

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Hızlı nüfus artışı günümüzde dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından biridir (1). Aşırı doğurganlık dar anlamda anne ve çocukların sağlığını, geniş anlamda toplumun genel sağlık düzeyini, ekonomik, sosyal ve kültürel gelişmesini olumsuz etkilemektedir (2). Ülkemizin de içinde yer aldığı gelişmekte olan ülkelerde aşırı doğurganlığa bağlı oluşan ana çocuk sağlığı sorunları, genel sağlık sorunları arasında ilk sırada yer almaktadır (3,4)

Aile planlaması ailelerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmasını, infertilite durumlarında gereken tedavinin uygulanmasını ve istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasını kapsayan bir sağlık hizmetidir (5). 1994 Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda aile planlaması "üreme sağlığı ve cinsel sağlık" kavramı içinde ele alınmıştır (6,7,8,9). Özellikle gelişmekte olan ülkeler için üreme sağlığı Dünya Sağlık Örgütü için öncelikli bir alandır. Her yıl yarım milyon kadın yoksulluk ile hamilelik komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybetmektedir (10).

Dünyanın her ülkesinde aile sağlığında önemli bir yeri olan aile planlaması özellikle annelerin ve çocukların daha sağlıklı olmaları için alınan önlemleri kapsayan bir sağlık hizmetidir. Araştırmalar, anne ve çocuğun hastalık ve ölüm riskinin 18 yaşın altında, 35 yaşın üzerinde, dört doğumdan fazla ve iki yıldan sık aralılarla olan gebeliklerde en yüksek olduğunu göstermektedir (5,11). Sağlık personelinin, anne ve çocuk sağlığı ve refahı için, öncelikle yüksek riskli gebelikleri gebelikleri önlemeye çalışması gerekir. Anne sağlığını tehdit eden hastalıkların büyük bölümü, gebeliklerin istenen zamanda, sayıda ve uygun aralıklarla gerçekleşmesiyle engellenebilmektedir. Ülkelerin aile planlaması programlarına ağırlık vererek anne ölümlerinin ortalama % 30-40 oranında azaltılabileceği belirtilmektedir. Aynı zamanda AP'nın ilk gebeliği geciktirerek veya gebelikler arasındaki süreyi uzatarak bebek ölümlerini en az % 20 azaltacağı belirtilmiştir (12).

Ülkemizde yıllara göre bebek-çocuk ve anne ölüm hızlarındaki düşüşler dikkate alındığında, giderek düzelen bir gelişme süreci içinde olduğumuz bir

gerçektir. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, Türkiye’de toplam doğurganlık hızı 2,23, 1998 yılı verilerine göre toplam doğurganlık hızı 2,61’dir (13,14).

Dünyada evli kadınlar arasında 1960’larda % 10’dan az olan kontraseptif kullanımı bugün % 60’ların üzerindedir (10). Ülkemizde 1965’ten beri büyük çabalar harcanmasına rağmen halen modern kontraseptiflerin kullanımı istenen düzeye ulaşamamıştır (15). TNSA 2003 verilerine göre her 100 kişiden 99’u en az bir aile planlaması yöntemi bilmektedir. Ancak halen herhangi bir yöntem kullananların oranı % 71’dir. Bunların % 42,5’i modern yöntem, % 28,5’i geleneksel bir yöntem kullanmaktadır. Herhangi bir yöntem kullanmayanların oranı ise % 29’dur. Bugün oluşan 100 gebelikten 21’i düşükle sonuçlanmakta, bunların 10’u kendiliğinden düşük, 11’i isteyerek düşük (küretaj) şeklindedir (14).

Ülkemizde anne ölümlerinin % 50 azaltılması ve kullanılan yöntemler içerisinde etkili aile planlaması yöntemlerinin kullanımının artırılması, ana sağlığı ve aile planlaması konusundaki en önemli hedeflerdendir. Bunun sağlanması için riskli gruplara yönelik özel programların uygulanması ve halkın eğitimi gerekmektedir. Ulusal Faaliyet Planında da belirtildiği gibi, Doğumevlerinde ve Kadın-Doğum Bölümü bulunan hastanelerde AP Kliniklerinin açılması ve buralarda doğumdan ya da düşükten sonra AP danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gibi faaliyetlerin geliştirilerek yapılmasına ihtiyaç vardır (12).

Son yıllarda sezaryen doktorların ve anne adaylarının önemli ölçüde tercih ettiği ve kullandığı bir doğum yöntemi haline gelmiştir.1980’li yılların sonlarında sezeryan hızları Hollanda’da %10, İngiltere’de %15, Kanada’da % 20’dir.Türkiye’de sezeryan hızı 1965-70’li yıllarda % 3,4 iken 1998’de % 14 ve 2003’te % 24 olarak belirlenmiştir (14,16). Sezaryen oranı giderek gelişen ve yeterli güvenilir anestezi, operasyon ve postoperatif bakım uygulamaları, bebekler için yapılan bakım ünitelerinin ve antenatal dönemde daha çok fetusa yönelik risk faktörlerinin tespit yöntemlerinin geliştirilmesine bağlı olarak belirgin bir artış göstermiştir. Çalışmalar sezeryan doğumu geçiren kadınların normal doğum yapanlara göre daha az gebelik ve doğum geçirmeleri gerektiğini vurgulamıştır. Bu nedenle bu kadınlar sahip olmak istedikleri ideal çocuk sayısına ulaştıktan sonra etkili bir aile planlaması yöntemi

kullanmak durumundadırlar. Aksi halde istenmeyen gebeliklerle ve bunların sonlandırılması ile karşı karşıya kalırlar. Bu durumun önlenmesi için sezeryan olan kadınların etkin aile planlaması yöntemleri kullanmaları konusunda bilinçlendirilmeleri gerekmektedir (16,17).

Bireylere bir konuyu öğretebilmek ve benimsetebilmek için en uygun zamanın, onların bu bilgiye en çok ihtiyaç duydukları zaman olduğu belirtilmektedir (3). Sezeryan doğumu sonrası dönem, çiftlerin kısa zaman içerisinde çocuk sahibi olmayı istemedikleri ve dolayısıyla aile planlaması danışmanlık hizmetlerine ihtiyaç duydukları bir dönemdir. Sezeryan doğumundan sonra kadınların hastanede kalış sürelerinin normal doğum yapanlara göre biraz daha uzun olması bu süre içerisinde ihtiyaç duydukları aile planlaması danışmanlığının verilmesini sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de aşırı doğurganlık hızlı nüfus artışına neden olmakta ve ana çocuk sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Aşırı doğurganlığın önlenmesi için aile planlaması hizmetlerinin başarılı bir biçimde sunulması gerekmektedir. Sezeryan doğumu geçiren kadınlar için her gebelik ayrı bir risk taşımaktadır. Hemşirelik hizmetleri kapsamında sezeryan doğumu geçiren kadınlara etkin aile planlaması yöntemleri konusunda danışmanlık verilmesi önem taşımaktadır.

Bu araştırma sezeryan doğumu geçiren kadınların seçtikleri aile planlaması yöntemleri ve bu yöntemleri seçme nedenlerinin dağılımını belirlemek amacı ile planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Nüfus ve Sağlık

Hızlı nüfus artışı, birlikte getirdiği ekonomik, çevresel, hızlı kentleşme ve diğer sosyal sorunlar nedeni ile sağlığı dolaylı olarak olumsuz etkilemesinin yanısıra aşırı doğurganlık nedeni ile de sağlığı doğrudan olumsuz etkilemektedir. Günümüzde 6 milyarı aşan dünya nüfusu tarih öncesi dönemde 10 milyon, milattan hemen sonra, 250-300 milyon, 1800'lerde ise 1 milyardır. 1800-1900 yılları arasında yaklaşık 130 yılda iki misline yani 2 milyara ulaştı. Oysa bu günkü artış hızı ile dünya nüfusuna 1 milyar daha eklenmesi sadece 11 yılda gerçekleşecektir. Gelişmiş ülkelerde nüfusun iki misline çıkması 130 yıl alırken bu süre gelişmekte olan ülkelerde 20-35 yıldır. Artan yıllık nüfus, en fazla Asya ve Afrika'da, en az da Avrupa'dadır. Dünya nüfus artışının %80'ini, Türkiye'nin de içinde olduğu 25 ülke oluşturmaktadır (15,18,19).

Günümüzde pek çok ülke aile planlaması uygulamasını giderek daha fazla desteklemektedir. Halen dünyada pek çok ülke aile planlamasını tam olarak desteklemekte bunlardan bazıları ilke olarak aile planlamasını desteklerken bazı ülkeler ise pronatalist nüfus politikası izlemektedir. Aşırı doğurganlığın olduğu ülkelerde erken evlenme, adolesan gebelikler, ileri yaş gebelikleri, 2 yıldan kısa aralıklarla olan ve çok sayıdaki gebeliklerin, istenmeyen gebeliklerin görülme sıklığı fazladır. Tüm bu özellikteki gebelikler riskli gebelikler olup kadın, anne ve çocuk sağlığını son derece olumsuz etkiler (18,20,21,22)

Yapılan çalışmalara göre, gelişmekte olan ülkelerde, aile planlaması uygulamaları ile riskli gebelikler önlenirse, anne ve çocuk morbidite ve mortalitelerinde %30-40 oranında azalma meydana gelir. Diğer bir ifade ile eğer gelişmekte olan ülkelerde, aile planlaması hizmetleri başarılı olarak verilebilirse, aşırı doğurganlık ve riskli gebeliklerin azalmasına bağlı yaklaşık %30-40 oranında anne ve bebek ölümleri önlenebilir. (11,21)

Gelişmekte olan ülkelerde kadınların çoğu, üreme dönemi süresince ya gebedir ya da emziriyordur. Anemi, jinekolojik hastalıklar, obstetrik komplikasyonlar ve bunların olumsuz sonuçları doğurganlığın yüksek olduğu bölgelerde yüksek, istenilmeyen gebelikler ve bunların sonlandırılmasına bağlı anne ölümleri özellikle de düşüğün yasa dışı olduğu bölgelerdeki ülkelerde çok yüksektir (15,22)

Ülkemizde Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da belirtildiği gibi kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerini sağlayacak tedbirlerin alınması gerekmektedir (23). Sözü edilen olumsuz durumların yani, riskli gebeliklerin, aşırı doğurganlığın, istenmeyen gebeliklerin ve bunlara bağlı olumsuz sonuçların önlenmesi, uygun aile planlaması yöntemlerinin kullanılması ile mümkündür.

2.2. Aile planlamasının tanımı, amacı

Uluslar arası Nüfus Konseyinin tanımına göre, aile planlaması; çiftlerin çocuk sayısını ekonomik olanaklarına ve kişisel isteklerine göre sınırlandırmaları ve aynı nedenlerle, doğumlar arasında istedikleri aralıkları sağlamalarıdır (15,24).

Aile planlamasının temel amaçları;

- Gebeliği önleyecek yöntemler hakkında bilgi vermek,
- Aile planlaması konusunda gerekli eğitimi vermek,
- Gebelikler arasındaki süreyi ayarlamak,
- İstenmeyen gebeliklere engel olmak,
- Aşırı doğurganlığı önlemek,
- Çok ve sık gebelikler sonucu, anne ve çocukların sağlığına olabilecek olumsuz etkileri önlemek,
- Çocuk sahibi olamayan ailelere yardım etmek, yol göstermek,
- Hızlı nüfus artışını azaltarak toplumun sağlıklı, mutlu, iyi eğitilmiş ve ekonomik olanakları yeterli kişilerden oluşmasını sağlamaktır (5,25,26,27).

2.3. Aile Planlamasının Tarihçesi

2.3.1. Dünyada Aile Planlamasının Tarihçesi

Dünya'da Aile Planlaması kavramının gelişimi yeni bir fikir gibi görünmesine karşı, aşırı doğurganlığı önleme çabalarının insanlık tarihi kadar eski olduğu sanılmaktadır. İnsanlar çağlar boyu istenmeyen gebelikleri ya da doğumları engellemek için zaman zaman annenin yaşamına mal olan yöntemlere başvurmuşlardır (25).

Aile Planlamasına ilişkin ilk yazılı belgeler M.Ö. 2700 yıllarına kadar uzanmaktadır. Bu tarihten günümüze kadar gelen belgeler içerisinde daha ziyade Çin'e ait

belgelerin olduğunu görülmektedir (25,28).

M.Ö. 1850'de yazılan Petrie Papirus" ve M.Ö. 1550 yılında Ebesrs Papirus" adlı mısır papirüslerinde gebeliği önlemek için vajene yerleştirilen çeşitli maddelerden yapılmış tamponlardan ve coitus interruptus'tan söz edilmektedir. Aynı şekilde İran, İbrani, Yunan, Roma ve Arap halkının vajene koydukları katranh lahana, sedir yağı, meyve asitleri ve sünger gibi maddelerle gebelikten korunmaya çalıştıkları belgeler tarafından vurgulanmaktadır (26,28,29).

Doğum kontrolünü bir nüfus sorunu olarak ele alan kişi Aristo'dur. Dünyada nüfus sınırlandırılmasını savunan ilk düşünürlerden Eflatun ve Aristo yöntem olarak çocuk düşürmeyi önermişlerdir. Yunanlı filozof şehir devletlerindeki nüfusun sabit tutulmasıyla topluma en büyük yararın sağlanacağını savunmuştur. Dünyada Aşırı doğurganlığı önleme düşüncesinin yaygınlaşması 1750'lere rastlar ise de, bu dönemlerde daha çok üst sınıfların üzerinde durdukları konu halindeydi (25,26,28,29).

İlk kez İngiltere'de Jeremy Benthan halka gebeliği önleyici yöntemlerin öğretilmesini savunmuştur. Jeremy Benthan'm etkisinde kalan bir işçi olan "Francis Place" doğum kontrolü konusunda bir kampanya açmış ve 1823'te doğum kontrolünü savunan bildiriler dağıtmıştır. 1800'lerin ortalarında ilk kez, ovulasyon sırasında ağrı ve mukus değişiklikleri tanımlamıştır. Daha sonra 1876'da Dr. Marie Putman, bazal vücut ısısının mienstrüel siklus süresince değiştiğini bulmuştur (28).

Doğumları kontrol altına alma düşüncesi zamanla tüm ülkelerde yayılıp genişlerken, konuyu bir devlet politikası olarak ele alan ilk ülke Japonya'dır. 1948 yılında kürtaşı serbest bırakmış ve ailelerin iki-üç çocuktan fazla çocuk sahibi olmamalarını istemiştir (20,26).

Etkili kontrasepsiyon yöntemlerinden rahim içi araçların yaygın kullanımı yeni olmakla birlikte, bu konuya ait ilk fikirler çok eskidir. Milattan Önceki devirlerde Arapların, çöldeki uzun yolculukları sırasında, develerin gebe kalmasını önlemek amacıyla deve uteruslarına küçük taşlar yerleştirdikleri bilinmektedir. Bu yöntemin insanlarda uygulanmasına ilişkin ilk bilgilere ise Hippocrates'un kadın hastalıkları konusundaki yazılarında rastlanır. (28,29).

Rahim içi araç (RİA) kullanımı ilk olarak 1909'da Almanya'da Richard Richter tarafından yapılmıştır. 1962 yılında Newyork'da rahim içi araç ile ilgili ilk uluslararası toplantı yapılarak bu halkalar (rahim içi araç) hakkında tereddütler giderildi (5,26).

Nüfus artışını hedef alan ve yaptırımcı olma eğilimi gösteren bu anlayış 1960'lı yıllardan sonra yerini daha anlamlı ve ılımlı bir anlayışa terk etmiştir. Böylece ailelerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları diye ifade edilen aile planlaması anlayış ve kavramına geçilmiştir (9,29,30).

2.3.2. Türkiye'de Aile Planlamasının Tarihçesi

Türkiye Cumhuriyeti'nde nüfus konusu ilk kez 1920'de Atatürk tarafından ele alınmış, günün koşulları gereğince pronatalist politika benimsenmiştir. Bu dönemde Türkiye yeni çıktığı dört büyük savaş, sıtma ve tifüs gibi hastalılar nedeni ile büyük nüfus kaybına uğramıştır. Hem insangücüne dayanan tarım için, hem de askeri güç için nüfusa gereksinim vardı. Pronatalist politika, isteyerek çocuk düşürmenin, gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılmasının kullanılmasının ve bu konuda eğitim ve propaganda yapılmasının yasaklanması, altıdan fazla çocuğu bulunan annelere ikramiye ve madalya verilmesi ve çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf tutulması gibi önlemleri kapsayan yasalarla yürütülmüştür (30).

Nüfus artışı sorun olmaya 1950'lerde başlamıştır. Önlem alma çabaları 1960'ta başlamış, 1962'de Türkiye Büyük Millet Meclisi'nce kabul edilen Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında antinatalist politikayı kabul etmiştir. Konu TBMM'de tepki görülmüştür. Bu nedenle uygulamaya geçilmesi gecikmiş ve ancak 1965 tarihinde kabul edilen bu yasa 557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile mümkün olmuştur (25,26,30). Bu yasa, özet olarak, daha önce varolan gebeliğin önlenmesini yasaklayan yasa maddelerini yürürlükten kaldırılmasıyla birlikte aile planlaması hizmetlerini düzenleyen bir yasa olarak tanımlanabilir.

557 Sayılı Yasa'nın getirdiği en önemli yenilik fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmalarının kabul edilmesidir. Bu amaca ise, gebeliği önleyici yöntemlerle varılacağı belirtilmiştir. Buradan da anlaşılacağı üzere, her ne kadar kanunun adı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" ise de, temel hedef ve felsefe aile planlaması olmuştur. Sterilizasyon, çocuk düşürme yasaklanmış, SSYB'na da ailelere eğitim yapma ve hizmet sunma görevi verilmiştir. Aynı tarihte, SSYB bünyesinde Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Şubat 1982'de, SSYB merkez teşkilatındaki Ana-Çocuk Sağlığı Müdürlüğü ve Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü "Aile Planlaması ve Ana-Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü" adı altında birleştirilmiştir (25,26,31).

Aile Planlaması ile ilgili ikinci yasal düzenleme 24.5.1983 tarihinde 2827 Sayılı

Nüfus Planlaması hakkındaki kanunun yayınlanması ile yapılmıştır. Bu yeni kanunla eşlerin isteği ve tıbbi sakınca olmaması halinde sterilizasyonun serbest bırakılması ve gebeliğin onuncu haftasına kadar gebeliğin sonlandırılabilmesi kabul edilmiştir. Ayrıca bu kanunla, nüfus planlaması ve toplum eğitimi ile, sektörlerarası işbirliğine ağırlık verilmesi ve ülke düzeyine yaygınlaştırılması öngörülmüştür. Keza aynı konuda etkili kontraseptif yöntemlerin uygulanması için hekim dışı sağlık personelinin yararlanılması ve cerrahi sterilizasyon operasyonlarının kadın ve erkekte istek üzerine yapılması maddesi yer almıştır (1,15,20,32).

18 Aralık 1983 tarihli ve 18255 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan ya gıda 2827 Sayılı Yasada serbest bırakılan rahim tahliyesi ve sterilizasyon hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük düzenlenmiştir. Sterilizasyonun, yasallaştırılması ve devlet kontrolüne alınmasıyla, gizli, uygunsuz koşullarda ve hatta ehil olmayan ellerde yapılmasına son verilmiştir (28,32).

2.4.Aile Planlamasının Yararları

Aşırı doğurganlığın, kısa gebelik aralığının, çok erken ve çok geç yaşta olan doğumların anne ve çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri bilinen bir gerçektir. Annenin tükenme sendromu; gebelik, doğum ve doğum sonrası kanamaları; toksemi, doğum ile ilgili enfeksiyon durumlarında gebelikler yüksek riskli gebelikler olarak adlandırılır .

