmamızla benzer biçimde sıralamışlardır. Kaya ve ark.'nın (61) çalışmasında ise kadınlar yöntem kullanmamaya % 40 oranında çocuk isteği, % 17 oranında gebeliği, % 15 oranında kocasının yanında olmamasını, % 8 oranında emzirmeyi ve % 7 oranında da sağlığına zararlı olabileceği endişesini gerekçe göstermiştir. Bizim çalışmamızla bu çalışmanın farklı yanları yöntemin alınacağı yerin bilinmemesi ve sağlığa zararlı olabileceği endişeleridir.

İstemli düşükler üreme sağlığı sorunları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu durumu sorun haline getiren başlıca özellikleri, düşüğün istenmeyen gebeliğin sonucu olması, kadınların ya da çiftlerin bir bölümünün bunu bir AP yöntemi gibi görmeleri ve düşüklerin sağlıksız koşullarda gerçekleştirilmeye çalışılması durumunda annenin yaşamının tehlikeye düşmesidir (41). Tüm dünyada her yıl 40 milyon istemli düşük gerçekleşmektedir. DSÖ'nün tahminlerine göre bu düşüklerin yarısı sağlıksız koşullarda yapılmaktadır. Bu düşüklerin 2-4 milyonu, korunmasız cinsel ilişki nedeniyle gençler tarafından yapılan sağlıksız düşüklerdir(47).

Lalapaşa Merkez İlçe'de yaşayan 15-49 yaş grubuna giren ve cinsel deneyimi olan kadınların son 5 yılda yaptığı istemli düşük oranı % 9.9'dur. TNSA 2008'de istemli düşük oranı % 22'dir (12). Yine Esin ve ark.'nın (42) İstanbul İli'nde yaptıkları çalışmada saptadıkları istemli düşük oranı % 18, Beyzadeoğlu'nun (48) Edirne çalışmasında % 21, Gökgöz'ün (62) İzmir çalışmasında % 12 dolayındadır. İstemli düşük sayısı az, sıklığı ülke geneline ve öteki çalışmalara göre daha düşük olsa da yaşanabilecek sorunların ciddiyeti nedeniyle bu bulgu önem taşımaktadır ve çözümü için çaba harcanmalıdır.

Çalışmada düşükler dışında irdelenen bir diğer konu da son 5 yıl içindeki ölü doğumlardır. Araştırma bölgesinde gebelik deneyimi olan 186 kadından 4'ü (% 2.2) ölü doğum deneyimi bildirmiştir. Bu kadar küçük bir sayıdan hareketle çıkarımlar yapmak oldukça güçtür. Ancak ihtiyatlı davranmak kaydıyla karşılaştırmalar yapıldığında; Aras ve arkadaşlarının (38) Ankara il merkezinde bu sayı 1.1, Kaya ve ark.'nın (61) Bingöl Uydükent'te 0.06 olarak saptadıkları görülmektedir. Bizim çalışmamızda ölü doğum yapan kadın sayısı fazla gibi görülmekle birlikte sayının küçüklüğü de dikkate alınmalıdır.

Gebelik fizyolojik bir olaydır. Gebeliklerin % 5- 20'sinde anne ve bebek sağlığı için tehlike oluşturabilecek bir patoloji ortaya çıkabilir. Epidemiyolojik çalışmalar, erken gebelik

döneminden itibaren iyi doğum öncesi bakım programı uygulanan kadınlarda anne ve bebek ölümlerinin azaldığını ve gebelik sonuçlarının daha olumlu olduğunu göstermiştir. Gebe kadının yeterli doğum öncesi bakım alamamasının temelinde: ekonomik zorluklar, sağlık hizmetlerine erişim güçlüğü, gebeliğin geç farkına varılması, çevreden gizlenmesi, doğum öncesi bakımın önemi ile ilgili bilgi eksikliği, kültürel faktörler, yanlış inanışlar, sağlık sistemine güvensizlik gibi değişik faktörler rol oynar (63).

Kadın, sağlık bilgisini gebelikten önce almadıysa, sağlık personeli gebeliğin erken dönemini bilgi vermede fırsat olarak görmeli ve doğum öncesi bakım süresince sağlıklı yaşam aktivitelerini artırmaya çalışmalıdır. Sağlıklı yaşam davranışları, üreme seçeneklerinin ve üreme risklerinin farkında olunması ve sağlıklı gebelik sonuçlarının elde edilmesinde temel oluşturur. Üreme sağlığı bilgileri, her iki cinsi kapsamalı ve genel tıbbi bakımın içerisine entegre edilmelidir (64).

Bizim araştırmamızda son 1 yılda canlı doğum yapan kadınların tamamı sayıca az da olsa gebelikleri boyunca doğum öncesi bakım aldıklarını belirtmişlerdir. Dindar ve ark.nın (39) Edirne il merkezinde yaptıkları bir çalışmada kadınların % 4.5'i gebelik süresince hiç kontrole gitmemiştir. Alkoy ve ark.nın (52) Bolu İl'inde yaptığı bir çalışmada kadınların % 23'ü DÖB aldığını, Saraçoğlu ve ark'nın (65) Edirne'de 2008 yılında yaptığı bir çalışmada kadınların % 20.4'ü DÖB aldığını ifade etmiştir. Aradaki bu farklılığın olası nedeni Lalapaşa'da gebelik sayısının az olması olabilir.

Sağlık Bakanlığı DÖB protokolünde belirtilen muayene ve tetkikler belirlenen haftalarda herhangi bir risk tespit edilmeyen tüm gebelere, en az dört izlem olarak sunulacaktır. Sağlık personeli tarafından herhangi bir risk tespit edilmesi halinde izlem planı ve sayısı yeniden belirlenecektir (66). Bizim araştırmamızda % 10.5'i 1 izlem, % 5.3'ü 2, % 5.3 4, %5.3 5, % 15.8'i 6, % 58'i 7 ve üzeri izlem almıştır.

Doğum sonrası izlem bakımından değerlendirildiğinde; araştırmamızdaki canlı doğum yapmış kadınların % 77.8'i kendilerine doğum sonrası izlem verildiğini belirtmişlerdir. Beyzadeoğlu'nun (48) Edirne çalışmasında son 1 yılda canlı doğum yapan kadınların % 98.4'ü doğum sonrası bakım almıştır. Bizim çalışmamızda son 1 yılda yaşanan gebelik sayısı daha az olmasına rağmen doğum yapmış tüm kadınlara doğum sonrası bakım hizmeti verilmemiş olması önemli bir sorundur ve çözülmesi gerekir.

SONUÇLAR

Araştırma üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularının önemini ortaya koymak ve bazı sosyodemografik özelliklerle üreme sağlığı hizmetlerini karşılaştırmak amacıyla Lalapaşa merkez ilçedeki 15-49 yaş grubu kadınlarda yapılmıştır.

Araştırmanın dikkat çeken önemli bulguları aşağıda özetlenmiştir:

Araştırmaya katılan kadınların % 70.7'si evli, % 25.6'sı bekar'dır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ülke geneliyle benzerdir, ancak 2 kadından 1'i ilköğretim mezundur ve bu sonuç düşündürücüdür.

Lalapaşa İlçe Merkezi'nde yaşayan kadınların en küçük ilk evlenme yaşı 14'tür. Her iki kadından 1'i ilk evliliklerini 20-24 yaş aralığında yapmışlardır. 10 kadından yaklaşık 3'ünün ilk gebelik yaşı 20'nin altındadır.

Evli kadınların tamamına yakını dini ve resmi nikahları olduğunu belirtmiştir.

Araştırma grubundaki her 6 kadından yalnızca 1'i son bir yıl içinde gelir getirici bir işte çalıştıklarını belirtmişlerdir. Okur yazar olmayan kadınların tamamı çalışmamaktadır.

