



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI  
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**KARABÜK İLİNDE DOĞURGANLIK ÇAĞINDAKİ  
KADINLARIN AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNE  
ERİŞİMİNİN VE HİZMETLERİN SÜREKLİLİĞİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Merve KARAÇALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR

KARABÜK-2016


**T.C.**  
**KARABÜK ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**TEZ ONAY FORMU**

Tarih: 07.06.2016

Enstitümüz Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Yüksek Lisans programında  
Yrd.Doç.Dr.Raziye ÖZDEMİR danışmanlığında, Merve KARAÇALI tarafından hazırlanan  
bu çalışma 07/06/2016 tarihinde jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir

  
**Jüri Başkanı**  
**Yrd.Doç.Dr.Raziye ÖZDEMİR**

  
**Jüri Üyesi**  
**Yrd.Doç.Dr.Nazan KARAHAN**

  
**Jüri Üyesi**  
**Prof.Dr.Mustafa ÖZTÜRK**

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ...../...../.....  
tarih ve ...../..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

**Enstitü Müdürü**  
(Unvanı- Adı Soyadı - İmza)

## BEYAN FORMU

*“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”*

24.05.2016

Merve KARAÇALI

## TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın planlanması ve yürütülmesinde büyük sabır gösteren, her aşamasında sonsuz emeği geçen ve araştırma süresince bana yol gösteren değerli danışmanım Yrd.Doç.Dr. Raziye ÖZDEMİR'e,

Mesleki eğitimim boyunca bilgi, yetenek ve deneyimleriyle bana rehberlik eden ve mesleği benimsememde önemli rol oynayan değerli hocalarım Yrd.Doç.Dr. Nazan KARAHAN'a, Yrd.Doç.Dr. Nuran MUMCU BOĞA'ya, Yrd.Doç.Dr. Serap TOPATAN'a, Prof.Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya, ve Yrd.Doç.Dr. Birsen ATALAY'a,

Tüm yaşamım boyunca varlığını yanımda hissettiren, her daim sevgi, anlayış ve sabırla bana destek olan ve akademik yaşamda ilerleme sebeplerim olan BABAM ve ANNEM'e,

Sevgili kız kardeşlerim Kübra KARAÇALI'ya ve Büşra KARAÇALI'ya

Tez çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen Ayşe ÖZKAN ERTÖY'a, Duygu Ayşe AÇIKGÖZ'e, Eflani Toplum Sağlığı Merkezi'nde çalışan mesai arkadaşlarıma ve tüm kıymetli dostlarıma,

En içten duygularımla teşekkürlerimi sunarım.

Merve KARAÇALI

# İÇİNDEKİLER

Sayfa

<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>v</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ .....</b>	<b>vii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ .....</b>	<b>viii</b>
<b>EKLER LİSTESİ .....</b>	<b>x</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>xi</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Aile Planlamasının Tanımı.....	4
2.2. Aile Planlamasının Önemi.....	4
2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımı.....	7
2.4. Türkiye’de Nüfus Politikaları.....	13
2.5. Türkiye’de Aile Planlaması Hizmetlerinin Örgütlenmesi.....	14
2.6. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması .....	17
2.7. Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi.....	24
2.7.1. AP Hizmetlerinde Karşılanmamış Gereksinim.....	24
2.7.2. Aile Planlaması Hizmetlerinde Erişim .....	29
2.7.3. Aile Planlaması Hizmetlerinde Süreklilik .....	31
2.7.4. Aile Planlaması Hizmetlerine Karşı Tutum.....	33
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>35</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi .....	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	38
3.4. Araştırmanın Hipotezleri .....	39

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	41
3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	43
3.7. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler.....	44
3.8. Araştırmanın Varsayımları.....	44
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	45
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler.....	45
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>46</b>
4.1. Sosyodemografik ve Doğurganlık Özellikleri.....	46
4.2. Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanım Düzeyi.....	51
4.3. Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimi.....	60
4.4. Aile Planlaması Hizmetlerinin Erişilebilirliği ve Sürekliliği.....	61
4.5. Aile Planlamasına Karşı Tutum.....	67
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>70</b>
5.1. Sosyodemografik ve Doğurganlık Özellikleri.....	70
5.2. Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanım Düzeyi.....	74
5.3. Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimleri.....	78
5.4. Aile Planlaması Hizmetlerinin Erişilebilirliği ve Sürekliliği.....	78
5.5. Aile Planlamasına Karşı Tutum.....	83
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>87</b>
<b>7. KAYNAKÇA.....</b>	<b>89</b>
<b>8. EKLER LİSTESİ.....</b>	<b>101</b>
Ek 1. Araştırma grubunun Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanları.....	101
Ek 2. Genel Soru Formu.....	103
Ek 3. Aile Planlaması Tutum Ölçeği.....	110
Ek 4. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul izni.....	112
Ek 5. Karabük Halk Sağlığı Müdürlüğü araştırma izni.....	114
<b>9. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>115</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1. Aile planlaması hizmetlerinin yararları .....	6
Şekil 2. Bölgelerin gelişmişlik düzeyine göre, dünyada 2013 yılında aile planlaması yöntemlerinin kullanımı .....	8
Şekil 3. Dünya genelinde 2013 yılında kullanılan başlıca modern yöntemlerin dağılımı .....	9
Şekil 4. Ülkemizde 2013 yılında modern yöntemlere ulaşılan kaynakların sektörlere göre dağılımı .....	12
Şekil 5. Türkiye’de aile planlaması hizmetlerinin örgütlenmesi .....	16
Şekil 6. Aile planlaması yöntemlerinin sınıflandırılması.....	17
Şekil 7. Bölgelerin gelişmişlik düzeyine göre dünyada 2013 yılında karşılanmamış aile planlaması düzeyleri.....	25
Şekil 8. Türkiye’de 2013 yılında karşılanmamış aile planlaması gereksinim düzeylerinin bölgelere göre dağılımı .....	27
Şekil 9. Türkiye’de 2013 yılında karşılanmamış aile planlaması gereksinim düzeylerinin kırsal ve kentsel alanlara göre dağılımı.....	27
Şekil 10. Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi kriterleri .....	28
Şekil 11. Karşılanmamış aile planlaması gereksinimini etkileyen faktörler.....	29
Şekil 12. Aile planlaması hizmetlerine erişimi etkileyen kriterler .....	31
Şekil 13. Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi belirleyen kriterler .....	41
Şekil 14. Araştırma grubunun karşılanmamış aile planlaması gereksinim düzeylerinin tanımlanması .....	60

## TABLolar LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. Ülkemizde 2013 yılında kadınların bazı temel özelliklerine göre aile planlaması yöntemleri kullanım düzeyleri .....	10
Tablo 2. Türkiye'de aile planlaması yöntemlerinin kullanımındaki değişim (1998-2013) .....	11
Tablo 3. Ülkemizde bazı modern yöntemlere ulaşılan kaynakların zaman içindeki değişimi .....	13
Tablo 4. Karabük ilinde nüfusun yerleşim yerine ve cinsiyete göre dağılımı .....	35
Tablo 5. Karabük ilinde nüfusun yaş grubuna ve cinsiyete göre dağılımı .....	36
Tablo 6. Karabük ili ve Türkiye geneline ait başlıca sağlık ölçütleri .....	37
Tablo 7. Karabük geneli ve araştırma kapsamındaki 15-49 yaş kadın sayısının yerleşim yerine göre dağılımı .....	40
Tablo 8. Aile Planlaması Tutum Ölçeği alt boyutları ve değerlendirme yöntemi .....	44
Tablo 9. Araştırma grubundaki kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı .....	47
Tablo 10. Araştırma grubundaki kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı .....	49
Tablo 11. Kadınların ve eşlerinin ideal çocuk sayılarının yaşayan çocuk sayıları ile karşılaştırılması .....	50
Tablo 12. Araştırma grubundaki kadınların aile planlaması yöntem bilgisi .....	51
Tablo 13. Araştırma grubundaki kadınların aile planlaması yöntemlerinin etkisine ilişkin değerlendirmeleri .....	52
Tablo 14. Araştırma grubundaki kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre dağılımı ve yöntem kullanmama nedenleri .....	53
Tablo 15. Araştırma grubunun aile planlaması uygulamalarının ilçelere göre dağılımı .....	54
Tablo 16. Araştırma grubunun aile planlaması uygulamaları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki .....	55



Tablo 17. Araştırma grubundaki kadınların aile planlaması uygulamaları ile doğurganlık özellikleri arasındaki ilişki.....	57
Tablo 18. Araştırma grubundaki kadınların geçmişte ve günümüzde kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin karşılaştırılması .....	58
Tablo 19. Araştırma grubundaki kadınların geçmişte ve günümüzde başlıca modern yöntemlere ulaştıkları kaynakların karşılaştırılması .....	59
Tablo 20. Kadınların aile planlaması uygulamalarının erişilebilirlik ve süreklilik açısından değerlendirilmesi.....	62
Tablo 21. Kadınların karşılanmamış aile planlaması gereksinimlerinin erişilebilirlik ve süreklilik açısından değerlendirilmesi.....	64
Tablo 22. Kadınların son gebeliklerinin planlı olma durumlarının erişilebilirlik ve süreklilik açısından değerlendirilmesi.....	66
Tablo 23. Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve araştırmadan elde edilen sonuçların alt boyutlarının ortalama değerleri ve en düşük ve en yüksek puanları .....	67
Tablo 24. Kadınların bazı sosyodemografik ve doğurganlık özellikleri ile Aile Planlaması Tutum Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki .....	68
Tablo 25. Araştırma grubunun Aile Planlaması Tutum Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerlerinin günümüzde kullandıkları yöntemlere göre analizi .....	69

## EKLER LİSTESİ

	Sayfa
Ek 1. Araştırma grubunun Aile Planlaması Tutum Ölçeği puanları .....	101
Ek 2. Genel soru formu .....	103
Ek 3. Aile Planlaması Tutum Ölçeği.....	110
Ek 4. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul izni .....	112
Ek 5. Karabük Halk Sağlığı Müdürlüğü araştırma izni .....	114



## ÖZET

Araştırmada, Karabük ilinde doğurganlık çağındaki evli kadınların aile planlaması (AP) hizmetlerine erişiminin ve hizmetlerin sürekliliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Kesitsel tipte planlanan araştırma, 2015-2016 yılları arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Karabük'te yaşayan evli kadınlar oluşturmuştur. Örnek büyüklüğü, Epi-Info 7 StatCalc Programı'nda evren 34207, Güven Aralığı % 95, hata payı % 5 ve prevalans % 75.2 (2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre, Batı Karadeniz Bölgesi'nde herhangi bir AP yöntemi kullanan kadınların sıklığı) değerleriyle yapılan hesaplamada 284 olarak saptanmış ve araştırma grubunun 300 kadından oluşmasına karar verilmiştir. Araştırma grubu öncelikle yerleşim yerlerinin nüfuslarına orantılı olarak dağıtılmıştır. Ardından kura yöntemiyle kentsel ve kırsal alanlardan ulaşılabilecek mahalle ve köyler seçilmiş ve son olarak görüşme yapılacak haneler sistematik örnekleme ile belirlenmiştir. Veriler yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Verilerin analizinde Ki-kare, ANOVA ve Pearson Kolerasyon Testi uygulanmıştır.

Kadınların ortalama yaşı  $34.8 \pm 7.13$ , ilk evlenme yaşı  $20.9 \pm 3.41$  ve gebelik sayısı  $2.5 \pm 1.32$ 'dir. Kadınların % 48.7'si modern ve % 31.7'si geleneksel olmak üzere, % 80.4'ü herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır. En yaygın kullanılan üç yöntem geri çekme (% 31.0), kondom (% 18.3) ve tüpligasyondur (% 16.0). AP konusunda karşılanmamış gereksinim düzeyi % 9.7 olup, geri çekme yöntemi uygulayan kadınlar dahil edildiğinde % 40.7'ye yükselmektedir. Kadınların bağlı oldukları aile sağlığı birimince son bir yılda 15-49 yaş izlemi yapılan kadınların sıklığı yalnızca % 15'dir. Kadınların % 6.0'ı aile hekimini, % 31.7'si aile sağlığı elemanını tanımamaktadır.

Bu araştırma, Karabük ilinde gebelikten korunmak isteyen kadınların büyük bölümünün geleneksel yöntem kullandığı ve karşılanmamış AP gereksinimi olduğunu göstermektedir. Karabük'te AP hizmetlerinin erişilebilirliğinin ve sürekliliğinin geliştirilmesine gereksinim vardır.

**Anahtar sözcükler:** Aile planlaması, erişim, süreklilik, karşılanmamış aile planlaması gereksinimi.

## SUMMARY

### **Evaluation Of Access To Family Planning Services By Women In Reproductive Age Group And Continuity Of Services In Karabuk Province.**

The study aimed to evaluate the accessibility of family planning (FP) services of married women of reproductive age and the continuity of the services in Karabuk province.

This cross-sectional study was conducted in Karabuk between 2015 and 2016. The sample-size was estimated to be 284 using Epi-Info 7 StatCalc including values with the universe of 34207 who married women of 15-49 age groups, the confidence interval of 95% and the prevalence of 75.2% which the women using any FP method in Western Black-Sea Region by Turkey Demographic and Health Survey-2013) and the study group was decided to include 300 women. The study group was distributed proportionally by populations of settlements. Then, neighbourhoods and villages to be reached from urban and rural areas were chosen by lot, and finally households to be interviewed were selected with systematic sampling. Data were gathered by face-to-face interviews and analysed by performing Chi-Square, ANOVA and Pearson Correlation Test.

The average of age and first marriage age and the number of pregnancies numbers of women were  $34.8 \pm 7.13$  and  $20.9 \pm 3.41$  and  $2.5 \pm 1.32$  respectively. The percentage of women who used any method of FP was 80.4%, 48.7% for modern and 31.7% traditional methods. The most used methods were coitus interruptus (31.0%), condom (18.3%) and tubal-ligation (16.0%). The unmet need for FP was 9.7%. If the women who used coitus interruptus method were included, the unmet need for FP went up to 40.7%. The percentage of women that were monitored by their family healthcare unit in the last year was only 15%. 6.0% and 31.7% of women did not know their family physician and family health worker respectively.

This study shows that the most of women who wish to avoid pregnancy use traditional methods and have an unmet need for FP. It is needed to improving the accessibility and continuity of services in Karabuk.

**Keywords:** Family planning, accessibility, continuity, unmet need for family planning.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile planlaması (AP) hizmetleri, bireyleri etkileyen fiziksel, ruhsal ve sosyoekonomik faktörler göz önünde bulundurularak çiftlerin istedikleri zamanda ve sayıda çocuk sahibi olabilmelerinin yanı sıra, infertil bireylere danışmanlığı da içeren hizmetlerdir (TNSA 2008, Taşkın 2009). Anne ve çocuk sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde kritik önemi olan bu hizmetler, toplum sağlığı açısından vazgeçilmez olarak nitelendirilen ve halk sağlığı uygulamalarının dayanağı olan temel sağlık hizmetleri (TSH) arasında yer almaktadır.

Dünyada her yıl gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonlarına bağlı 529 bin anne ölümü meydana gelmektedir. Bu ölümlerin % 99'u, Sahra Altı Afrika ve Güney Asya başta olmak üzere, gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir (Nour 2008). Ülkemizde Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'na göre, 2005 yılında anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 28.5'dir. Gerek dünyada gerekse ülkemizde meydana gelen anne ölümlerinin büyük bölümü sık aralıklı, çok sayıda ve istenmeyen gebeliklere bağlı gelişen komplikasyonlardan kaynaklanmaktadır. Nitelikli AP hizmetleri ile anne ölümlerinin % 25-40'ının önlenmesi bu hizmetleri kadın sağlığı açısından çok önemli hale getirmektedir (Sağlık bakanlığı 2005b, Grimes et al 2006, Nour 2008).

Dünyada her yıl gerçekleşen yaklaşık 200 milyon gebeliğin % 40'ı çiftlerin isteği dışında gerçekleşmekte, istenmeyen gebeliklerin de % 50'si küretaj ve % 13'ü güvenli olmayan düşük ile sonuçlanmaktadır (Sedgh, Singh and Hussain 2014). Kadın sağlığı açısından pek çok riski beraberinde getiren istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin tek yolu olan AP uygulamalarına bireylerin hiçbir engelle karşılaşmadan erişebilmesi ve talepten bağımsız olarak toplumun süreklilik temelinde izlenmesi gereklidir. Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini ifade eden erişilebilirlik, toplumun gereksinimlerine göre örgütlenmiş birinci basamak sağlık sistemini gerektirir (Eskiocak 2007). Süreklilik ise herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız, birey ve hizmet kurumu arasındaki uzun erimli ilişkidir (Starfield 1998, Lağarlı ve ark 2011, Öcek ve ark 2013). Özellikle temel sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu gelişmekte olan ülkelerde üreme sağlığı hizmetlerine erişimin ve hizmette sürekliliğin sağlanamaması, pek çok kadının gebelikten korunmak istemesine rağmen AP hizmetlerinden yararlanamamasına ve bu

doğrultuda karşılanmamış AP gereksinimlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Örsal 2006, Çayan 2009, Tohma ve ark 2014, ACOG 2015, <http://www.ippf.org/our-work/what-we-do/contraception/access>, Erişim Tarihi: 18 Ocak 2016).

Türkiye’de AP hizmetleri 2003 yılına kadar sağlık ocaklarında, sağlık evlerinde, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması (AÇSAP) merkezlerinde verilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte bireye yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri aile sağlığı merkezlerinde (ASM), topluma yönelik sağlık hizmetleri ise toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) verilmeye başlanmıştır. AP hizmetlerinin sunumundan ASM birimlerinde görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları (ASE) sorumlu tutulur iken, hizmetlerin işleyişinin kontrolü ve malzemelerin temini TSM’lerin görevleri arasında sayılmıştır (T.C. Resmi Gazete, 25 Mayıs 2010, sayı: 27591, T.C. Resmi Gazete, 3 Ağustos 2011, sayı: B.100.TSH 020.00.06). Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının AP kliniklerinde de AP hizmetleri sunulmaktadır (Şafak 2006, Akın ve Özvarış 2012).

Türkiye’de yıllar içinde AP uygulamalarının yaygınlaşmasına karşın istenmeyen gebelikler ortaya çıkmaya devam etmektedir. Gebelikten korunmak isteyen kadınların % 47’si modern yöntemler kullanır iken, % 26’sı hala etkisi sınırlı olan geleneksel yöntemlere başvurmaktadır. Özellikle Doğu ve Güney bölgeleri ile kırsal alanlarda yaşayan kadınlarda yaygın olmak üzere kadınların % 6’sı AP hizmetlerine ulaşamamaktadır (TNSA 2013). Ülkemizde AP hizmetlerini gerek toplum gerekse hizmet sunanlar açısından değerlendiren pek çok çalışma bulunmaktadır (Dündar ve ark 2005, Kaya ve ark 2008, Altay ve Görener 2009, Altuntaş 2010, Çağlayan ve Arslan 2014, Öztaş ve ark 2015). Ancak Türkiye sağlık sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile somutlaşan reformlar sonucunda, köklü değişime uğramıştır. Bu değişimlerin AP hizmetlerini de etkilemesi olasıdır. Ayrıca hizmetlerin niteliğinin zaman içinde izlenebilmesi AP konusunda yapılacak olan çalışmalara bağlıdır.

Karabük ilinde yürütülen bu çalışmada, doğurganlık çağındaki kadınların AP hizmetlerine karşı tutumlarının, hizmetlerin erişim ve kullanım düzeylerinin ve AP hizmetlerinin sürekliliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın Karabük Halk Sağlığı Müdürlüğü’nün üreme sağlığı konusundaki çalışmalarına yön verecek

bilgiler üretmesinin yanı sıra uzun erimde kadın sağlığının iyileştirilmesine yönelik verilen hizmetlere de katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



## **2. GENEL BİLGİLER**

Bu bölüm yedi ana başlıktan oluşmaktadır. İlk üç başlık altında AP'nin tanımı, önemi, dünyada ve Türkiye'de AP yöntemlerinin kullanımını içeren bilgilere yer verilmiştir. Dördüncü başlıkta, Türkiye'de uygulanan nüfus politikaları ve ardından Türkiye'de AP hizmetlerinin örgütlenmesi açıklanmıştır. AP modern ve geleneksel yöntemlerinin yer aldığı altıncı başlıktan sonra son olarak, AP hizmetlerinin değerlendirilmesi konusuna yer verilmiştir.

### **2.1. Aile Planlamasının Tanımı**

AP, bireyleri etkileyen biyolojik, sosyoekonomik, kültürel ve dini faktörleri değerlendirilerek, çiftlerin istedikleri zaman istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleridir (Taşkın 2009, Akın ve Sevecen 2006). AP hizmetleri, infertiliteye çözüm arayan, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan (CYBH) koruyan, bireylerin doğurganlıklarını kontrol edebilmeleri için gerekli olan araç ve gereçlerin teminini sağlayan ve buna yönelik eğitim programlarını düzenleyen hizmetler bütünüdür. (Sağlık Bakanlığı 2009a, Taşkın 2009, Kaşlı 2014)

AP hizmetlerinin temel amacı, anne ve çocuk sağlığını korumak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir (Oltuoğlu 2008, Gerçek ve Pala 2011). Bu amaca yönelik geliştirilen AP programları, çiftlerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmelerine ve doğurganlıklarını düzenleyerek kendilerine uygun, ekonomik, etkili ve güvenli yöntemleri seçebilmelerine olanak sağlamaktadır (Wingo et al 1994). Bu hizmetlerin yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan istenmeyen gebelikler, genellikle gebeliğin güvenli olmayan koşullarda sonlandırılması ile sonuçlanmakta ve kadınların yaşamını tehdit etmektedir. Aynı zamanda çok sayıda, sık aralıklarla yapılan doğumlar, erken ve genç yaşta oluşan gebelikler, anne ve çocuk sağlığını ve yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle AP hizmetleri hem bireyi hem de toplumun sağlığını doğrudan etkileyen önemli bir konudur (Akın ve Sevecen 2006).

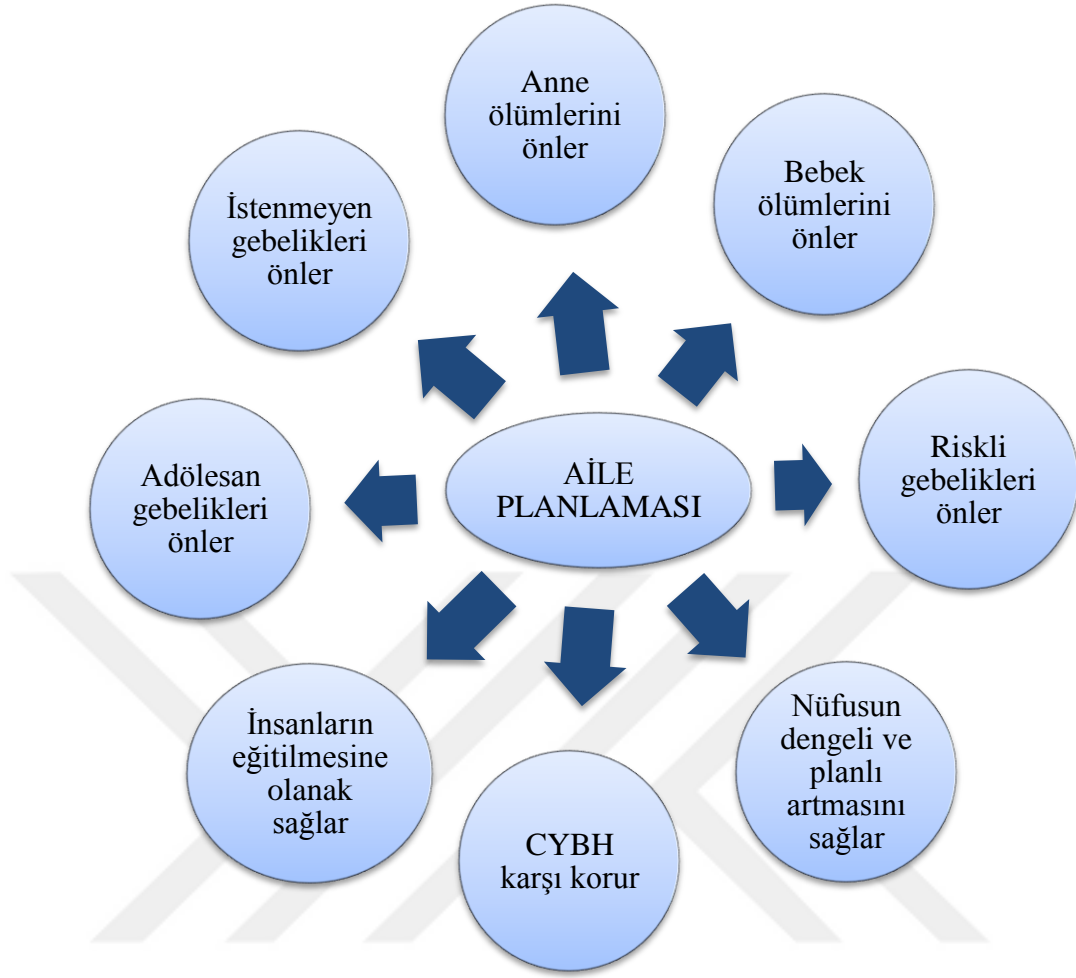
### **2.2. Aile Planlamasının Önemi**

Kadınların gebelik ve doğumla ilgili olay ve komplikasyonları en yoğun yaşadığı dönem, 15-49 yaş arası doğurganlık dönemidir (Akın ve Özvarış 2012). Bu dönemde, üreme sağlığı kapsamında sunulan kadın sağlığı hizmetlerinin yaygınlığı,



kapsamı ve kalitesi anne ve çocuk sağlığının yanı sıra uzun erimde toplum sağlığının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi açısından kritik önem taşımaktadır (Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması 2014).

Dünyada her gün yaklaşık 830 kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle yaşamını yitirmektedir (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/> Erişim tarihi: 10 Ocak 2016). Temelde AP hizmetlerinin yetersizliğine bağlı olarak her yıl yaklaşık 80 milyon kadın istemeden gebe kalmakta, istenmeyen gebeliklerin büyük bölümü de güvenli olmayan düşüklerle sonuçlanmaktadır (Akın ve Sevensan 2006, WHO 2011). Özellikle küretajın yasal olarak sınırlandırıldığı gelişmekte olan ülkelerde meydana gelen anne ölümlerinin tamamına yakını sağlıksız koşullarda yapılan düşükler, çok ve sık aralıklı doğumlar, adölesan gebelikler gibi etkin AP hizmetlerinin yaygınlaştırılması ile önlenabilir nitelikteki faktörlere bağlı ortaya çıkmaktadır (Babadağlı ve Şahin 2006, Bilgin 2011, Akın ve Özvarış 2012, Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması 2014, Shah, Ahman and Ortaylı 2014). Türkiye’de 2005 yılında gerçekleştirilen, Ulusal Anne Ölüm Çalışması’na göre, anne ölüm oranı % 28.5’tir. Anne ölümlerinin önlenmesi için, AP hizmetlerine önem ve öncelik verilmesi gerekmektedir (Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması 2014). Etkin AP hizmetleri ile anne ölümlerinin % 25-40 düzeyinde azalacağı bildirilmektedir (Nour 2008). Bunun yanı sıra nitelikli AP hizmetlerinin anne ve çocuk sağlığı ve toplum sağlığı açısından pek çok yararı bulunmaktadır (Şekil 1). Aileyi oluşturan tüm bireylerin kaliteli yaşam standardına ulaştırılmasını sağlayan AP hizmetleri, riskli gebelikleri önlemekte, bebek ölümlerini azaltmakta, istenmeyen gebelikleri önlemekte, CYBH’a karşı korumakta ve aşırı nüfus artışını engellenerek nüfusun dengeli ve planlı olarak dağılımını sağlamaktadır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/> Erişim tarihi: 10 Ocak 2016).



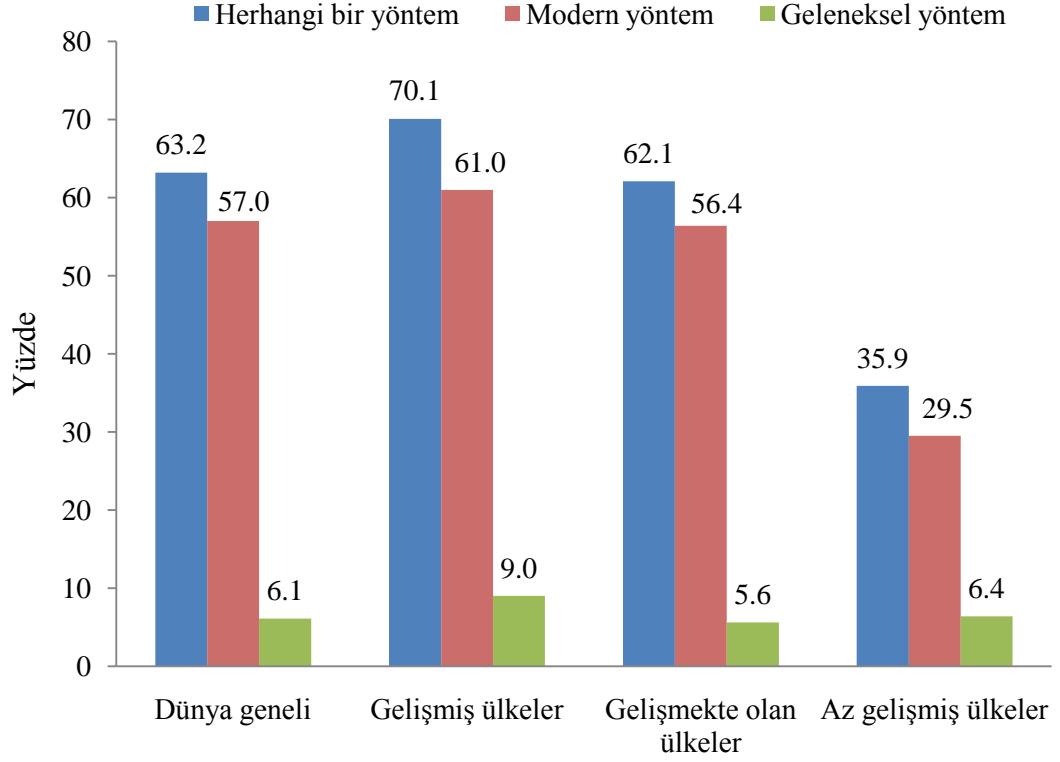
Şekil 1. Aile planlaması hizmetlerinin yararları

AP hizmetleri, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından olmazsa olmaz olarak nitelendirilen TSH kapsamında yer almaktadır (Akın ve Sevcencan 2006). İlk kez 1978 yılında Alma Ata'da 134 ülkenin temsilcilerinin katıldığı uluslararası konferansta tanımlanan TSH, bireylerin doğuştan kazandığı bir insan hakkıdır ve aynı zamanda ülkelerin toplumsal ve ekonomik kalkınması açısından vazgeçilmez olarak nitelendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı 1997, 2008). TSH, toplumda en uzak yerleşim yerlerinde yaşayanlar dahil tüm bireylere eşit biçimde götürülmesine dayanmaktadır. Bunun yanı sıra kişilerin gereksinimlerine ve beklentilerine yanıt verebilen, riskleri ve hastalıkları içine alacak kadar kapsamlı olan, sağlıklı yaşam tarzlarını geliştirmeyi hedefleyen, çevresel ve sosyal zararların etkilerini hafifletmeyi öncelleyen sağlık hizmetlerindedir (Hamidanoğlu 2011, Akın ve Özvarış 2012). AP hizmetlerinin gelişimi açısından 1994 yılında Kahire'de gerçekleştirilen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development-ICPD) da önem taşımaktadır. Bu

konferansta ilk kez üreme sağlığı kavramı tanımlanmış, AP ve üreme sağlığını içeren hizmetlere ulaşılabilirliğin sağlanması konusunda gerekli bütün önlemlerin alınması gerektiği vurgulanmıştır. Konferansta, bireylerin çocuk sayısına ve aralığına özgürce karar vermelerinin, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmelerinin, şiddet, baskı ve ayrımcılık olmaksızın kendi kararlarını verebilmelerinin ve özellikle adölesan dönemden başlanarak, postmenopozal ve yaşlılık dönemi de dahil olmak üzere üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gerektiği savunulmuştur (Gerçek ve Pala 2011, Akın ve Özvarış 2012, Özvarış 2009). Bu konferansın ardından 1995’de Pekin’de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı’nda AP çalışmalarının *üreme sağlığı hizmetlerine* dahil edilmesi ve üreme sağlığı hizmetlerinin de TSH aracılığıyla gereksinimi olan herkese ulaştırılması gerekliliği yeniden vurgulanmıştır (Özvarış ve Ertan 2003, Akın ve Sevcen 2006, Özvarış 2009).

