

T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**15-49 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARIN KULLANDIKLARI AİLE
PLANLAMASI YÖNTEMİNİN EŞ UYUMUNA ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nesime GÜZEL ERTOP

Samsun
Temmuz-2009

T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**15-49 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARIN KULLANDIKLARI AİLE
PLANLAMASI YÖNTEMİNİN EŞ UYUMUNA ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

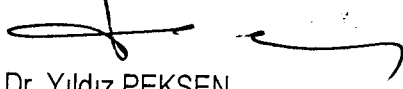
Nesime GÜZEL ERTOP

Danışman Öğretim Üyesi
Yrd.Doç.Dr.Birsen ALTAY

SAMSUN
Temmuz-2009

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.




Başkan : Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN
(Ünvanı, Adı Soyadı) (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)



Üye : Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY
(Ünvanı, Adı Soyadı) (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)

Üye : Yrd. Doç. Dr. İlknur Aydın AVCI
(Ünvanı, Adı Soyadı) (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurul'unca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof.Dr.Süleyman KAPLAN
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, tez çalışmamda bana yol gösteren ve destek olan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY'a

Tezimin başlangıcında görüş ve önerileriyle araştırmamın şekillenmesini sağlayan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya,

Çalışmamın istatistiksel analizinde değerli görüş, bilgi ve önerilerinden dolayı Dr. Nilden ARSLAN'a,

Desteği ve yardımlarıyla hep yanımda olan sevgili arkadaşım Hacer DAŞGIN'a,

Çalışmaya katılarak, tezin verilerinin sağlayan araştırma grubundaki kadınlara,

Varlıklarından her zaman gurur duyduğum, her zaman destekleriyle yanımda olan sevgili aileme,

Tez çalışmam sırasında her zaman desteği ve hoşgörüsü ile yanımda olan sevgili eşim Emin Ertop'a teşekkürü bir borç bilirim.

Bu tezi bana her zaman inanmış olan, hep yanımda olduğuna inandığım, kıymetli babam Mehmet Güzel'in aziz hatırasına armağan ediyorum.

Nesime GÜZEL ERTOP

Samsun, 2009

ÖZET**15-59 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARIN KULLANDIKLARI AİLE PLANLAMASI
YÖNTEMİNİN EŞ UYUMUNA ETKİSİNİNİN İNCELENMESİ**

**Nesime GÜZEL ERTOP, Yüksek lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Temmuz-2009**

Bu araştırma, 15-49 yaş arası evli kadınların, kullandıkları aile planlaması yöntemleri, eş uyumlarını, bunları etkileyen faktörleri ve kullandıkları aile planlaması(AP) yönteminin eş uyumuna etkisini saptamak amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evreni Hançerli Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 15-49 yaş arası evli kadınlardan oluşturulmuştur.

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen (kadınların sosyo-demografik özellikleri içeren 4 soru, evlilik özelliklerini içeren 6 soru, kullandıkları aile planlamasına ilişkin özellikleri içeren 6 sorudan oluşan soru formu kullanılmıştır.1976 yılında Spainer geliştirilen, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Fışıloğlu ve Demir (2000) tarafından yapılmış ‘Çift Uyum Ölçeği’ kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programı ile bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir.Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; yüzdeler hesaplama, aritmetik ortalama, ortanca, Khi-Kare, Kruskal Wallis, Mann Whitney U ve Korelasyon analizi testi kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen verilere göre; araştırma kapsamına alınan kadınların %25.8’i RİA, %13.6’sı Hap, %33.3’ü kondom, %5.8’i tüp ligasyonu, %1.5’i minihap’ı ,%19.9’u geri çekme yöntemini korunma yöntemi olarak kullanmaktadır. Kadınların %80.2’si etkin yöntem kullanırken, %19.9’u etkin olmayan yöntem kullanmaktadır. Kadınların kullandıkları AP yönteminin seçimini, yaşın, eğitim durumunun, çalışma durumunun, gelir düzeyinin, aile planlaması eğitimi almanın, kullanılan AP yönteminin eşle ilişkiyi etkileme durumunun, kullanılan AP yönteminden eşin memnun olma durumunun, kullanılan AP yöntemine kimin karar verdiğinin ve kadının hamile kalma korkusunun eşle ilişkiyi etkileme durumunun etkilemediği tespit edilmiştir (p>0.005).

Kadınların eğitim düzeyinin, aylık gelir düzeyinin, yaşın, evlilik yılının, çalışma durumunun, evlenmeye karar verme şeklinin, çocuğun olmasının eş uyumunu etkilediği saptanmıştır.

Kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin eş uyumlarını etkilediği, kondom kullanan kadınların eş uyumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Aile planlaması eğitimi alanın, kullanılan AP yönteminin eşle ilişkiyi etkileme durumunun, kullanılan AP yönteminden eşin memnun olma durumunun, kullanılan AP yöntemine kimin karar verdiği ve kadının hamile kalma korkusunun yaşamanın eş uyumunu etkilediği saptanmıştır.

Bu araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda; halk sağlığı hemşirelerinin evli kadınlara eşleri ile birlikte AP konusunda danışmanlık yapması, danışmanlık yaparken evli bireylere kullandıkları AP yönteminin evlilik uyumlarını etkilediği konusunda bilinçlendirmesi, halka yönelik AP konusunda eğitimlerin yapılması gibi önerilerde bulunulmasının önemi bir kez daha vurgulanmıştır. Aile hekimlerinin, toplum sağlığı merkezlerinin ve ana-çocuk sağlığı merkezlerinin çalışma alanındaki üreme çağındaki kadınlara halk sağlığı hemşiresi ile birlikte ulaşarak etkin yöntemleri kullanma konusunda teşviki önemlidir. Aile planlaması eğitimlerinin eşlerin her ikisini de kapsaması evlilik uyumu üzerine yararlı olacaktır.

ABSTRACT**INVESTIGATION OF THE EFFECT ON MARITAL ADJUSTMENT OF FAMILY PLANNING METHOD USED BY MARRIED WOMEN AGED BETWEEN 15-49****Nesime GÜZEL ERTOP-Master Thesis****University of Ondokuz Mayıs Samsun, July 2009**

This research was carried out on a cross-sectional basis so as to determine the contraceptive methods used by the married women aged between 15-49, marital adjustment levels, and the elements influencing them and their influence of the contraceptive methods they use on marital adjustment of the women.

The married women aged between 15-49 who are registered in Hançerli family health center are the cosmos of the research. A question form devised by the researcher in accordance with the literature was employed as the medium of data-gathering (4 questions about the sociodemographic properties of women, 5 questions about marriage, 7 questions about the family planning). Marital adjustment scale developed by Spainer in 1976 and the validity and reliance of which were approved by Fıfıloğlu and Demir was used.

The data obtained was evaluated on the computer environment via SPSS 15.0 package programme. Percentage calculation, arithmetic mean, median test, chi-square test, Kruskal Wallis, Mann Whitney U and correlation analysis test were used in the istatistical evaluation of the data.

In accordance with the data obtained from the study, 25.8 % of the women in the study use RIA, 13.6 % the birth control pill, 33.3 % condom, 5.8 % tubal ligation, 1.5 % minipill and 19.9 % used withdrawal (pull out method) as the contraceptive method respectively. 80.2 % of the women use an effective method, whereas 19.9 % of the women use a non-effective method. It has been found out that the age, status of education, working level, level of income, education about the family planning method of contraception, the satisfaction of the husband about the method of contraception, the one deciding about the method of contraception and the fear of contraception do not influence the method of contraception used by women.

It has been determined that the level of, the level of montly income, the duration of the marriage, the working condition, the way of marriage and having a child influence the marital adjustment.

The method of family planning used by the women influence the marital adjustment. The women who used condom determine to have a higher adjustment.

It has been found out that the education about the family planning, the influence of the method of the contraception on the relationship with the husband, the satisfaction of the husband about the method of contraception, the one deciding about the method of contraception and the fear of contraception influence marital adjustment.

In the line with the findings of this research, it is suggested that the reasons behind the preference of condom should be investigated, the public health nurses should serve as mentors for the married couples about the family planning and they also create an awareness among the married couples about the influence of the family planning method they use on the marital adjustment. In the area of family doctors, community health centers and mother and child health centers find women at breeding period together with public health nurses and encourage them about effective family planning methods. Teaching family planning methods to the couples will be useful on marital adjustment.

TABLolar LİSTESİ

- Tablo 1.** Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ve Kullandıkları AP Yöntemlerinin Dağılımı
- Tablo 2.** Kadınların AP ile ilgili bazı Özelliklerine Göre Seçtikleri AP Yöntemlerinin Dağılımı
- Tablo 3.** Kadınların Evlilikle İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı
- Tablo 4.** Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı
- Tablo 5.** Kadınların Çift Uyum Ölçeğinden ve Alt Ölçeklerden Aldıkları Puanlar
- Tablo 6.** Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Çift Uyumu Ölçeği Puan Ortalamaları
- Tablo 7.** Kadınların Evlilikle ilgili Bazı Özellikleri İle Eş Uyumları Arasındaki İlişki
- Tablo 8.** Kadınların Kullandıkları AP Yöntemi İle Çift Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Dağılımı
- Tablo 9.** Kadınların Kullandıkları AP Yöntemleri İle Çift Uyum Ölçeği Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Dağılımı
- Tablo 10.** Kadınların AP Yöntemine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Eş Uyumları Arasındaki İlişki

RESİMLER LİSTESİ

Şekil 1:Kadın Dış Üreme Organları

Şekil 2:Kadın İç Üreme Organları

Şekil 3:Erkek İç Ve Dış Üreme Organları

KISALTMALAR

AP	:Aile Planlaması
ÇUÖ	:Çift Uyum Ölçeği
ICN	: Uluslararası Hemşireler Konseyi
KOK	: Kombine Oral Kontraseptif
RIA	: Rahim İçi Araç
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
KW	:Kruskal Wallis testi
U	:Mann Whitney U testi

İÇİNDEKİLER	SAYFA NO
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
SUMMARY	iv
TABLO LİSTESİ	vi
RESİM LİSTESİ	vii
KISALTMALAR	vii
1-GİRİŞ	1
1.1-Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2-Araştırmanın Amacı	4
1.3-Araştırmanın Soruları	5
2-GENEL BİLGİLER	6
2.1.Nüfus Ve Sağlık	6
2.2.Üreme Sağlığı	7
2.3.Kadın Ve Erkek Üreme	8
2.3.1.Kadın Ve Erkek Üreme Organları	8
2.3.1.Kadın Üreme Organları	8
2.3.2.Erkek Üreme Organları	10
2.3.3.Yumurtanın Oluşumu ve Rahimiçi Hareketi	10
2.4.Aile Planlamasının Tanımı Ve Amacı	11
2.4.1.Dünya’da Aile Planlamasının Tarihçesi Ve Uygulamaları	12
2.4.2.Türkiye’de Aile Planlamasının Tarihçesi Ve Uygulamaları	15
2.5.Aile Planlaması Yöntemleri	17
2.5.1.Tıbbi Modern Yöntemler	18
2.5.1.1.Hormonal Kontraseptifler	18
2.5.1.2.Post koital kontrasepsiyon	24
2.5.1.3.Enjekte Edilen Kontraseptifler	25
2.5.1.4.Deri Altı İmplantlar	26
2.5.1.5.Vajinal halkalar	30
2.5.1.6.Rahim İçi Araçlar	30
2.5.1.7.Bariyer Yöntemler	32

2.5.1.8.Cerrahi Sterilizasyon	37
2.5.2.Doğal Aile Planlaması Yöntemleri	40
2.5.2.1.Servikal Mukus Yöntemi	40
2.5.2.2.Servikal Palpasyon Yöntemi	40
2.5.2.3.Bazal Vücut Isısı Yöntemi(BVI)	41
2.5.2.4.Takvim(ritm) yöntemi	41
2.5.3.Laktasyonel Amenore Metodu(Lam)	42
2.5.4.Geri Çekme Yöntemi(Koitus Interruptus)	42
2.5.5.Vajinal Yıkama Yöntemi	42
2.5.6. Araştırmaları Süren Yöntemler	42
2.6.Aile Planlamasının Yararları	43
2.6.1.Aile Planlamasının Anne Sağlığı Açısından Yararları	43
2.6.2.Çocuk Sağlığı Açısından Yararları	43
2.6.3.Çiftler Açısından Yararları	44
2.6.4.Toplum Sağlığı Açısından Yararları	44
2.6.5.Aile Planlamasının Gebeliği Önleme Dışındaki Yararları	44
2.7.Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık	45
2.8.Aile Planlaması Hizmetlerinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü	47
2.9.Evlilik Uyumu	49
3.Gereç Ve Yöntem	51
3.1.Araştırmanın Tipi	51
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman	51
3.3.Araştırmanın Evreni Ve Örnekleme	51
3.4.Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri	52
3.5.Veri Toplama Araçları	52
3.5.1.Tanıttıcı Özellikler Soru Formu(Ek-1)	53
3.5.2. Çift Uyum Ölçeği (Dyadic Adjustment Scale For Measurement Of Marital Quality) (EK-2)	53
3.5.3.Ön Uygulama	54
3.5.4. Verilerin Toplanması	55
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi	55
3.7.Araştırmanın Etik İlkeleri	56
4.Bulgular	57
5.Tartışma	70

5.1.Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri, Kullandıkları Yöntemler İle Tanıtıcı Özellikleri Ve Yönteme İlişkin Bazı Özellikleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması	71
5.2.Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Ve Evlilik İlişkilerine Ait Özellikleri İle Eş Uyumları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması	73
5.3.Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntem İle Çift Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Ve Ölçeğin Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması	76
5.4. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine İlişkin Bazı Özellikleri İle Eş Uyumları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması	78
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	80
6.1.Sonuçlar	80
6.2.Öneriler	82
7.KAYNAKLAR	83
8.EKLER	
Ek 1.Kişisel Bilgi Formu Anket Formu	
Ek 2.Çift Uyum Ölçeği	
Ek 3.Araştırma için gerekli etik kurul izni	
Ek 4.Araştırma için gerekli İl Sağlık Müdürlüğü izni	
9.ÖZGEÇMİŞ	

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı Ve Önemi

Hızlı nüfus artışı, günümüzde dünyanın karşısındaki en önemli sorunlardan birisidir (Çalı,1997). Hızlı nüfus artışı, birlikte getirdiği ekonomik, çevresel, hızlı kentleşme ve diğer sosyal sorunlar nedeniyle 'sağlığı' DOLAYLI olarak olumsuz etkilemesinin yanı sıra 'AŞIRI DOĞURGANLIK' nedeni ile de 'sağlığı' DOĞRUDAN olumsuz etkilemektedir (Akın, 2008).

Nüfus artış hızının yüksek olduğu ülkelerde doğal olarak doğurganlıkta yüksektir ve sonuçta aşırı doğurganlık söz konusudur. Aşırı doğurganlığın olduğu ülkelerde erken evlenme, adolosan gebelikler, ileri yaş gebelikleri, 2 yıldan kısa aralıklarla olan ve çok sayıdaki gebeliklerin görülme sıklığı fazladır. Tüm bu özellikteki gebelikler riskli gebelikler olup, kadın, anne ve çocuk sağlığını son derece olumsuz etkilemektedir (Akın, 2008).

Aile planlaması çalışmalarındaki temel hedefin ana-çocuk sağlığını iyileştirmek olduğu bilinmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü, 1997).

Ülkemizde aile planlaması 557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun ile yasalaşmıştır, bu kanuna göre; fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları kabul edilmiş ve bu amaca da gebeliği önleyici yöntemlerle varılacağı belirtilmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 1997).

Evli çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına yardım eden uygulamaların tümü olarak kabul edilen aile planlaması uygulamaları şu şekilde tanımlanabilir: Aile planlaması (AP) bireylerin yada eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını ve sosyo ekonomik durumlarının göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine, çocuğu olamayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür (Dirican,1992).

Geniş anlamda aile planlaması; doğum, doğum sonrası uyum, tek eşin dışında cinsel aktiviteden kaçınma, kontraseptif kullanımı, doğal aile planlaması, infertilite tedavisi ve danışmanlığı dikkate almayı kapsar (McEwen, 2002).

1984 yılında yapılan Uluslararası Nüfus Konferansı'nda, Aile Planlaması (AP), bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olma ve doğumlarının arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olma şeklinde tanımlanmıştır (Dünya Sağlık Raporu, 1998).

Aile planlaması hizmetlerindeki temel amaç; istenmeyen gebeliklerin, isteyerek yok edilmeye çalışılması (kriminal abortüs) ve bunun sonucu gelişen düşük ve ölümlerin önüne geçmek, aileye arzu ettiği sayıda çocuğa sahip olması için yardım etmek ve gebeliği önleyici yöntemlerden yararlanmasını sağlamaktır (Akyıldız, 2002; Hatcer ve ark., 1990; İnanç ve ark, 1996, T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 1992).

Halen dünyada çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere yaklaşık 900 milyon üreme döneminde aile mevcuttur. Bu ailelerin %43'ü gebelikten korunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu oran %42 iken gelişmekte olan ülkelerde bu oran Çin hariç sadece %27'dir (Dünya Sağlık Raporu, 1998).

Halen dünyada 154 milyon çift Tüpligasyonu, 60 milyon çift vazektomi, 110 milyon çift RİA, 95 milyon çift oral kontraseptif, 59 milyon çift kondom, 11 milyon çift ise enjektabl, spermid, diyafram, 120 milyon çiftin takvim, geri çekme veya diğer geleneksel yöntemlerle korunduğu tahmin edilmektedir (Naçar, 2002; Özlece, 2006; Sergek, 2005).

Dünya çapında 300 milyon çift daha fazla çocuk istememesine rağmen etkin bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır (Nies and McEwen, 2001).

Türkiye'de aile planlaması uygulamalarının yasallaştığı 1965 yılından bu güne kadar ailelerin gebelikten korunma yöntemlerini kullanma oranı giderek artmıştır. Aradan geçen zaman içinde halen istenilen düzeye ulaşamamıştır.

TNSA-2008 verilerine göre Türkiye'de toplam doğurganlık hızı 2,15'tir (TNSA, 2008). Aynı verilere göre ülkemizdeki kadınların neredeyse tamamı bir aile planlaması yöntemi ve yine kadınların neredeyse tamamına yakını en az bir modern yöntem bildiklerini ifade etmişlerdir. Genel olarak evli kadınların, yüzde 46'sı modern ve yüzde 27.1'i geleneksel bir yöntem olmak üzere toplam yüzde 73.1'i gebeliği önleyici bir

yöntem kullanmakta olduklarını belirtmişlerdir. En fazla kullanıldığı söylenen yöntem yüzde 26.9 ile geri çekmedir. Modern yöntemler arasında en fazla kullanılan yöntem olan rahim içi araç'ı (RİA) (% 17), ikinci sıra ile kondom (%14.3) izlemektedir. Herhangi bir yöntem kullanmayanların oranı ise %26.9'dur.

Ülkemizde Aile Planlaması Hizmetlerinin yaygınlaştırılması için hekim olmayan sağlık personelinde uygulamalarda yararlanmak amaçlanmış ve buna yönelik olarak ilk çalışma 1975 yılında DSÖ işbirliği ile Ankara Çubuk Eğitim merkezinde, Hacettepe Halk Sağlığı Anabilim dalı tarafından başlatılmıştır (Otluoğlu, 2008).

Aile planlaması uygulamalarının, kadın, anne ve çocuk morbidite ve mortalitesini azaltmasının yanı sıra yaşam niteliğini yükseltici, çocukların daha iyi eğitilmelerinin sağlanması, ailenin kişi başına düşen ekonomik imkanlarının artması, kadının statüsünü dolaylı olarak artırması gibi olumlu etkileri de bulunmaktadır (Taşkın, 2003; Akın, 2008).

Toplumun aile planlaması sorumluluğunu yükseltmek Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin (ICN) hedeflerinde biridir. ICN'e göre aile planlaması aile sağlığı için temel unsurlardan biri ve güçlü bir toplum oluşturmak için gereklidir ((Nies and McEwen, 2001). Aile planlaması ile aile bireyleri arasında, gebe kalma korkusu nedeniyle yaşanan sorunlar biter ve huzurlu bir evlilik yaşamı başlar (Kaya, 2008).

Halk sağlığı hemşiresinin aile planlaması alanında danışmanlığı sağlayıcı bir çok fırsatı vardır (Nies and McEwen, 2001). Halk sağlığı hemşiresi fertilitate kontrolü alanındaki kadınlara destek ve rehberlik sağlama noktasında stratejik bir pozisyonadadır. Bir çok faktör aile planlaması yöntemi ve hangi yöntemin kullanılacağını etkiler. Kadının problemi üzerine danışmanlık yaparken, hemşire holistik yaklaşımı kullanmalıdır. Hemşire yaş, cinsel aktivite, maliyet, sağlık kuruluşlarına ulaşım ve kadının ve eşinin değerleri ve inançları gibi faktörleri de düşünmelidir. Hemşire ile birçok kontraseptif yöntemin fayda ve risklerini, endikasyon ve kontraendikasyonlarını ve avantaj ve dezavantajlarını konuştuktan sonra, kullanıcı etkili, rahat ve güvenli olduğuna inandığı bir yöntemi seçer (Nies and McEwen, 2001).

Sosyal bir varlık olan insanın en önemli yetilerinden biri uyum yapabilmidir. İnsan kendisine ve çevresine uyum yapabildiği ve bu uyumu sürdürdüğü ölçüde mutlu ve sağlıklıdır. Sosyal yaşamın bir parçası olan evlilik de bireylerin uyum yapmasını gerekli kılan bir beraberliktir. Fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal ilişkileri

içeren evlilikte uyumun sağlanmış olması, hem eşlerin hem de ailedeki diğer bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarının da temelini oluşturan etmenlerdendir (Kalkan, 2002).

Evlilik resmi, duygusal, davranışsal ve biyolojik yönleri olan sosyal bir sistemdir (Tutarel-Kışlak, 1999).

Eşler arasındaki uyum psikolojide son yıllarda en çok incelenen konulardan biri olmuştur (Yılmaz, 2001). İnsanın doğası gereği evlilikte kadın ve erkek arasındaki uyum eskiden beri önemli bir sorun olmakla birlikte, günümüzde uzmanların ilgilenmesi gereken bir durum haline gelmiştir. Çünkü aile, sadece iki kişinin bir araya gelmesiyle oluşan bir kurum değildir. Her şeyden önce bu iki kişinin birbirine uyması, ailenin sürekliliği için zorunludur (Sayın, 1990).

Yurt dışında ve Türkiye’de yapılan araştırmaların bulguları, uyumlu bir evliliğin birçok değişkenden etkilendiğini göstermektedir (Saridoğan ve ark., 2005).

1.2. Araştırmanın Amacı

Türkiye’deki “Kadın, Anne ve Çocuk sağlığı” göstergelerinin düzeyi ve yüksek riskli gebeliklerin yaygınlığı, aile planlaması hizmetlerine, diğer sağlık hizmetleri arasında öncelik vermeyi gerektirmektedir (Akın, 2008).

Kadınların aile planlaması kullanımını etkileyen en önemli sebeplerden birisi, verilecek hizmete ulaşamamaları, aile planlaması yöntemleri hakkında yeterince bilgi sahibi olamama, bilginin nereden elde edileceğini bilememe ve cinsel ilişkiyi olumsuz etkilediği yolunda bilgi eksikliği ve yanlış bilgi sahibi olma gelmektedir (Özlece, 2006; Türk, 2006).

Aile planlaması uygulamalarının, kadın, anne ve çocuk morbidite ve mortalitesini azaltmasının yanı sıra yaşam niteliğini yükseltici, çocukların daha iyi eğitilmelerinin sağlanması, ailenin kişi başına düşen ekonomik imkanlarının artması, kadının statüsünü dolaylı olarak artırması gibi olumlu etkileri de bulunmaktadır (Taşkın, 2003; Akın, 2008). Aile planlaması ile aile bireyleri arasında, gebe kalma korkusu ile yaşanan sorunlar biter ve huzurlu bir evlilik yaşamı başlar (Kaya, 2008).