Gelişmekte olan ülkelerde ortalama her bin bebekten 65'inin yaşamının ilk yılında, 96'sının ise ilk beş yılında öldüğü bilinmektedir. Aile planlaması, çocukların yaşamasını, sağlığını ve gelişmesini üç yoldan etkilemektedir : Gebelik aralığını uzatır, çok genç veya çok ileri yaşta çocuk sahibi olmayı azaltır .

Özellikle geçim sıkıntısı yaşayan ailelerde bir fazla çocuk demek; beslenmesi, barınması, eğitilmesi gereken daha fazla kişi demek olup, diğer aile fertlerine bu imkanlardan daha az pay ayrılması anlamına gelmektedir. aile planlaması planlanmamış gebelikler sonucu doğan çocukların masraflarını engelleyerek, ekonomik kazanç sağlar. Uzun vadede tıbbi ve sosyal masraflar yönünden de fayda sağlar.

Ülkelerin sağlık sistemlerinde aile planlaması hizmetlerini sunmak iyi bir yatırımdır. İstenmeyen gebelikleri engellemek, güvensiz kürtajın komplikasyonlarının iyileştirilmesi için gerekli kaynakların daha uygun yerlerde kullanılmasını sağlayacaktır. Bu tedaviler hastaneye yatış, kan transfüzyonları,

ilaçlar, diğer kaynaklar gibi hastane bütçesinin bir çoğunu oluşturan önlenebilir tedavilerdir. Kürtaj komplikasyonları acil jinekolojik başvuruların büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Aile planlaması yöntemlerinin kullanılması ile sağlıklı anne ve çocukların sayısı artar, Hızlı nüfus artışının ekonomik gelişme üzerindeki olumsuz etkileri azaltılır, Toplumun beslenme, konut, eğitim ve çevre koşulları iyileştirilir, Bunların sonucunda toplumun refah düzeyi yükselir, sağlıklı bir toplum oluşur (11,15,23,33,34).

2.5. Aile Planlaması Yöntemleri

2.5.1. Tıbbi (Modern) Yöntemler

Hormonal Kontraseptifler

- Oral Kontraseptifler
 - Kombine Oral Kontraseptifler
 - Yalnız Progestin İçeren Haplar
- Enjekte Edilen Kontraseptifler
- Deri Altı İmplantlar

Rahim İçi Araçlar

Bariyer Yöntemler

- Kondom
- Diyafram
- Spermisitler

Cerrahi Sterilizasyon

- Tüp Ligasyonu
- Vazektomi

2.5.2. Tıbbi Olmayan (Doğal) Yöntemler

Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

- Servikal Mukus Yöntemi
- Servikal Palpasyon Yöntemi
- Bazal Vücut Isısı Yöntemi (Bv1)
- Sempto-Termal Yöntem (Stm)

Laktasyonel Amenore Metodu (Lam)

Geleneksel Yöntemler

- Takvim Yöntemi
- Geri Çekme Yöntemi (Koitus Interruptus)
- Vajinal Lavaj

Araştırmaları Süren Yöntemler

2.5.1. TIBBİ (MODERN) YÖNTEMLER

HORMONAL KONTRASEPTİFLER (3,5,20,35,36,37,38,39)

KOMBINE ORAL KONTRASEPTİFLER (KOK, HAP)

Etki mekanizması :

İçerdiği östrojen ve progesteron etkisi ile ovulasyon baskılanır, sperm geçişini engellemek üzere servikal mukusu kalınlaştırır ve endometriumu inceltir. Düzenli ve sürekli kullanılırsa etkinliği % 99.9'dur.

Olumlu Yönleri:

Son derece etkili, kullanımı kolay ve cinsel ilişki zamanından bağımsızdır. Adet kanamalarını, miktarca daha az, daha kısa ve düzenli hale getirir. Demir eksikliği anemisi riskini azaltır. Premenstruel gerginlik ve endometriyozisle ilgili şikayetleri azaltır. Ektopik gebeliği önler. Endometriyal kanser riskini azaltır. Pelvik enfeksiyon riskini azaltır. Over kanseri riskini azaltır. Benign meme hastalıklarını (Kist, Fibroadenom vb.) azaltır.

Olumsuz Yönleri :

Her gün hap alınmasının hatırlanması gerekir. Bulantı, memelerde hassasiyet, kilo artışı, depresyon, kan basıncında yükselme, ara kanaması, ve lekelenme görülebilir. Bazı ilaçlarla (barbitüratlar, fenitoin, fenilbuzaton, rifampisin ve diğer bazı antibiyotiklerle) etkileşimi vardır. Kan basıncı yüksek olan, 35 yaşın üzerinde ve günde 20'den fazla sigara içen kadınlarda, kalp krizine ve dolaşım bozukluklarına neden olabilir.

YALNIZ PROGESTİN İÇEREN KONTRASEPTİFLER (MİNİHAPLAR)

Etki Mekanizması :

Servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini engeller, ovülasyonu % 40-50 baskılar, endometrium tabakasını inceltir. Emziren kadınlarda %98.5; diğer zamanlarda (emzirmeyen kadınlarda veya lohusalık dönemi dışında) % 96 etkilidir.

Olumlu Yönleri :

İleri yaştaki emziren ve kadınlarda güvenle kullanılabilir. En önemli özelliği anne sütünün niteliğini değiştirmeden miktarını arttırmasıdır. KOK'lara oranla kilo alma, bulantı gibi yan etkiler daha azdır. Östrojen kullanımının sakıncalı olduğu kadınlarda (emzirme, hipertansiyon, migren vb.) uygundur.

Olumsuz Yönleri :

Emzirme azaldıkça ya da sona erdikçe etkisi azalır. KOK'lara oranla ara kanaması, lekelenme, amenore ve adet düzensizlikleri daha fazla görülür. Minihaplardan birinin alınmaması durumunda gebe kalma olasılığı KOK'lara oranla daha yüksektir.

ENJEKTE EDİLEN KONTRASEPTİFLER

En yaygın kullanılan, enjekte edilen kontraseptifler progestin içerirler. 1960'lardan beri kullanılan depo progestinlerin özellikle son 15 yılda klinik incelemeleri ve saha uygulamaları uluslararası sağlık kuruluşlarınca iyi değerlendirilmiş, emniyetli ve etkili olarak nitelendirilmişlerdir.

Etki mekanizması :

Ovulasyonu baskılar. Servikal müküsü kalınlaştırarak spermelerin geçişini engeller, endometriyumu ince, atrofik hale getirir.

Olumlu Yönleri:

Geriye dönüşümlü, kolay uygulanan, çok etkili bir yöntemdir. İleri yaştaki kadınlar ve emzirenler tarafından kullanılabilir. Pelvik enfeksiyon ve over kanserlerine karşı koruyucudur. Ektopik gebelik ve demir yetersizliği anemisini önler. Orak hücreli anemisi olanlarda da kullanılabilir. Cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır.

Olumsuz Yönleri:

Yöntem bırakıldığında fertilitenin dönmesi bir süre gecikebilir. Kilo artışına neden olabilir. KOK'larla karşılaştırıldığında adet düzensizliğine neden olabilir.

Özellikle ilk üç ay içinde amenore, baş ağrısı, baş dönmesi, kilo artışı ve memede duyarlılık görülebilir

DERİ ALTI İMPLANTLARI (NORPLANT®)

1960'lardan beri üzerinde çalışılan deri altı implantların çeşitli tipleri vardır. Günümüzde en yaygın kullanılan implant Norplant'dır. Norplant, beş yıl süre ile korunma sağlayan etkili uzun süreli ve geri dönüşlü bir kontraseptiftir. Sentetik hormon içeren, yumuşak silikondan yapılmış 6 ince ve esnek kapsül, üst kolun iç kısmına küçük bir cerrahi girişimle yerleştirilir. Etkisi uygulanmasından sonraki birkaç saat içinde başlar ve doğurganlık implant çıkarıldıktan kısa bir süre sonra geri döner.

Etki Mekanizması:

Ovülasyonu baskılayarak ve servikal mukusu spermelerin geçişini engelleyecek biçimde kalınlaştırıp azaltarak gebeliği önler.

Olumlu Yönleri:

Geriye dönüşümlü, uzun süreli ve çok etkili bir kontraseptiftir. Kullanımı kolay ve rahattır, cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır.

Olumsuz yönleri:

Uygulama ve çıkarılması küçük bir cerrahi işlem ve eğitilmiş personel gerektirir. Cerrahi girişime bağlı enfeksiyon, kanama, hematoma gibi komplikasyonlara ender de olsa rastlanabilir. Kullanıcı, kendi kendine yöntemi bırakamaz.

RAHİM İÇİ ARAÇLAR (RİA)

Modern ve etkili kontraseptiflerden olan Rahim İçi Araçların (RİA) tarihçesi oldukça eskidir. Rahim içine yerleştirilecek bazı maddelerin gebeliği önleyeceği Hipokrat zamanından beri bilinmektedir. Tıp literatüründe uygulanabilir ilk RİA tanımı 1909'da Almanya'da yapılmıştır. Daha sonra 1929'da Ernst Grafenberg, ipek daha sonra da gümüşten yapılmış RİA'ları tanımladı. 1960'lardan bu yana, dünyada en çok kullanılan RİA, Buffalo'dan Dr. Lippes'in geliştirdiği Lippes-Loop'tur. Bakır içeren RİA'ların geliştirilmesi ve etki mekanizmaları ile ilgili çalışmalar daha da yenidir. İlk kez 1968'de Zipper ve arkadaşları bakır ve çinko içeren RİA'larla ilgili bildiri yaptılar.

1970'lerden sonra özellikle bakır içeren RİA'larla ilgili çalışmalar hız kazanmıştır. Halen dünyada 100 milyondan fazla kadın RİA ile gebelikten

korunmaktadır. Cerrahi sterilizasyondan sonra en yaygın olarak kullanılan kontraseptif yöntemdir.

RİA Türleri (Halen Kullanımda Olanlar)

- İnert (katkısız) RİA'lar: Polietilen (Lippes Loop) veya paslanmaz çelikten (Çin'de kullanılan ring'ler) yapılmışlardır.
- Bakırlı RİA'lar: Cu T-380 A, Cu T 200 C, Multiload (ML Cu 250 ve 375) ve Nova T gibi.
- Hormonlu RİA'lar (progesteron veya levonorgestrol içerirler, hormonal kontrasepsiyon bölümünde ele alındı)

Günümüzde Cu-T 380 A pek çok ülkede ve ülkemizde en yaygın olarak kullanılan RİA türüdür.

Etki Mekanizması:

Spermilerin üst genital yollara ulaşmasına, ovumun transportuna ve fertilizasyona engel olarak gebeliği önler.

Olumlu Yönleri:

Güvenli ve çok etkili, geriye dönüşümlü bir yöntemdir. Yöntemin kullanımı cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır. Uzun süre etkilidir. Emzirenler için uygundur. Çıkarıldığında fertilitenin dönmesi gecikmez.

Olumsuz Yönleri:

Uygulanma ve çıkarılması konu ile ilgili eğitilmiş sağlık personeli gerektirir. Doğru teknikle uygulanmazsa uterusu perforasyona neden olabilir. Ayrıca uterusu serviks kayma ve vajinadan atılma riski de vardır. Cinsel yolla bulaşan hastalık riskinde olanlar için uygun bir yöntem değildir. Uygulanması ve çıkarılması biraz ağrılı olabilir. Bazı kadınlarda ilk birkaç ay adetlerde artma, ağrı ve ara kanamaları yapabilir (3,5,20,35,36,37).

BARIYER YÖNTEMLER

Genellikle vajene uygulanan, spermilerin üst genital kanala geçmesini engelleyen yöntemlerdir. Bariyer yöntemlerin en olumlu yönü güvenli olmalarıdır. Çok ender yan etkileri vardır, kontraendikasyonları yok denecek kadar azdır. Olumsuz yönü hormonal yöntemler, rahim içi araç ve gönüllü cerrahi sterilizasyon kadar etkili olmamalarıdır. Ancak bariyer yöntemlerin birlikte kullanımı kontraseptif etkiyi artırır.

KONDOM

Halen dünyada yaklaşık 50 milyondan fazla çift kontraseptif amaçla kondom kullanmaktadır. HIV enfeksiyonu dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucudur. Kondom her cinsel ilişkide ve doğru olarak kullanılırsa çok etkilidir. Başarı oranı sürekli kullanımla artar. İlk yıl başarısızlık oranı olağan kullanıcılar için % 14, ideal kullanımda ise % 3'dür.

Etki mekanizması :

Cinsel ilişki sırasında penis üzerine geçirilen kauçuk bir kılıftır. Erkeğin spermelerinin vajinaya girmesini engeller.

Olumlu Yönleri

Cinsel Yolla Bulaşan hastalıklara (HIV/AIDS dahil) karşı korunma sağlar. Erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir. Erkeklerin de aile planlamasına katılımını sağlar.

Reçete ve tıbbi izlem gerektirmez. Yan etkisi olmayan, güvenli, ucuz ve kolay elde edilebilen bir yöntemdir.

Olumsuz Yönleri :

Bazı çiftlerde cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir ya da duyarlılığı azaltabilir. Her ilişkide yeni bir kondom kullanılması gerekir. Yeterli miktarda kondom bulunması önceden planlanmalıdır. Lateks kauçuğa karşı alerjisi olan çiftler kullanmamalıdır.

DİYAFRAM

Dünyanın birçok ülkesinde yaygın olarak kullanılan bir bariyer yöntemidir. Serviksi örten kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmış bir araçtır. Cinsel ilişkiden önce kubbe kısmına spermisit uygulanması etkinliğini artırır. Çeşitli türleri geliştirilmiştir, çapları farklı ölçülerde diyaframlar mevcuttur. Serviks kanserini önleyebilir, az da olsa cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu vardır. diyaframın uygun şekilde yerleştirilmesi ve çıkarılması için kadının bu konuda eğitilmesi, beceri kazanması gerekir.

SPERMİSİTLER

Spermeleri etkisiz hale ve serviksten geçmelerini engelleyen maddeler içerirler. Modern yöntemlerle hazırlanan kimyasal preparatlar dışında, günümüzde bile yöresel olarak uygulanan, sirke, oksijenli pamuk, aspirin, sabun, limon bu

yöntem için halen kullanılan örneklerdir. Spermisitlerin, kondom veya diyafram gibi mekanik bariyer yöntemlerle birlikte kullanıldığında koruyuculuğu tek başına kullanılmalarına kıyasla çok daha fazladır. Doğru, zamanında ve her koitusta kullanılmaları önemlidir.

CERRAHİ KONTRASEPSİYON (Cerrahi Sterilizasyon)

Halen dünyada en yaygın olarak kullanılan en etkili kontraseptif yöntemdir. Cerrahi sterilizasyon (kadında tüp ligasyonu, erkekte vazektomi) artık çocuk istemeyen ve doğurganlıklarını sona erdirmek isteyen çiftler için uygulanan en güvenli yöntemlerdendir. Günümüz teknolojisi ile yöntemin geriye dönüşümü sağlanabilirse de bu işlem pahalı ve güçtür. Aynı zamanda başarı şansı da yüzde yüz değildir. Bu nedenle cerrahi sterilizasyon yöntemleri topluma, kişilere hizmetler sunulurken “geriye dönüşümü olmayan, kalıcı yöntemler” olarak tanıtılmalıdır.

Ülkemizde 1965-1983 yılları arasında cerrahi sterilizasyon sadece medikal endikasyon ile yapılabiliyordu. Oysa 1983 yılında kabul edilen 2827 Sayılı Yasa ile, kadın ve erkekte cerrahi sterilizasyon, reşit yaştaki bireylerin isteği üzerine yapılabilmektedir. Ne varki hizmetlerin topluma yaygın olarak ve nitelikli sunulmasında hala eksiklikler mevcuttur.

Etki Mekanizması:

Gebeliği oluşturacak üreme hücrelerinin (ovum ve sperm), üreme kanalında cerrahi olarak yapılan engelleme sonucu birleşmemeleri ile kontraseptif etki meydana gelir. Vazektomi ve tüp ligasyonundan sonra her iki cinsiyette de, cinsel fonksiyonlarda hiçbir değişiklik, etkilenme meydana gelmez. Danışmanlıkta bu husus özellikle vurgulanmalıdır. Kalıcı, çok etkili yöntemlerdir.

Yöntemin başarısızlığı, cerrahi işlemin yapılış tekniği ve uygulayanın beceri düzeyine bağlıdır. Tüp ligasyonunda, yöntemin başarısızlığı durumunda gebelik olduğu zaman, bu gebeliğin ektopik gebelik olasılığının yüksek olduğu unutulmamalıdır. Cerrahi sterilizasyon (tüp ligasyonu ve vazektomi) mutlaka steril koşulların olduğu, enfeksiyon kontrolü ilkelerinin eksiksiz uygulandığı, gereken optimum araç ve gerecin mevcut olduğu ortamlarda yapılmalıdır.

TÜP LİGASYONU (TL)

Cerrahi girişim, zamanlaması yönünden, interval, postpartum veya postabortus dönemlerinde yapılabilir.

Olumlu Yönleri:

Gebeliği önleme etkisi hemen başlar. Çok etkili, güvenli bir yöntemdir. Cinsel ilişkiyi etkilemez, ileri dönemlerde ortaya çıkan yan etkisi yoktur. Adet düzenini etkilemez.

Olumsuz Yönleri:

Operasyonla ilgili olarak kanama ve enfeksiyon riski görülebilir. Geri dönüşü zor ve pahalıdır. CYBH ve AIDS'e karşı koruyuculuğu yoktur.

VAZEKTOMİ

Son derece etkili ve emniyetli bir yöntemdir. Tüp ligasyonuna kıyasla hem işlem daha kolay ve basittir hem de işleme bağlı yan etki ve komplikasyonlar daha azdır. Lokal anestezi ile yapılır.

Olumlu Yönleri:

Kolay, basit, kısa sürede uygulanan çok etkili, güvenli bir yöntemdir. Cinsel ilişkiyi etkilemez. İşlem hastanede yatmayı gerektirmez. Uzun dönemde olabilecek sağlık riski taşımaz.

Olumsuz Yönleri:

Kalıcı bir yöntemdir. Cerrahi bir işleme bağlı bazı sorunlar (kanama, ağrı, enfeksiyon) olabilir. Hemen etkili olmaz (işlemden sonra iki ay veya ilk 20 ejakülasyonda spermler mevcuttur). Bu dönem boyunca başka ek bir kontraseptif yöntem kullanılmalıdır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu yoktur (3,5,20,35,36,37,40,41,42).

2.5.2. GELENEKSEL YÖNTEMLER

LAKTASYONEL AMENORE METODU

Modern aile planlaması yöntemlerinin ortaya çıkmasından önce iki gebelik arasında geçecek süreyi belirleyen başlıca faktör emzirmeydi. DSÖ tarafından laktasyonel amenore metodunun birçok kadın için diğer aile planlaması yöntemlerinden biri uygun olmadığına kullanılabilecek bir aile planlaması yöntemi olduğu kabul edilmiştir.

DOĞAL AİLE PLANLAMASI (DAP)

Dünya Sağlık Örgütü, Doğal Aile Planlaması (DAP) Yöntemlerini menstrüel siklusunun fertil ve infertil dönemlerinde, doğal belirtileri saptayarak gebeliğin planlanması ya da gebelik istenmiyorsa, fertil dönem boyunca gebeliğin cinsel ilişkiden kaçınma yoluyla önlenmesi yöntemleri olarak tanımlamıştır. Doğal aile planlaması :

- Bazal vücut ısısı yöntemi,
- Servikal mukus yöntemi,
- Sempto-termal yöntem,
- Takvim yöntemini içerir.