Kadınların yaklaşık yarısı aylık toplam hane gelirlerini 500-1000 TL arasında belirtmişlerdir.

Çalışma grubumuzdaki kadınların tamamı son 6 ayda herhangi bir sağlık kurumuna başvurduklarını ve en sık aile sağlığı merkezini kullandıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların tamamı sağlık güvencesi sahibidirler.

Araştırmamızın ilginç bulgularından birisi de, en küçük ilk cinsel ilişki yaşının 14 olmasıdır. Yine bulgularımıza göre Lalapaşa'da yaşayan kadınların tamamına yakını, evlilik ve gebeliğe, gebeliğin sonlandırılmasına çiftlerin ortak karar vermesi gerektiğini düşünmektedirler.

Bize göre olumsuz bulguların başında, gebelik konusundaki bilgi düzeyinin yetersizliği ve muhtemelen bu bilgisizliğin de katkısıyla riskli gebeliklerin yaşanmasıdır. Çalışmamıza katılan kadınların yarısı gebe kalınabilecek dönemi bilmemektedir ve % 20'si risk sınırı olan 3'ten fazla gebelik yaşamıştır.

Bu çalışmadaki kadınların en olumlu özellikleri, neredeyse tamamının herhangi bir AP yöntemi biliyor olmasıdır. Bu konudaki asıl sıkıntı ise güvenilir olmayan geleneksel yöntemlerden geri çekme yönteminin kullanım yaygınlığıdır. Gerekçesini çok iyi açıklayamasak da evli kadınların % 17'sinin yalnızca geri çekme yöntemini kullanıyor olmaları gerçeğini vurgulamak durumundayız. Bu gerçek, istenmeyen gebelikleri ve riskli gebelikleri artıracak etmenlerin başında gelmektedir.

Yöntem kullandığını ifade eden kadınların neredeyse tamamı kullandıkları yöntemle eşleriyle birlikte karar verdiklerini ve kullandıkları yöntemi çoğunlukla ASM ve hastanelerden aldıklarını belirtmişlerdir.

Aile planlaması konusundaki bir diğer sorun da, çiftlerin yaklaşık % 70'inin yöntem için danışmanlık almamış olmalarıdır. Danışmanlık alanlar ise kaynak olarak ASM, Devlet Hastanesi, AÇS-AP Merkezi ve özel muayenehaneleri göstermişlerdir.

Araştırmaya katılan her 10 kadından 1'i son bir yılda canlı doğumla sonuçlanan gebelik yaşamıştır. Bunlardan biri 18 yaşındadır. Lalapaşa'da gebelik tanısı çoğunlukla ASM ve Devlet Hastanesi'nde, ebe ve hemşireler tarafından konulmakta ve çiftler bu hizmet için ücret ödememektedirler. Son bir yılda canlı doğum yapmış olan kadınların tamamı gebelikleri boyunca DÖB aldıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmamızda saptadığımız doğumların tamamı hastanelerde, sağlık personeli yardımıyla ve % 70'i sezaryanla gerçekleşmiştir. DSB alanların oranı % 80'dir.

Lalapaşa merkez ilçedeki 15-49 yaş grubu kadınların 20'si (% 10) son beş yıl içinde kürtaj deneyimi yaşamıştır. Kürtaj olan kadınların yarısından fazlası işlem için ücret ödediklerini ve bu ücreti fazla bulduklarını ifade etmiştir.

Araştırma bulgularımızdan hareketle çıkardığımız öneriler aşağıda sıralanmıştır :

- Bölgedeki 15-49 yaş grubu kadınlar gebelik ve doğuma ait riskli durumlar bakımından ve gereksinim duyduklarında sağlık hizmetlerini nerelerden alacakları konularında bilgilendirilmelidir. Burada temel görev 1.Basamak çalışanlarına, özellikle ebe ve hemşirelere düşmektedir. Bu konuda Aile hekimliği sisteminden kaynaklanan sorunlar varsa hızla giderilmelidir.

- Adölesan gebelikleri ve öteki riskli gebelikleri önlemek amacıyla bekar kadınlar için hazırlanan hizmet programına, cinsel eğitim, gebelikten korunma yöntemleri, danışmanlık ve hizmete erişim konuları da eklenmeli ve program düzenli izlenmelidir.
- Birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerde kapsamlı AP hizmetleri verebilecek birimler kurulmalıdır.
- Merkez ilçeye bağlı köylerdeki gebelere mutlaka ev ziyaretleri programlı bir şekilde yapılmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı tarafından hizmet içi eğitimler planlanmalı, hizmet sunanların ÜS/cinsel sağlık konularında varsa bilgi açıkları giderilmeli ve varolan bilgileri güncellenmelidir.
- İzlemler konusunda ASM'lerin sorumlulukları artırılmalı, Sağlık Ocağı sisteminde uygulanmakta olan yerinde hizmet sunumu ya da hizmetin kişinin ayağına götürülmesi ilkesi canlandırılmalıdır.
- Başta AP hizmetleri olmak üzere, gebelik ve doğum ile ilgili danışmanlık hizmetleri herkesin erişebileceği ve karşılayabileceği biçimde planlanmalıdır.
- ÜS ve cinsel sağlık konusunda üniversiteler, Milli Eğitim Bakanlığı, özel sektör ve gönüllü kuruluşlar halkın bilinçlendirilmesi için işbirliği içinde çalışmalıdır.
- Basın yayın organları ve sivil toplum kuruluşları topluma yönelik programlarla kontraseptif yöntem kullanımı gibi temel konularda halkı bilinçlendirmeye katkı sunmalıdır. Bu konuda erkeklerin de taraf olduğu mesajı önemlidir ve etkin yöntem kullanımını artıracaktır.
- Belki de en etkin ve en yaygın başarı sağlayabilecek öneri, kadının statüsünün yükseltilmesi olmalıdır. Böylece kadının üreme sağlığı/cinsel sağlık konusundaki haklarını öğrenmesi, bunları kullanabilmesi sağlanmış olacaktır. Toplumsal statüdeki olumlu gelişme ve yapılacak pozitif ayırıcılık, bu alandaki pek çok sorunun farkında olunmasını ve çözümünü kolaylaştıracaktır.

ÖZET

Bu çalışma, Lalapaşa Merkez İlçe'de yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların, üreme öyküsü, aile planlaması, gebelik, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve düşük öyküleri gibi değişkenler aracılığıyla üreme sağlığı durumlarını değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür.

Araştırma; tanımlayıcı ve kesitseldir. Veriler bölgedeki 356 kadından ulaşılabilen 273'üyle (% 76.6) yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Kadınların yaş ortalaması 31.7 ± 9.9 'dur. Kadınların % 70.7'si evlidir. En küçük ilk evlenme yaşı 14'tür. Gebelik yaşayanların ilk gebelik yaşı ortalaması 21.6, ortalama gebelik sayıları 2.5 ve ortalama yaşayan çocuk sayıları 1.8'dir. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanımı oranı % 99.8'dir. Kadınların % 11'i kondom, % 11'i RİA, % 17'si yalnızca geri çekme yöntemini kullanmışlardır.

Son bir yılda canlı doğum yapmış kadınların tamamı gebelikleri boyunca doğum öncesi bakım almışlardır. Doğumların tamamı hastanelerde gerçekleşmiştir ve % 70'i sezaryendir. Doğumların tamamına sağlık personeli yardım etmiştir ve daha çok hekimden yardım alınmıştır. Kadınların % 77.8 doğum sonrası bakım almışlardır. Araştırma kapsamındaki kadınların % 9.9'u isteyerek, % 4.4'ü kendiliğinden düşük yaşamıştır.