Bu araştırma, 15-49 yaş arası evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin eş uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3.Araştırmanın Soruları

- 1.15-49 yaş arası evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve bu yöntemlerin seçimini etkileyen faktörler nelerdir?
- 2.15-49 yaş arası evli kadınların eş uyum düzeyi nasıldır?
- 3.15-49 yaş arası evli kadınların kullandıkları AP yöntemi ile eş uyumları arasında ilişki var mı?
4. 15-49 yaş arası evli kadınların evlilik süresi eş uyumlarını ve kullandıkları AP yöntemini etkiledi mi?
5. 15-49 yaş arası evli kadınların eğitim durumu eş uyumlarını ve kullandıkları AP yöntemini etkiledi mi?
6. 15-49 yaş arası evli kadınların kullandıkları AP yönteminden eşlerinin memnuniyet durumu eş uyumlarını etkiledi mi?
7. 15-49 yaş arası evli kadınların hamile kalma korkusu yaşama durumu eş uyumlarını etkiledi mi?
8. 15-49 yaş arası evli kadınların kullandıkları AP yöntemine kimin karar verdiği eş uyumlarını etkiledi mi?
9. 15-49 yaş arası evli kadınların çalışma durumu eş uyumlarını ve kullandıkları AP yöntemini etkiledi mi?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Nüfus ve Sağlık

Hızlı nüfus artışı, birlikte getirdiği ekonomik, çevresel, hızlı kentleşme ve diğer sosyal sorunlar nedeniyle 'sağlığı'dolaylı olarak DOLAYLI olarak olumsuz etkilemesinin yanı sıra 'AŞIRI DOĞURGANLIK'nedeni ile de 'sağlığı'DOĞRUDAN olumsuz etkilemektedir (Akın, 2008).

Hızlı nüfus artışı, günümüzde dünyanın karşısındaki en önemli sorunlardan birisidir. Gelişmekte olan ülkelerin çeşitli sosyoekonomik ve çevresel sorunlarını ağırlaştıran hızlı nüfus artışı nedeni ile, hükümetlerin aldığı genelde yetersiz kalan önlemler daha da yetersiz kalmaktadır (Çalı, 1997). Nüfus artış hızı yüksek olan, yani doğurganlığın fazla olduğu ülkelerde anne ve bebek ölümlerinin de yüksek olduğu görülür. Gelişmiş ülkelerin nüfus artış hızları geliştirmekte olanlarınkinin üçte biri, anne ölüm hızları on altıda biri ve bebek ölüm hızları altıda biri kadardır (T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 1994).

Yapılan hesaplamalara göre, geliştirmekte olan ülkelerde, aile planlaması uygulamaları ile riskli gebelikler önlenebilse, anne ve çocuk morbidite ve mortalitelerinde %30-40 oranında azalma meydana gelir. Diğer bir ifade ile eğer geliştirmekte olan ülkelerde, aile planlaması hizmetleri başarılı olarak verilebilirse, aşırı doğurganlık ve riskli gebeliklerin azalmasına bağlı yaklaşık %30-40 oranında anne ve bebek ölümleri önlenebilir (Akın, 2008).

Tüm sözü edilen olumsuz durumların yani, riskli gebeliklerin,aşırı doğurganlığın, istenmeyen gebeliklerin ve bunlara bağlı olumsuz sonuçların önlenmesi ,uygun aile planlaması yöntemlerinin uygulanmasıyla mümkündür (Akın, 2008).

2.2.Üreme Sağlığı

Üreme sağlığı; genel sağlığı, üreme yeteneğini, aile planlamasını ve cinsel sağlığı kapsar (Şatıroğlu, 2005).

Sağlık, hastalık ve sakatlığın olmayışı, bedence, ruhca ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (Akyıldız, 2002). Üreme sağlığı ise; Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre; yalnızca üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, üremenin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olmasıdır (T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2000).

Cinsel sağlık; İnsan cinselliğine yapıcı bir yaklaşım kapsamında; cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla, kişilik, iletişim ve sevginin zenginleşmesi ve güçleşmesidir. Bu nedenle cinsel sağlık, yalnızca üreme ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla sınırlı tıbbi bakım ve danışmanlığın ötesinde, kişisel ilişkiler ve yaşamın güçlendirilmesi anlamını taşır. Üreme hakları; Uluslar arası insan hakları kapsamında, çiftlerin ve bireylerin, çocukların sayısına ve aralığına özgürce ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri için gereken bilgiye sahip olabilme, en yüksek standartlarda üreme ve cinsel sağlık hizmetlerine ulaşabilme, üreme ile ilgili kararlarına şiddet baskı ve ayrımcılıkla karşılaşmaksızın verebilme hakkıdır (T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2000).

Bu tanım kadın ve erkeklerin kendi seçtikleri güvenli, etkili, maliyetini karşılayabilecekleri ve kabul edilebilir aile planlaması yöntemlerini; yine kendi seçtikleri, doğurganlığın düzenlenmesine ilişkin kanuna aykırı olmayan yöntemler konusunda bilgilendirilme ve bu hizmetlere ulaşabilme haklarını; ve kadının gebelik ve doğumu güvenli olarak geçirmesini sağlayacak sağlık hizmetlerinden yararlanma haklarını içerir (Turan, 2005).

Günümüzde hükümetlerin üreme sağlığı alanındaki politika ve programlarını bu haklar temelinde cinsel sağlık ve aile planlamasını da içine alacak şekilde “ herkes için” düzenlemeleri önerilmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2000).

2.3. KADIN VE ERKEKTE ÜREME

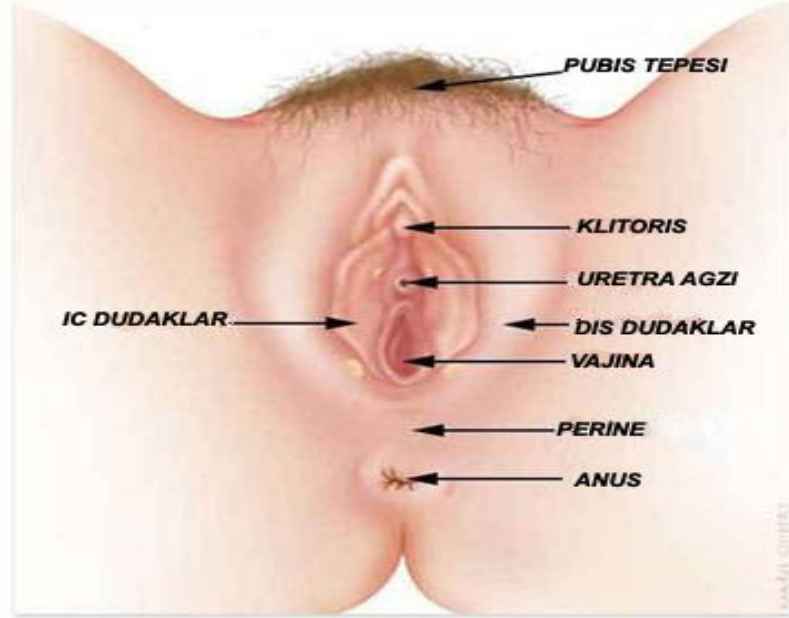
2.3.1. Kadın Üreme Organları

2.3.2. Erkek Üreme Organları

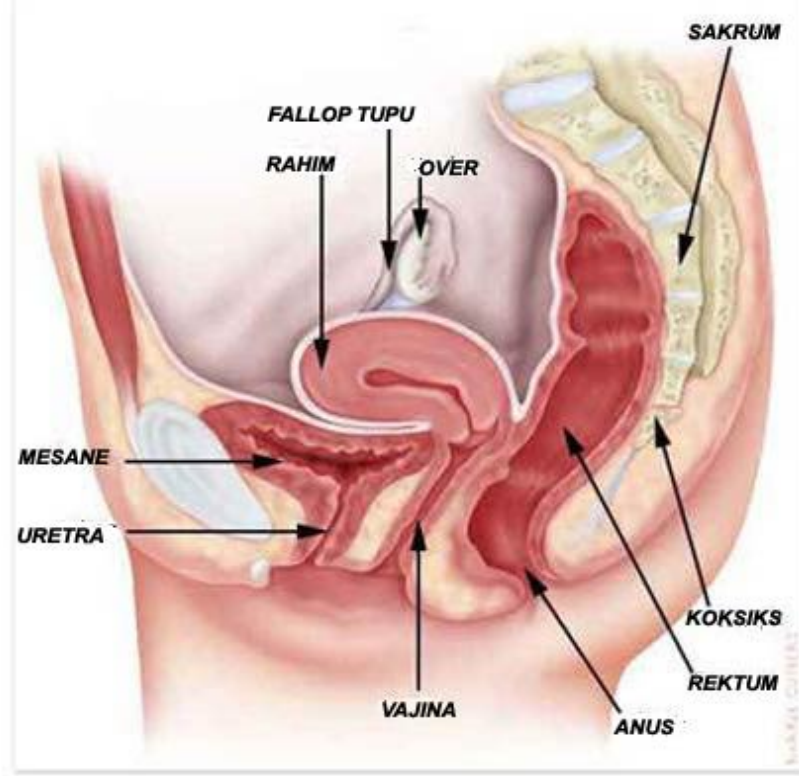
2.3.3. Yumurtanın Oluşumu ve Rahimiçi Hareketi

2.3.1.Kadın Üreme Organları

Kadın üreme organları (genital organlar) dışta yer alanlar ve içte yer alanlar olmak üzere ikiye ayrılır. İç genital organlar kadın iskeletinde bacakların hemen üzerinde yer alan leğen kemikleri ve bel kemiği tarafından oluşturulan kemik çatının (latince pelvis) içinde koruma altına alınmışlardır.



Resim 1:Kadın Dış Üreme Organları



Resim 2:Kadın İç Üreme Organları

Döl Yolu(Vajina): 7-10 cm. uzunluğunda bir kanaldır. Cinsel birleşme organıdır, adet kanının dışarı atılmasını sağlar.

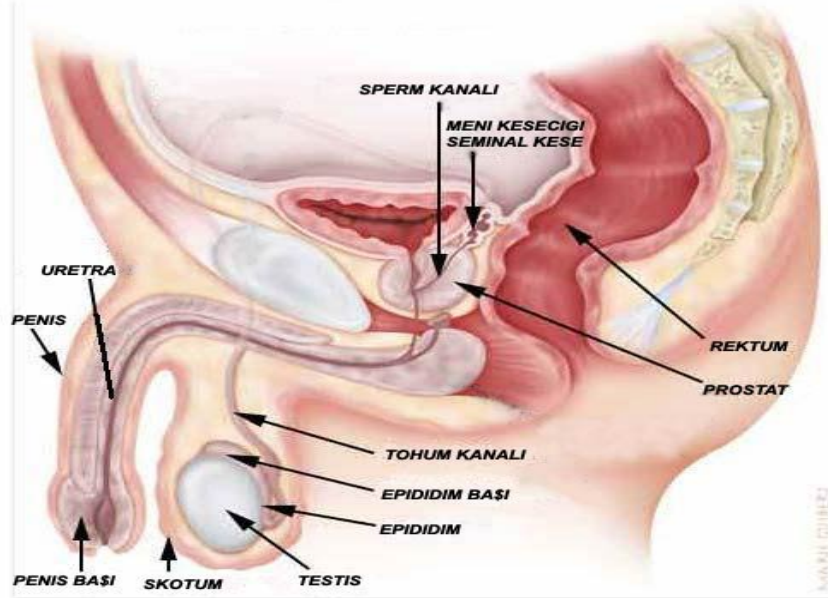
Rahim (Uterus): Armut biçiminde 7-8 cm uzunluk, 5 cm en ve 2.5 cm kalınlığı olan bir organdır. Gebelik olmadığı zaman iç tabakasının dışarı atılması ile her ay adet kanaması meydana gelir.

Yumurta Kanalları (Tuba Uterinalar): 11-12 cm uzunlukta içleri açık iki ince tüptür. Yumurtalıktan her ay çıkan yumurtayı rahmin içine taşır.

Yumurtalıklar (Overler): Karın boşluğunda rahmin her iki yanındadırlar. Badem biçiminde, 4 cm uzunlukta, 2 cm eninde olup beyaz sedef görünümündedirler.

Overler, sayısız yumurta hücresi (ovum) içerirler. Her adet döneminde (siklusunda) yumurtalıkların birinde bir yumurta hücresi oluşur. Yumurtalıkta iki önemli kadınlık hormonu yapılır. Bunlar östrojen ve progesterondur. Her iki hormon da adet siklusunun oluşmasında rol oynar (T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 1997 ;1992; Ocakoğlu, 2006; Taşkın, 2003).

2.3.2. Erkek Üreme Organları



Resim 3: Erkek İç Ve Dış Üreme Organları

Testisler: Bir çifttir ve skrotumun içinde bulunurlar. Uzunlukları 4 cm dir. Erkeklik hormonu salgılayan salgı bezleri aynı zamanda erkek üreme hücreleri de üretilir.

Sperm Kanalı: Erkek üreme hücrelerini meni kesesinde taşıyan kanalıdır.

Meni Keseciği: İdrar torbasının arkasında bulunan organdır. Erkek üreme hücrelerini besler, meni kanallarında erkek üreme hücreleri meni keseciklerinden gelen sıvı ve salgıladığı sıvı ile semen adını alır (T.C Sağlık Bakanlığı, 1997; 1992; Ocakoğlu, 2006; Taşkın, 2003).

2.3.3. Yumurta Oluşumu ve Rahim İçi Hareketi

Her ay yumurtalıkta olgunlaşan yumurta tüplere, rahime doğru ilerler ve 48 saat canlı kalır, erkek üreme hücresi tarafından döllенmezse kendi kendine yok olur. Her cinsel ilişki milyonlarca erkek tohum hücresi hazneye dökülür. Bu hücreler, kadın üreme organlarının içinde 72 saat canlılığını korur (T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü 1997; Taşkın, 2003).

2.4.Aile Planlamasının Tanımı ve Amacı

Evli çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına yardım eden uygulamaların tümü olarak kabul edilen aile planlaması uygulamaları şu şekilde tanımlanabilir. Aile planlaması bireylerin ya da eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını ve sosyo ekonomik durumlarının göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine, çocuğu olamayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür (Dirican, 1992).

Geniş anlamda aile planlaması; doğum, doğum sonrası uyum, tek eşin dışında cinsel aktiviteden kaçınma, kontraseptif kullanımı, doğal aile planlaması, infertilite tedavisi ve danışmanlığı dikkate almayı kapsar (McEwen, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlık tanımına göre; sağlık: yalnızca hastalık yada sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik durumu olarak tanımlamıştır.

Ailelerin her yönden tam bir iyilik hali içinde olabilmeleri onların sosyal yaşantılarını ve aile düzenlerini kendi olanak ve yeteneklerine göre kurabilmeleri ve devamını sağlamalarına bağlıdır (Akyıldız, 2002).

Bir aile istediği sayıda çocuğa ulaştıktan sonra, istenmeyen diğer çocuklara sahip olma tehlikesi ve onların getireceği ekonomik ve sosyal baskının endişesi içinde yaşıyorsa o ailenin sağlıklı olduğundan bahsedilemez (Akyıldız, 2002).

Aile planlaması bu olumsuz durumları önlemek amacıyla yapılan hizmetler bütünüdür.

Aile planlamasının temel amaçları:

- Gebeliği önleyecek yöntemler hakkında bilgi vermek,
- Doğurganlık çağındaki kadın ve erkekleri üreme konularında bilgilendirmek ve bu dönemlerini sağlıklı, kaygısız ve mutlu geçirmelerini sağlamak,
- Gebelikler arasındaki süreyi ayarlamak,
- İstenmeyen gebeliklere engel olmak,
- Aşırı doğurganlığı önlemek,
- Sık ve çok gebelik ve doğum nedeniyle anne ve çocuk sağlığının bozulmasını önlemek,

- İstedikleri halde çocuk sahibi olamayan ailelere yardım edip onların tıbbi olanaklardan yararlanarak çocuk sahibi olmalarına yardım etmek,yol göstermek,
- Hızlı nüfus artışını önleyerek toplumun sağlıklı,mutlu,iyi eğitilmiş ve ekonomik olanakları yeterli kişilerden oluşmasını sağlamaktır (Akyıldız, 2002; Hatcer ve ark., 1990; İnanç ve ark., 1996, T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 1992).

Görüldüğü gibi aile planlaması hiçbir şekilde aileleri kısırlaştırmak veya nüfusu azaltmak demek değildir. Temel amaç; istenmeyen gebeliklerin, isteyerek yok edilmeye çalışılması ve bunun sonucu gelişen düşük ve ölümlerin önüne geçmek, aileye arzu ettiği sayıda çocuğa sahip olması için yardım etmek ve gebeliği önleyici yöntemlerden yararlanmasını sağlamaktır (Akyıldız, 2002; Hatcer ve ark., 1990; İnanç ve ark., 1996, T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 1992).

2.4.1. Dünya’da Aile Planlamasının Tarihçesi Ve Uygulamaları

Aile planlamasının tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. İnsanlar gebeliğin cinsel ilişki sonucu ortaya çıktığını anladıklarından bu yana,çeşitli usullerle bunu önleme çabalarına girmişlerdir (Kahraman, 2005). Aile planlamasına ilişkin ilk yazılı belgeler M.Ö.2700 yılına aittir. Yine bu tarihten günümüze kaldığı düşünülen Çince belgeler çocuk düşürmek suretiyle doğumun önlenmesinden ve bazı gebeliği önleyici yöntemlerden söz etmektedir. M.Ö.1850 yılında yazılmış Petrie papirüsü ve M.Ö.1550 de yazılmış Ebers papirüslerinde gebeliği önleyici çeşitli yöntemlerden ve bu amaçla kullanılan ve vajene yerleştirilen çeşitli maddelerden yapılmış tamponlardan söz edilmektedir (Türk,2006).

Milattan önceki devirlerde Arapların çöldeki uzun yolculuklar sırasında, gebe kalmaları önlemek amacıyla develerin uteruslarına küçük çakıl taşları yerleştirdikleri bilinmektedir. Bu yöntemin insanlarda kullanımına ilişkin ilk bilgilere Hipokrat’ın kadın hastalıkları konusundaki yazılarında rastlanır (Sergek, 2005).

Doğum kontrolünün çok daha eski olmasına karşın, olayı bir nüfus sorunu olarak ele alan ilk kişinin Aristo olduğu söylenir. Aristo,şehirlerdeki nüfusun sabit tutulmasıyla topluma en büyük yararın sağlanacağını savunmuş ve bu amaçla çocuk sayısını sınırlandırıcı kanunlar çıkarılmasını önermiştir (Naçar, 2002).

M.S II. yüzyılda yaşamış olan Roma'nın ünlü hekimi Soranus, gebe kalmayı önlemenin daha kolay ve daha doğru olduğunu savunan ilk düşünürlerdendir. Soranus ,yünden yapılmış yağ ve zambak emdirilmiş bir tür serviks tıkaçını önermiştir. Ayrıca, gebe kalmanın menstrüel siklusun bazı dönemleri ile ilgili olabileceğini söyleyerek ilk kez takvim yönteminden söz etmiştir (Naçar, 2000; Özlece, 2006; Türk, 2006).

Aşırı doğurganlığı önleme düşüncesinin dünya çapında yaygınlaşması 1970'lere rastlar. Batının endüstri çağına giren ülkelerinde konunun bir halk hareketi haline gelmesi 19.yüzyılda başlamıştır. Gebeliği önleme yöntemlerinin halka öğretilmesini ilk olarak savunan kişi bir İngiliz papazı olan Jeremy Benthan'dır. Jeremy Benthan'ın etkisinde kalan bir işçi olan 'Francis Place'doğum kontrolü konusunda bir kampanya açmış ve1923'te doğum kontrolünü savunan bildiriler dağıtmıştır (Naçar, 2002; Özlece, 2006; Sergek, 2006).

Aynı dönemde yaşayan Thomas Malthus 1924'de yazdığı 'Nüfus üzerine bir görüş'adlı yayında; gıda üretiminin aritmetik diziyle, buna karşın nüfusun geometrik diziyle çoğaldığını söyleyerek, bu gidişe son verilmediği takdirde, dünyayı açlık ve felaketlerin beklediğini savunmuştur. Bu fikirler Avrupa'da taraftar bulmuş ve Hollanda'da ilk 'Aile planlaması kliniği açılmıştır (Naçar, 2002; Özlece 2006).

Doğumları kontrol altına alma düşüncesi zamanla tüm ülkelerde yayılıp genişlerken, konuyu bir devlet politikası olarak ele alan ilk ülke Japonya'dır. 1948 yılında kürtajı serbest bırakmış ve ailelerde iki-üç çocuktan fazla çocuk sahibi olmamalarını istemiştir (Sergek, 2005).

Kondom ilk defa 1564 yılında İtalyan hekim Gabriella Fallopio tarafından cinsel yolla geçen hastalıklardan korunmak için ketenden yapılmış kılıfın solüsyonla birlikte kullanılması şeklinde tanımlanmıştır. Sonrasında hayvan bağırsağından yapılmış doğal kondomlar kullanılmaya başlanmış, 1840 yılında kauçuğun yapılmasıyla kondom gebeliği önlemek amacıyla kullanılmıştır (Naçar, 2002).

Rahim içi araç (RİA) kullanımı ilk olarak 1909'da Almanya'da Richard Richter,1929'da Grafenberg tarafından yapılmıştır. İlk RİA'ların ipek böceği bağırsağından yapıldığı ve halka şeklinde olduğu bilinmektedir. Modern RİA'lar 1960'larda kullanılmaya başlanmış, 1970'lerde 'Bakır T'gibi daha ufak RİA'lar kullanılmaya başlanmıştır. Takvim yöntemi 1920'lerde Japonya'da bulunmuştur (Kahraman, 2005; Naçar, 2002; Özlece, 2006; Sergek, 2005).

Hormonal kontraseptiflerin ilki olan oral hapların, Rock, Pincus ve Garcia'nın 1956 ve 1958'deki yayınlarından sonra üzerinde daha da yoğun çalışılmaya başlanılmış, daha sonraları da hormonal kontraseptiflerin implant ve enjeksiyon şekilleri, cerrahi sterilizasyonun da daha basit-kolay teknikleri geliştirilmiştir (Kahraman, 2005).

Halen dünyada çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere yaklaşık 900 milyon üreme döneminde aile mevcuttur. Bu ailelerin %43'ü gebelikten korunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu oran %42 iken gelişmekte olan ülkelerde bu oran Çin hariç sadece %27'dir (Dünya Sağlık Raporu, 1998).

Dünyadaki doğurgan kadınların yarısından biraz fazlası bir kontraseptif kullanmaktadır (Özlece, 2006). Dünyada Bu insanların yaklaşık %60'ı etkili kontraseptif yöntemlerle korunmasına rağmen tahminen 350 milyon çiftin aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilerinin olmadığını ve hizmete nasıl ulaşacaklarını bilmedikleri düşünülmektedir (Kişioğlu, 2002).

Amerika'da gebeliklerin yarısına yakını (%49) istemeden oluşmaktadır.. Buna sebep olarak bilgi eksikliği, bilginin davranışa dönüştürülememesi, aile planlaması merkezlerinin ve bilginin olmaması gösteriliyor (McEwen,2002).

Kadınların aile planlaması kullanımını etkileyen en önemli sebeplerden birisi, verilecek hizmete ulaşamamaları, aile planlaması yöntemleri hakkında yeterince bilgi sahibi olamama, bilginin nereden elde edileceğini bilememe ve cinsel ilişkiyi olumsuz etkilediği yolunda bilgi eksikliği ve yanlış bilgi sahibi olma gelmektedir (Özlece, 2006; Türk, 2006).

Dünya çapında 300 milyon çift daha fazla çocuk istememesine rağmen etkin bir aile planlaması yöntemi kullanmıyor ((Nies and McEwen, 2001).

1991 yılı sonunda sonunda dünyadaki hizmetlerin %96'sı aile planlaması hizmetlerini destekleyen politikalar uygulamışlardır. Gebeliği önlemek için yöntem kullanma oranı 1995 yılında, tüm dünyada %61, İngiltere'de %82, Fransa'da %75, İtalya'da %78, Japonya'da %59, İran'da %73, Pakistan'da %24, az gelişmiş ülkelerde %24, gelişmekte olan ülkelerde %59, gelişmiş ülkelerde ise %72'dir (Naçar, 2002; Özlece, 2006; Sergek, 2005).

Halen dünyada 154 milyon çift tüpligasyonu, 60 milyon çift vazektomi, 110 milyon çift RİA, 95 milyon çift oral kontraseptif, 59 milyon çift kondom, 11 milyon çift ise enjektabl, spermisit, diyafram,120 milyon çiftin takvim, geri çekme veya diğer

geleneksel yöntemlerle korunduğu tahmin edilmektedir (Naçar, 2002; Özlece, 2006; Sergek, 2005).

2.4.2. Türkiye’de Aile Planlamasının Tarihçesi Ve Uygulamaları

Türkiye Cumhuriyeti’nde nüfus konusu ilk kez 1920’de Atatürk tarafından ele alınmış, günün koşulları gereğince pronatalist politika benimsenmiştir. Bu dönemde Türkiye yeni çıktığı dört büyük savaş, sıtma, tifüs gibi hastalıklar nedeni ile büyük nüfus kaybına uğramıştır. Hem insan gücüne dayanan tarım için, hem de askeri güç için nüfusa gereksinim vardı. Pronatalist politika, isteyerek çocuk düşürmenin, gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılmasının kullanılmasının ve bu konuda eğitim ve propaganda yapılmasının yasaklanması, altıdan fazla çocuğu bulunan annelere ikramiye ve madalya verilmesi ve çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf tutulması gibi önlemleri kapsayan yasalarla yürütülmüştür (Dirican, 1998).

Nüfus artışı sorun olmaya 1950’lerde başlamış, nüfus artış hızı binde 22’ye çıkmıştır. Böylece 1960’lı yıllara kadar devam eden nüfusun arttırılması yönünde devam eden nüfus planlaması politikası değiştirilmiş, 1962 yılında Türkiye Büyük Millet meclisi’nce kabul edilen Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında antinatalist politikayı kabul etmiştir. Bu yasa uygulamaya 1965 yılında geçmiş, 557 sayılı Nüfus Planlaması kanunu ile kişilere istediği zaman ve istediği sayıda çocuk sahibi olma özgürlüğü tanımıştır. Bu yasada, Aile Planlamasıyla ilgili toplumun bilgilendirilmesi ve eğitimi, geriye dönebilen kontraseptif yöntemlerin serbest bırakılmış, isteyerek düşük ve cerrahi sterilizasyona ise sadece tıbbi nedenlerin varlığında izin verilmiştir (Dirican, 1990; 1998; Öztürk ve Günay, 1995).

Antinatalist politika, 1980’lere kadar çeşitli şekillerde ele alınmıştır. Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planı’nda nüfus sorunu ekonomik bir sorun olarak kabul edilmiştir. İkinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planı’nda aile planlaması terimi kullanılmış, ana ve çocuk sağlığı düzeyinin yükseltilmesinin ekonomik kalkınmaya yardımcı olacağı belirtilmiştir. Üçüncü ve dördüncü kalkınma planlarında aile planlaması sadece sağlık için gerekli görülmüştür. Uygulamada Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından Aile Planlaması klinikleri açılmış, eğitim çalışmaları yapılmıştır (Dirican, 1998).

Aile Planlaması ile ilgili ikinci yasal düzenleme 24.05.1983 tarihinde 2827 Sayılı Nüfus Planlaması hakkındaki kanunun yayınlanması ile yapılmıştır. Bu yeni kanunla eşlerin isteği ve tıbbi sakınca olmaması halinde sterilizasyonun serbest bırakılması ve gebeliğin onuncu haftasına kadar gebeliğin sonlandırılabilmesi kabul edilmiştir (Dirican, 1998).

Aile planlaması: aşırı doğurganlığı önleyerek ana ve çocuk sağlığını emniyet altında bulundurmak ve çocuğu olmayan çiftlere çocuk sahibi olmalarını sağlamaya yönelik bir önlemdir (Öztürk ve Günay, 1995). 1984 yılında yapılan Uluslararası Nüfus Konferansı'nda, Aile Planlaması, bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olma ve doğumlarının arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olma şeklinde tanımlanmıştır (Dünya Sağlık Raporu, 1998). Sağlık ocaklarında halkın aile planlaması konusunda bilgilendirme ve eğitiminden sorumlu personel, 154 sayılı yönergede ocak hekimi, ebe, hemşire ve sağlık memuru olarak belirtilmesine rağmen pratikte bu hizmeti ağırlıklı olarak ebeler vermektedir (Naçar, 2002).

Türkiye'de Aile Planlaması hizmetleri çeşitli kurumlarca verilmektedir. Sağlık Bakanlığı kapsamında sağlık ocakları, sağlık evleri ana çocuk sağlığı ve aile planlaması (AÇSAP) merkezleri, hastane ve doğum evlerinin aile planlaması poliklinikleri tarafından verilmektedir (Naçar, 2002; Giray ve ark., 2006).

Türkiye'de aile planlaması uygulamalarının yasallaştığı 1965 yılından bu güne kadar ailelerin gebelikten korunma yöntemlerini kullanma oranı giderek artmıştır. Aradan geçen zaman içinde halen istenilen düzeye ulaşamamıştır. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008) sonuçlarına göre evli kadınların %46'sı etkili aile planlaması yöntemi kullanmaktadır (TNSA, 2008).

TNSA-2008 verilerine göre ülkemizdeki kadınların neredeyse tamamı bir aile planlaması yöntemi ve yine kadınların neredeyse tamamına yakını en az bir modern yöntem bildiklerini ifade etmişlerdir. Genel olarak evli kadınların, yüzde 46'sı modern ve yüzde 27.1'i geleneksel bir yöntem olmak üzere toplam yüzde 73.1'i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmakta olduklarını belirtmişlerdir. En fazla kullanıldığı söylenen yöntem yüzde 26.9 ile geri çekmedir. Modern yöntemler arasında en fazla kullanılan yöntem olan rahim içi araç'ı (RİA) (%17), ikinci sırada kondom (%14.3) izlemektedir (TNSA, 2008).

2.5. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

Günümüzde, gebeliği önlemede uygun birçok method vardır (McEwen, 2002).

2.5.1. Tıbbi Modern Yöntemler

2.5.1.1. Hormonal Kontraseptifler

- Oral Kontraseptifler
- Kombine Oral Kontraseptifler
- Yalnız Progestin İçeren haplar(mini haplar)

2.5.1.2. Post koital kontrasepsiyon

2.5.1.3. Enjekte Edilen Kontraseptifler

2.5.1.4. Deri Altı İmplantlar

2.5.1.5. Vajinal halkalar

2.5.1.6. Rahim İçi Araçlar

2.5.1.7. Bariyer Yöntemler

- Kondom
- Diyafram
- Spermisidler

2.5.1.8. Cerrahi Sterilizasyon

- Tüp Ligasyon
- Vazektomi

2.5.2. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

2.5.2.1. Servikal Mukus Yöntemi

2.5.2.2. Servikal Palpasyon Yöntemi

2.5.2.3. Bazal Vücut Isısı Yöntemi (BVI)

2.5.2.4. Takvim (ritm) yöntemi

2.5.3. Laktasyonel Amenore Metodu (Lam)

2.5.4. Geri Çekme Yöntemi(Koitus Interruptus)

2.5.5. Vajinal Duş Yöntemi

2.5.6. Araştırmaları Süren Yöntemler

2.5.1.Tıbbi Modern Yöntemler

2.5.1.1.Hormonalkontraseptifler

Kombine Oral Kontraseptifler (KOK, Hap)

Kombine oral kontraseptifler (KOK) çok güvenilir bir kontraseptif yöntemdir. KOK'lar 1960 yılından beri tüm dünyada milyarlarca kadın tarafından kullanılmakta olup,diğer bütün tedavilerden daha çok çalışılmış, gebeliği önleyici en etkin geri dönüşümlü yöntemlerden birisidir. Halen dünyada 100 milyondan fazla kadın oral kontraseptifler kullanmaktadır. KOK'lar, doğal kadınlık hormonları östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerir ve bu formlar son otuz yıl içinde aile planlaması programlarında en etkili ve emin doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmaktadır. 21 ya da 28 günlük paketler halinde hazırlanmıştır. Ülkemizde 22 tablet içeren preparatlar da vardır (T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 1992; 2000; Akın, 2008)

Etki Mekanizması

KOK'ların içerdiği sentetik östrojen ve progestin, vücuttaki doğal hormonların yapısına çok yakındır.Bunlar ovulasyonu baskılayarak, servikal mukusu spermlerin geçişini engelleyecek şekilde kalınlaştırarak ve ovumun transportunu yavaşlatarak gebeliği önler.

Etkililik

Kombine oral kontraseptifler, son derece etkili, geri dönüşü olan kontraseptif yöntemlerdir. Doğru kullanıldığında %99,9 etkilidir. Olağan kullanımındaki başarısızlık nedenlerinin başında kullanıcı uyumsuzluğu gelmektedir. Kullanıcılar hap alma konusunda iyice bilgilendirilir ve hap alma alışkanlıklarını güçlendirmeye yönelik danışmanlık hizmeti alırlarsa, yöntemi daha başarılı şekilde ve uzun süre kullanırlar.

Kullanımı

Hap kullanmaya başlamak için en uygun zaman, adet ilk günüdür. Haplar, her gün aynı saatte, yatmadan hemen önce yada tercihen akşam yemeğiyle birlikte

alınmalıdır. Böylece hatırlanması daha kolay olacak; bulantı ve diğer yan etkiler önlenebilecektir.

Paketteki tüm haplar bitene kadar günde bir hap alınmalıdır. 21 tabletlik hap kullanılıyorsa 7 gün, 22 tabletlik hap kullanılıyorsa 6 gün ara verdikten sonra adet kanaması olsun olmasın, yeni bir pakete başlanmalıdır. Pakette 28 hap varsa hiç ara vermeden ikinci pakete geçilmelidir.

Herhangi bir nedenle hap/hapların kullanılması unutulursa:

1 hap unutulduğunda: Unutulan günün hapi hatırlanır hatırlanmaz alınır. Ayrıca o güne ait hap da normal zamanında alınmalıdır.

2 hap unutulduğunda: İlk iki hafta içinde: Üst üste iki gün ikişer hap olarak eksik günler tamamlanır. Bu durumda bir hafta süreyle ek bir yöntem (kondom, vajinal spermisit vb.) kullanılmalıdır. Üç haftada: Paket atılıp aynı gün yeni bir pakete başlanmalıdır. Bir hafta süreyle ek bir yöntem kullanılmalıdır.

3 hap unutulduğunda: Paket atılıp aynı gün yeni bir pakete başlanmalıdır. Bir hafta süreyle ek bir yöntem kullanılmalıdır.

Olumlu Yönleri

Doğru kullanıldığında son derece etkilidir.

Kullanılması kolaydır.

Etkileri ve yan etkileri çok iyi incelenmiştir.

Cinsel ilişkiyi etkilemez.

Gebe kalma korkusu olmadan cinsel ilişkiye girmek, ilişkiden alınan zevki artırır.

Kadın gebe kalmak istemediği sürece kullanılabilir. Ara vermeye gerek yoktur.

Menarşdan menopoza kadar her yaşta kullanılabilir.

Yöntemi bırakmak için sağlık personeline gerek yoktur.

Yöntem bırakıldığında doğurganlık geri döner.

Korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılabilir.

Ektopik gebeliği önler.

Premenstrüel gerginlik ve endometriyozisle ilgili şikayetleri azaltır.

Endometriyum kanseri riskini azaltır.

Over kanseri riskini azaltır.

Benign over kistlerinin oluşumunu azaltır.

Pelvik inflamatuvar hastalık riskini azaltır.
 Benign meme hastalıklarını (Kist, fibroadenom vb.) azaltır.
 Demir eksikliği anemisini azaltır.
 Akneye iyi gelir.
 Osteoporoz riskini azaltır.
 Dismenoreyi tedavi eder.
 Adet kanamaları miktarca az, daha kısa süreli ve düzenli hale gelir.
 Adet ağrıları çok azalır yada kaybolur.
 Romatoid artrit riskini azaltır.
 Beklenen yaşam süresini uzatır.

Olumsuz Yönleri

Her gün hap alınmanın hatırlanması gerekir, aksi takdirde etkili değildir.
 Kilo artışı olabilir.
 Depresyon ve cinsel istek azalması gibi ruhsal değişiklikler olabilir.
 Lekelenme yada ara kanamaları görülebilir.
 Bazı ilaçlarla (barbitüratlar ,fenitoin, fenilbuzaton, rifampisin ve diğer bazı antibiyotiklerle) etkileşimi vardır.
 Kan basıncı yüksek olan, 35 yaşın üstünde ve aynı zamanda günde 20'den fazla sigara içen kadınlarda nadiren kalp krizine ve bacak derin venlerinde tromboza neden olabilir.
 Kan basıncını yükseltebilir.
 Klamidya enfeksiyonu riskini artırabilir.
 Anne sütünün miktarını ve niteliğini etkilediğinden emziren kadınlar için uygun değildir.

Kullanım Endikasyonları

Çok etkili ve geriye dönebilen kontraseptif yöntem kullanmak isteyenler.
 Hipermenoreye bağlı anemisi olanlar.
 Adet ağrısı olanlar.
 Benign over kist öyküsü olanlar.
 Adet düzensizliği olanlar.
 Premenstrüelyakınmaları yada siklus ortası ağrısı olanlar.

Ailede endometriyal veya over kanseri öyküsü olanlar.

Benign meme hastalığı olanlar.

Ektopik gebelik öyküsü olanlar.

Tekrarlayan pelvik enfeksiyon öyküsü olanlar için kombine oral kontraseptifler uygun yöntemlerdir.

Kullanım Kontrendikasyonları

Gebelik veya gebelik şüphesi olanlar,

Meme kanseri veya meme kanseri öyküsü olanlar,

Geçmişte veya halen tromboembolik ya da diğer vasküler hastalığı olanlar,

Genital organ kanseri olanlar,

Kalp hastalığı veya şüphesi olanlar,

Akut karaciğer hastalığı olanlar kombine oral kontraseptifleri kullanmamalıdır.

Kombine Oral Kontraseptif Kullananlarda Görülebilecek Yan Etkiler

Kombine oral kontraseptiflerin yan etkileri tehlikeli olmamakla birlikte kullanıcıyı endişelendirebilir ve sıklıkla hap kullanılmasının bırakılmasına neden olabilir. Hizmet alan kişi yan etkiler konusunda bilgilendirilmeli, başlangıçta bazı yan etkilerin görülebileceği zamanla geçeceği danışmanlık sırasında anlatılmalıdır.

Mide bulantısı: İlk üç ayda sık görülür. Hapların her gün aynı saatte yemekle birlikte ve gece alınması bu etkiyi önler.

Ara kanamaları ve lekelenme: İlk üç ayda sık görülür. Kadınların oral kontraseptifi düzenli kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır. Ara kanamaları ve lekelenmelerin hap almayı unutması veya her gün aynı saatte almaması nedeniyle olabileceği anlatılmalıdır.

Kilo artışı: Sıvı tutulmasına bağlı ise östrojen ya da progestin dozu; derialtı yağ dokusunun artışına bağlı ise östrojen dozu azaltılmalıdır.

Amenore: Daha yüksek doz östrojen içeren hap önerilmelidir.

Akne

Baş ağrısı

Memelerde hassasiyet

Baş dönmesi

Kombine Oral Kontraseptif Kullananlarda Sağlık Yönünden Önemli Olabilecek Uyarı İşaretleri

Şiddetli karın ağrısı,

Şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı,

Şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi,

Kuvvet yada his kaybı,

Şiddetli uyluk ya da bacak ağrısı,

Ani görme kaybı yada bulanık görme, konuşma kaybı,

Deride ve sklerada sarılık,

Bu sorunlardan herhangi biri gebelik kuşkusu, depresyon, sarılık, memede kitle oluşursa kullanıcı mutlaka bir sağlık kuruluşuna başvurmalıdır.

Oral Kontraseptif Kullananların İzlenmesi

İlk izlem hapa başladıktan 2-4 hafta sonra, ikinci izle ise 3 ay sonra yapılmalıdır. Sürekli hap kullanan kadınları 6-12 aylık aralıklarla kontrolü yeterlidir. KOK kullananlarda yılda bir kez pelvik muayenesi ve meme muayenesi yapılması tercih edilen uygulamalardır (Akyıldız, 2002; Hatcer, 1990; T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 1992; 2000; T.C Sağlık Bakanlığı, 1995; Taşkın, 2003; Quillian, 1995; Akın, 2008; McEwen, 2002).

Yalnız Progestin İçeren haplar (Mini Haplar)

Yalnız progestin içeren haplar (mini hap) KOK'lara alternatif olarak geliştirilmişlerdir. Mini haplarda KOK'lara oranla daha az progestin bulunur ve östrojen içermezler. Mini haplar gerek östrojenin kontrendike olduğu durumlarda, gerekse acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılabilen preparatlardır.

Etki Mekanizması

Mini haplar gebeliği;

Servikal mukusu kalınlaştırarak spermilerin geçmesini önler.

Siklusların %40-60'ında ovulasyonu engeller.

Tubal moliliteyi yavaşlatır.

Endometriyumu incelterek implantasyon olasılığını azaltır.

Etkililik

Mini hap,kadın emzirdiği sürece, doğumu izleyen dokuz ay boyunca %98.5 oranında etkilidir. Emzirmeyen kadınlarda güvenilirliği %96'dır.

Kullanımı

Mini hap adetın 1.günü başlanır ve her gün aynı saatte bir hap alınarak sürdürülür. Yani adet döneminde ara verilmez.

Hap unutulduğunda veya 3 saatten fazla geciktiği süre içerisinde cinsel ilişkide bulunan kadınlarda gebelik riski yüksek olduğundan araştırılmalıdır. Mini haplar emzirenler için de çok uygun yöntemdir.

Olumlu Yönleri

Östrojen içermedikleri, progesterin miktarıda çok düşük olduğu için endikasyonları daha geniştir.

Emzirenler için uygundur, anne sütünün miktarını azaltmaz, niteliğini değiştirmez. Dokuz aydan kısa bir süre önce doğum yapmış emziren kadınların çoğu için en uygun yöntemlerden biridir.

İleri yaş grubu kadınlara daha çok uygundur.

Kombine oral kontraseptiflere göre yan etkileri daha azdır.

Adet miktarını azaltır.

Pıhtılaşma riskini artırmaz.

Metabolizma (özellikle karbonhidrat metabolizması) üzerinde etki yapma olasılığı azdır.

Bu nedenle, diyabetik kadınların güvenle kullanabileceği düşünölmektedir.

Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.

Olumsuz Yönleri

Emzirme azaldıkça yada sona erince etkisi azalır.

Ara kanaması, lekelenme, amenore ve adet düzensizliği daha sıklıkla görülür.

Mini hap alınması unutulursa ve geciktirilirse gebelik olasılığı artar.

Kullanım Endikasyonları

Emzirenler

Östrojenin yan etkisi nedeniyle hap kullanamayanlar
İleri yaş kadınlar için uygun bir yöntemdir.

Kullanım Kontrendikasyonları

Fonksiyonel over kisti tanısı olanlar,

Gebelik,

Ektopik gebelik öyküsü,

Aktif karaciğer hastalığı

Tanı konulmamış vajinal kanama

Meme kanseri tanısı olan kadınlar mini hap kullanmamalıdır.

Yan Etkileri

Amenore,

Kanama/lekelenme,

Baş ağrısı (özellikle bulanık görme ile birlikte) ,

Alt karında/pelvik ağrı,

Memede duyarlılık (mastalji) ,

Göğüs ağrısı (özellikle eforla ortaya çıkan) ,

Aşırı kıllanma, akne/dermatit ya da saç dökülmesi,

Sarılık

Bulantı/baş dönmesi görülebilir.

Mini Hap Kullananların İzlenmesi

Doğumda 9 ay geçince daha etkin bir kontraseptif yöntemine geçmesinin iyi olacağı anlatılır (Akyıldız, 2002; Hatcer, 1990; T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 1992; 2000; T.C Sağlık Bakanlığı, 1995; Taşkın, 2003; Quillian, 1995; Akın, 2008; McEwen, 2002).

2.5.1.2. Post Koital Kontrasepsiyon

1997'de ilaç ve gıda idaresi yüksek dozda standart doğum kontrol ilacının postkoital kontrasepsiyon amaçlı kullanılması yaklaşımını tavsiye etmiştir.

Kondom yırtılması, RİA'nın düşmesi, hap alınmasının unutulması yada tecavüz gibi acil kontrasepsiyona ihtiyaç duyulan durumlarda post koital kontrasepsiyona başvurulur. Kontraseptif amaçlı sürekli kullanılmamalıdır. Bu amaçla yapılan 3 tip uygulama vardır:

- **Post koital haplar;** korumasız koitusu izleyen ilk 72 saat içerisinde halen sık kullanılan kombine OK'lardan ethinyl estradiol 50 mcg ve norgestrol 1 mg içeren 2 hap alınır. 12 saat sonra aynı doz tekrarlanır. Tedavi ilk 12-24 saat içerisinde başlatılırsa daha etkilidir. 72 saatten sonra başlandığında ise etkisizdir. Bu yöntem 'Yuzpe' rejimi olarak bilinmektedir ve günümüzde en sık kullanılan post koital uygulamadır.
- **RU-486;** Antiprogesteron ajan olan RU-486'da post koital kontrasepsiyon amaçla kullanılabilir.
- **Post koital RİA;** korumasız koitusun olduğu bir siklusta ovulasyonu izleyen 5-7 gün içerisinde, RİA uygulaması gebeliği önlemede çok etkilidir.

Post koital uygulanan gerek hormon, gerekse RİA, fertilizasyonu etkileyebilir veya endometriyumunu implantasyona uygunsuz hale getirerek gebeliği önlerler (Akın, 2008; Taşkın, 2003; T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2000).

2.5.1.3. Enjekte Edilen Kontraseptifler

Enjekte edilen kontraseptifler, uzun etkili hormon preparatı içeren kontraseptif yöntemlerdir. En yaygın kullanılan ,enjekte edilen kontraseptifler progestin içerirler. Tek başına progesteron kontraseptif etki için yeterlidir.

Etki mekanizması

Ovulasyonun baskılanması, servikal mukusun kalınlaşması ve endometriyumun inaktif hale gelmesiyle gebelik oluşumunu engeller.

Etkililik

Kombine enjekte edilen kontraseptifler gebelikten korumada çok etkilidir. Başarısızlık hızı yaklaşık % 0,1-0,2 arasındadır.

Kullanımı:

Kombine enjekte edilen kontraseptifleri tercih eden kadınlarda yöntemi ilk uygulama:

Adet gören kadınların adetinin ilk 7 günü içerisinde,

Doğum sonrası dönemde:

Emziriyorsa, doğum sonrası 6.aydan sonra,

Emzirmiyorsa, doğum sonrası 3-4. haftada,

Düşük sonrası: Hemen yada ilk 7 gün içinde ilk enjeksiyon yapılmalıdır. İlk enjeksiyondan sonraki adet kanaması beklenen adet kanamasından önce (enjeksiyondan 10-15 gün sonra) oluşacaktır. Bunun olabileceği danışmanlık sırasında kullanıcıya belirtilmelidir.

Olumlu Yönleri

Son derece etkilidir.

Uygulanması kolaydır.

Emzirenler tarafından kullanılabilir.

İleri yaştaki kadınlar tarafından kullanılabilir

Cinsel ilişki sürecinden bağımsızdır.

Pelvik enfeksiyon ve over kanserine karşı koruyucu etkisi vardır.

Bırakıldığı zaman fertilité geri döner.

Orak hücreli anemisi olanlar da kullanabilir.

Ektopik gebelikleri ve demir eksikliği anemisini önler.

Olumsuz Yönleri

Adet düzensizliğine neden olabilir.

Yöntem bırakıldığında fertilitenin dönmesi bir süre gecikebilir.

Kilo artışına neden olabilir.

Enjeksiyon yaptırma gereği vardır.

Kullanım Endikasyonları

Gebelikler arasında uzun süre isteyenler, artık çocuk istemeyenler ama cerrahi sterilizasyon da istemeyenler,
Cinsel ilişki zamanından bağımsız yöntem isteyenler,
Emzirenler
İleriki yaştaki kadınlar
Östrojen kullanma kontrendikasyonu olanlar kullanabilir.

Kullanım Kontrendikasyonu

Gebelik,
Akut veya kronik karaciğer hastalığı,
Aktif tromboembolik olay,
Tanı konulmamış vajinal kanama,
Meme kanseri,
Genital kanal neoplazisi olan kadınlarda kontrendikedir.

Yan etkileri

Adet düzensizlikleri,
Baş ağrısı,
Kilo alma,
Memede duyarlılık gibi yan etkiler görülebilir.

Kullananların İzlenmesi

Yılda bir kez meme muayenesi ve pelvik muayenesi yapılması planlanmalıdır(Akın, 2008; Taşkın, 2003; Akyıldız, 2002; T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2000)

2.5.1.4.Deri Altı İmplantları

Deri altı implantlarıyla ilgili çalışmalar 1960'lardan beri sürmektedir. Yapılan çalışmalar sonucu en yaygın kullanılan implant Norplant'tır. Norplant, 5 yıl süreyle korunma sağlayan etkili, uzun süreli ve geri dönüşlü bir kontraseptiftir. Bu özellikleri nedeniyle cerrahi sterilizasyona alternatif bir yöntem olarak düşünülebilir.

Sentetik hormon içeren 6 ince ve esnek kapsülden oluşan bir kontraseptiftir. Küçük bir cerrahi girişimle, üst kolun iç kısmına, derinin hemen altına yerleştirilir.

Ayrıca tek kapsül içeren implantlarda vardır. İmplantlar sadece progestin içermekte ve koruyuculuğu 3 yıl sürmektedir. İmplantların uygulanması norplantlarla aynıdır.

Etki Mekanizması

Progestin ovülasyonu baskılayarak ve servikal mukusu, sperm geçişini engelleyecek biçimde kalınlaştırıp azaltarak gebeliği önler.

Etkililik

Norplant mevcut kontraseptiflerin en etkililerinden biridir. Beş yıllık bir sürede yıllık ortalama gebelik hızı %1 'den azdır. Etkinliği %99.95 civarındadır ve koruyuculuğu 5 yıl sürer. Kontraseptif etki, uygulama sonrasındaki birkaç saat içinde başlar ve çıkarıldıklarında etkisi hemen sonra başlar.

Kullanımı

Kadının gebe olmadığı belirlenmişse, deri altı implantları menstrüel siklusun herhangi bir anında yerleştirilebilir.

Olumlu Yönleri

Geriye dönüşümlü, uzun süreli ve çok etkili bir kontraseptiftir.

Kullanımı kolay ve rahattır, cinsel ilişki zamanından bağımsızdır.

Olumsuz Yönleri

Eğitilmiş personel gerektirir.

Küçük bir cerrahi işlemle yerleştirilir ve çıkarılır. Küçük cerrahi girişimlerde görülebilecek enfeksiyon, kanama, hematoma gibi riskler taşır.

Kullanıcı yöntemi kendi kendine bırakamaz.

Kullanım Endikasyonları

Gebelikler arasında uzun süre isteyenler veya artık çocuk istemeyen ancak cerrahi sterilizasyon da istemeyenler,

Cinsel ilişki zamanından bağımsız yöntem isteyenler,

Östrojen kullanma kontrendikasyonu olanlar,

Emzirenler

İleri yaşta kadınlar kullanabilir.

Kullanım Kontrendikasyonları

Gebelik

Akut ve kronik karaciğer hastalığı

Tanı konulmamış anormal vajinal kanama

Tromboembolik olay

Koroner arter veya serebro vasküler hastalık

Orak hücreli anemi

Meme ve diğer hormon bağımlı kanserleri olanlar kullanmamalıdır.

Yan Etkileri

Menstrüel siklus değişiklikleri,

Fonksiyonel over kisti,

Baş ağrısı,

Kilo değişiklikleri (artma ya da azalma) ,

Akne,

Saç dökülmesi,

Hirsutizm,

İlk aylarda bulantı, baş dönmesi,

Memelerde duyarlılık,
Vajinal sekresyon artış gibi yan etkiler görülebilir.

Kullananların İzlenmesi

Kullananların uygulamadan bir ay sonra kontrole gelmesi istenmelidir. Ayrıca, Norplant kapsüllerinin kontrolünde yapılabileceği yıllık sağlık izlemleri önerilebilir (Akın, 2008; T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2000; 2005; Dirican, 1998)

2.5.1.5.Vajinal Halkalar(Ringler)

Hormon içeren silastik halkalardır. Bunlardan salınan hormon özelliği ve düzeyine bağlı olarak koruyuculuk sağlar. Olumlu yönü kullanıcı kontrolünde olmasıdır.(Akın, 2008).

2.5.1.6.Rahim İçi Araçlar

RİA, rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır yada hormon içeren küçük plastik bir cisimdir.

Giderek daha popüler bir kontraseptif yöntem haline gelen RİA, 40 yıla yakın bir süredir kullanılmaktadır.Geriye dönüşümlü, emniyetli,kontraseptif etkisi çok yüksek olan bir yöntemdir.Geçmişte kullanılan RİA'lar çeşitli biçimlerde ve değişik maddelerden yapılıyordu.Günümüzde ise dünya çapında kullanılan 3 tip RİA vardır.

- **İnert(katkısız) RİA'lar:** Polietilen (Lipes Loop) veya paslanmaz çelikten (Çin'de kullanılan ring'ler) yapılmış araçlar.
- **Bakırlı RİA'lar:** Cu T-380 A, Cu T 200 C, Multiload(ML Cu 250 ve 375) ve Nova T gibi bakırlı araçlar.
- **Hormonlu RİA'lar:** Progesteron veya levonergestrol içerirler.

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

Etki Mekanizması

Üst genital kanala spermin migrasyonunu önleyerek,
 Ovumun transportunu inhibe ederek,
 Fertilizasyonu inhibe ederek gebeliği önlerler.
 Progestin içeren RİA'lar ayrıca servikal mukusu kalınlaştırarak spermelerin uterusu geçmesine engel olur.

Etkililik

RİA en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Genelde gebelik hızı her 100 kadında yılda 1'den azdır.

Olumlu Yönleri

Güvenli ve çok etkilidir.
 Cinsel ilişkiden bağımsızdır.
 Emziren kadınlar için uygundur.
 Bir sorun olmadığı sürece, çıkarılması yada değiştirilmesine kadar yılda bir kez genel sağlık kontrolü yeterlidir.
 Çıkarıldıktan sonra fertilitenin dönmesi gecikmez.

Olumsuz Yönleri:

Uygulama ve çıkarılması konu ile ilgili eğitim almış sağlık personeli gerektirir.
 Bazı kadınlarda karnın alt bölgesinde rahatsızlık, adet kanamalarında artma, adet dönemleri arasında lekelenme ve kramplar olabilir. Bu yakınmalar üçüncü adet döneminden başlayarak azalır.
 Doğru teknik uygulanmazsa uterusu perforasyona neden olabilir.
 RİA'nın uterusu kayma ve vajinaya atılma riski vardır.
 Cinsel yolla bulaşan hastalık riskinde olanlar için uygun bir yöntem değildir.
 Uygulanması ve çıkarılması biraz ağrılı olabilir.

Kullanım Endikasyonları

Gebelikleri arasında uzun süre isteyenler veya artık çocuk istemeyenler,
Hormonal kontraseptifler için uygun olmayanlar,
Emzirenler,
Koitustan bağımsız yöntem isteyenler,
Acil, postkoital kontrasepsiyona gerekinimi olanlar için uygundur.

Kullanım Kontrendikasyonları

Mutlak kontrendikasyonları:

Uterus, serviks, over veya diğer pelvik organ kanseri olanlar,
Uterin kaviteyi ilgilendiren şekil bozukluğu olanlar,
Gebelik,
Akut veya tekrarlayan pelvik enfeksiyonu olanlar,
Tanı konulmamış vajinal kanaması olanlara kesin olarak uygulanmamalıdır.

Relatif Kontrendikasyonları

Aşağıda belirtilen durumlarda RİA ilk seçenek olmamalı, uygulandığında ise kullanan sık kontrol edilerek değerlendirilmelidir.

Aşırı dismenore veya menoraji,
Cinsel yolla bulaşan hastalık riski,
Ektopik gebelik,
Anemi,
Kalp kapak hastalığı veya bakteriel endokardit öyküsü,
Diyabet,
İmmun sistem depresyonu,
Bakır alerjisi veya Wilson hastalığı,
Pıhtılaşma bozukluğu olanlarda RİA relatif kontrendikedir.

Yan Etkileri

Menstrüel kanamanın miktar ve süresinde artış olması ile menstrüel düzenin bozulması en sık görülen yan etkilerdir.

RİA'ya Bağlı Olası Komplikasyonlar

RİA yerindeyken oluşan gebelik,
Ekstrauterin (ektopik) gebelik,
Pelvik inflamatuvar hastalık,
Uterus perforasyonudur.

Kullanıcının İzlenmesi

Kullananlar, uygulamayı takiben ilk adetten sonra, 4-6 hafta içinde (3 ayı geçirmemek üzere), kontrol edilmelidirler(Akın, 2008; Akyıldız, 2002; T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 1984; 1992; 2000; 2005)

2.5.1.7.Bariyer Yöntemler

Spermin uterus boşluğuna geçmesini engelleyen bariyer yöntemler, eski çağlardan beri gebelikten korunmada kullanılmaktadır. Bu yöntemler;

- Kondom
- Diyafram
- Spermisidler'dir.

Bariyer yöntemlerin en olumlu yönü güvenli olmalarıdır.Çok ender yan etkileri vardır, kontrendikasyonları yok denecek kadar azdır. Bariyer yöntemin içeriğinde bulunan maddeye karşı alerji, duyarlılık, kişinin yöntemi kullanmadaki becerisinin yetersizliği, yöntem başarısızlığındaki gebeliğin, medikal yönden yüksek risk grubunda olması dışında relatif kontrendikasyonu bulunmamaktadır.

Kondom

Kondom, cinsel ilişki sırasında penise takılan bir kılıftır. Erkeğin sperminin vajinaya girmesini engeller.Yaygın olarak kullanılan kondomlar; lateks, poliüretan yada koyun bağırsağından yapılır. Tüm gebeliği önleyici yöntemler içinde cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu en yüksek olan yöntemdir.

Etki Mekanizması

Kondom, cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen kauçuk bir kılıftır. Erkeğin sperminin vajinaya girmesini engeller.

Etkililiği

Kondom, her cinsel ilişkide ve doğru olarak kullanılırsa çok etkilidir. Başarı oranı sürekli kullanımlarda artar. Araştırmalarda ilk yıl başarısızlık oranı ilk kullanıcılar için %12 'dir.

Olumlu Yönleri

AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda karşı koruma sağlar.

Erken boşalmanın önlenmesinde yardımcı olabilir.

Aile planlamasına erkeklerin katılımını sağlar.

Reçete ve tıbbi izlem gerektirmez.

Güvenilir ve hormonal yan etkisi yoktur.

Ucuzdur ve kolay bulunur.

Olumsuz Özellikleri

Bazı çiftlerde (özellikte erkekte) duyarlılığı azaltabilir.

Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.

Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirir.

Yeterli miktarda kondom bulundurulması önceden planlanmalıdır.

Kullanım Kontrendikasyonları

Erkeklerde ereksiyonla ilgili bir sorun varsa,

Eşlerden birinde kauçuk alerjisi varsa kondom kullanılmamalıdır.

Diyafram

Günümüzde dünyanın birçok ülkesinde yaygın olarak kullanılan bir bariyer yöntemdir. Diyafram, serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmış kontraseptif yöntemdir. Daha etkili olması için kontraseptif kremlerle birlikte kullanılmalıdır.

Etki Mekanizması

Diyafram, serviksi spermlerin ulaşmasını engellemek üzere kapatacak şekilde vajinanın derinine yerleştirilen bir bariyer yöntemdir.

Etkililik

Doğru olarak kullanıldığında etkili bir yöntemdir.

Yöntemi kullanmak isteyenler:

Diyafram kullanmak isteyenleri değerlendirmek için kısa bir tıbbi öykü alınmalı ve pelvik muayene yapılmalıdır. İncelemeler sonucunda diyafram kullanımını engelleyecek ya da güçleştirecek etkenler olup olmadığı belirlenir.

Olumlu Yönleri

Serviks kanserini önleyebilir.

Gebelikten korunma konusunda kontrolü kadına verdiği için özgüveni artırır.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı az da olsa koruyuculuğu vardır.

Olumsuz Yönleri

Uygun boy diyaframın belirlenmesi için pelvik muayene gerekir.

Yerleştirmesini öğrenmek zaman alabilir.

Cinsel ilişkiden sonra en az 6 saat yerinde bırakılması gerekir.

Vulva ve vajinanın ellenmesi bazı kadınlar için yerleştirme işlemini itici hale getirebilir.

Yeni başlayan kullanıcılar için çıkartılması zor olabilir.

Her cinsel ilişkide önce kullanılması gereken spermisit krem yada jel maliyeti artırabilir.

Kullanım Endikasyonları

Diğer kontraseptif yöntemleri kullanmak istemeyenler ya da kullanmalarına engel bulunanlar,

Vulva ve vajinasını ellemekten rahatsız olmayan kadınlar,

Seyrek cinsel ilişkisi olanlar kullanabilir.

Kullanım Kontrendikasyonları

Kauçuk tada spermisit alerjisi olanlar,

Vajene diyaframı doğru yerleştirmeyi öğrenememe,

Anatomik yapının diyaframın iyi yerleşmesini engellediği durumlar,

Tekrarlayan üriner enfeksiyonlarda kullanılmamalıdır.

Yan Etkileri

Ender olarak alerjik reaksiyon,
 Üriner enfeksiyonların tekrarlanması,
 Vajinal akıntı ve koku (diyafram vajende 24 saatten fazla tutulursa),
 Vajen duvarına bası nedeniyle lezyon oluşmasıdır.

Kullanıcının İzlenmesi:

Diyafram kullananların ilk izlemi kullandıktan iki hafta sonradır daha sonra yılda bir kez izlenmesi yeterlidir. Kullanıcı diyaframı her iki yılda bir yenisiyle değiştirmelidir.

Spermisidler

Vajinal spermisitler, spermelerin servikse ulaşmadan etkisiz hale getirilmesi için vajina derinine yerleştirilen maddelerdir. Farklı formları vardır.Spermisit türleri ;aerosol, krem, jel, macun, supozituar, vajinal köpük tablet ve vajinal sünger gibi türleri vardır. Tek başında etkilidir fakat kondom yada diyafram ile birlikte kullanıldığında çok daha etkilidir.

Etki Mekanizması

Kullanıcı cinsel ilişki öncesi spermisiti vajinaya yerleştirir. Spermisidler spermeleri etkisiz hale getiren ve serviksten geçmelerini engelleyen maddeler içerir.

Etkililik

Vajinal spermisitler enjekte edilen kontraseptifler, hap ve RİA'lara oranla daha az etkilidir. Etkili olabilmeleri, büyük oranda doğru kullanımlarına bağlıdır. Olağan kullanıcılar da ilk yılda gebelik oranları %5-50 arasında değişmektedir. Spermisitler tek başına kullanıldığında gebe kalma riski daha yüksektir.

Olumlu Yönleri:

Hemen etkilidir (krem, köpük ve jel formları için).
 Cinsel yolla bulaşan bazı hastalıklardan koruma sağlar.

Kayganlaştırıcı etkisi vardır.

Emziren ve premenopozal kadınlarda vajinadaki kuruluşu giderir.

Olumsuz Yönleri

Genital organlarda yanma ya da irritasyona neden olabilir.

Bazı kadınlar, vajinalarına, parmaklarıyla tablet/ovül yerleştirmek istemeyebilirler.

Islaklık hissi hoş gitmeyebilir.

Bazı tiplerinde (köpüren tablet, ovül ve film) uygulamadan sonra cinsel ilişki için 5-10 dakika beklenmesi gerekir.

Bu ürünleri elde etmek ucuz ve kolay olmayabilir.

Kullanım Endikasyonları

Bariyer yöntemlerin genel endikasyonlarına ek olarak spermisitlere özel;

Diyafra ve kondom kullananlar,

Fertilitesi yaş veya laktasyon nedeni ile azalanlar,

Gebeliğin mediko-sosyal yönden yüksek risk oluşturdukları,

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riski taşıyanlar (kondomla birlikte önerilmeli) için endikedir.

Kullanım Kontrendikasyonları

Kadının spermisitlerde bulunan kimyasal maddelerden herhangi birine karşı alerjisi varsa,

Spermisitlerin uygun şekilde uygulanmasını engelleyecek fiziksel bir sakatlığı bulunuyorsa,

Düzenli olarak spermisit kullanmayacaksa,

Gebeliğe karşı çok etkili bir yöntem gerekiyorsa spermisit kullanılması uygun değildir.

Yan Etkileri

Vajinal irritasyon,

Penis irritasyonu ve rahatsızlığı,

Vajina içinde yanma hissi,

Tabletlerin erimemesi olabilir (Akın, 2008; Taşkın, 2003; T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 1996; 2000; 2005; T.C Sağlık Bakanlığı, 1995)

2.5.1.8.Cerrahi Kontrasepsiyon

Cerrahi sterilizasyon (kadınlarda tüp ligasyon ve erkeklerde vazektomi) bütün dünyada kabul edilen ve giderek yaygınlaşan bir aile planlaması yöntemidir.

Halen dünyada en yaygın olarak kullanılan en etkili kontraseptif yöntem cerrahi sterilizasyon olup toplam 200 milyondan fazla çift bu yöntemle gebelikten korunmaktadır.

Cerrahi sterilizasyon genelde geri dönüşü olmayan bir yöntem olarak kabul edilir. Bu nedenle cerrahi kontrasepsiyonda danışmanlık çok önemlidir. Kullanıcılar tüp ligasyonu ve vazektomiyi yeterli düzeyde bilgilendirildikten sonra bilinçli ve gönüllü olarak kendi kararlarıyla seçmelidir.

Ülkemizde 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı yasaya göre, 18 yaşını tamamlamış olan herkese kendi isteğiyle, evliyse eşinin de onayı alınarak, sterilizasyon işlemi yapılabilir.

Kadında Cerrahi Sterilizasyon(tüpligasyonu)

Tüp ligasyonu başka çocuk istemeyen ve doğurganlığını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir.

Tüp ligasyonunda her iki tüp mekanik yolla kapatılır.

Etki Mekanizması

Ovum, overleden fallop tüplerine geçer, tüp içinde spermle karşılaşır ve döllenir. Döllenmiş yumurta, uterus içine yerleşebilirse normal gebelik oluşur. Tüp ligasyonu ile her iki tüp mekanik bir şekilde kapatılarak döllenme engellenir.

Etkililik

Tüp ligasyonu en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Oral kontraseptifler, RİA ve enjekte edilen kontraseptiflerden çok daha etkilidir; başarısızlık oranı yalnızca 1000’de 1 kadardır.

Olumlu Yönleri

Gebeliği önleme etkisi hemen başlar.
 Çok etkili, güvenli bir yöntemdir.
 Eşlerin kontrasepsiyon sorununu ortadan kaldırır.
 Cinsel ilişkiyi etkilemez.
 Maliyeti bir defaya mahsustur.

Olumsuz Yönleri

Kalıcı bir yöntemdir.
 Operasyon sırasında ya da sonrasında kanama ve enfeksiyon riski vardır.
 Düşük bir oranda da olsa dış gebelik olasılığı vardır.

Kullanım Endikasyonları

Artık çocuk istemeyen aileler,
 Gebe kalması yaşamını tehlikeye sokanlar
 Kalıcı bir yöntem isteyenler için uygundur.

Kullanım Kontrendikasyonları

Bu yöntemin sürekli ve kesin bir medikal kontrendikasyonu yoktur .Ancak eşinin yada kendisinin ileride çocuk isteyip istemediğinden emin olmayanlar için konrtendikedir.

Erkeklerde Cerrahi Sterilizasyon(vazektomi)

Erkeklerde vas deferenslerin kapatılması ile sperm geçişinin engelleyen bir yöntemdir. Bu yöntem cinsel ilişki ve tatmininde bir değişiklik yapmayacağı gibi,vücudun diğer işlevlerini de etkilemez.

Etki Mekanizması

Vazektomide vas deferens, skrotuma üst kısmından girilerek bulunur, kesilir ve bağlanır. Sperm daha ileriye geçemez.

Etkililik

Vazektomi en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Başarısızlık oranı 1000'e 1 kadardır.

Olumlu Yönleri

Kolay, basit, kısa sürede uygulanan çok etkili, güvenli bir yöntemdir.

Cinsel ilişkiyi etkilemez.

Çift bir daha asla gebelik kaygısı taşımaz.

Olumsuz Yönleri

Kalıcı bir yöntemdir.

İşlem sonrası ufak bir şişlik, skrotum içine kanama yada enfeksiyon olasılığı vardır.

Hemen etkili olmaz (işlemden sonra ilk 20 ejakülasyonda spermler mevcuttur).

Kullanım Endikasyonları

Eşinin ve kendisinin başka çocuk istemediğinden emin olan,

Eşinin, sağlık nedeniyle kesinlikle gebe kalmaması gereken, kalıcı bir yöntem isteyen erkekler için uygundur.

Kullanım Kontrendikasyonları

Eşinin ya da kendinin artık çocuk istemediğinden emin olmayanlar için kontrendikedir (Akın, 2008; Erefe, 1998, Çalı, 1997; Aile Planlaması Kurs Rehberi, 1996; T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 1996; 2000).

Kısaca, iyi bir kontraseptif yöntem güvenilir, etkin kolay bulunur, kabul edilebilir ve geri dönebilir olmalıdır. İstenmeyen gebelikleri önlemek için kontraseptif yöntem seçerken, dikkate alınması gereken bu noktalar yöntemlerin bırakılması ve uzun süre kullanılmasında da etkili olmaktadır (Ersin F.ve ark., 2003).

2.5.2.Doğal Aile Planlaması

Doğal aile planlaması eşlerin menstruasyon siklusunun fertil ve infertil dđnemlerini,doğal olarak gđrđlen belirtilerle saptayarak gebeliğin planlanması yada gebelik istenmiyorsa, fertil dđnem boyunca gebeliğin cinsel ilişkiden kaçınma yoluyla önlenmesi yöntemleri olarak tanımlanmıştır. Fertil periyodunun saptanması tekniği:

2.5.2.1. Servikal Mukus Yöntemi

2.5.2.2. Servikal Palpasyon Yöntemi

2.5.2.3. Bazal Vücut Isısı Yöntemi(BVI)

2.5.2.4. Takvim(ritm) yöntemi

2.5.2.1.Servikal Mukus Yöntemi: Servikal glandlardan gelen vajinal akıntıda, siklus boyunca belirgin değişmeler olur. Bu değişmeler izlenerek ovulasyonun ne zaman gerçekleştiği saptanabilir.

2.5.2.2.Servikal Palpasyon Yöntemi: Serviks palpe edildiğinde, yumuşak ve yüksektedir.

2.5.2.3.Bazal Vücut Isısı Yöntemi: Vücut ısısı ovulasyondan birkaç gün önce hafifçe düşer,ovulasyondan sonra 0.2-0.5 derece yükselir ve 10-12 gün bu düzeyde seyrederek. Bu ovulasyonun olduğunun belirtisidir.Ancak hastalık, stres, enfeksiyon, uykusuzluk gibi başka faktörlerde ıyıyı y kseltebileceğinden yükselen ısıнын yorumunu doğru yapmak gerekir.

2.5.2.4.Takvim (ritm) Yöntemi: Menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 aylık bir gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan bir yöntemdir. Ancak bunu kullanan kadınların adetleri çok muntazam olmalıdır. Adetleri düzenli olan kadının siklus gün sayısından 14 gün çıkarılıp ovulasyon günü bulunur. Bu günün 3 gün öncesi ve 3 gün sonrası tehlikeli gün olarak kabul edilir. Fertil periyodu doğru saptanabilirse başarılı kullanılabilir,aksi takdirde başarısızlık hızı yüksek olur.

Doğal Aile Planlamasının Olumlu Özellikleri

- Gebe kalmak veya gebeliği önlemek için kullanılabilir.
- Eşlerin üreme fonksiyonlarını daha iyi anlamalarına yardımcı olur.
- Eşler arası iletişim ve işbirliğini artırır.
- Yönteme devam sağlık personeline bağımlı değildir.
- Yan etkisi ve maliyeti yoktur.
- Kadınlara fertil kontrolleriyle ilgili yetkilendirme verilerek, otonomi kazandırır.

Doğal Aile Planlamasının Olumsuz Özellikleri

- Yöntemle ilgili fizyolojik ayrıntıların belirlenmesi başlangıçta 3 ay alır.
- Kullanıcılara eğitilmiş sağlık personeli tarafından öğretilmelidir.
- Kullanıcıların fertilité günleri ile ilgili kayıt tutması gerekir.
- Yöntem eşler arasında emosyonel stres yaratabilir.
- Bazı kadınların yöntemi öğrenmesi güçtür.
- Vajinal enfeksiyonlar da semptomların yorumu güçleşir.

2.5.3. Laktasyonel Amenore Yöntemi

Emzirme doğumdan sonra ovulasyonu bir süre geciktirerek doğurganlık azaltmaktadır. Emzirmenin kontraseptif etkisi ilk 6 ay için oldukça yüksektir ama emzirme asla güvenilir bir kontraseptif yöntem gibi düşünülmemelidir.

2.5.4.Geri Çekme Yöntemi: En eski yöntemlerden birisidir. Koruyuculuk etkisi düşük olmasına rağmen ülkemizde çiftlerin yaklaşık 1/3 halen bu yöntemi kullanmaktadır.

Ejakülasyondan önce koitusa ara verilerek ejakülat mainin vajen dışına boşaltılmasıdır.

2.5.5. Vajinal Yıkama Yöntemi: Koruma değeri hemen hemen hiç olmayan bir yöntemdir.Buna rağmen birçok kadın cinsel temasdan hemen sonra hazneyi yıkayarak korunduğunu zanneder (Akın, 2008; Taşkın, 2003; Dirican, 1998; Nies and McEwen, 2001,Aile Planlaması Kurs Rehberi, 1995; T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2000).

2.5.6. Araştırmaları Süren Yöntemler

Geliştirilen tüm modern kontraseptif yöntemlere rağmen günümüzde hala ,ideal anlamda herkes için uygun olabilecek yan etki ve komplikasyonları hiç olmayan bir kontraseptif yöntem mevcut değildir.

Geleceğin kontraseptif yöntemleri arasında;

Erkekler için hap, enjeksiyon ve implantlar dahil hormonal yöntemler ve aşı,

Cerrahi olmayan vazektomi (vas deferenslerin tıkayıcı madde enjeksiyonu ile kapatılması),

Hormon-salan vajinal halkalar,

Biodegradable hormon içeren implantlar,

Kadınlar için antifertilite aşısı,

Kadınlar ve erkekler için daha da geliştirilmiş bariyer yöntemler,

Ayda bir adet boşaltıcı haplar yer alacaktır (Akın, 2008; Taşkın, 2003; T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2000; 2005).

2.6.Aile Planlamasının Yararları

Her yıl binlerce çocuk ve anne, aile planlaması uygulamalarından yeterince yararlanamadıkları için ölmektedir. Bu çocuk ve anne ölümleri, çok genç ve ileri yaşta,çok sık aralarla ve fazla sayıda yapılan doğumlardan kaynaklanmaktadır. Aşırı doğurganlık (sık-fazla doğum) dar anlamda anne ve çocukların sağlığını, geniş anlamda toplumun genel sağlık düzeyini, ekonomik, sosyal ve kültürel gelişmesini olumsuz etkilemektedir. Ülkemizin de içinde yer aldığı gelişmekte olan ülkelerde, aşırı doğurganlığa bağlı oluşan ana-çocuk sağlığı sorunları, genel sağlık sorunları arasında ilk sırada yer almaktadır. Aşırı doğurganlık anne ve çocuğun hastalık, ölüm riskini artırmaktadır.

Aile planlaması uygulamalarının, kadın, anne ve çocuk morbidite ve mortalitesini azaltmasının yanı sıra yaşam niteliğini yükseltici, çocukların daha iyi eğitilmelerinin sağlanması,ailenin kişi başına düşen ekonomik imkanlarının artması,kadının statüsünü dolaylı olarak artırması gibi olumlu etkileri de bulunmaktadır.

Aile planlaması çalışmalarındaki temel hedefin ana-çocuk sağlığını iyileştirmek olduğu bilinmektedir.

2.6.1.Aile Planlamasının Anne Sağlığı Açısından Yararları

Gebelik, doğum ve düşük nedeniyle meydana gelen ölümler yani ana ölümleri azalır, kadının sağlık düzeyi yükselir.

Annelerin üreme organlarına ait sağlık sorunları ortadan kalkar.

Doğum uygun zaman ve yaşlarda yapılacağı için komplikasyon sorunu ortadan kalkar.

Düşük ve kürtaj sayısı azalır.

2.6.2.Çocuk Sağlığı Açısından Yararları

Bebek ölümleri azalır.

Prematüre doğumlar azalır.

Bebeklere bulaşıcı hastalıkların geçişi önlenir.

Yeterli ve dengeli beslenen bebekler sağlıklı olarak büyür.

Bebeklerde konjenital anomali riski azalır.

2.6.3.Çiftler Açısından Yararları

Aile bireyleri arasında, gebe kalma korkusu ile yaşanan sorunlar biter ve huzurlu bir evlilik yaşamı başlar. Kondom gibi gebelik önleyici yöntemlerden yararlanarak, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan kendilerini koruyabilirler.

2.6.4.Toplum Sağlığı Açısından Yararları

Sağlıklı anne ve çocukları sayısı artar.Toplumun beslenme, konut eğitim, sağlık ve çevre koşullarının iyileştirilmesi mümkün olur.Toplumların refah düzeyi yükselir (Dirican, 1992; Akyıldız, 2002; Taşkın, 2003; Kaya, 2008; Aile Planlaması Hizmetlerinde Güncel Bilgiler, 1997; Erefe, 1998; Mihciokur ve Akın, 1998; Ersin ve ark., 2003; T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 1997).

2.6.5.Aile Planlamasının Gebeliği Önleme Dışındaki Yararları

Aile planlaması yöntemlerinden özellikle kondom, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan kadını ve erkeği korur. Çağımızın en korkulan hastalığı olan AIDS ve diğer enfeksiyonlar, servikal erozyon ve kanser, kondom ile önlenebileceği gibi, dismonera ve disfonksiyonel kanamalar gibi bazı hastalıklar da ağızdan alınan kontraseptiflerle önlenmektedir.

Sağlık, eğitim ve sosyoekonomik sorunların büyük bir kısmının temel kaynağı, hızla artan nüfusun ihtiyaçlarının karşılanamaması oluşturmaktadır. Bir ailenin mutluluğu anne babanın sahip oldukları çocuklara sağlıklı yaşam ve gelecek sağlanmasına bağlıdır. Bunun sağlanması içinde eşlerin bakabilecekleri ve yetiştirebilecekleri kadar çocuk sahibi olmaları gerekir. İstmeden ve iyi bir gelecek güvencesi olmadan dünyaya gelen her çocuk hem aileye hem de topluma yükür (Dirican, 1992; Akyıldız, 2002; Taşkın, 2003; Kaya, 2008).

2.7. Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık

Danışmanlık gerek iyileştirici gerekse koruyucu sağlık hizmetleri alanında, özellikle aile planlaması hizmetinde çok önemlidir. Danışmanlık, yüzyüze konuşma sırasında bir kişinin diğerine yardımcı olmasını temel alır. Sağlık hizmetlerinde danışmanlık, tanı ile ilgili bilgilendirme, soruları yanıtlama, tetkik ve tedavi konusunda bilgi verme, hastanın tanı ve tedaviye uyumunu sağlama şeklindedir. Aile planlaması alanında ise, hizmetin temel becerilerinden biri olan danışmanlık, kişinin kendine en uygun yöntemi seçmesi ve kullanmasını sağlar. Bu anlamda danışmanlık, herhangi bir konuda kişiye güvenilir, bilgili ve konu hakkında ustalaşmış kişiler tarafından bilgi ve beceri verilmesi ve kişinin bilinçlendirilerek kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturabilmesine yardım edilmesidir (Özyurda, 1997).

Aile planlaması danışmanlığının amacı, kişilerin kendilerine en uygun aile planlaması yöntemini bilinçli ve gönüllü olarak seçmelerine ve bunu doğru ve sürekli olarak kullanmalarına yardımcı olmaktır. Danışman bu hizmeti başvuran kişi ve mümkünse eşi ile karşılıklı konuşarak verir. Karşılıklı bilgi ve fikir alışverişi ,tartışma ve görüşme danışmanlığın vazgeçilmez unsurlarıdır (Özlece, 2006).

Aile Planlaması Danışmanlığın Amaçları:

Bireylere ya da çiftlere;

Kontraseptif yöntem gereksinimlerinin olup olmadığına karar vermelerinde,

Kontraseptif yöntemi bilinçli olarak kabul etmelerinde,

Seçtikleri yöntemi öğrenmelerinde,

Seçtikleri yöntemi doğru kullanmalarında,

Kaygıları gidermede ve sorun oluştuğunda uygun karar vermelerinde yardımcı olmaktır

(Özlece, 2006).

Aile Planlaması Danışmanlığının Yararları;

Başvuranın kendisine en uygun aile planlaması yöntemini seçmesini sağlar.

Seçilen yöntemin doğru kullanılmasını sağlar.

Seçilen yöntemin daha uzun süreli kullanılmasını sağlar.

Danışmanlık, personelin zamanının verimli kullanılmasını sağlar.

Danışmanlık, hizmet kalitesini, dolayısıyla da başvuruların memnuniyetini artırır.

Modern aile planlaması yöntemi kullananların sayısını artırır.

Danışmanlık, başvuran, sağlık kuruluşu ve ülke için tasarruf sağlar (Bayık, 1994; Özyurda, 1997; Akın, 2008).

Danışmanlık Türleri

Ön Danışmanlık: Hangi yöntemin kullanılacağı konusunda bir karar verilmeden önce, başvuran kişiye tüm kontraseptif yöntemler ve klinikte verilen diğer sağlık hizmetleri tanıtılır.

Yönteme-Özel Danışmanlık: Başvuran kişiye belli bir yöntem konusunda verilen danışmanlıktır. Kontraseptif yöntemin uygulanmasından hemen önce ve hemen sonra yapılır.

İzleme Danışmanlığı: Kontrol ziyaretlerinde yapılan kullanıcının sorunlarını çözmeye ve yöntem kullanımının sürdürülmesine yönelik danışmanlıktır (Özlece, 2006, ;Bayık, 1994; Özyurda, 1997).

Danışmanlık Basamakları

Danışmanlık süreci KAYNAK sözcüğü ile sembolize edilen aşağıdaki aşamalar izlenerek yapılmalıdır.

Karşılıklı selamlayın.

Akala Göstererek Sorular Sorun.

Yöntemlere İlişkin Bilgi Verin.

Nasıl Bir Yöntem Seçeceğine Yardımcı Olun.

Açıklayıcı Bilgilerle Yöntemin Kullanılmasını Öğretin.

Kontrol İçin Gelmesini Önerin (Özlece, 2006; Bayık, 1994; Özyurda, 1997; Akın, 2008).

2.8.Aile Planlaması Hizmetlerinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Ülkemizde Aile Planlaması Hizmetlerinin yaygınlaştırılması için hekim olmayan sağlık personelinde uygulamalarda yararlanmak amaçlanmış ve buna yönelik olarak ilk çalışma 1975 yılında DSÖ işbirliği ile Ankara Çubuk Eğitim merkezinde, Hacettepe Halk Sağlığı Anabilim dalı tarafından başlatılmıştır (Otluoğlu, 2008).

Halk sağlığı hemşiresinin aile planlaması alanında danışmanlığı sağlayıcı bir çok fırsatı vardır (Nies and McEwen, 2001).

Halk sağlığı hemşiresi aile planlaması hizmetlerinde danışman, eğitici, uygulayıcı ve araştırmacı rollerde görev almaktadır. DSÖ'nün de önerdiği gibi anne ve bebeklerin sağlığını koruma ve geliştirmedeki rolleri nedeniyle halk sağlığı hemşireleri öncelikle danışmanlık ve sağlık eğitimcisi rollerini ön planda tutmaları gereklidir (Sergek, 2005; Saygılı, 2007; Bayık, 2001).

İyi bir danışmanlık hizmeti verebilecek şekilde donatılmış halk sağlığı hemşiresi (ebe ve hemşireler); duyarlı, sürekli eğitime açık, güvenilir, iletişim becerilerine sahip, çiftleri psikososyal boyutu ile ele alabilen ve standartlara uygun olarak çalışmalıdır (Saygılı, 2003; Saygılı, 2007; Otluoğlu, 2008).

Halk sağlığı hemşiresi fertilité kontrolü alanındaki kadınlara destek ve rehberlik sağlama noktasında stratejik bir pozisyondadır. Bir çok faktör aile planlaması metodunu ve hangi metodun kullanılacağını etkiler. Kadının problemi üzerine danışmanlık yaparken, hemşire holistik yaklaşımı kullanmalıdır. Hemşire yaş, cinsel aktivite, maliyet, sağlık kuruluşlarına ulaşım ve kadının ve eşinin değerleri ve inançları gibi faktörleri de düşünmelidir. Hemşire ile birçok kontraseptif yöntemin fayda ve risklerini, endikasyon ve kontraendikasyonlarını ve avantaj ve dezavantajlarını konuştuktan sonra, kullanıcı etkili, rahat ve güvenli olduğuna inandığı bir yöntemi seçer (Nies and McEwen, 2001).

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

- Oral kontraseptif kullanacaklarda uygun vakayı seçmek, kullananları yan etkileri açısından izlemek,

- Pelvik muayene yapmak, normal vakalarda rahim içi araç uygulamak,
- Rahim içi araç kullananların belli aralıklarla kontrolünü yapmak,
- Pelvik muayene ve izlemlerde patolojik vakaları yetkili hekime göndermek,
- Kondom dağıtmak, kondom ve spermisitlerin doğru kullanılması için toplumu eğitmek,
- Topluma nüfus planlaması eğitimi yapmak ve geleneksel metodlar hakkında bilgi vermek,
- Çalıştığı kurumda gerekli araç-gereç ve tıbbi malzemeyi kullanıma hazır bulundurmak,
- Yürüttüğü aile planlaması hizmetleri ile ilgili bilgileri toplamak ,kaydetmek ve zamanında yetkililere ulaştırmaktır (Otluoğlu, 2008; Sergek, 2005; T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2000).

Hemşire, kullanıcı için, kullanıcının yaşam tarzına en iyi biçimde uyan kontraseptif yöntemi birlikte seçmelidirler. Bazı kullancılardan kontraseptif yöntem ihtiyacı olmayacağı unutulmamalıdır. Kullanıcı hamile kalmak isteyebilir, bunun kullanıcının tercihi olduğu hemşire tarafından unutulmamalıdır (Clark, 1999).

Halk sağlığı hemşiresinin (ebe ve hemşire) bu alandaki en önemli görevi danışmanlık, eğitim, rehberlik ve motivasyondur. Aile planlaması hizmetleri ve yöntem seçimini etkileyen en önemli faktör yeterli danışmanlık hizmeti almaktır. Aktif aile planlaması danışmanlığı üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesini ve modern aile planlaması hizmetlerinin kullanımını artırmaktadır. Danışmanlık aile planlamasında yöntem seçimini etkilediği kadar yöntemlerin kabul edilebilirliğini,devamlılığını sağlamada ve memnuniyet artırmada en önemli en önemli etkidir (Wrinkler, 2000; Otluoğlu, 2008; Turan, 2005; Saygılı, 2007; Çoşkun, 2007).

Aile Planlaması hizmetlerinin tüm aşamalarında danışmanlık ve eğitim birlikte yer almaktadır. Sağlık eğitiminin amacı bireylere yeni davranış kazandırmak ve bunu alışkanlık haline getirmek olmalıdır (Otluoğlu, 2008).

Sorumlu aile planlamasını yükseltmek ICN'nin hedeflerinde biridir. ICN'e göre aile planlaması aile sağlığı için temel unsurlardan biri ve güçlü bir toplum oluşturmak için gereklidir ((Nies and McEwen, 2001).

Dünya çapındaki hemşireler kadın sağlığı ve onların ailelerinin sağlık düzeyini yükseltmede çok önemli bir role sahipler (Nies and McEwen, 2001).

2.9.Evlilik Uyumu

İnsanın doğası gereği evlilikte kadın ve erkek arasındaki uyum eskiden beri önemli bir sorun olmakla birlikte, günümüzde uzmanların ilgilenmesi gereken bir durum haline gelmiştir.Çünkü aile, sadece iki kişinin bir araya gelmesiyle oluşan bir kurum değildir (Sayın, 1990).

Evlilik, bir erkek ve bir kadın arasında toplum tarafından onaylanmış ilişki; karşılıklı dayanışma, toplumsal onaylama sonucunda gerçekleşen bir sözleşme ve toplumsal yasaklamaların tamamen dışında tutulan cinsel ihtiyaçların doyuma ulaştırıldığı bir kaynaşma durumu olarak tanımlanmaktadır (Saridoğan ve Karahan, 2005).

Evlilik çeşitli kültürlerde farklı şekilde anlamlandırılmıştır. Bugün modern evlilik, eş seçiminde ve ilişkide özgürlük,cinsellikte eşitlik ve yakın ilişki gibi özelliklerle tanımlanmaktadır. Evlilik gitgide bireyselleşmekte ve eşler bu ilişkide kimin ne yapacağını önceden belirlemek istemektedirler. Ancak ailelerin önerisi mi; yoksa arkadaşlarının yaptıklarını mı ölçüt alacaklarını bilemediklerinden, ikilem yaşamakta kaygıları artmaktadır. Günümüzde pek çok eş ne pahasına olursa olsun kazanma, güçlü olma zihniyeti geliştirmektedir, ancak bu uzun vadede başarısız olmakta ve evlilik uyumları bozulmaktadır.Evlilik uyumu bir evliliğin zorunlu ve gönüllü niteliklerinin bir dengeye ulaşmasıdır. (Tutarel-Kışlak, 1999).

Evlilik uyumu evliliğin her yönüyle öznel olarak değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir (Demiray, 2006).

Sosyal bir varlık olan insanın en önemli yetilerinden biri uyum yapabilmedir. İnsan kendisine ve çevresine uyum yapabildiği ve bu uyumu sürdürdüğü ölçüde mutlu ve sağlıklıdır. Sosyal yaşamın bir parçası olan evlilik de bireylerin uyum yapmasını gerekli kılan bir beraberliktir. Fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal ilişkileri içeren evlilikte uyumun sağlanmış olması, hem eşlerin hem de ailedeki diğer bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarının da temelini oluşturan etmenlerdendir (Kalkan, 2002.)

İnsanın doğası gereği evlilikte kadın ve erkek arasındaki uyum eskiden beri önemli bir sorun olmakla birlikte, günümüzde uzmanların ilgilenmesi gereken bir durum haline gelmiştir. Çünkü aile ,sadece iki kişinin bir araya gelmesiyle oluşan bir kurum değildir.Her şeyden önce bu iki kişinin birbirine uyması,ailenin sürekliliği için zorunludur (Sayın,1990).

Evlilik uyumu evlilikte isteklerin, beklentilerin, ihtiyaçların karşılanma derecesidir (Demiray, 2006).

Spanier (1976) evlilikte uyumu, eşlerin günlük yaşantıya ve yaşantı içinde değişen koşullara uyum sağlaması ve belirli bir süre içinde birbirlerine uygun olarak değişmesi şeklinde tanımlamaktadır.

Yurt dışında ve Türkiye’de yapılan araştırmaların bulguları, uyumlu bir evliliğin birçok değişkenden etkilendiğini göstermektedir (Sarıdoğan ve Karahan, 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma 15-49 yaş arası aile planlaması yöntemi kullanan evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi ve bu yöntemin eş uyumlarına etkilerini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman

Samsun il merkezinde faaliyet gösteren Hançerli Aile Sağlığı Merkezi'nde 01.12.2008 ile 28.02.2009 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Hançerli Aile Sağlığı merkezine kayıtlı 15-49 yaş arası 3200 kadın oluşturmuştur. Samsun ilindeki kadınların %31'i etkili yöntem ve %23'ü etkisiz olmak üzere toplam %54'ü bir yöntem kullanmaktadır (Samsun İl Sağlık Müdürlüğü, 2008).

Örneklem büyüklüğünü saptamada Evrende Birey Sayısı Bilinen Örneklem Genişliği Formülü kullanılmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(n-1) + t^2pq}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı (3200)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.54)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p) (0.56)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0.05)

Bu formülden örneklem büyüklüğü 342 kişi olarak belirlenmiş, araştırma kapsamına araştırma kriterlerine uyan 396 kadın alınmıştır. Verilerin toplandığı tarihte araştırmadan kayıp olabileceği için 60 kadın ayrıca yedek denek olarak alınması düşünülmüş, araştırma sonucunda kayıp olmaması ve 54 yedek kişiye de ulaşılması nedeniyle araştırma grubu 396 kadın olmuştur. Araştırmada araştırma kriterlerine uyan 54 yedek denek de kapsama alınarak araştırma 396 kadınla tamamlanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınlar aile sağlığı merkezinde çalışan dört hekimin bilgisayarlarından tespit edilmiştir. Kadınlar bilgisayar kayıtlarından basit rastgele seçilmişlerdir. Araştırmaya alınan kadınların telefonları sağlık merkezindeki telefonlarda kayıtlı olduğu için, kadınlar telefonla aranarak sağlık merkezine davet edilmiş, gelenlerle (200 kadın) merkezdeki ayrı bir odada görüşülerek veriler toplanmıştır. Sağlık merkezine gelmeyen kadınlarla ise adreslerinden ulaşılarak görüşülmüş, veri toplama formları kadınların kendi ev ortamında bizzat kendileri tarafından doldurulmuştur.

Araştırma örneklem seçim kriterleri;

- 15-49 yaş grubunda olan kadınlar,
- 15-49 yaş grubu kadınlardan herhangi bir korunma yöntemi kullananlar,
- Gebe olmayanlar,
- En az ilkokul mezunu olanlar,
- Cinsel açıdan aktif olanlar,
- Jinekolojik operasyon geçirmemiş olanlar,
- Menopoza girmemiş olanlar,
- İletişim kurabilen,
- Çalışmaya katılmaya istekli kadınlar alınmıştır.

3.4.Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Kadınların sosyo-demografik özellikleri,kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi ile ilgili özellikleri, evlilik özellikleri ve kullandıkları AP yöntemleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımlı Değişkenler: Kadınların eş uyumları bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında tanıtıcı özellikleri, kadınların evlilik özellikleri, kullandıkları aile planlaması yöntemini inceleyen sorulardan oluşan soru formu ile Çift Uyum Ölçeği kullanılmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu (Ek-1)

Soru formu, ilgili literatürden elde edilen bilgiler ışığında hazırlanmıştır (Hatcer ve ark., 1990; Giray ve ark., 2006; Monga, 2004; Saygılı, 2003).

Bu formda kadınların yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık gelir durumunu sorgulayan 4 soru, evlilik süresi, evlenmeye karar verme şekli, aile tipi, çocuğu olup olmadığı, çocuk sayısını sorgulayan evlilik özellikleri ile ilgili 6 soru ve kullandıkları aile planlaması yöntemini, kullanılan yöntem kimin karar verdiğini, eşin AP yönteminden memnuniyet durumunu, AP yöntemi hakkında eğitim alıp-almadığını ve hamile kalma korkusunun eş ile ilişkisini etkileme durumunu içeren 5 soru ve 1 tane de açık uçlu soru (hamile kalma korkusu eş ile ilişkisini etkiliyorsa nasıl etkilediğini araştıran) bulunmaktadır.

3.5.2. Çift Uyum Ölçeği (Dyadic Adjustment Scale for Measurement of Marital Quality) (EK-2)

Bu araştırmada evli kadınların evlilik uyum düzeylerini saptamak amacıyla Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) kullanılmıştır.

Spainer tarafından 1976 yılında geliştirilmiş olan ve ülkemizde geçerlilik güvenilirliği 2000 yılında Fışiloğlu ve Demir tarafından yapılmış olan ÇUÖ, evli ya da birlikte yaşayan bireylerin evlilik uyumunu, uyumun kalitesini ve evliliğin niteliğini ölçmektedir (Spainer, 1976; Yılmaz, 2001; Fışiloğlu ve Demir, 2000).32 maddeden oluşan ölçek evli veya beraber yaşayan çiftlerde ilişkinin dört boyutunu ölçmektedir. Bunlar;

1. Eşler arası fikir birliği alt ölçeği: Evlilik ilişkisinde önemli konularda anlaşma düzeyini gösterir.13 madde'den oluşur. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 65'tir.

2. Eşler arası çift doyumu alt ölçeği: Duygu ve iletişimle ilgili olumlu ve olumsuz özellikleri sorgulayan 10 madde'den oluşur. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 50'dir.

3. Duygusal ifade alt ölçeği: Sevgi gösterme şeklinde anlaşma derecelerini gösterir.4 madde'den oluşur. Alınabilecek en fazla puan 12'dir.

4.Çiftlerin bağlılığı alt ölçeği: Birlikte geçirilen zamanla ilgili 5 madde'den oluşur. Bu bölümden alınabilecek en fazla puan 24'tür (Fıfşılıoğlu ve Demir, 2000; Gürbüz, 2007).

Alt Ölçek	Madde Numarası	Toplam (32 madde)
Fikir birliği	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12,13,14,15	13
Çift doyumunu	16,17,18,19,20,21,22,23,31,32	10
Duygusal ifade	4,6,29,30	4
Çiftlerin bağlılığı	24,25,26,27,28	5

Ölçek değerleri 0 ile 151 arasında değişmektedir. Yüksek değerler evlilikte uyumun iyi olduğunu gösterir. Sher ve Baucom 1993 yılında yaptıkları çalışmada kesme değerinin 101 olduğunu belirtmişleridir (Fıfşılıoğlu ve Demir, 2000).

Fıfşılıoğlu ve Demir tarafından ölkemizde yapılan UÖ'nin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında 132 erkek, 132 kadından oluşan 264 evli çift kullanılmıştır. Deneklerin yaş ortalaması 36.8, evlilik süreleri 3 aydan 38 yıla kadar değişmekte olup ortalama evlilik sürelerinin 13.1 yıl olduğu belirtilmiştir. Çalışmada ölçeğin Türkiye örneklemini için güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu belirtilmiştir. UÖ'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği orijinal ölçeğe çok yakın olarak 0.92 bulunmuştur. Alt grupların güvenilirliği yüksek bulunmuş olup;çift mutluluğu 0.83,çift bağlılığı 0.75,ortak kararlılık 0.75 ve duygusal ifade 0.80 bulunmuştur (Fıfşılıoğlu ve Demir, 2000).

Spainer, ölçeğin tümünün güvenilirliğini oldukça yüksek bulmuştur. İlk çalışmalarda elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık değerini 0.96 olarak saptanmıştır. Fıfşılıoğlu ve Demir ölçeğin Cronbach alfa değerini 0.92 olarak bulmuştur (Spainer, 1976; Fıfşılıoğlu ve Demir, 2000). Ölçeğin bu araştırmadaki Cronbach Alfa değerini 0.89'dur.

3.5.3.Ön Uygulama

Veri toplamak amacıyla geliştirilen anket formunda kullanılan soruların geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacı ile evrenden seçilen 10 kadına anket formu uygulanmıştır. Bu kadınlar örnekleme dahil edilmemiştir. Pilot uygulama sonucunda soruların içerik ve anlam yönünden denetimi yapılarak soru formuna son seklı verilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler Samsun İl Sağlık Müdürlüğünden (Ek-4) ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi etik kurulundan (Ek-3) gerekli izinler alındıktan sonra 01 Aralık 2008 – 28 Şubat 2009 tarihleri arasında Hançerli Aile Sağlığı Merkezine gelen ve evlerinde ziyaret edilen 396 kadına araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların sözel onamları alındıktan sonra, ölçeğin ve soru formunun cevaplanması hakkında açıklama yapılmış ve soru formları uygulanmıştır. Ölçeğin ve formun doldurulması 15-20 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında 15.00 SPSS paket programında değerlendirilmiş, dağılımlar ortalama ve yüzde olarak ifade edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede,

- Kadınların tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla yüzdeler oranlar,
- Kadınların tanıtıcı özellikleri ve kullandıkları AP yöntemleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Khi-Kare (Tablo 1),
- Kadınların kullandıkları AP yöntemine ilişkin bazı özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Khi-Kare testi (Tablo 2)
- Kadınların tanıtıcı özelliklerinden eğitim ve aylık gelir düzeyi ile eş uyumları arasındaki farkı karşılaştırmak amacıyla Kruskal-Wallis analizi yapılmıştır.
- Kadınların tanıtıcı özelliklerinden çalışma durumu, evlenme şekli, aile tipi ve çocuk olma durumu ile eş uyumunu karşılaştırmak amacıyla Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.
- Kadınların yaşı, evlilik yılı ve çocuk sayısının eş uyumuyla arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla korelasyon analizi kullanılmıştır (Karasar, 1994; Aksakoğlu, 2006) .

3.8.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma uygulanmadan önce, araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kuruluna sunularak izin alınmıştır (Ek-3). Ayrıca Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Hançerli Aile Sağlı Merkezinde de izin alınmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenler kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır. Kadınlara anket formu uygulanmadan önce araştırma hakkında bilgi verilmiş ve sözel onamları alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlara “gizlilik” ilkesine bağlı kalınarak güvenleri sağlanmıştır (Karasar, 1994).

4.BULGULAR

Samsun il merkezinde bulunan Hançerli Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 396 kadına 01.12.2008-28.02.2009 tarihleri arasında kullandıkları aile planlaması yönteminin eş uyumuna etkisini tanımlamak amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen veriler tablolar halinde sunulmuştur.

Araştırma kapsamındaki kadınların tanıtıcı özelliklerine ve kullandıkları AP yöntemine ait bilgiler Tablo1’de verilmiştir.

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ve Kullandıkları AP Yöntemlerinin Dağılımı n:396

Özellik	RİA		Hap(KOK)		Kondom		Tüpligasyonu		Minihap		Geri çekme		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş														
20-24	14	25.0	19	33.9	12	21.4	-	-	-	-	11	19.6	56	14.1
25-29	15	13.5	11	9.9	58	52.3	4	3.6	3	2.7	20	18	111	28.0
30-34	37	33.0	17	15.2	33	29.5	3	2.7	1	0.9	21	18.8	112	28.3
35-39	25	37.5	4	5.7	27	38.6	4	5.7	1	1.4	9	12.9	70	17.7
40 ve üzeri	11	23.4	3	6.4	2	4.3	12	5.5	1	2.1	18	38.3	47	11.9
Eğitim durumu														
İlkokul	16	15.5	9	8.7	39	37.9	10	9.7	2	1.9	27	26.2	103	26.0
Ortaokul	25	25.8	12	12.4	25	25.8	9	9.3	-	-	26	26.8	97	24.5
Lise	51	34.2	24	16.1	49	32.9	3	2.0	4	2.7	18	12.1	149	37.6
Üniversite	10	21.3	9	19.1	19	40.4	1	2.1	-	-	8	17	47	11.9
Gelir durumu*														
Kötü	21	19.1	10	9.1	41	37.3	7	6.4	1	0.9	30	27.3	110	27.8
Orta	68	28.3	38	15.8	84	35.0	9	3.8	5	2.1	36	15	240	60.6
İyi	13	28.3	6	13.0	7	15.2	7	15.2	-	-	13	28.3	46	11.6
Çalışma Durumu														
Çalışıyor	13	21.3	10	16.4	29	47.5	2	3.3	-	-	7	11.5	61	15.4
Çalışmıyor	89	26.6	44	13.1	100	30.7	21	6.3	6	1.8	72	21.5	335	84.6

*Gelir gidere göre az (kötü)

Gelir gidere göre eşit (orta)

Gelir gidere göre fazla (iyi)

Tablo 1’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 31.2 ± 6.5 olup, en düşük yaş 20, en yüksek yaş 48’dir. Kadınların %28.3’ü 30-34 yaş arasında ve %11.9’u 40 yaş ve üzerindedir. Bu kadınların %37,6’sı lise ve %11.9’u üniversite mezunudur ve %84.6’sı çalışmamaktadır.

Araştırma kapsamındaki kadınların %60.6’sının aylık geliri giderine eşit olduğu bulunmuştur (Tablo1).

Tablo 1’de görüldüğü gibi 20-24 yaş arasındaki kadınların %33.9’u AP yöntemi olarak en fazla hap’ı, 25-29 arasındaki kadınların %52.3’ü kondom’u, 30-34 yaş arasındaki kadınların % 33’ü RİA’yı, 35-39 yaş arasındaki kadınların %38.6’sı kondom’u kullanırken 40 yaş ve üzerinde kadınların ise %38.3’ünün geri çekme yöntemini kullandıkları saptanmıştır.

İlkokul mezunu olan kadınların % 37.9’u kondomu, ortaokul mezunlarının %26.8’i geri çekmeyi, lise mezunlarının %34.8’i RİA’yı, üniversite mezunu olan kadınların ise % 40.4’ü kondomu AP yöntemi olarak kullanmaktadır.

Yaşın (Khi-kare testi; 142.938, $p>0.05$), eğitim durumunun (Khi-kare testi; 54,273, $p>0.05$), çalışma durumunun Khi-kare testi; $p>0.05$) ve gelir düzeyinin (Khi-kare testi; 40.270, $p>0.05$) kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemi etkilemediği bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 2. Kadınların AP ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kullandıkları AP Yöntemlerinin Dağılımı

Özellik	RİA		Hap (KOK)		Kondom		Tüpligasyonu		Minihap		Geri çekme		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AP Eğitimi Alma														
Evet	84	38.7	22	10.1	71	32.7	11	5.1	1	0.5	28	12.9	217	54.8
Hayır	18	10.1	32	17.9	61	34.1	12	6.7	5	2.8	51	28.5	179	45.2
Eş ile ilişkiyi etkileme durumu														
Evet	4	15.4	6	23.1	6	23.1	-	-	1	3.8	9	34.6	26	6.6
Hayır	93	28.5	44	13.5	100	30.7	23	7.1	5	1.5	61	17.8	326	82.3
Kısmen	5	11.4	4	9.1	26	59.1	-	-	-	-	9	20.5	44	11.1
Hamile kalma korkusunun eş ile ilişkiyi etkileme durumu														
Evet	4	11.1	4	11.1	10	27.8	-	-	-	-	18	50.0	36	9.1
Hayır	86	30.2	43	15.1	82	28.8	22	7.7	4	1.4	48	16.8	285	72.0
Kısmen	12	16.0	7	9.3	40	53.3	1	1.3	2	2.7	13	17.3	75	18.9
Kullanılan AP yöntemine karar verme durumu														
Kendim	43	47.8	19	21.1	20	22.2	1	1.1	2	2.2	-	-	90	22.7
Eşim	1	1.9	2	3.7	15	27.8	-	-	-	-	36	66.7	54	13.4
Birlikte	55	22.9	29	12.1	96	40.0	19	7.9	3	1.3	38	15.8	240	60.6
Sağlık çalışanı	3	25.0	4	33.3	1	8.3	3	33.3	1	8.3	-	-	12	3.3
Kullanılan AP yönteminden eşin memnuniyet durumu														
Evet	91	38.8	38	14.1	72	26.8	20	7.4	5	1.9	43	16.0	269	67.9
Hayır	5	10.4	7	14.6	9	18.8	3	6.3	-	-	24	50.0	48	12.1
Kısmen	6	7.6	9	11.4	51	64.6	-	-	1	1.3	12	15.2	29	20.0

Araştırma kapsamındaki kadınların %54.8'i aile planlamasına yönelik eğitim aldıklarını belirtmiş olup, % 82.3'ü kullanılan AP yönteminin eşi ile ilişkisini etkilemediğini, %72'si hamile kalma korkusunun eşile ilişkisini etkilemediğini ve %18.9'u kısmen etkilediğini belirtmiştir.

Hamile kalma korkusunun eşile ilişkisini etkilediğini ve kısmen etkilediğini düşünen 111 kadın (%28) bu soruyu şu şekilde yanıtlamışlardır.

- Bazen ilişkiye girmek isteniyorum (%22.2).
- Gergin oluyorum (%15.6)
- İkimizde gergin oluyoruz (%8.9)
- Korku, tedirginlik duyuyorum(%26.7).
- Eşim tekrar çocuk istiyor ama ben istemiyorum, ilişkimiz etkileniyor (%8.9)
- Eşimde bel ağrısı oluyor (%2.2).
- Eşim gergin oluyor (%4.4)
- Hormon kullanmak sağlığımızı bozuyor (%2.2)
- Cinsel birleşme kesintiye uğruyor, doyum azalıyor (%8.9).

Araştırma kapsamındaki kadınların %60.6'sı kullanılan AP yöntemine eşi ile birlikte karar verdiklerini bildirirken, %13.4'ü de eşinin karar verdiğini belirtmiş olup, kadınların %67.9'unun eşi'nin kullanılan AP yönteminden memnun olduğu belirtmiştir (Tablo 2).

Araştırma kapsamındaki kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemine ilişki bazı özelliklerin kullandıkları AP yöntemi ile ilişkisi Tablo 2'da verilmiştir.

Aile planlaması eğitimi alan kadınların %12.9, eğitim almayanların %28.5'i geri çekmeyi AP yöntemi olarak kullanmaktadır.

Kullandığı yöntemin eşi ile ilişkisini etkilediğini düşünenlerin %34.6'sı, hamile kalma korkusunun eşi ile ilişkisini etkilediğini düşünenlerin %50'si, kullandığı AP yöntemine eşi karar verenlerin %66.7'si ve kullanılan AP yönteminden eşi memnun olmayan kadınların %50'si korunma yöntemi olarak geri çekme yöntemini kullanmaktadır.

Aile planlaması eğitimi (Khi-kare testi; 55.003, $p>0.05$), kullanılan AP yönteminin eşle ilişkiyi etkileme durumu (Khi-kare testi; 30.612, $p>0.05$), kullanılan AP yönteminden eşin memnun olma durumu (Khi-kare testi; 90.338, $p>0.05$), kullanılan AP yöntemine kimin karar verdiği (Khi-kare testi; 181.905, $p>0.05$) ve kadının hamile kalma korkusunun eşle ilişkiyi etkileme durumunu (Khi-kare testi; 49.031, $p>0.05$) ile kullanılan AP yöntemi ile arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3.Kadınların Evlilikle İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	n	%
Evlenme Şekli		
Severek kendi isteği ile	195	49.2
Görücü usulü	201	50,8
Evlilik Yılı	9.3±6.5 (min 1, maksimum 34)	
1-4	111	28.0
5-9	119	30.1
10-14	82	20.7
15-19	49	12.4
20 ve üzeri	28	8.8
Aile Tipi		
Çekirdek	330	83.3
Geniş	66	16.7
Çocuk Sayısı	1.7±1.1(min 0, maksimum 6)	
Çocuk yok	50	12.6
1 çocuk	112	28.4
2 çocuk	153	38.6
3 çocuk	58	14.6
4 ve daha fazla çocuk	23	5.8
Toplam	396	100.0

Araştırma kapsamına alınan kadınların evlilik süreleri ortalama 9.3 ± 6.5 , ortalama çocuk sayısı 1.7 ± 1.1 olup, kadınların %49.2'si severek kendi isteği ile, %50.8'i görücü usulüyle evlilik yaptıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %87.4'ünün çocuk sahibi olduğu ve %38.6'sın da iki çocuğu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %83.3'ünün aile yapısı çekirdek ailedir (Tablo 3).

Tablo 4. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı

Kullanılan Aile Planlaması Yöntemleri	n	%
RİA	102	25.8
Hap(KOK)	54	13.6
Kondom	132	33.3
Tüpligasyonu	23	5.8
Minihap	6	1.5
Geri çekme	79	20.0
Toplam	396	100.0

Araştırmaya katılan kadınların %33.3'ü kondom'u, %25.8'RİA'yı, %13.6'sı Hap'ı ve %19.9'u da geri çekmeyi korunma yöntemi olarak kullanmaktadır. Kadınların %80.0'i etkin yöntem kullanırken, %20.0'si etkin olmayan yöntem kullanmaktadır. (Tablo 4)

Tablo 5. Kadınların Çift Uyum Ölçeğinden ve Alt Ölçeklerden Aldıkları Puanlar

Ölçekler	Madde sayısı	(Min-Max)	X	SD
Eş uyumu	32	57-150	117	16
Memnuniyet-Doyum	10	19-51	38.9	5.4
Bağlılık	5	6-53	15.9	4.1
Duygusal ifade	4	5-12	9.7	1.9
Fikir birliği	13	16-79	52	7.9

Kadınların çift uyum ölçeğinden aldıkları en düşük puan 57, en yüksek 140'dır ve çift uyum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 117 ± 16 'dır. Çift uyum ölçeği

toplam puanının ölçeğin kesme noktası olan 101'in üzerinde olduğu, bu sonucunda iyi evlilik uyumunu göstermektedir (Tablo 5).

Tablo 6. Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklere Göre Çift Uyumu Ölçeği Puan Ortalamaları

Özellikler	Eş uyumu		
Yaş	r = - 0.205, p=0.000		
	X±SD	İstatistik	p
Eğitim durumu			
İlkokul	116.97±15.95	Kw=8.963	p=0.030
Ortaokul	120.17±12.08		
Lise	114.53±18.04		
Üniversite	119.70±15.25		
Gelir durumu			
Gelir gidere göre az	110±15.1	Kw=25.453	p=0.000
Gelir gidere göre denk	119±16.0		
Gelir gidere göre fazla	119±13.8		
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	119.78±17.77	U=8498,500	p=0.036
Çalışmıyor	116.50±15.63		

Tablo 6'da görüldüğü gibi kadınların yaşı ile evlilik uyumları arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuş, kadınların yaşları arttıkça eş uyumlarının azaldığı saptanmıştır. Eş uyumu ile yaş arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**r = - 0.205; p<0.001**).

Eğitim durumunun eş uyumunu etkilediği, ortaokul mezunlarının eş uyumlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eş uyumu ile eğitim durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**Kw = 8.963; p<0.05**).

Gelir durumunun eş uyumu etkilediği, gelir düzeyi giderinden az olan kadınların, gelir düzeyi giderine eşit ve fazla olanlara göre eş uyum puanlarının daha

düşük olduğu bulunmuştur. Eş uyumu ile gelir düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($Kw=25.453$; $p<0.001$).

Kadınların çalışma durumlarının eş uyumunu etkilediği, çalışan kadınların eş uyum puanlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Eş uyumu ile kadınların çalışma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U=8498.500$; $p<0.05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Kadınların Evlilikle ilgili Bazı Özellikleri İle Eş Uyumları Arasındaki İlişki

		Eş uyumu	
Evlilik yılı		$r = - 0.129, p=0.010$	
Çocuk sayısı		$r = -0.135, p>0.05$	
Özellikler	X±SD	İstatistik	p
Evlenme Şekli		U=14698.500	p=0.044
Severek kendi isteği ile	120.50±15.34		
Görücü usulü	113.55±15.97		
Aile Tipi		U =9491.500	p=0.099
Çekirdek	116.50±16.02		
Geniş	119.50±15.76		
Çocuk		U=5896.500	p=0.000
Var	115.9±16.4		
Yok	124.3±9.6		

Tablo 7’de kadınların evlilik özellikleri ile eş uyumları arasındaki ilişki incelenmiştir. Kadınların evlilik yılları ile eş uyumları arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuş, kadınların evlilik yılları arttıkça eş uyum puanlarının azaldığı saptanmıştır. Eş uyumu ile kadınların evlilik yılı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0.129$; $p<0.05$).

Evlenme şeklinin eş uyumunu etkilediği, severek kendi isteği ile evlenenlerin eş uyumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Eş uyumu ile evlenme şekli arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U=14698.500$; $p<0.05$) (Tablo 7).

Çocuk sahibi olma durumunun eş uyumunu etkilediği, çocuğu olmayan kadınların eş uyum puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eş uyumu ile çocuk sahibi olma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U=5896.500$; $p<0.001$).

Çocuk sayısı ve kadınların aile tipinin kadınların eş uyumlarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Kadınların Kullandıkları AP Yöntemi İle Çift Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Özellikler	Eş uyumu			
	n	X±SD	İstatistik	p
RIA	102	114.83±15.22	Kw=15.822	p=0.001
Hap (KOK)	54	114.33±19.42		
Kondom	132	122.90±12.65		
Tüpligasyonu	23	119,91±17.00		
Minihap	6	101.33±20.94		
Geri çekme	79	112.12±15.66		

Tablo 8’de görüldüğü gibi kadınların kullandıkları AP yönteminin eş uyumunu etkilediği, kondom kullananların eş uyum puanları en fazla olduğu ve yöntemler içinde minihap kullanan kadınların eş uyum puanlarının en düşük olduğu bulunmuştur. Eş uyumu ile kullanılan kontraseptif yöntem arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($Kw=15.822$; $p<0.001$) (Tablo 8).

Tablo 9. Kadınların Kullandıkları AP Yöntemleri İle Çift Uyum Ölçeği Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Özellikler		Memnuniyet-Doyum	Bağlılık	Duygusal İfade	Fikir Birliği
AP Yöntemi	n	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
RİA	102	37.71±5,22	16.28±3.60	9.75±1.97	51.07±7.64
Hap(KOK)	54	38.11±6.45	14.87±4.38	9.25±2.42	52.09±7.60
Kondom	132	41.04±4.14	16.60±3.65	9.93±1.65	55.32±6.79
Tüpligasyonu	23	39.95±5.49	16.17±3.31	10.00±1.83	53.78±9.24
Minihap	6	34.83±5.87	12.66±1.96	9.00±2.44	44.83±13.16
Geri çekme	79	37.67±5.68	15.40±5.47	9.51±1.85	50.31±8.15
İstatistik	Kw	Kw=24.906	Kw=14.501	Kw=2.809	Kw=22.115
	p	p=0.000	p=0.013	p =0.729	p=0.000

Tablo 9’da kadınların kullandıkları AP yöntemleri ile çift uyum ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir. Tablo 11’ de görüldüğü gibi kullanılan aile planlaması yöntemlerinin, ölçeğin memnuniyet-doyum ve fikir birliği alt boyut puanlarını etkilediği, memnuniyet-uyum ve fikir birliği puanları arasında en yüksek puanı kondom, en düşük puanı minihap’ ın aldığı saptanmıştır. Memnuniyet-doyum ve fikir birliği alt ölçek puanı ile kullanılan AP yöntemleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Ölçeğin duygusal ifade ve fikir birliği alt boyutu ile kullanılan AP yöntemleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Kadınların AP Yöntemine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Eş Uyumları Arasındaki İlişki

Özellikler	Eş uyumu		
	X±SD	İstatistik	p
Aile planlaması eğitimi Alma			
Alan	119.1±15.3	U=15074.500	p=0.000
Almayan	114.3±16.4		
Kullanılan AP yönteminin eş ile ilişkiyi etkileme durumu			
Etkiliyor	107.8±14.7	Kw=13.953	p=0.001
Etkilemiyor	117.9±16.2		
Kısmen etkiliyor	115.3±12.7		
Hamile kalma korkusunun eş ile ilişkiyi etkileme durumu			
Etkiliyor	110.8±12.4	Kw=12.170	p=0.001
Etkilemiyor	118.3±16.1		
Kısmen etkiliyor	114.8±16.1		
Kullanılan AP yöntemine karar verme durumu			
Kendim	112.8±13.5	Kw=30.857	p=0.001
Eşim	110.9±15.0		
Birlikte	119.5±16.0		
Sağlık Görevlisi	124.4±21.5		
Kullanılan AP yönteminden eşin memnuniyet durumu			
Memnun	118.0±16.4	Kw=12.526	p=0.002
Memnun değil	111.1±12.8		
Kısmen memnun	116.9±15.6		

Tablo 10’da kadınların kullandıkları AP yöntemine ilişkin bazı özellikleri ile eş uyum puanları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Aile planlaması konusunda eğitim alan kadınların eş uyum puanının almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmış, eğitim durumu ile eş uyumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**U=15074.500; p<0.001**).

Kullanılan aile planlaması yönteminin eşi ile ilişkisini etkilediğini düşünen kadınların eş uyum puanı, etkilemediğini ve kısmen etkilediğini düşünen kadınlara göre daha düşük bulunmuş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**Kw=13.953; p<0.001**).

Hamile kalma korkusunun eşi ile ilişkisini etkilediğini düşünen kadınların eş uyum puanı, eşi ile ilişkisini etkilemediğini ve kısmen etkilediğini düşünen kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmış olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**Kw=12.170; p<0.001**).

Kullandıkları AP yöntemine sağlık görevlisi karar veren kadınların en yüksek uyum puanına sahip olduğu saptanmış olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**Kw=30.857; p<0.001**).

Kullanılan AP yöntemden eşleri memnun olmayan kadınların eş uyum puanları daha düşük olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**Kw=12.526 ; p<0.01**)(Tablo 10).

5.TARTIŞMA

15-49 yaş arası evli kadınların kullandıkları etkin aile planlaması yönteminin eş uyumuna etkisini tanımlamak amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen veriler 4 bölümde tartışılmıştır.

5.1.Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri, kullandıkları yöntemler ile tanıtıcı özellikleri ve yönteme ilişkin bazı özellikleri arasındaki ilişkiyi gösteren bulguların tartışılması

5.2.Kadınların tanıtıcı özellikleri ve evlilik ilişkilerine ait özellikleri ile eş uyumları arasındaki ilişkiyi gösteren bulguların tartışılması

5.3. Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntem ile çift uyum ölçeğinden aldıkları puanlar ve ölçeğin alt ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişkinin tartışılması

5.4. Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemine ilişkin bazı özellikleri ile eş uyumları arasındaki ilişkiyi gösteren bulguların tartışılması

5.1. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri, Kullandıkları Yöntemler İle Tanıtıcı Özellikleri ve Yönteme İlişkin Bazı Özellikleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması

Dünyadaki doğurgan kadınların yarısından biraz fazlası bir kontraseptif kullanmaktadır (Özlece, 2006).

Halen dünyada çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere yaklaşık 900 milyon üreme döneminde aile mevcuttur. Bu ailelerin %43'ü gebelikten korunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu oran %42 iken gelişmekte olan ülkelerde bu oran Çin hariç sadece %27'dir (Dünya Sağlık Raporu, 1998).

Araştırma kapsamına alınan kadınların %25.8'RIA'yı, %13.6'sı Hap'ı, %33.3'ü kondom'u, %5.8'i tüp ligasyonu'nu, %1.5'i minihap'ı ,%19.9'u geri çekmeyi korunma yöntemi olarak kullanmaktadır. Kadınların %80.2'si etkin yöntem kullanırken, %19.9'u etkin olmayan yöntem kullanmaktadır (Tablo 4).

Ülkemizde TNSA-2008 verilerine göre geleneksel AP yöntemlerinden % 26.9'ile geri çekme yöntemi en fazla kullanılan yöntemdir. Bu nedenle araştırmamıza sadece geleneksel yöntemlerden geri çekme yöntemini kullanan kadınlar alınmıştır.

TNSA-2008 verilerine göre, evli kadınların, %46'sı modern ve %27.1'i geleneksel bir yöntem olmak üzere toplam %73.1'i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmakta olduklarını belirtmişlerdir. En fazla kullanıldığı söylenen yöntem % 26.9 ile geri çekmedir. Modern yöntemler arasında ilk sırada % 17 ile RIA, bunu %14.3 ile kondom izlemektedir ve üçüncü sırada ise %5.3 ile hap yer almaktadır (TNSA,2008). Bölgelere göre dağılıma bakıldığında Samsun'un içine alındığı Batı Karadeniz Bölgesi'nde herhangi bir yöntem kullanma oranı % 71.8, herhangi bir modern yöntem kullanma oranı %38.1, geleneksel yöntem kullanma oranı ise %33.7'dir. Bu çalışma kapsamına sadece yöntem kullananlar alındığı için yöntem kullanma yüzdesi ülke geneline ve Batı Karadeniz bölgesine göre yüksek bulunmuştur (TNSA, 2005) .

Araştırmamızda en fazla kullanılan AP yöntemi %33.3 ile kondomdur. Göngör ve ark.'nın çalışmasında da en fazla kullanılan modern AP yöntemi %34.1 ile kondom olduğu bulunmuştur (Göngör ve ark., 2006). Bu durum TNSA-2008 verileri ile uyumlu değildir, bu durumun sebebini araştırma kapsamındaki kadınların %49.5'inin eğitim durumunun lise ve üzeri eğitime sahip olması kondom kullanımını artırmış olabilir.

TNSA-2003 verilerine göre lise ve üzeri okul mezunları arasında en çok kullanılan yöntem % 21.3 oranla en fazla kondomdur (TNSA,2005). Eğitim düzeyi arttıkça bireyler daha güvenilir, yan etkileri daha az olan yeni ve modern AP yöntemleri seçmektedirler (Otluoğlu, 2008). Otluoğlu'nun yaptığı araştırmada da, eğitim düzeyi arttıkça kondom kullanımının arttığı tespit edilmiştir (Otluoğlu, 2008). Ersin ve ark. çalışmasında eğitim düzeyi artıkça kondom kullanımının arttığı bulunmuştur (Ersin ve ark,2003).

Araştırma kapsamındaki kadınların kullandıkları AP yöntemine ilişkin özellikleri kullandıkları yöntemi etkilemediği bulunmuştur (Tablo 2). Literatürde benzer bir araştırmaya rastlanmadığı için sonuçlar karşılaştırılamamıştır.

Araştırmamızda en fazla kullanılan yöntemler kondom, RİA, hap ve geleneksel yöntemlerden geri çekmedir. TNSA-2008 verilerine göre de en fazla kullanılan yöntemler ile paralellik göstermektedir.

5.2. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Ve Evlilik İlişkilerine Ait Özellikleri İle Eş Uyumları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada kadınların çift uyum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 117 'dir. Bu ölçeğin kesme noktası olan 101 puanının üzerindedir ve iyi bir evlilik uyumunu göstermektedir (Tablo 5).

Ülkemizde çift uyum ölçeğinin uyarlama çalışmasında (Fışiloğlu ve Demir, 2000) sağlıklı kişiler için ortalama 105.2 bulunmuştur. Spainer tarafından yapılan orijinal çalışmada ise normal popülasyon için 114.8 ortalama puanı elde edilmiştir (Fışiloğlu ve Demir, 2000). Bu araştırmadaki ortalama değer ölçeğin orijinali ile paralellik göstermektedir. Araştırmamızdaki kadınların evlilik uyumlarının yüksek çıkmasının sebebi araştırmanın örnekleminin farklılığından kaynaklanabilir, örneklem sadece il merkezinde yaşayan kadınlardan oluşmaktadır.

Araştırma kapsamındaki kadınların sosyo-demografik özellikleri ve evlilik ilişkilerine yönelik bazı özelliklerinin evlilik uyumuna etkisi değerlendirilmiştir. Literatür doğrultusunda bununla ilgili araştırma sonuçları çeşitlidir.

Bu araştırmada çocuğu olan kadınların evlilik uyum puan ortalaması 113.55, çocuğu olmayan kadınların evlilik uyum puan ortalaması 120.50 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$) (Tablo 7).

Araştırmadaki çocuksuz kadınların evlilik uyumlarının daha yüksek olması Fidanoğlu (2006), Fışiloğlu ve Demir (2000) ve Twenge ve ark. (2003) araştırmalarıyla paralellik göstermektedir. Bu çalışmalarda çocuk sahibi olma durumunda puan ortalamalarının düştüğünü bildirilmiştir (Fidanoğlu, 2006; Fışiloğlu ve Demir, 2000; Twenge ve ark., 2003). Çiftler çocuk sahibi olduktan sonra evliliklerinde bir tür stabilizasyon yaşanmakta ancak evlilik doyumlarında düşüş de buna eşlik edebilmektedir (Fidanoğlu, 2006). Kadınların çocuk sahibi olduklarında sorumlulukları artacağından, çocuk bakımı ve yetişmesinde primer bir role sahip olması ve bunun da kadın üzerinde stres yaratabilme olasılığı evlilik uyum puanını düşürmüş olabilir.

Araştırma kapsamında kadınların yaşı ile evlilik uyum puanları arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Kadınların yaşı arttıkça, evlilik uyumları azalma eğilimi göstermektedir. Bu bilgi literatürle uyumludur (Tablo 6).

Fidanoğlu'nun (2006) araştırmasında da yaş arttıkça ÇUÖ ölçeğinden alınan toplam puanın azaldığı belirtilmiştir (Fidanoğlu, 2006).

Evlilik süresinin evlilik uyumu ile ilişkisine baktığımızda bu ilişkinin anlamlı olduğu görülmüştür. Evlilik süresi ile evlilik uyumu arasında negatif bir ilişki bulunmuş, evlilik süresi arttıkça, uyumun azaldığı görülmüştür. Bu bilgi literatürle uyumludur. Araştırmalar, evlilik süresinin evlilik uyumunun azalmasında önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Demiray (2006) ve Fidanoğlu (2006) araştırmalarında evlilik süresinin artması ile evlilik uyumunun azaldığı belirtilmiştir (Demiray, 2006; Fidanoğlu, 2006). Uyumdaki bu değişim yaşam dönemlerindeki stresin artışına bağlanmıştır (Demiray, 2006). Bu durum evlilik süresi arttıkça kişilerin ilişkilerini yıpranmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Kadınların eğitim durumunun eş uyum puanını etkilediği bulunmuştur. Eğitim grupları arasında farklılığı yaratan ortaokul ve üniversite grubundan kaynaklandığı görülmüştür (Tablo 6)($p<0.05$). Ortaokul ve üniversite mezunu kadınların evlilik uyum puanları ilkökul ve lise mezunlarına göre anlamlı oranda yüksektir (Tablo 6). Eğitim durumunun kişilerin içinde bulunduğu sosyal ortamın oluşmasında etkili olduğu düşünülebilir ve kişilerin içinde bulunduğu bu sosyal ortam evlilik ilişkilerini ve uyumunu da dolaylı olarak etkilediği düşünülebilir.

Fidanoğlu (2007) yaptığı çalışma araştırmamızla paralellik göstermektedir, eğitim durumunun eş uyumunu etkilediğini bulmuştur (Fidanoğlu, 2007).

Literatürde farklı sonuçlar da mevcuttur, Bal (2007) araştırmasında eğitim durumunun eş uyumunu etkilemediğini bulmuştur.(Bal, 2007).Singh ve arkadaşları (2006) araştırmasında evlilik uyumunun kadının eğitim düzeyinden ve çalışma durumundan etkilenmediğini bulmuştur (Singh, ve ark. 2006). Araştırmamızda kadınların evlilik uyumu çalışma durumu ve eğitim düzeyinden etkilenmektedir, bu durum araştırmamızın örnekleminin coğrafi ve ekonomik farklılıklarından kaynaklanabilir.

Araştırmamız kapsamındaki kadınların aylık gelir durumu da evlilik uyumunu etkilemiştir. Gelir durumu giderine denk ve gelir durumu giderinden fazla olan kadınların evlilik uyumu gelir durumu giderinden az olan kadınlara yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Literatürde de bu yönde bilgiler mevcuttur.Yıldırım (1992) araştırmasında gelir durumunu evlilik uyumu etkilediğini bulmuştur (Yıldırım,1992). Kişilerin alım gücü arttıkça, istediklerine sahip olabilmekte ve buda evlilik uyumlarını olumlu etkilemektedir.

Evlenmeye karar verme şeklinin eş uyumu etkilediği, severek kendi isteğiyle evlenenlerin uyum puanı görücü usulü ile evlenenlerden daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Severek kendi isteğiyle evlenenler tanışma sürecinde birbirilerini daha yakından tanıdıkları ve kendi özgür iradeleriyle evlenecekleri kişiye karar verdikleri için evlilik uyumlarının yüksek olduğu düşünülebilir. Demir ve Fıfıloğlu (1999) kendi seçimiyle değilde başkalarının seçimiyle evlilik yapmanın evlilik uyumunu etkilediğini belirtmişlerdir (Demir ve Fıfıloğlu, 1999).

Kadınların çalışma durumunu evlilik uyumunu etkilediği, çalışan kadınların uyumunu daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 6). Bu sonuç çalışan kadınların kendilerini daha özgür hissetmelerine ve ekonomik özgürlüklerinin daha yüksek olmasına bağlı olabilir.

Kadınların aile tipinin çekirdek ya da geniş olması evlilik uyumlarını etkilememektedir (Tablo 7). Tutarel ve Çabukça (2000) 'nın bulguları sonucu desteklemektedir.

Tutarel ve Çabukça'nın (2000) yaptığı çalışmada sosyo-demografik değişkenlerin evlilik uyumunu etkilemediği bulunmuştur. Tutarel ve Kışlak bu çalışmalarında yaş, evlilik yılı, çocuk sayısı, iş, eğitim düzeyi gibi değişkenlerin evlilik uyumunu etkilemediğini belirtmiştir.

Bu araştırmanın sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Yaşın, eğitim durumunun, evlilik yılının, evliliğe karar verme şeklinin, çalışma durumunun, gelir durumunun evlilik uyumunu etkilediği bulunmuştur. Sosyo-demografik özellikler ve evlilikle ilgili bazı özelliklerin evlilik uyumunu etkilediği bulunmuştur.

5.3. Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntem İle Çift Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanlar ve Ölçeğin Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Aile planlaması uygulamalarının, kadın, anne ve çocuk morbidite ve mortalitesini azaltmasının yanı sıra yaşam kalitesini yükseltme, çocukların daha iyi eğitilmelerinin sağlanması, ailede kişi başına düşen ekonomik imkanlarının artması, kadının statüsünü dolaylı olarak artırması gibi olumlu etkileri de bulunmaktadır.

Aile planlaması çalışmalarındaki temel hedefin ana-çocuk sağlığını iyileştirmek olduğu bilinmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü 1997).

AP ile aile bireyleri arasında, gebe kalma korkusu ile yaşanan sorunlar biter ve huzurlu bir evlilik yaşamı başlar.

Araştırmaya katılan kadınların %33.3'ü kondom'u, %25.8'RIA'yı, %13.6'sı Hap'ı ve %19.9'u da geri çekmeyi korunma yöntemi olarak kullanmaktadır. Kadınların % 80.0'i etkin yöntem bir yöntem kullanmaktadır (Tablo 4). Ersin ve arkadaşları ile Akın ve arkadaşlarının çalışmaları modern yöntem kullanma bakımından çalışma sonucumuza benzerlik göstermektedir. TNSA 2008 araştırmasında araştırmamızdan farklı olarak eşlerin %26.9'unun hiçbir yöntem kullanmadığı, %46'sının modern yöntem ve %27.1'inin geleneksel bir yöntem kullandıkları saptanmıştır. Çalışmamızda herhangi bir yöntem kullanma oranı Türkiye genelinden ve yapılan çalışmalardan daha yüksek, fakat geleneksel yöntem kullanma oranının benzer olduğu görülmüştür. Yöntem kullanma oranının yüksek çıkma nedeni araştırma kapsamına sadece korunma yöntemi kullanan kadınların alınmasıdır.

Tablo 8'de görüldüğü gibi kadınların kullandıkları AP yönteminin eş uyumunu etkilediği, kondom kullananların eş uyum puanları 122.90 ile en fazla olduğu ve yöntemler içinde minihap kullanan kadınların eş uyum puanlarının 101.33 ile en düşük olduğu bulunmuştur. Eş uyumu ile kullanılan kontraseptif yöntem arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**Kw=15.822; p<0.001**) (Tablo 8).

ÇÜÖ'nin alt ölçeklerinin puanlarında ise kondom ve tüpligasyonu kullananların memnuniyet-doyum puanı diğer yöntemlere göre daha yüksektir (p<0.05) (Tablo 9). Fikir birliği düzeyinde ise kondom kullananların puanları anlamlı olarak

yüksektir. Duygusal ifade ve bağlılık puanları açısından kullanılan yöntemler arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Araştırmamız kapsamında kadınların kullandıkları yöntemlere göre evlilik uyumları sırasıyla kondom, tüpligasyonu, RİA, hap, geri çekme ve mini hap şeklindedir.

Günümüzde HIV enfeksiyonu dahil cinsel yolla bulaşan hastalıkların artmasıyla kondom kullanımı artmaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü,2000). TNSA-2003 verilerine göre kadınların eğitim düzeyi arttıkça kondom kullanım oranı da artmaktadır. Kondomun aile planlaması dışında da yararları vardır; infertilite, serviks kanseri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu etkisi ve aynı zamanda kontrasepsiyonun sorumluluğunu erkeklerinde paylaşması gibi yararları vardır (T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2000; Akın, 2008).

Kondom kullanmadan önce herhangi bir tetkik yaptırmaya gerek yoktur, ücretsiz temin edilebilir, reçetesiz alınabilir, kolay temin edilir, ucuz olması, tıbbi bir izleme gerek olmaması, sorumluluğun erkekte olması, lateks alerjisi dışında herhangi bir yan etkisinin olmaması, doğurganlığa bir etkisinin olmaması nedeniyle kondom kullanan kadınların uyum puanları yüksek bulunmuş olabilir.

Tüpligasyonu kullanan kadınların uyum puanları yüksek bulunmuştur. Sebebi eşlerin kontrasepsiyon sorununun ortadan kalması, cinsel ilişkiyi etkilememesi ve ileri dönemlerde ortaya çıkan bir yan etkisinin olması nedeniyle olabilir.

5.4. Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemine İlişkin Bazı Özellikleri İle Eş Uyumları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması

Aile planlaması hakkında eğitim alan kadınların geri çekmeyi korunma yöntemi olarak kullanma oranı eğitim almayan kadınlara oranla daha azdır, ama istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (Tablo 2). Evlilik uyum puanı eğitim alan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10) ($p<0.05$), bu durum kadınların kullandığı yöntem hakkında bilgi sahibi olmanın verdiği güvenden kaynaklanabilir. Bu nedenle halk sağlığı hemşireleri AP yöntemlerinin etkin bir şekilde kullanımı hakkında eğitim yapmalı, özellikle gençlere bu konuda eğitim verilmelidir.

Kullandıkları korunma yönteminin eşi ile ilişkisini etkilediğini düşünen kadınların evlilik uyum puanları etkilemediği düşünen ve kısmen etkilediğini düşünen kadınlara göre anlamlı oranda farklı bulunmuştur. Kullandıkları yöntemin eşleri ile ilişkilerini etkilediğini düşünen kadınların evlilik uyum puanları diğerlerine göre düşüktür (Tablo 10) ($p<0.05$)

Hamile kalma korkusu yaşayan ve bunun eşi ile ilişkisini etkilediğini düşünen kadınların %50'si korunma yöntemi olarak geri çekmeyi kullanmaktadırlar (Tablo 2) ama bu veri istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Hamile kalma korkusu yaşadığını ifade eden kadınların evlilik uyum puanları, hamile kalma korkusu yaşamayan ve kısmen yaşayan kadınlara göre daha düşük ve anlamlı bulunmuştur (Tablo 10) ($p<0.05$). Bu durum hamile kalma korkusunun kadın üzerinde yarattığı tedirginliği eşine yansıtmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Aile planlaması yöntemine karar vermede kendi karar verenlerin çoğunluğu %47.8 'i RİA'yı, eşi karar verenlerin %66'sı geri çekmeyi, birlikte karar verenlerin %40 'ı kondom'u, kullandıkları yönteme sağlık görevlisi karar verenlerin (%30.8) 'i hap kullanmaktadır (Tablo 2). Kullanılan yönteme karar vermenin eş uyumuna etkisine bakacak olursak aradaki anlamlı bir fark vardır. Evlilik uyum puanları sırasıyla sağlık görevlisi, birlikte, kendim ve eşim şeklinde azalmaktadır. Kullanılan yönteme birlikte karar verenlerin ve sağlık görevlisinin karar verdikleri yüksek uyum puanına sahiptir (Tablo 10). En düşük uyum puanına kullanılan yönteme eşi karar verenler sahiptir, eşi karar verenlerin %66'sı geri çekme yöntemini kullanmaktadır, kadınların kendilerini ve eşlerini ilgilendiren bir konuda kararı eşlerinin tek başına vermesi onlarda güven eksikliğine yol açabilir buda evlilik uyumunu etkileyebilir. Kadın kullandıkları yönteme

eşi ile beraber veya sağlık görevlisi ile karar verdiklerinde evlilik uyumları daha yüksektir ($p<0.05$). Bu durumun kadınların kendisi ve eşini ilgilendiren bir konuda karar alma noktasında söz sahibi olmanın kadına verdiği güvenden kaynaklanabileceği düşünülebilir. Kullandığı yönteme sağlık görevlisi karar veren kadınlar en yüksek uyum puanına sahiptir, kullandıkları AP yöntemine bir sağlık profesyonelinin karar vermesi kadınların korunma konusunda kendilerini emin ve rahat hissetmelerinden kaynaklanabilir.

Kullanılan AP yönteminden eşin memnuniyet durumunda, eşi memnun olmayanların %50'si geri çekmeyi, memnun olanların 38.8'i RİA'yı, kısmen memnun olanların % 64.6.'sı kondom kullanmaktadır (Tablo 2). Yöntemden eşlerin memnun ve kısmen memnun olanların evlilik uyum puanları ile memnun olmayanların uyum puanları arasında anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Eşleri memnun ve kısmen memnun olanların evlilik uyumları olmayanlara göre daha iyidir (Tablo 10). Kadınların kullandıkları AP yönteminden eşlerinin memnun olması, kadınların evliliklerindeki uyumu olumlu etkiliyor.

Gabalıcı (2008) kullanılan yöntemin cinsel yaşama etkisi ile ilgili bir araştırma yapmış ve araştırmanın sonuçlarına göre; daha önce kondom kullanan ve %76 oranında sorun yaşayan kadınların 8'i eşinin kondomu istemediğini, 5'i gebe kalma endişesi olduğunu, 2'si yöntemi kullanırken gebe kaldığını, 2'si kondomdan tiksindiğini ve yine 2'si kondomun yırtıldığını ifade etmiştir. Yine eşi kondom kullanan 92 kadından, %6'sı eşlerinin yöntemden çok memnun olduğunu, %66'sı memnun olduğunu ve 20'si memnun olmadığını ifade etmişlerdir (Gabalıcı, 2008). Araştırmamız da korunma yöntemi olarak kondomu tercih eden kadınların %26.8'inin eşi bu yöntemden memnun, %64.6'sının eşi kısmen memnun ve % 18.8'i kondomdan memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmamızda kadınların eşlerinin memnun olmadıkları yöntem olarak %50 ile geri çekme ilk sırayı alırken, kondom ikinci sıradadır. Erkeklerin geri çekme yönteminden memnun olmamasının sebebi; cinsel doyumsuzluğa yol açması, cinsel ilişkinin bölünmesi gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Erkeklerin kondomdan memnun olmaması kontrasepsiyon sorumluluğunu paylaşmak istememe düşüncesi olabilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

15-59 yaş arası evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi ve kullandıkları yöntemin eş uyumuna etkisini tanımlamak amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilenlere göre;

- Kadınların tanıtıcı özelliklerinin (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık gelir durumunun) ve kullandıkları yöntemle ilişki özelliklerinin (AP konusunda eğitim alma, kadınların kullandıkları yöntemden eşin memnun olması, kadınların hamile kalma korkusu yaşaması, kadınların kullandıkları yöntemin eşi ile ilişkisini etkileme durumu ve kadınların kullandıkları yöntemle kimin karar verdiği kullandıkları aile planlaması yöntemini etkilememektedir ($p>0.05$) (Tablo 1, Tablo 2).
- Araştırma kapsamına alınan kadınlardan 1322'si (%33.3) kondom, 102'si (%25.8) RİA, 79'u (%19.9) geri çekme, 54'ü (%13.6) hap, 23'ü (%5.8) tüpligasyonu ve 6'sı (%1.5) minihapı aile planlaması yöntemi olarak kullanmaktadır (Tablo 4).
- Kadınların eş uyumları iyi düzeyde bulunmuştur (Tablo 5) .
- Kadınların aylık gelir gelirinin evlilik uyumunu etkilediği , gelir giderine eşit olanların evlilik uyum puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 6)
- Kadınların eğitim düzeyinin evlilik uyumunu etkilediği, üniversite ve ortaokul mezunlarının evlilik uyum puanı lise ve ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 6) ($p<0.05$) .
- Kadınların yaşının evlilik uyumunu etkilediği, yaşın artmasıyla evlilik uyumunun azaldığı saptanmıştır (Tablo 6) ($p<0.05$) .
- Kadınların çalışma durumunun evlilik uyumunu etkilediği saptanmış, çalışan kadınların evlilik uyum puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 6) ($p<0.05$).
- Kadınların evlilik yılının eş uyumunu etkilediği, evlilik yılının artmasıyla evlilik uyumunun azaldığı bulunmuştur (Tablo 7) ($p<0.05$) .

- Kadınların evlenme şeklinin eş uyumunu etkilediği, severek kendi isteğiyle evlenen kadınların evlilik uyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 7) ($p<0.05$).
- Kadınların çocuk sahibi olmasının eş uyumlarını etkilediği, çocuğu olmayan kadınların evlilik uyum puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 7) ($p<0.05$).
- Kadınların aile tipinin ve çocuk sayılarının evlilik uyumunu etkilemediği bulunmuştur (Tablo 7) ($p>0.05$).
- Kadınların kullandıkları AP yönteminin eş uyumunu etkilediği saptanmış, kondom kullanan kadınların evlilik uyumları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 8) ($p<0.05$).
- Kadınların kullandıkları AP yönteminin ÇUÖ alt boyutlarından memnuniyet-doyum ve fikir birliğini etkilediği, kondom kullanan kadınların memnuniyet-doyum ve fikir birliği puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9) ($p<0.05$).
- Kadınların AP konusunda eğitim alması eş uyumunu etkilediği, aile planlaması eğitimi alan kadınların evlilik uyum puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10) ($p<0.05$).
- Kadınların kullandıkları AP yönteminin eşi ile ilişkisini etkilemenin eş uyumunu etkilediği, korunma yönteminin eşi ile ilişkisini etkilediğini düşünen kadınların evlilik uyum puanları daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 10) ($p<0.05$).
- Hamile kalma korkusu yaşayan ve bu durumun eşi ile ilişkisini etkilemenin eş uyumunu etkilediği, hamile kalma korkusunun eşi ile ilişkisini etkilediğini düşünen kadınların evlilik uyum puanları daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 10) ($p<0.05$).
- Kullanılan AP yöntemine kimin karar verdiğinin eş uyumunu etkilediği, kullandığı yönteme sağlık görevlisi karar veren kadınların evlilik uyumları daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 10) ($p<0.05$).
- Kullanılan AP yönteminden eşin memnuniyet durumunun eş uyumunu etkilediği, kullandığı yöntemden eşi memnun olan kadınların evlilik uyumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 10) ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

Bu araştırma 15-49 yaş arası evli kadınların kullandıkları AP yönteminin eş uyumuna etkisi araştırılmıştır

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şunlar önerilebilir;

- Özellikle halk sağlığı hemşirelerince evli kadınlara ve eşlerine modern AP yöntemleri hakkında danışmanlık yapılması
- Eğitiminden sorumlu tüm kurumların toplumu AP konusunda bilinçlendirmesi
- Aile planlaması yöntemlerinin evlilik uyumuna etkisi konusunda çiftlerin bilgilendirilmesi
- Halk sağlığı hemşirelerinin aile planlaması danışmanlık hizmetlerini, evli kadınların ve eşlerinin birlikte gereksinimlerine cevap verecek şekilde düzenlenmesi
- Uyumlu evlilik ilişkisinin geliştirilmesi için halk sağlığı hemşireleri tarafından aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması
- Eşi kondom kullanan kadınların evlilik uyum puanlarının yüksek olmasının nedenlerinin araştırılması
- Aile hekimlerinin, toplum sağlığı merkezlerinin ve ana-çocuk sağlığı merkezlerinin çalışma alanındaki üreme çağındaki kadınlara halk sağlığı hemşiresi ile birlikte ulaşarak etkin yöntemleri kullanma konusunda teşviki önemlidir.
- Aile planlaması eğitimlerinin eşlerin her ikisini de kapsamaması evlilik uyumu üzerine yararlı olacaktır.
- Bu konunun daha iyi aydınlatılabilmesi için, yapılacak çalışmalarda kadınların eşlerinin de dahil edilmesi ve ileriye dönük çalışmalar yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Aile Planlaması Kurs Rehberi. (1995). Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara.
- Akın, A. (2008). Aile Planlaması. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. İkinci Baskı Ed(ler), Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S., Önderoğlu, L. S., Yaralı, H., Yüce, K. İstanbul, 109-135.
- Aksakoğlu, G. (2006). *Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri*. Dokuz Eylül Üniv. Rektörlük Matbaası.
- Akyıldız, N. (2002). Anne ve Çocuk Sağlığı. Gazi Üniversitesi, II. Basım, Ankara, 3-21.
- Bal, H. (2006). Bağlanma stilleri, cinsiyet rolleri ve evlilik uyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Arşiv, M.H. (2008). Aydın Doğumevi'ne aile planlaması için başvuran kişilerin kontraseptif yöntem tercihleri ve etkileyen faktörler. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Aydın.
- Bayık, A. (1994). *Ebe ve Hemşireler İçin Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgiler*, İzmir, 3-9.
- Bayık, A., Erefe, İ., Uysal ve Ark. (2001). Aile Planlaması Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü ve Etkili Danışmanlık Konulu Videolu Film Modülünün Etkinliğinin Saptanması. *I. Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi*, Ankara, Özet Kitabı, 263.
- Child Health and Reproductive Health. (1999). *Definitions and Indicators in Family Planning Maternal*. World Health Organization. European Regional Office.
- Clark, M. Jo. (1999). *Nursing in the Community Dimensions Of Community Health Nursing*, Appleton and Lande, USA, 511-514.
- Çalı, Ş. (1997). Nüfus ve Nüfus Sorunları. *Aile Planlamasında Temel Bilgiler*. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 17-25.
- Çoşkun, A. (2007). Üreme Sağlığı Danışmanlığı. *5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi*, Ankara, Özet Kitabı, 140-142.
- Demir, A. ve Fıfıloğlu, H. (1999). Loneliness and marital adjustment of Turkish couples. *The Journal of Psychology*, **133 (2)**, 230-240.
- Demiray, Ö. (2006) Evlilikte Uyumun Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi. Dicle Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi. Diyarbakır

- Dirican, R., Bilgen, N. (1992). *Halk Sağlığı*. Bursa.Uludağ Üniversitesi, II.Baskı ,Bursa,377-390.
- Dirican, R. (1998). Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması .*Prof.Dr.Nusref Fişek'in kitaplaşmamış yazıları II*, Ana Çocuk Sağlığı, Ankara, 81-177.
- Dünya Sağlık Raporu. (1998). Dünya Sağlık Örgütü. Çev.Ed(ler), Metin, B., Akın, A., Güngör, İ. Ankara, 7-112.
- Erefe, İ. (1998). *Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitab*, İstanbul.
- Ersin, F., Gözükar, F.,Şimşek, Z., Kayahan, M., Kurçer, M.A. (2003). Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Yöntem Bırakma Nedenleri. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, **5(1)**, 30-37.
- Fışıloğlu, F., Demir, A.(2000). Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for Measurement of Marital Quality with Turkish Couples.*European Journal of Psychological Assessment*, **16 (3)**, 214-218.
- Fidanoğlu, O. (2007). Evlilik Uyumu İle Eşlerin Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Diğer Sosyo demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması.Marmara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Fidanoğlu, O. (2006). Evlilik uyumu, mizah tarzı ve kaygı düzeyi arasındaki ilişki. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Gabalcıoğlu, E. (2008). Üreme Çağındaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşamlarına Etkisi.Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.Ankara.
- Giray, H., Keskinoğlu, P. (2006) Işıkent Sağlık Ocağı'na Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Etkileyen Etmenler. *Sted* , **15 (2)**,23-26.
- Güngör, S. ,Başer, İ., Göktolga, Ü., Özkömür, E., Keskin, U.(2006). Koitus Interruptus (geri çekme) yönteminin etkinliği ve eğitim seviyesinin önemi.*Gülhane Tıp Dergisi* .**48**, 8-10.
- Gürbüz, Ş. (2007). İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun İn Vitro Fertilizasyon –Embriyo Transferi (IVF-ET) Sonuçlarına Etkisi.Marmara Üniversitesi. Kadın ve Doğum Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Hatcer, RA., Kowal, D., Guest F., Et al. (1990). *Kontraseptif Yöntemler*. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını No:1,Uluslararası Basım, Ankara,4-40.
- İnaç, N., Çoşkun, A., Okumuş, H., Taşkın, L., Ekizler, H., Karanisoğlu, H., Yılmaz , D.,

- Kömürcü, N., Pasinlioğlu, T. (1996). *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. Ed. Çoşkun, A.Vehbi Koç Vakfı, Birlik Ofset Ltd.Şti. İstanbul.
- Kahraman, K. (2005). Nevşehir Özkonak Kasabasında Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları,Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Naçar, M. (2002). Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Kullanmaya Etkisi, Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kayseri.
- Kalkan, M. (2002). Evlilik İlişisini Geliştirme Programının Evlilerin Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Doktora Tezi. Samsun.
- Karasar, N.(1994). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd Ankara, 7. Baskı.
- Kaya, H.ve Ark. (2008). Bingöl İli Uydükent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.**22(4)**, 185-191.
- Kişioğlu, A., Öztürk, M. (2002). Isparta İli Sadık Yağcı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Aile Planlaması polikliniğine 2000 yılında başvuran hastaların değerlendirilmesi.*8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Özet Kitabı*, Diyarbakır, 193-196.
- McEwen , M.(2002) *An Introduction..Family Plannig. Community-Based Nursing*, Saunders, 269-271.
- Mıhçıokur, S., Akın, A. (1998). Dünyada ve Türkiye’de anne ölümleri. *Sağlık ve Toplum*, **8**, 41-37.
- Nies, M., McEwen, M. (2001). *Community Health Nursing Promoting The Health of Populations*, W.B. Saunders Company, London, 365-367.
- Otluoğlu H.(2008) Malatya il merkezinde aile planlaması kullanan 15–49 yaş grubu evli kadınlarda kullanılan yöntem ve yöntem seçimini etkileyen faktörler. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.Ankara.
- Özlece, F. (2006). Kayseri İl Merkezinde Lise Son Sınıf Öğrencile Planlamasına İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi,Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Öztürk, Y.,Günay, O. (1995). *Aile Sağlığı El Kitabı*. Erciyes Üniversitesi Yayınları No:83, Kayseri,58-50.

- Özyurda, F. (1997). Danışmanlık, *Aile Planlamasında Temel Bilgiler*. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı., İstanbul, 49-55.
- Quillian, Z.(1995). *Obstetrik ve Jinekoloji ,Çağdaş Tedavi*, Çeviri Editörü: Güner, H. Atlas Kitapçılık.Tic.Ltd. Ankara ,115-119.
- Samsun İl Sağlık Müdürlüğü. (2008). Açıp Şube Müdürlüğü Verileri, Samsun.
- Sarıdoğan, M. E., Karahan. M.F. (2005). Evli Bireylere Yönelik Bir İnsan İlişkileri Beceri Eğitimi Programı'nın Evli Bireylerin Evlilik Uyum Düzeylerine Etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. **38(2)**, 89-102.
- Saygılı, P. (2003). Üreme Sağlığı Hizmetinde Hemşirenin Rolü.3. *Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi*, Ankara, Özet Kitabı, 136-138.
- Saygılı, P.(2007). Üreme Sağlığı Danışmanlığı Neleri Kapsar.5. *Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı*.Ankara, 132.
- Savran, O. C. (2006). Gecekondu Bölgesinde Yaşayan Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Saptanması. Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Sayın, Ö. (1990). Ailenin Toplumdaki Yeri. *Aile Sosyolojisi*. İzmir. Ege Üniversitesi Basımevi.
- Sergek, E. (2005). Kadınların sezaryen sonrası seçtikleri aile planlaması yöntemleri ve bu yöntemleri seçme nedenlerinin dağılımı, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep
- Singh, R., Thind, S.K.,Jaswal, S. (2006). Assesment of Marital Adjustment among Couples with Respect to Women's Educational Level and Employment Status. *Anthropologist*. **8(4)**, 259-266
- Smith, C., Maurer, F. (2000). *Community Health Nursing Theory and Practice*, second edition, 660-6450.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*.**38**, 15-28.
- Şatıroğlu, H. M.(2005). Üreme Sağlığı Etiği. 4. *Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi*. Konuşma Metinleri, Ankara.
- T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1997). *Aile Planlamasında Genel Bilgiler*.İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul ,1-5

- T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1992). *Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı*, Ankara,7-54.
- T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1984). *Ana Sağlığı ve Aile Planlaması Ders kitabı*, Ankara, 3-64.
- T.C Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1996). *Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı*. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. 2.Basım ,1-9.
- T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2000). *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi*. Ankara, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic.Ttd.Şti. Cilt II, Ankara, 311-100
- T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2000). *Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi..* Cilt I. Ankara ,Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic.Ttd.Şti, 3-4.
- T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2005). *Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı*,Ankara.
- TC.Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1994). *Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık,Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu.,Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. Ed, Akın, A. Ankara.*
- T.C Sağlık Bakanlığı (1995). *Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık, Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu.Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. Ed. Akın, A. İkinci Baskı, Ankara.*
- Taşkın, L. (2003). *Aile Planlaması. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*.VI.Baskı, Ankara, 429-451.
- Tekin, N., Coşkun, A., Özsoy, S. (1990). *Aile Planlaması Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi,Ebe ve Hemşirenin Değişen Sorumlulukları. Hemşirelik Bülteni, 3(12), 8-11.*
- Turan, H. I. (2005).I. Basamak Sağlık Kurumlarında Üreme Sağlığı Danışmanlığı. *4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Özet Kitabı, Ankara, 51-52*
- Tutarel-Kışlak, Ş.,Çabukça,F.(2002) *Empati ve demografik değişkenlerin evlilik uyumuna etkisi. Aile ve Toplum Dergisi, 5(2), 1-6.*
- Tutarel-Kışlak, Ş. (1999). *Evlilikte Uyum Ölçeğinin (EUÖ) güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. 3P Dergisi, 7(1), 50-57.*

- Türk, R. (2006). 2-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirmeyi Aile Planlaması Yöntemi Olarak Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2005). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. 2.Baskı. Ankara, 61-79
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 ön raporu (2005). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Ankara.
- Twenge, M.J., Campbell, K.W., Foster, A.C. (2003). Parenthood And Marital Satisfaction. A Meta Analytic Review. *Journal Of Marriage And Family*. **65(3)**, 574-583.
- Yıldırım, İ. (1992). Evli Bireylerin Uyum Düzeylerini Etkileyen Bazı Etmenler. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Yılmaz, A.(2001). Eşler Arasındaki Uyum: Kuramsal Yaklaşımlar ve Görgül Çalışmalar. *Aile ve Toplum Dergisi*.**4(1)** Cilt:Eylül-Aralık
- Wrinkler, W.(2000). *Toplum Sağlığı Hemşireliği Öğretmen'in Elkitabı*. Ders 3,Ders 4.

8. EKLER

Ek 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1)Yaşınız?.....

2)Eğitim Durumunuz?

İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()

3)Çalışıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

4)Kaç yıldır evlisiniz?.....

5)Evlenmeye nasıl karar verdiniz?

Tanışarak () Görücü usulü () Diğer (belirtiniz.....)

6)Aile tipiniz?

Çekirdek () Geniş ()

7)Çocuğunuz var mı?

Evet () Hayır ()

8)7. soruya cevabınız ever ise sayısı?

1 () 2 () 3 () 4 ve daha fazla ()

9)Aylık gelirin ne kadardır?.....

Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla ()

10)Aile planlaması hakkında eğitim aldınız mı?

Evet () Hayır ()

11)Kullandığınız aile planlaması yöntemi eşinizle ilişkinizi etkiliyor mu?

Evet () Hayır () Kısmen ()

12)Hamile kalma korkusu eşinizle ilişkinizi etkiliyor mu?

Evet () Hayır () Kısmen ()

13)12. soruya cevabınız evetse nasıl etkiliyor,belirtiniz?

(.....)

14)Kullandığınız aile planlaması yöntemini işarateleyiniz.

()Spiral (RİA) ()Minihap
()Hap(KOK) ()İğne
()Kondom(prezervatif) ()Diyafraam
()Fital-Köpük ()Vazektomi
()Tüpligasyonu ()Geri çekme
()İmplant

14)Kullandığınız aile planlaması yöntemine kim karar verdi?

Kendim () Eşim () Birlikte () Sağlık görevlisi ()

15)Eşiniz kullandığınız aile planlaması yönteminden memnun mu?

Evet () Hayır () Hayır ()

Ek.2.

ÇİFTLER UYUM ÖLÇEĞİ

Birçok insanın ilişkilerinde anlaşmazlıkları vardır. Lütfen aşağıda verilen maddelerin her biri için siz ve eşiniz arasındaki anlaşma veya anlaşamama ölçüsünü aşağıda verilen altı düzeyden birini seçerek belirtiniz.

	Hemen hemen		Nadiren	Sıkça	Hemen hemen	
	Her zaman anlaşmaz	her zaman anlaşmaz			her zaman anlaşmaz	Her zaman anlaşmaz
1. Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi.....						
2. Eğlenceyle ilgili konular.....						
3. Dini konular.....						
4. Muhabbet-sevgi gösterme.....						
5. Arkadaşlar.....						
6. Cinsel yaşam.....						
7. Geleneksellik (doğru veya uygun davranış).....						
8. Yaşam felsefesi.....						
9. Anne, baba ya da yakın akrabalarla ilişkiler.....						
10. Önemli olduğuna inanılan amaçlar, hedefler ve konular.....						
11. Birlikte geçirilen zaman miktarı.....						
12. Temel kararların alınması.....						
13. Ev ile ilgili görevler.....						
14. Boş zaman ilgi ve uğraşları.....						
15. Mesleki kararlar.....						

	Hemen hemen		Zaman zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
	Her zaman	her zaman				
16. Ne sıklıkta boşanmayı, ayrılmayı ya da ilişkinizi bitirmeyi düşünür ya da tartışırsınız?.....						
17. Ne sıklıkla siz veya eşiniz kavgaдан sonra evi terk edersiniz?.....						
18. Ne sıklıkla eşinizle olan ilişkinizin genelde iyi gittiğini düşünürsünüz?.....						
19. Eşinize güvenir misiniz?.....						
20. Evlendiğiniz için hiç pişmanlık duyar mısınız?.....						
21. Ne sıklıkla eşinizle münakaşa edersiniz?.....						
22. Ne sıklıkla birbirinizin sinirlenmesine neden olursunuz?.....						

	Hemen hemen		Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
	Her gün	Her gün			
23. Eşinizi öper misiniz?.....					
24. Siz ve eşiniz ev dışı etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız?.....					

Aşağıdaki olaylar siz ve eşiniz arasında ne sıklıkta geçer?

	Hiçbir zaman	Ayda birden az	Ayda bir veya iki defa	Haftada bir veya iki kere	Günde bir defa	Günde birden fazla
25. Teşvik edici fikir alışverişinde bulunmak.....						
26. Birlikte gülmek.....						
27. Birşeyi sakince tartışmak.....						
28. Bir iş üzerinde birlikte çalışmak.....						

Eşlerin bazı zamanlar anlaşmışları, bazen anlaşamadıkları konular vardır. Eğer aşağıdaki maddeler son birkaç hafta içinde siz ve eşiniz arasında görüş farklılığı veya problem yarattıysa belirtiniz (Evet veya Hayır'ı işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
29. Seks için çok yorgun olmak.....		
30. Sevgi göstermemek.....		

31. Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki "mutlu" birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinizi en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

[] Aşırı mutsuz [] Oldukça mutsuz [] Az mutsuz [] Mutlu [] Oldukça mutlu [] Aşırı mutlu [] Tam anlamıyla mutlu

32. Aşağıda belirtilen cümlelerden ilişkinizin geleceği hakkında ne hissettiğinizi en iyi şekilde tanımlayan ifadeyi lütfen işaretleyiniz.

- [] İlişkinin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapamayacağım hiçbirşey yoktur.
[] İlişkinin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için yapabileceklerimin hepsini yapacağım.
[] İlişkinin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için payıma düşeni yapacağım.
[] İlişkinin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapmam.
[] İlişkinin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapmayı reddederim.
[] İlişkinin asla başarılı olmayacak ve ilişkinin yürümesi için benim daha fazla yapabileceğim birşey yok.

Ek.3.

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR
YEREL ETİK KURULU (TAYEK)

Sayı: EK: 109

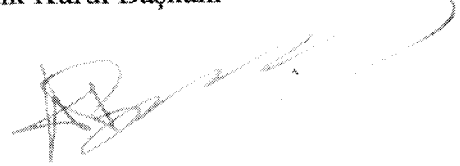
06.03.2009

Sayın Prof.Dr.Yıldız Pekşen

Etik kurulumuza sunmuş olduğunuz '15-49 yaş arası evli kadınların kullanıkları etkin aile planlaması yönteminin eş uyumuna etkisi' başlıklı OMÜ Etik 2009/ 93 Karar nolu **Anket** nitelikli araştırma projeniz, TAYEK Yönergesine göre; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamalarınız dikkate alınarak, değerlendirilmiş olup etik açıdan uygun bulunduğuna, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun etik kurulumuza bildirilmesine, 26.02.2009 tarihli etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

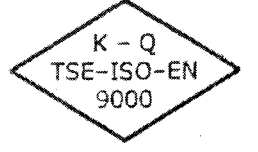
Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Ahmet BAŞOĞLU
Etik Kurul Başkanı



Eki 1. Sonuç Raporu

Ek.4.



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.ISM.4.55.00.05-1292-40723

03-12-2008

Konu: Nesime GÜZEL' in Anket
Çalışması Hak.

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İLGİ: 19.11.2008 tarih ve B.30.2.ODM.0.70.00.00/107-07567 sayılı yazınız,

İlgi yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği ABD yüksek lisans öğrencisi Nesime GÜZEL' in "15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Kullandıkları Etkin Aile Planlaması Yönteminin Eş Uyumuna Etkisi" konulu tezi ile ilgili anket çalışmasını 01.12.2008 ile 28.02.2009 tarihleri arasında ilimiz İlkadım, Canik ve Atakum ilçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine bağlı Aile Hekimlerine kayıtlı bulunan 15-49 yaş grubu evli kadınlar üzerinde yapma talebi Müdürlüğümüzce değerlendirilmiş olup uygun bulunmuştur. Konunun ilgiliye tebliği hususunda, Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Dr. Mustafa KASAPOĞLU
İl Sağlık Müdürü

9.ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Ordu'da doğmuş, 2002 yılında Fatsa Anadolu Lisesinden mezun olmuştur. 2006 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun olmuştur. 2007 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek lisans programına başlamıştır. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi özel servis de klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır.Yabancı dili İngilizcedir.