Doğal aile planlaması uygulayanların özel olarak izlenmeleri gerekmemekle birlikte, eşlerin aile planlaması hizmeti veren birimlere ihtiyaç duydukları her an başvurmaları desteklenmeli, teşvik edilmelidir.

Olumlu Yönleri:

Yöntem gebe kalmak veya gebeliği önlemek için kullanılabilir. Eşlerin üreme fonksiyonlarını daha iyi anlamalarına yardımcı olur. Eşler arası iletişim ve işbirliğini artırır. Yönteme devam, sağlık personeline bağımlı değildir. Yan etkisi ve maliyeti yoktur.

Olumsuz Yönleri:

Yöntemle ilgili fizyolojik ayrıntıların belirlenmesi başlangıçta yaklaşık 3 ay alır. Doğal AP tekniği, kullanıcılara eğitilmiş sağlık personeli tarafından öğretilmelidir. Eşlerin her ikisinin de işbirliği gerekir. Yöntem bazen eşler arasında emosyonel stres yaratabilir. Bazı kadınların yöntemi öğrenmesi güçtür. Vajinal enfeksiyonlarda semptomların yorumu güçleşir.

Sağlık personeli tarafından önerilmemekle birlikte halk arasında kullanılan takvim, geri çekme ve vajinal yıkama yöntemleri de diğer doğal aile planlaması yöntemlerindedir. Her üç yöntem de geleneksel yöntemler olup başarısızlık oranları yüksektir (3,5,20,35,36).

ARAŞTIRMALARI SÜREN YÖNTEMLER

Araştırmaları süren kontraseptif yöntemler arasında erkekler için hormonal yöntemler ve aşı, kimyasal vazektomi, kadınlar için hormonal yöntemler, hormon salan vajinal halkalar, yeni geliştirilen RİA'lar, kadınlar için aşı, ayda bir adet başlatıcı haplar yer almaktadır (31,35,43) .

2.6. SEZARYEN

2.6.1 Sezaryen Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Sezaryen seksiyö (ceasarean section abdominalis) ya da sezaryen doğum 500 gr ve üstündeki bir fetusun abdominal duvarlardan (laparotomi) ve uterus duvarından (histerotomi) insüzyonla doğumu olarak tanımlanır (44,45). Karın ön duvarına ve uterusu yapılan insüzyonlarla fetusun doğurtulması işlemi olan sezeryan doğum bilinen en eski cerrahi girişimlerden biridir (46). Sezeryan doğum annenin ve bebeğin hayatını kurtaran değerli bir obstetrik girişim olmakla birlikte, diğer majör cerrahi girişimler gibi anesteziye ve cerrahi işleme bağılı birçok riski, doğum sonu dönemde bazı fiziksel ve psikososyal sorunları ve komplikasyonları beraberinde getirmektedir (47,48,49,50). Normal doğumlarla karşılaştırıldığında sezeryan doğuma bağılı maternal morbidite ve mortalite oranlarının 4-7 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (16,51,52).

Birçok batılı ülke ve kuzey Amerika'da 1965'te % 4,5 civarında olan sezeryan oranının 1988'de % 24'e kadar çıktığını, daha sonra % 2'lik bir azalma göstererek % 20-22'de kaldığını belirtmektedir. Türkiye'de sezeryan oranı 2003'te % 24 olarak belirlenmiştir. İstanbul'da bir eğitim hastanesinde 1995-2000 yılları arasında total sezeryan oranı % 33, Ankara'da bir eğitim hastanesinde 1997 ve 1998 yıllarında sırasıyla % 52 ve % 48 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde bildirilen bu oranlar Dünya Sağlık Örgütü'nün "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefleri kapsamında önerilen % 15 total sezeryan oranından oldukça fazladır (14,16,53,54).

Dünyada ve Türkiye'de sezeryan oranlarındaki artış nedenleri olarak, doktorların daha az risk almak istemesi, fetal elektronik monitorizasyonun kullanımında artış ve bununla ilişkili olarak ortaya çıkan yanlış pozitif sonuçlar, sezeryan sonrası vajinal doğum (SSVD) uygulamalarının yetersizliği ve elektif vakalardaki artış belirtilmektedir (16,52,53,55,56). Kadınları kendi isteği ile sezeryan doğuma yönlendiren nedenler, gebelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi ve böylece doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları, doğumhane koşullarının uygun olmaması, hastalar için psikolojik desteğin göz ardı edilmesi, epidural anestezi alternatifinin yaygın olarak sunulmaması ayrıca kadınların operasyonla birlikte tüpligasyon yaptırmak istemeleridir (57,58,59,60,61,62).

Tarihçe açısından sezaryen operasyonu, obstetrik ve jinekolojinin en önemli operasyonlarından biridir (45,63). Operasyonun ismini nereden aldığı konusundaki görüşler çok çeşitlidir. “Caesar” kelimesinin latince kesmek anlamında olan “caedere” kelimesinden türemiş olması muhtemeldir. “section” latince de yine kesmek anlamına gelen “seco” fiilinden türemiş olduğundan, “caeseran section” terimi yanlış olmakla birlikte bir kalıp olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Antik çağlarda Mısırlıların, Yunanlıların ve Romalıların sezaryen girişimine başvurdukları tarihi verilerden anlaşılmaktadır. Romalılar gebeliğin son birkaç gününde ölen gebe kadının karnının yarılarak bebeğin kurtarılmasını öngören “Lex Regia” yasasını çıkarmışlardır. (M.Ö.8.yüzyıl) (17,46,64).

Sezaryen gelişimindeki dönüm noktası Leipzig’te üniversite kliniğinde Crede’nin asistanı olarak çalışan Max sanger’in 1882 yılında uterin duvarın stüre edilmesini savunması ile gerçekleşmiştir . 1882 yılında F.A. Kehrer, uterusun alt segmentte transvers olarak açılmasını ve uterusun iki tabakaya sütüre edilmesini önermiş ve bu durumun yararlarını açıklamıştır. Bu nedenle Kehrer bugün uygulanan servikal sezaryen operasyonunun babası olarak nitelendirilmektedir. 1907 yılında Frank tarafından ilk ekstrapitoneal operasyon tarif edilip kullanılmaya başlanmıştır. 1912 yılında Kröning ekstrapitoneal olarak uterusu, alt segment hizasından vertical median olarak açmayı, bebek ve ekleri çıkarıldıktan sonra iki tabakalı kapatmayı, sonra visseral peritonun kesilen iki kenarını uterus insizyonunu tamamıyla kapatacak şekilde sütüre etmeyi önermiştir. 1935 yılında Kerr bebeğin daha kolay çıkarılmasını ve insizyonun aşağı doğru ilerleyip mesaneyi zedelemesini önlemek amacıyla, uterusun uçları yukarı bakan bir hilal şeklinde açılmasını önermiştir. Kerr tekniği günümüzde en çok kullanılan operasyon yöntemidir (44,45,64,65,66,67).

2.6.2. Sezaryen Endikasyonları

Prezentasyon-pozisyon bozukluğu,, fetus gebeliğin erken dönemlerinde sıklıkla yan ya da makat pozisyonunda (baş yukarıda) durur ve pozisyonunu sık sık değiştirir. Belli bir gebelik haftasından sonra, özellikle de 36. gebelik haftasından sonra yeri daraldığından pozisyonunu değiştirmesi zorlaşır. 36. gebelik haftasından sonra fetusun uterus içinde enine durması sezaryen için bir nedendir. Ancak önde gelen kısım ayak ise doğum sezaryen ile gerçekleştirilir. İlk doğumunu yapacak anne adaylarında makat gelişi ile doğum mümkün olmakla beraber bebeğin doğumu esnasında oluşabilecek muhtemel riskler yüzünden sezaryen ile doğum sıklıkla uygulanmaktadır. Pelvis darlığı, genellikle anne adayının çocukluk çağında geçirdiği ve kemik pelvis yapısını bozan hastalıklarda rastlanır. Pelvis yapısı uterus içindeki bebeği doğurmaya uygun değilse sezaryen ile doğum kararı verilir. İri bebek Doğumu yakın olan bir bebeğin ultrason ve klinik incelemelerle 4500 gramdan daha ağır olduğunun saptanması durumunda sezaryen ile doğum tercih edilir. Ortalama bir boyda ve kiloda olan bir anne adayında iri bebekte doğum eyleminin birinci ya da ikinci evresinde anne adayı ya da bebekte istenmeyen bazı durumlar oluşabilir. Bunlar arasında en sık görülenler doğumun ilerlememesi ve ikinci evrenin sonunda omuz takılmasıdır. Bu risklerin gerçekleşmesini önlemek için sezaryenle doğum tercih edilebilir.

Plasenta erken ayrıldığında ayrılmanın şiddetine göre kanama ya da fetal distres bulguları ortaya çıkar. Anne hayatı kanama nedeniyle, fetus da fetal distres nedeniyle tehlikeye girerse doğum sezaryen ile gerçekleştirilir. Placenta Previa da sezaryen endikasyonudur. Kısmi kapatma durumlarında doğum eylemi esnasında serviks açılırken aşırı kanama olabileceğinden, tümüyle kapatma durumunda ise bebek hiçbir şekilde kanala giremeyeceğinden doğum mutlaka sezaryenle gerçekleştirilir. Tanı 36. gebelik haftasından sonra yapılan ultrason incelemesiyle konur. Bazı gebelerde gebeliğin erken dönemlerinde yapılan ultrasonlarda plasentanın servikse yakın yerleştiği, bazen de serviksi tümüyle kapattığı gözlenebilir. Bu dönemlerde sezaryen kararının hemen verilmesi doğru değildir, gebeliğin sonlarına doğru (36. gebelik haftasına kadar) plasenta uterusun büyümesiyle yukarı çıkarak normal yerleşimine ulaşabilir.

Herpes Simpleks Enfeksiyonu Herpes simpleks virüsü (HSV) enfeksiyonunun bulaştırıcılığının devam ettiği dönemde anneden bebeğe doğum esnasında virüs bulaşma riski vardır. HSV bebekte ciddi santral sinir sistemi enfeksiyonuna neden olabileceğinden doğum sezaryen ile gerçekleştirilir. Ancak bazen sezaryen bile bulaşmayı engelleyemeyebilir.

Daha önce sezaryenle doğum yapmış olanlarda uterus rüptürü tehlikesi vardır. Sezaryen esnasında uterusu yapılan kesi uterus kasının bütünlüğü bozmuştur. Daha sonraki gebeliklerde uterus ve bebek tekrar büyümeye başladığında bu eski kesi yerinde bir gerginlik oluşur. Bu gerginlik kesi bölgesinin kendi kendine açılmasıyla (dehisans) ya da bölgede yırtık oluşmasıyla (uterus rüptürü) sonuçlanabilir. Böyle bir durum kanamaya yol açarak ve plasentanın işlevlerini bozarak anne adayını ve bebek için ciddi bir tehlike oluşturabilir. Bunu engellemek için “one section is always section” kuralı uygulanır.

Birinci evrede fetus kalp seslerinde bozulma saptanırsa bu durum anne adayını sol yanına yatırılarak, oksijen ve sıvı verilerek giderilmeye çalışılır. Fetal distress normal doğumu bekleyemeyecek kadar ağır ve önlemlerle düzelmeyorsa doğum sezaryenle gerçekleştirilir.

Kordon sarkması makat doğumda sık rastlanır. Bazen de baş gelişinde su kesesinin kendiliğinden açıldığı durumlarda ya da doktor tarafından açılması durumunda kordon sarkabilir. Doğumun dakikalar içerisinde gerçekleştirilmesi gerektiği ender durumlardan biridir. Acil sezaryen uygulanır.

35 yaş üzeri primiparalarda sezaryen endikasyonu vardır. Uterus kasılmaları yetersiz, serviks rijid yapıda olup, efesman ve dilatasyon geç olur, fetal distress gelişebilir.

Preeklamsi-eklamsi tıbbi tedavisi olmasına karşın kesin tedavi doğumdur. Eğer eylem indüksiyonu uygun değilse sezaryen en iyi çözümdür.

Diabet veya Rh uygunsuzluğu gibi durumlarda fetusun durumu genellikle nonstres veya stres testlerle izlenir. Eğer fetusun sağlığı bozulmaya başlarsa önce fetusun ne zaman doğrutulacağı, sonra nasıl doğrutulacağı kararlaştırılmalıdır. Çoğunlukla nonreaktif bir testi pozitif bir oksitosin challenge testin izlemesi doğum

endikasyonudur. Eğer eylem indüksiyonunda bir gecikmeye koşullar uygun değilse veya serviks indüksiyona uygun değilse hemen sezaryen yapılmalıdır.

Diğer endikasyonlar arasında sistemik hastalık bulunma, doğum yolunu takayan tünörler, daha önceki ciddi vajinal plastik operasyonlar ve şiddetli kalp hastalığıdır (17,44,65,68,69,70,71).

2.6.3. Sezaryen Kontraendikasyonları

Obstetrik sezaryenin hemen hemen hiçbir kontraendikasyonu yoktur. Bununla birlikte fetus ölü ya da yaşamasına yeterli olmayacak derecede prematür ise sezaryen endikedir. Bu genellenenin istisnaları, çoğu plasenta previa vakası, çoğu ihmal edilmiş transvers duruş ve vajinal doğumun hiçbir şekilde mümkün olmayacağı derecede pelvik kontraksiyon gibi vakaları içerir. Aksi olarak maternal koagülasyon mekanizmasının ciddi olarak bozulmuş olduğu her durumda insizyonları minimize eden –vajinal doğum- çoğu vakada tercih edilebilir (17,44,65).

2.6.4. Sezaryen Operasyon Türleri

Alt segment operasyonları : Transvers kesi, göbek altı kesisi, alt segment transvers kesi, base transversalis aynı kesidir. Bu kesiye Monro-Kerr kesisi de denir. Klasik sezaryen : Klasik sezaryende vertikal kesi yapılır. Ancak transvers geliş gibi fetusun yukarıda olduğu, alt segmente inmediği bazı anormal prezentasyonlarda yapılmak zorunda kalınır (17,64).

2.6.5. Sezaryen Komplikasyonları

Sezaryen operasyonu maternal ve fetal riskleri olmayan tehlikesiz bir operasyon değildir. Hastalarda en sık görülen post op komplikasyon % 25-50 oranında, nedeni açıklanamayan ateş olarak bildirilmektedir. Ateşten sonra en sık görülen bir diğer komplikasyon endometrittir. Ayrıca yara enfeksiyonu, hemorrajı, aspirasyon, atelektazi, idrar yolları enfeksiyonu, tromboflebit ve pulmoner embolizm gibi komplikasyonlar görülebilir (44,65,72,73).

2.7. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNDE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN (EBE-HEMŞİRE) ROLÜ

Aşırı doğurganlık ve ana-çocuk sağlığı sorunun çözümünde öncelikle aile planlaması hizmetlerinin tanıtılması, ailelerin yönlendirilmesi, doğurganlığın düzenlemesi çalışmalarına ağırlık verilmesi yanı sıra etkin aile planlaması programlarının hazırlanması, danışmanlık hizmetinin niteliği, hizmetin sürekliliği, sınırsızlığı gibi etkenlerde yer almalıdır (74).

Halk sağlığı hemşiresi (ebe-hemşire) aile planlaması hizmetlerinde danışman, eğitici, uygulayıcı, ve araştırmacı rollerde görev almakta olup Dünya Sağlık Örgütü'nün de önerdiği gibi anne ve bebeklerin sağlığını koruma ve geliştirmedeki rolleri nedeniyle halk sağlığı hemşirelerinin öncelikle danışmanlık ve sağlık eğitimcisi rolünü ön planda tutmalarının gerektiğidir (74,75,76).

Rol; meslek/disiplin üyesinden pozisyonuna uygun tür ya da modelde, işgal ettiği mekii gereği, o kişiden beklenen davranış biçimidir (77,78). Hemşire, çağdaş rollerini geleneksel rollerin değişmesine neden olan toplumsal ve bilimsel hareketlerin etkisiyle kazanmıştır. Bunlar; uygulayıcı, eğitici, araştırmacı, yönetici ve profesyonel rollerdir (31,77).

Halk sağlığı hemşireleri, ülkenin her yerinde özellikle kırsal bölgelerde koruyucu sağlık hizmetlerindeki diğer sağlık çalışanlarına oranla daha fazla yer almaları ve kültürel etmenler sonucu kadınların daha rahat iletişim kurdukları kişiler olmaları nedeni ile de bu işlevi üstlenmektedirler. Zira, sorunun çözümü gereği aile planlaması hizmetlerinden yararlanmaya aday olan toplumun doğurgan yaştaki tüm kadınları duygu ve düşüncelerini, endişelerini bilgi eksikliklerini güvenli ve rahat bir ortamda tartışmak istemektedirler. Bu rahat ortamda halk sağlığı hemşiresinin uygulama alanlarından biri olan ev ziyaretleridir (74,75).

Ülkemizde, 1983 tarih ve 2827 sayılı nüfus planlaması kanununa göre; eğitilen ve yeterlilik belgesi verilen halk sağlığı hemşiresine ve ebelere gebeliği önleyici yöntem kullanma çalışmalarını, yetkili hekimin ve denetim ve gözetimi altında resmi kurum ve kuruluşlarda yürütme yetkisini vermiş olup bu kanun kapsamınca hemşire ve ebelerin görev yetki ve sorumlulukları şöyle belirtilmiştir.

1. Oral kontraseptif kullanacaklarda uygun vakayı seçmek, kullananları yan etkisi açısından izlemek,
2. Pelvik muayene yapmak, normal vakalara rahim içi araç uygulamak,

3. Rahim içi araç kullananların belli aralıklarla kontrolünü yapmak,
4. Pelvik muayene ve izlemlerde patolojik vakaları yetkili hekime göndermek,
5. Kondom dağıtmak, kondom ve spermisitlerin doğru kullanılması için toplumu eğitmek,
6. Topluma nüfus planlaması eğitimi yapmak ve geleneksel metodlar hakkında bilgi vermek,
7. Çalıştığı kurumda gerekli araç-gereç ve tıbbi malzemeyi kullanmaya hazır bulundurmak,
8. Yürüttüğü aile planlaması hizmetleri ile ilgili bilgileri toplamak kaydetmek ve zamanında yetkililere ulaştırmaktır (27,32,74,79).