Elde edilen bulgular Lalapaşa'da yaşayan kadınların üreme sağlığı değişkenleri bakımından ülke geneline göre daha iyi durumda olduklarını göstermiştir. Ancak, ülkenin en batısında yer alan ve sosyoekonomik olarak da görece iyi koşullara sahip bu bölgede erken yaşlarda evlilik, geri çekme gibi etkin olmayan geleneksel aile planlaması yöntemlerinin kullanılması, erken yaşta ve istenmeyen gebeliklerin yaşanması, riskli gebeliklerin varlığı gibi bazı sorunlar da yaşanmaktadır. Bu aşamada özellikle 1.Basamak sağlık hizmetlerinin özenle sunulması akla gelen ilk ve en etkili önlemlerdendir. Ayrıca, kadınların bilinçlendirilmesi,

eğitilmesi ve özellikle de statülerinin yükseltilmesi sorunlara köklü ve kalıcı çözümler getirecektir.

Anahtar Kelimeler: Üreme sağlığı, aile planlaması, doğum, riskli gebelik, kadının statüsü.

REPRODUCTIVE HEALTH STATES OF 15-49 AGED WOMEN LIVING IN LALAPAŞA CENTRAL COUNTY

SUMMARY

This study has been carried out in order to evaluate fertility health cases by varieties such as fertility stories, family planning, pregnancy, prenatal, natal and postnatal care and miscarriage stories of women between 15 and 49 years old, and live in Lalapasa Central County.

The study is descriptive and cross sectional. Data was obtained by talking face to face with available 273(76.6%)of 356 women in region. The average of women's age is 31.7 +- 9.9. 70% of the women are married. The lowest first marriage age is 14. First pregnancy average of those who gestate is 21.6, average pregnancy number is 2.5 and average alive children number is 1.8. The rate of using any family planning method is 99.8%. % 11 of women used condom, 11% of them used ria, 17% used only withdrawal method.

All women who have given birth and whose children are alive in the last one year had taken prenatal cares during their pregnancies. All the births were in the hospital and 70% of them were caesarean. Health staff helped all births and help from doctors was received much. 77.8% of the women took postnatal care. 9.9% of the women in the study miscarried deliberately, 4.4% of them miscarried spontaneously.

Data obtained has shown that women who live in Lalapaşa are superior than nation wide in respect to fertility health variables. Yet, there are some problems such as marriage at early ages, using ineffectual traditional family planning methods like withdrawal, having early and unwanted pregnancies, having risky pregnancies in this region that is the west part of the country and has relative good conditions in the aspect of social economic. In this stage, giving

especially primary health care carefully is the first and the most effective caution that springs to mind. In addition, raising awareness, educating and especially raising status of women will be deep and lasting solutions to the problems.

Key Words: Fertility health, family planning, natal, risky pregnancy, status of women.

KAYNAKLAR

1. Akın A. Uluslararası kararlar panelinde üreme sağlığı konusunda türkiye'deki uygulamalar. Sağlık ve Toplum. 1998; 8 (3-4):16-22.
2. Akın A. Mihçioğur S. Dünya'da ve Türkiye'de anne ölümleri. Sağlık ve Toplum. 1998; 8 (3-4): 37-44.
3. Özvarış ŞB, Ertan AE. Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşım. Akın A. Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın kitabı. Hacettepe Üniversitesi Yayınevi, s.113-26, 2003, Ankara.
4. Alpua Z. Adölesanların, anne –babaların ve öğretmenlerin cinsellik ve üreme sağlığı ile ilgili tutum ve davranışları. Dicle Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Diyarbakır 2006.
5. Fişek N. Kitaplaşmamış yazıları-1 sağlık yönetimi.
http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html [Erişim tarihi:4.9.2009].
6. Demircan T, Gök F, Beydağ D. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3(8): 1-18.
7. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi Mevzuatı (25. Madde)
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=105&Itemid=36 [Erişim tarihi:20.09.2009].
8. Özvarış ŞB, Akın A. Üreme sağlığı. Sağlık ve Toplum 1998; 8(3-4): 23-26.
9. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı. Ulusal Stratejik Eylem Planı Sağlık Bakanlığı 2005-2015.

10. Şahiner G. Toplumsal cinsiyet ve kadına karşı şiddetin kadınların üreme sağlığına ilişkin hizmetlerden faydalanmasına etkisi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemsireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Ankara; 2007: 1-20.
11. Özvarış ŞB. Doğurganlığın düzenlenmesi. Sağlık ve Toplum 1998; 8(3-4): 45-8.
12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
13. Üreme Sağlığına Giriş Hizmet- İçi Eğitim Modülü Eğitici Rehberi : Sağlık Bakanlığı s.23-31, 2008.
14. T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, Stratejik Plan 2008-2012: 25-30.
15. Akın A, Oktay Koçoğlu G. Üreme sağlığı uluslararası kararlar ve Türkiye uygulamaları. www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2002/sayi_3/baslik3.pdf [Erişim tarihi:20.09.2009].
16. Taşkın L. Uluslar arası sözleşmeler ışığında kadının durumu. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;8 (2) :1-7.
17. Türkiye Üreme Sağlığı Hizmetleri Durum Analizi Araştırması, 1994. s.1-64.
18. WorldHealthOrganization http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/en/index.html[Erişim Tarihi: 31.10.2009].
19. Akın A, Mıhçıokur S. Kadının statüsü ve anne ölümleri. Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın kitabı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınevi; 2001: 127-139.
20. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005, www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/ozet_rapor.pdf [Erişim tarihi:4.11.2009].
21. Çilingiroğlu NE. Demografi ve sağlık. Bertan M, Güler Ç (Editörler). Halk sağlığı temel bilgiler'de. Ankara: Güneş Kitabevi; 1995. s. 29-44.
22. TÜİK, Nüfus ve kalkınma göstergeleri <http://nkg.tuik.gov.tr/goster.asp?aile=2>. (Erişim Tarihi: 12.11.2009)
23. Özvarış ŞB. Aile planlaması. Sağlık ve Toplum 1998; 8(3-4): 49-54.

24. Bilgel N. Halk sağlığı bakışı ile ana ve çocuk sağlığı. İstanbul: Güneş ve Nobel Yayınevi; 1997: 129-159.
25. Ege E, Timur S, Zincir H. Ebelik son sınıf öğrencilerinin aile planlaması eğitimi etkinliğinin değerlendirilmesi. STED, TTB Yayını 2005; 14(9): s.202.
26. Elçioğlu Ö, Kırmılıoğlu N, Özkan N, Ünlüoğlu İ. Eskişehir'de Aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin etik açıdan değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Dergisi, 1999, 7:66-71.
27. Bayar N, Akın A. Güvenli annelik . Sağlık ve Toplum 1998; 8(3-4): 33-36.
28. Center for Disease Control and Prevention. Atlanta: Safe motherhood promoting health for women before, during and after pregnancy 2008 www.cdc.gov/NCCDPHP/publications/aag/pdf/drh.pdf [Erişim tarihi:25.11.2009].
29. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. 2. Bölüm Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri Madde 5. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2001.
30. Sönmez Y. Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. STED, TTB Yayını 2007; 16 (1): 9 www.ttb.org.tr/STED/2007/ocak/dogum.pdf [Erişim tarihi:25.11.2009].
31. Turan T. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler Fırat Sağlık Hizmetleri Derg, 2008;3(9). web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltucsayidokuz/turanveark9.pdf [Erişim tarihi:25.11.2009].
32. WHO, UNİCEF (Switzerland). Antenatal care in developing; countries promises, achievements and missed opportunities, an analysis, 1990-2001. Geneva: World Health Organization; 2003.
33. Özaydın N, Akın A. İstenmeyen gebelikler ve düşüklerin kadın sağlığına etkileri Sağlık ve Toplum 1998; 8(3-4): s.55-60.
34. TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, İlçelere göre il/ ilçe merkezi ve belde/ köy nüfusu- 2009 http://report.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2=&report=turkiye_ilce_koy_sehir.RD&p_il1=22&p_ilce1=1502&p_kod=2&p_yil=2009&p_dil=1&desformat=html&ENVID=adnksdb2Env [Erişim tarihi:25.11.2009].
35. T.C Lalapaşa Kaymakamlığı, Lalapaşa İlçesi Brifingi, 2008.

36. Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (Adnks) Veri Tabanı, Eğitim Durumu 2008.
http://report.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2=&report=belkoy_cinsiyet_yas_egitim_top.RDF&p_kod=2&p_il1=22&p_ilce1=1502&p_xkod=okuryazar_kod&p_yas=15&p_yil=2008&p_dil=1&desformat=html&ENVID=adnksdb2Env [Erişim tarihi:25.11.2009].
37. Giray H, Keskinoglu P. Işıkkent Sağlık Ocağı'na başvuran 15-49 yaş evli kadınların etkili aile planlaması yöntemi kullanımı ve etkileyen etmenler. STED, TTB Yayını 2006; 15(2): 23-26.
38. Aras E, Tüzün H, Aksakal FN, Özkan S, Maral I. Ankara İl Merkezinde altı birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 15-49 yaş arası kadınların doğurganlık özellikleri ve aile planlaması yöntem kullanımları. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Kitabı s. 509, Ankara 2005.
39. Dindar İ, Yılmaz A, Çelik N. Edirne İl Merkezi'ndeki gebe kadınların doğum öncesi bakım alma durumları ve etkileyen etmenler. 1. Ulusal Ebelik Sempozyumu Kitabı; 3-4 Mayıs; Konak İzmir.
40. Önel K, Karaçam Z, Gerçek E. Planlanmamış gebeliklerin devam ettirilme nedenleri. Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu. 1. Ulusal Ebelik Sempozyumu Kitabı; 3-4 Mayıs 2007; Konak İzmir.
41. Saka G, Ceylan A, Ertem M, İlçin E. Kadın sağlığı merkezinde istemli düşük yaptıran kadınların özellikleri. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı s. 243-46, Diyarbakır 2002.
42. Esin N, Bulduk S, Kadın sağlığını geliştirme programı: halk sağlığı hemşireliği uygulaması. STED, TTB Yayını 2004; 13(7): s.246-48.
43. Berberoğlu U, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne Muradiye SO Bölgesi'nde roman kadınlar ve öbürlerinin sağlık ocağından aldıkları ana sağlığı hizmetleri. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı s.203-9, Diyarbakır 2002.
44. Tokuç B, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne İl Merkezi'nde 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri ve yöntem kullanım oranları. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı s.180-84, Diyarbakır, 2002.
45. Erol N, Ergin I, Döner B, Onmuş R, Şakru N, Kırca Ü. İzmir Konak Doğumevi'ne istemli düşük için başvuran kadınların doğurganlık öyküleri ve aile planlaması davranışları. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı s.239-43, Diyarbakır, 2002.
46. Beştepe G, Ellidokuz H, Temel A, Atılgan A. Aile planlaması konusunda özellikler : Afyon'dan bir kesit. STED, TTB Yayını 2003; 12(5): s.180-83.

47. Giray H, Kılıç B. Bekar kadınlar ve üreme sağlığı. STED, TTB Yayını 2004; 13(8): s.286-89.
48. Beyzadeoğlu H. Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların üreme sağlığı ve doğurganlık konusundaki bilgi ve tutumları. Trakya Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne 2003.
49. Contraceptive Use Among Postpartum Women --- 12 States And New York City, 2004—2006 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5830a1.htm> [Erişim tarihi:4.11.2009].
50. Eskiocak M, Alkoy S, Saraçoğlu G, Dedeler H, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Edirne'de yapılmış bir alan araştırması- 1 ana sağlığı hizmetlerinin aile hekimliği uygulaması öncesi durumu. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı s. 330, Denizli, 2007.
51. Eskiocak M, Alkoy S, Saraçoğlu G, Dedeler H, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Edirne'de yapılmış bir alan araştırması- 7 Doğum sonrası ilk altı ayda AP hizmetlerin aile hekimliği uygulaması öncesi durumu. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı s. 331, Denizli, 2007.
52. Alkoy S, Kıyan A, Çatıker A, Özkan İ. Albayrak S. Eskiocak M. Aile hekimliği pilot uygulamasının ikinci yılında , Bolu'da anne sağlığı hizmetlerinin lot kalite tekniği ile değerlendirilmesi. XII. Kadın Sağlığı ve Üreme Sağlığı Kitabı s.506, Ankara, 2008.
53. Eskiocak M, Alkoy S, Saraçoğlu G, Dedeler H, Berberoğlu U, Yorulmaz F ve ark. Edirne'de aile hekimliğinin 1. yılında doğum sonrası AP hizmetlerinin durumu. XII. Kadın Sağlığı ve Üreme Sağlığı Kitabı s.516, Ankara, 2008.
54. Yıldırım G, Turaçlar N, Bakır A, Özdemir L. Sivas ili ana-çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınların aile planlaması yöntem tercihleri ve etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2003; 25(3): 99-104.
55. Poyrazoğlu S, Baykan Z, Çitil R, Akpınar F, Ceyhan O. Knowledge of 15-49 aged women applying to primary health care centers in the provincial center of Kayseri about family planning methods and prevalence of contraceptive methods usage. 12. Dünya Halk Sağlığı Kongre Kitabı s. 86.72, İstanbul 2009.
56. Gül H. Edirne İl Merkezi Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki 15-49 yaş kadınların üreme sağlığı bağlamında düşükler ve ölü doğumların irdelenmesi. Trakya Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne, 2004.
57. Yoleri H, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne sağlık ocaklarında 1999-2000 yılları arasında 15-49 yaş kadın bildirim formlarının değerlendirilmesi. 1. Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi Kitabı s. 292, Ankara, 2001.

58. Bilge A. Afyonkarahisar İli Dazkırı İlçesi'nde 15-49 yaş arası evli kadınların doğum kontrol yöntemlerine ilişkin davranışlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu. 1. Ulusal Ebelik Sempozyumu Kitabı s.34 Konak İzmir 2007.
59. Mumcu K, Uzun M, Trabzon'da evli kadınların doğurganlık özellikleri ve aile planlaması yöntemi kullanma davranışları. X. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı s.279, Eylül 2006.
60. Pekuslu S, Çelik N, Hülya D. Fabrikada mevsimlik işçi olarak çalışan evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarının incelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu.1. Ulusal Ebelik Sempozyumu Kitabı s.13, Konak İzmir 2007.
61. Kaya H, Tatlı H, Açık Y, Deveci E. Bingöl İli Uydukent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Temmuz 2008; 22(4):185-91.
62. Gökğöz Ş. Bir aile planlaması merkezine başvuran kadınlara verilen danışmanlık hizmeti ve kontrasepsiyon. 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı'nda: 2007, Ekim, 23-26; Pamukkale Üniversitesi; s.323, Denizli 2007.
63. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı güvenli annelik katılımcı kitabı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2006: 23-38
64. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği kitabı Ankara:7. Baskı .Sistem Ofset Matbaacılık, 2005 : 509-531.
65. Saraçoğlu G, Eskiocak M, Alkoy S, Dedeler H, Berberoğlu U, Yorulmaz F ve ark. Edirne' de aile hekimliğinin 1. yılında doğum sonrası AP hizmetlerinin durumu. XII. Kadın Sağlığı ve Üreme Sağlığı Kitabı s.517, Ankara, 2008.
66. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü
<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF1A9547B61DAFFE2A4F192C55D7367761>

