



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**EVLİLİK KARARI ALAN ÇİFTLERİN  
DOĞURGANLIK VE EBEVEYNLİĞE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ  
İLE AİLE PLANLAMASI TUTUMLARI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ebru ÖZCAN**

**Samsun  
Haziran-2018**





ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**EVİLİK KARARI ALAN ÇİFTLERİN  
DOĞURGANLIK VE EBEVEYNLİĞE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ  
İLE AİLE PLANLAMASI TUTUMLARI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ebru ÖZCAN**

**Danışman**

**Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN**

**Samsun**

**Haziran-2018**

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ebru ÖZCAN tarafından Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN danışmanlığında hazırlanan "Evlilik Kararı Alan Çiftlerin Doğurganlık ve Ebeveynliğe İlişkin Görüşleri ile Aile Planlaması Tutumları" başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 26/06/2018 tarihinde yapılan sınav ile Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan: Prof. Dr. Özen KULAKAÇ  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN  
Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi



ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / .... /2018.....

Prof. Dr. Ahmet UZUN  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Tüm yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmamın her aşamasında benden yardımlarını, zamanını, sabrını, hoşgörüsünü ve güler yüzünü esirgemeyen, pozitif bakış açısıyla bu süreci en güzel şekilde değerlendirmemi sağlayan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğr.Üyesi Serap TOPATAN'a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkısı bulunan ve değerli sözleriyle bundan sonraki meslek hayatıma da ışık tutacak olan Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Özen KULAKAÇ'a,

Yüksek lisansa başladığım daha ilk hafta “sanırım yapamayacağım” dediğim bir anda tüm içtenliğiyle bana kapılarını açan ve cesaret veren Sayın Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN'e,

Yüksek lisans kayıt aşamasında benimle birlikte koşturan ve yetişebilmem için çaba harcayan çocukluk arkadaşım Duygu ÇALIK'a,

Tez çalışmam sırasında bana destek olan arkadaşlarım Uzman Hemşire Arzu AKDEMİR'e, Öğr.Gör.Yasemin ÖZYER'e ve Öğr.Gör. Sümeyye BAL'a, Duygu ÇALIK'a,

Çalışmamın veri toplama aşamasını yürüttüğüm İlkadım Toplum Sağlığı Merkezi AÇSAP'da çalışan tüm meslektaşlarıma,

Her zaman olduğu gibi maddi manevi her sıkıntıda yanımda olan başta canım annem, babam ve eşim olmak üzere tüm aileme, biricik çocuklarım Güneş Erva ve Girayhan'a...

*Sonsuz Teşekkür Ediyorm...*

## ÖZET

### EVLİLİK KARARI ALAN ÇİFTLERİN DOĞURGANLIK VE EBEVEYNLİĞE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ İLE AİLE PLANLAMASI TUTUMLARI

**Amaç:** Bu çalışma evlilik kararı alan çiftlerin doğurganlık ve ebeveynliğe ilişkin görüşleri ile aile planlaması tutumlarını incelemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Araştırma, Temmuz 2017- Eylül 2017 tarihleri arasında Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı İlkadım Toplum Sağlığı Merkezi Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezine evlilik nedeniyle sağlık raporu almak üzere çift olarak başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü 252 çift (504 kişi) ile gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından literatür tarama yoluyla geliştirilen kadın ve erkeğe ait soru formu (Ek 1 ve Ek 2) ve “Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Ek 3)” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi, IBM SPSS V23 ile yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamaları  $25,29 \pm 4,68$ , erkeklerin ise  $27,84 \pm 4,30$ 'dur. Çiftlerin tamamına yakınının çocuk sahibi olmak istedikleri ve çocuk sahibi olmayı çok önemli buldukları saptanmıştır. APTÖ (Aile Planlaması Tutum Ölçeği) ortanca değeri kadınlarda 117(34-170), erkeklerde 112,5(34 -170)'dir ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir ( $p=0,004$ ). Çiftlerin çocuk sahibi olmak için en önemli kriterleri, istikrarlı bir ilişki ve sorumluluğu paylaşacak bir partnere sahip olmaktır. Ebeveyn olduklarında ise birey olarak gelişeceklerini, gerçek bir aile olacaklarını ve yaşamın daha eğlenceli hale geleceğini düşünmektedirler.

**Sonuç :** Katılımcıların APTÖ puanlarının ve doğurganlık farkındalıklarının orta düzeyde olduğu ve çiftlerin ebeveynliğe yönelik pozitif yönde ve benzer görüşlere sahip oldukları belirlenmiştir. Doğum ve kadın sağlığı hemşireleri tarafından evlilik kararı alan çiftlere eğitim verilmesi ve doğurganlığa ilişkin ulusal düzeyde farkındalık yaratmak için daha fazla çalışmaya öncelik verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile planlaması; Doğurganlık farkındalığı; Ebeveynlik; Hemşirelik; Tutum.

Ebru, ÖZCAN, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Haziran-2018

## ABSTRACT

### OPINIONS ON FERTILITY AND PARENTING AND FAMILY PLANNING ATTITUDES IN COUPLES WHO DECIDED TO GET MARRIED

**Objective:** This cross-sectional study aimed to examine opinions on fertility and parenting and family planning attitudes in couples who decided to get married.

**Material and Method:** The study was conducted with 504 people (252 couples) who admitted to the İlkadım Public Health Center's Mother Child Health and Family Planning Center between July and September 2017 in order to obtain a health certificate to get married and who agreed to participate in the study. Data was collected using the questionnaire form (Appendix 1 and Appendix 2) developed by the researcher according to the literature and the "Family Planning Attitudes Scale" (Appendix 3). Data was analyzed using the IBM SPSS V23 software.

**Results:** Mean age of the women was  $25.29 \pm 4.68$ , while mean age of the men was  $27,84 \pm 4,30$ . It was determined that almost all of the couples wanted to have children and that they found having children very important. Mean FPAS (Family Planning Attitudes Scale) total score was 117(34 -170) in women and 112.5(34 -170) in men and showed a significant difference by gender ( $p=0.004$ ). The most important criteria for having children was found to be a steady relationship and having a partner who is willing to share this responsibility. The couples thought that they would progress as individuals, be a real family, and that life would be more fun when they became parents.

**Conclusion:** It was determined that the participants had FPAS scores and fertility awareness at medium levels and that the couples had positive and similar opinions on parenting. It is recommended for obstetrics nurses to provide training for couples who decided to get married and also to prioritize research in order to increase national awareness on fertility.

**Keywords:** Attitude; Family planning; Fertility awareness; Nursing; Parenting.

Ebru ÖZCAN, Master's Thesis

Ondokuz Mayıs University - Samsun, January-2018

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ABD</b>	:	Amerika Birleşik Devletleri
<b>AÇSAP</b>	:	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
<b>AP</b>	:	Aile Planlaması
<b>APTÖ</b>	:	Aile Planlaması Tutum Ölçeği
<b>CYBH</b>	:	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
<b>DSÖ</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü
<b>GİAÖ</b>	:	Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek
<b>ICPD</b>	:	International Conference on Population and Development- Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
<b>IPPF</b>	:	International Planned Parenthood Federation-Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu
<b>MÖ</b>	:	Milattan Önce
<b>PEW</b>	:	Pew Research Center
<b>RIA</b>	:	Rahim İçi Araç
<b>SPSS</b>	:	Statistical Package for Social Sciences
<b>T.C.</b>	:	Türkiye Cumhuriyeti
<b>TİAÖ</b>	:	Topluma İlişkin Alt Ölçek
<b>TNSA</b>	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TÜİK</b>	:	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UN</b>	:	United Nations
<b>UNFPA</b>	:	United Nations Population Fund
<b>UNICEF</b>	:	United Nations International Children's Emergency Fund
<b>WHO</b>	:	World Health Organisation
<b>YİAÖ</b>	:	Yönteme İlişkin Alt Ölçeği



## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>ÖZET</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	vi
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	vii
<b>1.GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	6
2.1. Evlilik ve Ebeveynlik.....	6
2.1.1. Evlilik Kararı ve İlk Evlilik Yaşı.....	6
2.1.2. Ebeveyn Olma Kararı .....	9
2.1.3. Bilinçli Ebeveyn Özellikleri .....	11
2.1.4. Evlilik Öncesi Eğitim Programları .....	13
2.2. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Doğurganlık Tercihleri .....	15
2.2.1. Dünyada ve Türkiye’de Doğurganlık .....	15
2.2.2. Doğurganlık Farkındalığı ve Doğurganlığın Düzenlenmesi.....	17
2.2.3. Doğurganlık (Üreme) Hakları ve Sağlık Bakım Sistemi.....	18
2.3. Aile Planlaması .....	21
2.3.1. Aile Planlaması ve Tarihsel Gelişimi .....	21
2.3.2. Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması.....	23
2.3.3. Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş .....	24
2.3.4. Güvenli Annelik.....	26
2.4. Aile Planlaması Tutumu ve Doğurganlık Arasındaki İlişki.....	28
2.5. Ebeveyn Olma Kararı ve Doğurganlık Farkındalığının Sağlanmasında Hemşirenin Rolü.....	31
<b>3. MATERYAL VE METOT</b> .....	<b>35</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	35
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	35

3.4. Verilerin Toplanması .....	35
3.5. Veri Toplama Araçları .....	36
3.5.1. Soru Formu .....	36
3.5.2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği.....	36
3.6. İstatistiksel Değerlendirme .....	37
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	38
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	38
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>39</b>
4.1. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Erkeklerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	39
4.2. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Erkeklerin Doğurganlık ve Ebeveynliğe İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular .....	42
4.3. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Erkeklerin Tanıtıcı Özellikleri ve Ebeveynliğe İlişkin Görüşlerinin APTÖ ile İlişkisinin İncelenmesine Yönelik Bulgular .....	51
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>56</b>
5.1. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Erkeklerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	56
5.2. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Erkeklerin Doğurganlık ve Ebeveynliğe İlişkin Görüşlerine Ait Bulgularının Tartışılması .....	58
5.3. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Erkeklerin Tanıtıcı Özellikleri ve Ebeveynliğe ilişkin Görüşlerinin APTÖ ile İlişkisinin İncelenmesine Yönelik Bulguların Tartışılması .....	66
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>69</b>
6.1. Sonuçlar .....	69
6.2. Öneriler .....	71
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>73</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>83</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>97</b>

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Doğurganlık, kadının üreme deneyimleri ile ilgili olan, nüfusun büyüklüğünü, artış ve yapısını belirleyen, kadının statüsünü ve toplumun sağlık düzeyini etkileyen bir kavramdır. Doğurganlık hızı ise; bir kadının doğurgan olduğu dönem boyunca doğurabileceği ortalama çocuk sayısını ifade etmektedir (TÜİK-Türkiye İstatistik Kurumu, 2018).

Dünya nüfusunun 7,5 milyara yaklaşması, nüfusun 2030'da 8,4 milyar ve 2075'de 9,3 milyara ulaşacağı tahmin edilmesi, doğurganlığa bağlı nüfus artışının günümüzde hâlen fazla olduğunu göstermektedir (UN-United Nations, 2015). Ülkemizde ise Cumhuriyet'in kuruluşundan 4 yıl sonra 1927'de yapılan ilk nüfus sayımında Türkiye nüfusu 13,6 milyon olarak saptanmış, bu rakam 2000 yılında 67.4 milyona, son olarak adrese dayalı nüfus kayıt sisteminin 2017 tarihli verilerine göre de 80,8 milyona ulaşmıştır. Nüfus projeksiyonlarına göre ise Türkiye nüfusunun 2023 yılında 86 milyon, 2040 yılında ise 100 milyon olacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2018).

Dünyadaki doğurganlık düzeni son 10 yılda çarpıcı şekilde değişiklik göstermiştir. Doğurganlık hızı küresel olarak önemli ölçüde düşmesine rağmen ülkeler ve bölgeler arasında büyük farklılıklar görülmektedir. Dünya nüfus provizyonları 2015 sonuçlarına göre küresel doğurganlık hızı 2,5 iken, Afrika'da kadın başına 5,4 doğum gerçekleşmektedir. Türkiye'de ise 2009-2011 yılları arasında düşme eğilimi gösteren doğurganlık hızı 2011 yılından sonra artmaya başlamıştır. Türkiye'de yaşa özel doğurganlık hızı değerlendirildiğinde, adölesan dönem gebelikler yüksek oranda görülmekle birlikte evlilik ve gebelik yaşının ileri yaşlara ertelendiği de göze çarpmakta ve gebeliğe bağlı ölüm ve hastalık risklerinin en fazla olduğu 20 yaş altı ve 35 yaş üstü gebelikler ise gerçekleşen tüm doğumların beşte birlik kısmını oluşturmaktadır (TNSA, 2013; UN, 2015).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) verilerine göre, 2015 yılında 5,6 milyon kadın ve bebeğin gebelik ve doğum komplikasyonlarına bağlı öldüğü düşünülmektedir. Bir başka deyişle neredeyse her gün 830 kadın gebelik veya doğumla ilgili komplikasyonlardan dolayı ölmektedir (WHO-World Health Organisation, 2017). Oysa gebelik ve doğum komplikasyonlarına bağlı anne ölümlerinin büyük kısmı önlenebilir ölümlerdir (Sevil ve Ertem, 2016). Her kadının güvenli bir gebelik yaşama ve doğum yapma hakkı olduğu gibi,

her çocuğunda sağlıklı bir şekilde yaşama, gelişme, optimal düzeyde fiziksel, ruhsal, dinsel, ahlaki ve sosyal gelişimini tamamlayacak sağlık hizmetini, duygusal ve sosyal bakımı alma hakkı vardır (Sevil ve Ertem, 2016; UNICEF-United Nations International Children's Emergency Fund, 2018). Ancak bakıldığında çocuk sayısındaki artış, çok sayıdaki ailenin çocuklarının temel ihtiyaçları olan yeme, içme, giyinme, eğitim ve diğer ihtiyaçları için gereken maddi olanakları sağlamasına imkan vermemekte ve bununla beraber çocukların kişisel gelişimi için gerekli olan zaman ve ilginin de azalmasına neden olmaktadır (Türüthan, 2009).

Kadın sağlığını önemli ölçüde etkileyen faktörlerden biri olan doğurganlık, bilinçli olarak düzenlenmediğinde hem anne hem de bebeğin sağlığını olumsuz etkileyecek riskli gebelikler (adölesan veya ileri yaş gebelikler, 2 yıldan sık aralıklarla ve fazla sayıda doğum) ortaya çıkmaktadır (Gölbaşı, 2005; Mills ve ark., 2011; Peterson ve ark., 2012; TNSA, 2013).

Doğurganlık farkındalığı, “doğurganlık ve üreme hakkında temel bilgileri anlamayı, bireyin bu konudaki bilgilerini kendine uygulayabilmesini, bu bilgi ve uygulamaları gerek partneri gerekse bir sağlık uzmanıyla tartışabilmeyi” içermektedir. Doğurganlık farkındalığı, üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularını anlamak ve bu konularda bilinçli kararlar vermek açısından da oldukça önemlidir. Bireyler doğurganlığa ilişkin yüksek bir anlayışa sahiplerse, üreme ve cinsel sağlıklarını nasıl yönetecekleri hakkında daha bilinçli karar verecek güçlü bir pozisyonda olabilmektedirler (Lampic ve ark., 2006).

Yapılan çalışmalarda genellikle bireylerin doğurganlık bilgi düzeyinin düşük olduğu görülmektedir (Lampic ve ark., 2006; Sørensen ve ark., 2016; Kudesia ve ark., 2017). Özellikle genç yetişkinlerin doğurganlık farkındalıkları oldukça düşük düzeydedir. Bu durum ileride bireylerin doğurganlık kararlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Tilahun ve ark., 2013; Conceição ve ark., 2017).

Dünyada pek çok ülkede bireylerin kariyer planları ya da başka sebeplerle ilk doğumlarını riskli yaşlara ertelemeyi planladıkları görülmektedir (Chan ve ark., 2014; Daniluk ve Koert, 2015). Bu durum ertelenmiş ebeveynliğin yaygınlaşmasına neden olmaktadır (Virtala ve ark., 2011; Peterson ve ark., 2012; Sørensen ve ark., 2016). İleri anne ve baba yaşına bağlı olarak hem anne hem de bebek sağlığı riske atılmaktadır.

Dünyada ve ülkemizde bireylerin doğurganlık tercihlerinin yaş, eğitim, kariyer planlaması, kırsalda ya da kentte yaşama, evlilik ilişkisinin durumu, refah düzeyi gibi bir

çok faktörden etkilendiği görülmektedir (Mills ve ark., 2011; Peterson ve ark., 2012) Örneğin, Lampic ve ark. (2006) İsveç'te yaptığı çalışmada kadınların kariyerlerine engel olarak gördükleri için, çocuk sahibi olmayı, doğurganlığın önemli ölçüde azaldığı ileri yaşlara ertelediği belirtilmiştir. Türkiye'de ise eğitim ve refah düzeyi arttıkça ilk doğum yaşının arttığı gözlenmiş ve kentte yaşayan kişilerin ilk doğum yaşlarının kırsalda yaşayan kişilere oranla 1,5 yıl daha yüksek olduğu bildirilmiştir (TNSA, 2013).

Gelişmekte olan ülkelerde her yıl 225 milyon kadın gebeliği ertelemek ya da önlemek istemesine karşın herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmamaktadır (WHO, 2017). Birçok kadın adölesan evliliklere bağlı erken yaşta gebe kalmakta ya da bunun aksine eğitim seviyesindeki artış, kariyer planları, iş piyasasına katılım gibi nedenlerle gebeliği çok ileri yaşlara ertelemektedir (Mills ve ark., 2011; Peterson ve ark., 2012; Amanak ve ark., 2014; Sørensen ve ark., 2016). Sørensen ve ark. (2016) çalışmasında kadınların %40'ı doğurganlığın önemli ölçüde düştüğü 35 yaşından sonra gebe kalmayı planladıklarını bildirmişlerdir. Çalışmalar ileri yaş gebeliğin fetal sağlık üzerine olumsuz etkilerini ortaya koymaktadır. 35 yaş üzeri gebelerle 25-29 yaş arası gebelerin doğum sonuçlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada ileri maternal yaşın düşük doğum ağırlığı ve perinatal ölümle bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Delbaere ve ark., 2007).

Doğurganlığın düzenlenmesiyle birlikte istenmeyen, ileri yaş ve adölesan gebelikler , küretajlar önlenmekte, gebelik ve doğuma bağlı anne ve bebek hastalıkları ve ölümleri azaltılmaktadır. Çiftlerin çocuk sayılarını ve doğum aralıklarını belirleme hakları güçlenmekte; aile düzeni sağlanmakta, annenin fiziksel ve ruh sağlığı korunmaktadır. Bilinçli ve isteyerek dünyaya getirilen çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden daha iyi gelişmeleri sağlanmaktadır (Taşkın, 2014; Sørensen ve ark., 2016).

Dünya genelinde yapılan bir araştırmada doğumların büyük bir kısmının evlilik birliği içerisinde gerçekleştiği saptanmıştır. Ülkemiz bu araştırma sonucuna göre % 3'lük bir oranla evlilik dışı doğumlarda son sıradadır (Pewresearch, 2014). Türkiye'de evlilik, çocuk doğurmak için toplumsal kabul gören dönemin başlangıcıdır ve doğumların neredeyse tamamı evlilik içerisinde gerçekleşmektedir (TNSA, 2013). Bu nedenle evlilik öncesinde çiftlerin gerek doğurganlık gerek ebeveynlik konusunda eğitilmesi oldukça önemlidir.

Evli çiftlerin gebelik öncesi süreçte kendilerine yanıt vermeleri gereken ilk soru, çocuk sahibi olmayı gerçekten isteyip istemedikleridir. Bu her bireyin bireysel amaçlarını, ilişkilerinden beklentilerini ve ebeveyn olarak beklenti ve isteklerini içerir (Peterson ve

ark., 2012). Aynı zamanda çocuk sahibi olmayı isteyen çiftlerin, gebeliklerini planlayacakları zamana ve sahip olmak istedikleri çocuk sayısına da karar vermeleri gerekmektedir (Mills ve ark., 2011). Çünkü ebeveyn olma insan hayatındaki en önemli kararlardandır. Çocuk sahibi olmak ve çocuk yetiştirmek eşlerin en önemli sorumluluklarından biri iken; gebelik, bireylerin ebeveynlik rollerine duygusal, bilişsel ve psikomotor olarak hazırlandıkları uzunca sayılabilecek bir dönemdir (Beydağ, 2007; Seyrek, 2016).

Bireylerin ebeveynliğe ilişkin sahip oldukları bilgi ve gereksinimler, aile planlamasına yönelik tutumları, doğurganlık tercihleri birbirinden farklıdır. Çünkü bu bilgi, gereksinim ve tutumlar, bireysel, çevresel ve politik faktörlerden etkilenmektedir. Ayrıca bu tutumlar bireylerin doğurganlık tercihlerinde etkili ve belirleyici olmaktadır (Tilahun ve ark., 2013). Yapılan çalışmalar aile planlaması (AP) tutumunun gelecekte bebek sahibi olma arzusu, gebelik sayısı, doğum aralıkları, etkin kontraseptif yöntem kullanımı gibi konularla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle AP'ye yönelik tutumları uzun vadede olumlu doğurganlık davranışlarına dönüştürmek için eğitim programları ve danışmanlık hizmetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır (Ayaz ve Yaman Efe, 2009; Dhingra ve ark., 2010; Tilahun ve ark., 2013; Asegidew ve ark., 2017). Bütün bunların ışığı altında AP hizmetlerine ve evlilik öncesi eğitim programlarına öncelik ve ağırlık verilmelidir. Evlilik öncesi eğitim programları ile de çiftlerin evliliğe uyum, ebeveynliğe geçiş ve hazırlık süreçleri gibi konularda desteklenmesi sağlanabilmektedir.

Hemşire, birey ve hastayla iletişimde en yakın sağlık personeli olması nedeniyle, birey/hastanın ihtiyaçlarını bilme ve hastayı korumada da en uygun kişidir (Gözen ve Özakar, 2013). Bu nedenle hasta ya da sağlıklı bireylerin eğitiminde, sorunların çözümünde, evlilik öncesi eğitimler ve aile planlaması danışmanlığı, rehberlik ve motivasyon sağlamada özellikle doğum ve kadın sağlığı hemşirelerinin önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Doğum ve kadın sağlığı hemşireleri, çiftlerin aile planlaması tutumu, ebeveynliğe ilişkin görüş ve davranışlarına yönelik bilgi alması, bireylerin bu konudaki yanlış anlamalarını düzeltmesi, gebelik, doğum ve ebeveynlikle ilgili korkularını azaltarak onları rahatlatması açısından önemli role sahiptir (Çakmak ve Ertem, 2005). Sağlığın yükseltilmesine ilişkin verilecek sağlık eğitimi, özellikle gelecek nesillerin sağlıklı anne ve bebeğe sahip olmaları açısından önem taşır. Evlilik öncesi çiftlere verilecek sağlık eğitim programlarının etkinliğini belirlemek üzere birçok çalışma planlanmış, bu eğitimlerin bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeye,

kendine güveni artırmaya, doğurganlığın düzenlenmesine ve karar verme yeteneklerini geliştirmeye yardımcı olacağı belirtilmiştir (Carrol ve Doherty, 2003; Bener ve Günay, 2013; Kısa ve ark., 2013; Barton ve ark.,2014; Cobb ve Sullivan, 2015).

Türkiye’de mevcut literatür tarandığında evlilik kararı alan çiftlerin doğurganlık ve ebeveynliğe ilişkin görüşleri ile aile planlaması tutumlarını değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma, evlenmeye karar veren çiftlerin henüz çocuk sahibi olmadan, doğurganlık ve ebeveynliğe ilişkin görüşleri ile AP tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu nedenle bu çalışma, evlenmeye karar veren çiftlerin henüz çocuk sahibi olmadan, doğurganlık ve ebeveynliğe ilişkin görüşleri ile AP tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Evlilik ve Ebeveynlik**

#### **2.1.1. Evlilik Kararı ve İlk Evlilik Yaşı**

Doğduğu andan itibaren büyük ya da küçük bir grubun parçası olmak üzere güdülenen insanın, ait olduğu en önemli ve en özel gruplardan bir tanesi ailedir. Aile bazı özellikleri bakımından evrensel olarak tanımlanabilse de ülkeden ülkeye hatta aynı ülkenin farklı bölgelerinde dahi çeşitlilik gösteren bir kurumdur. Bu çeşitliliğin nedeni olarak ailenin, ait olduğu toplumsal yapının değer ve normları, ahlak sistemleri gibi birtakım unsurlar tarafından etkilenmesi gösterilebilir (Poyraz Tacoğlu, 2011). Aile kavramı için farklı tanımlar yapılmakla birlikte sıklıkla birkaç tanım üzerinde yoğunlaşmaktadır. Ozankaya'ya (1979) göre aile, içinde insan türünün üretildiği, topluma hazırlanma sürecinin ilk ve etkili biçimde olduğu, üyeleri arasında sıcak ve güvene dayalı ilişkilerin kurulu olduğu bir kurumdur (Akt. Yavuzer, 2010). Özgüven (2001) aileyi, karşı cinsten iki yetişkinin geleneksel bağlara ve yasalara uyarak kurdukları sosyolojik, psikolojik ve biyolojik işlevleri olan bir kurum olarak tanımlamıştır. Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu tarafından yapılan tanıma göre aile, aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan, kişilerin ekonomik, sosyal, psikolojik ve cinsel ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma katılım ve uyumun sağlandığı temel bir birimdir (Nazlı, 2013).

Ailenin oluşması için genellikle karşı cinse ait iki bireyin eş olarak bir araya gelmeleri gerekmektedir (Yılmaz ve Kalkan, 2010). Kadın ve erkeğin aile kurmak üzere yasaya uygun olarak birleşmesi evlilik olarak tanımlanır (Türk Dil Kurumu, 2018). Bir başka tanıma göre evlilik, karşı cinsten iki kişinin birlikte yaşamak, hayatı paylaşmak, çocuk doğurmak ve yetiştirmek gibi amaçlarla imzaladıkları bir sözleşmedir. Evlilik kurumsallaşmış bir yol, kadın ve erkeği karı-koca olarak birbirine bağlayan bir ilişki sistemi, evlilikten doğacak olan çocuklara bir statü sağlayan yasal bir ilişki biçimidir (Yavuzer, 2010). Giddens ve ark. (2013) evliliği en yalın ve geniş şekliyle “yetişkin iki bireyin toplum tarafından onaylanan cinsel birlikteliği” olarak tanımlamışlardır.

İnsan hayatının dönüm noktalarından biri sayılan evliliğin tarihi insanlık kadar eskiye dayanmaktadır. Kural ve ilkeleri belirlenmiş “evlilik” temeline dayalı “aile” kurumu yaklaşık 4000 yıllık bir geçmişe sahiptir (Yavuzer, 2010). Tarihsel sürece bakıldığında evlilik, önceleri yalnızca fiziksel hayatı sürdürmenin bir parçası olarak görülürken zamanla



güven duygusu, aidiyet hissi ve aşk gibi kavramlar da buna eklenmiş ve çiftlerin evlilikten beklentileri çeşitlenmiştir (Kalkan ve Kaya, 2007). Esasen bu kavramlar sosyal, psikolojik ve biyolojik birer ihtiyaç olarak bireyleri evliliğe yönelten başlıca nedenler arasındadır. Bu gereksinimlerin karşılandığı, mutlu ve uyumlu evliliklerde, evliliğin getirdiği sosyal ve duygusal destek, eşlerin ruhsal ve fiziksel iyilik halleri üzerine olumlu etkiler yaratan bir güce sahiptir (Kalkan ve Ersanlı, 2008; Kalkan ve ark., 2012). Ayrıca insanlar kendilerini güvende hissetme, sevmeye ve sevilme isteği, yakın bir arkadaşlık duygusu yaşama, anne baba olma gibi birçok nedenle evlenebilirler (Kalkan ve ark., 2012). Evlilik üzerine çok sayıda çalışma yapan F. Muler Lye, insanların sevgi isteği, ekonomik ihtiyaçların karşılanması ve çocuk arzusu ile evlendiklerini belirtmektedir (Akt. Adak, 2012).

Evlilik olgusu birbirinden tamamen farklı kültürlerde dahi evrensel birtakım noktalarda buluşmaktadır. Bunun nedeni evliliğin hemen her toplumda ortak bazı işlevleri yerine getirmesidir. Bunlar arasında, iş bölümü ve cinsiyet rollerinin belirlenmesi, soyun devam ettirilmesi, sevmeye ve sevilme gereksinimlerinin karşılanması, sağlıklı bir cinsel yaşamın sürdürülmesi gibi bazı temel işlevler sayılmaktadır (Özguven, 2001; Kalkan ve ark., 2012).

Evlenme ve aile kurma kavramları biyolojik ve sosyal önemi nedeniyle yıllar boyunca din, sosyoloji, hukuk, felsefe ve daha birçok bilim dalında inceleme ve tartışma konusu olmuştur (Poyraz Tacoğlu, 2011). Birbirlerini pozitif yönde etkilediğinden bu tartışma konularının başında ilk evlilik ve ilk doğum yaşı gelmektedir. Hemen tüm toplumlarda bireylerin sosyal hayatının bir parçası olan evlilik doğurganlıkla birlikte değerlendirilmektedir. Doğurganlık davranışı için evlilik bir ön koşul olmamasına rağmen dünyada birçok ülkede doğumların neredeyse tamamı evlilik birliği içerisinde gerçekleşmektedir (Tezcan ve Coşkun, 2004). Amerikan araştırma şirketi Pewresarch'ün 2014 yılında dünya genelinde yaptığı bir çalışmada evlilik dışı doğumların oranı araştırılmış, çarpıcı sonuçlara ulaşılmıştır. Avrupa Birliği'ndeki (AB) doğumların % 39,0'ı evlilik dışıdır. Bu çalışmada Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) ilk kez evlilik dışı doğum oranı düşmesine rağmen bu oran halen %41'dir. Avrupa'nın kuzeyinde bulunan İsveç, Norveç, Danimarka ve Belçika gibi bazı ülkelere oranla evlilik dışı doğumun daha fazla olduğu görülmüştür. Türkiye ise bu araştırma sonucuna göre %3,0'lık bir oranla evlilik dışı doğumlarda son sıradadır. Türkiye'de evlilik, çocuk doğurmak için kabul edilmiş toplumsal bir olgudur. Bu nedenle dünyadaki birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de doğumların çok büyük bir kısmı (%97,0) evlilik birliği içerisinde

gerçekleşmektedir (Rowland, 2003; Jones, 2004; PEW, 2014, TNSA, 2013; Türkiye Aile Yapısı Araştırması, 2014).

