



T.C.

**İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI**

**KADINDA OVÜLASYON İZLEM YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN
BİLGİ VE UYGULAMALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**TUBA GÜNER EMÜL
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. ZEHRA DURNA**

2016-İSTANBUL



T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI

KADINDA OVÜLASYON İZLEM YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN
BİLGİ VE UYGULAMALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

TUBA GÜNER EMÜL

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. ZEHRA DURNA

JÜRİ ÜYELERİ

Prof. Dr. ZEHRA DURNA

Doç. Dr. ÜMRAN OSKAY

Prof. Dr. GÜLAY GÖRAK

Doç. Dr. NURTEN KAYA

Doç. Dr. SEMİHA AKIN

2016-İSTANBUL

T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

09 Haziran 2016

Doktora öğrencisi Tuba GÜNER EMÜL'ün Hemşirelik Doktora Programı'nda hazırlanmış olduğu "Kadında Ovülasyon İzlem Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Uygulamaların Değerlendirilmesi" konulu tezini savunmuş ve aday BAŞARILI / BAŞARISIZ bulunarak tez hakkında OYBİRLİĞİ / OYÇÖĞÜNLUĞU ile KABUL / DÜZELTME / RED kararı verilmiştir.

ÜYE
Prof.Dr. Zehra DURNA (Danışman)



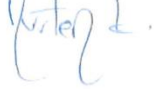
BASKAN
Prof.Dr. Gülay GÖRAK



ÜYE
Doç.Dr. Ümran OSKAY



ÜYE
Doç.Dr. Nurten KAYA



ÜYE
Doç.Dr. Semra AKIN



NOT:

- Jüri üyelerinin sınava katılımlarını bildiren dilekçelerini sınav tarihinden 1 hafta önce Enstitü Müdürlüğü'ne bildirmesi gerekmektedir.
- Sınav sorularının tutanakların ekinde Enstitü Müdürlüğü'ne gönderilmesi gerekmektedir.
- Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı iki kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tuba GÖNER EMÜL



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince, her türlü bilimsel katkı ve desteğini esirgemeyen, beni sabırlı ve anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam Sayın, Prof. Dr. Zehra DURNA başta olmak üzere,

Doktora eğitim sürecinde bana güvenen ve her zaman yanımda olan sevgili eşim Burhan EMÜL'e

Bana her zaman güvenen, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve daima yanımda olan sevgili annem, babam ve canım kardeşime,

Çalışmamın her aşamasında bilgi, deneyim ve arkadaşlık desteklerini aldığım sevgili arkadaşlarım, Doç. Dr. Duygu V. YILMAZ, Öğr. Gör. Asiye UZEL, Arş. Gör. Filiz DEĞİRMENCİ' ye en içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Tuba GÜNER EMÜL

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii-vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3-5
4.GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. DOĞURGANLIK BİLİNCİ.....	6
4.1.1.Doğurganlık Bilinci Kavramı.....	6
4.1.2.Doğurganlık Bilincinin Önemi.....	6-7
4.2. KADIN VE ERKEK ÜREME ORGAN ANATOMİSİ.....	7
4.2.1.KADIN ÜREME ORGAN ANATOMİSİ.....	7
4.2.1.1.Kadın Dış Üreme Organları.....	7
4.2.1.2.Kadın İç Üreme Organları.....	7-9
4.2.2. ERKEK ÜREME ORGAN ANATOMİSİ.....	9
4.2.2.1.Erkek Dış Üreme Organları.....	9-12
4.3. ÜREME SİSTEMİNİN FİZYOLOJİSİ.....	12-13
4.3.1.HİPOTALAMUS-HİPOFİZ OVER İLİŞKİSİ.....	13
4.3.1.1.HİPOFİZ ÖN LOB HORMONLARI.....	13
4.3.1.1.1.Folikülü Sitümüle Eden Hormon (FSH).....	13
4.3.1.1.2.Luteinize Edici Hormon (LH).....	14
4.3.1.1.3.Luteotrop Hormon (LTH).....	14
4.3.2. OVERLER ve HORMONLAR.....	14
4.3.2.1.Östrojen Hormonu	15

4.3.2.2. Progesteron Hormonu.....	15
4.3.3. ÜREME SIKLUSU.....	15
4.3.3.1. Ovarial Siklus.....	16
4.3.3.2. Endometrial Siklus.....	17
4.4. FERTİL DÖNEMLERİ BİLME VE İZLEM YÖNTEMLERİ....	17
4.4.1. Servikal Mukus Takibi- Billings Ovulasyon Metodu.....	18
4.4.1.1. Servikal Mukus Takibinin-Billings Ovülasyon Metodu- Tanımı	18
4.4.1.2. Servikal Mukus Takibi-Billings Ovülasyon Metodunun Özelliği	18
4.4.1.3. Servikal Mukus Takibi- BOM Olumlu Yönleri	19
4.4.1.4. Servikal Mukus Takibi- BOM Olumsuz Yönleri.....	19
4.4.1.5. Servikal Mukus Takibi BOM Kullanımı ve Etkinliği	19
4.4.2. BAZAL VÜCUT SICAKLIĞI YÖNTEMİ.....	20
4.4.2.1. Bazal Vücut Sıcaklığı Yönteminin Tanımı.....	20
4.4.2.2. Bazal Vücut Sıcaklığı Yönteminin Olumlu Yönleri.....	20
4.4.2.3. Bazal Vücut Sıcaklığı Yönteminin Olumsuz Yönleri.....	20
4.4.2.4. Bazal Vücut Sıcaklığı Yönteminin Özelliği ve Kullanımı.....	21
4.4.3. SERVİKAL PALPASYON YÖNTEMİ.....	21
4.4.3.1. Servikal Palpasyon Yöntemi Tanımı	21
4.4.3.2. Servikal Palpasyon Yönteminin Olumlu Yönleri.....	21
4.4.3.3. Servikal Palpasyon Yönteminin Olumsuz Yönleri.....	21
4.4.3.4. Servikal Palpasyon Yönteminin Kullanımı.....	22
4.4.4 TAKVİM YÖNTEMİ.....	22
4.4.4.1. Takvim Yönteminin Tanımı.....	22
4.4.4.2. Takvim Yönteminin Olumlu Yönleri.....	22
4.4.4.3. Takvim Yönteminin Olumsuz Yönleri.....	23

4.4.4.4. Takvim Yönteminin Kullanımı.....	23
4.4.5. KİMYASAL VE HORMONAL TESTLER.....	23
4.4.5.1. İdrarda LH tayini	24
4.4.5.1.1. İdrarda LH Tayininin Tanımı.....	24
4.4.5.1.2. İdrarda LH Tayininin Özelliği.....	24
4.4.5.1.3. İdrarda LH Tayininin Olumlu Yönleri.....	24
4.4.5.1.4. İdrarda LH Tayininin Olumsuz Yönleri.....	25
4.4.5.1.5. İdrarda LH Tayini Kitlerinin Kullanımı.....	25
4.4.5.2. Tükürük Testi İle Ovulasyon Tayini.....	25
4.4.5.2.1. Tükürük Testinin Tanımı.....	25
4.4.5.2.2. Tükürük Testinin Özelliği.....	26
4.4.5.2.3. Tükürük Testinin Olumlu Yönleri.....	26
4.4.5.2.4. Tükürük Testinin Olumsuz Yönleri.....	26
4.4.5.2.5. Tükürük Testinin Kullanımı.....	26
4.6. ULTRASONOGRAFİ İLE OVÜLASYONUN GÖZLENMESİ.	28
4.7. OVÜLASYON İZLEM YÖNTEMLERİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ VE DANIŞMANLIK.....	28
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	30
5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER.....	30
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	30
5.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	30
5.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	31
5.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	33
6. BULGULAR.....	34
7. TARTIŞMA.....	63
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75

9. KAYNAKLAR.....	80
EKLER.....	86
EK 1: ÖZGEÇMİŞ.....	86
EK 2: ETİK KURUL ONAYI.....	92-93
EK 3: ANKET FORMU.....	94-101
EK 4: TEZ ÇALIŞMASI İZİN YAZILARI.....	102-104



SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BOM	: Billings Ovulasyon Methodu
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DAP	: Doğal Aile Planlaması
DBTP	: Doğurganlık Bilgisi Toplam Puanı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Folikülü Stimüle Eden Hormon
GnRH	: Gonadotropin-releasing Hormon
LH	: Luteinize Edici Hormon
LTH	: Luteotrop Hormon
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
YBTP	: Yöntem Bilme Toplam Puanı

T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından
22.12.2015/43-306 numaralı karar ile onaylanmıştır.

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa no
Tablo 1 Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı....	35-36
Tablo 2 Kadınların Ölçümsel Sosyo- Demografik özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 3 Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4 Kadınların Ölçümsel Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı...	39
Tablo 5 Kadınların Doğurganlık İle İlgili Bilgi Durumlarının Dağılımı.	40
Tablo 6 Kadınların Ovülasyon İzlem Yöntemlerini Bilme Durumlarının Dağılımı.....	41
Tablo 7 Kadınların Bildikleri Ovülasyon İzlem Yöntemlerinin Dağılımı.....	41
Tablo 8 Kadınların Ovülasyon İzlem Yöntemlerini Kullanma Durumlarının Dağılımı.....	42
Tablo 9 Kadınların Kullandıkları Ovülasyon İzlem Yöntemlerinin Dağılımı.....	42
Tablo 10 Kadınların Ovülasyon İzlem Yöntemlerini Kullanma Amaçlarının Dağılımı.....	43
Tablo 11 Kadınların Doğurganlık Bilgi Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	46-47
Tablo 12 Kadınların Doğurganlık Bilgi Puanlarının Obstetrik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	49-50
Tablo 13 Kadınların Doğurganlık Bilgi Puanlarına Göre Ovülasyon İzlem Yöntemlerini Bilme Durumlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 14 Kadınların Doğurganlık Bilgi Puanlarına Göre Ovülasyon İzlem Yöntemlerini Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 15 Kadınların Yöntem Bilme Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	58-60
Tablo 16 Kadınların Yöntem Bilme Puanlarının Obstetrik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	61-62

1. ÖZET

Kadında Ovülasyon İzlem Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Uygulamaların Değerlendirilmesi

Öğrencinin adı: Tuba GÜNER EMÜL

Danışmanı: Prof. Dr. Zehra DURNA

Anabilim Dalı: Hemşirelik doktora

Giriş ve Amaç: Doğurganlık bilinci kapsamında fertil dönemlerin bilinmesi, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ya da gebe kalınması konusunda çiftlere yardımcı olur. Çiftlerin ovülasyon izlem yöntemlerini ne kadar ve nasıl bildikleri konusunda hemşirelerin/ ebelerin bilgi sahibi olması onların verdikleri danışmanlık ve eğitici rollerini kullanırlarken önemli bir kaynak olup bireylerin bu yöntemleri etkin kullanmalarını sağlayacaktır. Bu çalışma Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum polikliniklerine başvuran kadınların ovülasyon izlem yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulama durumlarını saptamak amacıyla yapıldı. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan anket formu yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Veri toplama öncesi kurum izinleri ve kadınlardan bilgilendirilmiş sözlü onam alındı. Veriler SPSS (20.0 versiyon) istatistik programı ile analiz edilmiştir. **Bulgular ve Sonuç:** Çalışmamızda ki kadınların yaş ortalaması, $28,1 \pm 6,0$ olup, %45,1 (n=333)'inin ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Kadınların %60,1 (n=445)'inin ovülasyon izlem yöntemlerine ilişkin bilgisinin olduğu belirlenmiş olup en fazla olarak %44,1'inin (n=414) takvim yöntemini bildikleri saptandı. Araştırmaya dahil olan kadınların %48,2'si (n=357) ovülasyon izlem yöntemlerinden en az bir tanesini kullandıkları yine en fazla kullandıkları yöntemin takvim yöntemi %93,2 (n=333) olduğu belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Ovülasyon izlem yöntemleri, Doğurganlık bilinci, Fertil günler, Danışmanlık rolü, Hemşire

2. SUMMARY

Knowledge and practice of evaluation on the women in the ovulation Monitoring Methods

Student's name: Tuba GÜNER EMÜL

Süpervisor: Prof. Dr. Zehra DURNA

Department: Nursing Ph.D.

Introduction And Purpose: Fertility awareness of the scope of knowledge of the fertile period, helping to double the prevention of unwanted pregnancies or pregnancy risk. Follow ovulation dual method of how and nurses about how they know / have knowledge of midwives is an important source of the advisory and educational roles they provide, will allow the use of these methods enabled individuals. Materials And Methods: in this study, Mersin University Health Research and Application Hospital women ovulation know about the follow-up method of birth of women admitted to clinics and was conducted to determine the status application The literature questionnaire prepared by the researcher women who agreed to participate in the study was carried out by face-to-face interviews. Data collection agency prior permission and oral informed consent was obtained from women. SPSS (version 20.0) were analyzed with statistical soft ware. Findings and Conclusion: The average age of the women in our study, is $(28,1 \pm 6,0)$, 45,1% (n =333) of them were found to be primary school graduates. 60,1% of women (n =445) in the ovulation monitoring method is determined to be in the 44,1% of the information regarding the maximum (n = 414) were that they know the calendar method. 48,2% of the women involved in the study (n =357) ovulation monitoring method at least one calendar method the use the method they used most still 93,2% (n =333) was determined to be.

Keywords: ovulation monitoring methods, fertility awareness, fertile days, nursing role, Nurses

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın ve erkek üreme anatomisi ve fizyolojisi arasındaki ilişkiye ve buna bağlı olarak doğurganlık işlevini bilmek, doğurganlık bilincini oluşturur. Bu bilgiler, bir kadının doğurgan olan ve olmayan dönemleri ile kadın ve erkeğin üreme süreçlerini kapsayan temel bilgilerdir. Doğurganlık bilincinin dayandığı temel nokta, kadının yumurtlama zamanının belirlenmesidir. Bu doğrultuda menstrual siklus içinde fertil dönemler fark edilerek gebelik planlanabilmekte ya da gerektiğinde engellenebilmektedir (Beji, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

Bir kadın gebe kalıp kalamayacağını, fertilitiyi gösteren üç vücut belirtisini gözleyerek anlayabilir. Bu belirtiler; servikal mukus, bazal vücut ısısı ve servikal palpasyonla hissedilen değişikliklerdir. Ovulasyon zamanını belirlemeye yönelik bu belirtiler gözönüne alınarak geçmişten günümüze bir çok yöntem geliştirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005). Bu yöntemler; servikal mukus ya da ovulasyon (Billings) yöntemi, bazal vücut ısısı, servikal palpasyon, takvim, idrarda LH (Luteinize Edici Hormon) düzeyini belirleme yöntemleri olarak bilinmektedir (Beji, 2009; Kurşun ve ark., 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

Son 20 yıldır üreticiler kadının ovulasyon dönemini evde kendi kendine saptayabilmesi için bir takım kitler geliştirme çabasına girmişlerdir. Bu test kitleri, fertil dönemin başlangıç ve bitimini, genelde idrarda LH düzeyine ve tükürükte kristalizasyon durumuna bakarak belirlemeye yöneliktir. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'nün, farklı gelişim düzeyi ve kültürdeki beş ülkede yürüttüğü çok merkezli bir ovulasyon yöntemi deneme araştırmasında, kadınların %93'ünün ovulasyon yöntemini doğru kullanmayı ilk üç siklusta öğrenebildikleri saptanmıştır. Bu kitlerden, gebeliğin önlenmesi kadar, gebeliğin planlanması amacıyla da yararlanmaktadır (Beji, 2009).

Ovulasyon zamanını belirlemeye yönelik yöntemler, vücuda herhangi bir alet yerleştirilmeden, hormon ve kimyasal madde olmaksızın uygulanan yöntemlerdir ve doğru zamanda doğru kullanıldığında gebeliği önlemede ya da gebeliğin sağlanmasında etkilidirler (Taşkın, 2015). Ovulasyon zamanını belirlemeye yönelik yöntemlerin, hiçbir sağlık riski ve yan etkisi yoktur. Kadının doğurgan çağı boyunca, düzenli ya da düzensiz siklularda, emzirirken, premenopozal dönemde, diğer yöntemlerin kullanımından sonra bile her durumda kullanılabilir, çiftlerin

doğurganlık bilinci kazanmalarını sağlar ve erkeğin de aile planlamasında sorumluluğu paylaşmasını, katkısını, işbirliğini ve iletişimi sağlar. Cinsel ilişki sıklığının belirlenmesinde kadının görüşüne yer verir, kişinin kendini tanımasına ve üreme fonksiyonları konusunda bilgilenebilmesine katkısı olur, infertil çiftlerde ovülasyonu saptamak (gebeliği önlemek veya oluşturmak) için de kullanılabilir. Bu yöntemler gebelikten korunma ya da gebeliği başarmayı sağlamanın yanında kadına doğurganlık bilinci de kazandıracaktır (Beji, 2009; [http:// www. craigmedical. com](http://www.craigmedical.com). erişim tarihi:24.10.2013; Leifer ve ark., 2001; Rafael ve ark., 2003).

Fertilite bilincine dayalı yöntemler; mekanik veya hormonal kontraseptif kullanmadan gebeliği önlemek isteyen çiftler, başka yöntemleri kullanmak istemeyen ya da bu yöntemlerin kontrendike olduğu çiftler, gebelik oluşmasını önemli bir sorun olarak görmeyecek çiftler için uygundur. Ancak gebeliğin, tıbben veya sosyal açıdan kontrendike olduğu kadınlar, sürekli vajinal akıntısı olan kadınlar, fertil günlerde cinsel ilişkiden kaçınmayı zor bulan çiftler, birden fazla cinsel eşi olan kadınlar için uygun bir yöntem değildir (Beji, 2009; Taşkın, 2015).

Bu yöntemlerin etkili olması için, çiftlerin fertil günlerini doğru bir şekilde tanımlayabilmeleri esastır. Bu doğrultu da fertilitenin en fazla olduğu dönem, ovülasyondan 5 gün önce başlar ve ovülasyondan 2 gün sonra sona erer. Bu süre içinde gebe kalma olasılığı giderek artar ve ovülasyon günü ile ondan önceki iki günde en üst düzeydedir. Bu yöntemi uygularken spermin kadın vücudunda 48-72 saat canlı kalabildiği ve ovumun ömrünün de 24-48 saat olduğu bilinmelidir (Beji, 2009; Rafael ve ark., 2003; Taşkın, 2015).

Ülkemizde TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2013 sonuçlarına göre kadınların sadece %27'sinin ovulasyon zamanı hakkında bilgi sahibi olması doğurganlık bilincinin toplumumuzda yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir. Gebelikten korunma ya da gebeliği sağlamada, sağlık kuruluşlarının sunduğu tıbbi yöntem seçenekleri olmasına rağmen araştırmalar kadınların halen doğal ve geleneksel yöntemleri tercih ettiğini ya da mevcut tıbbi yöntemleri kullanmadığını göstermektedir (TNSA, 2013)

Doğru zamanda, doğru bir şekilde kullanıldığında bu doğal yöntemlerin, başarısının yüksek olduğu bir çok çalışmada karşımıza çıkmaktadır (Beji, 2009; Gnoth, 2005; Gökdemirel, 2000; Pyper, 1997).

Hemşirelerin, ebelerin fertilité bilincine dayalı yöntemleri nasıl ve ne zaman uygulayacakları konusunda çiftlere doğru bilgiler vermesi bireylerin bu yöntemleri etkin kullanabilmelerini sağlayacaktır

Ülkemizde aile planlaması ve infertilite polikliniklerinde yöntemler hakkında birey ve çiftlere eğitim ve danışmanlık hizmeti genellikle ebe ve hemşireler tarafından gerçekleştirilmektedir. Ebe ve Hemşirelerin bu rolleri düşünüldüğünde, ovulasyon izlem yöntemleri ile korunma ve gebeliği sağlamaya yardımcı olma konusunda iyi birer uygulayıcı olabilecekleri düşünülmektedir.

Çiftlerin bildikleri ve uyguladıkları ovulasyon izlem yöntemlerinin ebe ve hemşireler tarafından bilinmesi iyi bir danışmanlıkla bireylere yol gösterici olacaktır. Ayrıca bireylerin doğurganlık bilinci ve ovulasyon izlem yöntemleri hakkında farkındalık geliştirmek bu yöntemlerin kullanım oranını artıracaktır.

Bu bağlamda çalışmamız Kadın Doğum polikliniklerine başvuran kadınların ovulasyon izlem yöntemlerini bilme ve uygulama durumlarını saptamak amacıyla gerçekleştirildi.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.DOĞURGANLIK BİLİNCİ

4.1.1.Doğurganlık Bilinci Kavramı

Kadın ve erkek üreme anatomisi ve fizyolojisi arasındaki ilişkiyi, aile planlaması ve buna bağlı olarak doğurganlık işlevini bilmek doğurganlık bilinci olarak tanımlanır. Bu bilgiler, bir kadının doğurgan olan ve olmayan dönemleri ile kadın ve erkeğin üreme süreçlerini kapsayan temel bilgilerdir (Beji, 2009; Ertopçu, 2006; Garcia ve ark., 2015; Gökdemirel ve Coşkun, 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

Doğurganlık bilincinin dayandığı temel nokta, kadının ovülasyon (yumurtlama) zamanının belirlenmesidir. Bu doğrultuda menstrual siklus içinde fertil dönemler fark edilerek gebelik planlanabilmekte ya da gerektiğinde engellenebilmektedir. Menstrual siklus, adetin birinci gününden bir sonraki adet ilk gününe kadar geçen süreci tanımlar. Bu süreçte, hormonal değişikliklere bağlı olarak bir takım gözlenebilen ve kayıt tutulabilen normal fizyolojik değişiklikler olur. Bu değişiklikler aracılığıyla gebelik planlanabilmekte yada gebelikten kaçınılmaktadır (Kerry ve ark., 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

Çiftlere doğurganlık bilincinin kazandırılması kendi doğurganlıkların düzenlenmesi konusunda daha bilinçli karar vermelerini sağlamaktadır. Menstrüasyon ve fertilité ile ilgili bilgilerin sunulduğu eğitimler çifte gebelik, kontrasepsiyon ve üreme sağlığı konularında daha ayrıntılı görüşme ve tartışma fırsatı verir. Bu nedenle üreme siklusunun öğrenilmesi çiftlerin diğer modern yöntemleri kullanmaya hazırlanması açısından da uygun bir süreçtir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

4.1.2. Doğurganlık Bilincinin Önemi

Kadın ve erkeğin çok önemli yaşam deneyimleri evlilik ve çocuk sahibi olmaktır. Sağlıklı bir çocuk sahibi olmanın temel koşulu, çiftin fiziksel ve psikolojik yönden sağlıklı olmasıdır. Çiftin kendi planladığı ve istediği zamanda çocuk sahibi olabilmesi ise, kadın ve erkeğin doğurganlık bilincine sahip olması, kendi ve

partnerinin bedenini ve fertilité belirtilerini öğrenip izlemesiyle olasıdır. Üreme organlarının anatomisi ve fizyolojisinin bilinmesi ve doğurganlığın fizyolojik belirtilerinin izlenmesi gebelik planlayan çiftlere kolaylık sağlayacaktır (Beji, 2009).

4.2. KADIN VE ERKEK ÜREME ORGAN ANATOMİSİ

4.2.1. KADIN ÜREME ORGAN ANATOMİSİ

4 2.1.1. Kadın Dış Üreme Organları

Dış üreme organları; genital organların dıştan görülebilen bölümünü oluşturur ve mons pubis, labia majör, labia minör, klitoris, vestibül, üretral meatus, vajinal orifis, himen ve her iki yanda paraüretral ya da skene kanalları bartholin bezleri gibi yapılardan oluşmaktadır. Dış üreme organlarının büyüklüğü, rengi ve şekli, kadından kadına, yaş doğurganlık durumu, ırk ve herediteye göre değişir (Beji, 2009; Beji, 2015; Şirin ve Kavlak, 2008; Taşkın, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

4.2.1.2. Kadın İç Üreme Organları

Vajina: Yukarıda serviks, aşağıda vestibulum vajina arasında uzanan, önden arkaya basık, fibromüsküler yapıda boru şeklinde bir organdır. Serviksten vajinal açıklığa kadar uzanan bir kanaldır. Yaklaşık 8-10 cm uzunluğundadır. Vajinal kanal mukozasında kolay genişlemeyi sağlayan kıvrımlar vardır. Vajina, uterus ve dış genitaler arasında bağlantıyı sağlar. Üst ucu genişleyerek, içine serviksin oturduğu kadeh şeklindeki forniksi oluşturur. Böylece ön, arka ve her iki yanda oluşan boşluklara ön, arka, yan forniksler denir. Vajina çok katlı yassı epitelyum ile örtülüdür. Küçük bir kız çocuğunda bu epitel 6-8 kat hücreden oluşurken, pubertadan sonra çok katlılaşma artmaktadır. Bu epitel hücreler, over hormonlarının etkisiyle dökülür. Dökülen bu hücrelerde ki glikojen, vajina florasında yer alan doderlein basilleri tarafından laktik asite dönüştürülür. Bu nedenle vajen PH'sı asidiktir. Bu durum vajinayı enfeksiyonlara karşı korur. Vajina doğum kanalı olmasının yanında, menstrual kanın aktığı ve cinsel birleşmenin gerçekleştiği bir kanaldır (Beji, 2015; [http:// www. megap.meb.gov.tr](http://www.megap.meb.gov.tr), Erişim tarihi 27 Ekim 2014; Şirin ve Kavlak, 2008; Taşkın, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

Uterus: Mesane ve rektum arasına yerleşmiş ters armut şeklinde müsküler bir organdır. Normalde (öne yatık) anteversiyon pozisyonundadır. Hareketli bir organdır. Dolu bir mesane arkaya itebildiği gibi, dolu bir rektum da öne doğru iter. Gebelikte uterus öne ve yukarı doğru yükselir. Armut biçiminde 30-40 gr. ağırlığında ortalama 7 cm. uzunluğunda, 4 cm genişliğinde ve 2-2,5cm kalınlığındadır. Doğumdan sonra eski durumuna dönen uterus hiç doğum yapmamışlara göre biraz daha büyük kalır. Uterus yapı ve fonksiyon bakımından corpus uteri, isthmus uteri ve cervix uteriden oluşmuştur. Korpusun kubbe şeklindeki üst bölümüne fundus, fallopi tüplerinin uterusla birleştiği açıya ise kornu adı verilir. Uterus dıştan seroza tabakasını oluşturan periton ile kaplıdır. Seroza tabakasının altında düz kaslardan oluşan müsküler tabaka (myometrium) yer almaktadır. Myometriumun altında ise stroma adı verilen, gevşek bağ dokusu ve hücrelerle çevrili tübüler salgı bezlerinden oluşan endometrium tabakası vardır. Endometrium, basal ve fonksiyonel tabaka olmak üzere iki katmandan oluşur. Fonksiyonel tabaka, over hormonlarının (östrojen, progesteron) etkisiyle değişime uğrar. Bu değişim, pubertadan menopoza kadar sürer. Normalde yaklaşık 28 günde bir görülen menstrüasyon, endometriyal değişikliğin en belirgin özelliğidir (Beji, 2015; [http:// www. megep.meb.gov.tr](http://www.megep.meb.gov.tr), Erişim tarihi 27 Ekim 2014; Köker, 2006; Şirin ve Kavlak, 2008; Taşkın, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

Uterusun bir kısmı olan, isthmus uteri, serviksi korpusa bağlayan 0,5-1 cm uzunluğunda, silindir şeklinde ve 2-3 cm uzunluğundaki serviks, uterusun vajina içine doğru ilerleyen bir bölümüdür. Servikal kanal uterus boşluğunu vajinaya bağlar. Kanalin uterusu açılan kısmına internal os, vajinaya açılan kısmına eksternal os adı verilir. Serviksin en önemli özelliği doğum sırasında incelişip açılmasıdır. Serviksin pelvik muayenede vajinadan görülen kısmına porsiyon denir. Servikal kanal ve mukus, menstrual siklus süresince over hormonlarının etkisiyle değişime uğrar. Servikal mukus, miktar ve kıvam değişikliği gösterir. Serviksin iç yüzeyinde hormonal ve nöral etki altında mukus üreten hücrelerle döşeli yüzlerce girinti mevcuttur. Bu hücrelerden, kokusuz, saydam, alkalin özellikte ve menstrual siklusun dönemlerine özgü farklılık gösteren servikal mukus salgılanır. Servikal mukustaki bu değişiklikleri fark etmek ve izlemek fertilizasyon hakkında önemli ipuçları verir

(Beji, 2015; [http:// www. megep.meb.gov.tr](http://www.megep.meb.gov.tr), Erişim tarihi 27 Ekim 2014; Şirin ve Kavlak, 2008; Taşkın, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

Tuba Uterina: Bir çifttir ve uterusun üst yan köşelerine açılırlar. Yaklaşık 10 cm uzunluğunda, ortalama 0,6 cm çapında, uzun, ince tüp şeklinde oluşumlardır. Tubalar, İnfundibulum, ampulla, isthmus, intramural olmak üzere dört kısımdan oluşur. İnfundibulum, tuba uterinanın en geniş kısmıdır. Çevresinde fimbria denilen saçak şeklinde uzantılar bulunur. Ortadaki en geniş ve en uzun parçaya ampulla denir. Fertilizasyon bu bölümde gerçekleşir. Overe yakın olan bu bölümde bulunan fimbrialar, ovumu uterusu taşımaktadır. Mukoza tabakası tek katlı, kübik epitel hücrelerinden oluşur. Bu hücrelerin bir kısmı tüylü bir kısmı ise tüysüzdür. Tüysüz hücreler salgı üretirler. Tüylü (silia) olanların yönü overlerden uterusu doğrudur ve ovunun uterusu doğru hareket etmesini sağlar. İsthmus, ampulla'dan sonra gelen 2,5 cm uzunluğundaki dar ve kalın duvarlı kısımdır. İnamural, uterusun üst köşesinden içeriye girer (Beji, 2015; Gökdemirel, 2001; Taşkın, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

Overler: Overler, erkekteki testislerin karşılığı olarak kadınlarda yumurtaları ve steroid hormonları üreten organlardır. Uterusun her iki yanında, tuba uterinaların fimbrial uçlarına yakın olarak yerleşmişlerdir. Overler şekil ve ölçü olarak iri bir badem görünümündedirler. 4cm uzunlukta, 2 cm genişlikte, 1cm kalınlığındadır. Bir kız çocuğu doğduğu zaman overlerinde yaklaşık olarak 500 bin kadar primer folikül bulunur. Bu foliküller içinde de oosit I aşamasında ovum bulunur. Ovülasyonu sağlamak ve kadınlık hormonu olan östrojen ve progesteron hormonu üretmektir. Bu iki hormonun da menstrual siklusun gerçekleşmesinde önemli görevi vardır (Beji, 2015; Cangöl, 2010; Şirin ve Kavlak, 2008; Taşkın, 2015).