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri.....	10
Şekil 2: Araştırma grubundaki kadınların en son bitirdikleri okul ile çalışma durumları arasındaki ilişki.....	31
Şekil 3: Lalapaşa merkez ilçede yaşayan kadınların ilk cinsel ilişki yaşlarına göre dağılımı.....	34
Şekil 4: Son bir yılda canlı doğum yapan kadınların gebeliklerini planlama durumları	39
Şekil 5: Son bir yılda canlı doğum yapmış kadınların doğum sonrası izlem alma durumları	43

ÖZGEÇMİŞ

Ad, Soyad : SEDA CANGÖL
Ünvan : HEMŞİRE

Eğitim:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	HEMŞİRELİK	BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ	2004
Yüksek Lisans			
Doktora/Uzmanlık			

Akademik Unvanlar:

Unvan	Bölüm	Üniversite	Yıl
Yardımcı Doçent			
Doçent			
Profesör			

Uzmanlık Alanları / Deneyim:

11/07/2008 – 04/09/2008 : Balıkesir Özel Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım
03/03/2009- : Lalapaşa Toplum Sağlığı Merkezi

EKLER

Ek 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

“Lalapaşa Merkez İlçe’de yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların üreme sağlığı durumları”

isimli çalışma, Lalapaşa merkez ilçede yaşayan kadınların üreme sağlığı özelliklerini ve belirleyicilerini incelemek amacıyla yürütülmektedir.

Araştırma için gerekli tüm kurumlardan izin alınmıştır.

Araştırmaya katılan kişi araştırmacının sorduğu soruları yanıtlayacak, elde edilen bilgiler bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılımınız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır.

Yukarıda açıklanan araştırmaya gönüllü olarak katılmak istiyorum

Adı Soyadı :

Tarih :

İmza :

Araştırmacının imzası:

Sayın Katılımcı,

Size 117 sorudan oluşan bir anket uygulayacağız. Araştırmaya katılımınız sizin isteğinize bağlıdır. İsminiz ve soy isminizi yazmayacağız. Bu araştırmadan elde edilecek veriler tamamen bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılmayı düşünürseniz sorulara başlayacağız. Katkı ve katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı AD.

FORM NO :

TARİH:...../ Dolar kuru

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

1- Yaşınız :		Eşinizin yaşı	Sizin doğum yeriniz
2- Medeni durumunuz?		Evli Bekar	Birlikte yaşıyor Boşanmış Dul Ayrı yaşıyor
Yanıt evli ve birlikte yaşıyor DEĞİL İSE soru 9'a geçiniz			
3- Kaç yıldır evlisiniz?		Bu kaçınıcı evliliğiniz?	
4-Eşiniz ile evliliğinize nasıl karar verdiniz? Siz		Eşiniz	Birlikte
5- İlk kaç yaşında evlendiniz?		Aileleriniz	
6- Şimdiki evliliğinizde nikah şekli hangisidir?		Yalnız resmi	Yalnız dini
7-Eşinizle aranızda akrabalık var mı?		Evet	Hayır
8-Eşiniz ile birlikte yaşamaya başladığınızda yaşadığınız evde sizden başka kimse var mıydı? Evet Hayır		Evet ise Kendi Anne/babası..... Kardeş(ler)i..... Büyükanne/babası..... Diğer akrabaları..... Çocukları.....	Kocasının Anne/babası..... Kardeş(ler)i..... Büyükanne/babası..... Diğer akrabaları..... Çocukları.....
9-Hiç sigara içtiniz mi veya halen sigara içiyor musunuz? Evet Hayır		Evet ise	Hiç içmedi Birkaç kez denedi Ara sıra içiyor Sürekli, düzenli içiyor/ Eskiden içiyordu, bıraktı
10-Öğrenim durumunuz		Kendisinin (Toplam yıl.....) Okuryazar değil Okur – yazar İlkokulu bitirmiş Ortaokulu bitirmiş Lise bitirmiş Yüksekokul bitirmiş	Eşinin (Toplam yıl.....) Okuryazar değil Okur – yazar İlkokulu bitirmiş Ortaokulu bitirmiş Lise bitirmiş Yüksekokul bitirmiş
11- Mesleğiniz		Kendisinin	Eşinin
12- Son bir yıldır gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz? Evet Hayır		Evet ise	Kendi işinde yalnız çalışıyor Kendi işinde çalışıyor, yanında ücretli/maaşlı işçi çalışıyor Ücretli (Devlet memuru) Ücretli (Özel sektör) Ücretsiz aile işçisi Diğer
		Günde kaç saat çalışıyorsunuz?.....saat	
		İş yerinde gebelik izlemi yapıyor mu?	Evet Hayır
		Gebelik durumunda işinizde bir değişiklik yapıldı mı?	Evet Hayır
		Evet ise nasıl bir değişiklik oldu?.....	Gebelikte çalışmıyor
13-Sürekli oturduğunuz yer		Köy / Mahalle.....	
14- Hanenizin toplam aylık geliri:TL			

15-Oturduğuz / Çalıştığımız yerde, en sık (genellikle) başvurduğunuz bir sağlık birimi var mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise	Oturduğuz yerde	Çalıştığımız yerde
		Yok <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
		Aile Sağlığı Merkezi <input type="checkbox"/>	Aile Sağlığı Merkezi <input type="checkbox"/>
		SSK Dispanseri <input type="checkbox"/>	SSK Dispanseri <input type="checkbox"/>
		İşyeri Sağlık Birimi <input type="checkbox"/>	İşyeri Sağlık Birimi <input type="checkbox"/>
		Devlet Hastanesi <input type="checkbox"/>	Devlet Hastanesi <input type="checkbox"/>
		Özel Sağlık Kurumu <input type="checkbox"/>	Özel Sağlık Kurumu <input type="checkbox"/>
		Diğer.....	Diğer.....
16-Sizden ya da eşinizden dolayı sağlık sigortanız (karneniz) var mı?		Yok <input type="checkbox"/>	Emekli Sandığı <input type="checkbox"/>
		Bağ-Kur <input type="checkbox"/>	SSK <input type="checkbox"/>
		Yeşil Kart <input type="checkbox"/>	Özel <input type="checkbox"/>

ÜREME HAKLARI

17-Evlernen ya da birlikte yaşamaya karar vermede aşağıdaki görüşlerden hangisi sizin görüşünüze en yakındır?	Kadının istemesi yeterlidir <input type="checkbox"/>
	Erkeğin istemesi yeterlidir. <input type="checkbox"/>
	Kadın ve erkek ortak karar almalıdır <input type="checkbox"/>
	Aile büyüklerinin kararı yeterlidir. <input type="checkbox"/>
	Diğer
18-Gebeliğe karar verirken eşlerin rolü hakkında aşağıdaki görüşlerden hangisi sizin görüşünüze en yakındır?	Kadının istemesi yeterlidir <input type="checkbox"/>
	Erkeğin istemesi yeterlidir. <input type="checkbox"/>
	Kadın ve erkek ortak karar almalıdır <input type="checkbox"/>
	Aile büyüklerinin kararı yeterlidir. <input type="checkbox"/>
	Diğer
19-Gebeliği sonlandırma ile ilgili aşağıdaki önermelerden hangisi sizin görüşünüze en yakındır?	Kadının istemesi yeterlidir <input type="checkbox"/>
	Erkeğin istemesi yeterlidir. <input type="checkbox"/>
	Kadın ve erkek ortak karar almalıdır <input type="checkbox"/>
	Aile büyüklerinin kararı yeterlidir. <input type="checkbox"/>
	Diğer