Aile planlaması hizmetlerinde çalışan halk sağlığı hemşiresinin görevi; ailelere kontraseptif sağlanması, doğurganlığın düzenlenmesi ve yöntemler konusunda onlara bilgi vermekten çok daha fazla toplumun konuya ilişkin gereksinimlerini tanımak, onların konuyla ilgili ekonomik ve sosyal yaşam biçimlerine göre aile planlamasına bakış açılarını belirlemek, karşı düşünce ve inanç uygulamalarını saptayarak olumlu davranış geliştirmelerini sağlamaktır. Bireylerin herhangi bir aile planlaması yöntemini kullanmalarını etkileyen faktörleri belirleyerek tüm bunlar ışığında bulunduğu topluma konu doğrultusunda iyi bir rehber ve danışman olmasıdır. Ana ve çocuk sağlığı konusunda uğraş veren ebe+hemşire yani halk sağlığı hemşiresi geleneksel becerilerini kullanmanın yanı sıra konuyla ilgili yeni beceriler geliştirerek özellikle kırsal kesimde aile planlaması hizmetlerinde etkin rolünü benimsemelidir. Dolayısıyla; böylesi bir aile planlaması hizmetlerinin verilmesi mevcut anne ve bebek ölümlerinin en az üçte birinin bu yaklaşımla önlenebileceği gerçeğidir.(74,79)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi :

Araştırma sezeryan doğumu geçiren kadınların seçtikleri aile planlaması yöntemleri ve bu yöntemleri seçme nedenlerinin dağılımını belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri :

Araştırma, Sağlık Bakanlığına bağlı Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniği'nde yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı yer olarak Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniği'nin seçilmesinin nedeni; düzenli istatistiklerin tutulmasına bağlı hasta verilerine ulaşılabilirliğin kolay olması, vaka sayısının yüksek bulunması, kadınların bu kurumu jinekolojik sorunları dışındaki gereksinimleri nedeni ile tercih etmeleri, sağlık personeli ile işbirliğinin rahat kurulabilmesi ve araştırmacı için uygun ortamın sağlanmasıdır.

Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Gaziantep ili Merkez sınırları içerisinde bulunmaktadır. Hastanenin 5 adet Kadın Doğum Polikliniği, 1 adet Aile Planlaması Polikliniği bulunmaktadır. Aile Planlaması Polikliniği cumartesi ve pazar günleri haricinde haftanın beş günü 08-16 saatleri arasında hizmet vermektedir. Aile Planlaması Polikliniğinde 1 uzman hekim, 2 pratisyen hekim, 2 hemşire ve 1 personel çalışmaktadır. Poliklinik hemşiresinin görevi dönüşümlü olarak kadınlara eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek, kadınların rutin kontrollerini yapmak ve muayenelere katılarak hekime yardımcı olmaktır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Sınırlılıkları

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Aile Planlaması Kliniğine 09 Mart ayından itibaren 6 aylık sürede başvuran sezeryan doğumu geçiren kadınlar arasından gebeliği önleyici yöntem kullanan veya kullanmak amacıyla başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul edenler 218 kadın oluşturmaktadır (80,81,82).

3.3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verileri 09 Mart – 09 Ağustos 2005 tarihleri arasında Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Aile Planlaması Kliniğine başvuran sezeryan doğumu geçiren kadınlardan toplanmıştır. Sözü edilen tarihlerde, kliniğe başvuran kadınlardan elde edilen verilere dayanan bulgular bu zaman dilimi ile sınırlıdır. Aşağıdaki özellikleri taşıyan kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır. Bunlar; en az bir kez sezeryan doğumu geçirmiş, 15-49 yaşlarında, evli, menapoz, infertilite, sterilite dışı nedenlerle, aile planlaması hizmeti almak amacıyla başvuranlardır.

3.3. Verilerin Toplanması

3.3.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Veri toplama formu, araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür ve yapılan çalışmalar incelenerek hazırlanmıştır. Anket soruları kadınların sosyo-demografik özellikleri, doğurganlık özellikleri ve aile planlaması yöntemleri ile ilgili sorulardan oluşmuştur.

3.3.2. Ön Uygulama

20 denek ile pilot çalışma yapılmış ve alınan veriler doğrultusunda anket formu yeniden değerlendirilerek 50 sorudan oluşan anket formuna dönüştürülmüş ve uygulama aşamasına geçilmiştir (EK 1).

3.3.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Veri toplama formunun uygulanabilmesi için kurumdan gerekli yazılı izin alınmış, görüşmenin yapılacağı tarih belirtilmiştir. Veri toplama formu 09 Mart – 09 Ağustos 2005 tarihleri arasında aile planlaması kliniğinin en yoğun olduğu pazartesi, Salı ve Cuma günü uygulanmıştır.

Veri toplama formu uygulanmadan önce, araştırmacı tarafından kapsama alınan kadınlara, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek, sözel izin alınmıştır. Veri toplama formu, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak doldurulmuştur. Veri toplama formunun uygulanması her bir kadın için yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler : Sezeryan olan kadınların seçtikleri aile planlaması yöntemleri.

Bağımsız Değişkenler : Sezeryan olan kadınların yaşı, eğitim durumu,

mesleği, sosyal güvence durumu, en uzun süreli yerleşim yeri, kardeş sayısı, eşinin kardeş sayısı, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, eşi ile akrabalık durumu, sistemik hastalık olma durumu, jinekolojik hastalık öyküsü olma durumu, aile planlaması konusunda sağlık personelinden bilgi alma durumu, ilk gebelik yaşi, ilk evlilik yaşi, toplam gebelik sayısı, yaşayan ocuk sayısı, kürtaj ve istemli düşük geçirme durumu, ideal ocuk sayısı, son gebeliğinin sonlanma biçimi, sezeryan olma nedeni, ekonomik durumu, önceki aile planlaması uygulamaları.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak bilgisayara yüklenmiş ve tablolar oluşturulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelik sayılar, ki-kare istatistiksel yöntemi kullanılmıştır (80,81,82).

3.6. Süre ve Olanaklar

Araştırma 2004 yılı içinde planlanmış, Aralık ayında araştırma nerisi hazırlanarak, çalışmanın yapılacağı kuruma sunulmuş ve gerekli izin alınmıştır. 09 Mart – 09 Ağustos 2005 tarihleri arasında toplanan veriler, araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve hazırlanan araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde sezeryan olan kadınların seçtikleri aile planlaması yöntemleri ve bu yöntemleri seçme nedenlerinin dağılımını belirlemek amacıyla, araştırma kapsamına alınan 218 kadın ile yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlarla ilgili bulgular yer almaktadır. Tüm veriler uygun şekilde gruplandırılarak tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 1: Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri Dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	%
Yaş		
15-19 yaş	12	5,5
20-24 yaş	55	25,2
25-29 yaş	83	38,1
30-34 yaş	40	18,3
35-39 yaş	21	9,6
40-49 yaş	7	3,2
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	23	10,6
İlköğretim	135	61,9
Okur-yazar	12	5,5
Lise	30	13,8
Üniversite	18	8,3
Meslek		
Ev hanımı	191	87,6
Çalışıyor	27	12,4
Sosyal Güvence		
Var	194	89,0
Yok	24	11,0
Aile Tipi		
Çekirdek	159	72,9
Geniş	59	27,1
En Uzun Süreli Yerleşim Yeri		
İl Merkezi	196	89,9
İlçe	10	4,6
Köy	12	5,5
Akrabalık Durumu		
Yok	162	73,4
Var	56	25,7
İlk Evlenme yaşı		
≤ 15 yaş	16	7,3
16-20	138	63,3
21-25	54	24,8
26 yaş ≥	10	4,6
Ekonomik durum		
Gelir giderden az	99	45,4
Gelir gidere eşit	15	52,8
Gelir giderden fazla	4	1,8
Toplam	218	100

Tablo 1’de ; kadınların % 5,5’i 19 yaş ve altında, %38,1’i 25-29 yaş, % 3,2’si 40 yaş ve üzeri grubunda yer almakta; % 10,6’sının okur-yazar olmadığı, % 61,9’unun ilköğretim, %8,3’ünün üniversite mezunu olduğu; % 87,6’sı çalışmadığı (ev kadını); %89’unun sosyal güvencesinin olduğu, % 72,9’unun çekirdek aileye sahip olduğu; % 73,4’ünün eşi ile akrabalığı bulunmadığı; % 89,9’unun il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir .

Tablo 2 : Kadınların Eşlerinin Demografik Özellikleri Dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	%
Eşinin eğitim durumu		
Okur yazar değil	4	1,8
İlköğretim	136	62,4
Okur-yazar	3	1,4
Lise	46	21,1
Yüksekokul	29	13,3
Eşinin işi		
İşçi, Çiftçi	113	51,8
Memur	38	17,4
Emekli	28	12,8
Evde gelir getiren iş, esnaf	29	13,3
İşsiz	10	4,6
Toplam	218	100

Tablo 2’de araştırmamıza katılan kadınların eşlerinin % 1,8’inin okur-yazar olmadığı, % 62,4’unun ilköğretim mezunu oldukları; %51,8’inin işçi-çiftçi, % 13,3’ünün evde gelir getiren iş-esnaf, % 4,6’sının işsiz oldukları belirlenmiştir.

Tablo 3 : Kadınların Sağlık Sorunları Öyküsü Dağılımı

Sağlık Sorunu Özellikleri	Sayı	%
Sistemik hastalık hikayesi		
Var	21	9,6
Yok	197	90,4
Geçirilmiş ameliyat hikayesi		
Var	18	8,3
Yok	200	91,7
Dış gebelik geçirme		
Var	1	0,5
Yok	217	99,5
Jinekolojik hastalık hikayesi		
Var	29	13,3
Yok	189	86,7
Vajinal akıntı şikayeti		
Var	122	56
Yok	96	44
Toplam	218	100

Tablo 3'te araştırmaya katılan kadınların % 9,6'sının sistemik hastalığının bulunduğu, % 8,3'ünün geçirilmiş ameliyatının bulunduğu, % 0,5'inin dış gebelik geçirdiği, %13,3'ünün jinekolojik hastalık geçirdiği, % 56'sının ise vajinal akıntı şikayetinin bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 4 : Kadınların Menstrasyon Özellikleri Dağılımı

Menstrasyon Özellikleri	Sayı	%
Menarş yaşı		
≤ 11	10	4,6
12-14	180	82,6
15 ≥	128	12,8
Menstrasyon sıklığı		
21 günden <	4	1,8
21-35 gün	205	94,0
36 gün >	9	4,1
Menstrasyon süresi		
3 günden az	4	1,8
3-7 gün	197	90,4
7 günden fazla	17	7,8
Toplam	218	100

Tablo 4'te; kadınların % 82,6'sının 12-14 yaşında menarş yaşadıkları, %94'ünün menstrasyon sıklığının 21-35 gün olduğu, % 90,4'ünün menstrasyon süresinin 3-7 gün sürdüğü belirlenmiştir.

Tablo 5 : Kadınların Doğurganlık Özellikleri Dağılımı

Doğurganlık Özellikleri	Sayı	%
İlk gebelik yaşı		
18 ≤	61	28
19-24	126	57,8
25 ve üzeri	31	14,2
Toplam gebelik sayısı		
1-2	103	47,2
3-4	81	37,2
5-6	25	11,5
7-8	9	4,1
Canlı doğum sayısı		
1-2	141	64,7
3-4	66	30,3
5-6	11	5,0
Yaşayan çocuk sayısı		
1-2	144	66,1
3-4	66	30,3
5-6	8	3,7
Düşük		
Yok	164	75,2
1	42	19,3
2 ve ↑	12	5,5
Küretaj		
Yok	172	78,9
1	36	16,5
2 ve ↑	10	4,6
Ölüdoğum		
Yok	191	87,6
Var	27	12,4
Başka çocuk isteme durumu		
Evet	94	43,1
Hayır	124	56,9
İdeal çocuk sayısı		
1-2	90	41,3
3-4	118	54,1
5 ve ↑	10	4,6
İdeal gebelik aralığı		
1 yıl	12	5,5
2 yıl	40	18,3
3 yıl	53	24,3
4 yıl ve ↑	113	51,8
Toplam	218	100

Tablo 5'te araştırmaya katılan kadınların % 57,8'inin 19-24 yaşında ilk kez gebe kaldıkları; % 47,2'sinin 1-2 kez gebe kaldıkları; % 64,7'sinin 1-2 canlı doğumunun olduğu; % 66,1'inin 1-2 çocuğa sahip oldukları; % 19,3'ünün 1 kez düşük geçirdiği; % 16,5'inin küretaj yaşadığı; % 12,4'ünün ölüdoğum geçirdiği; % 56,9'unun başka çocuk istemediği; % 54,1'inin ideal çocuk sayısının 3-4 olduğu; % 51'inin ideal gebelik aralığının 4 yıl ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6 : Kadınların Doğumsal Özgeçmiş Bilgileri Dağılımı

Doğumsal Özgeçmiş Özellikleri	Sayı	%
Ailesinde sezeryan geçirme öyküsü		
Var	102	46,8
Yok	116	53,2
Ailesinde doğumsal nedene bağlı ölüm		
Var	37	17,0
Yok	181	83,0
Kalça kırığı/çıkığı geçirme öyküsü		
Var	4	1,8
Yok	214	98,2
Toplam	218	100

Tablo 6’de; araştırmaya % 46,8’inin ailesinde sezeryan geçiren olduğu, % 17’sinin ailesinde doğumsal nedene bağlı ölüm bulunduğu, % 1,8’inin kalça kırığı/çıkığı geçirdiği belirlenmiştir.

Tablo 7 : Kadınların Son Gebeliklerine İlişkin Özellikleri Dağılımı

Son Gebeliklerine İlişkin Özellikler	Sayı	%
Son gebelik üzerinden geçen süre		
1 yıl ve ↓	98	45,0
2-4 yıl	71	32,6
5 yıl ve ↑	49	22,5
Son gebeliğini sonlandırma şekli		
Canlı doğum	190	87,2
Ölü doğum	5	2,3
İsteyerek düşük(kürtaj)	10	4,6
Kendiliğinden düşük	13	6,0
Toplam	218	100

Tablo 7’de kadınların % 45’inin son gebeliklerinin üzerinden 1 yıl ve daha az süre geçtiği; % 87,2’sinin son gebeliğini canlı doğum şeklinde sonlandırdığı belirlenmiştir.

Tablo 8 : Kadınların Sezeryan Olma Nedenleri Dağılımı

Sezeryan Olma Nedenleri	Sayı	%
Anneye ait nedenler	68	31,2
Fetus ve eklerine ait nedenler	26	11,9
Geçirilmiş sezeryan	33	15,1
Sosyal endikasyon	20	9,2
Diğer	71	32,6
Toplam	218	100

Tablo 8’de araştırmaya katılan kadınların sezeryan olma nedenlerine bakıldığında % 31,2’sinin anneye ait nedenler, % 32,6’sının diğer nedenlere bağlı olarak sezeryan geçirdikleri belirlenmiştir.

Tablo 9 : Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Özellikleri Dağılımı

Başvuru Nedeni	Sayı	%
Kontrol	88	40,4
Yöntem değiştirmek	35	16,1
Yöntem kullanmaya başlamak	95	43,6
Kullandığı Yöntem*		
RİA	51	41,5
Hap	24	19,5
Enjeksiyon	28	22,8
Prezervatif	18	16,3
Kullanma süresi		
1 yıl ve ↓	61	49,6
2-3 yıl	31	25,2
4-5 yıl	16	13,0
6 ve ↑	15	12,2
Seçtiği Yöntem**		
RİA	60	46,2
Hormonal yöntemler	44	33,8
Prezervatif	14	10,8
Tüpligasyon	12	9,2
Tercih Etme Nedeni		
Güvenilir	68	31,2
Kullanımı kolay	73	33,5
Eşinin İstemesi	36	16,5
Ucuz	22	10,1
Kolay elde edilmesi	19	8,7
Toplam	218	100

* Bu gruba kontrol ve yöntem değiştirmek için başvuran 123 kadın alınmiştır.

** Bu gruba yöntem değiştirmek ve yöntem kullanmaya başlamak için başvuran 130 kadın alınmiştır.

Tablo 9’da araştırmaya katılan kadınların % 40,4’ünün kontrol, % 16,1’inin yöntem değiştirmek, % 43,6’sının yöntem kullanmaya başlamak amacıyla aile planlaması kliniğine başvurdukları belirlenmiştir. Kontrol ve yöntem değiştirmek amacıyla başvuran kadınların % 41,5’inin RİA, % 16,3’ünün kondom kullandıkları; kadınların % 49,6’sının bu yöntemleri 1 yıl ve 1 yıldan daha kısa süredir kullandıkları belirlenmiştir. Yöntem kullanmak amacıyla aile planlaması kliniğine başvuran kadınların % 46,2’sinin RİA, % 33,8’inin hormonal yöntemleri tercih ettiği belirlenmiştir. kadınların % 33,5’inin seçtikleri gebeliği önleyici yöntemleri kullanımı kolay olduğu için tercih ettiklerini, % 16,5’inin eşinin istemesi nedeniyle bu yöntemi seçtikleri belirlenmiştir.

Tablo 10 : Kadınların Duydukları Aile Planlaması Yöntemleri Dağılımı

Duyduğu Gebeliği Önleyici Yöntemler(n=218)	Sayı	%
Hap	218	100
Enjeksiyon	192	88,1
Norplant	89	40,8
RİA	218	100
Kondom	211	96,8
Spermisid	99	45,4
Hazne Yıkama	114	52,3
Geri Çekme	199	91,3
Takvim	77	35,3
Tüpligasyon	202	92,7
Vazektomi	145	66,5

Tablo 10'da araştırmaya katılan kadınların % 100'ü RİA ve hapı, % 96,8'i kondomu, % 92,7'si tüpligasyonu % 91,3'ünün geri çekme yöntemini duydukları belirlenmiştir.

Tablo 11 : Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri Dağılımı

Kullandığı Gebeliği Önleyici Yöntemler (n=218)	Sayı	%
Hap	56	25,7
Enjeksiyon	18	8,3
Norplant	0	0
RİA	90	41,3
Kondom	83	90,2
Spermisid	2	0,9
Hazne Yıkama	8	3,7
Geri Çekme	90	41,3
Takvim	2	0,9
Tüpligasyon	1	0,5
Vazektomi	0	0

Tablo 11'de % 41,3'ünün RİA'yı, % 90,2'sinin kondom'u, % 41,3'ünün geri çekmeyi, % 25,7'inin gebeliği önleyici hapı kullandıkları belirlenmiştir.

Tablo 12 : Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgi Edindikleri Kaynakların Dağılımı

Aile Planlaması Hakkında Bilgi Edindikleri Kaynaklar	Sayı	%
Sağlık Personeli	135	61,9
Akraba	43	19,7
Basın-Yayın Araçları	20	9,2
Komşu, Arkadaş	20	9,2
Toplam	218	100

Tablo 12'de kadınların % 61,9'unun aile planlaması yöntemleri hakkında bilgiyi sağlık personelinden, % 19,7'sinin akrabalarından edindikleri belirlenmiştir.

Tablo 13 : Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Seçtikleri Kontraseptif Yöntemlerin Dağılımı

Yaş	Seçtikleri Kontraseptif Yöntemler										X ² ve p değeri
	RiA		Hormonal Yöntemler		Prezervatif		Tüpligasyon		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	sayı	%	
19 yaş ve ↓	7	58,3	5	41,7	-	-	-	-	12	100,0	Sd :8 x ² = 10,416 p=0,237
20-24 yaş	25	45,5	19	34,5	11	20,0	-	-	55	100,0	
25-29 yaş	38	45,8	25	30,1	20	24,1	-	-	83	100,0	
30-34 yaş	19	47,5	12	30,0	7	17,5	2	5,0	40	100,0	
35 yaş ve üzeri	14	50,0	2	7,1	2	7,1	5	35,7	28	100,0	
Eğitim											
Okur yazar değil	15	65,2	4	17,4	3	13,0	1	4,3	23	100,0	Sd : 9 x ² = 35,088 P=0,000
İlköğretim	70	51,9	44	32,6	19	14,1	2	1,5	135	100,0	
Okur-yazar	5	41,7	1	8,3	1	8,3	5	41,7	12	100,0	
Lise	8	26,7	11	36,7	9	30,0	2	6,7	30	100,0	
Yüksekokul	5	27,8	3	16,7	8	44,4	2	11,1	18	100,0	
Meslek											
Ev hanımı	97	50,8	55	28,8	30	15,7	9	4,7	191	100,0	Sd : 3 x ² = 11,716 p=0,008
Çalışıyor	6	22,2	8	29,6	10	37,0	3	11,1	27	100,0	
Ekonomik durum											
Gelir giderden az	52	52,5	24	24,2	15	15,2	8	8,1	99	100,0	Sd : 3 x ² = 5,627 p=0,131
Gelir gidere eşit ya da fazla	51	42,9	39	32,8	25	21,0	4	3,4	115	100,0	
Toplam	103	47,2	63	28,9	40	18,3	12	5,5	218	100,0	

Tablo 13'de 19 ve altı taş grubundaki kadınların % 3,2'sinin RİA'yı seçmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$). Okur-yazar olmayan kadınların % 57,1'i, ilköğretim mezunu kadınların % 51,9'u RİA'yı; lise mezunu kadınların % 36,7'si hormonal yöntemleri, yüksekokul mezunu kadınların % 44,4'ü prezervatifi seçtikleri belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0,0001$). Anlamlılığın hormonal yöntemleri seçen kadınların çoğunluğunun ilkokul mezunu olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Mesleği ev hanımı olan kadınların % 44,5'i RİA'yı seçerken, çalışan kadınların % 4,6'sı prezervatifi seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$). Ekonomik durumu geliri giderine eşit ve fazla olan kadınların % 42,9'u aile planlaması yöntemi olarak RİA'yı seçtikleri belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$).