4.2.2. ERKEK ÜREME ORGAN ANATOMİSİ

4.2.2.1. Erkek Dış Üreme Organı

Penis: Cinsel birleşme ve idrar boşaltma organıdır. Penis içinde üç spongios tabaka bulunur. Korpus kavernosum (2) bol miktarda arteriyel kan damarları vardır. Korpus spongiosum (1) içinden üretra geçer. Ön ucu genişler ve glans penisi meydana

getirir. Sinir hücrelerinden zengin olduğundan oldukça duyarlıdır. (Beji, 2015; Şirin ve Kavlak, 2008; Taşkın, 2015).

Skrotum: Skrotum kesesi penis ve simfisiz pubisin altında yer alır. Median septumla iki parçaya ayrılır. Her bir bölümde testis, epididim ve spermatik kordonun alt kısmı yer alır. Testislerin asılı olduğu spermatik kordların içinde kan damarları, sinirler, kas fibrinleri ve duktus vas deferens (testisten ayrılan spermatozoların geçiş yolu) bulunur. Spermatik kord abdomene inguinal kanaldan geçerek girer. Erkekte iç üreme organları, testisler ile spermatozoonun depolanması ve taşınmasını sağlayan kanal sistemidir (Beji, 2015; Taşkın, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

Testisler: Skrotum içinde bulunan, iki adet erkek üreme organıdır. Sağlam bağ dokusundan yapılmışlardır. Uzunlukları 4 cm dir. Ağırlıkları 20-30 gramdır. Her biri spermatik kordon (funucilus spermaticus) ile skrotum içinde asılı olarak bulunurlar. Her spermatik kordon, seminal kanal, arter, ven lenf damarları ve sinirlerden oluşmuştur.

Testislerin iki görevi vardır.

Ekzokrin Görevi- Sperm Yapıcı;

İlkel erkek germ hücresinden, olgun spermiumun meydana gelme sürecine spermatogenezis denir. Bu olay hipofiz ön lob hormonlarından FSH(Folikülü Sitümüle Hormon) kontrolü altında meydana gelir. Testis 250-300 kadar lobcuğa septalar tarafından ayrılmıştır. Her lobcukta 1-4 spermatogenezisin olaylandığı tubuli kontorti seminiferleri yer alır. Lobcukların arası stroma ile doludur ve burada kan ve lenf damarları, sinirler ve endokrin salgıyı yapan intertisiyel hücreler yer alır. Tubuli kontorti duvarında olgunlaşan spermiumlar, yine burada bulunan ve spermiumlara destek ve besleme görevi yapan sertoli hücrelerinden koparlar ve ileri yollara sevk edilirler (Taşkın, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

Endokrin Görevi- Hormon Salgılayıcı (Testesteron);

Tubuli kontorti seminiferleri arasında bağ dokusunda bulunan intertisiyel hücreler testesteron hormonu salgırlar. Testesteron hipofiz ön lobundan salgılanan Intertisiyel Cell Stimulating hormonun etkisi altındadır. Testesteron erkekte sekonder

cinsiyet karakterlerini düzenleyen bir hormondur. Testisler puberteden evvel çıkartılacak olursa erkek karakteri gelişmez (Taşkın, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005; Şirin ve Kavlak, 2008).

Erkek boşaltım yolları; Tubuli Kontorti, tubuli rekti, duktus efferent, epididimis, duktus deferens, duktus ejakulatoriyus, üretradan oluşmaktadır.

Epididimis; testislerin üzerinde bulunur, çok sayıda kanalın kendi üstüne kıvrılması ile oluşmuştur. Testislerin dış ifraz kanallarının ilk kısmını teşkil eder. Baş gövde ve kuyruk kısmı vardır. Spermiumlar epididimis içinde fizyolojik olgunluğa erişirler. Ejekülasyon durumunda epididimiste depolanan spermier duktus deferense ilerler. İnguinal kanaldan geçerek abdomene girerler ve mesanenin arka yüzünden vesikulaseminalis kanalı ile birleşir. Bundan sonra kanal duktus ejakulatoris adını alır. Bu kanal prostat guddesinin içinden geçer ve üretra ile devam eder. Penis içinde uzanan üretrada idrar ve meni yolları birdir (Beji, 2015; Taşkın, 2015).

Yardımcı genital bezler; Testislerde üretilen spermier ve sperma kanalları boyunca, kanala açılan bezlerin salgıları semeni (ejekülat sıvısı) meydana getiriler. Bunlar: Vesikulaseminalis, Prostat guddesi, glandulabulboüretalis, cowper bezleri

Vesika Seminalis; Membranöz yapıda kese şeklinde olup mesane ile rektum arasında bulunur. Semen % 60'ını yapar. İki görevi vardır:

1. Dışarıya atılmadan önce spermatozooları muhafaza etmek.
2. Seminal mainin miktarını arttıran ve spermierin hareket etmesini sağlayan bir mayi salgılamak.

Prostat; Üretranın iç ağzının hemen altında yer alır ve yaklaşık ceviz büyüklüğündedir. Kas dokusundan yapılmıştır. Görevi; Alkale bir mayi salgılayarak spermierin asit olan vajende yaşamalarını sağlar. Kas kontraksiyonu ile ejakülasyon esnasında seminal mainin kuvvetle dışarı atılmasını sağlar.

Bulbo-uretral glandlar (Cowper bezleri); İki tanedir. Üretra çevresinde bulunur. Salgılarını üretraya akıtır. Asit özelliği ile idrarı notralize eder. Süte benzer koyu

kıvamda bir mayi salgılar ve seminal mainin önemli bir kısmını yapar. Kadınlarda bartolin bezlerinin karşılığıdır.

Seminal mayi; Ejekulasyon sırasında üretradan dışarı fıskırtılan süt gibi beyaz, özel kokulu, kalın ve yapışkan birçok sıvının birleşimiyle oluşan karma bir salgıdır. İçinde spermiumların yaşamasını sağlayan protein, lipid, fruktoz gibi besin maddeleri bulunur. Normalde 2-6 ml arasındadır.

Normozoospermia: Normal ejakulat

Oligozoospermia: Sperm konsantrasyonu 20 mil/ml den az

Asthenospermia: İleri progresyon 3. ve 4. derecede olan spermler %50'den az

Teratozoospermia: Normal yapıda spermler %50'den az

Azoospermia: Ejakulattaspermatozoa olmaması

Aspermia: Ejakulat olmaması.

Nekrospermi: tüm spermatozoitlerin ölü olması

Oligoastenoteratozoospermi: Konsantrasyon, hareketlilik ve morfolojinin referans aralığından farklı olduğu durumlar, semen terminoloji tanımlanmaktadır (Beji, 2009; Beji, 2015; Kadioğlu, 2011; Kayıkçı ve ark., 2002; Taşkın, 2015).

4.3. ÜREME SİSTEMİNİN FİZYOLOJİSİ

Kadın üreme fonksiyonlarının normal olarak devam edebilmesi için tüm organizmada ve özellikle üreme organlarında menarştan menopoza kadar devam eden ve her ay muntazam olarak tekrarlayan bazı değişiklikler söz konusudur. Adetin birinci gününden başlayıp bir sonraki adetin ilk gününe kadar devam eden bu periyodik değişikliklere “menstrual siklus” denir. Kadında doğurganlık özelliği, menstrual siklusun başladığı 11-14 yaşlar ile menopoza kadar yaklaşık 45-60 yaşlarına kadar devam eder. Adetler ortalama 28 günde bir tekrarlanır. En sık ve en seyrek 35 günde bir görülen adetler de normal sayılır. Bireysel genetik özellikler her vücut hücresinde mevcuttur. Bu özelliklerin nesilden nesile geçişi kadında ovum, erkekte spermium tarafından olur.

Oyum; 150-200 mikron çapında büyük ve hareketsiz bir hücredir. Fertilize olmamış ovum, ovülasyondan 24-48 saat sonra canlılığını kaybederek uterus ve vajinadan dışarı atılır.

Spermium; 50-60 mikron uzunluğunda kk ve hareketli bir hücredir. Baş kısmının delici bir özelliği vardır. Spermiumların kadın vücudunda yaşama süresi ortalama 48-72 saattir. Gonadlardaki germ hücrelerinin gelişerek olgun ovum ve sperm haline dönüşme sürecine “oogenezis” ve “spermatogenezis” denir (Beji, 2015; Cangl, 2010; Taşkın, 2015).

Oogenezis; Primer germ hücreleri intrauterin 5. aya kadar mitozla çoğalma gösteriyor. Hacimce büyüyen germ hücreleri primer oosit olarak isimlendiriliyor. Etrafi yassı epitel ile örtülerek adını primer folikül yapıyor. Bir kız çocuğu doğduğunda ovariumların da toplam 500 bin kadar primer folikül bulunmaktadır. Puberta ile beraber her ay pek çok primer folikül büyümeye başlıyor ama ilerinden bir tanesi gerçek olgunluğa ulaşıyor ve 1. mayoz bölünmeyi gerçekleştirerek sekonder oosit adını alıyor. Sekonder oosit fertilize olursa 2. mayoz bölünmeyi gerçekleştiriyor ve ovum adını alıyor (Beji, 2015; Taşkın, 2015).

4.3.1. HİPOTALAMUS-HİPOFİZ-OVER İLİŐKİLERİ

Hipotalamus- hipofiz aksı ovülasyonun düzenlenmesi açısından önemlidir. Hipotalamustan pulsatil olarak salgılanan Gonadotropin salgılayıcı hormon (GnRH) hipotalamo- hipofizer portal sistem aracılığıyla hipofiz n lobuna taşınır. GnRH etkisiyle hipofizin bazofilik gonadotrop hücrelerinden glikoprotein yapısındaki gonadotropinler folikülü sitümüle edici hormon ve luteinize edici hormon salgılanır. Gonadotrop hormonların kontrolü altında, overlerden östrojen ve progesteron salgılanır. Over hormonları ise endometrium üzerine etki ederek menstrual siklusu kontrol ederler (Taşkın, 2015).

4.3.1.1. HİPOFİZ N LOB HORMONLARI

4.3.1.1.1. Folikülü Stimüle Eden Hormon (FSH);

Erkeklerde testislerin tubili kontortu seminiferini olgunlaştırarak, spermatogenezisin oluşmasında rol oynar. Kadnda, puberte ile beraber

ovariumlardaki primer folikülleri etkileyerek, gelişmesini ve olgunlaşmasını sağlar. Her siklusta ovariumlarda pek çok primer folikül, FSH'nın etkisiyle büyümeye başlar, ancak bunlardan bir tanesinin ovülasyon yapma şansı vardır. Diğerleri gelişimin farklı safhalarında dejenere olurlar. Granüloza hücrelerinde proliferasyon ve östrojen üretimine neden olur. FSH sürekli salgılanmaz, gelişen foliküllerden giderek artan miktarda östrojen düzeyi ile ilişkilidir. Over rezervini değerlendirmede yaygın olarak kullanılan belirteçlerden biridir (Beji, 2015; Demirtaş ve ark., 2014; Taşkın, 2015)

4. 3.1.1.2.Lutenize Edici Hormon (LH);

LH (luteinizan hormon) ön hipofiz bezinde üreten bir hormondur. Erkeklerde ismi intertisiyel hücrelerden testesteron yapımını kontrol eder. LH; Kadında , FSH ile birlikte ovülasyonu ve karpus luteumun şekillenmesini sağlar. Daha çok FSH olmak üzere bu iki hormonun etkisi ile ovariumlardan östrojen salgılanır. Ovülasyonu sağlayan hormondur (Erboğa, 2012; Taşkın, 2015).

4. 3.1.1.3. Luteotrop Hormon (Prolaktin) (LTH)

Kadında, normal siklusta fazla görevi yoktur. Daha çok göğüslerde süt yapımında rol oynar. Laktasyonda bu hormonun fazla salgılanması FSH'yı baskılayarak overlerde folikül gelişmesini durdurur. Bu nedenle laktasyonda menstrual siklus görülmez. Fiziksel egzersiz, cerrahi, insulin hipoglisemisi, kriz ve seksüel ilişki gibi stres içeren durumlarda prolaktin sekresyonu artar. Bu artışın doğası ve önemi anlaşılammıştır. Kadınlarda meme başı uyarısı, göğüs duvarı travması ya da cerrahisi, göğsün herpes zoster infeksiyonu, prolaktin seviyelerinde yükselmeye yol açabilir. Bu afferent nöronlar aracılığıyla olur. Tersine, erkeklerde meme başı uyarısı prolaktin seviyelerinde artışa neden olmaz (Balçık, 2007; Taşkın, 2015).

4.3.2. OVERLER VE HORMONLARI

Pubertede overlerde yaklaşık 500 bin primordial folikül bulunur. Menopoza kadar, her ay bunların 10-20 tanesi olgunlaşmaya başlar ve kadın cinsiyet hormonları olan östrojen ve progesteron salgılar. Bu hormonların, başta memeler, fallopi tüpleri, uterus ve vajina olmak üzere birçok vücut dokusu üzerine etkileri vardır.

4.3.2.1.Östrojen Hormonu

Hipotalamus ve hipofizi geri-bildirim mekanizması ile etkiler. Örneğin; estrojenin artması FSH' yı negatif geri bildirimle baskılar, LH' ın ise pozitif geri bildirimle salgılanmasını uyarır. Embriyonik ve fetal gelişimde önemli bir role sahip olan östrojen hormonu sekonder seks karakterlerinin gelişimi, üreme döngüsü, fertilitte ve gebeliğin devamı üzerine etkileri vardır. Pubertede göğüslerin büyümesi, pubik ve aksular kıllanma, ses kalınlaşması, kalça ve uylukta yağ depolarının artması, estrojenin etkisi ile olur. Uterusun, fallop tüplerinin, vajinanın ve dış genital organların puberte da gelişmesini sağlar. Gebelikte artan miktarlarda salgılanarak, uterus ve vajinada damarlaşmaya ve hücrelerde büyümeye neden olur. Serviksin müsküler yapıda olmayan dokuları da östrojenden etkilenir ve servikte yumuşama ile birlikte, epitelden mukus salgılanır. Estrojen göğüsleri büyütür ve kanal sisteminin proliferasyonunu (çoğalmasını) sağlar. Kalsiyum metabolizmasını etkileyerek kemik büyümesini hızlandırır. Ancak bu büyüme birkaç yıl devam eder ve ardından uzun kemiklerde epifizleşmeye neden olduğundan, uzama erkeklerinki kadar olmaz. Kan kolesterolünü ayarlar. Menopoz da estrojen düzeyindeki düşme, üreme organlarında atrofiye neden olur (Akpınar, 2013; Öktem ve Urman, 2012; Taşkın, 2015).

4.3.2.2.Progesteron Hormonu

Normal siklusta progesteron karpus luteumdan salgılanır. Siklusun ikinci yarısında endometriumun sekretuar fazında biyokimyasal ve morfolojik değişiklikleri düzenler. Progesteronun etkisi ile servikal glandlar kalın bir mukus salgırlar. Böylece servikal kanaldan spermilerin geçişi zorlaşır. Bu da progestinlerin kontraseptif etkisinde önemlidir. Bazal vücut ısısında 0,2-0,5 °C lik artışa neden olur. Gebelikte estrojenin uterus kontraksiyonları üzerine uyarıcı etkisini notralize ederek uterus kontraksiyonlarını baskılar (Erdoğan, 2013; Taşkın, 2015).

4.3.3. ÜREME SIKLUSU

Üremenin gerçekleşebilmesi için kadının genital organlarında ve tüm vücudunda menarştan menopoza kadar oluşan, her ay periyodik olarak tekrarlayan değişikliklerin tümüne menstrual siklus adı verilir. Kadın organizması ergenlik çağından itibaren her ay yeni bir gebeliğe hazırlanır. Adet döngüsünün ilk günü adet

kanamasının başladığı gündür. Bu döngü bir sonraki adet kanamasının ilk gününe dek sürer. Genel olarak 28 gün olarak kabul edilse de 21 ila 35 gün arası normal kabul edilir. Üreme sisteminde ki hormonal döngü, serebral korteksten hipotalamus üzerine olan direkt etki nedeniyle çevresel faktörlerden de etkilenir. Buna bağlı olarak, stres, kaygı ve benzeri duygusal değişiklikler, bölge ve iklim değişikliği gibi çevresel faktörler üreme sisteminin fonksiyonlarını etkiler (Beji, 2015; Köker, 2006; Taşkın, 2015).

4.3.3.1. OVARIAL SIKLUS

Endometriumda ki dönemsel değişiklikler, diğer bir deyişle menstrual siklus, overlerdeki dönemsel değişikliklere bağlıdır. Bir kız çocuğu doğduğunda overlerinde yaklaşık 500 bin kadar oosit I'in bulunduğu "primer folikül" bulunur. Bu foliküller overlerin korteks tabakasında yerleşmişlerdir. Küçük yaşlarda bu foliküllerde fazla bir faaliyet görülmez. 8 yaşlardan sonra, FSH' ya cevap vermeye başlarlar. Ovarian siklus, folikül gelişme, ovülasyon ve karpus luteum (sarı cisim) dönemi olmak üzere üç aşamada incelenir.

Foliküler fazı; değişken olup, siklus sürelerindeki farklılık foliküler fazından kaynaklanır. Ortalama 12-14 gün sürer. Ovariumlarda pek çok folikül FSH'nın etkisi ile olgunlaşmaya başlar ve her bir folikül belirli miktarlarda östrojen salgılar. Bu sürecin bir devresinde, bir folikül diğerlerinden daha hızlı gelişir ve daha fazla miktarda östrojen salgılar. Bu sırada folikül içindeki oosit I. büyür ve 1. Mayoz bölünmesini geçirerek oosit II (sekonder oosit) adını alır. Mukoid geçirgen bir membran olan zona pellusida etrafını çevirir ve graff folikül adını alır. Graff folikülü, folikülün ovülasyondan hemen önceki halidir. Ovülasyondan hemen önceki çapı 10-15 mm'ye ulaşır. 28 günde bir siklusu olan kadında menstruasyonun başlangıcından 14 gün sonra ovülasyon gerçekleşir. Ovülasyondan kısa bir süre önce, folikülün dış duvarı dışa doğru kabarıp, kapsülün merkezinde stigma adı verilen küçük bir meme başı gibi hafif bir çıkıntı yapar. Graff folikülü, içinde giderek artan foliküler mainin iç basıncı theca internadaki damarların dış basıncı ile en ince yerinden çatlar ve oosit II overlerden atılır. Bu olaya ovülasyon (yumurtlama) denir. Bu sırada östrojen hormonu kanda en yüksek seviyededir. Luteal fazın genel olarak sabit bir süre olduğu ve 14 gün sürdüğü bilinir. Ovülasyondan sonra ilk 3 günde geride kalan

folikül içine kolestrol yığılır ve sarı bir renk alır. Bu oluşuma (sarı cisim) karpus luteum denir. Ovülasyondan sonra karpus luteumdan daha çok progesteron, daha az östrojen salgılanır. Karpus luteumun en olgun zamanı ovülasyondan 1 hafta sonraya yani siklusun 21. gününe rastlar (Beji, 2015; Evliyaoğlu ve ark., 2010; Köker, 2006; Taşkın, 2015).

4.3.3.2. ENDOMETRİAL SIKLUS

Endometrial siklus ovarial siklus tarafından etkilenerek fertilize ovumun implantasyonu için hazırlanan endometriumda görülür. Endometrial siklusta fazlara bölünmüştür. Bunlar Proliferatif faz, sekretuvar faz, menstrual faz olarak üçe ayrılmıştır.

Proliferatif fazı; Menstrual fazın başlangıcından itibaren yaklaşık 5. günde başlar ve ovülasyona kadar devam eder. Bu faz uterusun tamir olduğu fazdır. Endometriumun bazal hücreleri hızla bölünerek kaybolan hücrelerin yerini alırlar. Sekretuvar fazı; Endometriumdaki bezlerin muköz sıvı ile beraber, yumurtanın implantasyonunda onu besleyecek sıvıların salgılandığı, besinlerin depo edildiği fazdır. Menstruasyon fazı; Kandaki östrojen ve progesteronun düşmesi ile spiral arterlerde spazm olur ve endometrium tabakasında gerileme olur. Bunun sonucu olarakta menstruasyon olaylanır. Normal menstrüel siklus, vajinal kanamanın ilk günü kabul edildiğinde 28 ± 7 günde bir gerçekleşen 4 ± 2 gün süren menstrüel kanamayla yaklaşık 35-50 ml. kan kaybedilir. Kanın yanı sıra mukus ve doku sıvısı da atılır (Aktümsek, 2015; Beji, 2015; Cangöl, 2010; Erdoğan, 2013; Evliyaoğlu ve ark., 2010; Köker, 2006; Taşkın, 2015; Yıldırım, 2000; Zoghi, 2015).

4.4. FERTİL DÖNEMLERİ BİLME ve OVÜLASYON İZLEM YÖNTEMLERİ

Fertilite bilinci kapsamında spermin 48-72 saat canlı kalabildiği ve ovumun ömrünün 24-48 saat olduğu bilinmektedir. Fertilitenin en fazla olduğu dönem ovülasyondan 5 gün önce başlar ve 2 gün sonra biter. Bu süre içinde gebe kalma olasılığı giderek artar ve ovülasyon günü ile ondan önceki iki gün en üst düzeydedir. Fertilite bilinci kapsamında fertil (doğurgan) dönemlerin belirlenmesi, istenmeyen

gebeliklerin önlenmesi ya da gebe kalınması konusunda çiftlere yardımcı olur (Beji, 2009; Kurşun, 2014; Taşkın, 2015).

Ovülasyon izlem yöntemleri; servikal mukus ya da ovülasyon (Billings) yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, servikal palpasyon yöntemi ve takvim yöntemlerini kapsar. Günümüzde fertilité durumunu (ovülasyon dönemini) saptamada bir takım kimyasal ve hormonal testlerden de yararlanılmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalarda, idrarda LH piki tayini ve tükürük ya da servikal mukusta fern kristalizasyonu testinin (eğreltiotu görünümü) ovülasyon gününü belirlemede etkili olduğu kanıtlanmıştır (Başaraner, 2009; Beji, 2009; Fehring ve ark., 2013; Gökdemirel, 2000; Günthera ve ark., 2015; Jones ve ark., 2015; Kurşun ve ark., 2014; Porucznik ve ark., 2014; Taşkın, 2015; Zinaman, 2006).

4.4.1. SERVİKAL MUKUS TAKİBİ BILLINGS OVÜLASYON METODU

4.4.1.1. Billings Ovülasyon Metodu- Servikal Mukus Takibinin Tanımı:

BOM (Billings Ovülasyon Metodu) 1960' lı yıllarda Billings'ler tarafından geliştirilen servikal mukus takibinin temeli, doğurganlığın bir işareti olan servikal mukusun farkında olmaktır. Bu mukus, uterusun bir bölümü olan serviksten, üreme hormonlarının (östrojen, progesteron) etkisi altında üretilir. Menstrual siklus boyunca hormonların etkisi ile mukusun nitelik ve niceliği değişim gösterir. Günümüzde, Avusturalya'dan Kanada'ya yüzden fazla ülkede, yüz milyonu aşkın çift metodu güvenli bir şekilde kullanmaktadırlar (Başaraner, 2009; Beji, 2009; Gökdemirel, 2004).