ÜREME ÖYKÜSÜ

20- İlk adetinizi kaç yaşında oldunuz?		
21-İlk cinsel ilişkinizi kaç yaşında yaşadınız?		
22-Hiç gebe kaldınız mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise <input type="checkbox"/>	İlk gebeliğinizde kaç yaşındaydınız? Kaç kez gebe kaldınız?
23-Sizce gebe kalma olasılığı en yüksek zaman hangisidir? Adet sırasında <input type="checkbox"/> Adet başlamadan önce <input type="checkbox"/> Adet bittikten sonra <input type="checkbox"/> Belli bir zamanı yok <input type="checkbox"/> İki adet arasında <input type="checkbox"/> Bilmiyorum/cevap yok <input type="checkbox"/>		
24-Sizce iki gebelik arasındaki süre en az ne kadar olmalıdır? ay / yıl		
25-Yaşayan çocuklarınızın sırasıyla tane	Yaşları 1.... 2.... 3.... 4.... 5.... 6....	Cinsiyetleri 1.... 2.... 3.... 4.... 5.... 6....
26-İdeal çocuk sayısı kaç olmalıdır? Size göre Eşinize göre		
27- Sizin doğurduğunuz ama doğumdan sonra ölen çocuğunuz oldu mu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise kaç tane?.....	
28-Hiç ölü doğum yaptınız mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise kaç kez?	
29- Sizce gebelik önlenbilir mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise hangi yöntemleri biliyorsunuz? 1. 2. 3. 4. 5. Diğer.....	

AİLE PLANLAMASI**30-Hayatınızın herhangi bir döneminde korunma yöntemi kullandınız mı? / kullanıyor muydunuz?**Evet Hayır **EVET İSE 31-40 SORULARINI YANITLAYINIZ. HAYIR İSE 41. SORUYA GEÇİNİZ.**

31- Ne zaman kullandınız/kullanıyorsunuz?	Şu anda <input type="checkbox"/>	Son bir sene içinde <input type="checkbox"/>
	Son 1-5 sene içinde <input type="checkbox"/>	Son 5 seneden önce <input type="checkbox"/>
Diğer.....		
32- Hangi yöntemi kullandınız?	Hap <input type="checkbox"/>	Kondom <input type="checkbox"/>
	Enjeksiyon <input type="checkbox"/>	Norplant <input type="checkbox"/>
	Takvim <input type="checkbox"/>	Geri çekme <input type="checkbox"/>
	Dijer <input type="checkbox"/>	
(Birden fazla yanıt olabilir Yanına sayı ekleyiniz.)		

33-Halen kullandığınız yöntemi kullanmaya kim karar verdi?Kendisi Kocasını Beraber

34-Neden o aile planlaması yöntemini kullanıyorsunuz?	
35- Ne kadar süre ile kullandınız?..... (ay / yıl) 1 yöntem..... 2 3. 4.	
36- İlk yöntem kullandığımızda kaç çocuğa sahiptiniz?	
37- Eğer bıraktıysanız nedeni neydi? Korku <input type="checkbox"/> İhmal <input type="checkbox"/> Kullanımı zor <input type="checkbox"/> Temini zor <input type="checkbox"/> Eşi istemiyor <input type="checkbox"/>	
Çocuk istediği için <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
38- Yöntem için danışmanlık aldınız mı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise (Birden fazla yanıt olabilir yanına sayı ekleyiniz)
Bilgiyi aldığımız sırada size halen kullandığımız yöntemin herhangi bir yan etkisinden bahsedildi mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Aile planlamasında danışmanlık hizmetleri size yeterli miydi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Kimden Hekim <input type="checkbox"/> Ebe/Hemşire <input type="checkbox"/> Ara Ebesi <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Nereden AÇS-AP Merk <input type="checkbox"/> Sağlık Ocağı <input type="checkbox"/> Devlet hastanesi <input type="checkbox"/>	
SSK hastanesi <input type="checkbox"/> Özel muayenehane <input type="checkbox"/> Eczane <input type="checkbox"/>	
Üniversite Hast. <input type="checkbox"/> Özel hastane <input type="checkbox"/> Diğer..... <input type="checkbox"/>	
Ücret ödediniz mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Evet ise ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz? uygundu <input type="checkbox"/> çoktu <input type="checkbox"/>	
39- Yöntemi nereden aldınız? (Birden fazla yöntem varsa sayılarını yanına yazınız)	AÇS-AP Merkezi <input type="checkbox"/> Sağlık Ocağı <input type="checkbox"/> Özel muayenehane <input type="checkbox"/>
	Devlet hastanesi <input type="checkbox"/> SSK hastanesi/Dispan. <input type="checkbox"/> Eczane <input type="checkbox"/>
	Üniversite hastanesi <input type="checkbox"/> Market <input type="checkbox"/> Özel hastane <input type="checkbox"/>
	Diğer..... <input type="checkbox"/>
40- Ücret ödediniz mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz? uygundu <input type="checkbox"/> çoktu <input type="checkbox"/>

HAYIR İSE

41- Neden? Çocuk istiyor <input type="checkbox"/> Eşi istemiyor <input type="checkbox"/> Yöntem kullanmaya karşı <input type="checkbox"/> Pahalı <input type="checkbox"/> Sağlık kaygısı <input type="checkbox"/>	Nereden alınacağını bilmiyor <input type="checkbox"/> Dini nedenle (günah) <input type="checkbox"/> Diğer..... <input type="checkbox"/>
---	---

42-Son beş (5) yıl içinde gebelik yaşadınız mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise yaşadığınız bu gebelik nasıl sonuçlandı? Canlı doğum <input type="checkbox"/> Ölü doğum <input type="checkbox"/>	Kürtaj / istemli düşük <input type="checkbox"/> Kendiliğinden Düşük <input type="checkbox"/> Tıbbi düşük <input type="checkbox"/>
---	--	---

GEBELİK

43-Son bir (1) yıl içinde canlı doğumla sonuçlanan bir gebelik yaşadınız mı? Evet Hayır
EVET İSE 44-53 SORULARINI YANITLAYINIZ. HAYIR İSE 82. SORUYA GEÇİNİZ.

44- Hangi belirtilerle gebelikten şüphelendiniz? (Birden fazla yanıt olabilir) Adet gecikmesi <input type="checkbox"/> Halsizlik, uykusu <input type="checkbox"/> Göğüslerde şişkinlik <input type="checkbox"/> Mide bulantısı <input type="checkbox"/> Baş dönmesi <input type="checkbox"/> Diğer
45- Bu/Son gebeliğinizi planlamış mıydınız? Evet <input type="checkbox"/> Daha sonra planlıyorduk <input type="checkbox"/> Hiç gebelik istemiyorduk <input type="checkbox"/>
46- İsteddiğiniz sayıda çocuk sahibi oldunuz mu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>

47- Sayıyı kim belirledi?