Tablo 14 : Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumuna ve Mesleğine Göre Seçtikleri Kontraseptif Yöntemlerin Dağılımı

Eğitim Durumu	Seçtikleri Kontraseptif Yöntem										X ² ve p değeri
	RiA		Hormonal Yöntemler		Prezervatif		Tüpligasyon		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	sayı	%	
Okur yazar değil	2	28,6	2	28,6	2	28,6	1	14,3	7	100,0	Sd: 6 x ² = 19,723 p=0,003
İlköğretim	75	55,1	39	28,7	17	12,5	5	3,7	136	100,0	
Lise	21	45,7	12	26,1	9	19,6	4	8,7	46	100,0	
Üniversite	5	17,2	10	34,5	12	41,4	2	6,9	29	100,0	
Meslek											
İşçi	60	53,1	41	30,1	7	12,4	5	4,4	113	100,0	Sd :8 x ² = 30,235 p=0,000
Memur	15	39,5	16	23,7	6	34,2	1	2,6	38	100,0	
Emekli	4	14,3	19	46,4	4	35,7	1	3,6	28	100,0	
Evde Gelir Getiren İş, Esnaf	19	65,5	5	17,2	1	3,4	4	13,8	29	100,0	
İşsiz	5	50,0	2	20,0	2	20,0	1	10,0	10	100,0	
Toplam	103	47,2	63	28,9	40	18,3	12	5,5	218	100	

Kadınların eşlerinin eğitim durumları ile seçtikleri kontraseptif yöntemler arasındaki ilişki incelendiğinde; okur-yazar olmayanların % 33,3'ü RiA, hormonal yöntemlerle prezervatif; ilköğretim mezunu olanların % 57,3'ü, lise mezunu olan kadınların % 50'si RiA'yı, üniversite mezunu kadınların % 44'ü prezervatifi seçtikleri belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,005). Anlamlılığın RiA'yı seçen kadınların çoğunluğunun eşlerinin ilköğretim mezunu olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin meslekleri ile seçtikleri kontraseptif yöntemler arasındaki ilişki incelendiğinde; eşi işçi olan kadınların % 55,6'sı RiA, eşi memur olan kadınların % 40,5'i RiA, eşi emekli olan kadınların % 48,1'i hormonal yöntemleri, eşi esnaf ya da evde gelir getiren bir işle uğraşanların % 76'sı RiA, eşi işsiz olan kadınların % 55,6'sı RiA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur (p<0,0001). Anlamlılığın hormonal yöntemleri seçen kadınların çoğunluğunun eşlerinin emekli olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 15 : Kadınların Evlilik Yaşı ve İlk Gebelik Yaşına Göre Seçtikleri Kontraseptif Yöntemlerin Dağılımı

Evlilik yaşı	Seçtikleri Kontraseptif Yöntem										X ² ve p değeri
	RİA		Hormonal Yöntemler		Prezervatif		Tüpligasyon		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	sayı	%	
20 ve altı	81	52,6	39	25,3	25	16,2	9	5,8	154	100,0	Sd : 3 x ² = 6,885 p=0,076
21 ve üzeri	22	34,4	24	37,5	12	23,4	3	4,7	64	100,0	
İlk gebelik yaşı											
18 yaş ve altı	37	60,7	11	18,0	6	9,8	7	11,5	61	100,0	Sd :6 x ² = 17,076 p=0,009
19-24 yaş	56	44,4	40	31,7	26	20,6	4	3,2	126	100,0	
25 ve üzeri	10	32,3	12	38,7	8	25,8	1	3,2	31	100,0	
Toplam	103	47,2	63	28,9	40	18,3	12	5,5	218	100,0	

Evlilik yaşı 20 ve altında olan kadınların % 52,6'sı, 21 ve üzeri olan kadınların % 37,5'i RİA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,005).

İlk gebelik yaşı 18 yaş ve altı olan kadınların % 60,7'si, 19-24 yaş olanların % 44,4'ü RİA'yı, 25 yaş ve üzeri olanların % 38,7'si hormonal yöntemleri seçmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,005). Anlamlılığın RİA'yı seçen kadınların çoğunluğunun ilk gebeliğini 18 yaş ve altında geçirmesinden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 16 : Kadınların Toplam Gebelik Durumu Özelliklerine Göre Seçtikleri Kontraseptif Yöntemlerin Dağılımı

Toplam gebelik sayısı	Seçtikleri Kontraseptif Yöntem										X ² ve p değeri
	RiA		Hormonal Yöntemler		Prezervatif		Tüpligasyon		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	sayı	%	
1-2	44	42,7	37	35,9	21	20,4	1	1,0	103	100,0	Sd : 6 x ² = 22,781 p=0,001
3-4	38	46,9	21	25,9	17	21,0	5	6,2	81	100,0	
5 ve üzeri	21	61,8	3	14,7	2	5,9	5	17,6	25	100,0	
Yaşayan çocuk sayısı											
1-2	63	43,8	48	33,3	31	21,5	2	1,4	144	100,0	Sd :3 x ² = 19,376 p=0,000
3 ve üzeri	40	54,1	15	20,3	9	12,2	10	13,5	66	100,0	
Düşük Geçirme durumu											
Yok	78	47,6	47	28,7	31	18,9	8	4,9	164	100,0	Sd:3 x ² =0,894 p=0,610
Var	25	46,3	16	29,6	9	16,9	4	7,4	54	100,0	
Küretaj olma durumu											
Yok	80	46,5	52	30,2	33	19,2	7	4,1	172	100,0	Sd:3 x ² = 3,055 p=0,266
Var	23	50,0	11	23,9	7	15,2	5	10,9	46	100,0	
Toplam	103	47,2	63	28,9	40	18,3	12	5,5	218	100	

1-2 gebeliği olan kadınların % 42,7'si, 3-4 gebeliği olan kadınların % 46,9'u, 5 ve daha fazla gebeliği olan kadınların % 61,8'i RİA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$). Anlamlılığın RİA'yı seçen kadınların çoğunluğunun 5 ve daha fazla sayıda gebe kalmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Yaşayan çocuk sayısı 1-2 olan kadınların % 43,8'i, 3 ve daha fazla olan kadınların % 54,1'i RİA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0,0001$). Anlamlılığın RİA'yı seçen kadınların çoğunluğunun 3 ve daha fazla sayıda yaşayan çocuğa sahip olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Düşük geçiren kadınların % 46,3'ü RİA'yı, düşük geçirmeyen kadınların % 47,6'sı RİA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$).

Küretaj olan kadınların % 50'si RİA'yı, küretaj olmayan kadınların % 46,5'i RİA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$).

Tablo 17 : Kadınların Başka Çocuk İsteme ve İdeal Çocuk Sayısı Özelliklerine Göre Seçtikleri Kontraseptif Yöntemlerin Dağılımı

Başka Çocuk İsteme Durumu	Seçtikleri Kontraseptif Yöntem										X ² ve p değeri
	RiA		Hormonal Yöntemler		Prezervatif		Tüpligasyon		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	sayı	%	
Evet	40	42,6	31	33,0	23	24,5	-	-	94	100,0	Sd:3 x ² = 14,192 p=0,003
Hayır	63	50,8	32	25,8	17	13,7	12	9,7	124	100,0	
İdeal Çocuk Sayısı											
1-2	38	42,2	28	31,1	22	24,4	2	2,2	90	100,0	Sd : 3 x ² = 7,183 p=0,066
3 ve üzeri	65	50,8	35	27,3	18	14,1	10	7,8	128	100,0	
İdeal Gebelik Aralığı											
2 yıl ve altında	18	34,6	21	40,4	8	15,4	5	9,6	52	100,0	Sd : 6 x ² = 8,478 p=0,205
3 yıl	25	47,2	15	28,3	11	20,8	2	3,8	53	100,0	
4 yıl ve üzeri	60	53,1	27	23,9	21	18,6	5	4,4	113	100,0	
Toplam	103	47,2	63	28,9	40	18,3	12	5,5	218	100,0	

Başka çocuk istemeyen kadınların % 50,8'i, başka çocuk isteyen kadınların % 42,6'sı RiA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,005). Anlamlılığın tüpligasyonu seçen kadınların tamamının başka çocuk istememesinden kaynaklandığı belirlenmiştir.

1-2 yaşayan çocuğu olan kadınların % 42,2'si, 3 ve daha fazla çocuğu olan kadınların % 50,8'i RiA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,005).

İdeal gebelik aralığı 2 yıl ve altında olan kadınların % 34,6'sı, 3 yıl olan kadınların % 47,2'si, 4 yıl ve üzerinde olan kadınların % 53,1'i RiA'yı seçmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,005).

Tablo 18 : Kadınların Sağlık Sorunlarına Göre Seçtikleri Kontraseptif Yöntemlerin Dağılımı

Sistemik Hastalık Durumu	Seçtikleri Kontraseptif Yöntem										X ² ve p değeri
	RİA		Hormonal Yöntemler		Prezervatif		Tüpligasyon		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Var	15	71,4	4	19,0	1	4,8	1	4,8	21	100,0	Sd:3 x ² = 6,018 p=0,111
Yok	88	44,7	59	29,9	39	19,8	11	5,6	197	100,0	
Jinekolojik Hastalık Geçirme											
Var	14	48,3	9	31,0	5	17,2	1	3,4	29	100,0	Sd : 3 x ² =0,952 p=0,340
Yok	89	47,1	54	28,6	35	18,5	11	5,8	189	100,0	
Vajinal Akıntı Durumu											
Var	64	52,5	34	27,9	22	18,0	2	1,6	122	100,0	Sd: 3 x ² = 9,228 p=0,026
Yok	39	40,6	29	30,2	18	18,8	10	10,4	96	100,0	
Toplam	103	47,2	63	28,9	40	18,3	12	5,5	218	100,0	

Sistemik hastalığı bulunan kadınların % 71,4'ü, sistemik hastalığı bulunmayan kadınların % 44,7'si RİA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,005).

Jinekolojik hastalığı bulunan kadınların % 48,3'ü, jinekolojik hastalığı bulunmayan kadınların % 47,1'i RİA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,005).

Vajinal akıntısı bulunan kadınların % 52,5'i, vajinal akıntısı bulunmayan kadınların % 40,6'sı RİA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,005). Anlamlılığın RİA'yı seçen kadınların çoğunluğunun vajinal akıntısının olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 19 : Kadınların Son Gebelik Özelliklerine Göre Seçtikleri Kontraseptif Yöntemlerin Dağılımı

Son Gebelik Üzerinden Geçen Süre	Seçtikleri Kontraseptif Yöntem										X ² ve p değeri
	RiA		Hormonal yöntemler		Prezervatif		Tüpligasyon		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1 yıl ve altında	48	49,0	32	32,7	17	17,3	1	1,0	98	100,0	Sd :6 x ² = 12,238 p=0,057
2-4 yıl	32	45,1	20	28,2	15	21,1	4	5,6	71	100,0	
5 yıl ve üzeri	23	46,5	11	22,4	8	16,3	7	14,3	49	100,0	
Son Gebelik Sonucu											
Canlı Doğum	88	46,3	58	30,5	35	18,4	9	4,7	190	100,0	Sd : 3 x ² = 3,216 p=0,360
Ölüdoğum, Küretaj, Kendiliğinden Düşük	15	53,6	5	17,9	5	17,9	3	10,7	28	100,0	
Toplam	103	47,2	63	28,9	40	18,3	12	5,5	218	100,0	

Tablo 20 : Kadınların Sezeryan Olma Nedenine Göre Seçtikleri Kontraseptif Yöntemlerin Dağılımı

Sezeryan Olma Nedeni	Seçtikleri Kontraseptif Yöntem										X ² ve p değeri
	RiA		Hormonal Yöntemler		Prezervatif		Tüpligasyon		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	sayı	%	
Anneye Ait Nedenler	34	50,0	15	22,1	12	17,6	7	10,3	68	100,0	Sd :3 x ² = 7,225 p=0,301
Fetus ve Eklerine Ait Nedenler	13	50,0	6	23,1	6	23,1	1	3,8	26	100,0	
Diğer*	56	45,2	42	33,9	22	17,7	4	3,2	71	100,0	
Toplam	103	47,2	63	28,9	40	18,3	12	5,5	218	100	

* Bu grubun ki-kare değeri hesaplanırken Geçirilmiş Sezeryan, Sosyal Endikasyon gibi değişkenler diğer seçeneğine dahil edilmiştir.

Tablo 19’de son gebeliklerinin üzerinden 1 yıl ve daha kısa süre geçen kadınların % 49’u, 2-4 yıl süre geçen kadınların % 45,1’i, 5 yıl ve üzerinde süre geçen kadınların % 46,5’i RİA’yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$). Son gebeliklerini canlı doğum şeklinde sonlandıran kadınların % 46,3’ü, ölüdoğum-isteyerek düşük(küretaj)-kendiliğinden düşük seklinde sonlandıran kadınların % 53,6’sı RİA’yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$).

Tablo 20’de anneye ait nedenlerle sezeryan olan kadınların % 50’si, fetus ve eklerine ait nedenlerle sezeryan olan kadınların % 50’si, diğer nedenlere bağlı olarak sezeryan olan kadınların % 45,2’si gebelikten koruyucu olarak RİA’yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. ($p>0,005$)

Tablo 21 : Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Seçme Özelliklerine Göre Seçtikleri Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı

Tercih Etme Nedeni*	Seçtikleri Yöntemler										X ² ve p değeri
	RİA		Hormonal Yöntemler		Prezervatif		Tüpligasyon		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Güvenilir	34	50,0	19	27,9	12	17,6	3	4,4	68	100,0	Sd :9 x ² = 1,463 p=0,997
Kullanımı kolay	33	45,2	21	28,8	14	19,2	5	6,8	73	100,0	
Eşinin istemesi	17	47,2	11	30,6	7	19,4	1	2,8	36	100,0	
Ucuz,Kolay elde edilmesi	19	46,3	12	29,3	7	17,1	3	7,3	41	100,0	
Bilgi Edindikleri Kaynaklar*											
Sağlık personeli	68	50,4	38	28,1	21	15,6	8	5,9	135	100,0	Sd :9 x ² = 5,927 p=0,431
Akraba Komşu, Arkadaş	28	44,4	19	30,2	12	19,0	4	6,3	63	100,0	
Basın-Yayın Araçları	7	35,0	6	30,0	7	35,0	-	-	20	100,0	
Toplam	103	47,2	63	28,9	40	18,3	12	5,5	218	100,0	

* Ki-kare değeri hesaplanırken akraba, komşu, arkadaş satırı birleştirilmesi yapılmıştır.

Kadınların % 50'si güvenilir olduğu için, % 45,2'si kullanımı kolay olduğu için, % 47,2'si eşi istediği için, % 46,3'ü ucuz olduğu ve kolay elde edildiği için RİA'yı seçmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,005).

Aile planlaması yöntemleri hakkındaki bilgiyi sağlık personelinden alan kadınların % 50,4'ü, akraba-komşu-arkadaştan alanların % 44,4'ü, basın-yayın araçlarından alan kadınların % 35'i RİA'yı seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,005).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde kadınların yaş, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, aile tipi, en uzun süre oturulan yerleşim yeri, akrabalık durumu, evlenme yaşı, ekonomik durum, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, sistemik hastalık hikayesi, geçirilmiş ameliyat hikayesi, dış gebelik hikayesi, jinekolojik hastalık hikayesi, vajinal akıntı durumu gibi sosyodemografik özellikler; Kadınların doğurganlık özellikleri olarak ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı, ölüdoğum sayısı, başka çocuk isteme, ideal çocuk sayısı, ideal gebelik aralığı, son gebelik üzerinden geçen süre, son gebeliğini sonlandırma şekli, gibi özellikler; Kadınların şu anda kullandığı aile planlaması yöntemi, kullanma süresi, seçtiği yöntem, aile planlaması hakkında bilgi edindikleri kaynaklar, yöntemleri tercih etme nedenleri, bildikleri gebeliği önleyici yöntemler ve daha önce kullandıkları gebeliği önleyici yöntemler incelenecektir.

Araştırma kapsamına alınan 218 kadının % 81,6'sı 20-34 yaş grubunda olup yaş ortalaması $27,56 \pm 5,62$ 'dir. (Tablo 1) Araştırma kapsamına alınan kadınların 17 ile 45 yaşları arasında olduğu saptanmıştır. Bu durum doğurganlığın en aktif olduğu 20-34 yaş grubundaki kadınların literatürü ile paralellik gösterdiği gibi benzer çalışmalarda görülen kadınların kontraseptif yöntem kullanmaya daha fazla gereksinim duydukları gerçeğini de desteklemektedir (31,74,79).

Kadınların % 61,9'u ilköğretim mezunudur. Bu rakam Türkiye'deki 15-49 yaş evli kadınlarda % 61,1'dir (14). Uyar'ın 1999 yılında Muğla'da aile planlaması ile ilgili yaptığı çalışmada verilerimize yakın değerler elde edilmiş olup, kadınların % 61,6'sı ilköğretim mezunudur. Çalışmamızdaki eğitim düzeyi Türkiye geneli ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç il merkezinde yaşayan kadınların eğitim düzeyinin yüksek olmasına ve araştırma grubumuzun yaş ortalaması $27,56 \pm 5,62$ olan genç bir grup olmasına bağlanabilir (Tablo 1) (14,31).

Kadınların % 87,6'sının ev hanımı, % 12,4'ünün çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 1). Yapılan benzer çalışmalarda kadınlarımızın önemli bir bölümünün ev hanımı olduğu belirlenmiştir (79,84,85). Ekizler 1991 yılında yaptığı araştırmasına katılan kadınların % 87,7'sinin herhangi bir işte çalışmadığını saptayarak verilerimizle aynı sonucu elde etmiştir (84).

Sosyal güvencenin olması sağlık bakımında önemli bir etkidir . Araştırma kapsamına alınan kadınların % 89'unun sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Kadınların % 72,9'unun çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Tekin'in 1992 yılında yaptığı çalışmasında bu oran % 67, Saygılı'nın 1998 yılındaki çalışmasında % 66,5'tir (74,85). Çalışmamızda çekirdek aile yapısına sahip deneklerimizin oranının benzer araştırma sonuçlarına kıyasla yüksek bulunması toplumumuzun çekirdek aile tipini benimsediğinin bir yansımasıdır.