4.4.1.2. Servikal Mukus Takibi-Billings Ovülasyon Metodunun Özelliği

Fertil bir kadın, mukustaki değişiklikleri gözleyerek vulvada verdiği hissi fark edip fertil ve infertil dönemleri ayırt edebilir. Ovülasyon döneminde akıntı artar, incilir, rengi berraklaşır ve kaygan hale gelir. Şeffaf, iplik gibi uzayan mukusun vajina içerisi etrafında oluşturduğu ıslaklık, yağlama ve kayganlığın hissedildiği en son güne zirve günü denir. Gebe kalma olasılığı ovülasyon günü ile ondan önceki iki günde en üst düzeydedir. Ovülasyon günündeki oynamalar nedeni ile cinsel ilişkiden

kaçınılması gereken süre uzun tutulmalıdır ya da bu sürede bariyer yöntemleri de kullanılmalıdır (Beji 2009; Gökdemirel ve Coşkun, 2011; Öztürk, 2009).

4.4.1.3. Billings Ovülasyon Metodu- Servikal Mukus Takibinin Olumlu Yönleri

- Hiçbir sağlık riski ve sistemik yan etkisi bulunmamaktadır,
- Ekonomiktir ve malzeme ihtiyacı yoktur,
- Dini ve ahlaki değerlerden etkilenmez,
- Kadın, doğurganlık çağı boyunca kullanabilmektedir,
- Çiftlere doğurganlık bilinci kazandırmaktadır,
- Kullanımı kolay olup sonuç kısa süre içinde öğrenilmektedir,
- Herhangi bir ilaçla etkileşim göstermemektedir,
- Aile planlaması yöntemi olarak kullanılabilir,
- Kronik bir hastalığı olan çiftler için uygun bir yöntemdir.

4.4.1.4. Billings Ovülasyon Metodu- Servikal Mukus Takibinin Olumsuz Yönleri

- CYBH' lara karşı koruyucu değildir,
- Yöntem eğitimi ortalama olarak üç ay sürer (Beji, 2009; Fehring ve ark., 2013; Gökdemirel ve Coşkun, 2011; Manhart ve ark., 2013; Öztürk, 2010)

4.4.1.5. Billings Ovülasyon Metodu- Servikal Mukus Takibinin Kullanımı ve Etkinliği

Yöntemin etkinliği, kadının servikal mukusu iyi izlemesine, doğru yorumlamasına ve çiftin yöntemin kurallarına uymasına bağlıdır. Kadın her gün parmağını vajenine sokarak mukus değişikliğini kontrol eder. Ovülasyon döneminde akıntı artar, inceler, rengi berraklaşır ve kaygan hale gelir. Başparmak ve işaret parmağı arasında tutulduğunda 5-25 cm kadar uzadığı görülür. Bir damla muküs mikroskop altında incelendiğinde, kuruyan muküsün eğrelti otuna benzer şekil aldığı görülür. Şeffaf, iplik gibi uzayan mukusun vajina içerisi etrafında oluşturduğu ıslaklık, yağlama ve kayganlığın hissedildiği en son güne zirve günü denir. Zirve

gününden itibaren 4 gün süreyle cinsel ilişkiden kaçınılır. Kadının fertil günlerini belirleyip her gün bir forma kaydetmesi gerekecektir.

Bu yöntemi uygularken spermin kadının genital yolunda 48-72 saat süreyle canlı kalabildiği ve ovumun ömrünün 24-48 saat olduğu akılda tutulmalıdır. Fertilitenin en fazla olduğu dönem, ovülasyondan 5 gün önce başlar ve ovülasyondan iki gün sonra sona erer. Gebe kalma olasılığı ovülasyon günü ile ondan önceki iki günde en üst düzeydedir. Doğal aile planlaması yöntemleri gebeliği önlemek ya da oluşturmak için kullanılır. Yöntemin başarısının %99'dan fazla olduğu bilinmekle birlikte DSÖ'nün yapmış olduğu çok merkezli bir çalışmada ovülasyon yöntemini doğru kullananlarda başarısızlık oranı %3 olarak bildirilmiştir (Beji, 2009; Fehring ve ark., 2013; Gökdemirel ve Coşkun, 2011; Manhart ve ark., 2013; Öztürk, 2009; Taşkın, 2015).

4.4.2. BAZAL VÜCUT SICAKLIĞI YÖNTEMİ

4.4.2.1. Bazal Vücut Sıcaklığı Yönteminin Tanımı

Bazal vücut ısısı, uyku sonrası gibi kesin bir dinlenme sonrası ve yemek içmek dahil bazı normal aktivitelerden önceki vücut ısısıdır. Ovülasyon sonrası, korpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu vücut ısısını 0,2°C-0,5°C arasında yükseltir. Bir sonraki menstruasyona kadar yüksek ısıda tutar. Bu yükselişe termal kayma denir ve bu da bazal vücut ısısı yönteminin esasını oluşturur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

4.4.2.2. Bazal Vücut Sıcaklığı Yönteminin Olumlu Yönleri

- Hiçbir sağlık riski ve sistemik yan etkisi bulunmamaktadır,
- Dini ve ahlaki değerlerden etkilenmez,
- Kadın, doğurganlık çağı boyunca kullanabilmektedir,
- Çiftlere doğurganlık bilinci kazandırmaktadır,
- Kullanımı kolay olup sonuç kısa süre içinde öğrenilmektedir,
- Aile planlaması yöntemi olarak kullanılabilir.

4.4.2.3. Bazal Vücut Sıcaklığı Yönteminin Olumsuz Yönleri

- Bazal vücut ısısı, enfeksiyon, hastalık, stres, düzensiz uyku, antibiyotik kullanımından etkilendiği unutulmamalıdır,
- CYBH' lara karşı koruyucu değildir,
- Yöntem eğitimi ortalama olarak üç ay sürer.

4.4.2.4. Bazal Vücut Sıcaklığı Yönteminin Özelliği ve Kullanımı

Ovülasyon dönemi, vücut ısısı izlenerek saptanabilir. Ovülasyon muhtemelen ilk ısı yükselişinden 4 gün önce ve ısı artışı saptanan üçüncü günün akşamına kadar kadın fertil (doğurgan) dönemdedir. Çift, menstrual kanamanın ilk gününden infertil dönemin başladığı, ısı artışının saptandıktan sonraki üçüncü günün akşamına kadar cinsel perhizle gebelikten korunabilir. Ateş ölçme işlemi hassas bir termometre ile sabah yataktan kalkmadan önce, ortalama aynı saatlerde ve tercihen oral yoldan ölçülüp not edilmelidir. Guermandi ve ark. yaptığı çalışmada bazal vücut ısısı yöntemi ile birlikte ultrason folikül takibi yapıldığında foliküllerin varlığı saptanarak bazal vücut ısısı yönteminin etkin olduğu kanıtlanmıştır (Aktoprak, 2012; Başaraner, 2009; Beji, 2009; Fehring ve ark., 2013; Guermandi ve ark.,2001; Kurşun ve ark., 2014; Manhart ve ark., 2013; Öztürk, 2010; Porucznik ve ark., 2014; Taşkın, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005; Türk, 2009).

4.4.3. SERVİKAL PALPASYON YÖNTEMİ

4.4.3.1. Servikal Palpasyon Yöntemi Tanımı

Bu yöntem kadının, çömelme pozisyonunda ya da ayaktayken kendi kendini muayene ederek servikal kıvam, açıklık ve değişikliğini tanımlayıp yorumlamasına dayanır.

4.4.3.2. . Servikal Palpasyon Yönteminin Olumlu Yönleri

- Hiçbir sağlık riski ve sistemik yan etkisi bulunmamaktadır,
- Ekonomiktir ve malzeme ihtiyacı yoktur,
- Kadın, doğurganlık çağı boyunca kullanabilmektedir,

- Çiftlere doğurganlık bilinci kazandırmaktadır,
- Aile planlaması yöntemi olarak kullanılabilir,
- Kronik bir hastalığı olan çiftler için uygun bir yöntemdir.

4.4.3.3. Servikal Palpasyon Yönteminin Olumsuz Yönleri

- CYBH' lara karşı koruyucu değildir,
- Deneyim gerektirir,
- Bazı kadınlar, genital organlarına dokunmak istemeyebilirler.

4.4.3.4. Servikal Palpasyon Yönteminin Kullanımı

İnfertil dönemde serviks serttir, eksternal os kapalıdır ve servikse kolay ulaşılır. Yaklaşmakta olan ovülasyonla birlikte östrojen hormon seviyesi yükseldikçe, serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir ve servikal os açılır. Ovülasyondan 4-5 gün önce, yumuşamanın başlaması belirgin hale gelir. Os yavaş yavaş açılır ve palpasyonla servikse daha zor ulaşılır. Ovülasyonu izleyen günlerde serviks yeniden sertleşir, aşağı iner ve os kapanır. Bu yöntemle kadın, ilk değişiklikleri belirlediği andan itibaren serviksi kolayca hissettiği, serviksin sert ve osun kapalı olduğu zamana kadar fertil sayılır. Muayene mümkünse her gece yatmadan önce, her seferinde aynı pozisyonu kullanarak yapılmalı, tırnaklar kısa, eller temiz olmalıdır (Beji, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005; Türk 2009).

4.4.4 TAKVİM YÖNTEMİ

4.4.4.1. Takvim Yönteminin Tanımı

Tarih boyunca çiftler, doğurganlık ve doğal aile planlaması konusunda arayış içine girmişler ve kendilerince bir takım yöntemler geliştirmişlerdir. Bu konuda ilk bilimsel yaklaşım 1928 yılında olmuş ve menstrüel siklusta ovülasyon gününün bilimsel olarak belirlenmesiyle “takvim yöntemi” yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Takvim yöntemi, menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için altı aylık bir gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan bir yöntemdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

4.4.4.2. Takvim Yönteminin Olumlu Yönleri

- Hiçbir sağlık riski ve sistemik yan etkisi bulunmamaktadır,
- Kadın, doğurganlık çağı boyunca kullanabilmektedir,
- Çiftlere doğurganlık bilinci kazandırmaktadır,
- Aile planlaması yöntemi olarak kullanılabilir.

4.4.4.3. Takvim Yönteminin Olumsuz Yönleri

- CYBH' lara karşı koruyucu değildir,
- Kullanımı sınırlıdır (menopoza yakın, düşük veya doğum sonrasında önerilmez)
- Adet düzensizliği olan kadınlara uygun bir yöntem değildir.

4.4.4.4. Takvim Yönteminin Kullanımı

Yöntem, fertil günlerde çiftin cinsel ilişkiden kaçınması ve güvenli günlerden yararlanması esasına dayanır menstrual siklusun uzunluğu 8 ay süre ile kayıt edilir. Menstrual siklus kanamanın olduğu gün başlar, ikinci menstruasyonun başlamasından bir gün önce sona erer. Bu sekiz siklusun en uzun ve en kısa olanları belirlenir. En uzun siklustan 11, en kısa siklustan 18 çıkartılarak bulunur. Bu dönem arasında ilişki ertelenmelidir.

Örn: Bir kadının en uzun siklusu 30, en kısa siklusu 22 gün olsun. $30-11=19$, $22-18=4$, Buna göre kanamanın başladığı gün birinci gün alınırsa, siklusun 4 ile 19. Günleri, arası gebe kalmak ya da gebelikten korunmak için uygun günlerdir. Adetleri düzenli olan kadınlarda kadının siklus gün sayısından 14 gün çıkarılıp ovülasyon günü bulunur (Başaraner, 2009; Bostancı, 2011; Taşkın, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005; Türk, 2009).

4.5. KİMYASAL VE HORMONAL TESTLER

Son 10-15 yıldır üreticiler kadının ovülasyon zamanını evde kendi kendine saptayabilmesi adına bir takım kitler geliştirme çabasına girmişlerdir. Yapılan bilimsel çalışmalarda, idrarda LH piki tayini ve tükürük ya da servikal mukusta fern kristalizasyonu testinin ovülasyon zamanını belirlemede etkili olduğu kanıtlanmıştır.

4.4.5.1. İdrarda LH Tayini

4.4.5.1.1. İdrarda LH Tayininin Tanımı

Ovülasyon zamanını belirlemek için idrarda LH yüksekliğini saptamada, hazır kitler ve idrar sticklerinden yararlanılır. Ovülasyondan 36-40 saat önce, kan ve idrarda LH düzeyi birden 9-15 kat artarak en yüksek düzeyine ulaşır. Bu ani yükseliş, ovülasyonun 1-2 gün içinde olacağını işaret eder. Günlük LH üretiminin yaklaşık olarak %10'u idrarla atılır. LH tipik olarak sabah saatlerinde salınır ve ancak birkaç saat sonra idrarda ölçülebilir. Günde iki kez alınacak olan idrarda seri LH ölçümleri ile ovülasyon zamanını belirlemek mümkündür (Aktaş, 2007; Beji, 2009).

4.4.5.1.2. İdrarda LH Tayininin Özelliği

Ovülasyon test cihazı numune olarak idrarın damlatıldığı bir numune pedi içeren numune penceresinden oluşmaktadır. Numune pedi geçerken membran tarafından tutulmaktadır. Numune olarak damlatılan idrar örneği membran üzerinde kılcal hareketler ile ilerleyemeye başlar. Yeterli miktarda ve cihazın hassasiyeti dahilinde LH içeriyor ise, anti LH koloidal altın konjugatı ile bir bileşik oluşturarak, "T" harfinin gösterdiği test bölgesine doğru ilerler. Bu bölgede hapsedilir ve bunun sonucunda "T" bölümünde çizgi oluşur. Bu bölgedeki çizgi numunede arınan LH varlığı ile ilişkili olduğundan dolayı test bölgesindeki çizgi ile beraber değerlendirilerek çizginin varlığı ya da yokluğu testin pozitif ya da negatif sonucunu gösterir. Bu bölgede hapsedilmeyen koloidal altın parçacıkları kontrol çizgisini oluşturan bölgeye doğru ilerleyerek, "C" bölümünde kontrol çizgisini oluşturmak üzere LH varlığından bağımsız olarak, başarılı bir şekilde hapsedilir. Sonuçta bu bölgede oluşan çizgi cihazda yeterli miktarda örnek olduğunu, örneğin doğru bir akış seyri izlediğini göstererek bir kontrol aracı olarak görev yapmaktadır (Beji, 2009; Godbert ve ark., 2015; Porucznik ve ark., 2014).

4.4.5.1.3. İdrarda LH Tayinin Olumlu Yönleri

- Hiçbir sağlık riski ve sistemik yan etkisi bulunmamaktadır,
- Kadın doğurganlık çağı boyunca kullanabilmektedir,
- Çiftlere doğurganlık bilinci kazandırmaktadır,

- Kullanımı kolay olup sonuç kısa süre içinde öğrenilmektedir,
- Herhangi bir ilaçla etkileşim göstermemektedir,
- Aile planlaması yöntemi olarak kullanılabilir,
- İnfertil çiftler ve kronik hastalığı olan kadınlar için uygun bir yöntemdir.

4.4.5.1.4. İdrarda LH Tayinin Olumsuz Yönleri

- CYBH' lara karşı koruyucu değildir,
- İdrar örneğinin alınması gerekir.

4.4.5.1.5. İdrarda LH Tayin Kitlerinin Kullanımı

Yaklaşık 50 yıldır, menstrual siklusun fertil dönemlerini belirlemeye yardımcı olan test günün herhangi bir zamanında yapılabilir ancak tercihen sabah saat 10:00'dan sonra ve akşam 20:00'den önce yapılmalıdır. Eğer günde iki kez test yapılacaksa her iki test arasında 8 saat olması kısa LH artışlarını yakalamakta yardımcı olacaktır. Teste başlamadan en az iki saat önce sıvı alımı yavaşlatılmalı. Teste başlama zamanı adet siklusuna göre belirlenebilir. Örneğin 28 günlük bir siklusta 12. gün, 30 günlük bir siklusta 14. gün başlanmalıdır. İdrarda LH konsantrasyonunun 40 mIU/ml olması, test sonucunun pozitif olduğunu göstermektedir. Guermandi ve ark. yaptığı çalışmada LH idrar kitlerinin etkinliğinin %99 olduğu belirlenmiştir (Başaraner, 2009; Beji, 2009; Gerrits ve ark., 2013; Godbert ve ark.,2015; Guermandi ve ark.,2001; Günthera ve ark., 2015; Porucznik ve ark., 2014).

4.4.5.2. Tükürük Testi ile Ovülasyon Tayini

4.4.5.2.1. Tükürük Testinin Tanımı

1969 yılından itibaren, İspanyol bir jinekolog olan Dr. Biel Cassal tarafından tükürük testi ile ilgili çalışmalar başlamıştır. Kadınların menstrual siklus sürecindeki hormonal değişiklikleri ile tükürükte ki kristalizasyon arasında ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Cassal tarafından yapılan çalışmada bu yöntemin başarı oranının % 96,2 olduğu belirlenmiştir. Ovülasyon dönemine yakın günlerde östrojen düzeyinin yükselmesiyle servikal mukusta ve tükürükte kristalizasyon (eğreltiotu görünümü)

özelliği görülür. Bu özellik testin temelini oluşturur. Tükürükte kristalleşmenin görülmesi, kadının fertilité göstergesi olarak yorumlanır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

4.4.5.2.2. Tükürük Testinin Özelliği

Ülkemizde birçok marka isimi ile piyasada bulunmaktadır. Ülkemizde bulunan test aracı, küçük, yassı ve plastik bir mikroskoptan oluşmaktadır. Dudak boyası şeklindeki mini mikroskopun hassas optiği, tükürük sıvısında çözelti olarak bulunan östrojen hormonunu bir ışık kaynağı ile ışıklandırıp gözle görülür hale getirilir. Aletin merceğine tükürük örneği yerleştirilerek kadının fertil ve infertil dönemleri saptanır (Günthera, 2015; Kızılkaya, 2009).

4.4.5.2.3. . Tükürük Testinin Olumlu Yönleri

- Kadın doğurganlık çağı boyunca kullanabilmektedir,
- Çiftlere doğurganlık bilinci kazandırmaktadır,
- Kullanımı kolay olup sonuç kısa süre içinde öğrenilmektedir,
- Herhangi bir ilaçla etkileşim göstermemektedir,
- Aile planlaması yöntemi olarak kullanılabilir,
- İnfertil çiftler ve kronik hastalığı olan kadınlar için uygun bir yöntemdir,
- Maliyetli bir yöntem değildir,
- Hiçbir sağlık riski ve sistemik yan etkisi bulunmamaktadır,
- İdrar ve kan vermeye gerek yoktur,
- İnvaziv girişim gerektirmez.

4.4.5.2.4. Tükürük Testinin Olumsuz Yönleri

- CYBH' lara karşı koruyucu değildir.

4.4.5.2.5. Tükürük Testinin Kullanımı

Ovülasyonu/ menstrual siklusun en üretken zamanı tahmin etmeye izin veren kişisel ovülasyon mikroskopudur. Kadın, sabahları kahvaltıdan önce, yani aç karnına,

tükürüğünü optik cihazın temizlenmiş merceğine kabarcıklar oluşmayacak şekilde sürer. Yaklaşık 10-15 dakika tükürüğün kurummasını bekledikten sonra, fertil ve infertil günlerini saptaması mümkün olur. Kadın ovülasyon gününe yakın zamanda tükürükteki östrojen konsantrasyonu yükseleceğinden mini mikroskopun merceğinin üzerinde incelenen tükürük örneğinde eğreltiotu görünümü belirginleşir. Bu görünüm kadının fertil dönemde olduğunu gösterir. Mercek üzerinde küçük noktacıklar veya çakıl taşlarını andıran bir görüntü oluşması kadının infertil dönemde olduğu biçimde yorumlanır.

Kullanım Talimatı:

1. Adım: Çerçevesinden yukarı çekerek lens dikkatle uzaklaştırılmalı.
2. Adım: Lens yüzeyine bir damla tükürük koyulmalı. Hava kabarcığı oluşturmamaya çalışılmalı.
3. Adım: Tükürük örneğinin en az 5 dakika kurummasına izin verilmeli ve daha sonra lensi fertil focus gövdesine geri yerleştirilmeli.
4. Adım: Lense bakılmalı ve test sonucunu incelemek için led ışık düğmesi açılmalı. Lensi gözlere yaklaştırırken çevrilmeli. Göz parçası ile odak ayarı yapılmalı ve test sonuçlarını incelemek için ışık düğmesi açılmalı.
5. Adım: Her kullanımdan sonra lens temiz bir kağıt havlu veya lens temizleyicisi ile temizlenmeli.

Sonuçların Okunması:

Üretken Olmayan Dönem: Basit nokta desenler ve çizgiler ovülasyon olmadığını gösterir

Geçiş Dönemi: Noktalar ve çizgiler arasında küçük eğreltiotu desenleri veya kristal biçimleri oluşur. 3-4 gün içinde ovülasyon olabilir. Bu zamanda konsepsiyon ihtimali vardır ancak olasılık çok değildir.

Üretken Dönem: Güçlü eğreltiotu veya kristal desenleri baskındır. Ovülasyon olmak üzeredir veya olmaktadır. Bu siklusun en üretken zamanıdır (Beji, 2009;

Günthera ve ark., 2015; <http://www.karmabilgi.net/tukurukle-yumurtlama-donemi-testi>, Erişim tarihi:16.03.2016; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

4.6. ULTRASONOGRAFİ İLE OVÜLASYONUN İZLENMESİ

Ovumun atılmasından önceki ve sonraki olayların takibine dayanır. Öncelikle mensin üçüncü gününde trans vaginal ultrasonografi ile overler bazal olarak değerlendirilir. Spontan sikluslarda, siklusun 5 – 7. günlerinde dominant folikül seçilir. Ovulatuar gelişimin son dönemlerinde preovulatuar folikül günde 2 mm. büyür ve çapı 20 mm. olduğunda ovülasyon gerçekleşir. Ovülasyondan sonra folikül küçülür, kenarları belirsizleşir, internal eko dansitesinde artma izlenir ve culde sacca serbest sıvı izlenir (Aktaş, 2007).

İnfertil çiftlerde ovulasyon değerlendirilmesi hem çiftlerin ilişki zamanlarının belirlenmesi hemde yardımcı üreme tekniklerine yönlendirilebilmesi açısından kolaylık sağlamaktadır (Yumru ve Öndeş, 2011).

4.7. OVÜLASYON İZLEM YÖNTEMLERİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ VE DANIŞMANLIK

Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler bakım, eğitim, danışmanlık ve araştırma gibi önemli rollerini üstlenerek aile planlaması ve infertilite polikliniklerinde daha aktif rol almaktadırlar. Sağlık personelinin en başta sorumluluklarında birisi de sağlık eğitimi ve danışmanlıktır. Sağlık eğitimi içinde bireylere sağlık davranışları kazandırmak ve yanlış bilgileri varsa bu bilgileri düzeltmede kişilere ve topluma danışmanlıkta sağlık personeline kritik roller düşmektedir (Öztürk, 2010).

Danışmanlık yaparken, tüm yöntemleri iyi bilmeli, önyargısız yaklaşmalı, iyi bir dinleyici olmalı, çiftlerin mahremiyetini korumalı, kısa ve anlayabileceği cümleler kurmalı, önemli bilgileri tekrarlamalı, soru sormaya teşvik etmelidirler. Hemşireler aile planlaması ve ovulasyon izlemlere yönelik danışmanlık yaparken hem kadına hem de onun sosyal çevresine ilişkin bilgilerden hareket ederek çiftlerin gereksinimlerine yanıt verecek kişisel bir yaklaşım içerisinde olmalıdırlar. İyi bir eğitim ve danışmanlıkla, doğurganlık bilincinin kazandırılmasını sağlar, yöntemler hakkında bilgi kazanmasını sağlar, yöntemin doğru zamanda kullanılmasını sağlar,

memnuniyet artar, bu yöntemleri kullananların sayısının artmasını sağlar bununla birlikte çiftler, sağlık kurumları ve ülke için tasarruf sağlar (Erenel, 2010; Öztürk, 2010).



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Araştırma, kadınların ovülasyon izlem yöntemlerine ilişkin bilgi düzeylerini ve uygulamalarını saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırmada yanıt aranan sorular

1. Kadınların yaşları doğurganlık bilgi düzeyini etkiler mi?
2. Kadınların eğitim durumları doğurganlık bilgi düzeyini etkiler mi?
3. Kadınların yaşları yöntem bilme durumlarını etkiler mi?
4. Kadınların eğitim durumları yöntem bilme durumlarını etkiler mi?

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Mersin il merkezinde bulunan, Araştırma ve Uygulama Hastanesi kadın doğum polikliniklerinde yapıldı. 3 jinekoloji, 3 obstetri polikliniği olmak üzere toplam 6 poliklinikten oluşmaktadır. 2007 yılı Aralık yılı itibariyle Akademik kadro 2 profesör, 3 doçent ve 2 yardımcı doçent doktor olmak üzere 7 öğretim üyesinden oluşmakta, 9 araştırma görevlisi ise kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık eğitimini yürütmektedir.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Kadın Doğum polikliniklerine başvuran 18-49 yaş grubu cinsel yönden aktif kadınlar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise 01 Ocak-01 Mart 2016 tarihleri arasında başvuran örnekleme alınma ölçütlerini taşıyan 740 kadın oluşturdu.

Kadınların örnekleme alınma ölçütleri ise,

- 18-49 yaş aralığında cinsel yönden aktif olan,
- İletişim kurabilme,
- Türkçe konuşma,
- Görme ve işitme engeli olmama,
- Menapozda olmama
- Çalışmaya katılmayı kabul etme olarak belirlendi.

5.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada veriler soru formu aracılığı ile toplandı. Bunlar “Kadınların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili soru formu”, bu formda yaş, öğrenim ve gelir duruma yönelik toplam 12 soru yer almaktadır. İkinci bölümde de “Kadınların obstetrik özellikleri, doğurganlık bilgileri ve ovülasyon yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulama durumları ile ilgili soru formu” 27 soru olmak üzere toplam 39 soru yer almaktadır. Bu formlar araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden yararlanılarak oluşturuldu. Veri toplama 01 Ocak-01 Mart 2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Kadınların soruları yanıtlama süresi 15-20 dakikadır.

5.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20 (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version20.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmaya katılan kadınların tanıtıcı özellikleri “Yüzdellik dağılım”, Khi-kare ile obstetrik özellikleri “Yüzdellik dağılım” ile değerlendirildi.

Kadınların doğurganlık bilgisini belirlemeye yönelik sorular araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturuldu (Gökdemirel, 2000). Sorular her doğru yanıtta iki puan verilerek, değerlendirildi. Bir kadın bütün sorulara doğru yanıt verdiğinde alacağı puan 24’dür.