Kendisi Eşi Diğer Birlikte

48- Bu/son bebeğinizin cinsiyeti ile ilgili bir tercihiniz var mıydı?	Sizin	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise	Kız <input type="checkbox"/>	Erkek <input type="checkbox"/>	
	Eşinizin	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise	Kız <input type="checkbox"/>	Erkek <input type="checkbox"/>	
49- Gebelik tanısı	Aile Sağlığı Merkezi <input type="checkbox"/>	AÇS-AP <input type="checkbox"/>	Üniversite Hastanesi <input type="checkbox"/>				
nerede konuldu?	Devlet Hastanesi/Doğumevi <input type="checkbox"/>	Özel doktor / muayene <input type="checkbox"/>	Özel Hastane <input type="checkbox"/>				
	SSK Hastanesi <input type="checkbox"/>	Eczane <input type="checkbox"/>	Diğer				
50- Gebelik tanısını ilk kim koydu?	Kendim <input type="checkbox"/>	Hekim <input type="checkbox"/>	Ebe/Hemşire <input type="checkbox"/>	Ara Ebesi <input type="checkbox"/>			
	Diğer.....						
51- Tanısı gebeliğinizin hangi döneminde (haftasında / ayında) kondu?							
52- Tanısı için ücret ödediniz mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>					
	Evet ise ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz? uygundu <input type="checkbox"/> çoktu <input type="checkbox"/>						
53- Gebelik için danışmanlık aldınız mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise;	Kimden?	Hekim <input type="checkbox"/>	Ebe/Hemşire <input type="checkbox"/>	Ara Ebesi <input type="checkbox"/>	Diğer.....	
		Nereden?	Aile Sağlığı Merkezi <input type="checkbox"/>	Devlet Hastanesi/Doğumevi <input type="checkbox"/>			
		(Birden fazla yanıt olabilir)	AÇS-AP <input type="checkbox"/>	SSK Hastanesi <input type="checkbox"/>			
			Üniversite Hast. <input type="checkbox"/>	Özel Hastane <input type="checkbox"/>			
		Özel doktor/muayene <input type="checkbox"/>	Diğer				
		Ücret ödediniz mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>			
		Evet ise ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz? uygundu <input type="checkbox"/> çoktu <input type="checkbox"/>					
	Hayır ise neden?	Gerek duymadım <input type="checkbox"/>	Ekonomik nedenle <input type="checkbox"/>	Güvenmeme <input type="checkbox"/>			
		Gelenek görenekler <input type="checkbox"/>	Bilmiyordum <input type="checkbox"/>	Diğer			

DÖB

54-Son bir yıl içinde canlı doğumla sonuçlanan gebeliğinize ilişkin olarak; gebeliğiniz boyunca izlem yaptıldı mı? Evet Hayır

EVET İSE 55-62 SORULARINI YANITLAYINIZ. HAYIR İSE 63. SORUYA GEÇİNİZ

55-Nerede?	Aile Sağlığı Merkezi <input type="checkbox"/>	AÇS-AP <input type="checkbox"/>	Devlet Hastanesi/Doğumevi <input type="checkbox"/>
	Özel doktor/muayene <input type="checkbox"/>	Özel Hastane <input type="checkbox"/>	Üniversite Hast. <input type="checkbox"/>
	SSK Hastanesi <input type="checkbox"/>	Evde <input type="checkbox"/>	Diğer
(Birden fazla yanıt olabilir)			
56-	Kim tarafından:	Kaç kez:	
	Hekim <input type="checkbox"/>		
	Ebe/Hemşire <input type="checkbox"/>		
	Ara Ebesi <input type="checkbox"/>		
	Diğer		
57-Ücret ödediniz mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	
	Evet ise ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz? Uygundu <input type="checkbox"/> Çoktu <input type="checkbox"/>		
58-Doğum öncesinde ilk bakım gebeliğinizin kaçınca ayında yapıldı?			
59-Doğum öncesinde, gebeliğinizde bakım (kontrol) için hiç evde ziyaret edildiniz mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	

60-Doğum öncesi gebelik kontrollerinin herhangi birinde;	Evet	Hayır
Sarılık tetkiki yapıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tartıldınız mı ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boyunuz ölçüldü mü?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tansiyonunuza bakıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kansızlık tetkiki(sayımı/Hb ölçümü) yapıldı mı ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdrar tetkiki yapıldı mı ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebeginizin kalp atışları dinlendi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultrasonografi çekildi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genel/Vaginal muayene yapıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başka neler yapıldı		
61- Doğum öncesi gebelik kontrollerinin herhangi birinde sayılanlar hakkında bilgi verildi mi?	Evet	Hayır
Gebelikte tehlike belirtileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebelikte beslenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doğum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebek beslenmesi/Emzirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aile planlaması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doğumun nerde, kim tarafından yapılacağı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62- Gebeliğiniz sırasında aşağıdakilerden herhangi biri/birkaçı size önerildi mi?		
Folik asit <input type="checkbox"/>	Multivitamin <input type="checkbox"/>	Demir hapi <input type="checkbox"/>
		Diğer..... <input type="checkbox"/>

HAYIR İSE					
63-Neden?	Gerek duymadım <input type="checkbox"/>	Ekonomik nedenle <input type="checkbox"/>	Güvenmeme <input type="checkbox"/>	Gelenek-görenekler <input type="checkbox"/>	
	Bilmiyordum <input type="checkbox"/>	Diğer			

64- Bu son gebeliğinizde tetanoz aşısı yapıldı mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise	İlk olarak gebeliğinizin kaçınıcı ayında oldunuz?
		Bu aşığı kaç kez oldunuz? Bir doz <input type="checkbox"/> İki veya daha fazla doz <input type="checkbox"/>
		Bilmiyor <input type="checkbox"/>
	Hayır ise	neden?.....

DOĞUM

Son bir yıl içinde canlı doğumla sonuçlanan yaşadığınız gebeliğe ilişkin olarak;

65- Doğuma ne zaman geleceğinize nasıl karar verdiniz?	Ağrılarım sıklaştı <input type="checkbox"/>	Doktor zaman verdi <input type="checkbox"/>
	Su geldi <input type="checkbox"/>	Diğer
66-Doğumunuzu nerede yaptınız?	Evde <input type="checkbox"/>	Devlet Hastanesi/Doğumevi <input type="checkbox"/>
	AÇS-AP <input type="checkbox"/>	Aile Sağlığı Merkezi <input type="checkbox"/>
	SSK Hastanesi <input type="checkbox"/>	Üniversite Hast. <input type="checkbox"/>
	Özel Hastane <input type="checkbox"/>	Diğer
67-Doğumunuza herhangi bir sağlık personeli yardımcı oldu mu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise	Hayır ise
	Doktor <input type="checkbox"/>	Yakını <input type="checkbox"/>
	Ebe/Hemşire <input type="checkbox"/>	Ara Ebesi <input type="checkbox"/>
	Diğer	Kendi kendine <input type="checkbox"/>
		Neden?
68- Doğumunuzu nasıl yaptınız?	Normal (vaginal) <input type="checkbox"/>	Sezeryan <input type="checkbox"/>
		(Sezeryan ise neden.....)
69- Doğumunuz sırasında herhangi bir sorun yaşadınız mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Evet ise	Uzun zahmetli <input type="checkbox"/>	Kasılmalar <input type="checkbox"/>
	Aşırı kanama <input type="checkbox"/>	Diğer.....
70- Doğum için ücret ödediniz mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Evet ise	ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	uygundu <input type="checkbox"/> çoktu <input type="checkbox"/>
	nereye/kime ödediniz?.....	
71- Doğum sonrası bebeğiniz tartıldı mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
72-Doğumdan ilk bir saat içinde bebeğiniz size verilip emzirmeniz sağlandı mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
	Hayır ise	ne zaman verildi?.....

DOĞUM SONRASI BAKIM

73- Son bir yıl içinde canlı doğumla sonuçlanan yaşadığınız gebeliğe ilişkin olarak; doğum sonrası loğusalıkta (6 hafta boyunca) izlem yapıldı mı? Evet Hayır

EVET İSE 74-80 SORULARI YANITLAYINIZ. HAYIR İSE 81. SORUYA GEÇİNİZ.