Kadınların % 89,9'unun en uzun süreli yerleşim yerinin il merkezi % 5,5'inin köy olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Bulgularımız özellikle son yıllarda artan köyden kente göç olayını desteklemekte ve Gaziantep göçün en fazla olduğu bölgelerle paralellik göstermektedir (79). Bu duruma neden olarak çevresinin hem sanayi hem de tarım bölgesi olması nedeniyle iş olanaklarının bazı bölgelere göre fazla olması gösterilebilir.

Kadınların % 73,4'ünün eşi ile akrabalığının bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 1). Gılıç'ın 2002 yılında Niğde'de yaptığı bir çalışmada kadınların % 74,3'ünün eşi ile akrabalığının bulunmadığı çalışmamızı desteklemektedir (34).

Kadınların % 63,3'ünün ilk evlenme yaşı 16-20 yaşlarıdır (Tablo 1). Araştırmaya katılan kadınların evlenme yaşı ortalamasının $19,43 \pm 3,24$ olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların en küçük 12 en geç 31 yaşlarında evlendikleri belirlenmiştir. TNSA 2003 sonuçlarına göre kadınlarda ilk evlilik yaşı Güneydoğuda 19,3 bulunmuştur (14). Çalışmamızdaki veriler TNSA 2003 verileri ile uyumludur.

Kadınların % 52,8'inin gelirinin gidere denk ekonomik koşullara sahip oldukları % 45,4'ünün de gelirlerinin giderlerini karşılamaya yetmediğini belirttikleri görülmüştür. Kadınların % 1,8'inin de gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu belirttikleri saptanmıştır (Tablo 1). Mahmoudi'nin 2001 yılında yaptığı çalışmasında bu oranlar sırasıyla % 50, % 48,5, ve % 1,5 olarak belirtilmekte, bu durum çalışmamızla paralellik göstermektedir (86).

Kadınların eşlerinin % 62,4'ünün ilköğretim mezunudur(Tablo 2). Bu veriler Mahmoudi'nin 2001 yılındaki çalışmasında % 52, Uyar'ın 1999 yılındaki çalışmasında % 54,3'dür (31,86). Üniversite mezunu eşi olan kadınların oranı kendisi üniversite mezunu olan kadınlardan daha yüksektir. Bu sonuçlar kadınların eşlerinin kendilerinden daha fazla oranda ve daha üst düzeyde eğitilmiş olduklarının

göstergesidir. Çalışma verilerimizin yüksek olmasının nedeni deneklerin büyük çoğunluğunun temel eğitim olanaklarından yararlanabilmiş olmasıyla açıklanabilir (34,83,86,87) .

Kadınların eşlerinin meslekleri açısından bakılığında % 51,8'inin işçi, % 12,8'inin emekli, % 4,6'sının ise işsiz olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Uyar'ın çalışmasında kadınların % 33,6'sının memur, % 21,6'sının işçi olduğu görülmektedir (31). Çalışmamızda eşi işçi olan kadınların oranının fazla olması araştırmayı yaptığımız kurumun kısa bir süre öncesine kadar sosyal sigortalar kurumuna bağlı olması ve bu yüzden daha çok işçi eşlerinin bu hastaneye başvurması olabilir.

Kadınların % 90,4'ünün sistemik hastalığının bulunmadığı belirlenmiştir. Kadınların % 91,7'sinin geçirilmiş ameliyatının bulunmadığı, % 99,5'inin dış gebelik geçirmediği, % 86,7'sinin jinekolojik hastalık hikayesinin bulunmadığı belirlenmiştir. Kadınların % 56'sının ise vajinal akıntı şikayeti olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Doğurganlık özelliğine sahip ve fizyolojik özellikleri uygun olan sağlıklı her kadın her yıl gebe kalabilir. Ancak aşırı doğurganlığın ana-çocuk sağlığını olumsuz yönde etkilediği bir gerçektir. TNSA 2003'e göre 15-49 yaş grubu evli kadınların toplam doğurganlık hızı 2,3'dür. Doğurganlık hızlarında belirgin bölgesel farklılıklar bulunmakta olup en yüksek doğurganlık hızı Doğuda 3,65, Batıda 1,88 olduğu görülmektedir (5,14).

Kadınların % 57,8'inin 19-24 yaşları arasında ilk gebeliklerini yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 5). Kadınların ilk gebelik yaşı ortalamasının 20,64±3,36 olduğu saptanmıştır. Kadınların en düşük 14, en yüksek 31 yaşında ilk gebeliklerini yaşadığı belirlenmiştir. TNSA 2003'e göre 25-49 yaş grubu için ilk gebelik yaşı ortalaması Türkiye genelinde 21,8, Güneydoğu Anadolu'da 20,6'dır. Eğitimin annenin ilk gebelik yaşı üzerine önemli etkisi olup eğitimsiz kadınlar 20,1 yaşında anne olurken en az ortaokul mezunu kadınlar anne olmak için 2 yıl daha beklemektedir. Eğitim düzeyi sadece eğitimin devam ettiği süre içerisinde evliliğin geciktirilmesine ve böylece doğumun ertelenmesine yol açtığı için değil aynı zamanda davranış değişikliğine de sebep olduğu için adölesan gebeliği etkileyen en önemli değişkendir (3,14,28).

Kadınların % 47,2'sinin en fazla 2 gebeliği olduğu saptanmış olup ortalama gebelik sayısı 2,94±1,59 olarak belirlenmiştir (Tablo 5). Kadınların en yüksek gebe kalma sayısı 8 olarak saptanmıştır. Yağmur'un çalışmasında % 37,7, Mahmoudi'nin

çalışmasında % 42, Uyar'ın çalışmasında % 61,1'inin en fazla 2 gebeliğinin olduğu bulgulanmaktadır (31,79,86).

Kadınların % 64,7'sinin en fazla 2 canlı doğumu olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Ortalama canlı doğum sayısı $2,24 \pm 1,16$ 'dır. Kadınların en yüksek 6 canlı doğum yaptıkları saptanmıştır. TNSA 2003 sonuçlarına göre 15-49 yaş grubundaki evli kadınlarda canlı doğum ortalaması $2,64$ 'dür. Özdemir'in çalışmasında bu oran % 72,9'dur. Çalışmamızdaki bulguların TNSA 2003 verilerinden düşük olmasının nedeni il merkezinde sunulan hizmetlerden halkın yararlanması ve bu hizmetlere ulaşımın kolay olmasıdır. Ayrıca şehirde yaşayanların eğitim seviyelerinin yüksek olması da canlı doğum sayısının düşük olmasına etkindir. Eğer Gaziantep'in kırsal kesimini içine alan bir çalışma yapılırsa bu değerlerin biraz daha yükselmesi beklenebilir (14,28).

Kadınların çocuk sayılarına göre dağılımlarında ise 1 ile 6 arasında çocuğa sahip oldukları saptanmıştır. Bunlardan % 66,1'inin en fazla 2 çocuğa sahip oldukları belirlenmiş olup yaşayan çocuk sayısı ortalaması $2,21 \pm 1,10$ 'dur. Türkiye genelinde bu oran $2,43$ 'dür (Tablo 5) (14).

Ülkemizde istenmeyen gebeliklerin fazla olması anne sağlığı için risk oluşturan düşük ve küretaj oranlarının artışına neden olmaktadır. Çalışmamızda kadınlarımızın % 24,8'i spontan abortusu, % 21,1'i küretajı en az 1 kez deneyimledikleri belirlenmiştir. TNSA 2003 sonuçlarına göre 15-49 yaş grubu evli kadınlarda en az 1 kez isteyerek düşük (küretaj) oranı % 23,9 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızdaki küretaj bulgularının Türkiye geneline göre düşük olması Gaziantep merkezindeki kadınların eğitim seviyesinin yüksek olması ve gebeliği önleyici yöntem kullanma oranının yüksek olmasına yorumlanabilir (Tablo 5) (14).

Kadınların % 54,1'inin ideal çocuk sayısı ortalaması 3-4 çocuktur (Tablo 5). Türkiyenin Batısında ideal çocuk sayısı ortalaması 2,3, Güneydoğu Anadolu'da ise $3,4$ 'dür. Çalışmamızdaki bulgular Güneydoğu Anadolu'daki değerlerle paralellik göstermektedir (14).

Doğumların anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkilememesi için doğumlar arasındaki süre en az iki yıl olarak öngörülmektedir (1). Doğum aralığı kısaldıkça bebek ölümlerinde belirgin artış görülmektedir (88). Bu çalışmada kadınların % 51,8'inin ideal gebelik aralığının 4 yıl ve üzerinde olduğu, ideal gebelik aralığı ortalamasının $3,22 \pm 0,93$ olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Kadınların % 46,8'inin ailesinde sezeryan geçiren olduğu, % 17'sinin ailesinde doğumsal nedene bağlı ölüm olduğu, % 1,8'inin kalça kırığı/çıkığı geçirdiği, belirlenmiştir (Tablo 6). Ailesinde sezeryan geçiren kişinin olması kadınların sezeryan doğumuna ilgisini arttırabilir ve özenti yaratabilir. Günümüzde sezeryan olma nedenleri arasında sosyal endikasyonun büyük yeri vardır. Yine ailesinde doğumsal nedene bağlı ölüm ve kalça kırığı/çıkığı geçirme sezeryanın endikasyonlarındandır (45,46).

Kadınların % 45'inin son gebeliklerinin üzerinden 1 yıl ve daha kısa süre geçtiği belirlenmiştir. TNSA 2003'e göre kadınların son gebeliklerinin üzerinden geçen sürenin ortalaması 35,8 aydır (14). Çalışmamızdaki bulduların TNSA verilerinden düşük olması araştırmayı sürdürdüğümüz dönemde sezeryan doğumu sonrası başvuran kadın sayısının fazla olması ile açıklanabilir.

Kadınların % 87,2'si son gebeliklerini canlı doğum şeklinde % 10,6'sı ölüdoğum, kendiliğinden düşük ya da küretaj şeklinde sonlandırmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların yaklaşık yarısının başka çocuk istemediği belirlenmiştir (Tablo 6). Başka çocuk istemeyenlerin hem yöntem kullanma hem de modern yöntem kullanma oranının daha yüksek olacağı düşünülebilir. Gaziantep'te Bozkurt ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptığı bir çalışmada başka çocuk istememe oranı % 77,5'dir (89). GAP Bölgesinde Özçırpıcı ve arkadaşlarının 2002'de yaptığı bir çalışmada başka çocuk isteme oranı % 73,2'dir (98). Gelişmekte olan ülkelerde her zaman için istenen doğurganlık ile gerçek doğurganlık arasında fark olmuş ve sonuçta istenenden fazla çocuğa sahip olunmuştur.

Türkiye'de sezeryanla doğum oranı % 21 olarak belirlenmiştir. Bu yüzde TNSA 1998'den (% 14) bu yana yapılan doğumlarda % 7'lik bir artış olduğunu ortaya koymaktadır. Daha ileri yaşlarda doğum yapan, çocuğunun doğum sırası daha düşük olan, kentsel yerleşim yerleri ile Batı ve Kuzey bölgelerinde yaşayan ve daha eğitilmiş kadınlar arasında doğumların sezeryanla yapılması daha yaygındır (14). Çalışmamızda kadınların % 31,2'si anneye ait nedenlerle % 32,6'sı diğer nedenlere bağlı olarak sezeryan olmuştur (Tablo 8). Dayan'ın 1999 yılında İstanbul'daki bir hastanede yaptığı bir çalışmada sezeryan olma oranı % 20,37 olarak belirlenmiştir (64). Güngör ve arkadaşlarının 2004 yılında İstanbul'da sezeryan olan kadınlar üzerine yaptığı bir başka çalışmada kadınların % 30,4'ünün geçirilmiş sezeryan, % 20'sinin fetus ve eklerine ait nedenlerle, % 14,3'ünün anneye ait nedenlerle, % 34,8'inin diğer nedenlere bağlı olarak sezeryan olduğu görülmektedir (63).

Kadınların Aile Planlaması Kliniğine başvurma nedenleri incelendiğinde % 40,4'ünün kontrol, % 16,1'inin yöntem değiştirmek, % 43,6'sının yöntem kullanmaya başlamak amacıyla başvurdukları belirlenmiştir (Tablo 9). Yağmur'un 1996 yılındaki çalışmasında kadınların % 41,9'u kontrol, % 20,7'sinin yöntem seçmek için başvurdukları görülmektedir (79). Kadınların % 46,2'sinin koruyucu yöntem olarak RİA'yı seçtikleri belirlenmiştir. Bu bulgu Özgür ve arkadaşlarının GAP Bölgesinde 2002 yılında yaptıkları benzer bir çalışmada % 44,3'dür. Çalışmamız Özgür ve arkadaşlarının çalışmasıyla paralellik göstermektedir (Tablo 9) (97). Kadınların çoğu koruyucu yöntem olarak RİA'yı seçmektedir.

Aile Planlaması yöntemlerini tercih etme nedenlerine baktığımızda % 33,5'inin kullanımı kolay olduğu için, % 31,2'sinin ise güvenilir buldukları için bu yöntemleri seçtikleri belirlenmiştir (Tablo 12). Bu bulgu Uyar'ın 1999 yılındaki çalışmasıyla benzerlik göstermektedir (31).

Aile planlaması hakkında bilgi sahibi olmak hem gebeliği önleyici bir yöntem kullanıp kullanmama kararı, hem de hangi yöntemin kullanılacağı kararı açısından önemlidir. Doğurganlığın kontrolüne ilişkin olarak bilgi sahibi olunması bu yöntemlere ulaşılması ve daha sonra uygun bir gebeliği önleyici yöntemin zamanında ve etkili olarak kullanılması için oldukça önemli bir adımdır. 2003 TNSA verilerine göre ülkemizde evli kadınların % 99,8'i en az bir aile planlaması yöntemini bilmektedir (13). Tablo 10 incelendiğinde kadınların tümünün herhangi bir aile planlaması yöntemini bildikleri saptanmıştır. % 100 ile en fazla bilinen yöntem RİA ve hap iken, geri çekme yöntemi % 91,3 oranında bilinmektedir. Bu sonuç Saygılı (1998), Yağmur (1996), Çetinkaya ve arkadaşları (1994) Şahinöz ve arkadaşları (2002) ve Genç ve arkadaşlarının (1996) araştırma sonuçlarıyla desteklenmektedir (74,79,90,91,96) .

Türkiye'de evli kadınlar arasında herhangi bir yöntem kullanma oranı % 90, herhangi bir modern yöntem kullanma oranı % 73,2, herhangi bir geleneksel yöntem kullanma oranı % 70,3 olarak belirlenmiştir (14). Çalışmamızda kadınların % 41,3'ünün daha önce RİA, % 38,1'inin kondom, % 25,7'sinin hap ve % 41,3'ünün geri çekme yöntemini kullanmaları 2003 TNSA sonuçlarına ve yine bu çalışmada bulgularan modern yöntemler içinde RİA % 42,8 ile en çok kullanılan yöntem olması sonucuna paralellik göstermektedir (Tablo 11) . Yağmur'un (1996) İstanbul'da yaptığı benzer çalışmada da RİA kullanımının % 41,9 oranıyla çoğunluğu oluşturması, Saygılı'nın (1998) RİA tercihleri ile ilgili çalışmasında %

49,5, İnanç'ın (1992) Ankara'da yaptığı çalışmada RİA'nın % 53 ile en çok kullanılan etkin olduğu bu konuda yapılan diğer araştırma sonuçlarıyla desteklenmektedir (74,79,87).

Kadınların aile planlaması ile ilgili bilgilerini % 61,9 oranında sağlık personelinin edinmesi olumlu bir sonuçtur (Tablo 11). Elde edilen bu sonuç Yardımcı ve arkadaşlarının (1994), Özdemir'in (1997), Gılıç'ın (2002) çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermekte ancak Yağmur (1996) ve Saygılı'nın (1998) araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermemektedir (28,34,74,79,92). Kadınların aile planlaması ile ilgili bilgi edindiği kaynaklar arasında sağlık personelinin birinci sırada yer alması ilkokuldan sonra öğrenim gören kadınların sayısının fazla olmasından, çalışmanın aile planlaması kliniğinde yapılmış olmasından ve aile planlaması eğitiminde sağlık personelinin başarı düzeyinin olumlu yönde olmasından kaynaklanmasıyla yorumlanabilir.

Çalışmaya katılan kadınların % 81,6'sının 20-34 yaş grubunda olması aile planlaması yöntemi kullanmaya aday kadınların oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Kadınların yaşlarıyla seçtikleri aile planlaması yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,005$). Tüm yaş gruplarında en fazla seçilen yöntem RİA olduğu belirlenmiştir (Tablo 11). Mahmoudi'nin (2001) çalışmasında da kadınların yaşları ile seçtikleri yöntemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (86).

Kadınların eğitim durumları ile seçtikleri yöntemler arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmış olup okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu kadınların daha çok RİA'yı, lise mezunu kadınların hormonal yöntemleri, üniversite mezunlarının ise çoğunluğunun prezervatifi seçtikleri belirlenmiştir (Tablo 11) ($p<0,0001$). Eğitim düzeyi düşük olan kadınlar RİA'yı tercih ederken üniversite mezunlarının çoğunlukla prezervatifi seçtikleri görülmektedir. Bu sonuç TNSA 2003 verileriyle paralellik göstermektedir (14).

Kadınların mesleklerine göre gebeliği önleyici yöntem kullanma durumları incelendiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 11) ($p<0,005$). Mesleği ev hanımı olanların çoğunluğunun RİA, çalışan kadınların büyük çoğunluğunun prezervatifi seçtikleri belirlenmiştir.

Ekonomik durumun sağlık hizmetlerinden yararlanma oranını arttırdığı bir gerçektir (1). Ancak çalışmamızda ekonomik durumun gebeliği önleyici yöntem

seçimine etkisi olmadığı saptanmıştır (Tablo 11) ($p>0,005$). Tüm gruplarda en fazla seçilen yöntemin RİA olduğu belirlenmiştir. Bu durum Mahmoudi'nin İzmir'de aile planlaması ile ilgili yaptığı çalışmayla desteklenmektedir (37).

Kadınların eşlerinin eğitim durumlarının aile planlaması yöntem seçimini ve kullanımını çeşitli çalışmalarla bildirilmiştir (28,29,31). Çalışmamızda eşi üniversite mezunu olan kadınların büyük çoğunluğunun cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu en yüksek olan ve eşlerinde aile planlamasına katılımını sağlayan yöntemlerden olan prezervatifi tercih ettikleri belirlenmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 12) ($p<0,005$). Bu bulgunun Uyar (1999), Çetinkaya ve arkadaşlarının (1994) benzer çalışmalarıyla paralellik göstermekte olduğu gözlenmiştir (31,90).

Kadınların eşlerinin meslekleri ile seçtikleri kontraseptif yöntemler arasında ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 12) ($p<0,0001$). Eşi işçi, memur, esnaf ve evde gelir getiren bir işle uğraşan kadınların çoğuluğu koruyucu yöntem olarak RİA'yı seçmişlerdir.

Kadınların ilk evlenme yaşları ile seçtikleri gebeliği önleyici yöntemler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. (Tablo 13) ($p>0,005$). İlk evlilik yaşı 20 yaş ve altı grubundaki kadınların % 52,6'sı RİA, 21 ve üzeri yaş grubundaki kadınların % 37,5'inin hormonal yöntemleri seçtikleri belirlenmiştir. İlk evlilik yaşı yüksek olan kadınların hormonal yöntemleri daha yüksek oranda tercih etmelerinin nedeni kadınların daha bilgili olmalarına, ilk evlendiklerinden beri aile planlaması konusunda danışmanlık almalarını ve hormonal yöntemleri bilinçli olarak temin edip kullanabilmelerine yorumlanabilir.