İnsanın hayatında verebileceği en zor kararlardan biri evliliği kiminle ve ne zaman gerçekleştireceğidir. Evlenecek olan kişilerden başka hiç kimse, iyi niyetli dahi olsalar, bu kararı verme hakkına sahip değildir. Evlilik kararı korku, zorlama veya baskı olmadan, özgürce, birey yetişkin ve hazır olduğunda alınan bilinçli bir karar olmalıdır (UNFPA-United Nations Population Fund, 2012). Dünya geneline bakıldığında resmi evlilik yaşı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Örneğin İspanya’da önceleri 14 olan evlilik yaşı günümüzde 16’ya yükseltilmiştir. Estonya Avrupa’daki en düşük evlenme yaşına sahiptir ve 15 yaşında gençler ebeveyn onayı ile evlenebilmektedir (<http://www.independent.co.uk>, 2017). Türk Medeni Kanununa göre Türkiye’de en düşük yasal evlilik yaşı ebeveynlerin onayıyla kadın ve erkek için 17’dir. Gerçekleştirilen ilk evlilik yaşı ortalamalarına bakıldığında ülkeler ve bölgeler arasında farklı rakamlar göze çarpmaktadır. Birleşmiş Milletler’in (BM) kaydettiği bu rakamlar incelendiğinde halen birçok ülkede çocuk yaşta evliliklerin yapıldığı dikkat çekmektedir. Örneğin; Bangladeş’de kadınların ilk evlilik yaş ortalaması 16; Guinea’da 16,5; Mali’de 16,7; Mozambik’te 17,5; Hindistan’da 17,8’dir. ABD, Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda Birleşik Krallığı, İsviçre evlilik yaş ortalaması 25’in üzerinde olan ülkeler arasında olmakla birlikte, Norveç 31, İsveç 32 yaş ile evlilik yaş ortalaması en yüksek ülkelerdir. Erkeklerin ilk evlilik yaş ortalaması hemen bütün bölge ve ülkelerde kadınlara nazaran daha yüksektir. BM’nin raporuna göre Türkiye 2010 yılı kayıtlarına göre kadınlarda 23,2, erkeklerde 26,5 yaş ortalaması bildirmiştir (UNFPA, 2012). TNSA 2013 verilerine bakıldığında 25-49 yaşlarındaki kadınların %41,0’ının 20 yaşından önce, %22,0’ının 18 yaşına kadar, %4,0’ının de 15 yaşından önce evlendikleri görülmüştür. Bu sonuçlar daha önceki yılların TNSA verileri ile karşılaştırıldığında evliliği erteleme eğilimi göze çarpmaktadır. 1993 yılından 2013 yılına gelene kadar ilk evlenme yaşı 2 yaş artmıştır. 15 yaşından önce yapılan evliliklerin sayısı ise son 20 yılda giderek azalma eğilimi göstermiştir. Dünyada 15 yaş altındaki çocuk evliliklerinin sayısı azalmasına rağmen 2021’den 2030 yılına kadar 50 milyondan fazla çocuğun 15 yaşından önce evleneceği öngörülmektedir (UNFPA, 2012).

İlk evlilik yaşı doğumlar üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Erken yaşlarda evlenen kadınlar daha uzun süre gebelik riski altında olduklarından yaşam boyunca yaptıkları doğum sayısı artabilmektedir (TNSA, 2013). İlk evlilik yaşı ile bağlantılı olarak çocuk yaşta yapılan doğumlar istenmeyen sonuçları beraberinde getirebilmektedir.

Özellikle gelişmiş ülkelerde evlilik yaşının, eğitim ve kariyer planlaması, yeteri kadar olgun olmak, meslekte uzmanlaşma isteği gibi nedenlerle ertelendiği ve ebeveynlik yaşının ileri yaşlara kaydığı görülmektedir (Lampic ve ark., 2006; Peterson ve ark., 2012; UNFPA, 2012; Sørensen ve ark., 2016; Piotrowski ve ark., 2017). Ertelenen ebeveynlikte ileri anne yaşı fetal ölüm, prematürite, anne ölümü gibi gebelik komplikasyonlarıyla ilişkiliyken, yüksek babalık yaşı, düşük riskini artırmakta ve gebelik süresini etkilemektedir (Sørensen ve ark., 2016). Bu durumda adölesan dönemde ya da ileri yaşlarda yapılan evlilikler ve buna bağlı olarak riskli yaş aralıklarında gerçekleşen gebelikler, hem anne hem bebeğin sağlığını tehlikeye atmaktadır. Bu nedenle bireylere verilecek danışmanlık hizmetlerinde erken ya da ileri yaş evliliklerde riskli doğurganlık davranışlarına yönelik gerekli bilgilerin verilmesi, anne, bebek ve dolayısıyla toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir.

### **2.1.2. Ebeveyn Olma Kararı**

Ebeveyn olma eşlerin bebek sahibi olmaya karar vermeleri ile başlayan ve yaşam boyu devam eden bir süreçtir (Koç ve ark., 2016). İnsanlar farklı nedenlerle çocuk sahibi olmak isterler. Bazı çiftler evliliklerini kurtarmak için bir bebek sahibi olmayı planlarken, bazıları için çocuk doğurmak evliliğin tamamlayıcısı olarak görülmektedir (Varol, 2006).

Ebeveynlik evli çiftin hayatında bir dönüm noktasıdır. Bir başka deyişle sonraki yaşam kalitesi açısından önemli sonuçlar doğurması, bireyin kişisel gelişimini tamamlaması, iş ve aile arasında çatışmalara sebebiyet verebilmesi açısından yetişkinlerin hayatındaki en önemli olaylardan biridir (Piotrowski ve ark., 2017). Evliliğin başlangıcında birbirlerine karşı yalnızca karı-koca olma rollerini üstlenen çiftler, ilk çocuğun doğumuyla birlikte anne-baba olma rolünü de hayatlarına eklerler. İnsanlar aldığı eğitimi, kariyerini hatta eşini değiştirebilir. Ancak ebeveynlik daimidir. Kişiler bu rolden yaşamları boyunca vazgeçemezler. Anne-babalık sorumlulukları bireylerin iş hayatlarını, sosyoekonomik durumlarını etkilediği gibi, çiftler arasındaki temel ilişkileri de farklı boyutlara dönüştürür. Bu nedenle ebeveyn olma kararı bireylerin yaşamını önemli ölçüde etkileyen kararlardan biridir (Piotrowski ve ark., 2017).

Ebeveyn olmanın evlilik ilişkisi üzerindeki etkisi, anne-baba ve çocuk bağlanması, ebeveyn davranışı gibi konular birçok araştırmacı için merak konusu olmuştur. Anne baba olmak çiftleri mutlu eden bir olay olmasının yanısıra bireylere eklenen rol ve sorumluluklar nedeniyle zorlayıcı bir durumdur (Koç ve ark., 2016). Yapılan çalışmalarda karı-koca olmaktan anne baba olmaya geçiş sürecinde çiftlerin yoğun bir bunalım

yaşadıkları ortaya koyulmuştur. Aynı zamanda ilk bebeğin doğumunun çiftleri olumsuz etkilediği, aile bütünlüklerinin sarsıldığı ve evlilikteki çatışmaların arttığı belirtilmektedir. Yine ileri yaşta ebeveyn olmayı deneyimleyen çiftlerin, evlilik doyumlarının fazla, ebeveynlik stresinin az ve aile işlevlerinin daha sağlıklı olduğu ifade edilmiştir (Garrison ve Blalock, 1997; Petterson ve Hawley, 1998).

Bazı gebelikler aylardır hatta yıllardır planlanmış olabilmekte, bazıları da çiftler için sürpriz bir şekilde gerçekleşmektedir. Planlanmış olsun ya da olmasın hamilelik ve doğum, çiftlerin hayatlarında değişikliklere yol açmaktadır (Dilmen, 2013). Çiftlerin başta birbirleriyle olmak üzere, arkadaşlarıyla ve aileleriyle olan ilişkileri, rol ve sorumlulukları, alışkanlıkları, günlük yaşam düzeni ailenin yeni üyesiyle birlikte yeniden şekillenir. Bu yeni deneyim hem bireysel hem de çift olarak kadın ve erkeğin kimlik ve kişiliklerinde değişime sebep olabilir. Evlilik birliği içerisinde çocuk bazen karı-koca ilişkisini geliştirerek çiftler arasındaki uyumu artırabildiği gibi, bazen de aile içinde krizleri başlatan ya da varolan problemleri kışkırtan bir unsur olabilir (Canel, 2012).

Çocuk sahibi olma aşamasında bireylerin gözden geçirmeleri gereken en önemli konu ebeveyn olmaya hazır olup olmadıklarıdır. Evli çiftlerin yeni bir bireyin sorumluluğunu almaya hazır bulunma düzeyleri ideal bir ebeveyn olup olamayacaklarında belirleyicidir (Yavuzer, 2010). Bebeğin doğumuyla birlikte eklenen rol ve sorumlulukların gebelik öncesi dönemde planlanıp kabullenilmesi ebeveynlik davranışı üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (Koç ve ark., 2016). Bu nedenle eşlerin gebelik öncesi süreçte yanıtlamaları gereken ilk soru, çocuk sahibi olmayı gerçekten isteyip istemedikleridir (Taşkın, 2014). Bu her bireyin bireysel amaçlarını, ilişkilerinden beklentilerini ve ebeveyn olarak beklenti ve isteklerini içerir (Mills ve ark., 2011; Peterson ve ark., 2012). Eşler birbirlerini yeterince tanıdıklarına ve anne babalık rollerine hazır olduklarına inandıklarında çocuk sahibi olmaya karar vermelidirler. Aynı zamanda çocuk sahibi olmayı isteyen çiftlerin, gebeliklerini planlayacakları zamana ve sahip olmak istedikleri çocuk sayısına da karar vermeleri gerekmektedir (Taşkın, 2014; Aynioğlu, 2014).

Ebeveyn olmaya karar vermek toplumdan topluma, kültürden kültüre ve bireyden bireye farklılık göstermektedir. Peterson ve ark. (2012) çalışmasında 10 katılımcıdan yaklaşık 9'u gelecekte mutlaka çocuk sahibi olmayı istemekte, ebeveyn olmayı geleceklerinin önemli bir parçası olarak görmektedirler. Sørensen ve ark. (2016) çalışmasında her iki cinsiyet de ebeveyn olmak istemekte ve ebeveynlik için en önemli koşulu "sorumluluğu paylaşacak güvenilir bir eşe sahip olmak" olarak ifade etmektedir.

Lampic ve ark. (2006) çalışmasında ise ebeveynlik için en önemli koşullar sıralandığında “istikrarlı bir ilişki içinde olmak, sorumluluğu paylaşacak bir partnere sahip olmak ve çocuk sahibi olmak için yeterli olgunlukta olmak” ilk üç sıradadır.

### **2.1.3. Bilinçli Ebeveyn Özellikleri**

Anne babalık rolü yaşamda üstlenilen en önemli ve en zor rollerden biridir. Bu rol topluma sağlıklı üyelerin kazandırılması yönüyle toplumca da değerli bulunan, statüsü yüksek bir roldür. Çünkü yetiştirilecek her çocuk aileye olduğu kadar topluma da kazandırılacak bir bireydir (Taşkın, 2014). Bireyler sağlıklı çocukların sağlıklı ailelerde yetişeceğini unutmamalı, karı-koca olma rolüne ek olarak anne baba rollerini de en iyi şekilde yerine getirmeye çalışmalıdır.

Ebeveyn olmak bebeğin doğumuyla birlikte değil evli çiftlerin gebeliğe karar vermesi ile başlamaktadır. Bu nedenle kadın ve eşinin gebeliğe sağlıklı biçimde hazırlanması anlamına gelen “gebelik öncesi bakım” sürecini etkili değerlendirmesi gerekir. Bu süreç çiftlerin sağlığının yükseltilmesi, sağlıklı gebelik ve doğum için oldukça önemlidir. Gebelik öncesi bakım önerileri, eşlerin sağlığını mümkün olan en üst seviyeye taşımayı planlar. Böylelikle çiftler olası riskler kaldırılmış ya da minimum seviyeye indirilmiş olarak ebeveynliğe başlarlar (Sevil ve Ertem, 2016). Gebelik sürecinin tamamlanıp çocuğun dünyaya gelmesiyle birlikte ebeveynin rol ve sorumlulukları değişir. Gebelik öncesi süreçte kendini ebeveynliğe hazırlamış olan kadın ve erkek doğum sonrası döneme daha kolay uyum sağlar ve ebeveynlik rolünü daha etkin bir şekilde yerine getirir (Koç ve ark., 2016).

Sağlıklı ebeveyn davranışının sergilenmesi sağlıklı çocukların yetişmesine katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle çocuğun sahip olduğu haklar çerçevesinde ebeveynlerin anne babalık rollerini en iyi şekilde yerine getirmesi herşeyden önce yasal bir zorunluluktur. Çocukların sahip olduğu haklar BM Genel Kurulu tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde kabul edilen Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (ÇHS) ile güvence altına alınmış ve Türkiye dâhil olmak üzere 191 ülke bu belgeyi imzalamıştır. ÇHS maddeleri uluslararası çapta kabul görmüş, değiştirilmesi söz konusu olmayan standartlar ve yükümlülükleri içermektedir.

ÇHS’de ele alınan ve özellikle ebeveynleri ilgilendiren başlıklar şunlardır (UNİCEF,2018);

- *Temel yaşama ve gelişme hakkı,*
- *Eğitime erişme hakkı,*
- *İnsana yakışır bir yaşam standardına erişim hakkı,*
- *Sağlık hizmetlerine erişim hakkı,*
- *Sosyal güvenlik hizmetlerine erişim hakkı,*
- *İstismar ve ihmalden korunma hakkı,*
- *Satış, kaçırılma ve zorla alıkoymadan ve diğer suistimal biçimlerinden ve işkenceden korunma hakkı,*
- *Uyuşturucu bağımlılığından korunma hakkı,*
- *Özgürlükten yoksun bırakıcı uygulamalardan korunma hakkı,*
- *İfade ve düşünce özgürlüğü hakkı, ,*
- *Din ve vicdan özgürlüğü hakkı,*
- *Çocukların kendileriyle ilgili konularda görüşlerini dile getirme hakkı.*

Ebeveynlerin çocuklarını yetiştirirken sergiledikleri ebeveyn davranışını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bazı anne babalar kitap, internet, dergi gibi kaynaklardan edindiği ebeveynlik bilgisiyle çocuklarını yetiştirirken, bazıları kendi ebeveynlerinin onları yetiştirirkenki davranışlarını model alırlar (Bağatarhan ve Nazlı, 2013; Arslan, 2017). Grusec (2007), ebeveyn davranışını belirlemede anne babaların ebeveynliğe yönelik tutum, inanç, düşünce ve duygularının da etkili olduğunu ifade etmiştir (Akt. Bağatarhan ve Nazlı, 2013). Anne babanın bulunduğu çevrenin sosyal, kültürel ve ekonomik yapısı, eğitim düzeyi de ebeveyn davranışını etkileyen faktörler arasındadır (Arslan, 2017).

Ebeveynlerin çocuk yetiştirirken sergiledikleri tutumun çocukların gelişiminde ne denli etkili olacağını önemseyerek hareket etmeleri gerekmektedir. Olumlu tutum ve davranışlar çocuk gelişimini pozitif yönde etkilerken, sağlıklı olmayan ebeveyn davranışına maruz kalan çocukların gelişimi negatif yönde etkilenebilmektedir (Arslan, 2017).

Etkili bir ebeveyn olabilmenin ilk koşulu öncelikle kendini tanımak ve geliştirmektir. İkinci en önemli adım ise çocuğu tanımadır (Yavuzer, 2010). Çocuğun psikososyal gelişimindeki her evreyi bilmek, çocuğun ruhsal ve fiziksel ihtiyaçlarına

göredavranmayı sağlamaktadır. Tarhan (2018) bilinçli ebeveyn olma kurallarını aşağıdaki gibi sıralamıştır:

- Demokratik olmak,
- Çocuğun anne babadan ayrı bir birey olmasına olanak tanımak,
- Etkin iletişim yöntemlerini bilmek ve etkin dinlemek,
- Aile içi oturumlar düzenleyerek olaylar üzerinde konuşmak,
- Ödül ve ceza kavramlarında dengeyi sağlamak,
- Çocuğa sorumluluk vermek,
- Yuva sıcaklığını hissettirmek,
- Her zaman çözüm odaklı yaklaşmak,
- Çocuk için rol model olduğunu unutmamak.

Çocukları olduğu gibi kabul etmek ve saygı duymak, onları anlamaya çalışmak, kendilerini ifade etmeleri için cesaretlendirmek, güvenlerini kazanmak, hayatın her alanında tutarlı ve dengeli olmak her anne babanın çocuklarına karşı sorumluluklarından bazılarıdır (Yavuzer, 2010).

#### **2.1.4. Evlilik Öncesi Eğitim Programları**

Yakın zamana kadar evliliğe dair bilgi ve deneyimler kuşaklar arasında geleneksel olarak aktarılmakta, sağlıklı evliliklerin ve sağlıklı aile ortamının oluşmasında bu yeterli görülmekteydi. Ancak son yıllarda artan eğitim ve iletişim olanakları ve bireylerin evlilikten beklentilerinin çeşitlenmesi evlilik öncesi eğitim programlarının önemini artırmıştır (Alpaydın, 2012).

Evlilik öncesi eğitim programlarının tarihi yaklaşık 90 yıl öncesine dayanmasına rağmen bu programların bugünkü şekli yirmi yıllık bir geçmişe sahiptir. Evliliğe hazırlık programlarının ilki 1924'te Boston Üniversitesi'nde Ernest Grove tarafından hazırlanmıştır. Zaman içerisinde bunu Durand-Weber'in (1930) hazırladığı evliliğe hazırlık programı ve Rutledge'nin (1932) uygulamaya koyduğu evlilik öncesi programlar izlemektedir (Haskan Avcı, 2013). 1941'de ise evlenmeye karar veren ya da yeni evlenmiş çiftler için Philedelphia Evlilik Konseyi tarafından "evlilik hayatında karşılaşılabilecek problemler ve bu problemlere sebep olan davranışlardan nasıl kaçınabilecekleri" konusunda etkili olması adına bir evlilik öncesi program düzenlenmiştir (Carrol ve Doherty, 2003). Evliliğe hazırlık programları bugünkü halini almadan önce birçok program düzenlenmiş ve uygulanmıştır. Barcelona'da Papaz Calvo'nun 1962'de gerçekleştirdiği

“evlilik güçlendirme” programı, David ve Vera Mace çiftinin kendi evlilik güçlendirme merkezlerini açarak burada evlilikle ilgili düzenlediği programlar, bunlardan birkaçıdır. David ve Vera Mace çifti 1962’de açtıkları güçlendirme merkezinden sonra 1973 yılında “Evli Çiftleri Güçlendirme Derneği”ni kurmuşlar, 1980 yılına kadar bu derneğin başkanlığını çift olarak yürütmüşler ve bu süre içinde birlikte 33 kitap yazmışlardır (Gladding, 2012; Haskan Avcı, 2013).

Evlilik öncesi eğitim programları uygulanmaya başladığı zamanlardan itibaren bireylerin farklı ihtiyaç ve beklentilerini karşılamayı hedeflemiştir. Bu hedefleri ve bu programların etkinliğini belirlemek üzere birçok çalışma planlanmıştır (Carrol ve Doherty, 2003; Bener ve Günay, 2013; Kısa ve ark., 2013; Barton ve ark., 2014; Cobb ve Sullivan, 2015). Carrol ve Doherty (2003) evlilik öncesi programların etkinliği değerlendirmek üzere yaptıkları metaanaliz çalışmasında bu programların kişiler arası ilişkileri güçlendirmede, genel ilişki kalitesini artırmada, kısa vadeli kazançlar üretmede %80,0 oranında etkili olduğunu belirtmişler, fakat gerçek etkinin belirlenebilmesi için eğitim programları sonrasında daha uzun süreli takipler önermişlerdir.

Yaklaşık 20 yıl öncesine kadar uygulanan eğitimler evlilikleri güçlendirmek üzerine programlanmışken son yıllarda nihayet bu eğitimler çiftleri evliliğe hazırlamaya odaklanmıştır. Evlilikte karşılaşılan problemler, çift uyumu, evlilik stresi, ebeveynliğe hazırlık bu programların başlıca konularındandır. ABD’de evlilik öncesi eğitim programlarına olan ilginin giderek arttığı görülmüştür (Carrol ve Doherty, 2003). Hatta ABD’de bazı eyaletlerde ebeveynlik, iletişim becerileri, aile ekonomisi gibi programlara düzenli olarak katılan çiftlere evlilik işlemlerinde kolaylık sağlanmaktadır (Haskan Avcı, 2013).

Türkiye’de evlilik kararı alan çiftleri kapsayan ilk program “evlilik okulu” adıyla 1998 yılında İstanbul Üniversitesi Eğitim Bilimleri Bölümü tarafından gerçekleştirilmiştir. Bunu takiben 2001 ve 2004 yıllarında iki ayrı evlilik okulu programı daha düzenlenmiştir. Düzenlenen bu programlarda evlenmek üzere olan çiftlerin karşılaştıkları problemler, eşler arası ilişkileri güçlendirme, etkili dinleme, aile yönetimi, etkin karar verme, evlilikte cinsel yaşam, anne babalık rolleri, bebek bakımı gibi konularda eğitimler planlanmıştır (Yavuzer, 2010).

Evlilik öncesi eğitim programları son 10 yılda yapılan çalışmalarla birlikte nihai şeklini almaya başlamıştır. Son yıllarda ülkemizde bu eğitimler bakanlık düzeyinde ele alınmış, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından evlilik öncesi paket eğitim



programları düzenlenmiştir. Düzenlenen bu paket programda üç ana başlığa değinilmiş ve bu alanlarda rehber kitaplar düzenlenmiştir. ‘*Evlilikte İletişim ve Yaşam Becerileri*’ kitabında aile içinde sevgi üzerine kurulan ikili ilişkilere, evliliğin ilk dönemlerine, çiftler arası huzurun temel bileşenlerine, evlilikte krizlere neden olan sebeplere ve bu krizlerin çözüm yollarına değinilmiştir. ‘*Aile Hukuk Rehberi*’ kitabında ise çiftlerin birbirleri üzerindeki haklarına yönelik bilgiler yer almaktadır. Üçüncü ve son kitap olan ‘*Evlilik ve Sağlık*’ kitabında üreme ve cinsel sağlık, güvenli ve sağlıklı annelik, ev kazalarında ilk müdahaleler gibi konulara yer verilmiştir (Alpaydın, 2012).

Aynı zamanda Türkiye Halk Sağlığı Kurumu da (THSK) evlilik öncesi çiftleri evlilik ve ebeveynliğe hazırlamak üzere bir program başlatmıştır. Bu hedef doğrultusunda üniversiteler, eğitim araştırma hastaneleri, meslek kuruluşları ve THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı temsilcileri müteşekkil kurul tarafından “Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi” yayınlamıştır. THSK hazırlamış olduğu bu rehberle birlikte evlilik kararı almış çiftleri;

- Karşılıklı saygı ve sevgi,
- İlişkilerde çatışma çözme becerisi geliştirme,
- Birbirlerine karşı güven duyma ve sadık olma,
- Geleceğe dair ortak idealler geliştirme,
- Birbirlerine fiziksel ve duygusal şiddet uygulamama,
- Üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), adölesan gebelik, akraba evliliği ve kan uyuşmazlığı,
- Aile Planlaması,
- Çocuk yetiştirme konusunda ortak fikirlere sahip olma ve bilinçli ebeveynlik konularında bilgilendirmeyi amaçlamıştır (Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi, 2014).

## **2.2. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Doğurganlık Tercihleri**

### **2.2.1. Dünyada ve Türkiye’de Doğurganlık**

Türk Dil Kurumunun kısaca “doğurgan olma durumu, çok çocuk doğurma” olarak tanımladığı doğurganlık; kadının üreme deneyimleri ile ilgili olan ve nüfusun büyüklüğü, artışı ve yapısını belirleyen, kadının statüsünü ve toplumun sağlık düzeyini etkileyen bir

kavramdır. Doğurganlık hızı ise; bir kadının doğurgan olduğu dönem boyunca doğurabileceği ortalama çocuk sayısını ifade etmektedir (TÜİK, 2018).

Dünyadaki doğurganlık düzeni son on yılda çarpıcı şekilde değişiklik göstermiştir. Doğurganlık hızı küresel olarak benzeri görülmemiş şekilde düşük seviyelere ulaşmış olmasına rağmen, ülkelere ve bölgelere göre doğurganlık modellerinde belirgin farklılıklar devam etmektedir. Çeşitli doğurganlık modellerinin nüfus ve büyümeye etkileri tüm ülkelerde 2030 yılı sürdürülebilir kalkınma gündemi, politika ve planlama ile doğrudan ilgilidir. 2015 Dünya Nüfus Provizyonlarının sonuçlarına göre toplam doğurganlık hızı kadın başına 2,5 çocuktur. Bu küresel ortalama, bölgeler arasındaki geniş farklılıkları maskelemektedir. Sahra Altı Afrika ülkeleri kadın başına ortalama 5,4 doğurganlık hızı ile en yüksek bölge olarak kalmaktayken, kadın başına 1,6 çocuk ile Doğu Asya, Doğu ve Güney Avrupa doğurganlık hızı en düşük bölgelerdir. Avrupa'yı 2,2 doğurganlık hızı ile Asya, Latin Amerika ve Karayipler izlemekte, Okyanusya'da ise 2,4'lük bir doğurganlık hızı görülmektedir. Küresel toplam doğurganlık hızının 2030 yılına kadar kadın başına 2,4'e 2050 yılına kadar ise 2,2'ye düşeceği öngörülmektedir. Şu an en yüksek doğurganlık hızına sahip olan Afrika'da ise doğurganlık hızının 2050 yılına kadar 3,1'e düşmesi beklenirken, en düşük doğurganlık hızına sahip Avrupa ve Kuzey Amerika'da ise doğurganlık hızlarında küçük oranlarda artışlar tahmin edilmektedir (UN; 2015; World Population Prospects, 2015).

Türkiye'de toplam doğurganlık hızı 2009-2011 yılları arasında düşüş eğilimi göstermekteyken 2011 yılından sonra artış göstermiştir. Doğurganlık çağındaki kadın başına düşen ortalama çocuk sayısı 2011 yılında 2,04 iken bu rakam 2014 yılında 2,17; 2015'de 2,15; 2016 yılında 2,10, 2017 yılında ise 2,07 çocuk olarak gerçekleşmiştir. Bu sayı kırsal alanda yaşayan kadınlarda kentte yaşayan kadınlara oranla daha yüksektir. Bu durum, doğurganlığın nüfusun yenilenme düzeyi olan 2,10'nun altında kaldığını göstermektedir (TÜİK; 2017; Yıldırım, 2017).

Yaşa özel doğurganlık hızı değerlendirildiğinde dünyada halen ilk doğumda anne yaşı 15-19 (adölesan) olan ülkeler bulunmaktadır. Adölesan doğurganlık eğilimi genel olarak düşme eğilimi gösterse de adölesan doğurganlık seviye ve eğilimlerinde keskin farklılıklar bulunmaktadır. Adölesan dönemde doğum oranı en yüksek ülke Afrika'dır. Latin Amerika ve Karayiplerde de yüksek oranda ergen doğum oranları bildirilmektedir. Japonya, İsveç ve Slovenya ise adölesan dönem doğurganlık hızlarının en düşük olduğu ülkelerdir (UN, 2015).

Türkiye’de kadınların halen üreme çağlarının başlarında çocuk doğurma eğiliminde oldukları görülmektedir. Kırsal alandaki yaşa özel doğurganlık hızları 2013 yılında 15-19 yaştan itibaren hızla artarak 20-24 yaş grubunda en yüksek seviyeye ulaşmakta 25-29 yaş grubunda biraz azalmakta ve daha sonra istikrarlı bir şekilde düşmektedir (TNSA, 2013). TÜİK 2017 verilerine baktığımızda ise yaşa özel doğurganlık hızının ileri kayma eğilimi göstererek en yüksek 25-29 yaş aralığında ve bu rakamın binde 132 olduğu görülmektedir. Türkiye’de doğumların yüzde 64,0’ı 30 yaşından önce gerçekleşmektedir. Gebeliğe bağlı ölüm ve hastalık risklerinin en fazla olduğu 20 yaş altı ve 35 yaş üstü gebelikler ise gerçekleşen tüm doğumların beşte birlik kısmını oluşturmaktadır (TNSA, 2013).

### **2.2.2. Doğurganlık Farkındalığı ve Doğurganlığın Düzenlenmesi**

Literatürde doğurganlık farkınlığı *“kadın ve erkek üreme anatomisi ve fizyolojisi arasındaki ilişkiyi ve buna bağlı olarak doğurganlık işlevini bilmek”* olarak tanımlanmaktadır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 2005). Bir başka deyişle *“kadının adet döngüsü boyunca doğurgan olan günlerini bilmesi, bu dönemin belirtilerini tanıması aynı zamanda kadın ve erkeğin üreme süreçlerini”* kapsayan temel bilgilerdir (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 2005; ACOG-The American Congress of Obstetricians and Gynecologists, 2017). Ancak bu kavram temel üreme bilgisi ve fizyolojisinden çok daha fazlasını kapsamaktadır.

Doğurganlık farkınlığı, *“doğurganlık ve üreme hakkında temel bilgileri anlamayı, bireyin bu konudaki bilgilerini kendine uygulayabilmesini, bu bilgi ve uygulamaları gerek partneri gerekse bir sağlık uzmanıyla tartışabilmeyi”* içermektedir. Doğurganlık farkınlığı, üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularını anlamak ve bu konularda bilinçli kararlar vermek açısından oldukça önemlidir. Bireyler doğurganlığa ilişkin yüksek bir anlayışa sahiplerse, üreme ve cinsel sağlıklarını nasıl yönetecekleri hakkında daha bilinçli karar verecek güçlü bir pozisyonda olabilmektedirler (Lampic ve ark., 2006). Örneğin; doğurganlık farkınlığı,, çiftlerin gebelik planlamalarına ya da gebeliği önlemelerine yardımcı olmak için kullanılmaktadır. Bir başka deyişle, cinsel ilişki zamanlaması ve diğer alt infertilite nedenleriyle gebelik yaşamakta zorluk çeken çiftlere yardımcı olmaktadır. Ayrıca bu bilgiler bireylerin her bir AP yöntemi hakkında bilgi sahibi olmalarına, AP metotlarının normal doğurganlık düzenini nasıl kesintiye uğrattığını,

yöntem doğru kullanılmazsa nasıl başarısız olacağı ve AP yöntemi kullanımı bırakıldığında doğurganlığın tekrar nasıl döndüğünü anlamalarına da yardımcı olmaktadır (Pyper, 1997).

Yapılan çalışmalarda genellikle bireylerin doğurganlık bilgi düzeyinin düşük olduğu görülmektedir (Lampic ve ark., 2006; Sørensen ve ark., 2016; Kudesia ve ark., 2017). Özellikle genç yetişkinlerin doğurganlık farkındalıkları oldukça düşük düzeydedir. Bu durum ileride bireylerin doğurganlık kararlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Conceição ve ark., 2017).

Dünyada pek çok ülkede gençlerin kariyer planları ya da başka sebeplerle ilk doğumlarını riskli yaşlara ertelemeyi planladıkları görülmektedir (Chan ve ark., 2015; Daniluk ve Koert, 2015). Bu durum ertelenmiş ebeveynliğin yaygınlaşmasına neden olmaktadır (Virtala ve ark., 2011; Peterson ve ark., 2012; Sørensen ve ark., 2016). İleri anne ve baba yaşına bağlı olarak hem anne hem de bebek sağlığı riske atılmaktadır.

