



T. C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**DÜZCE İLİ BEYKÖY AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE
BAĞLI POSPARTUM DÖNEM KADINLARIN
GEBELİKTE KORUNMA DURUMLARI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

HİHAL TÜLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Düzce 2019



T. C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DÜZCE İLİ BEYKÖY AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAĞLI
POSPARTUM DÖNEM KADINLARIN GEBELİKTE
KORUNMA DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

PROF DR. ATILLA SENİH MAYDA

Düzce 2019

Form:6

KABUL VE ONAY

Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan
"Düzce İli Beyköy Aile Sağlığı Merkezine Bağlı Postpartum Dönem Kadınların Gebelikten Korunma
Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi"
adlı çalışma, aşığıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 11/11/2019

TEZ SINAV JÜRİSİ

Prof. Dr. Atilla Serhat MAYDA
Düzce Üniversitesi
Başkan

Prof. Dr. Adnan ÖZÇETİN
Düzce Üniversitesi
Üye

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Sakarya Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun 14 / 11 / 2019 tarih ve 2019/387 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Adnan ÖZÇETİN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ÖZET

DÜZCE İLİ BEYKÖY AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAĞLI POSTPARTUM DÖNEM KADINLARIN GEBELİKTEN KORUNMA DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Hilal TÜLÜ

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Danışman: Prof Dr. Atilla Senih MAYDA

Eylül 2019, 39 sayfa

Bu kesitsel çalışmanın amacı Düzce ili Merkez ilçesine bağlı Beyköy Aile Sağlığı Merkezine (ASM) başvuran postpartum dönem kadınların gebelikten korunma durum ve faktörlerinin, uygulan ankete göre tutarlı olup olmadığının araştırılmasıdır.

Araştırmanın evreni Düzce ili Merkez ilçesinde bulunan Beyköy ASM kayıtlı 01.01.2016 ile 01.01.2018 tarihleri arasında doğum yapan 118 kadındır. Katılımcıların aile planlamasına yönelik tutumlarının ölçülmesi amacıyla hazırlanan 34 maddeden oluşan Aile Planlaması Tutum Ölçeği formu kasım-aralık 2018 tarihleri arasında kadınlara yüz yüze görüşülerek uygulandı. Araştırmaya katılanların aile planlaması bilgi ve seçme durumuna göre, kadınların %71,7'sinin bilgi kaynağı olarak sağlık personeli olduğu, %94,3'ünün aile planlaması hakkında bilgi sahibidir. Kadınların %84'ünün en az bir AP yöntemi kullanmayı düşündüğü, %16'lık hayır diyen grubun sebepleri arasında %5,7'sinin eşinin istemediği, %3,8'inin hazır olmadığı saptandı. Yöntemi seçenlerin arasında %32,1'i kondom, %20,8'i RİA yöntemini seçmek istediğini, yöntemi seçme nedenleri arasında %58,5'inin yan etkisi olmadığı için, %12,3'ünün ise etkili olduğu için tercih ettiği saptandı. Aile Planlaması Tutum Ölçeğine verilen cevaplarda, kadınların sosyo-demografik özellikler ve obstetrik özellikleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunmadığı, ancak APTÖ puanları göz önüne alındığında sosyo-ekonomik özellikler kapsamında, üniversite mezunlarının, çalışanların, sosyal güvencesi olanların, ekonomik durumu iyi olanların ve obstetrik özellikler kapsamında ise düşük ve kürtaj öyküsü olanların daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak postpartum dönemdeki kadınlarda aile planlaması algısının yüksek olup, bu dönemdeki kadınların, aile planlamasına olumlu destek verdikleri, aile planlaması kapsamında doğum kontrol yöntemlerinden yararlandıkları, postpartum dönemde gebelikten kaçındıkları ve uygulamayı tercih ettikleri yöntemlerin başında modern/etkili doğum kontrol yöntemlerinin geldiği sonucuna ulaşılmaktadır. Tüm bu olumlu sonuçlara rağmen, bu durumun daha da yaygınlaştırılması için çalışmalara devam edilmelidir.

Anahtar sözcükler: Postpartum dönem, Aile planlaması, Gebelikten korunma

ABSTRACT

PREGNANCY PROTECTION OF WOMEN IN POSTPARTUM PERIOD AND INFLUENCING FACTORS

Hilal TL

Master thesis, public health

Supervisor: Prof. Dr. Atilla Senih MAYDA

September 2019, 39 pages

The aim of this cross-sectional study was to investigate whether the contraceptive status and factors of postpartum women who applied to Beyköy Family Health Center (FHC) in Dzce province were consistent with the applied questionnaire.

The population of the study is 118 women who gave birth between 01.01.2016 and 01.01.2018 registered in Beyköy FHC located in the central district of Dzce. The Family Planning Attitude Scale form, which consisted of 34 items, was administered to women between November and december 2018 in order to measure the attitudes of the participants towards family planning. According to the family planning knowledge and selection status of the participants, 71,7% of the women were taken the health personnel as a source of information and 94,3% were had information about family planning. It was found that 84% of women thought to use at least one family planning method, while 16% dont want to apply any family planning methods as 5,7% answered as their husbands did not want to use any family planning methods and 3,8% was not ready to use. Among those who chose a family planning method, 32,1% wanted to use condom and 20,8% preferred to use IUD, on the other hand the reasons why women preferred to use family planning methods, while 58,5% of women preferred family planning as there is no side effects and 12,3% preferred because they were effective. In the answers given to the Family Planning Attitude Scale, there was no statistically significant difference between the socio-demographic characteristics and obstetric characteristics of the women. In terms of socio-economic characteristics, it is seen that those who has graduated from university, who are working and has social security with a good economic status and in terms of obstetric characteristics with low and abortion history, have higher average.

As a result, it is concluded that the perception of family planning is high in women in postpartum period, women in this period support family planning positively, they use birth control methods within the scope of family planning, they avoid pregnancy in postpartum period and modern / effective birth control methods are the most preferred methods. Despite all these positive results, efforts should be continued to make this situation more widespread.

Key words: Postpartum period, Family planning, Pregnancy prevention

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ.....	v
SİMGE VE KISALTMALAR	vi
1. GİRİŞ	1
1.1 Problem.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	2
1.3 Araştırmanın Önemi	3
1.4. Araştırmanın Sayıltıları.....	3
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	3
1.6. Tanımlar.....	4
2. POSTPARTUM DÖNEM VE GEBELİKTE KORUNMA	5
2.1 Postpartum Dönemde Meydana Gelen Değişiklikler	5
2.2 Postpartum Dönemde Komplikasyonlar	8
2.3 Aile Planlaması	9
2.3.1 Aile planlaması kavramı	9
2.3.2 Aile planlamasının amacı.....	10
2.3.3 Aile planlamasında sağlık personelinin konumu	11
2.4 Gebelikten Korunma ve Postpartum Dönemde Gebelikten Korunma.....	13
2.4.1 Postpartum dönemde kullanılacak etkisi sınırlı/geleneksel aile planlaması yöntemleri	13
2.4.2 Postpartum dönemde kullanılacak etkili/modern aile planlaması yöntemleri	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1 Araştırma Modeli	18
3.2 Araştırmanın Evreni.....	18
3.3 Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	18
3.3.1 Kişisel Bilgi Formu.....	18

3.3.2 Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ).....	19
3.4 Ön Uygulama.....	19
3.5 Verilerin Toplanması	20
3.6 Değişkenler	20
3.6.1 Bağımlı değişken	20
3.6.2 Bağımsız değişkenler	20
3.7 Verilerin Analizi	20
4. BULGULAR VE YORUM	21
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	31
6. KAYNAKÇA.....	33
7. EKLER.....	38
EK-A: Kişisel Bilgi Formu	38

TABLO LİSTESİ

1.1: Aile planlaması yöntemleri uygunluk kriterleri-1	13
1.2: Aile planlaması yöntemleri uygunluk kriterleri-2	15
4.1: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	21
4.2: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin ortalaması ve standart sapma değeri	22
4.3: Katılımcıların obstetrik özelliklerinin dağılımı	23
4.4: Katılımcıların aile planlaması bilgi ve seçme durumuna göre dağılımı	25
4.5: Katılımcıların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı	27
4.6: Katılımcıların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı	27
4.7: Katılımcıların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı	28
4.8: Katılımcıların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerine göre dağılımı.....	29
4.9: Katılımcıların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarına göre bazı sosyodemografik özellikler ve obstetrik özelliklerinin korelasyon analizi ile değerlendirilmesi	30

SİMGE VE KISALTMALAR

a.g.e.	: Adı geçen eser
AP	: Aile planlaması
APTÖ	: Aile planlaması tutum ölçeği
GİAÖ	: Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TİAÖ	: Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Topluma İlişkin Alt Ölçeği
YİAÖ	: Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Yönteme İlişkin Alt Ölçeği
WHO	: World Health Organization

1. GİRİŞ

1.1 Problem

Hamilelik ve doğum yapma, hemen her sağlıklı kadının geçirdiği önemli bir tıbbi ve sosyolojik bir süreçtir. Kadın sağlığında önemli bir etken durumundaki olan doğurganlığın, bilinçli olarak düzenlenmemesi durumunda ise mutluluk ve soyun devamlılığını ifade eden bu süreç, riske girebilmekte ve 18 yaş altı, 35 yaş üstü, 4 çocuktan fazlası ve 2 yıldan sık aralıklar dahilinde gebe kalınması gibi riskli gebeliklere neden olabilmektedir. Riskli gebelik salt kadının değil aynı zamanda aile ve toplum sağlığını da olumsuz etkilemekte, bu türdeki gebeliklerde hem anne hem çocuğun sağlığı tehlikeye girmekte, ölü doğum gerçekleşmesi intrauterin gelişimde gerilik, bebek ölümleri, çocukluk döneminde ve ilerleyen yıllarda çocuğun sağlık sorunlarıyla karşılaşma ihtimali artmaktadır. (1)

Ortaya çıkan bu durumun bertaraf edilmesindeki kilit nokta da, doğurganlığın planlanmasıdır. Konumuzun araştırma alanı olan postpartum dönem, doğurganlığın bilinçli olarak planlanmasına dair, anne ve babalara hizmet edilmesi için bir fırsat kapsamında değerlendirilebilir. İlgili dönem, kadınların kontraseptif yöntem kullanımında taleplerinin de fazla olduğu bir dönem durumundadır.

Günümüzde birçok gelişmiş ülkede, portpartum aile planlaması hizmetine dair özel programlar uzun bir dönem boyunca uygulanmaktadır. Postpartum aile planlamasına dair hizmetler bilhassa doğumlar arasında bulunan süre ve doğum sayısının bilinçli olarak planlanmasını sağlayarak, anne ve çocukların sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde etkili durumdadır.