Kadınların ilk gebelik yaşına göre seçtiği gebeliği önleyici yöntemler arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 13) ($p<0,005$). İlk gebeliğini 18 ve altı yaşlarda geçiren kadınların % 60,7'si RİA'yı seçmiştir. İlk gebelik yaşı 25 ve üzeri olan kadınlar düzenli olarak kullanım gerektiren hormonal yöntemleri seçtikleri belirlenmiştir.

Günümüzde gelişmekte ve geri kalmış ülkelerde koruyucu sağlık hizmetleri giderek önem kazanmaktadır. Bu doğrultuda aile planlaması hizmetlerinde esas amaç kadını istemediği ve riskli gebeliklerden koruyarak sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürmesini sağlamak olmalıdır (93). Bu amaçla kadınlarımızın bilgilendirilmesi ve kendi doğurganlıklarını sınırlayabilecek düzeye ulaştırılması gerekmektedir. Tablo 14'te kadınların toplam gebelik sayıları ile seçtikleri yöntemler arasında anlamlı bir

ilişki saptanmıştır ($p<0,005$). Toplam gebelik sayısı ile ilgili tüm gruplarda en fazla kullanılan yöntemin RİA olduğu belirlenmiştir.

Yaşayan çocuk sayısının aile planlaması yöntem kullanımına olan etkisi araştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. (Tablo 14) ($p<0,0001$). Çocuk sayısı en az 1 olan kadınlarda RİA kullanımının en üst düzeyde ve beklenenden daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu durumun kadınların gebe kalmamak için etkinliği yüksek bir yöntemi tercih etmelerine ve olumlu bir sonuç olduğuna yorumlanabilir. Bu sonuç Uyar (1999), Yardımcı ve arkadaşları (1994), Şenol ve arkadaşlarının (1996) benzer araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir(31,94,95,101).

2003 TNSA'ya göre istemeden oluşan gebeliklerin oranı % 21,3 olarak belirlenmiştir (14). Bu oran 20.yüzyıla girdiğimiz şu günlerde hala ailelerin istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde yeterince başarılı olunmadığını ortaya koymaktadır. Kadınların düşük durumu ile seçtikleri aile planlaması yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 14) ($p>0,005$). Kadınların küretaj olma durumu ile seçtikleri aile planlaması yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 14) ($p>0,005$).

Kadınların başka çocuk isteme durumu ile seçtikleri aile planlaması yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 15) ($p<0,005$). Çocuk isteyen kadınların % 42,6'sının, başka çocuk istemeyen kadınların % 50,8'inin aile planlaması yöntemi olarak geri dönüşümlü bir yöntem olan RİA'yı seçtikleri belirlenmiştir.

Kadınların sahip olmak istedikleri ideal çocuk sayısı ile seçtikleri aile planlaması yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. (Tablo 15) ($p>0,005$). İdeal çocuk sayısı 1-2 olan kadınların % 42,2'sinin, 3 ve üzeri olan kadınların % 50,8'inin uzun süre güvenle kullanılabilen bir yöntem olan RİA'yı seçtikleri belirlenmiştir.

Kadınların ideal gebelik aralığı ile seçtikleri aile planlaması yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. (Tablo 15) ($p>0,005$). İdeal gebelik aralığı 2 yıl ve altında olan kadınlar hormonal yöntemleri, 3 yıl ve üzerinde olan kadınlar gebeliği önleyici yöntem olarak RİA'yı seçtikleri belirlenmiştir.

Kadınların vajinal akıntı şikayeti ile seçtikleri aile planlaması yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 16) ($p < 0,005$) . Vajinal akıntı şikayeti olan kadınların % 52,5'i RİA'yı tercih ettikleri belirlenmiştir.

Kadınların son gebeliklerinin üzerinden geçen süre ile seçtikleri aile planlaması yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 17) ($p > 0,005$). Son gebeliklerinin üzerinden 2 yıl ve daha kısa süre geçen kadınlar hormonal yöntemleri, son gebeliklerinin üzerinden 3 yıl ve daha fazla süre geçen kadınlar aile planlaması yöntemi olarak RİA'yı seçtikleri belirlenmiştir.

Kadınların son gebeliklerinin sonucu ile seçtikleri aile planlaması yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 17) ($p > 0,005$). Son gebeliğini ölüdoğum, kendiliğinden düşük ya da küretaj şeklinde sonlandıran kadınların % 53,6'sının aile planlaması yöntemi olarak RİA'yı seçtikleri belirlenmiştir.

Kadınların sezeryan olma nedenleri ile seçtikleri aile planlaması yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 18) ($p > 0,005$). Tüm nedenlere bağlı sezeryan olan kadınların büyük çoğunluğunun aile planlaması yöntemi olarak RİA'yı seçtikleri belirlenmiştir.

Kadınların aile planlaması yöntemlerini tercih etme nedenleri ile seçtikleri aile planlaması yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 19) ($p > 0,005$). Kadınların % 50'si güvenilir olduğu için, % 45,2'si kullanımı kolay olduğu için, % 47,2'si eşi istediği için, % 46,3'ü ucuz olduğu ve kolay elde edildiği için RİA'yı seçmiştir. Bu bulgu benzer araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir (99,100,101).

Kadınların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi edindiği kaynaklar ile seçtikleri aile planlaması yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 19) ($p > 0,005$). Kadınların % 50,4'ü aile planlaması yöntemleri hakkındaki bilgiyi sağlık personelinde aldıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgu Karaoğlu ve arkadaşlarının 2005 yılındaki çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir (100) .

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Sezeryan doğumu geçiren kadınların seçtikleri aile planlaması yöntemleri ve bu yöntemleri seçme nedenlerinin dağılımını belirlemek için tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Kadınların % 38,1'inin 25-29 yaş grubunda olduğu, % 61,9'unun en az ilköğretim mezunu ve % 8,3'ünün üniversite mezunu olduğu, % 87,6'sının ev hanımı olduğu, % 89'unun sosyal güvencesinin olduğu, % 72,9'unun çekirdek aileye sahip olduğu, % 89,9'unun en uzun süreli il merkezinde yaşadığı, % 73,4'ünün eşi ile akrabalığının bulunmadığı, % 63,3'ünün ilk evlenme yaşının 16-20 olduğu, % 52,8'inin ekonomik durumunun gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir.

Kadınların eşlerinin % 62,4'ünün ilköğretim ve % 13,3'ünün üniversite mezunu olduğu, % 51,8'inin işçi ve % 17,4'ünün memur olduğu belirlenmiştir.

Kadınların % 90,4'ünün sistemik hastalığının bulunmadığı, % 91,7'sinin geçirilmiş ameliyatının bulunmadığı, % 99,5'inin dış gebelik geçirmediği, % 86,7'sinin jinekolojik hastalığının bulunmadığı; % 56'sının ise vajinal akıntı şikayetinin olduğu belirlenmiştir.

Kadınların % 82,6'sının 12-14 yaşlarında ilk menarş yaşadıkları, % 94'ünün 21-35 günleri arasında menstrasyon siklusuna sahip oldukları, % 90,4'ünün 3-7 gün arasında menstrasyon kanaması olduğu belirlenmiştir.

Kadınların % 57,8'inin ilk gebelik yaşının 19-24 olduğu, % 47,2'sinin 1-2 gebelik geçirdiği, % 64,7'sinin 1-2 canlı doğumunun olduğu, % 66,1'inin 1-2 çocuğa sahip oldukları, % 19,3'ünün 1 kez düşük geçirdiği, % 16,5'inin küretaj olduğu, % 12,4'ünün ölüdoğum geçirdiği, % 56,9'unun başka çocuk istemediği, % 54,1'inin ideal çocuk sayısının 3-4 olduğu, % 51'inin ideal gebelik aralığının 4 yıl ve üzerinde olmasını istedikleri belirlenmiştir.

Kadınların % 46,8'inin ailesinde sezeryan geçiren olduğu, % 17'sinin ailesinde doğumsal nedene bağlı ölüm bulunduğu, % 1,8'inin kalça kırığı/çıkığı geçirdiği belirlenmiştir.

Kadınların % 45'inin son gebeliklerinin üzerinden 1 yıl ve daha az süre geçtiği; % 87,2'sinin son gebeliğini canlı doğum şeklinde sonlandırdığı belirlenmiştir.

Kadınların % 31,2'sinin, % 32,6'sının diğer nedenlere bağlı olarak sezeryan geçirdikleri belirlenmiştir.

Kadınların % 40,4'ünün kontrol, % 16,1'inin yöntem değiştirmek, % 43,6'sının yöntem kullanmaya başlamak amacıyla aile planlaması kliniğine başvurdukları belirlenmiştir.

Kadınların aile planlaması kliniğine kontrol ve yöntem değiştirmek amacıyla başvuran kadınların %41,5'inin RİA, %16,3'ünün kondom kullandıkları; kadınların % 49,6'sının bu yöntemleri 1 yıl ve 1 yıldan daha kısa süredir kullandıkları belirlenmiştir. Yöntem kullanmak amacıyla aile planlaması kliniğine başvuran kadınların % 46,2'sinin RİA, % 33,8'inin hormonal yöntemleri tercih ettiği belirlenmiştir.

Kadınların % 33,5'inin seçtikleri gebeliği önleyici yöntemleri kullanımı kolay olduğu için tercih ettiklerini, % 16,5'inin eşinin istemesi nedeniyle bu yöntemi seçtikleri belirlenmiştir

Kadınların % 100'ünün RİA ve hapı, % 96,8'inin kondomu, % 92,7'sinin tüpligasyonu % 91,3'ünün geri çekme yöntemini duydukları; % 41,3'ünün RİA'yı, % 38,1'inin kondom'u, % 41,3'ünün geri çekmeyi, % 25,7'inin gebeliği önleyici hapı kullandıkları belirlenmiştir. Kadınların % 61,9'unun aile planlaması yöntemleri hakkında bilgiyi sağlık personelinden, % 19,7'sinin akrabalarından edindikleri belirlenmiştir.

Çalışmamızda kadınların yaşlarının aile planlaması yöntem seçiminde etkili olmadığı belirlenmiş, sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,005$). Kadınların eğitim durumlarının ile aile planlaması yöntem seçimi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$). Eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların hormonal yöntemleri ve prezervatifi seçtikleri saptanmıştır. Kadınların mesleklerinin aile planlaması yöntem seçiminde etkili olduğu saptanmış aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,0001$). Çalışan kadınlar prezervatifi seçmişlerdir. Kadınların ekonomik durumlarının aile planlaması yöntem seçiminde etkili olmadığı saptanmıştır. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$).

Kadınların eşlerinin eğitim durumunun aile planlaması yöntem seçimini etkilediği görülmüştür. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$). Eşi üniversite mezunu olan kadınlar prezervatifi seçmişlerdir. Kadınların eşlerinin mesleklerinin aile planlaması yöntem seçimini etkilemiştir. Eşi emekli olan kadınlar hormonal yöntemleri seçmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,0001$).

Kadınların ilk evlilik yaşı arttıkça hormonal yöntemleri seçtikleri saptanmış, bu fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$). Kadınların ilk gebelik yaşı arttıkça hormonal yöntemleri seçtikleri saptanmıştır. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$).

Kadınların gebelik sayılarının aile planlaması yöntem seçimini etkilediği belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$). Kadınların yaşayan çocuk sayısının aile planlaması yöntem seçimini etkilediği belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,0001$). Kadınların düşük geçirme ve küretaj olma durumunun aile planlaması yöntem seçimini etkilemediği belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$).

Kadınların başka çocuk isteme durumunun aile planlaması yöntem seçimini etkilediği belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,005$). Kadınların ideal çocuk sayısının aile planlaması yöntem seçimini etkilemediği belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,005$). Kadınların ideal gebelik aralığının

aile planlaması yöntem seçimini etkilemediği belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,005$).

Kadınların sistemik hastalık durumu ve jinekolojik hastalık geçirme durumunun aile planlaması yöntem seçimini etkilemediği belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$). Kadınların vajinal akıntı durumunun aile planlaması yöntem seçimini etkilediği belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$).

Kadınların son gebeliklerinin üzerinden geçen sürenin aile planlaması yöntem seçimini etkilemediği saptanmıştır. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$). Kadınların son gebeliklerinin sonucunun aile planlaması yöntem seçimini etkilemediği belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$).

Kadınların sezeryan olma nedenlerinin aile planlaması yöntem seçimini etkilemediği belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,005$).

Kadınların aile planlaması yöntemlerini tercih etme nedenlerinin aile planlaması yöntem seçimini etkilemediği belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,005$). Kadınların aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi edindiği kaynakların aile planlaması yöntem seçimini etkilemediği belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,005$).

6.2. ÖNERİLER

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz ;

- Aile planlaması hizmetlerinde nitelikli danışmanlık ve sağlık eğitim programlarıyla kadınlarda tıbbi olmayan (geleneksel) yöntem kullanımını azaltarak, etkin aile planlaması yöntem kullanımını daha programlı ve bilinçli olarak desteklenmeli
- Kadınların etkin kontraseptif yöntem seçiminde, bireysel ve doğurganlık özellikleriyle, sosyo-kültürel özelliklerinin, birlikte değerlendirilmesi sağlanarak yöntemin kullanım süresi ve etkinliği artırılmalı, bunun için aile planlaması hizmeti sunan kuruluşlarda ortak politikaların uygulanması sağlanmalı
- Aile planlamasının eşlerin her ikisinin de sorumluluk almasını gerektiren bir konu olması nedeniyle eşlere birlikte danışmanlık hizmetinin sunulmasının sağlanması
- Çiftlerin evlilik öncesi ve sonrasında başvuracakları evlilik danışma merkezleri kurulmalı, aile planlamasının amacı, içeriği, kullanılan yöntemler anlatılmalı ve rehberlik edilmeli
- Aile planlamasının gerekliliği ve etkin yöntemler hakkında bilginin kitle iletişim araçları kanalıyla halka ulaşması ve toplumun bilinçlendirilmesi sağlanmalı
- Etkin kontraseptif yöntem uygulamasında aktif görev alan sağlık personelinin hizmet içi eğitim programlarıyla aile planlaması ve danışmanlık konusundaki bilgi düzeyleri artırılmalı, konu doğrultusundaki güncel gelişmelerden haberdar olmaları sağlanmalı
- 2000 yılında herkese sağlık hedeflerine ulaşmak için üreme sağlığı hizmetleri içinde aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesinde sektörler arası işbirliğinin sağlanması
- Ülkemizde uygulanan sertifika programlarının yaygınlaştırılması ya da örgün mesleki eğitim içinde bu programların örgütlenmesi ile aile planlaması hizmetlerinin kalitesinin artırılmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Ana Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İstanbul, 1992
2. DİRİCAN, R., BİLGEL, N.: Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2. Baskı, s: 361-376, Bursa, 1993
3. BERTAN, M., GÜLER, Ç.: Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 3. Baskı, s.119-155, Güneş Kitabevi, İstanbul, 1997
4. ÇOŞKUN, A.: Ülkemizde Ana Sağlığı ve Sorunları. I.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Hemşireliği Simpozyum Kitabı, s.17-23, İstanbul, 1992
5. TAŞKIN, L.: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Sistem Ofset Matb., Ankara, s.413-430, 1997
6. AKIN, A.: Uluslar Arası Kararlar Paralelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye'deki Uygulamalar, Sağlık ve Toplum 8(3-4): 16-22, 1998
7. BİLİKER, MA.: Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması, VIII. Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, 2002
8. ÖZVARIŞ, ŞB., AKIN A.: Üreme Sağlığı , Sağlık ve Toplum 8(3-4): 16-22, 1998
9. AKIN, A.: Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş, Aktüel Tıp Dergisi, 6(1): 4-8, 2001
10. 56. Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurulu, 1998-2003 Raporu, www.un.org.tr/who/dgbrundlandrapor.htm. (02.02.2005)
11. Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi, T.C. Hükümeti UNİCEF İşbirliği Programı, Pelin Ofset Ltd. Şti., Ankara, 1996
12. Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü., Ankara, 1998
13. Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İstanbul, 1992
14. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2004

15. Aile Planlaması Temel Bilgiler. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İstanbul, 1992
16. ÖNDEROĞLU, L., DEREN, Ö., AYHAN, A., GÜRGAN, T.: Vajinal Doğum Mu? Sezeryan Mı? Hacettepe Tıp Dergisi 30(1): 61-65, 1999
17. KİŞNİŞÇİ, HA., GÖKŞİN, E., DURUKAN, T., ÜSTAY, K., AYHAN, A., GÜRGAN, T., ÖNDEROĞLU, LS., Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara, 1996
18. AKIN, A.: Ayşe Akın'ın Ders Notları. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2003
19. Nüfus, Nüfus Hareketleri ve Göçler. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 1994
20. HATCHER, RA., KOWAL, D., GUEST, F., TRUSELL, J., STERWARD, F., STERWARD, GS., BOWEN, S., CATES, W.: Kontraseptif Yöntemler Uluslararası Basım, Çev.Ed. Akın A. İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı Yayınları, İstanbul, 1990
21. ÖZVARIŞ, ŞB. Aile Planlaması. Sağlık ve Toplum 8(3-4):49-54, 1998
22. MIHÇIOKUR, S., AKIN, A.: Dünyada Ve Türkiye'de Anne Ölümleri Sağlık Toplum 8(3-4):37-44, 1998
23. Türkiye'de Ana Sağlığı Ve Aile Planlaması Hizmetleri Ve Düşükler (1998 TNSA İleri Analiz Raporu) Ed.: Akın A. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, TAPAV, UNFA Yayını, Ankara, 2002
24. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), 2005 Yılı Programı, <http://www.dpt.gov.tr/program/2005>, 13.06.2005
25. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 1992, s.7-54
26. Ana Sağlığı Ve Aile Planlaması Ders Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 1984, s.3-64
27. İNANÇ, N., COŞKUN A., OKUMUŞ, H., TAŞKIN, L., EKİZLER, H., KARANİSOĞLU, H., YILMAZ, D., KÖMÜRCÜ, N., PASİNLİOĞLU, T.: Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Ed: Coşkun A. Vehbi Koç Vakfı, Birlik Ofset Ltd. Şti., İstanbul, 1996

28. ÖZDEMİR, A.: Kayseri Barbaros Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Yapan Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumlarının Saptanması. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 1997
29. NAÇAR, M.: Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Kullanmaya Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2002
30. DİRİCAN, R.: Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-II, Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması. Ankara 1998.s.177-81.
31. UYAR, H.: Muğla İli Merkezinde Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Seçimi Ve Kullanımını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999
32. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, Cilt I. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000
33. KURŞUN, Z.: Ümraniye Merkez Sağlık Ocağı Aile Planlaması Ve Üreme Sağlığı Ünitesine Başvuranların Kontraseptif Kullanımı ve Fertilite Özellikleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002
34. GILIÇ, EB.: Niğde İlinde Doğum Yapan Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2002
35. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Kontraseptif Yöntemler, Cilt II. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000
36. ÖZGÜR, S.: Halk Sağlığı Ders Kitabı, Gaziantep, 2000
37. HAMPTON, N.: Choice of Contraception. Current Obstetric & Gynaecology, (11) 50-53, 2001
38. GLASIER, A.: Combined Hormonal Contraception. Contraception, The Medicine Publishing Company Ltd. 2001, s.1-5
39. MANSOUR, D.: Progestogen-Only Contraceptive Methods. Contraception, The Medicine Publishing Company Ltd. 2001, s.6-9

40. BROWN, A.: Non-Hormonal Methods of Contraception. Contraception, The Medicine Publishing Company Ltd. 2001, s.10
41. TANRIVERDİ, HA.: Laparoscopic and Hysteroscopic Tubal Sterilization. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Ankara, 2005, s.81-82
42. KIRCA, Ü.: Vazektomi. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Ankara, 2005, s.83
43. KING, H.: Contraception for the under 20s. Current Obstetric & Gynaecology, (10) 157-61, 2000
44. DUNN, LJ.: Sezeryan ve Diğer Obstetrik Operasyonlar. In. Scott JR., DiSaia PJ., Hammond CB., Spellacy WN. (eds). Türkçe Çeviri editörü Erez S. Danforth Obstetrik ve Jinekoloji. Yüce Yayınları.İstanbul. 1992, 31: 773-796.
45. CUNNINGHAM, FG.: Caesarian Delivery and Caesarian Hysterectomy. In : Cunningham FG., Mac Donald PC., Gant NF (eds). Willams Obstetrik 20th Edition. Appleton and Lange. Connecticut, 22: 509-531, 1997
46. MARTİN, L., PERNOLL, MD.: Çağdaş Obstetrik & Jinekoloji Teşhis & Tedavi. Çev. Ed. F. Saraçoğlu. Barış Kitabevi, İstanbul, 1994
47. CLEMENT, S.: Psychological aspects of caesarean section. Best Practice & Research Clinical Obstetrics Gynaecology,15(1):109-126, 2001
48. KOUFMANN T, LİU, D.:Should Caesareans Be Performed Only On The Basis Of Medical Need? Nursing Times, 20-26:97(38):17, 2001
49. MİOVECH, SM., KNAPP, H., BORUCKİ, L., RONCOLİ, M., ARNOLD, L.: Major Concerns Of Women After Caesarean Delivery. Journal Of Obstetric Gynecologic And Neonatal Nursing, 23(1):53-59, 1994
50. TULMAN, L., FAWCETT, J., GRABLEWSKİ, L., SİLVERMAN, L., Changes in functional status after childbirth. Nursing Research, 1990, 39(2):68-71.
51. HARPER, MA., BYINGTON, RP., ESPELAND, MA., NAUGHTON, M., MEYER, R., LANE, K.: Pregnancy-Related Death and Health Care Services Obstetric & Gynaecology, 2003, 102 (2) 273-278.