Doğurganlık Bilgisini Değerlendirme Soruları, Yanıtları ve Puanları

1. Kadın her ilişkide gebe kalabilir mi?

Yanıt: Hayır

Puan: 2 puan

2. Erkek her ilişkide gebe bırakabilir mi?

Yanıt: Evet

Puan: 2 puan

3. Adetli iken gebe kalınabilir mi?

Yanıt: Evet

Puan: 2 puan

4. Adetin ilk günü takiben 12. 14. günler de gebe kalınabilir mi?

Yanıt: Evet

Puan: 2 puan

5. Adet bittikten hemen sonraki günlerde gebe kalabilir mi?

Yanıt: Evet

Puan: 2 puan

6. Adet olmadan hemen önceki günlerde gebe kalınabilir mi?

Yanıt: Evet

Puan: 2 puan

7. Gebe kalınabilecek günlerde kasık ağrısı olur mu?

Yanıt: Evet

Puan: 2 puan

8. Gebe kalınabilecek günlerde cinsel istek artar mı?

Yanıt: Evet

Puan: 2 puan

9. Gebe kalınabilecek günlerde akıntı değişikliği olur mu?

Yanıt: Evet

Puan: 2 puan

10. Gebe kalınabilecek günlerde göğüs hassasiyeti olur mu?

Yanıt: Evet

Puan: 2 puan

11. Gebe kalınabilecek günlerde vücut ısısında değişiklik olur mu?

Yanıt: Evet

Puan: 2 puan

12. Ovülasyon izlem yöntemleri aile planlaması yöntemi olarak kullanılabilir mi?

Yanıt: Evet

Puan: 2 puan

Kadınların ovülasyon izlem yöntem bilmelerine yönelik her bir yöntemi bilen kadınlara puan verilerek değerlendirildi. Her bir yöntemi bilme durumuna iki puan, bilmeme durumuna sıfır puan verildi. Bir kadın tüm yöntemleri biliyorsa alacağı toplam puan 14'tür. Akıntı yöntemi, takvim yöntemi, vücut ısısı yöntemi, tükürük yöntemi, idrar yöntemi, palpasyon yöntemi ve ultrasonla yumurta takibi yöntemi kadınlara sorulan ovülasyon yöntemleridir.

Değişkenler ortalama \pm standart sapma ve Medyan (Maksimum-Minimum) yüzde ve frekans değerleri kullanıldı. Değişkenler normallik, varyansların homojenliği ön şartlarının kontrolü yapıldıktan sonra (ShapiroWilk ve Levene Testi) değerlendirildi. Veri analizi yapılırken, iki grup karşılaştırması için ön şartları sağlamadığından Mann Whitney-U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırması için Kruskal Wallis testi ve çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni-Dunn testi kullanıldı. Testlerin anlamlılık düzeyi için $p<0,05$ ve $p<0,01$ değeri kabul edildi.

5.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın etik kurul onayı 22.12.2015/43-306 karar numarası ile alındı (Ek-2). Araştırmanın etik kurulu onayı alındıktan sonra çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için Hastane Başhekimliği'nden gerekli izinler alındı (Ek-4). Araştırmaya katılmayı kabul eden her kadına gerekli açıklamalar yapıp "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" verilerek onayları alındı.

6. BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların ovulasyon izlem yöntemlerini bilme ve uygulama durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan araştırma kapsamında, 740 kadın ile görüşüldü ve elde edilen bulgular 9 ana başlıkta ele alınarak sunuldu.

- 6.1.** Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri
- 6.2.** Kadınların Obstetrik Özellikleri
- 6.3.** Kadınların Doğurganlık Bilgisine İlişkin Özellikleri
- 6.4.** Kadınların Ovulasyon İzlem Yöntemlerini Bilme Durumlarına İlişkin Özellikleri
- 6.5.** Kadınların Ovulasyon İzlem Yöntemlerini Kullanma Durumlarına İlişkin Özellikleri
- 6.6.** Kadınların Doğurganlık Bilgi Puanlarının Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması
- 6.7.** Kadınların Doğurganlık Bilgi Puanlarına Göre Ovulasyon İzlem Yöntemlerini Bilme Durumlarının Karşılaştırılması
- 6.8.** Kadınların Doğurganlık Bilgi Puanlarına Göre Ovulasyon İzlem Yöntemlerini Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması
- 6.9.** Kadınların Yöntem Bilme Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

6.1. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan kadınların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, doğduğu bölge, eşlerin eğitim durumu, gelir düzeyi, eşleri ile akrabalık durumu, aile tipi, evlilik yaşı, kronik hastalık durumu ve sigara kullanma durumları değişkenlerine ait frekans dağılımları ve yüzdeleri Tablo 6.1.1.'de verildi.

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=740)

	Sayı	%
Yaş		
18-24 yaş	228	30,8
25-30 yaş	256	34,6
31 yaş ve üzeri	256	34,6
Doğduğu Bölge		
Akdeniz	314	42,4
Doğu Anadolu	313	42,3
Güneydoğu anadolu	55	7,4
İç anadolu	31	4,2
Ege	12	1,6
Karadeniz	9	1,2
Marmara	6	0,8
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	95	12,8
Okur yazar	65	8,8
İlköğretim mezunu	333	45,1
Lise mezunu	136	18,3
Üniversite mezunu	111	15,0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	140	18,9
Çalışmıyor	600	81,1
Eşin Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	31	4,2
Okur yazar	20	2,7
İlköğretim mezunu	397	53,6
Lise mezunu	153	20,7
Üniversite mezunu	139	18,8
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	694	93,8
Çalışmıyor	46	6,2
Evlilik Yaşı		
19 yaş ve altı	294	39,7
20-25 yaş	286	38,6
26-30 yaş	118	15,9
31 yaş ve üzeri	42	5,7

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (devam) (N=740)

	Sayı	%
Aile Tipi		
Çekirdek aile	546	73,8
Geniş aile	194	26,2
Eşi ile akrabalık durumu		
Akraba	204	27,6
Akraba değil	536	72,4
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanıyor	121	16,4
Kullanmıyor	619	83,6
Kronik Hastalık Öyküsü		
Olan	99	13,4
Olmayan	641	86,6
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	144	19,5
Gelir gidere denk	512	69,2
Gelir giderden fazla	84	11,3
Toplam	740	100

Araştırmaya katılan kadınların 18 ile 45 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması $28,1 \pm 6,0$ 'dir (Tablo 2).

Kadınların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde % 30,8'ı (n=228) 18-24 yaş grubunda, % 34,6'sı (n=256) 25-30 yaş grubunda, %34,6'sı (n=256) 31 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların %42,4'ü (n=314) Akdeniz , %42,3'ü (n=313) Doğu Anadolu, %7,4'ü(n=55) Güneydoğu Anadolu, %4,2(n=31) İç anadolu, %1,6 (n=12) Ege, %1,2(n=9) Karadeniz, %0,8 (n=6) Marmara bölgesi doğumludur.

Eğitim durumlarına göre kadınları dağılımı incelendiğinde %12,8'ı (n=95) okur yazar değil, % 8,8'i (n=65), % 45,1'i (n= 333) ilköğretim mezunu,%18,3'ü (n=136) lise mezunu, %15,0'ı (n=111) ise üniversite eğitim seviyesine sahiptir.

Kadınların %18,9'u (n=140) çalışırken, %81,1'i (n=600) çalışmamaktadır. Eşlerinin ise %93,8'i (n=694), çalışırken,% 6,2'sinin (n=46) çalışmadığı belirlendi.

Kadınların Eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde %4,2'si (n=31) okur yazar değil, % 2,7'si (n=20) okur yazar, % 53,6'sı (n=397) ilköğretim

mezunu,%20,7'si (n=153) lise mezunu, %18,8'i (n=139) ise üniversite eğitim seviyesine sahiptir.

Araştırmaya katılan kadınların evlilik yaşları 12 ile 39 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması $21,8 \pm 4,8$ 'dir (Tablo 2).

Kadınların tamamı evli olup evlilik yaşları incelendiğinde %39,7'sinin (n=294) 19 yaş ve altında, %38,6'sının (n=286) 20-25 yaşında,%15,9'u (n=118) 26-30 yaşında, %5,7'si (n=42) ise 31 yaş ve üzeri yaşlarda evlendikleri belirlendi.

Kadınların % 73,8'inin (n=546) çekirdek aile, % 26,2'sinin (n=194) ise geniş aile yapısına sahip oldukları belirlendi.

Araştırmaya dahil olan kadınların %27,6'sının (n=204) da eşi ile akraba %72,4'ünün de (n=536) eşi ile akraba olmadıkları görüldü.

Kadınların sigara kullanma durumları incelendiğinde %16,4' ü (n=121) sigara kullandıkları, %8,6'sının (n=619) ise sigara kullanmadıkları belirlendi.

Kronik hastalık öyküleri incelendiğinde kadınların %13,4'ünün (n=99) kronik bir hastalığı olduğunu, %86,6'sının da (n=641) kronik bir hastalığının olmadığını ifade ettikleri saptandı.

Araştırmaya katılan kadınların gelir düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde % 19,5'inin (n=144) gelirin giderden az olduğu, %69,2'sinin (n=512) gelirin gidere denk olduğu, %11,3'ünün (n=84) ise gelir düzeyinin giderden fazla olduğu görüldü.

Tablo 2. Kadınların Ölçümsel Sosyo- Demografik özelliklerine Göre Dağılımı (N:740)

Özellik	Ortalama	\pm ss	Min	Max
Yaş	28,1	6,0	18	45
Evlilik yaşı	21,8	4,8	12	39

6.2. KADINLARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan kadınların gebelik öyküsü, gebelik sayısı, düşük öyküsü, doğum öyküsü,doğum sayısı, gebe kalma öyküsü, aile planlaması yöntem kullanma durumu, kullanılan aile planlaması yöntemi, iki adet arasındaki süre, değişkenlerine ait dağılımları ve yüzdeleri Tablo 3'de verildi.

Tablo 3. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=740)

Obstetrik Özellikleri	Sayı	%
Gebelik Öyküsü		
Olan	650	87,8
Olmayan	90	12,2
Gebelik Sayısı		
1-2	385	59,3
3 ve üzeri	265	40,7
Düşük Öyküsü		
Olan	166	22,4
Olmayan	484	77,6
Doğum Öyküsü		
Olan	618	83,5
Olmayan	122	16,5
Doğum sayısı		
1-2	416	67,3
3 ve üzeri	202	32,7
Gebe Kalma Öyküsü		
Doğal yolla	578	88,9
Tedavi ile	72	11,1
Şimdiye kadar herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma durumu		
Kullanan	607	82,0
Kullanmayan	133	18,0
Kullanılan aile planlaması Yöntemi		
Oral Kontraseptifler	78	12,8
İğneler	36	5,9
Rahim içi araç	107	17,6
Kondom	143	23,5
Geri çekme	243	40,0
İki adet arasındaki süre		
21 günden az	49	6,6
21-27 gün	175	23,6
28-34 gün	422	57,0
35 günden fazla	94	12,8
Topam	740	100

Araştırmaya katılan kadınların %87,8' inin (n=650) gebelik öyküsünün olduğu, %12,2'sinin de (n=90) gebelik öyküsünün olmadığı belirlendi.

Gebelik öyküsü olan kadınların da %59,3'ünün (n=385) bir ve iki gebelik, %40,7'sinin (n=265) üç ve daha fazla gebelik, %22,4'ünün(n=166) düşük öyküsü yaşadıkları saptandı.

Kadınların, %83,5'inin (n=618) doğum öyküsünün olduğu, doğum öyküsü olan kadınların da %67,3'ü (n=416) bir ve iki doğum,%32,7'sinin de (n=202) üç ve daha fazla doğum yaptıkları görüldü.

Gebelik öyküsü yaşayan kadınların, gebelik sayıları 1 ile 11 arasında değişmekte olup, ortalama gebelik sayısı $2,4 \pm 1,7$ 'dir. Kadınların doğum sayıları ise 1-10 arasında değişmekte olup ortalama doğum sayısı $2,1 \pm 1,5$ 'dir (Tablo 4).

Gebelik yaşayan kadınların gebelik oluşum şekli incelendiğinde %88,9'u (n=578) doğal yolla, %11,1'i (n=72) tedavi ile alarak gebe kaldıklarını ifade ettikleri belirlendi.

Araştırmaya katılan kadınların %82'si şimdiye kadar herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandıklarını, Yöntem kullanan kadınların %5,9'u (n=36) iğnelerle, %12,8'i (n=78) oral kontraseptiflerle, %17,6'sı (n=107) Rahim içi araçla,%23,5'i (n=143) kondom ile, %40'ı (n=243) geri çekme ile korundukları saptandı.

Araştırmaya katılan kadınların %57'sinin (n=422) 28-34 günde bir, %23,6'sı (n=175) 21-27 günde bir, %12,8'i (n=94) 35 gün ve daha fazla sürede bir adet gördüklerini ifade ettikleri belirlendi.

Tablo 4. Kadınların Ölçümsel Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=650)

Özellik	Ortalama	\pm ss	Min	Max
Gebelik sayısı	2,4	1,7	1	11
Doğum sayısı	2,1	1,5	1	10

6.3. KADINLARIN DOĞURGANLIK BİLGİSİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık bilinci ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları ve yüzdeleri Tablo 5' de verildi.

Tablo 5. Kadınların Doğurganlık İle İlgili Bilgi Durumlarının Dağılımı

Doğurganlık bilgileri	Sayı	%
Kadın her ilişkide gebe kalabilir mi?		
Biliyor	427	57,7
Bilmiyor	313	42,3
Erkek her ilişkide gebe bırakabilir mi?		
Biliyor	284	38,4
Bilmiyor	456	61,6
Adetli iken gebe kalınabilir mi?		
Biliyor	400	54,0
Bilmiyor	340	46,0
Adet sonrası hemen gebe kalınabilir mi?		
Biliyor	259	35,0
Bilmiyor	481	65,0
Adetin ilk günü takiben 12.-14. Günlerde gebe kalınabilir mi?		
Biliyor	538	72,7
Bilmiyor	202	27,3
Adet olmadan hemen önceki günlerde gebe kalınabilir mi?		
Biliyor	582	78,6
Bilmiyor	158	21,4
Gebe kalınabilecek günlerde kasık ağrısı olur mu?		
Biliyor	309	41,8
Bilmiyor	431	58,2
Gebe kalınabilecek günlerde cinsel istek artar mı?		
Biliyor	229	30,9
Bilmiyor	511	69,1
Gebe kalınabilecek günlerde akıntı değişikliği olur mu?		
Biliyor	366	49,5
Bilmiyor	374	50,5
Gebe kalınabilecek günlerde göğüs hassasiyeti olur mu?		
Biliyor	310	41,9
Bilmiyor	430	58,1
Gebe kalınabilecek günlerde vücut ısısı değişikliği olur mu?		
Biliyor	173	23,4
Bilmiyor	567	76,6
Ovulasyon izlem yöntemleri aile planlaması Yöntemi olarak kullanılabilir mi?		
Biliyor	582	78,6
Bilmiyor	158	21,4
Toplam	740	100

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık bilinci ile ilgili sorulara yanıtları incelendiğinde %57,7'sinin (n=427) "kadın her ilişkide gebe kalabilir mi?" %38,4'ü (n=284) "Erkek her ilişkide gebe bırakabilir mi?", %54,0'ı (n=400) "Adetli iken gebe kalınabilir mi?" %35,0'ı (n=259) "Adet sonrası hemen gebe kalınabilir mi?", %72,7'si (n=538) "Adetin ilk günü takiben 12.-14. günlerde gebe kalınabilir mi?"

,%78,6'sı (n=582) "Adet olmadan hemen önceki günlerde gebe kalınabilir mi?", %41,8 (n=309) "Gebe kalınabilecek günlerde kasık ağrısı olur mu?", %30,9'u (n=229) "Gebe kalınabilecek günlerde cinsel istek artar mı?", %49,5'i (n=366) "Gebe kalınabilecek günlerde akıntı değişikliği olur mu?", % 41,9'u (n=310) "Gebe kalınabilecek günlerde göğüs hassasiyeti olur mu?" %23,4 (n=173) "Gebe kalınabilecek günlerde vücut ısısı değişikliği olur mu?" %78,6 (n=582) "Ovulasyon izlem yöntemleri aile planlaması yöntemi olarak kullanılabilir mi?" sorularına doğru cevap verdikleri ve bildikleri saptandı.

6.4. KADINLARIN OVULASYON İZLEM YÖNTEMLERİNİ BİLME DURUMLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Araştırmaya katılan kadınların ovulasyon izlem yöntemlerini bilme durumlarının dağılımı Tablo 6'da görülmektedir.

Tablo 6. Kadınların Ovulasyon İzlem Yöntemlerini Bilme Durumlarının Dağılımı

Yöntem Bilme Durumu	Sayı	%
Biliyor	445	60,1
Bilmiyor	295	39,9
Toplam	740	100

Tablo 6 incelendiğinde araştırmaya dahil olan kadınların %60,1'i (n=445) ovulasyon izlem yöntemlerini bildiklerini %39,9'unun da (n=295) bu yöntemleri bilmediklerini ifade ettikleri görülmektedir.

Tablo 7. Kadınların Bildikleri Ovulasyon İzlem Yöntemlerinin Dağılımı

Ovulasyon izlem yöntemleri *	Sayı	%
Takvimde yumurtlama günlerini belirleme	414	44,1
Ultrasonda yumurta takibi	227	30,7
Akıntı değişikliğini gözleme	195	26,4
İdrarda LH pik tayini	165	22,3
Mini mikroskopta tükrük testi	91	12,3
Vücut ısısı değişikliği takibi	67	9,1
Servikal palpasyon	56	7,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Ovulasyon izlem yöntemlerine ilişkin bilgiye sahip olan kadınların, %44,1'i (n=414) takvimde yumurtlama günlerini belirleme, %30,7'si (n=227) ultrasonda yumurta takibi, %26,4'ü (n=195) akıntı değişikliğini gözleme, %22,3'ü (n=165) idrarda LH pik tayini, %12,3'ü (n=91) mini mikroskopta tükrük testi, %9,1'i (n=67) vücut ısısı değişikliği takibi, %7,6'sı (n=56) yöntemlerini bildiklerini ifade ettikleri saptandı (Tablo7).

6. 5. KADINLARIN OVULASYON İZLEM YÖNTEMLERİNİ KULLANMA DURUMLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Araştırmaya katılan kadınların ovulasyon izlem yöntemlerini kullanma durumlarının dağılımı Tablo 8'de görülmektedir.

Tablo 8. Kadınların Ovulasyon İzlem Yöntemlerini Kullanma Durumlarının Dağılımı

Ovulasyon İzlem Yöntemi Kullanma Durumu	Sayı	%
Kullanıyor	357	48,2
Kullanmıyor	383	51,8
Toplam	740	100

Araştırmaya dahil olan kadınların %48,2'si (n=357) ovulasyon izlem yöntemlerinden en az bir tanesini kullandıkları, %51,8'inin de (n=383) bu yöntemlerin hiç birini kullanmadıklarını ifade ettikleri belirlendi.

Araştırmaya katılan kadınların kullandıkları ovulasyon izlem yöntemlerinin dağılımı Tablo 9'da görülmektedir.

Tablo 9. Kadınların Kullandıkları Ovulasyon İzlem Yöntemlerinin Dağılımı

Ovulasyon İzlem Yöntemleri* (n=357)	Sayı	%
Takvimde gün belirleme	333	93,2
Ultrasonda yumurta takibi	130	36,4
Akıntı değişikliği gözleme	126	35,2
Idrarda LH pik tayini	59	16,5
Mini mikroskopta tükrük testi	24	6,7
Vücut ısısı değişikliği	12	3,3
Servikal palpasyon	9	2,5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Ovulasyon izlem yöntemlerini kullanan kadınların, %93,2'si (n=333) takvimde yumurtlama günlerini belirleme, %36,4'ü (n=130) ultrasonda yumurta takibi,

%35,2'si (n=126) akıntı değişikliğini gözleme, %16,5'i (n=59) idrarda LH pik tayini, %6,7'si (n=24) mini mikroskopta tükürük testi, %3,3'ü (n=12) vücut ısısı değişikliği takibi, %2,5'i (n=9) yöntemlerini kullandıklarını ifade ettikleri belirlendi.

Tablo 10. Kadınların Ovulasyon İzlem Yöntemlerini Kullanma Amaçlarının Dağılımı (n=357)

Kullanım Amacı	Sayı	%
Gebe kalmak	330	92,4
Gebe kalmamak	27	7,6

Ovulasyon izlem yöntemlerini kullanan kadınların %92,4'ü (n=330) bu yöntemleri gebe kalmak için kullandıklarını, %7,6'sı (n=27) ise gebe kalmamak için kullandıkları görülmektedir (Tablo 10).

6. 6. KADINLARIN DOĞURGANLIK BİLGİ PUANLARININ SOSYO-DEMOGRAFIK, OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kadınların Doğurganlık bilgisi puanları, yaş grubuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Buna göre 31 yaş üzeri kadınların bilgi puanları diğer iki yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 11).

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık bilgi puanları ile doğum yerleri karşılaştırıldığında fark anlamlı bulundu ($p=0,000$). Buna göre doğum yerleri, Doğu Anadolu ($18,364 \pm 1,867$), Akdeniz ($18,761 \pm 1,860$) ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri ($19,500 \pm 1,963$) olan kadınların yöntem bilme puanları, İç anadolu ($19,741 \pm 1,672$), Marmara ($20,00 \pm 1,378$) ve Ege bölgesine ($18,622 \pm 1,414$) göre düşük düzeyde bulundu (Tablo 11).

Kadınların doğurganlık bilgi puanları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000$). Buna göre okur yazar ve ilköğretim mezunu olan kadınların, ($18,472 \pm 1,821$) okur yazar olmayan kadınların puanlarına göre ($17, 863 \pm 2,013$) istatistiksel olarak daha yüksektir. Bununla birlikte lise ve üniversite mezunu kadınların bilgi puanları da ($19,295 \pm 1,729$) okur

yazar ve ilköğretim mezunu olan kadınların ($18,472 \pm 1,821$) puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Tablo 11).

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık bilgi puanları ile çalışma durumları karşılaştırıldığında fark anlamlı bulundu ($p=0,000$). Çalışan kadınların doğurganlık bilgi puanları ($19,573 \pm 1,578$), çalışmayan kadınların bilgi puanlarına ($18,452 \pm 1,880$) göre istatistiksel olarak anlamlı derece yüksektir (Tablo 11).

Kadınların doğurganlık bilgi puanları ile eşlerinin eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000$). Buna göre eşi okur yazar ve ilköğretim mezunu olan kadınların, ($18,338 \pm 1,856$) eşi okur yazar olmayan kadınların puanlarına göre ($17,838 \pm 2,296$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Eşi lise ve üniversite mezunu kadınların bilgi puanları da ($19,295 \pm 1,716$) eşi okur yazar ve ilköğretim mezunu olan kadınların ($18,472 \pm 1,821$) puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 11).

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık bilgi puanları ile eşlerin çalışma durumları karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p=0,249$) (Tablo 11).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanlarının evlilik yaş grubu ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Buna göre evlilik yaşı 31 yaş üzeri olan kadınların ($19,523 \pm 1,452$) bilgi puanları, diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 11).

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık bilgi puanları ile aile tipi karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,000$). Çekirdek aileye sahip olan kadınların ($18,743 \pm 1,891$) bilgi puanları, geniş aileye ($18,458 \pm 1,829$) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 11).

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık bilgi puanları ile eşleri ile akrabalık durumları karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p=0,027$) (Tablo 11).

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık bilgi puanları ile sigara kullanma durumları karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0,828$) (Tablo 11).

Kadınların doğurganlık bilgi puanları ile kronik bir hastalığa sahip olma durumları karşılaştırıldığında aralarındaki fark anlamlı bulunmadı ($p=0,711$) (Tablo 11).

Kadınların doğurganlık bilgi puanları, gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000$). Buna göre gelir düzeyi gider düzeyine denk olan kadınların bilgi puanlarının ($18,738 \pm 1,875$), gelirin giderden az olduğu kadınlara ($18,333 \pm 1,777$) göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur Bununla birlikte gelir düzeyi giderden fazla olan kadınların ($18,821 \pm 2,018$) bilgi puanları da hem gelirin giderden az ($18,333 \pm 1,777$) hem de gelirin gidere denk ($18,738 \pm 1,875$) olduğu durumlara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (Tablo 11).

Tablo 11. Kadınlarda Doğurganlık Bilgi Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

	Doğurganlık Bilgisi Toplam Puanı			p
	MEDYAN	(Min-Max)	ORTALAMA \pm SS	
Yaş				
18-24 yaş (228) (a)	18,00	(14-22)	18,263 \pm 1,870	0,000
25-30 yaş (256) (b)	18,00	(14-22)	18,554 \pm 1,906	
31 yaş ve üzeri (256) (c)	19,00	(15-22)	19,144 \pm 1,757	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn	(a-c),(b-c)			
Doğduğu Bölge				
Doğu Anadolu (313) (a)	18,00	(15-22)	18,364 \pm 1,867	0,000
İç Anadolu (31) (b)	20,00	(15-22)	19,741 \pm 1,672	
Karadeniz (9) (c)	20,00	(19-21)	18,761 \pm 0,707	
Akdeniz (314) (d)	19,00	(14-22)	18,761 \pm 1,860	
Marmara(6)(e)	20,00	(17-21)	20,000 \pm 1,378	
Ege (12) (f)	20,00	(17-22)	18,622 \pm 1,414	
Güneydoğu anadolu (55) (g)	19,00	(14-22)	19,500 \pm 1,963	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn	(a-c), (b-c)			
Eğitim Durumu				
Okur yazar değil(a) (95)	18,00	(15-22)	17,863 \pm 2,013	0,000
Okur yazar ve İlköğretim mezunu(b)(398)	18,00	(14-22)	18,472 \pm 1,821	
Lise ve Üniversite mezunu(c) (247)	19,00	(14-22)	19,295 \pm 1,729	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn	(a-c), (b-c)			
Çalışma Durumu				
Çalışıyor (140)	20,00	(15-22)	19,573 \pm 1,578	0,000
Çalışmıyor (600)	18,00	(14-22)	18,452 \pm 1,880	
Eşin Eğitim Durumu				
Okur yazar değil (a)(31)	18,00	(15-22)	17,838 \pm 2,296	0,000
Okur yazar ve İlköğretim mezunu(b)(417)	18,00	(14-22)	18,338 \pm 1,856	
Lise ve Üniversite mezunu(c)(292)	19,00	(14-22)	19,295 \pm 1,716	
Tukey Bonferroni Dunn	(a-c), (b-c)			
Eşin Çalışma Durumu				
Çalışıyor (694)	19,00	(14-22)	18,687 \pm 1,878	0,249
Çalışmıyor (46)	18,00	(14-22)	18,391 \pm 1,879	

Tablo 11.Kadınların Doğurganlık Bilgi Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (devamı)

	Doğurganlık Bilgisi Toplam Puanı			p
	MEDYAN	(Min-Max)	ORTALAMA ±SS	
Evlilik Yaşı				
19 yaş ve altı (294)(a)	18,00	(14-22)	18,398 ± 1,939	0,000
20-25 yaş(286)(b)	19,00	(14-22)	18,601 ± 1,839	
26-30 yaş(118)(c)	19,00	(15-22)	19,203 ± 1,771	
31 yaş ve üzeri(42)(d)	20,00	(17-22)	19,523 ± 1,452	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn (a-c), (b-c),(a-d),(b-d)				
Aile Tipi				
Çekirdek aile(546)	19,00	(14-22)	18,743 ± 1,891	0,027
Geniş aile(194)	18,00	(15-22)	18,458 ± 1,829	
Eşi ile akrabalık durumu				
Akraba(204)	18,00	(14-22)	18,455 ± 2,034	0,074
Akraba değil(536)	19,00	(14-22)	18,903 ± 1,810	
Sigara Kullanma Durumu				
Kullanıyor (121)(a)	19,00	(14-22)	18,688 ±1,877	0,828
Kullanıyor günde 1-2 tane (53)(b)	19,00	(15-21)	18,434 ±1,726	
Kullanıyor günde 10 tane (53)(c)	18,00	(15-22)	18,773 ± 2,015	
Kullanıyor günde 1 paket (15)(d)	19,00	(14-21)	18,333 ±2,023	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Olan(99)	18,00	(15-22)	18,636 ± 1,668	0,711
Olmayan (641)	19,00	(14-22)	18,673 ± 1,910	
Gelir Durumu				
Gelir giderden az(144)(a)	18,00	(14-22)	18,333 ±1,777	0,021
Gelir gidere denk(512)(b)	19,00	(14-22)	18,738 ± 1,875	
Gelir giderden fazla(84)(c)	19,00	(14-22)	18,821 ± 2,018	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn (a-b),(a-c)				

Tablo 12 de kadınların doğurganlık bilgi puanlarının obstetrik özelliklerine göre karşılaştırılması verildi.

Kadınların doğurganlık bilgi puanları, gebelik öykülerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu (p=0,000).

Daha önce hiç gebelik yaşamayan ($19,622 \pm 1,745$) ve 1-2 sayıda gebelik yaşayan ($18,745 \pm 1,865$) kadınların doğurganlık bilgi puanları, 3 ve üzeri gebelik yaşayanlara ($18,234 \pm 1,810$) göre daha yüksek bulundu (Tablo 12).

Kadınların doğurganlık bilgi puanları, düşük öykülerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Hiç gebelik yaşamayan ($19,622 \pm 1,745$) ve düşüğü olan ($18,385 \pm 1,745$) kadınların doğurganlık bilgi puanları, düşüğü olmayan kadınlara ($18,588 \pm 1,844$) göre daha yüksek bulundu (Tablo 12).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, gebe kalma öykülerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Tablo incelendiğinde tedavi ile gebe kalan kadınların ($19,805 \pm 1,692$) doğurganlık bilgi puanları, doğal yolla gebe kalan kadınlardan ($18,378 \pm 1,819$) daha yüksek bulundu (Tablo 12).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, adet düzenlerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0,404$). Araştırma dahilindeki kadınların doğurganlık bilgisi puanları, aile planlaması yöntem kullanımı ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Özellikle aile planlaması yöntemi kullanmayan ve hormonal yöntem kullanmayan kadınların bilgi puanları diğer yöntemleri kullanan kadınlara göre daha yüksek bulundu (Tablo 12).

Tablo 12. Kadınların Doğurganlık Bilgi Puanlarının Obstetrik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikleri	Doğurganlık Bilgisi Toplam Puanı			P
	MEDYAN (Min-Max)		ORTALAMA \pm SS	
Gebelik Öyküsü				
Olan(650)	19,00	(14-22)	18,536 \pm 1,859	0,000
Olmayan(90)	20,00	(15-22)	19,622 \pm 1,745	
Gebelik Sayısı				
Gebelik yok(90) (a)	20,00	(15-22)	19,622 \pm 1,745	0,000
1-2 (385) (b)	20,00	(15-22)	19,622 \pm 1,745	
3 ve üzeri(265) (c)	18,00	(14-22)	18,234 \pm 1,810	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn			(a-b) (a-c)	
Düşük Öyküsü				
Gebelik yok(90) (a)	20,00	(15-22)	19,622 \pm 1,745	0,000
Olan(166) (b)	18,00	(15-22)	18,385 \pm 1,745	
Olmayan(484)(c)	19,00	(14-22)	18,588 \pm 1,844	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn			(a-b) (a-c)	
Doğum Öyküsü				
Olan(618)	19,00	(14-22)	18,516 \pm 1,865	0,000
Olmayan(122)	19,00	(15-22)	19,442 \pm 1,753	
Gebe Kalma Öyküsü (n=650)				
Gebelik yok(90) (a)	20,00	(15-22)	19,622 \pm 1,745	0,000
Doğal yolla(578)(b)	18,00	(14-22)	18,378 \pm 1,819	
Tedavi ile(72) (c)	20,00	(15-22)	19,805 \pm 1,692	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn			(b-a) (b-c)	

Tablo 12. Kadınların Doğurganlık Bilgi Puanlarının Obstetrik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (Devamı)

	Doğurganlık Bilgisi Toplam Puanı			p
	MEDYAN (Min-Max)		ORTALAMA \pm SS	
Aile planlaması yöntemi kullanma durumu				
Kullanmayan (a)	19,00	(14-22)	18,548 \pm 1,831	
Kullanıyor Oral Kontraseptifler (b))	18,00	(15-22)	18,487 \pm 1,792	
Kullanıyor İğneler (c)	19,00	(15-21)	18,805 \pm 1,618	0,000
Kullanıyor Rahim içi araç(d)	18,00	(14-22)	18,130 \pm 1,748	
Kullanıyor Kondom (e)	20,00	(14-22)	19,447 \pm 1,730	
Kullanıyor Geri çekme(f)	19,00	(14-22)	18,551 \pm 1,981	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn		(d-e),(b-e),(a-e),(f,e)		
Adet düzeni				
Düzenli adet	19,00	(14-22)	18,769 \pm 1,864	0,404
Düzensiz adet	19,00	(14-22)	18,644 \pm 1,882	

6.7. KADINLARIN DOĞURGANLIK BİLGİ PUANLARINA GÖRE OVULASYON İZLEM YÖNTEMLERİNİ BİLME DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, ovulasyon izlem yöntemlerini bilme durumlarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Ovulasyon izlem yöntemlerini bilen kadınların ($19,305 \pm 1,619$) doğurganlık bilgi puanları, bilmeyen kadınların ($17,708 \pm 1,835$) doğurganlık bilgi puanlarına göre istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (Tablo 13).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, akıntı izlem yöntemini bilme durumlarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Akıntı izlem yöntemini bilen kadınların ($19,786 \pm 1,466$) doğurganlık bilgi puanları bilmeyen kadınların ($18,269 \pm 1,849$) doğurganlık bilgi puanları göre daha yüksek bulundu (Tablo 13).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, takvim izlem yöntemini bilme durumlarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Takvim izlem yöntemini bilen kadınların ($19,388 \pm 1,633$) doğurganlık bilgi puanları bilmeyen kadınların ($17,754 \pm 1,770$) puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 13).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, vücut ısısı izlem yöntemini bilme durumlarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Vücut ısısı izlem yöntemini bilen kadınların ($20,059 \pm 1,277$) doğurganlık bilgi puanları, bilmeyen kadınların ($18,530 \pm 1,873$) doğurganlık bilgi puanlarına göre daha yüksek bulundu (Tablo 13).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, tükürük izlem yöntemini bilme durumlarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Tükürük izlem yöntemini bilen kadınların ($19,901 \pm 1,300$) doğurganlık bilgi puanları bilmeyen kadınların ($18,496 \pm 1,835$) doğurganlık bilgi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 13).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, idrarda LH izlem yöntemini bilme durumlarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Ovulasyon izlem yöntemlerinden olan idrarda LH izlem yöntemini bilen kadınların ($19,890 \pm 1,526$) doğurganlık bilgi puanları bilmeyen kadınların ($18,318 \pm 1,823$) doğurganlık bilgi puanları göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 13).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, servikal palpasyon izlem yöntemini bilme durumlarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Servikal palpasyon izlem yöntemini bilen kadınların ($20,178 \pm 1,161$) doğurganlık bilgi puanları bilmeyen kadınların ($18,545 \pm 1,872$) doğurganlık bilgi puanlarına göre daha yüksek bulundu (Tablo 13).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, ultrasonda yumurta izlem yöntemini bilme durumlarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Ultrasonda yumurta izlem yöntemini bilen kadınların ($19,823 \pm 1,434$) doğurganlık bilgi puanları bilmeyen kadınların ($18,157 \pm 1,825$)

doğurganlık bilgi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 13).

Tablo 13 Kadınların Doğurganlık Bilgi Puanlarına Göre Ovulasyon İzlem Yöntemlerini Bilme Durumlarının Karşılaştırılması

	Doğurganlık Bilgisi Toplam Puanı		P
	MEDYAN (Min-Max)	ORTALAMA \pm SS	
Yöntem Bilme Durumu			
Biliyor	19,00 (14-22)	19,305 \pm 1,619	0,000
Bilmiyor	18,00 (14-22)	17,708 \pm 1,835	
Akıntı Yöntemi Bilme Durumu			
Biliyor	20,00 (16-22)	19,786 \pm 1,466	0,000
Bilmiyor	18,00 (14-22)	18,269 \pm 1,849	
Takvim Yöntemi Bilme Durumu			
Biliyor	19,00 (14-22)	19,388 \pm 1,633	0,000
Bilmiyor	18,00 (14-22)	17,754 \pm 1,770	
Vucüt Isısı Yöntemi Bilme Durumu			
Biliyor	20,00 (16-22)	20,059 \pm 1,277	0,000
Bilmiyor	19,00 (14-22)	18,530 \pm 1,873	
Tükürük Yöntemi Bilme Durumu			
Biliyor	20,00 (14-22)	19,901 \pm 1,300	0,000
Bilmiyor	18,00 (14-22)	18,496 \pm 1,835	
İdrar Yöntemi Bilme Durumu			
Biliyor	20,00 (15-22)	19,890 \pm 1,526	0,000
Bilmiyor	18,00 (14-22)	18,318 \pm 1,823	
Palpasyon Yöntemi Bilme Durumu			
Biliyor	20,00 (16-22)	20,178 \pm 1,161	0,000
Bilmiyor	19,00 (14-22)	18,545 \pm 1,872	
Ultrasonda Yumurta Takibi Bilme Durumu			
Biliyor	20,00 (16-22)	19,823 \pm 1,434	0,000
Bilmiyor	18,00 (14-22)	18,157 \pm 1,825	

6.8. KADINLARIN DOĞURGANLIK BİLGİ PUANLARINA GÖRE OVULASYON İZLEM YÖNTEMLERİNİ KULLANMA DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Kadınların doğurganlık bilgi puanları, ovulasyon izlem yöntemlerini kullanma durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulundu ($p=0,000$). Ovulasyon izlem yöntemlerini kullanan kadınların ($19,509 \pm 1,571$) doğurganlık bilgi puanları, kullanmayan kadınların ($17,885 \pm 1,802$) doğurganlık bilgi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 14).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, akıntı izlem yöntemini kullanma durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Ovulasyon izlem yöntemlerinden olan akıntı izlem yöntemini kullanan kadınların ($20,007 \pm 1,371$) doğurganlık bilgi puanları, kullanmayan kadınların ($18,394 \pm 1,851$) doğurganlık bilgi puanları göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 14).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, takvim izlem yöntemini kullanma durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Ovulasyon izlem yöntemlerinden olan takvim izlem yöntemini kullanan kadınların ($19,531 \pm 1,551$) doğurganlık bilgi puanları bilen kadınların ($17,963 \pm 1,829$) ile doğurganlık bilgi puanları göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 14).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, vücut sıcaklığı izlem yöntemini kullanma durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Ovulasyon izlem yöntemlerinden olan vücut ısısı izlem yöntemini kullanan kadınların ($19,833 \pm 1,642$) doğurganlık bilgi puanları, kullanmayan kadınların ($18,649 \pm 1,877$) doğurganlık bilgi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 14).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, tükürük izlem yöntemini kullanma durumlarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Ovulasyon izlem yöntemlerinden olan tükürük izlem yöntemini kullanan kadınların ($19,916 \pm 1,248$) doğurganlık bilgi puanları, kullanmayan kadınların ($18,627 \pm 1,882$) doğurganlık bilgi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 14).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, idrarda LH izlem yöntemini kullanma durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Ovulasyon izlem yöntemlerinden olan idrarda LH izlem yöntemini kullanan kadınların ($20,084 \pm 1,663$) doğurganlık bilgi puanları, kullanmayan

kadınların ($18,546 \pm 1,846$) doğurganlık bilgi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 14).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, servikal palpasyon yöntemini kullanma durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Ovulasyon izlem yöntemlerinden olan servikal palpasyon izlem yöntemini kullanan kadınların ($19,777 \pm 1,641$) doğurganlık bilgi puanları, kullanmayan kadınların ($18,655 \pm 1,878$) doğurganlık bilgi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 14).

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, ultrasonda yumurta izlem yöntemini kullanma durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Ovulasyon izlem yöntemlerinden olan, ultrasonda yumurta izlem yöntemini kullanan kadınların ($20,046 \pm 1,477$) doğurganlık bilgi puanları kullanmayan kadınların ($18,375 \pm 1,824$) doğurganlık bilgi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 14).

Tablo 14. Kadınların Doğurganlık Bilgi Puanlarına Göre Ovulasyon İzlem Yöntemlerini Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması

	Doğurganlık Bilgisi Toplam Puanı		ORTALAMA \pm SS	p
	MEDYAN	(Min-Max)		
Yöntem kullanma durumu				
Kullanıyor	19,00	(14-22)	19,509 \pm 1,571	0,000
Kullanmıyor	18,00	(14-22)	17,885 \pm 1,802	
Akıntı yöntemi kullanma durumu				
Kullanıyor	20,00	(16-22)	20,007 \pm 1,371	0,000
Kullanmıyor	18,00	(14-22)	18,394 \pm 1,851	
Takvim yöntemi kullanma durumu				
Kullanıyor	20,00	(14-22)	19,531 \pm 1,551	0,000
Kullanmıyor	18,00	(14-22)	17,963 \pm 1,829	
Vucüt sıcaklığı yöntemi kullanma durumu				
Kullanıyor	20,00	(16-22)	19,833 \pm 1,642	0,000
Kullanmıyor	19,00	(14-22)	18,649 \pm 1,877	
Tükürük yöntemi kullanma durumu				
Kullanıyor	20,00	(16-22)	19,916 \pm 1,248	0,000
Kullanmıyor	19,00	(14-22)	18,627 \pm 1,882	
İdrar yöntemi kullanma durumu				
Kullanıyor	20,00	(15-22)	20,084 \pm 1,663	0,000
Kullanmıyor	19,00	(14-22)	18,546 \pm 1,846	
Palpasyon yöntemi kullanma durumu				
Kullanıyor	20,00	(16-22)	19,777 \pm 1,641	0,000
Kullanmıyor	19,00	(14-22)	18,655 \pm 1,878	
Ultrasonda yumurta takibi kullanma durumu				
Kullanıyor	20,00	(16-22)	20,046 \pm 1,477	0,000
Kullanmıyor	18,00	(14-22)	18,375 \pm 1,824	

6. 9. KADINLARIN YÖNTEM BİLME TOPLAM PUANLARININ SOSYO-DEMOGRAFIK, OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmaya katılan kadınların ovulasyon izlem yöntemlerini bilme toplam puanlarının, sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırmaları Tablo 15'de verildi.

Kadınların yöntem bilme toplam puanları, yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Buna göre 31 yaş ve üzeri ($9,227 \pm 2,259$) ile diğer iki yaş grubu 19-24 yaş ($8,386 \pm 1,705$) 25-30 yaş ($8,289 \pm 1,694$) arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 15).

Araştırmaya katılan kadınların yöntem bilme toplam puanları ile doğum yerleri karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,000$). Doğum yerleri doğu anadolu, akdeniz ve güneydoğu anadolu bölgesi doğumlu olan kadınların diğer bölgelerde doğan kadınlara göre yöntem bilme puanları daha düşüktür. Buna göre doğum yerleri, Doğu Anadolu ($8,198 \pm 1,654$), Akdeniz ($8,687 \pm 1,906$) ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri ($8,654 \pm 1,745$) olan kadınların yöntem bilme puanları, İç anadolu ($10,387 \pm 2,260$), Marmara ($8,833 \pm 1,378$) ve Ege bölgesine ($12,167 \pm 2,657$) göre düşük düzeyde bulundu (Tablo 15).

Kadınların yöntem bilme toplam puanları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000$). Buna göre okur yazar ve ilköğretim mezunu olan kadınların, ($8,105 \pm 1,473$) okur yazar olmayan kadınların puanlarına göre ($7,715 \pm 1,426$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Lise ve üniversite mezunu kadınların bilgi puanları da ($9,862 \pm 2,219$) okur yazar ve ilköğretim mezunu olan kadınların ($8,105 \pm 1,473$) puanlarına göre de istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 15).

Araştırmaya katılan kadınların yöntem bilme puanları ile çalışma durumları karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,000$). Çalışan kadınların yöntem bilme puanları ($10,542 \pm 2,351$), çalışmayan kadınların bilme puanlarına ($8,198 \pm 1,548$) göre istatistiksel olarak anlamlı derece yüksektir (Tablo 15).

Kadınların yöntem bilme puanları ile eşlerinin eğitim durumları karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000$). Buna göre eşi okur yazar ve ilköğretim mezunu olan kadınların, ($8,148 \pm 1,593$) eşi okur yazar olmayan kadınların puanlarına göre ($7,806 \pm 1,194$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Eşi lise ve üniversite mezunu kadınların puanları da ($9,434 \pm 2,210$) okur yazar ve ilköğretim mezunu olan kadınların ($8,148 \pm 1,593$) puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 15).

Araştırmaya katılan kadınların yöntem puanları ile eşlerin çalışma durumları karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p=0,559$) (Tablo 15).

Kadınların yöntem bilme puanlarının evlilik yaş grubu ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Buna göre evlilik yaşı 31 ve üzeri olan kadınların ($9,601 \pm 2,339$) diğer evlilik yaş gruplarına 19 yaş ve altı ($8,302 \pm 1,768$), 20-25 yaş ($8,367 \pm 1,639$), 26-30 yaş ($8,671 \pm 1,995$) göre yöntem bilme puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 15).

Araştırmaya katılan kadınların yöntem bilme puanları ile aile tipi karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,000$). Çekirdek aileye sahip olan kadınların ($8,815 \pm 2,047$) geniş aileye ($8,154 \pm 1,579$) göre bilme puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 15).

Araştırmaya katılan kadınların yöntem bilme toplam puanları ile eşleri ile akrabalık durumları karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,000$). Buna göre eşi ile akrabalığı olmayan kadınların yöntem bilme puanları ($8,807 \pm 2,021$), eşi ile akraba olan kadınlara ($8,205 \pm 1,700$) göre bilme puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 15).

Araştırmaya katılan kadınların yöntem bilme toplam puanları ile sigara kullanma durumları karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0,512$). Kadınların doğurganlık yöntem bilme toplam puanları ile kronik bir hastalığa sahip olma durumları karşılaştırıldığında aralarındaki fark anlamlı bulunmadı ($p=0,184$) (Tablo 15).

Kadınların yöntem bilme toplam puanları ile gelir düzeyleri karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Buna göre gelir düzeyi giderden fazla olan kadınların bilme puanlarının ($9,357 \pm 2,472$), gelirin giderden az olduğu kadınlara ($8,097 \pm 1,459$) göre istatistiksel olarak yüksek bulundu (Tablo 15).

Tablo 15. Kadınların Yöntem Bilme Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

	Yöntem Bilgisi Toplam Puanı			P
	MEDYAN	(Min-Max)	ORTALAMA ±SS	
Yaş				
18-24 yaş (228) (a)	8,00	(7-14)	8,386 ±1,705	0,000
25-30 yaş (256) (b)	8,00	(7-14)	8,289 ±1,694	
31 yaş ve üzeri (256) (c)	9,00	(7-14)	9,227 ±2,259	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn			(a-c),(b-c)	
Doğduğu Bölge				
Doğu Anadolu (313) (a)	8,00	(7-14)	8,198 ± 1,654	0,000
İç Anadolu (31) (b)	10,00	(7-14)	10,387 ± 2,260	
Karadeniz (9) (c)	11,00	(8-14)	11,555 ± 2,297	
Akdeniz (314) (d)	8,00	(7-14)	8,687 ±1,906	
Marmara(6)(e)	8,00	(7-12)	8,833 ±1,378	
Ege (12) (f)	13,00	(7-14)	12,167 ± 2,657	
Güneydoğu anadolu (55) (g)	8,00	(7-14)	8,654± 1,745	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn			(a-d), (a-b),(a-f),(a-c),(d-b),(d-f),(d-c),(g-b),(g-f),(g-c)	
Eğitim Durumu				
Okur yazar değil(a) (95)	7,00	(7-14)	7,715 ± 1,426	0,000
Okur yazar ve İlköğretim mezunu(b)(398)	8,00	(7-22)	8,105 ± 1,473	
Lise ve Üniversite mezunu(c) (247)	9,00	(7-14)	9,862 ± 2,219	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn			(a-b),(b-c)(a-c)	
Çalışma Durumu				
Çalışıyor (140)	10,00	(7-14)	10,542 ± 2,351	0,000
Çalışmıyor (600)	8,00	(7-14)	8,198 ± 1,548	

Tablo 15. Kadınların Yöntem Bilme Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (Devamı)

	Yöntem Bilme Toplam Puanı			p
	MEDYAN	(Min-Max)	ORTALAMA ±SS	
Eşin Eğitim Durumu				
Okur yazar değil (a)(31)	7,00	(7-12)	7,806 ±1,194	
Okur yazar ve mezunu(b)(417)	7,00	(7-14)	8,148±1,593	0,000
Lise ve Üniversite mezunu(c)(292)	9,00	(7-14)	9,434±2,210	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn			(a-c),(b-c)	
Eşin Çalışma Durumu				
Çalışıyor (694)	8,00	(7-14)	8,671 ±1,995	
Çalışmıyor (46)	8,00	(7-12)	8,195 ±1,147	0,559
Evlilik Yaşı				
19 yaş ve altı (294)(a)	8,00	(7-14)	8,302±1,768	
20-25 yaş(286)	8,00	(7-14)	8,367 ±1,639	
26-30 yaş(118)(c)	9,00	(7-14)	8,671 ± 1,995	0,000
31 yaş ve üzeri(42)(d)	10,00	(7-14)	9,601 ± 2,339	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn			(a-c), (b-c),(a-d),(b-d)	
Aile Tipi				
Çekirdek aile(546)	8,00	(7-14)	8,815 ±2,047	
Geniş aile(194)	8,00	(7-14)	8,154 ±1,579	0,000
Eşi ile akrabalık durumu				
Akraba(204)	7,00	(7-14)	8,205 ±1,700	
Akraba değil(536)	8,00	(7-14)	8,807 ±2,021	0,000
Sigara Kullanma Durumu				
Kullanmıyor (121)(a)	8,00	(7-14)	8,612 ±1,939	
Kullanıyor günde 1-2 tane (53)(b)	8,00	(7-13)	8,717 ±2,187	
Kullanıyor günde 10 tane (53)(c)	8,00	(7-14)	8,849 ±2,041	0,512
Kullanıyor günde 1 paket (15)(d)	9,00	(7-12)	8,866 ±1,557	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Olan(99)	8,00	(7-14)	8,929 ± 2,144	
Olmayan (641)	8,00	(7-14)	8,597 ± 1,923	0,184
Gelir Durumu				
Gelir giderden az(144)(a)	8,00	(7-14)	8,097 ± 1,459	
Gelir gidere denk(512)(b)	8,00	(7-14)	8,677 ± 1,943	
Gelir giderden fazla(84)(c)	9,00	(7-14)	9,357 ± 2,472	0,001
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn			(a-b) (a-c)	

Kadınların ovulasyon izlem yöntemlerini bilme puanları, gebelik öykülerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Daha önce hiç gebelik yaşamayan ($9,722 \pm 1,854$) ve 1-2 sayıda gebelik yaşayan ($8,737 \pm 1,936$) kadınların doğurganlık bilgi puanları, 3 ve üzeri gebelik yaşayanlara ($8,135 \pm 1,851$) göre daha yüksek bulundu (Tablo 16).

Kadınların yöntem bilme toplam puanları, düşük öykülerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Hiç gebelik yaşamayan ($9,722 \pm 1,854$) ve düşüğü olan ($8,427 \pm 1,849$) kadınların yöntem bilme puanları, düşüğü olmayan kadınlara ($8,514 \pm 1,950$) göre daha yüksek bulundu (Tablo 16).

Kadınların yöntem bilme toplam puanları, doğum öyküleri ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$) (Tablo 16).

Kadınların yöntem bilme puanları, gebe kalma öyküleri ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$).

Tablo incelendiğinde tedavi ile gebe kalan kadınların ($10,208 \pm 1,853$), doğurganlık bilgi puanları doğal yolla gebe kalan kadınlardan ($8,278 \pm 1,824$) daha yüksek bulundu (Tablo 16).

Kadınların yöntem bilme puanları, adet düzenlerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0,404$). (Tablo 16).

Araştırma dahilindeki kadınların yöntem bilme puanları, aile planlaması yöntem kullanımı ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$) (Tablo 16).

Tablo 16. Kadınların Yöntem Bilme Puanlarının Obstetrik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

	Yöntem Bilme Toplam Puanı		p
	MEDYAN (Min-Max)	ORTALAMA±SS	
Gebelik Öyküsü			
Olan(650)	8,00	(7-14)	8,492±1,859
Olmayan(90)	9,00	(7-14)	9,722±1,854
			0,000
Gebelik Sayısı			
Gebelik yok(90) (a)	9,00	(7-14)	9,722±1,854
1-2 (385) (b)	8,00	(7-14)	8,737±1,936
3 ve üzeri (c)	7,00	(7-14)	8,135±1,851
			0,000
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn			(a-b) (c-a) (c-b)
Düşük Öyküsü			
Gebelik yok(90) (a)	9,00	(7-14)	9,722 ± 1,854
Olan(166) (b)	8,00	(7-14)	8,427± 1,849
Olmayan(484)	8,00	(7-14)	8,514 ± 1,950
			0,000
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn			(b-a) (c-a)
Doğum Öyküsü			
Olan(650)	8,00	(7-14)	8,457 ± 1,915
Olmayan(90)	9,00	(7-14)	9,573 ± 1,902
			0,000

Tablo 16. Kadınların Yöntem Bilme Puanlarının Obstetrik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (devam)

	Yöntem Bilme		Toplam Puanı	p
	MEDYAN (Min-Max)		ORTALAMA±SS	
Gebe Kalma Öyküsü				
Gebelik yok(90) (a)	9,00	(7-14)	9,722±1,854	0,000
Doğal yolla(578)(b)	8,00	(7-14)	8,278±1,824	
Tedavi ile(72)(c)	10,00	(7-14)	10,208± 1,853	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn				(b-a) (b-c)
Aile planlaması Yöntemi Kullanma Durumu				
Kullanmayan	8,00	(7-14)	8,654±1,911	0,000
Kullanıyor Oral Kontraseptifler	8,00	(7-14)	8,015±1,366	
Kullanıyor İğneler	7,00	(7-12)	8,000±1,434	
Kullanıyor Rahim içi araç	8,00	(7-14)	8,261±1,689	
Kullanıyor Kondom	9,00	(7-14)	9,531±2,309	
Kullanıyor Geri çekme	8,00	(7-14)	8,563±1,926	
Tukey HSD yada Bonferroni Dunn				(d-e),(b-e),(a-e),(f,e)
Adet düzeni				
Düzenli adet	8,00	(7-14)	8,643±2,007	0,297
Düzensiz adet	8,00	(7-14)	8,636±1,734	

7. TARTIŞMA

Hangi kültür ve eğitimde olursa olsun kadın ve erkekler kendi ve karşı cinsin bedenlerini anlama ve fertil (doğurgan) dönemi öğrenme konusunda açık ve isteklidirler. Çiftlere doğurganlık bilincinin kazandırılması kendi doğurganlıkların düzenlenmesi konusunda daha bilinçli karar vermelerini sağlamaktadır. Menstrüasyon ve fertilité ile ilgili bilgilerin sunulduğu eğitimler çifte gebelik, kontrasepsiyon ve üreme sağlığı konularında daha ayrıntılı görüşme ve tartışma fırsatı verir. Üreme organlarının anatomisi ve fizyolojisinin bilinmesi ve doğurganlığın fizyolojik belirtilerinin izlenmesi gebelik planlayan veya planlamayan çiftlere kolaylık sağlayacaktır. Doğurganlık bilincine dayalı yöntemler, gebelikten korunma ya da gebeliği başarmayı sağlamanın yanı sıra çiftlere doğurganlık bilinci kazandıracaktır (Beji, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı 2005).

Kadınların ovulasyon izlem yöntemlerini bilme ve uygulama durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular; literatür bilgileri doğrultusunda tartışıldı.

7.1. KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DOĞURGANLIK BİLGİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık bilgi puanları, yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p=0,000$). Buna göre 31 ve üzeri yaş grubundaki kadınların doğurganlık bilgi puanları, diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Yapılan benzer çalışmalarda ovulasyon günlerini doğru tahmin eden kadınların yaş ortalamasının 30 ve üzeri olduğu görülmüştür (Dunson ve ark., 2002; Gökdemirel, 2000; Lampic ve ark., 2006; Mortensen ve ark., 2012; Zinaman ve ark., 2012). Yapılan çalışmalardada görüldüğü gibi, doğurganlıkla ilgili bilgi düzeylerinin 31 yaş ve üzeri kadınlarda daha yüksek olduğunun saptanması çalışma bulgularımızı desteklemektedir. Buna göre kadınların yaşları arttıkça bilgi puanlarının yüksek

olması yaşadıkları gebelik, doğum ve aile planlaması yöntem kullanımı gibi deneyimlerinin daha fazla olmasından kaynaklı olabilir.

Kadınların doğurganlık bilgi puanları doğum yerlerine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000$). Buna göre doğum yerleri, doğu anadolu, güneydoğu anadolu ve akdeniz bölgesi olan kadınların diğer bölgelerde doğan kadınlara göre doğurganlık bilgi puanları daha düşük bulunmuştur. Sağlık Bakanlığının 2013 verilerine göre akdeniz, kuzeydoğu, ortadoğu ve güneydoğu anadolu bölgelerinde kişi başı sağlık kurumlarına başvuru oranı diğer bölgelere göre daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Yoksulluğun en yaygın olduğu bölge güneydoğu olarak belirlenmiştir (Arabacı, 2009). Bu bağlamda doğu bölgelerde eğitim ve sosyo kültürel düzeylerinin düşük olması bununla birlikte kırsal kesimlerde sağlık hizmetlerinden yararlanamama gibi durumlarda kadınların bilgi puanlarının düşük olmasına neden olmuş olabilir.

Kadınların doğurganlık bilgi puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000$). Lise ve üniversite mezunu kadınların bilgi puanları okur yazar ve ilköğretim mezunu olan kadınların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi puanlarında yükseldiği gözlenmektedir.

Yapılan benzer çalışmalarda, lise ve üniversite mezunu kadınların doğurganlık bilgileri, okur yazar ve ilköğretim mezunu olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Lise ve üniversite mezunu olan kadınların fertil dönemleri daha yüksek oranda doğru olarak saptadıkları belirlenmiştir (Garcia ve ark., 2015; Guzman ve ark., 2013; Sedlecky ve ark., 2016).

Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi, doğurganlıkla ilgili bilgi düzeylerinin lise ve üniversite mezunu olan kadınlarda daha yüksek olduğunun saptanması çalışma bulgularımızı desteklemektedir. Buna göre kadınların eğitim düzeyi ile birlikte bilgi puanlarında yüksek olması lise ve üniversite mezunu olan kadınların bilgiye nereden ulaşacaklarını bilmeleri, algı düzeylerinin yüksek olması, internet vb. iletişim araçlarına daha kolay erişebilmelerinden kaynaklı olabilir. Bununla birlikte lise ve üniversite mezunu olan kadınların eğitim süreleri içinde üreme ve doğurganlık

ile ilgili daha fazla bilgi almaları doğurganlık bilgi puanlarının yüksek olmasına neden olabilir.

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık bilgi puanları ile çalışma durumları karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,000$). Çalışan kadınların doğurganlık bilgi puanları, çalışmayan kadınların bilgi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derece yüksektir. Lampic ve ark., (2006) akademisyen kadınlara yönelik çalışmasında yine benzer bir çalışma olan Mortensen ve ark., (2012) sağlık profesyonellerine yönelik çalışmasında da kadınların doğurganlık bilincine yönelik sorulara doğru cevaplar verdikleri belirlenmiş olup bizim çalışmamızla sonuçların benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Bu bağlamda çalışan kadınların eğitim seviyelerinin yüksek ve sosyal etkileşimlerinin fazla olması gibi durumlar bilgi puanlarının yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

Kadınların doğurganlık bilgi puanları ile eşlerinin eğitim durumları karşılaştırıldığında aralarında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000$). Doğurganlık bilinci kapsamında, fertil dönemlerin bilinmesi, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ya da gebe kalınması konusunda çiftlere yardımcı olur. Bu doğrultuda eşlerin eğitim seviyesinin yüksek olması da çiftlerin birlikte bilgi paylaşımlarının olması bununla birlikte sosyo ekonomik düzeylerinde yüksek olmasına bu nedenden dolayı da bilgi puanlarının yüksek olmasına da etkili olduğunu düşündürebilir.

Kadınların doğurganlık bilgisi puanlarının evlilik yaş grubu ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Buna göre evlilik yaşı 31 ve üzeri kadınların bilgi puanları diğer evlilik yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Çiftlerin evlilik yaşının gecikmesi ile birlikte, gebe kalma ile ilgili sorunlarda artmaktadır. Bu doğrultuda gebe kalmaya yönelik bilgi kaynaklarına ulaşmak istemeleri ve bu bilgileri edinmeleri kadınların bilgi puanlarını yükseltmiş olabilir. Bununla birlikte aynı sorunları yaşayan kadınlarla sosyal etkileşimlerde bulunmalarıda bilgi puanlarını artırmış olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık bilgi puanları ile aile tipi karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,000$). Çekirdek aileye sahip

olan kadınların, geniş aileye göre bilgi puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Geniş aile yapısında özellikle aile büyüklerinin, kökleşmiş olan yanlış bilgilerin aktarılmasında kararlı olmalarının bu durumu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık bilgi puanları gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Buna göre gelir düzeyi, gider düzeyine denk ve fazla olan kadınların bilgi puanlarının, gelirin giderden az olduğu kadınlara göre, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Kitapçioğlu ve Yanikkerem'in (2008) yaptığı çalışmada algılanan gelir düzeyinin bizim çalışmamızla benzerlik taşıdığı belirlenmiştir. Bozkurt ve Koçoğlu'nun (2000) yaptığı çalışmada gelir düzeyi yüksek olan ailelerin sağlık kurumlarından daha fazla yararlandığı belirlenmiştir. Gelirin giderden az olduğu durumlarda kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımı ve kullanımıyla ilgili sorunlarından dolayı bilgi puanlarının da düşük olduğu düşünülebilir.

Kadınların doğurganlık bilgi puanları, gebelik öykülerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Daha önce hiç gebelik yaşamayan ve 1-2 sayıda gebelik yaşayan kadınların doğurganlık bilgi puanları, 3 ve üzeri gebelik yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Zinaman ve ark.'ın (2012) yaptığı çalışmada gebelik öyküsü olmayan kadınların 3 ve üzeri gebelik yaşayanlara göre bilgi puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç bizim çalışmamızla benzerlik göstermekte olup, gebelik öyküsü olmayan kadınların gebelik elde edebilmek için doğurganlık bilinci konusunda daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlanmış olmaları ile ilişkili olabilir.

Kadınların doğurganlık bilgi puanları, doğum öykülerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,000$). Buna göre doğum öyküsü olmayan kadınların doğurganlık bilgi puanları, doğum öyküsü olan kadınların puanlarından daha yüksek bulundu. Bu bağlamda hiç doğum öyküsü olmayan kadınların fertil dönemleri bilme ve bilinçli gebe kalmaya yönelik ilgili ve istekli olmalarından kaynaklı bilgi puanlarının yüksek olduğu düşünülebilir.

Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, gebe kalma öykülerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Tedavi ile gebe kalan kadınların, doğurganlık bilgi puanları doğal yolla gebe kalan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu durum tedavi sürecinde olan kadınların, doğal yolla gebe kalan kadınlardan bilgi yönünden daha istekli ve araştırmacı olmalarından kaynaklanabilir. İnfertilite, üreme çağındaki kadınların yaklaşık %8-10'unu etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). İnfertil çiftlerin çoğu, çocuk sahibi olmak için en küçük bir şansı bile değerlendirmeye yönelik büyük bir arzu duymaktadırlar. Bununla birlikte gebeliği sağlamaya yönelik tedavi sürecinde sağlık kurumlarından aldıkları bilgilerin de bilgi puanlarını yükselttiği düşünülebilir.

Araştırma dahilindeki kadınların doğurganlık bilgisi puanları, aile planlaması yöntem kullanımı ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Buna göre aile planlaması yöntemi kullanmayan, kondom kullanan yada geri çekme yöntemi kullanan kadınların, diğer yöntemleri kullanan kadınlara göre doğurganlık bilgi puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda ki kadınların %31,7'si modern yöntem ile korunduklarını ifade etmiş olup en son kullandıkları modern aile planlaması yöntemi olarak ise ilk sıraları kondom (%21,5) ve rahim içi araç (%19,1) oluşturmaktadır. TNSA 2013 aile planlaması yöntem kullanım verileri incelendiğinde sonuçların bulgularımızla paralellik gösterdiği belirlenmiştir. Gökdemirel (2011) yaptığı çalışmada da aile planlaması kullanımında ilk üç sırayı takvim, kondom ve geri çekme yöntemleri olduğu saptanmıştır. Öztaş ve ark. (2015) yaptığı benzer çalışmada da en son kullanılan yöntemlerin kondom ve rahim içi araç olduğu belirlenmiştir. Sonuçlarımız bu bulguları desteklemektedir. Araştırmamızdaki kadınların %42,9'u geleneksel yöntem olarak geri çekme yöntemi kullanmaktadırlar. TNSA, 2013 verilerinde ise kadınların %25,5' inin geri çekme yöntemi ile gebelikten korunduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Yine Arbab ve ark., (2011) yaptıkları çalışmada da kadınların %35,4'ünün geleneksel ve doğal yöntemler kullandıkları belirlenmiştir. Bizim çalışmamız ile karşılaştırıldığında çalışmamızda geri çekme yönteminin daha fazla

oranda kullanıldığı saptanmıştır. Geri çekme yönteminin tercih edilmesinde, eğitim, cinsiyet, sosyo ekonomik- kültürel faktörlerin ve yöntemle ilişkin tutumlarının etkili olduğu düşünülmektedir. Çiftler arasında geri çekme yöntemi ve kondomun kullanımı, gebeliği önleyici diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında bu yöntemin maliyetinin olmaması, kimyasallara ihtiyaç duyulmaması ve her durumda erişilebilir olması ile açıklanabilmektedir. Bununla birlikte hormonal olmayan yöntemleri kullanan kadınların doğurganlık bilgisinin yüksek olması, kadınların bu konuda bilinçli ve ilgili olduklarının bir göstergesi olarak düşünülebilir.

7.1. KADINLARIN OVULASYON İZLEM YÖNTEMLERİNİ BİLME DURUMLARININ TARTIŞILMASI

Çalışmamızda kadınların %60,1'inin ovulasyon izlem yöntemlerine ilişkin bilgisinin olduğunu ifade ettikleri belirlendi. Ovulasyon izlem yöntemlerine ilişkin bilgiye sahip olan kadınların, %44,1'i takvimde yumurtlama günlerini belirleme, %30,7'si ultrasonda yumurta takibi, %26,4'ü akıntı değişikliğini gözleme, %22,3'ü idrarda LH pik tayini, %12,3'ü mini mikroskopta tükrük testi, %9,1'i vücut ısısı değişikliği takibi, %7,6'sı yöntemlerini bildiklerini ifade ettikleri saptandı.

Benzer iki çalışmada doğal yöntemlerden en çok bilinen yöntemin takvim yöntemi olduğu belirlenmiştir. (Aktoprak, 2012; Freundl, 2010). Yapılan benzer çalışmalarda da fertilité bilincine dayalı yöntemlerin idrarda LH ve servikal mucus tayini, ultrasonda yumurta takibi, servikal pozisyon yöntemlerini bildikleri belirlenmiş (Guida ve ark., 1999; Gnoth ve ark., 2005; Zinaman ve ark., 2012) McIndon ve ark., (2013) yaptığı çalışmada da araştırmaya dahil olan kadınların %91,6'sının takvim yöntemine, %86,6'sı sıcaklık takibini, %84,3'ü de servikal mukus kaydının güvenilir yöntemler olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Godbert ve ark., (2015) yaptığı çalışmada vücut ısısı ve idrarda LH tayini ile ilgili yöntemin güvenilir yöntem oldukları belirlenmiştir.

Bizim çalışmamızda ovulasyon izlem yöntemlerine ilişkin bilgi durumlarının yüksek olması oldukça sevindirici olup, Bu durum çalışmamızın araştırma ve uygulama hastanesinde yapılmış ve tedavi sonucu ile gebe kalan kadınlarında araştırma dahilinde olması gibi durumlar bilgi düzeylerinin yüksek olmasına neden

olmuş olabilir. Bununla birlikte toplumda giderek artan doğal yaşam isteğinin, doğurganlığı düzenleme üzerine etkisinin olduğunu da düşündürebilir.

7.2. KADINLARIN OVULASYON İZLEM YÖNTEMLERİNİ KULLANMA DURUMLARININ TARTIŞILMASI

Araştırmamızda kadınların ovulasyon izlem yöntemlerini kullanma durumları incelendiğinde %48,2'si bu yöntemleri kullandıklarını ifade ettikleri belirlendi. Yöntem uygulayan kadınların da %93,2'si takvimde gün belirleme, %36,4'ü ultrasonda yumurta takibi, %35,2' side akıntı değişikliğini gözleme yöntemlerini uyguladıkları belirlenmiştir. Kadınların bu yöntemleri %92,4'ü gebe kalmak için uyguladığı saptanmıştır.

Jennings ve ark., (2011) yaptığı çalışmada ovulasyon belirleme yöntemlerinden servikal akıntı değerlendirme yöntemini kadınların %87,2'si etkili, %94.9'u da güvenilir bulduklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Tiplady, (2013) yapmış olduğu çalışmada kadınların %51,3'ü ovulasyon izlem yöntemlerini uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Porucznik ve ark., (2014) yaptığı çalışmada kadınların %61'i sadece servikal akıntıyı gözlemleyerek, %39'u da hem servikal akıntı hem de vücut sıcaklığı takibi yöntemlerini uyguladıkları belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada kadınların %69' u bu yöntemleri gebelik isteği ile kullandıklarını bu kadınlarında %78'inin dört siklus içinde gebe kaldıkları belirlenmiştir. Birleşmiş milletlerde kadınların %1-3 ü oranında bu yöntemleri gebelikten korunmak için kullandıkları belirlenmiş olup en fazla olarak takvim yöntemini uyguladıkları belirlenmiş olup bizim çalışmamız ile karşılaştırıldığında sonuçların benzerlik taşıdığı görülmektedir. Stanford ve ark., (2002) infertil kadınlara yönelik yapmış olduğu araştırmada fertil günleri belirlemeye yönelik yöntemleri kullanan kadınların ilk ayda başarı oranları %35 olarak belirlenmiştir. Moreau ve ark., (2007) yaptıkları çalışmada kadınların %24,8'inin doğurganlık bilincine dayalı yöntemlerin başarılı olduğu saptanmıştır. Bu yöntemleri gebe kalmak için kullanan kadınların güven duymaları gebe kalmayı başarmada hiçbir korunma yöntemini kullanmamaları gibi durumlardan kaynaklı olduğu düşünülebilir. Bu sonuç doğrultusunda bu yöntemlerin çoğunlukla gebe kalmaya yönelik olduğu vurgulanmış olabilir

7.3. KADINLARIN DOĞURGANLIK BİLGİSİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık bilinci ile ilgili sorulara yanıtları incelendiğinde %57,7'sinin “kadın her ilişkide gebe kalabilir mi ?” %38,4'ü “Erkek her ilişkide gebe bırakabilir mi?”, %54,0'ı “Adetli iken gebe kalınabilir mi?” %35,0'ı “Adet sonrası hemen gebe kalınabilir mi?”, %72,7'si “Adetin ilk günü takiben 12.-14. günlerde gebe kalınabilir mi?” ,%78,6'sı “Adet olmadan hemen önceki günlerde gebe kalınabilir mi?”, %41,8 gebe kalınabilecek günlerde kasık ağrısı olur mu?, %30,9'u “Gebe kalınabilecek günlerde cinsel istek artar mı?”, %49,5'i “Gebe kalınabilecek günlerde akıntı değişikliği olur mu?”, % 41,9'u “Gebe kalınabilecek günlerde göğüs hassasiyeti olur mu?” %23,4 “Gebe kalınabilecek günlerde vücut ısısı değişikliği olur mu?” %78,6 “Ovulasyon izlem yöntemleri aile planlaması yöntemi olarak kullanılabilir mi?” sorularını bildikleri belirlendi. Gökdemirel, (2000) yaptığı çalışmada doğurganlık bilinci ile ilgili sorularda kadınların benzer cevaplar verdiği belirlenmiştir. Çalışmamızda ki kadınların, yarıdan fazlasının adet ilk gününü takiben 12.-14. günlerde gebe kalınabilecek günler olduğunu ifade etmişlerdir. TNSA, 2013 verilerine göre kadınların %27'si gebe kalma ihtimalinin en yüksek olduğu dönemi, iki adet kanamasının ortası olarak ifade ettikleri saptanmıştır. Lampic ve ark., (2006) akademisyen kadınlara yönelik çalışmasında, yine benzer bir çalışma olan Mortensen ve ark., (2012) sağlık profesyonellerine yönelik çalışmasında da kadınların doğurganlık bilincine yönelik sorulara doğru cevaplar verdikleri belirlenmiş olup bizim çalışmamızla sonuçların benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Ovülasyon izlem yöntemlerinin başarılı bir şekilde kullanımı, büyük ölçüde bir kadının adet döngüsü içerisinde gebe kalma ihtimalinin hangi zamanda daha fazla olduğunu iyi anlamış olmasına bağlıdır. Bu nedenle üreme fizyolojisinin temel olarak anlaşılması, doğal yöntemlerin başarılı uygulaması için önemli bir koşuldur.

7.4. KADINLARIN YÖNTEM BİLME TOPLAM PUANLARININ SOSYO-DEMOGRAFIK, OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Kadınların yöntem bilme toplam puanları, yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Buna göre 31 yaş üzeri ile diğer iki yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Kurtuluş, (2009)'un yaptığı çalışmada yaş grupları incelendiğinde özellikle 31 yaş ve üzeri kadınların doğal yöntemlerini kullandıkları belirlenmiş. Mikolajczyk ve ark., (2003) yaptığı çalışmada da benzer yaş gruplarında doğal yöntemleri kullandıkları, Zinaman ve ark., (2012) yaptığı benzer çalışmada da benzer yaş grubunda doğal yöntem bilme durumları oldukça yüksek bulunmuştur. Çalışkan ve ark., (2014) yaptığı çalışmada geleneksel ve doğal yöntemleri bilen kadınların genç yaş grubunda daha az olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi, yöntem bilme toplam puanlarının 31 yaş ve üzeri kadınlarda daha yüksek olduğunun saptanması çalışma bulgularımızı desteklemektedir. Buna göre kadınların yaşları arttıkça bilme puanlarının yüksek olması yaşadıkları gebelik, doğum vb. deneyimlerinden bununla birlikte sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmalarından kaynaklı olabilir. Bu bağlamda Mayda ve ark., (2012) yaptığı çalışmada yaş gruplarına göre sağlık kurumlarına en çok başvuran kadınların 25-34 yaş grupları arasında olduğu belirlenmiş olup bulgumuzuda desteklemektedir.

Araştırmaya katılan kadınların yöntem bilme toplam puanları ile doğum yerleri karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,000$). Doğum yerleri, Doğu Anadolu, Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri olan kadınların yöntem bilme puanları diğer bölgelere göre düşük düzeyde bulunmuştur. Bu bağlamda çalışmanın yapıldığı Mersin ili akdeniz bölgesinin en fazla doğu bölgelerinden göç alan illerinden biridir. Doğu bölgesinde eğitim seviyelerinin, gelir düzeylerinin düşük olması gibi durumlar bilme puanlarının düşük olmasına neden olmuş olabilir (TÜİK, 2015).

Kadınların yöntem bilme toplam puanları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000$).

Buna göre lise ve üniversite mezunu kadınların yöntem bilme puanları okur yazar olmayan ve okur yazar / ilköğretim mezunu olan kadınların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Gökdemirel, (2000) yaptığı çalışmada da doğal yöntemlere ilgili olan kadınların eğitim seviyelerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Leiva ve ark., (2014) yaptığı çalışmada da doğurganlık bilincine dayalı metodları daha çok yüksek okul ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan kadınların bildikleri ve kullandıkları belirlenmiştir. Mikolajczyk ve ark., (2003) yaptığı çalışma da doğal yöntemleri kullanmış olan Polonya'lı kadınların eğitim düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Zinaman ve ark., (2012) yaptığı çalışmada da ovülasyon belirleme yöntemlerini bilen ve kullanan kadınların eğitim seviyelerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Arşiv, (2008) 'in yaptığı çalışmada da, kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe hormonal yöntemleri kullanmak istemedikleri belirlenmiş. Lise ve üniversite mezunu olan kadınlarda yöntem bilme toplam puanlarının daha yüksek olduğunun saptanması çalışma bulgularımızı desteklemektedir. Buna göre kadınların eğitim düzeyi ile birlikte ovulasyon yöntem bilme puanlarında yüksek olması lise ve üniversite mezunu olan kadınların bilgiye nereden ulaşacaklarını bilmeleri, algı düzeylerinin yüksek olması, internet vb. iletişim araçlarına daha kolay erişebilmelerinden dolayı olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan kadınların yöntem bilme puanları ile çalışma durumları karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,000$). Çalışan kadınların bilme puanları çalışmayan kadınların bilme puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derece yüksektir. Bu da bizim çalışmamız için beklenen bir sonuçtur. Zinaman ve ark., (2012) yaptığı çalışma da çalışan kadınların ovulasyon izlem yöntemlerini bilme ve kullanma düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiş olup bizim çalışmamızın sonucu ile benzerlik göstermektedir. Çalışan kadınların eğitim düzeylerinin yüksek olması ve gün içerisinde sosyal etkileşimlerinin etkin olması gibi durumların bilme puanlarının yükselmesine katkı sağladığı düşünülebilir.

Kadınların yöntem bilme puanları ile eşlerinin eğitim durumları karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000$). Buna göre eşi lise ve üniversite mezunu kadınların puanları, okur yazar olmayan ve okur yazar/ ilköğretim mezunu olan kadınların puanlarına göre istatistiksel olarak

anlamli derecede daha yuaksektir. Kadınlarn eşlerinin eğitim seviyelerinin yuakse olmasi, sosyo-kültürel ve sosyo ekonomik düzeylerinin bununla birlikte de bilinç düzeylerin artmış olmasına neden olmuş ve bilme puanlarını da yükseltmiş olabilir.

Kadınlarn yöntem bilme puanlarının evlilik yaş grubu ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Buna göre 31 yaş üzeri ile diğer yaş gruplarına göre arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yuaksektir. Çalışmamızda geç yaşta evlenen kadınlarn eğitim seviyeleri, diğer yaş gruplarına göre daha yuakse bulunmuş bu bağlamda geç yaşta evlenen kadınlarn yöntem bilme puanlarını da yükseltmiş olabilir.

Araştırmaya katılan kadınlarn yöntem bilme puanları ile aile tipi karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,000$). Çekirdek aileye sahip olan kadınlarn, geniş aileye göre bilme puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yuaksektir.

Kadınlarn yöntem bilme toplam puanları ile gelir düzeyleri karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Buna göre gelir düzeyi giderden fazla olan kadınlarn bilme puanlarının, gelirin giderden az olduğu kadınlara göre bilme puanlarına kıyasla istatistiksel olarak yuakse bulunmuştur.

Çalışmamızın sonucu, genellikle toplumumuzda, doğal yöntemleri tercih edenlerin gelir düzeyi düşük olan kadınlar tarafından kullanılması fikri ile ters düşmektedir. Yapılan iki çalışma da gelir düzeyi düşük olan kadınlarn daha çok doğal yöntemleri bildikleri ve tercih ettiklerini belirlemişlerdir (Kurtuluş, 2009; Ryder ve ark., 2005). Bununla birlikte Gökdemirel, (2011) yaptığı çalışmada bizim sonucumuzla benzerlik göstermiştir. Farklı sonuçların olması, kadınlarn eğitim seviyelerinin ve sosyo kültürel özelliklerinin farklılığı ile açıklanabilir.

Kadınlarn ovulasyon izlem yöntemlerini bilme puanları, gebelik öykülerine, düşük öykülerine ve doğum öykülerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Sonuç olarak daha önce hiç gebelik yaşamayan ve 1-2 sayıda gebelik yaşayan, doğum ve düşük öyküsü olan

kadınların yöntem bilme puanları, 3 ve üzeri gebelik yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan benzer çalışmaların sonuçları, bizim çalışmamızın sonucu ile benzerlik taşımaktadır (Gökdemirel, 2000; Herrmann ve ark., 2007; Mikolajczk ve ark., 2003; Zinaman ve ark., 2012). Bu bağlamda hiç gebeliği olmayan ve 1-2 gebeliği olan kadınların bilme puanlarının yüksek olması bu yöntemleri gebeliği sağlamak amacı ile doğru zamanı bilmek ve bilinçli olarak kullanmak istemeleri ile açıklanabilir.

Kadınların yöntem bilme toplampuanları, gebe kalma öykülerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Araştırma dahilindeki kadınlardan tedavi ile gebe kalan kadınların, ovulasyon izlem yöntemlerini bilme puanları, doğal yolla gebe kalan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan iki çalışmanın sonuçları da bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir (Gökdemirel, 2000; Porucznik ve ark., 2014). Bu bağlamda tedavi ile gebe kalan kadınlar, daha fazla sağlık kurumlarından yararlanırlar bununla birlikte bilgi yönünden daha istekli ve araştırmacıdırlar. Ayrıca doğurganlık zamanlarını ve buna yönelik geliştirilen testleri bilme ve kullanmaya istekli olmaları yöntem bilme puanlarının artmasına neden olduğunu düşünebilir.

Araştırma dahilindeki kadınların yöntem bilme puanları, aile planlaması yöntem kullanımı ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Buna göre aile planlaması yöntemi kullanmayan, kondom kullanan yada geri çekme yöntemi kullanan kadınların, diğer yöntemleri kullanan kadınlara göre yöntem bilme puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda hormonal olmayan yöntemleri kullanan kadınların doğurganlık bilgiside yüksek bulundu. Bu durumun sonucu etkilediği düşünülebilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların ovulasyon izlem yöntemlerini bilme ve uygulama durumlarını belirlemek amacı ile yaptığımız araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Araştırmaya katılan kadınların 18 ile 45 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması $28,1 \pm 6,0$ 'dir.
- Kadınların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde % 30,8'i (n=228) 19-24 yaş grubunda, % 34,6'sı (n=256) 25-30 yaş grubunda, %34,6'sı (n=256) 31 yaş ve üzeri grupta yer aldığı görüldü.
- Araştırmaya katılan kadınların %42,4'ü (n=314) Akdeniz , %42,3'ü (n=313) Doğu Anadolu, %7,4'ü(n=55) Güneydoğu Anadolu, %4,2(n=31) İç anadolu, %1,6 (n=12) Ege, %1,2(n=9) Karadeniz, %0,8'i (n=6) Marmara bölgesi doğumlu olduğu saptandı.
- Eğitim durumlarına göre kadınları dağılımı incelendiğinde %12,8'I (n=95) okur yazar değil, % 8,8'i (n=65), % 45,1'i (n= 333) ilköğretim mezunu,%18,3'ü (n=136) lise mezunu, %15,0'ı (n=111) ise üniversite eğitim seviyesine sahiptir.
- Kadınların %18,9'u (n=140) çalışırken,%81,1'i (n=600) çalışmamaktadır. Eşlerinin ise %93,8'i (n=694), çalışırken,% 6,2'sinin (n=46) çalışmadığı belirlendi.
- Kadınların Eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde %4,2'si (n=31) okur yazar değil, % 2,7'si (n=20) okur yazar, % 53,6'sı (n= 397) ilköğretim mezunu,%20,7'si (n=153) lise mezunu, %18,8'i (n=139) ise üniversite eğitim seviyesinde olduğu belirlendi.
- Kadınların % 73,8'inin (n=546) çekirdek aile, % 26,2'sinin (n=194) ise geniş aile yapısına sahip oldukları belirlendi.
- Araştırmaya katılan kadınların gelir düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde % 19,5'inin (n=144) gelirin giderden az olduğu, %69,2' sinin (n=512) gelirin gidere denk olduğu, %11,3'ünün (n=84) ise gelir düzeyinin giderden fazla olduğu görüldü.
- Araştırmaya katılan kadınların %87,8' inin (n=650) gebelik öyküsünün olduğu,%12,2'sinin de (n=90) gebelik öyküsünün olmadığı belirlendi.

- Gebelik öyküsü olan kadınların da %59,3'ünün (n=385) bir ve iki gebelik, %40,7'sinin (n=265) üç ve daha fazla gebelik, %22,4'ünün(n=166) düşük öyküsü yaşadıkları saptandı.
- Kadınların, %83,5'inin (n=618) doğum öyküsünün olduğu, doğum öyküsü olan kadınların da %67,3'ü (n=416) bir ve iki doğum,%32,7'sinin de (n=202) üç ve daha fazla doğum yaptıkları görüldü.
- Gebelik yaşayan kadınların gebelik oluşum şekli incelendiğinde %88,9'u (n=578) doğal yolla, %11,1'i (n=72) tedavi ile alarak gebe kaldıklarını ifade ettikleri belirlendi.
- Araştırmaya katılan kadınların %82'si şimdiye kadar herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandıklarını, Yöntem kullanan kadınların %5,9'u (n=36) iğnelerle, %12,8'i (n=78) oral kontraseptiflerle, %17,6'sı (n=107) Rahim içi araçla,%23,5'i (n=143) kondom ile, %40'ı (n=243) geri çekme ile korundukları saptandı.
- Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık bilinci ile ilgili sorulara yanıtları incelendiğinde %57,7'sinin (n=427) “kadın her ilişkide gebe kalabilir mi ?” %38,4'ü (n=284) “Erkek her ilişkide gebe bırakabilir mi?”, %54,0'ı (n=400) “Adetli iken gebe kalınabilir mi?” %35,0'ı (n=259) “Adet sonrası hemen gebe kalınabilir mi?”, %72,7'si (n=538)“Adetin ilk günü takiben 12.-14. günlerde gebe kalınabilir mi?” ,%78,6'sı (n=582) “Adet olmadan hemen önceki günlerde gebe kalınabilir mi?”, %41,8 (n=309) gebe kalınabilecek günlerde kasık ağrısı olur mu?, %30,9'u (n=229) “Gebe kalınabilecek günlerde cinsel istek artar mı?”, %49,5'i (n=366) “Gebe kalınabilecek günlerde akıntı değişikliği olur mu?”, % 41,9'u (n=310) “Gebe kalınabilecek günlerde göğüs hassasiyeti olur mu?” %23,4 (n=173) “Gebe kalınabilecek günlerde vücut ısısı değişikliği olur mu?” %78,6 (n=582) “Ovulasyon izlem yöntemleri aile planlaması yöntemi olarak kullanılabilir mi?” sorularını bildikleri belirlendi.
- Ovulasyon izlem yöntemlerine ilişkin bilgiye sahip olan kadınların, %44,1'i (n=414) takvimde yumurtlama günlerini belirleme, %30,7'si (n=227) ultrasonda yumurta takibi, %26,4'ü (n=195) akıntı değişikliğini gözleme, %22,3'ü (n=165) idrarda LH pik tayini, %12,3'ü (n=91) mini mikroskopta

tükrük testi, %9,1'i (n=67) vücut ısısı değişikliği takibi, %7,6'sı (n=56) yöntemlerini bildiklerini ifade ettikleri saptandı.

- Ovulasyon izlem yöntemlerini kullanan kadınların, %93,2'si (n=333) takvimde yumurtlama günlerini belirleme, %36,4'ü (n=130) ultrasonda yumurta takibi, %35,2'si (n=126) akıntı değişikliğini gözleme, %16,5'i (n=59) idrarda LH pik tayini, %6,7'si (n=24) mini mikroskopta tükrük testi, %3,3'ü (n=12) vücut sıcaklığı değişikliği takibi, %2,5'i (n=9) yöntemlerini kullandıklarını ifade ettikleri belirlendi.
- Ovulasyon izlem yöntemlerini kullanan kadınların %92,4'ü (n=330) bu yöntemleri gebe kalmak için kullandıklarını, %7,6'sı (n=27) ise gebe kalmamak için kullandıkları görüldü.
- Kadınların doğurganlık bilgi puanları ile eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Buna göre okur yazar ve İlköğretim mezunu olan kadınların, (18,472 ± 1,821) okur yazar olmayan kadınların puanlarına göre (17, 863 ± 2,013) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti. Lise ve üniversite mezunu kadınların bilgi puanları da (19,295 ± 1,729) okur yazar ve ilköğretim mezunu olan kadınların (18,472 ± 1,821) puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.
- Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık bilgi puanları ile aile tipi karşılaştırıldığında fark anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Çekirdek aileye sahip olan kadınların (18,743 ±1,891) geniş aileye (18,458 ±1,829) göre bilgi puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti.
- Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, gebelik öykülerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,000). Daha önce Hiç gebelik yaşamayan (19,622 ± 1,745) ve 1-2 sayıda gebelik yaşayan (18,745 ±1,865) kadınların doğurganlık bilgi puanları, 3 ve üzeri gebelik yaşayanlara (18,234 ± 1,810) göre daha yüksek bulundu.
- Kadınların doğurganlık bilgisi puanları, gebe kalma öykülerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu (p=0,000).
- Tedavi ile gebe kalan kadınların (19,805 ±1,692), doğurganlık bilgi puanları doğal yolla gebe kalan kadınlardan (18,378 ± 1,819) daha yüksek bulundu.

- Kadınların yöntem bilme toplam puanları, yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Buna göre 31 yaş üzeri ile diğer iki yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu.
- Araştırmaya katılan kadınların yöntem bilme puanları ile çalışma durumları karşılaştırıldığında fark anlamlı bulundu ($p=0,000$). Çalışan kadınların doğurganlık bilme puanları ($10,542 \pm 2,351$), çalışmayan kadınların bilme puanlarına ($8,198 \pm 1,548$) göre istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek bulundu.
- Kadınların ovulasyon izlem yöntemlerini bilme puanları, gebelik öykülerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$). Daha önce hiç gebelik yaşamayan ($9,722 \pm 1,854$) ve 1-2 sayıda gebelik yaşayan ($8,737 \pm 1,936$) kadınların doğurganlık bilgi puanları, 3 ve üzeri gebelik yaşayanlara ($8,135 \pm 1,851$) göre daha yüksek bulundu.
- Kadınların yöntem bilme puanları, gebe kalma öyküleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,000$).
- Tedavi ile gebe kalan kadınların ($10,208 \pm 1,853$), doğurganlık bilgi puanları doğal yolla gebe kalan kadınlardan ($8,278 \pm 1,824$) daha yüksek bulundu.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Polikliniğe başvuran tüm kadınlar ovulasyon izlem yöntemleri ve aile planlaması ile ilgili bilgi düzeyleri değerlendirilmeli,
- Aile planlaması polikliniklerine başvuran kadınlara modern yöntemler ile birlikte diğer yöntemler ile ilgili de danışmanlık yapılması,
- Ebe ve hemşirelerin ovulasyon izlem yöntemlerine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerine eşlerinde katılması,
- Ebe ve hemşirelere yönelik yöntemler hakkında hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- Yöntemler hakkında niteliksel araştırmalar yapılması, ve bu çalışmaların yaygınlaştırılması,
- İnfertilite polikliniklerine ilk başvuran kişilere, bu yöntemler hakkında bilgiler verilmeli ve çiftler yönlendirilmeli,

- Yöntemleri bilen kadınların bilgi düzeyleri, uygulama durumları ve bunları etkileyen faktörlerle ilgili çalışmaların planlanması,
- Doğurganlık bilincine yönelik ölçek değerlendirme çalışmalarının yaygınlaştırılması,
- Gereksinimler doğrultusunda sağlık eğitim programlarının ve eğitim materyallerinin geliştirilmesi önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Akpınar H. Kudret Narının Östrojen Reseptörlerinden ESR 1 ve ESR 2 Gen Düzeyleri İle Oksidatif DNA Hasarı Üzerindeki Etkisi. İstanbul Marmara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Rabia Oba, Yrd. Doç. Özge Çevik).
2. Aktaş H. Derin Teratozoosperminin ICSI'de Gebelik Sonuçları Üzerindeki Etkisi. Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi, 2007, İstanbul, (Danışman:.Doç. Dr. A.Süha Sönmez).
3. Aktoprak M. Evli Kadınlar ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve İlişkili Faktörler.Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Konya (Danışman: Doç. Dr. Belgin Akın).
4. Aktümsek A. Anatomi ve Fizyoloji, İnsan Biyolojisi. 9. Baskı, Nobel Yayıncılık, İstanbul, 2015, 230-375.
5. Arabacı YR. Türkiye’de yoksulluk ve bölgeler arası gelişmişlik farkları açısından sağlıkta adalet. Uludağ Üniversitesi İktisadi idari bilimler Fakültesi Dergisi. 2009, 1: 1-25.
6. Arbab AA, Bener A, Abdulmalik M. Prevalence, awareness and determinants of contraceptive use in Qatari women. Eastern mediterranean health journal. 2011, 1: 11-18.
7. Arslan H, Ataman H. Doğal gebelikler ile infertilite tedavisi. Aile ve Toplum Dergisi. 2010, 11: 6-23.
8. Arşiv MH. Aydın Doğumevine Aile Planlaması için Başvuran Kişilerin Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008, Aydın (Danışman: Doç.Dr. Serpil Aydın).
9. Aylaz R, Yekeler B, Çam H, Güneş G. Ebelerin doğal aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi tutum ve uygulamaları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009, 4: 151-158.
10. Balçık O. Hiperprolaktinemide kabergolinin düşük doz ve kısa dönem idame tedavisinin etkinliğinin araştırılması. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Cem Turan).

11. Başaraner F. Üreme Çağındaki Kadınların Amenoreye Bakışı ve Amenore Yapan Doğum Kontrol Yöntemleri Hakkındaki Bilgi ve Tutumları. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastahanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Tuncay Küçüközkan).
12. Beji KN. Hemşirelere ve Ebelere Yönelik Kadın sağlığı ve Hastalıkları, Nobel tıp kitapevi, İstanbul, 2015, 69-82.
13. Beji KN, İnfertilite Hemşireliği, Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Yayınları, Acar Basım, İstanbul, 2009, 11-48.
14. Bostancı SM. Doğu anadolu bölgesindeki bir ilçede kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemleri için bilgi kaynakları ve istenmeyen gebeliklerle ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi, 2011, 2: 202-207.
15. Bozkurt İA, Koçoğlu F. Gaziantep kent merkezinde halkın sağlık kuruluşundan yararlanım düzeyi. Gaziantep Tıp Dergisi. 2000, 2: 36-40.
16. Cangöl E. Uzunköprü Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne Jinekolojik Muayene İçin Başvuran Kadınlarda Genital Enfeksiyonların Sıklığı ve Genital Hijyen Davranışlarının Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Edirne (Danışman: Yrd. Doç.Dr. Burcu Tokuç).
17. Çalışkan GB, Doğan B, Olçum GG. Kırsal bölgede yaşayan kadınların aile planlaması yöntemi tercihlerine yaş ve eğitimin etkisi, Türk Aile Hekim Dergisi, 2014, 4: 189-194.
18. Demirtaş GS, Demirtaş Ö, Öztekin K, Şendağ F, Bilgin O. Antimüllerian hormon ve intrauterin inseminasyon sikluslarında ovarian yanıt: prospektif çalışma anti-müllerian hormone and ovarian response in intrauterine insemination cycles: a prospective study. Kocatepe Tıp Dergisi. 2014, 2: 85-91.
19. Dere F. Kadın Hastalıkları ve Doğum Temel Bilgileri. Ed: Köker İ. ,İstanbul, Nobel tıp kitapevi, 2006, 13-65.
20. Erboğa H. Üreme Çağındaki Kadınlarda Adet Döngüsü Hormonlarındaki Periyodik Değişimlere Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Kromozom Hassasiyetleri ve Sitotoksik Etkiler. Çukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Adana (Danışman adı: Doç.Dr. Hasan Basri İLA).

21. Erdoğan M. Genç Kızlarda Primer Dismenore ve Vücut Kitle İndeksi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Aydın (Danışman adı: Yrd. Doç. Dr. Sevgi Özsoy).
22. Erenel ŞA. Doğal aile planlaması yöntemi: Laktasyonel Amenore Yöntemi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010, 9: 383-390.
23. Ertopçu K, Fertilité bilincine dayalı methodlar ve gelenekse yöntemler, Türkiye klinikleri Journal of surgical medical sciences. 2006, 22: 68-77.
24. Evliyaoğlu O, Alikaflifoğlu M, Ercan O. Ergenlerde menstrüel döngü bozuklukları Türk Ped Arşiv. 2010, 45: 6-12.
25. Fehring R. New low and high tech calendar methods of family planning Journal of Nurse Midwifery and Women's Health. 2005, 50: 1-9.
26. Fehring R, Schneider M, Rodrigueza KR, Pruszynski J. Randomized comparison of two Internet-supported fertility-awareness-based methods of family planning. Contraception. 2013, 88: 24-30.
27. Freundl G. Efficacy of natural family planning methods. The European journal of Contraception&reproduction health care. 2010, 15: 380-381.
28. Galati G, Trapani E, Yacoupm MR, Galati GM, Fiorelli C, Bandiera F, Paolillo A. A new test for human female ovulation diagnosis. [http:// www.craigmedical. Com/Ovulation- abstract](http://www.craigmedical.com/Ovulation-abstract) (24.10.2013).
29. Garcia D, Vassena R, Prat A, Vernaev V, Privada F. Increasing fertility knowledge an dawareness by tailore deducation: a randomized controlled trial Spain Reproductive Bio Medicine Online. 2016, 32: 113-120.
30. Gerrits M, Mannaerts B, Kramer H, Addo S, Hanssen R. First Evidence of Ovulation Induced by Oral LH Agonists in Healthy Female Volunteers of Reproductive Age European Journal Of Obstetrics, The Journal Of Clinical Endocrinology And Metabolism. 2013, 4: 1558-66.
31. Gnoth C, Godehardt E, Herrmann FP, Friol K, Tigges J, Freundl G. Defination and prevalence of subfertility and infertility. Human Reproduction. 2005, 5: 1144-1147.
32. Godbert S, Miro F, Shreeves C, Gnoth C, Johnson S. Comparison between the different methods developed for determining the onset of the LH surge in urine

- during the human menstrual cycle. *Gynecologic Endocrinology And Reproductive Medicine* 2015, 292: 1153–1161.
33. Gokdemirel ÖS, Ülkemiz için yeni bir gebelikten korunma/gebe olabilme yöntemi: Billings Ovulasyon Methodu. *İstanbul Üniversitesi Florence Nigtingale Yüksekokulu Dergisi*. 2004, 52: 68-77.
 34. Gökdemirel ÖS, Coşkun A. Doğal aile planlaması yöntemlerinden Billings Ovulasyon yönteminin uygulanması. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*. 2011, 2: 33-48.
 35. Gökdemirel SÖ: Doğal Aile Planlaması Yöntemlerinden Ovulasyon Metodunun Uygulanması. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*. 2000, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Anahit Coşkun).
 36. Guermandi E, Walter V, Massimiliano BM, Uglietti A, Ragni G, Crosignani P. Reliability of ovulation tests in infertile women. *Obstetrics&gynecology*. 2001, 97: 1: 92–96.
 37. Guida M, Giovanni A, Tommaselli P, Palomba S, Pellicano M, Gianfranco C, Nappi C. Efficacy of methods for determining ovulation in a natural family planning program aurizio. *Fertility And Sterility*. 1999, 5: 72-80.
 38. Guzman L, Caal S, Peterson K, Ramos M, Hickman S. The use of fertility awareness methods (FAM) among young adult Latina and black women:What to they know and how well do they use it? Use of FAM among Latina and black women in the United states. *Contraception*. 2013, 2: 232-238.
 39. Günthera V, Bauera I, Hedderichb J, Mettlera L, Schuberta M, Mackelenbergha MT, Maassa N, Alkatouta I. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2015, 194: 38–42.
 40. Haliloğlu S, Gündoğdu PY, Evcimen ST, Çivilibal M. Aile planlamasi polikliniğine başvuran hastalarda gebelikten korunma yöntemlerinin değerlendirilmesi. *Euras J Fam Med*. 2013; 2:70-76.
 41. Hampton KD, Mazza D, Jennifer M. Fertility-awareness knowledge, attitudes, andpractices of women seeking fertility assistance. *Journal Of Advanced Nursing*. 2012, 5: 1076-1084.

42. Hermann FP, Heil J, Gnoth C, Toledo E, Baur S, Pyper C, Jenetzky E, Strowitzki T, Freundl G. The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couples sexual behavior during the fertile time: a prospective longitudinal study. *Human Reproduction*. 2007, 5:1310-1319.
43. [http://www.karmabilgi.net/tukurukle-yumurtlama donemi-testi](http://www.karmabilgi.net/tukurukle-yumurtlama_donemi-testi), Erişim tarihi:16.03.2016.
44. [http://www.megep.meb.gov.tr/mte program modül/modüller-pdf/üreme sistemi](http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller-pdf/ureme_sistemi). Erişim tarihi: (27.10.2014).
45. <http://www.ovulasyon.net/kullanma-talimati.php> Erişim tarihi: (27.10.2014).
46. Jennings V, Sinai İ, Sacieta L, Lundgren R. Two DayMethod: a quick-start approach. *Contraception*. 2011,2:144-149.
47. Hall JE. Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji. Nobel Tıp Kitapevi Ltd. Şti, İstanbul, 2013.
48. Jones G, Carlton J, Weddell S, Johnson S , Ledger W. Women's experiences of ovulation testing: a qualitative analysis. *Reproductive Health*. 2015,12:116.
49. Kadioğlu A. WHO Laboratuvar El Kitabı. İnsan semeninin incelenmesi ve işlemlerden geçirilmesi. Türk Üroloji Derneği, 2011, 1-50.
50. Kayıkçı MA, Akman Y, Erol A. Erkek infertilitesini değerlendirmede semen analizinin özellikleri ve rolü. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002, 3: 35-38.
51. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*. 2013, 2: 162-178.
52. Kursun Z, Cali S, Sakarya S. The standard days method: efficacy, satisfaction and demand at regular family planning service delivery settings in Turkey. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2014, 19: 203–210.
53. Kurtuluş H. Aile Planlaması Danışmalığının Verilmesinin Yöntem Seçimine Etkileri. Dr. Lütfü Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 2009, İstanbul (Danışman:Uz Dr. Esra Esim Büyükbayrak).
54. Lampic C, Svanberg S, Kalström P, Tyden T. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Human reproduction*. 2006 21: 558-564.

55. Leifer G, Burroughs A Maternity Nursing an Introductory Text, Saunders company, Eighth Edition, 2001.
56. Leiva R, Burhan U, Kyrillos E, Fehring R, McLaren R, Dalzell C, Tanguay E. Use of ovulation predictor kits as adjuncts when using fertility awareness methods: a pilot study. JABFM, 2014 3:427-429.
57. Mayda SA, Yılmaz M, Ağırca D, Altın N, Aydemir G, Aydın Ö. Bir Ana Çocuk Sağlığı Aile planlaması Merkezi'ne başvuran hastaların değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2012, 3:14-19.
58. Manhart MD, Duane M, Lind A, Sinai İ, Golden J. Fertility awareness-based methods of family planning: A review of effectiveness for avoiding pregnancy using. Osteopathic Family Physician.2013, 5 : 2-8.
59. McIndon LA, Beckmann M, Flenady V, McIntyre D, Chapman M. Women's views of a fertility awareness and hormonal support approach to subfertility. Human Fertility. 2013; 4: 252-257.
60. Mikolajczyk TR, Stanford BJ, Rauchfuss M. Factors influencing the choice to use modern natural family planning. Contraception. 2003, 67: 253-258.
61. Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population- based survey. Human Reproduction. 2007, 9: 2422-2427.
62. Mortensen LL, Hegaard HK, Anderson AN, Bentzen JG. Attitudes towards motherhood and fertility awareness among 20-40 years-old female healthcare professionals. Eur J. Contracept reproduction Health care. 2012, 6: 468-481.
63. Öktem Ö, Urman B. Reprodüktif yaşam siklusu: folikülogenez ve menstruasyon. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2012, 9: 1- 24.
64. Öztaş Ö, Artantaş AB, Tetik BK, Yalçıntaş A, Üstü Y, Uğurlu M. 18-49 yaş grubu evli kadınların üreme sağlığı ve kontrasepsiyon hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları http://www.prb.org/pdf13/family-planning-2013-datasheet_eng.pdf erişim tarihi (16.09.2015).
65. Öztürk ÖÇ, Sağlık Personelinin Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Afyon (Danışman adı: Doç. Dr. Gülengül Köken).

66. Pallone SR, Bergus GR: Fertility Awareness-Based Methods: Another Option for Family Planning. *J Am Board Fam Med.* 2009, 2: 147–157.
67. Porucznik CA, Cox KJ, Schliep KC, Stanford BJ. Pilot test and validation of the peak day method of prospective determination of ovulation against a hand held urine hormone monitor. *BMC Women's Health.* 2014, 4: 2-9.
68. Pyper CMM, Knight J. Fertility awareness methods of family planning for achieving or avoiding pregnancy. *The global library of women's medicine.* //http://www.glowm.com erişim tarihi: (16.09.2015).
69. Rafael TM, Joseph BS, Martina R. Factors influencing the choice to use modern natural family planning. *Contraception.* 2003, 67: 253-258.
70. Ryder B, Campbell H. Natural Family planning in the 1990 s. *The Lancet.* 1995, 346: 233-234.
71. Sedlecky K, Rasevic M, Topic V. Family planning in Serbia the perspective of female students from the University of Belgrade. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2011, 16: 469–79.
72. Stanford BJ, White LG, Hatasaka H. Timing intercourse to achieve pregnancy: current evidence. *Obstetric & Gynecology* 2002, 100:1333-1341.
73. Şirin A, Kavlak O. *Kadın Sağlığı*, 1. Baskı, Bedray Yayıncılık, İstanbul, 2008, 147-156.
74. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Genişletilmiş* 13. Baskı, Akademisyen Matbaacılık, Ankara, 2015, 43-67.
75. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, <http://www.Saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf>. (erişim tarihi:09.04.2016).
76. Türk R, Terzioğlu F. Geri çekme yöntemi ve kullanımını etkileyen faktörler *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2012, 3: 67-80.
77. Türk YT. İstenmeyen Gebeliği Olan ve Olmayan Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Seçimleri. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 2009, İstanbul (Danışman adı: Doç. Dr. Ekrem Orbay).

- 78.** Tiplady S, Jones G, Campbell M. Home ovulation tests and stress in women trying to conceive: a randomized controlled trial. *Human Reproduction*. 2013, 1: 138-151.
- 79.** Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 <http://www.tuik.gov.tr>. Erişim tarihi: 05.04.2016.
- 80.** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa_2013/data/TNSA-2013_ana_rapor.pdf Erişim tarihi: (28.10.2015).
- 81.** Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Kontraseptif Yöntemler. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cilt 1, Damla Matbaacılık Ankara, 2005, S:169-187.
- 82.** Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Kontraseptif Yöntemler. Tc. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cilt 2 Damla Matbaacılık Ankara, 2005, S:311-329.
- 83.** Webster W, Godfrey EM, Costantini L, Katilius J. Passive fertility prediction using a novel vaginal ring and smartphone application *Obstetrics&Gynecology*, 2015,1:1-44.
- 84.** Beksaç SM, Demir N, Koç A, Yüksel A. *Obstetrik Maternal- Fetal Tıp Perinatoloji*. Kozan ofset, Nobel kitapevi, 2001, 2-10.
- 85.** Yıldırım M. *İnsan Anatomisi*, Nobel tıp kitapevi, 1999, 208-246.
- 86.** Yumru EA, Öndeş B. İnfertil Çifte yaklaşım ve in vitro fertilizasyon'a doğru hasta seçimi. *JAREM*. 2011, 1: 57-60.
- 87.** Zinaman JM. Using cervical mucus and other easily observed biomarkers to identify ovulation in prospective pregnancy trials. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*. 2006, 20: 26–29.
- 88.** Zinaman M, Johnson S, Ellis J, Ledger W. Accuracy of perception of ovulation day in women trying to conceive. *Current Medical Research& Opinion*. 2012, 5: 749-754.
- 89.** Zoghi M, Vaseghi B, Bastani A, Jaberzadeh S, Galea PM. The Effects of Sex Hormonal Fluctuations during Menstrual Cycle on Cortical Excitability and Manual Dexterity (a Pilot Study). *Plos One*. 2015, 2: 36-40.

EK 1.**ÖZGEÇMİŞ**

Adı	TUBA	Soyadı	GÜNER EMÜL
Doğum Yeri	SİVAS	Doğum Tarihi	1980
Tel	506-2642203	e-mail	tubaguner2007@hotmail.com

Eğitim Durumu

	Mezun Olduğu kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/uzmanlık	İstanbul Bilim Üniversitesi	
Yüksek lisans	Cumhuriyet Üniversitesi	2006
lisans	Cumhuriyet Üniversitesi	2004
Lise	Sivas Lisesi	1997

Yabancı dil/Diller sınavı puanı								
YDS	ÜDS	İELT S	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	CPE	CAE	FCE
	55							

	Sayısal	Eşit ağırlık	Sözel
ALES Puanı	69,495	69,107	67,222
Diğer puan			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word, Excel	Çok iyi

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl- Yıl)
Öğretim Görevlisi	Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	9 yıl (2006-)

BİLİMSEL FAALİYETLER

1. Güner T, Bilgiç D, Kabaç G “Cumhuriyet Üniversitesi'nin Sağlıkla İlgili Bölümlerinde Okuyan 1. Sınıf Öğrencilerinin AIDS Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Saptanması” 4. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23 Nisan 2005, Ankara (Poster Bildiri)
2. Ateş Y, Sarı M, Güner T “Ebelerde İş Yükünün ve Niteliğinin Değerlendirilmesi” 1. Ulusal Ebelik Kongresi, 20-22 Haziran 2007, İstanbul(Poster Bildiri)
3. Güner T, Çetin A “ Vajinal ve Sezeryan Doğum Yapan Adölesan Annelerin Doğum Sonrası Dönemde Kendilerinin ve Bebeklerinin Bakımında Yaşadıkları Sorunlarının Karşılaştırılması” 1. Ulusal Ebelik Kongresi, 20-22 Haziran 2007, İstanbul (Poster Bildiri)
4. Akan N, Altıok M, Türkleş S, Erer T, Kettaş E, Alaca Ç, Yılmaz G, Güner T “Klinisyen Ebe ve Hemşirelerin Öğrenci Eğitimine Katkılarının İncelenmesi” 4. Uluslararası 11. Ulusal Hemşirelik Kongresi” 5-8 Eylül 2007, Ankara (Sözel Bildiri)
5. Akçınar M, Güner T “Gebelik, Kadına Uygulanan Şiddeti Azaltıyor mu?” 1. Kadın Sağlığı Kongresi,20-22 Mart 2008, Ankara(Poster Bildiri)
6. Yurdakul M, Güner T, Kaya D “ Mersin Merkez 5.nolu Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Eşleri Tarafından Şiddet Görme durumlarının İncelenmesi” 1. Kadın Sağlığı Kongresi,20-22 Mart 2008, Ankara(Poster Bildiri)
7. Güner T, Yurdakul M “ The Investigate Of The Factors Influencing Newborn Low Birtweight İnfants” XXI European Congress Of Perinatal Medicine, 10-13 Eylül 2008, İstanbul(Poster Bildiri)
8. Yurdakul M, Güner T “Use Of Drug İn The Pregnancy” XXI European Congress Of Perinatal Medicine, 10-13 Eylül 2008, İstanbul(Poster Bildiri)
9. Yurdakul M, Güner T “ Evaluation Of Adolescent Pregnancies Socio Demographic Features And Antenatal Care” XXI European Congress Of Perinatal Medicine, 10-13 Eylül 2008, İstanbul(Poster Bildiri)
10. Güner T, Özbek H. “Primipar Gebelerin Doğum Korkusu Yaşama Nedenlerinin Belirlenmesi” 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23 Nisan 2009, Ankara (Poster Bildiri)
11. Şahin M, Güner T “Lohusaların Anne Sütünü Arttırmaya Yönelik Uyguladıkları Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesi” Kadın Çalışmaları Kongresi, 5-7 Mart 2009, Sakarya (Poster Bildiri)
12. Güner T, Şahin M “Adölesan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin ve Aile Planlaması Yöntemleri İle İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi” 1. Ulusal Nüfusbilim Kongresi 9-10 Ekim 2010, Ankara (Poster Bildiri)
13. Güner T, Şahin M “Mezitli 2 Nolu Sağlık Ocağına Başvuran Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanma Durumlarının İncelenmesi” 1. Ulusal Nüfusbilim Kongresi 9-10 Ekim 2010, Ankara (Poster Bildiri)
14. Güner T, Şahin M “Mersin Kadın Doğum Hastanesine Başvuran Gebelerin Akraba Evliliği Sıklığının İncelenmesi “1. Ulusal Nüfusbilim Kongresi 9-10 Ekim 2010, Ankara (Poster Bildiri)
15. Şahin M, Güner T “Refakatçi Evli Kadınların Erkek Kontrasepsiyonuna Bakış Açılarının İncelenmesi “1. Ulusal Nüfusbilim Kongresi 9-10 Ekim 2010, Ankara (Poster Bildiri)

16. Güner T, Şahin M, Uzel A, Yılmaz F “Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Öğrencilerinin İlk Doğumlarını Yaptırma Sırasında Yaşadıkları Duyguların Belirlenmesi” 1. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi” 5-7 Mayıs 2010, İzmir (Sözel Bildiri) 1. Ödüllü
17. Yurdakul M, Güner T, Şahin M “Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Boş Zamanlarını Değerlendirme Durumlarının Belirlenmesi” 1. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi” 5-7 Mayıs 2010, İzmir (Poster Bildiri)
18. Güner T, Uzel A, Şimşek M, Fırat A. “Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kamu Personel Seçme Sınavı İle İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi” 2. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi 27-29 Nisan 2011, Aydın (Poster Bildiri)
19. Güner T, Uzel A, Şimşek M, Fırat A. “Sağlık Yüksekokulu Ebelik Öğrencilerinin Taşiyıcı Annelik İle İlgili Görüşlerinin İncelenmesi” 2. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi 27-29 Nisan 2011, Aydın (Poster Bildiri)
20. Güner T, Uzel A, Şimşek M, Fırat A “Ebelik 1. Sınıf Öğrencilerinin Bölüme Yerleştirildiklerini Öğrendiklerinde Yaşadıkları Duyguları Ve Geleceğe Dair Beklentileri” 2. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi 27-29 Nisan 2011, Aydın (Poster Bildiri)
21. Güner T, Yolcu Y, Sağındık Ç “Normal Doğumda Ebe mi? Doktor mu?” 2. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi 27-29 Nisan 2011, Aydın (Sözel Bildiri)
22. Uzel A, Güner T, Yılmaz D, Aktaş H, Göçmen E. “Gebelerin antenatal testler ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi” 3. Ulusal ebelik öğrenci kongresi 11-13 Nisan 2012, Malatya. (Poster Bildiri)
23. Güner T, Yılmaz D, Uzel A, Aktaş H, Göçmen E. “Gebelerin ultrasonografi ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi” 3. Ulusal ebelik öğrenci kongresi 11-13 Nisan 2012, Malatya. (Poster Bildiri)
24. Uzel A, Güner T, Yılmaz D, Kılınç Z, Topçu E. “0-6 yaş grubu yüksek ateşli çocuğuyla hastaneye başvuran annelerin çocuğa yaklaşım ve bilgilerinin belirlenmesi” 3. Ulusal ebelik öğrenci kongresi 11-13 Nisan 2012, Malatya(Poster Bildiri)
25. Güner T, Yılmaz D, Uzel A, Aktaş H, Toraman D. “Gebelerin bebeğin cinsiyetini tahmin etme ile ilgili geleneksel uygulamalarının belirlenmesi” 3. Ulusal ebelik öğrenci kongresi 11-13 Nisan 2012, Malatya. (Poster Bildiri)
26. Uzel A, Güner T, Yılmaz D, Kılınç Z, Topçu E., Bilgin S “Gebelerin doğum şekline yönelik kararlarının incelenmesi” 3. Ulusal ebelik öğrenci kongresi 11-13 Nisan 2012, Malatya(Poster Bildiri)
27. Güner T, Yılmaz D, Uzel A, Kılınç Z, Topçu E. “Aile planlaması yeniliklerle ilgili ebe ve hemşirelerin bilgi düzeylerinin belirlenmesi” 3. Ulusal ebelik öğrenci kongresi 11-13 Nisan 2012, Malatya (Sözel Bildiri)
28. Yılmaz D, Kısa S, Zeyneloğlu S, Güner T, “The influence of non stres test on anxiety in pregnant women The 1. İnternational clinical research congress 29 May-1 June 2012, İzmir(Sözel Bildiri)
29. Yılmaz D, Kısa S, Zeyneloğlu S, Güner T, “The traditional practices to ease labor and delivery among turkish women” The 1. İnternational clinical research congress 29 May-1 June 2012, İzmir(Sözel Bildiri)
30. Yılmaz D, Uzel A, Güner T “Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Flört İlişkilerinde Şiddeti Kabul Etme Durumlarının Belirlenmesi” Uluslararası Kadın Konferansı DEKAUM 09-11 Mayıs 2012, İzmir(Sözel Bildiri)

- 31.** Çömelekoğlu Ü, Maden N, Aydın A, Yılmaz D, Arslan B, Demir Mishchenko E, Gülgösteren E, Güner T, Gökmen A “Engelsiz Mersin Üniversitesi Çalışmalarında Akademik ve İdari Personel ile Öğrencilerin İşbirliğinin Olumlu Katkıları” 6. Engelsiz üniversiteler Çalıştayı Yeditepe üniversitesi, 20-23 Mart 2012, İstanbul(Poster Bildiri)
- 32.** Çömelekoğlu Ü, Gülgösteren E, Aydın A, Yılmaz D, Arslan B, Demir Mishchenko E, Maden N, Güner T, Gökmen A “Engelsiz Yaşam-Engelsiz Mersin Çalışmalarında Mersin Üniversitesi’nin Katkısı ” 6. Engelsiz üniversiteler Çalıştayı Yeditepe üniversitesi, 20-23 Mart 2012, İstanbul(Poster Bildiri)
- 33.** Çömelekoğlu Ü, Aydın A, Yılmaz D, Arslan B, Maden N, Gökmen A, Güner T, Gülgösteren E, Demir Mishchenko E “Engelli Öğrencilerimizin Üniversite Olanaklarından Memnuniyet Düzeyleri: Mersin Üniversitesi Örneği ” 6. Engelsiz üniversiteler Çalıştayı Yeditepe üniversitesi, 20-23 Mart 2012, İstanbul(Sözel Bildiri)
- 34.** Taner B, Uzel A, Güner T “Population Development and Women” 14th Mediterranean Research Meeting 20-23 Mart 2013/ Mersin
- 35.** Güner Emül T, Uzel A, Yiğit F “Yardımcı Üreme Tekniklerinde Yenilikler” 4. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi 2-4 Mayıs 2013/ Samsun
- 36.** Güner Emül T, Uzel A, Yılmaz D “Gebelerin Doğal Doğum ile ilgili Düşüncelerinin Belirlenmesi 4. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi 2-4 Mayıs 2013/ Samsun
- 37.** Güner Emül T, Uzel A, Onat F, Gül S “Primipar annelerin doğum sonrası emzirme sırasında yaşadıkları sorunların belirlenmesi” 4. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi 2-4 Mayıs 2013/ Samsun
- 38.** Yılmaz D, Uzel A, Güner Emül T, Aydın R, Ögüt E, Yağan E, Ateş P, Erteyel R “Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçme kararlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi” 12. Ulusal hemşirelik öğrenci kongresi 19-21 Nisan 2013, Konya
- 39.** Yılmaz D, Aydın R, Uzel A, Güner Emül T “ Annelerin doğum sonrası dönemde aile planlamasına ilişkin bilgilerinin saptanması” 1. Ulusal doğum sonrası bakım kongresi, 20-22 Haziran 2013, İzmir
- 40.** Yılmaz D, Kısa S, Zeyneloğlu S, Güner Emül T, “The traditional practices to ease labor and delivery among turkish women” international journal of nursing practice 2013;19:65-73
- 41.** Kısa S, Zeyneloğlu S, Yılmaz D, Güner Emül T “The quality of sexual life and its affect on the marital adjusment of turkish women in prenancy” journal of sex & marital therapy Cilt: 40, No: 4, Sf: 309-322, 2014.
- 42.** Güner Emül T, Uzel A, Yılmaz D Yardımcı üreme tekniklerinde komplikasyonlar 3. Ulusal 2. Uluslararası Ebelik Kongresi 20-23 Kasım 2013, Antalya
- 43.** Güner Emül T, Uzel A, Yılmaz D Kadınlarda Menapoz Yaşı ve Etkileyen Faktörler 3. Ulusal 2. Uluslararası Ebelik Kongresi 20-23 Kasım 2013, Antalya
- 44.** Aydın R, Uzel A, Yılmaz D, Güner Emül T Aile planlamasında yenilikler konusunda ebe ve hemşirelerin bilgi düzeylerinin belirlenmesi 3. Ulusal 2. Uluslararası Ebelik Kongresi 20-23 Kasım 2013, Antalya
- 45.** Güner T, Yılmaz D, Uzel A, Aktaş H, Toraman D. “Gebelerin bebeğin cinsiyetini tahmin etme ile ilgili geleneksel uygulamalarının belirlenmesi” Sağlıkla Hemşirelik Dergisi, Eylül 2013 Sayı:5



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Sayı :44140529 /2015-156
Konu : Tezyahması

30.12.2015

Sayın Prof. Dr. Zehra DURNA
İy Hastahklan Hemireligi

Aağlda belirtilen yahmanız 22.12.2015 tarihli Dniversitemiz Klinik Aratırmaların Etik Kurulu toplantısmda incelenmi, yahmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan bir sakınca olmadıgına oy birliği ile karar verilmiştir. Kurul kararını ilikte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılımla rica ederim.

Prof. Dr. Reyhan DİZKAYA
Klinik Aratırmalar Etik Kurul Başkanı

Özet: "Kadında Ovülasyon izlem Yöntemlerine ilikin Bilgi ve Uygulamaların Değerlendirilmesi" başlıklı tez yahması.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Zehra DURNA, İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemirelik Yılksekokulu Müdürü

Diğer Araştırmacılar: Tuba GÜNER İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemirelik Doktora Programı Öğrencisi

Proje ile ilgili Temas Kurulacak Kişi: Prof. Dr. Zehra DURNA, İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemirelik Yılksekokulu Müdürü

Merkez sayı: Tek merkez



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARATIRMALARI ETİK KURULU

İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu

Karar No :22.12.2015/43-306

<ahmanm Adi: "Kadında Ovülasyon İzlem Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Uygulamaların Değerlendirilmesi"
başlık tez 9ahması.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Zehra DURNA, İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi
Hemirejik Yüksekokulu Mİlidi.iri

Bkan
Prof. Dr. Reyhan DİZKÖKÜKAYA

Bakan Yardımcısı
Prof. Dr. Numan ERMUTLU

Üye
Prof. Dr. Tufan PAKER

Üye
Prof. Dr. Işın BARA

Üye
Doç. Dr. Semiha AKIN

Üye
BOZKURT

Üye
Ecz. Pmar DEMİR ÖZKER

Raportör
Doç. Dr. Berrin TELATAR

6
Üye

Prof. Dr. Ali Seyfi Yalın YALÇIN
Üye
Doç. Dr. Demet AKIN
Üye

Yard. Doç. Dr. Ersan EROĞLU
Üye

Üye
Av. Özlem ÖZTÜRK
Üye
Cafer KILIC

(h) <1!)

EK 3

ANKET FORMU:

Bu çalışma Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesinin kadın doğum polikliniklerine başvuran kadınların Ovülasyon (yumurtlama) izlem yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulama durumlarını saptamak amacıyla yapılacaktır. Çalışmaya katılacak gönüllü kadınların sosyo demografik özelliklerini, ovulasyon izlem yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulama durumlarını saptamak amacıyla literatürden yararlanılarak hazırlanan veri toplama formundaki sorular yöneltilecektir. Çalışmada gönüllülerin isimleri kullanılmayacak olup sadece sonuçları istatistiksel olarak bilimsel yazı şeklinde yayınlanacaktır. Sağlık otoriteleri, Bakanlık, Etik Kurul gerektiğinde gönüllülerin kayıtlarına ulaşabilir ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Gönüllüler isterlerse çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirileceklerdir, ayrıca istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahiptirler. Gönüllülere bu çalışma için tazminat, ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma sonucunda ek bir tedavi uygulanmayacaktır.

Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Zehra DURNA

Yardımcı Araştırmacı : Tuba GÜNER EMÜL

ANKET FORMU:

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:.....

Doğum yeriniz:.....

2. Medeni durumunuz

a)Evli b)Bekar

3.Öğrenim durumunuz:

a)Okur yazar değil b) ilkokul mezunu c) Ortaokul mezunu d) Lise mezunu

e)Üniversite mezunu

4. Çalışma durumunuz

- a)Çalışıyorum b)Çalışmıyorum

5. Eşinizin öğrenim durumu

- a)Okur yazar değil b) ilkokul mezunu c) Ortaokul mezunu d) Lise mezunu
e)Üniversite mezunu

6. Eşinizin çalışma durumu

- a)Çalışıyor b)Çalışmıyor

7. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) Gelir giderden az
b) Gelir gidere denk
c) Gelir giderden fazla

8. Evlilik yaşıınız.....

9. Aile tipiniz

- a)Çekirdek aile b)Geniş aile (kayın valide, kayınpeder vb)

10. Eşiniz ile akrabalık durumunuz var mı?

- a) Evet b) Hayır

11. Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

12. Kronik bir rahatsızlığınız var mı?

- a) Evet b) Hayır

B. OBSTETRİK ÖZELLİKLER

1. Daha önce hiç gebe kaldınız mı? a)Evet b) Hayır (9. soruya geçiniz)
2. Gebelikleriniz doğal yolla mı , tedavi kullanarak mı gerçekleşiyor?
3. Doğal yolla b)ilaç tedavisi c)Aşılama d)Tüp bebek e) Diğer.....
4. Toplam gebelik sayınız.....
5. Toplam düşük sayınız yok() var() sayısı.....
6. Toplam küretaj sayınız yok() var() sayısı.....
7. Toplam doğum sayınız yok() var() sayısı.....
8. Yaşayan çocuk sayınız yok() var() sayısı.....
9. Çocukların yaşları 1. çocuk.....yaş 2.çocuk..... yaş 3. çocuk..... yaş 4. çocuk.....yaş
10. Gebelik/gebelikleriniz planlı/istendik gebelikler miydi?
a)Evet b)Hayır
11. Daha önce kullandığınız herhangi bir aile planlaması yöntemi var mı?
a) Evet b)Hayır
12. Varsa kullandığınız yöntem nedir?
a) Doğum kontrol hapları (Oral kontraseptifler) b)Kondom e) İğne d)Geri çekme
e) RİA f)Diğer.....
13. Adet düzensizliğiniz var mı?
a) Evet b)Hayır

14. Kaç günde bir adet oluyorsunuz?(adet döngünüz ne kadar sürüyor?)

a)21 günden az b) 21 -27 gün c)28-34 gün d)35 günden fazla

15. Adet kanamalarınız kaç gün sürer.....

16. Sizce aşağıdaki hangi durumlarda gebe kalınabilir?(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- a) Adetin ilk gününü takiben 5. Gününde
- b) Adetin ilk gününü takiben 12-14. gününde
- c) Adet olmadan hemen önceki günler
- d) Bilmiyorum

17. Bir erkek her ilişkide gebe bırakabilir mi?

a) Evet b)Hayır c) Bilmiyorum

18. Adetli iken ilişkide bulunulursa gebe kalınabilir mi?

a) Evet b)Hayır c) Bilmiyorum

19. Kadınlar gebe kalabileceği günlerinde bedenlerinde ne gibi değişiklikler meydana gelir?(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- a) Fikrim yok
- b) Vücut ısısı artar
- c) Kasık ağrısı olur
- d) Cinsel istek artar
- e) Göğüslerde hassasiyet olur
- f) Akıntıda değişiklik olur

20. Yumurtlama günlerini belirlemeye yönelik yöntemler hakkında bilginiz var mı?

- a) Evet b)Hayır

21. Evetse bu bilgiyi nereden aldınız?

- a) Ebe/hemşire b)Doktor c)TV/İnternet d)Arkadaş

22. Yumurtlama günlerini belirlemeye yönelik yöntemlerden hangilerini biliyorsunuz?(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- a) Akıntı değişikliğini gözleme yöntemi
b) Tehlikeli günleri takvimde işaretleme ve o günler haricinde ilişkide bulunmayöntemi
c) Tükürük testi yöntemi(mini mikroskopta tükürüğün kontrolü)
d) Yumurtlamayı sağlayan hormonun idrarda en yüksek seviyeye çıktığında tespiti
e) Servikal palpasyon (rahim ağzının elle kontrol) yöntemi
f) Ultrasonla yumurta takibi
g) Bilmiyorum

23. Sizce bu yöntemler aile planlaması yöntemi olarak kullanılabilir mi?

- a) Evet b)Hayır

24. Daha önce yumurtlama günlerini belirlemeye yönelik herhangi bir yöntem uyguladınız mı?

- a) Evet b)Hayır

25. Evetse hangi yöntemi/yöntemleri uyguladınız?

- a) Akıntı değişikliğini gözleme yöntemi
b) Tehlikeli günleri takvimde işaretleme ve o günler haricinde ilişkide bulunmayöntemi

- c) Tükürük testi yöntemi(mini mikroskopta tükürüğün kontrolü)
- d) Yumurtlamayı sağlayan hormonun idrarda en yüksek seviyeye çıktığında tespiti
- e) Servikal palpasyon (rahim ağzının elle kontrol) yöntemi
- f) Ultrasonla yumurta takibi
- g) Bilmiyorum

26. Hayırsa kullanmak ister misiniz?

- a) Evet
- b)Hayır

27. Bu yöntemler hakkında bilgi almak ister misiniz?

- a) Evet
- b)Hayır

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Kadında ovülasyon izlem yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi” isimli çalışmamız tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma çalışmasıdır. Bu çalışma Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi Kadın Doğum polikliniklerine başvuran kadınların ovülasyon izlem yöntemlerine ilişkin bilgi durumları ve uygulamalarını saptamak amacıyla yapılacaktır. Çalışma yaklaşık olarak 2 ay kadar sürecek olup tüm evrene ulaşılması planlanmaktadır. Araştırmanın evrenini, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın doğum polikliniklerine 01 Ocak-01 Mart 2016 tarihleri arasında başvuran 18-49 yaş grubu cinsel yönden aktif kadınlar oluşturacaktır. Evrenin tümü çalışma kapsamına alınacak olup, gönüllük esası göz önünde bulundurulacaktır. Gönüllülerin araştırma gruplarına alınması dahil olma kriterlerine göre belirlenecektir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan anket formu uygulanacaktır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 12 soru, ikinci bölümde de obstetrik özellikleri ve ovülasyon yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulama durumları ile ilgili 27 soru olmak üzere toplam 39 soru yer almaktadır. Anket ile ilgili pilot çalışma yapılmayıp. Sorular araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanacaktır. Çalışmada gönüllülerin isimleri kullanılmayacak olup sadece sonuçları istatistiksel olarak bilimsel yazı şeklinde yayınlanacaktır. Sağlık otoriteleri, Bakanlık, Etik Kurul gerektiğinde gönüllülerin kayıtlarına ulaşabilir ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Gönüllüler isterlerse çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirileceklerdir, ayrıca istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahiptirler. Gönüllülere bu çalışma için tazminat, ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma sonucunda ek bir tedavi uygulanmayacaktır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve

kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

1. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı

Kabul Ediyorum Kabul Etmiyorum

2. Bu alışma için alınan bilgilerin ileride yapılacak başka bir çalışmada kullanılmasını

Kabul Ediyorum Kabul Etmiyorum

Gönüllünün Adı-Soyadı-İmzası-Tarih:

Sorumlu Araştırmacının Adı-Soyadı : Prof. Dr. Zehra DURNA

Telefon Numarası: 05322829630



İSTANBUL BİLİMİ U _ERSİF EŞİ
REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İleri Daire Başkanlığı

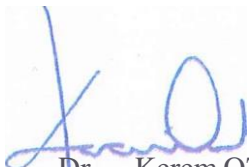
ŞAYX : 62111416/1
KONU: Anket uygulama izni

8 Şubat 2016

T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Yenیهir/MERSİN

Universitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Bilimler Anabilim Dalı'nın 16/02/2016 tarih ve 50400462-53 sayılı yazılı ekindeki Hemirelik Doktora Programı öğrencisi Tuba GÜNER'in, "Kadında Ovitasyon izlem Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Uygulamaların Değerlendirilmesi" başlıklı tezi ile ilgili ekte sunulan anket formunu kullanarak veri toplaması Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür olup, söz konusu anketi Üniversitemiz Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi Kadın Doğum polikliniklerinde uygulayabilmesine dair gereken iznin verilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

REKTÖR ADINA:


Dr. Kerem OZEL
Prof.
Rektör Yardımcısı

EK: 1- Enstitü Müdürlüğü yazısı ve ekleri (1 3 sayfa)

Memur	
Şef	
18.02/2016 Daire Başkanı	DK
18.02/2016 Genel Sekreter	D

EK 4

r&E=7

TEZ <;ALIMASI i<;İN KURUM İZİNLERİ



T.C.
MERSİN UNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Şehir Hastanesi

TIRMAVEUYOULAMA

o:h⁰¹

Sap: 731984-59-622.03-



E.76668

Sayı 73198459-622.03
Konu: Anket Uygulama izni

İSTANBUL BİLİM UNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
Büyükdere Cad.No: 120 -PK: 34394
Esenyurt-Sişli-İSTANBUL

İlgi: 18/02/2016 tarih ve 6211416/179 sayılı yazıdır.

İlgi yazısında belirtilen hususlar doğrultusunda; Tuba GÜNER'in; "Kadında Oviilasyon İzlem Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Uygulamaların Değerlendirilmesi" konulu anket araştırması ile ilgili Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'mızdan alınan yazıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Meltem NASS DUCE
Başhekim

Ek: Yazı (1 sayfa)

Evrak elektronik imza suretine <https://e-belge.mersin.edu.tr> adresinden e71e5c59-9faf-41aa-956e-8bcc767b48al kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalandı.

Adres: Mersin Oniversitesi Sağlık
Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yazı
İşleri Birimi Çiftlikköy Kampüsü
33343 Yenişehir/MERSİN
E-posta: zucur@merain.edu.tr
Telefon: +90 03242410000/1 065

Ayrıntılı bilgi için: Zeynep MiKE

Fax: +90 03242410098
Elektronik ağ: www.mersin.edu.tr



1/1

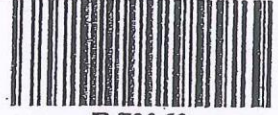
EK 4

TEZ ÇALIŞMASI İÇİN KURUM İZİNLERİ



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı

Mersin Üniversitesi - KADIN
HASTALIKLARI VE DOĞUM
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI
Tarih: 31/03/2016 15:03
Sayı: 82267789-622.03-
E.00000073160



E.73160

Sayı : 82267789-622.03
Konu : Anket Uygulama İzni

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 24/03/2016 tarihli ve 73198459-622.03/00000069226 sayılı yazımız.

İlgi yazıda belirtilen Tuba GÜNER'in "Kadımda Ovülasyon İzlem Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Uygulamaların Değerlendirilmesi" konulu anket çalışmasını anabilim dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Prof.Dr. Devrim TOK
Anabilim Dalı Başkanı

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Mustafa Musa DİRLİK
Bölüm Başkanı

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://e-belge.mersin.edu.tr> adresinden 6cd4f715-103e-4a5d-afb3-afd31639a808 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.



Araştırma ve Uygulama Hastanesi
unlk@mersin.edu.tr
0 324 241 00 00

Ayrıntılı bilgi için:2623
Fax: +90 0 324 241 00 00
Elektronik ağ:www.mersin.edu.tr



1 / 1