

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MALATYA İL MERKEZİNDE AİLE PLANLAMASI KULLANAN  
15-49 YAŞ GRUBU EVLİ KADINLARDA KULLANILAN YÖNTEM  
VE YÖNTEM SEÇİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Tezi Hazırlayan  
Hatice OLTULUOĞLU**

**Tezi Yöneten  
Yrd. Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Ocak-2008  
KAYSERİ**

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MALATYA İL MERKEZİNDE AİLE PLANLAMASI KULLANAN  
15-49 YAŞ GRUBU EVLİ KADINLARDA KULLANILAN YÖNTEM  
VE YÖNTEM SEÇİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Tezi Hazırlayan  
Hatice OLTULUOĞLU**

**Tezi Yöneten  
Yrd. Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından SBT-07-35 nolu  
proje ile desteklenmiştir**

**Ocak-2008  
KAYSERİ**

**Yrd.Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER** danışmanlığında **Hatice OLTULUOĞLU** tarafından hazırlanan “**Malatya İl Merkezinde Aile Planlaması Kullanan 15–49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler** ” konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı**’nda **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

**20 / 02 / 2008**

**JÜRİ :**

**İmza**

**Üye : Prof. Dr. Ümit SEVİĞ**

**Üye : Yrd.Doç. Dr. İskender GÜN**

**Üye : Yrd.Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER**

**ONAY**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 20/01/2008 tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

**Enstitü Müdürü**  
**Prof. Dr. Meral AŞÇIOĞLU**

## TEŞEKKÜR

Bilimsel katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Ümit SEVİŐ, Prof. Dr. Nimet KARATAŐ, Yrd. Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER ve Doç Dr. Saim YOLOŐLU' na ders ve tez döneminde desteğini esirgemeyen sevgili eőime, kızıma ayrıca deneyim ve bilgilerini benimle paylaşan mesai arkadaşlarıma teşekkür ederim.

## MALATYA İL MERKEZİNDE AİLE PLANLAMASI KULLANAN 15–49 YAŞ GRUBU EVLİ KADINLARDA KULLANILAN YÖNTEM VE YÖNTEM SEÇİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

### ÖZET

Bu tanımlayıcı araştırma Malatya İl Merkezinde yaşayan, AP kullanan 15–49 yaş grubu evli kadınlarda yöntem seçimi ve yöntem seçimini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Malatya İl Merkezinde bulunan 25 sağlık ocağında yapılan bu çalışmaya AP kullanan 15- 49 yaş grubu 1600 evli kadın alınmıştır.

Veriler anket formu aracılığı ile toplanmış istatistiksel analizinde ki-kare ile one way anova testi kullanılmıştır.

Yaş ortalaması  $34.5 \pm 7.3$  olan kadınların %62.3'ünün modern , %37.7'sinin geleneksel AP yöntemi kullandığı belirlenmiştir. Kadınlar arasında en çok kullanılan yöntemler sırasıyla geri çekme (%35.5), RİA (%25.1) ve kondom (%20.3)'dur. Modern AP yöntemlerini; genç yaş grubu, eğitilmiş çiftler, memur, gebeliği, doğumu ve çocuk sayısı az olan kadınların kullandıkları saptanmış ve aradaki ilişki anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Bu çalışmada herhangi bir AP yöntem kullanan kadınların büyük çoğunluğunun modern AP yöntemlerini tercih ettiği, geleneksel AP yöntemlerini kullanan kadınların ise daha çok geri çekme yöntemini kullandıkları saptanmıştır. Kadınların yöntem seçiminde yaş, eğitim ve eşlerinin önemli birer belirleyici olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile planlaması, modern AP yöntemi, geleneksel AP yöntemi, 15–49 yaş evli kadın

**STUDY OF THE METHOD CHOOSING BY THE MARRIED WOMEN BETWEEN AGE 15 TO 49 USING OF FAMILY PLANNING LIVE IN CITY CENTER OF MALATYA AND THE FACTORS AFFECTING THE METHOD CHOOSING**

**ABSTRACT**

The objective of this study is to determine method choosing by the among married women between age 15 to 49 using of family planning (FP) live in the City Center of Malatya and the factors affecting the method choosing.

The study included 25 Community Clinics located in the city centre of Malatya. The subjects participated in the study were 1600 married women aged between 15- 49 using of family planing.

Chi square and ile one way anova tests are used for statistical analysis of the data obtained from survey forms. The statistical results can be summarized as follows: Mean particitans age is  $34.5 \pm 7.3$ . Sixty two point three percent (62.3%) of the participant stated that they used modern methods for family planning on the other hand, %37.7 used traditional methods. The mostly used methods among women were withdrawal (35.5%), IUD (25.1%) and condom (20.3%). Generally, from data it is observed that modern family planning methods mostly used among younger adults, educated couples, women who have fewer children, pregnant, birth. This result is confirmed by statistical results ( $p < 0.05$ ).

**Key words:** Family Planning(FP), Modern FP methods, Traditional FP methods, 15–49 age group married women.

**İÇİNDEKİLER**

	<b><u>Sayfa No</u></b>
İÇ KAPAK .....	I
KABUL VE ONAY SAYFASI .....	II
TEŞEKKÜR .....	III
ÖZET .....	IV
ABSTRACT .....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ .....	VIII
KISALTMALAR .....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. AİLE PLANLAMASININ TANIMI VE AMACI .....	4
2.2. AİLE PLANLAMASININ YARARLARI .....	4
2.3.1. AP'nın Kadına Yararları .....	4
2.3.2. AP'nın Çocuğa Yararları .....	5
2.3.3. AP'nın Topluma Yararları .....	5
2.3. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ .....	5
2.4. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ .....	8
2.4.1. Hormonal Kontraseptifler .....	9
2.4.2. Rahim İçi Araçlar .....	14
2.4.3. Bariyer Yöntemler .....	15
2.4.4. Cerrahi Kontrasepsiyon.....	17
2.4.5. Doğal Aile Planlaması.....	17
2.4.6. Emzirme İle Gebeliğin Önlenmesi .....	20
2.5. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ .....	20

	<b><u>Sayfa No</u></b>
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	23
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	23
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ .....	23
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ .....	23
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	24
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ .....	24
3.6.1. Veri Toplama Araçları .....	24
3.6.2. Ön Uygulama.....	25
3.6.3. Verilerin Toplanması.....	25
3.6.4. Verilerin Değerlendirilmesi .....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA VE SONUÇ .....	44
6. KAYNAKLAR .....	50
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	



**TABLO LİSTESİ**

	<b><u>Sayfa no</u></b>
<b>Tablo 4.1.</b> Kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı .....	26
<b>Tablo 4.2.</b> Kadınların doğurganlık özelliklerin dağılımı .....	28
<b>Tablo 4.3.</b> Kadınların aile planlaması yöntemlerine yönelik bilgilerinin dağılımı.....	29
<b>Tablo 4.4.</b> Kadınların gebelikten korunmak için kullandığı yöntemlerin dağılımı .....	30
<b>Tablo 4.5.</b> Kadınların kullandıkları modern aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgilerin dağılımı .....	31
<b>Tablo 4.6.</b> Kadınların kullandıkları geleneksel aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgilerin dağılımı .....	32
<b>Tablo 4.7.</b> Kadınların bazı tanıtıcı özelliklerine göre kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin dağılımları .....	34
<b>Tablo 4.8.</b> Kadınların bazı doğurganlık özellikleri ile kullandıkları AP yöntemlerinin dağılımı.....	35
<b>Tablo 4.9.</b> Kadınların Kullandıkları Modern Aile Planlaması Yöntemlerinin Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımı .....	37
<b>Tablo 4.10.</b> Bazı tanıtıcı özelliklerine göre kullandıkları modern aile planlaması yöntemlerinin dağılımı .....	37
<b>Tablo 4.11.</b> Kadınların Kullandıkları Modern AP Yöntemlerinin Kullanım Süresi Ortalamaları .....	39
<b>Tablo 4.12.</b> Kadınların Kullandıkları Modern AP Yöntemlerine Göre Çeşitli Doğurganlık Özelliği Ortalamaları .....	39
<b>Tablo 4.13.</b> Kadınların Kullandıkları Modern AP Yöntemleri ile Memnuniyetlerinin Dağılımı .....	40
<b>Tablo 4.14.</b> Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kullandıkları Geleneksel AP Yöntemlerinin Dağılımı .....	40
<b>Tablo 4.15.</b> Kadınların Gebelik Sayısının Kullandıkları Geleneksel AP Yöntemlerine Göre Dağılımı .....	41
<b>Tablo 4.16.</b> Kadınların Kullandıkları Geleneksel AP Yöntemlerinin Kullanım Süresi Ortalamalarına Göre Dağılımı .....	42
<b>Tablo 4.17.</b> Geleneksel AP Yöntem Seçimine Karar Veren Kişi ve Kadınların Memnuniyet Durumlarına Göre Dağılımı.....	42

**KISALTMALAR**

<b>AÇS</b>	: Ana Çocuk Sağlığı
<b>AIDS</b>	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
<b>AP</b>	: Aile Planlaması
<b>AÖH</b>	: Anne Ölüm Hızı
<b>CAP</b>	: Servikal Başlık
<b>CYBH</b>	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
<b>DAP</b>	: Doğal Aile Planlaması
<b>DMPA</b>	: Depo-Medroxyprogesteron Acetate
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>ETF</b>	: Ev Halkı Tespit Fişi
<b>FSH</b>	: Folikül Sitümölan Hormon
<b>GnRH</b>	: Gonodotropin-releasing hormon
<b>ICPD</b>	: International Conference on Population and Development
<b>KDH</b>	: Kaba Doğum Hızı
<b>KOK</b>	: Kombine Oral Kontraseptif
<b>LH</b>	: Luteinizan Hormon
<b>MÖ</b>	: Milattan Önce
<b>NET-EN</b>	: Noretisteron enantat
<b>PID</b>	: Pelvik İnflamatuvar Disease
<b>PKOS</b>	: Polikistik Over Sendromu
<b>RIA</b>	: Rahim İçi Araç
<b>RİNG</b>	: Vajinal Halkalar
<b>SO</b>	: Sağlık Ocağı
<b>TBMM</b>	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumların iyiliği anne ve çocukların sağlığının iyi olmasıyla doğrudan ilişkilidir. Anne ve çocuk sağlığı hizmetleri ülkelerin öncelik vermesi gereken konulardan olup sağlık düzeyinin en önemli belirleyicilerinden biridir. Kadın sağlığı; kadınların hastalık, çocuk doğurma fonksiyonu ve fiziksel olarak iyi olma gibi bütün deneyimlerini kapsar. Anne-çocuk sağlığının iyileştirilmesinin en etkili yollarından birisi, aile planlaması (AP) hizmetlerinin etkili olarak verilmesine bağlıdır. Gelecek nesillerin sağlıklı olmaları toplumsal gelişmenin ön koşulu olarak kabul edilmesine karşın ülkemizde nüfusun yarısını (%49) oluşturan kadın ve çocuklar, sağlıkla ilgili risk faktörlerinden en çok etkilenen grubu oluşturmaktadırlar.

Kadın sağlığını etkileyen, gebelik ve doğumla ilgili sorun ve komplikasyonların en yoğun yaşandığı dönem, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemdir. Bu nedenle bu devrede gebelik ve doğumun güvenli hale getirilmesinde, sağlık hizmetlerine ulaşım, hizmetlerin kalitesi ve hizmetlerin kullanımı çok önemlidir.

15-49 yaş doğurganlık dönemindeki kadın nüfus ülkemizin %27.4'ünü (yaklaşık 18 milyon) oluşturmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre toplam doğurganlık hızı son 25 yılda sürekli bir azalma göstererek 1978'de 4.33'den 2003'de 2.23'e düşmüştür. Kaba doğum hızı binde 20'den, binde 19.7'ye inmiştir. Evli kadınların %34.4' ünün son 5 yılda doğumlarını planlamadıkları

belirlenmiştir. Bu durum Türkiye’de gebeliklerin önemli bir kısmının istenmeden ve planlanmadan meydana geldiğini, aynı zamanda gebelik ve doğum açısından risk altında bulunan nüfusun büyüklüğü ile hizmete gereksinim duyan grubun genişliğini göstermektedir.

Başarılı AP programları anne ve çocuk ölümlerini önemli ölçüde azaltmaktadır. Ülkeler AP programlarına ağırlık vererek anne ölümlerini ortalama %30–40 oranında azaltabilmişlerdir. Ülkemizde genel sağlık göstergelerimizin istenen düzeyde olabilmesi için anne ve çocuk sağlığı düzeylerini yükseltmek, aşırı doğurganlığın olumsuz etkilerini azaltmak ve nüfus artışını ekonomik gelişmemizi engellemeyecek düzeyde tutabilmek amacıyla AP hizmetlerine ağırlık ve öncelik verilmesi ayrı bir önem taşımaktadır.

Dünyada çocuk istemedikleri halde gebeliği önleyici yöntem kullanmayan yaklaşık 300 milyon çift bulunduğu belirlenmiştir. Dünya Doğurganlık Araştırması verilerine göre, gelişmekte olan 18 ülkenin doğurganlık çağındaki kadınlarının %40-50’si daha fazla çocuk istemediği halde, AP hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle çocuk sahibi olmaktadır. Ayrıca başka çocuk istenmemesine ve modern AP yöntemine kolaylıkla ulaşılabilmesine karşın, geleneksel yöntem kullanımı geçerliliğini korumaktadır. Bu da Türkiye’de hala kadınların yarısının doğum kontrol yöntemi kullanmadığını veya riskli geleneksel yöntemleri tercih ettiğini göstermektedir.

TNSA 2003’e göre Türkiye genelinde, evli kadınların %43’ü modern, %29’u da geleneksel bir yöntem üzere toplam %71’i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. En fazla kullanılan modern yöntemler arasında %20 ile RIA, geleneksel yöntemler arasında %26 ile geri çekme yöntemi olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte kadınların %27’sinin isteyerek düşük yaptığı ve düşük sonrasında da %32’ sinin herhangi bir yöntem kullanmadığı, %27’ sinin de geri çekme yöntemi kullandığı saptanmıştır.

Geleneksel yöntem kullanımının fazla olması dünya yüzeyinde hızlı nüfus artışına, toprak ve besin yetersizliğine, çevrenin tahribine, sağlık ve eğitim hizmetlerinde ihtiyacın karşılanmamasına neden olmaktadır. Bu durum kişi başına yıllık gelirin ve yaşam kalitesinin düşmesine, ülkenin geri kalmasına ve sağlık alanında da gebelik sayısının artmasına, sık aralıklarla doğumlara, anne ve çocuk sağlığında yıllık mortalite ve morbidite oranının yüksek olmasına neden olmaktadır.

Kadınların etkin AP yöntemi kullanmaması, kadının yaşam kalitesini düşürmekte ve sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuzluklar kadının çok ve sık aralıkta doğum yapmasına, erken ve geç yaşta gebeliklere, anemiye, aneminin neden olduğu hastalıklara, zor doğumlara ve zor doğuma bağlı tehlikelere, anne ve çocuk ölüm hızındaki artmalara, istenmeyen gebeliklere ve düşüklere neden olmaktadır. Ayrıca sosyal açıdan kadını ekonomik sıkıntılar nedeniyle zorlayıcı yaşam koşullarına maruz bırakmakta ve kadının toplumda statü kaybı yaşamasına neden olmaktadır.

Ülkemizde AP hizmetlerine yönelik çalışmalar kadının bilgilendirilmesi, hizmetin ücretsiz sunumu, hizmete kolay ulaşılabilmesine karşın etkin AP yöntemi kullanma durumu istenilen düzeyde değildir. AP hizmetlerinde istenilen sonuca ulaşmada hemşirelere/ebelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler/ebeler bu sorumluluklarını eğitici ve danışmanlık rolleri ile gerçekleştirebilirler. Hemşirelerin/ebelerin aile planlamasındaki rolleri ‘insanın en iyi kendi kararını uygular’ ilkesiyle kadının kendisinin bilinçli seçim yapmasına yardımcı olmayı amaçlar. Aynı zamanda hemşirelerin/ebelerin toplumun değer yargılarını-inançlarını ve kullanılan geleneksel AP yöntemlerini bilmeleri gerekir. Böylece verilecek olan uygun eğitim ve danışmanlığın planlanması yoluyla modern kontraseptif kullanım prevelansı artırılarak riskli gebeliklerin önlenmesi, anne ve bebek ölümlerinin azaltılması mümkün olabilir. Etkin AP hizmetleri ile doğurganlık azaltılıp, ana-çocuk sağlığı yükseltilerek toplumsal ve ekonomik alanlarda iyileşmeler beklenilebilir.

Bu araştırma Malatya İl merkezinde yaşayan 15–49 yaş grubu evli kadınlarda;

- AP kullanma durumu ve etkileyen faktörleri belirlemek,
- Kullanılan AP yöntemi ile bu yöntemin seçimini etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. AİLE PLANLAMASININ TANIMI VE AMACI**

Bütün çiftlerin çocuk sahibi olmalarını etkileyen sosyal, psikolojik, ekonomik, fiziksel ve dini durumları değerlendirerek, bireylerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda, doğumların ana-çocuk sağlığına uygun aralıklarla olmasını sağlayan, infertiliteye çözüm arayan, infertil çiftlerin de çocuk sahibi olmalarına yönelik çabaların tümüne birden AP uygulamaları denmektedir (1-4).