Doğurganlık farkındalığını geliştirme, günümüzdeki pek çok AP eğitim programının önemli bir parçasıdır. Yapılan eğitimlerin doğurganlık farkındalığını artırma ve sağlıklı doğurganlık davranışı geliştirmeye yardımcı olduğu görülmüştür (Conceição ve ark., 2017). Bu amaçla çiftlere genel üreme ve cinsel sağlık bilgisi, doğal aile planlaması, yaş ve doğurganlık arasındaki ilişki, riskli gebelik yaş aralıkları, doğum aralıklarının önemi ve CYBH gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmetleri sağlanmalıdır. CYBH'den korunma konusunda danışmanlık yaparken bu hastalıkların bireylerin doğurganlıklarına zarar verebilecekleri de ayrıca vurgulanmalıdır (Pyper, 1997).

Kadın sağlığını önemli ölçüde etkileyen faktörlerden biri olan doğurganlık, bilinçli olarak düzenlenmediğinde hem anne hem bebeğin sağlığını olumsuz etkileyecek riskli gebelikler (adölesan veya ileri yaş gebelikler, 2 yıldan sık aralıklarla ve fazla sayıda doğum) ortaya çıkmaktadır (Gölbaşı ve ark., 2005; TNSA, 2013). Doğurganlığın düzenlenmesi, çiftlerin üremeleri konusunda bilinçlendirilerek, kendi kararlarını verebilmeleri ve kendi seçecekleri etkili, güvenilir ve kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağlıklarını riske atmadan, doğurganlıklarını zamanı, aralığı ve sayısı yönünden düzenleyebilmelerini içermektedir (Akdur, 2011).

### **2.2.3. Doğurganlık (Üreme) Hakları ve Sağlık Bakım Sistemi**

Dünyada farklı ırk ve farklı dinlere mensup, siyasi görüşleri farklı olan, farklı yaşam biçimlerine sahip insanları, ortak bir paydada birleştirmeye çalışmak, insan hakları kavramını oluşturmuştur. Bu kavramın arayış içinde olunması, 1948'de İnsan Hakları

Evrensel Beyannamesi'nin (İHEB) imzalanmasına sebep olmuştur. İmzalandığı tarihten bu yana bu bildirgedeki tüm ilkelerin bir bütün olarak yorumlanması üzerinden gidilerek çocuk hakları, engelli hakları, tüketici hakları, hasta hakları, çalışan hakları, etnik ve azınlıkların hakları gibi çeşitli alanlara özel haklar tanımlanmaktadır. Kadın hakları kavramı da kaynağını buradan almaktadır (Erbaydar, 2016).

Üreme hakları kavramına İHEB'de açıkça yer verilmediği genel kabul görmekle birlikte üreme haklarının İHEB'de yer alan pek çok hakla bağlantılı (sağlık ve refah hakkı, özel hayatın dokunulmazlığı, vicdan özgürlüğü) olduğu dikkat çekmektedir. İnsan haklarının hemen her boyutuyla bağlantısı bulunan üreme haklarının gelişiminde özellikle kadın hakları önemli rol oynamaktadır (Sert, 2013).

Üreme haklarından ilk kez 1968'de BM İnsan Hakları Konferansı'nda insan haklarının bir parçası olarak bahsedilmiş ve *“ebeveynlerin dünyaya getirecekleri çocuk sayısı ve aralığı hakkında özgür ve sorumlu karar verme hakkı ve bu çerçevede yeterli bilgi ve eğitim alma hakları vardır”* ifadesi ile yer almıştır. 1974'te Bükreş'te yapılan Dünya Nüfus Konferansında üreme haklarının tanımı; *“bütün çiftlerin ve bireylerin dünyaya getirecekleri çocuk sayısı ve aralığı hakkında özgür ve sorumlu karar verme hakkı ve bunun, için gerekli bilgi eğitim ve araçlara ulaşma hakkı vardır, çiftlerin ve bireylerin sorumluluğu karar verirken yaşam koşullarını ve geleceğini göz önüne almalıdır ve topluma karşı sorumludurlar”* şeklinde yapılmıştır (Sert, 2013). 1970'lerden 1990'lara gelene kadar belli aralıklarla BM Kadın Konferansları ve BM Nüfus Konferansları düzenlenmiş ve bu konferanslarda kadın toplumun korunması ve özen gösterilmesi gereken bir nesnesi olarak gösterilmiştir. BM tarafından 1994'te Kahire'de düzenlenen ICPD (Nüfus ve Kalkınma Konferansı) ile birlikte BM Kadın konferansları ve BM Nüfus Konferansları ortak bir çerçevede toplanmış ve üreme hakları bu konferansta netlik kazanmıştır (Erbaydar, 2016). Üreme haklarının genel çerçevesi bireylerin doğurganlık süreçlerini kendi tercihlerine göre düzenlemeleri ve bu sürecin sağlıklı bir şekilde yaşanması konusunda desteklenmeleridir (UNFPA-United Nations Population Fund, 2008). Bu çerçeve doğrultusunda diğer üreme hakları önem sırası gözetilmeden aşağıda sunulmuştur (UNFPA, 2008; Topatan ve Demirci, 2012; Sert,2013).

**Yaşam Hakkı** : İnsanın varlığının ve fiziksel devamlılığının öncelikli koşulu olan yaşam hakkı bireyin her türlü risk ve tehlikelere karşı korunma hakkıdır. Yaşam hakkı devlete kişiyi ölümden koruma yükümlülüğü vermektedir. Hiçbir kadını gebelik nedeniyle risk altında olmamalı, yaşamı tehlikeye girmemelidir. Doğum aralıklarının kısa olması,

adölesan ya da ileri yaş gebelik, çok sayıda doğum gibi risk faktörleri önlenerek yaşam hakkı herkes için eşit olarak sağlanmalıdır. Cinsiyeti ya da başka herhangi bir nedenle hiçbir çocuğun hayatı tehlike altında olmamalıdır. Yeterli bilgi, danışmanlık ve sağlık hizmetine ulaşamadığı için hiçbir bireyin hayatı son bulmamalıdır.

**Eşitlik Hakkı :** Herkes dil, din, mezhep, ırk, medeni durum, görüş farklılığı, cinsiyet, sosyal statü veya herhangi başka özelliği konusunda ayrımcılığa maruz kalmadan üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmetlerinden eşit şekilde faydalanma hakkına sahiptir.

**Mahremiyet Hakkı :** Bilgi, danışmanlık, tedavi ve diğer her türlü hizmette kişisel bilgiler gizli tutulmalı, yapılan her işlem sağlık hizmeti alan bireye özel olmalıdır.

**Çocuk Sahibi Olma, Hangi Aralıklarla ve Kaç Çocuk Yapacağına Karar Verme Hakkı :** Her kadın çocuk yapma ya da yapmama kararı alma , çocuklarının doğum aralığını belirleme, istediği sayıda çocuk yapma hakkına sahiptir. İstenmeyen gebelik oluşması durumunda gerekli tıbbi donanıma sahip, temiz sağlık kurumlarında ve bu konuda eğitilmiş uzmanlar tarafından gebeliği sonlandırma, güvenli annelik ve her türlü üreme sağlığı hizmetine kolay ve ucuz bir şekilde ulaşma hakkına sahiptir.

**Düşünce Özgürlüğü Hakkı :** Tüm bireylerin her konuda olduğu gibi üreme ve cinsel yaşamı konusunda da özgür düşünebilme ve düşüncelerini ifade edebilme hakkı vardır.

**Bilimsel Bilgi, Eğitim ve Sağlık Hizmetine Erişim Hakkı :** Tüm bireyler üreme sağlığı ve cinsel sağlık konusunda bilimsel veriler dahilinde bilgi ve eğitim alma hakkına sahiptirler. CYBH, infertilite, AP yöntemleri, sağlıklı gebelik ve diğer tüm üreme sağlığı konularında bilgi ve eğitim almak ve her türlü sağlık hizmetine ulaşmak tüm bireylerin hakkıdır.

**Cinsel Yaşam ve Üremede Kötü Muameleye Maruz Kalmama Hakkı :** Kadına yönelik şiddet ve aile içi şiddetin önlenmesi, çocukların her türlü şiddet, istismar ve tacizden korunması bu hak kapsamındadır.

**Sağlığın Korunması Hakkı :** Her birey üreme sağlığı dahil her alanda en kaliteli sağlık hizmetini alma hakkına sahiptir. Ayrıca sağlığın korunması ve sürdürülmesinde bireyler desteklenmelidir.

**Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Kapsamında Yer Alan Diğer Doğurganlık Hakları :** Doğurganlık ve doğurganlığın bedenimizi nasıl etkilediği hakkında bilgi sahibi olmak, gebelik süresince düzenli sağlık kontrolü altında olmak, gebelik, doğum ve lohusalık dönemi hakkında bilgi almak, doğum şekli ve nerede doğum yapabileceği

konusunda seçenekleri bilerek bu konuda seçim yapmak, doğum sonrası düzenli sağlık kontrolü altında olmak, bebek bakımı ve beslenmesi konusunda her türlü bilgiyi almak, kontraseptif yöntem seçenekleri hakkında bilgi alabilmek ve bunlar arasında tercih yapabilmek, doğurganlık konusunda hiçbir ayrımcılığa, şiddete, zorlamaya maruz kalmadan özgür iradesiyle karar verebilmek kadının sahip olduğu diğer haklardandır (Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, 2012).

Üreme hakları kavramı, insanların kendi cinsel yaşam ve doğurganlıklarıyla ilgili kararları alabilecek ve bu kararların sorumluluğunu taşıyabilecek irade ve akla sahip olduğu varsayımı üzerine temellenmiştir. Bu nedenle bireylerin sahip olduğu bu hakların devletlerin nüfus politikaları, doğurganlığın artırılması ya da azaltılmasının gerekliliği ya da herhangi bir gerekçeyle ihlali söz konusu olmamalıdır (Erbaydar, 2016)

### **2.3. Aile Planlaması**

#### **2.3.1. Aile Planlaması ve Tarihsel Gelişimi**

İlk çağlarda insanlar gebeliğin kendiğilinden oluştuğunu sanarlardı. Hatta kadınlar gebeliğin oluşumunda bazı kötü ruhların etkisinin olduğunu düşünerek vücutlarının çeşitli bölgelerine süs eşyaları takarak bu ruhları engellemeye çalışmışlardır (Çayan, 2009). İnsanların gebeliğin cinsel ilişki sonucunda oluştuğunu anladıklarından bu yana çeşitli yollarla gebeliği önlemeye çalıştıkları bilinmektedir (Çayan, 2009). Akın ve Özvarış'ın (2006) belirttiğine göre bu konudaki bilinen en eski kaynak MÖ (Milattan Önce) 2700'de Çin'de yazılan bir tıp kitabına ait düşük yaptırmak ve gebeliği önlemek amaçlarıyla yazılmış olan reçetelerdir. Mısır'daki Kahun veya Petri papirusu (MÖ 1850) ve Elbers papirusunda (MÖ 1500) bahsi geçen vajinal tamponlar AP kullanımı ile ilgili belgelerden bazılarıdır (Walle, 2005). Milat öncesi dönemlerde çöllerdeki uzun seyahatler sırasında Arap toplumlarının develerin uteruslarına gebe kalmalarını engellemek amacıyla küçük çakıl taşları yerleştirdikleri bilinmektedir. Bu yöntemin insanlar üzerinde kullanıldığına dair ilk bilgilere Hipokrat'ın kadın hastalıkları alanında yazdığı eserlerde rastlanır. Eski Yunanlılar kadın ve erkeğin cinsel birleşmesi sırasında kadının rahim ağzına bal ve sedir yağı sürerek spermlerin kadın rahmine ulaşmasını engellemeye çalışmışlardır (Özlece, 2006; Yerli, 2015). Aynı amaçla Asyalı kadınlar yağlı kâğıt, Japonlar bambu ağacından yapılmış kâğıt, Müslüman kadınlar palmiye yaprağı, Pasifiklerde yaşayan kadınlar deniz ürünleri, Avrupalı kadınlar da balmumu kullanmışlardır (Eryılmaz, 2014).

Eski çağlarda gebelik oluşumunda yalnızca kadının rolü olduğu düşünülendiğinden kadınlar gebeliği önleme konusunda farklı ibadetlere yönelmiş ve bazı mistik davranışlar sergilemişlerdir. Bu yüzden gebeliği önlemek amacıyla sadece kadına yönelik girişimlerde bulunmuşlardır. Sonraki dönemlerde gebelik oluşumunda erkeğin de rolü olduğu anlaşılmıştır (Aktoprak, 2012). Gebeliğin önlenmesi amacıyla kullanıldığı bilinen en eski penis başlıklarından 1564'te Gabriello Fallopius bahsetmiştir. Kondom kullanılmaya başlanması ise 1600'lü yıllarda Dr. Kondom ile başlamış fakat 1800'lü yıllarda yaygınlaşmıştır. Spermisit ajanlar, diyafram ve servikal kapak kullanımı da yine 1800'lü yıllara rastlamaktadır (Eryılmaz, 2014). Çin'de ilk kez "Mahuç Halkası" adı verilen ipliksiz, çelikten yapılmış halka şeklinde bir RİA (Rahim İçi Araç) kullanılmıştır. Modern RİA'ların kullanımı 1960' larda başlamış 1970' lerde daha küçük T şeklinde bakır RİA' lar kullanılmaya başlanmıştır. Takvim yöntemi ilk kez Japonlar tarafından 1920'lerde kullanılmıştır (Özlece, 2006; Yerli, 2015). Doğum kontrol haplarının kullanımı ise 1934'te saf progesteronun elde edilmesinden sonra kullanılmaya başlamış fakat bu hapların kullanımı sonucu birçok yan etki ortaya çıkmıştır. 1960' lı yıllarda ABD'de doğum kontrol haplarının yan etkilerini azaltmak amacıyla içeriğindeki progestin ve östrojen miktarları azaltılmış, haplar daha güvenli hale getirilerek kullanımı onaylanmıştır (Eryılmaz, 2014). 1965 yılından bu yana ülkemizde de doğum kontrol hapları kullanılmaktadır.

Doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması antik çağlara dayanırken doğurganlığın bilinçli olarak ele alınması ve daha modern AP yöntemlerinin kullanılması 1800' lü yılların sonlarına doğru olmuştur. 19.yy.da AP hizmetleri bir halk hareketi olarak başlamış ve İngiliz papaz Jeremy Bentham halka, AP yöntemlerinin öğretilmesini savunan ilk kişi olmuştur. Richard Carlile, AP yöntemlerinden bahseden bir kitap yayınlamıştır. 1882'de ilk AP kliniği Hollanda'da açılmıştır. 1950'de Amerikan Aile Planlaması Federasyonu kurulmuş ve bu kuruluş daha sonra IPPF (International Planned Parenthood Federation-Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu) olarak varlığını sürdürmüştür (Aktoprak, 2012).

Temel sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir yere sahip olan AP, tüm bireylerin ve çiftlerin istedikleri zamanda ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları, doğum aralıklarını belirlemeye özgürce ve kendi sorumluluğunda karar vermeleri, bu amaçlar doğrultusunda eğitim, bilgi ve araçlara sahip olmaları, bir başka deyişle doğurganlığın düzenlenmesi amacıyla sunulan hizmetlerin geneline verilen addır (Altay ve Gönener, 2009; WHO, 2018). Genellikle "kontrasepsiyon" ve "doğum kontrolü" terimleriyle eş



anlamli olarak kullanimi ancak daha kapsamli değerlendirilmesi gereken AP kavrami yalnızca çocuk sayisi ve zamanini belirlemek amacıyla kullanılmamaktadır. İstenmeyen gebeliklerin ve bunun sonucunda gerekleŖecek olan olumsuz durumların ve riskli gebeliklerin önlenmesi, çok sık doğum araliklarının önlenerek anne ve çocuk sağlığının korunması, infertil bireylere çocuk sahibi olmaları konusunda destek sağlanması, eŖlerin çocuk sahibi olmalarını etkileyen ekonomik, sosyal, psikolojik ve fiziksel durumların değerlendirilmesi AP hizmetleri kapsamındadır (Aktoprak, 2012; WHO, 2018).

AP hizmetlerinin uygulanmasıyla elde edilecek toplumsal yararlardan bazıları Ŗunlardır (TaŖkın, 2014; oban, 2016);

- Annenin bedensel ve ruhsal sağlığının korunması,
- Anne ölümlerinin azaltılması,
- Fetus, bebek ve çocukların ölüm ve hastalık hızlarının düşürülmesi,
- Aile birliğinin ve düzeninin sağlanması,
- Çocukların sosyal, fiziksel ve ruhsal yönden daha iyi gelişmelerinin sağlanması,
- Nüfusun hızlı ve kontrolsüz artışının engellenerek, dengeli ve planlı bir nüfus artışının sağlanması,
- Yurt içi ve yurt dıŖı göçlerin azaltılması,
- Toplumun eğitim, barınma, sağlık ve beslenme gibi temel ihtiyaçlarının azalması.

### **2.3.2. Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması**

Ülkelerin uyguladıkları nüfus politikalarında nüfus artış hızı, kalkınma durumu, bebek ve anne ölümleri gibi göstergeler belirleyici olmaktadır (Örsal, 2006; Aktoprak, 2012). Örneğin; Kurtuluş SavaŖı ve Birinci Dünya SavaŖı sürecindeki ağır insan kayıpları Cumhuriyetin ilk yıllarında doğurganlık artışının gerekli olduğunu düşündürmüŖ, bu nedenle Türkiye’de 1950’lerin sonlarına kadar pronatalist (nüfus artırıcı) bir nüfus politikası izlenerek doğurganlık hızı kadın başına 7 doğuma kadar çıkmıştır. 1950’den sonra ise nüfus artış hızlarının fazla olması yasal olmayan ve sağlıksız koŖullarda yapılan küretaj oranını artırmıŖ bu nedenle birçok kadın hayatını kaybetmiştir (oban, 2016). Ayrıca bu dönemde kent nüfusunun ve buna bağlı olarak da istihdam sorununun hızla artmasıyla birlikte izlenen nüfus politikası antenatalist (nüfus azaltıcı) politika yönünde deęiŖmiŖ, doğurganlık hızları 1960’larda 6’ya, 1980’li yılların sonlarına doğru ise 3’e, 2000 yılından sonra ise doğurganlık yenilenme düzeyinin hemen üzerinde olan 2.16’ya kadar gerilemiştir (TNSA, 2013; Türkiye Aile Yapısı AraŖtırması, 2014).

Antenatalist politikaların uygulanması Türkiye'nin 1960'lerden sonra nüfus planlaması kavramı ile tanışmasını sağlamıştır. Bunu takiben nüfus planlamasının uygulama araçlarından biri olan aile planlaması kavramına kadın sağlığı kavramı da eklenmiştir. 1990' lı yıllarda uluslararası platformda gerçekleştirilen konferanslarda birçok önemli karar alınmıştır. Alınan bu kararlar doğrultusunda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de bugün halen yürürlükte olan "27 Mayıs 1983 tarihli 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" ile kadın sağlığı ve aile planlamasının kapsamı genişletilmiştir (Eryılmaz, 2014). 2827 sayılı yasa ile; gebeliğin onuncu haftasına kadar hiçbir şarta bağlı olmadan isteğe bağlı gebeliği sonlandırma, onuncu haftadan sonraki gebelikleri ancak tıbbi gereklilik sonucu sona erdirmeye, ebe ve hemşirelere RİA uygulama, kadınlara ve erkeklere o güne kadar kullanımı yasak olan cerrahi sterilizasyon uygulanmasına izin verilmiştir (Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, 2017).

Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 2013 yılında 2010-2018 yılları arasında kapsayacak şekilde hazırlanan "Aile Planlaması Program Stratejisi 10. Kalkınma Planına göre; Türkiye nüfusu 2012 yılı sonu itibariyle 76,5 milyona ulaşmış olup 2006'da 2,12 olan toplam doğurganlık hızı 2012 yılında 2,08 gerileyerek nüfus yenilenme seviyesi olan 2,10'un altına düşmüştür (Eryılmaz, 2014).

### **2.3.3. Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş**

Üreme sağlığı, DSÖ'nün sağlığı, "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil aynı zamanda sosyal, fiziksel ve zihinsel olarak tam bir iyilik halinin bulunması durumu" olarak tanımlaması çerçevesinde, hayatın her aşamasında üreme işlevlerini, üreme süreçlerini ve üreme sistemini ele alır. Bu tanıma göre DSÖ aynı zamanda insanların sorumluluk sahibi olabilecekleri, tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşama sahip olduklarını, ne zaman ve ne sıklıkta üreyeceklerine karar verme özgürlüklerinin bulunduğunu ima eder.

Son dönemlerde sağlık alanındaki kayda değer gelişmeler sonucunda anne ve çocuk ölümlerinde azalma gerçekleşmiş, beklenen yaşam süresi artmıştır. Ancak, bu gelişmelerden, özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki yoksullar başta olmak üzere herkes eşit şekilde yararlanamamıştır. Günümüzde yoksulluğun, dünya çapında giderek yaygınlaşması ve devamlılık kazanması, sosyal ve ekonomik alandaki dengesizlikler, nüfusun aşırı artması, çevresel kirlenme gibi temel sorunlar tüm ülkeleri ortak paydada

birleştirmiş ve nüfus konusuna yönelik uluslararası bir işbirliğinin sağlanmasının gerekliliği farkedilmiştir (AÇSAP-Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, 2009).

Gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere 1960'lı yıllarda tüm dünya kontrolsüz nüfus artışının olumsuz etkileri altında kalmıştır. 1970'deki nüfus ağırlıklı yaklaşım sonraki on yıl içinde yerini sağlıkla ilgili kaygılara bırakmış, 1990 sonrası artık insan hakları ve ihtiyaçları üzerine odaklanılmaya başlanmıştır. Bu süreçte; Bükreş'te (1974), Mexico City'de (1984) ve Kahire'de (1994) yapılan üç büyük konferansta, nüfus ve AP'nin, genel kalkınma çabalarının vazgeçilmez bir parçası olduğu ortaya konmuştur (Topatan ve Demirci, 2012; Aktoprak, 2012).

İlk kez 1994 Kahire ICPD'de (International Conference on Population and Development-Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı) geliştirilmiş olan “üreme sağlığı”, üreme hakları ve cinselliği de içeren bir kavramdır (Topatan ve Demirci, 2012). Daha sonra 1995 yılında Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansında ICPD konferansının sonuçları üzerinde detaylı olarak durulmuş, bu sonuçlar doğrultusunda eylem planları hazırlanmıştır. Bu planların başlıca içeriğini “kadınların her alanda güçlendirilmesi, cinsiyet eşitliğinin sağlanması, üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, kadına yönelik şiddetin önlenmesi, nüfus ve kalkınma arasındaki ilişki” oluşturmuştur. Ayrıca bu eylem programlarında AP hizmetlerinin daha kapsamlı bir kavram olan “üreme sağlığı” içerisine dahil edilmesinin doğru olacağı belirtilmiş ve üreme sağlığı hizmetlerinin uygun yaştaki her bireye eşit şekilde sağlanması şart koşulmuştur. Üreme sağlığı programlarıyla hedeflenenler şunlardır (AÇSAP, 2009; Aktoprak, 2012; Topatan ve Demirci, 2012);

- Bireylerin cinsellik ve üremeye bağlı hastalık ve sakatlıklardan korunması ve ihtiyaç duyduklarında bu konu ile ilgili danışmanlık vermek,
- Bakım ve rehabilitasyon alabilmelerini sağlamak,
- Emzirmeye teşvik etmek,
- Kadın, erkek herkesin sağlıklı cinsel gelişme ve olgunlaşma kapasitelerini geliştirmek,
- Bireylerin üremeyle ilgili kararlarını sağlıklı ve güvenli bir şekilde uygulayabilmesi için destek sağlamak,
- CYBH ve komplikasyonlarını önlemek,
- Cinsiyet eşitliğine dayalı cinselliğin gelişmesini teşvik etmek,

- Gençleri sağlıklı cinsel davranış ve bilinçli üremeye özendirmek, bu alanda hizmet ve danışmanlık vermek,
- Çok erken ve ileri yaş gebelikleri ve bunlara bağlı komplikasyonları engellemek,
- Güvenli annelik (acil obstetrik hizmetler de dahil olmak üzere) programlarının uygulanmasını sağlamak.

İyileştirilmiş cinsel sağlık ve üreme sağlığı, bütüncül sağlığa erişilmesinde kilit rol oynamaktadır. Çok erken yaşta, sık aralıklarla ve çok sayıda yapılan doğumlar da dahil olmak üzere cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin nedenlerden kaynaklanan sağlık sorunları, özellikle üreme çağındaki kadınlar ve genç kızlar arasında ölüm ve sakatlanma nedenlerinin başında gelmektedir (WHO, 2017).

Günümüzde üreme sağlığı alanında hükümetlerin ve toplum katılımlı politika ve programların, herkes için ve yaşam boyu bu hakları temel alması önerilmektedir. Üreme sağlığında “yaşam boyu ve herkes için” yaklaşımı yalnızca annelikle sınırlı olmayıp intrauterin dönemden başlamaktadır. Neonatal ve postnatal dönem, çocukluk, adölesan ve gençlik dönemi, doğurganlık dönemi ile postmenapozal kadınlarda bu kapsamda yer almaktadır.

Sonuç olarak, “yaşam boyu üreme sağlığı” anlayışıyla bireylerin doğumdan ölüme dek yaşamının bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu bütüncül yaklaşımla çocukların, adölesanların, kadınların ve dolayısıyla ailelerin sağlığını geliştirmek üzere programlar planmalı, tüm ülkeler uygun yaşta tüm bireylere en kısa sürede temel sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmak üzere çok geniş bir hizmet alanı olarak üreme sağlığı hizmetlerini ulaşılabilir kılmalıdır (AÇSAP, 2009).

#### **2.3.4. Güvenli Annelik**

DSÖ'ye göre anne ölümü, bir kadının gebelik süresince, doğumda veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın gebelik durumunun ya da gebelik sürecinin şiddetlendirdiği bir nedenden kaynaklanan ölümler olarak tanımlanmaktadır (Sevil ve Ertem,2016).

Doğum, mutlu anların yaşandığı bir zaman dilimi olmasının yanı sıra bazen öngörülemeyen krizlerin yaşanacağı kritik bir ana dönüşebilmektedir. Bu nedenle tıpkı doğum sonrası dönemde olduğu gibi doğum anı da aşırı dikkat gerektiren bir zamandır. Dünyada her yıl 3,2 milyon ölü doğum, 4 milyon yeni doğan ölümü ve yarım milyondan

fazla anne ölümü gerçekleşmektedir. Anne ölümlerinin %11,0-17,0'ı doğum sırasında, %50,0-71,0'ı ise doğum sonrasında görülmektedir. (WHO, 2018).

Yüksek maternal mortalite ve morbiditeyi azaltmak amacıyla 1987 yılında DSÖ öncülüğünde Nairobi'de düzenlenen konferansta Dünya Bankası, DSÖ, UNFPA ve 55 ülkenin ilgili kurumlarının desteğiyle "Güvenli Annelik Girişimi" başlatılmıştır. Güvenli annelik; kadına gebelik öncesi, anne ve bebeğe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetimini kapsayan anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik bütüncül yaklaşımdır (Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi, 2014). Bugün 100'den fazla ülkede uygulanmakta olan bu girişimlerin amacı 2000 yılına kadar anne ve yeni doğan ölümlerini %50,0 oranında azaltmaktır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde güvenli annelik programının yürütülmesine büyük gereksinim duyulmuştur. Bunun nedenleri (AÇSAP, 2009; Sevil ve Ertem, 2016) ;

- Anne ölümlerinin %99,0'ı gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir.
- Dünyada her yıl yarım milyonu aşkın kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle yaşamını yitirmektedir.
- Her yıl yaklaşık 8 milyon bebek doğumdan yaşamının ilk birkaç gününde ölmektedir.
- Gebelik bir hastalık değil, fizyolojik bir olaydır. Temel sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilmesi ile gebeliğe bağlı komplikasyonlar ve ölümler önlenir.
- Her kadının güvenli bir gebelik yaşama ve doğum yapma hakkı vardır.
- Her yıl 20 milyon gebelik güvenli olmayan şartlarda sonlandırılmakta ve buna bağlı olarak da 80000 anne ölümü meydana gelmektedir.
- Dünyada anne ölümlerinin %10,0-50,0'ını (ortalama %13,0) düşüklere bağlı komplikasyonlar nedeniyle gerçekleşen ölümler oluşturmaktadır.
- Gelişmekte olan ülkelerde en önde gelen anne ölüm nedeni kanamadır. Anne ölümlerinin %17,0-46,0'ı (ortalama %25,0) kanamaya bağlıdır.
- Tüm gebeliklerde eklampsi görülme oranı %1,0'ın altındadır. Buna karşılık eklampsi ve gebelikteki hipertansif komplikasyonlar anne ölüm nedenlerinin halen %12,0'ını oluşturmaktadır.
- Amniyotik membran rüptürü veya eylem ile başlayıp postpartum 42. günde sonuçlanan süreçte görülen genital sistem enfeksiyonuna bağlı sepsis tüm

dünyada gebeliklerin %8,0'ında meydana gelmekte, anne ölümlerinin %15,0'ına neden olmaktadır.

- Gebelik komplikasyonlarına bağlı anne ölümlerinin büyük kısmı önlenebilir ölümlerdir.
- Güvenli annelik yaklaşımı mevcut sağlık sistemine maliyet veya iş yükü getirmemekte, tersine hizmetin daha organize ve daha az maliyetle yapılmasını sağlamaktadır.

Güvenli annelik girişimiyle, önlenebilir anne ölümleri (kanama, sepsisemi, preeklampsi/eklampsi, engellenmiş doğum eylemi ve düşüklerden kaynaklanan anne ölümleri) %55,0-80,0 oranlarında azaltılabilmektedir. Dünyanın değişik ülkelerinde DSÖ tarafından hazırlanan güvenli annelik programı ve bu program kapsamında Anne-Bebek Paketi uygulamalarının olumlu sonuçları alınmaktadır. Bu programların uygulanmaya başlanmasından sonra DSÖ'nün 2014 yılı sağlık istatistiklerine göre anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 210 olarak bulunmuştur. Türkiye'de ise 1960'larda yüz bin canlı doğumda 250 civarında olduğu bilinen anne ölümleri, 2013 yılı verilerine göre ise yüz bin canlı doğumda 15.9 olarak bildirilmiştir (Sevil ve Ertem, 2016).

Bireylerin doğurganlık bilgi düzeylerinin düşük olması sergiledikleri doğurganlık davranışlarında etkili ve belirleyici olmaktadır (Peterson ve ark., 2012; Tilahun ve ark., 2013; Sørensen ve ark., 2016). Bu amaçla güvenli annelik programları kapsamında, öncelikle bireyler ve çiftler sağlıklı doğurganlık davranışı hakkında bilgilendirilmeli, yanlış inanç ve uygulamaları düzeltilmeli, doğurganlıklarını sağlık çerçevesinde düzenlemeleri konusunda desteklenmelidir.

#### **2.4. Aile Planlaması Tutumu ve Doğurganlık Arasındaki İlişki**

Tutum kavramı ilk kez 19.yy.da bilimsel olarak incelenmeye başlanmıştır. Latince "harekete hazır" anlamına gelmekte olan tutum, bireylerin herhangi bir nesne, fikir, sembol ya da duruma ilişkin olumlu ya da olumsuz eğilim ya da duygularını ifade etmektedir (Freedman ve ark., 2003). Bohner (2002) tutumu, "insanın aklında bulundurup daha sonra fark ettiği şeyler" olarak tanımlamıştır. Doob'a (1967) göre tutum, "bireyin yaşadığı toplumda önemli olduğu düşünülen örtülü ve güdüleyici bir tepkidir". Bir başka tanıma göre tutum; "öğrenmeyle kazanılan, bireyin davranışlarına yön veren, karar verme sürecinde yanlılığa neden bir olgudur" (Akt.Ülgen, 1994)

Tutumların oluşması ve değişmesinde bazı faktörler etkili olmaktadır. Albarracin ve Shavitt (2018) tutumların oluşum ve değişim sürecinde üç önemli bağlamdan söz etmektedir. Bunlar; kişi, sosyal ilişkiler ve sosyopolitik, sosyoekonomik ve iklimsel oluşumları da içeren önemli olaylardır. Tutumların oluşmasında etkili olan öğelerden bazıları şunlardır (Çiftçioğlu 2009; Aktoprak, 2012; Albarracin ve Shavitt, 2018):

- Tutumlar doğuştan gelmez, içgüdüsel değildir. Tutum, birey toplumsallaşırken içinde bulunduğu kültürün de etkisiyle yaşanılarak kazanılır.
- Tutumlar kısa sürede değişmezler. Yani insanlar yaşamlarının belli dönemlerinde aynı fikre sahip olabilmektedir.
- Kişisel tutumların yanında toplumsal tutumlar da bulunmaktadır. Toplumsal tutumlar, toplumsal değer, grup ve objelere yönelik tutumları oluşturmaktadır.
- Tutumlar davranışlara olumlu ya da olumsuz olarak yansiyabilmektedir.

Bir tutumun oluşması için, bireyle söz konusu tutum objesinin özel bir sistemde bütünleşmesi gerekir. Bireyde tutum oluşturan ilk kaynaklar; değerler, ebeveynler, öğretmenler veya diğer öğretici gruplardır. Bir olaya karşı tutumun oluşması için o olay hakkında bilgi sahibi olunması gerekir. Bu bilgi öncelikle anne babadan, bireyin yaşamındaki tüm eğitimcilerden ve etkileşimde bulunduğu diğer kişilerden alınacaktır. Birey aldığı ve belleğinde düzenlediği bilgileri kendi yapısal özelliğine göre değerlendirecek ve daha sonra kullanmak üzere saklayacaktır. Bunun sonucunda da olumlu veya olumsuz yönde belirli değerlerde tutum oluşacaktır (Çiftçioğlu 2009).

Tutumlar aralarında bir iç tutarlılık olduğu varsayılan bilişsel, duygusal ve davranışsal üç temel öğeden oluşmaktadır. Buna göre bireyin bir konu ile ilgili bildikleri o konuya olumlu bakmasını gerektiriyorsa (bilişsel öğe), birey o konuya ilişkin olumludur (duygusal öğe). Bunu da sözleri ya da davranışları (davranışsal öğe) ile gösterir (Diri, 2007). Tutumların duyuşsal bileşeni, bilişsel bileşene kıyasla daha yalın görülmektedir. Anderson ve Hubert, duygusal öğenin bilişsel öğeden daha kalıcı ve merkezi olduğunu vurgular bir biçimde, tutum değişikliğinin ona yol açan içerik unutulduktan sonra bile, kalıcı etkisinin olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla bir tutumun bütün olarak yapısı karmaşık olmakla birlikte, önemli bir parçası olan duygulardan oluşan parçası genellikle çok yalındır (Örsal, 2006).

Tutumlar direkt olarak gözlemlenemez. Bir tutumun varlığı ancak kişinin davranışlarına yansımalarıyla fark edilebilir (Aktoprak, 2012). Dolayısıyla insanların AP'ye yönelik tutumlarını belirlemede en doğru ve kısa yol bireyin davranışlarını incelemektir.

Ancak insanlar her zaman tutumlarını davranışa dönüştürmeyebilir. Bazen de kişiler gerçek tutumlarını gizleme eğiliminde olabilirler (Örsal, 2006). Bireylerin tutumlarını netleştirebilmek için öncelikle bilişsel bileşende yer alan bilgilerle tutumlarının farklılıklarını belirlemek gerekmektedir. Örneğin AP'nin ilişkili olduğu konularla olumlu veya olumsuz bir bağlantısı olduğu göze çarpmaktadır. AP yöntem kullanımının kadının tekrar çocuk sahibi olmak istememesi, istenmeyen gebeliklerin küretaj edilmesini engellemesi, nüfus artışına engel olduğuna inanılması, kadının akrabasının AP yöntemi kullanım memnuniyeti ile pozitif ilişki olduğu görülürken, AP yöntemi kullanan kişilerin de gebe kalabiliyor olması, eş ve kayınvalidenin yöntem kullanımını onaylamaması ve bazı yöntemlerin kilo aldırması ile negatif ilişki içerisindedir. Burada AP ile ilişkili onlarca bilişten sadece birkaçı gösterilmiştir. Oysa AP ile ilgili gerçek bilişler, bireyin AP'ye yönelik tüm duygularını kapsamaktadır (Örsal, 2006).

AP yöntemi kullanımı, sahip olmak istenen çocuk sayısı, küretaj kararı, doğum aralıklarının tercihi, gebeliğin istenmesi veya istenmemesi gibi doğurganlık davranışları AP'ye ilişkin tutumlarla doğrudan ya da dolaylı olarak bağlantılıdır. Örneğin, Çin'de nüfusun fazla olması ve diğer politik sebeplerle tek çocuk politikası uygulanmaktadır. Dolayısıyla tek çocuk hakkı olduğunu düşünen ve erkek çocuk isteyen ebeveynler ultrasound ile kız çocukları olacağını öğrendiklerinde gebeliği sonlandırma kararı almaktadırlar (<http://www.bbc.co.uk/ethics/abortion/medical/infanticide,2018>).

Ülkemizde dahil olmak üzere özellikle gelişmekte olan ülkelerde erkek çocuk sahibi olmaya bakış açısı gerçekleşen doğum sayısını etkilemektedir. Ailede erkek çocuğun mutlaka olması gerektiğine inanan ebeveynler ilk çocukları kız olduklarında erkek çocuk sahibi olana kadar gebe kalmaya devam etmektedirler. Yine bazı ülkelerde kırsalda ve kentte yaşayan bireylerin AP tutumu farklılık göstermekte, bu da doğurganlık davranışına yansımaktadır (Apay ve ark., 2009; Dhingra ve ark., 2010). Kırsalda ve özellikle geniş ailede yaşayan bireyler genellikle AP yöntem kullanımını reddetmekte, çok ve sık aralıklarla çocuk doğurma eğilimi göstermektedir. Bu durum kırsalda yaşayan kadınların statüsünün doğurganlıkla ilişkilendirilmesine bağlı olabilmektedir. Bir başka deyişle kadın ne kadar çok çocuk sahibi olabilirse değerinin ve statüsünün o kadar artacağına inanılmaktadır. Doğum kontrolünü reddetme nedenleri sorgulandığında dini inançlarına aykırı olduğunu ya da anne sağlığını tehlikeye attığını ileri sürmektedirler (Khalifa, 1982; Salaudeen, 2017; Taffa, 2017). Kentte yaşayan ve AP kullanımına olumlu



yaklaşanlar ise çok çocuğun aileye mali yük getireceğini, çok ve sık aralıklarla çocuk doğurmanın anne sağlığını da olumsuz etkileyeceğini ifade etmektedir.

Bugün dünyada ve ülkemizde pek çok insan AP yöntemleri ve kullanımı hakkında bilgi sahibi olmasına rağmen AP'ye yönelik tutumlar bireylerin AP kullanımını olumlu ya da olumsuz etkilemektedir. AP hakkında yüksek oranda bilgi sahibi olmak her zaman olumlu doğurganlık davranışı sergilenmesinde yeterli olmamaktadır (Tilahun ve ark., 2013). Örneğin; çok sayıda birey ve sağlık personeli geri çekme yöntemi hakkında bilgi sahibidirler. Ancak bireylerin geri çekmeye yönelik bilgi ve inanışları davranışları üzerinde oldukça etkili ve belirleyicidir. Erkeğin cinsel ilişkiye hakim olma isteği, bu yöntemin herhangi bir maliyetinin olmaması, kondomsuz cinsel ilişkiye girerek, cinsel hazzı hissetme isteği bireylerin geri çekme yöntemini tercih etmelerine neden olabilir. Fakat geri çekme yönteminin gebeliği önlemede başarısının oldukça düşük olduğu, buna bağlı olarak istenmeyen gebeliklerin gerçekleştiği ve bunların çocuğunun istemli düşüklerle sonlandırıldığı bilinmektedir (Heath ve ark., 2002; Örsal, 2006). Yapılan bazı çalışmalarda erkeğin AP'ye yönelik tutumlarının ve doğurganlık tercihlerinin eşlerinin modern kontraseptif kullanımlarını ve olumlu doğurganlık davranışı göstermelerine katkı sağlamıştır. Bu nedenle üreme sağlığının geliştirilmesini hedefleyen programlarda özellikle erkeklerin programın her kademesinde katılımına ihtiyaç duyulmaktadır (Tilahun ve ark., 2013).

Yapılan çalışmalar AP tutumunun gelecekte bebek sahibi olma arzusu, gebelik sayısı, doğum aralıkları, etkin kontraseptif yöntem kullanımı gibi konularla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle AP'ye yönelik tutumları uzun vadede olumlu doğurganlık davranışlarına dönüştürmek için eğitim programları ve danışmanlık hizmetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır (Ayaz ve Yaman Efe, 2009; Dhingra ve ark., 2010; Tilahun ve ark., 2013; Asegidew ve ark., 2017).

## **2.5. Ebeveyn Olma Kararı ve Doğurganlık Farkındalığının Sağlanmasında Hemşirenin Rolü**

Ebeveyn olma insan hayatındaki en önemli kararlardandır. Çocuk sahibi olmak ve çocuk yetiştirmek eşlerin en önemli sorumluluklarından biridir (Seyrek, 2016). Gebelik ise bireylerin ebeveynlik rollerine attıkları ilk adımdır (Beydağ, 2007).

Her çocuk biyolojik iki ebeveyninden meydana gelmekte ve her ikisi de çocuğun kimlik gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Anne-babanın çocuklarına yaklaşım

tarzlarının onların kişilik özelliklerinin gelişiminde ve çocuk-ebeveyn bağlanmasının sağlanmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Güleç ve Kavlak, 2015).

Modern dünyada insanlar sahip olacakları çocuk sayısı ve zamanı konusunda karar verme, planlama ve uygulama hakkına sahiptirler (Saygılı, 2006). Ancak gebelik ya da ebeveyn olma kararı her zaman planlayarak, bilinçli şekilde ve yalnızca bireylerin kendi tercihlerine bağlı olarak oluşmamaktadır. Çoğu zaman çiftler, çocuk doğurmaya yönelik kendilerini etkileyen faktörlerin farkına varamazlar. Böyle olduğunda gerek gebelik gerekse ebeveynlik rolüne uyum daha güç olmaktadır (Koç ve ark., 2016). Çiftler, kimi zaman toplumda bir statü kazanmak, bir kaybın yerini doldurmak, cinsel yeterliliği kanıtlamak için ya da kültürel baskılardan dolayı çocuk sahibi olmak isteyebilirler. Eş, arkadaş çevresi ve diğer aile üyelerinden gelen baskılar da eşlerin çocuk sahibi olma kararını etkileyebilir. Bu durumda birey yalnızca başkalarını mutlu etmek için kendi istemese dahi gebe kalmaya karar verebilmektedir (Beydağ, 2007). İstenmeden gerçekleşen gebeliklerde hem doğacak çocuklar hem de çiftlerin evlilik birliği olumsuz etkilenebilmektedir. Planlayarak çocuk sahibi olan çiftlerin evlilikte yetkinlik düzeyleri planlamadan çocuk sahibi olan çiftlerin evlilikte yetkinlik düzeylerine oranla daha yüksek bulunmuştur (Seyrek, 2016).

Son yıllarda hemen tüm dünyada ebeveynlik kararı ve doğurganlık tercihlerinde değişiklikler meydana gelmiştir. Özellikle batı ülkelerinde ebeveynlik yaşı ertelenmiş, dolayısıyla ileri yaş gebelikler ortaya çıkmaya başlamıştır (Sørensen ve ark., 2016). Bu durumu etkileyen birçok faktör bulunmasına rağmen kariyer planları ve gebelik arasındaki çatışma ebeveynlik ertelenmesinin başlıca sebebi olarak gösterilmektedir (Kudesia ve ark., 2017). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de gençlerin cinsel davranışlarında değişiklikler meydana gelmiştir. Adölesanların riskli cinsel davranışları sonucunda adölesan gebelikler meydana gelmektedir. Böylece henüz ruhsal gelişimini tamamlayamamış, genellikle eğitimi yarıda kalmış, ekonomik sıkıntılarla baş etmek zorunda kalan gençler tüm bunlara ek olarak çocuk denecek yaşta anne-baba olmaktadır. Erken yaşta çocuk sahibi olmak, anne ve bebek için yüksek hastalık ve ölüm riski taşımaktadır (Özkan ve ark., 2013).

Bütün bunların ışığı altında AP hizmetlerine ve evlilik öncesi eğitim programlarına öncelik ve ağırlık verilmelidir. AP hizmetleri istenmeyen gebelikler, ileri yaş veya adölesan gebelikler, aşırı doğurganlık önlenerek anne ve çocuk sağlığına olumlu katkıda bulunabilmektedir (Apay ve ark., 2010). Evlilik öncesi eğitim programları ile de çiftlerin evliliğe uyum, ebeveynliğe geçiş ve hazırlık süreçleri gibi konularda

desteklenmesi sağlanabilmektedir. Dolayısıyla AP ve evlilik öncesi eğitim ve danışmanlık programları, toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinde rol oynayan önemli hizmetlerdir (Seyrek, 2016).

Toplum sağlığının sürdürülmesi ve geliştirilmesi, sağlık personelinin özellikle de hemşirenin vazgeçilmez sorumlulukları arasındadır. Bireyi bütün yönleriyle ele alan holistik bir meslek olan hemşirelik aile ve toplumun güçlendirilmesine önemli katkılar sağlamaktadır (Fışkın ve Beji, 2014). Bu nedenle hemşireler sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesine yönelik planlanan tüm etkinliklerde önemli ve eşsiz bir role sahiptir (Dolgun ve ark., 2011).

Hemşire, birey ve hastayla iletişimde en yakın sağlık personeli olması nedeniyle, birey/hastanın ihtiyaçlarını bilme ve hastayı korumada da en uygun kişidir (Gözen ve Özakar, 2013). Ayrıca özel bilgi ve becerileri ile hasta ya da sağlıklı bireylerin eğitiminde, sorunların çözümünde, evlilik öncesi eğitimler ve aile planlaması danışmanlığı, rehberlik ve motivasyon sağlamada hemşireler önemli roller üstlenirler. Özellikle 15-49 yaş aralığında riskli grup olan fertil kadınların sağlığını korumak, bebek ve anne ölüm hızını azaltmak, anne ve babaları ebeveynliğe hazırlamak diğer önemli görevleri arasındadır (Özkan ve Polat, 2011). Erken yaş evliliklerinin nedenlerini ve sonuçlarını analiz ederek bakım ve sosyal destek sağlamak da sağlık profesyonellerinin çağdaş rolleri kapsamında büyük öneme sahiptir (Aydın ve Akay, 2017). Hemşirelerin doğurganlık tercihleri ve ebeveynlik kararı ile ilgili diğer rolleri ise aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Hizmet içi eğitim programları, mesleki seminer, konferans gibi etkinliklere katılarak, fırsat buldukları her anda eğiticilik ve danışmanlık görevlerini gerçekleştirmek.
- Çiftleri üreme hakları doğrultusunda ebeveyn olma ve doğurganlık konusunda kendi kararlarını özgürce verebilmeleri açısından desteklemek.
- Cinsel sağlık, üreme sağlığı, CYBH'nin önlenmesi, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome-Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu) ile mücadele ve sorumlu ebeveynlik konularında eğitimler planlamak, uygulamak, bu eğitimlerin etkinliğini değerlendirmek ve danışmanlık yapmak.
- Adölesan evlilik ve adölesan gebelikleri önleyebilmek için; adölesanlarla etkin iletişim kurmak. Ayrıca erken yaşta yapılan evliliklerde ve bu evliliklerin getireceği riskler konusunda bireyi ve toplumu eğitmek.

- Kadınlara kapsamlı sağlık hizmeti vermek, ev ziyaretleriyle onları, hizmet almaya yönlendirmek ve cesaretlendirmek (Yakit ve Coşkun, 2014).
- Gençlere erken gebeliklerin getirdiği riskler ve CYBH'nin risklerini anlatmak, sağlıklı cinsel davranış hakkında gerekli bilgileri vermek.
- Evlilik kararı alan çiftlere evlilikte yaşanabilecek güçlükler, ebeveynlik kararı, bilinçli ebeveynlik gibi konularda danışmanlık vermek.
- Anne adaylarına, başarılı annelik davranışları gösterebilmeleri amacıyla doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde ebeveynlik rolleri ile ilgili bilgiler verilerek, endişelerini ifade etmeleri sağlamak.
- Gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinin sağlıklı bir şekilde geçirilmesi için gerekli olan perinatal sağlık hizmetlerini sunmak. Bu dönemde kadın ve ailesine yeterli düzeyde bilgi vererek doğum şekli kararına bilinçli olarak katılmasını sağlamak da hemşirenin görevleri arasındadır (Gözükara ve Eroğlu, 2011).

Aynı zamanda hemşireler etkili bir AP hizmeti verebilmek için bireylerin AP'ye karşı tutumlarını belirlemelidir. Çünkü toplum ya da etkileşim içinde olduğu diğer gruplarla uyum içinde yaşamak zorunda olan birey, çoğu zaman tutumları farklı dahi olsa o toplumun beklentilerine göre davranmayı tercih edecektir. Bu tutumlar bireylerin doğurganlık davranışlarını (istemli düşük yapmak, sık aralıklarla doğum yapmak, erken ya da ileri yaşta gebe kalmak vs.) önemli ölçüde etkilemektedir.

AP tutumunu etkileyen en önemli faktörlerden biri de yanlış inançlar ve bilgilerin yetersizliğidir (Çiftçioğlu, 2009). Bu durumda hemşireler bireylerin AP konusunda eksik bilgilerini tamamlamalı, varsa yanlış inançlarını düzeltmelidir (Apay ve ark., 2010). Çiftlerin doğru AP yöntemi seçmelerini ve bu yöntemi doğru kullanmalarına rehberlik etmeli, cinsel yaşamlarının kalitesini arttırmaya yardımcı olmalıdır (Fışkın ve Beji, 2014; Aktoprak, 2012).

### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, evlilik kararı alan çiftlerin doğurganlık ve ebeveynliğe ilişkin görüşleri ile aile planlaması tutumlarını belirlemek amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, 15.07.2017-15.09.2017 tarihleri arasında Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı İlkadım Toplum Sağlığı Merkezi Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Evlilik nedeniyle başvuran çift sayısının yıl içinde eşit dağılım göstermemesi nedeniyle, araştırmanın evrenini, çalışma tarihinden önceki 1 yıl içinde Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı İlkadım Toplum Sağlığı Merkezi Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezine, evlilik nedeniyle sağlık raporu almak üzere başvuran 1380 çift oluşturmuştur. Örneklem sayısı 1380 çift üzerinden güç analizi yapılarak % 95 güven aralığı ile 247 çift (494 kişi) olarak hesaplanmıştır. Örneklem seçiminde, gelişigüzel olasılıksız örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu çalışma 252 kadın ve 252 erkek katılımcı olmak üzere toplam 504 kişi ile tamamlanmıştır.

#### **Örnekleme Alınma Kriterleri**

Okuma yazmak bilmek

Kuruma çift olarak başvurmak

Çocuk sahibi olmamak

Türkçe konuşabiliyor olmak

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür tarama yoluyla geliştirilmiş (Lampic ve ark., 2006; Örsal, 2006; Aktoprak, 2012; Sørensen ve ark., 2016), kadın ve erkeğe ait soru formu (Ek 1 ve Ek 2) ve Örsal ve Kubilay (2007) tarafından geliştirilen “Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Ek 3)” kullanılmıştır.

Soru formu 10 çift üzerinde ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş, forma son şekli verilerek çalışma grubuna uygulanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Çiftlerin birbirlerinden etkilenmemesi için ayrı yerlerde ve birbirleri ile fikir alışverişinde bulunmadan formları doldurması sağlanmıştır. Soru formlarının doldurulması erkek ve kadınlar için yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

#### **3.5.1. Soru Formu**

Araştırmacı tarafından literatür taranarak elde edilmiş (Lampic ve ark., 2006; Örsal ve Kubilay, 2007; Çayan, 2009; Sørensen ve ark., 2016 ) soru formları kullanılmıştır. Soru formlarında, *tanıtıcı özellikler* ilgili; yaş, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence varlığı, yaşanılan yer ve aile tipi, *doğurganlık ve ebeveynliğe ilişkin görüşleri* ile ilgili; çocuk sahibi olmayı isteyip istemediği, ne zaman ve kaç çocuk sahibi olmak istediği, en verimli doğurganlık yaş aralıkları, riskli doğurganlık yaşı, 2 gebelik arası olması gereken süre ve doğurganlıkla ilgili diğer bilgi soruları, ebeveyn olmak için gerekli gördükleri kriterler ve ebeveyn olmanın çiftlerin hayatlarına etkileri, *aile planlaması* ile ilgili herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünüp düşünmediği, düşünüyorsa hangi yöntemi kullanmayı düşündüğü ile ilgili kadın ve erkeğe ait 31 sorudan oluşmuştur (Ek 1 ve Ek 2)

#### **3.5.2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği**

Kadınlar ve eşlerinin AP'ye yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla Örsal ve Kubilay (2007) tarafından geliştirilen "Aile Planlaması Tutum Ölçeği-APTÖ (Ek 3)" kullanılmıştır. APTÖ 34 maddeden oluşmuş 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her bir ifade 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. "Tamamen Katılıyorum yanıtı 1 puan", "Katılıyorum yanıtı 2 puan", "Kararsızım yanıtı 3 puan", "Katılmıyorum yanıtı 4 puan", "Tamamen Katılmıyorum yanıtı 5 puan" değerindedir.

Ölçek toplumun AP'ye ilişkin tutumu, AP yöntemlerine ilişkin tutumu ve gebeliğe ilişkin tutumu olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarından "Toplumun AP'ye İlişkin Tutumunu (TİAÖ)" oluşturan madde sayısı 15'dir ve bu alt boyuttan en az 15 en fazla 75 puan alınabilir. Ölçeğin alt boyutlarından "AP Yöntemlerine İlişkin Tutumunu (YİAÖ)" oluşturan madde sayısı 11'dir. Bu alt boyuttan en az 11 en fazla 55 puan alınabilir. Ölçeğin "Gebeliğe İlişkin Tutum (GİAÖ)" alt boyutunun madde sayısı 8'dir ve bu alt boyuttan en az 8 en fazla 40 puan alınabilir. Toplamda ölçekten en düşük 34, en yüksek 170 puan alınabilmektedir. Ölçekten daha yüksek puan almak daha olumlu AP tutumu anlamına gelmektedir.

APTÖ’de yaş, kültür, medeni durum, din, etnik yapı sağlık kuruluşlarına ulaşma, doğurganlık davranışı hakkında farklı aile planlaması tutumları görülmektedir. Ölçeğin *topluma ilişkin alt boyutu*; çocuk sayısı ve erkek çocuğa yönelik toplumun tutumunu, kadına bakış açısını, AP yöntemlerine ilişkin tutum geliştirmede kadının toplumsal statüsü ile tutum geliştirme arasındaki ilişkiyi ele almaktadır. *Yönteme ilişkin alt boyutu*; AP yöntemlerine ilişkin tutum ve yöntemlere yönelik yanlış inançların varlığını ölçmeyi sağlamaktadır. Toplumumuzda AP yöntemini kullanmak için evli olmanın şart olduğu sonucunu doğuran cinsel ilişki için “evlilik gereklidir” düşüncesi yaygındır. Dolayısıyla *gebeliğe ilişkin alt boyutu* “evli olmayan kadınlara AP hizmeti verilmesi doğru değildir” yaklaşımını ölçmesi açısından son derece anlamlıdır. Geleneksel toplumlar gebeliği, kadının toplumda statü elde etmesini ve kadının değerini arttıran, kadını çekici kılan bir süreç olarak değerlendirmektedir. Aynı zamanda ölçeğin bu boyutu ile gebeliğin bu özelliği de ölçülmektedir (Örsal ve Kubilay, 2007). Evlilik ve gebeliğe ilişkin tutumlar aile planlamasına yönelik tutumların temelinde bulunmaktadır ve bu tutumlar ölçeğin üçüncü alt boyutunu oluşturmuştur.

Örsal ve Kubilay (2007) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin güvenilirlik incelemesinde iç tutarlılığına bakılmış toplam puanda Cronbach’s Alfa güvenilirlik katsayısı 0,90 bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s Alpha iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı kadınlarda; topluma ilişkin alt boyutunda 0,91, yöntemlere ilişkin alt boyutunda 0,94, gebeliğe ilişkin alt boyutunda 0,84 ve ölçek toplam puanda ise 0,95 olarak bulunmuştur. Erkeklerde ise; Cronbach's Alpha iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı topluma ilişkin alt boyutunda 0,92, yöntemlerine ilişkin alt boyutunda 0,90, gebeliğe ilişkin alt boyutunda 0,82 ve toplam puanda 0,95 olarak bulunmuştur.

### **3.6. İstatistiksel Değerlendirme**

Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS V23 ile yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı veriler ortalama ve frekans (yüzde) olarak sunulmuştur. Normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi, kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlı farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlerken çoklu karşılaştırma için düzeltilmiş p değeri kullanılmıştır (Bonferroni düzeltilmeli p değeri).

Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyonu ile saptanmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan izin (Ek 6) ve araştırmanın ilgili merkezde yürütülebilmesi için Samsun Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğünden yazılı izin (Ek 7) alınmıştır. Lampic ve ark. (2006) “Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics” başlıklı çalışmada yer alan doğurganlık ve ebeveynliğe ilişkin sorulardan büyük ölçüde yararlanılmıştır. Bu nedenle başlıca yazar olan Claudia Lampic’den e-mail yoluyla yazılı izin (Ek 8) alınmıştır. Aile Planlaması Tutum Ölçeği’nin çalışmada kullanılabilmesi için Dr. Öğr. Üyesi Özlem Örsal’dan yazılı izin (Ek 5) alınmıştır. Soru formları doldurulmadan önce çiftlerden bilgilendirilmiş onam formu (Ek 4) ile yazılı onam alınmıştır. Çiftlere istedikleri zaman çalışmadan çekilebilecekleri ve elde edilen verilerin başka bir yerde kullanılmayacağı belirtilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırmanın sonuçları yalnızca araştırmanın yapıldığı bölge için geçerlidir, topluma genellenemez.
- Çalışmanın yapıldığı kuruma evlilik başvurusu yaparken çift olarak başvurma zorunluluğunun olmaması.
- Evlilik prosedürü olan kan tahlili verme işlemi sırasında soru formunu yanıtlamak için yeterli süresi olmayan çiftlerin bulunması.



## 4. BULGULAR

Evlilik kararı alan çiftlerin doğurganlık ve ebeveynliğe ilişkin görüşleri ile aile planlaması tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada araştırma grubuna ait tanıtıcı bilgiler ve araştırma amaçlarına ilişkin bulgular üç başlık altında sunulmuştur.

### 4.1. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Erkeklerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma grubundaki kadınlar ve erkeklerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1’de sunulmuştur.

**Tablo 1.** Evlilik kararı alan çiftlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	ERKEK (n=252)		KADIN (n=252)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Yaş*</b>	27,84±4,30		25,29±4,68	
<b>Öğrenim Düzeyi</b>				
İlkokul	25	10,0	13	5,2
Ortaokul	56	22,3	39	15,5
Lise	102	40,6	113	44,8
Lisans ve lisansüstü eğitim	68	27,1	87	34,5
<b>Meslek</b>				
Memur	43	17,1	31	12,4
İşçi	100	39,8	57	22,9
Serbest meslek	59	23,5	49	19,7
Çalışmıyor	22	8,8	84	33,7
Diğer	27	10,8	28	11,2
<b>Sosyal Güvence</b>				
Var	227	91,9	197	80,1
Yok	20	8,1	49	19,9
<b>Yaşadığı Yer</b>				
Kent	217	87,1	208	83,2
Köy/kırsal	32	12,9	42	16,8
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek aile	176	71,3	182	72,8
Geniş aile	71	28,7	68	27,2

\*Yaş, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir, diğer veriler sayı ve yüzde olarak verilmiştir, yüzdelere yanıt veren katılımcı sayısı üzerinden hesaplanmıştır

Araştırma kapsamındaki kadınların yaş ortalaması  $25,29 \pm 4,68$  iken erkeklerin yaş ortalaması  $27,84 \pm 4,30$  olarak saptanmıştır. Kadınların %44,8'i lise mezunu, %33,7'si çalışmamakta ve %80,1'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Erkeklerin ise %40,6'sı lise mezunu, %39,8'i işçi grubunda çalışmakta ve %91,9'nun sosyal güvencesi bulunmaktadır. Kentte yaşayanların oranı erkeklerde %87,1, kadınlarda %83,2'dir.

Araştırma grubundaki kadınlar ve erkeklerin ilişki durumu, tanışma ve evlilik şekline yönelik verilerinin dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

**Tablo 2.** Evlilik kararı alan çiftlerin, ilişki durumu, tanışma ve evlilik şekillerine göre dağılımı

İlişki durumu, Tanışma ve Evlilik Şekli	ERKEK (n=252)		KADIN (n=252)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Tanışma süresi</b>				
1 yıldan az	62	24,6	61	24,2
1-2 yıl	74	29,4	72	28,6
3 yıl ve üzeri	116	46,0	119	47,2
<b>Tanışma şekli</b>				
Aile/komşu çevresinden	83	33,1	81	32,3
Okul çevresinden	46	18,3	45	17,9
İş çevresinden	43	17,1	47	18,7
Arkadaş çevresinden (okul ve iş dışı)	68	27,1	67	26,7
İnternet/evlilik ajansı	8	3,2	9	3,6
Diğer	3	1,2	2	0,8
<b>Evlenmeye karar verme şekli</b>				
Kendi kararım ve ailemin onayı ile	215	89,6	222	88,8
Kendi kararım, ailemin onayı dışında	6	2,5	11	4,4
Görücü usulü ve benim kararım ile	10	4,2	13	5,2
Görücü usulü ve ailemin kararı ile	3	1,3	---	---
Kaçarak	5	2,1	3	1,2
Diğer	1	0,4	1	0,4
<b>İlişki durumu</b>				
Çok kötü	3	1,2	---	---
Kötü	4	1,6	2	0,8
İyi	37	14,7	43	17,2
Orta	11	4,4	11	4,4
Çok iyi	196	78,1	194	77,6

**Tablo 2.** Evlilik kararı alan çiftlerin, ilişki durumu, tanışma ve evlilik şekillerine göre dağılımı (devamı)

İlişki durumu, Tanışma ve Evlilik Şekli	ERKEK (n=252)		KADIN (n=252)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>İlişkide sorun yaşama durumu</b>				
Hiç yaşamıyorum	139	55,2	117	46,8
Nadiren yaşıyorum	107	42,5	128	51,2
Sık yaşıyorum	5	2,0	5	2,0
Çok sık yaşıyorum	1	0,4	---	---

\*Veriler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur, yüzdeler yanıt veren katılımcı sayısı üzerinden hesaplanmıştır

Çalışmamızdaki katılımcıların yaklaşık yarısı üç yıldan uzun süredir birbirlerini tanımakta ve katılımcıların çoğunluğu kendi kararı ve ailesinin onayı ile evlenmeye karar vermişlerdir. Erkeklerin %78,1'i, kadınların ise %77,6'sı partneri ile ilişkisini çok iyi olarak tanımlamakta, erkeklerin %55,2'si kadınların ise %46,8'i partneri ile hiç sorun yaşamadığını belirtmektedir.

Evlilik kararı alan çiftlerin çocuk sahibi olmaya yönelik düşüncelerinin karşılaştırılması Tablo 3'de sunulmuştur.

**Tablo 3.** Evlilik kararı alan çiftlerin çocuk sahibi olmaya yönelik görüşlerine göre dağılımı

Çocuk Sahibi Olmaya Yönelik Görüşler	Erkek (n=252)		Kadın (n=252)		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>İstenen çocuk sayısı</b>					
1 çocuk	22	8,7	20	7,9	
2 çocuk	140	55,6	160	63,5	0,180
3 çocuk ve üzeri	90	35,7	72	28,6	
<b>İlk çocuğa sahip olmak isteme yaşı</b>					
19-25	30	11,9	98	38,9	
26-32	159	63,1	122	48,4	<0,001
33-39	63	25,0	32	12,7	
<b>Son çocuğa sahip olmak isteme yaşı</b>					
25-30	39	15,5	91	36,1	
31-36	100	39,7	90	35,7	<0,001
37-42	113	44,8	71	28,2	

\*Veriler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur, karşılaştırmada Ki-Kare testi kullanılmıştır

Çiftlerin sahip olmak istedikleri çocuk sayısı cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p=0,180$ ). Erkeklerin %55,6'sı kadınların ise %63,5'i 2

çocuk sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir. İlk çocuğa sahip olmak isteme yaşı cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,001$ ). Erkeklerin %63,1'i kadınların ise %48,4'ü 26-32 yaş aralığında ilk çocuklarına sahip olmak istediklerini belirtmişlerdir. Erkeklerin %44,8'i kadınların ise %28,2'si 37-42 yaş aralığında son çocuklarına sahip olmak istediklerini belirtmişlerdir. Yine son çocuğa sahip olmak isteme yaşı da cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,001$ ). Buna göre erkekler kadınlara göre daha ileri yaşta son çocuklarına sahip olmak istemektedirler.

#### 4.2. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Erkeklerin Doğurganlık ve Ebeveynliğe İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular

Evlilik kararı alan çiftlerin çocuk sahibi olmaya verdikleri önem derecesine göre dağılımı Tablo 4'de sunulmuştur.

**Tablo 4.** Evlilik kararı alan çiftlerin çocuk sahibi olmaya verdikleri önem derecesine göre dağılımı

	Çocuk Sahibi Olma Önem Derecesi			
	Ort. $\pm$ S.S	Min.	Mak.	p
<b>Erkek (n=252)</b>	9,21 $\pm$ 1,63	0	10	0,589
<b>Kadın (n=252)</b>	9,14 $\pm$ 1,53	0	10	

\* Bağımsız örneklem t testi ile hesaplanmıştır

Çocuk sahibi olma önem derecesi ortalama değeri cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p=0,589$ ). Erkeklerde ortalama değer 9,21  $\pm$  1,63 iken kadınların ortalama değeri 9,14  $\pm$  1,53 olarak elde edilmiştir. Her iki cinsiyette çocuk sahibi olmayı benzer derecede önemli bulmuşlardır.

Araştırma grubundaki kadınlar ve erkeklerin çocuk sahibi olmaya ilişkin görüşlerine göre dağılımı Tablo 5'de sunulmuştur.

**Tablo 5.** Evlilik kararı alan çiftlerin çocuk sahibi olmaya ilişkin düşüncelerine göre dağılımı

	ERKEK (n=252)		KADIN (n=252)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Çocuk sahibi olmak istiyor musunuz?</b>				
Hayır	3	1,2	7	2,8
Evet	248	98,8	245	97,2
Evlendikten hemen sonra	88	35,5	76	31,0
1 yıl sonra	119	48,0	127	51,8
2 yıldan uzun süre sonra	41	16,5	42	17,1
<b>Bir yıl korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik olmazsa ne yaparsınız?</b>				
Doktora giderim	226	92,6	222	88,8
Hiçbir şey yapmadan bir süre daha beklerim	17	7,0	27	10,8
Diğer (bilmiyorum)	1	0,4	1	0,4
<b>Eşiniz ya da sizden kaynaklı kesinlikle çocuk sahibi olamayacağınızı öğrenirseniz ne yaparsınız?</b>				
Kurumdan evlatlık alırım	89	37,1	112	46,9
Yakınlarımdan birinin çocuğunu evlatlık alırım	7	2,9	2	0,8
Çocuksuz yaşamımı sürdürürüm	108	45,0	99	41,4
Diğer (Nasip, kader, takdir vs.)	35	17	25	10,9

\*Veriler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur.

Katılımcıların büyük çoğunluğu çocuk sahibi olmak istemektedirler. Erkeklerin ve kadınların yaklaşık yarısı evlendikten 1 yıl sonra çocuk sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir. 2 çocuk sahibi olmak isteyenlerin oranı erkeklerde %57,9 iken kadınlarda %67,5 olarak elde edilmiştir. Bir yıl korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik olmaması durumunda erkeklerin %92,6'sı kadınların ise %88,8'i doktora gitmeyi düşünmektedirler. Kesinlikle çocuk sahibi olamayacaklarını öğrendiklerinde erkeklerin %45'i çocuksuz yaşamayı tercih ediyorken, kadınların %46,9'u kurumdan evlatlık almayı tercih etmektedirler.

Araştırma grubundaki kadınlar ve erkeklerin doğurganlık farkındalığı ve AP'ye yönelik verilerinin dağılımı Tablo 6'da sunulmuştur.

**Tablo 6.** Evlilik kararı alan çiftlerin doğurganlık ve aile planlamasına ilişkin görüşlerine göre dağılımı

<b>Doğurganlık ve Aile Planlaması Görüşleri</b>	<b>ERKEK (n=252)</b>		<b>KADIN (n=252)</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Kadının en verimli doğurganlık yaşı</b>				
Doğru (20-24)**	112	47,3	121	49,2
Yanlış	125	52,7	125	50,8
<b>Riskli gebelik yaşı</b>				
Doğru (15-19 ve 35 yaş üzeri)**	205	87,2	215	87,0
Yanlış	30	12,8	32	13,0
<b>Yumurtlama döneminde korunmasız cinsel ilişkiye giren bir çiftte kadının gebe kalma şansı</b>				
Doğru (%30-39)**	32	13,6	34	14,1
Yanlış	203	86,4	207	85,9
<b>1 yıl süresince korunmasız cinsel ilişkiye giren çiftte kadın 25-30 yaş aralığında ise gebe kalma şansı</b>				
Doğru (%70-79)**	39	16,6	59	24,1
Yanlış	196	83,4	186	75,9
<b>1 yıl süresince korunmasız cinsel ilişkiye giren çiftte kadın 35-40 yaş aralığında ise gebe kalma şansı</b>				
Doğru (%50-59)**	90	41,1	89	37,7
Yanlış	129	58,9	147	62,3
<b>Tüp bebek tedavisi alan çiftlerin çocuk sahibi olma şansı</b>				
Doğru (%20-29)**	34	14,7	34	13,9
Yanlış	197	85,3	211	86,1

**Tablo 6.** Evlilik kararı alan çiftlerin doğurganlık ve aile planlamasına ilişkin görüşlerine göre dağılımı (devamı)

Doğurganlık ve Aile Planlaması Görüşleri	ERKEK (n=252)		KADIN (n=252)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Herhangi bir AP yöntemi bilme durumu***</b>				
Hayır	36	14,6	45	18,1
Evet	210	85,4	203	81,9
Hap	146	68,9	167	81,9
Kondom	158	74,5	114	55,9
RİA	14	6,6	22	10,8
Enjeksiyon	17	8,0	29	14,2
Tüp ligasyon	10	4,7	19	9,3
Vazektomi	5	2,4	8	3,9
Takvim yöntemi	28	13,2	72	35,3
Geri çekme	73	34,4	66	32,4
Diğer	2	0,9	3	1,5
<b>Herhangi bir AP yöntemi kullanmayı düşünme durumu***</b>				
Hayır	69	28,3	69	28,3
Evet	175	71,7	175	71,7
Hap	72	43,1	78	48,8
Kondom	107	64,1	63	39,4
RİA	1	0,6	2	1,3
Enjeksiyon	6	3,6	5	3,1
Tüpligasyon	1	0,6	1	0,6
Vazektomi	1	0,6	1	0,6
Takvim yöntemi	9	5,4	35	21,9
Geri çekme	48	28,7	33	20,6
Diğer	5	3,0	7	4,4

\*Veriler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur, yüzdeler yanıt veren katılımcı sayısı üzerinden hesaplanmıştır

\*\*Literatüre göre doğru yanıtlar

\*\*\*Birden fazla yanıt verilmiştir

Erkeklerin %52,7'si, kadınlarında %50,8'i kadınların en verimli doğurganlık yaş aralığını yanlış yanıtlarken, katılımcıların büyük çoğunluğu riskli gebelik yaş aralığını doğru yanıtlamışlardır. Yumurtlama döneminde korunmasız cinsel ilişkiye giren bir çiftte kadının gebe kalma şansını erkeklerin %86,3'ü yanlış yanıtlarken, kadınlarda yanlış yanıtlayanların oranı %85,9'dur. 1 yıl süresince korunmasız cinsel ilişkiye giren bir çiftte kadın 25-30 yaş aralığında ise gebe kalma şansını erkeklerin %83,4'ü kadınların ise %75,9'u yanlış yanıtlamışlardır. 1 yıl süresince korunmasız cinsel ilişkiye giren bir çiftte kadın 35-40 yaş aralığında ise gebe kalma şansını erkeklerin %58,9'u, kadınların ise %62,3'ü yanlış yanıtlamışlardır. Tüp bebek tedavisi alan çiftlerin çocuk sahibi olma şansını erkeklerin %85,3'ü yanlış yanıtlarken, kadınların da %86,2'si bu soruyu yanlış yanıtlamışlardır. Katılımcıların yarısından fazlası 2 gebelik arası sürenin 2 yıldan uzun olması gerektiğini düşünmektedir.

Herhangi bir AP yöntemi bilme durumları sorgulandığında erkeklerin çoğunluğunun herhangi bir AP yöntemi bildikleri ve erkeklerin %74,5'i kondom, %68,9'u hap, %34,4'ü geri çekme yöntemini, kadınlar ise %81,9'u hap, %55,9'u kondom, %35,3'ü takvim yöntemi, %32,4'ü geri çekme yöntemini bildikleri görülmüştür. Herhangi bir AP yöntemi kullanmayı düşünüp düşünmedikleri ve kullanmayı düşünüyorlarsa hangi yöntemleri tercih edecekleri sorulduğunda erkeklerin %71,7'si kadınların da %71,7'i herhangi bir AP yöntemi kullanmayı düşündüklerini ifade etmişlerdir. Erkeklerin %64,1'i kondom ve %43,1'i de hap kullanmayı, kadınların da %48,8'i hap ve %39,4'ü de kondom kullanmayı düşündüklerini belirtmişlerdir.



Evlilik kararı alan çiftlerin çocuk sahibi olmak için gerekli gördükleri kriterlerin karşılaştırılması Tablo 7’de sunulmuştur.

**Tablo 7.** Evlilik kararı alan çiftlerin çocuk sahibi olmak için gerekli gördükleri kriterlerin karşılaştırılması (N=504)

Kriterler	ERKEK			KADIN			p
	Önemli Sayı(Yüzde)	Önemsiz Sayı (Yüzde)	Kararsızım Sayı(Yüzde)	Önemli Sayı (Yüzde)	Önemsiz Sayı (Yüzde)	Kararsızım Sayı (Yüzde)	
İstikrarlı bir ilişki içinde olmak	239 (96,0)	3 (1,2)	7 (2,8)	228 (95,4)	4 (1,7)	7 (2,9)	0,906
Sorumluluğu paylaşacak bir partner	246 (98,0)	3 (1,2)	2 (0,8)	245 (98,4)	2 (0,8)	2 (0,8)	0,908
Yeterli olgunluğa sahip olmak	226 (91,1)	16 (6,5)	6 (2,4)	234 (93,6)	12 (4,8)	4 (1,6)	0,576
Yeterli ekonomik gelire sahip olmak	190 (77,2)	44 (17,9)	12 (4,9)	204 (82,6)	25 (10,1)	18 (7,3)	<b>0,031</b>
Eğitimin tamamlanması	125 (52,7)	87 (36,7)	25 (10,5)	129 (52,7)	79 (32,2)	37 (15,1)	0,267
İş hayatı ve çocukların sorumluluğunu aynı anda yürütmek	233 (93,6)	11 (4,4)	5 (2,0)	228 (91,6)	11 (4,4)	10 (4,0)	0,423
Çocuk bakımı konusunda yeterli olmak	221 (89,1)	18 (7,3)	9 (3,6)	235 (94,4)	7 (2,8)	7 (2,8)	0,063
Yeterince büyük bir evde oturmak	74 (30,0)	159 (64,4)	14 (5,7)	47 (19,0)	179 (72,5)	21 (8,5)	<b>0,014</b>
Sabit bir iş sahibi olmak	205 (83,3)	33 (13,4)	8 (3,3)	203 (82,5)	35 (14,2)	8 (3,3)	0,966
Yaşlanmadan önce çocuk sahibi olmak	204 (83,6)	28 (11,5)	12 (4,9)	216 (87,4)	20 (8,1)	11 (4,5)	0,427
Çocuklarla yapılabilecek aktiviteler için yeterli zamanın olması	171 (68,7)	60 (24,1)	18 (7,2)	176 (70,7)	48 (19,3)	25 (10,0)	0,280
Meslekte uzmanlık seviyesine ulaşmak	96 (38,6)	137 (55,0)	16 (6,4)	77 (30,9)	142 (57,0)	30 (12)	<b>0,040</b>
Arkadaşlarının çocuk sahibi olması	49 (19,8)	190 (76,6)	9 (3,6)	38 (15,3)	202 (81,1)	9 (3,6)	0,416

\*Ki-Kare testi kullanılmıştır, veriler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur

Çocuk sahibi olmak için gerekli kriterler arasında yeterli ekonomik gelire sahip olmak ifadesine verilen yanıtlar cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,031$ ). Erkeklerin %77,2'si kadınların ise %82,6'sı yeterli ekonomik gelirin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Yeterince büyük bir evde oturmak ifadesine verilen yanıtlar da cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,014$ ). Erkeklerin %30'u kadınların ise %19'u yeterince büyük bir evde oturmanın önemli olduğunu belirtmişlerdir. Meslekte belli bir uzmanlık seviyesine ulaşmak ifadesine verilen yanıtlar cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,040$ ). Erkeklerin %38,6'ı kadınların %30,9'u meslekte belli bir uzmanlık seviyesine ulaşmanın önemli olduğunu belirtmiştir. “İstikrarlı bir ilişki içinde olmak, sorumluluğu paylaşacak bir partnere sahip olmak, yeteri kadar olgun olmak, eğitimin tamamlanması, iş hayatı ve çocukların sorumluluğunu aynı anda yürütmek, çocuk bakımı konusunda yeterli olmak, sabit bir iş sahibi olmak, yaşlanmadan önce bir çocuk sahibi olmak, çocuklarla yapılabilecek aktiviteler için yeterli zamanın olması, arkadaşların çocuk sahibi olup olmaması” ifadeleri cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Evlilik kararı alan çiftlerin ebeveyn olmanın hayatlarına etkilerine ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması Tablo 8’de sunulmuştur.

**Tablo 8.** Evlilik kararı alan çiftlerin ebeveyn olmanın hayatlarını nasıl etkileyeceğine ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması (N=504)

	ERKEK			KADIN			p
	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	
<b>Birey olarak gelişeceğim</b>	230 (94,7)	8 (3,3)	5 (2,1)	236 (95,2)	3 (1,2)	9 (3,6)	0,179
<b>Daha fazla sevgi alıp vereceğim</b>	232 (94,7)	10 (4,1)	3 (1,2)	235 (94,4)	5 (2,0)	9 (3,6)	0,098
<b>Hayata farklı bir açıdan bakacağım</b>	229 (93,5)	11 (4,5)	5 (2,0)	228 (91,9)	12 (4,8)	8 (3,2)	0,698
<b>Kariyer ve iş için zamanım azalacak</b>	109 (44,7)	108 (44,3)	27 (11,1)	105 (42,9)	107 (43,7)	33 (13,5)	0,713
<b>Yaşamda ilgi alanlarım artacak</b>	213 (88,4)	19 (7,9)	9 (3,7)	219 (89,0)	17 (6,9)	10 (4,1)	0,907
<b>İlgi alanlarım için zamanım azalacak</b>	122 (50,2)	104 (42,8)	17 (7,0)	111 (45,5)	99 (40,6)	34 (13,9)	<b>0,043</b>
<b>Özgürlüğüm kısıtlanacak</b>	65 (26,9)	158 (65,3)	19 (7,9)	50 (20,2)	166 (67,2)	31 (12,6)	0,083
<b>Partnerimle ilişkim güçlenecek</b>	218 (89,3)	16 (6,6)	10 (4,1)	224 (90,3)	12 (4,8)	12 (4,8)	0,670
<b>Partnerimle ilişkimde gerginlik olacak</b>	33 (13,6)	196 (80,7)	14 (5,8)	16 (6,5)	211 (85,1)	21 (8,5)	<b>0,020</b>
<b>Ekonomim zayıflayacak</b>	42 (17,2)	182 (74,6)	20 (8,2)	42 (17,1)	169 (69,0)	34 (13,9)	0,128
<b>İş imkanlarım ve statüm etkilenecek</b>	34 (14,0)	182 (75,2)	26 (10,7)	46 (18,8)	170 (69,4)	29 (11,8)	0,308
<b>Yakın çevremle iletişimim artacak</b>	163 (67,6)	48 (19,9)	30 (12,4)	152 (62,6)	47 (19,3)	44 (18,1)	0,219
<b>Yaşamı anlamlandıracağım</b>	225 (92,2)	11 (4,5)	8 (3,3)	220 (90,5)	17 (7,0)	6 (2,5)	0,444
<b>Gerçek bir aile olmuş olacağız</b>	226 (92,6)	12 (4,9)	6 (2,5)	234 (94,7)	8 (3,2)	5 (2,0)	0,603
<b>Yaşam daha eğlenceli hale gelecek</b>	226 (91,9)	8 (3,3)	12 (4,9)	235 (94,4)	6 (2,4)	8 (3,2)	0,537
<b>Kendimi tamamlanmış hissedeceğim</b>	216 (88,2)	12 (4,9)	17 (6,9)	229 (92,0)	10 (4,0)	10 (4,0)	0,310

\*Ki-Kare testi kullanılmıştır, veriler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur.

“Kendi ilgi alanlarım için daha az zamanım olacak” ifadesine verilen yanıtlar cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,043$ ). Erkeklerin %50,2’si kadınların ise % 45,5’i ebeveyn olduklarında kendi ilgi alanlarının azalacağını düşünmektedirler. Aynı şekilde, “partnerimle ilişkimde gerginlik olacak” ifadesine verilen yanıtlar da cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,020$ ). Erkeklerin %13,6’ı kadınların %6,5’i ebeveyn olduklarında partnerleriyle ilişkilerinde gerginlik olacağını düşünmektedirler. “Birey olarak gelişeceğim, daha fazla sevgi alıp vereceğim, hayata farklı bir açıdan bakacağım, kariyer ve iş için daha az zamanım olacak, yaşamda yeni ilgi alanlarım olacak, özgürlüğüm kısıtlanacak, partnerimle daha güçlü bir ilişkim olacak, ekonomim zayıflayacak, iş imkanlarım ve statüm etkilenecek, yakın çevremle daha çok iletişim halinde olacağım, yaşamı anlamlandırarak bir şey yapmış olacağım, gerçek bir aile olmuş olacağız, yaşam daha eğlenceli hale gelecek, kendimi tamamlanmış hissedeceğim” ifadelerine verilen yanıtların dağılımları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Çiftler bu ifadeleri benzer oranlarda önemli ya da önemsiz olarak değerlendirmişlerdir.

### 4.3. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Erkeklerin Tanıtıcı Özellikleri ve Ebeveynliğe İlişkin Görüşlerinin APTÖ ile İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bulgular

**Tablo 9.** Evlilik kararı alan kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının tanıtıcı özelliklere göre dağılımı (n=252)

Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçekler				
Tanıtıcı Özellikler	TİAÖ	YİAÖ	GİAÖ	APTÖ
<b>Yaş</b>	0,181**	0,004	0,248	0,132*
<b>Öğrenim Düzeyi</b>				
İlkokul	55(30-62)ab	33(30-44)ab	26(12-34)ab	115(81-136)ab
Ortaokul	53,5(15-70)b	33 (0 - 55)b	24,5(9-33)b	111(37-157)b
Lise	55 (15 - 75)b	33 (11 - 55)b	26 (8 - 40)b	114(34-170)b
Lisans ve lisansüstü eğitim	59 (17 - 75)a	35 (10 - 55)a	28 (0 - 40)a	127(47 - 170)a
<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,011</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Meslek</b>				
Memur	54 (15 - 75)a	33 (0 - 55)	24 (0 - 40)a	113(34-170)a
İşçi	61 (15 - 73)b	35 (13 - 55)	30 (9 - 36)b	132(37-163)b
Serbest meslek	54,5(15-75)b	33 (11 - 55)	25(8 - 40)ab	113(34 - 170)b
Çalışmıyor	55(15-75)ab	33 (0 - 55)	26(0 - 40)ab	115(34 - 170)b
Diğer	58,5(17-75)ab	35,5(10 - 44)	27(16-36)ab	122(47-149)ab
<b>p</b>	<b>0,013</b>	0,064	<b>0,019</b>	<b>0,003</b>
<b>Sosyal Güvence</b>				
Var	57 (15 - 75)	34 (10 - 55)	26 (8 - 40)	118 (34 - 170)
Yok	53 (22 - 75)	33 (0 - 55)	24 (0 - 40)	109 (48 - 170)
<b>p</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Yaşanılan Yer</b>				
Kent	57 (15 - 75)	34 (0 - 55)	26 (0 - 40)	118 (34 - 170)
Köy / kırsal	53,5(22 - 68)	33 (15 - 51)	25 (10 - 34)	112 (48 - 149)
<b>p</b>	<b>0,018</b>	0,120	0,145	<b>0,024</b>
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek aile	57 (15 - 75)	34 (11 - 55)	27 (0 - 40)	119,5(34-170)
Geniş aile	54 (15 - 72)	33 (0 - 51)	24,5 (8 - 40)	111 (34 - 160)
<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,203	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

\*%5 önem düzeyinde anlamlı korelasyon, \*\*%1 önem düzeyinde anlamlı korelasyon, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur, Veriler ortanca (min-max) olarak sunulmuş olup karşılaştırmada Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır

Kadınlarda yaş ile TİAÖ ve APTÖ arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki vardır (korelasyon katsayısı sırasıyla: 0,181; 0,132). Kadınlarda yaş arttıkça TİAÖ ve APTÖ punları da artmaktadır.

Kadınlarda eğitim durumuna göre TİAÖ, YİAÖ, GİAÖ ve APTÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p değeri sırasıyla: <0,001; 0,011; <0,001; <0,001). Lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip kadınların APTÖ punları, ortaokul ve lise eğitim düzeyindeki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark olacak şekilde artmaktadır. Kadınların mesleklerine göre TİAÖ, GİAÖ ve APTÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmaktadır.

Kadınların sosyal güvence varlığı ile APTÖ toplam puan ve tüm alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Sosyal güvencesi olan kadınların APTÖ toplam puan ve alt ölçek puanları daha yüksektir. Kadınların yaşadıkları yere göre TİAÖ ortanca değerleri farklılık göstermektedir (p=0,018). APTÖ ortanca değeri kentte yaşayanlarda 118 iken köy/kırsalda yaşayanlarda 112 olarak elde edilmiştir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,024). TİAÖ ve YİAÖ ortanca değerleri yaşanan yere göre farklılık göstermemektedir (p>0,05). Kadınlarda çekirdek ailede yaşama durumu ile TİAÖ, GİAÖ ve APTÖ toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Evlilik kararı alan erkeklerin APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 10'da sunulmuştur.

**Tablo 10.** Evlilik kararı alan erkeklerin APTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının tanıtıcı özelliklere göre dağılımı (n=252)

<b>Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçekler</b>				
<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>TİAÖ</b>	<b>YİAÖ</b>	<b>GİAÖ</b>	<b>APTÖ</b>
<b>Yaş</b>	0,063	0,321	0,249	0,013
<b>Öğrenim Düzeyi</b>				
İlkokul	52(15-66)ab	33(11-44)ab	24(8-34)ab	107(34-138)a
Ortaokul	50 (15-68)a	33(11 - 44)a	23(8 - 32)a	103(34-136)a
Lise	56,5(15- 75)bc	33 (0 - 55)b	25 (0 - 40)bc	116,5(34170)b
Lisans ve lisansüstü	56 (25 - 74)c	34 (0 - 46)b	26 (13 - 36)c	119(58 - 147)b
<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,006</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Meslek</b>				
Memur	58 (16-71)a	36 (20 - 46)a	28 (12 - 40)a	120(59 - 147)a
İşçi	51 (15 - 75)b	33 (0 - 55)b	24 (0 - 40)b	108(34 - 170)b
Serbest meslek	53(28 - 69)ab	34(12 - 52)ab	24 (7 - 37)ab	110(52-151)b
Çalışmıyorum	54,5(28-66)ab	34,5(12- 55)ab	25,5(13-32)ab	111,5(75-148)ab
Diğer	56 (19 - 75)ab	33 (13 - 55)ab	25(12-40)ab	118 (48-170)ab
<b>p</b>	<b>0,046</b>	<b>0,018</b>	<b>0,005</b>	<b>0,001</b>
<b>Sosyal Güvence</b>				
Var	54 (15 - 75)	33 (0 - 55)	25(7-40)	114 (34 - 170)
Yok	49,5 (28 - 67)	33 (13 - 53)	23(0-31)	104,5(54- 148)
<b>p</b>	0,206	0,297	<b>0,014</b>	<b>0,022</b>
<b>Yaşanılan Yer</b>				
Kent	54 (15 - 75)	33 (0 - 55)	25 (0 - 40)	113 (34 - 170)
Köy / kırsal	53 (19 - 71)	33,5 (19 - 52)	24 (13 - 32)	112 (51 - 145)
<b>p</b>	0,759	0,959	0,436	0,696
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek aile	55 (15 - 75)	33 (0 - 55)	25 (0 - 40)	113,5(34 -170)
Geniş aile	53 (15 - 75)	34 (11 - 55)	24 (8 - 40)	113 (34 - 170)
<b>p</b>	0,305	0,231	0,582	0,749

\*Veriler ortanca (min-max) olarak sunulmuş olup, karşılaştırmada Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Erkeklerde yaş, aile tipi ve yaşanılan yer ile APTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. (p>0,05).

Erkeklerde eğitim durumuna göre APTÖ toplam puan ve tüm alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Lisans ve üstü eğitime sahip olanların ortanca değeri ortaokul ve lise mezunu olanlardan daha yüksektir. Erkeklerin mesleklerine göre APTÖ ve tüm alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Memurlar ile işçilerin ortanca değerleri arasında fark vardır ve memurların ortanca değeri daha yüksektir.

Erkeklerin sosyal güvencesine göre GİAÖ ve APTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Sosyal güvencesi olan erkeklerin GİAÖ ve APTÖ puanları daha yüksektir. TİAÖ ve YİAÖ ortanca değerleri ise sosyal güvence durumuna göre farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Erkekler için yaşadıkları yere göre ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Evlilik kararı alan çiftlerin APTÖ ve alt ölçek boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 11’de sunulmuştur.

**Tablo 11.** Evlilik kararı alan çiftlerin APTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Erkek (n=252)	Kadın (n=252)	p
Topluma İlişkin Alt Ölçek	54 (15 - 75)	56 (15 - 75)	<b>0,008</b>
Yönteme İlişkin Alt Ölçek	33 (0 - 55)	33,5 (0 - 55)	0,130
Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek	24 (0 - 40)	26 (0 - 40)	<b>0,008</b>
Aile Planlaması Tutum Ölçeği	112,5 (34 -170)	117 (34 -170)	<b>0,004</b>

\* Veriler ortanca (min-max) olarak sunulmuştur , Mann Whitney U testi kullanılmıştır,

Kadınların ve erkeklerin TİAÖ, GİAÖ ve APTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kadınların erkeklere göre YİAÖ hariç diğer ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olacak şekilde puanları daha yüksektir.



Evlilik kararı alan çiftlerin APTÖ puanı ile çocuk sahibi olmaya verdikleri önem derecesi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması Tablo 12’de sunulmuştur.

**Tablo 12.** Evlilik kararı alan çiftlerin APTÖ puanı ile çocuk sahibi olmaya verdikleri önem derecesi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması

		<b>Erkek (n=252)</b>	<b>Kadın(n=252)</b>
<b>Topluma İlişkin Alt Ölçek</b>	<b>r</b>	-0,103	-0,127
	<b>p</b>	0,111	<b>0,049</b>
<b>Yönteme İlişkin Alt Ölçek</b>	<b>r</b>	-0,027	-0,148
	<b>p</b>	0,678	<b>0,022</b>
<b>Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek</b>	<b>r</b>	-0,069	-0,133
	<b>p</b>	0,286	<b>0,040</b>
<b>Aile Planlaması Tutum Ölçeği</b>	<b>r</b>	-0,071	-0,166
	<b>p</b>	0,269	<b>0,010</b>

\*r: Spearman sıra korelasyon katsayısı

Erkeklerde çocuk sahibi olmanın önem derecesi ile APTÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Kadınlarda ise APTÖ ve alt boyutları ile çocuk sahibi olmanın önem derecesi arasında negatif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki vardır. Kadınların çocuk sahibi olma önem dereceleri arttıkça APTÖ puanlarının azalmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Doğurganlık, nüfusun büyüklüğünü, artışı ve kompozisyonunu belirleyen, kadın statüsünü ve toplumun sağlık düzeyini etkileyen bir kavramdır (TÜİK, 2018). Ülkemizde doğurganlık için evlilik bir ön koşul olmamasına rağmen doğumların büyük çoğunluğu evlilik birliği içerisinde gerçekleşmektedir (TNSA, 2013). Ancak son yıllarda bireylerin doğurganlık ve ebeveynliğe yönelik davranışlarında önemli değişiklikler gözle çarpılmaktadır (Sørensen ve ark., 2016). Bireylerin doğurganlıklarını bilinçli şekilde düzenlemeleri ve ebeveynliğe sağlıklı bir şekilde adım atmaları oldukça önemlidir. Doğurganlık davranışı ve ebeveynlik, içinde bulunulan toplumun kültürü, yaş, aile planlamasına yönelik tutumlar gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (Örsal, 2006; Aktoprak, 2012). Bu bölümde evlilik kararı alan çiftlerin, doğurganlık ve ebeveynliğe ilişkin görüşleri ile aile planlaması tutumlarına ait bulgular tartışılmıştır.

### 5.1. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Erkeklerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamındaki katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini incelediğimizde; kadınların 17-48 yaş aralığında ve yaş ortalamasının  $25,29 \pm 4,68$  erkeklerin ise 17-45 yaş aralığında ve yaş ortalamalarının  $27,84 \pm 4,30$  olduğu saptanmıştır. TNSA 2013 verilerine baktığımızda, TNSA 2003 ve 2008 yılında 20-24 olan evlilik yaşı ortalamasının 25-29 yaş aralığına kaydığı görülmektedir. Bu sonuçlar TNSA 2013 verileri ile benzerdir. Ayrıca literatürde çalışma bulgularımızı destekleyen farklı çalışmalar da bulunmaktadır. (Lampic ve ark., 2006; Cingisiz ve Murat, 2010; Peterson ve ark., 2012; Özen ve ark., 2013; Kısa ve ark., 2013; Çapık ve ark., 2016; Vassard ve ark., 2016; Sørensen ve ark., 2016).

Çiftlere ilk çocuklarına sahip olmak istedikleri yaşı sorduğumuzda kadınların ve erkeklerin çoğunluğu 26-32 yaş aralığında ilk çocuklarına sahip olmak istediklerini belirtmişlerdir. Literatürdeki hemen her çalışmada da çalışmamızla benzer şekilde bireyler, en verimli doğurganlık yaş aralığı olan 20-24 yaş aralığında çocuk sahibi olmayı ya hiç istememekte ya da diğer yaşlara nazaran daha az tercih etmektedir (Peterson ve ark., 2012; Chan ve ark., 2015; Sørensen ve ark., 2016). Çalışmamızın bu bulgusu araştırma kapsamındaki katılımcılarımızın yaş ortalamalarıyla da örtüşmektedir. Çalışmamızda 20-24 yaş aralığının daha az tercih edilmesi katılımcıların ekonomik özgürlük ve meslekte melli bir uzmanlık seviyesine ulaşma isteği, yeterince olgun olmadığını düşünmek ya da

eğitime devam etmek istemelerinden kaynaklanıyor olabilir. Yine çiftlere son çocuklarına sahip olmak istedikleri yaşı sorduğumuzda erkeklerin çoğunluğu 37-42 yaşı aralığını seçerken kadınların çoğunluğu 31-36 yaşı aralığını seçmişlerdir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu bulgu kadınların erkeklere oranla ileri doğurganlık yaşının risklerinin farkında olmasından, erkeklerin ise her zaman cinsel gücünün ve doğurganlık yeteneğinin var olduğu görüşünden kaynaklanıyor olabilir. Yapılan diğer çalışmalarda da kadınlar erkeklere göre son çocuklarını daha erken yaşıta doğurmayı planlamaktadır (Lampic ve ark., 2006; Peterson ve ark., 2012; Sørensen ve ark., 2016).

Çalışmada kadınların %44,8'inin lise mezunu olduğu, %33,7'sinin çalışmadığı, %72,8'inin çekirdek ailede ve %83,2'sinin kentte yaşadıkları, büyük çoğunluğunun (%80,1) sosyal güvencesi bulunduğu tespit edilmiştir. Çalışmada erkeklerin çoğunluğu (%40,6) kadınların da olduğu gibi lise mezunudur. Erkeklerin %39,8'i işçi grubunda çalışmakta ve %91,9'unun sosyal güvencesi bulunmaktadır. Erkeklerin %87,1'i kentte ve %71,3'i çekirdek ailede yaşamaktadır. TNSA 2013 verilerine baktığımızda ilk evlilik yaşı aralığındaki kadınların çoğunluğunun da lise mezunu oldukları, kentte ve çekirdek ailede yaşadıkları görölmektedir. Bu anlamda da çalışma grubumuzdaki kadınların Türkiye genelini temsil ettiği düşünölebilir. Apay ve Pasinlioğlu'nun (2008) çalışmasında kadınların çoğunluğunun ilköğretim mezunu olması, daha yakın tarihli olan TNSA 2013, Khadivzade ve Arghavani (2014), Çapık ve ark. (2016) çalışmalarında kadınların çoğunluğunun lise ve üzeri eğitim düzeylerinin olması kadınların eğitim düzeyinin son 10 yılda arttığını düşöndürmektedir. Yapılan çalışmalar eğitim seviyesi arttıka ilk evlilik yaşının arttığını, dolayısıyla adölesan evliliklerin ve buna bağlı olarak da adölesan gebeliklerin azaldığını ortaya koymaktadır (TNSA, 2013).

Evlilik öncesi dönem çiftlerin iletişim ve anlaşma durumlarının değerlendirilmesi açısından önemli bir fırsattır. Bu dönemde çiftlerin ilişki durumlarının değerlendirilmesi sağlıklı evliliklerin yapılarak mutlu aile birliklerinin kurulabilmesi açısından oldukça önemlidir (Cingisiz ve Murat, 2010). Çalışmamızda partnerle ilişki durumu, tanışma ve evlilik şekillerine ilişkin verileri incelediğimizde; kadınların ve erkeklerin çoğunluğunun partnerleri ile aile/komşu çevresinden tanıştıkları, 3 yılı aşkın süredir birbirlerini tanıdıkları ve önce kendi istekleri daha sonra da ailelerinin onayını alarak evlenmeye karar verdikleri saptanmıştır. Kısa ve ark. (2013) ve Çapık ve ark. (2016) çalışma bulguları çalışmamızı desteklerken, Cingisiz ve Murat'ın (2010) çalışmasında çiftlerin büyük çoğunluğunun göröcü usulü tanışarak evlenmeye karar verdikleri görölmektedir. Ayrıca kadınların ve

erkeklerin çoğunluğu partnerleriyle çok iyi anlaştıklarını ifade etmiş, kadınların yarısından fazlası (51,2) partneri ile nadiren sorun yaşadığını, erkeklerin yarısından fazlası (55,2) ise hiç sorun yaşamadığını belirtmişlerdir. Çapık ve ark. (2016) bulgusu verilerimizi desteklemektedir. Yapılan çalışmalarda kendileri tanışıp birbirlerini uzun süre tanıma fırsatı bulan çiftlerin daha rahat iletişim kurdukları, cinsellikle ilgili bilgi ve inanışlarının daha olumlu oldukları saptanmıştır (Pınar, 2008; Kısa ve ark., 2013).

## **5.2. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Erkeklerin Doğurganlık ve Ebeveynliğe İlişkin Görüşlerine Ait Bulgularının Tartışılması**

Doğurganlık, nüfus artış hızını etkileyen en önemli değişkendir. Bir toplumdaki kültürel değerler ve normlar doğurganlık tercihlerini önemli ölçüde etkileyebilir. Hatta bazı toplumlarda kadın statüsü çocuk doğurmakla ilişkilendirilmektedir. Dünyada ve ülkemizdeki evli olsun ya da olmasın bireylerin büyük çoğunluğu ileride çocuk sahibi olmak istediklerini belirtmektedirler (Pasch ve ark., 2002; Peterson ve ark., 2012; Aktoprak, 2012; Sørensen ve ark., 2016). Aynı zamanda kişilerin duyguları ve üreme istekleri de doğurganlık tercihlerini şekillendirebilir. Örneğin; Khadivzade ve ark. (2014) çalışmasında dini inançların doğurganlık tercihleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Yüksek dini inanca sahip bireylerin istedikleri çocuk sayısı diğerlerine nazaran daha fazla, doğum aralıkları ise daha kısadır. Aynı şekilde yapılan diğer çalışmalarda ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerin doğurganlık tercihlerini etkilediğini göstermiştir (Adsera, 2006; Abbasi-Shavazi ve ark., 2011).

Çalışmamıza katılan çiftlere çocuk sahibi olmaya yönelik sorduğumuz soruların dağılımına baktığımızda; kadınların ve erkeklerin neredeyse tamamının çocuk sahibi olmak istedikleri saptanmıştır. Bu bulgu literatürle örtüşmektedir (Lampic ve ark., 2006; Peterson ve ark., 2012; Özen ve ark., 2013; Sørensen ve ark., 2016). Aynı zamanda çalışma grubundaki kadın ve erkeklerden çocuk sahibi olmanın önemini 0 ile 10 arasında puanlamalarını istediğimizde erkeklerin ortalama puanı  $9,21 \pm 1,63$  benzer şekilde kadınların ortalama puanı  $9,14 \pm 1,53$  olarak saptanmış aralarında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır. Bu durum toplumumuzda çocuk sahibi olmanın hem kadın hem de erkekler için ne derece önemli olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni olarak, evlilik ilişkisinde çocuk sahibi olmanın bireylerin doğurganlıklarının kanıtı olması, bireylerin toplumdaki statüsünü etkilemesi, soyu sürdürme, genetiğini geleceğe taşıma ve hatta bu yolla ölümsüzlüğe ulaşma isteği düşünülebilir. Yapılan diğer çalışmalarda da çocuk sahibi

olmanın gerek kadınlar gerekse erkekler için oldukça önemli olduğu görülmektedir (Lampic ve ark., 2006; Peterson ve ark.,2012; Sørensen ve ark., 2016). Ancak bazı çalışmalarda kadınların erkeklere oranla çocuk sahibi olmayı daha fazla istedikleri ve çocuk sahibi olma kararında daha baskın oldukları saptanmıştır (Lampic ve ark., 2006; Stein ve ark., 2014). Bu araştırmanın yapıldığı toplumlarda kadınların doğurganlıkları üzerinde daha fazla söz sahibi olduğu söylenebilir.

Kadınların ve erkeklerin yarsından fazlasının evlendikten en az 1 yıl sonra ve toplamda 2 çocuk sahibi olmak istedikleri saptanmıştır. Çalışmamızın bu bulgusu ile benzer bulgular içeren çalışmalar bulunmaktadır (Peterson ve ark., 2012; Özen ve ark., 2013; Daniluk ve Koert, 2014; Sørensen ve ark., 2016). Aynı zamanda TÜİK 2017 verilerine bakıldığında çalışmamızdaki çiftlerin sahip olmak istedikleri çocuk sayısı, 2,07 olan ülkemiz toplam doğurganlık hızı ile neredeyse eşittir. Ancak Sørensen ve ark. (2016) çalışmasında katılımcıların istedikleri çocuk sayısı 2 iken ülkenin doğurganlık oranı 1,69'dur. Bu durumda istenen ile gerçekte olan arasında potansiyel bir eşitsizlik görülmektedir. Çiftçioğlu'nun (2009) çalışmasında ise kadınların en az dört çocuk sahibi olmak istemesi çalışmanın, kadınların doğurduğu çocuk sayısı ile orantılı olarak değerinin arttığı Doğu Anadolu Bölgesi'nde yapılmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızdaki katılımcıların, evlendikten en az 1 yıl sonra çocuk sahibi olmak istemeleri, ebeveyn olmanın hayatta alınabilecek en zor kararlardan biri olması dolayısıyla çiftlerin evlilik sonrası ilk 1 yıl birbirlerini tanımak istemeleri ya da çocuğun doğumuyla birlikte yaşanılacak zorlu süreç nedeniyle çiftlerin ilk yıl, birbirlerine vakit ayırmak istemelerinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızla benzer şekilde Özen ve ark. (2013) çalışmasında da çiftlerin çoğunluğu (%66,5) ilk çocuklarına evlendikten en az 1 yıl sonra sahip olmayı planlamaktadırlar. Rijken ve Knjin'in (2009) Almanya'da yaptıkları çalışmada çiftlerin özgürlüğün sınırlanması, kariyer planlarının ertelenmesi, çocuk sahibi olmanın getireceği yeni sorumluluklar gibi kaygılardan dolayı çocuk sahibi olma konusunda isteksiz olduklarını ve özgürlüklerinden vazgeçmeyi kabullenene kadar çocuk sahibi olmayı düşünmediklerini saptamışlardır. Ayrıca Çin'de yapılan bir çalışmada katılımcıların çoğunun çocuk sahibi olmayı ya istemedikleri ya da en fazla bir çocuk sahibi olmak istedikleri dikkat çekmektedir (Chan ve ark., 2014). Bu durumun Çin'in nüfus politikasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu verilerden anlaşılacağı üzere ülkelerin nüfus politikaları doğurganlık tercihlerinde belirleyici role sahiptir.

Çalışmamızdaki katılımcıların yaklaşık yarısı kadınların en verimli doğurganlık yaş aralığını 20-24 olarak yanıtlamışlardır. Ancak 25-29 yaş aralığı olarak yanıtlayanların oranı azımsanamayacak kadar fazladır. Bu durum katılımcıların yaş ortalamasının 25-29 yaş aralığında olmasından kaynaklanıyor olabilir. Lampic ve ark. (2006), Peterson ve ark. (2012), Sorensen ve ark. (2016) çalışma bulguları çalışmamızın bulgusunu desteklemektedir. Çalışmamızdaki katılımcıların çoğunun en verimli doğurganlık yaş aralığını doğru bildikleri halde yaş ortalamalarının 25-29 yaş aralığında olması bireylerin yeterli ekonomik güce sahip olma, meslekte uzmanlaşma ve yeterince olgun olmak isteği evliliği, dolayısıyla da doğurganlığı ileriye ertelemelerinin nedeni olabilir.

Katılımcılara gebelik için kadınların riskli yaş aralıklarını (adölesan ve 35 yaş üstü) sorduğumuzda tamamına yakını bu aralığı doğru bilmişlerdir. Aktoprak'ın (2012) çalışmasında da benzer sonuç elde edilmiştir. Araştırmamızdaki katılımcıların %85,0'ından fazlası yumurtlama döneminde korunmasız cinsel ilişkide gebelik şansını normalden yüksek olarak değerlendirmişlerdir. Lampic ve ark. (2006), Peterson ve ark. (2012) ve Sorensen ve ark. (2016) çalışma bulgularıda sonuçlarımızla benzer şekildedir. Çiftlere 1 yıl süresince korunmasız cinsel ilişkiye giren çiftte kadın 25-30 yaş aralığında ise gebe kalma şansını sorduğumuzda kadınların (%75,9) ve erkeklerin (83,4) çoğunluğu yanlış yanıtlamışlardır. Yine Lampic ve ark. (2006), Peterson ve ark. (2012) ve Sorensen ve ark. (2012) çalışma bulguları da sonuçlarımızı desteklemektedir. Bu durumda bir çok katılımcının doğurganlıkla ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Bu durum bireyleri farkında olmadan ebeveynliği erteleme eğilimine yönlendirebilir. Katılımcılara, 1 yıl süresince korunmasız cinsel ilişkiye giren çiftte kadın yaşı 35-40 olduğunda gebe kalma şansını sorduğumuzda erkek katılımcıların %41,1'i, kadınların ise %37,7'si bu soruyu doğru yanıtlamışlardır. Bu sonuca göre katılımcıların ileri yaşla birlikte doğurganlığın azaldığına ilişkin benzer oranlarda bilgi sahibi oldukları görülmektedir. Lampic ve ark. (2006), Peterson ve ark. (2012) ve Sorensen ve ark. (2016) çalışmaları da çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

DSÖ'nün önerisine göre hem anne hem de bebek sağlığı açısından iki gebelik arasındaki süre en az iki yıl olmalıdır. Çalışmamızdaki çiftlere “iki gebelik arası en az kaç yıl olmalıdır” sorusunu sorduğumuzda kadınların (%54,0) ve erkeklerin (%52,4) yarısından fazlası 2 yıl ve üzeri olarak yanıtlamışlar ve aralarında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Aktoprak'ın (2012) çalışmasında kadınların (%92,8) ve erkeklerin (91,6) tamamına yakını gebelikler arası sürenin en az 2 yıl olması gerektiğini düşünmektedir. Bu

durum Aktoprak'ın (2012) çalışmasındaki katılımcıların eğitim seviyesinin daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Doğurganlık farkındalığı ve ebeveyn olma kararı arasında bir ilişki olup olmadığı henüz yeterince aydınlanmamıştır. Ancak Avrupa'da yapılan bir araştırmada kadınların çoğunluğunun yaşla birlikte doğurganlığın azaldığının farkında olmasına rağmen ilk çocuğuna doğurganlığın önemli ölçüde azaldığı bir yaşta sahip olmak istedikleri saptanmıştır (Vassard ve ark., 2016). Bu durumda toplumun doğurganlık ve infertilite risk faktörleri hakkında farkındalığını artırmak amacıyla kadınlara ve erkeklere eğitim verilmesinin gerekliliği açıkça görülmektedir.

AP istenmeyen gebelikleri ve aşırı doğurganlığı önleyen, anne ve çocuk sağlığına katkıda bulunarak toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesini sağlayan önemli bir sağlık hizmetidir (Egelioglu Cetişli ve ark., 2016). Yapılan çalışmalarda çiftlerin kendilerine en uygun AP yöntemini seçmelerinin AP yönteminin etkinliğini artırarak cinsel yaşamlarını etkilediği görülmektedir (Kocaöz ve ark. 2013). AP hizmetleri bireyleri çocuk sahibi olma ve gebelikten korunmada özgür bırakır. Bireyler AP yöntemi kullanıp kullanmayacaklarına ya da hangi yöntemi kullanacaklarına kendileri karar verirler. Yapılan çalışmalarda bireylerin halen geleneksel AP yöntemlerini de tercih ettikleri görülmektedir (Doğru ve ark., 2016).

Bu çalışma kapsamındaki kadınlar ve erkeklerin %80,0'ından fazlası herhangi bir AP yöntemini bildiğini ifade etmişlerdir. En çok bilinen ilk üç yöntem kadınlarda sırasıyla hap, kondom ve takvim yöntemi iken erkeklerde kondom, hap ve geri çekme yöntemidir. Modern yöntemler arasında olan RİA ise iki grup içinde daha az bilinen yöntem olarak saptanmıştır. TNSA 2013 verilerine baktığımızda ise kadınların %98,8'inin herhangi bir AP yöntemi bildiği görülmektedir. En çok bilinen ilk üç yöntem ise hap, RİA ve tüplerin bağlanması yöntemleridir. Çalışmamızdaki katılımcıların büyük çoğunluğu evlendikten sonra herhangi bir AP yöntemi kullanmayı düşündüklerini belirtmişlerdir. Kullanmayı düşündükleri ilk 3 yöntem yine sırasıyla erkeklerde kondom, hap ve geri çekme iken kadınlarda hap, kondom ve takvim yöntemidir. 2013 TNSA verilerini incelediğimizde kadınların en çok kullandığı üç yöntem geri çekme, RİA ve kondumdur. TNSA 2013 verileri ile benzer şekilde, çalışmamızda azımsanamayacak oranda geri çekme yöntemi kullanmayı düşünen katılımcının varlığı dikkat çekmektedir. Eşler arası uyum, disiplin ve motivasyon gerektiren bir yöntem olan geri çekme yönteminin herhangi bir maliyetinin olmaması, kullanımının serbest ve her durumda erişilebilir olması, hormon içermemesi,

erkeğin otokontrolüne bağlı olması, gebelik istendiğinde hemen bırakılabilen ve gelecekteki fertilitiyi etkilemeyen bir yöntem olması en çok tercih edilen yöntemler arasında olmasının nedeni olabilir. Türkiye verilerine göre gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanma oranı 1978 yılında %38,0 iken, 2013 yılında %66,5 seviyelerine ulaşmıştır. Türkiye’de son yirmi yılda sadece AP yöntemi kullanma oranlarında değil, kullanılan yöntemlerin dağılımında da önemli ölçüde değişiklikler olmuştur. Ülkemizde modern AP yöntemi kullanma oranı 1978 yılında %21,0 iken, 2013 yılında %55,9 seviyelerine yükselmiştir (TNSA, 2013). Çalışmamızda kontraseptif yöntem kullanmayı düşünme oranının %71,0 ile Türkiye ortalamasının oldukça üzerinde olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızdaki çiftlere kadınların ve erkeklerin tamamına yakını bir yıl korunmasız cinsel ilişkiye karşın gebelik olmaması durumunda “doktora başvururum ve tüp bebek yaptırırım” yanıtını vermişlerdir. Bu soruya verilen yanıtlarda cinsiyete göre istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Bu bulgu çalışma kapsamındaki kadınların ve erkeklerin tamamına yakınının çocuk sahibi olmak istemesi ile örtüşmektedir. Çiftler gebelik elde edebilmek için gerekli kontrol ve tedavileri yaptırmak üzere doktora gitmeyi tercih etmektedir. Yapılan çalışmalarda çiftlerin tüp bebek tedavisinden yüksek oranda başarı şansı beklemesi bu bulgunun nedenini ayrıca açıklamaktadır. Lampic ve ark. (2006), Peterson ve ark. (2012), Chan ve ark. (2014), Sørensen ve ark. (2016) çalışmalarında katılımcıların çoğu tüp bebekte tedavi şansını %40,0-100,0 olarak değerlendirirken, bizim çalışmamızda çoğunluk %30,0-39,0 olarak yanıtlamıştır. Diğer çalışmalarda şansın daha yüksek tahmin edilmesi, araştırmaların yapıldıkları ülkelerde tıbbi tedavi ve tüp bebek tedavi yönteminin ülkemize göre daha gelişmiş düzeyde olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Eşi ya da kendinden kaynaklı kesinlikle çocuk sahibi olamayacaklarını öğrendiklerinde kadınların %46,9’u kurumdan evlatlık alırım yanıtını verirken, % 41,4’ü çocuksuz yaşamımı sürdürürüm yanıtı vermişlerdir. Erkekler ise %45’lik bir oranla çocuksuz yaşamayı düşünürken, %37’si ise kurumdan evlatlık almayı düşünmektedir. Her iki grupta da çocuksuz yaşamayı düşünen bireylerin sayısı evlat edinmeyi düşünenlerin sayısına oldukça yakındır. Peterson ve ark. (2012) çalışmasında katılımcıların çoğu çocuksuz bir hayat sürmek istemediklerini, ya tüp bebek denemelerine devam edeceklerini ya da evlat edinmeyi düşüneceklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızda çoğunluk evlat edinmeyi kabul etse de azımsanamayacak sayıda katılımcının çocuksuz yaşamayı tercih edeceğini belirtmesi katılımcıların büyük çoğunluğunun çocuk sahibi olmak istemesiyle



örtüşmemektedir. Bu durum bireylerin ancak biyolojik çocuklarına sahip olmak istediklerini ve evlat edinmeye olumlu bakmadıklarını düşündürmektedir. Ayrıca her iki cinsiyette de bu soruyu yaklaşık %10,0'lık bir oranla “diğer” olarak yanıtlayanlar arasında “nasip, takdir” gibi verilen yanıtlar ilgi çekmekte, dini inançların bireylerin doğurganlık tutum ve davranışlarını etkilediğini düşündürmektedir (Khadivzade ve ark., 2014).

Çalışmamızdaki katılımcılara çocuk sahibi olmak için gerekli kriterleri sorduğumuzda; kadın ve erkeklerin tamamına yakını çocuk sahibi olmak için istikrarlı bir ilişki, sorumluluğu paylaşacak bir partner, kendini yeteri kadar olgun hissetmek, çocuk bakımı konusunda yeterli olmak, iş hayatım ve çocuklarımın sorumluluğunu eş zamanlı yürütebilme yeteneğinin gerekli olduğu yanıtını vermişlerdir. Bu ifadelere verilen yanıtlar kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir. Lampic ve ark. (2006), Mogilevkina ve ark. (2016), ve Sørensen ve ark. (2016) bulguları da çalışmamızla benzerlik göstermektedir ve bu çalışmalarda da kadınlar ve erkeklerin büyük çoğunluğu bu kriterleri önemli olarak değerlendirmişlerdir. Sørensen ve ark. (2016) çalışmasında da bu ifadeler cinsiyete göre fark oluşturmazken, Lampic ve ark. (2006) çalışmasında “yeterli olgunluğa erişmiş olmak, çocuklarımın sorumluluğunu eş zamanlı yürütebilmek ve çocuk bakımı konusunda yeterli olmak” ifadelerini kadınlar erkeklere göre daha önemli olarak yanıtlamışlar ve aralarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda kadınlar ve erkeklerin bu konuda benzer düşüncelere sahip olması bu çiftlerin tanışma sürelerinin 3 yıldan daha uzun olması dolayısıyla birbirleri ile fikir alışverişinde bulunma ya da birbirlerinin düşüncelerini etkilemesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda yeterli ekonomik güce sahip olma ifadesi cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Kadınların çocuk sahibi olma konusunda ekonomik yeterliliğe daha fazla önem verdikleri görülmüştür. Bu sonucun, grubumuzun büyük bir çoğunluğunun çalışmıyor olması ve bu nedenle ekonomik kaygıyı daha fazla yaşıyor olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Lampic ve ark. (2006) çalışması da bizim bulgumuzu desteklemektedir. Sørensen ve ark. (2016) çalışmasında da bu ifadeye verilen yanıtlar kadınlar ve erkeklerde oran olarak çalışmamızla benzer olmasına karşın cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmamıştır.

Çalışmamızda, yeterince büyük bir evde oturmanın ve mesleğinde belli bir uzmanlık seviyesine ulaşmanın gerekliliği erkeklerde kadınlara göre daha önemli bulunmuş ve aralarındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Sørensen ve ark. (2016) çalışmasında da erkekler, kariyer yapmak ve meslekte belli bir uzmanlık seviyesine ulaşmak gibi kriterleri, kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak derecede önemli bulmuşlardır. Erkek katılımcılarda yeterince büyük bir evde oturmanın ve mesleğinde belli bir uzmanlık seviyesine ulaşmanın gerekliliği, çalışma hayatında daha aktif olan erkeklerin çocuk sahibi olduklarında evdeki çalışma ve dinlenme ortamının kısıtlanması ile mesleki uzmanlıklarının aksamasından duydukları endişeden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda “eğitimin tamamlanması, sabit bir iş sahibi olmak, yaşlanmadan önce bir çocuk sahibi olmak, çocuklarla beraber yapılabilecek seyahat ve bunun gibi diğer aktiviteler için yeterli zamanın olması ve arkadaşlarımla çocuk sahibi olup olmaması” ifadelerini, kadın ve erkekler benzer oranlarda önemli olarak değerlendirmişler ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buna karşın Sørensen ve ark. (2016) ve Lampic ve ark. (2006) çalışmasında yaşlanmadan önce bir çocuk sahibi olmak ifadesine önemli olarak verilen yanıtlar oransal olarak çalışmamızdan daha az olmasına karşın, kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak fark oluşturacak düzeyde önemli cevabı verdikleri görülmektedir. Bu farkın, Avrupa’daki kadınların ilk çocuğuna sahip olma yaşının bizim ülkemize göre daha ileri olması nedeni ile çocuk sahibi olma şanslarının azalacağı düşüncesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki çiftlere ebeveyn olmanın hayatlarını olumlu ya da olumsuz nasıl etkileyeceğini sorduğumuzda, kadınlar ve erkeklerin tamamına yakını “birey olarak gelişeceklerini, daha fazla sevgi alıp vereceklerini, partnerleriyle daha güçlü bir ilişkilerinin olacağını, yaşamı anlamlandırarak bir şey yapmış olacağını, yeni ilgi alanlarının olacağını ve yaşamın daha eğlenceli hale geleceğini, gerçek bir aile olmuş olacağını ve hayata farklı bir açıdan bakacaklarını düşünmektedirler. Bu ifadeler verilen yanıtlar cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamaktadır. Literatürde çalışmamızla benzer bulgular içeren çalışmalar bulunmaktadır (Lampic ve ark., 2006; Mogilevkina ve ark., 2016; Sørensen ve ark., 2016).

“Kariyer ve iş için daha az zamana sahip olacağım, özgürlüğüm kısıtlanacak, iş imkanlarım ve statüm etkilenecek, ekonomim zayıflayacak, yakın çevremle daha çok iletişim halinde olacağım ve yaşamda yeni ilgi alanlarım olacak” ifadesini kullanma oranları kadın ve erkeklerde benzerlik göstermekte ve kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak fark görülmemektedir. Çalışmamızda kadın ve erkeklerin büyük çoğunluğu iş imkanları ve statünün azalması ile ilgili ifadeler katılmadıklarını belirtirken,

Lampic ve ark. (2006) ve Sørensen ve ark. (2016) çalışmalarında her iki grupta bu ifadeyi oldukça önemli görmekte, iş imkanları ve statülerinin azalacağını düşünmektedir. Hatta bu oran Lampic ve ark. (2006) çalışmasında kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak fark oluşturacak düzeydedir. Bu durum özellikle batı ülkelerinde iş ve ebeveynliği birleştirme ya da eş zamanlı yürütebilme konusunda kadınların daha endişeli olduklarını ve anneliğin kariyer planlarını engelleyeceği fikrini benimsediklerini düşündürmektedir. Bu nedenle bir çok kadının kariyer planları nedeniyle gebeliklerini ileri yaşlara erteledikleri ya da ertelemeyi düşündükleri görülmektedir (Kemkes-Grottenthaler, 2003; Peterson ve ark., 2012; Daniluk ve Koert, 2015; Chan ve ark., 2015). Çalışma sonuçlarımıza göre kadınlar ve erkekler benzer oranlarda yaşamda yeni ilgi alanlarının olacağını ifade ederken, Sørensen ve ark. (2016) çalışmasında kadınlar erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak şekilde yeni ilgi alanlarının olacağını düşünmektedirler.

“Kendi ilgi alanlarım için daha az zamanım olacak” ifadesine katılma oranının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Lampic ve ark. (2006) ve Sørensen ve ark. (2016) çalışmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Çalışmamızda “partnerimle ilişkimde gerginlik olacak” ifadesine verilen yanıtlar cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiş, erkeklerin bu fikre katılma oranı, kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Bu durumun, bizim kültürümüzde bebek bakımı konusunda tüm sorumluluğun annede olmasından ve bu nedenle yorulan ve uykusuz kalan kadının eşine eskisi kadar ilgi gösterememesinden kaynaklanacağı düşünülmektedir. Lampic ve ark. (2006) çalışma bulgusunda ise bizim bulgumuzun aksine kadınlar erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturacak şekilde partnerleriyle aralarındaki gerginliğin artacağını düşünmektedir. Bu farkın kültürel olarak ülkemizde anne olmanın çok kutsal ve kadının ilk rolü olarak düşünülmesinin aksine Avrupa’da kadının eş rolünün de önemli olmasından kaynaklı duydukları endişeyi göstermektedir. Ayrıca her iki durumda gebeliğin başlangıcından itibaren ebeveynliğe geçiş sürecinin zorlu bir süreç olmasının, çiftler arasında gerginliğe sebep olduğunu düşündürmekte ve yapılan çalışmalar da bu fikri desteklemektedir (Garrison ve Blalock, 1997; Petterson ve Hawley, 1998; Piotrowski ve ark., 2017).

### **5.3. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Erkeklerin Tanıtıcı Özellikleri ve Ebeveynliğe İlişkin Görüşlerinin APTÖ ile İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde kadınlar ve erkeklerin tanıtıcı özellikleri ve ebeveynliğe ilişkin görüşlerinin; Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) ve alt ölçek puan ortalamaları (TİAÖ: Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Topluma İlişkin Alt Ölçeği, YİAÖ: Yönteme İlişkin Alt Ölçeği, GİAÖ: Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği) ile ilişkisine yönelik bulgular tartışılmıştır.

Tutum, bireylerin herhangi bir sembol, nesne ya da fikre ilişkin olumlu ya da olumsuz duygu ve eğilimlerini ifade eder. İnanç ise dış etmenlere ve bireysel deneyimlere dayalı doğru ya da yanlış bilgi ve görüşleri kapsar. Bireylerin davranışlarının oluşmasında tutum ve inançlar önemli ölçüde rol oynarlar (Topatan ve Demirci, 2012). Bir ülkenin herhangi bir konudaki gereksinimleri doğrultusunda tutum ölçekleri geliştirilir (Öner,1994). Diğer davranışlarda olduğu gibi AP uygulaması da bireylerin inanç ve tutumlarını yansıttığı bir alandır ve APTÖ bu alanda geliştirilmiş bir ölçektir.

Kadınlarda yaş ile TİAÖ arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki vardır. Benzer şekilde yaş ile APTÖ toplam puan arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki vardır. Çayan (2009), Aktoprak (2012) , Eryılmaz ve Ege'nin (2016) bulguları bu yönüyle çalışmamızla benzerlik göstermekteyken, Apay ve ark. (2010) çalışmasında bizim çalışmamızın aksine ileri yaştaki kadınların ölçek puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum Apay ve ark. (2010) ileri yaş gebeliklerin daha çok görüldüğü Doğu Anadolu Bölgesi'nde yapılmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Kadınların ileri yaşlarda istedikleri ve yeterli sayıda çocuğa ulaşmış oldukları ve deneyimlerinin arttığı düşünülürse AP tutumlarının olumlu yönde olması bu durumu beklendik kılmaktadır.

Kadınların ve erkeklerin eğitim durumu ile APTÖ toplam ve üç alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça APTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları da artmaktadır. Ahmad ve ark. (2006) bireylerin eğitim seviyelerinin artmasının AP yöntemlerine ilişkin bakış açısının daha olumlu olduklarını bildirmişlerdir. Çayan (2009), Apay ve ark. (2010), Eryılmaz ve Ege'nin (2016) çalışma bulguları çalışmamızın bulgusunu desteklerken, Aktoprak'ın (2012) çalışmasında kadınların eğitim durumu ile APTÖ tüm boyutları ile aralarındaki fark anlamsız bulunmuştur. Bu durumun Aktoprak'ın (2012) çalışmasındaki katılımcıların çoğunun benzer eğitim düzeyine sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. AP

yöntemlerinden en az bir modern yöntem bilmenin ve kullanmayı düşündükleri AP yönteminin AP tutumları ile bağlantılı olduğu düşünülürse çalışmamızın bu bulgusu TNSA 2008 sonuçları ile benzerlik gösterirken TNSA 2013’de eğitim durumu ile AP arasında anlamlı fark göstermemesi yönünden çalışmamızın bu bulgusu TNSA 2013 ile benzememektedir. Çalışmamızın bulguları eğitim seviyesinin yükselmesinin çiftlerin aile planlaması hizmetlerinden daha etkin yararlanmayı düşünmesi ve AP’ye yönelik olumlu tutum geliştirmelerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Kadınların sosyal güvence varlığına göre ölçek puanları kıyaslandığında, sosyal güvencesi olanların ortanca değerleri olmayanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır ve APTÖ toplam ve üç alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Altay ve Gönener (2009), Apay ve ark. (2010) bulguları çalışmamızla benzerdir. Erkeklerde ise sosyal güvence ile GİAÖ ve APTÖ toplam puan arasında fark varken (sosyal güvencesi olanların ortanca değerleri daha yüksektir), YİAÖ ve TİAÖ arasında istatistiksel fark bulunamamıştır. Sosyal güvence varlığı, çiftlerin AP hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırarak AP tutumlarının olumlu olmasına katkı sağlıyor olabilir.

Kadınların yaşadıkları yer ile TİAÖ ve APTÖ toplam puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kentte yaşayanların ortanca değerleri kırsalda yaşayanlardan daha yüksektir. Çayan’ın (2009) bulgusu çalışmamızla benzerdir. Bu durum kentte yaşayan kadınların, kırsalda yaşayan kadınlara göre eğitim seviyelerinin yüksek olması, sağlık hizmetlerine ulaşmalarının daha kolay olması ve toplumsal cinsiyet rollerinin negatif etkisinin daha az yaşandığı ortamlarda yetişmeleri nedeniyle gerek aile planlaması gerekse gebelik planlaması yönünden kararlarını özgürce verebilmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Erkeklerin yaşadıkları yer ile ölçek puanları farklılık göstermemektedir. Bu durum, toplumumuzda ataerkil aile yapısı baskın olduğundan erkekler kırsal bölgede yaşasa bile verdikleri kararlar ve seçimlerinde toplumsal cinsiyet farkının erkeklere sunduğu pozitif ayrımcılık nedeniyle kadınlara göre daha özgür olmalarından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Kadınlarda YİAÖ ve aile tipi arasında fark yokken, TİAÖ, GİAÖ ve APTÖ toplam puan arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Çekirdek ailede yaşayan kadınların ortanca değerleri geniş ailede yaşayanların ortanca değerinden yüksektir. Çayan (2009) ve Aktoprak’ın (2012) bulguları çalışmamızla benzerdir. Bu durumun, geniş ailelerde aile büyüklerinin olumsuz AP tutumları yansıtmaları ya da çekirdek ailede yaşayan kadınların geniş ailede yaşayan kadınlara göre sorumluluklarının daha az olması,

dolayısıyla da kendi ihtiyaçlarına ve sağlıklarına daha fazla vakit ayırabilmeleri nedeniyle olumlu tutum sergilemelerinde etkili olduğu düşünölebilir. Erkeklerde yaşıadıkları aile tipi ile APTÖ toplam puan ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Yaşanılan yerde olduğu gibi aile tipinin de ataerkil aile yapısı nedeni ile erkeklerde tutum değişikliğine sebep olmadığı düşünölmektedir.

Kadınların ve erkeklerin APTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarını karşılaştırdığımızda; TİAÖ, GİAÖ ve APTÖ toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve kadınların ortanca değerleri bu üç grupta da erkeklerin ortanca değerlerinden yüksektir. AP yöntemlerine ilişkin tutum ortanca değerleri ise cinsiyete göre istatistiksel farklılık göstermemektedir. APTÖ, TİAÖ ve GİAÖ boyutlarının puan ortalamalarının kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olması, kadınların çevreleriyle bu tür konuları konuşarak daha bilinçli olmaları, ancak bekar olmalarından dolayı AP yöntemleri ile ilgili bilgi kaynaklarının olmaması nedeniyle kadın ve erkek arasında YİAÖ alt boyutunda istatistiksel farklılık olmadığı düşünölmektedir. Çalışmamızın aksine Aktoprak'ın (2012) bulgularına göre kadınlar ve erkeklerin APTÖ tüm boyutları arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır. İki çalışma arasındaki bu farkın örneklem grubumuzdaki sosyo-kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünölmektedir. Çünkü bizim örneklem grubumuzun yaklaşık yarısının eğitim seviyesi lise ve dengi iken, Aktoprak'ın (2012) çalışma grubunun çoğunluğu üniversite ve dengi okul mezunudur.

APTÖ toplam puan ve alt boyut boyutları ile erkeklerde çocuk sahibi olmanın önem derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Ancak kadınların çocuk sahibi olma önem derecesi arttıkça APTÖ puan ortalamalarının düştüğü görölmektedir. Bunun nedeni olarak geleneksel toplumlarda kadın statüsünün sahip olunan çocukla ilişkilendirilmesi düşünölebilir. Oysa günümüz gelişmiş toplumlarında çocuk üzerine odaklanmaktan çok çiftlerin ilişkileri birey olarak ön planda tutulmaktadır. Bu da AP tutumlarının daha da olumlu hale gelmesini sağlamaktadır.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Araştırmamızdan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Çalışmamızdaki kadınların yaş ortalamasının  $25,29 \pm 4,68$ , erkeklerin yaş ortalamasının ise  $27,84 \pm 4,30$  olduğu ve her iki grubun da ilk çocuklarına 26-32 yaş aralığında sahip olmak istedikleri saptanmıştır. Kadınların çoğunluğunun son çocuklarına 31-36 yaş arasında, erkeklerin çoğunluğunun ise 37-42 yaş arasında sahip olmayı düşündükleri saptanmıştır.
- Kadınların ve erkeklerin tamamına yakınının çocuk sahibi olmak istedikleri, çocuk sahibi olmayı çok önemli buldukları, evlendikten en az 1 yıl sonra ve ortalama 2 çocuk sahibi olmayı planladıkları saptanmıştır.
- Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun çocuk sahibi olmak istemesine karşın sterilite (kısırlık) durumunda, yaklaşık yarısının çocuksuz yaşamayı düşündüğü, çiftlerin yalnızca biyolojik çocuklarına sahip olmak istedikleri, evlat edinmeye olumlu bakmadıkları saptanmıştır.
- Kadınların ve erkeklerin doğurganlık ile ilgili farkındalıklarının benzer şekilde düşük olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamızda ebeveyn olmak için gerekli kriterler sorgulandığında, eğitimin tamamlanması, sabit bir iş sahibi olmak, yaşlanmadan önce bir çocuk sahibi olmak, çocuklarla beraber yapılabilecek seyahat ve bunun gibi diğer aktiviteler için yeterli zamanın olması ve arkadaşlarının çocuk sahibi olup olmamasını kadın ve erkeklerin benzer oranlarda önemli olarak değerlendirdikleri saptanmıştır.
- Kadınların ve erkeklerin çocuk sahibi olmak için istikrarlı bir ilişki, sorumluluğu paylaşacak bir partner, kendini yeteri kadar olgun hissetmek, çocuk bakımı konusunda yeterli olmak, iş hayatı ve çocukların sorumluluğunu eş zamanlı yürütebilme yeteneğinin olması kriterlerini yüksek oranda önemli buldukları saptanmıştır.
- Erkek katılımcıların çocuk sahibi olmanın hayatlarına yeni anlamlar katacağını ve ailede sevgi bağını güçlendireceğini düşündükleri saptanırken, partneriyle ilişkilerinde gerginlik olma endişesini kadınlara göre daha fazla yaşadıkları saptanmıştır.

- Çocuk sahibi olmanın hayatı anlamlandırmak, birey olarak tamamlanmak, gerçek bir aile olmak ifadeleriyle yüksek oranda ilişkilendirildiği saptanmıştır.
- Kadınların aile planlaması tutum ölçeği toplam puan, topluma ilişkin alt boyut ve gebeliğe ilişkin alt boyut puanlarının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı fark olacak şekilde yüksek oldukları saptanmıştır.
- Kadınların AP tutumlarının, yaş ve eğitim seviyesi arttıkça, sosyal güvence varlığı, çekirdek ailede ve kentte yaşama durumunda daha olumlu olduğu saptanmıştır.
- Erkeklerin AP tutumlarının, eğitim seviyesi arttıkça ve sosyal güvence varlığı durumunda daha olumlu olduğu saptanmıştır.
- Kadınların çocuk sahibi olmaya verdikleri önem derecesi arttıkça Aile Planlaması Tutum Ölçeği puanlarının düştüğü saptanmıştır.



## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

### **Klinisyen Hemşirelere Öneriler**

- Doğum ve kadın sağlığı hemşireleri tarafından evlilik kararı alan çiftlere, en verimli ve riskli doğurganlık yaş aralıkları, gebelikler arası en az olması gereken süre, doğurganlık şansının yüksek olduğu dönemler hakkında eğitim verilmesi,
- Evlilik kararı alan çiftlere ebeveynlik planlaması ve bilinçli ebeveynlik konusunda eğitim verilmesi,
- Evlilik kararı alan çiftlere AP konusunda eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- AP konusunda danışmanlık yaparken çiftlerin öncelikle AP'ye yönelik tutumlarının değerlendirilmesi ve bireysel danışmanlık verilmesi,
- AP danışmanlığının çiftlere birlikte verilmesi,
- Erkeklerin AP tutumlarının kadınlara göre daha olumsuz olması nedeniyle erkeklerin AP danışmanlık hizmetlerine daha fazla katılımının sağlanması,
- Verilen eğitimlerin davranış değişikliği oluşturma durumlarının gözlemlenmesi için, bireysel danışmanlığın belirli periyodlarla devam ettirilmesi,
- Kırsal kesimde ve geniş ailede yaşayan kadınların APTÖ puanlarının daha düşük olması nedeniyle AP eğitimine daha fazla dahil edilmeleri ve AP yöntemlerine karşı olumlu tutum geliştirmelerine yardımcı olunması,
- Düşük eğitim düzeyine sahip grubun AP tutumunda risk grubu olarak değerlendirilmesi, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde bu grubun özellikle dikkate alınması önerilmektedir.

### **Araştırmacı Hemşirelere Öneriler**

- Bu çalışmanın farklı coğrafi bölgelerde, birden fazla merkezli olarak, genellenebilirliği yüksek örneklem grubu ile yapılması,
- Türk kültürüne uygun doğurganlık farkındalığını değerlendirebilecek bir ölçek çalışmasının gerçekleştirilmesi,
- Çocuk sahibi olmaya yüklenen anlamın aile kurulması ile ilişkisinin araştırıldığı kalitatif çalışmaların yapılması,
- Doğurganlık bilgisi ile ebeveynlik planlaması arasındaki potansiyel bağlantıyı ele alan çalışmalar planlanması,

- Evlilik kararı alan çiftlere, evlilik öncesinde verilen eğitimlerin, çiftlerin AP tutumları ile doğurganlık ve ebeveynlik davranışlarına etkisini inceleyen müdahale çalışmalarının yapılması önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

- Abbasi Shavazi M, Hosseini-Chavoshi M. Evolution of fertility, family planning and population policies in Iran. *Journal of Knowledge in Islamic University* 2011; 15(3): 8-25.
- ACOG 2017. Fertility awareness based methods of family planning. <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq024.pdf>, 2018.
- Adak N. Değişen Toplumda Değişen Aile Sosyolojik Tartışmalar. Ankara, Siyasal Kitabevi. 2012; 40.
- Adsera A. An economic analysis of the gap between desired and actual fertility: The case of Spain. *Review of Economics of the Household* 2006; 4(1): 75-95.
- Akdur R, Piyal B, Çalışkan D, Ocaktan E, Piyal B, Halk Sağlığı. 1. Baskı, Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları. 2011.
- Akın A, Özvarış ŞB. Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. Güler Ç, Akın L, Editörler, Halk Sağlığı Temel Bilgiler'de, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2006; 188-314.
- Aktoprak M. Evli kadınlar ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumları ve ilişkili faktörler, T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2012.
- Albarracin D, Shavitt S. Attitudes and attitude change. *Annual review of psychology*, 2018; 69; 299-327.
- Alpaydın Y. Evlilik Öncesi Eğitimi Eğitici Kitabı. Durmuş HI, Editör, 2. Baskı, İstanbul, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. 2012; 8-19.
- Altay B, Gönener D. Evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini bilme ve kullanma durumları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi* 2009; 14(1):56-64.
- Apay SE, Nazik E, Özdemir F, Pasinlioğlu T. Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13(3), 39-46.
- Apay SE, Pasinlioğlu T. Nişanlı çiftlerin evlendikten sonra kullanmayı düşündükleri aile planlaması yöntemleri. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2008; 11(4): 30-37.
- Arslan SA. Ebeveynlerin çocukluk çağı örselenme yaşantısı ve bazı demografik özellikleri ile çocuk yetiştirmeye yönelik tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Türkiye Cumhuriyeti Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin, Yüksek Lisans Tezi, 2017; 6-7.
- Asegidew W, Tariku B, Kaba M, Getachew S, Ketsela K. Acceptance and positive attitude increased utilization of long acting and permanent family planning methods among reproductive age group women from debre berhan district, Ethiopia: Quantitative and qualitative analysis. *J Community Med Health Educ*. 2017; 7(541), 2161-0711.

- Ayaz S, Efe ŞY. Family planning attitudes of women and affecting factors. Journal of the Turkish German Gynecological Association, 2009; 10(3), 137.
- Aydın D, Akay B. Hemşirelik öğrencilerinin erken evlilik ve çocuk gelinler hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi. Clinical and Experimental Health Sciences DOI: 10.5152/clinexphealthsci.2017.112
- Aymoğlu Ö. 35 yaş üzeri doğum yapan gebelerin demografik özelliklerinin değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi, 2014; 15(2).
- Bağatarhan T, Nazlı S. Ebeveyn eğitim programının annelerin ebeveynlik öz yeterliklerine etkisi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2013;7(31),67-88.
- Barton AW, Futris TG, Bradley RC. Changes following premarital education for couples with differing degrees of future marital risk. Journal of Marital and Family Therapy 2014;40(2),165-177.
- BBC, 2018. Female infanticide.  
[http://www.bbc.co.uk/ethics/abortion/medical/infanticide\\_1.shtml](http://www.bbc.co.uk/ethics/abortion/medical/infanticide_1.shtml), 2018.
- Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6),479-484.
- Çakmak A, Ertem M. Aile planlaması eğitimi için önemli bir fırsat: Bir çocuk hastanesine yatan hastaların anneleri, Diyarbakır-2004. Dicle Tıp Dergisi 2005;3(4):190-195.
- Canel AN. Evlilikte İletişim ve Yaşam Becerileri. Durmuş HI, Editör., 3. Baskı, İstanbul, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. 2012
- Çapık A, Özkan H, Apay SE. Nişanlı çiftlerin birbirleriyle olan ilişkilerinin değerlendirilmesi. Sted 2016;24(5):188-196.
- Carroll JS, Doherty WJ. Evaluating effectiveness of premarital prevention programs: A meta-analysis review of outcome research. Family Relations 2003;52(2):105-118.
- Çayan A. 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- Chan CHY, Chan THY, Peterson BD, Lampic C, Tam MYJ. Intentions and attitudes towards parenthood and fertility awareness among Chinese university students in Hong Kong: a comparison with Western samples. Human Reproduction 2014;30(2), 364-372.
- Çiftçioğlu G. İleri doğurganlık yaşındaki evli kadınların ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumları ve bu konuda verilen eğitimin etkisinin değerlendirilmesi (Mardin/Kızıltepe örneği). T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- Cingisiz N, Murat M. Evlenmek için birbirlerini tercih eden çiftlerin duygusal zekâ düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2010;9(1):99-114.

- Çoban İ. Aile planlaması ve evrimi. T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Cobb RJ, Sullivan KT. Relationship education and marital satisfaction in newlywed couples: A propensity score analysis. *Journal of Family Psychology* 2015;29(5):667-678.
- Conceição C, Pedro J, Martins MV. Effectiveness of a video intervention on fertility knowledge among university students: a randomised pre-test/post-test study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2017;22(2):07-113.
- Daniluk JC, Koert E. Fertility awareness online: the efficacy of a fertility education website in increasing knowledge and changing fertility beliefs. *Human Reproduction* DOI:10.1093/humrep/deu328.
- Dhingra R, Manhas S, Kohli N, Mushtaq A. Attitude of couples towards family planning. *Journal of Human Ecology* 2010;30(1):63-70.
- Dilmen U. Gebelik ve Doğum. Dilmen U, Editör. 2. Baskı, Ankara, Medya Bilişim Teknolojileri Yayıncılık 2013;174-175.
- Diri FÜ. İstatistik dersine yönelik tutumların araştırılması meslek yüksekokulu örneği. Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2007.
- Doğru HY, Oktay G, İşgüder ÇK, Özsoy AZ, Çakmak B, Delibaş İB, Yıldız NÇ. Yaş gruplarına göre kadınların aile planlamasına bakışları ve seçtikleri yöntemlerin değerlendirilmesi: Tersiyer tek merkez deneyimi. *Dicle Tıp Dergisi* DOI: 10.5798/diclemedj.0921.2016.03.0706.
- Dolgun G, İnal S, Uğurlu F. Ergen sağlığının sürdürülme ve geliştirilmesinde hemşirenin rolü. *Türk Pediatri Arşivi* 2011;46(11).
- Egelioglu Cetişli N, Top ED, Arkan G, Kaba F, Ertop F. Evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin cinsel yaşam ve benlik saygısına etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* DOI:10.5222/HEAD.2016.101.
- Erbaydar T. Kadın sağlığı ve üreme hakları bağlamında doğurganlık. *Dini Araştırmalar Kadın Özel Sayısı* DOI: 10.15745/da.268814.
- Eryılmaz N, Ege E. The attitudes of women towards family planning and related factors in the postpartum period. *Journal of Human Sciences* 2016;13(2):3389-3401.
- Eryılmaz N. Doğum sonu dönemdeki kadınların aile planlaması konusundaki tutumları ve ilişkili faktörler. T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2014;4-7.
- Fışkın G, Beji NK. Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü. *Androloji Bülteni* 2014;56:73-76.
- Freedman JL, Sears DO, Carlsmith JM. Tutum ve Davranış. Çev. Dönmez A. *Sosyal Psikoloji*. 4. Baskı, Ankara, İmge kitabevi. 2003;357-363.

- Garrison MB, Blalock LB, Zarski JJ, Merritt PB. Delayed parenthood: An exploratory study of family functioning. *Family Relations* 1997;281-290.
- Giddens A, Duneier M, Appelbaum RP, Carr D. *Families and intimate relationships*. New York: W.W.Norton & Company, 2013.
- Gladding ST. *Aile Terapisi, Tarihi, Kuram ve Uygulamaları*. Çev. Edit. İ. Keklik ve İ. Yıldırım., Ankara, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Yayınları 2012.
- Gölbaşı Z, Tümay HS, Koç D, Yıldız H. Bir sağlık ocağı bölgesindeki kadınların postpartum dönemde gebelikten korunma durumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;29-38.
- Gözen D, Özakar S. Çocuk hemşiresinin savunucu rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2013;21(3):213-218.
- Gözükara DF, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: "bir kez sezaryen hep sezaryen" yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2011;18(2):089-100.
- Güleç D, Kavlak O. Baba-bebek bağlanması ve hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Journal Of Nursing Sciences* 2015;7(1):63-68.
- Günay G, Bener Ö. Gençlerin evlilik ve aile yaşamına ilişkin tutumları. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2013;3(1):1-16.
- Haskan Avcı Ö. Evliliğe hazırlık programının çift ilişkileri ve ilişki istikrarı üzerindeki etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara, Doktora Tezi*, 2013;29-32.
- Heath H, Grigg E, White I. Before the sexual revolution. The challenge of sexuality in health care, 2002; 12-24.
- Islam M. The safe motherhood initiative and beyond.  
<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/10/07-045963/en/>,2018.
- Jones GW. Not when to marry? But whether to marry? The changing context of marriage decisions in East and Southeast Asia. In G. Jones and K. Ramdas, editors. *Untying the knot: ideal and reality in Asian marriage*. Singapore: Asia Research Institute. 2004;3-58.
- Kalkan M, Ersanlı E. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım Dayalı Evlilik İlişisini Geliştirme Programının Evli Bireylerin Evlilik Uyumuna Etkisi. Ankara, Nobel, 2008.
- Kalkan M, Hamamcı Z. *Evlilik Öncesi Psikolojik Danışma*. 1. Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık. 2012;1-4.
- Kalkan M, Kaya SN. Evlilik öncesi ilişkileri değerlendirme ölçeğinin (EÖİDÖ) geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Aile ve Toplum Dergisi* 2007;3(11): 35-40.
- Kemkes-Grottenthaler A. Postponing or rejecting parenthood? Results of a survey among female academic professionals. *Journal of Biosocial Science* 2003;35(2):213-226.

- Khadvizade T, Arghavani E. Religious beliefs and fertility preferences among engaged couples, referring to premarital counseling centers of Mashhad, Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2014;2(4):238-245.
- Khalifa, M. Knowledge and attitudes of family planning in Khartoum Province Sudan. *Egyptian Population and Family Planning Review* 1982;16(1):20-38.
- Kısa S, Zeyneloğlu S, Yılmaz D, Verim E. Evlilik hazırlığı yapan çiftlerin cinsellikle ilgili bilgi ve inanışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013;12(3):297-306.
- Koç Ö, Özkan H, Bekmezci H. Annelik rolü ve ebeveynlik davranışı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi* 2016;6(2):143-150.
- Kocaöz S, Peksoy S, Atabekoğlu CS. Kadınların gebelikten önce kullandığı ve doğum sonrası dönemde kullanmayı tercih ettiği kontraseptif yöntemler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;2(1):1-8.
- Kudesia R, Chernyak E, McAvey B. Low fertility awareness in United States reproductive-aged women and medical trainees: creation and validation of the fertility & infertility treatment knowledge score (FIT-KS). *Fertility and Sterility* 2017; 108(4):711-717.
- Lampic C, Svanberg AS, Karlström P, Tydén T. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Human Reproduction* 2006;21(2):558-564.
- Mills M, Rindfuss RR, McDonald P, Te Velde E. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Human reproduction update* 2011;17(6):848-860.
- Mogilevkina I, Stern J, Melnik D, Getsko E, Tydén T. Ukrainian medical students' attitudes to parenthood and knowledge of fertility. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2016;21(2):189-194.
- Mortimer C. World minimum marriage age: Chart shows the lowest age you can legally get married around the world. <http://www.independent.co.uk/news/world/the-lowest-age-you-can-legally-get-married-around-the-world-10415517.html>, 2018.
- Nazlı S. Aile Danışmanlığı. Genişletilmiş 10. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık. 2013;19-31.
- Örsal Ö, Kubilay G. Aile planlaması tutum ölçeği geliştirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nihingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007;15(60):155-164.
- Örsal Ö. Ankara belediye sınırları içinde yaşayan bireylerin aile planlamasına yönelik tutum ölçeğinin geliştirilmesi, T.C.Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ankara, Doktora Tezi, 2006.
- Özen M, Başaran M, Cenk M. Nikah işlemleri için sağlık raporu almak üzere başvuranların aile planlaması ve üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeyi. 12.Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Kuşadası, 2013: 65.
- Özgüven İE. Evlilik ve Aile Terapisi. 1.Baskı, Ankara, Pdrem Yayınları. 2001;15-17.

- Özkan H, Kanbur A, Apay S, Kılıç M, Ağapınar S, Özorhan EY. Annelerin doğum sonu dönemde ebeveynlik davranışlarının değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Bülteni 2013;47(3):117-21.
- Özkan H, Polat S. Annelik davranışını öğrenme süreci ve hemşirelik desteği. Bozok Tıp Dergisi 2011;1(3).
- Özlece F. Kayseri il merkezinde lise son sınıf öğrencilerinin aile planlamasına ilişkin bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi. E.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Öztürk ÇÖ, Sağlık personelinin aile planlaması yöntemlerini tercih nedenleri. T.C Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Afyonkarahisar, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- Pasch LA, Dunkel-Schetter C, Christensen A. Differences between husbands and wives approach to infertility affect marital communication and adjustment. Fertility and sterility 2002;77(6):1241-1247.
- Peterson BD, Pirritano M, Tucker L, Lampic C. Fertility awareness and parenting attitudes among american male and female undergraduate university students. Human Reproduction 2012;27(5):1375-1382.
- Peterson J, Hawley DR. Effects of stressors on parenting attitudes and family functioning in a primary prevention program. Family Relations 1998;221-227.
- Pew Research Center 2014. Birth rate for unmarried women declining for first time in decades. <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2014/08/13/birth-rate-for-unmarried-women-declining-for-first-time-in-decades/>,2018.
- Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi 2009;36(3).
- Pınar G. Üniversite son sınıf öğrencilerinin evliliğe bakış açısı. Aile ve Toplum 2008;4(14):49-60.
- Piotrowski M, Tong Y, Zhang Y, Chao L. The transition to first marriage in China, 1966–2008: An examination of gender differences in education and hukou status. European Journal of Population 2016;32(1):129-154.
- Poyraz Tacoğlu T. Türkiye’de gerçekleştirilen geleneksel evlilik çeşitlerinin nedenleri ve evlilikler üzerinde törenin etkisi. Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi 2011;2(4):115-143.
- Pyper, CMM. Fertility awareness and natural family planning. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care 1997;2(2):131-146.
- Rijken AJ, Knijn T. Couples' decisions to have a first child: Comparing pathways to early and late parenthood. Demographic Research 2009;21:765.
- Rowland DT. Demographic Methods and Concepts. Oxford University Press Inc. New York, USA. 2003.



- Salaudeen AG, Osagbemi GK, Omokanye LO, Gobir AA, Ahmed A, Musa OI. Assessment of knowledge and attitude towards family planning among selected religious leaders In Ogbomoso, Oyo State, Nigeria. *Tropical Journal of Health Sciences* 2017;24(4):36-42.
- Saygılı P. Aile planlaması hizmetlerinde hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences* 2006;2(13):37-44.
- Şen S, Kavlak O. Çocuk gelinler: Erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 2011;25(25).
- Sert G. Üreme Haklarının Yasal Temelleri ve Etik Değerlendirme. 1.Baskı, İstanbul, Ege, 2013.
- Sevil Ü, Ertem G. Perinatoloji ve Bakım. 1.Baskı, Ankara Nobel,2016.
- Seyrek M. Evliliklerde planlı çocuk sahibi olup olmamanın çiftlerin üzerinde olan uyum, duygu ve davranışlarına etkisi. T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi,2016.
- Sørensen NO, Marcussen S, Backhausen MG, Juhl M, Schmidt L, Tydén T, Hegaard HK. Fertility awareness and attitudes towards parenthood among danish university college students. *Reproductive Health* 2016;13(1):146.
- Stein P, Willen S, Pavetic M. Couples' fertility decision-making. *Demographic Research* 2014;30:1697.
- T.C.Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Aile Yapısı Araştırması: Tespitler, Öneriler, Araştırma Ve Sosyal Politika Serisi 07. 1. Basım, İstanbul, 2014.
- T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, Ankara, 2009.
- T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014.  
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Evlilikoncesi%20DanismanlikRehberi.pdf>,2018.
- Taffa N. Sexual activity of out-of-school youth, and their knowledge and attitude about STDs and HIV/AIDS in Southern Ethiopia. *The Ethiopian Journal of Health Development (EJHD)* 2017;12(1).
- Tarhan N. Bilinçli Aile Olmak. 5.Baskı, Ankara, Timaş. 2018.
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 12. Baskı, Ankara, 2014
- Tezcan S, Coşkun Y. Türkiye’de 20. Yüzyılın son çeyreğinde kadınlarda ilk evlenme yaşı değişimi ve günümüz evlilik özellikleri. *Nüfusbilim Dergisi\Turkish Journal of Population Studies* 2004;26:15-34.
- The World Bank, Total Fertility Rates.  
<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>, 2018.

- Tilahun T, Coene G, Luchters S, Kassahun W, Leye E, Temmerman M, Degomme O. Family planning knowledge, attitude and practice among married couples in Jimma Zone, Ethiopia. *PloS one* 2013;8(4):e61335.
- Topatan S, Demirci N. The efficiency of reproduction health education given to adolescents during the postpartum period. *Journal of pediatric and adolescent gynecology* <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2014.06.006>.
- Türk Dil Kurumu (TDK), 2017. Doğurganlık Nedir? <http://www.tdk.gov.tr>, 2018.
- Türk Dil Kurumu (TDK), 2017. Evlilik Nedir? <http://www.tdk.gov.tr>, 2018.
- Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği (TJOD), 2018. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. <http://www.tjod.org/2827-sayili-nufus-planlamasi-hakkinda-kanun-2/>, 2018.
- Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAPV), 2018. Doğurganlık Hakları. [www.tapv.org.tr/getpdf.aspx?dosyaid=17](http://www.tapv.org.tr/getpdf.aspx?dosyaid=17), 2018.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017. [http://www.thsk.gov.tr/dosya/dokumanlar/Aile\\_Sagligi\\_Hizmetlerinde\\_Kadin\\_ve\\_Urme\\_Sagligi\\_Izlem\\_ve\\_Danismanligi.pdf](http://www.thsk.gov.tr/dosya/dokumanlar/Aile_Sagligi_Hizmetlerinde_Kadin_ve_Urme_Sagligi_Izlem_ve_Danismanligi.pdf), 2018.
- TÜİK, 2016. Doğum İstatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24647>, 2017.
- TÜİK, 2017. Doğum İstatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27588>, 2018.
- TÜİK, 2018. Nüfus Projeksiyonları. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>, 2018.
- TNSA, 2003. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. 2004; 93.
- TNSA, 2008. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. 2009; 111.
- TNSA, 2013. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. 2014;1-345.
- Türüthan K. Kadınların yaş ve eğitim düzeylerine göre doğurganlık özellikleri ve aile planlaması yöntem tercihleri. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul, Tıpta Uzmanlık Tezi,2009.
- Ülgen G. Eğitim Psikolojisi, Kavramlar, İlkeler, Yöntemler, Kuramlar ve Uygulamalar. Ankara, Bilim Yayınları 1994;48-49.
- United Nations (UN). Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Fertility Patterns 2015–Data Booklet (ST/ESA/SER.A/370). <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/world-fertility-patterns-2015.pdf>, 2018.

- United Nations (UN).Commission on Population and Development fiftieth session.<http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/sessions/2017/>, 2018.
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Çocuk haklarına dair sözleşme: Birinci Kısım, Madde 1-20.  
[https://www.unicef.org/turkey/crc/\\_cr23c.html](https://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23c.html), 2018.
- United Nations Population Fund (UNFPA). Making reproductive rights and sexual and reproductive health a reality for all, 2008.  
[https://www.unfpa.org/sites/default/files/resourcepdf/UNFPA\\_SRH\\_Framework\\_FinalVersion.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resourcepdf/UNFPA_SRH_Framework_FinalVersion.pdf), 2018.
- United Nations Population Fund (UNFPA). Marrying too young end child marriage, Third Avenue, New York, NY 10158, USA, 2012.  
<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MarryingTooYoung.pdf>, 2018
- Van de Walle E. Birth prevention before the era of modern contraception. *Population & Societies* 2005;418(1).
- Varol N. Aile Eğitimi. 2. Baskı, Ankara, Kök Yayıncılık. 2006;7.
- Vassard D, Lallemand C, Nyboe Andersen A, Macklon N, Schmidt L. A population-based survey on family intentions and fertility awareness in women and men in the United Kingdom and Denmark. *Upsala journal of medical sciences* 2016;121(4):244-251.
- Virtala A, Vilks S, Huttunen T, Kunttu K. Childbearing, the desire to have children, and awareness about the impact of age on female fertility among Finnish university students. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2011; 16(2),108-115.
- WHO, 2018. Family planning/Contraception.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>, 2018.
- WHO, 2018. Reproductive health.  
[http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/), 2018.
- WHO, 2017. United Nations Fiftieth Commission on Population and Development New York, Statement Delivered on behalf of the World Health Organization.<http://www.who.int/reproductivehealth/CPD-statement.pdf?ua=1>, 2018.
- Yakit E, Coşkun AM. Toplumsal açıdan çocuk yaşta evlilikler gerçeği: Hemşire ve ebeğin sorumluluğu. *HEAD*,2014;11:3-10.
- Yavuzer H. Evlilik Okulu Evlilikte Kişilerarası İlişkiler Ve İletişim Becerileri. 5. Basım, Remzi Kitabevi, 2010;21.
- Yerli EB. Erzurum il merkezinde 15-49 yaş evli kadınlarda aile planlaması yöntemlerini kullanma durumları ve etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum, Uzmanlık Tezi, 2015.

Yıldırım HH. TÜİK Doğum İstatistikleri ve Doğurganlık Hızı. Sağlık ve Siyaset Yazıları.  
www.saglikvesiyaset.com, 2017.

Yılmaz T, Kalkan M. Evlilik öncesi ilişkileri geliştirme programının çiftlerin ilişki  
doyumuna etkisi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 2010;10(3):1893-1920.



## **EKLER**

### **EK 1: Soru formu kadın**

#### **1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

1. Yaşınız .....

2. Eğitim durumunuz nedir?

a. İlkokul mezunu ( ) b. Ortaokul mezunu( ) c. Lise mezunu( ) d. Üniversite ve lisansüstü eğitim ( )

3. Mesleğiniz nedir?

a. Memur ( ) b. İşçi ( ) c. Serbest Meslek ( ) d. Ev Hanımı ( ) e. Diğer

4. Sosyal güvenceniz: a. Var ( ) b. Yok ( )

5. En uzun süre yaşadığınız yer

a. Kent ( ) b. Köy/Kırsal ( )

6. Aile Tipiniz

a. Çekirdek Aile ( ) b. Geniş Aile ( )

#### **2. EVLİLİK KARARI, DOĞURGANLIK, AİLE PLANLAMASI VE EBEVEYNLİĞE YÖNELİK SORULAR**

7. Partnerinizle tanışma süreniz?

a. 0- 1yıl ( ) b. 1-3 yıl ( ) c. 3 yıl ve sonrası ( )

8. Partnerinizle nasıl tanıştınız?

a. Aile, komşu çevresinden ( )

b. Okul çevresinden ( )

c. İş çevresinden ( )

d. Arkadaş çevresinden ( okul ve iş dışı) ( )

e. İnternet/ evlilik ajansı ( )

f. Diğer....

9. Partnerinizle evlenmeye nasıl karar verdiniz?

a. Kendi kararım ailemin onayı ile ( )

b. Kendi kararım ailemin bilgi ve onayı dışında ( )

c. Görücü usulü ve benim kararım ile ( )

d. Görücü usulü ve ailemin kararıyla ( )

e. Kaçarak ( )

f. Diğer....

10. Partnerinizle ilişkinizi nasıl tarif edersiniz?

a. Çok kötü ( ) b. Kötü ( ) c. İyi ( ) d.Orta ( ) e.Çok iyi ( )

**11.** Partnerinizle sorun yaşıyor musunuz?

a. Hiç yaşamıyorum ( ) b. Nadiren yaşıyorum c. Sık yaşıyorum ( ) d. Çok sık yaşıyorum ( )

**12.** Çocuk sahibi olmak istiyor musunuz?

a. Evet ( ) b. Hayır ( )

**13.** 12. Soruya evet cevabı verdiyseniz ;

Ne zaman çocuk sahibi olmak istiyorsunuz?

a.Evlendikten hemen sonra ( ) b.1 yıl sonra ( ) c.2 yıldan uzun süre sonra ( )

**14.**Kaç çocuk sahibi olmak istiyorsunuz ? .....

**15.**İlk çocuğunuza kaç yaşında sahip olmak istiyorsunuz? .....

**16.**Son çocuğunuza kaç yaşında sahip olmak istiyorsunuz? .....

**17.** Sizce 2 gebelik arası en az kaç yıl olmalıdır? .....

**18.** Çocuk sahibi olmak sizin için önemli mi? ( Önelsiz “0” puan Çok önemli “10” puan ise bu ikisi arasında kaç puan verirdiniz?) .....

**19.** Kadınların en verimli doğurganlık dönemi yaş aralığı nedir?

a. 15-19 yaş ( ) b. 20-24 yaş ( ) c. 25-29 yaş ( ) d. 30-34 yaş ( ) e. 35 yaş ve üzeri ( )

**20.**Sizce hangi yaş aralığında gebe kalmak risklidir?

a. 15-19 yaş ( ) b. 20-24 yaş ( ) c. 25-29 yaş ( ) d. 30-34 yaş ( ) e. 35 yaş ve üzeri ( )

**21.**Yumurtlama döneminde korunmasız cinsel ilişkiye giren bir çiftte kadının gebe kalma şansı sizce kaçtır?

a.%0-29 ( ) b. %30-39 ( ) c. 40-49 ( ) d. %50-100 ( )

**22.**1 yıl süresince düzenli olarak korunmasız cinsel ilişkiye giren bir çiftte;

-Kadın 25-30 yaş aralığında ise gebe kalma olasılığı kaçtır?

a.%0-69 ( ) b. %70-79 ( ) c. %80-89 ( ) d. %90-100 ( )

-Kadın 35-40 yaş aralığında ise gebe kalma olasılığı kaçtır?

a.%0-49 ( ) b. %50-59 ( ) c. %60-99 ( ) d. %70-100 ( )

**23.** Tüp bebek tedavisi alan çiftlerin sizce çocuk sahibi olma şansı kaçtır?

a.%0-19 ( ) b. %20-29 ( ) c. %30-39 ( ) d. %40-100 ( )

**24.** Korunmasız cinsel ilişkiye rağmen 1 yıl içinde gebelik olmazsa ne yaparsınız?

a. Doktora başvururum ( )

b. Hiçbir şey yapmadan bir süre daha beklerim ( )

c. Tüp bebek yöntemine başvururum ( )

d. Diğer .....

**25.** Eşiniz ya da sizden kaynaklı kesinlikle çocuk sahibi olamayacağınızı öğrendiğinizde

neyaparsınız ?

- a. Kurumdan evlatlık alırım ( )
- b. Yakınlarımdan birinin çocuğunu evlatlık alırım ( )
- c. Çocuksuz yaşamımı sürdürürüm ( )
- d. Evliliğimi sonlandırma kararı alırım ( )
- e. Diğer .....

**26.** Herhangi bir aile planlaması yöntemi biliyor musunuz?

- a. Evet ( ) b. Hayır ( )

**27.** Eğer biliyorsanız hangi aile planlaması yöntemlerini biliyorsunuz? ( Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz )

Hap ( ) Kondom ( ) RİA ( ) Enjeksiyonlar ( ) Tüp Ligasyon ( ) Vazektomi ( )

Takvim yöntemi ( ) Geri çekme ( ) Diğer .....

**28.** Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünüyor musunuz?

- a. Evet ( ) b. Hayır ( )

**29.** 28.soruya cevabınız evet ise hangi aile planlaması yöntemini kullanmayı düşünüyorsunuz ?

Hap ( ) Kondom ( ) RİA ( ) Enjeksiyonlar ( ) Tüp Ligasyon ( ) Vazektomi ( )

Takvim yöntemi ( ) Geri çekme ( ) Diğer .....

**30.** Sizde çocuk sahibi olmak için gerekli kriterler nelerdir ? (Tablodan işaretleyiniz)

	Önemli	Önemsiz	Kararsızım
İstikrarlı bir ilişki içinde olmak			
Sorumluluğu paylaşacak bir partnere sahip olmak			
Kendimi yeteri kadar olgun hissetmek			
Yeterli ekonomiye sahip olmak			
Eğitimimin tamamlanması			
İş hayatım ve çocuklarımla sorumluluğumu eş zamanlı yürütebilme			
Çocuk bakımı konusunda yeterli olmak			
Yeterince büyük bir evde oturmak			
Sabit bir iş sahibi olmak			
Yaşlanmadan önce bir çocuk sahibi olmak			
Çocuklarla beraber yapılabilecek seyahat ve bunu gibi diğer aktiviteler için yeterli zamanın olması			
Mesleğimde belli bir uzmanlık seviyesine ulaşmak			

Arkadaşlarımın çocuk sahibi olup olmaması			
---	--	--	--

**31. Ebeveyn olmaya ilişkin düşünceleriniz nelerdir ? (Tablodan işaretleyiniz)**

	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım
Birey olarak geliyeceğim			
Daha fazla sevgi alıp vereceğim			
Hayata farklı bir açıdan bakacağım			
Kariyer ve iş için daha az zamana sahip olacağım			
Yaşamda yeni ilgi alanlarım olacak			
Kendi ilgi alanlarım için daha az zamanım olacak			
Özgürlüğüm kısıtlanacak			
Partnerimle daha güçlü bir ilişkim olacak			
Partnerimle ilişkimde gerginlik olacak			
Ekonomim zayıflayacak			
İş imkanlarım ve statüm etkilenecek			
Yakın çevremle daha çok iletişim halinde olacağım			
Yaşamı anlamlandırarak bir şey yapmış olacağım			
Gerçek bir aile olmuş olacağız			
Yaşam daha eğlenceli hale gelecek			
Kendimi tamamlanmış hissedeceğim			



**EK-2 :Soru formu erkek**

**1.SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

1. Yaşınız .....

2. Eğitim durumunuz nedir?

a. İlkokul mezunu ( ) b. Ortaokul mezunu( ) c. Lise mezunu( ) d. Üniversite ve lisansüstü eğitim ( )

3. Mesleğiniz nedir?

a. Memur ( ) b. İşçi ( ) c.Serbest Meslek ( ) d. Çalışmıyorum ( ) e. Diğer ( )

4. Sosyal güvenceniz: a. Var ( ) b. Yok ( )

5. En uzun süre yaşadığınız yer

a. Kent ( ) b. Köy/Kırsal ( )

6. Aile Tipiniz

a. Çekirdek Aile ( ) b. Geniş Aile ( )

**2. EVLİLİK KARARI, DOĞURGANLIK, AİLE PLANLAMASI VE EBEVEYNLİĞE YÖNELİK SORULAR**

7. Partnerinizle tanışma süreniz?

a. 0- 1yıl ( ) b. 1-3 yıl ( ) c. 3 yıl ve sonrası ( )

8. Partnerinizle nasıl tanıştınız?

a. Aile, komşu çevresinden ( )

b. Okul çevresinden ( )

c. İş çevresinden ( )

d. Arkadaş çevresinden ( okul ve iş dışı) ( )

e. İnternet/ evlilik ajansı ( )

f. Diğer....

9. Partnerinizle evlenmeye nasıl karar verdiniz?

a. Kendi kararım ailemin onayı ile ( )

b. Kendi kararım ailemin bilgi ve onayı dışında ( )

c. Görücü usulü ve benim kararım ile ( )

d. Görücü usulü ve ailemin kararıyla ( )

e. Kaçarak ( )

f. Diğer....

10. Partnerinizle ilişkinizi nasıl tarif edersiniz?

a. Çok kötü ( ) b. Kötü ( ) c. İyi ( ) d.Orta ( ) e.Çok iyi ( )

11. Partnerinizle sorun yaşıyor musunuz?

a. Hiç yaşamıyorum ( ) b. Nadiren yaşıyorum c. Sık yaşıyorum ( ) d. Çok sık yaşıyorum ( )

**12. Çocuk sahibi olmak istiyor musunuz?**

a. Evet ( ) b. Hayır ( )

**13. 12. Soruya evet cevabı verdiyseniz ;**

Ne zaman çocuk sahibi olmak istiyorsunuz?

a.Evlendikten hemen sonra ( ) b.1 yıl sonra ( ) c.2 yıldan uzun süre sonra ( )

**14.Kaç çocuk sahibi olmak istiyorsunuz ? ....**

**15.İlk çocuğunuza kaç yaşında sahip olmak istiyorsunuz? .....**

**16.Son çocuğunuza kaç yaşında sahip olmak istiyorsunuz? .....**

**17. Sizce 2 gebelik arası en az kaç yıl olmalıdır? ....**

**18. Çocuk sahibi olmak sizin için önemli mi? ( Önemsiz “0” puan Çok önemli “10” puan ise bu ikisi arasında kaç puan verirdiniz?) .....**

**19. Kadınların en verimli doğurganlık dönemi yaş aralığı nedir?**

a. 15-19 yaş ( ) b. 20-24 yaş ( ) c. 25-29 yaş ( ) d. 30-34 yaş ( ) e. 35 yaş ve üzeri ( )

**20.Sizce hangi yaş aralığında gebe kalmak risklidir?**

a. 15-19 yaş ( ) b. 20-24 yaş ( ) c. 25-29 yaş ( ) d. 30-34 yaş ( ) e. 35 yaş ve üzeri ( )

**21.Yumurtlama döneminde korunmasız cinsel ilişkiye giren bir çiftte kadının gebe kalma şansı sizce kaçtır?**

a.%0-29 ( ) b. %30-39 ( ) c. 40-49 ( ) d. %50-100 ( )

**22.1 yıl süresince düzenli olarak korunmasız cinsel ilişkiye giren bir çiftte;**

-Kadın 25-30 yaş aralığında ise gebe kalma olasılığı kaçtır?

a.%0-69 ( ) b. %70-79 ( ) c. %80-89 ( ) d. %90-100 ( )

-Kadın 35-40 yaş aralığında ise gebe kalma olasılığı kaçtır?

a.%0-49 ( ) b. %50-59 ( ) c. %60-99 ( ) d. %70-100 ( )

**23. Tüp bebek tedavisi alan çiftlerin sizce çocuk sahibi olma şansı kaçtır?**

a.%0-19 ( ) b. %20-29 ( ) c. %30-39 ( ) d. %40-100 ( )

**24. Korunmasız cinsel ilişkiye rağmen 1 yıl içinde gebelik olmazsa ne yaparsınız?**

a. Doktora başvururum ( )

b. Hiçbir şey yapmadan bir süre daha beklerim ( )

c. Tüp bebek yöntemine başvururum ( )

d. Diğer .....

**25. Eşiniz ya da sizden kaynaklı kesinlikle çocuk sahibi olamayacağınızı öğrendiğinizde ne yaparsınız ?**

a. Kurumdan evlatlık alırım ( )

b. Yakınlarımdan birinin çocuğunu evlatlık alırım ( )

c. Çocuksuz yaşamımı sürdürürüm ( )

d. Evliliğimi sonlandırma kararı alırım ( )

e. Diğer .....

26. Herhangi bir aile planlaması yöntemi biliyor musunuz?

a. Evet ( ) b. Hayır ( )

27. Eğer biliyorsanız hangi aile planlaması yöntemlerini biliyorsunuz? ( Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz )

Hap ( ) Kondom ( ) RİA ( ) Enjeksiyonlar ( ) Tüp Ligasyon ( ) Vazektomi ( )

Takvim yöntemi ( ) Geri çekme ( ) Diğer .....

28. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünüyor musunuz?

a. Evet ( ) b. Hayır ( )

29. 28.soruya cevabınız evet ise hangi aile planlaması yöntemini kullanmayı düşünüyorsunuz ?

Hap ( ) Kondom ( ) RİA ( ) Enjeksiyonlar ( ) Tüp Ligasyon ( ) Vazektomi ( )

Takvim yöntemi ( ) Geri çekme ( ) Diğer .....

30. Sizce çocuk sahibi olmak için gerekli kriterler nelerdir ? (Tablodan işaretleyiniz)

	Önemli	Önemsiz	Kararsızım
İstikrarlı bir ilişki içinde olmak			
Sorumluluğu paylaşacak bir partnere sahip olmak			
Kendimi yeteri kadar olgun hissetmek			
Yeterli ekonomiye sahip olmak			
Eğitimimin tamamlanması			
İş hayatım ve çocuklarımla sorumluluğumu eş zamanlı yürütebilme			
Çocuk bakımı konusunda yeterli olmak			
Yeterince büyük bir evde oturmak			
Sabit bir iş sahibi olmak			
Yaşlanmadan önce bir çocuk sahibi olmak			
Çocuklarla beraber yapılabilecek seyahat ve bunu gibi diğer aktiviteler için yeterli zamanın olması			
Mesleğimde belli bir uzmanlık seviyesine ulaşmak			
Arkadaşlarımla çocuk sahibi olup olmaması			

31. Ebeveyn olmaya ilişkin düşünceleriniz nelerdir ? (Tablodan işaretleyiniz)

	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım
Birey olarak geliyeceğim			
Daha fazla sevgi alıp vereceğim			
Hayata farklı bir açıdan bakacağım			
Kariyer ve iş için daha az zamana sahip olacağım			
Yaşamda yeni ilgi alanlarım olacak			
Kendi ilgi alanlarım için daha az zamanım olacak			
Özgürlüğüm kısıtlanacak			
Partnerimle daha güçlü bir ilişkim olacak			
Partnerimle ilişkimde gerginlik olacak			
Ekonomim zayıflayacak			
İş imkanlarım ve statüm etkilenecek			
Yakın çevremle daha çok iletişim halinde olacağım			
Yaşamı anlamlandıracak bir şey yapmış olacağım			
Gerçek bir aile olmuş olacağız			
Yaşam daha eğlenceli hale gelecek			
Kendimi tamamlanmış hissedeceğim			

### EK-3:Aile Planlaması Tutum Ölçeği

AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ	Tamamen katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	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 çocuk olması, gelecekte kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir					
6.Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır					
7.Kadının asli görevi doğurmaktır 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					
19.Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur					
20.Doğum kontrol yönteminin 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 kaybederler					
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 kadınlarla evlenilmelidir					
34.Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum					

**EK-4: Bilgilendirilmiş Onam Formu**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU  
EVLİLİK KARARI ALAN ÇİFTLERİN DOĞURGANLIK VE EBEVEYNLİĞE  
İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ İLE AİLE PLANLAMASI TUTUMLARI**

Merhaba ismim Ebru ÖZCAN. Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde hemşireyim. Aynı zamanda Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans öğrencisiyim. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN danışmanlığında, “Evlilik Kararı Alan Çiftlerin Doğurganlık ve Ebeveynliğe İlişkin Görüşleri ile Aile Planlaması Tutumları” başlıklı bir araştırma yapıyorum.

Bu çalışmanın amacı “Evlilik Kararı Alan Çiftlerin Doğurganlık ve Ebeveynliğe İlişkin Görüşleri ile Aile Planlaması Tutumlarını” incelemektir. Araştırma ölçek yoluyla yapılacak ve tahminen 20-25 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya devam etmek istemezseniz istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Görüşme esnasında söyleyeceğiniz her şey gizli kalacaktır. Adınız ve kişisel bilgileriniz tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kesinlikle başka kişilere açıklanmayacaktır. Verileriniz isminiz açıklanmadan yayın amacı ile kullanılabilir. Araştırmaya katılım bütünüyle gönüllü olmanıza bağlıdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir.

**Çalışmaya Katılım Onayı**

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

**Tarih:**

**Katılımcı:**

Adı-Soyadı:

İmzası:

**Araştırmacı:**

Ebru ÖZCAN

E-mail: e\_e\_5585@hotmail.com

## EK-5: Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Kullanım İzni

### İLGİLİ MAKAMA

AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ isimli 2006 yılında doktora unvanımı aldığım tezimde geliştirdiğim ölçeğin, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans öğrencisi Ebru Özcan'ın **Yrd.Doç.Dr. Serap Topatan**'ın danışmanlığında yapmayı planladığınız "**Yeni Evli Çiftlerde Doğurganlık Bilinci**" isimli çalışmasında kullanılmasının uygun olduğunu beyan ederim.



03 Mayıs 2017

Doç. Dr. Özlem ÖRSAL

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

**EK-6: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul Kararı**



**T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARLARI**

<b>KARAR TARİHİ</b>	<b>TOPLANTI SAYISI</b>	<b>KARAR SAYISI</b>
<b>06.07.2018</b>	<b>6</b>	<b>2018 / 224</b>

**KARAR NO:** 2018 - 224  
Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Ebru ÖZCAN'ın "Evlilik Kararı Alan Çiftlerde Doğurganlık Bilinci ve Ebeveynliğe yönelik Tutumlar" başlıklı 2017/118 karar numaralı tez çalışmasının " Evlilik Kararı Alan Çiftlerin Doğurganlık ve Ebeveynliğe İlişkin Görüşleri ile Aile Planlaması Tutumları" şeklinde isim değişikliğine gidilmesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Ebru ÖZCAN'ın "Evlilik Kararı Alan Çiftlerde Doğurganlık Bilinci ve Ebeveynliğe yönelik Tutumlar" başlıklı 2017/118 karar numaralı tez çalışmasının " Evlilik Kararı Alan Çiftlerin Doğurganlık ve Ebeveynliğe İlişkin Görüşleri ile Aile Planlaması Tutumları" şeklinde isim değişikliğine gidilmesinin kabulüne oy birliği ile karar verildi.

**ASLI GİBİDİR.**



## EK-7: Samsun Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü İzni



T.C.  
SAMSUN VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

SAMSUN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - SAMSUN AİLE  
HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ  
YERLEŞTİRME BİRLİĞİ  
36-06-501\*09-44 - 82427230 - 806.01.03 - E.429



00047991206



Sayı : 82427230-806.01.03  
Konu : Ebe Ebru ÖZCAN  
(Yüksek Lisans Tezi)

### VALİLİK MAKAMINA

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ebru Özcan "Evlilik Kararı Alan Çiftlerde Doğurganlık Bilinci ve Ebeveynliğe Yönelik Tutumları" başlıklı tez çalışması yapmak istemektedir.

Ebru Özcan 'nın bilimsel çalışma yapmasını, çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze bildirilmesi kaydıyla;

Olurlarınıza arz ederim.

e-İmzalıdır,  
Dr.Erdinç ÖZOĞLU  
Halk Sağlığı Müdürü V.

**OLUR**  
.../.../2017  
e-İmzalıdır.  
Hasan ÖZTÜRK  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

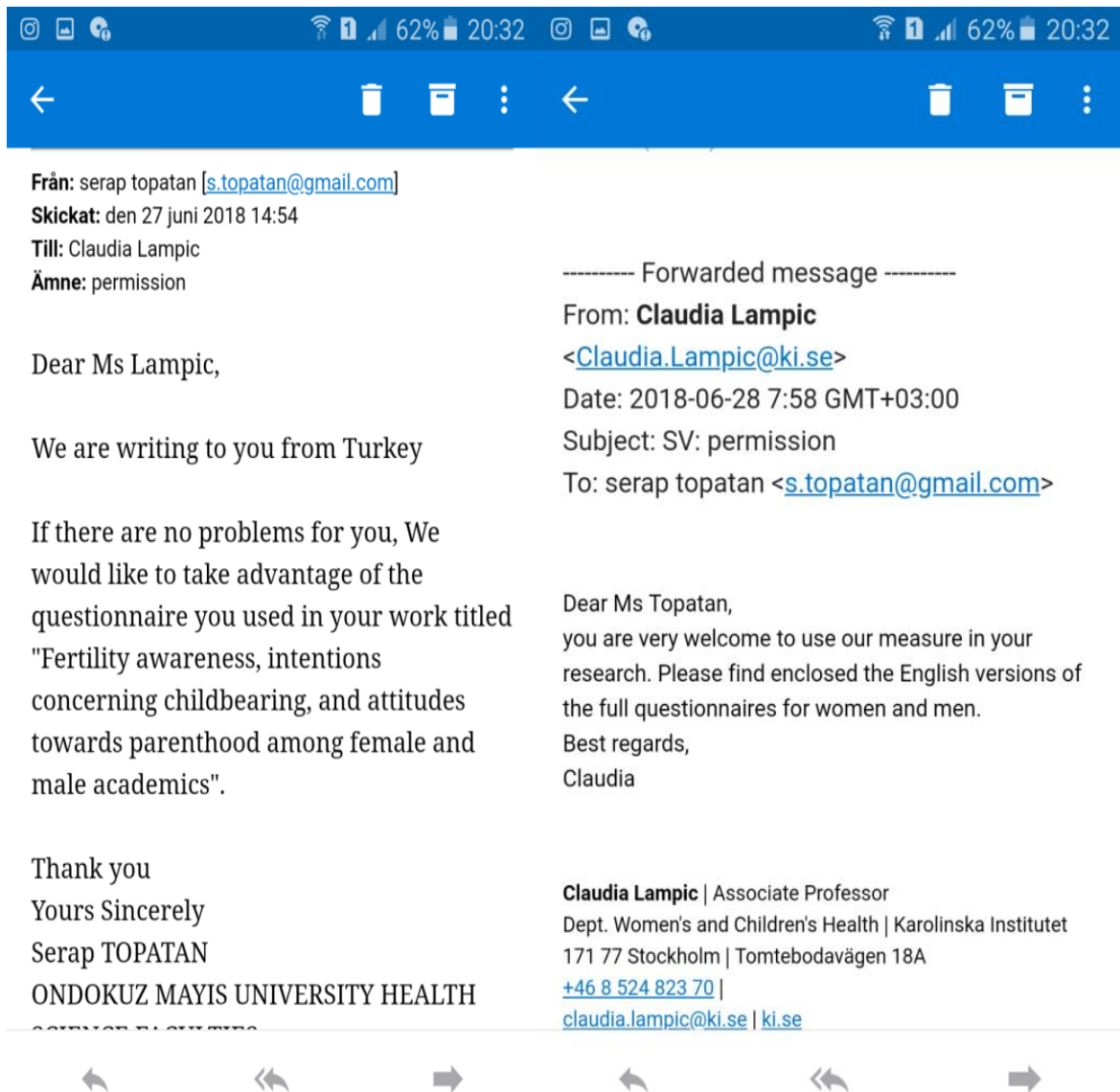
Ek:  
1-Başvuru evrakları (15 Sayfa)

Adalet mah 100 yıl bulvarı Eski Doğumevi binası No:232 AİLE HEKİMLİĞİ  
UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ  
Faks No:  
e-Posta: Hanife.Ozdemir2@saglik.gov.tr İnt Adresi: H.AYTAÇOĞLU  
TEL: 2390040-2123

Bilgi için: Hanife AYTAÇOĞLU  
Unvan: EBE  
Telefon No: 2390040-2123

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b76c8ab7-7680-4d84-a260-8dd05e6c0d96 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-8: Claudia Lampic'den alınan izin



Från: serap topatan [[s.topatan@gmail.com](mailto:s.topatan@gmail.com)]  
Skickat: den 27 juni 2018 14:54  
Till: Claudia Lampic  
Ämne: permission

Dear Ms Lampic,

We are writing to you from Turkey

If there are no problems for you, We would like to take advantage of the questionnaire you used in your work titled "Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics".

Thank you  
Yours Sincerely  
Serap TOPATAN  
ONDOKUZ MAYIS UNIVERSITY HEALTH

----- Forwarded message -----  
From: **Claudia Lampic**  
<[Claudia.Lampic@ki.se](mailto:Claudia.Lampic@ki.se)>  
Date: 2018-06-28 7:58 GMT+03:00  
Subject: SV: permission  
To: serap topatan <[s.topatan@gmail.com](mailto:s.topatan@gmail.com)>

Dear Ms Topatan,  
you are very welcome to use our measure in your research. Please find enclosed the English versions of the full questionnaires for women and men.  
Best regards,  
Claudia

**Claudia Lampic** | Associate Professor  
Dept. Women's and Children's Health | Karolinska Institutet  
171 77 Stockholm | Tomtebodavägen 18A  
[+46 8 524 823 70](tel:+46852482370) |  
[claudia.lampic@ki.se](mailto:claudia.lampic@ki.se) | [ki.se](http://ki.se)

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** :Ebru ÖZCAN  
**Doğum Yeri** :Merkez/Samsun  
**Doğum Tarihi** :23.11.1985  
**Medeni Hali** :Evli  
**Bildiği Yabancı Diller** :İngilizce

### **Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 2008

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı 2016-2018

### **Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:**

İstanbul Bahçelievler Medikal Park Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi 2008-2010

Ankara Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi 2010-2014

Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Yan Dal Servisi 2014-

**E-posta:** e\_e\_5585@hotmail.com