74- Nerede?	Aile Sağlığı Merkezi <input type="checkbox"/>	AÇS-AP <input type="checkbox"/>	Devlet Hastanesi/Doğumevi <input type="checkbox"/>
	Özel doktor/muayene <input type="checkbox"/>	Özel Hastane <input type="checkbox"/>	Üniversite Hast. <input type="checkbox"/>
	SSK Hastanesi <input type="checkbox"/>	Evde <input type="checkbox"/>	Diğer
			(Birden fazla yanıt olabilir)

EVET İSE 92-97 SORULARINI YANITLAYINIZ. HAYIR İSE 98. SORUYA GEÇİNİZ.

92- Hangi yöntemi kullandınız?	Geri çekme <input type="checkbox"/>	Takvim <input type="checkbox"/>	Hap <input type="checkbox"/>	Kondom <input type="checkbox"/>
(Birden çok yanıt olabilir)	RİA <input type="checkbox"/>	Tüp ligasyonu <input type="checkbox"/>	Enjeksiyon <input type="checkbox"/>	Norplant <input type="checkbox"/>
	Diğer.....			
93- Ne kadar süre ile kullandınız?.....				
94-Yöntem için danışmanlık aldınız mı?	Evet ise	Kim tarafından	Kim tarafından	
Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>		Doktor <input type="checkbox"/>	Ebe <input type="checkbox"/>	
		Sağlık memuru <input type="checkbox"/>	Hemşire <input type="checkbox"/>	
		Diğer		
	Nereden	Devlet Hastanesi/Doğumevi <input type="checkbox"/>	SSK Hastanesi <input type="checkbox"/>	
		Özel muayenehanede <input type="checkbox"/>	Tıp Fak.Hastanesi <input type="checkbox"/>	
		Özel Hastane <input type="checkbox"/>	AÇS-AP <input type="checkbox"/>	
	Diğer.....			
	Hayır ise neden ?.....			
95- Korunma yöntemini nereden aldınız?	AÇS-AP Merk <input type="checkbox"/>	Aile Sağlığı Merkezi <input type="checkbox"/>	Devlet hastanesi <input type="checkbox"/>	
	SSK hastanesi <input type="checkbox"/>	Özel muayenehane <input type="checkbox"/>	Eczane <input type="checkbox"/>	
	Market <input type="checkbox"/>	Diğer.....		
96-Ücret ödediniz mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>		
	Evet ise ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz?			uygundu <input type="checkbox"/> çoktu <input type="checkbox"/>
97- Şu anda da bahsettiğiniz AP yöntemini kullanıyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>		
	Evet ise AP için kullandığımız malzemeyi nereden temin ediyorsunuz?.....			
	Hayır ise neden.....			
HAYIR İSE				
98- Neden ?				

KENDİLİĞİNDEN DÜŞÜK ÖYKÜSÜ

99- Siz, son beş (5) yıl içinde, hiç istemediğiniz halde düşük yaptınız mı? Evet Hayır

EVET İSE; 100-106 SORULARINI YANITLAYINIZ. HAYIR İSE 107. SORUYA GEÇİNİZ.

100- Hangi yakınmalarla farkına vardınız?	Kanama <input type="checkbox"/>	Bel ağrısı <input type="checkbox"/>	Kasık ağrısı <input type="checkbox"/>	Parça düşürme <input type="checkbox"/>
	Diğer.....			
101- Size göre yaşadığınız bu düşüğün nedeni nedir?.....				
102- Size yaşadığınız bu düşüğün nedeni olarak, sağlık personeli tarafından ne söylendi?.....				
103- Kaç kez kendiliğinden düşük yaşadınız.....				
104- Gebeliğinizin kaçmı haftasında kendiliğinden düşüğünüz oldu.....				
105- Kendiliğinden düşüğünüz sırasında sağlık personelinin yardım aldınız mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>		
	Evet ise kimden?.....			
106- Kendiliğinden düşük sonrası danışmanlık aldınız mı?	Evet ise	Kimden.....		
Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>		Nereden?	Devlet Hastanesi/Doğumevi <input type="checkbox"/>	SSK Hastanesi <input type="checkbox"/>
			Özel muayenehanede <input type="checkbox"/>	Tıp Fak.Hastanesi <input type="checkbox"/>
			Özel Hastane <input type="checkbox"/>	AÇS-AP <input type="checkbox"/>
	Diğer.....			
	Hayır ise neden			

TIBBİ DÜŞÜK ÖYKÜSÜ

107- Siz, son beş (5) yıl içinde, hiç istemediğiniz halde sağlık sorunu nedeniyle çocuk aldırmanız mı?

Evet Hayır

EVET İSE; 108-116 SORULARINI YANITLAYINIZ.

108- Nasıl bir gerekçe ile çocuğunuz alındı? <input type="checkbox"/>	Annenin sağlık problemi <input type="checkbox"/>	Bebegin sağlık problemi <input type="checkbox"/>
Anne ve bebegın sağlık problemi <input type="checkbox"/>		
Diğer.....		
109- Bu gerekçe nasıl saptandı	US ile anomali görüldü <input type="checkbox"/>	Kan tetkikleri sonunda <input type="checkbox"/>
	HSG çekildi <input type="checkbox"/>	Amniosentez sonucu <input type="checkbox"/>
	Bundan önce de anomali bebek öyküsü <input type="checkbox"/>	Diğer.....
110- Bu endikasyonu kim koydu?.....		
111- Bu işlemi kim yaptı?.....		
112- Gebeliğinizin kaçınıcı haftasında kürtaj oldunuz?.....		
113- Bu işlem nerede gerçekleşti?.....		
114- Daha önce benzer bir deneyiminiz oldu mu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>		
Evet ise kaç kez.....		
115- Bu işlem için bir ücret ödediniz mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>		
Evet ise; ücret sizin için Uygundu <input type="checkbox"/> Çoktu <input type="checkbox"/>		
116- Bu işlem sonrasında /danışmanlık aldınız mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise	Kimden..... Nereden.....

Ek 2

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YEREL ETİK KURULU Edirne, Türkiye
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTFEK 2009 / 146
	PROTOKOL ADI	Lalapaşa Merkez İlçede Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumları
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Galip EKUKLU
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	T.Ü.T.F. Yerel Etik Kurulu
	DESTEKLEYİCİ FIRMA	Araştırmacıların Kendileri
	FAZİ	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Çok Merkez <input checked="" type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslararası

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	04.06.2009		<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 11 / 24	Tarih: 11.06.2009
	<p>Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Galip EKUKLU'nun sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Seda CANGÖL'ün tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeleri araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyeceği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.</p>	

ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI		Helsinki Bildirgesi, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu				
UYELER						
Ünvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ömer Nuri PAMUK Üye	Romatoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	E	E	<input type="checkbox"/>	İzinli
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Üfuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Deontoloji ve Tıp Tarihi	T.Ü.T.F. Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.	K	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	E	<input checked="" type="checkbox"/>	
Avukat Barış DEMİREL Üye	Hukuk	T.Ü. Rektörlüğü	E	E	<input type="checkbox"/>	Katılmadı

* Araştırma ile İlişki

** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİKMENLİ
Dekan

Ek 3

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B104ISM4220009/8915

21/07/2009

KONU: Anket Çalışması

VALİLİK MAKAMINA
EDİRNE

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Seda CANGÖL'ün "Lalapaşa Merkez İlçede Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumları" konulu anket çalışmasını Lalapaşa merkez ilçede yapması hususunu olurlarımıza arz ederim.

Uzm. Dr. Hatice GÜL
İl Sağlık Müdürü V.

OLUR
21/07/2009

Abdullah ASLANER
Vali a.
Vali Yardımcısı

İl Sağlık Müdürlüğü EDİRNE

Telefon: (0 284) 214 90 10 (10 Hat)

Faks: (0 284) 225 15 01

e-posta: edirne@saglik.gov.tr

Elektronik Ağ: www.edirnesm.gov.tr