AP uygulamalarının asıl hedefi anne ve çocukların sağlıklarının korunması ve sağlık düzeylerinin yükseltilmesi, aşırı doğurganlığın olumsuz etkilerini azaltmak, nüfus artışının getireceği sorunları önleyerek ekonomik gelişmeye katkı sağlayıp toplumun yaşam niteliğini yükseltmektir (5).

### **2.2. AİLE PLANLAMASININ YARARLARI**

Aile planlamasının kadın, çocuk ve toplum üzerinde pek çok yararları vardır.

#### **2.2.1. AP'nın Kadına Yararları**

AP'ması çiftlerin gebelik arasındaki süreyi özgürce ve bilinçli olarak planlamalarını, gelişmekte olan ülkelerde tüm anne ölümlerinin yarısını oluşturduğu tahmin edilen düşüklerin önlenmesini, kadının ileri annelik yaşında ve yüksek sayıda gebelikten kaynaklanan anne ölümlerinin azaltılmasını sağlar.

AP merkezlerinin kurulması ve verilen hizmetlerin sonucu olarak yüksek riskli gebelik nedeniyle oluşan hastalıkların belirlenmesini sağlar. Ayrıca anemi ve buna bağlı gelişen hastalıkları, zor ve güç doğuma bağlı gelişen komplikasyonları, annenin tükenme sendromunu, gebeliğe bağlı hipertansiyon ve diyabet ile jinekolojik yakınmaları önler. Çok genç veya çok ileri yaşta çocuk sahibi olmayı azaltır (6-7).

### **2.2.2. AP'nin Çocuğa Yararları**

AP ile kadının ileri yaş gebelikleri engelleneceğinden bebeklerde görülen konjenital anomaliler azalır, prematür ve gelişme geriliği ile düşük doğum ağırlıklı bebek doğumları insidansı düşer, bebek ölümleri azalır. Gebelik aralığı uzadığı için doğum sayıları azalır ve sağlıklı doğan bebek sayısı artar. Bebeğin yeterli süre anne sütü ile beslenmesi sonucu beslenme bozuklukları ile enfeksiyon azalır ve zekâ düzeyini geliştirir. Aile çocuklarına yeterince ilgi sevgi ve şefkat gösterebileceği için çocukların ruhsal yönden daha sağlıklı gelişmesini ve çocukların eğitim olanaklarından daha çok yararlanmalarını sağlar.

### **2.2.3. AP'nin Topluma Yararları**

Toplumda AP'nin yaygın olarak kullanılması, kaynakları hızla tükenen dünyamızda hızlı nüfus artışını engelleyerek ülke nüfusunun dengeli ve planlı bir şekilde artmasına neden olur. Besin yetersizliğini, çevrenin tahribini engeller. Sağlık ve eğitim hizmet gereksiniminin karşılanmasını ve dolayısıyla insanın toplumda nitelikli yaşamasını; ülkelerin dünya ülkeleri arasında sosyo-ekonomik ve kültürel açıdan daha üst sıralarda yer almasını sağlar.

Planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerden ve bu gebelikler sonucunda doğan çocuklardan kaynaklanan masrafları engelleyerek ekonomik katkı sağlar ve toplumun yaşam niteliği yükselir. Bedensel ve ruhsal olarak sağlıklı anne sayısı ile sağlıklı çocuk sayısını artırır. Hızlı nüfus artışının, ekonomik gelişmeye, beslenme, konut durumu, eğitim ve çevre koşullarına olumsuz etkilerini azaltır (1,7-10).

## **2.3. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ**

Doğum kontrol yöntemleri insanlık tarihi kadar eskidir. İnsanlar gebeliğin cinsel birleşme sonucu ortaya çıktığını fark edecek düzeye ulaşır ulaşmaz gebeliği önleme çabalarına girmişlerdir. İnsanın cinsel birleşme sonucu doğduğunu belirten ilk metinler, 4000 yıl önce eski mısır rahipleri tarafından yazılmış büyük papirüslerdir.

Bulunabilen en eski yazımlarda sünger ve tampondan bahsedilir. M.Ö.1850 yılından kalma Mısır papirüslerinde gebeliği önlemek için tampon olarak bal, sakız ve timsah dışkısı kullanıldığı, Arapların da çözü geçerken develerin gebe kalmasını önlemek için uteruslarına taş yerleştirdiği bilinmektedir (1,8,11). Soranus meyve ve fındıktan macun yapılmasını veya servikal açıklığa yumuşak ipek yerleştirilmesini önermiştir. Mısır kadınları hamile kalmamak için spermleri öldürmede etkili olan, yağ veya bal ile yağlanmış asitli bir madde olan rahim ağzına yerleştirilen kılıf kullanmışlardır. Asyalı kadınlar yağlı kâğıt, Avrupalı kadınlar da bu amaç için balmumu kullanmışlardır (11,12).

En erken penis koruyucular Gabriello Fallopius tarafından 1564 yılında tanımlanmıştır. Ancak bu koruyucular enfeksiyondan korunmak amacı ile kullanılmıştır.

Spermisit ajanların keşfi ve bu ajanlarla ilgili çalışmalar 1800'lü yılların başlarına rastlar.

Servikal kapak 1860 yılında New York'lu bir jinekolog olan E.B.Foote tarafından geliştirilmiştir.

1909 yılında ipekböceğinden yapılan halka şeklindeki araç rahim içi aracın ilk modeli olarak kabul edilmiştir (8). Alman Hollveg tarafından rahime yerleştirilen bir peser doğum kontrolü amacı ile kullanılmıştır.

1912 de ilk modern doğum kontrol yöntemi kullanılmaya başlanmıştır.

1930 yılında Grafenberg gümüş, altın ve çelik kaplı yüzükler denemiş, 1934'de Japonya'da Oto bu yüzüklerin ortasına destekleyici bir yapı koydurmuştur (11).

İlk "doğum kontrolü" adını kullanan Hollandalı Margaret Songer'dir. 1916 da Songer, Brooklyn, New York ta ilk olarak AP kliniğini kurmuştur. 1920 ve 1930'lu yıllarda yasal sınırlılıklarla mücadele ederek daha fazla kliniğin açılmasını ve AP'nin ilerlemesini sürdürmüştür (13).

1960'larda modern kontraseptif olan haplar ve rahim içi araç kullanılmaya başlanmıştır. 1965'lerde haplar en yaygın doğum kontrol metodu olarak kullanılmış ve ardından bunu kondom ve sterilizasyon izlemiştir. Aynı yılda hükümet çiftler tarafından kontraseptif olarak kullanılan sterilizasyonu yasaklamıştır (13).



1970'lerde Temel Sağlık Hizmetleri kapsamındaki Ana Çocuk Sağlığı (AÇS) yaklaşımı üreme sağlığına ilişkin tüm sağlık sorunlarını karşılayamaz hale gelmiştir (14). Bu nedenle doğurganlığın artması ve bunun sonucu olarak Anne / Bebek / Çocuk morbidite ve mortalite artması ile dünya ülkeleri AP servislerinin kurulması için ödenekler ayırmış ve birçok AP servisleri açılmıştır. 1980'lerde sağlıkla ilgili kaygılar ön plana çıkmıştır. Bunun üzerine 1970 ve 1980'lerde en yaygın kontraseptif yöntem olmaya başlayan sterilizasyon yöntemi Amerika Birleşik Devletlerinde sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. 1980'lerin başlarında kullanımı artan rahim içi araç daha sonra intrauterin enfeksiyonu arttırdığı anlaşıncaya kullanımı azalmıştır. 1980 ve 1990'da adölesanlar arasında en yaygın olarak kondom kullanılmıştır (13,14). 1991'e kadar uzun süreli hormonal kontraseptifler (Depo-Prevera, Norplant) kullanılmış aynı zamanda bunlar adölesan gebelik oranını düşürmüştür.

1994 Kahire'de Birleşmiş Milletler tarafından düzenlenen 4.Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında (ICPD) AP tanımına, gebeliği ve üreme sisteminin primer bakımı alınmıştır.

Yirminci yüzyılda AP yöntemleri, ne yönelik kısıtlayıcı kanun ve yasalar büyük oranda ortadan kaldırılarak yasal bir zemine oturtulmuş ve yüksek orandaki istenmeyen gebelikler azaltılmıştır (13,14).

Türkiye'de, Osmanlı imparatorluğu zamanında imparatorluk arazisinin genişletilmesine bağlı fazla nüfus isteği ve aynı zamanda geleneksel inançla büyük ve kalabalık bir aile olma arzusu vardı (15). Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte nüfus politikaları da gündeme gelmiştir. Birinci Dünya savaşı ve kurtuluş savaşı sürecindeki ağır insan kayıpları nedeniyle Cumhuriyetin ilk yıllarında doğurganlığın arttırılmasının ihtiyaç olduğu kabul edilmiştir. Türkiye 1950'lerin sonuna kadar pronatalist (nüfus artışına yer veren) bir nüfus politikası izlemiştir. Nüfus artışını doğrudan veya dolaylı yollarla teşvik eden çok sayıda kanun bu dönemde kabul edilmiştir (16).

1950–1960 yılları arasında nüfus artışı sürmüştür. Bu dönemde aşırı doğurganlığın ve yasal olmayan düşüklerin artması ile anne ölüm hızının yükselmesi, nüfusun hızla artması ve istihdam sorunları sonucunda nüfus konusunun politik gündem içinde yer almasına yol açmış ve hükümetler pronatalist politika yerine antinatalist politikaya geçmiştir (8,16,17). Konu Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde (TBMM) büyük tartışmalara yol açmış ve 10 Nisan 1965 yılında çıkartılan 557 sayılı Nüfus planlaması

Hakkında Kanun ile AP yöntemlerinin eğitimi ve kullanımı serbest bırakılmıştır (18,19). Nüfus planlaması hakkında kanun ile ilgili yeni AP politikasını yürütmeye sorumluluğu Sağlık Bakanlığına verilmiştir. Bu kanunla modern gebeliği önleyici yöntemlerin ithaline, devletin sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak hizmet sunumuna ve çiftlerin sağlık eğitimlerinin desteklenmesine izin verilmiş ancak gönüllü cerrahi kısırlaştırma ve isteyerek çocuk düşürmek bu yasanın kapsamı dışında kalmıştır (15,17).

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 27 Mayıs 1983 yılında yeniden düzenlenerek ülkenin ihtiyacına yanıt verebilecek, kapsamlı ve liberal hale getirilmiştir. 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı yasa ile ICPD paralelinde, kadın sağlığını destekleyici yenilikler getirilmiştir. Bu yasaya göre 10 haftaya kadar olan istenmeyen gebeliklerin kürtaajla sona erdirilmesi, sosyal ve ekonomik nedenlerle gönüllü cerrahi sterilizasyon yasallaştırılmıştır. Ayrıca yardımcı sağlık personelinin rahim içi araç uygulama konusunda eğitilmesi amaçlanmış ve AP ve AÇS hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde bir dizi önlem alınmıştır (14,17).

1990'lı yıllara gelindiğinde AP kavramı ve yöntemleri yüksek bilinirlik düzeylerine ulaşmıştır. 1994 yılında Kahire'de gerçekleştirilen Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Planı ana maddelerinden biri AP yöntem kullanımında erkeğin katılımı ve sorumluluk paylaşımı ile ilgilidir. Bu madde ile erkeğin AP yöntemi kullanımında katılımı arttırılmaya çalışılmıştır (6,16,19,20).

## **2.4. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ**

### **2.4.1. Hormonal Kontraseptifler**

- a) Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)
- b) Mini haplar
- c) Post-koital kontraseptifler
- d) Yalnız progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler
- e) Kombine enjekte edilen kontraseptifler
- f) Deri altı implantlar
- g) Hormon içeren rahim içi araçlar
- h) Vajinal halkalar

### **2.4.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)**

- a) İnert (katkısız) RİA'lar
- b) Bakırlı RİA'lar

- c) Hormonlu RİA'lar

### **2.4.3. Bariyer Yöntemler**

- a) Kondom
- b) Diyafram
- c) Servikal başlık
- d) Spermisitler

### **2.4.4. Cerrahi Kontrasepsiyon (Tüpligasyon ve Vazektomi)**

### **2.4.5. Doğal Aile Planlaması (DAP)**

- a) Bazal vücut ısısı takibi
- b) Servikal mukus takibi
- c) Servikal palpasyon yöntemi
- d) Semptotermal Yöntem
- e) Takvim veya ritim metodu
- f) Geri çekme
- g) Vajinal yıkama

### **2.4.6. Emzirme İle Gebeliğin Önlenmesi (Laktasyonel Amenore)**

#### **2.4.1. Hormonal Kontraseptifler**

Pincus ve Chang'ın 1950'li yıllarda oral kontraseptifleri keşifleri doğum kontrolü teknolojisinde büyük bir devrim olup bu metot etkili, kullanımı kolay ve koitus ile ilişkisi olmayan bir teknik olarak insanlığa sunulmuştur (21). Doğum kontrol hapları ile ilk deneme 1956 yılında Porto Rico'da Edris Rica-Winey tarafından yapılmıştır (1,11).

Son yıllardaki gelişmelere bakıldığında, hormonal kontraseptif yöntemler diğer geleneksel ve modern yöntemlere göre daha fazla ilgi görmeye başlamıştır (21).

**a) Kombine Oral Kontraseptifler (KOK):** Günümüzde dünyanın pek çok ülkesinde 60 milyondan fazla kadın oral kontrasepsiyon yöntemlerini kullanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde doğurgan yaştaki kadınların %6'sı hap kullanırken bu oran ülkemizde %4.7'dir (17,21).

KOK'lar sentetik östrojen (Ethinyl estradiol veya mesreanol) ve çeşitli progesterinlerden (norethindrone, norethindrone acetate, levonorgesterel, desogesterel, norgestimate) birini içerir (3,11,22).

Etki Mekanizması: KOK'lar içerdikleri östrojen ve progesteronun etkisi ile bazal FSH ve LH'yı baskılama etkisine sahiptir. KOK pitüiter bezin hipotalmin gonodotropin-releasing hormon (GnRH) tarafından uyarıldığında gonodotropin sentezleme yeteneğini azaltır ve ovulasyonu engeller. Endometrial glandlarda atrofi meydana getirerek ve servikal mukusu kalınlaştırarak spermilerin uterusu geçmesini engelleyerek gebeliği önler (1,7,11,21,23,24).

Etkinlik: KOK'lar %99,9 etkilidir. Teorik olarak başarısızlık oranı sıfıra yakındır. Başarısızlığı etkileyen faktörlerin başında kullanıcıların motivasyonu ve hapların unutulmadan alınması gelir. KOK'lar tercihen adet ilk günü başlanır, her gün bir tane alınır ve 21 günlük paketlerde 7 gün, 28 günlük paketlerde ara vermeden diğer pakete geçilir (1,11,19,21).

Olumlu yönleri: KOK'ların demir eksikliği anemisi riskini azaltma, Polikistik Over Sendromu (PİKOS) ve endometriozis semptomlarını azaltma, dismenoreyi tedavi etme, benign meme hastalığı ile benign over kisti oluşumunu azaltma, romatoid artrit, ektoptik gebelik, pelvik enfeksiyon, osteoporoz, endometrium ve over ca riskini azaltma gibi birçok olumlu etkileri de vardır (1,11,24-26).

Kontrendikasyonları: KOK'lar gebelikte, nedeni bilinmeyen vajinal kanamalarda, meme kanseri ve hikayesi olanlarda, tromboembolik yada serebro vasküler hastalık ve öyküsü olanlarda, genital malignanside, kalp hastalığında, koroner tıkanıklık öyküsü ve predispozisyonu olanlarda, akut karaciğer hastalığı olanlarda, lupus eritematus ve orak hücre anemisi olanlarda kullanılmamalıdır (1,11,27-29).

Yan Etkiler: KOK'ların, bulantı, memelerde hassasiyet, adet miktarının azalması veya adetler arası lekelenme, baş ağrısı, baş dönmesi, kilo artışı, deri değişiklikleri, laktasyonun baskılanması gibi bir dizi yan etkileri vardır (1,3,25,26).

**b) Mini Haplar:** Yalnız progestin içeren oral kontraseptiflere minipiller yada mini haplar denilmektedir. Mini haplar östrojenin yan etkilerinden kaçmak amacıyla geliştirilmiş ancak düşük dozlu kombine preparatların çıkması ile güncelliğini yitirmiştir. Mini haplar emzirme sürecinde olan ve östrojen alamayan kadınlar tarafından kullanılmaktadır.

Etkinliği: KOK'lara göre daha azdır. Servikal mukusu kalınlaştırır, %40–60 ovulasyonu engeller. Tubal motiliteyi yavaşlatır, sperm penetrasyonunu önler ve endometriumu incelterek implantasyonu engeller. Etkinliği kadın emzirdiği sürece, doğumu izleyen 9 ay boyunca %98.5, diğer zamanlarda (emzirmeyenlerde) %96'ya düşer (11,21,28,30,31).

Bu haplar günün aynı saatinde ve her gün alınmalıdır, ara verilmemelidir. Adetin ilk gününde ya da doğum sonrası 3. günden sonra başlanabilir. Eğer unutulur veya her gün aynı saate alınmaz ise gebelik riski artar (21,25,30).

Yan etkileri: Ara kanama, fonksiyonel over kisti ve aknedir (11,21).

**c) Postkoital Kontrasepsiyon:** Korunmasız cinsel ilişkiden sonra, kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİA'nın düşmesi, hap alımının unutulması veya cinsel tecavüz gibi durumlarda istenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla kullanılan güvenilir bir acil doğum kontrol yöntemidir (11,32). Bu amaçla lkemizde KOK'lar ve RİA kullanılmaktadır.

Postkoital haplar; Korunmasız koitusu izleyen ilk 72 saat içinde (Ethinyl Estradiol 50mcg + Norgesterol 1mg içeren) KOK'den 2 adet alınıp 12 saat sonra dozun tekrarı şeklinde dir. Kullanımı ile gebelik riski %75 oranında azalmaktadır.

Postkoital RİA; Korunmasız koitusun olduğu siklusta ovulasyonu izleyen 5–7 gün içerisinde uygulanması gebeliği engellemede çok etkilidir (1,11,21,27).

**d) Yalnız Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler:** Yalnız progestin içeren iki tip enjekte edilen kontraseptif vardır; Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA); 3 ayda bir 150 mg İM. uygulanır, Noretisteron Enantat (NET-EN); 2 ayda bir 200mg İM. uygulanır. Ülkemizde Depo Provera kullanılmaktadır.

Etki mekanizması: Servikste kalın bir mukus tabakası oluşturarak sperm geçişini önler. Ayrıca implantasyonu da engellemektedir.

Etkili kontrasepsiyon sağlanması için ilk enjeksiyon adet kanamasının ilk 5 günü içinde yapılmalıdır. Bu dönemde yapılmamış ise 2 hafta süre ile ek korunma yöntemi kullanılmalıdır. Bir sonraki enjeksiyon DMPA kullanımı için 3 ay, Noretisterat'ta ise 2 ay sonradır.

Doğum sonrası kadın emziriyorsa ilk enjeksiyon 6. hafta sonunda yapılmalıdır. Emzirmiyorsa ilk enjeksiyon doğumdan 3–4 hafta sonra yapılabilir. Düşükten hemen sonra yada ilk 7 gün içinde enjeksiyon yapılabilir (3,11, 22,33,34).

Etkinlik: Enjektabil progesterinler etkin kontraseptif yöntemlerdir. Başarısızlık oranı %0.1'den düşüktür.

Olumlu yönleri : DMPA'nın östrojen etkisi olmadığından, konjenital kalp hastalığı ve orak hücre anemisi olan, tromboembolik hastalık geçirmiş ve 30 yaş üzeri sigara içen kadınlar tarafından kullanılabilir. Emziren annelerde sütün miktarını arttırabilir. Anne sütüne çok az miktarda geçtiği ve bebeğin gelişimini etkilemediği bildirilmiştir (11,25,28,30).

DMPA endometrium ve over kanseri riskini azaltır. Menstrüel kanama miktarını azalttığı için anemi insidansını da azaltır. PID, endometriozis ve ektopik gebelikleri önler (11,30).

Yan etkiler: Düzensiz kanama, memelerde hassasiyet, kilo artışı ve depresyona neden olabilir.

**e) Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler:** Östrojen ve progesteronu birlikte içeren preparatlardır. Halen dünyada kabul edilen iki preparat bulunmaktadır: Mesigyna (Estradiol valerate 5mg + Noretisteron enantat 50mg ); 4 haftada bir İM. ve Cyclofem (DMPA 25mg + Estradiol Cypionat 5mg); 4 haftada bir İM. uygulanır. Ülkemizde 1997'den beri Mesigyna kullanılmakta ve modern yöntemler arasında %0.4 oranıyla 6. sırada yer almaktadır (11,17,22,27,30).

Etki mekanizması, etkinliği, olumlu-olumsuz yönleri ve yan etkileri KOK'larla aynıdır. Başarısızlık oranı %0.1 –0.2 arasındadır (15,20). Uygulaması kolay bir yöntemdir ve son derece etkilidir. Kullanıcının bir sonraki iğneyi yaptırmak dışında akılda tutması gereken hiçbir şey yoktur.

Kombine enjekte kontraseptifleri tercih eden kadınlarda yöntemin ilk uygulaması adet gören kadınlarda adet ilk 7 günü içinde olmalıdır. Doğum sonrası dönemde eğer kadın emziriyorsa, doğum sonrası 6 aydan sonra, emzirmiyorsa doğum sonrası 3–4. haftada uygulanabilir. Düşük sonrası hemen yada ilk 7 gün içinde ilk enjeksiyon yapılmalıdır. Sonraki enjeksiyon kanamanın durumuna bakılmaksızın ilk enjeksiyondan 30 gün sonra uygulanmalıdır (11,22,30).

Yan etkiler: Kanama düzensizlikleri, baş ağrısı, baş dönmesi, halsizlik, memelerde gerginlik ve ağırlık ile kilo artışı yapabilir.

**f) Deri Altı İmplantları:** Sentetik bir hormon olan Levonorgestrol içeren 6 adet ince ve esnek silastik kapsülden oluşur. Üst kolun iç yüzüne deri altına lokal anestezi ile adetle ilk 7 gününde yerleştirilir (22).

Etki mekanizması sadece progestin içeren kontraseptifler gibidir. Levonorgestrel ovulasyon için gerekli olan LH salınımını inhibe eder. Siklusların %50'sinde ovulasyon inhibisyonu, servikal mukusun kalınlaşması ve endometrial supresyon ile kontraseptif etki oluşturur (11,36).

Norplant mevcut kontraseptiflerin en etkililerinden biridir. Etkinliği %99.95 civarındadır ve koruyuculuğu 5 yıl sürer (27). Ayrıca tek kapsül içeren implantlarda vardır. İmplantlar sadece progestin içermekte ve koruyuculuğu 3 yıl sürmektedir. İmplantların uygulaması norplantlarla aynıdır. Kontraseptif etki, uygulama sonrasındaki birkaç saat içinde başlar ve çıkarıldıklarında etkisi hemen sona erer. Norplantlar doğumdan hemen sonra, düşükten hemen sonra veya 7 gün içinde uygulanabilir (35). Norplantların deri altına yerleştirilmesini bu konuda eğitilmiş personel yapmalıdır (37).

Yan etkiler: Deri altı implantların düzensiz kanama, baş ağrısı, kilo değişiklikleri, depresyon, anksiyete, sinirlilik, akne, saç dökülmesi ve / veya hirsutizm, bulantı, baş dönmesi, memelerde duyarlılık ve vajinal sekresyon artışı gibi yan etkileri vardır (11,22,23,29).

**g) Hormon İçeren RİA'lar:** Progestasert: Gövdesinde 38 mg progesteron içerir ve bir yıl etkinliği vardır. Servikal mukusu kalınlaştırır ve spermelerin uterusu geçmesine engel olur. Progestasertle ektopik gebeliğe karşı etkinliği son derece azdır (11).

LNg-20 RİA: 52mg Levonorgestrel içerir ve 5 yıl etkilidir. Etkinliği oldukça yüksektir. Kısmen overlerde follikül gelişimi ve ovulasyonu engeller, ayrıca yabancı cisim reaksiyonu oluşturur (11,22). En sık rastlanan yan etkisi amenoredir. Ülkemizde Mirena ticari ismi ile kullanıma sunulmuştur (11).

**h) Vajinal Halkalar (RING):** Silastik yapıdaki halkalar vajinaya yerleştirilerek, salınan hormonun özelliğine ve miktarına bağlı olarak kontraseptif etkinlik sağlanır. İki değişik tip halka geliştirilmiştir. Birincisi 150-180 mgr/gün hızında estradiol ve 250-300 mgr/gün hızında levonorgestrelin salındığı estrajen ve progestajen içeren karışık

tiptir. Bu halkalar özellikle üç hafta içerde, bir hafta dışarıda tutulduklarından ovulasyonu düzenlerler. İkinci tip genellikle 20mgr/gün levonorgestrelin salındığı, yalnızca progestajen içeren tiptir. Bu halkalar menstruel siklusun ilk 5 günü vajene yerleştirildikten sonra 3 hafta boyunca kullanılır, daha sonra çıkarılır. İkinci uygulama için 7 gün beklenir ve yeni vajinal halka uygulanır. Etkinliği %98–99 ‘dur (11,22,38). Diyaframın aksine, halkaların yerleşim açısından sorunu yoktur, yalnızca konfor ve atılma olasılığı açısından büyüklük önemlidir. Ana koşul halkanın dış kenarının vajen duvarıyla temas halinde olmasıdır (11).

#### **2.4.2. Rahim İçi Araçlar ( RİA )**

RİA rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır yada hormon içeren küçük plastik bir araçtır. Pek çok ülkede en çok kullanılan, etkin kontrasepsiyon sağlayan, güvenilir, uygulaması kolay, seksüel yaşamı bozmayan, ucuz ve geri dönüşümlü bir yöntemdir (11,22). Ülkemizde modern kontrasepsiyonlar arasında %20 ile en çok kullanılan yöntemdir (17).

Günümüzde dünya çapında kullanılan üç tip RİA vardır:

**a) İnert (katkısız) RİA’lar: Polietilen** (Lippes Loop) veya paslanmaz çelikten (Çin’de kullanılan ringler) yapılmışlardır.

**b) Bakırlı RİA’lar:** Kollarında ve gövdesinde bakır bulunur. Salınan bakır iyonları sperm motilitesini azaltır ve spermin kromozomal reaksiyonunu engeller. TCu - 380 A, TCu - 380S, TCu - 200, TCu - 200B, Multiload (ML Cu 250 ve 375) ve Nova T gibi isimler alır.

**c) Hormonlu RİA’lar: Gövde** kısmında progesteron içeren Progestasert ile levonorgestrol (LNg 20) içeren Levonova ( Mirena ) gibi isimler alırlar (1.25.30).

Bütün RİA’lar asıl etkilerini endometrial kavite içerisinde spermisidal bir ortam oluşturarak göstermektedir. İnert RİA’larda uterusun yabancı cisme karşı reaksiyonu sonucu gelişen steril inflamatuvar etkinin yarattığı doku harabiyeti minör derecede olsa da spermisidaldir. Son derece az sayıda sperm fallop tüplerindeki ovuma ulaşır. Bakırlı RİA’larda bakır salınımı endometriumda lokalize travma, yabancı cisim cevabı yaratarak inflamatuvar reaksiyon ve biyokimyasal değişimlere yol açar. Bakırın yol açtığı değişimler arasında prostoglandin yapım artışı ve farklı endometrial enzimlerin



inhibisyonu vardır. Sonuç olarak, sperm ve embrioya toksik olan bir uterus ortamı yaratılmaktadır (11,27,39).

RİA'lar geriye dönüşümlü, emniyetli, etkisi yüksek olan ve over fonksiyonlarını etkilemeyen kontraseptiflerdir. Etkinliği %98 ile %99.2 arasındadır (22). Bakır miktarı yüksek olan yeni modern RİA'larla (TCU 380 ve Multiload 375) cerrahi sterilizasyona eş istenmeyen gebelik oranları bildirilmiştir. Sistemik etkisi yoktur ve cinsel ilişki zamanından bağımsız, uygulandıktan sonra uzun süre etkili ve emzirenler için uygun bir yöntemdir. Çıkarıldığında fertilitate hemen geri döner, sorun olmadığı sürece yılda bir kez kontrolü yeterlidir (11,25,39). Uygulama ve çıkarılması için eğitilmiş personel gereklidir, uygulama esnasında az da olsa perforasyon riski vardır. Uygulanması ve çıkarılması ağrılı olabilir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara (CYBH) karşı koruyucu değildir. Uygulamadan sonraki bir kaç ay için veya devamlı olarak adetlerde artma, ağrı ve ara kanamalara yol açabilir (27,30,35,40).

Menstürel siklusun her hangi bir döneminde uygulanabilir. Gebelik kuşkusunu ortadan kaldırmak için siklusun ilk 10 günü tercih edilir. RİA, enfeksiyon belirtisi olmamak kaydıyla birinci trimester spontan düşük ve küretajdan hemen sonra yada bir hafta sonra uygulanabilir. İkinci trimester düşüklerinden sonra atılma oranı yüksek olduğu için girişim ertelenebilir. Doğum sonu plasenta atıldıktan 10dk sonra uygulanabilir.

Uterus perforasyonuna neden olabilir. Gebelik oluşabilir. RİA düşebilir. Fazla kanama sonucu anemiye neden olabilir (1,11,30).

### **2.4.3. Bariyer Yöntemler**

Spermin üst genital organlara ulaşmasını engelleyen kimyasal ya da mekanik araçlardır. Etkinlikleri çiftlerin istek ve becerileri ile doğrudan ilişkilidir. CYBH karşı ve serviks kanserinden korunmada önemli yeri olan bu yöntemlerin sistemik etkileri yoktur, çok ender yan etkileri vardır (12,19,41).

**a) Kondom:** En eski doğum kontrol yöntemi olan kondom diğer kontraseptifler arasında hala yerini korumaktadır (11). Ülkemizde kullanılan modern yöntemler arasında %11 ile RİA'dan sonra ikinci sırada yer almaktadır (17). Cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen latex kauçuktan bir kılıftır. Kondom spermlerin vajinaya girmesini engelleyerek etki gösterir. Her cinsel ilişkide ve doğru olarak kullanılırsa çok etkilidir. Başarısızlık riski kullananların kültür düzeylerine, çocuk

istememe veya çocuk isteğini erteleme durumlarına, kullanıcıların yaşlarına göre farklılıklar göstermektedir (11,30). Uygun kullanılmadığında başarısızlık oranı %15 iken doğru ve uygun kullanıldığında %2'dir (22).

Kondomun hormonal yan etkisi yoktur. Gebeliğe bağlı gelişen hipertansiyon ve serviks kanserinden koruyucu etkisi vardır.

**b) Diyafram:** Serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmış bir araçtır (22). Popülaritesi giderek azalan bu gebeliği önleyici yöntem ülkemizde %0.6 oranında kullanılmaktadır (17). Koitustan önce kubbe kısmına spermisit konularak uygulanır. Vajinaya doğru olarak yerleştirilen diyafram, simfizis pubisin arkası ile vajen arka forniksi arasında durur. Böylece ön vajen duvarı ve serviksi kapatır. Kontrasepsiyona üç yolla engel olduklarına inanılmaktadır; Sperme karşı fiziksel bir bariyer oluşturma, servikal mukusun vajinal asiditeyi nötralize etmesini engelleyerek spermlerin vajende barınmasını önleme ile spermisit kremlerin ve jellerin doğru kullanılabilmesini sağlama (11,35).

Diyaframın spermisitle ilk yıl kullanıldığında başarısızlık oranı %16'dır. Olağan kullanıcılar için başarısızlık oranı %20, ideal kullanıcılar için %6'dır (22,30). Cinsel ilişki öncesi vajene yerleştirilmeli ve ilişki sonrası 8 saat vajende kalmalıdır (1). Kadınlar vajendeki kirlilikten, spermisite bağlı kokudan, irritasyon ve diyaframın doğru yerleştirilmediğinde verdiği rahatsızlık hissinden yakınmaktadırlar. Diyafram kullananlarda idrar yolu enfeksiyonları KOK kullananlara göre iki kat fazladır (11).

**c) Servikal Başlık (Cap):** Bir zamanlar Avrupa'da diafram kadar popüler olan Cap şimdilerde çok az kullanılmaktadır. Diyaframa oranla daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçüktür. Serviks üzerine oturtulur, kıvrılabilen kenarları ile vakum oluşturarak serviks ya da üst vajinal duvara oturur. Bu yüzden vajinal tonusu azalmış kadınlar tarafından da kolayca kullanılabilir.

Kullanıcıların eğitimi çok önemlidir. Etkinliği diyaframa yakındır. Bir yılda gebelik oranı %8.4 ile %19.6 arasında değişir (11,22,30).

**d) Spermisidler:** Koitustan 10–15 dk önce vajinaya uygulanıp sperm hareketlerini önleyen ve spermlerin ölümünü sağlayan kimyasal ajanlardır. Aerosol, krem, jel, macun, suppozituar, köpük, tablet, film ve sünger gibi türleri vardır. Temel etkili madde Nonoxynol-9, Octoxynol-9 ve Menfegol'dür.

Etkili olabilmesi için spermisitin sevikse olabildiğince yakın yerleştirilmesi gerekir. Serviks ve üst vajene dağılması için ilişkiden önce önerilen süre kadar beklenilmeli, her ilişki için bir miktar daha spermisit uygulanmalı ve ilişkiden en az 6 saat sonrasına kadar duş alınmamalıdır (11,25,30).

Etkinliği; spermidin kolay veya zor kullanılabilirliğine ve çiftin bunu düzenli olarak her ilişkide kullanma motivasyonuna bağlı olarak değişir. Bir yılda başarısızlık oranı köpük suppozituar için %0.3 iken, köpük için %31 civarındadır (11).

#### **2.4.4. Cerrahi Kontrasepsiyon**

Dünyada en yaygın ve en etkili kontraseptif yöntem cerrahi sterilizasyondur. Üreme kanalında yapılan cerrahi girişim sonucunda (kadında tüplerin bağlanması, erkeklerde kanalların kapatılması) ovum ve spermlerin birleşmesini engelleyen cerrahi sterilizasyon artık çocuk istemeyen aileler için uygun yöntemlerdir. Ülkemizde 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı yasaya göre, 18 yaşını tamamlamış olan herkes kendi isteğiyle, evliyse eşinin de yazılı onayı alınarak sterilizasyon işlemi yaptırabilir. Ülkemizde kullanım oranı %5.7 (17) olan tüpligasyonun geriye dönüşümü mümkün ancak pahalı, güç ve %100 değildir. Bu nedenle yöntem tanıtılırken ve önerilirken ayrıntılı bilgi verilmelidir. Çocuk isteği ve kararsızlığı olan çiftlerde kesinlikle uygulanmamalıdır (11,27,30).

Tüpligasyonu %99.6, vazektomi ise %99.8 etkilidir (30). Vazektomi yöntemini seçen çiftlere 20 ejakülasyon boyunca ek bir yöntemle korunması gerektiği mutlaka vurgulanmalıdır (1).

#### **2.4.5. Doğal Aile Planlaması (DAP)**

Toplumda gebelikten korunma yöntemi olarak doğal ve geleneksel yöntemler ilk planda akla gelmektedir. DAP ülkemizde en sık kullanılan gebelikten korunma yöntemidir. Doğru kullanıldığında ve çiftler arasında benimsendiğinde yöntemin etkinliği %93'e kadar çıkabildiği ancak pratik uygulamada %75–80 olduğu bilinmektedir (36).

Eşler, menstruel siklusun fertil ve infertil dönemlerinin doğal olarak görülen belirtilerini saptayarak fertil dönemde cinsel ilişkide bulunmazlar.

Kontrasepsiyonun önlenmesi için fertil devrede cinsel temastan kaçınılır (11). Ancak günümüzde fertilitte ve ovulasyonu saptamada bir takım kimyasal ve hormonal testlerden de yararlanılmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalarda idrarda LH piki tayini, tükürük ya da servikal mukusta eğrelti otu görüntüsü bulunmasının ovulasyon gününü belirlemede etkili olduğu kanıtlanmıştır (11). DAP yöntemleri; bazal vücut ısısı takibi, servikal mukus takibi, servikal palpasyon yöntemi, takvim veya ritim metodu, geri çekme, vajinal yıkama yöntemlerini içermektedir (27).

**a) Bazal Vücut Isısı Takibi:** Ovulasyon gerçekleşikten 1–2 gün sonra, corpus luteumdan salgılanan progesteron vücut ısısını 0.2 °C -0.4 °C arasında yükseltir ve bir sonraki menstruasyona kadar yüksek ısıda tutar (26). Ovulasyon muhtemelen ilk ısı yükselişinden önceki gün gerçekleşir. Bazal vücut ısısı artışından üç gün sonrasına kadar ilişkiye izin verilmemelidir. 14 -16 gün kadar infertil olan dönemde ise ilişkiye izin verilir (11,22).

Vücut ısısı özel, geniş ölçekli, civalı termometre (fertilitte termometresi) kullanılarak, tercihen sabah yataktan kalkmadan önce, ortalama aynı saatlerde, oral, rektal yada vajinal olarak ölçülüp, küçük değişikliklerin rahatça işlenebileceği kartlara işlenmeli ve bu ölçümler düzenli olarak üç ay süre ile yapılmalıdır. Bazal vücut ısısı hastalık, emosyonel durum ve uyku düzenindeki değişimlerden etkilenir. Bu nedenle vücut ısısı uyku sonrası ve yemek içmek dahil bazı normal aktivitelerden önce ölçülmelidir (1,11,27).

**b) Servikal Mukus Takibi:** Menstruasyondan hemen sonra kadının dolaşımındaki östrojen ve progesteron düzeyleri çok düşüktür. Servikal mukus çok az olup bu da çok kalın, vizköz, opak ve gerilince hemen kopan karakterdedir. Kuru dönem olarak adlandırılan bu periyotta gebe kalma tehlikesi yoktur. Folliküler gelişim sürüp östrojen seviyesi yükseldikçe, mukus miktarı artar ve gittikçe daha ince, daha esnek, şeffaf, yapışkan ve sulu olur. Bu dönem fertil dönemdir ve ilişki yasaklanmalıdır (1,11,26,40). Yöntemin başarısının %99'dan fazla olduğu bilinmekle birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yapmış olduğu çok merkezli bir çalışmada ovulasyon yöntemini doğru kullananlarda başarısızlık oranı %3 olarak bildirilmiştir (15).

**c) Servikal Palpasyon Yöntemi:** Kendi kendine palpasyonla serviksteeki değişikliklerin tanımlanıp yorumlanması esasına dayanır. Kadın çömelmiş yada ayaktayken (her defasında aynı konumda olmalı) servikal osa ulaşması gerekmektedir. İnfertil dönemde

serviks serttir, eksternal os kapalıdır ve servikse kolay ulaşılır. Ovulasyona doğru, östrojen hormonu yükseldikçe serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir ve servikal os açılır. Palpasyonla servikse daha zor ulaşılır. Ovulasyonu izleyen günlerde serviks yeniden sertleşir, aşağı iner ve os kapanır.

Ovulasyonun olabileceği günlerde ilişkinin yasaklanması gerekmektedir (11,25,30).

**d) Semptotermal Yöntem:** Servikal mukus değişiklikleri, bazal vücut ısısı, servikal palpasyon yöntemlerinin kombine olarak bir arada olmasıdır. Bunun dışında memelerde duyarlılık, servikal değişiklikler ve ovulasyon esnasındaki ağrı, libidonun azalması, siklus arası lekelenme, pelvik kavitede dolgunluk, vulvada dolgunluk gibi değişikliklerde gözlenir. Bu üç yöntem ve diğer bulgular dikkate alınarak koitustan kaçınılır (26,36).

**e) Takvim / Ritim Metodu:** Menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 ay – 1 yıllık gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan bir yöntemdir. Siklusun her zaman aynı olduğu kabul edilerek yaklaşık 7 günlük bir fertil devre kesin bir doğrulukla belirlenebilir. Potansiyel fertil evre; son 12 siklusta en kısa sikludan 19 çıkarılarak fertil evrenin ilk günü, en uzun sikludan 11 çıkarılarak da fertil evrenin son günü bulunarak hesaplanır.

Takvim yönteminde sorun, bazı kadınların düzenli siklusları olmaması ve plansız gebeliklerin meydana gelmesidir. Dolayısıyla takvim metodu, tek fertilité indeksi olarak tutarsız, güvensiz ve sıklıkla yetersiz olmuş, kullanımı sınırlı kalmıştır. Ülkemizde %1.1 oranında kullanılmaktadır (11,17,26,30,35).

**f) Geri çekme:** Halk arasında bu yönteme “çekilme”, “dışarı boşalma”, “erkeğin korunması” gibi pek çok isim verilmektedir. Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakulatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak, menisini vajina dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir. Doğru uygulandığında gebelik oranının %9 – 15, pratikte gebe kalma oranının %25 yada daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde %26.4 ile geleneksel kontraseptif yöntemler arasında birinci sırada kullanılmaktadır (17,30).

**g) Vajinal yıkama:** Pek çok kadın, vajina duvarı ve kanaldaki spermleri uzaklaştırma düşüncesi ile ilişkiden hemen sonra vajinayı suyla yıkamanın gebeliği önlediğine inanmaktadır. Etkili bir korunma yöntemi değildir, çünkü ejakulasyondan 15 saniye

sonra sperm servikal kanala penetre olur. Eğer ilişki esnasında spermisit de kullanılmış ise duş sonrası gebelik riski artacaktır (11,30).

#### **2.4.6. Emzirme ve Gebeliğin Önlenmesi (Laktasyonel Amenore)**

Annenin emzirme döneminde emzirmeyle ilgili bazı koşullara uyarak laktasyon amenoresini bir AP yöntemi olarak kullanmasıdır.

Doğumdan hemen sonra prolaktin hormonu yükselmeye başlar ve kadın eğer emzirmeye devam eder ise yüksek kalır. Prolaktin artışı ovulasyonu inhibe eder. Bu inhibisyon, anne bebeğini su dahil hiçbir ek besin vermeksizin sık sık (gece dahil) ve her defasında uzun süre (en az 4 dakika) emziriyorsa ilk 6 ay için geçerlidir. Korunma için adet kanamasının başlamaması gerekir, ancak ovulasyon ve gebelik adet görmeden de oluşabilir. Emziren annelerde üçüncü ayın sonunda, emzirmeyen yada kısmen emzirenlerde üçüncü haftanın sonunda diğer korunma yöntemlerinden birine başlanmalıdır. Tanımlanan koşullarda gebe kalma riski %2'dir. Ülkemizde %0.6 oranıyla geleneksel aile planlaması yöntemleri arasında üçüncü sırada kullanılmaktadır (11,17,30).

#### **2.5. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ**

Ülkemizde aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması için hekim olmayan sağlık personelinin, uygulamalarda yararlanmak amaçlanmış ve buna yönelik ilk çalışma 1975 yılında DSÖ işbirliği ile Ankara Çubuk Eğitim Merkezinde, Hacettepe Halk Sağlığı Ana Bilimi tarafından başlatılmıştır (42). 24.5.1983 tarihinde kabul edilen 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca eğitilip, yeterlilik belgesi verilen hemşire, ebe-hemşire ve ebelere gebeliği önleyici yöntem uygulama çalışmaları, yetkili hekimin denetimi ve gözetimi altında, resmi kurum ve kuruluşlarda yürütme yetkisi verilmiştir.

Aile planlaması çalışmalarının başarısı, ülkemizde bu konuda iyi yetişmiş sağlık personelinin varlığına bağlıdır. Bu konuda özellikle hemşire ve ebelere önemli görevler düşmektedir (42). Ebe ve hemşirenin bu alandaki görevi danışmanlık, eğitim, rehberlik ve motivasyondur. Aile planlaması hizmetleri ve yöntem seçimini etkileyen en önemli faktör yeterli danışmanlık hizmeti almaktır. Aktif aile planlaması danışmanlığı, üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesini ve modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımını arttırmaktadır. Danışmanlık aile planlamasında yöntem seçimini etkilediği kadar

yöntemlerin kabul edilebilirliğini, devamlılığını sağlama ve memnuniyeti arttırmada en önemli etkidir (15,43–45).

İyi bir danışmanlık hizmeti verebilecek şekilde donatılmış ebe ve hemşireler; duyarlı, sürekli eğitime açık, güvenilir, iletişim becerilerine sahip, çiftleri psikososyal boyutu ile ele alabilen ve standartlara uygun olarak çalışmalıdırlar (15,25,47). Ülkemiz danışmanlık hizmetleriyle 1990'lı yıllardan itibaren aile planlaması hizmet sunumu aşamasında tanışmıştır (46). Bu alanda hizmet verecek sağlık çalışanları, özel sertifika programlarından geçirilerek danışmanlık bilgi ve becerisi kazanmaları sağlanmaktadır (46). Bu eğitimi alan personelin görev tanımı, yetki ve sorumlulukları şöyle sıralanmıştır:

- Tek tek veya gurup eğitimi yoluyla her yerde ve her yaştaki kişilere eğitim vermek,
- Topluma aile planlaması eğitimi vermek,
- Yöntemleri açıklamak ve kişinin kendisi için en uygun olanı seçmesine yardım etmek,
- Hap kullanacaklarda uygun vakayı seçmek, kullananları yan etkileri açısından izlemek,
- Pelvik muayene yapmak, normal vakalara RİA uygulamak,
- RİA kullananların belli aralıklarla kontrolünü yapmak,
- Pelvik muayene ve izlemlerde patolojik vakaları yetkili hekime göndermek,
- Kondom dağıtmak, kondom ve spermisitlerin doğru kullanılması için halkı eğitmek,
- Çalıştığı kurumda gerekli araç, gereç, ilaç ve tıbbi malzemeyi kullanmaya hazır bulundurmak,
- Yürüttüğü aile planlaması hizmetleri ile ilgili bilgileri toplamak, kaydetmek ve zamanında yetkililere ulaştırmaktır (15, 42).

Aile planlaması hizmetlerinin tüm aşamalarında danışmanlık ve eğitim birlikte yer almaktadır. Sağlık eğitimin amacı bireye yeni davranış kazandırmak ve bunu alışkanlık haline getirmek olmalıdır. Etkin sağlık eğitimi ancak bireyi çevresiyle bir bütün olarak ele alan ve ona yeterince zaman ayırabilen sağlık çalışanı tarafından verilebilir (15).

Hemşire eğitim verirken toplumdaki ideal aile imajını, arzularını, toplumun sağlık durumunu, toplumun gereksinimini, doğurganlık ve doğum aralığını, toplum içindeki iletişim problemlerini, kadınların yaş dönem özelliklerini, risk faktörlerini ve cinsiyet

özellikleri nedeniyle sağlık durumlarını etkileyen diğer faktörleri (eğitim, çalışma durumu, ekonomik durumu, statüsünü v.s) göz önünde bulundurarak planlamaları ve bu doğrultuda uygulamalarını yapmalıdır (15.42.48).

Aile planlamasının amacı yalnız ana ve çocuk sağlığı düzeyini artırmak ve doğum kontrolünü sağlamak değil, aynı zamanda yaşam kalitesini artırma, kadının ve ailenin sosyo-ekonomik statüsünü yükseltmeyi de amaç edinmektedir. Aile planlaması evrensel bir sorumluluktur. Hiçbir ülke kendini bu sorumlulukların dışında tutmamalıdır (15).



## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu araştırma, AP kullanan 15–49 yaş grubu evli kadınlarda yöntem seçimi ve yöntem kullanımını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### **3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ**

Araştırma Malatya İl merkezinde faaliyet gösteren 25 sağlık ocağında yapılmıştır. Sağlık ocaklarında RİA, KOK ve kondom yöntemlerine yönelik hizmet verilmektedir. Her sağlık ocağında 15–49 yaş grubu kadın izlemi yılda iki kez yapılmaktadır. AP hizmetleri aktif bir şekilde, haftanın 5 günü ücretsiz olarak sunulmaktadır.

### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Araştırmanın evrenini Malatya İl merkezinde yaşayan 15–49 yaş grubundaki 183.983 kadın oluşturmaktadır.

### **3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

Bu araştırma Malatya İl merkezinde yapılmıştır. 2000 yılı nüfus sayımına göre Malatya İl merkezinin nüfusu 499.713 kişi olup toplam nüfusun %36.8'ini (183.983) 15–49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır (49). Bu kadınların %31.2'si (57.479) etkili, %17.9'u

(33.067) etkisiz olmak üzere toplam %49.2'si herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır (50).

Araştırma bölgesindeki kadınların herhangi bir AP yöntemi kullanma sıklığının %50 dolayında olduğu kabul edilerek, tolerans değeri= 0.05, alfa= 0.05, beta =0.20 alınarak minimum örneklem büyüklüğü 800 kişi hesaplanmış ve araştırmaya 1600 kadın alınmıştır.

Sağlık ocağından örnekleme alınacak bireyler için başlangıç noktası ETF'den yararlanılarak bir hane seçilmiştir. Bu haneden başlamak üzere ve hane numaraları izlenerek, 15–49 yaş grubundaki evli 1600 kadına ulaşılmıştır.

### **3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırmaya aşağıda belirtilen özelliği olan kadınlar alınmamıştır:

- 15–49 yaş grubu dışında olan,
- 15–49 yaş grubu kadınlardan herhangi bir yöntem kullanmayanlar,
- Gebe olan,
- Bekar yada eşi olmayan,
- Aile planlaması kullanmasına gerek olmayan,
- Jinekolojik operasyon geçiren,
- Psikolojik sorunu olan,
- Menopoza giren,
- İnfertil olan
- Konuşma problemi olanlar.

### **3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ**

#### **3.6.1. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında açık uçlu ve çoktan seçmeli sorulardan oluşan anket formu (EK1) kullanılmıştır. Anket formu literatürden (43,51,52) yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Form kadınların sosyo demografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, mesleği, çalışma durumu, ekonomik durum, aile tipi, evlilik yaşı, evlilik süresi vb.), doğurganlık özellikleri (ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, doğum sayısı, gebelik aralıkları, yaşayan ve istenilen çocuk sayısı, istenmeyen gebelik deneyimi vb.) ve AP uygulamalarına ilişkin özelliklerini (kullandıkları yöntem, kullanma süresi, memnuniyet

durumu, daha önceden kullandıkları aile planlaması yöntemleri, AP yöntemi hakkında düşünce ve bilgilerini v.b.) belirlemeye yönelik hazırlanan 46 sorudan oluşmaktadır.

### **3.6.2. Ön Uygulama**

Anket formundaki soruların anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini belirlemek için Malatya İl merkezinde yer alan Adafı Sağlık Ocağı bölgesinde, örnekleme alınan kadınların özelliklerine uyan ve örneklem dışı tutulan 20 kadına ön uygulama yapılmıştır. Alınan yanıtlar doğrultusunda gerekli olan değişiklikler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

### **3.6.3. Verilerin Toplanması**

Veriler Malatya İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli olan yazılı izin (Ek-2) alındıktan sonra, Aralık 2006 - Mart 2007 tarihleri arasında belirlenen sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 1600 kadından toplanmıştır. Veriler eğitilmiş 5 anketör aracılığıyla kadınların evlerine gidilerek toplanmıştır. Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara (sözel onayları alındıktan sonra) veri toplama formları yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Veri formlarının rahat uygulanması ve dikkatin dağılmaması için kadın evde yalnız iken veya ayrı bir odada görüşme yapılmıştır. Anket formunun uygulanması ortalama 15–20 dakika sürmüştür.

### **3.6.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Kadınların sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri bağımsız, AP uygulamalarına ilişkin özellikleri, kullanılan AP yöntemlerinden memnun olma durumları bağımlı değişken olarak alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında değerlendirilmiş, dağılımlar ortalama ve yüzde olarak ifade edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede dört gözlü ve çok gözlü düzenlerde ki kare önemlilik testi ve varyans analizi kullanılmıştır.  $p < 0.05$  değerleri önemli olarak kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=1600)

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş Grubu</b>		
18-25	186	11.6
26-33	563	35.2
34-41	516	32.3
42-49	335	20.9
<b>Yaş Ortalaması</b>	34.5 ± 7.3	
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar olmayan	168	10.5
İlköğretim mezunu	937	58.6
Lise mezunu	349	21.8
Yüksekokul mezunu	146	9.1
<b>Mesleği</b>		
Ev Hanımı	1406	87.8
İşçi	42	2.7
Memur	111	6.9
Diğer	41	2.6
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar olmayan	24	1.5
İlköğretim mezunu	740	46.3
Lise mezunu	525	32.8
Yüksekokul mezunu	311	19.4

**Tablo 4.1.** Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Eşin Mesleği</b>		
Memur	403	25.2
İşçi	505	31.6
Esnaf	407	25.4
İşsiz	151	9.4
Emekli	134	8.4
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	1292	80.8
Geniş	308	19.2
<b>Evlilik Yaşı</b>		
19 ve altı	821	51.3
20 ve üstü	779	48.7
<b>Evlilik Yaşı Ortalaması</b>	20.0 ± 3.6	
<b>Evlilik Süresi (Yıl)</b>		
1-9	506	31.6
10-19	621	38.9
20-29	431	26.9
30 ve üstü	42	2.6
<b>Evlilik Süresi Ortalaması</b>	14.5 ± 8.1	
<b>Ekonomik Durum <sup>1</sup></b>		
İyi	397	24.8
Orta	1061	66.3
Kötü	142	8.9
<b>Sağlık Güvencesi</b>		
SSK	666	41.6
Bağ kur	236	14.7
Emekli Sandığı	352	22.0
Yeşil Kart	140	8.8
Sağlık Güvencesi Olmayan	198	12.4
Diğer	8	.5
<b>Sağlık Kuruluşlarından Yararlanma</b>		
Yararlanan	1334	83.4
Yararlanmayan	266	16.6

<sup>1</sup> Kadınların kendi ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1’de kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Kadınların yaş ortalamasının  $34.5 \pm 7.3$ , evlilik yaş ortalamasının  $20.0 \pm 3.6$  ve evlilik süresinin  $14.5 \pm 8.1$  yıl olduğu belirlenmiştir. Kadınların %58.6’sının ilköğretim mezunu, %87.8’inin ev hanımı olduğu, eşlerinin %46.3’ünün ilköğretim mezunu ve %31.6’sının da işçi olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.** Kadınların Doğurganlık Özelliklerin Dağılımı (n=1600)

<b>Doğurganlık Özellikleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>X ± SS</b>
<b>Gebelik Sayısı</b>			
Gebe kalmayan	33	2.1	1.35 ±0.5
1-3	1003	62.6	
4 ve üstü	564	35.3	
<b>Doğum Sayısı</b>			
Doğum yapmayan	33	2.1	1.21 ± 0.4
1-3	1226	76.6	
4 ve üstü	341	21.3	
<b>Gebelik Aralığı (n=1345)<sup>1</sup></b>			
2 yıldan az	227	16.9	1.8 ± 0.4
2 yıl ve üzeri	1118	83.1	
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>			
Yaşayan çocuğu yok	33	2.1	1.18 ± 0.4
1-3	1270	79.4	
4 ve üstü	297	18.5	
<b>İstenen Çocuk Sayısı</b>			
Çocuk istemeyen	2	.1	1.15 ± 0.4
1-3	1343	83.9	
4 ve üstü	255	16.0	
<b>İstenmeyen Gebelik Deneyimi</b>			
Olan	585	36.6	
Olmayan	1015	63.4	

**Tablo 4.2.** Kadınların Doğurganlık Özelliklerin Dağılımı (Devamı)

Doğurganlık Özellikleri	n	%
<b>İstenmeyen Gebeliğin Sonuçlanma Şekli (n=585)<sup>2</sup></b>		
Doğum	304	52.0
Kürtaj	188	32.1
Düşük	48	8.2
Diğer	45	7.7
<b>İstenmeyen Gebeliğin Sonuçlanma Şekline Karar Veren Kişi (n=537)<sup>3</sup></b>		
Eşi İle Birlikte	389	72.4
Kendisi	93	17.3
Eşi	46	8.6
Diğer	9	1.7

<sup>1</sup> İlk gebelikler ve gebe olmayanlar hariç tutulmuştur.

<sup>2</sup> İstenmeyen gebeliği olanlar alınmıştır.

<sup>3</sup> Düşük yapan ve gebeliği olmayanlar hariç tutulmuştur.

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi kadınların gebelik, yaşayan çocuk ve istenen çocuk sayısı ortalamaları sırasıyla 1.3, 1.1 ve 1.1’dir. Kadınların %36.6’sının istenmeyen gebelik deneyimi yaşadığı ve istenmeyen bu gebeliklerin %40.3’ünün düşük yada kürtajla sonuçlandığı saptanmıştır.

**Tablo 4.3.** Kadınların Bildiği Aile Planlaması Yöntemleri ve Bilgi Edinilen Kaynaklarının Dağılımı (n=1600)

Bilinen Aile Planlaması Yöntemleri*	n	%
RİA	1400	87.5
Hap	1398	87.4
Kondom	1312	82.0
Geri çekme	1282	80.1
Tüpligasyon	1205	75.3
Enjeksiyon	1099	68.7
Emzirme	928	58.0
Takvim yöntemi	594	37.1
Vajinal duş	352	22.0
Spermisitler	324	20.3
Norplant	286	17.9

**Tablo 4.3.** Kadınların Bildiği Aile Planlaması Yöntemleri ve Bilgi Edinilen Kaynaklarının Dağılımı (Devamı)

<b>Bilinen Aile Planlaması Yöntemleri*</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Bilgi Edinilen Kaynak*</b>		
Arkadaşlar		
Ebe	966	60.4
Basın Yayın	907	56.7
Özel Muayenehaneler	608	38.0
Hemşire	593	37.1
Diğer (eşinden, mesleki bilgi v.b. )	204	12.8
	133	8.3

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.3'te kadınların %87.5'inin RİA'yı, %87.4'ünün hapı, %82.0'ının kondomu bildiği ve %69.5'inin aile planlaması hakkındaki bilgileri ebe-hemşireden öğrendiği saptanmıştır.

**Tablo 4.4** Kadınların Kullandığı AP Yöntemlerinin Dağılımı (n=1600)

<b>Kullanılan AP Yöntemi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Modern	996	62.3
Geleneksel	604	37.7
<b>Kullanılan Kontraseptif Yöntem</b>		
Geri çekme	568	35.5
RİA	402	25.1
Kondom	326	20.4
Tüpligasyon	131	8.2
Hap	113	7.1
Emzirme	19	1.1
Enjeksiyon	17	1.1
Takvim Yöntemi	16	1.0
Diğer	8	.5

Araştırmaya katılan kadınların %62.3'ünün modern AP yöntemi kullandığı saptanmıştır. Kullanılan kontraseptifler arasında ilk sırada geleneksel bir yöntem olan



geri çekmenin (%35.5), ikinci olarak RİA'nın (%25.1) ve üçüncü olarak da kondomun (%20.3) yer aldığı görülmektedir (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5.** Kadınların Kullandıkları Modern AP Yöntemlerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı (n=996)

Yöntemlere İlişkin Bilgiler	n	%
<b>Kullanılan Modern AP Yöntemi</b>		
RİA	402	40.4
Kondom	326	32.7
Tüpligasyon	131	13.2
Hap	113	11.3
Enjeksiyon	17	1.7
Norplant	4	.4
Spermisitler	2	.2
Hap ve kondom	1	.1
<b>Kullanım Süresi (Yıl)</b>		
0-4	556	55.8
5-9	280	28.1
10 ve üstü	160	16.1
<b>Kullanım Süresi Ortalaması</b>	1.6 ± .7	
<b>Kullanılan Yöntemden Memnuniyet</b>		
Memnun olan	931	93.6
Memnun olmayan	64	6.4
<b>Kullanılan Yöntemi Seçme Nedeni</b>		
Güvenilir	465	46.7
Sağlıklı	229	23.0
Rahat	87	8.7
Doktor istemi	64	6.4
Diğerlerin zararlı olması	64	6.4
Eş istemi	43	4.3
Tavsiye	16	1.6
Uygulaması kolay	13	1.3
Kendi isteği	15	1.5

**Tablo 4.5.** Kadınların Kullandıkları Modern AP Yöntemlerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı (Devamı)

Yöntemlere İlişkin Bilgiler	n	%
<b>Daha Önce Geleneksel AP Kullanma Durumu</b>		
Kullanan	316	31.7
Kullanmayan	680	68.3
<b>Kullanılan Geleneksel AP Yöntemi (n=316)</b>		
Geri çekme	273	86.4
Emzirme	20	6.3
Diğer	23	7.3
<b>Kullanılan Geleneksel AP Yöntemini Bırakma Nedeni (n=316)</b>		
Güvensizlik	151	47.8
Gebe kalma	134	42.4
Diğer	31	9.8

Tablo 4.5'te kadınların kullandıkları modern AP yöntemlerine ilişkin bilgilerin dağılımı yer almaktadır. Kullanılan modern AP yöntemleri arasında RİA (%40.4) ilk sırada yer alırken, kondom (%32.8) ikinci sırada yer almaktadır. Kadınların modern AP yöntemlerini ortalama  $1.6 \pm .7$  yıldır kullandığı, %93.6'sının bundan memnun olduğu ve bu yöntemleri güvenilir (%46.8) ve sağlıklı (%23.0) buldukları için tercih ettikleri öğrenilmiştir.

**Tablo 4.6.** Kadınların Kullandıkları Geleneksel AP Yöntemlerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı (n=604)

Yöntemlere İlişkin Bilgiler	n	%
<b>Kullanılan Geleneksel AP Yöntemi</b>		
Geri çekme	569	94.2
Takvim yöntemi	16	2.7
Emzirme	19	3.1
<b>Kullanım Süresi (Yıl)</b>		
0-4	210	34.8
5-9	146	24.2
10 ve üstü	248	41.0
<b>Kullanım Süresi Ortalaması</b>	2.6 $\pm$ .8	

**Tablo 4.6.** Kadınların Kullandıkları Geleneksel AP Yöntemlerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı (Devamı)

<b>Yöntemlere İlişkin Bilgiler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kullanılan Yöntemden Memnuniyet</b>		
Memnun olan	555	91.9
Memnun olmayan	49	8.1
<b>Kullanılan Yöntemi Seçme Nedeni</b>		
Rahat	411	68.1
Modern AP hakkındaki söylentiler	116	17.5
Eş istemi	73	12.1
Dini inanç	14	2.3
<b>Kullanılan Geleneksel Yönteme Karar veren Kişi (n=604)*</b>		
Kendi	53	8.8
Eşi	114	18.9
Kendisi ve eşi	437	72.3
<b>Daha önce Modern AP Kullanma Durumu</b>		
Kullanan	269	44.5
Kullanmayan	335	55.5
<b>Kullanılan Modern AP Yöntemini Bırakma Nedeni (n=269)</b>		
Yan etki	209	77.6
Eşin istememesi	44	16.4
Kullanımının zor olması	16	6.0
<b>Geleneksel AP Kullanırken Gebe Kalma Durumu</b>		
Kalan	161	26.7
Kalmayan	443	73.3
<b>Gebe Kalındıysa Geleneksel AP Kullanmaya Devam Etme Durumu (n=161)</b>		
Eden	158	98.1
Etmeyen	3	1.9

Tablo 4.6’da kadınların kullandıkları geleneksel AP yöntemlerine ilişkin bilgilerin dağılımı yer almaktadır. Kullanılan geleneksel AP yöntemleri arasında geri çekme (%94.2) ilk sırada yer alırken, emzirme (%3.1) ikinci sırada yer almaktadır. Kadınların geleneksel AP yöntemlerini ortalama 2.6 yıldır kullandığı, %91.9’unun bundan memnun olduğu, bu yöntemleri rahat (%68.3) buldukları ve modern AP hakkında söylentilerden çekindikleri (%17.8) için tercih ettikleri öğrenilmiştir. Kadınların %44.5’inin daha önce modern bir AP yöntemi kullandığı, yan etkileri (%77.6) nedeniyle ve eşleri istemediği (%16.4) için bıraktıkları öğrenilmiştir.

**Tablo 4.7.** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kullandıkları AP Yöntemlerinin Dağılımı (n=1600)

Tanıtıcı Özellikler	AP YÖNTEMLERİ				X <sup>2</sup>	p
	Modern AP		Geleneksel AP			
	n	%	n	%		
<b>Yaş Grubu</b>						
18-25	124	66.7	62	33.3	23.267	<0.001
26-33	371	65.9	192	34.1		
34-41	330	64.0	186	36.0		
42-49	171	51.0	164	49.4		
<b>Eğitim Durumu</b>						
Okur Yazar Değil	77	45.8	91	54.2	71.747	<0.001
İlköğretim Mezunu	547	57.8	395	42.2		
Lise Mezunu	256	73.4	93	26.6		
Yüksekokul Mezunu	121	82.9	25	17.1		
<b>Meslek</b>						
Ev Hanımı	857	61.0	549	39.0	24.355	<0.001
İşçi	27	64.3	15	35.7		
Memur	92	82.9	19	17.1		
Diğer	20	48.8	21	51.2		
<b>Ekonomik Durum</b>						
İyi	258	65.0	139	35.0	4.505	>0.05
Orta	660	62.2	401	37.8		
Kötü	78	54.9	64	45.1		
<b>Aile Yapısı</b>						
Çekirdek	814	63.0	478	37.0	1.620	>0.05
Geniş	182	59.1	126	40.9		
<b>Eş Eğitimi</b>						
Okur Yazar Değil	8	33.3	16	66.7	37.355	<0.001
İlköğretim Mezunu	416	56.2	324	43.8		
Lise Mezunu	346	65.9	179	34.1		
Yüksekokul Mezunu	226	72.7	85	27.3		

**Tablo 4.7.** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kullandıkları AP Yöntemlerinin Dağılımı (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	AP YÖNTEMLERİ				X <sup>2</sup>	p
	Modern AP		Geleneksel AP			
	n	%	n	%		
<b>Eş Mesleği</b>						
Memur	287	71.2	116	28.8	37.960	< 0.001
İşçi	302	59.8	203	40.2		
Esnaf	267	65.6	140	34.4		
İşsiz	75	49.7	76	50.3		
Emekli	65	48.5	69	51.5		

Tablo 4.7’de kadınların bazı tanıtıcı özelliklerine göre kullandıkları aile planlaması yöntemleri gösterilmiştir. 18-25 yaş grubunda, yüksekokul mezunu ve memur olan kadınlarla, eşi yüksek okul mezunu ve memur olan kadınların modern aile planlaması yöntemi kullandığı belirlenmiştir ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.8.** Kadınların Bazı Doğurganlık Özellikleri ile Kullandıkları AP Yöntemlerinin Dağılımı (n:1600) (%).

Doğurganlık Özellikleri	AP YÖNTEMLERİ				X <sup>2</sup>	p
	Modern AP		Geleneksel AP			
	n	%	n	%		
<b>Evlenme Süresi (Yıl)</b>						
1-9	323	63.8	183	36.2	19.966	<0.001
10-19	411	66.2	210	33.8		
20-29	246	57.1	185	42.9		
30 ve üstü	16	38.1	26	61.9		
<b>Gebelik Sayısı</b>						
1-3	648	64.6	355	35.4	7.107	<0.05
4 ve üstü	326	57.8	238	42.2		

**Tablo 4.8.** Kadınların Bazı Doğurganlık Özellikleri ile Kullandıkları AP Yöntemlerinin Dağılımı (Devamı)

Doğurganlık Özellikleri	AP YÖNTEMLERİ				X <sup>2</sup>	p
	Modern AP		Geleneksel AP			
	n	%	n	%		
<b>Doğum Sayısı</b>						
1-3	785	64.0	441	36.0	8.397	<0.001
4 ve üstü	189	55.4	152	44.6		
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>						
1-3	934	63.4	540	36.6	15.408	<0.001
4 ve üstü	40	43.0	53	57.0		
<b>Son İki Gebelik Arası Süre</b>						
2 yıldan az	165	72.2	62	27.3	14.323	<0.001
2 yıl ve üstü	664	59.3	456	40.7		
<b>İstemedен Gebelik Deneyimi</b>						
Olan	348	59.5	237	40.5	2.995	>0.05
Olmayan	648	63.8	367	36.2		
<b>İstenmeyen Gebeliğin Sonuçlanma Şekli</b>						
Düşük	24	6.9	24	10.1	8.715	<0.05
Kürtaj	118	33.9	70	29.5		
Doğum	187	53.7	117	49.4		
Diğer*	19	5.5	26	11.0		

\*Birden fazla gebeliği olup kürtaj ve doğumla sonuçlanan

Düşük ve kürtaj olanlar

Tablo 4.8’de kadınların doğurganlık özellikleri ile kullandıkları AP yöntemlerinin dağılımı yer almaktadır. Gebelik sayısı 1-3 (%64.6) ve 1-3 doğumu (%64.0) olan ve istemeden gebe kalıp bunu doğumla sonlandıran (%53.7) kadınların modern AP yöntemi kullandığı, 30 yıl ve daha fazla uzun süredir evli olanların (%61.9) ise geleneksel aile planlaması yöntemi kullandığı görülmektedir (p<0.05).

**Tablo 4.9.** Kadınların Kullandıkları Modern Aile Planlaması Yöntemlerinin Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımı

Modern Aile Planlaması Yöntemleri	Yaş Ortalaması (X ± SS)	F	P
Hormonal Kontrasepsiyon	31.5± 6.3	45.124	< 0.001
RİA	35.2± 6.9		
Tüpligasyon	38.6 ± 5.0		
Kondom	31.7 ± 6.9		

Tablo 4.9’da hormonal kontraseptifler ve kondomun daha çok genç yaşlarda, RİA ve tüpligasyonun ise biraz daha ileri yaşlarda kullanıldığı görülüyor. Yapılan istatistiksel analizde hap ve kondom kullanım yaş ortalamaları arasında fark bulunmazken, diğerleri arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır (p<0.001).

**Tablo 4.10** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kullandıkları Modern Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı (%)

Tanıtıcı Özellikler	Modern AP Yöntemleri				X <sup>2</sup>	p
	Hormonal Kontasepsi.	RİA	Kondom	Tüpligasyon		
<b>Eğitim Durumu</b>					80.334	<0.001
Okur Yazar Değil (n=77)	6.5	40.3	28.6	24.7		
İlköğretim Mezunu (n=542)	12.2	47.4	25.1	15.3		
Lise Mezunu (n=256)	18.4	34.8	39.1	7.8		
Yüksekokul Mezunu (n=121)	15.7	20.7	56.2	7.4		
<b>Mesleği</b>					26.287	<0.05
Ev Hanımı (n=527)	13.2	42.1	31.0	13.7		
İşçi (n=27)	18.5	44.4	25.9	11.1		
Memur (n=92)	20.7	22.8	48.9	7.6		
Diğer (n=20)	0	40.0	40.0	20.0		
<b>Aile Yapısı</b>					2.637	>0.05
Çekirdek (n=814)	13.0	40.7	32.7	13.6		
Geniş (n=182)	17.0	39.0	33.0	11.0		

**Tablo 4.10** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kullandıkları Modern Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Modern AP Yöntemleri				X <sup>2</sup>	p
	Hormonal Kontasepsi.	RIA	Kondom	Tüpligasyon		
<b>Eş Eğitimi</b>					64.392	<0.001
Okur Yazar Değil (n=8)	25.0	75.0	0	.0		
İlköğretim Mezunu (n=416)	9.6	47.4	26.0	17.1		
Lise Mezunu (n=346)	17.9	40.8	31.5	9.8		
Yüksekokul Mezunu (n=226)	14.6	25.7	48.2	11.5		
<b>Eş Mesleği</b>					30.253	<0.05
Memur (n=287)	12.2	32.4	41.5	13.9		
İşçi (n=302)	15.6	44.7	29.1	10.6		
Esnaf (n=267)	14.6	40.8	32.2	12.4		
İşsiz (n=75)	14.7	46.7	25.3	%13.3		
Emekli (n=65)	7.7	46.2	21.5	24.6		
<b>Evlenme süreleri (Yıl)</b>					113.435	<0.001
1-9 (n=323)	18.0	31.3	48.0	2.8		
10-19 (n= 411)	13.9	40.9	30.2	15.1		
20-29 (246)	8.5	49.6	18.7	23.2		
30 ve üstü (n=16)	6.3	68.8	6.3	18.8		

Tablo 4.10'da kadınların bazı tanıtıcı özelliklerine göre kullandıkları modern aile planlaması yöntemleri gösterilmiştir. Yüksekokul mezunu ve memur olan kadınlarla, eşi yüksek okul mezunu, memur olan ve evlilik süresi 1-9 yıl olan (%48.0) kadınların kondom kullandığı, 26 yaş ve üstü, okur yazarlığı olmayan, ilköğretim mezunu, ev hanımı ve işçi, evlilik süresi 10 yıl ve üzerinde olan kadınlarla, eşi okur yazar olmayan ve işsiz olan kadınların RİA'yı daha çok tercih ettiği belirlenmiştir (p<0.05).



**Tablo 4.11.** Kadınların Kullandıkları Modern AP Yöntemlerinin Kullanım Süresi Ortalamalarına Göre Dağılımı (n=996)

Modern Aile Planlaması Yöntemleri	Kullanım Süresi (X±SS)	F	P
Hormonal Kontrasepsiyon	4.0 ± 3.7	5.327	<0.001
RİA	5.7 ± 4.3		
Tüpligasyon	5.2 ± 3.7		
Kondom	4.9 ± 4.7		

Tablo 4.11’de kadınların kullandıkları modern AP yöntemlerinin kullanım sürelerine göre dağılımı verilmiştir. Modern AP yöntemlerinden en kısa süreli olarak kullanılan hormonal kontraseptifler, en uzun süre kullanılan ise RİA olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizde hap kullanım süresinin diğer tüm yöntemlere göre daha kısa olduğu; diğer yöntemlerin kullanım süresi ortalamasının karşılaştırılmasında ise anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (p<0.001).

**Tablo 4.12.** Kadınların Kullandıkları Modern AP Yöntemlerinin Çeşitli Doğurganlık Ortalamalarına Göre Dağılımı (996).

Doğurganlık Ortalamaları	Modern AP Yöntemleri			
	Hormonal Kontrasepsiyon	RİA	Tüpligasyon	Kondom
Gebelik Ortalaması (X ± SS)	1.3 ± 0.4	1.4 ± 0.5	1.6 ± 0.5	1.2 ± 0.4
<b>F</b>	34.444			
<b>P</b>	< 0.001			
Doğum Ortalaması (X ± SS)	1.1 ± 0.3	1.2 ± 0.4	1.4 ± 0.5	1.1 ± 0.3
<b>F</b>	25.982			
<b>P</b>	< 0.001			
Çocuk Ortalaması (X ± SS)	1.0 ± 0.0	1.1 ± 0.2	1.1 ± 0.3	1.0 ± 0.1
<b>F</b>	13.449			
<b>P</b>	< 0.001			

Tablo 4.12’de kullanılan aile planlaması yöntemine göre gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı ortalamalarının istatistiksel analizde hormonal kontraseptifler ve kondom ortalamaları arasındaki fark önemli olmadığı bulunmuştur. Diğer grupların ortalaması ise birbirlerinden farklıdır (p<0.001).

**Tablo 4.13.** Kadınların Kullandıkları Modern AP Yöntemleri ile Memnuniyetlerinin Dağılımı (%)

Modern AP Yöntemleri	Memnuniyet	
	Memnun Olan (n=933)	Memnun Olmayan (n=63)
Hormonal kont.	89.8	10.2
RİA	92.5	7.5
Kondom	97.5	2.5
Tüpligasyon	91.6	8.4
<b>X<sup>2</sup></b>	13.578	
<b>P</b>	<0.05	

Tablo 4.13’de modern AP yöntemlerini kullanan kadınlar arasında, en çok memnun olunan yöntem (%97.5) kondom ve memnun olunmayan (%10.2) hormonal kontraseptifler olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

**Tablo 4.14.** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kullandıkları Geleneksel AP Yöntemlerinin Dağılımı (%)

Tanıtıcı Özellikleri	Geleneksel AP Yöntemleri		X <sup>2</sup>	P
	Geri çekme	Diğer (Takvim yöntemi, Emzirme)		
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okur Yazar Değil (n=91)	15.5	8.3	31.606	<0.001
İlköğretim Mezunu (n=394)	66.7	41.7		
Lise Mezunu (n=94)	14.6	30.6		
Yüksekokul Mezunu (n=25)	3.2	19.4		
<b>Ekonomik Durum</b>				
İyi (n=139)	22.4	33.3	6.719	<0.05
Orta (n=396)	67.6	47.3		
Kötü (n=64)	10.0	19.4		

**Tablo 4.14.** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kullandıkları Geleneksel AP Yöntemlerinin Dağılımı (Devamı)

Tanıtıcı Özellikleri	Geleneksel AP Yöntemleri		X <sup>2</sup>	P
	Geri çekme	Diğer (Takvim yöntemi, Emzirme)		
<b>Eş Eğitimi</b>			8.596	<0.05
Okur Yazar Değil (n=16)	2.6	2.8		
İlköğretim Mezunu (n=324)	54.9	33.3		
Lise Mezunu (n=179)	29.2	36.1		
Yüksekokul Mezunu (n=85)	13.2	27.8		
<b>Evlenme Süreleri (Yıl)</b>			12.690	<0.05
1-9 (n=163)	28.7	55.6		
10-19 (n=210)	35.7	19.4		
20-29 (n=185)	31.0	25.0		
30 ve üstü (n=26)	4.6	.0		

Tablo 4.14'te kadınların bazı tanıtıcı özelliklerine göre kullandıkları geleneksel aile planlaması yöntemleri gösterilmiştir. İlköğretim mezunu olan kadınların %66.7'sinin, ekonomik durumu orta düzeyde olanların %67.6'nın ve eşi ilköğretim mezunu olanların %54.9'u, evlilik süreleri 9 yılın üstünde olan kadınların geri çekme yöntemi kullandığı belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Kadınların yaş gurupları, meslekleri, aile yapıları, eşlerin meslekleri ile kullandıkları geleneksel yöntemler arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.15.** Kadınların Gebelik Sayısının Kullandıkları Geleneksel AP Yöntemlerine Göre Dağılımı (%)

Gebelik Sayısı	Geleneksel AP Yöntemleri		X <sup>2</sup>	P
	Geri çekme	Diğer (Takvim yöntemi, Emzirme)		
1-3 (n=355)	58.3	83.3	8.786	<0.05
4 ve üstü (238)	41.7	16.7		

Tablo 4.15'te kadınların bazı doğurganlık özelliklerine göre kullandıkları geleneksel aile planlaması yöntemleri gösterilmiştir. Gebelik sayıları 1-3 olanların %83.3'ünün diğer geleneksel yöntemleri kullanırken, gebelik sayısı 3'ün üstünde olanların daha çok geri çekme yöntemini kullandığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Kadınların; doğum sayıları, yaşayan ve istenen çocuk sayıları, son iki gebelik arası süre, istemeden gebelik deneyimi olma ve sonuçlanma şekli ile kullandıkları geleneksel AP yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.16.** Kadınların Kullandıkları Geleneksel AP Yöntemlerinin Kullanım Süresi Ortalamalarına Göre Dağılımı (n=604)

Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri	Süre Ortalaması ( $X \pm SS$ )	F	P
Geri çekme	8.9 $\pm$ 6.9	12.792	<0.05
Takvim yöntemi	7.9 $\pm$ 4.8		
Emzirme	1.0 $\pm$ 0.0		

Tablo 4.16'da kadınların geri çekme yöntemini daha uzun süre kullanılırken diğer yöntemleri daha kısa süre kullandıkları görülmektedir. Yapılan istatistiksel analizde emzirme kullanım süresinin diğer tüm yöntemlere göre daha kısa olduğu; diğer yöntemlerin kullanım süresi ortalamasının karşılaştırılmasında ise anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.17.** Geleneksel AP Yöntem Seçimine Karar Veren Kişi ve Kadınların Memnuniyet Durumlarına Göre Dağılımı.

Yöntem Seçimine Karar Veren Kişi	Memnuniyet Durumu				X <sup>2</sup>	P
	Memnun Olan		Memnun Olmayan			
	n	%	n	%		
Kendi	44	83.0	9	17.0	34.557	<0.001
Eşi	91	80.5	22	19.5		
Kendi ve eşi	420	95.9	18	4.1		
Toplam	555	91.9	49	8.1		

Tablo 4.17’de geleneksel AP yöntemi kullanmaya eşi ile birlikte karar veren kadınların % 95.9’unun yöntemden memnun olduğu görölmektedir ( $p<0.001$ ).

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünyada yaşanan önemli sorunlardan biri hızlı nüfus artışıdır. Dünya nüfusu yılda %1.8 hızla büyürken Türkiye’de bu hız %1.47’dir. 1990 yılı verilerine göre dünyada üreme döneminde yaklaşık 900 milyon aile varken bu değer 2003 yılında bir milyar 43 milyon 265 bin olmuştur. Nüfus artış hızı yüksek olan ve doğurganlığın fazla olduğu gelişmekte olan ülkelerde nüfusun yaklaşık %20’sini 15-49 yaş gurubu doğurgan çağıdaki kadınlar oluşturmaktadır (17, 18, 53, 54).

Dünyanın çeşitli ülkelerinde AP yöntemlerinin kullanımının artırılması konusunda önemli çalışmalar yapılmaktadırlar. 1990’da dünya genelinin %43’ü gebelikten korunurken, 2003 sonuçlarına göre herhangi bir yöntem kullananların oranı %60.9, modern yöntem kullananların oranı ise %54.0 dır. AP yöntem kullanımının en yüksek olduğu ülkelerin başında %83 ile İngiltere, %81 ile Çin gelmektedir (54,56,57). TNSA verilerinde 1988 ve 2003 yılları arasında ülke genelinde gebeliği önleyici yöntem kullanımının belirgin şekilde artmış olduğunu gösterilmiştir.

Yapılan bu çalışmada 15-49 yaş grubu evli kadınların %62.3’ünün modern, %37.8’inin geleneksel bir yöntem kullandığı saptanmıştır. En fazla kullanılan yöntem geri çekme (%35.5), RİA (%25.1) ve kondom (%20.3)’dur. TNSA 2003 verilerine göre, evli kadınların %43’ü modern, %29’u geleneksel bir yöntem olmak üzere toplam %71’i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Bölgelere göre dağılıma bakıldığında, %31.4’ü modern, %26.5’i geleneksel bir yöntem olmak üzere toplam %58 ile yöntem kullanımının en az olduğu bölge doğu bölgesidir (17). Bu çalışmada yalnızca AP yöntemi kullanan kadınlar araştırma kapsamına alındığı için yöntem kullanma yüzdesi

ülke geneli ve Doğu Anadolu bölgesine göre daha fazla bulunmuştur. Yapılan ulusal bazı çalışma sonuçları (54, 61–64) bu çalışmayla benzerken bazılarında ise modern AP kullanımı düşük, geleneksel AP kullanımı benzer bulunmuştur (58–60). Diğer çalışma bulgularında ise modern AP yöntem kullanımı fazla, geleneksel AP yöntemi kullanımı az bulunmuştur (65–70).

Türkiye genelinde olduğu gibi bu çalışmada da geri çekme yöntemi ile korunma tüm yöntemler içinde ilk tercih edilen yöntemdir. Geri çekme yönteminden sonra ikinci tercih edilen yöntem RİA iken ardından kondom gelmektedir. Yengil ve arkadaşlarının Şanlıurfa'da, Günay ve arkadaşlarının İzmir'de, Yıldırım ve ark'larının Sivas'ta yaptıkları çalışmaların verileri bu çalışmayla benzerlik göstermektedir (64,69,72). K.Maraş (58), İzmir (73), Ankara (74) ve Manisa'da (75) yapılan çalışmaların sonuçlarında modern AP yöntemlerinin kullanımı bu çalışmanın sonuçlarından daha yüksek iken Şanlıurfa (71) ve Ankara'da (62) yapılan diğer çalışmalarda daha düşük bulunmuştur.

Ülke genelinde sunulan AP hizmetlerinin ücretsiz verilmesi, kolay ulaşılabilir olması, yaygın olması ve çeşitliliğine karşın modern AP yöntemlerinin kullanımı azdır. Bunun nedeninin başta kadınlar olmak üzere eğitim ve ekonomik seviyenin düşük olması, kadınların çalışma hayatının dışında kalması, kültürel özelliklerin farklı olması ve bölgeler arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca araştırmanın Doğu Anadolu bölgesinde yapılması TNSA verileri ile uyumlu sonuçlar vermiştir (Tablo 4.7).

Geleneksel AP yöntemi kullanan kadınlar arasında geri çekmenin (%94) daha fazla kullanıldığı, bunun sonucunda da istenmeyen gebeliklerin arttığı, bu gebeliklerin doğum ve düşükle sonuçlandığı görülmüştür. Diğer çalışmalarda (54,62,72,76–78) olduğu gibi bu çalışmada da etkisiz olmasına karşın en çok kullanılan yöntemin geri çekme yöntemi olduğu bulunmuştur. Şanlıurfa (71), Ankara (58) ve Trabzon'da (79) yapılan çalışmalarda geleneksel AP kullanımı çalışmamızın bulgularından düşük bulunmuştur. Geri çekme yöntemi kullanımı bölgelere göre farklılık göstermektedir. Çalışmada geri çekme yöntem kullanımının fazla olması, çalışmanın yapıldığı bölgede kadınların ve eşlerinin eğitim seviyelerinin düşük olması, kadına değer verilmemesi, kız çocukların okula gönderilmemesi ve istenen çocuk sayısının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Geri çekme yöntem kullanımının yüksek olması istenmeyen

gebeliklerin artmasına, sık doğumlara, düşüklere, anne ve bebek ölümlerine neden olarak kadın sağlığını olumsuz etkilemektedir. Kadınların ve eşlerinin eğitim seviyelerinin yükseltilmesi, AP danışmanlık hizmetlerinin kadınlarla birlikte eşlerine de yaygın olarak sunulması ile etkili AP yöntem kullanımını artacak ve kadın sağlığı olumlu etkilenecektir (Tablo 4.6).

Bu çalışmada modern AP yöntem kullanımının genç yaş (hormonal kontraseptifler ve kondom) ve orta yaş (RİA ve tüpligasyon) grubunda, geleneksel AP yöntem kullanımının ise ileri yaş (geri çekme) grubunda yoğunlaştığı bulunmuştur. Çalışmanın bu bulguları TNSA 2003, Gürsoy (62), Ersin (8), Türkistanlı (56) ve Baksu (80)'nun yaptığı çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Tekinsoy ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada modern AP yöntem kullanımında genç yaş (13–19 yaş) grubu kadınların RİA, orta yaş (30–34 yaş) grubu kadınların OKS, ileri yaş (40 yaş ve üstü) grubu olan kadınların ise daha çok kondom kullandığı belirlenmiştir. Bu çalışma bulgularıyla çalışmamızın sonuçları arasında farklılık görülmüştür (81). TNSA verileri bir kadının şimdiki doğurganlık hızlarını doğurganlık çağlarının sonuna kadar devam ettirdiği takdirde doğurganlık çağın sonunda ortalama 2.2 çocuk sahibi olacağını belirtmiştir. Türkiye’de kadınlar en yüksek doğurganlıklarını yirmili yaşlarda yaşamaktadır; en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 20–29 yaş gurubudur (17). Araştırmaya katılan kadınların yarısından fazlası modern AP yöntemlerini kullansa da çocuk sayısının fazla olması istendik düzeyde modern AP yöntemi kullanılmadığını göstermektedir (Tablo 4.7, Tablo 4.10).

Gerek kadınların gerekse eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça modern AP yöntem kullanımının arttığı ve modern yöntemler arasında birinci sırada kondom kullanıldığı, eğitim seviyesi düştükçe (okuryazar olmayan) geleneksel AP yöntem kullanımının arttığı görülmektedir. TNSA 2003 ve yapılan çalışmaların sonuçları araştırmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (5,17,62,81- 83). Gürsoy ve arkadaşlarının, Ersin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda kadınların eşlerin eğitim düzeyleri ile kullandıkları AP yöntemleri ile araştırmamızın sonuçları benzer görülmüştür (8,62). 2003 TNSA bulgularına göre AP yöntemin seçilmesinde en etkili faktörlerden biri eğitim düzeyi olmaktadır. Eğitim düzeyi yükseldikçe bireyler daha güvenilir, yan etkileri daha az olan yeni ve modern AP yöntemleri seçmektedir. Ayrıca erkeklerin AP



konusunda eğitiminin desteklenmesi ile etkin yöntem seçimi ve kullanım oranlarında artış sağlanabilecek ve sağlık göstergelerini olumlu etkileyecektir.

Çalışma kapsamındaki kadınların evlilik süreleri arttıkça geleneksel AP yöntemlerinin kullanımı artarken, modern AP yöntemlerinin kullanan kadınların evlilik sürelerinin 10-19 yıl grubunda yoğunlaştığı görülmüştür. Modern AP kullanan kadınların evlilik süreleri arttıkça RİA kullanımı da artmıştır ( $p<0.05$ ). Araştırmanın sonucunda evlilik süresinin uzaması ile geleneksel AP yöntemi kullanımı artmaktadır. Bunun nedeni ise evlilik süresinin uzaması aynı zamanda yaşın da ilerlediğini gösterir. Bu durum ileri yaştaki kadınların eğitim seviyelerinin düşük olması ve kadınların doğurganlık özelliklerinin azalmasına bağlı çocuk sahibi olmayacaklarını düşünmelerinden kaynaklanabilir. Yaşın ilerlemesi ile modern AP yöntemlerinden RİA'nın kullanımının artması koruyuculuk özelliğinin uzun sürmesi ve kadınların gebelikler arasını uzun tutmak istemeleri nedeniyle arttığı düşünülmektedir.

Daha az gebeliği olan, daha az doğum yapan, çocuk sayısı az olan ve az çocuk isteyen kadınlar modern AP yöntemlerini kullanırken daha fazla gebeliği olan, daha fazla doğum yapanların ve daha fazla çocuğa sahip olan kadınların geleneksel AP yöntemlerini kullandıkları görülmektedir. Kaya, Özyurda, Yıldırım ve Tekinsoy'un yaptığı çalışmalarda araştırmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (61,68,69,81). Bu çalışmada modern AP yöntemlerinin geleneksel yöntemlere göre daha fazla kullanılması kadınların daha az ve istedik sayıda, istedik zamanda çocuk sahibi olduklarını göstermektedir. Bu kadınların eğitim seviyelerinin yükseltilmesi, etkin AP yöntemleri hakkında etkili danışmanlık verilmesi ile daha da arttırılarak istedik düzeye çıkarılabileceği düşünülebilir.

Çalışmaya katılan kadınlardan istemeden gebelik deneyimi olanların yarısından fazlasının şimdi modern AP yöntemi kullandığı (RİA) görülmektedir. İstenmeyen gebelikler doğum veya kürtaj ile sonuçlanmıştır. Güneyli ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın sonuçları çalışmamızın sonucuyla benzerlik göstermektedir (84). Kürtajlar istenmeyen gebelikleri temsil etmekte ve AP hizmetlerinin değerlendirilmesinde kürtajlar önemli bir göstergedir. İstenmeyen gebeliklerde kürtajın tercih edilmesi kadınların eğitim seviyesinin düşük olması, daha önce geleneksel AP yöntem kullanımının fazla olması, yöntemlerin uygun kullanılmaması ve yan etkilerinin fazla

olması ve RİA' nın çıkarılmasından kaynaklandığı düşündürmektedir. Bu durum AP danışmanlık gereksinimini açıkça göstermektedir.

Erkeklerin doğurganlığın kontrolünde kadınlarla eşit sorumluluk paylaşmadıkları bilinmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin büyük bölümü AP'yi onaylamakta ve sorumluluğun çiftler tarafından paylaşması gerektiğini bilmektedirler. Çalışmanın yapıldığı yerin doğu bölgesinde ve bu bölgenin de ataerkil bir yapıya sahip olması, kadınların AP yöntem seçiminde eşlerinin etkisinde kaldıklarını gösterebilir. Çalışmadaki kadınların kullandıkları geleneksel AP yöntemine neredeyse tamamının eşi ile birlikte karar verdiği ve bu yöntemi kullanmaktan memnun olduğu belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalar (56,70,79) çalışmamızın sonuçları ile benzerlik görülmüştür.

Sonuç olarak; Malatya il merkezinde aile planlaması kullanan 15–49 yaş grubu evli kadınlarda kullanılan yöntem ve yöntem seçimini etkileyen faktörlerin araştırması amacıyla yapılan bu çalışmada, bulguların incelenmesi sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Kadınların %62.3'ü modern, %37.7'si geleneksel AP yöntemi kullanmaktadır.
- En çok kullanılan yöntemler sırayla geri çekme, RİA ve kondomdur.
- Modern yöntem kullananların %31.7'si daha önce geleneksel yöntem (geri çekme) kullanmış, güvensizlik nedeniyle ve gebe kaldıkları için bırakmışlardır.
- Geleneksel yöntem kullananların %91.9'u yöntemden memnun ve rahat olduğu için bu yöntemi seçtiğini belirtmiştir.
- Geleneksel yöntem kullananların % 44.5'i daha önce modern bir yöntem kullanmış ve çoğunluğu yan etkileri nedeniyle bırakmıştır.
- Geleneksel yöntem kullananların yaklaşık dörtte biri yöntemi kullanırken gebe kalmış, ancak bunların neredeyse tamamı hala bu yöntemi kullanmaya devam etmektedir.
- Gençler, çalışanlar, kendisi ve eşi eğitilmiş olanlar ile memur olanlar modern AP yöntemlerini kullanmaktadır.
- Hem kadın hem de erkekler için eğitim düzeyi arttıkça geri çekme yöntem kullanımı azalmaktadır.

- Evlilik süresi 19 yılın altında olanlar, gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısı az olanlar ile istenmeyen gebeliğini doğumla sonlandıranlar modern AP yöntemi kullanmaktadırlar
- Evlilik süresi 19 yıl üstü olan kadınların geri çekme yöntem kullanımı artmaktadır.
- Kondomu daha çok gençler kullanırken, yaş arttıkça hormonal kontraseptiflerin kullanımının azaldığı, tüpligasyon ve RİA kullanımının arttığı belirlenmiştir.
- Eğitim düzeyi arttıkça hormonal kontraseptifler ile kondom kullanımı artmakta, RİA ve tüpligasyon kullanımı azalmaktadır.
- Eşi yüksekokul mezunu ve memur olan kadınlar kondomu, eşi eğitimsiz ve işsiz olanlar ise RİA'yı kullanmaktadır.

**Bu sonuçlara göre;**

- Modern AP yöntemlerin kullanımının artması için kadınların eğitimine destek verilmesi,
- Kadınların 19 yaş ve altında evlilik oranının yüksek olması nedeni ile okullarda AP hakkında eğitim ve danışmanlık yapılması,
- Evli kadınlara ve eşlerine modern AP yöntemleri hakkında danışmanlık yapılması,
- Kondom tercih nedenlerinin araştırılması önerilebilir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. (7. Baskı), Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2005: 449–520
2. Lowdermilk P. Family Planing. In: Maternity Nursing. Seventh Edition. Mosby Elsevier, Canada, 2006: 135–157
3. Breslin Eileen T, Lucas Vicki A. Family Planing. In: Women's Healt Nursing.Toward Evidence –Based Praticce.Elsever Science Usa, 2003: 564-578
4. WHO, Famil Planning:[http://www.who.İnt/Topics/Family\\_Planning/En/](http://www.who.İnt/Topics/Family_Planning/En/). (Erişim tarihi: 5.07.2007).
5. Giray H. Işık Kent Sağlık Ocağı'na Başvuran 15–49 Yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Etkileyen Etmenler. Sted 2006,15(2):23–27
6. Özvarış Ş, Akın A. Aile Planlaması Hizmet Sunumunda Yeni Yaklaşımlar. 1.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, Ankara Üniversitesi, Ankara 29–31 Mart 2001, ss 38–50.
7. Atasü. T, Şahma S. Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon Jinekoloji. Ankara 2001, ss 675–693
8. Ersin F, Gözükara F, Şimşek Z ve ark. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Yöntemi Bırakma Nedenleri. HEMAR-G 2003, 5 (1):30–37

9. Cengiz L. Kontraseptif Yöntemlerde Yenilikler. I.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, Ankara Üniversitesi, Ankara 29–31 Mart 2001, ss 3–7.
10. Özvarış Ş. Aile Planlaması. Toplum ve Sağlık 1998, 8(3–4): 49–54
11. Karagüzel N. Fertil Çağdaki Kadınlarda Kontraseptif Yöntemler ve Anemi İlişkisi Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006, ss 3–8.
12. Family Planning history, [http://en.wikipedia.org/wiki/soranos\\_%28greek\\_physician%29](http://en.wikipedia.org/wiki/soranos_%28greek_physician%29). (Erişim tarihi: 19.07.2007).
13. Achievements In Public Health,1900–1999:Family Planning, , <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4847a1.htm>.(Erişim tarihi: 19.07.2007).
14. Akın A. Uluslararası Kararlar Panelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye'deki Uygulamalar. Sağlık ve Toplum 1998, 8(3–4):16–22
15. Timur S. Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı İle Öz –Bakım Gücü Düzeyi Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2003,5-14.
16. Akın A. Aslan D. Cumhuriyet ve Kadın. Toplum ve Sağlık 1998,8 (3–4): 5–10
17. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye 2004,61–87.
18. Özdemir O, Ocaktan E, Çalışkan D ve Ark. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Aile Planlaması Ünitesine 1999–2002 Arasında Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004, 57 (4): 48–54.
19. Açıkalin İ. Türkiye'de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. Sted 2001, 10(5): 176–179
20. TAP Vakfı, Sağlıklı Aile Sağlıklı Toplum Sağlıklı Bir Gelecek İçin <Http://www.tapv.org.tr/tarihce1.htm>
21. Söylemez F. Oral Kontrasepsiyon. 1.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, Ankara Üniversitesi, Ankara 29–31 Mart 2001, ss 7–14.
22. Lowdermilk P. Family Planing. In: Maternity Nursing, (Seventh Edition). Mosby Elsevier, Canada, 2006: 135–157.
23. Stubblefield Phillip G. Aile Planlaması.(2nd Ed), Turan H(ed.), Novak Jinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2004:231- 276.
24. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, 2000, Cilt 1

25. Murray Sharon Smith, Mckinney Emily Slone, Gorrie Trula Myers. Family Planing. In: Foundations Of Maternal-Newborn Nursing. (Thirt Edition). WB Saunders Company 2002, pp 874–894
26. Wong Dona L, Perry Shannon E, Hockenberry Marilyn J. Family Planing. In: Maternal Child Nursing Care. W.B. Saunders Company, 2002, pp 107- 121
27. Mckinney Emily Slone, Ashwill Jean Weiler, Murray Sharon Smith, et al. Family Planing. In: Maternal-Child Nursing. W.B. Saunders Company, 2000, pp 191–207
28. Sutherland C. Family Planing . In: Wovens Health.Churchill Livingstone, 2001, pp 111-121
29. Buyru F. Hormonal Kontrasepsiyon ve Trombo-Embolizm. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20-23 Nisan 2003, ss 74–75,.
30. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara 2000. Cilt 2.
31. Miller AWF, Hanretty KP. Aile Planlaması. Günalp S, Özgen Ü(ed.), Resimli Doğum Bilgisi.(5 Baskı). Güneş Kitabevi Ltd Şti, Ankara, 2003: 400- 415
32. Başer M, Mucuk S, Albayrak E, ve ark. Kadınlar Acil Kontrasepsiyon Hakkında Ne Biliyor 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 19–22 Nisan 2007,ss 274.
33. Atasü T, Şahma S. Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon. Jinekoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara 2001, ss 675–693
34. Gülekli B. İnjektıbil ve İmplant Kontraseptiflerde Endometrial Kanama Probleminin Yönetimi. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2003, ss 41–43.
35. Leifer Gloria. Family Planing. In: Maternity&Pediatric Nursing (Fourth Edition). Elsever Science Usa, 2003, pp 261–269
36. Berkmen S. Aile Planlaması. Jinekoloji.Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2004, ss 327–332
37. Kocatepe K. Aile Planlaması 9 Ay 10 Gün Hamilelik Rehberi.(2.Baskı), Papatya Yayıncılık, Ankara 2005: 509–532
38. Öztürk H, Çeber E, Saydam B, ve ark. Doğum Kontrol Yöntemlerinde Yenilikler. HEMAR-G 2004, 6(1-2): 86–96
39. Demir A. Aile Planlaması. Hamileliğe Hazırlık, Doğum ve Sonrası Annenin El Kitabı. Hayat Yayınları, İstanbul 2003, ss 218–227.

40. Pernoud L. Aile planlaması. Gülcan T(ed.), Bir Çocuk Bekliyorum.(2. Baskı), Özener Matbaası Yayınları, İstanbul 2004: 389–400
41. Özvarış Ş, Ertan A. Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. Hacettepe Yayınları, Ankara 2003, ss 113–125.
42. Yağmur Y. İstanbul İli Devlet Hastanelerindeki Aile Planlaması Polikliniklerine Kontrasepsiyon Amacıyla Başvuran Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler ve Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1996, 13–15.
43. Saygılı P. Üreme Sağlığı Danışmanlığı Neleri Kapsar. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 19–22 Nisan 2007, ss 132.
44. Bayık A, Erefe İ, Uysal A ve ark. Aile Planlaması Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü ve Etkili Danışmanlık Özellikleri Konulu Videolu Film Modülünün Etkinliğinin Saptanması. I.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, Ankara 29–31 Mart 2001, ss 263.
45. Turan H. 1.Basamak Sağlık Kurumlarında Üreme Sağlığı Danışmanlığı. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20-23Nisan 2005, ss 51–52.
46. Çoşkun A. Üreme Sağlığı Danışmanlığı. 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara 19–22 Nisan 2007, ss 140–142.
47. Saygılı P. Üreme Sağlığı Hizmetinde Hemşirenin Rolü. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2003, ss 136–138.
48. Meydanlıoğlu A, Emiroğlu O. Kadınların Sağlık Ocağı Hizmetlerini Bilme Durumu ve Bu Hizmetlerden Beklentileri. HEMAR-G 2004, 6 (1,2): 42–56
49. TUİK Başkanlığı Malatya Bölge Müdürlüğü 08.03.2007 tarihli 294 sayılı resmi yazı.
50. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü AÇSAP Şube Müdürlüğü verileri, Malatya 2007.
51. Lüleci E, Nardal İ, Benli M. Manisa Merkezinde 15–49 Yaş Arası Evli Kadınların Doğurganlık Davranışları ve Aile Planlaması Uygulamalarının Değerlendirilmesi. I.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, Ankara 29–31 Mart 2001, ss 243–244.
52. Yurdakul M, Vural G. Geleneksel Yöntem Kullanma Nedenleri ve Hemşirenin Aile Planlaması Hizmetlerinde Etkinliği. Sağlık ve Toplum Dergisi 2001, 11(1): 42–47.
53. Koyuncuer A. Kontrasepsiyon ve Türkiye’de Durum. Sted 2004, 13(12): 45
54. Dündar C, Süren C, Pekşen Y. Samsun İl Merkezinde 15–49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemleri Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır 23–28 Eylül 2002, ss 163–165.

55. Altıntaş H, Beyhun E, Aykun G, ve Ark. Emine Fahri Uçar AÇSAP 13 Merkezi Bölgesinde Yaşayan 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Hakkında Bazı Bilgi, Görüş ve Davranışları. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2003, ss 217.
56. Türkistanlı E, Mermer G, Yıldız F. Evka Sağlık Ocağı Bölgesinde 15–49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır 23–28 Eylül 2002, ss 169–171.
57. Mermer S, Türkistanlı E. 15–49 Yaş Evli Kadınlara Verilen Aile Planlaması Etkinliğinin Değerlendirilmesi. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır 23–28 Eylül 2002, ss173–174.
58. Durukan E, Maral I, Biri A. AÇSAP Merkezlerine Başvuran 15 Yaş ve Üstü Kadınların Hangi Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanıyor. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2003, ss 248.
59. Dirmen G, Baksu B, Davaş İ ve ark. Kontrasepsiyon Bilinci ve Yöntem Tercihine Etkili Faktörler. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2005, ss 175.
60. Erten H, Özen T, Yılmaz H. Isparta İli Karaağaç Sağlık Ocağına Bağlı 15–49 Yaş Kadınların Üreme Sağlığı Durumlarının, Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi ve Alışkanlıkların Değerlendirilmesi. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2005, ss 224.
61. Kaya F, Vurur S, Ünivar R, ve ark. 15–49 Yaş Gurubu Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2005, ss 218.
62. Gürsoy N, Öztürk M, Öztürk S ve ark. 7 Nolu AÇS-AP Bölgesinde Oturan 15–49 Yaş Evli Kadınların Kontraseptif Seçimine Etki Eden Faktörler. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2003, ss241.
63. Bilir N, Özcebe H, Vaizoğu S ve ark. Van İli Kent Merkezinde 15–49 Yaş Gurubu Evli Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanıma Durumu. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2003, ss 177.
64. Yengil E, Çadırcı D, Aksoy H ve ark. Sosyokültürel Seviyesi Düşük Bir Bölgede Aile Planlaması İle İlgili Verilerin Değerlendirilmesi. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2005, ss 305.



65. Pasinlioğlu T, Bülbül F. Çiftlerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bırakma Nedenleri. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2003, ss 167.
66. Öztürk A, Balcı E, Gün I, ve ark. Kayseri İli Talas İlçesinde 15–49 Yaş Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri İle İlgili Şikayetlerin Değerlendirilmesi. 3. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2003, ss 183.
67. Öztürk A, Yaramış N. Nevşehir İl Merkezinde 15–49 Yaş Gurubu Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma ve Bu Yöntemleri Seçmelerinde Danışmanlık Hizmeti Alma Durumları. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2003, ss 182–183.
68. Özyurda F, Dökmeci F, Çalışkan D, ve ark. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine Başvuran Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanma Ve Memnuniyetlik Durumu. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, , Ankara 20–23 Nisan 2003, ss 222.
69. Yıldırım G, Turaçlar N, Bakır A. Sivas İli AÇS-AP Merkezine 2001 Yılında Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, , Ankara 20–23 Nisan 2003, ss 202.
70. Erbil N, Karaboğaz T. Kadınların Coitus Interraptus Yöntemi Kullanmalarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, , Ankara 20–23 Nisan 2005 ss 236.
71. Şimşek Z, Kurçer M, Ersin F ve ark. Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Arası Evli Kadınların AP Yöntemleri Hakkında Bilgileri ve Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörler. 8.Ulusal Halk Sağlığı Konger Kitabı, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır 23–28 Eylül 2000, ss 176–179.
72. Günay T, Kılıç B, Kaynak C ve ark. Narlidere Sağlık Ocağı Bölgesinde Modern Yöntemle Korunan Kadınlarla Doğal Yöntemle Korunan Kadınların Özellikleri. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2003, ss 171.
73. Kıran G, Çelik M, Abken M ve ark. Kahramanmaraş'ta 15–49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlamasının Değerlendirilmesi. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2005, ss 288.

74. Mahmoudi M, Şirin A. Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumu ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2003, ss 194.
75. Çetin T, Taşpınar A, Demirci H. Manisa Doğumevi AP Polikliniğine Başvuran Kadınların Tercih Ettikleri Aile Planlaması Yöntemleri ve Tercih Nedenlerinin İncelenmesi. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 19-22 Nisan 2007, ss 361–362.
76. Karaçomak Z, Ertem M ve ark. Diyarbakır Şehitlik Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Kadınların AP Kullanım Sıklıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler. 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Ankara 3–6 Kasım 2004, ss 222.
77. Aydın N, Aytekin H. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde Yaşayan 15–49 Yaş Evli Kadınların AP Yöntemlerini Kullanma Durumları, Doğurganlık Özellikleri ve Bunları Etkileyen Etmenler. 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Ankara 3–6 Kasım 2004, ss 248.
78. Tokuç B, Eskiocak M, Ekuklu G ve ark. Edirne İl Merkezi'nde 1549 Yaş Evli Kadınların AP Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yöntem Kullanma Oranları. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır 23–28 Eylül 2002, ss 180–184.
79. Mumcu H. Trabzon'da Evli Kadınların AP Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Faktörler. 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 19–22 Nisan 2007, ss 320.
80. Baksu A, Güneş G, Akı G ve ark. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Kliniğinde Kontraseptif Kullanımı ve Kontraseptif Tercihleri. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2005, ss 247.
81. Tekinsoy P, Albayrak E, Özkan T ve ark. Kayseri İli Mithat Paşa AP Merkezine Başvuran Kadınların Kullandıkları AP Yöntemleri ve Bunu Etkileyen Durumlar. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2005, ss 191.
82. Balkaya N, Memiş S, Demirkıran F ve ark. Aydın İl Merkezindeki 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2005, ss 27.
83. Akpınar E, Bozdemir N, Saatçı E ve ark. Aile Hekimliği Polikliniğine Aile Planlaması İçin Başvuran Kişilerin Eğitim Durumları ve Seçtikleri Yöntemler. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2003, ss 165.

84. Güneyli İ, Doğan M, Kahveci S ve ark. Kontraseptif Yöntem Olarak Tahliye Tercih Eden Hastalarla Diğer Modern Yöntemleri Tercih Edenlerin Epidemiyolojik Olarak Karşılaştırması. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20–23 Nisan 2003, ss 227.

# EK 1

## MALATYA İL MERKEZİNDE 15–49 YAŞ GURUBU EVLİ KADINLARDA AİLE PLANLAMASI KULLANMA DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

Anket No:

Adres ve telefon:

1) Kaç yaşındasınız:

2) Eğitim düzeyiniz nedir:

1. Okur yazar değil 2. Okur yazar 3. İlköğretim mezunu 4. Lise mezunu  
5. Yüksek okul mezunu

3) Eşinizin eğitim düzeyi nedir:

- 1.Okur yazar değil 2.Okur yazar 3.İlkokul mezunu 4.Lise mezunu  
5.Yüksek okul mezunu

4) Mesleğiniz nedir?

- 1.Ev hanımı 2. Kalifiye Olmayan İşçi 3.İşçi 4.Memur 5.Emekli 6. Diğerleri

5) Eşinizin mesleği nedir?

1. Memur 2. İşçi 3. Esnaf 4. İşsiz 5. Emekli

6) Size göre ekonomik durumunuz nasıl?

1. Çok İyi 2. İyi 3.Orta 4. Kötü

7) Aile yapınız nedir?

- 1.Çekirdek Aile 2.Geniş Aile 3. Diğer.....

8) Sağlık güvenceniz nedir?

- 1.SSK 2. Bağ-kur 3. Emekli Sandığı 4. Yeşil Kart 5. Sağlık güvencem yok  
6. Diğer.....

9) Sağlık kuruluşlarından yeterince yararlanıyor musunuz?

1. Evet (11. soruya geçiniz) 2.Hayır

10) Sizce bunun nedeni nedir:.....

11) Herhangi bir sağlık sorunuz var mı?

- 1.Evet 2. Hayır (13. soruya geçiniz)

12) Sağlık probleminiz Nedir:.....

13) Ailenizde herhangi bir sağlık problemi olan var mı?

- 1.Evet  $\Rightarrow$  Sağlık problemi nedir?.....

2.Hayır

14) Kaç yaşında evlendiniz?.....

15) Kaç yıldır evlisiniz? .....

- 16) İlk gebelik yaşıınız kaç:.....
- 17) Kaç gebeliğiniz oldu?.....
- 18) Kaç doğum yaptınız?.....
- 19) Yaşayan çocuk sayınız kaç?.....
- 20) Son iki gebeliğiniz arasındaki süre ne kadar? ( ilk gebeliği olanlar cevaplamayacak)
1. 2 Yıldan Az 2. 2 yıl ve üzeri
- 21) Kaç çocuğunuz olsun isterdiniz?.....
- 22) İstmeden gebelik deneyiminiz oldu mu?
- 1.Evet 2.Hayır ( 25. soruya geçiniz)
- 23) Bu gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?
- 1.Kendiliğinden düşük 2. Kürtaj 3. Doğum 4.Diğer.....
- 24) Kararı kim verdi?
1. Kendisi 2.Eşi 3.Eşi ile birlikte 4. Sağlık personeli 5. Diğer
- 25) Aile planlaması yöntemleri hakkında bir bilginiz var mı?
- 1.Evet 2. Hayır( 28. Soruya geçiniz)
- 26) Bildiğiniz aile planlaması yöntemleri nelerdir?
- 1.Hap 4. Kondom 7. Spermisitler 10.Geri çekme  
2. Rahim İçi Araç 5. Norplant 8. Emzirme 11.Vajinal duş  
3. Enjeksiyon 6. Tüplerin bağlatılması 9.Takvim yöntemi  
12.Diğerleri.....
- 27) Aile planlaması konusundaki bilgileri kimden aldınız?
- 1.Arkadaşlar 2.Basın Yayın 3.Özel Muayenehaneler 4.Ebe 5.Hemşire  
6.Doktor 7.Sağlık memuru 8.Diğer.....
- 28) Şu anda gebelikten korunuyor musunuz
- 1.Evet (30.soruya geçiniz) 2. Hayır
- 29) Korunmuyorsanız korunmama nedeniniz nedir?.....
- 30) Şu anda gebelikten korunuyorsanız hangi yöntem kullanıyorsunuz?
- 1.Modern aile planlaması yöntemi 2. Geleneksel aile planlaması yöntemi (38.soruya geçiniz)
- 31) Kullandığınız modern aile planlaması yöntemi nedir?
1. Hap 2. RİA 3. Enjeksiyon 4.Kondom 5.Norplant  
6.Tüpligasyon 7.Spermisitler
- 32) Bu yöntemi kaç yıldır kullanıyorsunuz?.....
- 33) Daha önceleri geleneksel bir aile planlaması yöntemi kullanıp bıraktınız mı?
- 1.Evet 2.Hayır (36. soruya geçiniz)

34) Daha önce hangi geleneksel aile planlaması yöntemi kullandınız?

1.Geri çekme 2.Vajinal duş 3.Takvim yöntemi 4.Emzirme 5.Diğer.....

35) Daha önce kullandığınız geleneksel aile planlaması yöntemini bırakma nedeniniz nedir?

.....

36) Şu anda kullandığınız modern aile planlaması yönteminden memnunumsunuz?

1.Evet 2. Hayır

37) Bu yöntemi kullanma nedeniniz nedir?.....

**Modern aile planlaması yöntemi kullanıp memnun olanların anket uygulaması sonlandırılacaktır.**

38) Şu anda kullandığınız geleneksel aile planlaması yöntemi nedir?

1.Geri çekme 2.Vajinal duş 3.Takvim yöntemi 4.Emzirme 5.Diğer.....

39) Kaç yıldır bu yöntemi kullanıyorsunuz?.....

40) Geleneksel aile planlaması yöntemi kullanırken gebe kaldınız mı?

1.Evet 2. Hayır(42.soruya geçiniz)

41) Cevabınız evet ise gebelik sonrası bu yönteme devam ettiniz mi?

1.Evet 2. Hayır

42) Şu anda kullandığınız geleneksel aile planlaması yöntemi kullanma nedeniniz nedir?.....

43) ) Daha önceleri modern bir aile planlaması yöntemi kullanıp bıraktınız mı?

1.Evet 2.Hayır (45.soruya geçiniz)

44) Daha önce kullandığınız modern aile planlaması yöntemini bırakma nedeniniz nedir?

1.Yan etki 2.Sağlık sorunu 3.Söylentilerden korkma 4.Gebe kaldığı için  
5.Eşinin istememesi 6.Gebe kalmak için 7.Kullanımı zor olduğu için  
8.Dini inançlar 9.Diğer.....

45) Şu anda kullandığınız geleneksel aile planlaması yönteminden memnun musunuz?

1. Evet 2.Hayır

46) Kullandığınız aile planlaması yöntemine kim karar verdi?

1.Kendi 2.Eşi 3.Kendisi ve eşi 4.Aile büyükleri 5.Diğerleri.....

## EK 2

T.C.  
MALATYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
(Eğitim Şube Müdürlüğü)

05-03-2008

SAYI :B.10.4.iSM.0.44.00.09-605.04/4599  
KONU : Anket Uygulaması

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
KAYSERİ

**İLGİ:** 31.10.2006 tarih ve 451 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Hatice OLTULUOĞLU'nun "Malatya İI Merkez Sağlık Ocaklarında 15-49 yaş grubu evli kadınlarda geleneksel aile planlaması kullanma sıklığı ve kullanma nedenleri" konulu tez çalışmasını ilgi sayılı yazınıza istinaden Kurumumuza bağlı Sağlık Ocaklarında anket-tez çalışmasını yapması için gerekli izin verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Hasan TUNCER  
Sağlık Müdürü V.

## EK3

T.C.  
MALATYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
(Eğitim Şube Müdürlüğü)

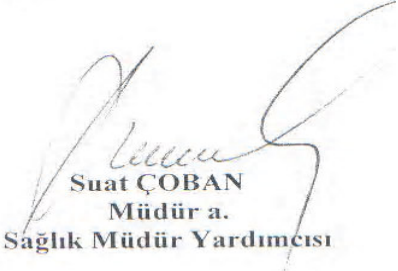
10 Kasım 2006

SAYI : B.10.4.İSM.0.44.00.09-605.04/ 20814  
KONU : Tez Çalışması

.....FIRAT.....SAĞLIK OCAĞI TABİPLİĞİNE  
MALATYA

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisan öğrencisi Hatice OLTUOĞLUN' UN "Malatya İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlara Geleneksel Aile Planlaması Kullanma Sıklığı ve Kullanma Nedenleri" konulu yüksek lisans tezinin uygulama kısmını aşağıda isimleri yazılı anketörler denetiminde sağlık ocağınız bünyesinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

  
Suat ÇOBAN  
Müdür a.  
Sağlık Müdür Yardımcısı

### DAĞITIM

- Fırat Sağlık Ocağı
- Hanımın Çiftliği Sağlık Ocağı
- Sıtmapınarı Sağlık Ocağı
- Taştepe Sağlık Ocağı
- Çavuşoğlu Sağlık Ocağı
- Yaygın Sağlık Ocağı
- Kernek Sağlık Ocağı
- Mücelli Sağlık Ocağı
- Göztepe Sağlık Ocağı

### ANKETÖRLER

Hatice OLTUOĞLU  
Demet KENDİRCİ  
Yasemin BALA  
Mine ÖZHAN  
Buket ŞAHİN  
Himmet DÜNDAR



## ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1970 yılında Malatya'nın Arapkir ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Malatya'da tamamladıktan sonra, 1994 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan mezun oldu. 1994–2001 yılları arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde doğum servisi ve doğum hanede hemşirelik, ameliyathane hemşireliği ve sorumlu hemşireliği, süpervizör hemşirelik, Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcılığı ve Müdürlüğü yaptı. 2001 yılında İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu'nda öğretim elemanı olarak göreve başladı ve halen bu kurumda görevine devam etmektedir.

### **Adres:**

İnönü Üniversitesi

Malatya S.Y.O.

MALATYA

E mail: hgozubuyuk@inonu.edu.tr