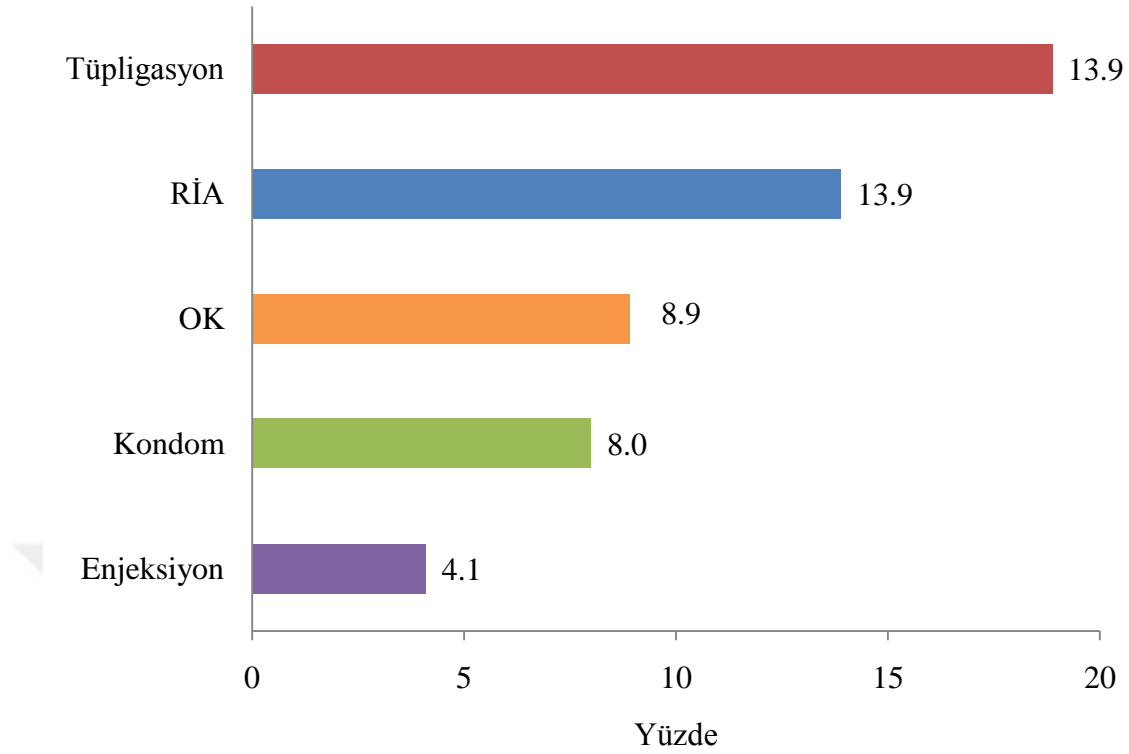
### **2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımı**

Dünya genelinde kadınların % 57.0’ı modern, % 6.1’i geleneksel olmak üzere, % 62.3’ü herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik seviyelerine farklılık gösteren AP yöntemlerinin kullanımı gelişmiş ülkelerde yüksek düzeydedir (Şekil 2), (WHO 2013). Gelişmekte olan ülkelerde ise kadınların AP yöntemleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmaması, bilginin ve yöntemin nereden elde edileceğini bilmemesi ve yöntem kullanımının cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği gibi yanlış inanışlar yöntem kullanımını yetersiz kılmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2009b).



Şekil 2. Bölgelerin gelişmişlik düzeyine göre, dünyada 2013 yılında aile planlaması yöntemlerinin kullanımı

Dünya genelinde en yaygın kullanılan AP yöntemi tüpligasyondur (% 18.9). Daha sonra bu sıralamayı RİA (% 13.9), OK (% 8.9) takip etmektedir. Gelişmiş ülkelerde kondom (% 18.4), tüpligasyon (% 8.4), RİA (% 6.5) şeklinde sıralanırken, gelişmekte olan ülkelere ilk sırada tüpligasyon (% 20.6), ikinci sırada RİA (% 14.7), üçüncü sırada OK (% 7.5) yer almaktadır (WHO 2013).



Şekil 3. Dünya genelinde 2013 yılında kullanılan başlıca modern yöntemlerin dağılımı

Türkiye'deki kadınların % 47.4'ü modern, % 26.0'ı geleneksel olmak üzere % 73.5'i herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır (TNSA 2013). AP yöntemlerinin ülkemizdeki kullanımını kadınların yerleşim yerine, 8 bölgelere, eğitim düzeyine ve hane halkı gelir düzeyine göre değişmektedir (Tablo 1), (TNSA 2013).

**Tablo 1. Ülkemizde 2013 yılında kadınların bazı temel özelliklerine göre AP yöntemleri kullanım düzeyleri**

<b>Temel özellikler</b>	<b>Herhangi AP yöntemi</b>	<b>Modern yöntem</b>	<b>Geleneksel yöntem</b>
<b>Yerleşim yeri</b>			
Kır	68.5	40.0	28.2
Kent	74.7	49.3	24.9
<b>Bölge</b>			
Batı	75.7	47.0	28.0
Güney	70.8	47.8	23.0
Orta	78.8	56.3	22.0
Kuzey	75.4	42.3	32.8
Doğu	62.2	39.2	22.5
<b>Eğitim</b>			
Okuryazar/okuryazar değil	62.5	36.4	26.1
İlkokul	76.8	48.7	28.1
Ortaokul	71.7	44.0	27.8
Lise ve üzeri	75.1	53.7	21.5
<b>Hane halkı refah düzeyi</b>			
En düşük	64.1	38.2	26.0
Düşük	70.5	42.2	28.4
Orta	75.8	47.2	28.6
Yüksek	77.3	51.7	25.7
En yüksek	76.5	54.5	22.0

\* TNSA 2013

Dünyada ve ülkemizdeki birçok kadın gebelikten korunmak istemektedir. Herhangi bir AP yöntemi kullanmayan kadınların bir yıl boyunca gebe kalma olasılıkları yaklaşık % 85'tir. Bu doğrultuda kadınların kendilerine uygun yöntemi seçip, sürekli ve doğru bir şekilde kullanabilmeleri çok önemlidir (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>, Erişim tarihi: 15 Şubat 2016). Günümüzde oldukça güvenilir ve etkili modern yöntemler kullanıma sunulmasına

rağmen, modern yöntem kullanımı halen istenen düzeyde değildir (Toker 2005, Sak ve ark 2008).

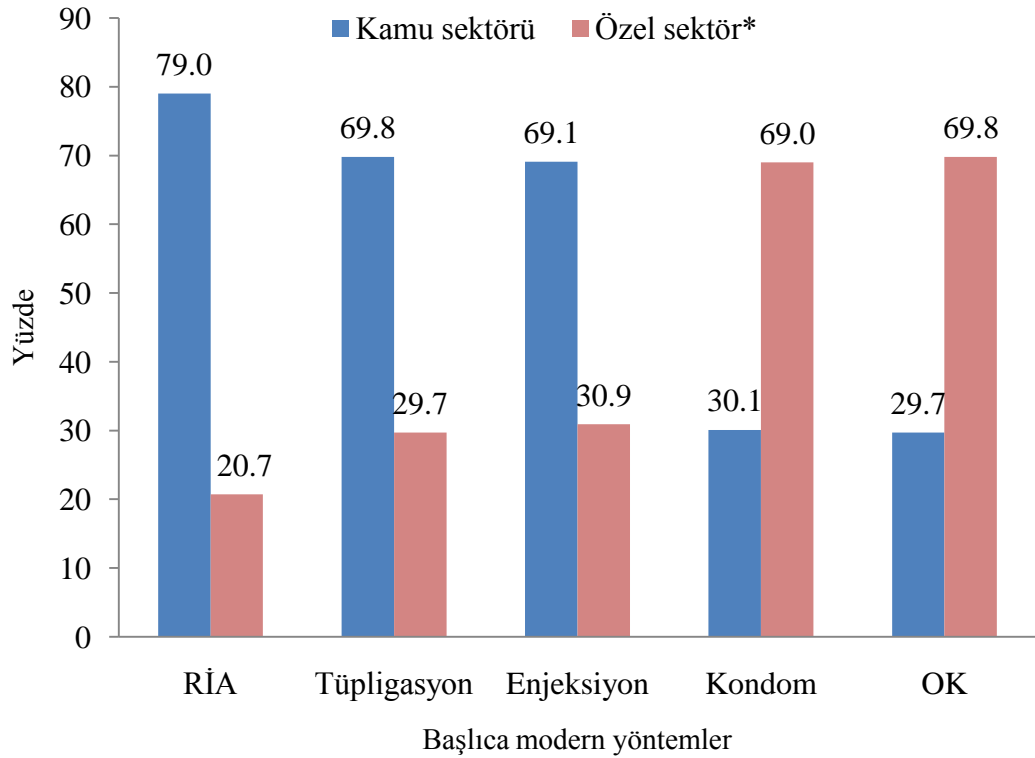
TNSA sonuçlarına göre, modern yöntemlerin kullanımı zaman içerisinde değişme göstermektedir. TNSA 2013'te, en yaygın kullanılan modern yöntemler sırasıyla RİA (% 16.8), kondom (% 15.8) ve tüpligasyon (% 9.4) olarak belirlenmiştir. TNSA 1998 ve TNSA 2013 sonuçları kıyaslandığında, modern yöntemler arasında yer alan RİA'nın kullanımının azaldığı, kondom ve tüpligasyonun arttığı görülmektedir. Geleneksel yöntem olan geri çekmeyi ise, halen dört evli çiftten biri tarafından kullanılmakta ve her dönem çiftler arasında en çok tercih edilen yöntem olmaya devam etmektedir (Tablo 2), (TNSA 2013).

**Tablo 2. Türkiye'de AP yöntemlerinin kullanımındaki değişim (1998-2013)**

Yöntemler	TNSA	TNSA	TNSA	TNSA
	1998	2003	2008	2013
	%*	%*	%*	%*
<b>Modern yöntem</b>				
RİA	19.8	20.2	16.9	16.8
Kondom	8.2	10.8	14.3	15.8
Tüpligasyon	4.2	5.7	8.3	9.4
Diğer Yöntemler	1.1	1.1	1.1	0.8
Toplam	37.7	42.5	46.0	47.4
<b>Geleneksel Yöntemler</b>				
Geri çekme	24.4	26.4	26.2	25.5
Takvim	1.1	1.0	0.6	0.3
Diğer Yöntemler	0.6	1.0	0.2	0.2
Toplam	26.1	28.5	27.0	26.0
<b>Herhangi bir yöntem kullanan</b>	63.9	71.0	73.0	73.5
<b>Yöntem kullanmayan</b>	36.1	29.0	27.0	26.5
<b>Toplam</b>	100.0	100.0	100.0	100.0

\* Sütun yüzdesi, \*\*TNSA 2013

Şekil 4'te görüldüğü gibi ülkemizde, evli kadınların yarısından fazlası (% 56) seçtikleri modern yöntemleri kamu sektöründen, % 37'si özel sektörden (özel hastane, eczane), % 7'si ise market, dükkan gibi diğer kaynaklardan temin etmektedir (TNSA 2013). Gebelikten korunmak isteyip modern yöntemlere ulaşamayan kadınlar ise çoğunlukla gebe kalmakta ya da istenmeyen gebelik ve düşüklerin sıklıkla yaşanmasına neden olmaktadır (Kabalcıoğlu ve ark 2006, Kitapçioğlu ve Yanıkerkem 2008).



\* Dükkan, market gibi diğer kaynaklar da dahil edilmiştir.

Şekil 4. Ülkemizde 2013 yılında modern yöntemlere ulaşılan kaynakların sektörlere göre dağılımı

Modern yöntemlere ulaşılan kaynakların kolay erişilebilir olması, yöntem seçimini ve yöntemin sürekliliğini etkilemektedir (Kaya ve ark 2008, Tanrıverdi ve ark 2008). TNSA 2008 ve TNSA 2013 sonuçlarına göre, modern yöntemlere ulaşılan kaynaklar zaman içinde değişme göstermiştir (Tablo 3). Buna göre, TNSA 2013'te RİA ve tüpligasyonun en çok kamu sektöründen, kondom ve OK ise eczanelerden temin edildiği görülmektedir. Öte yandan tüpligasyon, OK ve kondomun kamu sektörünün payı TNSA 2008'e göre azalmış olup, kondomun dükkan, market gibi



diğer kaynaklardaki payı ikiye katlayarak yüzde 13'ten yüzde 20'ye yükselmiştir (TNSA 2013).

**Tablo 3. Ülkemizde bazı modern yöntemlere ulaşılan kaynakların zaman içindeki değişimi**

Yöntemin kaynağı	Tüpligasyon		OK		RİA		Kondom	
	2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013
Kamu sektörü	91.0	69.8	36.8	29.7	78.0	79.0	39.1	30.1
Özel sektör	18.9	29.7	62.6	69.8	21.9	20.7	48.0	49.1
Diğer	0.2	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0	12.6	20.2
Bilinmeyen	0.9	0.1	0.2	0.5	0.1	0.3	0.3	0.5

\* TNSA 2013

#### 2.4. Türkiye'de Nüfus Politikaları

Türkiye'de AP hizmetlerinin gelişimini, ülke genelinde uygulanan nüfus politikaları çerçevesinde değerlendirmek gerekmektedir. Ülkemizde cumhuriyet döneminden 1965 yılına kadar pronatalist politika, 1965 yılı ve sonrasında antinatalist politika uygulanmıştır.

Cumhuriyetin ilk yıllarında yaşanan savaşlar ve bulaşıcı hastalıklar nedeniyle kaybedilen nüfusun arttırılması için nüfus artışı desteklenmiş, isteyerek düşükler, gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılması ve kullanılması yasaklanmıştır. Pronatalist politika sonucunda, bir taraftan hızlı nüfus artışı yaşanırken, bir taraftan da aşırı doğurganlığa ve güvenli olmayan koşullarda gerçekleştirilen düşüklere bağlı olarak anne ölüm hızları yükselmiştir. 1965 yılında çıkarılan 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile pronatalist politika terk edilerek nüfus artışının kontrol edilmesi planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2009a, 2009b). AP hizmetlerinin temelini atıldığı bu kanun ile birlikte AP hakkındaki politikalarının yürütülmesi, hizmetlerin örgütlenmesi ve geliştirilmesine ait sorumluluk Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 27 Mayıs 1983, sayı: 18059). Kanun kapsamında modern gebeliği önleyici yöntemlerin ithaline, devletin sağlık kuruluşlarında ücretsiz AP hizmeti sunmasına ve çiftlerin AP ile ilgili eğitiminin desteklenmesine izin verilmiştir. Bunun yanı sıra, kadın ve erkeklerin tüplerinin bağlanması hariç gebeliği

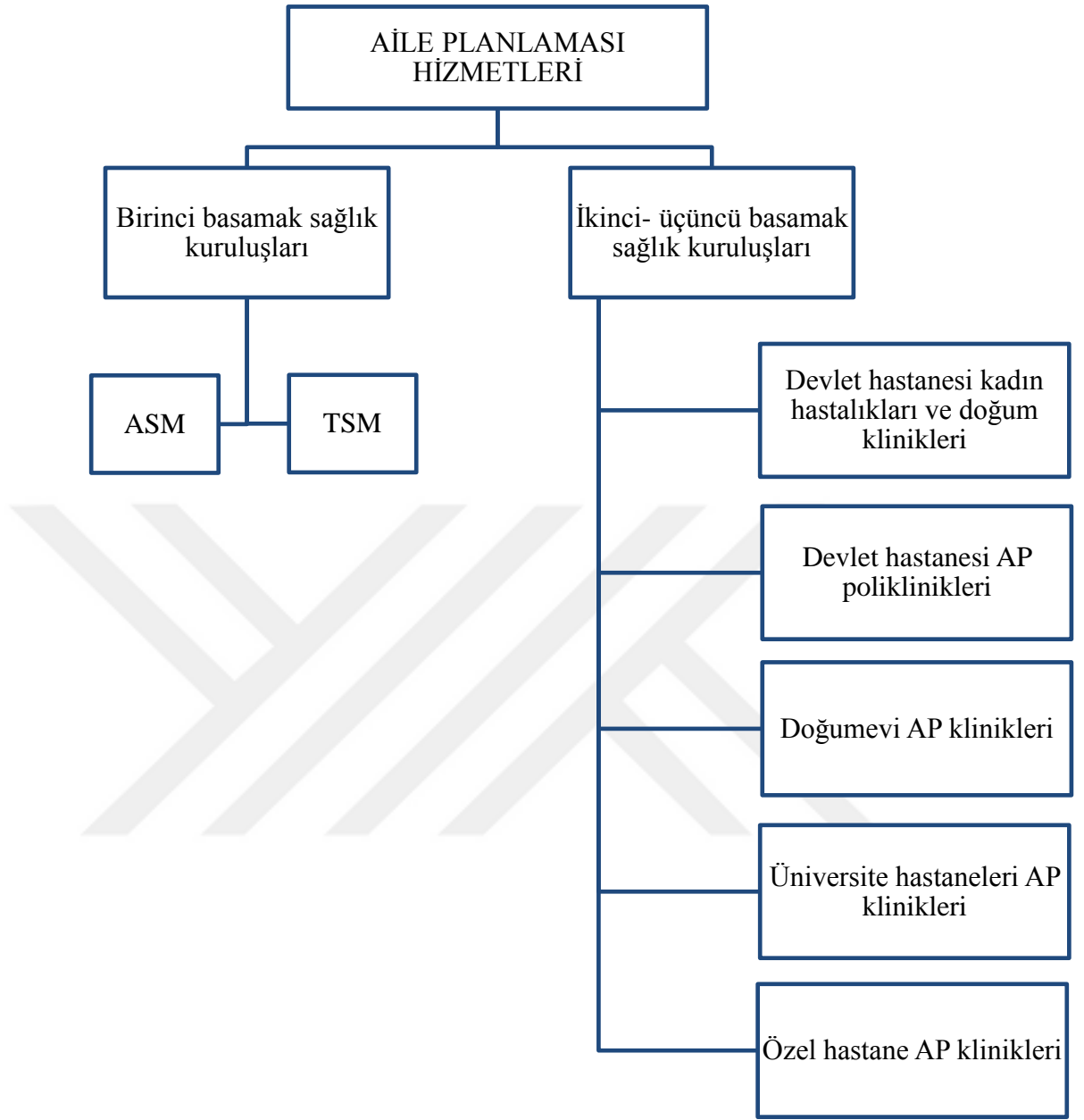
önleyici yöntemlerin kullanımını serbest bırakılmış, tıbbi nedenlerle kısıtlı olmak üzere düşük yapılması yasallaştırılmıştır. Bu kanun sonucunda, AP yöntem kullanım düzeyinde artışlar meydana gelmiş, ancak isteyerek düşüklere bağlı düşük ve küretajlara bağlı anne ölümleri engellenememiştir (T.C. Resmi Gazete, 10 Nisan 1965, sayı: 11976, Akay 1999). Bu esnada hızlı nüfus artışının ekonomik kalkınmayı da olumsuz yönde etkilediği düşüncesi ile beşer yıllık kalkınma planları hazırlanmıştır. Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planı'nda nüfus planlaması ekonomik bir sorun olarak ele alınmıştır. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlığın ön plana çıkararak ana-çocuk sağlığının geliştiren ve ekonomik kalkınmaya katkı sağlanacağı düşüncesi ile *Nüfus Planlaması* yerine *Aile Planlaması* terimi kullanılmaya başlanmıştır. Üçüncü ve Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planlarında ise AP sadece sağlık için gerekli bir önlem olarak görülmüştür (Dirican 1986). 1983 yılında, 1965 yılında çıkarılmış olan yasaya göre daha liberal ve geniş kapsamlı olan 2827 sayılı İkinci Nüfus Planlaması Yasası kabul edilmiştir. Bu yasa ile yetirilen yeni uygulamalar arasında AP yürütme görevinin Sağlık Bakanlığı adına AÇSAP Genel Müdürlüğü'ne verilmesi, on haftaya kadar olan isteyerek düşüklerin yasallaştırılması, sertifikalı ebe ve hemşirelere RİA uygulama yetkisinin tanınması, kadın ve erkek için cerrahi sterilizasyonun (tüpligasyon, vazektomi) yasallaşması bulunmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 27 Mayıs 1983, sayı: 18059). Bu yasayı izleyerek, düşüğün yasallaştırılması anne ölümlerinin önlenmesi üzerinde büyük etki yapmış, AP hizmetleri insanlar tarafından öğrenilmeye başlanmış ve ilk kez modern yöntem kullanım düzeyinin, geleneksel yöntem kullanım düzeyini geçtiği görülmüştür. Özellikle RİA kullanımını sonraki beş yıl içinde ikiye katlanmıştır (Yıldırım ve ark 2003, Akın ve Özvarış 2012).

## **2.5. Türkiye'de Aile Planlaması Hizmetlerinin Örgütlenmesi**

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için gereksinime göre planlanmış olan hizmetlerin toplumdaki tüm bireyleri kapsayacak biçimde, eşit ve en az maliyet ile verilmesidir. Temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu birinci basamak sağlık kuruluşlarının niteliği, sağlık hizmetlerinin başarısının önemli bir belirleyicisidir. Ülkemizde AP hizmetlerinin de ağırlıklı olarak yürütüldüğü bu kuruluşlar, sağlık örgütlenmesinde merkezi konumda bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2008, Öcek ve ark 2013, Başer ve ark 2015).

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte uygulanmaya başlayan aile hekimliği modelinin ülke geneline yaygınlaştırılmasına kadar, AP hizmetleri sağlık evi, sağlık ocağı ve AÇSAP merkezlerinde verilmiştir. Aile hekimliği uygulaması ile birlikte bu hizmetler TSM ve ASM’lerde sunulmaya başlamıştır (Şafak 2006, Eren ve ark 2013). ASM’lerde görev yapan aile hekimleri ve ASE’ler, gezici ve yerinde sağlık hizmetleri ile AP hizmetlerini sunmakla yükümlüdür. Aile hekimleri ve ASE’ler, kendilerine kayıtlı olan 15-49 yaş kadınları yılda iki kez izlemek zorundadır. Bu izlemler, 15-49 yaş grubundaki tüm kadınların doğurganlık davranışlarına dair bilgi edinmek, erken dönemde gebeliği tespit etmek, AP ile ilgili bilgi gereksinimlerini karşılamak, kadın sağlığı ile ilgili konularda muayene ve danışmanlık yapmak, kişilerin sağlık okuryazarlığını geliştirerek erken dönemde hizmet talep etmelerini sağlamak ve sağlığa yönelik riskleri erken dönemde tespit ederek tedavisini gerçekleştirmek amacıyla altı ay aralıklarla yılda iki kez ASM’lerde yapılmakta ve daha sonra TSM’ler tarafından değerlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2008, Sağlık Bakanlığı 2011a, Akın ve Sevencan 2006, Pala 2015). AP hizmetlerinin işleyişinin kontrolünü sağlama, aile hekimleri ve ASE’lerin eğitim gereksinimlerini karşılama ve AP malzemelerinin temin edilmesi ise TSM’lerin sorumluluğundadır (T.C. Resmi Gazete, 03 Ağustos 2011, sayı: B.100.TSH 020.00.06, T.C. Resmî Gazete, 25 Ocak 2013 sayı: 27591).

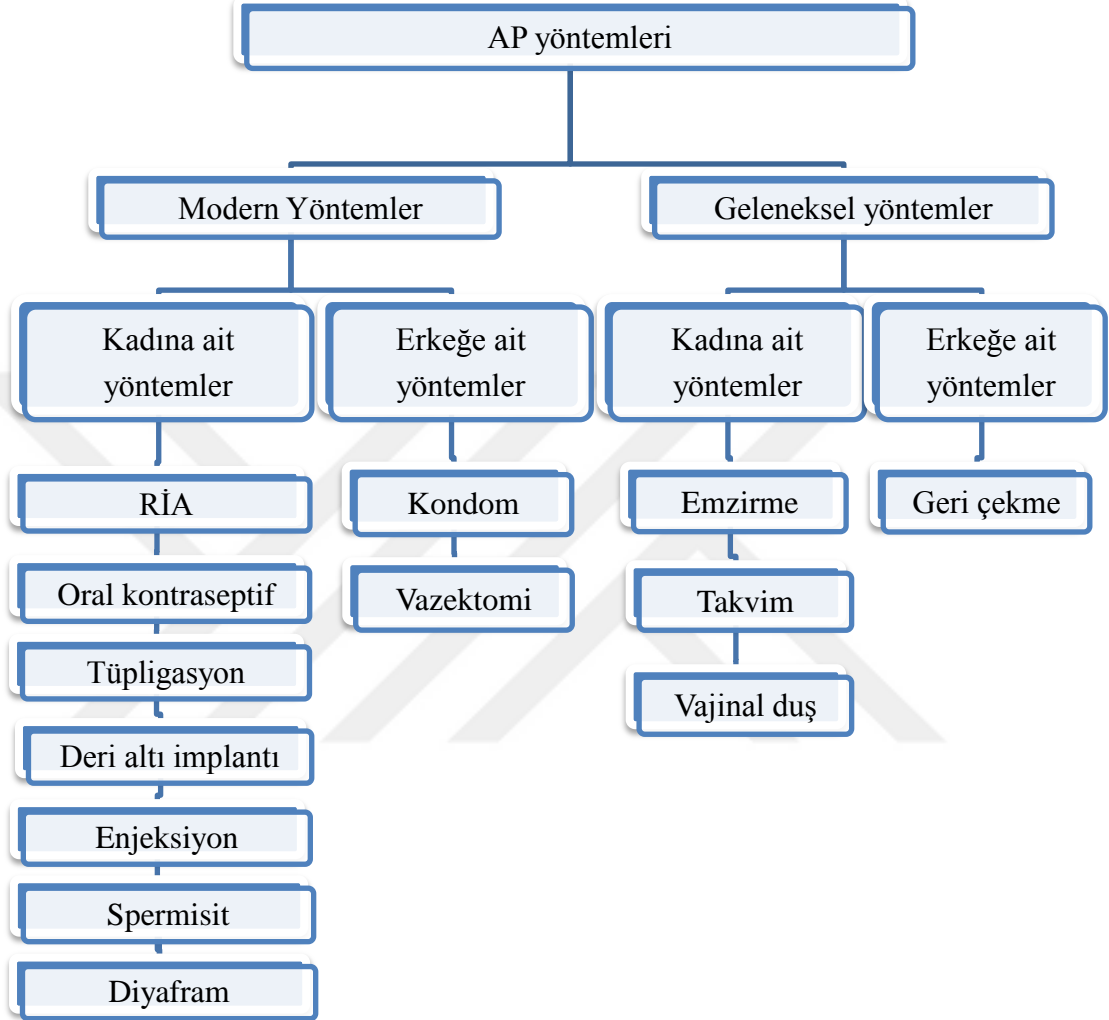
Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlarda da AP hizmetleri sunulmaktadır. Şekil 5’te ülkemizde AP hizmetlerinin örgütlenmesi sunulmuştur (Şafak 2006, Akın ve Özvarış 2012).



Şekil 5. Türkiye’de aile planlaması hizmetlerinin örgütlenmesi

## 2.6. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması

Günümüzde çeşitli ve oldukça etkili AP yöntemleri bulunmaktadır. Şekil 6'da, modern ve geleneksel AP yöntemleri sunulmuştur (Sağlık Bakanlığı 2005a, 2005b).



Şekil 6. Aile planlaması yöntemlerinin sınıflandırılması

### 2.6.1. Modern yöntemler

Modern yöntemler, kadına ait modern yöntemler ve erkeğe ait modern yöntemler olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Kadına ait modern yöntemler RİA, oral kontraseptif, deri altı implantı, enjeksiyon, tüpligasyon, diyafram, spermisit iken, erkeğe ait modern yöntemler kondom ve vazektomidir.

## ***RİA***

Rahim içerisine yerleştirilen, genellikle bakır ya da hormon içeren, T harfine benzeyen, plastik bir araçtır. RİA, gebelikten korunmak isteyen kadınlara ASM ve TSM'lerde ya da devlet hastanelerinin ve özel hastanelerin AP kliniklerinde ücretsiz olarak eğitimli doktor, ebe, hemşire tarafından uygulanmaktadır. RİA korumada % 98 etkili olup, farklı formları bulunmaktadır. Bakır ve hormon içeren tipleri ile RİA, uzun süre (3-5,10 yıl) koruyuculuk sağlamaktadır. Emziren kadınlar için kullanımı ideal olan bu yöntem cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz ve ek yöntem kullanımını gerektirmez. RİA'nın uygulaması ya da çıkarılması esnasında kadın ağrı hissi duyabilir ve uygulamayı takip eden aylarda ciddi olmayan bazı yan etkiler (lekelenme ve adet miktarında artma veya adet süresinde uzama, kasık ağrısı gibi) görülebilmektedir. Bunun yanı sıra uterus perforasyonu, pelvik inflamatuvar hastalık, ektopik gebelik, RİA yerindeyken oluşan gebelik gibi önemli sağlık sorunları ve ciddi komplikasyonlar da görülebilmektedir.

AP hizmeti veren sağlık personeli, kadın ile düzgün ve nazik bir iletişim kullanarak RİA kontrolünü düzenli aralıklarla yaptırması gerektiği ve kasıklarında kramp tarzında ağrı, her adet sonunda ve adetler arası ya da ilişki sonrası lekelenme, cinsel ilişki esnasında ağrı ya da eşinin rahatsızlık duyması halinde iplerini kontrol etmesi gerektiğini öğretmelidir (Sağlık Bakanlığı 2005b, Örsal 2006).

## ***Kondom***

Erkeklerin AP'ye katılımını sağlayan kondom, güvenli, ucuz ve kolay ulaşılabilen yöntemdir. Lateks kauçuktan yapılmış kılıf olan kondom, cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilerek spermilerin vajinaya girmesini engeller. Her cinsel ilişki sırasında doğru olarak kullanıldığı takdirde koruyuculuğu % 97'dir. Aynı zamanda bu yöntem çiftleri CYBH'a karşı da korumaktadır. Kondomun temin edilmesinde reçeteye gereksinim yoktur (Sağlık Bakanlığı 2005b). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında (ASM, TSM) ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında (devlet hastaneleri ya da özel hastanelerin AP klinikleri) ücretsiz olarak verilen kondom aynı zamanda market, ffeczane gibi kaynaklardan da belirli bir ücret karşılığında temin edilebilmektedir (T.C. Resmi Gazete, 11 Temmuz 2003, sayı: 2003/81).

## ***Diyafram***

Serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmış AP yöntemidir. Cinsel ilişkiden önce kubbe kısmına spermisit konularak, simfizis pubisin arkası ile vajen arka forniksi arasına ön vajen duvarı ve serviksi kapatacak şekilde yerleştirilir. Cinsel ilişkiden birkaç saat önce yerleştirilmeli ve ilişkiden sonra en az altı saat yerinde bırakılmalıdır. Diyafram 24 saatten fazla vajende bırakılmamalıdır. Spermisit ile birlikte ve uygun kullanıldığında bazı CYBH'a karşı da koruyuculuğu vardır. Gebelikten korunmak için bu yöntemi tercih eden kadına uygulama öncesinde pelvik muayene ile jinekolojik değerlendirme yapılır ve uygun diyafram boyu arka forniks-pubis altı arası ölçülerek belirlenir. Diyafram kullananların yılda bir kez izlenilmesi yeterlidir. İzlem muayenesine gelirken kadına yöntemi kliniğe gelmeden uygulaması istenir, böylece yöntemin doğru uygulanıp uygulanmadığı kontrol edilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2005b).

## ***Cerrahi Sterilizasyon (Tüpligasyon ve Vazektomi)***

Dünyada yaygın olarak kullanılan ve en etkili kontraseptif yöntemler arasında yer alan cerrahi sterilizasyon, kadında tüpligasyon, erkekte vazektomi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tüpligasyon ve vazektomi, artık çocuk istemeyen çiftler için kalıcı bir yöntemdir. Gebeliği oluşturacak üreme hücrelerinin (ovum ve sperm), üreme kanalında cerrahi olarak yapılan engelleme sonucu birleşmemeleri ile kontraseptif etki meydana gelir. Tüpligasyon % 99.6, vazektomi % 99.8 koruyuculuk sağlamaktadır. Başarısızlık durumunda ektopik gebelik riski vardır. Vazektomi ve tüpligasyondan sonra her iki cinsiyette de hormonal yapıda ve cinsel fonksiyonlarda hiçbir değişiklik meydana gelmez. Günümüz teknolojisi ile yöntemin geriye dönüşümü mümkündür ancak oldukça pahalıdır. Bu nedenle çiftleri yeterli düzeyde danışmalık verilmesi oldukça önemlidir (Şahin ve Bulduk 2004, Kurtuluş 2009, Altuntaş 2010).

## ***Oral Kontraseptifler***

Kullanımı kolay, çok etkili, ucuz, koitusdan bağımsız olan oral kontraseptifler kombine oral kontraseptifler ve sadece sentetik progesteron içeren oral kontraseptifler (POP, minihap) olmak üzere ikiye ayrılır (İtil 2012). Oral kontraseptifler, birinci basamak sağlık kuruluşlarına bağlı aile hekimliği birimlerinden ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına bağlı devlet

hastaneleri ya da özel hastanelerin AP kliniklerinden ücretsiz olarak, eczanelerden ise belirli bir ücret karşılığında temin edilebilmektedir (T.C. Resmi Gazete, 11 Temmuz 2003, sayı: 2003/81).

#### Kombine oral kontraseptifler (KOK)

Kombine oral kontraseptifler (KOK), etkili ve geri dönüşü olan kontraseptif yöntemlerdir. KOK'ların içerdiği sentetik östrojen ve progesteron, ovulasyonu baskılayarak, servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini önler ve ovumun transportunu yavaşlatarak gebelik oluşumunu önler. Doğru kullanıldığında % 99.9 etkilidir ve bırakıldığında tekrar gebe kalınabilir. Overler üzerindeki baskılayıcı etkinin başlaması için en az yedi günlük bir kullanım süresinin geçmesi gerekmektedir.

KOK'lar, 21 ya da 28 günlük paketler halinde hazırlanmıştır. Ülkemizde 22 tablet içeren preparatlar da vardır. Paketteki tüm haplar bitene kadar günde bir hap alınmalıdır. 21 tabletlik hap kullanılıyorsa yedi gün, 22 tabletlik hap kullanılıyorsa altı gün ara verdikten sonra yeni pakete başlanmalıdır. Pakette 28 hap varsa hiç ara vermeden ikinci pakete geçilir. Her gün hap alınması gerekir aksi takdirde yöntem etkili değildir.

KOK kullanımında özellikle ilk üç ayda adet kanama değişiklikleri, bulantı, kusma, kilo artışı, duyu durum değişiklikleri, memelerde hassasiyet ve baş ağrısı gibi hafif yan etkiler oluşabilir. KOK'lar CYBH'dan korumaz ve klamidy enfeksiyonu riskini artırır. Ayrıca anne sütünün miktarını ve niteliğini etkilediği için emziren kadınların kullanımı uygun değildir. Bunun yanı sıra adet düzensizliğini, endometriyum kanserini, over kanserini, yumurtalıklarda kist oluşumunu önlemektedir (Sağlık Bakanlığı 2005b, İtil 2012).

#### Sadece progesteron içeren oral kontraseptifler- Mini Haplar (POP)

KOK'ların aksine östrojen içermezler ve içerdikleri sentetik progesteron miktarı KOK'lardan düşüktür. Farklı sentetik progesteronları içeren preparatları bulunmaktadır. Östrojen kullanamayan kadınlar için uygun bir seçenektir. Mini haplar, menstrüel siklus boyunca ve menstrüasyon sırasında alınarak, servikal mukusun kalınlaşmasını sağlayarak spermin geçişini engeller. Doğru kullanıldığında % 99.9 etkilidir ve bırakıldığında tekrar gebe kalınabilir. Acil kontrasepsiyon



amacıyla da kullanılabilen preparat olan mini haplar, KOK'lerden daha düşük düzeyde kullanılmaktadır (ESHRE Capri Workshop Group 2003).

### ***Enjekte Edilen Kontraseptifler***

Enjekte edilen kontraseptifler, uzun etkili hormon preparatı içeren AP yöntemidir. İçerdikleri hormon tipine göre sadece progesteron enjekte edilen kontraseptifler ve kombine (östrojen ve progestin içeren) enjekte edilen kontraseptifler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Her iki formu da son derece etkili ve uygulaması kolay olan bu yöntem, ASM'den ya da devlet hastaneleri ve doğum evlerinin AP kliniklerinden ücretsiz, eczanelerden ise ücretli olarak temin edilmektedir. AP danışmanlık hizmeti kapsamında hizmeti alanların kullanımını engelleyecek tıbbi durumları araştırılıp, yalnızca kişisel gereksinim değil, hizmet alanın yaşadığı ortamın sağlık hizmetleri açısından durumunun ele alınması gerekmektedir. Aynı zamanda enjeksiyonların infertiliteye neden olduğu, kansere yol açtığı gibi yanlış düşünceleri, sağlık personelleri tarafından nazik ve uygun bir iletişim kurularak giderilmelidir. Tüm bunlar yöntemin ve AP hizmetlerinin başarısı için önemli bir faktördür (Sağlık Bakanlığı 2005b, Aktün 2006).

### ***Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler (KEK)***

Kombine enjekte edilen kontraseptifler için dünyada kabul gören Cyclofem ve Mesigyna isimli iki preparatı bulunmaktadır Bunlardan Mesigyna ülkemizde ruhsatlıdır. Ayda bir kez uygulandığı için bir aylık iğneler olarak da bilinmektedir. KOK'larda olduğu gibi ovülasyonun baskılanması, servikal mukusun kalınlaşması ve endometriumun inaktif hale gelmesi ile birlikte gebeliğin oluşması önler. Başarısızlık hızı % 0.1-0.2 arasındadır. Bırakıldığı zaman, fertilité geri döner ve bir sonraki iğneyi yaptırmak dışında akılda tutması gereken bir durum yoktur. Aynı zamanda ektopik gebelikleri ve demir eksikliği anemisini önler. Öte yandan CYBH'dan korumaz ve bırakıldığında menstrüel siklusta düzensizlikler görülebilir. Emziren anneler için ise, ilk 6 ay kullanımı uygun değildir (Sağlık Bakanlığı 2005b).

### Sadece progesterin içeren kontraseptifler

Yaygın olarak kullanılan, yalnız progesterin içeren iki değişik tip (Depo Provera ve Noristerat) enjekte edilen kontraseptif vardır. Depo Provera üç ayda bir, Noristerat ise iki ayda bir uygulanır. Bunlardan Depo Provera ülkemizde ruhsatlıdır. Etki mekanizması KEK'lerde olduğu gibi benzerlik gösterir. Başarısızlık oranı % 0.1'den azdır. Bunun yanı sıra çocuk gelişimini etkilemediği ve süt yapımını arttırdığı için emziren annelerin kullanımı için uygundur (Sağlık Bakanlığı 2005b).

### ***Spermisit***

Vajinal spermisitler, spermelerin servikse ulaşmadan etkisiz hale getirilmesi için vajina derinine yerleştirilen maddelerdir. Etkinliğini koruması için ilişki sonrası 6-8 saat sonraya kadar vajina içinde kalması gerekmektedir. Köpük, jel, fitil, krem gibi farklı formları da bulunmaktadır. Ayrıca kontraseptif etkinliği kullanıma ve formuna bağlı olarak % 74-94 arasında değişmekte olup kondom ya da diyafram ile birlikte kullanıldığında kontraseptif etkinliği artmaktadır (Mumcu 2004, Sağlık Bakanlığı 2005b).

### **2.6.2. Geleneksel yöntemler**

Geleneksel yöntemler, kadına ait geleneksel yöntemler ve erkeğe ait geleneksel yöntemler olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Kadına ait geleneksel yöntemler arasında emzirme, vajinal duş, takvim yöntemi yer alırken, erkeğe ait geleneksel yöntemler arasında geri çekme bulunmaktadır.

### ***Geri Çekme***

Bilinen en eski doğal korunma yöntemi olan geri çekme, erkeğin ejakülasyondan önce penisi vajinadan tamamen geri çekmesi ve vajina dışına boşalmasıdır (Şahin ve Bulduk 2004, Sağlık Bakanlığı 2005b). Dünyada ve ülkemizde çiftler arasında en sık tercih edilen geleneksel yöntemdir (Güngör ve ark 2006). Geri çekme, yan etkisi olmayan, hormon içermeyen ve her an ulaşılabilir nitelikte olan bir yöntemdir. Öte yandan bu yöntem eşler arasında cinsel doyumsuzluk ve psikolojik gerginliğe yol açabilmektedir. Dolayısıyla eşlerin bu yöntemi kullanırken birbirleri ile uyum, disiplin ve motivasyon içerisinde olması gerekir. Yapılan çalışmalar, geri çekme yöntemini kullananların istenemeyen gebeliklerin oluşmasına neden olduğunu göstermektedir (Kitapçıoğlu ve Yanıkekremler 2008, Tekiner ve ark 2010). Ejakülasyondan önce vezikula seminalis ve uretrada bulunan bir miktar seminal mayi

vajene kaçabilir veya erkek koitusa ara vermesi için gerekli olan otokontrolü sağlamakta zorlanabilir. Bu nedenle AP danışmanlık hizmetleri kapsamında geri çekme yöntemi ayrıntılı bilgilendirilerek eşlerin durumlarına uygun AP yöntemini seçmeleri sağlanmalıdır (Atış ve ark 2010, Türk ve Terzioğlu 2012).

### ***Vajinal duş***

Cinsel ilişkiden hemen sonra vajenin yıkanması işlemidir. Spermiler ejakülasyondan sonra 80-90 saniye içinde servikal kanal içine geçip ilerlemeye başladıkları için vajenin yıkanması kadını gebelikten korumaz. Aynı zamanda vajinaya uygulanan basınçlı su ya da temizleyici maddeler, vajinanın kendine özgü florası bozarak oluşabilecek enfeksiyonlara karşı kadının vücudunu açık hale getirmektedir. Çoğu kadın bu yöntemi gebelikten korunmak ve hijyen amaçlı kullanmaktadır. AP danışmanlık hizmetini veren sağlık personelleri eşleri bu konuda bilgilendirilmeli ve kendilerine en uygun yöntemi seçmelerine olanak sağlamalıdır (Mumcu 2004, Taşkın 2009).

### ***Takvim Yöntemi***

Çok eskiden beri kullanılan geleneksel bir yöntem olup, menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerini hesaplamak için altı ay-bir yıl yıllık gözlem süresi sonunda matematiksel formüle dayanmaktadır. Kadının en kısa siklus gününden 18, en uzun siklus gününden 11 çıkarılarak hesaplanıp, bu dönemde çiftlerin cinsel ilişkiden kaçınmasıdır (Başaraner 2006). Ancak kadınların günlük hayatta yaşadığı stres ve hastalık gibi menstrüel siklus süresini etkileyebilecek değişiklikler ve düzensiz olarak gerçekleşen menstrüel siklusları takvim yöntemini fertilité indeksi olarak tutarsız, güvensiz ve yetersiz olmasına neden olduğu için kullanımını azalmıştır (Sağlık Bakanlığı 2005b, Kurtuluş 2009).

### ***Laktasyonel Amenore Metodu (LAM)***

LAM, yalnızca emziren annelerin kullanabileceği bir kontraseptif yöntemdir. Emzirmenin fizyolojik etkilerine dayanarak kadının doğumdan sonra bebeğine ilk altı ay sadece anne sütü vermesiyle birlikte ovülasyon ve menstrüel siklus baskılır ve böylece kadının gebelikten korunması sağlanır. Kadın emzirmeyi yöntem olarak etkili bir şekilde kullanılarak korunmayı düşünüyorsa öncelikli olarak menstrüasyon görmemiş olması ve altı aydan küçük bebeğini gece gündüz her istediğinde sık aralıklarla (6-10 kez) ve en az dört dakika emziriyor olması gerekmektedir. Eğer

kadın LAM'ın bu kriterlerini karşılıyorsa doğumdan sonraki ilk altı ayda gebelik riski % 2'dir. Yöntemin doğru ve sürekli kullanımında bu risk % 0.5'e kadar düşer. Ayrıca cinsel ilişkiyi etkilemeyen, kullanımı kolay, ücretsiz, doğal ve yan etkisi olmayan bir kontraseptif yöntem olan LAM, uterusun doğum sonrası eski haline dönmesini kolaylaştırır ve meme, endometriyum ve over kanserlerine karşı anneyi korur (Ünlüoğlu 2006, Kaşlı 2014).

### **2.5.3. Acil kontrasepsiyon**

Acil kontrasepsiyon, istenmeyen gebeliğin engellenmesi için çiftlere ikinci bir şans tanımaktadır. Korunmasız bir cinsel ilişki sonrasında, sürdürülmesi kesinlikle istenmeyen olası bir gebeliğin implantasyondan önce önlenmesidir (Başaraner 2006). Etkinliği % 75-80'dir ancak, gebelik oluşuktan sonraki kullanımında etkili değildir. Bu nedenle de acil kontrasepsiyon düşük yaptırıcı yöntem olarak kullanılmamalıdır (<http://ailehekimligi.gov.tr>, Erişim tarihi:18 Ekim 2015).

Ülkemizdeki acil kontraseptif yöntemler, hormonal ve mekanik acil kontrasepsiyon olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır. Hormonal acil kontrasepsiyonların (yüksek doz östrojen, östrojen ve progesteron kombine kullanımı, sadece progesteron içeren haplar, antiprogesteronlar, androjenler) cinsel ilişkiden sonra ilk 72 saat içerisinde uygulanması gerekir. Ancak tekrar tekrar kullanımında kontraseptif etkinliği azalmaktadır. Mekanik acil kontrasepsiyon (postkoidal RİA) ise, cinsel ilişkiden sonraki ilk beş gün içinde uygulanırsa gebeliği önlemede en etkili acil kontraseptif yöntemler arasında yer almaktadır (Tokuç ve ark 2002, Adalı ve ark 2008, <http://ailehekimligi.gov.tr>, Erişim tarihi:18 Ekim 2015, Kaşlı 2014).

## **2.7. Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi**

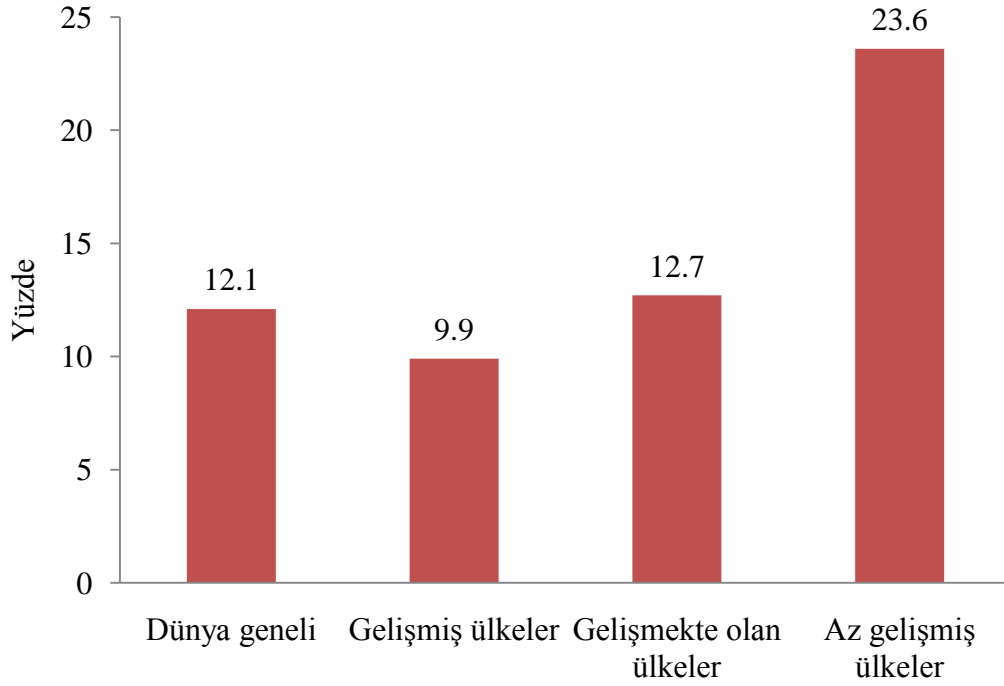
AP hizmetlerinin değerlendirilmesi kapsamında dört ana başlık bulunmaktadır. Birinci başlıkta karşılanmamış AP gereksinimi, ikinci başlıkta AP hizmetlerinde erişim, üçüncü başlıkta AP hizmetlerinde süreklilik ve dördüncü başlıkta AP hizmetlerine karşı tutum yer almaktadır.

### **2.7.1. AP Hizmetlerinde Karşılanmamış Gereksinim**

Günümüzde sosyal ve ekonomik gelişmelerle farklılaşan toplumsal yapıda bireylerin doğurganlıklarını sınırlandırma isteği artmış, dolayısıyla AP hizmetlerine

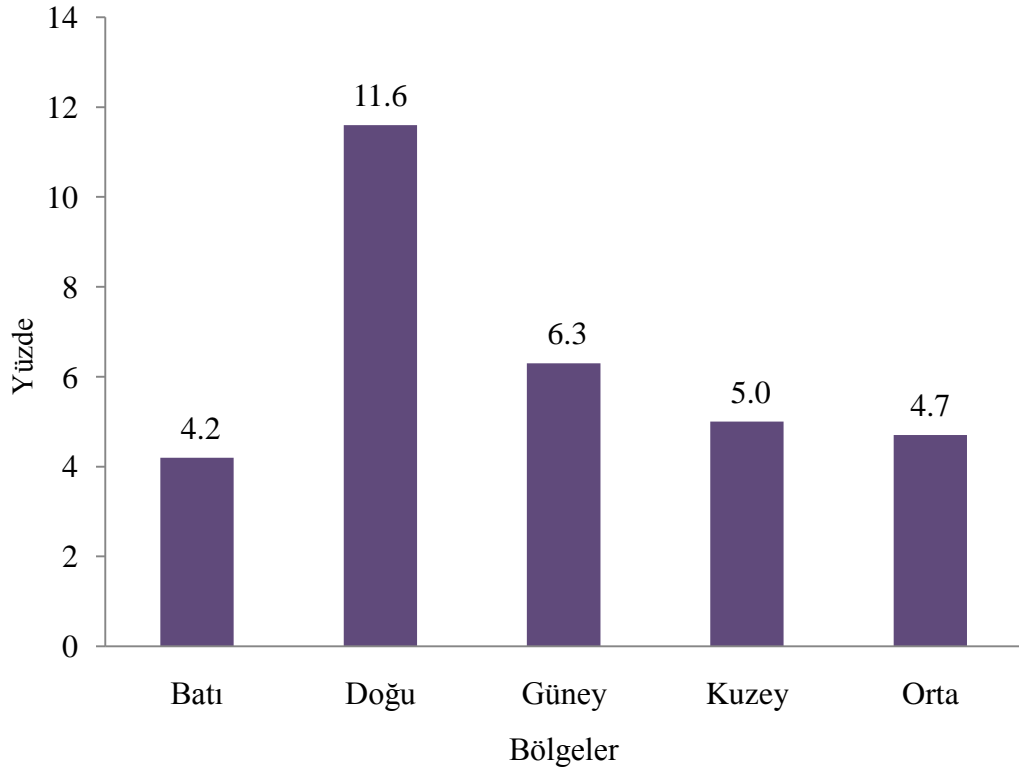
duyulan gereksinim de artmıştır (Sedgh et al 2014). Dünyada yaklaşık 225 milyon kadın, gebe kalmamak ya da ertelemek istemesine rağmen, herhangi bir AP yöntemi kullanmamakta, buna bağlı olarak karşılanmamış AP gereksinimi ortaya çıkmaktadır. AP hizmetlerinde karşılanmamış gereksinim, doğurganlık çağında olan bireylerin, çocuk sahibi olmak istememesi ya da bunu geciktirmek istemesine rağmen gebelikten korunmak için herhangi bir AP yöntemi kullanmama olarak tanımlanmaktadır([http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family\\_planning/unmet\\_need\\_fp/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/unmet_need_fp/en/), Erişim tarihi: 20 Şubat 2016). Karşılanmamış gereksinim, maternal morbidite ve mortalite, malnütrisyon, anemi ve düşük doğum ağırlıklı bebek gibi pek çok riski de beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla anne ve çocuk sağlığı etkilenecek, ailelerin sorun yaşamasına ve toplumda sağlıksız nesillerin yetişmesine neden olmaktadır (Solter 1997, Şafak 2006, Sedgh 2014).

Dünya genelinde karşılanmamış AP gereksinimi % 12.1'dir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri azaldıkça, karşılanmamış AP gereksinimlerinin arttığı görülmektedir. Karşılanmamış gereksinim düzeyi gelişmiş ülkelerde % 9.9 iken, gelişmekte olan ülkelerde 12.7'ye, az gelişmiş ülkelerde ise % 23.6'ya yükselmektedir (WHO 2013).

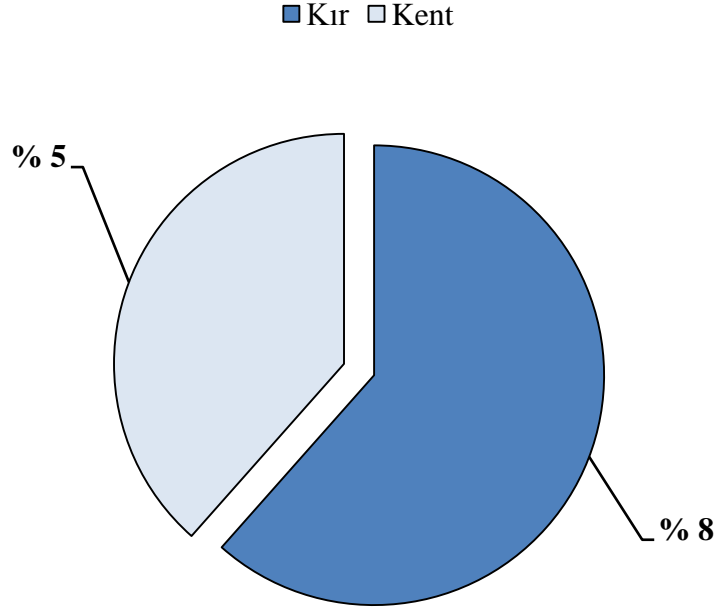


Şekil 7. Bölgelerin gelişmişlik düzeyine göre dünyada 2013 yılında karşılanmamış aile planlaması düzeyleri

Ülkemizde TNSA 2013 bulgularına göre karşılanmamış AP gereksinim düzeyi, % 6.0'dır. Bölgelere göre farklılık gösteren karşılanmamış AP gereksinimi, Doğu ve Güney Bölgelerinde en fazla Batı, Orta ve Kuzey Bölgelerinde ise diğer bölgelere göre daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir (Şekil 8). Aynı zamanda bu farklılık, kırsal ve kentsel alanlara da yansımakta olup, kırsal alanlarda yaşayan kadınlarda daha fazla karşılanmamış AP gereksinimi bulunmaktadır (Şekil 9). AP hizmetlerinin, kaliteli ve nitelikli olabilmesi için, sağlık hizmetlerin bütüncül yaklaşım içerisinde sunulması, farklı coğrafik bölgelerde yaşayan ve değişik sosyoekonomik durumlara sahip tüm nüfusu kapsamaması gerekmektedir (Yıldırımkaya 2015).



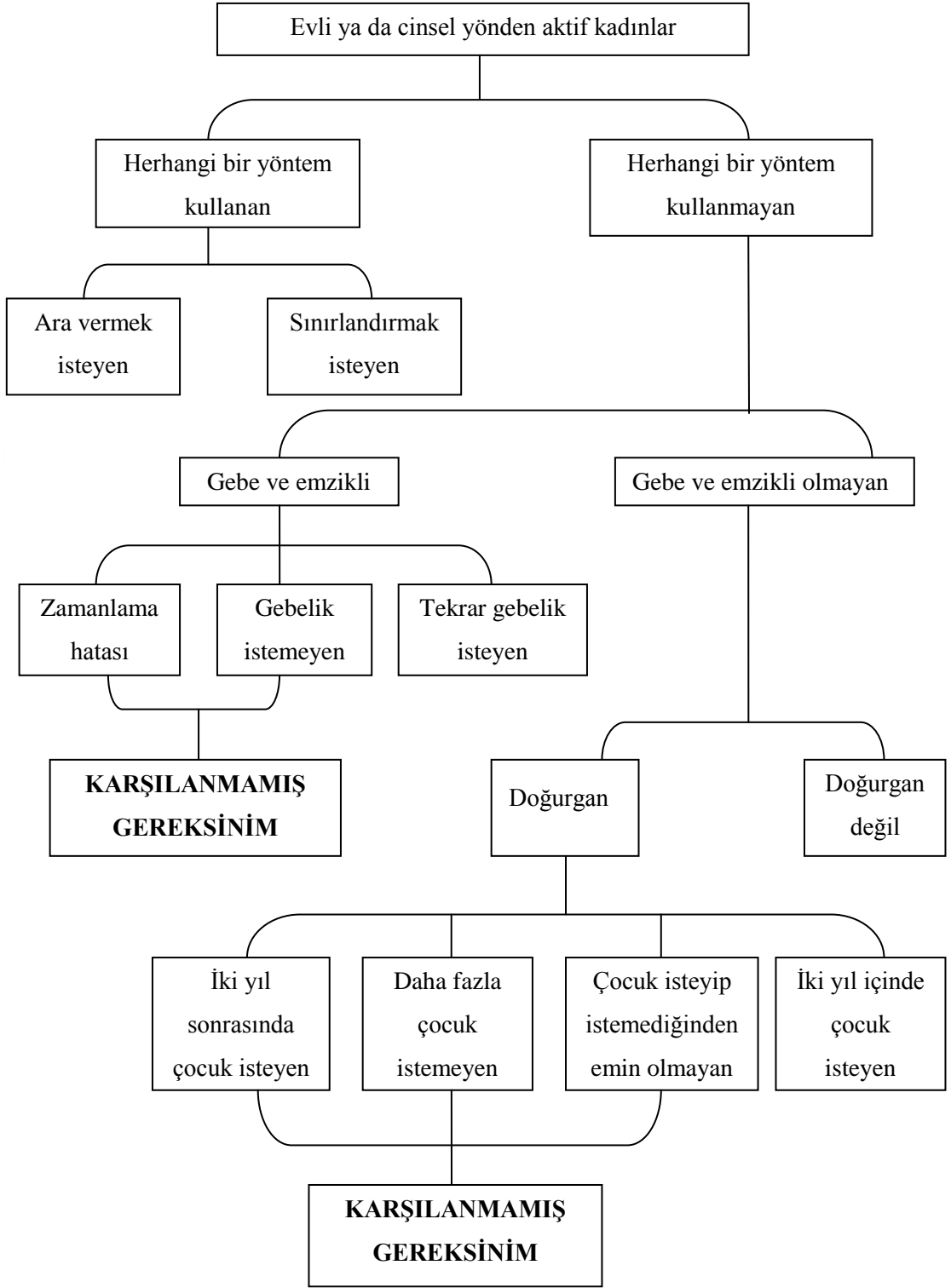
Şekil 8. Türkiye’de 2013 yılında karşılanmamış aile planlaması gereksinim düzeylerinin bölgelere göre dağılımı



Şekil 9. Türkiye’de 2013 yılında karşılanmamış aile planlaması gereksinim düzeylerinin kırsal ve kentsel alanlara göre dağılımı

Topluma eşit, nitelikli, ücretsiz ve hiçbir engelle karşılaşmadan sunulmayı gerektiren temel sağlık hizmetleri içerisinde yer alan AP hizmetleri sunucuları, karşılanmamış gereksiniminin, gereksinimin fazla olduğu bölgeler belirlenerek, bu bölgelere hizmette öncelik vermesini gerektirmektedir (UNFPA 2004, Sağlık Bakanlığı 2008, TNSA 2013).

Şekil 10’da Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirtilen karşılanmamış AP gereksinimlerinin kriterleri sunulmuştur. Buna göre, doğurganlık çağında olan (evli ya da birlikte yaşayan) gebe veya emzikli kadınlar için karşılanmamış gereksinim kriterleri, bu kadınların son gebeliklerinin istenmeden meydana gelmesi ya da zamanlama hatası olmasıdır. Gebe ve emzikli olmayan kadınlar için karşılanmamış gereksinim kriterleri ise, bir sonraki gebeliğini ertelemek isteyen, iki gebelik arasında uygun zaman aralığı isteyen veya bundan sonrası için daha çocuk istemeyen (aile boyutunu sınırlandırmak isteyen) kadınların herhangi bir yöntem kullanmamasıdır (Bradley et al 2012).



Şekil 10. Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi kriterleri

Kaynak: Bradley SE, Croft TN, Fishel JD, Westoff CF. (2012). Revising Unmet Need for Family Planning. DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International.



Kadınların gebelikten korunmak istediği halde kendilerine en uygun yöntemi seçmemesi, AP yöntemleri hakkında bilgi eksikliğinin olması, doğru olmayan bilgilere inanması, toplumun ya da eşinin yöntem kullanımı konusunda desteğinin olmaması ya da AP hizmetlerinde erişilebilirlik, izlem ve finansal gibi konularda yeterli olmaması karşılanmamış AP gereksinimlerinin doğmasına neden olmaktadır (UNPFA 2004, Darroch and Singh 2013).



Şekil 11. Karşılanmamış aile planlaması gereksinimini etkileyen faktörler, UNPFA 2004

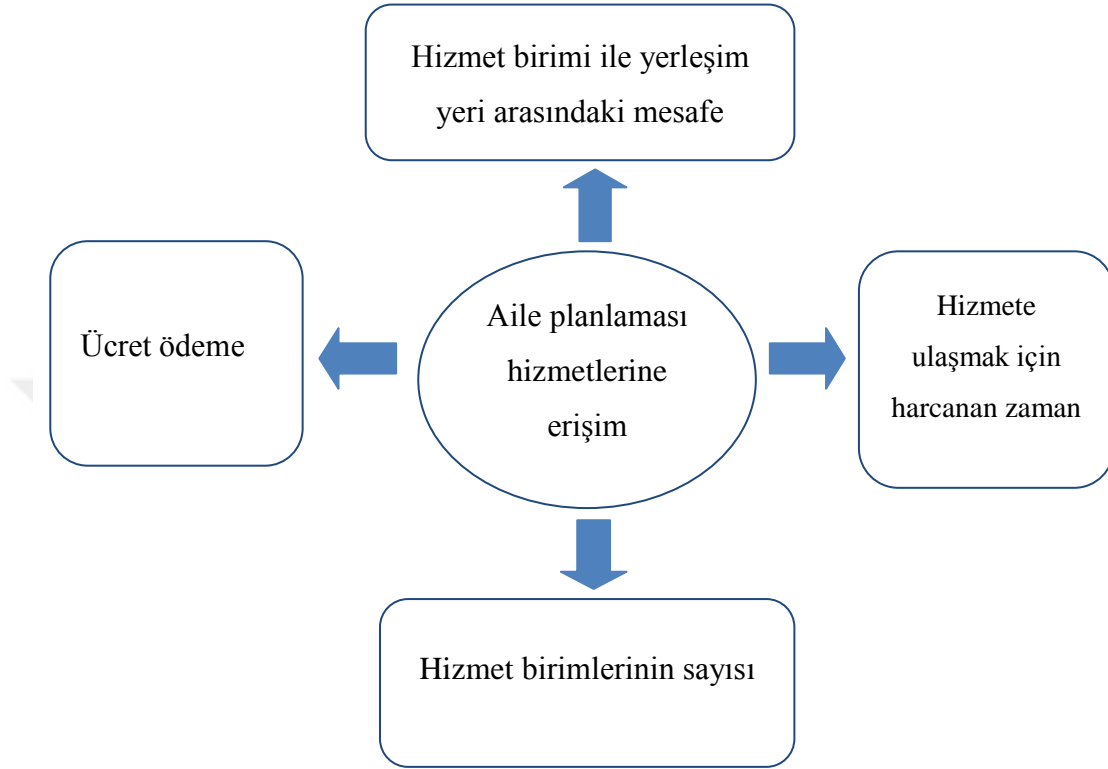
### 2.7.2. Aile Planlaması Hizmetlerinde Erişim

Anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesi ve toplumun sağlık seviyesinin geliştirilebilmesi için AP hizmetlerinin erişilebilir nitelikte olması gerekmektedir (Wingo et al 1994, Sağlık Bakanlığı 2007). Erişilebilirlik, toplumda yaşayan her bireyin hakkıdır ve sağlık hizmetlerin hiçbir engelle karşılaşmadan sunulmasını gerektirir (Örsal 2006, Eskiocak 2007, ACOG 2015, <http://www.unfpa.org/family-planning>, Erişim tarihi 18 Ocak 2016, [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO\\_Contra\\_FamPlan\\_WEB.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Contra_FamPlan_WEB.pdf). Erişim Tarihi: 20 Ocak 2016).

AP hizmetlerine erişimin kısıtlı olması, gebelikten korunmak isteyen pek çok kadının istemeden gebe kalmasına ve güvenli olmayan koşullarda düşüklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Akın ve Sevencan 2006, Nour 2008, WHO 2011).

Dünya’da da yaklaşık 222 milyon kadın gebelikten korunmak istemesine rağmen, hizmete erişim eksikliği, malzeme yetersizliği, hizmet kalitesinin yoksunluğu, bireysel, kültürel, siyasi engeller gibi nedenlerden dolayı etkili ve güvenli olan AP yöntemlerine ulaşamamaktadır (Örsal 2006, ACOG 2015, <http://www.ippf.org/our-work/what-we-do/contraception/Access>, Erişim Tarihi: 18 Ocak 2016, <http://www.unfpa.org/family-planning>, Erişim tarihi: 18 Ocak 2016). Erişilebilirlik, AP hizmetlerindeki temel yaklaşımlardan biridir ve bazı kriterlere göre belirlenmiştir (Şekil 12). Bu kriterler, bireylerin hizmetlere olan uzaklığı, hizmet kullanım maliyeti, zamanı ve hizmet veren birim sayısı ile ilişkilidir (Sağlık Bakanlığı Aile Planlaması Yöntemi Uygulama Rehberi). AP hizmetlerinin yerleşim yerlerine uzak olması, erişilebilirliği zorlaştırmaktadır (Ballı 2011). Tsui ve Ochoa (1992), AP hizmetlerine yakın olan bireylerin, AP hizmetlerini daha fazla kullandığını belirtmektedir (Tsui ve Ochoa 1992). Erişilebilirliğin önündeki diğer engellerde biri de, bireylerin AP hizmeti alabilmek için başvurdukları sağlık kuruluşlarında bekleme sürelerinin uzun olmasıdır (Sağlık Bakanlığı 2008, <http://www.familypact.org/Providers/Factsheets/AccessToFamilyPlanningServicesADA.pdf>. Erişim Tarihi. 20 Ocak 2016). Bu engeli ortadan kaldırmak için, AP hizmetlerinin birim sayısı artırılarak hizmette harcanan sürenin en aza indirgenmesi gerekmektedir. Aynı zamanda birinci basamak sağlık sisteminin alt yapısının sağlam ve malzeme ve lojistiğin hizmetlerine eksiksiz tamamlanmış olmalıdır. Böylelikle bireylerin AP yöntemlerini temin edebilmesi en az maliyet ile sağlanmış olacak ve AP hizmetleri önündeki erişime bağlı sorunlar ortadan kalkacaktır (Sağlık Bakanlığı Aile Planlaması Yöntemi Uygulama Rehberi, Çakmak ve ark 2007, Sağlık Bakanlığı 2011b, Bilgin 2011, Başer ve ark 2015). Öte yandan erişilebilirlik kriterlerini, bireylerin gelir durumu, eğitimi, cinsiyeti, sınıfı, aile tipi gibi sosyo ekonomik ve demografik özellikleri de etkilemektedir. Özellikle kırsal alanda yaşayan, eğitim seviyesi düşük olan, gelir durumu kötü olan kadınların AP hizmetlerine daha fazla erişemediği belirlenmiştir (Stephenson 2004, Sedgh et al 2007, Herdman ve Korkmaz 2011). Örneğin, sosyoekonomik düzeyi düşük olan ülkelerin bir arada

olduğu Sahra altı Afrika'da, kadınların % 24'ü AP hizmetlerine erişememektedir (United Nations Department of Economic and Social Affairs 2013).



Şekil 12. Aile planlaması hizmetlerine erişimi etkileyen kriterler

### 2.7.3. Aile planlaması Hizmetlerinde Süreklilik

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonunda ve hizmet sunumundaki en temel özelliklerden biri, hizmette sürekliliktir (Tezer 2008). Süreklilik, sağlık sorunlarının tipinden hatta varlığından bağımsız olarak hasta ve birinci basamak sağlık ekibi arasındaki uzun erimli ilişkidir (Starfield, 1998). Süreklilik, sağlık hizmetlerinin tüm aşamalarında kesintisiz olarak bireylerin hizmet alabilmesini gerektirmektedir (Şafak 2006). Burada en önemli nokta, hizmeti alanlar ve hizmeti sunanlar tarafından ortak kabul gören bir sağlık hizmeti ortamının oluşturulabilmesidir (Eser 2007, Bambal 2010). Bunun sağlanabilmesi için gerekli ön koşullar, erişime hazır olmak, hekimin yeterliliği, iyi iletişim ve bir görüşmeden diğerine köprü kurabilmek, bağlantıyı sağlayabilmektir (Tezer 2008). Bunun yanı

sıra, gerekli araç, gereç ve malzemelerin temin edilmesiyle oluşan sağlıklı bir lojistik sisteminin varlığıdır (Sağlık Bakanlığı 2009a).

AP hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için bireyler, gereksinim duydukça kesintisiz olarak AP hizmeti alabilmeli ve yõteme ait malzemeleri temin edebilmelidir. (Şafak 2006). Yöntemin nasıl uygulandığı bilinir ve yan etkileriyle nasıl baş edileceği öğrenilirse, seçilen yöntemin sürekli kullanma olasılığı da artmaktadır. Aynı zamanda kişinin herhangi bir sorun karşısında sağlık çalışanlarına kolayca ulaşabileceğini bilmesi, hizmet kullanımında sürekliliği sağlamaktadır (Kurtuluş 2009).

AP hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri bünyesinde süreklilik ve bütünlük içerisinde ele alınmalıdır (Özvarış ve Ertan 2003, T.C. Resmi Gazete, 21 Ocak 2010, sayı B.100.TSH.020.00.06, T.C. Resmi Gazete, 25 Mayıs 2010, sayı 27591). Bireylerin belirli bir süre boyunca, aynı sağlık hizmet sunucusu ya da ekibi tarafından etkin bir şekilde izlenmesi sürekliliğin temel esaslarını oluşturmaktadır (Eser 2007, Bambal ve ark 2010). Sağlık bakanlığı, bu konu ile ilgili birçok izlem programını başlatmıştır. AP hizmetleri, 15-49 yaş kadın izlemi, gebe izlemi, lohusa izlemi içerisinde yer almaktadır (Akin ve Sevensan 2006, Pala 2015). Yapılan izlemlerin ve sunulan danışmanlık hizmetlerinin niteliği, hizmetlerin her aşamasında önemlidir (Sağlık Bakanlığı Aile Planlaması Yöntemi Uygulama Rehberi). Kişi, yöntemi nasıl uygulandığını bilirse ve yan etkilerle baş etmeyi öğrenirse, seçtiği yöntemi sürekli kullanma olasılığı artmaktadır (Kurtuluş 2009). Aynı zamanda kişinin herhangi bir sorun karşısında tekrar gelebileceğini bilmesi, alınan danışmanlık hizmetinden hem memnun kalmasına hem de yöntem kullanımına başlamış olacağı için teşvik artmasına neden olacaktır ve böylelikle AP hizmetleri süreklilik arz edecektir (Kaşlı 2010).

AP danışmanlık hizmetleri kişilerin yöntem kullanımında sürekliliği sağlaması açısından önemlidir (Aktoprak 2012). AP hizmetlerinin tüm aşamalarında verilmesi gereken bu hizmetler, ülkemizde göz ardı edilmektedir (Kaynar ve ark 2008). Bunun en büyük nedeni, hizmet sunucularının aşırı iş yüklerinin olmasından ve bir çok işlemi tek bir odada gerçekleştirilmesine bağlı olarak ortaya çıkan zaman ve mekan kısıtlılığından dolayı olabileceği düşünülmektedir (Öcek ve ark 2013). Nitekim rahat ortamda sağlanan etkili AP danışmanlık hizmetleri, çiftlerin kendilerine en uygun ve

güvenli olan yöntemi doğru karar vermelerini sağlayacak ve buna bağlı olarak istenmeyen gebeliklerin anne ölümlerinin görülme sıklığı azalacaktır. (Sağlık Bakanlığı 2009, Kurtuluş 2009, Kutlu ve ark 2014).

Kadın sağlığı, üreme sağlığı ve toplum sağlığı daha ileri seviyelere taşınabilmek için, hizmet sunucuları, toplumdaki bireyleri bir bütün olarak ele almalı ve yaşadıkları ortama göre değerlendirmeli, iyi ilişkiler kurulmalıdır (Sağlık Bakanlığı 2004). Hizmeti alanların hizmetten memnun kalması, yöntem kullanımını sürdürmesi ve hizmetten sürekli yararlanması sağlanmalıdır. Bu konu ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetleri artırılarak, hizmet alanların bilgi eksiklikleri giderilmeli ve yanlış uygulamaların önüne geçilmelidir (Öztaş ve ark 2015).

#### **2.7.4. Aile Planlaması Hizmetlerine Karşı Tutum**

Tutum, bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir nesne, toplumsal konu ya da olaya karşı deneyim, bilgi, duygu ve motivasyonuna dayanarak örgütlediği zihinsel, duygusal ve davranışsal tepki eğilimlerini içeren kalıcı bir sistemdir (Freedman et al 2003, İnceoğlu 2010).

Tutumlar, genellikle uzun sürelidir ve bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üçe ayrılır (Çiftçioğlu 2009). Kişinin tutum nesnesine ilişkin inançları, bilgi yapıları, algısal tepki ve düşünceleri bilişsel bileşeni, duygu ve heyecansal tepkileri duyuşsal bileşeni, açık edimleri ve davranış eğilimleri ise davranışsal bileşeni yansıtmaktadır. Tüm bileşenler arasında bir iç tutarlılık olduğu varsayılmaktadır. Bu varsayımına göre bilişsel bileşen, herhangi bir konu hakkında bireyin bildiklerinin o konuya olumlu bakmasını, duyuşsal bileşen, o konu hakkında bireyin olumlu olmasını, davranışsal bileşen ise, oluşan olumlu bakış açısının bireyin sözlerine ya da davranışlarına yansıtmasını sağlamaktadır (Aktoprak 2012). Ancak davranışsal bilişendeki tutumların her zaman davranışa dönüşmemesi ya da davranışa dönüşen tutumun her zaman gerçeği yansıtmaması söz konusudur (Örsal 2006).

Türkiye’de AP yöntemlerinin kullanılmasını ve hizmetin yaygınlaştırılmasını engelleyen, güçlü kültürel öğeler ve tutumlar bulunmaktadır. Örneğin, kayınvalidenin evdeki otoritesini bırakabilmesi için, gelinine çocuğa sahip olması gerektiğini söylemesi, o gelinin AP yöntemlerinin yararlarını bilmesine rağmen yöntem kullanmamasına neden olabilir ya da çiftlerin gebelikten korunmak

istememesine rağmen kondomsuz cinsel hazzı hissetme isteği, çiftleri korunmasız cinsel davranışa itebilmektedir (Örsal 2006). Tüm bunlar, kişilerin davranışlarının arkasındaki gizli yönlendirici güçlerin ya da inanışlarının irdelenmesini gerektirmektedir (Barut 2005, Örsal 2006, [https://www.academia.edu/14405532/Tutum\\_ve\\_davran%C4%B1%C5%9F](https://www.academia.edu/14405532/Tutum_ve_davran%C4%B1%C5%9F) Erişim tarihi: 28 Mart 2016). Bu durum etkili AP hizmetlerinin sunumu için de oldukça önemlidir (Apay ve ark 2010).

Ülkemizde birçok kadın tüpligasyonun menstrüasyonu durdurabileceği, RIA'nın mideye kaçabileceği, OK'nın kansere neden olabileceği, seçilen yöntemin cinsel ilişkiye engel olabileceği ya da günah olması gibi endişeleri veya yanlış inanışları nedeniyle modern yöntemleri kullanmamaktadır (Örsal 2006, Kalak 2008). AP hizmet sunucuları, bireylerin bu düşüncelerini engellemek için çiftlerin yöntem kullanımını etkileyen eğitim durumu, aile yapısı, seçilen yöntemin kolay, güvenilir, ulaşılabilir olması, sahip olunan çocuk sayısı gibi faktörleri belirlemesi ve yanlış bilgilerden arındırıp olumlu tutum geliştirmesi gerekmektedir. Böylelikle daha fazla çift modern yöntem kullanmış olacak ve AP hizmetlerinin kullanımı önündeki engeller kalkmış olacaktır (Depe ve Erener 2006, Kalak 2008, Çayan 2009, Aktoprak 2012, Kaşlı 2014).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Doğurganlık çağındaki kadınların AP hizmetlerine karşı tutumlarının, hizmete erişim düzeylerinin ve hizmetlerin sürekliliğinin değerlendirilmesini amaçlayan bu araştırma, Karabük ilinde toplum tabanlı olarak yürütülmüştür.

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel tipte yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma, Karabük ilinde 2015-2016 yılları arasında gerçekleştirilmiştir. Karabük ilinin demografik ve sosyoekonomik özellikleri ile sağlık düzeyini yansıtan bilgiler üç başlık altında sunulmuştur.

##### Araştırma bölgesinin demografik özellikleri

Batı Karadeniz Bölgesi'nde yer alan Karabük ili, 1995 yılında Çankırı ilinin Ovacık ve Eskipazar ilçeleri ile Zonguldak ilinin Eflani, Safranbolu ve Yenice ilçelerinin birleştirilmesiyle Türkiye'nin 78. ili olmuştur.

Tablo 4'te görüldüğü gibi, 2014 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçlarına göre, Karabük nüfusu 117450'i erkek, 113883'i kadın olmak üzere toplam 231333'dir. İlin nüfus bakımından en büyük ilçesi Safranbolu iken, en küçük ilçesi Ovacık'tır. Karabük'e bağlı 278 köy olup, nüfusun % 76.3'ü il ve ilçe merkezlerinde, % 23.7'si köylerde yaşamaktadır (TÜİK 2014, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>, Erişim tarihi: 23 Ekim 2015).

**Tablo 4. Karabük ilinde nüfusun yerleşim yerine ve cinsiyete göre dağılımı**

Yerleşim yeri	Cinsiyete göre nüfus				Toplam	
	Kadın		Erkek		n	%**
	n	%*	n	%*		
Merkez	61538	48.2	66120	51.8	127658	55.2
Safranbolu	29314	50.3	28981	49.7	58295	25.2
Yenice	10622	51.2	10128	48.8	20750	9.0
Eskipazar	6205	49.5	6339	50.5	12544	5.4
Eflani	4621	51.8	4297	48.2	8918	3.9
Ovacık	1583	50.0	1585	50.0	3168	1.4
<b>Toplam</b>	<b>113883</b>	<b>49.2</b>	<b>117450</b>	<b>50.8</b>	<b>231333</b>	<b>100.0</b>

\*Satır yüzdesi, \*\*Sütun yüzdesi

Karabük nüfusunun % 5.3'ü beş yaş altında, % 12.1'i 65 yaş ve üzerindedir. Doğurganlık çağındaki kadınlar, nüfusun yaklaşık 1/4'ünü (% 50.9 ) oluşturmaktadır (Tablo 5), (TÜİK 2014, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>. Erişim tarihi: 23 Ekim 2015).

**Tablo 5. Karabük ilinde nüfusun yaş grubuna ve cinsiyete göre dağılımı**

Yaş grubu	Cinsiyete göre nüfus				Toplam	
	Kadın		Erkek		n	%**
	n	%*	n	%*		
0-4	6007	48.8	6294	51.2	12301	5.3
5-9	6518	48.6	6901	51.4	13419	5.8
10-14	6914	48.0	7497	52.0	14411	6.2
15-19	9364	46.5	10756	53.5	20120	8.7
20-24	9565	41.6	13447	58.4	23012	9.9
25-29	7080	46.2	8261	53.8	15341	6.6
30-34	7805	48.7	8213	51.3	16018	6.9
35-39	8245	50.9	7948	49.1	16193	7.0
40-44	8176	50.3	8080	49.7	16256	7.0
45-49	7778	50.5	7639	49.5	15417	6.7
50-54	7753	51.1	7424	48.9	15177	6.6
55-59	7052	51.1	6748	48.9	13800	6.0
60-64	6004	50.5	5882	49.5	11886	5.1
65-69	5072	52.6	4576	47.4	9648	4.2
70-74	4039	55.0	3298	45.0	7337	3.2
75+	6511	59.2	4486	40.8	10997	4.8
Toplam	113883	49.2	117450	50.8	231333	100.0

\*Satır yüzdesi, \*\*Sütun yüzdesi

#### Araştırma bölgesinin sosyoekonomik özellikleri

Karabük ekonomisi büyük ölçüde sanayi sektörüne dayanmaktadır. Türkiye'nin ilk demir çelik fabrikası olan KARDEMİR, 1937 yılında Karabük'te kurulmuştur. İl ekonomisinin gelişmesiyle birlikte tekstil, mermer, imalat, orman ve çimento sanayileri de kurulmuştur. Bu sektörlerin sağladığı istihdam olanaklarına bağlı olarak çoğunlukla işçi ailelerinin oluşturduğu bir yerleşim bölgesi olmuştur. Tarım ve



hayvancılığın yanı sıra turizm sektörü de il ekonomisine katkı sağlayan önemli bir alandır. Doğal güzellikler ve tarihi eserler açısından zengin bir il olan Karabük'te birçok yayla, ormanlık alan, mağara ve kanyonlar bulunmaktadır. Safranbolu İlçesi, geleneksel evleri, hamamları, hanları, semerciler ve demirciler çarşısı ile bir dünya kenti olarak UNESCO tarafından Dünya Kültür Mirası Listesi'ne alınmıştır (TÜİK 2014).

#### Araştırma bölgesinin sağlık hizmetleri

Karabük'te sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Aile hekimliği modelinin uygulanmaya başladığı 2010 yılından bu yana ilde birinci basamak sağlık hizmetleri beş TSM ve 26 ASM'de sunulmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri ise kamu ve özel sektör tarafından verilmektedir. Kamu sektörüne bağlı iki devlet hastanesi (Safranbolu Devlet Hastanesi, Yenice Devlet Hastanesi), özel sektöre bağlı bir özel hastane (Özel Medikar Hastanesi) bulunmaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise 2014 yılında kurulan Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde sunulmaktadır. Tablo 6'da Karabük ilinin ölüm, doğum ve doğurganlıkla ilgili başlıca sağlık ölçütleri ve Türkiye verileri ile karşılaştırılması görülmektedir (TNSA 2013).

**Tablo 6. Karabük ili ve Türkiye geneline ait başlıca sağlık ölçütleri**

Göstergeler	Karabük	Türkiye
Kaba Doğum Hızı (binde)	11.1 <sup>a</sup>	16.9 <sup>a</sup>
Kaba Ölüm Hızı (binde)	6.9 <sup>a</sup>	4.9 <sup>a</sup>
Toplam doğurganlık hızı (binde)	1.56 <sup>b</sup>	2.26 <sup>c</sup>
Anne ölüm oranı (yüz binde)	0.0 <sup>b</sup>	28.5 <sup>d</sup>
Bebek ölüm hızı (binde)	6.31 <sup>b</sup>	13.6 <sup>c</sup>
Toplam düşük hızı (binde)	6.15 <sup>b</sup>	18.7 <sup>c</sup>

a) Türkiye İstatistik Kurumu 2013, b) Karabük Halk Sağlığı Müdürlüğü 2013, c) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, d) Ulusal Anne Ölüm Çalışması 2005.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Karabük'te yaşayan 15-49 yaş grubu 34207 evli kadın oluşturmuştur. Kadın sayısı, TÜİK'in 2014 yılı ADNKS verilerinden elde edilmiştir (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>, Erişim tarihi: 20 Ekim 2015).

Araştırma grubu, dört aşamada belirlenmiştir.

Birinci aşama: Örnek büyüklüğü, Epi-Info 7 StatCalc Programı kullanılarak evren 34207, Güven Aralığı (GA) % 95, hata payı % 5 prevalans % 75.2 (2013 yılı TNSA verilerine göre Batı Karadeniz Bölgesi'nde herhangi bir AP yöntemi kullanan kadınların sıklığı) değerleri ile yapılan hesaplamada 284 olarak saptanmış, araştırma kapsamında toplam 300 kişiye ulaşılmaya karar verilmiştir.

İkinci aşama: TÜİK'ten Karabük'te yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların yerleşim yerlerine göre dağılımı elde edilmiştir (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>, Erişim tarihi: 20 Ekim 2015). Daha sonra araştırma grubundaki kadın sayısı, her bir yerleşim yerinin şehir ve köy nüfusunun orantısına göre dağıtılmıştır (Tablo 7).

Üçüncü aşama: Bu aşamada, her bir yerleşim yerinin kentsel ve kırsal alanlarından ulaşılabilecek mahalle ve köyler kura yöntemiyle belirlenmiştir. Karabük il merkezi ve Safranbolu, nüfusun en yoğun olduğu bölgelerdir (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>, Erişim tarihi: 20 Ekim 2015). Bu nedenle il merkezinden ve Safranbolu'dan üçer mahalle (Karabük il merkezinden Yeşil Mahalle, Atatürk Mahallesi, Cumhuriyet Mahallesi; Safranbolu ilçe merkezinden Bağlarbaşı, Atatürk, İsmetpaşa Mahalleleri), diğer ilçelerden birer mahalle araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırmada, köy nüfusunu temsil etmek üzere il merkezine bağlı iki köy (Cumayanı ve Kâhyalar), ilçelere bağlı birer köy (Bostancı, Çaylı, Köyceğiz, Yazıköy, Güney) seçilmiştir. Sonuç olarak şehir nüfusunu temsil eden on mahalle, köy nüfusunu temsil eden yedi köy araştırma kapsamına alınmıştır.

Dördüncü aşama: Son aşamada, sistematik örnekleme yöntemi kullanılarak görüşme yapılacak haneler saptanmıştır. Her mahalle için bir başlangıç noktası belirlenerek 1/10 sistematik örnekleme ile gidilecek binalar seçilmiştir. Seçilen binalardaki her daire örnek kapsamına alınmıştır ancak dairede yaşayan birden fazla

evli kadın olması durumunda arasından yalnızca bir kadın ile görüşme yapılmıştır. Saptanan hanelerde 15-49 yaş arası evli kadın olmaması, kadın olsa da araştırmayı kabul etmemesi ya da evde bulunamaması durumunda yan haneye geçilmiştir. Araştırmada dokuz kadın veri toplama esnasında uygun olmadığı için görüşmeyi kabul etmemiştir.

### **3.4. Araştırmanın Hipotezleri**

*Hipotez 1:* Karabük ilinde 15-49 yaş grubu evli kadınların AP yöntem kullanma sıklığı, TNSA 2013 bulguları ile benzerdir.

*Hipotez 2:* Karabük ilinde 15-49 yaş grubu evli kadınların karşılanmamış AP gereksinim düzeyi, TNSA 2013 bulguları ile benzerdir.

*Hipotez 3:* Karabük ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların AP hizmetlerini kullanımı, kadınların AP'ye yönelik tutumları ile ilişkilidir.

*Hipotez 4:* Karabük ilinde 15-49 yaş grubu evli kadınların AP hizmetlerine erişiminde sorun yaşanmamaktadır.

*Hipotez 5:* Karabük ilinde 15-49 yaş grubu evli kadınlara süreklilik temelinde AP hizmeti sunulmaktadır.

**Tablo 7. Karabük geneli ve araştırma kapsamındaki 15-49 yaş kadın sayısının yerleşim yerine göre dağılımı**

Yerleşim yeri	Şehir nüfusu				Köy nüfusu				Toplam			
	Karabük'teki 15-49 yaş kadın sayısı		Araştırma kapsamındaki kadın sayısı		Karabük'teki 15-49 yaş kadın sayısı		Araştırma kapsamındaki kadın sayısı		Karabük'teki 15-49 yaş kadın sayısı		Araştırma kapsamındaki kadın sayısı	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**	n	%**
<b>Merkez</b>	30792	91.7	159	91.9	2772	8.3	14	8.1	33564	57.9	173	57.7
<b>Eflani</b>	527	32.1	3	33.3	1115	67.9	6	66.7	1642	2.8	9	3.0
<b>Eskipazar</b>	1711	68.4	9	69.2	792	31.6	4	30.8	2503	4.3	13	4.3
<b>Ovacık</b>	152	35.4	1	50.0	277	64.6	1	50.0	429	0.7	2	0.7
<b>Safranbolu</b>	12455	81.3	64	81.0	2871	18.7	15	19.0	15326	26.4	79	26.3
<b>Yenice</b>	2296	50.5	12	50.0	2253	49.5	12	50.0	4549	7.8	24	8.0
<b>Toplam</b>	47933	82.6	248	82.7	10080	17.4	52	17.3	58013	100.0	300	100.0

\*Satır yüzdesi, \*\*Sütun yüzdesi

### 3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

#### 3.5.1. Araştırmanın bağımlı değişkeni

AP hizmetlerinin erişilebilirliği ve sürekliliği:

Bu araştırmada erişilebilirlik ve süreklilik iki gösterge temelinde değerlendirilmiştir. Bunlardan birincisi kadınların AP yöntemi kullanma sıklığı, ikincisi karşılanmamış AP gereksinimidir.

AP yöntemi kullanma sıklığı: AP yöntemi kullanan kadınların, toplam kadın sayısına oranını ifade etmektedir. Araştırmada, modern ve geleneksel yöntem kullanan kadınlar için ayrı ölçütler hesaplanmıştır.

Karşılanmamış AP gereksinimi: Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirtilen kriterler temel alınarak tanımlanmıştır. Buna göre karşılanmamış gereksinim, uzun ya da kısa erimde gebe kalmak istememesine karşın herhangi bir yöntem kullanmayanlar ile plansız gebelik ve emzıklilik döneminde olan kadın sayısının, toplam kadın sayısına oranını ifade etmektedir (Şekil 13), (Bradley et al 2012).



Şekil 13. Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi belirleyen kriterler

*AP hizmetlerinin erişilebilirliği:* Erişilebilirlik, toplumun sağlık gereksinimlerine göre örgütlenmiş sağlık hizmetlerinin hiçbir engelle karşılaşmadan sunulması olarak tanımlanmaktadır (Eskiocak 2007). Erişilebilirlik için tanımlanan kriterler hizmete ulaşmada belirleyici faktörlerden olan a) yerleşim yeri, b) eve giren aylık gelir miktarı, c) AP yöntemlerine ücret ödeme, d) ev ile sağlık kuruluşu arasındaki mesafe ve sağlık kuruluşunda bekleme süresi kriterlerine göre değerlendirilmiştir (Ballı 2011).

*AP hizmetlerinin sürekliliği:* Süreklilik, herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız, hasta ve hizmet kurumu arasındaki uzun erimli ilişki olarak tanımlanmaktadır (Starfield1998, Lağarlı ve ark 2011, Öcek ve ark 2013). Araştırmada süreklilik, a) aile hekimini tanıma, b) ASE'sini tanıma, c) son bir yılda 15-49 yaş izlemi yapılma ve d) AP ile ilgili bilgi gereksinimi olmak üzere dört kritere göre değerlendirilmiştir.

### **3.5.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri**

Yaş: Kadınların tamamlamış olduğu yaşı ifade etmektedir.

Eş yaşı: Kadınların tanımlamış olduğu eş yaşını ifade etmektedir.

Eğitim düzeyi: Okuryazar değil, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite mezunu olmak üzere altı grupta sınıflandırılmıştır.

Çalışma durumu: Kadının herhangi bir yerde ücret karşılığında çalışmasıdır. Araştırmada çalışıyor ve çalışmıyor olarak sınıflandırılmıştır.

Gelir durumu: Bir ayda eve giren toplam gelir miktarıdır.

Aile tipi: Çekirdek ve geniş aile olmak üzere iki grupta sınıflandırılmıştır

Yerleşim yeri: Kadınların en son ikamet ettiği yeri ifade etmektedir.

İkamet süresi: Kadınların en son yerleşim yerinde yaşadığı süreyi ifade etmektedir.

Doğurganlık özellikleri: Kadınların menarş yaşı, ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, ölü doğum sayısı, isteyerek düşük sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, tıbbi bir sorun nedeniyle küretaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik arasındaki süre, ideal çocuk sayısı, planlı gebelik gibi değişkenleri içermektedir.

AP'ye karşı tutum: Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeğinden aldıkları puana göre belirlenmiştir (Örsal 2007). Ölçekten alınan yüksek puan AP'ye karşı olumlu tutumu yansıtmaktadır.

### **3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları**

Araştırmada veriler, kadınların evlerinde ziyaret edilmesi yoluyla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Veriler, araştırmacılar tarafından ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanan bir soru formu ve *Aile Planlaması Tutum Ölçeği* (APTÖ) kullanılarak toplanmıştır (Özdener 2006, Şafak 2006, Örsal 2007, Kalak 2008, Çiftçiöğlü 2009, Altuntaş 2010, Ballı 2011).

Genel soru formu: Kadınların sosyodemografik ve doğurganlık özellikleri ile AP hizmetlerinin erişebilirliğini ve sürekliliğini sorgulamayı amaçlayan 37 sorudan oluşmaktadır (Ek 2). Soru formunun pilot uygulaması 2015 yılı Şubat ayında araştırma kapsamında olmayan bir mahallede oturan on kadın ile gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulama sonucunda anket formlarında gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Aile planlaması tutum ölçeği: APTÖ, bireylerin AP'ye karşı tutumlarını ölçmek amacıyla 2006 yılında Örsal tarafından geliştirilmiştir (Crombach Alfa 0.90). Bu ölçek 34 maddeli, beş dereceli Likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir (Ek 3). Ölçekte tersine kodlanması gereken ifade bulunmamaktadır. Ölçekte üç alt boyut bulunmaktadır. Tablo 8'de belirtildiği gibi birinci boyutta topluma ilişkin tutum, ikinci boyutta yöntemle ilişkin tutum, üçüncü boyutta ise gebeliğe ilişkin tutum incelenmektedir. Ölçekten toplamda en düşük 34, en yüksek 170 puan alınabilmekte ve yüksek puan olumlu AP tutumunu ifade etmektedir (Örsal 2007).

**Tablo 8. Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin alt boyutları ve değerlendirme yöntemi**

Alt boyutlar		Değerlendirme yöntemi
Topluma ilişkin alt boyut	Madde sayısı	15
	En düşük puan	15
	En yüksek puan	75
Toplumun AP yönelik olumsuz inançlarına karşı kadınların tutumu değerlendirilmektedir. Yüksek puan, olumlu toplumsal tutumu ifade eder.		
Yönteme ilişkin alt boyut	Madde sayısı	11
	En düşük puan	11
	En yüksek puan	55
AP yöntemlerine ilişkin yanlış inanışlar incelenmektedir. Yüksek puan, olumlu tutumu ifade eder		
Gebeliğe ilişkin alt boyut	Madde sayısı	8
	En düşük puan	8
	En yüksek puan	40
Riskli doğurganlık davranışlarına ve bekar kadınların AP uygulamalarına katımlına ilişkin yanlış inanışlar değerlendirilmektedir. Yüksek puan olumlu tutumu ifade eder.		

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Veriler, SPSS 10 programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde Ki Kare, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve korelasyon testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun değerlendirilmesinde Kolmogorov Smirnov Testi kullanılmıştır. Grupların varyanslarının homojen olup olmadığı Levene Testi ile belirlenmiştir. Varyans analizinde anlamlı ilişki saptandığında, farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için, Bonferroni ve Dunnett T3 testleri kullanılmıştır. Levene testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyi 0.05'ten küçük ise Dunnett T3, büyük ise Bonferroni testi uygulanmıştır.

### 3.8. Araştırmanın Varsayımları

- Araştırmada grubunun soru formlarını gerçek düşüncelerini yansıtabilecek biçimde yanıtladıkları kabul edilmiştir.
- Araştırmada örnek grubun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.



### **3.9. Araştırmanın Etik Yönu**

Araştırmanın uygulanabilmesi için Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesinden 33479383 sayılı 2014/23 no'lu etik kurul onayı (Ek 4), Karabük Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 71207605/234,01,02/1133 no'lu araştırma izni (Ek 5) alınmıştır. Ayrıca görüşme yapılan kadınlardan sözlü onay alınmıştır.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler**

- Araştırmada 15-49 yaş grubu bekar kadınlar kapsam dışında bırakılmıştır. Bunun nedeni, ölkemizde evlilik dışı ilişkinin sıklıkla gizlenmesine bağlı olarak, bekar kadınlardan gerçeği yansıtan yanıt alınamama kaygısıdır.
- APTÖ'den elde edilen sonuçlar, tüm ölçek çalışmalarında olduğu gibi ölçekteki sorularla sınırlı bir değerlendirme sunmaktadır.

## **4. BULGULAR**

Karabük ilinde yaşıyan 15-49 yaş grubu 300 evli kadına ulaşılarak gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen bulgular üç başlık altında sunulmuştur. Birinci başlık altında sosyodemografik ve doğurganlık özelliklere, ikinci başlıkta AP yöntemlerinin kullanım düzeyine, üçüncü başlıkta karşılanmamış gereksinime yer verilmiş, ardından AP hizmetlerinin erişimine, sürekliliğine ve kadınların AP'ye karşı tutumlarına ilişkin değerlendirmeler sunulmuştur.

### **4.1. Sosyodemografik ve Doğurganlık Özellikleri**

Araştırma kapsamındaki kadınların yaklaşık yarısı (% 52.3) 35 yaş ve üzeri, çoğunluğu (% 61.0) ilkokul mezunudur. Ücretli bir işte çalışan kadınların düzeyi % 17.7 olup, % 40.7'sinin evlerine giren aylık gelir miktarı 1500 liranın altındadır (Tablo 9).

**Tablo 9. Araştırma grubundaki kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı**

<b>Değişken</b>	<b>n</b>	<b>%*</b>
<b>Yerleşim yeri</b>		
Şehir	248	82.7
Köy	52	17.3
<b>Yaş</b>		
15-19 yaş	3	1.1
20-24 yaş	16	5.3
25-29 yaş	55	18.3
30-34 yaş	69	23.0
35 yaş ve üzeri	157	52.3
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar değil	1	0.3
Okuryazar	4	1.3
İlkokul	183	61.0
Ortaokul	25	8.3
Lise	67	22.3
Üniversite	20	6.7
<b>Ücretli bir işte çalışma durumu</b>		
Evet	53	17.7
Hayır	247	82.3
<b>Eşin ücretli bir işte çalışma durumu</b>		
Evet	278	92.7
Hayır	22	7.3
<b>Aylık gelir</b>		
1500 lira altı	122	40.7
1500 lira ve üstü	178	59.3
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	249	83.0
Geniş aile	51	17.0
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

\* Sütun yüzdesi

Tablo 10'da araştırma grubundaki kadınların doğurganlık özellikleri sunulmuştur. Kadınların büyük bölümünün (% 64.7) menarş yaşı 13-16 yaşları arasında olup, menarş yaşı ortalaması  $13.3 \pm 1.55$ 'tir. Kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması  $20.9 \pm 3.41$ 'dir ve yaklaşık olarak her üç kadından ikisi 20-34 yaşları arasında evlenmiştir. İlk gebelik yaşı ortalaması  $21.6 \pm 5.60$  olup, adölesan gebeliklerin düzeyi % 23.7'dir. Araştırmada isteyerek veya tıbbi endikasyon nedeni ile düşük veya küretaj yaptığını belirten 59 (% 19.7) kadın bulunmaktadır.



**Tablo 10. Araştırma grubundaki kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı**

<b>Doğurganlık özellikleri</b>	<b>n</b>	<b>%*</b>
<b>Menarş yaşı</b>		
9-12	97	32.3
13-16	194	64.7
17 ve üzeri	9	3.0
<b>İlk evlenme yaşı</b>		
19 ve altı	115	38.3
20-34	182	60.7
35 ve üzeri	3	1.0
<b>İlk gebelik yaşı</b>		
Yok	11	3.7
19 ve altı	71	23.7
20-34	215	71.6
35 ve üzeri	3	1.0
<b>Toplam gebelik sayısı</b>		
Yok	11	3.7
1-3	230	76.6
4 ve üzeri	59	19.7
<b>Canlı doğum sayısı</b>		
Yok	24	8.0
1-3	260	86.7
4 ve üzeri	16	5.3
<b>Ölü doğum</b>		
Yok	290	96.7
Var	10	3.3
<b>İsteyerek düşük/küretaj</b>		
Yok	241	80.3
Var	59	19.7
<b>Kendiliğinden düşük</b>		
Yok	244	81.3
Var	56	18.7
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>		
Yok	24	8.0
1-3	262	87.3
4 ve üzeri	14	4.7
<b>Son iki çocuğun yaş aralığı</b>		
2 yıl ve altı	49	16.3
2 yıl üzeri	163	54.4
Diğer**	88	29.3
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

\* Sütun yüzdesi, \*\* Son iki doğum aralığını belirtmeyen kadınları (n=9), tek çocuğa sahip olan kadınları (n=55) ve hiç çocuk sahibi olmayan kadınları (n=24) kapsamaktadır.

Tablo 11’de araştırma grubundaki kadınların ve eşlerinin ideal çocuk sayılarının, yaşayan çocuk sayıları ile karşılaştırılması sunulmuştur. Buna göre kadınların 124’ünün (% 41.3) ve eşlerin 117’sinin (% 39.0) ideal çocuk sayısı ile mevcut çocuk sayıları tutarlı iken, kadınların % 20’si (n= 60) ve eşlerinin % 18.7’si (n= 32) ideal çocuk sayısından fazla çocuğa sahiptir.

**Tablo 11. Kadınların ve eşlerinin ideal çocuk sayılarının yaşayan çocuk sayıları ile karşılaştırılması**

Yaşayan çocuk sayısı	Kadının ideal çocuk sayısı					Eşin ideal çocuk sayısı				
	0	1	2	3	4 ve üzeri	0	1	2	3	4 ve üzeri
0	-	4	15	5	-	-	5	13	6	-
1	-	<b>11</b>	39	13	1	1	<b>17</b>	27	16	3
2	-	13	<b>90</b>	25	11	-	15	<b>76</b>	34	14
3	-	8	29	<b>19</b>	3	1	6	22	<b>21</b>	9
4 ve üzeri	-	-	7	3	<b>4</b>	-	-	8	3	<b>3</b>
<b>Toplam</b>	-	<b>36</b>	<b>180</b>	<b>65</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>43</b>	<b>146</b>	<b>80</b>	<b>29</b>

#### 4.2. Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanım Düzeyi

Bu bölümde kadınların AP yöntemlerini uygulama düzeyleri ile AP kullanımını etkileyen değişkenlere ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırma grubundaki iki kişi dışındaki tüm kadınlar en az bir modern veya geleneksel AP yöntemi bildiğini ifade etmiştir. Modern yöntemler arasında en yaygın bilinen tüpligasyon (% 88.7), kondom (% 84.0) ve RİA (% 80.3) iken, geri çekme (% 75.0) en fazla bilinen geleneksel yöntemdir (Tablo 12).

**Tablo 12. Araştırma grubundaki kadınların AP yöntem bilgisi**

Yöntem	AP yöntemi bilgisi				Toplam	
	Biliyorum		Bilmiyorum			
	n	%*	n	%*	n	%*
<b>Modern yöntem</b>						
RİA	241	80.3	59	19.7	300	100.0
Kondom	252	84.0	48	16.0	300	100.0
Oral kontraseptif	216	72.0	84	28.0	300	100.0
Enjeksiyon	117	39.0	183	61.0	300	100.0
Deri altı implantı	27	9.0	273	91.0	300	100.0
Tüpligasyon	266	88.7	34	11.3	300	100.0
Vazektomi	55	18.3	245	81.7	300	100.0
Acil kontrasepsiyon	52	17.3	248	82.7	300	100.0
<b>Geleneksel yöntem</b>						
Geri çekme	225	75.0	75	25.0	300	100.0
Vajinal Duş	51	17.0	249	83.0	300	100.0
Köpük/jel/fitil	29	9.7	271	90.3	300	100.0
Takvim	87	29.0	213	71.0	300	100.0
Emzirme	217	72.3	83	27.7	300	100.0
<b>Herhangi bir yöntem</b>	298	99.3	2	0.7	300	100.0

\* Satır yüzdesi

Kadınların AP yöntemlerini bilme durumları sorgulandıktan sonra, bildiklerini ifade ettikleri yöntemin etkisi sorulmuştur. Tablo 13’de izlendiği gibi kadınların % 11.7-49.4’ü modern yöntemleri etkisiz olarak değerlendirir iken, % 66.2’si geri çekmeyi etkili bir yöntem olarak tanımlamıştır.

**Tablo 13. Araştırma grubundaki kadınların AP yöntemlerinin etkisine ilişkin değerlendirmeleri**

AP yöntemi	AP yöntemlerinin etkisine ilişkin değerlendirmeleri				Toplam	
	Etkili		Etkisiz		n	%*
	n	%*	n	%*		
<b>Modern yöntemler</b>						
RİA	122	50.6	119	49.4	241	100.0
Kondom	146	57.9	106	42.1	252	100.0
Oral kontraseptif	143	66.2	73	33.8	216	100.0
Enjeksiyon	67	57.3	50	42.7	117	100.0
Deri altı implantı	18	66.7	9	33.3	27	100.0
Tüpligasyon	235	88.3	31	11.7	266	100.0
Vazektomi	43	78.2	12	21.8	55	100.0
Acil kontrasepsiyon	33	63.5	19	36.5	52	100.0
<b>Geleneksel yöntemler</b>						
Geri çekme	149	66.2	76	33.8	225	100.0
Vajinal Duş	9	17.6	42	82.4	51	100.0
Köpük/jel/fitil	4	13.8	25	86.2	29	100.0
Takvim	32	36.8	55	63.2	87	100.0
Emzirme	61	28.1	156	71.9	217	100.0

\* Satır yüzdesi



Araştırma grubunun % 48.7'si modern, % 31.7'si geleneksel olmak üzere % 80.4'ü herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır. Modern yöntemler arasında en yaygın kullanılan yöntem kondom (% 18.3) iken, geleneksel yöntemler arasında geri çekmedir (% 31.0). Kadınların 59'u (% 19.7) ise herhangi bir AP yöntemi kullanmadığını belirtmiştir. Kadınların yöntem kullanmama nedenleri arasında ise gebe kalmak istemesi (% 6.7), halen gebe olması (% 5.0), hangi yöntem kullanacağını bilmemesi (% 5.0) ve eşinin yöntem kullanıma izin vermemesi (% 1.7) yer almaktadır (Tablo 14).

**Tablo 14. Araştırma grubundaki kadınların kullandıkları AP yöntemlerine göre dağılımı ve yöntem kullanmama nedenleri**

AP Yöntemi	n	%*
<b>Modern yöntemler</b>		
RIA	27	9.0
Kondom	55	18.3
Oral Kontraseptif	13	4.3
Enjeksiyon	3	1.0
Tüpligasyon	48	16.0
<b>Toplam</b>	<b>146</b>	<b>48.7</b>
<b>Geleneksel yöntemler</b>		
Geri çekme	93	31.0
Emzirme	2	0.7
<b>Toplam</b>	<b>95</b>	<b>31.7</b>
<b>Yöntem kullanmayan ve kullanmama nedeni</b>		
Şuanda gebeyim	15	5.0
İstemi gebelik	12	4.0
İstemeyen gebelik	3	1.0
Gebe kalmak istiyorum	20	6.7
Hangi yöntem kullanacağımı bilmiyorum	15	5.0
Eşim yöntem kullanmamı istemiyor	5	1.7
Dini inancıma göre günah olduğu için kullanmıyorum	1	0.3
Gerek duymuyorum	3	1.0
<b>Toplam</b>	<b>59</b>	<b>19.7</b>
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

\* Sütun yüzdesi

Tablo 15’te kadınların AP yöntemi kullanımlarının ilçelere göre dağılımı sunulmuştur. Buna göre, modern yöntemlerin en fazla kullanıldığı ilçe Eskipazar, geleneksel yöntemlerin en fazla kullanıldığı ilçe ise Ovacık’tır.

**Tablo 15. Araştırma grubunun AP uygulamalarının ilçelere göre dağılımı**

İlçeler	Modern Yöntem		Geleneksel Yöntem		Yöntem kullanmayan		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Merkez	74	42.8	57	32.9	42	24.3	173	100.0
Eflani	5	55.6	1	11.1	3	33.3	9	100.0
Eskipazar	8	61.5	3	23.1	2	15.4	13	100.0
Ovacık	1	50.0	1	50.0	0	0.0	2	100.0
Safranbolu	47	59.5	25	31.6	7	8.9	79	100.0
Yenice	11	45.8	8	33.3	5	20.8	24	100.0
<b>Toplam</b>	<b>146</b>	<b>48.7</b>	<b>95</b>	<b>31.7</b>	<b>59</b>	<b>19.7</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

\* Satır yüzdesi

Tablo 16’da kadınların kullandıkları yöntemler ile sosyodemografik özelliklerine ait değişkenler değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, geleneksel yöntem kullanan kadınların yaygın olarak kırsal alanda yaşadığı, ortaokul mezunu ve geniş ailede yaşadıkları görülmektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 16. Araştırma grubunun AP uygulamaları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki**

Değişken	Modern yöntem		Geleneksel yöntem		Yöntem kullanmayan		Toplam		İstatistiksel analiz
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	Ki-kare p değeri
<b>Yerleşim yeri</b>									
Şehir	127	51.2	72	29.0	49	19.8	248	100.0	$X^2=5.043$ $p=0.080$
Köy	19	36.5	23	44.2	10	19.2	52	100.0	
<b>Eğitim Düzeyi</b>									
İlkokul ve altı**	93	49.5	62	33.0	33	17.6	188	100.0	$X^2=2.283$ $p=0.680$
Ortaokul	10	40.0	9	36.0	6	24.0	25	100.0	
Lise ve üzeri	43	49.4	24	27.6	20	23.0	87	100.0	
<b>Ücretli bir işte çalışma</b>									
Evet	25	47.2	15	28.3	13	24.5	53	100.0	$X^2=1.033$ $p=0.596$
Hayır	121	49.0	80	32.4	46	18.6	247	100.0	
<b>Eşin ücretli bir işte çalışması</b>									
Evet	137	49.3	87	31.3	54	19.4	278	100.0	$X^2=0.572$ $p=0.751$
Hayır	9	40.9	8	36.4	5	22.7	22	100.0	
<b>Aile tipi</b>									
Çekirdek aile	124	49.8	77	30.9	48	19.3	249	100.0	$X^2=0.754$ $p=0.686$
Geniş aile	22	43.1	18	35.3	11	21.6	51	100.0	
<b>Toplam</b>	<b>146</b>	<b>48.7</b>	<b>95</b>	<b>31.7</b>	<b>59</b>	<b>19.7</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>	

\* Satır yüzdesi, \*\* İlkokul mezunu olan 183 kadının 91 (% 49.7)’i modern, 60 (% 32.8)’i geleneksel; okuryazar olan dört kadından ikisi modern, ikisi geleneksel yöntem kullanmaktadır. Okuryazar olmayan bir kadın ise herhangi bir yöntem kullanmamaktadır.

Tablo 17’de araştırma grubundaki kadınların AP yöntemi kullanımları ile doğurganlık özellikleri arasındaki ilişki sunulmuştur.

Yaşa göre değerlendirildiğinde, modern yöntem kullanan kadınlar ile yöntem kullanmayanların yaş ortalamaları arasında anlamlı fark olup, yöntem kullanmayanlar daha gençtir ( $F= 7.012$ ,  $p= 0.001$ ). Geleneksel yöntem kullanan kadınlar ile diğer gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde modern yöntem kullanan kadınların eşlerinin yaş ortalaması, yöntem kullanmayanların eşlerinin yaş ortalamasından daha büyüktür ( $F= 6.457$   $p= 0.002$ ).

Kadınların kullandıkları yöntemler ile eve giren aylık gelir miktarı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $F= 3.834$ ,  $p= 0.023$ ). Buna göre geleneksel yöntem kullanan kadınların toplam geliri, modern yöntem kullananlara göre daha düşüktür.

Kadınların yöntem kullanımları ile ilk evlilik yaşları arasında anlamlı fark bulunmaz iken ( $F= 0.167$ ,  $p= 0.846$ ), ilk gebelik yaşı ortalaması herhangi bir yöntem kullanmayan kadınlarda ( $19.6 \pm 9.1$ ) diğer gruplarla karşılaştırıldığında daha düşüktür ( $F= 4.845$ ,  $p= 0.008$ ).

Kadınların toplam gebelik sayıları ile kullandıkları yöntemler arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $F= 9.713$ ,  $p= 0.000$ ). Buna göre, modern yöntem kullanan kadınların toplam gebelik sayısı, yöntem kullanmayanlara göre daha fazladır. Canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısına göre yapılan değerlendirmelerde, her iki değişken açısından yöntem kullanmayanlardan kaynaklanan farklılık bulunmaktadır (sırasıyla  $F= 32.841$ ,  $p= 0.000$ ;  $F= 35.514$ ,  $p= 0.000$ ). Yöntem kullanmayan kadınların canlı doğum ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması diğer gruplardan daha düşüktür (Tablo 17).

**Tablo 17. Araştırma grubundaki kadınların AP uygulamaları ile doğurganlık özellikleri arasındaki ilişki**

Değişkenler	Modern yöntem (n= 146)	Geleneksel yöntem (n= 95)	Yöntem kullanmayan (n= 59)	İstatistiksel Analiz*
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
Yaş	36.1 ± 6.5	34.5 ± 7.3	32.1 ± 7.7	F= 7.012 <b>p= 0.001</b>
Eşinin yaşı	39.4 ± 6.9	37.9 ± 7.8	35.3 ± 8.5	F= 6.457 <b>p= 0.002</b>
Aylık gelir	1.928.0 ± 972.2	1.596.3 ± 866.1	1.654.2 ± 1.139.1	F= 3.834 <b>p= 0.023</b>
İlk evlenme yaşı	20.8 ± 3.5	21.0 ± 3.4	20.9 ± 3.3	F= 0.167 p= 0.846
İlk gebelik yaşı	21.8 ± 4.6	22.3 ± 3.5	19.6 ± 9.1	F= 4.845 <b>p= 0.008</b>
Toplam gebelik sayısı	2.8 ± 1.3	2.5 ± 1.2	1.9 ± 1.5	F= 9.713 <b>p= 0.000</b>
Canlı doğum sayısı	2.3 ± 0.9	2.0 ± 0.8	1.1 ± 1.1	F= 32.841 <b>p= 0.000</b>
Ölü doğum sayısı	0.2 ± 0.5	0.2 ± 0.5	0.3 ± 0.8	F= 0.596 p= 0.551
Yaşayan çocuk sayısı	2.2 ± 0.8	2.0 ± 0.8	1.1 ± 1.0	F= 35.514 <b>p= 0.000</b>

\* Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Araştırmada kadınların geçmişte en uzun süre kullanıp bıraktığı yöntemler sorgulanmış ve halen kullanmakta olduğu yöntemler ile karşılaştırılmıştır. Buna göre, kadınların geçmişte en yaygın kullandığı yöntemler RİA (% 18.7), geri çekme (% 18.3) ve kondom (% 15.3) iken, günümüzde geri çekme (% 31.7), kondom (% 18.3) ve tüpligasyon (% 16.0) olarak sıralanmaktadır (Tablo 18).

**Tablo 18. Araştırma grubundaki kadınların geçmişte ve günümüzde kullandıkları AP yöntemlerinin karşılaştırılması**

AP yöntemleri	Kullanım düzeyi			
	Geçmiş		Günümüz	
	n	%*	n	%*
<b>Modern Yöntemler</b>				
RIA	56	18.7	27	9.0
Kondom	46	15.3	55	18.3
Oral Kontraseptif	34	11.3	13	4.3
Enjeksiyon	2	0.7	3	1.0
Tüpligasyon	-	-	48	16.0
<b>Toplam</b>	<b>138</b>	<b>46.0</b>	<b>146</b>	<b>48.7</b>
<b>Geleneksel Yöntemler</b>				
Geri çekme	55	18.3	93	31.0
Emzirme	4	1.3	2	0.7
<b>Toplam</b>	<b>59</b>	<b>19.7</b>	<b>95</b>	<b>31.7</b>
<b>Yöntem kullanmıyor</b>	103	34.3	59	19.7
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun yüzdesi

Tablo 19’da kadınların kullandıklarını modern yöntemlerin sağlandığı kaynakların zaman içindeki değişimi sunulmaktadır. Buna göre, RİA’nın geçmişte en çok uygulandığı yer sağlık ocağı ya da ASM iken, günümüzde sağlık ocağı ya da ASM’lerin yerini hastanelerin aldığı görülmektedir. Kondom ve OK ise geçmişte ve günümüzde yaygın olarak eczanelerden elde edilmektedir.

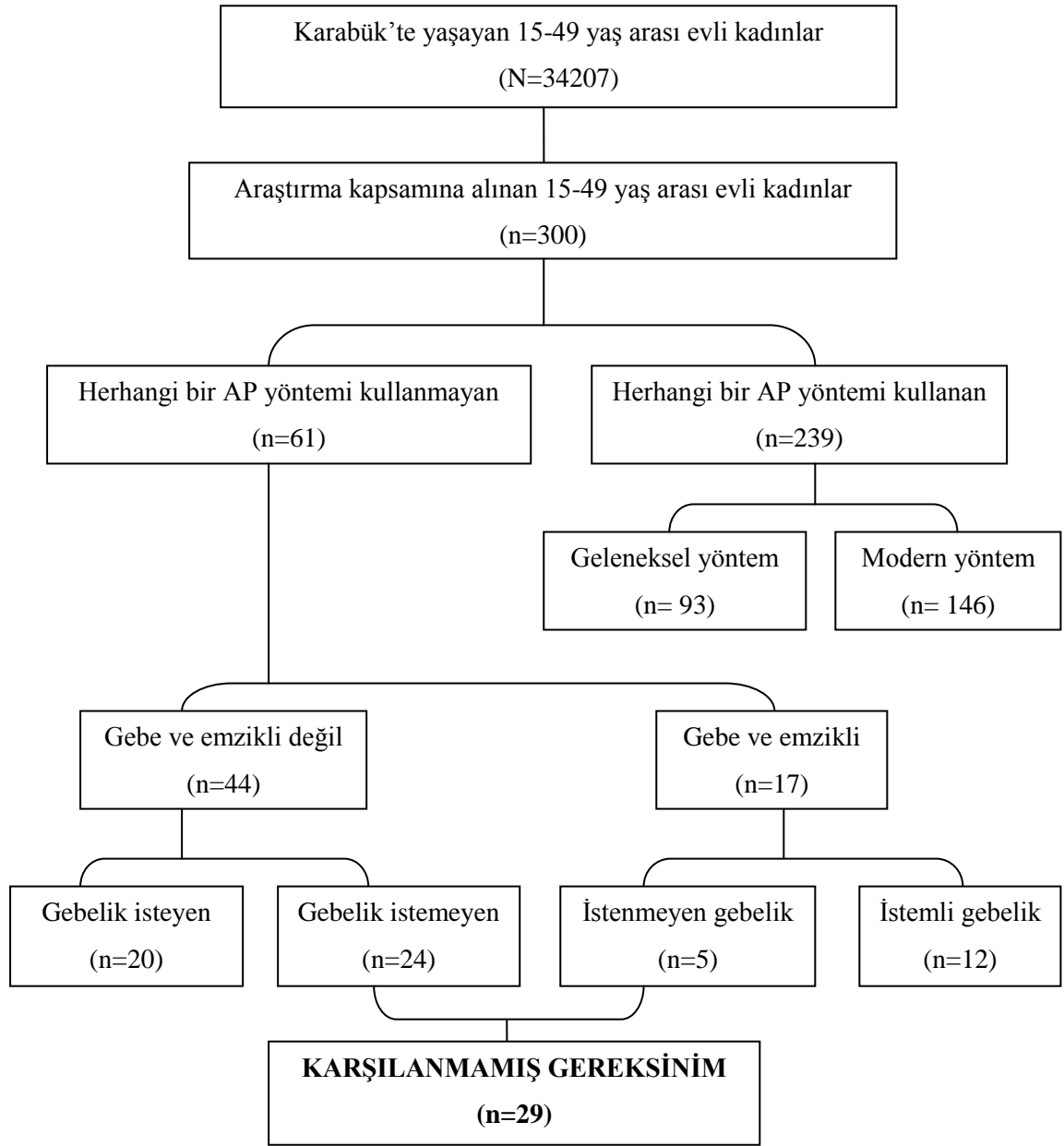
**Tablo 19. Araştırma grubundaki kadınların geçmişte ve günümüzde başlıca modern yöntemlere ulaştıkları kaynakların karşılaştırılması**

AP Yöntemi	Ulaşılan zaman	Modern yöntemlere ulaşılan kaynaklar							
		Sağlık Ocağı/ASM		Hastane		Eczane		Market	
		n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
RIA	Geçmiş	29	78.4	27	58.7	-	-	-	-
	Günümüz	8	21.6	19	41.3	-	-	-	-
	Toplam	37	100.0	46	100.0	-	-	-	-
Kondom	Geçmiş	12	46.2	-	-	22	45.8	12	48.0
	Günümüz	14	53.8	2	100.0	26	54.2	13	52.0
	Toplam	26	100.0	2	100.0	48	100.0	25	100.0
OK	Geçmiş	14	73.7	-	-	20	71.4	-	-
	Günümüz	5	26.3	-	-	8	28.6	-	-
	Toplam	19	100.0	-	-	28	100.0	-	-
Enjeksiyon	Geçmiş	-	-	-	-	2	100.0	-	-
	Günümüz	3	100.0	-	-	-	-	-	-
	Toplam	3	100.0	-	-	2	100.0	-	-
<b>Toplam</b>	Geçmiş	55	64.7	27	28.1	44	56.4	12	48.0
	Günümüz	30	35.3	69	71.9	34	43.6	13	52.0
	Toplam	85	100.0	96	100.0	78	100.0	25	100.0

\* Sütun yüzdesi

### 4.3. Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimi

Şekil 1’de, araştırma grubundaki kadınların Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler kriterleri temel alınarak tanımlanan AP için karşılanmamış gereksinim durumları sunulmuştur. Karşılanmamış gereksinim kriterlerini karşılayan 29 (% 9.7) kadın bulunmaktadır. Geri çekme yöntemi kullanan kadınlar dahil edildiğinde, karşılanmamış gereksinim düzeyi % 40.7’ye kadar yükselmektedir.



Şekil 14. Araştırma grubunun karşılanmamış aile planlaması gereksinim düzeylerinin tanımlanması



#### 4.4. Aile Planlaması Hizmetlerinin Erişilebilirliği ve Sürekliliği

Tablo 20’de araştırma grubunun yöntem kullanımının erişilebilirlik ve süreklilik kriterleri açısından değerlendirilmesi sunulmuştur.

Erişilebilirlik kriterleri arasında yer alan, kadınların evlerine giren aylık gelir miktarı ile kullandıkları yöntemler arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $\chi^2= 13.579$ ,  $p= 0.001$ ). Buna göre, eve giren aylık gelir miktarı 1500 lira ve üzerinde olan kadınlar daha fazla modern yöntem kullanmakta iken, 1500 lira altında olan kadınlar geleneksel yöntem kullanmayı tercih etmektedir. Benzer şekilde, modern yöntemlerin kullanımı, yöntem için ücret ödemeyen kadınlarda daha fazladır ( $\chi^2= 63.288$ ,  $p= 0.000$ ). Erişilebilirliğin diğer kriterleri arasında bulunan yerleşim yeri, ev ile sağlık kuruluşu arası mesafe ve sağlık kuruluşunda bekleme süresinin kadınların yöntem kullanımını etkilenmemektedir ( $p > 0.05$ ).

Hizmetlerin sürekliliğini gösteren kriterler arasında yer alan AP konusunda bilgi gereksinimi olan kadınların en fazla geleneksel yöntem kullandığı, AP konusunda bilgi gereksinimi olmayan kadınların ise çoğunlukla modern yöntem kullandığı belirlenmiştir ( $\chi^2= 25.873$ ,  $p= 0.000$ ). Sürekliliğin diğer kriterleri arasında yer alan, son bir yılda ASM’de izlem yaptıran, aile hekimini tanıma ve ASE’sini tanıma ile kadınların AP uygulamaları arasında anlamlı olmayan ilişki saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Buna göre, modern yöntem kullananların büyük bölümü aile hekimini ve ASE’sini tanıyan, son bir yılda 15-49 yaş izlemi yapıldığını ve AP bilgi gereksinimi olmadığını ifade eden kadınlardan oluşmaktadır.

**Tablo 20. Kadınların AP uygulamalarının erişilebilirlik ve süreklilik açısından değerlendirilmesi**

Değişken		Modern Yöntem		Geleneksel Yöntem		Yöntem kullanmayan		Toplam		İstatistiksel analiz
		n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
<b>Erişilebilirlik kriterleri</b>										
Yerleşim yeri	Şehir	127	51.2	72	29.0	49	19.8	248	100.0	$X^2= 5.043$ $p= 0.080$
	Köy	19	36.5	23	44.2	10	19.2	52	100.0	
Aylık gelir	1500 lira altı	44	36.1	46	37.7	32	26.2	122	100.0	$X^2= 13.579$ <b>p= 0.001</b>
	1500 lira ve üzeri	102	57.3	49	27.5	27	15.2	178	100.0	
Yönteme ücret ödeme	Ödüyor	50	100.0	-	-	-	-	50	100.0	$X^2= 63.288$ <b>P= 0.000</b>
	Ödemiyor	96	38.4	95	38.0	59	23.6	250	100.0	
Ev ile sağlık kurumu arası mesafe	15 dakika altı	101	49.0	66	32.0	39	18.9	206	100.0	$X^2= 0.227$ $p=0.893$
	15 dakika ve üzeri	45	47.9	29	30.9	20	21.3	94	100.0	
Sağlık kuruluşunda bekleme süresi	15 dakika altı	104	47.7	68	31.2	46	21.1	218	100.0	$X^2= 1.042$ $p= 0.594$
	15 dakika ve üzeri	42	51.2	27	32.9	13	15.9	82	100.0	
<b>Süreklilik kriterleri</b>										
Aile hekimini tanıma	Evet	139	49.3	91	32.3	52	18.4	282	100.0	$X^2= 4.513$ $p= 0.105$
	Hayır	7	38.9	4	22.2	7	38.9	18	100.0	
ASE'sini tanıma	Evet	94	45.9	70	34.1	41	20.0	205	100.0	$X^2= 2.346$ $p= 0.309$
	Hayır	52	54.7	25	26.3	18	18.9	95	100.0	
Son bir yılda 15-49 yaş izlemi **	Evet	27	58.7	14	30.4	5	10.9	46	100.0	$X^2= 3.822$ $p= 0.148$
	Hayır	111	45.9	77	31.8	54	22.3	242	100.0	
AP bilgi gereksinimi	Var	65	36.5	70	39.3	43	24.2	178	100.0	$X^2= 25.873$ <b>p= 0.000</b>
	Yok	81	66.4	25	20.5	16	13.1	122	100.0	
<b>Toplam</b>		<b>146</b>	<b>48.7</b>	<b>95</b>	<b>31.7</b>	<b>59</b>	<b>19.7</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>	

\* Satır yüzdesi, \*ASM'de izlem yapıp yapılmadığını hatırlamayan kadınlar analize dahil edilmemiştir (n= 12 ).

Tablo 21’de AP için karşılanmamış gereksinim düzeylerinin erişilebilirlik ve süreklilik kriterleri ile ilişkisi sunulmuştur.

Erişilebilirlik kriterleri arasında yer alan kadınların evlerine giren aylık gelir miktarı ile AP için karşılanmamış gereksinimleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $X^2= 8.216$ ,  $p= 0.004$ ). Buna göre, eve giren aylık gelir miktarı 1500 lira altında olan kadınlarda, AP için karşılanmamış gereksinim düzeyi, 1500 lira ve üzerinde olan kadınlara göre daha fazladır. Araştırmada karşılanmamış gereksinimi olan kadınların tamamı AP yöntemi için ücret ödemeyen kadınlardan oluşmaktadır ( $X^2= 6.421$ ,  $p= 0.011$ ). Erişilebilirliğin diğer kriterleri arasında bulunan yerleşim yeri, ev ile sağlık merkezi arasındaki mesafe ve sağlık kuruluşunda bekleme süresi ile AP için karşılanmamış gereksinim düzeyi arasında ise ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Süreklilik kriterleri açısından incelendiğinde, AP konusunda bilgi gereksinimi olan kadınların karşılanmamış gereksinim düzeyinin, bilgi gereksinimi olmayanlara göre daha fazla olduğu belirlenmişti ( $X^2= 5.310$ ,  $p= 0.021$ ). Sürekliliğin diğer kriterleri arasında yer alan aile hekimini tanıma, ASE’sini tanıma ve son bir yılda 15-49 izlemi yapılması ile AP için karşılanmamış gereksinimleri arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 21. Kadınların karşılanmamış AP gereksinimlerinin erişilebilirlik ve süreklilik açısından değerlendirilmesi**

Değişken		Karşılanmamış Gereksinim				Toplam		İstatistiksel analiz
		Var		Yok				
Erişilebilirlik kriterleri		n	%*	n	%*	n	%*	
Yerleşim yeri	Şehir	24	9.7	224	90.3	248	100.0	$X^2= 0.000$
	Köy	5	9.6	47	90.4	52	100.0	$p= 0.989$
Aylık gelir	1500 lira ve altı	19	15.6	103	84.4	122	100.0	$X^2= 8.216$
	1500 lira üzeri	10	5.6	168	94.4	178	100.0	<b><math>p= 0.004</math></b>
Yönteme ücret ödeme	Evet	0	0	50	100.0	50	100.0	$X^2= 6.421$
	Hayır	29	11.6	221	88.4	250	100.0	<b><math>p= 0.011</math></b>
Ev ile sağlık merkezi arasındaki mesafe	15 dakika altı	21	10.2	185	89.8	206	100.0	$X^2= 0.210$
	15 dakika ve üzeri	8	8.5	86	91.5	94	100.0	$p= 0.647$
Sağlık kuruluşunda bekleme süresi	15 dakika altı	24	11.0	194	89.0	218	100.0	$X^2= 1.646$
	15 dakika ve üzeri	5	6.1	77	93.9	82	100.0	$p= 0.199$
<b>Süreklilik kriterleri</b>								
Aile hekimini tanıma	Evet	25	8.9	257	91.1	282	100.0	$X^2= 3.457$
	Hayır	4	22.2	14	77.8	18	100.0	$p= 0.063$
ASE'sini tanıma	Evet	19	9.3	186	90.7	205	100.0	$X^2= 0.118$
	Hayır	10	10.5	85	89.5	95	100.0	$p= 0.732$
Son bir yılda 15-49 yaş izlemi **	Evet	2	4.3	44	95.7	46	100.0	$X^2= 1.979$
	Hayır	27	11.2	215	88.8	242	100.0	$p= 0.159$
AP bilgi gereksinim	Var	23	12.9	155	87.1	178	100.0	$X^2= 5.310$
	Yok	6	4.9	116	95.1	122	100.0	<b><math>p= 0.021</math></b>
<b>Toplam</b>		<b>29</b>	<b>9.7</b>	<b>271</b>	<b>90.3</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>	

\* Satır yüzdesi, \*\* ASM'de izlem yapıp yapılmadığını hatırlamayan kadınlar analize dahil edilmemiştir (n=12).

Tablo 22’de kadınların son gebeliklerinin planlı olup olmama durumlarının erişilebilirlik ve süreklilik kriterleri ile ilişkisi görülmektedir.

Erişilebilirlik açısından değerlendirildiğinde istenmeyen gebeliklerin köyde yaşayan ( $X^2= 7.025$ ,  $p= 0.008$ ), aylık gelir miktarı 1500 lira altında olan ( $x^2= 4.350$ ,  $p= 0.037$ ) ve yöneme ücret ödemeyen ( $x^2= 4.046$ ,  $p= 0.004$ ) kadınlarda istenmeyen gebeliklerin düzeyinin diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Erişebilirliğin diğer kriterler arasında yer alan ev ile sağlık merkezi arasındaki mesafe ve sağlık kuruluşunda bekleme süresi ile son gebeliklerin planlanma durum arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

İstenmeyen gebeliklerin büyük bölümü, aile hekimini ve ASE’sini tanımadığını, son bir yılda 15-49 yaş izlemini yaptırmadığını ve AP bilgi gereksinimi olduğunu ifade eden kadınlardan oluşmakla birlikte bu değişkenler arasında fark bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 22. Kadınların son gebeliklerinin planlı olma durumlarının erişilebilirlik ve sürelilik açısından değerlendirilmesi**

Değişken		İstemli gebelik		İstenmeyen gebelik		Toplam		İstatistiksel analiz
		n	%*	n	%*	n	%*	
<b>Erişilebilirlik kriterleri</b>								
Yerleşim yeri	Şehir	128	53.8	110	46.2	238	100.0	$X^2= 7.025$ <b>p= 0.008</b>
	Köy	17	33.3	34	66.7	51	100.0	
Aylık gelir	1500 lira altı	50	42.7	67	57.3	117	100.0	$X^2= 4.350$ <b>p= 0.037</b>
	1500 lira ve üzeri	95	55.2	77	44.8	172	100.0	
Yönteme ücret ödeme	Ödüyor	31	63.3	18	36.7	49	100.0	$X^2= 4.046$ <b>p= 0.004</b>
	Ödemiyor	114	47.5	126	52.5	240	100.0	
Ev ile sağlık merkezi arasındaki mesafe	15 dakika altı	104	52.3	95	47.7	199	100.0	$X^2= 1.115$ p= 0.291
	15 dakika ve üzeri	41	45.6	49	54.4	90	100.0	
Sağlık kuruluşunda bekleme süresi	15 dakika altı	109	51.7	102	48.3	211	100.0	$X^2= 0.690$ p= 0.406
	15 dakika ve üzeri	36	46.2	42	53.8	78	100.0	
<b>Süreklilik kriterleri</b>								
Aile hekimini tanıma	Evet	140	51.5	132	48.5	272	100.0	$X^2= 3.114$ p= 0.078
	Hayır	5	29.4	12	70.6	17	100.0	
ASE tanıma	Evet	102	51.5	96	48.5	198	100.0	$X^2= 0.453$ p= 0.501
	Hayır	43	47.3	48	52.7	91	100.0	
Son bir yılda 15-49 yaş izlemi *	Evet	28	62.2	17	37.8	45	100.0	$X^2= 2.933$ p= 0.087
	Hayır	112	48.3	120	51.7	232	100.0	
AP bilgi gereksinim	Var	85	49.7	86	50.3	171	100.0	$X^2= 0.036$ p= 0.849
	Yok	60	50.8	58	49.2	118	100.0	
<b>Toplam</b>		<b>145</b>	<b>50.2</b>	<b>144</b>	<b>49.8</b>	<b>289</b>	<b>100.0</b>	

\* Satır yüzdesi, \*\* ASM'de izlem yapıp yapılmadığını hatırlamayan kadınlar analize dahil edilmemiştir (n=12).

#### 4.5. Aile Planlamasına Karşı Tutum

Tablo 23'te araştırma grubunun AP tutum ölçeği alt boyutlarına göre almış olduğu puan ortalamaları sunulmuştur. Buna göre, kadınların TİAÖ boyutundan aldıkları puan ortalamasının APTÖ ortalama değerinin üzerinde olduğu, YİAÖ ve GİAÖ boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının ise APTÖ ortalama değerine yakın olduğu belirlenmiştir (sırasıyla  $55.3 \pm 6.25$ ,  $36.2 \pm 5.49$ ,  $28.4 \pm 3.25$ ), (Ek 1).

**Tablo 23. AP tutum ölçeği ve araştırmadan elde edilen sonuçların alt boyutlarının ortalama değerleri ve en düşük ve en yüksek puanları**

Alt boyutlar	Araştırmada elde edilen sonuçlar			APTÖ		
	En düşük puan	Ortalama $\pm$ SS	En yüksek puan	En düşük puan	Ortalama değer	En yüksek puan
TİAÖ	33	$55.3 \pm 6.25$	74	15	45.0	75
YİAÖ	22	$36.2 \pm 5.49$	51	11	33.0	55
GİAÖ	18	$28.4 \pm 3.25$	40	8	24.0	40

Kadınların bazı sosyodemografik özellikleri ile APTÖ alt boyutlarındaki korelasyon değerlendirilmiştir (Tablo 24). Kadının ve eşinin yaşı ile TİAÖ, YİAÖ, GİAÖ boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Araştırma grubunun evlerine giren aylık gelir miktarı ile YİAÖ ve GİAÖ arasında ise pozitif yönlü, zayıf ilişki belirlenmiştir. Buna göre, kadınların aylık gelir miktarı yükseldikçe, her iki alt ölçekteki tutum puanları da artmaktadır (sırasıyla  $r = 0.166$ ,  $p = 0.004$ ;  $r = 0.121$   $p = 0.036$ ).

Kadınların bazı doğurganlık özelliklerinin APTÖ boyutlarına göre dağılımı incelendiğinde canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, son iki çocuk arası yaş farkı ile TİAÖ, YİAÖ, GİAÖ boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Kadınların ilk evlenme yaşı ile YİAÖ ve GİAÖ boyutları arasında ise pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmakta olup, ilk evlenme yaşı yükseldikçe, her iki alt ölçekteki tutum puanlarının da arttığı belirlenmiştir ( $r = 0.144$   $p = 0.013$ ;  $r = 0.121$   $p = 0.036$ ). Kadınların ilk gebelik yaşları YİAÖ boyutu arasında ise, pozitif yönlü zayıf ilişki, GİAÖ boyutu arasında negatif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır (sırasıyla  $r = 0.114$   $p = 0.049$ ;  $r = -0.133$ ).

p=0.021). Buna göre, kadınların ilk gebelik yaşı yükseldikçe YİAÖ tutum puanı artmakta olup, GİAÖ tutum puanı azalmaktadır. Toplam gebelik sayısı ile YİAÖ boyutu arasında ise, negatif yönlü orta korelasyon saptanmış olup, toplam gebelik sayısının artması ile YİAÖ tutum puanının azaldığı belirlenmiştir ( $r = -0.396$   $p = 0.000$ ), (Tablo 24).

**Tablo 24. Kadınların bazı sosyodemografik ve doğurganlık özellikleri ile APTÖ alt boyutları arasındaki ilişki**

Boyutlar	TİAÖ	YİAÖ	GİAÖ
Yaş	$r = -0.003$ $p = 0.956$	$r = 0.017$ $p = 0.772$	$r = 0.025$ $p = 0.669$
Eşinin yaşı	$r = -0.070$ $p = 0.226$	$r = 0.008$ $p = 0.895$	$r = 0.005$ $p = 0.931$
Aylık gelir	$r = 0.034$ $p = 0.559$	$r = 0.166$ <b><math>p = 0.004</math></b>	<b><math>r = 0.203</math></b> <b><math>p = 0.000</math></b>
İlk evlenme yaşı	$r = 0.072$ $p = 0.213$	<b><math>r = 0.144</math></b> <b><math>p = 0.013</math></b>	<b><math>r = 0.121</math></b> <b><math>p = 0.036</math></b>
İlk gebelik yaşı	$r = 0.072$ $p = 0.213$	$r = 0.114$ <b><math>p = 0.049</math></b>	<b><math>r = -0.133</math></b> <b><math>p = 0.021</math></b>
Toplam gebelik sayısı	$r = -0.069$ $p = 0.237$	$r = -0.396$ <b><math>p = 0.000</math></b>	$r = -0.041$ $p = 0.484$
Canlı doğum sayısı	$r = -0.066$ $p = 0.253$	$r = -0.035$ $p = 0.547$	$r = -0.016$ $p = 0.783$
Ölü doğum sayısı	$r = -0.074$ $p = 0.204$	$r = -0.023$ $p = 0.697$	$r = -0.017$ $p = 0.763$
Yaşayan çocuk sayısı	$r = -0.062$ $p = 0.285$	$r = -0.040$ $p = 0.495$	$r = -0.026$ $p = 0.657$
Son iki çocuk arası yaş farkı	$r = 0.079$ $p = 0.172$	$r = 0.064$ $p = 0.271$	$r = 0.105$ $p = 0.070$



Tablo 25’te, araştırma grubunun AP uygulamaları ile APTÖ alt boyutları arasındaki ilişki sunulmuştur. Geleneksel yöntem kullanan kadınların YİAÖ boyutundan aldıkları puan ortalaması en düşük olup, gruplar arasında anlamlı farklılık vardır (F= 6.749, p= 0.001). Ölçeğin diğer alt boyutları ile yöntem kullanımı arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p> 0.05).

**Tablo 25. Araştırma grubunun APTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerlerinin günümüzde kullandıkları yöntemlere göre analizi**

Alt boyutlar	Modern yöntem	Geleneksel yöntem	Yöntem kullanmayan	İstatistiksel analiz*
	(n= 146)	(n= 95)	(n= 59)	
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
<b>TİAÖ</b>	55.9 ± 5.4	54.8 ± 7.3	54.3 ± 6.3	F= 1.866 p= 1.157
<b>YİAÖ</b>	37.3 ± 5.5	34.8 ± 5.0	35.4 ± 5.6	F= 6.749 <b>p= 0.001</b>
<b>GİAÖ</b>	28.7 ± 3.1	28.4 ± 3.2	27.7 ± 3.5	F= 1.791 p= 0.169

\* Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

## 5. TARTIŞMA

Karabük ilinde toplum tabanlı olarak yürütülen bu araştırma, doğurganlık çağındaki kadınların AP hizmetlerini kullanımları ve hizmetlerin niteliğine ilişkin önemli bilgiler sunmaktadır. Araştırma, kadınların AP uygulamaları konusundaki bilgi açığını, geleneksel yöntem kullanımının ve karşılanmamış gereksinim düzeyinin Türkiye genelinden yüksek olduğunu, AP hizmetlerinin erişiminde ve sürekliliğindeki ciddi sorunları ortaya koymaktadır.

Araştırmada elde edilen bulgular beş başlık altında tartışılmıştır. Birinci başlık altında kadınların sosyodemografik ve doğurganlık özellikleri, ikincisinde AP yöntemlerini kullanım düzeyleri, üçüncüsünde karşılanmamış gereksinim düzeyi tartışılmıştır. AP hizmetlerinin erişilebilirliği ve sürekliliğinin irdelendiği dördüncü kısmın ardından son olarak kadınların AP'ye karşı tutumlarına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

### 5.1. Sosyodemografik ve Doğurganlık Özellikleri

Araştırmada kapsamındaki kadınların yaklaşık yarısı 15-34 yaş arasında (% 47.7), diğer yarısı 35 yaşından büyüktür. TÜİK'in 2014 yılı ADNKS verilerine Karabük nüfusunun % 49.2'sini oluşturan kadın nüfusunun yaklaşık 1/4'ü doğurganlık çağında olup, 15-34 yaş aralığında bulunan kadınların düzeyi % 58.3, 35-49 yaş grubu kadınların ise % 41.7'dir (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr> Erişim tarihi: 20 Ekim 2015). Bu araştırmaya evli kadınların dahil edildiği göz önüne alınırsa örnek grubun yaş dağılımı açısından Karabük genelini temsil eder nitelikte olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Eğitim düzeyi, kadının toplumsal statüsünü yansıtan temel değişkenlerden biridir. Bu araştırmada okuryazar olmayan ve okuryazar olup herhangi bir örgün eğitim almamış kadınların düzeyi % 1.7'dir. Kadınların büyük bölümü (% 61.0) ilkokul mezunu iken, % 8.3'ü ortaokul, % 29'u lise ve üniversite mezunudur. Ülkemizde kadınların eğitim düzeyinde yıllar içinde gelişme sağlanmakla birlikte, hala önemli sorun olmaya devam etmektedir (Türkiye'de Kadının Durumu 2008). TNSA 2013 bulgularına göre yaklaşık olarak doğurganlık çağındaki her dört kadından birisinin (% 28) ilkokul düzeyinde eğitiminin olmadığı, % 36'sının ilkokul, % 15'inin ortaokul ve % 21'inin lise ve üniversite mezunu olduğu bildirilmektedir (TNSA 2013). Bu araştırmada özellikle okuryazar olmayan ve okuryazar olup örgün eğitim kadınların orantısının Türkiye genelinden çok

düşük olduğu, ilkokul mezunu kadınların ise yaklaşık iki kat fazla olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulguyu destekler nitelikte TÜİK'in 2015 yılı illere göre yaşam endeksi sonuçları, Karabük ilinin eğitim düzeyi açısından en iyi dokuzuncu il olduğunu göstermektedir (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24561>, Erişim tarihi: 20 Mart 2016).

Kadınların çalışma yaşamına katılımı ülkenin sosyoekonomik gelişimi açısından önemli bir unsurdur (Karabıyık 2012). Ülkemizde kadınların işgücüne katılımında son on yılda önemli bir artış gözlenmiş olsa da, Türkiye OECD arasında kadının iş gücüne katılımının düşük seviyede olduğu ülkeler arasında yer almaktadır. Kadınların ekonomik aktivitelere yetersiz katılımı, toplumsal cinsiyet eşitsizliği başta olmak üzere çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Kocacık ve Gökaya 2005, Özçatal 2011, TÜİK Temel işgücü göstergeleri 2014, [https://www.academia.edu/4796744/%c3%87alı%c5%9ema\\_hayatı\\_ve\\_kadın](https://www.academia.edu/4796744/%c3%87alı%c5%9ema_hayatı_ve_kadın), Erişim tarihi: 30 Nisan 2013). Bu araştırmada kadınların % 17.7'si, eşlerinin tamamına yakını (% 92.7) ücretli bir işte çalışmaktadır. Türkiye genelinde ise kadınların % 30'unun erkeklerin % 70'inin çalıştığı, kadın çalışanların yaklaşık yarısının (% 49.9) hizmet sektöründe, üçte birinin (% 32.9) tarım sektöründe istihdam edildiği bildirilmektedir (TÜİK Temel işgücü göstergeleri, 2014). Karabük'teki kadınların iş gücü piyasasında erkeklere oranla daha az yer almasının nedeni, erkek istihdamının yoğun olduğu KARDEMİR Demir Çelik Fabrikası'nın halkın başlıca gelir kaynağı olmasına bağlanabilir.

KARDEMİR Demir Çelik Fabrikası, il ekonomisine büyük katkı sağlayarak sanayi sektörünün gelişmesine olanak sağlamıştır (TÜİK 2014). Son yıllarda neoliberal politikaların yoğun olarak etkilediği sanayi sektöründe birçok işçinin özelleştirme sonucunda düşük ücretle çalıştırıldığı bildirilmiştir (Uçukoğlu 2003). Karabük'te yaşayan ailelerin sosyoekonomik düzeyleri ise Kardemir Demir Çelik Fabrikası'nın 1994 yılında özelleştirmesiyle birlikte önemli ölçüde değiştiği belirlenmiştir (Ersöz ve ark 2010). Kardemir'de çalışan işçilerle yapmış olduğu çalışmada, işçilerin % 70'ten fazlasının özelleştirmeden sonra ücret ve ücret eklerinin azaldığını belirlemiştir. Bu araştırmada ise, yaklaşık her üç aileden birinin gelir düzeyi 1500 lira altında, % 59'unun 1500 lira ve üzerindedir (Tablo 9). Bölgelerin hane halkı refah düzeylerini en düşük, düşük, orta, yüksek ve en yüksek şeklinde sınıflandırıldığı TNSA araştırmasında, Karabük'ün de içinde

bulunduğu Batı Karadeniz Bölgesi'nde her dört haneden birisinin hane halkı refah düzeyinin düşük (% 25.2) olduğu bildirilmiştir (TNSA 2013).

Türk ailesinin yapısı, özellikle 1950 yılından sonra yaşanan hızlı kentleşme, sanayileşme ve kültürel değişim sürecinden etkilenmiştir (Işık 2005, Çelik 2010). Özellikle kırsal alandan kentsel alana yapılan göçler, ailelerin kültürel yapısını etkileyerek geniş aileden çekirdek aileye dönüşmesine neden olmuştur (Soyyigit 2002). Bu araştırmada da kadınların büyük bölümünün çekirdek aileye sahip olduğu görülmektedir (Tablo 9). Karabük, Kardemir Demir Çelik Fabrikası'nın sağladığı geniş istihdam olanaklarına bağlı olarak geçmişte çok göç almış bir şehirdir. İlin halen dinamik bir nüfus yapısı vardır. TÜİK'in 2014-2015 verilerine Karabük'teki toplam nüfusun % 7'sini alan göçler, % 5'ni verilen göçler oluşturup, net göç hızı 19.0' dır (Ersöz ve ark 2003, Türkiye Aile Yapısı Araştırması 2006, Demir ve Çabuk 2010).

Doğurganlık çağı, kadının menstrüasyon döngüsünün başladığı menarştan, menapoz dönemine kadar geçen süreci ifade etmektedir (Taşkın 2009, Özdemir ve ark 2010). Gebelik ve doğum olaylarının gerçekleştiği bu süreçte, kadınlar AP hizmetlerine karşı gereksinime açık hale gelmektedir. Bu nedenle menarş yaşı, gereksinimi olan kadınlara hizmetlerin ulaştırılması açısından önem taşımaktadır. Bu araştırmada kadınların büyük bölümünün (% 64.7) menarş yaşının 13-16 yaş arasında değiştiği ve ortalama  $13.3 \pm 1.55$  olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması'nda da ortalama menarş yaşı 13 olarak saptamıştır (Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması 2014). Bu sonuçlar, ülkemizde üreme sağlığı ve AP danışmanlık hizmetlerinin ortalama 13 yaşından itibaren yaygın olarak sunulmaya başlanması gerektiğini göstermektedir.

Türkiye'de gebelik ve doğumların tamamına yakını evlilik içerisinde gerçekleşmektedir (Tezcan ve Coşkun 2004). Bu nedenle ilk evlilik yaşı ile birlikte üreme sağlığı ve AP hizmetlerine gereksinimin arttığı söylenebilir. Bu araştırmada kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması  $20.9 \pm 3.41$  olarak belirlenmiştir (Tablo 10). TÜİK 2015 sonuçlarında ise, Karabük ilinin ilk evlenme yaşı ortalaması 24.5'tir (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=112&locale=tr>, Erişim tarihi: 25 Mart 2016). Bu farklılık, araştırmada kura yöntemiyle belirlenen mahallelerin sosyodemografik özelliklerinin Karabük genelinden farklı olma olasılığına bağlanabilir.

Erken yaşta gerçekleşen evlilikler, gebeliklerin de en önemli belirleyicilerinden nedenlerden biridir. Bu araştırmada yaklaşık üç kadından birinin (% 38.3) 15-19 yaş arasında evlendiği görülmektedir (Tablo 10). TÜİK'in 2006 yılında gerçekleştirdiği Aile Yapısı Araştırması'nda ülkemizde 18 yaş altı evlenen kadınları düzeyi % 31.7'dir. Erken evlenme sonucu ortaya çıkan gebelik ve doğumlar hem anne hem de çocuk sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Şen ve Kavlak 2011). Aynı zamanda, kadınların yaşamları boyunca daha fazla doğum yapmalarına ve daha uzun süre gebelik riski altına girmelerine neden olmaktadır (Can ve ark 2012, TNSA 2013, Yakıt ve Coşkun 2014). Bu araştırmada adölesan çağda gebe kalanların düzeyi % 23.7 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, Karabük ilinde yürütülen AP danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

AP hizmetlerine erişimde sorun yaşayan ya da yöntem başarısızlığı nedeniyle gebe kalan kadınlar çoğunlukla isteyerek düşüğe veya küretaja başvurmaktadır ve bu durum ülkemizde maternal mortalite ve morbidite hızlarını arttırmaktadır (Naçar ve ark 2003, Karaman ve ark 2007, Öztaş ve ark 2015). İsteyerek düşük veya küretajlar genellikle kadının bilinçli kararının sonucunda gerçekleşmektedir. Bu araştırmada kadınların % 19.7'si yaşam boyu isteyerek düşük/küretaja başvurmuş olup, TNSA 2013 sonuçlarının (% 14.0) üzerinde olduğu görülmektedir. Kendiliğinden düşükle ve ölü doğumlar ise çoğunlukla kadının kontrolü dışında gerçekleşen olaylardır. Araştırmada, kadınların yaşam boyu gerçekleştirdiği kendiliğinden düşüklerin düzeyi % 18.7 olup, TNSA 2013 sonuçlarının altında (% 23) olduğu belirlenmiştir. Yaşam boyu ölü doğumların düzeyleri ise, TNSA 2013 sonuçlarıyla uyumlu olmakla beraber % 3 düzeyinde olduğu görülmektedir. Özellikle isteyerek düşüklerin Türkiye geneline göre yüksek oluşu, Karabük'te AP hizmetlerine daha fazla ağırlık verilmesi gerektiğini yansıtmaktadır.

Çok ve sık aralıklı doğumlar anne ve çocuk sağlığını etkileyen önemli değişkenlerdendir. İki gebelik arasındaki sürenin iki yıldan az olması ve doğum sayısının dört ve üzerinde olması anne ve bebek ölümlerinin artmasına neden olmaktadır (Özel ve ark 1989, Gürel ve Gürel 1995, Akın ve Özvarış 2012). Etkili AP hizmetlerinin çiftlerin uygun aralıklarda gebeliklerini planlamalarını sağlayarak, anne ve bebek ölümlerini önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir. Bu araştırmada kadınların % 4.7'si dört ve daha fazla yaşayan çocuğa sahiptir ve en az iki çocuğu olan kadınların % 16.3'ünün doğum aralığı iki yıldan azdır (Tablo 10).

AP uygulamalarının temel amacı ailelerin istedikleri zamanda ve sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlamaktır. Bu araştırma bulgularına göre, kadınların % 20'sinin ve eşlerinin % 18.7'sinin ideal çocuk sayısından fazla çocuğa sahiptir (Tablo 11). Benzer şekilde ülkemizdeki doğurganlık hızı 2.27 iken, istenen doğurganlık hızı 1.9 olarak bildirilmektedir (TNSA 2013). Bu sonuç, Karabük'ün yanı sıra ülkemizdeki AP uygulamalarına erişimdeki sorunların bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

## 5.2. AP Yöntemlerinin Kullanım Düzeyi

AP yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak, gebelikten korunmak isteyen birçok çiftin hangi yöntemi seçeceği konusunda karar vermesini sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı 2005a). Bu çalışmada kadınların tamamına yakını en az bir AP yöntemi bilmektedir (Tablo 12). Ülke genelinde yapılan diğer araştırmalar da bunu destekleyici niteliktedir (TNSA 2008, Çayan 2010, Kocaöz ve ark 2013, Öztaş ve ark 2015). Ancak bu çalışmada kadınların bildiği yöntemlerin etkisini bilip bilmediği sorgulandığında, bu konuda ciddi bilgi yetersizliklerinin olduğu görülmüştür. Örneğin, geri çekme yöntemi her üç kadından ikisi (% 66.2) etkili olarak değerlendirirken, etkili yöntemler arasında yer alan RİA'yı kadınların % 49.4'ü, kondomu % 42.1'i, hormonal kontraseptifleri ise % 33-43'ü etkisiz olarak belirtmiştir (Tablo 13). Bu sonuçlar, AP yöntemlerini bildiklerini ifade eden kadınların yöntemleri yeterince bilmediğini göstermekte olup, Karabük'te sunulan AP danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

AP hizmetleri, çiftlere kendilerine en uygun AP yönteminin yanı sıra gebelikten korumada etkili olan bir yöntemi seçerek doğru ve güvenli şekilde kullanmasına olanak sağladığı ölçüde başarılı olabilir (Sağlık Bakanlığı 2005a). Bu çalışmada kadınların % 31.7'si geleneksel, % 48.7'si modern yöntem kullanmakta, % 19.7'si ise herhangi bir yöntem kullanmamaktadır (Tablo 14) TNSA 2013 sonuçlarında geleneksel yöntem kullanımının bu araştırma sonuçlarının altında olduğu (% 25.5), modern yöntem kullanımının ise benzer düzeyde (% 47.4) olduğu dikkat çekmektedir. Ülke genelinde yapılan diğer çalışmalarda da geleneksel yöntem kullanımı bu araştırma sonuçlarının altında olduğu belirlenmiş olup, Edirne'de % 21, Düzce'de % 17, Bingöl'de % 23, İzmir'de % 30, Ankara'da % 23 olarak saptanmıştır (Tokuç ve ark 2005, Mayda ve ark 2005, Kaya ve ark 2008, Ballı 2011, Eren ve ark 2013). İllere göre farklılık gösteren bu düzeyler, TNSA sonuçlarında bölgelere de yansımış olup, araştırma sonucu ile Karabük'ün

içinde bulunduğu Batı Karadeniz Bölgesi'nde benzer düzeyde (% 30) geleneksel yöntem kullanıldığı belirlenmiştir. Geleneksel yöntemlerin ülke genelinde kullanılan tüm yöntemler içinde en yaygın yöntem olması, AP yöntem çeşitliliğinin kısıtlı olmasından dolayı değil, özellikle geri çekmenin ulaşımın kolay, kullanımının rahat, ücretsiz ve yan etkisi olmayan yöntem olmasından kaynaklı olabilir (Yurdakul ve Vural 2002, Kitapçioğlu ve Yanıkekremler 2008, Atış ve ark 2010, Türk ve Terzioğlu 2012).

Araştırmada, herhangi bir AP yöntemi kullanmayan kadınların düzeyi % 19.7'dir (Tablo 14). Yöntem kullanmayanların kadınların % 33.9'unu gebelik isteyen kadınlar oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra hangi yöntemi kullanacağını bilmeme (% 25.4), eşinin yöntem kullanımına izin vermemesi (% 8.5) gibi bildirilen nedenler, AP hizmetlerinin işleyişindeki ciddi sorunları yansıtmaktadır. Kadınların tamamına yakını en az bir AP yöntemi bildiğini ifade etse de, yöneme karar verme konusunda danışmanlığa gereksinimleri vardır. Ayrıca danışmanlık hizmetlerinin de yalnızca kadınlara yönelik değil, eşlerini de kapsayacak şekilde planlanması gereklidir. Bu araştırmada olduğu gibi ülkemizde yapılan pek çok çalışmada, eşlerin AP hizmetlerine karşı tutumları kadınların yöntem kullanma davranışlarını etkilemektedir (Karataş 2005, Kalak 2008, Kaya ve ark 2008, Ballı 2011). Geleneksel olarak gebelikten korunma sorumluluğunun kadınlara yüklendiği ülkemizde AP hizmetlerine erkeklerin yeterli katılımının sağlanamaması önemli bir sorundur (Şankazan ve Yıldız 2002, Akın ve ark 2006). Altay ve Görener'in (2009) erkeklerin AP hizmetlerine yönelik tutum ve davranışlarını incelediği çalışmasında, erkeklerin büyük bölümünün (% 84) kullandığı yöntemi seçerken eşleri ile birlikte karar verdiği, kullanacakları yöneme birlikte karar veren çiftlerin ise daha fazla modern yöntem kullandığı belirlenmiştir.

Ülkemizde kentsel alanlarda yaşayan bireyler, kırsal alanlara göre daha geniş olanaklara sahiptir. Yerleşim yeri temelli eşitsizlikler tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi AP hizmetlerine de yansımaktadır (Akın ve Özvarış 1998, Kırsal Alanda Kadının Güçlendirilmesi 2012, TNSA 2013). Bu araştırmada kentsel alanda yaşayan kadınların kırsal alandakilere göre daha fazla modern yöntem kullandığı belirlenmiştir (Tablo 16). Yapılan diğer çalışmalarda benzer nitelikte olup, yöntem kullanımının yerleşim yerine göre değiştiğini, kırsal kesimlerin dezavantajlı konumda olduğunu doğrulamaktadır (Cangöl 2010, TNSA 2013, Kutlu ve ark 2014, Giray ve ark 2015).

Ülkemizde AP yöntemlerinin kullanımı, kadının eğitim düzeyi ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (Ayaz ve Efe 2009, Büyükbayrak ve ark 2010, Apay ve ark 2010, TNSA 2013, Kaşlı 2014). Çakmak ve Ertem (2005), kadınların okur yazar olmamasının yöntem kullanmama riskini 7.7 kat arttırdığını bildirmiştir. Ancak bu araştırmada, kadınların eğitim düzeyleri AP uygulamalarını etkilemediği görülmüştür (Tablo 16). Bunun nedeni, araştırmada örgün eğitim almamış okuryazar ve okuryazar olmayan yalnızca beş kadın olması ve analizlerde bu kadınların ilkokul mezunu kadınlar arasında sınıflandırılmasından kaynaklı olabilir. Araştırmada okuryazar dört kadından ikisinin geleneksel yöntem kullanması ve okuryazar olmayan bir kadının yöntem kullanması bu olasılığı güçlendirmektedir.

Kentleşme ve kadının çalışma yaşamına katılımı ile birlikte aile başına düşen çocuk sayısı giderek azalmakta ve çalışan kadın ev ve çalışma yaşamını dengelemek için AP uygulamalarına daha fazla önem vermektedir (Kocaöz 2013, Kaşlı 2014). Bu araştırmada, modern yöntem kullanımının çalışma durumuna göre değişmediği, her iki grupta da kadınların yaklaşık yarısının modern yöntem kullandığı belirlenmiştir (Tablo 16). Bunun yanı sıra çekirdek ailede yaşayan kadınlar, geniş ailede yaşayanlara göre daha fazla modern yöntem kullanmaktadır ( $p > 0.05$ ). Bu durum, aile büyüklerinin, özellikle de kayınvalidenin, kadınların AP uygulamaları konusunda bağımsız karar vermesini etkilemesine bağlanabilir.

Araştırmamızda AP uygulamaları kadınların ve eşlerinin yaş ortalamasından etkilenmektedir. Yöntem kullanmayan çiftlerin yaş ortalaması, modern ve geleneksel yöntem kullananlara göre düşüktür. Yapılan diğer çalışmalarda da kadınların ve erkeklerin yaş ortalaması arttıkça yöntem kullanımının arttığı görülmektedir (Akın ve ark 2006, Oltuoğlu ve Başer 2012, TNSA 2013). Bu sonuçların, çiftlerin çoğunlukla genç yaşta çocuk sahibi olmak istemesinden kaynaklı olabilir. Bireyler yaşları arttıkça istedikleri çocuk sayısına ulaşmakta ve AP yöntemlerini daha sıklıkla uygulamaktadırlar. Benzer şekilde toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı fazla olan kadınlar daha fazla modern yöntem kullanmaktadır (Tablo 17).

Doğurganlık, ailelerin sosyoekonomik düzeyine göre değişmekte olup, sosyoekonomik düzeyinin artması ile birlikte doğurganlığın azaldığı bildirilmiştir (Yurdakul ve ark 2015). TNSA 2013 sonuçlarında en düşük hane halkı refah düzeyine



sahip olan kadınların toplam doğurganlık hızının 3.32 en yüksek hane halkı refah düzeyine sahip olan kadınların ise 1.72 olduğu görülmektedir. Bu araştırmada, kadınların eve giren aylık gelir miktarı arttıkça, modern yöntem kullanımının da arttığı belirlenmiştir. Büyükbayrak ve ark. (2010) yaptığı çalışmada da benzer şekilde gelir düzeyi yükseldikçe modern yöntem kullanımının da yükseldiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada gelir düzeyi 500 lira altında olan kadınlara verilen AP danışmanlık hizmetlerinin yöntem kullanma alışkanlıklarını etkilediği, danışmanlık öncesi geleneksel yöntemleri kullanırlarken, danışmanlık sonrası RİA ve bariyer kullanım düzeylerinin arttığını saptanmıştır. Tüm bunlar, AP hizmetlerinin sunumunda düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylere öncelik verilmesi gerektiğini yansıtmaktadır.

Araştırmada kadınların geçmişte en çok kullanıp bıraktığı yöntemler ile halen kullanmakta olduğu yöntemler karşılaştırılmıştır. Kadınların geçmişte yaygın olarak kullandığı RİA ve OK'nın günümüzdeki kullanım düzeyi azalmış, geri çekmenin ise artmıştır. Bu durum kadınların en çok kullandıkları yöntemlerin sıralamasını da etkilemektedir. Sırasıyla RİA (% 18.7), geri çekme (% 18.3) kondom (% 15.3) geçmişte en çok kullanılan yöntemler iken, günümüzde ilk sırada geri çekme (% 31.0) bulunmakta ve bunu kondom (% 18.3) ve tüpligasyon (% 16.0) izlemektedir (Tablo 18). TNSA 2013 sonuçlarında ise, geri çekmenin benzer şekilde ilk sıradaki yerini koruduğu, daha sonra bu sıralamanın bölgelere göre değiştiği belirlenmiştir. Bu araştırma sonuçlarının Karabük ilinin içinde bulunduğu Batı Karadeniz Bölgesi'ndeki sıralama ile uyumlu olduğu görülmektedir ( % 29.6 geri çekme, % 16.6 kondom, % 13.3 RİA, % 13.0 tüpligasyon). Bu sonuç, ülke genelinde ve Karabük'te gebelikten korunmak isteyen birçok çiftin kendilerine uygun, doğru, etkili ve güvenli yöntemi seçemediklerini ya da yöntem kullanımında devamlılığı sağlayamadıklarına bağlanabilir.

Araştırmada, modern yöntemlere ulaşılan kaynakların geçmişten günümüze değişimi, TNSA-2008 ve TNSA-2013 sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Bu araştırmada RİA'nın geçmişte en çok sağlık ocakları ya da ASM'lerden sağlandığı, günümüzde ise yerini hastanelere bıraktığı görülmektedir (Tablo 19). TNSA 2008 ve TNSA 2013 sonuçlarında ise her iki dönemde de RİA'ya en çok ulaşılan yerin sağlık ocağı ya da ASM'ler olduğu belirlenmiştir. Kondom ve OK ise, bu araştırmada olduğu gibi TNSA 2008 ve TNSA 2013 sonuçlarında en çok eczanelerden satın alınmaktadır. AP hizmetlerinin ücretsiz olarak

halka sunulması gerekmesine karşın, bireylerin büyük bölümü OK ve kondoma ücret ödeyerek ulaşabilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte köklü değişim geçiren ve talebe dayalı hale gelen birinci basamak sağlık örgütlenmesinde sunulan AP hizmetlerinin kalitesinin ciddi olarak sorgulanması gereklidir ve bu konuda yapılacak araştırmalar desteklenmelidir.

### **5.3. Karşılanmamış AP Gereksinimleri**

Araştırmada karşılanmamış AP gereksinimi % 9.7 olarak belirlenmiştir. Geri çekme yöntemi etkili AP yöntemleri arasında olmadığı için, geri çekmeyi kullanan kadınlar da dahil edildiğinde karşılanmamış AP gereksiniminin % 40.7'ye yükseldiği görülmektedir. TNSA 2013'te bu düzey % 6 olup, geri çekmeyi kullanan kadınlar dahil edildiğinde % 31.6'ya yükselmektedir. İzmir'de 2011 yılında yapılmış olan çalışmada ise, karşılanmamış AP gereksiniminin bu araştırmadan yüksek olmakla birlikte (% 11.0), geri çekme yöntemini kullanan kadınlar eklendiğinde elde edilen düzey (% 41) bu araştırma ile benzerdir (Ballı 2011). Bu bulgular, topluma eşit ve yaygın AP hizmetlerinin götürülemediğinin somut göstergesidir.

### **5.4. AP Hizmetlerinin Erişilebilirliği ve Sürekliliği**

AP yöntemi için ücret ödeme, toplumun yöntem seçimini belirleyen önemli değişkenlerden birisidir (Torres and Forrest 1983). Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında çıkardığı genelgede modern yöntemlerin ücretsiz olarak dağıtılmasını vurguladığı halde bu araştırmada olduğu gibi pek çok kadın modern yöntemlere ücret ödeyerek ulaşmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 1 Temmuz 2003, sayı: 2003/81, Sağlık Bakanlığı 2005a, 2005b). Yönteme ücret ödemeyen kadınların yarısının geleneksel yöntem kullanması, ödeme gücünün hizmete erişime olan etkisini göstermesi açısından dikkat çekmektedir (Tablo).

Sağlık hizmetleri ile ilgili en önemli faktörlerden birisi, hizmetlerin yaygınlığı ve ulaşılabilirliğidir (Sağlık Bakanlığı 2009b). AP hizmetlerinin, tüm nüfusu kapsamadığı ve her yere ulaşılabilir olmadığı durumlarda, o bölgelerde yaşayanların hizmetleri yeterince kullanamadığı belirlenmiştir (Ballı 2011). Bu nedenle kadınların evleri ile sağlık kuruluşu arasındaki mesafe önemli belirleyicilerdendir. Bu araştırmada anlamlı olmamakla birlikte evi ile sağlık kurumu arasındaki mesafenin 15 dakika ve altında olan kadınların çoğunlukla modern yöntem kullandığı görülmektedir (Tablo 20). Tsui ve Ochoa (1992) yapmış olduğu

çalışmasında da AP hizmetlerine yakın olan kadınların hizmetleri daha fazla kullandığını belirlemiştir.

Bireylerin, sağlık hizmetlerine erişebilmelerinin önündeki diğer bir engel, sağlık kuruluşlarında bekleme sürelerinin uzun olmasıdır ([http://www.familypact.org/Providers/Factsheets/AccessToFamilyPlanningServices\\_ADA.pdf](http://www.familypact.org/Providers/Factsheets/AccessToFamilyPlanningServices_ADA.pdf), Erişim tarihi: 28 Mart 2016). Bu araştırmada sağlık kuruluşlarında 15 dakika ve altında bekleyen kadınlar en fazla modern yöntem kullansa da, aradaki fark anlamlı değildir (Tablo 20).

Sağlıkta Dönüşüm Programı bünyesinde başlatılan aile hekimliği modeli ile iki kişilik ekip halinde çalışan aile hekimi ve ASE'ler, AP hizmetleri başta olmak üzere birçok koruyucu sağlık hizmetini kendilerine kayıtlı olan kişilere sunmaktadır (Elbek ve Adaş 2009). Bu araştırmada 15-49 yaş izlemi yapılmış olan, aile hekimini ve ASE'sini tanımış olan kadınların en fazla modern yöntem kullandığı görülmektedir (Tablo 20), ( $p > 0.05$ ). Bu sonuç, 15-49 yaş izlemlerinin düzenli olarak yapılması ve kadınların aile hekimini ve ASE'sini tanması halinde, hizmette sürekliliğin sağlanabileceğini düşündürmektedir.

Etkili AP danışmanlık hizmetleri, çiftlerin AP yöntemlerini anlamalarını sağlayarak kendilerine en uygun yöntemi seçmelerine olanak sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı 2005a). Bu araştırmada, AP hakkında bilgi gereksinim olan kadınların daha çok geleneksel yöntem kullandığı belirlenmiştir (Tablo 20). Dünder ve arkadaşları 2005 yılında AP yöntemlerini eğitici ve uygulayıcı kişi olan ebelerin AP yöntem kullanımı üzerine yapmış olduğu çalışmasında, modern yöntem kullanım düzeyinin çok yüksek olduğunu (% 83.2) belirlemiştir. Kurtuluş (2009) ise, AP danışmanlık öncesi geleneksel yöntem kullanan kadınlara danışmanlık verilmesiyle birlikte, % 63.6'sının modern yöntem kullanmayı tercih ettiğini belirlemiştir. Bu sonuçlar, AP danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gereğini yansıtmaktadır.

AP hizmetlerine erişim ve hizmette süreklilik, kapsamlı ve kaliteli AP hizmeti sunabilmek adına gerekli olan temel unsurlar arasında yer almaktadır. Bu durum sağlanamadığı takdirde, AP hizmetlerinde karşılanmamış gereksinimin ortaya çıkması olasıdır. (Sağlık Bakanlığı 2005a, 2005b, 2010). Ülkemizde TNSA sonuçlarına göre, kadınların karşılanmamış AP gereksinim düzeyleri geçmiş yıllara göre azalma gösterse de, halen her dört çiftten birinin geri çekme yöntemini kullanmaya devam etmesi, en az bir

modern yöntem bilinmesine rağmen istenmeyen gebelikler önlenememesi AP gereksinimin yeterli düzeyde karşılanmadığının bir göstergesidir. Ayrıca karşılanmamış AP gereksinimin düzeyinin yaş, yerleşim yeri, gelir düzeyi gibi birçok sosyodemografik değişkene göre farklılaşması, kadınların AP'ye karşı aynı düzeyde gereksinim duymadıklarını göstermekte olup, hizmet sunumu esnasında öncelikli gruplara ağırlık verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Stephenson and Hennik 2004, Sedgh et al 2007, Herdman ve Korkmaz 2011, TNSA 2013). Bu araştırmada karşılanmamış AP gereksinimi olan kadınların eve giren aylık geliri 1500 lira altında olan kadınların 1500 lira ve üzerinde olanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. TNSA 2013 sonuçlarında da kadınların hane halkı refah düzeyleri azaldıkça karşılanmamış AP gereksinimlerinin yükselmesi bu sonucu desteklemekte olup, AP hizmetlerinin öncelikli gruplara ağırlık verilmeksizin sunulmasına bağlanabilir. Öte yandan ülkemizde AP yöntemleri ücretsiz olarak dağıtılmasına rağmen, bu araştırmada yönteme ücret ödemeyen kadınların karşılanmamış gereksinimlerinin ödeyenlere göre daha fazla olması, geleneksel yöntem kullanımının yaygınlığından kaynaklanabilir (T.C. Resmi Gazete, 1 Temmuz 2003, sayı: 2003/81). Aynı zamanda bu sonuç, sağlık kuruluşunda malzeme ve lojistiğin tam olarak sağlanamaması ve buna bağlı olarak kadınların ücretsiz yöntem olan geri çekmeyi tercih etmesi ile ilişkilendirilebilir. Bunun yanı sıra, sağlık eşitsizliklerinin giderilmesini amaçlayan aile hekimliği modelinin getirilmesi ile birlikte, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kırsal ve kent ayrımı olmaksızın herkese eşit, ulaşılabilir ve yaygın olarak sunulması gerektiği vurgulansa da, bu araştırma sonuçlarına göre kırsal ve kentsel alanlarda yaşayan kadınların karşılanmamış AP gereksinim düzeylerinin ülke ortalamasının üzerinde olması dikkat çekmektedir. Ayrıca bu modelde, aile hekimlerinin ve ASE'lerin hizmet verdiği toplumu tanınması ve sürekli değerlendirme yaparak kadınları izlemesi gerektiğinden bahsedilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2005a, Eskiocak 2007). Bu durum sağlandığı takdirde, hizmetten düzenli ve sürekli yararlanan kadın, herhangi bir sorun karşısında tekrar gelebileceğini bilir ve alınan danışmanlık hizmetinden memnun kalarak yöntem kullanımında süreklilik sağlanmış olur (Kaşlı 2014). Bu araştırmada AP ile ilgili bilgi gereksinimi olan kadınların karşılanmamış gereksinimi olmayanlara göre daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 21) ( $p>0.05$ ). Bunun nedeni, kadınların düzenli olarak 15-49 izlemlerinin yapılmamasıyla, aile hekimini ve ASE'sini tanımamasıyla ilişkili olabilir. Araştırmada son bir yılda yapılmadığını ifade

eden, aile hekimini tanımayan ve ASE'sini tanımayan kadınlarda karşılanmamış AP gereksiniminin anlamlı olmasa da fazla olması bunu desteklemektedir.

Kadınların son gebeliklerini isteyip istememesi, doğuranlıklarını ne kadar başarıyla kontrol edebildiklerinin bir göstergesidir (TNSA 2013). Etkili AP hizmetleri, çiftlerin doğru doğurganlık davranışlarının belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. AP hizmetlerine erişimin kısıtlı olması, özellikle kırsal alanda yaşayan, sosyoekonomik düzeyi düşük olan, en son kullandıkları yöntemle ücret ödeyen, sağlık kuruluşunda bekleme süresi ve evi ile sağlık kuruluşu arasındaki mesafesi uzun olan kadınların gebelikten korunma isteklerinin karşılanmamasına ve buna bağlı olarak istenmeyen gebelikleri daha sık yaşamasına neden olmaktadır (Tsui and Ochoa 1992, Sedgh et al 2007, <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/kurtaj-3574.html>, Erişim tarihi: 31 Mart 2016, [http://www.familypact.org/Providers/Fact-sheets/AccessToFamilyPlanningServices\\_ADA.pdf](http://www.familypact.org/Providers/Fact-sheets/AccessToFamilyPlanningServices_ADA.pdf), Erişim Tarihi: 31 Mart 2016, Aile Planlaması Yöntemi Uygulama Rehberi). Bu araştırmada kadınların yaklaşık yarısı (% 48.0) en son/şuandaki gebeliğini istenmeden gerçekleştirmiş olup, istenmeyen gebeliklerin çoğunluğunun kırsal alanda yaşadığı, eve giren aylık geliri 1500 lira altında olduğu anlamlı olarak belirlenmiştir (Tablo 22). Ay ve ark. (2012) kırsal alanda istenmeyen gebelikler üzerinde yaptığı çalışmasında da, yaklaşık her dört gebe kadından birinin (% 26.8) şimdiki gebeliğini istemediğini belirlemiştir. ABD'de yapılan çalışmada ise istenmeyen gebeliklerin yoksul kadınlarda yaklaşık yedi kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/unintended-pregnancy-united-states>, Erişim tarihi: 31 Mart 2016). Öte yandan bu araştırmada en son kullandıkları yöntemle ücret ödemeyen kadınların ödeyenlere göre daha fazla istenmeyen gebelik yaşamaları dikkat çekmektedir. Bunun nedeni, yöntemle ücret ödemeyen kadınları içerisine geri çekme yöntemini kullanan kadınların da olmasından dolayı olabilir. Tekiner ve ark. (2010) yapmış olduğu çalışmasında geri çekme yöntemini kullanan kadınların büyük bölümünün (% 39) istenmeden gebe kaldıklarını belirlemiştir. Bunun yanı sıra, bu araştırmada sağlık kuruluşunda bekleme süresinin 15 dakika ve üzerinde olan ve sağlık kuruluşu ile evi arasındaki mesafenin 15 dakika ve üzeri olan kadınlarda olan kadınların daha fazla istenmeyen gebelik yaşadıkları belirlense de aralarında anlamlı farklılık yoktur. Tüm bunlar topluma eşit ve yaygın sunulması gereken AP hizmetlerinin erişilebilirliğinde ciddi sorunlar olduğunun somut bir göstergesidir.

AP hizmetlerine erişemeyen kadınlarda istemsiz gebelikler sıklıkla rastlanmaktadır. Bu kadınların çoğu küretaj olmak istemektedir ancak, ülkelerin sosyal, kültürel, dini normlarına, yasal sınırlandırmalarına, güvensiz sağlık koşullarına bağlı olarak kadınların küretaj olma özgürlükleri kısıtlanmaktadır. Bu durum, istenmeyen gebelikleri sonlandırmak için sağlıksız ve ilkel yöntemlere başvurulmasına yol açmaktadır (Tezcan ve Ergöçmen 2012, [http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/events/2012ICCR\\_Askew.pdf](http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/events/2012ICCR_Askew.pdf), Erişim tarihi: 31 Mart 2016, <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/kurtaj-3574.html> Erişim tarihi: 31 Mart 2016). DSÖ'ye göre, gizli ve sağlıksız koşullarda yapılan küretajlar en sık (yaklaşık % 30) Güney Amerika ve Afrika'da görülmektedir. Bunun nedeni, Güney Amerika, Orta Asya ve Afrika'nın büyük çoğunluğunda küretajın yasak olmasından kaynaklı olabilir (TurkMSIC Görüş Bildirgesi 2012). Romanya'da da küretajın yasaklandığı 1966 ile 1989 yılları arasında 10 bin kadın sağlıksız koşullarda yapılan küretaj sonucu yaşamını yitirdiği bildirilmiştir (<http://www.tjod.org/turk-jinekoloji-ve-obstetrik-derneği-tjod-kurtaj-raporu/> Erişim Tarihi: 31 Mart 2016). Ülkemizde ise 1965 yılında kadının yaşamı tehlikeli olduğunda ve fetüsün sağlık sorunları durumunda yasal kılınmıştır ancak fazla nüfus sorunlarının devam ettiği 1980'lerde yeni bir düzenlemeye gidilerek küretajın gebeliğin ilk 10 haftasına kadar isteğe bağlı olarak sonlandırılmasına izin verilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 27 Mayıs 1983, sayı: 18059, Bozkurt 2012, <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/kurtaj-3574.html> Erişim tarihi: 31 Mart 2016). Bu yasa ile birlikte ülkemizde anne ölümlerinde azalmalar meydana gelmiştir. Tüm bunlar, nitelikli AP hizmetlerinin anne ölümlerini önlenemesindeki payının büyük olduğunu vurgulamaktadır. (Nour 2008). Bu hizmetin özellikle birinci basamakta kaliteli, sürekli ve her düzeyde yaygın olarak sunulması, karşılanmamış AP gereksinim düzeylerinin azalmasına ve toplumun AP konusunda yanlış inanışlarının önüne geçmesine neden olarak, bireylerin küretaja olan gereksinimlerinin yasal sınırlandırma olmaksızın azaltılabileceğini de göstermektedir (<http://www.tjod.org/turk-jinekoloji-ve-obstetrik-derneği-tjod-kurtaj-raporu/> Erişim tarihi: 31 Mart 2016).

Gebelik ve doğumla ilgili olay ve istenmeyen sonuçların en fazla yaşandığı dönem 15-49 yaş doğurganlık dönemidir. Bu dönemdeki kadınlara 15-49 yaş izlemlerinin yapılması kadın sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır (<http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/802-15-49-ya%C5%9F-kad%C4%B1n-izlemleri-program%C4%B1.html>, Erişim tarihi:

31 Mart 2016). Bu izlemlerin düzenli ve sürekli yapılması kadınların AP ile ilgili bilgi gereksinimleri karşılanmasına ve buna bağlı olarak kendilerine uygun ve etkili yöntemi seçmelerine ve uygulamalarına olanak sağlamaktadır. Bu araştırmada kadınların büyük bölümü 15-49 yaş izlemlerinin yapılmadığını ifade etmekte olup, istenmeyen gebeliklerin izlemi yapılmayan kadınlarda daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 22), ( $p>0.05$ ). Bu durum kadınların bağlı olduğu ASM'ye düzenli olarak gitmemesinden ve aile hekimi ve ASE'si ile sürekli olarak ilişki kurmamasından kaynaklı olabilir. Bu araştırmada aile hekimini ve ASE'sini tanımayan kadınların istenmeyen gebelik görülme düzeylerinin fazla olması da bu sonucu desteklemektedir. Nitekim Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlatılan aile hekimliği modeli, aile hekimlerinin halkını çok iyi tanınmasını ve kişilerin beklentilerinin farkında olup ASE'si ile birlikte gerekli danışmanlık, izlem, tanı, tedaviyi yürütmesini öngörmüştür. Ancak bu araştırmada 15-49 yaş izlemlerinin düzenli olarak yapılmaması ve beraberinde istenmeyen gebeliklerin sık görülmesi, yapılması gereken diğer izlemlerin de sürekli yapılmadığını ve AP danışmanlık hizmetlerinin ihmal edildiğini düşündürmektedir. Bu araştırmada AP ile ilgili bilgi gereksinimi olan ve olmayan kadınlarda benzer düzeyde istenmeyen gebelik yaşaması da bunu desteklemektedir ( $p>0.05$ ). Yanıkeşem ve Kitapçıoğlu (2008) çalışmasında ise, AP danışmanlığı alamayan kadınların istenmeyen gebelikleri daha fazla yaşadığı belirlenmiştir. Tüm bunlar AP hizmetlerinde sürekliliğin sağlanması adına ciddi sorunlar olduğunun bir göstergesidir. İstenmeyen gebeliklerin engellenmesi çerçevesinde yapılacak tüm girişimler, bireye ve topluma sosyal ve ekonomik katkılarının yanı sıra, isteyerek düşüklerin ve anne ölümlerinin azaltılması gibi olumlu sonuçlar ortaya çıkaracaktır (Sağlık Bakanlığı 2010).

##### **5.5. Aile Planlamasına Karşı Tutum**

Araştırmada kadınların yaşlarının APTÖ alt boyutlarının puan ortalamalarını etkilenmediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 24). Bu araştırmanın aksine, Çayan'ın 2010 yılında yapmış olduğu çalışmada 30-39 yaş grubundaki kadınların APTÖ puan ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç, kadınların yaşları ilerledikçe daha deneyimli ve yeterli sayıda çocuğa sahip olmalarına bağlı olarak AP'ye karşı tutumlarının olumlu yönde tutum sergilenmesinden dolayı olabilir.

Bu araştırmada eşlerin yaş ortalaması arttıka kadınların topluma ilişkin olumsuz tutum gsterdikleri, yonteme ilişkin ve gebeliğe ilişkin tutumlarının ise olumlu yonde değiştiği belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ), (Tablo 24). Kitiş ve arkadaşlarının 2003 yılında erkeklerin AP'ye ilişkin görüşleri üzerine yapılmış olan çalışmada, erkeklerin yaş ortalamasının artması ile AP'ye ilişkin olumlu tutumlarının da arttığı bildirilmiştir (Kitiş ve ark 2003). Bunun nedeni, erkeklerin yaşları ilerledikçe ideal ocuk sayısına ulaşmalarına bağlı olarak, AP'ye ilişkin görüşlerinin olumlu yonde değişmesine bağlanabilir.

Araştırma grubunun evlerine giren aylık gelir miktarı ile YİAÖ ve GİAÖ arasında pozitif yönlü, zayıf ilişki belirlenmiştir (Tablo 24). Buna göre, kadınların evlerine giren aylık geliri yükseldikçe yonteme ilişkin ve gebeliğe ilişkin daha fazla olumlu tutum gsterdikleri belirlenmiştir. Araştırmada modern yontem kullanan kadınların büyük bölümünün aylık gelirinin yüksek olması bu sonucu desteklemektedir. Çayan ve ark. (2009) yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde gelir durumu yükseldikçe YİAÖ ve GİAÖ puan ortalamalarının da yükseldiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar, Karabük ilinde sunulan AP hizmetlerinin gelir durumu düşük düzeyde olan kadınlarla yüksek düzeyde olan kadınlar arasında eşitliğin sağlanamadığı ve buna bağlı olarak kadınların AP hizmetlerine erişebilirliğinde ve hizmet sürekliliğinde sorunlar olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada kadınların ilk evlenme yaşları ile YİAÖ ve GİAÖ arasında pozitif yonde zayıf bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 24). Buna göre kadınların ilk evlenme yaşı yükseldikçe, yonteme ilişkin ve gebeliğe ilişkin daha fazla olumlu tutum gsterdikleri belirlenmiştir. Araştırmada diğer bulgular arasında yer alan ileri yaşta olan kadınların daha fazla modern yontem kullanması da bu sonucu desteklemektedir. Aynı zamanda Tezel ve arkadaşlarının 2015 yılında yapmış olduğu çalışmasında kadınların evlilik yıllarının artmasıyla APTÖ puan ortalamasının da arttığını belirlemiştir. Bu sonuç, araştırma sonuçlarımızla uyumlu olup, kadınların evlilik süresi arttıka istedikleri ocuk sayısına ulaştıklarına ve buna bağlı olarak AP yöntemlerine daha fazla gereksinim duyduklarını yansıtmaktadır.

Bu araştırmada, kadınların ilk gebelik yaşları ile YİAÖ boyutu arasında ise pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu görülmekte olup, ilk gebelik yaşı yükseldikçe yonteme ilişkin daha fazla olumlu tutum gsterdikleri belirlenmiştir (Tablo 24). Genç yaştaki kadınların



AP yöntemleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmaması ya da yöntemler hakkında doğru olmayan düşüncelere inanması bu sonucun ortaya çıkmasına neden olabilir. Öte yandan, kadınların ilk gebelik yaşları ile GİAÖ boyutu arasında negatif yönlü zayıf ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 24). Buna göre, kadınların ilk gebelik yaşları azaldıkça gebeliğe ilişkin daha fazla olumlu tutum gösterdikleri belirlenmiştir. Çayan'ın 2009 yılında yapmış olduğu çalışmasında da, kadınların gebeliğe ilişkin tutum puanlarının ilk doğum yaşı 20-29 yaş arasında olan gruplarda diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup, bu yaşlardaki kadınların gebeliğe ilişkin daha fazla olumlu tutuma sahip olduğu belirlenmiştir. Tüm bunlar, kadınların ilk gebeliklerine gösterdikleri önemi daha sonraki gebeliklerinde göstermediklerini ve buna bağlı olarak ileri yaşlarda olan gebelere doğum öncesi verilen eğitimlerinin geliştirilmesi gereğini yansıtmaktadır.

Bu araştırmada toplam gebelik sayısı ile YİAÖ boyutu arasında negatif yönlü orta ilişki belirlenmiş olup, kadınların toplam gebelik sayısının azalması ile yönetime ilişkin daha fazla olumlu tutum gösterdikleri görülmektedir (Tablo 24). Apay ve arkadaşlarının 2010 yılındaki çalışması da benzer şekilde gebelik sayısı azaldıkça APTÖ puan ortalaması yükseldiği görülmektedir. Bu sonuçlar, çok sayıda çocuğa sahip annelerin yönetime ilişkin doğru olmayan inanç ve tutuma sahip olması ve buna bağlı olarak çocuk sayısını kontrol edememesi ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmada yaşayan çocuk sayısı ile TİAÖ arasında anlamlı olmayan negatif yönlü orta ilişki bulunmaktadır. Buna göre, yaşayan çocuk sayısı arttıkça, kadınlar topluma ilişkin olumsuz tutum gösterdiği belirlenmiştir. Çayan'ın 2009 yılında yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlar, kadınların AP hizmetlerinden yeterince yararlanamamasından dolayı olabilir. Bunun yanı sıra, bu araştırmada yaşayan çocuk sayısı ile YİAÖ arasında anlamlı olmayan negatif yönlü orta ilişki olduğu görülmekte olup, yaşayan çocuk sayısı arttıkça kadınlar yönetime ilişkin olumsuz tutum sergiledikleri görülmektedir. Çayan'ın 2009 yılında yapmış olduğu çalışmada da bizim araştırmamızda olduğu gibi yaşayan çocuk sayısı arttıkça kadınların yöntem ilişkin olumsuz tutum gösterdikleri belirlenmiştir. Bu sonuçlar, AP hizmetlerindeki yetersizliklerinden dolayı, yöntemler hakkında doğru olmayan inanç ve tutuma sahip olan kadınların çocuk sayılarını kontrol edemediklerine bağlanabilir.

Araştırmada kadınların AP uygulamaları ile APTÖ alt boyutları arasındaki ilişkiye göre, modern yöntem kullanan ve yöntem kullmayan kadınlar YİAÖ boyutundan etkilenmektedir. Modern yöntem kullanan kadınlar yöntem kullanmaya göre YİAÖ'den daha yüksek puan aldıkları görölmektedir (Tablo 25). Apay ve arkadaşlarının 2010 yılında yapmış olduğu çalışmada da modern yöntem kullanan kadınların geleneksel yöntem kullananlara göre APTÖ'den, daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. Ayaz ve Efe'nin 2009 yılındaki çalışmasında ise, herhangi bir yöntem kullanan kadınların kullmayanlara göre APTÖ'den daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Tüm bunlar, AP'ye karşı olumlu tutumun AP yöntemlerini ve modern yöntem kullanımını arttıracığı düşüncesini desteklemektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Karabük ilinde doğurganlık çağındaki kadınların AP hizmetlerine karşı tutumlarının, hizmete erişim düzeylerinin ve hizmetlerin sürekliliğinin değerlendirilmesi amaçlayan bu araştırma, hizmetlerin mevcut durumunun tanımlanması ve yeterliliğine ilişkin bilgi sunması açısından önemli bilgiler sunmaktadır. Araştırmada kadınların AP uygulamaları ile ilgili bilgi açığının olması, en fazla kullanılan yöntemler arasında halen geri çekmenin yer alması, karşılanmamış AP gereksiniminin ülke genelinden yüksek olması, kadınların AP hizmetlerine erişiminde ve 15-49 yaş kadın izlemlerinin uygulamasında ciddi sorunlar olduğunu ortaya koymaktadır. AP hizmetlerinin etkinliğinin, sürekliliğinin ve erişilebilirliğinin sağlanması için risk gruplarına yönelik hizmetlerin planlanması ve uygulanması gerekmektedir. Bu doğrultuda aşağıdaki öneriler sunulabilir.

- AP hizmeti verilecek olan bölgenin bağlı olduğu aile hekimleri ve ASE'ler tarafından toplumun AP hizmet gereksinimi belirlenip, bu gereksinim temelinde hizmetler planlanmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü şekilde, aile hekimleri ve ASE'ler tarafından yılda iki kez 15-49 yaş kadın izlemlerinin uygulanmasına önem verilemelidir. Böylece, AP hizmetlerinin erişiminde ve hizmetlerin sürekliliğinde gelişme sağlanacaktır.
- AP yöntemlerinin yaygın kullanımı ve ücretsiz erişimi için, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yönetime ait malzeme araç ve gereçlerin düzenli ve yeterli sayıda dağıtımı yapılmalıdır.
- Kadın sağlığını önemli ölçüde etkileyen istenmeyen gebeliklerin sağlıklı ve güvenli olarak önlenmesi için, toplumda modern yöntem kullanımının artırılmasına yönelik programlar geliştirilmelidir.
- AP hizmetlerinde kırsal-kent arasındaki farkının ortadan kaldırılması için, kentteki aile hekimlerinin kırsal alanlarda yürütülen gezici sağlık hizmetlerinin sayısını ve niteliğini arttırmalıdır.
- AP danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması için verilecek olan eğitimlere kadınların eşleri ile birlikte katılımı sağlanmalı ve topluma yönelik AP eğitimleri arttırılmalıdır.

- Kontraseptif yöntemlerin en çok öğrenildiği kaynaklar dikkate alınarak, var olan AP hizmetlerinin daha sık kullanılmasına ve toplumun AP ile ilgili gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik çalışmalar arttırılmalıdır.
- AP danışmanlık hizmeti sağlanacak personelin eğitim gereksinimleri belirlenmeli ve bu gereksinimler doğrultusunda hizmet içi eğitim programlar hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.
- AP ile ilgili eğitim verecek hizmet sunucuları, eğitim vereceği grubun AP'ye karşı tutumlarını saptayarak bu doğrultuda eğitim planı hazırlanmalı ve uygulama esnasında bireylerle uygun sağlık ortamı ve iyi bir iletişim köprüsü oluşturmalıdır.

## 7. KAYNAKÇA

- Adalı E, Yıldızhan R, Ataman O. (2008). Acil Kontrasepsiyon, *Van Tıp Dergisi*: 15 (1):34-39.
- Akay HG. (1999). Aile Planlanması, Esin Yayınevi, İstanbul.
- Akın A, Özvarış Ş. (2012). Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler I.Cilt. Eds: Güler Ç, Akın L, 2. baskı, Hacettepe Üniversitesi Basımevi Ankara, s:209-367.
- Akın A, Özvarış ŞB. (1998). Türkiye’de Doğum ve Doğum sonu hizmetlerden yararlanma. Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 248.
- Akın A, Sevcen F. (2006). Türkiye’de Kadın Sağlığının Düzeyi ve AP Uygulamalarının Durumu, *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 2,(13).
- Akın L, Özyayın N, Aslan D. (2006). Türkiye ‘de Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanmalarını Etkileyen Faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48, 63-69.
- Aktoprak M. (2012). Evli Kadınlar ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve İlişkili Faktörler, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Doç Dr. B. Akın).
- Aktün LH. (2006). Enjectable Contraceptives, *Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci*;2(22):17-23.
- Altay B, Görener D. (2009) Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler, *Fırat Tıp Dergisi*;14(1): 56-64.
- Altuntaş F. (2010). Bolu Dörtdivan İlçesi’nde Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce, (Danışman: Yrd. Doç.Dr.AS Mayda).
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2015) Access to contraception. Committee Opinion No. 615. *Obstet Gynecol*;125:250–5.
- Apay A, Nazik E, Özdemir F, Pasinlioğlu T. (2010). Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13:3.
- Atış F, Yurdakul M, Öztürk M, Karaman M. (2010). Koitus İnterruptus Kullanım Nedenleri ve Yöntem Başarısını Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*; 5: (15), 31-44.
- Ay S, Yanikkerem E, Mutlu S. (2012). İstenmeyen Gebelik Yaşayan Kadınların Özellikleri ve Kontraseptif Yöntemleri Bırakma Nedenleri: Kırsal Alan Örneği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3).

- Ayaz S, Efe ŞY. (2009). Family planning attitudes of women and affecting factors. *J Turkish German Gynecol Assoc*, 10, 137-41.
- Babadağlı B, Şahin S. (2006). Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi ile SSK İzmit Hastanesi'nde Doğurganlık Dönemi Kadınların Aile Planlaması ve Danışmanlığı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Karşılaştırılması, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,1:2.
- Ballı F. (2011) Bayraklı İlçesi Cengizhan Mahallesi 18-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve İlişkili Erişim Faktörlerinin Değerlendirilmesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir, ( Doç.Dr. M. Çiçekçiöğlü)
- Bambal ÖÖ. Lağarlı T, Eser E, Filibeli M, Bilecenoğlu T, Çivi G, Taştekin E, Güngör Ş, Çetin O, Güngör M, Ayhan E, Kara T, Kahvecioğlu F. (2010). Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı kadınlarda bazı birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*;8(3).
- Barut B. (2005). Siyasal Reklamcılık Özelinde Siyasal Tutumların Oluşma Süreci, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 15, Sayı: 2, Sayfa: 295-317, Elazığ.
- Başaraner F. (2006). Üreme Çağındaki Kadınların Amenoreye Bakışı ve Amenore Yapan Doğum Kontrol Yöntemleri Hakkındaki Bilgi ve Tutumları. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. EZ. Tuzcuoğlu).
- Başer D, Kahveci R, Koç EM, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. (2015). Etkin Sağlık İstemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. *Ankara Med J*, 15(1):26-31.
- Bilgin S. (2011). Türkiye'de 2007-2009 Yılları Arasındaki Anne Ölümlerinin Önlenebilirliğini Etkileyen Risk Faktörleri, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. R. Aygün).
- Bozkurt B. (2013). Küretaj Yasalarının Nüfus Politikalarıyla İlişkisi,1960'larda Günümüze Türkiye. İstanbul.
- Bradley SE, Croft TN, Fishel JD, Westoff CF. (2012). Revising Unmet Need for Family Planning. DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- Büyükbayrak EE, Kars B, Karşıdağ AE, Dabak R, Kurtuluş H, Pirimoğlu ZM. (2010). Aile Planlaması Yöntemleriyle İlgili Tutumların Etkin Aile Planlaması Danışmanlık Hizmeti Öncesi ve Sonrasında Karşılaştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*,7(3), 228-34.

- Can M, Öncül S, Deşdemir A. (2012). 13.05.2009 erken yaşta evlilikler hakkında inceleme yapılmasına dair raporu: 13-17, erken yaşta evlilikler hakkında inceleme yapılmasına dair TBMM raporu
- Cangöl S. (2010). Lalapaşa Merkez İlçe’de Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumları, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Doç. Dr. G. Ekuklu).
- Çağlayan E, Kara M. Nildem A. (2014). Yozgat İlinde Yaşayan Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemler, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*; 36: 57-61.
- Çakmak A, Ertem M, Karazeybek H. (2007). Diyarbakır Çocuk Hastanesine Yatırılan Çocukların Annelerinin Sağlık Hizmetlerine Erişimi, *Türkiye Klinikleri J Pediatr*;16(2):82-9.
- Çakmak, A, Ertem M. (2005). Aile planlaması eğitimi için önemli bir fırsat: Bir çocuk hastanesine yatan hastaların anneleri Diyarbakır 2004. *Dicle Tıp Dergisi*, 32(4), 190-5.
- Çayan A. (2009). 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler İle İlişkisi. A.D.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (Danışman: Doç. Dr. Z. Karaçam).
- Çelik C. (2010). Değişim Sürecinde Türk Aile Yapısı ve Din Paradigmatik Anlam ve İşlev Farklılaşması. *Karadeniz Dergi*, 8, 25-35.
- Çiftçioğlu G. (2009). İleri Doğurganlık Yaşındaki Evli Kadınların ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Bu Konuda Eğitimin Etkisinin Değerlendirilmesi (Mardin/Kızıltepe Örneği), Mersin niversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Yrd.Doç. B. Karataş).
- Darroch JE, Singh S. (2013). Trends in Contraceptive Need and Use in Developing Countries in 2003, 2008, and 2012: An Analysis Of National Surveys, Vol. 381, Issue 9879, Pages 1756-1762.
- Demir K, Çabuk S. (2010). Türkiye’de Metropoliten Kentlerin Nüfus Gelişimi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*; 28/1, 193-215.
- Depe Y, Erener A. (2006). Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüş ve Davranışları, C.Ü *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,10.
- Dirican R. (1986). Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmış Yazıları–II: Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması, Türkiye’de Aile Planlaması Program Stratejisi Toplum ve Hekim, Sayı:41.

- Dündar C, Kaynar E, Pekşen Y. (2005). Samsun İli Merkez Sağlık İli Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Evli Ebelerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(4)243-246.
- Elbek O, Adaş EB. (2009). Sağlıkta dönüşüm: Eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1), 33-43.
- Eren D, Atak N, Özyurda F, Köse KS. (2013). Aile Planlaması Hizmeti Sunan Bir Birim Örneğinde Aile Planlaması ve Sağlıkta Dönüşüm, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt:28,Sayı:2.
- Ersöz HY, Özdemir S, Yavuz A, Akgeyik T, Şenocak H. (2003). Özelleştirmede Çalışanların Mülkiyet Sahipliği: Kardemir Örneği. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, (46), 3-42.
- Eser E. (2007). Birinci Basamak Sağlık Hizmeti, 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Denizli.
- ESHRE Capri Workshop Group. (2003). Hormonal contraception without estrogens. *Human Reproduction Update*, Vol.9, No.4 pp. 373±386.
- Eskiocak M. (Ed) (2007). Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi Çok Sektörlü Yaklaşım: Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Mi?. *Türk Tabipler Birliği Yayınları*, Ankara.
- Freedman JL, Sears DO, Carlsmith JM. (2003). Tutum ve davranış. Çev. Dönmez A. *Sosyal Psikoloji*. 4. Baskı, Ankara, İmge kitabevi; 357-363.
- Gerçek H, Kayhan P. (2011). Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi'nde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımındaki Değişim (2002-2009). *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 37 (1) 21-26.
- Giray H, Keskinoglu P. (2006). Işıkent Sağlık Ocağı'na Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Etkileyen Etmenler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(2).
- Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, Shah IH. (2006). Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic. *The Lancet*, 368(9550),1908-1919.
- Gurel SA, Gurel H. (1995). Gebelik Aralığı, Doğum Aralığı ve Sağlıklı Gebelik. *Perinatoloji Dergisi*;3:22-4.
- Güngör S, Başer İ, Göktolga Ü, Eşber Ö, Uğur K. (2006). Koitus Interruptus (Geri Çekme) Yönteminin Etkinliği ve Eğitim Seviyesinin Önemi, *Gülhane Tıp Dergisi*, 48: 8-10.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ulusal anne ölümleri çalışması 2005. (2006). Ankara.



- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008. (2009). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013. (2014). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Hamidanoğlu M. (2011). Şanlıurfa'da Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. İ. Koruk).
- Herdman EA, Korkmaz Ö. (2011). Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Eşitlik, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*;8 (1): 3-6.
- Işık Ş. (2005). Türkiye'de Kentleşme ve Kentleşme Modelleri. *Ege Coğrafya Dergisi*, 14, 57-71.
- İnceoğlu M.(2010). Tutum Algı İletişim, Beykent Üniversitesi Yayınevi, Beşinci Baskı, İstanbul.
- İtil Mİ (Ed). (2012). Oral Kontrasepsiyon Kılavuzu, İstanbul.
- Kabalcıoğlu F, Kurçer MA, Şimşek Z (2006), İstemsiz Düşük Yapan Kadınlara Verilen Aile Planlaması Danışmanlığının Önemi ve Şanlıurfa Doğumevi Deneyimi, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*;5(1):28-33.
- Kalak Ö. (2008). Aydın Doğumevi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kişilerin Aile Planlaması Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının ve Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Aydın, (Danışman: Doç. Dr. S. Aydın).
- Karabıyık, İ. (2012). Türkiye'de Çalışma Hayatında Kadın İstihdamı. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 32(1), 231-260.
- Karaman D, Köken G, Çoşar E, Şahin F, Arıöz DT, Yılmaz M. (2007). Çalışan ve Çalışmayan Fertil Çağındaki Kadınlarda İstemsiz Gebelik Sıklığı ve Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinin Araştırılması, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*;4,sayı:3, 190-4
- Kaşlı F. (2014). Aile Planlaması, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. MF. Gezgin).
- Kaya H, Tatlı H, Açık Y, Deveci SE. (2008). Bingöl İli Uydükent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi, *F.Ü. Sağlık Bilimlileri Dergisi*, 22 (4): 185 - 191.

- Kaynar B, Beydağ KD, Gök F. (2008). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemleri ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(8): 22-24.
- Kitapçioğlu G, Yanıkerem E. (2008) Manisa Doğumevinde Doğum Yapan Kadınların Doğurganlık Öyküleri, Aile Planlaması Davranışı ve Doğum Sonrası Aile Planlaması Danışmanlığı, *Ege Tıp Dergisi* 47(2): 87 - 92.
- Kitiş Y, Bilgili N, Karaçam Z. (2003). Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüşleri ve Karara Katılma durumları, *Sağlık ve Toplum Dergisi*,14(1):56-66
- Kocacık F, Gökkaya VB. (2005). Türkiye’de Çalışan Kadınlar ve Sorunları. *CÜ İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(1), 195-219.
- Kocaöz S, Peksoy S, Atabekoğlu CS. (2013). Kadınların Gebelikten Önce Kullandığı ve Doğum Sonrası Dönemde Kullanmayı Tercih Ettiği Kontraseptif Yöntemler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2;1.
- Kurtuluş H. (2009). Aile Planlaması Danışmanlığı Verilmesinin Yöntem Seçimine Etkileri, Dr Lütüfi Kırdal Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Uz.Dr.EE.Büyükbayrak).
- Kutlu R, Sayın S, Uçar M, Aslan R, Demirbaş O. (2014). Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenleri. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(3).
- Lağarlı, T, Eser E, Akdeniz M., Aydoğdu, B, Baklaya, Ü, Fıra, C,Topçu, K. (2011). Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerinde Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) İle Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1), 16-32.
- Mayda AS, Arslan T, Bozkurt HB, Dedeli İ, Özkan MÖ. (2005). Düzce İli Kalıcı Konutlar Bölgesinde 15-49 Yaş arası Kadınlarda Yöntem Kullanma Oranları ve Tercih Nedenleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4 (5)
- Mumcu N. (2004). Geleneksel Uygulama ve İnançların Aile Planlaması Yöntemleri Kullanımına Etkisinin İncelenmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. İV. Fenkçi).

- Naçar M, Öztürk A, Öztürk Y. (2003). Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Kullanmaya Etkisi, *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, 25 (3) 122-130.
- Nour NM. (2008). An İntroduction to Maternal Mortality. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, Spring 1(2),77.
- Oltuluoğlu H, Başer, M. (2012). Malatya İl Merkezinde Yaşayan Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve Seçme Nedenlerinin İncelenmesi+. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3):167-74.
- Oltuluoğlu H. (2008). Malatya İl Merkezinde Aile Planlaması Kullanan 15-49 yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M. Başer).
- Öcek Z, Çiçeklioğlu M, Yücel U, Özdemir R, Türk M, Taner Ş. (2013). Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü?. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara.
- Örsal Ö. (2007). Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(60), 155-164.
- Örsal Ö. (2006). Ankara Belediye Sınırları İçinde Yaşayan Bireyleri Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. H.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. G. Kubilay).
- Özçatal E Ö. (2011). Ataerkillik, Toplumsal Cinsiyet ve Kadının Çalışma Yaşamına Katılımı. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), 21-39.
- Özdemir F, Nazik E, Pasinlioğlu T. (2010). Determination of the motherly reactions to adolescents' experience of menarche. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 23(3), 153-157.
- Özdener N. (2006). Solaklı Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Erkeklerin Üreme Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyleri, Roller ve Gereksinimlerinin Araştırılması, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. E.Yoldaşcan)
- Özel A, Güraksın A, Ezmeci T, Hacıoğlu N. (1989). 15 Yaş Üstü Kadınların Bazı Özellikleri Üzerine Bir Araştırma. *Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni*, 21, (2): 285-295.

- Öztaş Ö, Arantaş A, Tekik, Yalçıntaş A, Üstü Y, Uğurlu M. (2015). 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları, *Med J*, Cilt 15, Sayı 2, Ankara.
- Özvarış ŞB, Ertan AE. (2003). Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşımı, Hüksam Yayınları, Ankara.
- Özvarış ŞB. (2009). Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar, Ankara.
- Pala K. (2015). Birinci basamakta kamu sağlık yöntemi El Kitabı, Palme Yayıncılık, Ankara.
- Sak ME, Evsen MS, Sak S, Çaça FN. (2008). Kontrasepsiyon Yöntemlerinin Etkinliği ve Kadınların Eğitim Düzeyi Güneydoğu Anadolu'da Bir İlçe Örneği, *Dicle Tıp Dergisi*, Cilt: 35, Sayı:4 , (265-270).
- Sedgh G, Hussain R, Bankole A, Singh S. (2007). Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method, Occasional Report No. 37.
- Sedgh, G, Singh S, Hussain R. (2014). Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 And Recent Trends. *Studies in Family Planning*,45(3), 301-314.
- Shah IH, Ahman E, Ortaylı N. (2014). Access to Safe Abortion: Progress and Challenges Since The 1994 International Conference on Population and Development (ICPD). *Contraception*, 90(6), S39-S48.
- Solter C. (1997). Module 1: Introduction To Family Planning And The Health Of Women And Children And An Overview Of Family Planning Methods, Medical Services Division Pathfinder International.
- Soyyigit R. (2002). Sanayileşmenin Türk Ailesi Üzerine Sosyal Etkileri. S.D.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, (Danışman: M. İşçi).
- Starfield B. (1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford University Press, USA.
- Stephenson R, Hennik M. (2004). Barriers To Family Planning Service Use Among The Urban Poor in Pakistan Opportunities And Choices Working, Opportunities and Choices Working Paper No.2.
- Stephenson R. (2004). Barriers to Family Planning Service Use among the Urban Poor in Pakistan, Opportunities And Choices Working Paper No.2.

- Şafak F. (2006). Kadınların Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi'nin Vermiş Olduğu Aile Planlaması Hizmetini Değerlendirme Üzerine Bir Pilot Çalışma, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. S. Kurtuluş).
- Şahin NH, Bulduk SB. (2004). Kontraseptif Yöntemler İçin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Uygunluk Ölçütleri, *Düzce Tıp fakültesi Dergisi*, 1:37-41 .
- Şankazan, Ş, Yıldız A. (2002). Ankara ili deliler köyündeki evli erkeklerin aile planlaması ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 55(01).
- Şen S, Kavlak O. (2011). Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 25(25).
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2008). Türkiye'de Kadın Durumu. Ankara.
- T.C. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı. (2012). Kırsal Alanda Kadının Güçlendirilmesi, Ulusal Eylem Planı 2012-2016. Ankara.
- T.C. Resmi Gazete Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri, 11 Temmuz 2003, Sayı:2003/81.
- T.C. Resmi Gazete Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 03 Ağustos 2011, Sayı: B.100.TSH 020.00.06 Ankara.
- T.C. Resmi Gazete. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 27 Mayıs 1983, Sayı: 18059, Ankara.
- T.C. Resmi Gazete. 557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 10 Nisan 1965, Sayı: 11976, Ankara.
- T.C. Resmi Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25 Mayıs 2010. Sayı: 27591, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011a). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Değerlendirme Raporu, 2003-2010, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2009b). Üreme Sağlığına Giriş, Katılımcı Rehberi, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, (2005a). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt I-Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, Damla Matbaa, Ankara.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, (2005b). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt II-Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, Damla Matbaa, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2007). Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Standartları, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlaması Yöntemi Uygulama Rehberi, Hizmet İçi Eğitim, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Daire Başkanlığı. (1997). Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İlişkileri, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2011b). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 849, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2014). Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 943, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No: SB-SAG-2014/5, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2004). Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Birinci Aşama, Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015. Ankara.
- T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2009a). Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, Ankara.
- Tanrıverdi G, Özkan A, Şenveli S. (2008). Çanakkale'deki Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri, *Fırat Tıp Dergisi*;13(4): 251-254.
- Taşkın L. (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Aile Planlaması/Gebeliğin Önlenmesi. Sistem Ofset Matbaacılık., Ankara: s.527-546.
- Tekiner AS, Çetin F, Ceyhun G, Kafkaslı A. (2010). Planlanmamış Gebelikler İle Kontraseptif Yöntemler Arasındaki İlişki, *Dirim Tıp Dergisi*, 85:2, 65-71.

- Tezcan S, Coşkun Y. (2004). Türkiye’de 20. Yüzyılın Son Çeyreğinde Kadınlarda İlk Evlenme Yaşı Değişimi ve Günümüz Evlilik Özellikleri, *Nüfusbilim Dergisi\Turkish Journal of Population Studies*, 26, 15-34.
- Tezcan S, Ergöçmen B. (2012). Türkiye’de İsteyerek Düşükler, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10:1.
- Tezel A, Gönenç İM, Akgün Ş, Karataş D, Yıldız T. (2015). Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Etkiyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 18:3.
- Tezer T. (2008). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamalarında Bakımda Sürekliliğin Durumu, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışman: Prof. Dr. N. Bozdemir).
- Tohma YA, Özdeğirmenci Ö, Coşkun B, Çolak E, Dilbaz B, Erkaya S. (2014). İstemli Gebelik Sonlandırılması, Bir Aile Planlaması Yöntemi Midir?. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 11(4).
- Toker SO. (2005). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Aile Planlaması Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Aile ve Toplum Yılı: 7 Cilt: 2*.
- Tokuç B, Eskiocak M, Saltık A. (2002). Acil Kontrasepsiyon. *Sted*; cilt 11, sayı 3;94
- Tokuç B, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. (2005). Edirne Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yöntem Kullanım Oranları, *Sted*, 14(1), 8-14.
- Torres A, Forrest JD. (1983). The cost of contraception, *Fam Plann Perspect.*;15(2):70-2.
- Tsui AO, Ochoa LH. (1992). Service proximity as a determinant of contraceptive behaviour: evidence from cross-national studies of survey data.
- Tsui, AO, Ochoa LH. (1992). Service Proximity as a Determinant of Contraceptive Behavior: Evidence from Cross-National Studies of Survey Data, in *The Role of Family Planning Programs as a Fertility Determinant*, Eds:J.Phillips J.Ross, Oxford University Press, London.
- TürkMSIC Görüş Bildirgesi. (2012). Küretaj’ın Yasal Düzenlemelerinin Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi.
- Türk R, Terzioğlu F. (2012). Geri çekme Yöntemi ve Kullanımını Etkileyen Faktörler (2012). *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* (3), 67-80.

- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2014). Seçilmiş Göstergelerle Karabük 2013. Yayın No: 4266-1307-0894, Ankara.
- Uçukoğlu N. (2003). Neoliberal politikalar, özelleştirme ve sanayiye etkileri. [Elektronik Journal], [http://www.metalurji.org.tr/dergi/dergi136/d136\\_5973](http://www.metalurji.org.tr/dergi/dergi136/d136_5973).
- UNFPA (2004). State Of World Population 2004, The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty.
- UNFPA. (2004). State of the World Population 2004. The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty. New York.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2013). Meeting Demand for Family Planning. Population facts. No. 2013/6.
- Ünlüoğlu İ. (2006). Lactational Amenorrhea Method, *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*;2(22):60-7.
- WHO (2011) Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. -- 6th ed
- Wingo PA, Higgins JE, Rubin GL, Zahniser SC. (1994). An Epidemiological Approach to Reproductive Health. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Wingo PA, Higgins JE, Rubin GL, Zahniser SC. 1994. An Epidemiological Approach to Reproductive Health. WHO/HRP/EPI, Geneva.
- Yakıt E, Coşkun AM. (2014). Toplumsal Açından Çocuk Yaşta Evlilikler Gerçeği: Hemşire ve Ebeğin Sorumluluğu, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(3):3-10.
- Yıldırım G, Turaçlar N, Bakır A, Özdemir L. (2003). Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 25(3): 99-104.
- Yıldırımkaya G. (2015). Evrensel Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erişim ve Türkiye'den Yansıyanlar, HÜKSAM, Ankara.
- Yurdakul M, Varılmaz N, Baş G, Özdemir Ö, Karakuş E. (2015). Yoksulluğun Anne ve Çocuk Sağlığına Etkileri, 6. Ulusal & 2. Uluslararası ebelik öğrencileri kongresi, sözel sunum bildirileri. İstanbul.
- Yurdakul M, Vural G. (2002). Reasons for Using Traditional Methods and Role of Nurses in Family Planning, Contraception, Volume 65, Number 1, 347-350.



## 8. EKLER LİSTESİ

### Ek 1. Araştırma grubunun Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanları

İFADE	Tamamen Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Tamamen Katılmıyorum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir.	0	0.0	25	8.3	6	2.0	205	68.3	64	21.3	300	100.0
2.Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar.	2	0.7	52	17.3	6	2.0	204	68.0	36	12.0	300	100.0
3.Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler.	0	0.0	37	12.3	9	3.0	223	74.3	31	10.3	300	100.0
4.Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur.	3	1.0	43	14.3	5	1.7	217	72.3	32	10.7	300	100.0
5.Ailede çok çocuğun olması gelecekte kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir.	5	1.7	113	37.7	15	5.0	147	49.0	20	6.7	300	100.0
6.Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır.	0	0.0	23	7.7	7	2.3	217	72.3	52	17.3	300	100.0
7.Kadının asli görevi doğurmak özdeyişi doğrudur.	2	0.7	32	10.7	3	1.0	214	71.3	49	16.3	300	100.0
8.Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır.	4	1.3	77	25.7	11	3.7	189	63.0	19	6.3	300	100.0
9.Doğan her çocuğun rızkını “Allah” verir.	38	12.7	176	58.7	5	1.7	74	24.7	7	2.3	300	100.0
10.Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır.	2	0.7	49	16.3	58	19.3	176	58.7	15	5.0	300	100.0
11.Kaynanalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez.	4	1.3	56	18.7	10	3.3	207	69.0	23	7.7	300	100.0
12.Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir.	2	0.7	23	7.7	3	1.0	232	77.3	40	13.3	300	100.0
13.Erkek adamın erkek damadı olur.	0	0.0	21	7.0	5	1.7	237	79.0	37	12.3	300	100.0
14.Erkek adamın erkek çocuğu olur.	1	0.3	18	6.0	3	1.0	239	79.7	39	13.0	300	100.0
15.Kız çocuk varsa çocuğum var denilir.	3	1.0	29	9.7	15	5.0	223	74.3	30	10.0	300	100.0
16.Spiral baş ağrısı yapar.	2	0.7	35	11.7	157	52.3	98	32.7	8	2.7	300	100.0
17.Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır.	1	0.3	37	12.3	158	52.7	98	32.7	6	2.0	300	100.0
18.Spiralin mideye kaçacağından korkulur.	3	1.0	62	20.7	105	35.0	114	38.0	16	5.3	300	100.0

**Ek 1. Araştırma grubunun Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanları (devam)**

19.Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur.	4	1.3	103	34.3	87	29.0	102	34.0	4	1.3	300	100.0
20.Doğum kontrol yöntemi cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür.	1	0.3	85	28.3	61	20.3	141	47.0	12	4.0	300	100.0
21.Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı/arzusunu az olur.	1	0.3	82	27.3	67	22.3	139	46.3	11	3.7	300	100.0
22.Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur.	1	0.3	82	27.3	62	20.7	146	48.7	9	3.0	300	100.0
23.Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz.	0	0.0	31	10.3	128	42.7	129	43.0	12	4.0	300	100.0
24.Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz.	0	0.0	34	11.3	119	39.7	134	44.7	13	4.3	300	100.0
25.Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybeder.	0	0.0	32	10.7	127	42.3	127	42.3	14	4.7	300	100.0
26.Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur / erkekleşir.	1	0.3	44	14.7	103	34.3	137	45.7	15	5.0	300	100.0
27.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum.	1	0.3	114	38.0	24	8.0	155	51.7	4	1.3	300	100.0
28.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum.	1	0.3	71	23.7	17	5.7	205	68.3	6	2.0	300	100.0
29.Gebelik kadını çekici hale getirir.	1	0.3	67	22.3	21	7.0	197	65.7	14	4.7	300	100.0
30.Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir.	1	0.3	56	18.7	13	4.3	214	71.3	16	5.3	300	100.0
31.Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir.	3	1.0	41	13.7	18	6.0	226	75.3	12	4.0	300	100.0
32.Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir.	9	3.0	121	40.3	14	4.7	138	46.0	18	6.0	300	100.0
33.Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir.	1	0.3	17	5.7	18	6.0	239	79.7	25	8.3	300	100.0
34.Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum.	3	1.0	15	5.0	5	1.7	248	82.7	29	9.7	300	100.0

## Ek 2. Genel Soru Formu

Karabük İlinde Doğurganlık Çağındaki Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerine Erişiminin ve Hizmetlerin Sürekliliğinin Değerlendirilmesi

Değerli Katılımcı,

Bu soru formu, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yürütülen bir yüksek lisans tezi kapsamında hazırlanmıştır. Ankete vermiş olduğunuz cevaplar bireysel olarak değerlendirilmeyecek ve kesinlikle gizli kalacaktır. Araştırmada güvenilir sonuçların üretilmesi için lütfen tüm soruları eksiksiz cevaplayınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Merve KARAÇALI

**Anket No:**

**İlçe:**

**Belde/ Köy:**

**1. Yaşınız? .....**

**2. Eğitim düzeyiniz nedir?**

- 1) Okuryazar değil                      3) İlkokul mezunu                      5) Lise mezunu  
2) Okuryazar                              4) Ortaokul mezunu                      6) Üniversite mezunu

**3. Mesleğiniz nedir? .....**

**4. Çalışma durumunuz nedir?**

- 1) Çalışıyor                              2) Çalışmıyor

**5. Medeni durumunuz nedir?**

- 1) Bekar                              2) Evli                              3) Dul/Boşanmış                              4) Ayrı yaşıyor

**6. Eşinizin yaşı? .....**

**7. Eşinizin çalışma durumu?**

- 1) Çalışıyor                              2) Çalışmıyor

**8. Evinize bir ayda giren toplam gelir miktarını belirtiniz .....**

**9. Eşiniz ile aranızda akraba evliliği var mı?**

- 1) Var ( Derecesi .....)                      2) Yok

**10. Aile tipiniz?**

- 1) Çekirdek aile
- 2) Geniş aile (Hanede yaşayan kişiler .....

**11. Ne kadar süredir bu mahalle/köyde yaşıyorsunuz? .....**

**12. Başka bir ilden göç ettiniz ise;**

- 1) Nereden göç ettiniz? .....
- 2) Ne zaman göç ettiniz? .....

**13. Aşağıda doğurganlık özellikleriniz ile ilgili soruları cevaplayınız.**

Özellik	Yaş
İlk adet yaşıınız?	
Evlenme yaşıınız?	
İlk gebelik yaşıınız?	
	<b>Sayı</b>
Toplam gebelik sayınız?	
Canlı doğum sayınız?	
Ölü doğum sayınız?	
İsteyerek düşük sayınız?	
Kendiliğinden düşük sayınız?	
Tıbbi bir sorun nedeniyle küretaj sayınız?	
Yaşayan çocuk sayınız?	
Çocuklarınızın yaşlarını belirtiniz	

**14. Sizce iki gebelik arasında ne kadar süre olmalıdır?**

- 1) En az **altı ay**
- 2) En az **bir yıl**
- 3) En az **iki yıl**
- 4) İki gebelik arasındaki süre önemli değildir.
- 5) Bilmiyorum

**15. İdeal/istediğiniz çocuk sayısını belirtiniz .....**

**16. Eşinizin ideal/istediğiniz çocuk sayısını belirtiniz .....**

**17. En son/şuandaki gebeliğiniz planlı mıydı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**18. Aşağıdaki gebeliği önlemede kullanılan yöntemler sunulmuştur. Bu yöntemler arasından, bildiğiniz yöntemleri ve bu yöntemlerin etkili mi yoksa etkisiz mi olduğunu belirtiniz.**

<b>Yöntem adı</b>	<b>Duydum</b>	<b>Biliyorum</b>	<b>Bilmiyorum</b>	<b>Etkili</b>	<b>Etkisiz</b>	<b>Etkisini Bilmiyorum</b>
Spiral						
Prezervatif (Kondom)						
Hap						
Enjeksiyon (Depo Provera)						
Deri altı implantı						
Kadında tüpleri bağlatma						
Erkeklerde tüpleri bağlatma						
Geri Çekme						
Vajinal duş						
Diyafram/köpük/jel/fitil						
Takvim yöntemi						
Emzirme						
Acil korunma hâpı (ertesi gün hâpı)						
Diğer (belirtiniz)						

19. Aşağıdaki gebeliği önleyici yöntemlerden kullandığınız varsa ne zaman kullandığınızı ve süresini belirtiniz.

Yöntem adı	Eskiden Kullandım	Ne kadar süre kullandınız?	Nereden aldınız?	Şimdi Kullanıyorum	Ne zamandan beri kullanıyor sunuz?	Nereden aldınız?
Spiral						
Prezervatif (Kondom)						
Hap						
Enjeksiyon (Depo Provera)						
Deri altı implantı						
Kadın Tüpleri Bağlatma						
Erkek Tüpleri Bağlatma						
Geri Çekme						
Vajinal duş						
Diyafram/köpük /jel/fital						
Takvim yöntemi						
Emzirme						
Acil korunma hâpı (ertesi gün hâpı)						
Diğer (belirtiniz)						
<b>Hiçbir yöntem kullanmadım/ kullanmıyorum</b>						

20. Son bir yıl içinde herhangi bir yöntemle başlayıp bıraktığınız oldu mu?

- 1) Evet (Nedenini belirtiniz .....)
- 2) Hayır

**21. En son kullandığınız aile planlaması yöntemini seçme nedeniniz nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Yan etkisi ve sağlık açısından riski yok
- 2) Kullanımı rahat ve güvenli
- 3) Kullanabileceğim başka uygun bir yöntem bilmiyorum
- 4) Eşim bu yöntemi tercih ediyor
- 5) Gebelikten korunmada en etkili yöntem olduğunu düşünüyorum
- 6) Sağlık personeli (doktor, ebe, hemşire, sağlık memuru vb.) önerisi ile bu yöntemi kullanıyorum
- 7) Komşumun/arkadaşımın önerisi ile bu yöntemi kullanıyorum
- 8) Gazete,/dergi/ TV/ internetten öğrendim
- 9) Ekonomik/ucuz bir yöntem olduğu için kullanıyorum
- 10) Ücret ödemediğim için kullanıyorum
- 11) Bu yönteme istediğim zaman rahatlıkla ulaşabildiğim için kullanıyorum
- 12) Diğer (Belirtiniz .....

**22. Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmama nedeniniz nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Gebe kalmak istiyorum
- 2) Şuanda gebeyim
- 3) Şuanda emzikliyim
- 4) Cinsel ilişkim yok
- 5) Hangi yöntem kullanmam gerektiğini bilmiyorum
- 6) Uygun yöntemi nereden sağlayabileceğimi bilmiyorum
- 7) Eşim aile planlaması yöntemi kullanmamı istemiyor (Nedeni .....
- 8) Dini inancıma göre günah olduğu için kullanmıyorum
- 9) Kısırlığa yol açtığını düşündüğüm için kullanmıyorum
- 10) Ücretli olduğu için alamıyorum
- 11) Sağlık kuruluşlarında bulunmuyor
- 12) Bu konu beni utandırdığı için sağlık kuruluşundan bilgi isteyemiyorum
- 13) Diğer (Belirtiniz .....

**23. Kullandığınız aile planlaması yöntemi için para ödediniz mi/ödüyor musunuz?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**24. Sizce küretaj aile planlaması yöntemleri arasında yer alır mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**25. Aşağıda bazı sağlık kuruluşlarının isimleri verilmiştir. Bu kuruluşlar arasında aile planlaması hizmeti verdiğini bildiğiniz kuruluş/kuruluşları belirtiniz.**

- 1) Aile Sağlığı Merkezi
- 2) Toplum Sağlığı Merkezi
- 3) Hastane
- 4) Özel hastane
- 5) Bilmiyorum

**26. Bağlı olduğunuz aile sağlığı Merkezinin yerini biliyor musunuz?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**27. Bağlı olduğunuz aile hekimini biliyor musunuz?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**28. Sizinle ilgilenen aile sağlığı elemanını biliyor musunuz?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**29. Bağlı olduğunuz toplum sağlığı Merkezinin yerini biliyor musunuz?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**30. Üreme sağlığı sorunları/aile planlaması ile ilgili hizmet almak (15-49 yaş izlemi) amacıyla bağlı olduğunuz aile sağlığı merkezine en son ne zaman gittiniz?**

- 1) Son 6 ay içinde
- 2) 6 ay- 1 yıl önce
- 3) Bir yıldan fazla süre önce
- 4) Hatırlamıyorum
- 5) Hiç gitmedim

**31. Ne tür hizmet aldınız?.....( 32. Soruya hiç gitmedim şıkkını işaretlediyseniz bu soruyu cevaplamayınız)**

**32. Üreme sağlığı sorunları/aile planlaması ile ilgili hizmet almak (15-49 yaş izlemi) amacıyla bağlı olduğunuz aile sağlığı merkezinden en son ne zaman çağrıldınız?**

- 1) Son 6 ay içinde
- 2) 6 ay- 1 yıl önce
- 3) Bir yıldan fazla süre önce
- 4) Hiç çağrılmadım

**33. Aile planlaması hakkında bilgi/danışmanlık almak ister misiniz?**

- 1) Evet
- 2) Hayır



**34. Bağlı olduğunuz aile sağlığı merkezi ile eviniz arasındaki araçla olan mesafe ne kadar?**

- 1) 15 dk altı
- 2) 15-30 dk
- 3) 30-45 dk
- 4) 45-60 dk
- 5) 60 dk üzeri

**35. Bağlı olduğunuz aile sağlığı merkezinde bekleme süresiniz ne kadar?**

- 1) 15 dk altı
- 2) 15-30 dk
- 3) 30-45 dk
- 4) 45-60 dk
- 5) 60 dk üzeri

**36. Aile planlaması konusunda hizmet alırken hangi sağlık personeli ile rahat iletişim kurabiliyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlebilirsiniz)**

- 1) Bayan hekim
- 2) Erkek hekim
- 3) Bayan hekim dışı sağlık personeli (ebe/hemşire vb)
- 4) Erkek hekim dışı sağlık personeli
- 5) Hiçbiri ile iletişim kuramıyorum

**37. Sizce 15-49 yaş arası üreme çağındaki kadınlara düzenli sağlık kontrolü yapılmalı mı?**

- 1) Evet ( Nerede? .....
- 2) Hayır

### Ek 3. Aile Planlaması Tutum Ölçeği

İFADE	Tamamen Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Tamamen Katılmıyorum	
1.Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir.										
2.Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar.										
3.Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler.										
4.Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur.										
5.Ailede çok çocuğun olması gelecekte kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir.										
6.Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır.										
7.Kadının asli görevi doğurmak özdeyişi doğrudur.										
8.Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır.										
9.Doğan her çocuğun rızkını “Allah” verir.										
10.Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır.										
11.Kaynanalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez.										
12.Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir.										
13.Erkek adamın erkek damadı olur.										
14.Erkek adamın erkek çocuğu olur.										
15.Kız çocuk varsa çocuğum var denilir.										
16.Spiral baş ağrısı yapar.										
17.Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır.										
18.Spiralin mideye kaçacağından korkulur.										

### Ek 3. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (devam)

19.Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur.											
20.Doğum kontrol yöntemi cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür.											
21.Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı/arzusu az olur.											
22.Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur.											
23.Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz.											
24.Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz.											
25.Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybeder.											
26.Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur / erkekleşir.											
27.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum.											
28.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum.											
29.Gebelik kadını çekici hale getirir.											
30.Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir.											
31.Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir.											
32.Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir.											
33.Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir.											
34.Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum.											

**Ek 4. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul izni**



**T.C.  
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

**TOPLANTI TARİHİ** : 09/12/2014  
**TOPLANTI NO** : 2014/23

**KARARLAR :**

- 4- Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2014-186-09/12 Protokol no'lu "Karabük İlinde Doğurganlık Çağındaki Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerine Erişiminin ve Hizmetlerin Sürekliliğinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

**A S L I G İ B İ D İ R**

**Doç. Dr. Günnür ÖZBAKIŞ DENGİZ**  
**B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı**

## Ek 4. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul izni (devam)

### B.E.Ü. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Karabük İlinde Doğurganlık Çağındaki Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerine Erişiminin ve Hizmetlerin Sürekliliğinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2014-186-09/12

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 09/12/2014	Tarih: 2014/23
	Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan ve yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

B.E.Ü. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Günnur ÖZBAKIŞ DENGİZ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Günnur ÖZBAKIŞ DENGİZ (Başkan)	Tıbbi Farmakoloji	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hilal AYOĞLU (Başkan Yrd.)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ercan GENCER (Bildirimlerden sorumlu üye)	Fizyoloji	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Banu DOĞAN GÜN	Tıbbi Patoloji	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Taner BAYRAKTAROĞLU	İç Hastalıkları	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU	Halk Sağlığı	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali Uğur EMRE	Genel Cerrahi	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sadık TOPRAK	Adli Tıp	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet ARASLI	İmmünoloji	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İbrahim Etem PIŞKIN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel KOÇAK	Endodonti	B.E.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Meltem KÜRTÜNCÜ	Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği	B.E.Ü. Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. İbrahim Kerem ERTEM	Hukuk	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Ecz. Mehmet Kıvanç ERDEM	Eczacı	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğret. Aysel KESER	Biyoloji	Zonguldak Atatürk Anadolu Lisesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Doç. Dr. Günnur ÖZBAKIŞ DENGİZ  
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı  
İmza:

## Ek 5. Karabük Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ araştırma izni

### KOMİSYON RAPORU

Karab¼k niversitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ Ebelik Anabilim Dalında y¼ksek lisans ğrencisi olan Merve KARAÇALI'nın 25.02.2015 tarih ve 1783 sayılı yazısı ile "Karab¼k İlinde Doğurganlık Çağındaki Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerine Erişiminin ve Hizmetlerin S¼reklilięinin Değerlendirilmesi" başlıklı bilimsel araştırma projesi için izin talebinde bulunmuştur.

Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde gerçekleşecek olan araştırmalarda da bu merkezlerde çalışan personelden g¼n¼ll¼ olduklarına dair belge alınması, araştırmaya katılacak olan ebe, hemşire, sağlık elemanı ve doktorların araştırma sonucundaki verilerinin şahsın izni olmadan ¼nc¼ kişilerle paylaşılmaması, yapılacak çalışmalarda aile sağlığı merkezinin işleyişi ve g¼venilirlięine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından çalışmanın y¼r¼t¼lmesi, çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin M¼d¼rl¼ę¼m¼ze g¼nderilmesi gerekmektedir.

Araştırmanın gerçekleşeceği kurumlarda y¼r¼t¼len işlerin aksatılmamasına, çalışan personelin iş yapma motivasyonunu ve dikkatini dağıtmamasına, araştırmanın b¼t¼n sorumluluğunun araştırmacı tarafından stlenilmesine dikkat edilmelidir.

Tıbbi Deontoloji T¼z¼ę¼ ve Hasta Hakları Y¼netmelięi çerçevesinde Merve KARAÇALI'nın "Karab¼k İlinde Doğurganlık Çağındaki Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerine Erişiminin ve Hizmetlerin S¼reklilięinin Değerlendirilmesi" konulu araştırma projesini gerçekleştirmesi 09.12.2014 tarih ve 2014/23 sayılı B¼lent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığının kararına istinaden istinaden komisyonumuzca uygun g¼r¼lm¼řt¼r. 27.02.2015

Dr. Simge ZG¼NER  
Halk Sağ. M¼d¼r Yard.  
Başkan

Dr. Tuhan SARICI  
şube M¼d¼r¼

Nuri SEKİ  
şube M¼d¼r¼

Metin ZT¼RK  
şube M¼d¼r¼

Recep AY  
şube M¼d¼r¼

## 9. ÖZGEÇMİŞ

Merve KARAÇALI 1991'de Samsun'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamladı; Çarşamba Ali Fuat Başgil Anadolu Lisesi'nden mezun olduktan sonra 2009 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'ne girdi ve 2013 yılında *bölüm üçüncülüğü* derecesi ile mezun oldu. 2014 yılı ocak ayı itibariyle Karabük-Eflani Toplum Sağlığı Merkezi'nde göreve başladı. Halen; 2013 yılında Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda başlamış olduğu yüksek lisans programını sürdürmektedir.

### **ADRES BİLGİLERİ**

Adres: Rasathane mah. Atlas sok. Mimar Sinan apt. No:2/1

İlkadım/SAMSUN

Tel: (546) 415 64 69

Faks: (224) 234 4546

E-posta: mrv\_karacali@hotmail.com