Postpartum dönemde gebelikten korunma durumu, kadının yaşamının diğer dönemlerinden farklıdır. Bu durumun en önemli sebebi, annenin emzirme durumudur. Postpartum dönemde doğum yapma, kadının emzirmesinin süresi, sıklık, gece emzirme durumu ve kadının beslenmesi gibi çeşitli etkenlerle ilişkili olarak bir süre için baskılanmaktadır. Ancak bu sürenin uzunluğu tam olarak belirli durumda değildir. Nitekim alan yazında emzirme dönemindeki kadınların %18'inde postpartum dönemi 3.

ayda, emzirme yapmayan kadınlarda ise en erken 25. günde, ortalama bir şekilde 45. günde ovülasyonun gerçekleştiği görülmektedir. (2, 3) Adet görme, genellikle ovülasyon başlangıcının bir semptomu olarak alınmasına rağmen, postpartum dönemde ilk sikluslar ovülasyonsuz da gerçekleşebilmektedir. Ayrıca ovülasyon ilk adet öncesinde de gerçekleşebilir. Bundan dolayı postpartum dönemindeki her kadının, emzirme ve adet görme durumları göz önünde bulundurulmadan inovasyon sürecinin bittiği doğum sonrası 6. haftanın sonunda veya partneriyle cinsel ilişki başladığında, emzirme yapmayan kadınların ise postpartum döneminin 3. haftasında etkili bir yöntem dahilinde gebelik durumundan korunması gerekmektedir. (4)

Herhangi bir sebepten dolayı adet görmeyen kadının gebe kalmayacağına dair inanış kapsamında veya emzirme döneminin neden olduğu güvenin de etkisiyle postpartum dönemde kadınların yeni bir gebeliğe karşı korunmamaları veya korunma yöntemlerinin güçlü olmaması, postpartum dönemdeki kadının bu dönemde tekrar gebe kalmasına neden olabilmektedir. Nitekim Türkiye’de yapılan bazı araştırmalarda da, postpartum dönemindeki kadınların, doğum sonrası gebelikten korunma yöntemlerinin ve uygulamalarının istenen şekilde olmadığı, postpartum dönemindeki kadınların gebelikten korunmamalarının nedeni olarak emzirme veya adet görmeme durumlarını gördükleri ortaya konulmaktadır. (4, 5) Ortaya konulan bu sonuçlar, postpartum dönemindeki kadınların fertilité ve gebelikten korunmada yeterli bilgi sahibi olmamaları veya yanlış bilgi sahibi olduklarını da göstermektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Postpartum dönem kadınların gebelikten korunma durumları ve etkileyen faktörlerin incelendiği bu araştırmanın amacı, postpartum dönem kadınlarının gebelikten korunma durumlarının analiz edilmesi, bu durumları etkileyen faktörlerin araştırılması ve gebelikten korunma durumları ve bu durumu etkileyen faktörlerin neden sonuç ilişkisi içinde analiz edilmesidir.

Postpartum dönem kadınların gebelikten korunma durumları ve etkileyen faktörlerin incelendiği bu araştırmada “Kadınların aile planlaması tutum ölçeği toplam puan düzeyinin ne olduğu” sorusuna yanıt aranacaktır.

Araştırmanın alt soruları ise şu şekildedir:

1. Kadınların APTÖ’nün topluma ilişkin puan düzeyi nedir?

2. Kadınların APTÖ'nün yönteme ilişkin puan düzeyi nedir?
3. Kadınların APTÖ'nün gebeliğe ilişkin puan düzeyi nedir?
4. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre aile planlaması tutumları farklı mıdır?
5. Kadınların obstetrik özelliklerine göre aile planlaması tutum ilişkili midir?
6. Kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin özelliklerine göre aile planlaması tutum puan ortalamaları farklı mıdır?

1.3 Araştırmanın Önemi

Postpartum dönemde gebelik, anne için olduğu kadar, çocuk ve aile sağlığı için de risklidir. Bu kapsamda bu araştırma postpartum dönemde gebelikten korunma uygulama ve davranışları ve bunları etkileyen etkenleri ortaya koyması bakımından önemlidir. Bununla birlikte bu araştırma ile edinilecek sonuçlarla birlikte postpartum aile planlamasına dair hizmetlerin geliştirilmesi, postpartum dönemdeki kadınlarda gebelikten korunmayla ilgili farkındalık oluşturulması ve bu konuda yapılacak sonraki araştırmalar için kaynak teşkil etmesi bakımından önemlidir.

1.4. Araştırmanın Sayıtları

- 1- Araştırmada veri kaynağı olarak kullanılan anket formlarının doğru olarak doldurulduğu ve gerçeği yansıttığı varsayılmıştır.
- 2- Katılımcıların saptanan sınırlılıklar içinde evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
- 3- Araştırmaya katılan katılımcıların, Kişisel Bilgi Formu ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği sorularını gerçek durumlarını yansıtacak şekilde cevap verdikleri varsayılmıştır.
- 4- Araştırmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu'nun katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin katılımcıların aile planlaması tutum düzeylerini ölçtüğü varsayılmıştır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Beyköy Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 01.01.2016-01.01.2018 tarihleri arasında doğum yapmış ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş kadınlar araştırmaya dahil edilecektir.

Beyköy Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olmayan, belirlenen tarihlerin dışında doğum yapan, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kadınlar psikiyatri hastası olmak, yoğun bakımda takip edilen hasta olmak, iletişim probleminin olması araştırmanın dışında tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca araştırmanın yapıldığı grup için geçerlidir, topluma genellenemez.

1.6. Tanımlar

Aile Planlaması: Aile planlaması, bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda ve sağlıklı aralıklarla, bakabilecekleri kadar ocuk sahibi olma, sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmalarıdır. (6)

Doğum Kontrolü: Doğum kontrolü kadınların gebe kalmasını önleyen, gebelik olasılığını azaltan ya da istedikleri zaman ocuk sahibi olmalarına imkn veren çeşitli yöntemlerin tümüdür. (7)

Postpartum Dönem: Postpartum dönem, hem kadın hem yenidoğan hem de aile için fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı, kadının bedeninin gebelik ve doğum öncesi durumuna dönmeye başladığı, plasentanın doğumundan sonra başlayan ve yaklaşık 6 hafta süren bir dönemdir. (8)

2. POSTPARTUM DÖNEM VE GEBELİKTEN KORUNMA

Postpartum dönem, bebeğin, annesiyle birlikte bütünleştiği, annenin duygusal, fiziki ve sosyal açıdan uyum sağladığı, dördüncü trimester olarak adlandırılan doğum sonrası dönemdir. Postpartum dönem, hem kadın hem yenidoğan hem de aile için fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı, kadının bedeninin gebelik ve doğum öncesi durumuna dönmeye başladığı, plasentanın doğumundan sonra başlayan ve yaklaşık 6 hafta süren bir dönemdir. Diğer taraftan postpartum dönem, ‘bebek doğduktan 1 yıl sonrasına kadar kadında meydana gelen her türlü değişikliği içerir’ şeklinde de tanımlanabilmektedir. Postpartum dönem genellikle 3’e ayrılır; doğumdan hemen sonra (ilk 24 saatlik dönem), doğum sonrası erken dönem (ilk bir hafta) ve doğum sonrası geç dönemdir (doğum sonrası 2. haftanın başlangıcı ile başlayıp 6. haftaya kadar süren ya da 3 ayı kapsayan bir dönem). (8, 9, 10)

Postpartum dönemde anne, doğum eyleminin sona ermesi ve laktasyonun başlaması ile birlikte önemli anatomik, fizyolojik ve endokrin değişimler yaşamaktadır. Postpartum dönem aynı zamanda bebeğin aile ile bütünleştiği, annenin yenidoğana bağlandığı bir dönemdir. Anneler bu dönemde bebek bakımı ile ilgi beceri geliştirmek, sağlıklı anne-bebek etkileşimini başlatmak ve yeni sorumluluklarına uyum sağlamak zorundadırlar. (11, 12)

2.1 Postpartum Dönemde Meydana Gelen Değişiklikler

Postpartum dönem, anne için önemli bir geçiş durumunda olup, bu dönemde annede bazı fiziki, sosyal ve duygusal değişimler ortaya çıkmaktadır. Her ne kadar hamilelik döneminde günlük yaşamını etkileyen bazı değişimler gerçekleşse de, anne açısından en önemli değişim, bebeğin doğumu sonrası başlar. Postpartum dönemde kadında gerçekleşen değişiklikler, fiziki ve psikolojik olarak 2 kapsamda incelenebilir. Fiziki değişimlere bakıldığında bu değişimlerin genellikle postpartum dönemde gerçekleşen hormonal değişim kaynaklı olduğu görülmektedir. Hamilelik döneminde hamile kadının vücudu, fetüsün ihtiyaçlarına oranla değişime uğrar. Doğum sonrasında fetüsün

azalmasıyla birlikte, tüm vücut sistemlerinde, hamilelik öncesi duruma dönmek için çeşitli hormonal değişiklikler gerçekleşmektedir. (9)

Doğum sonu dönemde ilerleyici (progressive) ve gerileyici (retrogressive) tarzda değişiklikler söz konusudur. Gerileyici değişiklikler uterus, serviks, vagina gibi genital organlar ve diğer sistemlerde görülürken ilerleyici değişiklikler sadece memelerde meydana gelir. Özellikle genital organların ve sonrasında diğer sistemlerin gebelik önceki hallerine dönme süreçleri involüsyon olarak adlandırılır. Gebelikteki değişiklikler uzun bir zaman diliminde yavaş bir şekilde olurken fizyolojik bir süreç olan involüsyon çok daha hızlıdır. Özellikle ilk 2 haftaki değişiklikler daha belirgin olup sonrasında yavaşlar. (13, 14, 15)

Gerçekleşen bu fiziki değişimlerin algılanma ve kabul edilmesi, kadının sahip olduğu beden imgesi ve benlik saygısında etkili durumdadır. Yapılan araştırmalarda hormonal ve biyokimyasal süreçlerde hamilelik, doğum ve lohusalık nedeniyle gerçekleşen değişimlerin, kadının psikolojik durumunu hassas duruma getirdiğini ve bazı psikolojik sorunlar için oldukça ciddi bir alan oluşturduğunu göstermektedir. Nitekim postpartum dönemde gerçekleşen psikolojik bozuklukların etiyolojisinde, postpartum dönemde kadın vücudunun hormon seviyesinde hızlı olarak gerçekleşen fiziki ve psikoloji değişimlerin rolü büyüktür. (9, 16)

Doğumdan 48 saat sonra östrojen, progesteron ve kortizol konsantrasyonları düşmektedir. Steroid yapıdaki bu hormonlar, postpartum ruhsal bozukluğun patogeneğinde rol oynamaktadır. Bunlardan progesteron seviyesinin düşmesi, doğum sonu ruhsal bozukluk ile ilişkilendirilmektedir ve progesteron hormonunun yerine konulması tedavisinin doğum sonu ruhsal bozukluk üzerine yararlı bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. (16, 17)

Doğum sonrasında görülen annelik hüznü, hormonların ani düşüşün rolü olabileceği düşünülmektedir. Progesteron ve östrojen düzeyleriyle ilgili yapılan çalışmaların sonuçları birbiri ile çelişmekte ve farklı sonuçlar göstermektedir. Annelik hüznü, birinci günde başlayabilir. Semptomlar geçici olmakla beraber 1-2 hafta devam edebilir. En sık görülen belirtiler duygu durumunda ani değişiklikler ve ağlamaklı olma durumudur. Diğer belirtiler ise yorgunluk, uyku bozukluğu, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, eleştiriye aşırı duyarlılık ve baş ağrısıdır. (17, 18)

Doğum sonu östrojen seviyesinin düşüklüğü doğum sonu ruhsal bozukluk ile sonuçlanabilir. (16) “Doğum sonu dönemde östrojen seviyesinde meydana gelen ani düşüşün seratonin ve dopamin gibi nörotransmitter sistemler üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Östrojen, seratonin salgılanmasını uyarmakta ve bu durum postpartum depresyon üzerinde koruyucu etkiye sahip olmaktadır. Östrojen seviyesindeki düşüşle birlikte seratonin seviyesinde de azalma meydana gelmekte ve doğum sonu dönemdeki kadında depresif semptomların görülmesine neden olmaktadır. Benzer şekilde östrojen seviyesindeki azalma beyindeki dopaminerjik yolda fonksiyon bozukluğuna ve dolayısıyla depresif semptomlara yol açmaktadır.” (17)

Postpartum depresyon non-psikotik depresyon atağı olmakla beraber semptomlar gebelikte veya doğumdan sonra dört hafta içerisinde başlamaktadır. Postpartum depresyon kendini üzgün, endişeli, umutsuz ve yalnız hissetme duygularıyla karakterizedir. Postpartum dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların en şiddetli formu postpartum psikoz, en önemli risk faktörü ise geçmiş öyküdür. Postpartum psikozu epizodu ani başlayan; konfüzyon, hezeyan ve sanrılarının olduğu deliryumla karakterize bir durumdur. (18)

Kortizol seviyesi gebelik boyunca ve doğum anında oldukça yüksektir. Doğumdan sonra aniden düşmekte ve bazal seviyesine kademeli olarak gelmektedir. Hipotalamus-hipofiz-adrenal aksında oluşabilecek herhangi bir bozukluk doğum sonu ruhsal bozuklukta rol oynayabilir. Hipotalamus-hipofiz-adrenal aksta meydana gelen bir bozukluk stres hormonlarının salınımını etkilemekte ve doğum sonrası dönemdeki kadında postpartum depresyon görülme riskini artırmaktadır. (16)

Yine postpartum dönemde depresyon görülme riskinin temelinde kadın vücudunda gerçekleşen hormonal değişimler de yer almaktadır. “Tiroid hormonları; tiroksin seviyesi gebelik boyunca yüksektir ve doğumdan sonra aniden düşmektedir. Sonuç olarak doğum sonu dönemde tiroid fonksiyon testinde anormallik meydana gelebilmekte ve doğum sonrası hipotiroidi oluşabilmektedir. Hipotiroidi, ayrıca östrojen, seratonin, glikoz metabolizması üzerinde de etkiye sahip olduğu için depresyon görülme riskini artırmaktadır.” (16, 19)

2.2 Postpartum Dönemde Komplikasyonlar

Postpartum dönem kadın açısından vücudun komplikasyonlara oldukça açık olduğu bir dönemdir. Bu dönemde çeşitli komplikasyonlar gerçekleşmekte olup, bu komplikasyonlar kanama, enfeksiyon, meme problemleri, tromboemboli ve tromboflebit şeklinde sıralanabilir.

- **Doğum sonu kanama:** Doğumla birlikte plasentanın ayrılışıyla birlikte vücutta vazospazm ve lokal pıhtılaşma sistemi devreye girmekte ve vücutta yaşanan kanama kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır. Doğum sonrası 500 ml oranında bir kan kaybı normal derecede kabul edilirken, vajinal doğumda 500 ml ve sezaryen doğumda 1000 ml üzerinde bir kan kaybı ise doğum sonu kanama olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle, doğum sonrası dönemde hematokrit değerinde %10'un üzerinde bir azalmaya sebep olan kanamalar, doğum sonu kanama olarak değerlendirilmektedir. Doğum sonu kanama, doğum sonrası anne yaşamını tehlikeye atan en önemli komplikasyon olmakla birlikte, aynı zamanda önlenebilir olması bakımından erken teşhis ve tedavi oldukça önemlidir. (14, 20, 21, 22, 23, 24, 25)
- **Doğum Sonu Enfeksiyon:** Doğum sonrası ilk 10 gün içinde en az 2 gün süren 38 derece ateş olması durumu enfeksiyon olarak ifade edilmektedir. Anne sağlığı açısından olumsuz etkilere sahip olması nedeniyle enfeksiyon durumunda erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Doğum sonu dönemde görülebilecek enfeksiyonlar; endometrit/metrit, yara yeri enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonu, septik pelvik tromboflebit ve mastit olarak sıralanabilir. (14, 21, 24, 26)
- **Meme Problemleri:** Postpartum dönemde görülen komplikasyonlardan biri de meme ile ilgili problemlerdir. Bu problemler meme dolgunluğu/engorjman, meme ucu ağrısı ve çatlakları ve meme absesi olarak örneklendirilebilir. (21)
- **Tromboemboli ve tromboflebit:** Postpartum dönemdeki hiperkoagülasyon, venöz staz ve kan damarlarının hasarı sebebiyle gerçekleşen trombüs sonrası oluşan venlerdeki inflamasyon, tromboflebit olarak adlandırılmaktadır. Yüzeysel ven tutulumu alt bacak ile sınırlı kalırken derin venlerdeki tromboflebit tüm femoral bölgeye yayılır. Etkilenen venede kızarıklık, hassasiyet ve gerginlik vardır. Homan's belirtisi pozitifdir. Ayrıca yatak istirahatindeki annenin tek taraflı ayak bileğinde şişlik ve soğukluk şeklinde belirtileri olabilir. Anne hayatını tehdit eden pulmoner

emboliye neden olabileceğinden doğum sonu dönemde kontroller esnasında tromboflebit değerlendirilmesi yapılmalıdır. Dispne, göğüs ağrısı, hemoptizi, abdominal ağrı belirtileri ile kollaps, siyanoz, hipotansiyon gibi ciddi bulgular ise pulmoner emboliye işaret eder. Pulmoner emboli acil müdahale gerektiren ölümcül bir komplikasyondur. (14, 21, 22, 26, 27, 28)

2.3 Aile Planlaması

2.3.1 Aile planlaması kavramı

Dünya Sağlık Örgütü aile planlamasını “ailelerin sağlığını ve refahını daha iyiye götürerek ülkenin sosyo-ekonomik gelişmesine etkin olarak katkıda bulunmak için bireyler ve aileler tarafından benimsenen düşünce ve yaşam şekli” olarak tanımlamaktadır. Başka bir deyişle aile planlaması, istenmeyen gebelikleri önlemek, gebelik zamanına ve miktarına karar vermek olarak tanımlanmaktadır. (29, 30)

Sosyoekonomik seviyesinden fazla çocuk sahibi olan ve istenmeyen gebeliği önlemekte bilgi yetersizliği olan aileler hem psikososyal hem de tıbbi anlamda olumsuzluklar yaşamaktadırlar. Ayrıca fazla doğumlar nüfusta düzensiz artışla beraber, doğal kaynakların yetersizliğine ve altyapı problemlerine neden olmaktadır. (31)

İstenmeyen gebelikler, genç anne yaşı, çoklu doğumlar annenin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemekte, gebelik depresyonu için risk faktörlerini oluşturmaktadır. Gebeliğine karşı ikilemde kalan kadınlar duygusal çöküntü ile beraber sağlıklı bir gebelik sürdürememe riski ile karşı karşıyadır. Böyle gebeliklerin sonucunda bebekler olumsuz yönde etkilenebilmektedir ya da düşük kürtaj ile sonuçlanabilmektedir. (32)

Her aile istediği kadar çocuk sahibi olmakta serbesttir. Bu onların doğal hakkıdır. Aile planlamasındaki amaç; ailelerin kendi iradeleri ile istedikleri sayıda ve istedikleri zamanda çocuk sahibi olmalarını sağlamak, annenin doğum için en uygun yaşta olmasını sağlamak, iki gebelik arasında yeterli zaman aralığı olması, bireyleri ve aileleri üreme sağlığı konusunda eğitmek, anne ve bebek ölümlerini önlemek ve sağlığını korumak, yüksek riskli gebelik ve istenmeyen gebelikleri önlemek, çocuk sahibi olmak isteyenlere tıbbî yardım sağlamak ve bireyleri aile planlaması yöntemleri konusunda eğitmektir. (33)

Aile planlaması ailedeki kişi sayısını sınırlandırma gibi bir anlam taşımaz. Çocuk sahibi olma konusunda aileler tamamen serbest olup, kendi iradeleri ile istedikleri en uygun zamanda, bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olabilirler. Aile planlamasının temel amacı; kadınların, eşlerin ve çocukların yaşam standartlarını geliştirmek ve ailelerin bilinçli olarak hem aile, hem ülke menfaatlerini düşünerek sorumluluk taşıyarak karar vermelerini sağlamaktır. (34, 35)

2.3.2 Aile planlamasının amacı

Aile planlaması birçok sebebe müstenit olarak yapılabilmektedir. Devlet farklı gerekçe ve sebeplerle, aile yani karı-koca farklı sebeplerle böyle bir planlamayı düşünebilmektedir. Amaç anne ve doğacak çocukların sağlıklı olması ve aile çocuk sahibi olmak istendiğinde gebeliğin oluşmasıdır. Çünkü iki yıldan az aralıklarla yapılan doğumlar annenin sağlığını önemli ölçüde bozmakta, gebelik sırasında riskleri artırmakta, hatta ara vermeden arka arkaya yapılan doğumlar anne ölümlerine neden olmaktadır. Ayrıca sık aralıklarla doğan çocukların anne karnında gelişmeleri tam olamamakta, sakatlık oranı yükselmekte, bakımları güçleşmekte ve bebek ölümleri artmaktadır. Bütün bunlar göz önüne alındığında aile planlamasının amaçlarını şöyle sıralayabiliriz: (33)

1. Çok ve sık gebelikleri önlemek ve ailelerin istemedikleri halde çocuk sahibi olmalarına mâni olmak, çünkü kontrolsüz, birbirini takip eden doğumlar ve düşükler anne-çocuk sağlığını tehdit edebilmektedir. Bu tür olumsuzluklarla karşılaşmamak için aile ve bireyleri aile planlaması yöntemleri konusunda bilgilendirmek ve eğitmek gerekmektedir.
2. Kadınların sık aralıklarla ve fazla sayıda doğum yaparak sağlıklarının bozulmasını önlemek, Çok ve sık doğumların anne ve çocuk sağlığına olan olumsuz etkilerini gidermektir. Zira uluslararası çalışmalar, doğumlar arasında iki yıl veya daha fazla ara bırakılmasının uygun olduğunu belirtmiştir.
3. Çok genç yaşta veya ileri yaşlardaki kadınların gebe kalmalarını önlemek, İstenmeyen gebeliklerde tehlikeli yollarla yapılan düşüklerin önüne geçmek, anne ölümlerini önlemek ve sağlığı korumak,
4. İstenmeyen ve yüksek riskli gebelikleri önlemek ve bu konuda gerekli eğitim ve desteği sağlamak,

5. Doğurgan çağdaki kadınlara ve erkeklere üremenin nasıl olduğu ve doğum kontrolünün nasıl yapılacağı konusunda bilgi vermek,
6. Çocuğu olmayan ve çocuk sahibi olmak isteyenlere tıbbi yardım sağlamak ve yol göstermek,
7. Bebeklerin sağlıklı doğmalarını ve yaşamalarını sağlayarak, onların beslenme, ilgi, sevgi ve daha sağlıklı şartlarda yetişmesini amaçlamak,
8. Çok, sık ve zor doğuma bağılı tehlikeleri ve kadın hastalıklarını önlemek ve buna bağılı olarak kansızlığın neden olduğu komplikasyonlara mâni olmak,
9. Ailelere gebelikten korunmanın modern ve tıbbi yollarını öğreterek düşüklerin getirdiğı olumsuzluklardan korumak, ana ve çocuk sağığı düzeyini yükseltmek gibi sebepler sayılabilir.

2.3.3 Aile planlamasında sağık personelinin konumu

Dünya genelinde yaşanan yüksek orandaki nüfus artışına yönelik olarak ortaya çıkan dengesizliğin giderilmesinin tek yolu, doğurganlığın kontrol altına alınmasıdır. Bu kapsamda değerlendirildiğinde doğurganlığın kontrol altına alınmasına yönelik programların başarı elde edebilmesinin görevi de, sağık personeline aittir. Aile planlaması, tıpta görece yeni bir dal olmakla birlikte, aile planlaması uygulamasının işlerlik kazanmasında sağık personelinin rolü oldukça önemlidir. Nitekim Dünya Sağık Örgütü (DSÖ), “çeşitli uzman grupları, sağık personelinin tümünün, aile planlaması ile ilgili çalışmaların, sağıkla ilgili çalışmaların, bir parçası olduğunu ve bu nedenle, bu konu alanının da sorumlulukları içerisinde yer aldığını bilmeleri gerektiğini vurgulamaktadır. Aynı gruplar bu nedenle, aile planlaması hizmetlerinin etkin bir biçimde yürütebilmesinin, sağık personelinin bu konuda eğitilmesine bağılı olduğunu ileri sürmektedir.” (36)

2013 yılına ait Türkiye Nüfus ve Sağık Araştırması verileri kapsamında, postpartum dönemdeki kadınların %84’ünün, bu dönemde cinsel ilişkiden kaçındığı, doğum sonrası ortanca geçici kısırlık süresinin 3,3 ay, cinsel perhiz süresinin 1,8 ay ve gebelik riski altında bulunmama süresinin 3,6 ay olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. (37) Bu kapsamda planlanmamış gebeliklerin önlenmesi için postpartum dönemde uygulanacak olan aile planlama yöntemlerinde çiftlere verilecek yardımlarda sağık personelinin konumu

oldukça önemlidir. Aile planlaması yönteminin kullanımının artırılması ve aile planlaması kapsamında giderilmeyen ihtiyaçların azaltılması bakımından aile planlaması danışmanlığının doğru zaman ve şekilde verilmesi gerekmektedir. Hamilelik dönemi ve postpartum dönem kadınların en çok sağlık hizmetine başvurdukları dönemlerdir. Bahsedilen dönemler, aynı zamanda kadınların aile planlamasına dair danışmanlık almaya en açık oldukları dönemlerdendir. (38) Bu kapsamda doğum sonrası kadınların taburcu olmalarından önce aile planlaması ile ilgili bilgilendirilmeleri ve hangi yöntemi kullanacaklarına dair karar vermeleri, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi bakımından gerekli bir durumdur.

Aile planlamasının başarılı olmasının birçok faktörü bulunmaktadır. Bu faktörlerden biri de, aile planlaması hizmetine dair etkili bir danışmanlık hizmetinin sunulmasıdır. Aile planlamasına dair danışmanlık hizmetlerinin sunulmasında, sağlık personelinin doğum kontrol yöntemlerine dair yeterli ve güncel durumda bilgi sahibi olması, bu bilgilerden yararlanarak ilgili bireylere yardımcı olması, saptanmış olan standartlar kapsamında aile planlaması hizmeti sunması ve ilgili danışmanlığın içeriğinin yeterli olması önemlidir. Ayrıca aile planlaması ile ilgili bilgilendirilen bireylerin ihtiyaçlarının doğru zamanda, doğru uygulama ve maliyetle giderilmesi de oldukça önemlidir. (39, 40) Aile planlaması danışmanlığı, bireylerin kendi fikir, seçim ve karar almalarında bireye yardımcı olacak biçimde, uzman personel tarafından bilgilendirilmesidir. Bu kapsamda aile planlaması danışmanlığı, bireylerin gebelik konusunda ikna edilmelerine dair bir araç değil, onlara yöntemlerle ilgili seçenek tanıyarak, kendileri için en uygun yöntemi seçmelerinde yardım etmektir.

İyi bir aile planlaması danışmanlığı aynı zamanda, bilinçli yöntem seçimini, doğru, düzenli ve uzun süreli kontraseptif kullanımını sağlayarak yöntemi bırakmak amacıyla yapılan klinik ziyaretleri azaltmakta ve yöntem devamlılığını artırmaktadır. Bu noktada sağlık personelinin aile planlamasına dair sahip oldukları bilgi, görüş ve önerileri, danışmanlık alan bireyler için oldukça önemlidir. (41, 42) “Nitelikli bir aile planlaması hizmeti istenmeyen gebelikleri, doğumları, anne ve bebek ölümlerini ve dolayısıyla kişiyi, aileyi ve toplumu etkileyen istenmeyen olayları önemli ölçüde azaltacaktır. Bu noktada, sağlık personeli tarafından topluma sunulan aile planlaması konusundaki eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin önemi ortaya çıkmaktadır.” (43, 44)

2.4 Gebelikten Korunma ve Postpartum Dönemde Gebelikten Korunma

Gebelikten korunmada aile planlaması yöntemleri, etkili/modern yöntemler ve etkisi sınırlı/geleneksel yöntemler olarak iki sınıfta değerlendirilmektedir. Yapılan bu sınıflandırmalar kapsamında çeşitli yöntemler bulunmakta birlikte, bu yöntemlerin birçoğu genellikle postpartum dönemde rahatlıkla kullanılabilir. (39)

DSÖ, aile planlaması yöntemi kullanımı açısından tıbbi uygunluk kriterleri yayınlamış olup, bu kapsamda yayınlanan bu kriterler aile planlaması ve gebelikten korunmada kullanılacak kaynaklardan biridir. Yine bu kaynak, postpartum dönemdeki kadınlar için emziren ve emzirmeyen kadınlar açısından hangi gebelikten korunma yönteminin, ne zaman ve nasıl kullanılacağına dair ayrıntılı bilgiler sunması bakımından önemlidir. (45)

2.4.1 Postpartum dönemde kullanılabilir etkisi sınırlı/geleneksel aile planlaması yöntemleri

Bir önceki bölümde bahsedildiği gibi aile planlaması yöntemleri etkisi sınırlı/geleneksel ve etkili/modern yöntemler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. DSÖ'nün aile planlaması yöntemleri kapsamında değerlendirilen ve bu bölümde ele alınan Uygunluk Kriterleri Tablo 1.1'de verilmiştir.

Tablo 1.1: Aile planlaması yöntemleri uygunluk kriterleri-1

A (Kabul,Onay)	Bu durumdaki herhangi bir kadının, özellikle bu yöntemini kullanmamasını gerektirecek herhangi bir tıbbi neden yoktur.
C (Uyarı)	Bu yöntem normal olarak rutin sağlık hizmetleri içinde sunulabilir ama ekstra bir hazırlık ve önlem gerekir. Yöntemi seçmiş kadınların doğru kullanımından emin olmak için özel bir danışmanlık yapılması uygundur.
D (Erteleme)	Yöntemlerin kullanımı, bu durum iyileşinceye veya geçinceye kadar ertelenmelidir. Alternatif yöntemler önerilmelidir.

Kaynak: World Health Organization, (2015) Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use, A WHO Family Planning Cornerstone.

Postpartum dönemde kullanılabilecek etkisi sınırlı/geleneksel aile planlaması yöntemleri şu şekildedir: (46)

- Semptoma dayalı yöntemler: Semptoma dayalı yöntemler, emzirmeye devam eden kadınlarda, doğumdan sonraki ilk 6 hafta kullanılmamalıdır. (D) 6. Haftadan itibaren ve adet başlaması sonrası bu yöntem kullanılabilir. (C) Emzirmeyen kadınlar ise bu yöntemi ilk 4 hafta kullanmamalıdır. (D) 4. haftadan itibaren kullanılabilir. (A) Bu yöntemlere örnek olarak servikal mukus yöntemi, semptotermal yöntem ve iki gün yöntemi verilebilir.
- Takvime dayalı yöntemler: Bu yöntemin kullanımı, postpartum dönemdeki emziren kadın için ilk 6 haftalık sürede uygun olmaması nedeniyle bu süre içinde kullanılmamalıdır. (D) Fakat postpartum dönemdeki kadında, menstrual siklusun başlaması sonrası bu yöntem özel danışmanlık kapsamında kullanılabilir. (C) Emzirmeyen kadınlar açısından da, ilk 4 haftadan önce bu yöntem kullanılmamalıdır. (D) Bu yöntemin kullanılması için, postpartum dönemdeki kadının en az 3 defa adet görmesi ve siklusların düzenli olması gereklidir. Bu yöntemlere örnek olarak takvim ritim yöntemi ve standart günler yöntemi verilebilir.
- Laktasyonel Amenore Yöntemi: Bu yöntemin tipik kullanımında, başarısızlık riskinin yüksek olması sebebiyle, gebelik durumunun risk oranının yüksek olduğu kadınlarda kullanılması önerilmez. İlgili yöntemin etkili olması için üç zorunlu kriter bulunmaktadır. Bu kriterler, kadının adet görmeye başlaması, bebeğe anne sütü haricinde başka bir ek gıda verilmemesi ve doğumdan itibaren ilk 6 ay içinde olunmasıdır. Bu üç kriterin uygulanması durumunda bu yöntem, gebeliği neredeyse %100 oranında önlemektedir. Fakat bu kriterlerin birinin karşılanmaması durumunda yöntemin etkinliği risk altına girmektedir.
- Geri Çekme: Tipik kullanımındaki başarısızlık oranı oldukça yüksek olmasından dolayı bu yöntem, gebelik riskinin yüksek olduğu kadınlarda kullanılmaz.

2.4.2 Postpartum dönemde kullanılabilir etkin/modern aile planlaması yöntemleri

DSÖ'nün aile planlaması yöntemleri kapsamında değerlendirilen ve bu bölümde ele alınan uygunluk kriterleri Tablo 1.2'de verilmiştir.

Tablo 1.2: Aile planlaması yöntemleri uygunluk kriterleri-2

Kategori	Klinik Değerlendirme Yapılabildiğinde Yorum	Klinik Değerlendirme Olanakları Kısıtlı İse Yorum
1	Yöntem her durumda kullanılır.	Evet (Yöntem kullanılır)
2	Yöntem genellikle kullanılır.	
3	Yöntemin kullanılmaması önerilmekle birlikte, uygun veya ulaşılabilecek başka bir yöntem yoksa kullanılabilir.	Hayır (Yöntem kullanılmamalıdır)
4	Yöntem kullanılmamalıdır.	

Kaynak: World Health Organization, (2015) Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use, A WHO Family Planning Cornerstone.

Postpartum dönemde kullanılabilir etkisi sınırlı/geleneksel aile planlaması yöntemleri şu şekildedir: (46)

- **Kombine Hormonal Kontraseptifler:** Kombine hormonal kontraseptifler kapsamında değerlendirilen kombine oral kontraseptifler, emzirmeye devam eden kadınlarda doğum sonrasındaki ilk 6 haftada kullanılmamalıdır (Kategori 4). Bununla birlikte tam emzirme yapan kadınlarda da doğumdan sonraki 6 hafta ile 6 ay arasında bu yöntemin kullanılması önerilmemektedir (Kategori 3). Bu yöntemin kullanımı, emziren kadınlar için 6 ay ve sonrası için uygundur (Kategori 2). Emzirmeyen kadınlar için de postpartum dönemdeki kadın için ilk 21 günden önce, venöz tromboembolizm için başka risk etkenleri bulunmuyorsa 3. kategoride, bulunuyorsa 4. kategoride uygun değildir. Fakat postpartum dönemdeki kadın için 21-42 günlük süreç içinde venöz tromboembolizm için başka risk faktörü bulunmuyorsa kullanılabilir (Kategori 2). Başka risk faktörü bulunuyorsa kullanımı uygun değildir (Kategori 3). Emzirmeyen kadınlarda ise bu yöntemin kullanımı doğumdan sonraki 42. günden sonrası uygundur (Kategori 1). Bu yönteme örnek olarak kombine oral

kontraseptifler, kombine kontraseptif bant, kombine kontraseptif vajinal halka, kombine enjekte edilen kontraseptifler verilebilir.

- Sadece Progesteron İçeren Hormonal Kontraseptifler: Emzirmeye devam eden kadınlarda, doğumdan sonraki ilk 6 hafta sonrası, emzirmeyen kadınlarda ise postpartum dönemde doğumdan önceki 21 günden önce ve 21 gün sonraki dönemde kullanılabilir (Kategori 1). Emziren kadınlar, muhteviyatında sadece progesteron bulunan haplar ve levonorgestrel ve etonogestrelli implantlar doğumdan sonraki 6 hafta öncesinde 2. kategoride kullanılırken, depo medroxyprogesterone acetate ve norethisterone enanthate kullanımı bu kategorideki kadınlar için uygun değildir (Kategori 3). Bu yöntem dahilinde değerlendirilen progesteron salımlı vajinal halkaların kullanımı emziren kadınlar için doğumdan sonraki 4. haftadan sonra uygundur (Kategori 1).
- Acil Kontraseptif Haplar: Kombine oral kontraseptifler ve levonorgestrel ve etonogestrelli implantların kullanımı, emziren kadınlar için uygun durumdadır (Kategori 1). Yine postpartum dönemdeki kadınlar için ulipristiyal acetate kullanımı genel olarak uygun durumdadır (Kategori 2).
- Bakırlı Rahim İçi Araç: Bu yöntem doğum yapan her kadın için emzirme durumuna bakılmaksızın, plasentanın çıkmasının hemen sonrasında, ilk 48 saat içinde ve doğum sonrasında ilk 4 hafta sonrasında uygulanabilir (Kategori 1). Ancak doğum sonrası 48 saat sonrasında 4. haftaya kadar (Kategori 3) ve doğum sonrası sepsis durumunda uygulanmamalıdır (Kategori 4).
- Levonorgestrel Salımlı Rahim İçi Araç: Bu yöntem emzirmeye kadınlar için her açıdan uygun durumdadır (Kategori 1). Emziren kadınlar açısından ise genel olarak uygun durumdadır (Kategori 2). Bu yöntemin uygulanma zamanı sezaryen sonrası plasentanın çıkmasının hemen ardından ve doğumdan sonraki ilk 48 saattir (Kategori 1). Doğumdan sonraki 48 saatten sonrası ile 4. haftaya kadar uygulanması önerilmemektedir (Kategori 1). Puerperal sepsis olması durumunda ise kullanılması önerilmemektedir (Kategori 4).
- Erkek Lateks Kondomları, Erkek Poliüretan Kondomları, Kadın Kondomları, Spermisidler: Bu yöntem prepartum dönemde her dönem için kullanılabilir (Kategori 1). Yöntem dahilinde kullanılan diyafram ve servikal başlıkların kullanımı ise doğum sonrası ilk 6 hafta için uygun olmamakla birlikte (Kategori 4), 6. hafta sonrasında kullanılabilir (Kategori 1).

- Kadın Sterilizasyonu: Bu yöntem doğumdan sonraki ilk 7 gün ve 42. günden sonra kullanılabilir (A). İlk 7 gün ile 42. gün arasındaki dönemde, uterusun involusyonunu tam olarak tamamlamaması nedeniyle, komplikasyon riski fazla durumdadır. Kadında ciddi pre-eklamsi/eklamsi, uzamış membran rüptürü (24 saat veya daha fazla), puerperal sepsis, intrapartum veya puerperal ateş, ciddi antepartum veya doğum sonu kanama, ciddi genital travma (doğumda servikal veya vajinal yırtılma) durumlarında yöntemin kullanımı ertelenmelidir (D).
- Adiana ve Essure: Yukarıda sayılan yöntemlere ek olarak, tüp ligasyona alternatif durumdaki transservikal sterilizasyon yöntemleri geliştirilmiş olup, ilgili yöntemler laparoskopik olarak uygulanmakta, tüp ligasyona göre minimal invazyon ile uygulanmakta, anestezi gerektirmemektedir. Adiana ve Essure adındaki araçlar ile uygulanan bu doğum kontrol yönteminde bu araçlar, transservikal yolla tüplere yerleştirilmektedir. Bu işlemle birlikte tüplerde oluşan inflamasyon sonrası tıkanma gerçekleşmekte ve böylelikle spermle yumurta hücresinin buluşması engellenmektedir. Essure yöntemi Türkiye’de kullanılmakla birlikte, Adina yöntemi henüz kullanılmamaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

3.2 Araştırmanın Evreni

Düzce Beyköy Aile sağlığı merkezine (ASM) kayıtlı 01.01.2016 ile 01.01.2018 tarihleri arasında doğum yapan 118 kadındır. Evrenin tamamı araştırmaya dahil edilecektir, ayrıca örneklem alınmayacaktır.

3.3 Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür ışığında hazırlanan 31 maddeden oluşan Kişisel Bilgi Formu (Bkz. EK-A) ve Örsal ve Kubilay (2007) tarafından hazırlanan Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) (Bkz. EK-B) kullanılmıştır.

3.3.1 Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu; annenin sosyo-demografik, obstetrik özelliklerini ve aile planlaması (AP) yöntemlerine ilişkin özellikleri içeren toplam 31 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik veriler olarak; kadının yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, eşinin yaşı, eğitim durumu, evlilik süresi, sosyal güvencesinin olup olmadığı, aile tipi, aylık gelirin ne kadar olduğu ve ekonomik durumunu nasıl tanımladığı değerlendirilmiştir. Obstetrik özelliklerde gebelik sayısı, düşük ve kürtaj sayısı, en son gebeliğinin planlı olup olmadığı, çocuk sahibi olmayı düşünüp düşünmediği, en son doğum şekli, AP yöntemlerine ilişkin bilgiyi nereden aldığı, herhangi bir sağlık personelinden AP yöntemlerine yönelik danışmanlık alıp almadığı, bu doğumundan sonra AP yöntemi kullanıp kullanmayacağı, kullanacaksa hangi yöntemi kullanacağı, AP yöntemi kullanma ve kullanmama nedenlerini, AP yöntemine ve cinsel ilişkiye başlama zamanını,

iki gebelik arasındaki süre gibi sorular yer almaktadır.

3.3.2 Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ)

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

Ölçek toplumun AP'ye ilişkin tutum, AP yöntemlerine ilişkin tutum ve gebeliğe ilişkin tutum olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından "Toplumun AP'ye İlişkin Tutumu'nu" oluşturan madde sayısı 15'tir ve bu alt boyuttan en az 15 en fazla 75 puan alınabilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından "AP Yöntemlerine İlişkin tutumu" nu oluşturan madde sayısı 11'dir. Bu alt boyuttan en az 11 en fazla 55 puan alınabilir. Ölçeğin "Gebeliğe İlişkin Tutum" alt boyutunun madde sayısı ise 8'dir. Bu alt boyuttan en az 8 ve en fazla 40 puan alınabilir. Ölçekten toplamda en düşük 34, en yüksek 170 puan alınabilmektedir. Ölçekten daha yüksek puan almak daha olumlu AP tutumu anlamına gelmektedir. Örsal ve Kubilay (2007) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin güvenirlik incelemesinde iç tutarlılığına bakılmış olup toplam puanda Cronbach Alfa güvenirlik kat sayısı 0,90 bulunmuştur. Geçerliliğinin incelenmesinde uzman görüşünden ve faktör analizinden yararlanılmıştır. Yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach's Alfa iç tutarlılık güvenirliği topluma ilişkin alt boyutunda 0,79, yöntemlere ilişkin alt boyutunda 0,85, gebeliğe ilişkin alt boyutunda 0,73 ve ölçek toplamı için 0,86 olarak hesaplanmıştır.

3.4 Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın yürütüldüğü ASM'ye başvuran 10 doğum yapmış kadın ile görüşülerek uygulanmıştır. Kadınların anket formunu doldurmaları yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Bu uygulama sonucunda bilgi formunda anlaşılamayan ifadeler belirlenip yeniden gözden geçirilmiştir.

3.5 Verilerin Toplanması

Veriler Beyköy aile sağlığı merkezinde doğum yapmış kadınlarla yüz yüze görüşme tekniklerinden anket yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.6 Değişkenler

3.6.1 Bağımlı değişken

- Aile planlaması tutum ölçeği toplam puan ortalaması
- Topluma ilişkin tutum ölçeği puan ortalaması
- Yöntemlere ilişkin tutum ölçeği puan ortalaması
- Gebeliğe ilişkin tutum ölçeği puan ortalaması

3.6.2 Bağımsız değişkenler

- Sosyo-demografik özellikler
- Obstetrik özellikler
- AP yöntemine ilişkin özellikler

3.7 Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri kontrolü yapılmış ve hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizi SPSS 15 programında yapılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını tespit etmek amacıyla yapılan One-Sample KolmogorovSmirnow testinde APTÖ ölçeği toplam puanı ($z=1,665$, $p=0,008$) ve alt boyut puanlarının (TİAÖ: $z=2,155$, $p=0,000$; YİAÖ: $z=2,874$, $p=0,000$; GİAÖ= $1,685$, $P=0,007$) normal dağılıma uygun olmadığı saptanmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla ikili gruplarda Mann-Whitney U, çoklu gruplara ait verileri karşılaştırmak amacıyla Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

4. BULGULAR VE YORUM

Araştırma grubundaki 118 kişiden 106'sı araştırmaya katılmıştır (%89,8). Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1'de gösterilmiştir. Kadınların eğitim durumuna göre dağılımı ilkokul mezunu 26 kişi (%24,5), ortaokul mezunu 34 kişi (%32,1), lise mezunu 29 kişi (%27,4) ve üniversite mezunu 17 kişi (%16,0) şeklindedir. Medeni duruma göre dağılım; evli olanlar 103 kişi (%97,2) ve birlikte yaşayan 3 kişi (%2,8) şeklindedir. Katılımcılardan 80 kişi (%75,5) çalışmadığını 26 kişi (%24,5) çalıştığını ifade etmiştir. Sosyal güvencesi bulunan 101 kişi (%95,3) iken sosyal güvencesi bulunmayan 5 kişidir (%4,7). Doğum yerine göre katılımcılar sınıflandırıldığında; köyde doğan 54 kişi (%50,9), ilçede doğan 12 kişi (%11,3) ve il merkezinde doğan 40 kişi (%37,7) şeklindedir. Katılımcıların %76,4'ü çekirdek ailede yaşarken %23,6'sı geniş aile içinde yaşamaktadır. Eşin eğitim durumuna verilen yanıtlara göre ise çoğunluğun (%41,5) lise mezunu olduğu görülmüştür. Bunu sırasıyla ortaokul mezunları (%26), üniversite (%18) ve ilkokul mezunları (%18) izlemektedir. Katılımcıların ekonomik algılarının sorulduğu soruya büyük çoğunluk (%77,4) orta şeklinde yanıt verirken %16'sı iyi ve %6,6'sı kötü şekilde yanıt vermiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

	Sayı	Yüzde
Eğitim Durumu		
İlkokul	26	24.5
Ortaokul	34	32.1
Lise	29	27.4
Üniversite	17	16.0
Medeni durum		
Evli	103	97.2
Birlikte yaşıyor	3	2.8
Çalışma durumu		
Evet	26	24,5
Hayır	80	75,5

Tablo 4.1: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (devam)

Sosyal güvence		
Var	101	95,3
Yok	5	4,7
Doğum yeri		
Köy	54	50,9
İlçe	12	11,3
İl Merkezi	40	37,7
Aile tipi		
Çekirdek aile	81	76,4
Geniş aile	25	23,6
Eşin eğitim durumu		
İlkokul	18	17
Ortaokul	26	24,5
Lise	44	41,5
Üniversite	18	17
Ekonomik algı		
İyi	17	16
Orta	82	77,4
Kötü	7	6,6
Toplam	106	100.0

Tablo 4.2’de katılımcıların bazı demografik özellikleri için tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır. Buna göre yaş ortalamasının 30, eşlerin yaş ortalamasının 34, aylık gelir ortalamasının 2200tl ve evlilik süresinin 7 yıl olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.2: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin ortalaması ve standart sapma değeri

Sosyo-demografik özellikler	Ortalama	Standart sapma
Yaş	30	5,47
Eşinin yaşı	34	6,9
Aylık gelir	2200	125,29
Evlilik süresi	7	5,77

Tablo 4.3’de katılımcıların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Buna göre üç gebelik yaşayanlar en fazla orana (%30,2) sahiptir. Bunu sırasıyla iki gebelik (%28,3), bir gebelik (%21,7), dört gebelik (%11,3), beş gebelik (%3,8), altı gebelik (%1,9), yedi gebelik (%1,9) ve sekiz gebelik (%0,9) izlemektedir. Yaşayan çocukların sayısına göre ise; %30,2’sinin bir çocuğu, %45,3’ünün iki çocuğu, %17’sinin üç çocuğu, %4,7’sinin beş çocuğu ve %2,8’inin beş çocuğu bulunmaktadır. Kadınların %39,6’sının düşük öyküsü varken, %25,5’inin kürtaj öyküsü olduğu saptanmıştır. Ölü doğum gerçekleştiren 7 kişi olup toplamın %6,6’sını oluşturmaktadır. Kadınların %67,9’unun son gebeliği planlarken %32,1’i ise planlamamıştır. %53,8’inin bir daha çocuk sahibi olmayı düşünmezken %46,2’si tekrar çocuk sahibi olmayı düşünmektedir. Katılımcılara istedikleri çocuk sayısı sorulduğunda; en yüksek oran (%51,9) üç çocuk cevabında alınmıştır. Bunu sırasıyla iki çocuk (%38,7), dört çocuk (%5,7), bir çocuk (%2,8) ve beş çocuk (%0,9) izlemektedir. Katılımcıların ideal çocuk sayısına dönük düşünceleri sorulduğunda ise yine en fazla oran (%58,5) ile üç çocuk için alınmıştır. Bunu sırasıyla iki çocuk (%28,3), dört çocuk (%6,6), bir çocuk (%5,7) ve beş çocuk (%0,9) izlemektedir. Kadınların %55,7’si sezaryen doğum yaparken normal doğum gerçekleştirenlerin oranı %44,3’tür.

Tablo 4.3: Katılımcıların obstetrik özelliklerinin dağılımı

Obstetrik Özellikler	Sayı	Yüzde
Gebelik Sayısı		
1	23	21,7
2	30	28,3
3	32	30,2
4	12	11,3
5	4	3,8
6	2	1,9
7	2	1,9
8	1	0,9
Yaşayan çocuk		
1	32	30,2
2	48	45,3
3	18	17
4	5	4,7
5	3	2,8

Tablo 4.3: Katılımcıların obstetrik özelliklerinin dağılımı (devam)

Düşük Öyküsü	Sayı	Yüzde
Evet	42	39,6
Hayır	64	60,4
Kürtaj Sayısı		
Evet	27	25,5
Hayır	79	74,5
Ölü Doğum		
Var	7	6,6
Yok	99	93,4
Son gebeliği planlama		
Evet	72	67,9
Hayır	34	32,1
Tekrar çocuk sahibi olmayı düşünme		
Evet	49	46,2
Hayır	57	53,8
İstenilen çocuk sayısı		
1	3	2,8
2	41	38,7
3	55	51,9
4	6	5,7
5	1	0,9
İdeal çocuk Sayısı		
1	6	5,7
2	30	28,3
3	62	58,5
4	7	6,6
5	1	0,9
En son doğum şekli		
Normal doğum	47	44,3
Sezaryan Doğum	59	55,7
Toplam	106	100

Tablo 4.4’de katılımcıların aile planlaması bilgisi ve seçme durumları ile ilgili bulgular yer almaktadır. Buna göre kadınların %94,3’ünün aile planlaması hakkında bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Kadınların %71,7’si bilgi kaynağının olarak sağlık personeli

olduğunu aktarırken %15,1'i basın/yayın, %7,5'u komşu akraba ve %5,7'si diğer şeklinde yanıt vermiştir. Kadınların %84'ü doğum sonrasında herhangi bir AP yöntemi kullanmayı düşünürken %16'sı buna olumsuz yanıt vermiştir. AP yöntemi kullanmayı düşünmeyenlerin sebepleri sorulduğunda; 6 kişi emzirdiğini, 1 kişi adet görmediğini, 6 kişi eşinin istemediğini, 4 kişi hazır olmadığını belirtmiştir. AP yöntemi seçenlerin arasında %32,1'i kondom, %20,8'i RİA yöntemini, %11,3'ü hap, %10,4'ü geri çekme, %4,7'si tüpligasyon ve %0,9'u takvim yöntemi tercih edilmektedir. Yöntem, seçme nedenleri; %58,5'i yan etkisi olmadığı için, %12,3'ü ise etkili olduğu için, %10,4'ü emzirmeyi etkilemediği için ve %9,4'ü daha önce kullandığı için tercih etmektedir. AP'ye başlama zamanı; doğumdan hemen sonra diyenler %40,6, ilk ilişkiden sonra %14,2, kırkıncı günden sonra %41,5, emzirmeyi bıraktınca %1,9 ve diğer %1,9 şeklindedir. İlk ilişkiye girme zamanı olaraksa 1. ay içinde diyenler %0,9, 40. günden sonra %17, 2. aydan sonra %81,1 ve diğer %0,9 şeklindedir. İki gebelik arasında geçen süre olarak; 24 aydan az olanlar %0,9 iken 24 aydan fazla olanlar %99,1 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4: Katılımcıların aile planlaması bilgi ve seçme durumuna göre dağılımı

AP yöntemine ilişkin özellikler	Sayı	Yüzde
AP yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma durumu		
Evet	100	94,3
Hayır	6	5,7
AP yöntemi bilgi kaynağı		
Basın/yayın	16	15,1
Sağlık personeli	76	71,7
Komşu/akraba/arkadaş	8	7,5
Diğer	6	5,7
Doğum sonu AP yöntemi kullanmayı düşünme		
Evet	89	84
Hayır	17	16
Cevabı hayır olanın nedeni		
Emziriyorum	6	5,7
Adet görmedim	1	0,9
Eşim istemiyor	6	5,7
Hazır değilim	4	3,8

Tablo 4.4: Katılımcıların aile planlaması bilgi ve seçme durumuna göre dağılımı (devam)

Cevabı evet olanın nedeni		
Hap	12	11,3
Kondom	34	32,1
Ria	22	20,8
Enjeksiyon	5	4,7
Geri çekme	11	10,4
Tüpligasyon	5	4,7
Takvim yöntemi	1	0,9
Yöntemi seçme nedeni		
Yan etkisi yok	62	58,5
Emzirmeyi etkilemiyor	11	10,4
Daha önceden kullanmıştım	10	9,4
Etkili olduğu için	13	12,3
Diğer	3	2,8
AP başlama zamanı		
Doğumdan itibaren hemen	43	40,6
İlk ilişkiden itibaren	15	14,2
Kırkıncı günden sonra	44	41,5
Emzirmeyi bırakınca	2	1,9
Diğer	2	1,9
Cinsel ilişkiye başlama zamanı		
1. ay içinde	1	0,9
40. günden sonra	18	17
2. aydan sonra	86	81,1
Diğer	1	0,9
İki gebelik arası süre		
24 aydan az	1	0,9
24 aydan fazla	105	99,1
Toplam	106	100

Tablo 4.6’da araştırmaya katılan kadınların APTÖ ve alt ölçek puanlarının dağılımları yer almaktadır. Buna göre TİAÖ ortalaması $59,80 \pm 11,38$, YİAÖ ortalaması $46,41 \pm 8,43$, GİAÖ ortalaması $28,57 \pm 8,99$ ve APTÖ ortalaması $136,29 \pm 21,76$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4.5: Katılımcıların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı

	Alınabilecek Toplam Alt ve Üst Değerler	X±SS
Toplumun AP'ye ilişkin alt boyut (TİAÖ)	21-75	59,80±11,38
Yönteme ilişkin alt boyut (YİAÖ)	15-55	46,41±8,43
Gebeliğe ilişkin alt boyut (GİAÖ)	5-40	28,57±8,99
Toplam (APTÖ)	75-170	136,29±21,76

Tablo 4.6'da araştırmaya katılan kadınların APTÖ ve alt ölçeklerden aldıkları puanların sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı yer almaktadır. Yapılan testler sonucunda istatistiksel olarak değişkenler arasında bir farklılık bulunamamıştır. Ancak APTÖ puanları göz önüne alındığında üniversite mezunlarının, çalışanların, sosyal güvencesi olanların, ekonomik durumu iyi olanların daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Benzer bir durumun alt ölçek puanlarının birçoğu açısından da geçerli olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6: Katılımcıların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı

	TİAÖ X±SS	YİAÖ X±SS	GİAÖ X±SS	APTÖ X±SS
Eğitim				
İlkokul	57,96±11,90	45,88±8,17	29,50±8,57	135,53±24,30
Ortaokul	57,41±13,32	46,11±10,04	28,17±10,02	132,97±24,60
Lise	60,06±9,76	46,89±7,35	28,24±8,88	136,93±17,87
Üniversite	66,94±4,96	47,00±7,60	28,52±8,24	143,00±17,41
Önemlilik testi Z	,503	,177	-,373	,094
p	0,83	0,95	0,86	0,84
Çalışma Durumu				
Evet	63,88±6,74	47,38±7,99	29,30±9,82	141,88±19,38
Hayır	58,47±12,27	46,10±8,59	28,33±8,75	134,47±22,29
Önemlilik testi Z	1,24	0,63	0,77	1,24
p	0,08	0,80	0,58	0,09
Eş eğitim durumu				
İlkokul	60,22±10,93	44,22±10,96	30,16±9,23	137,55±27,81
Ortaokul	58,84±13,59	46,61±8,01	26,26±9,11	133,15±23,51
Lise	58,93±11,71	47,20±7,86	29,47±8,96	136,86±19,80
Üniversite	62,88±7,00	46,61±7,81	28,11±8,66	138,16±18,02
Önemlilik testi Z	,503	,177	-,373	,094
p	0,83	0,86	0,43	0,86

Tablo 4.6: Katılımcıların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı (devam)

Sosyal Güvence				
Var	59,92±11,12	46,39±8,38	28,52±8,90	136,43±21,14
Yok	57,40±17,30	46,80±10,40	29,60±11,84	133,40±35,26
Önemlilik testi Z	-1,74	-0,78	-0,62	-1,42
p	0,08	0,43	0,53	0,15
Aile tipi				
Çekirdek aile	60,56±10,41	46,35±8,38	28,71±9,09	136,51±21,18
Geniş aile	57,32±14,03	46,60±8,74	28,12±8,82	135,56±23,99
Önemlilik testi Z	-,652	-,129	-,363	-,019
p	,515	,898	,716	,985
Ekonomik durum				
İyi	60,88±12,24	48,17±7,57	29,05±9,87	142,41±22,09
Orta	59,68±11,37	46,09±8,01	28,29±8,91	134,95±21,21
Kötü	58,57±10,76	45,85±14,63	30,71±8,63	137,14±27,96
Önemlilik testi Z	-,627	-,636	,068	-1,024
p	,531	,525	,946	,306

Tablo 4.7’de çalışmaya katılan kadınların APTÖ ve alt ölçeklerden aldıkları puanların obstetrik özelliklere göre dağılımı yer almaktadır. Yapılan testler sonucunda istatistiksel olarak değişkenler arasında bir farklılık bulunamamıştır. Ancak APTÖ puanları göz önüne alındığında; düşük ve kürtaj öyküsü olanların daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.7: Katılımcıların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı

	TİAÖ X±SS	YİAÖ X±SS	GİAÖ X±SS	APTÖ X±SS
Düşük öyküsü				
Evet	61,09±9,58	47,59±7,99	29,83±9,01	140,21±21,08
Hayır	58,95±12,42	45,64±8,68	27,75±8,94	133,71±21,98
Önemlilik testi Z	-,436	-1,142	-,972	-1,402
p	,663	,253	,331	,161
Kürtaj yapıldı mı?				
Evet	61,44±9,92	46,59±8,20	28,29±8,69	140,22±21,33
Hayır	59,24±11,85	46,35±8,55	28,67±9,14	134,94±21,87
Önemlilik testi Z	-,592	-,181	-,263	-,863
p	,554	,857	,793	,388

Tablo 4.7: Katılımcıların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı (devam)

Son gebeliği planlama				
Evet	60,43±10,56	46,25±8,72	28,52±8,97	136,51±22,48
Hayır	58,47±13,01	46,76±7,88	28,67±9,15	135,82±20,45
Önemlilik testi	Z	-0,610	-0,251	-0,300
	p	0,542	0,802	0,764
		0,805		
Yeni çocuk düşüncesi	TİAÖ	YİAÖ	GİAÖ	APTÖ
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Evet	58,48±12,78	47,36±9,10	29,38±9,80	135,51±25,88
Hayır	60,92±10,01	45,59±7,79	29,12±8,27	136,96±17,69
Önemlilik testi	Z	-0,647	-1,349	-0,718
	p	,518	,177	,473
		,919		
En son doğum şekli				
Evet	57,44±12,85	45,97±8,20	28,93±8,90	133,55±23,10
Hayır	61,67±9,77	46,76±8,66	28,28±9,12	138,47±20,56
Önemlilik testi	Z	-1,55	-,69	-,23
	p	,121	,487	,815
		,313		

Tablo 4.8’de araştırmaya katılan kadınların APTÖ ve alt ölçek puanlarının AP yöntemleri hakkındaki düşüncelerine göre dağılımı yer almaktadır. Buna göre istatistiksel olarak görüşler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. AP danışmanlık hizmeti alan kadınlarda yalnızca YİAÖ ortalaması fazla iken TİAÖ, GİAÖ ve APTÖ ortalamaları daha az bulunmuştur. Postpartum AP kullanmayı düşünenlerde ise TİAÖ ortalaması daha az iken diğerlerinin ortalaması daha fazladır.

Tablo 4.8: Katılımcıların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerine göre dağılımı

	TİAÖ	YİAÖ	GİAÖ	APTÖ
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
AP danışmanlık hizmeti alma				
Evet	59,63±11,53	46,54±8,40	28,49±9,06	135,97±21,94
Hayır	62,66±8,80	45,83±9,64	30,00±8,17	141,66±19,29
Önemlilik testi	Z	-,499	-,427	-,568
	p	,617	,835	,570

Tablo 4.8: Katılımcıların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerine göre dağılımı (devam)

Postpartum AP Kullanmayı Düşünme				
Evet	58,00±14,14	47,00±11,31	33,00±9,89	138,00±35,35
Hayır	60,49±10,97	46,89±8,43	28,93±9,04	129,629±23,23
Önemlilik testi	Z	-1,029	-1,572	-1,216
	p	,303	,116	,224

Tablo 4.9’da kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamaları ile bazı sosyo-demografik özellikleri arasındaki korelasyon analizi yer almaktadır. Kadınların aylık geliri ve TİAÖ arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Diğer iki anlamlı ilişki ise yine aylık gelir ile GİAÖ alt ölçeği ve APTÖ arasında görülmektedir. Bunun dışında yer alan yaş, eşin yaşı, evlilik süresi ve gebelik sayısı gibi değişkenler ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir.

Tablo 4.9: Katılımcıların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarına göre bazı sosyodemografik özellikler ve obstetrik özelliklerinin korelasyon analizi ile değerlendirilmesi

	TİAÖ X±SS		YİAÖ X±SS		GİAÖ X±SS		APTÖ X±SS	
	r	p	r	p	r	P	r	p
Yaş	0,08	0,37	-0,02	0,83	0,00	0,92	0,06	0,53
Eş yaş	0,80	0,37	-0,00	0,92	0,87	0,01	0,06	0,53
Evlilik süresi	0,80	0,02	0,75	0,03	0,07	0,17	0,24	0,11
Aylık gelir	0,25	0,00*	0,16	0,13	0,27	0,00*	0,25	0,00*
Gebelik sayısı	0,01	0,89	-0,53	0,58	0,08	0,40	0,43	0,07

r: korelasyon kat sayısı.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Postpartum dönem kadınların gebelikten korunma durumları ve etkileyen faktörlerin incelendiği bu araştırmaya çeşitli sosyo-demografik niteliklerden 106 kadın katılmış olup, kadınların ortalama olarak 30 yaş seviyesinde oldukları, yine kadınların düşük gelir sınıfına dahil oldukları ve yaklaşık 7 yıllık bir evlilik süresine sahip oldukları, genel olarak ilk ve orta okul mezunu oldukları, büyük çoğunluğunun ise çalışmadığı görülmektedir. Yine araştırma örnekleme kapsamında değerlendirildiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun sosyal güvenceye sahip oldukları, doğum yerlerinin genel itibariyle köy olduğu, çekirdek aile mensubu oldukları ve ekonomik algı bakımından orta sınıfta oldukları görülmektedir. Böylelikle katılımcıların genel olarak alt ve orta sınıfa mensup katılımcılar olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Bu kapsamda değerlendirildiğinde, bu araştırma ile alt ve orta sınıf kadınlardaki gebelikten korunma durumları ve etkileyen faktörler incelenmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (n= 100) aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi oldukları, yine büyük çoğunluğunun (n= 76) aile planlamasına dair bilgileri sağlık personelinde elde ettikleri görülmektedir. Postpartum dönemdeki kadınların %84'ünün (n= 84) doğum sonrasında aile planlaması yöntemi kullanmayı düşündükleri görülürken, aile planlamasına başvurmalarının sebebi olarak %58,5'inin (n= 62) yan etkisi olmadığı nedeniyle aile planlamasına başvurdukları görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların %41,5'i'nin (n= 44) doğumdan sonraki kırk günden sonra, %40,6'sının (n= 43) doğumdan itibaren hemen başladıkları, cinsel ilişkiye ise %81,1'inin (n= 86) doğumdan sonraki 2. aydan itibaren başladıkları görülmektedir.

Katılımcıların APTÖ kapsamında yanıtları değerlendirildiğinde, APTÖ kapsamında istatistiksel olarak değişkenler arasında bir farklılık bulunmadığı, ancak APTÖ puanları göz önüne alındığında üniversite mezunlarının, çalışanların, sosyal güvencesi olanların, ekonomik durumu iyi olanların daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Yine katılımcıların APTÖ ve alt ölçeklerden aldıkları puanların obstetrik özelliklere göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak değişkenler arasında bir farklılık

bulunmadığı, ancak APTÖ puanları göz önüne alındığında; düşük ve kürtaj öyküsü olanların daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Katılımcıların APTÖ ve alt ölçek puanları ile aile planlaması yöntemleri hakkındaki düşüncelerine göre dağılımına bakıldığında, istatistiksel olarak görüşler arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı, aile planlaması danışmanlık hizmeti alan kadınlarda yalnızca YİAÖ ortalaması fazla iken TİAÖ, GİAÖ ve APTÖ ortalamaları daha az olduğu, postpartum dönemde aile planlaması yöntemleri kullanmayı düşünenlerde ise TİAÖ ortalaması daha az iken diğerlerinin ortalaması daha fazladır.

Son olarak katılımcıların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamaları ile bazı sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişki kapsamında değerlendirildiğinde, aylık gelir faktörü ile TİAÖ, GİAÖ ve APTÖ arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu, yaş, eşin yaşı, evlilik süresi ve gebelik sayısı gibi değişkenler ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir.

Sonuç olarak, araştırmada elde edilen bulgulara göre, postpartum dönemdeki kadınlarda aile planlaması algısının yüksek olduğu, bu dönemdeki kadınların, aile planlamasına olumlu destek verdikleri, aile planlaması kapsamında doğum kontrol yöntemlerinden yararlandıkları, postpartum dönemde gebelikten kaçındıkları ve uygulamayı tercih ettikleri yöntemlerin başında modern/etkili doğum kontrol yöntemlerinin geldiği görülmektedir.

6. KAYNAKÇA

- (1) Soğukpınar Z, Baykal Akmeşe N, Hadımlı A, Balçık M ve Akın B. Doğumevlerinde Riskli Gebelik Profili: İzmir İli Örneği. JAREN. 2018; 4 (1): 37-44.
- (2) Durmuşoğlu, F ve Yıldırım, A. Özel Dönem ve Durumlarda Kontrasepsiyon. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Aile Planlamasında Temel Bilgiler. 1997: 102.
- (3) Özek, B. Emzirme ve Gebeliğin Önlenmesi, İçinde: Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı; 1997: 73.
- (4) Şentürk Erenel A ve Yılmaz Sezer N. Doğum sonu dönemde kullanılabilecek aile planlaması yöntemleri ve hemşirelerin rolleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; 2 (2): 32-38.
- (5) Daş Z ve Sezgin A. Kadınlarda doğum sonu dönemde verilen aile planlaması eğitiminin etkin yöntem kullanımlarına etkisi. Sağlık ve Toplum. 2001; 11: 37.
- (6) Daymaz D, Güner P ve Bahar Özvarış Ş. Aile Planlaması. HÜTF Halk Sağlığı AD. Toplum Eğitim Sunumları. http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/diger/topluma_yonelik.php, Erişim Tarihi: 22.07.2019.
- (7) Kuloğlu UB, Cansu Ç, Kılıç D, Aydın S ve Önel Z. Geçmişten Günümüze Doğum Kontrol Yöntemleri. TC Başkent Üniversitesi XIV. Öğrenci Sempozyumu Çalışma Grubu Sunumları; 2012.
- (8) Sword W and Watt S. Learning needs of postpartum women: does socioeconomic status matter? Birth, 2005; 32 (2): 86-92.
- (9) Ricci SS. Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing. Lippincott Williams & Wilkins. 2009: 59.
- (10) Aksu, ÇS. Edirne İl Merkezindeki Kadınların Postpartum Uzun Dönem Sağlık Problemlerinin Belirlenmesi. 2010, T.C. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 133 sayfa, Edirne, (Doç. Dr. Nevin Hotun Şahin ve Prof. Dr. Füsün Varol).
- (11) Şirin A ve Kavlak O. Kadın Sağlığı, 1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi. 2016: 73.
- (12) Balcı GE. Sezeryan Doğumlarda Uygulanan Anestezi Yöntemlerinin Annenin ve Yeni Doğanın Doğum Sonu Konforuna ve Uyumuna Etkisi. 2016, T.C.İstanbul

Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 130 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Ümran Oskay).

(13) Altuntuğ K. Doğum Sonu Dönemde Anneler ile Ebe ve Hemşirelerin Eğitim Öncelikleri. 2002, T.C. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 118 sayfa, Konya, (Y. Doç. Dr. Ali Acar).

(14) Mucuk S ve Güler N. Annelerin doğum sonu dönemde bakım beklentileri ve bu beklentilerin hemşireler tarafından karşılanma durumu. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2002; 11 (1): 21-30.

(15) Karadağ F. Gebelere Lohusalık Bakımı ve Bebek Bakımı Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. 2008, T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 132 sayfa, Afyon, (Yrd. Doç. Dr. Dağıstan Tolga Arıöz).

(16) Güler H. Lohusalıkta Anneye Verilen Sağlık Eğitiminin Annenin Doğum Sonu Döneme İlişkin Bilgi Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. 1987, T.C. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 110 sayfa, Sivas, (Y. Doç. Dr. Meliha Atalay).

(17) Beck CT and Driscoll J. Postpartum Mood And Anxiety Disorders: A Clinician's Guide. Jones and Bartlett Publishers, Inc. 2006: 37.

(18) O'hara MW and McCabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol, 2013; 9 (3): 379-407.

(19) Çavuş Kara Ş. Denizli Pamukkale İlçesi'nde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Eşlik Eden Risk Faktörleri. 2016, T.C. Pamukkale Üniveritesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, 89 sayfa, Denizli, (Doç. Dr. Aysun Özşahin).

(20) Sylvén SM. Thyroid function tests at delivery and risk for postpartum depressive symptoms. Psychoneuroendocrinology, 2013; 38 (7): 1007-1013.

(21) Mousa HA, Blum J, Abou El Senoun G, Shakur H and Alfirevic Z. Treatment For Primary Postpartum Haemorrhage. Cochrane Systematic Review Intervention Version Published 2014: 100-130.

(22) Arslan E. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Hastanede Verilen Ebelik/Hemşirelik Bakımından Memnuniyetleri. 2014, T.C. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 111 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Gülşen Vural).

(23) Eryılmaz YH, Doğum Sonu Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesinde Ölçek Geliştirilmesi ve Uygulanan Bakım Yönetiminin (Pathway) Etkilerinin Belirlenmesi.

1999, T.C. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 170 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Hediye Arslan).

(24) Fışkın G ve Oskay Ü. Postpartum kanama risk değerlendirilmesi, yönetimi ve ebe-hemşirenin rolü. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2015; 5 (3): 72-77.

(25) İbas I. Annelerin Sezeryan Olma Nedenleri ile Doğum Sonrası Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Durumları. 2009, T.C. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 120 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Nuran Kömürcü).

(26) Bulut A, Yiğitbaş Ç, Bulut A ve Tuncay S. Postpartum süreçte kadının kendi sağlığını etkileyen durumlara ilişkin bilgi ve tutumları. FNG & Bilim Tıp Dergisi, 2016; 2 (2): 90-99.

(27) Çıtak BN, Potur CD. Doğum sonu dönemde kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010; 3 (3): 80-87.

(28) Koç G. Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. 2005, T.C. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 222 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Kafiye Eroğlu).

(29) Doğaner G. Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin ve Yenidoğanın Bakımına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. 2005, T.C. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 99 sayfa, Sivas, (Yrd. Doç. Dr. Mine Bekar).

(30) Yücel M. Kadın Sağlığı Hastalıkları ve Aile Planlaması. Palme Yayıncılık. 2005: 223.

(31) Allen J, Gay B, Crebolder H, Jan H, Svab I and Ram, P. Wonca The European Definition of General Practice/Family Medicine. Wonca. 2011: 12.

(32) Mayda AS, Yılmaz M, Ağırca D, Altın N, Aydemir G ve Aydın Ö. Bir Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'ne başvuran hastaların değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2012; 2 (3): 14-19.

(33) Marakoğlu K ve Şahsivar MŞ. Gebelikte depresyon. Türkiye Klin. J. Med. Sci., 2008; 28, 4: 525-532.

(34) Özden A. Aile Planlamasının Sosyal Hizmet Bağlamında İncelenmesi. 2018, T.C. Yalova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 172 sayfa, Yalova, (Doç. Dr. Fethi Güngör).

- (35) Koyuncuer A. Kontrasepsiyon ve Türkiye’de durum. *Sted.* 2004; 13 (12): 455-459.
- (36) Kaynar B, Beydağ KT ve Özer FG. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin kullanmayı düşündükleri aile planlaması yöntemleri ve yöntem seçimini etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008; 3 (8): 181- 188.
- (37) Haddad N. Hemşirelerin ve Ebelerin Aile Planlaması Konusunda Eğitilmeleri. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1980; 4: 34.
- (38) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014.
- (39) Şentürk Erenel A, Kavlak T ve Bingöl B. Kadınların doğum sonrası altı ay sonunda aile planlaması yöntemi kullanma durumu. *Van Tıp Dergisi*, 2011;2 (18): 68-76.
- (40) Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Baskı. Akademisyen Kitabevi, 2016: 758.
- (41) Aktün LH. Enjekte edilen kontraseptifler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi*, 2006; 2 (22): 17-23.
- (42) T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2009: 5-9.
- (43) Öztaş ÖB, Artantaş AK, Tetik B, Yalçıntaş A, Üstü Y, ve Uğurlu M. 18-49 yaş grubu evli kadınların üreme sağlığı ve kontrasepsiyon hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. *Med J*, 2015; 15 (2): 67-77.
- (44) Gonie A, Wudneh A, Nigatu D and Dendir Z. Determinants of family planning use among married women in Bale Eco-Region, Southeast Ethiopia: A community based study. *BMC Women's Health*, 2018; 18 (50): 1-10.
- (45) Ahmed WAM, Shokai SB, Abduelkhair IH and Boshra AY. Factors affecting utilization of family planning services in a post-conflict setting, South Sudan: A qualitative study. *AIMS Public Health*, 2015; 2 (4): 655-666.
- (46) World Health Organization. Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use. A WHO family Planning Cornerstone. 2015.
- (47) Şentürk Erenel A ve Yılmaz Sezer N. Doğum sonu dönemde kullanılacak aile planlaması yöntemleri ve hemşirelerin rolleri. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017; 2 (2): 32-38.

(48) World Health Organization, (2015) Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use, A WHO Family Planning Cornerstone.

(49) Baykan Z, Maral I, Bumin MA. Ankara ili Gölbaşı Bölgesi'ndeki 15-49 Yaş evli kadınların çocuk isteme durumlarına göre AP yöntemi kullanımı ve kullanılan AP yöntemleri. Sağlık ve Toplum. 2001; 11: 202 - 207.



7. EKLER

EK-A: Kişisel Bilgi Formu

Düzce İli Beyköy Aile Sağlığı Merkezine Bağlı Pospartum Dönem Kadınların Gebelikten Korunma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi Çalışması Anket Formu

Bu araştırmanın amacı Düzce İli Beyköy bölgesindeki postpartum kadınların aile planlaması konusundaki tutumları ve etkileyen faktörler belirlemektir. Bu çalışmada size herhangi bir tedavi, ve yöntem uygulanmayacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 40 dakika olup, elde edilen tüm veriler gizli tutulacaktır.

Düzce İli Beyköy Aile Sağlığı Merkezine Bağlı Pospartum Dönem Kadınların Gebelikten Korunma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi Çalışması Anket Formu

Bu araştırmanın amacı Düzce İli Beyköy bölgesindeki postpartum kadınların aile planlaması konusundaki tutumları ve etkileyen faktörler belirlemektir. Bu çalışmada size herhangi bir tedavi, ve yöntem uygulanmayacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 40 dakika olup, elde edilen tüm veriler gizli tutulacaktır.

1)SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Eğitim durumunuz nedir? a) okuma yazma yok b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite
3. Medeni durum? 1)evli 2)birlikte yaşıyor 3)tek
4. Çalışıyor musunuz? 1) Evet 2)Hayır
5. Eşiniz kaç yaşında?.....
6. Eşinizin eğitim durumu nedir? a) okuma yazma yok b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite
7. Kaç yıllık evlisiniz?.....
8. Doğum yeri? a)köy b)ilçe c) il merkezi
9. Sosyal güvenceniz var mı? 1) Var 2) Yok
10. Aile tipiniz nedir? 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile
11. Aylık geliriniz ne kadar?.....
12. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız? 1) İyi 2) Orta 3) Kötü

2)OBSTETRİK ÖZELLİKLER

13. Gebelik sayınız?.....
14. Yaşayan çocuk sayısı?.....
15. Düşük öykünüz var mı? 1) Evet 2) Hayır
16. Kürtaj yaptırdınız mı? 1) Evet 2) Hayır
17. Ölü doğum oldu mu? 1)var 2) yok

18. Bu gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi? 1) Evet 2) Hayır
19. Bir daha çocuk sahibi olmayı düşünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
20. İsteddiğiniz çocuk sayısı nedir?.....
21. Sizce ideal çocuk sayısı nedir?.....
22. En son doğum şekliniz nasıldır? 1) Normal doğum 2) Sezaryen doğum
3) AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN SORULAR
23. Aile planlaması ile ilgili bilgi sahibi misiniz? 1) evet 2) hayır
24. Aile planlaması ile ilgili bilgileri nereden öğrendiniz? 1) basın/yayın 2) sağlık personeli 3) Komşu\akraba\arkadaş 4) diğer (.....)
25. Bu doğumunuzdan sonra herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
26. 25. sorunun cevabı hayır ise nedeni nedir? 1) emziriyorum 2) adet görmedim 3) eşim istemiyor 4) hazır değilim 5) diğer(.....)
27. 25. sorunun cevabı evet ise hangi yöntemi kullanmayı düşünüyorsunuz? 1) Hap 2) Kondom 3) RİA 4) Enjeksiyon 5) Geri çekme 6) Tüpligasyon 7) Vazektomi 8) Takvim yöntemi 9) Diğer.....
28. Yöntemi seçme nedeniniz? 1) yan etkisi yok 2) emzirmeyi etkilemiyor 3) daha önceden kullanmıştım 4) etkili olduğu için 5) diğer(.....)
29. Aile planlamasına başlama zamanı? 1) doğumdan itibaren hemen 2) ilk ilişkiden itibaren 3) 40. günden sonra 3) emzirmeyi bıraktınca 4) diğer(.....)
30. Cinsel ilişkiye başlama zamanı? 1) 1 ay içinde 2) 40. günden sonra 3) 2 aydan sonra 4) diğer(.....)
31. İki gebelik arası süre sizce ne kadar olmalı? 1) 24 aydan az 2) 24 aydan fazla