52. BORAN B, TURKER A, EKİZ M, DÜNDAR Ö. Sezeryan oranları: Bizde ne durumda? İstanbul Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 1999, 3(3):170-173.
53. TATAR, M., GÜNALP, S., SOMUNOĞLU, S., DEMİROL, A.: Women's Perceptions of Caserean Section : Reflections From A Turkish Teaching Hospital. Social Science and Medicine, 50 (9): 1227-1233. 2000
54. HOPKINS K (2000). Are Brazilian women really choosing to deliver by caesarean? Social Science and Medicine, 51:725-740.
55. STİRRAT, GM.: Caeseran Section without Consent. Current Obstetric & Gynaegolocy 2002 (12) 358-359.
56. GEE, H.: Delivery Following Previous Caeseran Section Current Obstetric & Gynaegolocy 2000 (10) 86-90.
57. PENNA, L.: Caeseran Section on Request for Non-Medical İndications. Current Obstetric & Gynaegolocy 2004 (14) 220-223.
58. DASS, M.: Consent and Caeseran Section : Current Obstetric & Gynaegolocy 2005 (15) 60-64.
59. PENNA, L., ARULKUMARAN, S.: Caeseran Section for Non-Medical Reasons. İnternational Journal of Gynaegolocy and Obstetric 2003 (82) 399-409.
60. GAMBLE JA., CREEDY D.K (2001). Women's preference for a caesarean section - incidence and associated factors. BIRTH, 28(2):101-110
61. TURNBULL DA, WİLKİNSON C, YAŞAR A, CARTY V, SVİGOS JM, ROBİNSON JS (1999). Women's role and satisfaction in the decision to have a caesarean section. Medical Journal of Australia, 170: 580-583.
62. OLİVERİA, EAA., HOGA, LAK.: The Process of Seeking and Undergoing Surgical Contraception : An Ethnographic Study in A Brazilian Community. Journal of Transcultral Nursing 2005 16(1) 5-14.
63. GÜNGÖR, İ., GÖKYILDIZ, Ş., NAHCİVAN, NÖ.: Sezeryan Doğumu Yapan Bir Grup Kadının Doğuma İlişkin Görüşleri ve Doğum Sonu Erken Dönemde Yaşadıkları Sorunlar. Hemşirelik Dergisi 2004 13 (53):185-199.

64. DAYAN, A.: 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Sezeryan İnsidansı Ve Endikasyonlarının Değerlendirilmesi. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi , İstanbul, 1999
65. ERSOY, İ.: Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Türkiye Klinikleri Yayınevi Ders Notları Serisi, 2.Baskı, Ankara, 1993
66. SİMM, A., RAMOUTAR, P.: Caeseran Section : Techniques and Complications. Current Obstetric & Gynaecology 2005 (15) 80-86.
67. HEMA, KR., JOHANSON, R.: Caeseran Section : Techniques and Complications. Current Obstetric & Gynaecology 2002 (12) 65-72.
68. KERR-WILSON, R.: Caeseran Section on Demand. Current Obstetric & Gynaecology 2001 (11) 126-128.
69. COULSON, CC., CAİN, MJ.: Medical/Legal/Ethical Aspects of Caeseran Section. Current Obstetric & Gynaecology 1999 (9) 53-54.
70. SHEİNER, E., LEVY, A., KATZ, M., MAZOR, M.: Short Stature - an Independent Risk Factor for Caeseran Delivery. European Journal of Obstetric & Gynaecology 2005 (120) 175-178.
71. MÜNSTEDT, K., GEORGİ, R., REUCHER, S., ZYGMUNT, M., LANG, U.,: Term Breech and Lang-Term Morbidity-Caeseran Section Versus Vajinal Breech Delivery. European Journal of Obstetric & Gynaecology 2001 (96) 163-167
72. UYGUR, D., TAPİSİZ, OL., MUNGAN, T.: Multiple Repeat Caeseran Sections : Maternal and Neonatal Outcomes. International Journal of Gynaecology and Obstetric 2005 (89) 284-285
73. SCHNEİD-KOFMAN, N., SHEİNER, E., LEVY, A., MAZOR, M.: Risk Factors for Wound İnfection Following Caeseran Deliveries. International Journal of Gynaecology and Obstetric 2005 (90) 10-15
74. SAYGILI, D.: Sağlık Örgütlerine Kontrasepsiyon Amacıyla Başvuran Kadınların Rahim İçi Araç (RİA) Tercihlerini Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1998
75. TUNCEL, N.: Temel Sağlık Hizmetleri Doğrultusunda Ülkemizde Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşiresinin Görev Yetki Ve Sorumluluğu, 1. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Simpozyumu Kitabı, İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul, 1992, s.53-56

76. TAŞKIN, L., SEVİĞ, Ü., AKAN, N., TATAK, G.: Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerinde Ekip Anlayışı İçinde Ebe ve Hemşirenin Rolü, 1. Ulusal Ana Ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Simpozyumu Kitabı, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, 1992, s.53-56
77. BABADAĞ, K.: Sağlık Bakım Sisteminde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları. Velioglu, P., Babadağ, K., Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi. Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 1992, s.58-73
78. VELİOĞLU, P.: Hemşireliğin Düşünsel Temelleri. Alaş Ofset Matb., İstanbul, 1994, s.44-48
79. YAĞMUR, Y.: İstanbul İli Devlet Hastanelerindeki Aile Planlaması Polikliniklerine Kontrasepsiyon Amacıyla Başvuran Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler ve Tercihlerini Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996
80. ÖZGÜR, S.: Sağlık Alanına Araştırma Yöntemleri ve İstatistik. Gaziantep Üniversitesi. Gaziantep, 1999, s.91
81. SÜMBÜLOĞLU, K., SÜMBÜLOĞLU V.: Biyoistatistik .Hatiboğlu Yayınları. 10.Baskı. Ankara 2002; 167-82
82. ÖZDAMAR, K.: SPSS ile Biyoistatistik. Kaan Kitabevi. 4.Baskı. Eskişehir 2001; 340-58.
83. ÇAKINER, T.: Avcılar bölgesinde doğurgan yaşta ve çocukları olan annelerin gebelik, aile planlaması ve çocuk sağlığı konusundaki bilgi tutum ve davranışların araştırılması. 1. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Simpozyumu Kitabı, İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul, 1992
84. EKİZLER, H.: RİA Ünitesine Başvuran Kadınların Eğitim Gereksinimleri, 1. Ulusal Ana Ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Simpozyumu Kitabı, İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul, 1992
85. TEKİN, N.: RİA Uygulanan Kadınların Sosyo-Ekonomik Ve Kültürel Yapılarının RİA Komplikasyonlarının Görülmesine Olan Etkisi, 1. Ulusal Ana Ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Simpozyumu Kitabı, İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul, 1992

86. MAHMOUDÍ, MF.: 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanam Durumu Ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2001
87. İNANÇ, N., DEMİRCAN, K.: Bireylerin Aile Planlaması Ve Cerrahi Sterilizasyona İlişkin Bilgi, Tutum Ve Uygulamalarının İncelenmesi. 1. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Simpozyumu Kitabı, İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul, 1992
88. Çocuk Sağlığı El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Alman Teknik İşkolu. Ankara, 1998, s.125-130
89. BOZKURT, Aİ., ÖZÇIRPICI, B., ŞAHİNÖZ, S. ve arkadaşları. Gaziantep İlinde Sağlık Ocaklarına Herhangi Bir Nedenle Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Açısından Risk Durumları, Yöntem Kullanımları ve Etkileyen Faktörler. Gaziantep Tıp Dergisi, 12(2) : 21-6, 2001
90. ÇETİNKAYA, F., AYKUT, M., ÖZTÜRK, Y.: 15-49 Yaş Grubu Evli Memur ve İşçi Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. IV.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Didim, 1994, S.106-109
91. GENÇ, M., GÜNEŞ, G., ŞAHİN, M., KARAOĞLU, L., PEHLİVAN, E.: Yeşilyurt (Malatya) merkezindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Uygulamalarının İncelenmesi. V. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, İstanbul, 1996, s.49-54
92. YARDIMCI, E., SABUNCU, H., YARDIMCI, O.: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Bildikleri ve Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler; Kullanımı Etkileyen Faktörler. IV. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Didim, 1994, S.77-81
93. DAŞ, Z.: Kadınlara Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Etkin Yöntem Kullanmalarına Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 1998
94. YARDIMCI, O., YARDIMCI, E., İŞSEVER, H., BAYSAL, B.: Kontraseptif Yöntem Seçiminde Etkili Olan Faktörler: Söylentilerin Rolü;

- Kullanımı Etkileyen Faktörler. IV. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Didim, 1994, s.81-83
95. ŞENOL, V., MİCİK, S., ÖZTÜRK, Y.: Kayseri Doğumevi Aile Planlaması Polikliniğinde Sunulan Modern Aile Planlaması Yöntemlerinin (RİA ve Kombine Oral Kontraseptif) Değerlendirilmesi. V. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, İstanbul, 1996, S.37-41
96. ŞAHİNÖZ, S., ÖZGÜR, S., BOZKURT, Aİ., ÖZÇIRPICI, B., ŞAHİNÖZ, T., CEYLAN, A., SAKA, G., İLÇİN, E.: GAP Bölgesinde Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Düzeyi. VIII. Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, 2002
97. ÖZGÜR, S., BOZKURT, Aİ., ŞAHİNÖZ, S., ÖZÇIRPICI, B., ŞAHİNÖZ, T., İLÇİN, E., SAKA, G., CEYLAN, A.: GAP Bölgesinde Aile Planlaması Konusundaki Davranışlar. VIII. Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, 2002
98. ÖZÇIRPICI, B., ÖZGÜR, S., ŞAHİNÖZ, S., BOZKURT, Aİ., ŞAHİNÖZ, T., İLÇİN, E., SAKA, G., CEYLAN, A.: GAP Bölgesinde Aile Planlaması Konusundaki Tutumlar. VIII. Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, 2002
99. KIRAN, G., ÇELİK, M., KIRAN., EKERBİÇER, HÇ., AKBEN M.: Kahramanmaraş'ta Üniversite Devlet ve Sosyal Sigortalar Kurumu Hastaneleri Ve Doğum Polikliniklerine Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. Cilt 27. 53-58. 2002
100. KAAROĞLU, L., ÇETİN F., ILGAR, M., TEKİNER, S., GÜNEŞ, G.: Turgut Özal Tıp Merkezinde Çalışan Evli Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.12(2) 93-97 2005
101. PEHLİVAN, E., GENÇ, MF., GÜNEŞ, G., Yeşilyurt (Malatya) Merkezindeki 15-49 Evli Kadınların Bazı Demografik Özellikleri ve Doğurganlığı Etkileyen Faktörler. Journal of Turgut Özal Medikal Center 5(1): 1998

8. EKLER

EK I. ANKET FORMU

Kadınların Sezeryan Sonrası Seçtikleri Aile Planlaması Yöntemleri
ve Bu Yöntemleri Seçme Nedenlerinin Dağılımını Belirlemek Amacıyla Geliştirilen
Veri Toplama Formu

Anket sıra no :

Adı soyadı :

Tarih :

Adresi :

Telefon :

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Öğrenim durumunuz nedir?
 - 1.Okur-Yazar değil
 - 2.İlkokul
 3. Ortaokul (ve dengi okul)
 - 4.Okur-Yazar
 - 5.Lise (ve dengi okul)
 - 6.Yüksekokul
3. Eşinizin öğrenim durumu nedir?
 - 1.Okur-Yazar değil
 - 2.İlkokul
 3. Ortaokul (ve dengi okul)
 - 4.Okur-Yazar
 - 5.Lise (ve dengi okul)
 - 6.Yüksekokul
4. Ne iş yapıyorsunuz?
 - 1.Ev hanımı
 - 2.İşçi
 - 3.Emekli
 - 4.Memur
 - 5.Evde gelir getiren bir iş
 - 6.Diğer...
5. Eşiniz ne iş yapıyor?
 - 1.Çiftçi
 - 2.İşçi
 - 3.Emekli
 4. Serbest ticaret
 - 5.Memur
 - 6.Evde gelir getiren bir iş
 7. Esnaf
 8. İşsiz
 - 9.Diğer.....
- 6.Bağlı olduğunuz herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşu var mı?
 - 1.Evet.....
 - 2.Hayır
- 7.Son 10 yıldır nerede oturuyorsunuz?
 1. İl merkezi
 2. İlçe
 - 3.Köy
 - 4.Diğer.....
- 8.Evinizde sizden başka kimler yaşıyor?
 - 1.Eşim ve çocuklarım (çekirdek aile)
 - 2.Eşim, çocuklarım ve yakın akrabam (geniş aile)

- 9.Kaç kardeşsiniz?.....
- 10.Kaç kardeşsiniz?.....
11. Eşiniz kaç kardeş?.....
12. Eşinizle akrabalığınız var mı? 1.Yok 2. Var(Belirtiniz.....)
13. Sistemik bir hastalığınız var mı? 1.Evet (Belirtiniz.....)2.Hayır
- 14.Hiç ameliyat oldunuz mu? 1.Evet (Belirtiniz.....)2.Hayır
- 15.Hiç dış gebelik geçirdiniz mi? 1.Evet 2.Hayır
- 16.Hiç rahim ağzınızla ilgili bir hastalık geçirdiniz mi? 1.Evet 2.Hayır
17. Hiç akıntı probleminiz oldu mu? 1.Evet(.....) 2.Hayır
- 18.Ailenizde ikiz ve/veya daha fazla sayıda gebelik geçiren var mı? 1.Evet 2.Hayır
- 19.Eşinizin ailesinde ikiz ve/veya daha fazla sayıda gebelik geçiren var mı?1.Evet
2.Hayır
- 20.Ailenizde sezeryan geçiren var mı? 1.Evet 2.Hayır
- 21.Aileniz içinde doğumsal nedenlere bağlı ölüm var mı? 1.Evet 2.Hayır
- 22.Kalça çıkığı/kırığı geçirdiniz mi? 1.Evet 2.Hayır
24. İlk kez adet olma yaşıınız nedir?.....
- 25.Kaç günde bir adet olursunuz?.....
- 26.Adetiniz kaç gün sürer?.....
- 27.Günde kaç ped kullanırsınız?.....
- 28.İlk evlenme yaşıınız nedir?.....
- 29.İlk gebelik yaşıınız nedir?.....
- 30.Toplam kaç kez gebe kaldınız?.....
31. Yaşayan çocuk sayınız?.....Kız.....Erkek.....
32. Kaç canlı doğum yaptınız?.....
33. Toplam düşük sayınız?.....
34. Kürtaj sayınız?.....
35. Ölü doğum sayınız?.....
36. Başka çocuk istiyor musunuz?1.Evet Kız.....Erkek..... 2. Hayır
37. Kaç çocuğunuz olsun isterdiniz?.....Kız.....Erkek.....
38. Sizce iki gebelik arasında geçen süre en az kaç yıl olmalıdır?.....
39. Son gebeliğinizin üzerinden ne kadar süre geçti?.....
40. Son gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?
1.Canlı doğum 2.Ölü doğum 3.İsteyerek düşük (kürtaj) 4.Kendiliğinden düşük
- 41.Son canlı doğumunuzda sezeryan olma nedeniniz nedir?.....

42. Aile planlaması polikliniğine geliş nedeniniz nedir?

1.Kontrol

2.Yöntem değiştirmek

3.Yöntem kullanmaya başlamak (45.soruya geçiniz)

43.Hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

1.RİA 2.Hap 3.Enjeksiyon 4.Prezervatif 5.Geri çekme 6.Diğer...

44.Ne kadar süredir bu yöntemi kullanıyorsunuz?.....

45.şu anda seçtiğiniz aile planlaması yöntemi nedir?

1.RİA 2.Hap 3.Enjeksiyon 4.Prezervatif 5.Tüpligasyon

46.Bu yöntemi tercih etme nedeniniz nedir?

1.Güvenilir 2.Kullanımı kolay 3.Eşinin istemesi 4.Ucuz 5.Kolay elde edilmesi

47.Aile planlaması yöntemleri hakkındaki bilgiyi kimden ya da nereden öğrendiniz?

1.Sağlık Personeli 2.Akraba 3.Basın-yayın araçları 4.Komşu, arkadaş

48.Gelir ve gider durumunuza göre ailenizi ekonomik yönden nasıl buluyorsunuz?

1.Gelir giderden az 2.Gelir gidere eşit 3.Gelir giderden fazla

Koruyucu Yöntemler	Hap	Enjeksiyon	Norplant	Spiral	Kondom	Spermid	H. Yıkama	Geri Çekme	Takvim	Tüpligasyon	Vazektomi
49. Hiç duydunuz mu? 1) Evet 2) Hayır											
50. Hiç kullandınız mı? 1) Evet 2) Hayır											

ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında Gaziantep'te doğdu. İlk ve orta öğrenimini Gaziantep'te tamamladı. 1997 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nü kazandı. 2001 yılında mezun olduktan sonra aynı yıl Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaya başladı. 2002 yılı Şubat ayında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda part time olarak çalışmaya başladı. 2002 yılı Ekim ayında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesindeki görevinden kendi isteği ile ayrıldı. 2002 yılı Kasım ayında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Öğretim görevlisi olarak göreve başladı. Halen Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaktadır.