

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ŞANLIURFA'DA EVLİ ERKEKLERİN AİLE
PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ,
GÖRÜŞ VE DAVRANIŞLARI**

İZZETTİN EKİNCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Fatma KORUK

ŞANLIURFA

2019

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ŞANLIURFA'DA EVLİ ERKEKLERİN AİLE
PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ,
GÖRÜŞ VE DAVRANIŞLARI**

İZZETTİN EKİNCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Fatma KORUK

(Herhangi bir kurum tarafından desteklenmemiştir.)

ŞANLIURFA

2019

T. C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

İzzettin EKİNCİ'nin hazırladığı "Şanlıurfa'da Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi, Görüş ve Davranışları" başlıklı çalışması 24/06/2019 Tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında *Yüksek Lisans Tezi* olarak kabul edilmiştir.


BAŞKAN

Doç. Dr. Duygu VEFİKULUÇAY YILMAZ
Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Fatma KORUK
Harran Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi


ÜYE

Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU
Gaziantep Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 24/06/2019 tarih ve
2019/11.1/14..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Faas DİLMEÇ
Enstitü Müdürü

TEŐEKKÖRLER

Yüksek lisans eğitimin ve tezimin hazırlanması süreçlerini; sürekli ilgisi, sabrı ve desteği ile kolaylaştıran, görüş ve önerileri ile yol gösteren tez danışmanım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Fatma KORUK'a, araştırmanın istatistiksel analiz aşamasında hoşgörüsüyle bilgi ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen Prof. Dr. İbrahim KORUK'a, bu süreçte bana destek olan ve yaşadığım sıkıntıları paylaştığım eşim Zeynep EKİNCİ ve tüm arkadaşlarıma, her daim yanımda olan ve bana inanan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca çalışmamın örneğine çıkan ve sorularımı içtenlikle yanıtlayan sevgili katılımcılara sonsuz teşekkürler.

İZZETTİN EKİNCİ

2019

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜRLER	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar DİZİNİ	V
KISALTMALAR	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Aile Planlamasının Tanımı ve Amacı.....	4
2.2. Aile Planlamasının Tarihçesi.....	5
2.3. Aile Planlaması Yöntemleri.....	6
2.3.1. Modern Aile Planlaması Yöntemleri.....	7
2.3.2. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri.....	15
2.4. Dünyada ve Türkiye’de Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu.....	18
2.5. Aile Planlaması Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörler.....	20
2.6. Dünyada ve Türkiye’de Evli Erkeklerin Aile Planlaması Kullanım Durumu.....	22
2.7. Aile Planlaması Hizmetlerinde Hemşirenin Görev Yetki ve Sorumlulukları.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih.....	26

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	26
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	26
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	27
3.6. Verilerin Toplanması ve Araçlar.....	27
3.6.1. Veri Toplama Aracı.....	27
3.6.2. Ön Uygulama.....	28
3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	28
3.7. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri.....	28
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
4. BULGULAR.....	30
4.1. Erkeklerin Tanıtıcı Özellikleri.....	30
4.2. Erkeklerin Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörlere İlişkin Özellikler.....	40
5. TARTIŞMA.....	45
6. SONUÇ.....	48
7. ÖNERİLER.....	49
8. KAYNAKLAR.....	50
9. EKLER.....	60
EK 1. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı.....	60
EK 2. Veri Toplama Formu.....	61
EK 3. İntihal Raporu.....	65
EK 4. Tez Çalışması Orjinallik Raporu ve Beyan Belgesi.....	66

EK 5. Tez Veri Giriş Formu.....	67
EK 6. Özgeçmiş.....	68



TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1.1. Erkekleri Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı.....	30
Tablo 4.1.2. Erkeklerin ve Eşlerinin Bazı Yaş Özelliklerinin Dağılımı.....	32
Tablo 4.1.3. Eşlerin Doğurganlığa İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı-1.....	32
Tablo 4.1.4. Eşlerin Doğurganlığa İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı-2.....	33
Tablo 4.1.5. Erkeklerin Bildikleri ve Duydukları Aile Planlaması Yöntemine İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	34
Tablo 4.1.6. Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemine İlişkin Önceki Deneyimleri İle İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	36
Tablo 4.1.7. Erkeklerin Şu Anda Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	38
Tablo 4.1.8. Erkeklerin ve Eşlerinin Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Sürelerine İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı.....	40
Tablo 4.2.1. Erkeklerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı.....	41
Tablo 4.2.2. Erkeklerin ve Eşlerinin Bazı Yaş Özelliklerinin Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı.....	44
Tablo 4.2.3. Erkeklerin Cinsiyet Tercihinin Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı.....	44
Tablo 4.2.4. Erkeklerin ve Eşlerinin Doğurganlığa İlişkin Bazı Özelliklerinin Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı.....	45

KISALTMA DİZİNLERİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
AP	: Aile Planlaması
RIA	: Rahim İçi Araç
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
KOK	: Kombine Oral Kontraseptifler
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
MÖ	: Milattan Önce
ICPD	: International Conference on Population and Development (Nüfus ve Kalkınma Konferansı)
MVU	: Mann Whitney U
PID	: Pelvic İnflammatory Disease (Pelvik İnflamatuvar Hastalık)

ÖZET

ŞANLIURFA'DA EVLİ ERKEKLERİN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ, GÖRÜŞ VE DAVRANIŞLARI

İzzettin EKİNCİ

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Çalışma, Şanlıurfa'da evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi, görüş ve davranışlarını belirlemek amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır. Çalışmanın evrenini 18 yaş üstü evli erkekler oluşturmuştur. Örneklem seçiminde Dünya Sağlık Örgütü'nün 30 küme örneklem tekniği kullanılmıştır. Her kümede 10 kişi olmak üzere toplamda 300 kişiye ulaşılmıştır. Veriler Tanımlayıcı Veri Toplama Formu aracılığı ile Haziran–Temmuz 2016 tarihleri arasında Şanlıurfa İl Merkezi'nde, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırma için Harran Üniversitesi Etik Kurul'undan yazılı, katılımcılardan ise sözlü izin alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesi; yüzde, ortalama, standart sapma; tek değişkenli analizlerden ki-kare ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan erkeklerin yaş ortalaması 33.4±8.8'dir. Çalışmada, erkeklerin % 90.7'sinin en az bir aile planlaması yöntemi bildiği, %45.0'nin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı, yöntem kullananların %70.5'inin modern aile planlaması ve %29.5'inin geleneksel aile planlaması yöntemi kullandığı, en çok tercih edilen modern yöntemin kondom (%45.6), geleneksel yöntemin ise geri çekme (%29.5) olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin %41.7'si kullandığı yöntemden memnun olduğunu ve %20.0'si koruyuculuğunun yüksek olması nedeniyle kullandığı yöntemi tercih ettiğini bildirmiştir. Evde en çok Türkçe konuşan ve sosyal güvencesi olan erkeklerde modern aile planlaması yöntemi kullanma düzeyinin daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, Şanlıurfa'da evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu, ancak aile planlaması yöntem kullanımının düşük olduğunu göstermiştir. Erkeklerin aile planlaması yöntem kullanımına katılımının artırılması için, sosyo-demografik faktörlerde göz önünde bulundurularak girişimlerin planlanması, aile planlaması eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin mutlaka çiftlere birlikte yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Evli erkekler, aile planlaması, aile planlaması yöntemi, modern yöntem, geleneksel yöntem, hemşirelik.

ABSTRACT

KNOWLEDGE, VISION AND BEHAVIOR OF MARRIED MEN ON FAMILY PLANNING METHODS IN SANLIURFA

İzzettin EKİNCİ

Department of Nursing, Master Thesis

The study was carried out in cross-sectional design in order to determine the knowledge, opinions and behaviors of married men in Şanlıurfa on family planning methods. Target population of the study consisted of married men over 18 years old. 30 cluster sampling methods of the World Health Organization were used for sample selection. A total of 300 people were reached, including 10 in each cluster. The data were collected by means of face-to-face interview technique in Sanliurfa Province from February to July in 2016 via Descriptive Data Collection Form. Written permission was obtained from the Ethics Committee of Harran University and verbal consent was obtained from the participants. percentage, mean, standard deviation; chi-square and Mann Whitney U test were used for analyzing the data. The mean age of the men in this study is 33.4 ± 8.8 . In the study, 90.7% of males know at least one family planning method; 45.0% used any family planning method, method users while 70.5% of men use modern methods for family planing, 29.5% of them use traditional family planning methods. Condom (45.6%) is the most preferred modern method, and the withdrawal method (29.5%) is the most preferred traditional method. 41.7% of the males stated that they were satisfied with the method they used and 20.0% of them stated that they prefer that method because of its high protection. It was determined from the study that the percentage of using modern family planning method is higher in males who spoke mostly Turkish at home and have a social security ($p < 0.05$). These findings show that the level of knowledge of married men in Şanlıurfa is high about family planning methods but the use of family planning methods is low. As a result, In order to increase the participation of men in the use of family planning methods the study suggests; family planning education and counseling services should be provided to couples together taking socio demographic factors into consideration while planning the interventions.

Key Words: Married men, family planning, family planning methods, modern method, traditional method, nursing.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Doğurganlık üreme sağlığını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Doğurganlık hızının yüksek olması beraberinde riskli gebelik ve doğumları getirmekte, dolayısıyla anne-bebek ölüm risklerini artırmaktadır (1). Her yıl dünya genelinde beş yüz bin kadının gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle öldüğü bildirilmektedir (2). Ayrıca, sık ve fazla sayıda yapılan doğumlar, yalnızca anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkilemekle kalmayıp, toplumların da ekonomik, sosyal ve kültürel anlamda gelişmesini engellemektedir (3). Sık ve fazla sayıda doğumları önlemenin en etkili yolu Aile Planlaması (AP) hizmetlerini vermektir. AP hizmeti hem istenmeyen gebelikleri, hem de aşırı doğurganlığı önleyerek anne ve bebek sağlığına olumlu katkıda bulunan, dolayısıyla toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinde rol oynayan önemli bir sağlık hizmetidir (4). Aile planlaması hizmetleriyle ana-çocuk ölümleri önemli derecede azaldığı görülmüştür (6). Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi, ülkemizde de uzun yıllardır uygulanan ana sağlığı programları, anne ölümlerini azaltabilmek için riskli gebelerin tespit edilmesine odaklanmıştır. Bu yaklaşımların anne sağlığına olumlu katkıları olmasına karşın, anne ölümlerinde istenilen ve beklenen düzeyde azalma tespit edilememiştir (7). Aile planlaması hizmetlerinin yeterli ve düzenli sunumu ve bu konuda verilecek danışmanlık hizmetlerinin sürekliliği ile bu oranın azaltılabileceği düşünülmektedir (8).

Dünya genelinde modern AP yöntem kullanım düzeyi %56.1'dir. Gelişmiş ülkelerde bu düzey %61.2 iken, az gelişmiş ülkelerde %31.4'tür. Dünyada AP yöntemleri arasında en çok tercih edilen yöntem tüpligasyondur. Bunu RİA, oral kontraseptifler ve erkek kondomu izlemektedir (9). Ülkemizde ise, Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre; herhangi bir AP yöntemi kullanma düzeyi %73.5, modern AP yöntemi kullanma düzeyi %55.9 ve geleneksel AP yöntemi kullanma düzeyi %47.3'tür. En çok tercih edilen modern AP yöntemleri RİA ve erkek kondomudur. En çok tercih edilen geleneksel AP yöntemleri ise geri çekme ve takvim yöntemidir (10).

Aile planlaması yöntem kullanımını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; kadının yaşı, eşinin eğitim durumu, sosyo-ekonomik durumu, statüsü, aile yapısı, toplumun sosyo-kültürel yapısı, evlenme yaşı, ilk gebe kalma yaşı, erkeklerin AP'ye katılımları,

isteyerek düşükler, istenmeyen gebelikler, dini inançlar ve doğum şeklidir (11). Ayrıca koruyucu yönetime olan güven, doğru olmayan kullanım ve koruyucu yönetime ilişkin doğru olmayan bilgiler, bireysel/toplumsal özellikler ve benzeri faktörlerde yöntem kullanımını etkilemektedir (1). Bunlara ek olarak yasalar, devletin aile planlaması politikaları, programları ve AP hizmeti sunan kişi/kişilerin bilgi seviyesi AP kullanımını etkileyen faktörler bildirilmektedir (12). Yapılan çalışmalarda, erkeklerin AP yöntem kullanımına katılımının ve desteğinin, AP kullanımını etkileyen önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (11-13).

Erkekler kadının üreme sağlığı ile ilgili kararlarında, kullanılacak AP yöntemini belirlemede sıklıkla karar verici olarak rol oynarlar. Yapılan çalışmalarda erkeklerin katılımı sağlandığı zaman kadına yönelik üreme sağlığı programlarının daha etkili olduğu saptanmıştır (11-13). Aile planlaması yöntemi kullanımını; çiftlerin eğitim durumu, sahip oldukları çocuk sayısı, ailenin etnik yapısı, erkeklerin AP'ye karşı tutumu, aile büyüklerinin müdahil olması gibi birçok faktör etkilemektedir (13). Erkeklerin aile planlamasında sorumluluk yüklenmelerinde, aile planlaması yöntemi öneminin farkında olmalarının yanı sıra, tercih edilen AP yöntemleriyle ilgili bilgi edinmiş olmaları da önemlidir (14). AP sorumluluklarının bilincinde olmaları için erkeklerin danışmanlık ve eğitim ihtiyaçlarının giderilmesi birincil hedef olması gerektiğine dikkat çekilmiştir (15). Aile planlamasında erkek, eşinin tercih edilen yöntemi kullanımını yönlendirebilir, destekleyebilir veya kendisi bu yöntemlerden birisini kullanabilir (16).

Aile planlaması hizmetlerinde danışmanlık, başvuran kişilerin gebelik ve AP yöntem kullanımını da içeren üreme seçenekleri konusunda bilgiye dayalı bir seçim yapmalarına yardımcı olur (5). Hemşireler özel bilgi ve becerileri ile hasta ya da sağlıklı bireyin eğitiminde, sorunların çözümünde ve aile planlaması çalışmalarında danışmanlık hizmeti sunar (17). Aile planlaması konusunda danışmanlık, motivasyon, rehberlik ve eğitim hemşireden beklenen önemli görevlerdendir (18). Etkili bir eğitim ve danışmanlık hizmeti için ise, mevcut durumun ve hizmet sunumunu etkileyecek faktörlerin belirlenmesi önemlidir.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2013 verilerine göre, Türkiye'de genel doğurganlık hızı 2.26, herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanım düzeyi %73.5'dir (19). Şanlıurfa'nın da içinde yer aldığı Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nde genel doğurganlık hızı 3.41'e yükselirken,

herhangi bir AP kullanma düzeyi %59.7'ye düşmektedir (19). Şanlıurfa ise, Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2013 yılına ilişkin doğum istatistiklerine göre, 4.3 ile doğurganlık hızının en yüksek olduğu, erken ve geç yaş doğumların fazla olduğu, anne-bebek ölümlerinin yüksek olduğu bir ildir (19). Bu bulgular, Şanlıurfa'da AP hizmetlerine erişim ve sunumun öncelikli konular olduğunu göstermektedir. Ataerkil toplum yapısına sahip olan Şanlıurfa'da, erkeklerin AP hizmetlerine katılımının sağlanması, bu hizmetlerin erişiminde ve kullanımında etkili olacaktır. Bu nedenle çalışma, Şanlıurfa'da evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi, görüş ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Planlamasının Tanımı ve Amacı

Aile planlamasına ilişkin birçok tanım yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) aile planlamasını; “Aile planlaması, bireylerin ve çiftlerin arzu ettikleri çocuk sayısını, doğumlarının aralıklarını ve zamanlarını belirlemeyi, infertiliteyi tedavi etmeyi ve bir kadının gebeliklerini uzatma ve sınırlandırma yeteneğini sağlayan, sağlığının ve iyiliğinin yanı sıra her gebeliğin sonucunu da doğrudan etkileyen bir hizmettir” olarak tanımlanmıştır (21). Taşkın ve Dirican aile planlamasını; “ailelerin psikolojik, ekonomik, sosyal, fiziksel ve inanç durumları değerlendirilerek çocuk sahibi olmalarını etkileyen ve istedikleri zaman diliminde, istedikleri rakamda çocuk sahibi olmalarına, istenmeyen gebeliklerden bireylerin kaçınmasında, doğum aralığı yani gebelikler arasındaki süreyi kontrol etme, yaşlarını, fiziksel ve ruhsal sağlık, sosyo-ekonomik durumlarını dikkate alınarak çiftlerin ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olmalarına ve çocuk sahibi olmayan çiftlerin çocuk sahibi olma arzularının gerçekleştirilmelerine hizmetlerin tümüne aile planlaması denilmektedir” şeklinde tanımlamışlardır (4,5).

İstekleri doğrultusunda aileler kendi kararlarıyla en uygun zaman diliminde ve istedikleri sayıda evlat sahibi olabilirler (5). AP hizmetlerinin amacı; istenmeyen gebeliklerin, düşüklerin önüne geçmek, gebelikler arasına yeterli süre aralığını koyabilmek, sağlıklı cinsel yaşamı sürekli kılmak, annenin ruh sağlığını ve fiziki durumunu korumaktır. Fetüs ve bebeklerin, çocukların hastalık oranının ve ölüm mortalitesini azaltmak, ailelerin ruhsal, sosyal ve fiziki açıdan yaşam standartlarını arttırmaktır (24). Üreme çağındaki kadınlara, üreme sağlığı konularında bilgi vermek, çiftleri gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgi sahibi etmek, aile planlaması yöntemlerinin uygulanmasına yardımcı olmak ve çiftlerin daha bilinçli davranarak aile ve ülke çıkarlarını göz önünde bulundurup sorumluluk duygusu ile karar vermelerini sağlamaktır (26). Çünkü aşırı doğurganlığın bulunduğu ülkelerde; erken yaş evlilik ve gebeliklerin, geç yaş gebeliklerin, 2 yıldan kısa aralıklarla ve fazla sayıda olan gebeliklerin ve plansız, istenmeyen gebeliklerin daha fazla olduğu gözlenmektedir. Aşırı doğurganlık ve bunun getirmiş olduğu

ekonomik ve sosyokültürel sorunlar, anne-çocuk sağlığını etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır (27).

Bir milletin sağlam toplum yapısına sahip olması öncelikle anne ve çocuk sağlığı ile ilgilidir. Ana-çocuk sağlığı dünya ülkelerinin öncelik vermesi gereken meselelerden biri olup temel sağlık hizmetlerinin planlanmasında en önemli faktörlerdendir. Ana-çocuk sağlığının gelişimde birincil çözümlerinden biri, aile planlanması hizmetlerinin etkin olarak sağlanmasıdır. Gelecek nesillerin sağlıklı olması, toplumsal gelişimde önemli bir koşul kabul edilmesine rağmen ülkemizde toplumun yaklaşık yarısını (%49) oluşturan kadın ve çocuklar, sağlıkla ilgili risk faktörlerinden en çok etkilenen gruptur. Aile planlaması hizmetlerinin en önemli amacı ‘‘ana-çocuk sağlığının korunması ve sağlık düzeylerinin yükseltilmesidir’’ (28).

2.2. Aile Planlamasının Tarihçesi

Gebeliği engelleme çalışmalarının insanlık geçmişi kadar eski olduğu düşünülmektedir. İnsanoğlu cinsel ilişki sonucu gebeliğin olduğunu öğrendikten sonra çeşitli yöntemlerle gebeliği engellemeye çalışmışlardır. Yazılı en eski kaynak MÖ 2700 senesinde Çin’de bulunmuş olup, bunlar düşük yaptırmaya ve gebeliği önlemeye sağlayan reçetelerdir (33). Yine ilk çağlarda erkeğin gebelik üzerinde herhangi bir rolünün olmadığı, gebeliğin düşüncesinin kadınların kendilerinden kaynaklandığını ve gebeliği önlemek için bir takım doğüstü davranışlara ve yöntemlere başvurdukları görülmüştür (29). İlk çağlarda gebeliğin oluşumunda erkeğin bir etkisinin olmadığı düşünüldüğünden, kadınlar gebeliği engellemek için bazı mistik yollar izlemiş ve ibadetlere yöneldikleri bilinmektedir (30). Aile planlaması yöntemleriyle ilgili yazılı metinler Mısır’daki ‘‘Kahun veya Petri papirusu (MÖ 1850) ve Elbers papirusunda (MÖ 1500)’’ tanımlanan farklı vajinal tamponlar da bu konudaki eski belgelerdir (29). Kondom, İtalya’da 1564 yılında ilk defa ‘‘Gabiella Follopius’’ tarafından öne sürülmüş ve gebeliği engelleyici olarak tanımlanmıştı (30). ‘‘Mesigna 1880’de diyaframı, Wilde 1838’de servikal başlığın’’ kullanıma sunmuşlardır. Spermisitler insanlığa sunulması 1885’li yıllarda gerçekleştirilmiştir. Rahim içi araçlara (RİA) ilişkin belgeler daha eskidir. Milattan önce Araplar develerinin gebe kalmalarını engellemek için hayvanların uteruslarına taş gibi cisimleri koydukları bilinmektedir. İlk defa RİA; 1909 yılında ‘‘Alman Richard Richter, 1929’da Grafenberg’’ tarafından tanımı

yapılmıştır. Hormonal aile planlaması yöntemlerin tarihi eski değildir ve ilk tanımı '1952 yılında Colton' yapmıştır (18). 'Rock, Pincus ve Garcia'nın 1956 ve 1958'deki' çalışmalarından sonra oral tabletlerin üzerinde daha da fazla durulmuş ve sonraki zamanlarda implant ve enjeksiyon şekilleri ile cerrahi sterilizasyonun daha kolay teknikleri geliştirilmiştir (30).

2.3. Aile Planlaması Yöntemleri

Aile planlaması yöntemleri, doğum kontrolü ve kontrasepsiyon ile eş anlamda kullanılan terimlerdir. Fakat aile planlaması yöntemleri terimi gebeliği engelleyen, kısırlığa çözüm arayan, üreme zamanını düzenleyen ve çiftlerin çocuk sahibi olmalarını düzenleyen sosyal, psikolojik, ekonomik, fiziksel ve dini tutumlarını değerlendiren daha geniş kapsamlı bir kavramdır. Kontrasepsiyon ya da doğum kontrolü ise sadece gebelikten kaçınmayı tanımlayan terimlerdir. Gebelikten korunmak için kullanılan başlıca yöntemler şunlardır (5,18,31);

2.3.1. Modern Aile Planlaması Yöntemleri

- RİA; Rahim İçi Araçlar
- Hormonal Kontraseptifler
- Erkek Kondomu, Kadın Kondomu
- Diyafram, Servikal Başlık
- Cerrahi sterilizasyon
- Spermidler

2.3.2. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

- Koitus Interraptus – Geri Çekme
- Emzirme (Laktasyonel Amenore Yöntemi)
- Vajinal Lavaj
- Takvim Yöntemi
- Servikal Mukus Yöntemi
- Bazal Vücut Isısı Kontrolü

2.3.1 Modern Aile Planlaması Yöntemleri

- **Rahim İçi Araçlar (RİA)**

Rahim içi araç çok eski zamanlardan (Hipokrat döneminden) bu yana bilinmesine rağmen gelişmeleri çok süre almıştır (32). Dünyada cerrahi sterilizasyondan sonra en yaygın kullanılan kontraseptif yöntemdir (9). RİA'lar farklı oluşumlardan yapılmış ve geçmiş zamanda da farklı şekilde kullanılmıştır. Halen dünyada 100 milyondan fazla kadın RİA ile gebelikten korunmaktadır (30).

Küresel çağda güvenilir olan RİA, Türkiye'de 1970'li yıllardan sonra güvenilir olarak görülmüş ve kullanılmaya başlamıştır. Sıklıkla bakır yapıları kullanılmaktadır (21). Üç farklı RİA çeşidi vardır (32):

1. **İnert (katkısız) RİA'lar:** Plastik ve paslanmaz çelikten üretilmiştir (17).
2. **Hormonlu RİA'lar:** Progesterin içeren RİA'lardır (17).
3. **Bakırlı RİA'lar:** Yapısında bakır bulunur. TCu 380A ve Multiload 375 en yaygın olanıdır (17).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Spermin üst genital yollara ulaşmasını engeller ve servikal mukusu kalınlaştırır. Endometrial tabakayı değiştirir ve ovumun transportuna engel olur (4). Koruyuculuğu %92 ile %98 arasındadır (33).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Etkinliği yüksek ve güvenilirdir. Kullanışlı, uzun süre koruma sağlar, çıkarılınca doğurganlık hemen geri döner ve cinsel ilişkiyi engellemez. Sorun olmadığı sürece yıl içinde bir defa kontrolü ve aylık iplerin kontrolü yeterlidir (30,34). Uygulama ve çıkarılma işlemi sırasında ağrı görülebilir. Bazı kadınlarda karnın alt bölgelerinde rahatsızlık, ağır adet kanamaları, ara ara lekelenme ve kramplar olabilir. Bu yakınmalar 3. adet dönemiyle azalır, nadiren uygulama sırasında uterin harabiyeti gelişebilir. Pelvik infeksiyonuna yani PID riski yüksektir ve buna bağlı olarak kısırlık gelişebilir (34). RİA genel kanının aksine dış (ektopik) gebelik oranını artırmamakta, ancak dış gebelikten koruma normal gebelikten korumadan daha düşük olduğundan RİA kullanan bir kadında oluşan gebeliğin dış gebelik olma olasılığı daha yüksek olmaktadır (35).

- **Hormonal Kontraseptifler**

- a. **Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)**

Östrojen ve progesteron bulunduran kombine doğum kontrol hapları son otuz yıl içinde aile planlaması programlarında en güvenilir ve etkili doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmaktadır (5). Chang ile Pincus 1950'li senelerde oral kontraseptifi icadıyla doğum kontrol yöntemleri açısından bir reform olmuş ve bu yöntem; basit kullanışlı, etkili ve koitus ile bağı bulunmayan bir yöntem olarak tüm insanlığa armağan edilmiştir (36).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Doğal kadınlık hormonu olan östrojenin (etinilestradiol) ve progesteronun (norgestrol) yapay formlarından oluşmaktadır (30). KOK'ların içerisinde bulunan, progestinin ve östrojen etkisi ile folikülüstümüle eden hormonlar ile lüteinize eden hormonları baskılar ve yumurta oluşumunu engeller. Tubaların hareket yeteneğini artırıp yumurtanın taşınmasını hızlandırır ve uterus içerisinde bulunan endometriumun işlevini değiştirerek ödem alanlarını oluşturur. Progestinin servikal gland salgısını artırarak spermelerin uterus içine hareket etmesini engeller (5). KOK'lar %99.9 gibi büyük oranda etkilidir. Teorik açıdan başarısızlık oranı yaklaşık sıfırdır (5). aşarısızlığa neden olan etkenlerin başında kullanan bireylerin motivasyon ile bu hapların alınmaması vardır (36).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: İlişkiyi etkilemez, menarştan menapoza kadar geçen her yaşta kullanılabilir. Terk edildiği zamanda doğurganlık yeniden başlar. Adet döngüsünü ile kanamayı düzenler, kansızlık riskini düşürür (30). Preadet döneminde gerginliği ve sancıları azaltır. Kötü huylu olamayan meme hastalıklarından, yumurtalık kistlerine, yumurtalık kanserine karşı koruyuculuğu bulunmaktadır. Romatoidartrit ve kolon kanseri olma riskini azaltır. Kemiklerin zayıflamasına bağlı kırıkları engeller (37). İlk 3 ayda bulantı, kusma, adet siklusunda değişiklik, kilo artışı, memede ağrı ile gerginlik, baş ağrısı görülebilir (38). Kan basıncını arttırabilir ve yüksek tansiyonu olan 35 yaş üstü, en az günde 1 paket sigara kullanan kadınlarda az da olsa miyokart infaktüsüne sebebiyet verebilir (39).

- b. **Yalnız Progesteron İçeren (Mini) Haplar**

KOK'a alternatif olarak geliştirilmiş bir yöntemdir (40). Dışarıdan östrojen almasında risk bulunan kadınların da kullanılabilmesine olanak sağlamaktadır (41). Sadece progesteron

bulundurlar ve mini haplarda KOK'lara oranla az miktarda progesterin bulundurur ayrıca östrojen bulundurmazlar (9).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: İçerik olarak progesteron bulunduran mini haplar kadınlarda beklenildiği gibi oluşan servikal mukusu koyulaştırarak spermilerin geçişini bloke ederek sperm ve yumurtanın karşılaşmasını önler. Aylık döngülerde %40 ile %60 oranında yumurta oluşumunu önleyerek tuba hareketlerini yavaşlatır. Endometriyum incelik ve yerleşme olmaz (42). KOK'lara göre daha azdır. Her gün aynı saatte alındığı sürece etkinliği, kadınların bebeklerini emzirdiği doğumu takiben dokuz ay süresince %98.5, başka dönemlerde (emzirmeyenlerde) bu oran %96'ya düşer (34).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Yaş sınırı bulunmamakta ve her yaşa uygundur. Adet kanaması miktarını ve kramplar azaltır. Emziren kadınlar için uygundur. Emzirme arttıkça koruyuculuk da bu oranda yükselir. Cinsel ilişkiyi sekteye uğratmaz ve KOK' lara göre yan etkileri çok azdır (34,36). Bebeğin emzirme süresi azalınca ilacın etkisi düşer. Adet görmeme, düzensizlikleri ve ara kanamaları fonksiyonel over kisti ve akneler oluşur (43). Bu hap almasının unutulması halinde gebelik riski oldukça fazladır ve bundan dolayı hapi düzenli saatlerde alamayanlarda uygun değildir (44). Mini hap kullanımı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucu değildir (45).

c. Enjekte Edilen Kontraseptifler

Etkisi daha uzun olan hormon içeren koruyucu yöntemlerdir. Ağızdan alınan (oral) formları ile benzer olarak kombine ve yalnız progesteron içeren formları bulunmaktadır (46). Ülkemizde 21 yıldır kombine enjekte edilen koruyucu yöntem ile 2004'ten itibaren progesterin bulunduran koruyucu yöntemler kullanılmaktadır (42).

Etki mekanizması ve Etkinliği: Yumurta üretimi progesterinin etki etmesiyle servikal mukus koyu kıvama döner ve spermilerin geçişi blok edilir. Endometriyum tabakası incelik ve yerleşmeye uygun olmayan hale gelir ve tüplerin motilitesi değişerek sperm transı engellenir (30). Enjekte edilen progesterinler etkin doğum kontrol aracıdır. Başarısızlık oranı %0.1'den düşüktür (38).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Koruyuculuğu fazla ve pratik kullanımlı, uygulanmadığında hemen gebe kalınabilir ayrıca antikanserojen ve kist oluşumunu engeller. Menarş ile menapoz dönemine kadar alınabilir. Demire bağlı anemi ve ektopik gebeliğe karşı koruyucudur. İlk günden itibaren koruyuculuğu vardır ve beklenmeyen yan etkisi azdır (38). Mens döngüsünde düzensizlik ve bırakıldığında adet gecikebilir. Koruyuculuk etkisi kapsamında CYBH yoktur. Kilo artışı, baş dönmesi, baş ağrısı ve memelerde hassasiyet görülebilir. İlk 6 ay emziren kadınlar kullanamaz ve östrojene etkisi ile yan etkiler görülebilir (17).

d. Derialtı İmplantlar

Norplant adıyla tanınan derialtı kontraseptif implantlar hormonal yöntemler içerisinde tek uygulama ile en uzun süre koruma sağlayabilen yöntemdir. Üst kolun iç yüzüne deri altına yerleştirilen kapsüllerden sürekli olarak ve düşük dozlar halinde progesteron vücuda geçer (35).

Etki mekanizması ve Etkinliği: Progesterin içerikli doğum kontrollere benzerdir (33). Ovulasyonun baskılanması, tubal mortalitenin azalmasını, endometriumun incilmesi ve servikal mukuzun kalınlaşmasını sağlar (47). Yöntem %99.95 civarında koruyuculuk sağlar (48).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Hemen etkilidir (beş yıllık ortalama gebelik hızı %1'den azdır). Pratik kullanımlı ve 5 yıl süreyle korunma sağlar (49). Cinsel isteğe ve ilişkiye engel değildir. Emzirme ile günlük aktiviteyi etkilemez, yan etkisi azdır ve geri dönüşümlüdür (50,51). Eğitilmiş personel gerektiren cerrahi işlemle yerleştirilir ve çıkarılır, cerrahi girişimin ortak risklerini taşır (enfeksiyon, kanama, hematoma) ve derinin altında fark edilebilir (52). Menstrüel siklus değişiklikleri yapabilir (kanama, lekenlenme, amenore) ve nadiren baş ağrısı, kilo kaybı veya artışı, depresyon gibi etkiler yapabilir (53).

e. Post Koital (Acil Kontrasepsiyon) Haplar

Östrojen ile progesteronu acil doğum kontrolde, Yuzpe 1970'de birlikte kullanmıştır. 6 yıl sonra postkoital RİA bu ilk kez sebeple kullanılmıştır (54). Cinsel birliktelikten sonra, cinsel tecavüz gibi durumlarda gebelikten korunmak amacıyla kullanılan güvenilir bir acil kontraseptiflerdendir (55). Korunmasız koitusun ardından 3 gün içinde bu haplardan 2 tane

alınmalı ve 12 saat sonra aynı şekilde tekrar edilmesi gerekir (56). Fakat acil kontrasepsiyon bir doğum kontrol yöntemi olmaktan daha çok, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde bir ikinci şans yöntemi olarak görülmektedir (56).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Aylık döngünün hangi aralığında alınmasına göre ovülasyonu, fertilizasyonu veya implantasyonu bloke etmesidir (57). Acil doğum kontrollerin etkinliği %55-94 oranda değişmektedir (58). Herhangi bir korunmasız birlikteliğin ardından post koital haplardan, kombine hapların % 77, sadece progesteronlu ilaçların %88, RİA kullanımının %99'luk oranda hamilelikten koruduğu görülmüştür (59).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: İstenmeyen birçok gebeliğin önlenmesi, pahalı olmayışı, tüketim süresinin dar olması ve kesin yan etkisinin olmamasıdır. Korunmasız cinsel ilişki sonrası 72 saat içinde uygulanması gerekli (60). Cinsel yolla bulaşan hastalıkları engellemez. Bulantı, istifra, yemekten kesilme, baş ve karın ağrısı, düzensiz kanamalar, hassas göğüs ve baş dönmesi görülebilir (54).

f. Vajinal Halka

Bükülebilen yumuşak, şeffaf, renksiz ve eğitimli personel gerketmeden uygulanabilen bir oval araçtır. Vajinal mukozadan emilen östrojen ve progesteron içerir. Çeşit olarak tek tip progesteronlu olanı da vardır. 2000 yılından sonra Food and Drug Administration (FDA) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde kabul görülmüştür. Şu an Avrupa, Birleşik Devletler ve Kanada gibi yerlerde kullanılmaktadır. Türkiye'de ise tercih edilen yöntem değildir (61).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Yumurta oluşumunu bloke ederek etki gösterir. Yöntemin kullanımını doğru öğrenildikten sonra, %98-99 'dur (62).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Pratik kullanımlıdır ve 21 gün boyunca kalabilir. Uygulandığı ilk aydan itibaren koruma sağlar ve cinsel ilişkiyi etkilemez (36). Birincil geçişi karaciğer değildir ve metabolik yan etkiler en azdır (61). Koruyuculuğu CYBH'yi kapsamaz ve hekim onayı gerektirir. Vajinadan kendiliğinde atılabilir. Vajinal enfeksiyonu olan, hormonal doğum kontrol kullanmayan ve eğitim almayan kişiler için kullanımı doğru değildir. Yabancı cisim tepkisi ve vajende akıntı görülebilir (61).

g. Erkekler İçin Hormonal Kontraseptifler

Şu an hormonal doğum kontrol ve vazektomi gibi kesin sonuçlu doğum kontroller dışında olan ve genel kullanımını için araştırılan metodlardandır. Hormonal doğum kontroller; etkili, güvenilir ve iyi emilebilirliği şarttır (63). Erkekler için geliştirilen hormonal kontraseptiflerin etki mekanizması testesteron hormonunun sperm hücreleri üzerindeki etkisini engelleyerek sperm sayısının azaltma esasına dayanmaktadır (5).

Etkinlik: DSÖ'nün desteklediği ile yapılmış iki farklı çalışmada koruyuculuk etkinliği yüksek bulunmuştur. Metoda bağlı yetersizlik oranı %6.1 bulunmuştur. Araştırma aşamasında olan hormonal kontraseptifler için selektif androjen ve progesteron reseptör modülatörlerine yönelik araştırmaların yapılması gerekliliği belirtilmiştir (63).

- **Kondom (Prezervatif)**

- a. Erkek Kondomu**

Kılıf olarak halk diliyle adlandırılan kondom eski tarihlerden bu yana doğum kontrol amaçlı kullanılmaktadır (5). Kayıtlar ilk Kondom kullanımının, kontrasepsiyon amacıyla değil, genital infeksiyonlardan korunmak amacıyla kullanıldığını ortaya koymaktadır (64,65). Kondom, kontrasepsiyonda çok etkilidir fakat bireylerin her cinsel ilişki sırasında motive olmaları gerekmektedir (64).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Spermilerin vajene geçmesini önleyen kondom mekanik bir bariyer oluşturarak gebeliği önler (39). Kondomlar tek kullanımlık olup doğru kullanıldığında %97 oranında koruyuculuk sağlar (42). Çiftlerin cinsel ilişkide arzu ve becerileri etkinlik ile doğrudan ilişkilidir (66).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Doğum kontrolünde erkeklerin de katılımını sağlar, etkili, maliyeti düşük ve güçlük çekilmeden bulunur (39). AIDS ve CYBH'lara karşı koruma sağlar. Tıbbi bir denetim gerektirmez, doğru kullanıldığında etkisi yüksek ve hiçbir yan etkisi yoktur (51). Erken boşalmayı engeller ayrıca serviks kanserinden koruyabilir. Bazı çiftlerde hassasiyet azalmasına ve cinsel ilişkide isteksizliğe neden olabilir (65). Her ilişkide yeni bir araç kullanımı

gerektirir. Ereksiyonu güçsüzleştirebilir ve cinsel ilişkiden hemen önce takılmalıdır. Prolen (lâteks) yapılı olduğu için alerjiye sebep olabilir (40).

b. Kadın Kondomu

Kadın üreme organına ilişki öncesi takılan bir kılıftır (65). Yaklaşık 27 yıl önce ilk defa Avrupa'da öne çıkan bu kondomun günümüzde farklı türleri mevcuttur (40).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Tıpkı erkek kılıfı gibi işlev görür ve spermin rahime girişini bloke eder (67). Bu kılıflar yanlış kullanılmadıkça etkisi %95'dir. İçerik olarak spermisitli olanlar daha tesirlidir (34,67).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Bu yöntem CYBH'lara karşı koruma, otokontrolün kadında olması ve gebelikten koruması pozitif yönlerini oluşturur (34). Birliktelikte 8 saat önce takılabilir. Yan etkisi yine lâteks alerjisi haricinde sıfırdır ve güvenilirdir. Eczane veya marketten alınabilir (51). Olumsuz yönü kadının kondomu takmakta zorlanması olabilir. Kadının kendi üreme organının anatomik yapısını bilmesi gerekmektedir (69).

• Diyafram, Servikal Başlık

Diyafram serviksi örten, yuvarlak, kenarları sert, kauçuk bir araçtır. Servikal başlık ise kenarları daha sert, derin yuvarlaklı ve daha küçüktür (33,43).

Etki mekanizması ve Etkinliği: Bir bariyer görevi üstlenir, serviks mukozasının asitli yapısının bozmasını engellerek spermelerin vajina içinde yaşamasını engeller (43). Etkinliğinin artması için spermisitlerle beraber kullanılması gereklidir (70). Yöntem olması gerektiği gibi kullanılıncaya gebeliklerin oluşumunu %94 oranda engeller ve yanlış kullanımında koruyuculuğu % 80'e kadar gerilemektedir (34). Ülkemizde sağlık hizmetlerinde sunulan AP hizmetleri kategorisinde bulunmamaktadır (71).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Otokontrol sahibi kadın olduğundan kendine olan güveni yükseltir. Kadınların şahsi anatomik yapı ve vajeni tanımlarına olanak sağlar. Yaş fark etmeksizin güvenilir koruyucu yöntemdir. PID ve CYBH'lara karşı koruyuculuğu olabilir (71). Her kadının anatomisi farklı olduğu için pelvik kontrol gerektirir. Yeni uygulayıcıların

öğrenmeleri biraz süre gerektirir (42). Postkoitus durumunda minimal 6 saat yıknmamalı ve çıkarılmamalıdır. Maliyeti biraz yüksektir ve üreme organına dokunmak gerektiği için bazılarını irite edebilir (71).

- **Cerrahi Sterilizasyon**

Ülkemizde gönüllü sterilizasyon 18 Aralık 1983 tarihinde yasalaşmıştır. Sterilizasyon ameliyatları, hekim onayına bağlı sakınca olmaması şartıyla yasal erginliğe ulaşmış bireylerin isteğiyle yapılmaktadır (40). Dünyada erkek ve kadın arasında sık olarak onaylanan koruyucu yöntemlerdendir. En güvenli yöntemlerden olan cerrahi sterilizasyon 2 çeşittir (5,30). Bunlar;

Tüpligasyonda Etki Mekanizması ve Etkinliği: Her iki fallop tüpünün mekanik şekilde kapatılarak döllenmenin engellemesi esasına dayanır (30). %99.6 oranında koruyuculuk etkisi vardır (34).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: İşlem bir kez yapılır, etkisi hemen başlar, korunma sorununu ortadan kaldırır, cinselliği etkilemez (24). İşlemden sonraki 3-4 gün ağrılıdır, insizyon bölgesinde infeksiyon ve kanama oluşabilir (30). Ektopik gebeliğe neden olabilir ve geri dönüşümü zordur. Koruyuculuğu CYBH'ı kapsamaz (34).

Vazektomi Etki Mekanizması ve Etkinliği: Vazdeferens, skrotumun üst kısmında bulunur, kesilir ve bağlanır. Sperm daha ileriye geçemez, sperm üertmeye devam eder ve cinsel işlev aynı kalır (30). Vazektomi koruyuculuğu %99.8 oranındadır. Vazektomi yöntemini seçen çiftlere 20 ejakülasyon süresince farklı bir yöntem ek olarak gereklidir (5).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Güvenilir ve çok etkilidir. Zamanla yan etki oluşması yoktur. İnvanziv işlem kısa ve basittir (72). 2-3 gün rahatsızlık olabilir. Skrotumda ağrı, şişme, morarma, infeksiyon ve skrotum içinde kanama olabilir. Hemen etkili değildir. İlk 20 ejakülasyon süresince ya da 2 ay boyunca başk bir yöntem daha kullanılmalıdır. Geri dönüşüm zor ve ucuz değildir. CYBH'lara karşı korunma sağlamaz (34).

- **Spermisitler**

Spermilerin intrauterine ulaşmazdan önce üreme hücrelerini hareketsiz kılan maddelerdir. Çözünebilen film, vajinal tablet ve köpüksü jel gibi çeşitleri vardır (17). Etkili yöntemdir, daha çok diyarfram ve kondom ile kullanılması önerilir (31).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Kimyasal ajan olan bu ilaçlar sperm yapısını bozarak rahim içine gelmesini engelleyerek üreme hücrelerini etkisiz kılar (43). Sürekli kullanıma bağlı olarak etkisi değişmektedir. Yaklaşık %71'e kadar koruma sağlar (73).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Anlık etkili ve sistemsel etkili değildir. Vajinadaki mukoza miktarını ve doğal yapısının yoğunluğunu artırır (30). Bazı CYBH'lara karşı etkilidir. Ayrıca vajende rahatsızlığa (yanma, iritasyon) sebebiyet verebilir (34). Doğru kullanımına bağlı olarak etki oranı yüksektir ve diğer modern AP çeşitlerine nazaran etkinliği azdır (56).

2.3.2. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

Geleneksel koruyucu yöntemler, kadınların menstruasyon döngüsünün verimli (fertil) ve verimsiz (infertil) dönemlerini, doğal belirtilerle belirleyerek, verimli dönemde ilişkiden kaçınmalarını açıklayan bir tanımdır (38). Geleneksel aile planlaması bir kontraseptif yöntem olmayıp, fertil periyodu saptayan bir tekniktir. Gebeliği önleyen, fertil dönemde cinsel ilişkide bulunulmamasıdır (23). Bu yöntem herhangi bir nedenle diğer mekanik, farmakolojik kontraseptifleri kullanamayanlarca tercih edilebilir. Ancak yöntemlerin başarı şansını artırmak için mutlaka eğitim verilmelidir (74).

- **Koitus İnterruptus (Geri Çekme)**

Bu yöntem İbraniler tarafından ilk defa kullanıldığı ve sonrasında "azl" isimle nitelendiren Müslümanlarca kullanılmıştır. Halk dilinde çekilme, dışarı atma ve dikkat etme gibi birçok ad verilmektedir (64).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Koitus esnasında erkek cinsel organını boşalmadan önce vajenden dışarı çıkarıp boşalması yöntemidir. Bu yöntemin etkililiği, erkeğin işbirliği yapma

isteği ve ejakülasyonu ön görmedeki başarısından oldukça etkilenmektedir (41). Yanlış uygulanmadıkça koruyuculuğu %96 kadardır ancak dikkatsiz ve yanlış kullanıldığında bu oran %73'dür (30).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Erkeğin doğurganlığı planlamadaki sorumluluğunu yansıtır. İstenmeyen gebeliklerin oluşmasında önemli rolü vardır. CYBH'ye karşı koruyucu değildir (30). Kadınların kontrolünde olmayışı ve boşalma öncesi bir miktar meninin vajene kontrol dışı olarak geçmesidir (73).

- **Emzirme (Laktasyonel Amenore) Yöntemi**

Bu yöntem (LAM), yalnızca emziren kadınlar tarafından kullanılabilen yöntemdir. Emzirmenin postpartum fertilitenin geriye dönüşünü geciktirdiği uzun yıllardır bilinmesine karşın, DSÖ ve diğer bazı kuruluşlar tarafından etkili bir yöntem olarak kabul edilmesi yaklaşık 25 yıl kadar önce olmuştur (75).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Laktasyon, ovulatuvar siklusa etki ederek kadının yumurta oluşumunu ve aylık kanama görmesini engelleyerek gebelik oluşumundan korur (34). LAM etkili olması için; annenin adet yaşamaması, yaş olarak bebeğin 180 günden az olması ve sadece anne sütüyle beslenmesi gerekmektedir (76). %99 oranda etkili olması tam emzirme gerektirmektedir. Yanlış uygulandığında bu yöntem %98 oranda etkisizdir (34).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Meme kanserinden, endometriyum ve over kanserinden korur (38). Kolay kullanımlı, pahalı olmayan, tabii ve yan etkisi yoktur. İlişkide birlikteliği sekteye uğratmaz. Ana-çocuk sağlığı açısından faydalıdır, bebeği beslemeyi destekler ve gelişimini sağlar (30). Doğru kullanılmayınca etkili değildir. Hastalıklara karşı koruyuculuğu yoktur ve 6 ay sonra etkisi bilinmemektedir (76).

- **Vajinal Lavaj**

Yıkama işlemi ile vajinadaki meniyi atma fikriyle koitustan sonra sabun veya su gibi doğal olmayan yöntemlerle koruyuculuk sağladıklarını bazı kadınlar düşünmektedir (70). Yüksek etkili

olmayıp güvensiz bir yöntemdir. Servikal mukusa spremler çok kısa sürede ulaşabilir. Doğal koruma sistemini bozacağından dolayı yıkma işlemi enfeksiyona neden olabilir (73).

- **Takvim Yöntemi**

İnsanlık tarihinde çiftler, üreme ve tabii koruyucu yöntemler hususunda arayışlara girmişler ve bir takım arayışlar geliştirmişlerdir. 1928 senesinde ilk bilimsel araştırma yapılmış olup aylık döngünün bilimsel olarak kanıtlanmasıyla kullanımı artmıştır. Bu üremenin verimli günlerinde ilişkiye girilmemesi esasına dayanmaktadır (43). En az 6 ay ile 1 yıl arası takip edilerek rakamsal ifadelerle dayanan doğal bir yöntemdir (56).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Düzenli menstrüel sıklısta ovulasyonun bir sonraki menstrüel periyottan önceki 14. günde varsayımı ile 11.-17.günler tehlikeli günler olabilir. Yumurta genelde ovülasyondan 14- 24 saat arasında dölleneceği ön görülürse, spermelerde 24-72 saat etkili kalacağı düşünülür ve uygun günlerde cinsel birliktelik yaşanır (42). %80 başarı oranı vardır. Küçük bir dikkatsizlik ya da hatada gebelik görülebilir. Genelde bu yöntem plan dışı gebeliklere sebep olduğu için belirli bir kullanıma sahiptir (40).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Herhangi bir nedenle diğer mekanik, farmakolojik kontraseptifleri kullanamayanlarca tercih edilebilir (74). Birden çok kadın cinsel sınırlama zamanının hesaplanması için lazım olan önceki, 6 menstrüalsiklus süresinin bilinmesi gerek. Kadının siklus uzunluğunu etkileyebilecek faktörler (stres, hastalık gibi) hesapların hassas olmasına sebep olur. Düzensiz menstrüasyon görülenlere, çok genç yaşta kadınlar, düşük ve doğum sonrasında ve menapoza doğru dönemde olanlara önerilmemektedir (34).

- **Servikal Mukus Yöntemi**

Aylık döngünün ardından kadının dolaşımındaki kandaki östrojen ve progesteron miktarı çok düşüktür ve az miktarda mukus bulunur. Eğer kadının vulvasında görülebilecek kadar mukus olsa bile, çok kalın, visköz, opak ve gerilince hemen kopan karakterdedir. Seksüel temasın konsepsiyonla sonuçlanmayacağı, infertil evreyi ifade eder. Foliküler gelişim devam edip,

östrojen miktarı arttıkça, mukus miktarı artar ve gittikçe daha ince, esnek, şeffaf ve sulu olur. Bu da üremeye uygun dönemdir ve ilişkiden kaçınılmalıdır (31).

- **Bazal Vücut Isısı Kontrolü**

Ovulasyon oluştuğundan birkaç gün içinde, corpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu vücut ısısını 0,2-0,6°C artırır ve bir sonraki döngüye kadar sıcaklığı yüksek tutar. İlk ısı artışından önceki gün ovulasyon gerçekleşir. Bazal vücut ısısı artışından üç güne kadar ilişkiden kaçınılmalıdır. On dört ile on altı gün kadar üremenin olmadığı zamanda ilişkiye izin verilir. Bazal vücut ısısı, uykudan sonra ve yemek içmek dahi bazı normal yaşam aktivitelerden önceki vücut sıcaklığıdır. Isı ölçme işlemi; özel, güvenilir elektronik ve civalı termometre kullanılarak, tercihen sabah uykudan kalktıktan hemen sonra, hemen hemen aynı saatlerde ağız, makat ya da vajinadan ölçülüp bir yere not edilmelidir. En önemli dezavantajı bütünoovulasyon önceki zamanlarda ilişkinin yasaklanmasıdır. Kadınlarca kullanılan bir yöntem değildir. Ayrıca hastalık, emosyonel durum, uyku düzenindeki dalgalanmalar vücut sıcaklığını etkiler ve ısı takibinde değişik sonuçlara neden olabilir (31).

2.4. Dünya’da ve Türkiye’de Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu

Nüfus, kalkınma ve üreme arasında kurulan bağ dünyada ilk nüfus planlaması, sonra kontraseptiyon ve aile planlaması kavramlarının gelişmesine neden olmuştur. Yapılan çalışmaların bu alanda kadının statüsü ile ilgili konularla ve kadının genel sağlık sıkıntıları ile ilişkisi, odak noktasını kadın sayısına ve bu kavramlara “Kadın Sağlığı’nın” da eklenmesine yol açmıştır (77). Kaynaklara göre dünyada günde 100.000.000’den fazla cinsel ilişki oluşmakta, bunun ortalama 1.000.000’ünde kadınlar gebe kalmakta ve oluşan bu gebeliklerin dörtte biri planlanmamış, bir diğer dörtte biri de istenmeyen gebelikler oluşturmaktadır (26,53). Bir başka deyişle 3 yüz milyon çift herhangi bir koruyucu yöntem kullanmamakta ve evli kadınlardan yaklaşık yarısı bir başka gebelik yaşamamak veya sonraki gebeliğini farklı bir zamana ertelemek istemesine rağmen, aile planlaması koruyucu yöntem kullanılmamaktadır (78).

Dünyada kadın sağlığını geliştirmek ve aile planlaması yöntem kullanımını arttırmak için önemli adımlar atılsa da halen istenilen düzeye ulaşamamıştır. Doğurganlık oranı ile AP yöntem kullanımı arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. Bu yüzden istenilen istatistiksel veriler ülkelerin doğurganlık oranına bakılarak elde edilmektedir. Doğurganlığın en yüksek olduğu ülkeler Nijer, Mali, Burundi, ve Somali olup; en düşük olduğu ülkeler ise Singapur, Tayvan ve Güney Kore olarak belirtilmektedir (79). Doğurganlık oranı % 3,5'in üzerinde olan 45 ülkeden 41 tanesi Afrika'da bulunmaktadır (79).

Dünyada modern aile planlaması yöntem kullanımı %56.1'dir. Bu oran gelişmiş ülkelerde %61.2 ve az gelişmiş ülkelerde %31.4'tür. Dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalar da görülüyor ki; kontraseptif yöntem kullanımı arasında birçok farklılıklar bulunmaktadır. Kontrasepsiyon kullanımı orta gelirli ve yüksek gelirli ülkelerde yüksek iken Güney Afrika'nın bazı şehirlerinde kontrasepsiyon kullanımının en düşük düzeylerde olduğu ve AP için karşılanmamış beklentilerin çok yüksek olduğu bilinmektedir (80). Korunma yöntemlerinin kullanımı dünya genelinde yavaş yavaş artış göstermekle birlikte, etkin yöntem kullanımının henüz istenilen düzeyde olmadığı gözlenmektedir (80). Dünyanın genelinde en sık ve tercih edilen koruyucu yöntem tüpligasyon (%18.9) olup, bunu RİA (%14.3), oral kontraseptifler (%8.8) ve erkek kondomu (%7.6) takip etmektedir (9). Yapılan çalışmalarda Danimarka ile Birleşik Devletleri'nde eğitim düzeyi düşük olup kentsel yörede yaşayanlar kondomu yüksek oranda tercih ettikleri (81), Sırbistan'da ise aldığı eğitim düzeyi düşük insanlar geri çekme ile kondom tercihi oranlarının seviyesinin eşit olduğu görülmüştür. Güney Sırbistan ve İspanyollar eğitim kademesi arttıkça istenmeyen gebeliklerden korunma şekilleri kullananların doğru orantılı olarak yükselişe geçtiği görülmüştür (82).

Ülkemizde 1923 yılının ardından, doğurganlığı özendirici (pronatalist) bir siyasi çizgi izlenmiştir. Nüfus artış hızının 1955-1960'lı yıllarda %3'e çıkmasıyla, toplumda bilinçli yapılan düşüklere ve kadın ölümlerindeki artışı da beraberinde getirdi (83). Özellikle isteyerek yapılan düşüklere bağlı anne ölümlerinin artması, uygulanan politkanın tersine doğurganlık hızının düşürülmesi konusunda yeni fikirlerin oluşmasının önünü açmıştır (83). Doğurganlığın azaltılması (antinatalist) hedefi olan yeni bir siyasi fikir benimsenmiş ve 1965'lere gelindiğinde ilk nüfus planlaması kanunu (557 nolu) hayata geçirilmiştir. Bu yeni kanun maddesi; AP yöntemlerinin hizmete sunulması (cerrahi sterilizasyon hariç), bu konularda kişilere eğitim ve

bilgi sağlanması, sadece sağlık sebeplerin getirdiği zorunlu hallerde düşüklere izin verilmesi yasal hale gelmiştir. AP yöntemi kullanımında bu yasa ile bir artış sağlanmıştır. Lakin yasa dışı olmasına rağmen istemli düşüklere hayli arttığı görülmüş ve tahrik edici düşüklere ilişkin anne ölümleri devam etmiştir. Hayata geçirilen 1965 yasası ülkemizde isteyerek düşüğe engel olamadığı düşünülerek 2'nci Nüfus Planlaması Yasası 1983'te 2827 sayılı kanun ile kabul edilmiş ve şuan bile bu yasa tazeliğini sürdürmektedir. Alınan karar ve önemlerin etkisi ile günümüzde de halen yürürlükte olan 1983 Mayıs 27 tarihli 2827 nolu Nüfus Planlaması Hakkında Yasası'yla aile planlaması hizmetlerinin kapsamı genişletilmiştir. Bu kanunla birlikte aile planlamasının gerekliliğinin halka duyurulması, eğitimlerin verilmesi ve hizmetlerin uygulanması gerekliliğine dikkat çekilmiş ve hizmet sunumları aktif olarak başlamıştır (84).

Ülkemizde de Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması (TNSA) 2013 verilerinde aile planlaması için herhangi bir yöntem kullanma oranı %73.5, modern aile planlaması yöntem kullanma oranı %55.9, geleneksel aile planlama yöntem kullanımı ise %47.3 olarak belirlenmiştir. Modern yöntemler içerisinde en sık RİA (%17.4) ve bunun ardından erkek kondomu (%16.1) yöntemi yer almaktadır. Geleneksel yöntemler içerisinde ise ilk olarak geri çekme yöntemi (%25.5) ve ikinci olarak takvim yöntemi (%0.3) yer almaktadır (10). Batı bölgesinde modern AP yöntem kullanımı %75.7, geleneksel AP yöntem kullanımı %28.7'dir. Orta bölgemizde bu oran %78.8 ve %22.4 iken doğu bölgemizde bu oran %62.2 ve %23.0'dir (10).

2.5. Aile Planlaması Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörler

Aile planlaması yöntem kullanımını etkileyen faktörlerle ilgili yapılan literatür taramalarında; yaş, konuşulan dil, eğitim durumu, sosyal güvence, kadının iş sahibi olması, çocuk sayısı, evlilik süresi, erkeklerin katılımı, gebelik sayısı ve çiftlerin aile planlamasına karşı tutumu gibi bir çok faktör bulunmaktadır (85). Bunlardan bazılarının etkileri şöyledir:

Eğitim: Atalay ve Gönener'in yapmış olduğu araştırmada; "eğitim düzeyi arttıkça kondom, geri çekme ve vazektomi yöntemini bilme durumunun arttığı saptanmıştır" (87). Erbil ve Kahraman'ın yaptığı çalışmada; "planlı eğitim ve danışmanlığın AP hizmetlerine olan memnuniyet düzeyini arttırdığı saptanmıştır" (86). Karacaoğlu'nun çalışmasında da "üniversite

mezunu kişilerde modern yöntem kullanım oranının yükseldiği” (32), Akın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada “erkeklerde herhangi bir yöntem ve kondom kullanma sıklığının arttığı bulunmuştur” (88).

Sosyal güvence: Akın ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada “sosyal güvencesi olan erkeklerin herhangi bir yöntem ve modern yöntem kullanma sıklıkları olmayanlara göre daha anlamlı bulunmuştur” (88). Atalay ve Gönener’in yapmış olduğu araştırmada; “herhangi bir sosyal güvencesi olmayanların % 71.1’i modern yöntem, %28.9’u geleneksel yöntem kullanmaktadır. Sosyal güvencesi SSK olan kadınların % 41.9 ile en fazla geleneksel yöntemi kullandıkları saptanmıştır” (87).

Kadının iş sahibi olması: Çiftçioğlu’nun yapmış olduğu araştırmada “iş veya meslek sahibi kadınların modern yöntem kullanma düzeyi yüksek görülmüştür” (13). Ayaz ve Yaman’ın yaptığı çalışmada ise “kadınların toplam puan ortalamasının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır” (89).

Yaş: Akın, Nilüfer ve Aslan’ın araştırmasında “yaşın artmasıyla birlikte herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanımı artmaktadır” (90). Sarp ve Eroğlu’nun çalışmasında; “sağlıklı bir gebelik için yaş sınırları ve iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi durumu kullanılan aile planlaması yöntemini etkilemektedir” (85).

Çocuk sayısı: Akın, Nilüfer ve Aslan’ın araştırmasında “yaşayan çocuk sayısının artması hem herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanımını hem de modern aile planlaması kullanımını arttırmaktadır” (90).

Evlilik süresi: Atalay ve Gönener’in yapmış olduğu araştırmada; “evlilik yılı arttıkça modern yöntem kullanma sıklığı artmaktadır” (87). Akın, Nilüfer ve Aslan’ın çalışmasında “Evlilik süresinin artması herhangi bir aile planlaması yöntemi, modern aile planlama yöntemi ve kondom kullanımını azaltmaktadır” (90).

Erkeklerin katılımı: Akın ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada “tercih edilen AP yöntemine eş ile birlikte karar verdiğini söyleyenlerin daha yüksek oranda modern yöntem kullandığı saptanmıştır” (18). Akın, Nilüfer ve Aslan’ın araştırmasında “erkeklerin AP katılımının olduğu çiftlerde modern yöntem kullanım oranının yüksek olduğu görülmüştür” (90).

2.6. Dünyada ve Türkiye’de Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu

Erkekler kadının üreme sağlığı ile ilgili kararlarında, kullanılacak kontraseptif yöntemi belirlemede sıklıkla karar verici olarak rol oynarlar (89). Erkeklerle özgü aile planlaması yöntemleri kondom, geri çekme, kalıcı veya geçici vazektomidir. Dünya genelinde çiftlerin yaklaşık %12’si erkeklerle özgü aile planlaması yöntemi kullanırken gelişmiş ülkelerde bu oran %29 civarındadır (91). Dünyada ailelerin 1990 yılında %43’ü AP kullanmaktayken, bu oran 2003 yılı sonuçlarında herhangi bir koruyucu yöntemlerin tercih oranı %60.9 iken, modern yöntem tercih oranı %54.0’dır (91). Tüm dünyada, 2017 yılında erkek aile planlaması yöntemi kullanımı %77 olarak tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu oran %80, gelişmekte olan ülkelerde ise %71’dir. Afrika kıtasında herhangi bir yöntem kullanım oranı %55,7 ve koruyucu yöntem kullananlar arasında modern yöntem kullanım oranı %82.0’dır. Asya kıtasında herhangi bir yöntem kullanım oranı %54,1 iken koruyucu yöntem kullananlar arasında modern yöntem kullanım oranı 87.9’dur. Avrupa da herhangi bir yöntem kullanım oranı %88,8 ve koruyucu yöntem kullananlar arasında modern yöntem kullanım oranı %92.6’dır. Latin Amerika ve Karayip herhangi bir yöntem kullanım oranı %72,2 iken modern yöntem kullanım oranı %93.3’tür (92).

Türkiye’de erkeklerin AP’ye katılımı kabul edilir seviyede değildir (93). Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması (TNSA) 2013 verilerinde, AP yöntemi kullanmak istemeyen kadınların, bunu istememe sebepleri içinde % 0,8’lik oranda erkeklerin karşı olması yer almaktadır (10). Aile planlaması yöntemlerinin tamamına yakını kadın hedefli olmasına rağmen, erkeğin katılımını gerektiren yöntemler geri çekme, kondom ile vazektomidir (16). Ülkemizde herhangi bir AP yöntemi kullanım oranı %73.5, modern yöntem kullanım oranı %47.4, geleneksel yöntemi kullanım oranı %26.0 iken, erkeklerin kullandığı yöntemler sırasıyla geri çekme (%25.5), kondom (%15.8) ve vazektomidir (%7.6) (10).

2.7. Aile Planlaması Hizmetlerinde Hemsirenin Görev Yetki ve Sorumlulukları

Bir toplumun doğurgan yaştaki kadın, erkek her bireyinin AP yöntemi danışmanlık hizmetlerinden yararlanmaya aday oldukları ve toplumdaki herkesin, AP konusunda bilgi edinme

ve bunları uygulayıp uygulamama hakkı bulunmaktadır (94). Bu yüzden toplumun ihtiyaç ve isteklerine cevap verebilmek ve etkili danışmanlık hizmetleri sunmak gerekir. Sunulacak olan AP hizmeti, bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de büyük ölçüde birinci basamakta, hekim, hemşire, eğitimci veya bu konuda eğitilmiş başka bir sağlık görevlisi tarafından yürütülmektedir (46).

Kişi/kişiler ile daha uzun süre iletişime geçtiği için aile planlaması danışmanlığında ebe ve hemşireler aktif rol almaktadır. Hemşireler, sahip oldukları bilgi ve beceriyle kişinin eğitiminde olan sorunların çözülmesinde ve AP tercihinde yardım imkanı sunmaktadırlar. 15-49 yaş üreme yeteneğine sahip kadınları koruma, bebek ölüm hızını azaltmak, sağlıklarını korumak kontraseptif yöntemi kullanma oranını artırma, danışmanlık, motivasyon, izlem, rehberlik ve eğitim vermek hemşirenin rol ve sorumlulukları arasındadır (5).

Danışmanlık yapan sağlık görevlilerinin, önemle üzerinde durması gereken nokta; AP yöntemlerini iyi bilmeleri, başvuran kişinin mahremiyetini korumaya özen göstermeleri konusudur. Bunun için sağlık kuruluşlarında, bu hizmet için ayrılmış özel bir oda olmalıdır. Hizmet alan kişileri yargılamadan, konu hakkındaki olası endişelerini önemseyerek dinlemek ve yardımcı olmak gerekmektedir. Verilecek bilgilerde önemli noktaların vurgulanması, kısa, basit ve anlaşılır cümlelerin kullanılması, önemli bilgilerin tekrarlanması gerekmektedir. AP programlarının etkili olarak planlanması, sürdürülebilmesi ile istenilen seviyeye gelmesi için birçok faktörün ele alınması gerekmektedir (95). Özellikle AP yöntemleri hakkında eğitim verecek olan kişi/kişilerin, eğitim vereceği toplumu tanımalı, toplumun yanlış inanışları ve ihtiyaçları arasındaki öncelikler belirlemeli ve hizmet kalitesini, etkinliğini, yaygınlığını ve ulaşılabilirliğini artırmalıdır. Bu yüzden hizmet sunulacak; toplum yapısı (kültür, din, dil ve içinde bulunduğu şartlar), hanenin yapısı (sosyo-ekonomik seviye), erkeklerin ve kadının statüsü (toplum ve ailede), çocuğa verilen toplumsal değer, evlilik yönleri (birinci evlilik, çiftlerin yaş farkı, sevgi ve saygı bağı ile alınan sorumluluk), erkek ve kadının üremeye ilişkin tutum ve davranışı (çocuk sayısı, cinsiyet tercihi, aile planlaması), kocanın doğurganlığa ilişkin düşünce ve davranışı (sayıca çocuk, cinsiyet seçimi, koruyucu yöntem) bilinmeli eğitim çerçevesi buna göre belirlenmelidir (17). Ayrıca kişilerin verdikleri yanıtları etkileyebilecek sosyal, dini ve kültürel etmenlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (62).

İyi bir danışmanlık hizmeti verebilecek şekilde donatılmış ebe ve hemşireler; duyarlı, sürekli eğitime açık, güvenilir, iletişim becerilerine sahip, çiftleri psikososyal boyutu ile ele alabilen ve standartlara uygun olarak çalışmalıdırlar (96). Çünkü aile planlaması hizmetleri ile kontraseptif seçimini etkileyen en önemli etmen yeterli ve efektif danışmanlık hizmeti almaktır. Sürekli aile planlaması hizmeti, cinsel sağlık danışmanlığının kalitesini ve çağdaş kontraseptif yöntemlerine yönelimi attırmaktadır. Danışmanlık aile planlamasında yöntem seçimini etkilediği kadar yöntemlerin kabul edilebilirliğini, devamlılığını sağlama ve memnuniyeti arttırmada en önemli etkidir (17,18,96).

Aile planlama yöntem hizmeti sunan kişi/kişiler kullanım devamlılığını ve memnuniyetini sağlamak için yonteme özel danışmanlığın yanı sıra izlem danışmanlığı da yapmalıdır. İzlem danışmanlığı ile kişilerin, kullandığı yöntemden memnun mu değil mi, kullanmayı sürdürüp sürdürmeyeceği, metodları doğru uygulayıp uygulamadığı belirlenir. Aynı zamanda bu metodlar hakkında güvenilir oluşu ve olabilecek hafif yan etkilere çözüm üretmek amacıyla da izlem danışmanlığı yapılır. Çünkü izlem hizmetin sürekliliğinin ve başarısının sağlanmasında çok önemlidir (97).

Bakanlar Kurulu kararıyla 24.5.1983 tarihinde yürürlüğe giren 2827 nolu nüfus planlaması kanunuyla kontraseptif kullanım sunumları işlerlik kazanmıştır. Bu yasaya göre sağlık bakanlığı tarafında yürütülen kursları tamamlayan ebe ve hemşirelerin görev tarifi, yetki ve sorumlulukları şöyledir (17):

- Şahsen veya toplu eğitim şekliyle her mekan ve her çağdaki bireylere eğitim vermek,
- Tüm topluluğa aile planlaması eğitimi sağlamak,
- Kullanılan yöntemlerin tarifini ve birey için en uyumlu olanın tercihine yardım etmek,
- Hap kullanacaklarda yan tesirleri açısından izlem sağlamak,
- Vajinal muayene yapmak ve uygunluğa göre RİA önermek,
- İntrauterin araç tercih edenlerin belli süreyle denetimini yapmak,
- Vajinal muayene ve takipte patolojik durumları ilgili uzmana yönlendirmek,
- Kondom dağıtmak ve spermisitlerin etkili kullanımı için bireyleri eğitmek,
- Görev yaptığı yerde uygun materyal, ilaç ve medikal malzemeyi aktif kullanım sağlamak,
- Devam ettirdiği aile planlaması bilgilerini güncel tutmak.

Eğitim veren hemşire toplumdaki uygun aile tarzını, isteklerini, toplumun sıhhi durumunu ve ihtiyaçlarını, fertil ve doğum aralığını, bireyler arasında iletişim sorunlarını, kadınların yaş ile risk faktörlerini ve cinsiyet özellikleri sebebiyle sıhhat etkileyen farklı etmenleri (eğitim, çalışma durumu, ekonomik durumu, statüsünü v.s) ele alarak planlamalı,izlemelive bu doğrultuda uygulamalarını yapmalıdır (40). Çünkü aile planlamasının hedefi sadece ana-ocuk sağlığı koruyup artırmak ve üreme kontrolünü sağlamak değildir. Bunların yanında kaliteli yaşam sağlama, çiftlerin sosyal ve ekonomik statüsünü yükseltmeyi de hedeflemektedir (17).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih

Araştırma Şubat 2016 – Haziran 2019 tarihleri arasında Şanlıurfa İl Merkezi'nde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Şanlıurfa ili merkez ilçelerinde (Eyyübiye, Haliliye, Karaköprü) bulunan 28 farklı mahallede yapılmıştır. Şanlıurfa nüfusu 2016 yılına göre 1.940.627'dir. Bu nüfusun 976.938'i erkeklerden (%50.34) oluşmaktadır (98). Şanlıurfa merkez ilçelerindeki erkek nüfusları incelendiğinde, Eyyübiye 372.134 (%69.71), Haliliye 369.082 (%57.42) ve Karaköprü 153.685 (%51.98) kişi olarak belirlenmiştir (98). Bu semtlerde yaşayan evli erkek oranının yüksek olması ve sosyo-ekonomik düzeyinin heterojen olması nedenleriyle çalışma için bu mahalleler seçilmiştir. Seçilen mahallelerde yaşayan erkeklerin çoğunluğunun ekonomik durumu birbirine benzer olup geçimlerini memuriyet, işçi, esnaf, hayvancılık veya tarım işçiliği yaparak sağlamaktadırlar. Eğitim durumlarına bakıldığında okur-yazar olma oranı mahalleden mahalleye farklılık göstermektedir. Bölgede yaşayan bireylerin çoğunluğu Türkçe ya da Kürtçe konuşmaktadır. Ayrıca Şanlıurfa doğurganlığın (toplam doğurganlık hızı 4.33) ve bebek ölümlerinin (bebek ölüm hızı binde 14.4) yüksek olduğu bir ildir (20). Bu nedenle ilde AP hizmetleri ayrıca önem arz etmektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, TÜİK 2013 verilerine göre Şanlıurfa il merkezinde bulunan ve 28 farklı mahallede yaşayan 319.119 evli erkek oluşturmuştur (19). Örneklem seçiminde DSÖ'nün 30 küme örneklem tekniği kullanılmış ve her kümede 10 kişiye, toplamda ise 300 kişiye ulaşılmıştır (99). Başlangıç noktası olarak bölgelerin sokak listesinden basit rastgele yöntemle 30

sokak belirlenmiş, her sokakta sokak başından sonraki üçüncü hane başlangıç noktası olarak belirlenip 10 kişi tamamlanıncaya kadar sokağın sağ tarafından devam edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Harran Üniversitesi Etik Kurulu'ndan yazılı izin (EK 1) ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden bilgilendirilmiş sözlü onamları alınmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması ve Araçlar

Araştırmanın verileri, Haziran-Temmuz 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatür (1,12,19,99,100) taranarak oluşturulan Veri Toplama Formu (EK 2) kullanılmıştır.

3.6.1. Veri Toplama Aracı

Veri Toplama Formu;

- Sosyo-demografik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, eşinin yaşı, eşinin öğrenim durumu, eşinin çalışma durumu, en çok konuşulan dil, gelir durumu, sağlık güvenceleri, aile tipi, evlilik süresi) içeren 11 soru,
- Doğurganlık ve evlilik özellikleri (toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olması, doğumun nerde yapıldığı, doğum şekli, doğumda sorun yaşama durumu, bebeğin cinsiyeti, bebeğin kaç aylık olduğu, bebekte sağlık sorun varlığı) 12 soru,
- Aile planlamasına ilişkin özelliklerini (kullanılan aile planlaması yöntemi, kullanma süresi, bilinen aile planması yöntemleri, nerelerden bilgi sahibi olduğu, kullanma sıklığı, kullanılan yöntemi seçme nedeni) içeren 25 soru, olmak üzere toplam 48 adet sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarının eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi, uygulama planının belirlenmesi amacıyla 01.02.2016-07.02.2016 tarihleri arasında Şanlıurfa İli Ahmet Yesevi Mahallesinde yaşayan 30 evli erkek ile araştırmanın ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonunda, 48 sorudan oluşan veri toplama formunun uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliği test edilmiştir. Ön uygulama sonrasında veri toplama formunda herhangi bir değişiklik yapılmadığından bu gruptaki evli erkekler örnekleme dâhil edilmiştir.

3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmanın uygulama aşaması 20.06– 25.07.2016 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından haftanın 5 günü, erkeklerin daha fazla evde bulunduğu saatler gözönüne alınarak (mesai saatleri dışında ve hafta sonları) toplanmıştır. Evde anketi yanıtlayabilecek birden fazla evli erkek olduğunda, kish yöntemi kullanılarak bir erkekle görüşme yapılmıştır. Bu yöntem, rastgele seçim yöntemine dayanmaktadır. 7 adet Kish tablosu sırası ile seçilen erkeklere uygulanmaktadır. Tablolarda, kriterlere uygun kişi sayısı ve yanında da kaçınıcı kişinin seçileceğini belirten iki sütun bulunmaktadır. Bireylerin yaşı büyükten küçüğe doğru sıralanarak seçilmiştir (101). Günlük yaklaşık 10-15 kişiyle görüşülmüş, görüşmeler ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.7. Araştırmanın Bağımlı – Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Herhangi bir aile planlaması yöntemi (modern yöntem, geleneksel yöntem) kullanma durumudur.

Bağımsız değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise sosyo-demografik özellikler, doğurganlıkla ilgili özellikler ve aile planlamasına yönelik özelliklerdir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 16.0 istatistik paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından

değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, standart sapma; tek değişkenli analizlerden ki-kare ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışmada bağımsız değişkenlerin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma durumu üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizler için aile planlaması yöntemi kullanmayan ve herhangi bir aile planlaması yöntemi bilmeyen dışarıda tutularak bağımlı değişken, modern yöntem (kondom, rahim içi araç, oral kontraseptif, spermidler) kullananlar ve geleneksel yöntem (geri çekme, emzirme vajinal lavaj, takvim yöntemi) kullananlar olarak kategorize edilmiştir. Bulgular %95.0 güven aralığında 0.05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Erkeklerin Tanıtıcı Özellikleri

Erkekleri tanıtıcı bazı özelliklerin dağılımı Tablo 4.1.1’de verilmiştir. Tabloya göre; erkeklerin %14.0’ı bir eğitim kademesini tamamlayamamış (okur-yazar) ve %10.0’ı işsizdir. Erkeklerin %53.0’ının ekonomik olarak geliri giderinden azdır ve %27.0’inin sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Yine erkeklerin %45.0’inin sigara içme alışkanlığı ve %10.3’ünün kronik bir rahatsızlığı bulunmaktadır. Eşlerin ise, %47.7’si bir eğitim kademesini tamamlayamamış (okur-yazar) ve %85.3’ü ev hanımıdır. Evde en çok kullandıkları dil Kürtçe (%37.7) ve Arapça’dır (%35.3).

Tablo 4.1.1. Erkekleri Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Eğitim Düzeyi		
Okur-Yazar	42	14.0
İlkokul	79	26.3
Orta Okul	39	13.0
Lise	77	25.7
Üniversite ve Üstü	63	21.0
Meslek		
Memur	59	19.7
İşçi	119	39.6
Esnaf	92	30.7
İşsiz	30	10.0
Gelir – Gider Durumu		
Gelir Giderden Az	161	53.7
Gelir Gidere Eşit	94	31.3
Gelir Giderden Fazla	45	15.0

Tablo 4.1.1. Erkekleri Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı (Devamı)

Özellikler	Sayı	%
Sağlık Güvencesi		
Var	218	82.7
Yok	82	27.3
Sigara İçme Alışkanlığı		
Var	135	45.0
Yok	165	55.0
Kronik Hastalık		
Var	31	10.3
Yok	269	89.7
Evde En Çok Kullanılan Dil		
Türkçe	81	27.0
Kürtçe	113	37.7
Arapça	106	35.3
Eşin Eğitim Durumu		
Okur-Yazar	143	47.7
İlkokul	61	20.3
Orta Okul	29	9.7
Lise	40	13.3
Üniversite ve Üstü	27	9.0
Eşin Mesleği		
Memur	26	8.7
İşçi	17	5.7
Esnaf	1	0.3
İşsiz (ev hanımı)	256	85.3
Toplam	300	100.0

Erkeklerin ve eşlerinin bazı yaş özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.2’de verilmiştir. Tablo 2’ye göre; erkeklerin yaş ortalaması 33.4 ± 8.8 , eşlerinin yaş ortalaması 29.4 ± 7.9 , evlilik yaş ortalaması 23.0 ± 3.5 ve evlilik süresi ortalaması 10.3 ± 8.7 ’dir.

Tablo 4.1.2. Erkeklerin ve Eşlerinin Bazı Yaş Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Ortalama \pm SS	Ortanca (Min-Max)
Yaş	33.4 ± 8.8	31.0(18-58)
Eşinin Yaşı (Kadın)	29.4 ± 7.9	28.0 (16-52)
Evlilik Yaşı	23.0 ± 3.5	23.0(15-37)
Evlilik Süresi	10.3 ± 8.7	8.0 (1-38)

Tablo 4.1.3 ve Tablo 4.4’de eşlerin doğurganlığa ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Tablo 3 incelendiğinde; kadınların ilk çocuk sahibi olma yaş ortalaması 24.3 ± 3.6 ve toplam gebelik sayısı ortalaması 8.5 ± 3.7 ’dir. Kadınların küretaj sayısı ortalaması 3.4 ± 3.6 ve düşük sayısı ortalaması 1.9 ± 0.9 ’dur. Eşlerin sahip olduğu kız çocuk sayısı ortalaması 2.3 ± 1.5 ve erkek çocuk sayısı ortalaması 2.5 ± 1.7 ’dir.

Tablo 4.1.4 incelendiğinde ise; kadınların %27.3’ünün küretaj ve %34.3’ünün düşük yapma öyküsü vardır. Çocuk sayısına karar veren kişi çoğunlukla (%49.0) erkeklerdir ve %50.3’nün cinsiyet tercihi yoktur. Eşlerin %61.3’ünün son gebeliği plansız gebeliktir.

Tablo 4.1.3. Eşlerin Doğurganlığa İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı-1

Özellikler	Ortalama \pm SS	Ortanca (Min-Max)
İlk Çocuk Sahibi Olma Yaşı	24.3 ± 3.6	24.0(16-36)
Toplam Gebelik Sayısı	8.5 ± 3.7	9.0(2-20)
Küretaj Sayısı	3.4 ± 3.6	2.0(1-20)
Düşük Sayısı	1.9 ± 0.9	2.0(1-5)
Kız Çocuk Sayısı	2.3 ± 1.5	2.0(1-8)
Erkek Çocuk Sayısı	2.5 ± 1.7	2.0(1-12)

Tablo 4.1.4. Eşlerin Doğurganlığa İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı-2

Özellikleri	Sayı	%
Küretaj Öyküsü		
Var	82	27.3
Yok	218	72.7
Düşük Yapma Öyküsü		
Var	103	34.3
Yok	197	65.7
Çocuk Sayısına Karar Veren Kişi		
Kendim	147	49.0
Eşim	5	1.7
Kendim ve Eşim	139	46.3
Aile Büyükleri ve Kendim	9	3.0
Cinsiyet Tercihi Olma Durumu		
Var	149	49.7
Yok	151	50.3
Son Gebeliğin Planlı Olma Durumu (n=266)		
Planlı	103	38.7
Plansız	163	61.3
Toplam	300	100.0

Tablo 4.1.5’de erkeklerin bildikleri ve duydukları aile planlaması yöntemine ilişkin özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde erkeklerin %9.3’ü herhangi bir aile planlaması yöntemi bilmediğini ve %65.3’ü aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi almadıklarını belirtmiştir. Erkeklerin %64.0’ı geri çekme, %75.6’sı kondom yöntemine ilişkin bilgi almış ve bu bilginin kaynağını sağlık personeli (%29.3) ile sosyal çevre (%5.7) olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca erkeklerin %3.7’si daha önce aile planlaması yöntemi duymadıklarını, %64.0’ı geri çekme yöntemini duyduklarını ve bu yöntemleri sosyal çevreden(%71.7) duyduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.1.5. Erkeklerin Bildikleri ve Duydukları Aile Planlaması Yöntemine İlişkin Özellikleri Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Herhangi Bir Aile Planlaması		
Yöntemi Bilme Durumu		
Biliyor	272	90.7
Bilmiyor	28	9.3
Aile Planlaması Yöntemine İlişkin		
Bilgi Alma Durumu		
Aldı	104	34.7
Almadı	196	65.3
Bilgi Alınan Aile Planlaması		
Yöntemleri (n=104)*		
Kondom	227	75.6
RİA	116	38.6
Oral Kontraseptif	44	14.6
Spermisid	2	0.6
Geri Çekme	192	64.0
Aile Planlaması Yöntemine İlişkin		
Bilgi Kaynakları (n=104)*		
Sağlık Personeli	88	29.3
Medya	1	0.3
Sosyal Çevre	17	5.7
Okul Eğitiminden	6	2.0
Daha Önce Aile Planlaması		
Yöntemi Duyma Durumu		
Duydu	289	96.3
Duymadı	11	3.7

Tablo 4.1.5. Erkeklerin Bildikleri ve Duydukları Aile Planlaması Yöntemine İlişkin Özelliklerin Dağılımı (Devamı)

Özellikler	Sayı	%
Daha Önce Duyulan Aile Planlaması Yöntemi (n=289)*		
Kondom	227	75.6
RİA	116	38.6
Oral Kontraseptif	44	14.6
Spermisid	2	0.6
Geri Çekme	192	64.0
Yöntemin Duyuldukları Yerler/Kişiler (n=289)*		
Sağlık Personeli	121	40.3
Medya	83	27.7
Sosyal Çevre	215	71.7
Okul Eğitiminden	8	2.7
Toplam	300	100

* İşaretili sorulara katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Tablo 4.1.6’da erkeklerin aile planlaması yöntemine ilişkin önceki deneyimleri ile ilgili özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Bu tabloya göre erkeklerin %50.3’ü daha önce herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmamış, %31.0’ı kondomu ve %19.4’ü geri çekme yöntemini kullanmıştır. Erkeklerin %12.3’ü kullanılan yöntemlerin zararlı olduğunu düşünmekte ve %8.3’ü yöntemleri sağlıksız bulmaktadır. Yine erkeklerin %51.0’ı aile planlaması yöntemlerini erkeklerin kullanması gerektiğini düşünmekte ve %41.3’ü AP kullanımında erkeklerin aktif rol almaları gerektiğini söylemişlerdir. Erkeklerin %8.3’ü AP yöntemi kullanırken sıkıntı yaşadığını, en çok yaşanan sıkıntının “cinselliği olumsuz etkileme” (%3.5) olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.1.6. Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemine İlişkin Önceki Deneyimleri İle İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Daha Önce Aile Planlaması		
Yöntemi Kullanma Durumu		
Kullandı	149	49.7
Kullanmadı	151	50.3
Daha Önce Kullanılan Aile		
Planlaması Yöntemi (n=149)*		
Kondom	93	31.0
RİA	25	8.4
Oral Kontraseptif	18	6.0
Geri Çekme	58	19.4
Aile Planlaması Yöntemlerinin Zararlı		
Olduğunu Düşünme Durumu		
Düşünüyor	37	12.3
Düşünmüyor	263	87.7
Aile Planlaması Yöntemlerinin Zararları		
Hakkındaki Düşünceler (n=37)		
Sağlıksız Buluyorum	25	8.3
Cinselliğimi Olumsuz Etkiliyor	6	2.0
Erkekliğime Zarar Verebilir	6	2.0
Aile Planlaması Yöntemini		
Kullanması Gereken Kişi		
Erkek	153	51.0
Kadın	97	32.3
Kadın ve Erkek	50	16.7

Tablo 4.1.6. Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemine İlişkin Önceki Deneyimleri İle İlgili Özelliklerin Dağılımı (Devamı)

Özellikler	Sayı	%
Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemi		
Kullanımda Aktif Rol Alma Durumu		
Almalı	124	41.3
Almamalı	176	58.7
Aile Planlaması Yöntemlerin		
Kullanımında Yaşanılan Sıkıntı Durumu		
Yaşıyor	25	8.3
Yaşamıyor	275	91.7
Aile Planlaması Yöntemi		
Kullandığı Dönemde Yaşanmış Sıkıntılar (n=25)		
Cinselliğimi Olumsuz Etkiliyordu	11	3.5
Bıraktığımda Çocuğum Olmuyordu	2	0.7
Maddi Olarak Ağır Geliyordu	3	1.0
Gebeliği Engellemiyordu	5	1.7
Dini İncanıma Uygun Olmadığı İçin	2	0.7
Rahatsızlık Duyuyordum		
Kondom Alırken Utanıyordum	2	0.7
Toplam	300	100

* İşaretili sorulara katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Tablo 4.1.7’de erkeklerin şu anda kullanılan aile planlaması yöntemine ilişkin özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Bu tabloya göre erkeklerin %55.0’ı herhangi bir aile planlaması yöntem kullanmamaktadır. Yöntem kullananların ise %70.5’i modern AP yöntemi ve %29.5’i geleneksel AP yöntemi kullanmaktadır. Kullanılan modern yöntemler içinde en çok kondom (%45.6) ve RİA (%14.8) yer alırken, geleneksel yöntemler içerisinde en fazla geri çekme (%29.5) yöntemi yer almaktadır. Erkeklerin %15.3’ü AP yöntemine tek başına karar verirken, %14.3’ü eşyle

birlikte karar vermiştir. Yöntemi tercih etme nedenleri arasında en fazla koruyuculuğunun yüksek oluşunu (%20.0) yer almaktadır. Erkeklerin %82.0'ı kullandıkları yöntemi yararlı bulmaktadır. Kullanılan yöntemin en çok temin edildiği yer eczane (%17.0) ve hastanedir (%10.0). Erkeklerin %41.7'si kullandıkları AP yönteminden memnundur ve %91.7'si kullandıkları yönetime ilişkin herhangi bir sıkıntı yaşamamıştır. Erkeklerin %3.3'ü kullandıkları yöntemi değiştirmeyi düşündüklerini belirtmiştir.

Tablo 4.1.7. Erkeklerin Şu Anda Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Herhangi Bir Aile Planlaması		
Yöntemi Kullanma Durumu		
Kullanıyor	135	45.0
Kullanmıyor	165	55.0
Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi (n=135)*		
Modern AP Yöntemi		
Kondom	68	45.6
RIA	22	14.8
Oral Kontraseptif	15	10.1
Geleneksel AP Yöntemi		
Geri Çekme	44	29.5
Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine		
Karar Veren Kişi		
Erkek	46	15.3
Kadın	38	12.7
Eşler Beraber	43	14.3
Sağlık Personeli	8	2.7
Yöntem Kullanmayanlar	165	55.0

Tablo 4.1.7. Erkeklerin Şu Anda Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Özellikler	Sayı	%
Kullanılan Aile Planlaması		
Yöntemini Seçme Nedeni		
Ekonomik Olması	32	10.7
Koruyuculuğunun Yüksek Oluşu	60	20.0
Kolay Kullanımlı Olması	15	5.0
Doktor Önerisi Olması	10	3.3
Ekonomik ve Koruyucu Olması	18	6.0
Yöntem Kullanmayanlar	165	55.0
Kullanılan Yöntemin Temin Edildiği Yer		
Eczane	51	17.0
Hastane	30	10.0
Toplum Sağlığı Merkezi	27	9.0
Market	19	6.3
Temin Gerektirmiyor (Geri Çekme)	8	2.7
Yöntem Kullanmayanlar	165	55.0
Kullanılan Yöntemin Yararlı		
Olduğunu Düşünme Durumu		
Düşünüyor	246	82.0
Düşünmüyor	54	18.0
Kullanılan Yöntemden Memnun		
Olma Durumu		
Memnun	125	41.7
Memnun Değil	10	3.3
Yöntem Kullanmayanlar	165	55.0

Tablo 4.1.7. Erkeklerin Şu Anda Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Özellikler	Sayı	%
Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımında Sorun Yaşama Durumu		
Yaşıyor	25	8.3
Yaşamıyor	275	91.7
Kullanılan Yöntemi Değiştirmeyi Düşünme Durumu		
Düşünüyor	10	3.3
Düşünmüyor	290	96.7
Toplam	300	100

* İşaretli sorulara katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Tablo 4.1.8’de erkeklerin ve eşlerinin aile planlaması yöntemi kullanım sürelerine ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Tablo 8’e göre; şu anda kullanılan aile planlaması yönteminin kullanım süresi ortalaması 22.9 ± 10.9 yıl iken geçmişte kullanılmış aile planlaması yönteminin kullanım süresi ortalaması 3.8 ± 4.2 yıldır.

Tablo 4.1.8. Erkeklerin ve Eşlerinin Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Sürelerine İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Ortalama \pm SS	Ortanca (Min-Max)
Şuanda Kullanılan Yöntemin Süresi (Yıl)	22.9 ± 10.9	31.0 (2-31)
Daha Önce Kullanılmış Yöntemin Süresi (Yıl)	3.8 ± 4.2	2.0(1-21)

4.2. Erkeklerin Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörlere İlişkin Özellikler

Tablo 4.2.1’de erkeklerin bazı tanıtıcı özelliklerinin kullanılan aile planlaması yöntemine göre dağılımı verilmiştir. Tabloya göre; üniversite ve üstü eğitime sahip olan (%80.4), memur olarak çalışan (%82.4), evde en çok Türkçe konuşan (%81.0), geliri giderden fazla olan (%81.2), sosyal güvencesi olan (%74.8) ortaokul düzeyinde eğitime sahip olan (%73.7), eşi çalışmayan (%70.9) ve kronik hastalığı olan (%76.5) erkeklerin modern aile planlaması yöntemi kullanma düzeyleri daha fazla iken; herhangi bir eğitim kademesini tamamlayamamış (okur-yazar) (%45.5), işsiz (%54.5), evde en çok Arapça konuşan (%46.9), geliri giderden az (%32.8), sosyal güvencesi olmayan (%54.5), eşi ilkökul mezunu (%37.9) ve ev hanımı olan (%29.1), kronik rahatsızlığı olmayan (%30.3) erkeklerin geleneksel AP yöntemi kullanma düzeyleri daha fazladır.

Yapılan istatistiksel değerlendirmede, modern yöntem ve geleneksel yöntem kullananlar arasında eğitim düzeyi, meslek, gelir gider durumu, eş eğitim durumu, eş çalışma durumu ve kronik hastalık açısından gruplar arasındaki fark anlamsız bulunurken ($p>0.05$); konuşulan dil ve sosyal güvence durumu açısından gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.2.1. Erkeklerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı

Özellikler	Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi				X ²	p
	Modern		Geleneksel			
	Sayı	%	Sayı	%		
Eğitim Durumu						
Okur Yazar	6	54.5	5	45.5	5.431	0.246
İlkokul	15	68.2	7	31.8		
Ortaokul	8	57.1	6	42.9		
Lise	31	67.4	15	32.6		
Üniversite ve Üstü	45	80.4	11	19.6		

Tablo 4.2.1. Erkeklerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı (Devamı)

Özellikler	Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi				X ²	p
	Modern		Geleneksel			
	Sayı	%	Sayı	%		
Meslek						
Memur	42	82.4	9	17.6	7.601	0.055
İşçi	33	64.7	18	35.3		
Esnaf	25	69.4	11	30.6		
İşsiz	5	45.5	6	54.5		
Evde En Çok Konuşulan Dil						
Türkçe	51	81.0	12	19.0	8.052	0.018
Kürtçe	37	68.5	17	31.5		
Arapça	17	53.1	15	46.9		
Gelir-Gider Durumu						
Gelir Giderden Az	45	67.2	22	32.8	1.975	0.372
Gelir Gidere Eşit	38	69.1	17	30.9		
Gelir Giderden Fazla	22	81.2	5	18.5		
Sosyal Güvence						
Var	95	74.8	32	25.2	7.761	0.005
Yok	10	45.5	12	54.5		
Eş Eğitim Durumu						
Okur Yazar	29	70.7	12	29.3	1.317	0.858
İlkokul	18	62.1	11	37.9		
Ortaokul	14	73.7	5	26.3		
Lise	25	73.5	9	26.5		
Üniversite ve Üstü	19	73.1	7	26.9		

Tablo 4.2.1. Erkeklerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı (Devamı)

Özellikler	Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi				X ²	p
	Modern		Geleneksel			
	Sayı	%	Sayı	%		
Eş Çalışma Durumu						
Çalışıyor	27	69.2	12	30.8	0.039	0.844
Çalışmıyor	78	70.9	32	29.1		
Kronik Hastalık						
Var	13	76.5	4	23.5	0.332	0.564
Yok	92	69.7	40	30.3		

Tablo 4.2.2’de erkeklerin ve eşlerinin bazı yaş özelliklerinin kullanılan AP yöntemine göre dağılımı verilmiştir. Modern AP yöntemi kullananların yaş ortancası 32, eşinin yaş ortancası 28, evlilik yaş ortancası 24, evlilik süresi ortancası 7, ilk çocuk sahibi olma yaş ortancası 24 iken, geleneksel aile planlaması yöntemi kullananların yaş ortancası 29, eşinin yaş ortancası 26, evlilik yaş ortancası 23, evlilik süresi ortancası 5, ilk çocuk sahibi olma yaş ortancası 24’tür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; Modern AP ve geleneksel AP yöntemi kullananlar arasında, yaş, eşinin yaşı, evlilik yaşı, evlilik süresi, ilk çocuk sahibi olma yaşı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.3’de erkeklerin cinsiyet tercihinin kullanılan aile planlaması yöntemine göre dağılımı verilmiştir. Tabloya göre; Cinsiyet tercihi olmayan (%70.5) erkeklerin modern aile planlaması yöntemi kullanma düzeyleri daha fazla iken, cinsiyet tercihi olan (%29.5) erkeklerin geleneksel AP yöntemi kullanma düzeyleri daha fazladır.

Yapılan istatistiksel değerlendirmede, modern yöntem ve geleneksel yöntem kullananlar arasında cinsiyet tercihi açısından fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.2.2. Erkeklerin ve Eşlerinin Bazı Yaş Özelliklerinin Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı

Özellikler	Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi			
	Modern		Geleneksel	
	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	M-W-U	p
Yaş	32(19-58)	29(22-55)	1876.00	0.070
Eş Yaşı	28(16-50)	26(18-43)	1853.50	0.057
Evlilik Yaşı	24(16-35)	23(16-28)	2077.00	0.329
Evlilik Süresi	7(1-36)	5(1-26)	2087.50	0.353
İlk Çocuk Sahibi Olma Yaşı	24(18-36)	24(17-31)	1662.00	0.627

Tablo 4.2.3. Erkeklerin Cinsiyet Tercihinin Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı

Özellikler	Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi				X ²	p
	Modern		Geleneksel			
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet Tercih						
Var	31	70.5	13	29.5	0.000 ^a	0.998
Yok	74	70.5	31	29.5		

Tablo 4.2.4’de erkeklerin ve eşlerinin doğurganlığa ilişkin bazı özelliklerinin kullanılan aile planlaması yöntemine göre dağılımı verilmiştir. Modern AP yöntemi kullananların kullanım süre ortancası 31, kız çocuk ortancası 2, erkek çocuk ortancası 2, eşin geçirdiği gebelik sayı ortancası 6, küretaj sayı ortancası 2, düşük sayı ortancası 1 iken, geleneksel aile planlaması yöntemi kullananların kullanım süre ortancası 22, kız çocuk ortancası 1, erkek çocuk ortancası 2, eşin geçirdiği gebelik sayı ortancası 7, küretaj sayı ortancası 2, düşük sayı ortancası 1’dir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; Modern AP ve geleneksel AP yöntemi kullananlar

arasında, kullanılan yöntemin süresi, kız ve erkek çocuk sayısı, eşin geçirdiği gebelik sayısı, küretaj ve düşük sayısı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.4. Erkeklerin ve Eşlerinin Doğurganlığa İlişkin Bazı Özelliklerinin Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı

Özellikler	Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi		M-W-U	p
	Modern Ortanca (Min-Mak)	Geleneksel Ortanca (Min-Mak)		
Kullanılan Yöntemin Süresi	31(2-31)	22(3-31)	2013.50	0.178
Kız Çocuk	2(1-6)	1(1-6)	972.50	0.428
Erkek Çocuk	2(1-5)	2(1-5)	1273.50	0.773
Eşin Geçirdiği Gebelik Sayısı	6(2-15)	7(2-16)	1670.50	0.444
Küretaj Sayısı	2(1-25)	2(1-4)	90.00	1.000
Düşük Sayısı	1(1-3)	1(1-2)	115.50	0.306

5. TARTIŞMA

Aile planlaması, bireylerin ve çiftlerin arzu ettikleri çocuk sayısını, doğum aralığını belirlemeyi ve infertiliteyi tedavi etmeyi sağlayan, sadece kadını değil erkeği, ailesini ve içinde bulunduğu toplumu da etkileyen, aile içi yaşam kalitesini ve cinsel hayatı düzenleyen önemli bir hizmettir (95,102).

AP hizmetlerinin kullanımını ve etkinliğini artıran önemli faktörlerden biri sosyo-demografik özelliklerdir. Araştırmada erkeklerin %14.0'ının herhangi bir eğitim kademesini tamamlayamadığı, sadece okur-yazar olduğu belirlenmiştir. Bu veri Türkiye ortalaması ile karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. TÜİK 2018 verilerine göre, bir öğrenim kurumundan mezun olmayan erkeklerin oranı %2.7'dir. Benzer şekilde çalışmada, eşlerin yaklaşık yarısının herhangi bir eğitim kademesini tamamlayamadığı sadece okur-yazar olduğu belirlenmiştir. TÜİK 2018 verilerinde bir öğrenim kurumundan mezun olmayan kadınların oranı %7.9'dur (103). Eğitimin sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu dikkate alınır, eğitim düzeyi düşük bireylerin bu yönüyle dezavantajlı bir grup olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmada erkeklerin yaklaşık yarısının geliri giderinden azdır ve yaklaşık dörtte birinin sosyal güvencesi yoktur. Oysaki sağlık harcamaları için sosyal güvenceye sahip olan bireyler sağlık hizmetlerinden ve dolayısıyla da aile planlaması hizmetlerinden daha fazla yararlanacaklardır.

Ülkede resmi dil Türkçe olmasına rağmen, çalışmada erkeklerin büyük çoğunluğu evlerinde en çok Arapça ve Kürtçe konuşmaktadırlar. Bu durum dilin anlaşılabilirliğini, kullanılabilirliğini ve kültürel farklılıkları belirleyebilmek açısından önemlidir. Dile ve kültüre uyumlu hizmet sunumu, başarılı bir sağlık hizmeti sunumu için esastır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunulurken bu faktörlerin gözönünde bulundurulması hizmetin etkinliğini artıracak önemli unsurlardır.

Çalışmada erkeklerin yaklaşık tamamına yakını herhangi bir AP yöntemi bilmektedir ve %34.7'si AP yöntemlerine ilişkin bilgi almıştır. Benzer şekilde, Kitiş ve arkadaşlarının araştırmasında da erkeklerin %86.6'sının aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi

oldukları belirtilmektedir (104). Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması 2013 verilerine göre, çiftlerin neredeyse tümü aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibidirler ve çiftlerin %99.5'i herhangi bir modern AP yöntemi bilmektedirler (10). Aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi sahibi olunması, yöntem kullanımını etkileyen faktörler arasında bulunmaktadır (104,105).

Çalışmada erkeklerin herhangi bir AP yöntemi kullanma düzeyi %45.0 olarak saptanmıştır. Yöntem kullananların ise %70.5'inin modern yöntemi, %29.5'inin geleneksel yöntemi kullandığı belirlenmiştir. TNSA 2013 verilerinde erkeklerin %73.5'inin herhangi bir AP yöntemi kullandığı, yöntem kullananların %64.5'inin modern yöntem ve %35.5'inin geleneksel bir yöntem kullandıkları belirtilmektedir (10). Çalışmada herhangi bir AP yöntemi kullanımı Türkiye ortalamasına göre düşük görünmekle birlikte, modern yöntem kullanım oranları Türkiye ortalamasına göre daha yüksektir. Bu durum çalışmadaki çiftlerin gebelik sayısını ve gebeliğe bağlı yaşanan sorunları azaltmak için etkili yöntemleri tercih etmesinden kaynaklanmış olabilir. Nitekim çalışmada çiftlerin toplam gebelik sayısı ortalaması 8.5 ± 3.7 'dir ve eşlerin yaklaşık üçte birinin kötü obstetrik (düşük, küretaj, plansız gebelik) öyküsü bulunmaktadır. Eşlerin küretaj sayısı ortalaması 3.4 ± 3.6 ve düşük sayısı ortalaması 1.9 ± 0.9 'dur.

Araştırmada, AP yöntemi kullananlar arasında en çok tercih edilen yöntemin kondom (%45.6) olduğu belirlenmiştir. Çalışmadaki kondom yöntemi tercihi, Ersin ve arkadaşlarının (88) Şanlıurfa'daki (%33), Vural ve arkadaşlarının (106) Kocaeli'deki (%35.2), Özdemir ve arkadaşlarının (107) Ankara'daki (%35.2) çalışma sonuçlarından, ayrıca TNSA 2013'deki Türkiye ortalamasından (%15.8) yüksektir (10). Bu sonuçlar, araştırmada AP yöntem kullanımında erkeklerin büyük oranda sorumluluk aldığını göstermesi bakımından olumludur. Nitekim çalışmaya katılan erkekler arasında, AP yöntemini kullanması gereken kişinin erkekler olduğunu ve erkeklerin AP yöntem kullanımında aktif rol alması gerektiğini belirtenler çoğunluktadır. Ancak, aynı zamanda kullanılan AP yöntemine ve çocuk sayısına karar veren kişi olarak çoğunlukla erkeklerin belirtilmesi, çiftlerin çocuk yapmaya ve sayısına karar verirken cinsiyet tercihlerinin olması ve bu tercihin "erkek çocuktan" yana olması, kondom tercihinin altında yatan faktörün, Şanlıurfa'nın ataerkil toplum yapısına bağlı olarak, diğer pek çok kararda olduğu gibi AP yöntemi kullanma kararında da erkeklerin etkili olduğunu düşündürebilir. Aynı zamanda, çalışmada eşlerin sosyo-demografik özellikleri göz önüne alındığında, kadınların

doğurganlıkları hakkında erkeklerin kararlarının daha baskın olması beklenen bir sonuçtur. Kadının statüsü, geleneksel aile yapısı ve eğitim durumu pek çok durumda olduğu gibi AP yöntem kullanımına karar verirken de kadını edilgen kılmaktadır (108).

Literatürde, erkeklerin modern AP yöntemlerini kullanmasını etkileyen pek çok faktör belirtilmektedir (13,87,90,105). Çalışmada, sosyo-demografik değişkenler (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu vs), doğurganlığa ilişkin değişkenler (çocuk sayısı, gebelik yaşı ve sayısı, obstetrik öykü vs), kronik hastalıklar ve cinsiyet tercihi gibi birçok değişkenin modern yöntem kullanımı üzerine etkisi incelenmiştir. Ancak evde en çok konuşulan dil ve sosyal güvence değişkenleri dışında modern yöntem kullanımını etkileyen faktör belirlenmemiştir. Sağlık hizmeti sunumunda dil farklılıkları sorunlara neden olabilmektedir. Bu sonuç, AP hizmetlerine erişim ve kullanımda dilin etkili bir faktör olduğunu göstermiştir. Çalışmada, sosyal güvencenin varlığı modern AP yöntem kullanımını olumlu yönde etkileyen bir faktör olarak belirlenmiştir. Sağlık güvencesinin olması kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlikleri ve bu hizmetleri kullanım düzeylerini artırmak için önemli bir etkidir. Bu etken bireylerin aile planlaması hizmetlerinin ulaşılabilirliğini de etkilemektedir. Nitekim Akın ve arkadaşlarının yaptığı çalışma (2006) bu tezi doğrular niteliktedir. Çalışmalarında sosyal güvencesi olan evli erkeklerin "herhangi bir modern aile planlaması yöntemi" kullanma düzeylerinin, sağlık güvencesi olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (90).

6. SONUÇ

Şanlıurfa il merkezinde evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi, görüş ve davranışlarının araştırılması amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışmaya katılan erkeklerin yaş ortalaması 33.4 ± 8.8 'tür ve çoğunluğu orta düzey eğitim kademesini tamamlamıştır.
- Erkeklerin evlilik yaş ortalaması 23.0 ± 3.5 ve evlilik süresi ortalaması 10.3 ± 8.7 'tür.
- Erkeklerin eşlerinin yaklaşık dörtte birinin düşük, küretaj gibi kötü obstetrik öyküsü ve yarısından fazlasının plansız gebelik öyküsü vardır.
- Çocuk sayısına karar veren kişi çoğunlukla (%49.0) erkeklerdir ve cinsiyet tercihleri (%49.7) vardır.
- Erkeklerin neredeyse tamamına yakını herhangi bir AP yöntemi bilmektedir ve yaklaşık yarısı daha önce herhangi bir AP yöntemi kullanmıştır.
- Erkeklerin %45.0'i şu anda herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır. Yöntem kullananların %70.5'i modern, %29.5'i geleneksel AP yöntemi kullanmaktadır.
- Erkeklerin yöntem tercihinde en etkili faktör "koruyuculuğunun yüksek olması"dır.
- Erkeklerin büyük çoğunluğu kullandığı yöntemden memnundur, bu yöntemi ortalama 22.9 ± 10.9 yıldır kullanmaktadır ve değiştirmeyi düşünmemektedir.
- Üniversite ve üstü eğitime sahip olan, memur olarak çalışan, evde en çok Türkçe konuşan, geliri giderden fazla olan, sosyal güvencesi olan, eşi ortaokul düzeyinde eğitime sahip olan, eşi çalışmayan ve kronik hastalığı olan erkeklerin modern aile planlaması yöntemi kullanma düzeyleri daha fazladır ($p < 0.05$).

7. ÖNERİLER

Şanlıurfa il merkezinde evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi, görüş ve davranışlarının araştırılması amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda şu öneriler oluşturulmuştur;

- Aile planlamasına yönelik hizmetler planlanırken ve verilirken çiftlerin beraber katılımının sağlanması,
- Aile planlaması eğitimlerinin etkinliğini artırmak için, eğitim, dil, kültür gibi faktörlerin göz önünde bulundurulması,
- Kötü obstetrik öyküye sahip kadınların, AP yöntem kullanımları değerlendirilerek, eşleriyle birlikte danışmanlık verilmesi,
- Çiftlerin AP yöntemlerine erişim ve kullanımlarını engelleyen faktörlerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerin yapılması,
- Aile planlaması yöntem kullanımına yönelik izlemlerin ve danışmanlıkların sürekliliğinin sağlanması,
- Özellikle Şanlıurfa gibi ataerkil toplumlarda, çiftlerin doğurganlığa ilişkin tercihlerini etkileyen faktörleri belirleyebilmek için niteliksel araştırmaların yapılması,
- Sağlık profesyonellerinin AP danışmanlık becerilerinin geliştirilmesi için, ilgili eğitim programlarına katılmalarının sağlanması ve hizmetiçi eğitimlerle bilgilerinin güncel tutulması önerilmiştir.

8. KAYNAKLAR

1. Gözükara F. Kabalcıoğlu F. Ersin F. Şanlıurfa İlinde Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Journal of Harran University Medical Faculty), 2015; 1(12).
2. Erci B. Turkish women's satisfaction with family planning services, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2002;7: 227– 233.
3. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayınları, Damla Matbaacılık, İstanbul, 2002.
4. Dirican R. ve Bilgen N. Halk Sağlığı. 11. Baskı. Uludağ Üniversitesi, Bursa, 1992: 377-390.
5. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 9. Baskı. Sistem Ofis Matbaacılık, Ankara, 2012.
6. Çocuk Endokrinoloji Kliniğine Başvuran Hasta Yakınlarının Tip 1 Diyabet Hakkındaki Bilgi ve Uygulamaları, Poster Sunum, 18.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 5-9 Ekim 2015, Konya.
7. Türkiye Üreme Sağlığı Programı Acil Obstetrik Bakım, Destek Personel Uyum Eğitimi Katılımcı Rehberi, Ankara 2007.
8. Erci B. Turkish women's satisfaction with family planning services, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2002;7: 227– 233.
9. Güler Ç. Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, ISBN, 2012; 210-344.
10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Ankara, 2013.
11. Saka G. Ertem M. İçlin E. Diyarbakır Doğum Evi Hastanesinde Doğum Yapan Gebelerde Risk Faktörleri. Perinataloji Dergisi, 2001; 9(2): 110-5.
12. Gharaibeh MK, Oweis A, Shakhathreh FMN, Froelicher ES. Factor Associated With Contraceptive Use Among Jordanian Muslim Women, Implications For Health And Social Policy. Journal Of International Women's Studies, 2011; 12(2-3): 168-84.

13. Ceylan S. Tekbaş ÖF. Aile Planlamasına Bütüncül Bir Yaklaşım; Erkeklerin Katılımı. Sağlık ve Toplum, 2000; 10(3): 16-21.
14. Sternberg P. Hubley J. Evaluating men's involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion. Health Promot Int 2004;19:389-96.
15. Akın A. Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş Aktüel Tıp Dergisi, 2001;6 (1): 4-8.
16. Şankazan S. Yıldız A. Ankara ili Deliler Köyü'ndeki evli erkeklerin aile planlaması ile ilgili bilgi tutum ve davranışları, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2002; 55(1):41-50.
17. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Hemşirelik Aile Planlaması. Ankara, 2012.
18. Akın A. Özvarış ŞB. Kadın sağlığı/üreme sağlığı ve aile planlaması. In: Güler Ç, Akın L, editors. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006; 188-314.
19. TÜİK 2013, Türkiye İstatistik Kurumu, Şanlıurfa, Evli Erkek; 2013.
20. T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Ankara 2017.
21. World Health Organization,2007. Açık adres;
https://www.who.int/pmnch/media/news/2010/20100322_d_shaw_oped/en/
22. Karanisoğlu H. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Birimi İle Fakültenin Avcılar, Halkalı, Mahmut Bey Sağlık Ocaklarına Başvuran Kadınların Demografik Ve Doğurganlık Özelliklerinin Kontraseptif Yöntem Seçimi Ve Kullanımı Üzerindeki Etkileri. Hemşirelik Bülteni, 1988; (11); 61-71.
23. Dirican R. ve Bilgen N. Toplum Hekimliği. Uludağ Üniversitesi Yayınları, Bursa, 1993;246-250.
24. Akyıldız N. Aile Planlaması. 1.Baskı, Turan Ofset Yayınları, İstanbul, 1999.
25. Kaynar B. Beydağ KT. Özer FG. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemleri Ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3(8): 21-33.
26. Koyuncuer A. Kontrasepsiyon ve Türkiye'de Durum. Sted, 2004; 13(12): 455-459.

27. Babadağlı B. Şahin S. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi İle SSK İzmit Hastanesi'nde Doğurganlık Dönemi Kadınların Aile Planlaması Ve Danışmanlığı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Karşılaştırılması. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006; 1(2): 52.
28. Özvarış Ş. Ertan E.A. Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım. URL: www.huksam.hacettepe.edu.tr. 2019.
29. Aksu H. Kontraseptif yöntemler. In: Şirin A, editor. Kadın Sağlığı, 1.baskı, İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008; 288-330.
30. Aksu H. Kontraseptif Yöntemler. 1.Baskı, , Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 2008; 288-330.
31. Kutlu R. Sayın S, Uçar M. Aslan M. Demirbaş O. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumları Ve Bu Yöntemleri Tercih Nedenleri. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2014.
32. Karacaoğlu EN. Çukurova Üniversitesi Bağlı Değişik Fakültelerde Okuyan Öğrencilerin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi ve Tutumları. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlık Tezi, Adana, 1996.
33. Lowdermilk P. Family Planing. In: Maternity Nursing, (Seventh Edition). Mosby Elsevier, Canada, 2006: 135–157.
34. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. Ankara, 2007.
35. Guillebaud, J. Contraception Today. Pocketbook, Informa Healthcare, 2007.
36. Söylemez F. Oral Kontrasepsiyon. 1.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı. Ankara Üniversitesi, Ankara, 2001; 7–14.
37. Köseli A. Kombine Oral Kontraseptifler. Cerrahi Tıp Bilimleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi, 2006; 2(22): 1-9.
38. T.C Sağlık Bakanlığı, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Kontraseptif Yöntemler. Ankara, 2005; 2: 370.
39. Açıklalın İ.Türkiye'de Ana Sağlığı Ve Aile Planlaması. Sted. 2001;10(5): 176–179.

40. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. 2005.
41. Himmerick KA. Enhancing Contraception A Comprehensive Review. JAAPA, 2005;18.
42. Kaşlı F. Aile Planlaması Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
43. Karagüzel N. Fertil Çağdaki Kadınlarda Kontraseptif Yöntemler ve Anemi İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006; 3–8.
44. Smith SM. Slone EM. Myers TG. Family Planning. In: Foundations Of Maternal-Newborn Nursing. WB Saunders Company, 2002; 874–894.
45. Center For Genetics And Society. Sex Selection. URL: [Http://Www.Geneticsandsociety.Org/Article.Php?List=Type&Type=29](http://www.geneticsandsociety.org/article.php?list=type&type=29). 2015.
46. Emniyetli ve Gönüllü Cerrahi Kontrasepsiyon, Hizmet Programları İçin Rehber Bilgiler. Gönüllü Cerrahi Kontrasepsiyonu Geliştirmek İçin Dünya Sağlık Kuruluşları Federasyonu, R&A Reklamcılık Tanıtım Ve Matbaacılık,1988; 2.
47. Berkman LF. Kawachi I. Social Epidemiology. Oxford University Pres, 2000.
48. Slone EM. Weiler JA. Smith SM. Family Planning. In: Maternal-Child Nursing. W.B. Saunderscompany, 2000; 191–207.
49. Geçgin E. Ankara-Polatlı Örneğinde Sosyal Dışlanma Açısından Mevsimlik Tarım İşçiliği. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2009; 1(1): 3-35.
50. Ruiz MD. Perez G. Garcia SI. Diez E. Social And Economic Inequalities In The Use Of Contraception Among Women In Spain. J Womens Health (Larchmt), 2011; 20(3): 403-11.
51. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria Wheel For Contraceptive Use. 2008.
52. Frost JJ. Darroch JE. Factors Associated With Contraceptive Choice And Inconsistent Method Use. Perspect Sex Reprod Health, 2008; 40(2): 94-104.

53. Phillip GS. Aile Planlaması. Novak Jinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2004: 231-276.
54. Adalı E. Yıldızhan R. Ataman O. Acil Kontrasepsiyon. Van Tıp Dergisi, 2008; 15(1):34-39.
55. Başer M. Mucuk S. Bayraktar E. Özkan T. Zincir H. What Turkish Women Know About Emergency Contraception. Pakistan Journal Of Medical Sciences, 2009; 25(4): 674-677.
56. Uluslararası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongre Kitabı. Ankara, 2007; 274.
57. Tokuç B. Eskiocak M. Saltık A. Acil Kontrasepsiyon. 2002; 11(3). URL: [Http://Www.Ttb.Org.Tr/Sted/Sted0302/Acil.Pdf](http://www.ttb.org.tr/sted/sted0302/acil.pdf)
58. Trussell J. Ellertson C. Stewart F. Theeffectiveness Of Theyuzpe Regimen Of Emergency Contraception. Fam Plann Perspect, 1996; 28: 58-64.
59. Creinin MD. A Reassessment Of Efficacy Of Theyuzpe Regimen Of Emergency Contraception. Hum Reprod, 1997; 12: 496-8.
60. Weismiller DG. Emergency Contraception Am Fam Physician. 2004; 70(4): 707-14.
61. Yıldırım A. Aile Planlamasında Yenilikler.” Cerrahi Tıp Bilimleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi, 2006; 2(13): 63-72.
62. Memmel L, Gilliam M. Kontrasepsiyon. In: Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE, Editors. Çev Ed. Ayhan A. Danforth’s Obstetrik Ve Jinekoloji, Güneş Tıp Kitapevleri, 2010; (10): 567-585.
63. Sanhal YC. Ulukuş M. İtil Mİ. Kontrasepsiyonda Güncel Gelişmeler. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2012; 9(2): 85- 93.
64. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, 1997; 14.
65. İnal MM. Bariyer Kontraseptif Yöntemler. Türkiye Klinikleri. J Surg Med Sci, 2006; 2(22): 41-50.
66. Özvarış Ş. Ertan A. Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. Hacettepe Yayınları, Ankara, 2003; 113–125.
67. Poroy AA. 101 Soruda Kısırlık ve Aile Planlaması. Truva Yayınları, İstanbul, 2009.

68. Timur S. Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı İle Öz –Bakım Gücü Düzeyi Arasındaki İlişki. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2003; 5-14.
69. Gökdemirel SÖ. Coşkun A. Doğal Aile Planlaması Yöntemlerinden Billings Ovulasyon Yönteminin Uygulanması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2011; 13(2): 33-48.
70. Tatum HJ. Kontrasepsiyon ve Aile Planlaması. 1. Baskı. Barış Kitapevi, İstanbul, 1994;1: 832-62.
71. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genelge 2009/17.
72. Kırca Ü. Erkeklerde Gönüllü Cerrahi Kontrasepsiyon-Vazektomi. Türkiye Klinikleri J Surgmedsci, 2006; 2(22): 39-40.
73. Pernoll ML. Kontrasepsiyon. 10. Baskı. Obstetrik Ve Jinekoloji El Kitabı, Palme Yayınları, Ankara, 2002; 727-41.
74. Özyayın GAN. Debay M. Aile Planlaması Danışmanlığı. 1. Baskı, Buşuş Tasarım Ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara, 2006: 2-187.
75. Erenel AŞ. Doğal Bir Aile Planlaması Yöntemi, Laktasyonel Amenore Yöntemi. Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi, 2006; 2(22): 60-67.
76. Ünlüoğlu İ. Laktasyonel Amenore Metodu. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 2006; 2(22): 41-50.
77. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015.
78. Karadağ G. Koçak HS. Yılmaz M. Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Kullanma Ve Tercih Etme Nedenleri. Gümüşhane University Journal Of Health Sciences, 2013; 2(1).
79. Erkut E. Doğurganlık Oranı. Aralık 2014.
80. Prata N. The Need For Family Planning. Popul Environ, 2007; 28: 212–222.
81. Olesen TB. Jensen KE. Munk C. Tolstrup JS. Kjaer SK. Liva – Population Survey Of Female Sexual Habits. Ugeskr Laeger, 2010; 172(47): 3254-9.

82. Radulović O. Šagrić Č. Višnjić A. Tasić A. Marković R. Uticaj Nivoa Obrazovanja Na Planiranje Porodice. *Facta Universitatis – Series. Medicine And Biology*, 2006; 13(1): 58-64.
83. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı, Aile Planlaması Danışmanlığı, Ankara, 2007.
84. Çetin E. Türkiye’de Aile Planlaması Yöntemlerinin Maliyet-Etkililik Analizi. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 32, Sayı 1, 2014, s. 73-86.
85. Sarpkaya D. Eroğlu K. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde 15-49 Yaş Grubu Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2011; 31(5).
86. Erbil N. Kahraman AN. Top F. Kadınların Kontraseptif Yöntemler Hakkındaki Bilgi ve Bilgi ve Davranışları ile Kullanımı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: 4.Uluslararası Üreme Sağlığı Kongre Kitabı Ankara, Bayt. 2005; 220: 14.
87. Altay B. Gönener D. Evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini bilme ve kullanma durumları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 2009;14(1):56-64.
88. Ersin F. Gözükar F. Şimşek Z. Kurçer MA. Kayahan M. Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yas Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Yöntem Bırakma Nedenleri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı 23-28 Eylül 2002; 185-188.
89. Ayaz S, Yaman EŞ. Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler. *Journal Of Turkish German Gynecol Assoc*, 2009; 10(3): 137-141.
90. Akın L. Nilüfer Özaydın N. Aslan D. Türkiye’de Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanmalarını Etkileyen Faktörler, *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48: 63-69.
91. TBB 2014, Türk Tabipler Birliği Dergisi, Kontrasepsiyon Yöntemleri,2014;4: 12-14.
92. World Family Planning,2017. Açık adres;
URL:https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/WFP2017_Highlights.pdf.

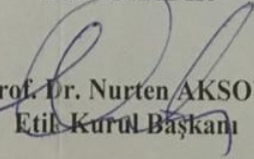
93. Göçgeldi E. Üreme sağlığına erkeklerin katılımının artırılması: Türk Silahlı Kuvvetleri Üreme Sağlığı Programı. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı: 56-59, 2009, Ankara.
94. Grimes DA. Evidence-Based Family Planning-The Paradigm For The Third Millennium. The European Journal Of Contraception And Reproductive Health Care, 2000; 5: 287-294.
95. Akşit TB. Türkiye’de Aile Planlamasını Etkileyen Sosyal ve Kültürel Faktörler Üzerine Bazı Saptamalar. Ankara, 1992.
96. Salman Z. Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Ve Tutumları. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Isparta, 2014.
97. T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Türkiye Kadın Sağlığı Araştırmaları. Ankara, 2014.
98. TÜİK 2017, Türkiye İstatistik Kurumu, Şanlıurfa 2018. URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27588#> 2019.
99. Training for mid-level managers: the EPI coverage survey. Geneva: World Health Organization, 1991 (unpublished document) WHO/EPI/91.10; available from Vaccines and Biologicals, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.
100. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015, Ankara, 2005.
101. Kish LA. Procedure For Objective Respondent Selection Within The Household. Journal Of American Statistical Association, 1949; 44: 380-387.
102. Altıntaş H. Telatar G. Albay S. Arık D. Batıkhan H. Berkel B. ve ark. Ankara’da Bir Süt Ürünleri Fabrikasında Çalışan Erkek İşçilerin Aile Planlaması Konusundaki Bazı Bilgi, Davranış ve Görüşlerinin Saptanması: Sağlık ve Toplum 2005;15(4):89-97.
103. TÜİK 2018, Eğitim İstatistikleri, İstatistiksel Tablolar ve Dinamik Sorgulama, Bitirilen Eğitim Kurumuna Göre Nüfusun Dağılımı, URL:http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018.

104. Kitiş Y. Bilgili N. Karacam Z. Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüşleri ve Karara Katılma Durumları: Sağlık ve Toplum 2004; 14(1):56-66.
105. Depe Y. Erenel AŞ. Erkeklerin aile planlamasına ilişkin görüş ve davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006;10(3):29-36.
106. Vural B. Vural F, Diker J, Yucesoy D. Factors Effecting Contraceptive Use and Behaviour in Koceli, Turkey. Adv. Contracept 1999; 15(4):325-336.
107. Özdemir O. Ocaktan E. Çalışkan D. Özyurda F. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Aile Planlaması Ünitesine 1999–2002 Arasında Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004;57(4): 195-203.
108. Nüfus ve Aile Planlaması, Doğurganlığın Belirleyicileri/Kontraseptif Yöntemler. Uluslararası Basım, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını, Ankara Demiroğlu Matbaacılık, 1990: 58-62.

9. EKLER

EK 1. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 25.01.2016
OTURUM	: 01
SAAT	: 15:00

16/01/19	<p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Fatma GÖZÜKARA'nın sorumlu araştırmacı olduğu "Şanlıurfa'da Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi, Görüş ve Davranışları" başlıklı çalışmaya Etik Kurulu Onayı verilmesine,</p> <p>Oybirliğiyle / Oyçokluğuyla karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLİ GİBİDİR</p> <p style="text-align: center;"> Prof. Dr. Nurten AKSOY Etik Kurul Başkanı</p>
----------	---

EK 2. Veri Toplama Formu

ŞANLIURFA'DA EVLİ ERKEKLERİN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ, GÖRÜŞ VE DAVRANIŞLARI

VERİ TOPLAMA FORMU

Anket No:

Tarih:

A. SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız ?.....
2. Eğitim durumunuz nedir ?
 - 1.Okur yazar değil
 - 2.Okur yazar
 - 3.İlkokulu bitirmiş
 - 4.Ortaokulu bitirmiş
 - 5.Lise
 - 6.Ön lisans
 - 7.Lisans
 - 8.Lisansüstü
3. Mesleğiniz ?
 - 1.Memur
 - 2.İşçi
 - 3.Esnaf
 - 4.İşsiz
 - 5.Diğer (.....
4. Sosyal güvenceniz var mı ?
 - 1.Yok
 - 2.Var (Açıklayınız.....)
5. Gelir- giderinizi karşıladığınızda ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
 - 1.Gelir giderden az
 - 2.Gelir gidere eşit
 - 3.Gelir giderden fazla
6. Evinizde en çok konuşulan dil nedir?
 1. Türkçe
 - 2.Kürtçe
 - 3.Arapça
 - 4.Diğer.....
7. Eşinizin yaşı nedir?.....
8. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - 1.Okur yazar değil
 - 2.Okur yazar
 - 3.İlkokulu bitirmiş
 - 4.Ortaokulu bitirmiş
 - 5.Lise
 - 6.Ön lisans
 - 7.Lisans
 - 8.Lisansüstü
9. Eşiniz çalışıyor mu?
 - 1.Evet (iş/mesleği.....)
 - 2.Hayır
10. Kronik bir hastalığınız var mı?
 - 1.Evet(Açıklayınız.....)
 - 2.Hayır

11. Sigara kullanıyor musunuz?

1.Evet (Kaç yıldır kullanıyorsunuz.....) 2.Hayır

B. DOĞURGANLIK VE EVLİLİK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

12. Kaç yaşında evlendiniz?.....

13. Evlilik süreniz nedir (yıl)?.....

14. Çocuğunuz var mı?

1.Evet (Kız:.....Erkek:.....) 2.Hayır (16.soruya geçiniz)

15. İlk çocuk sahibi olma yaşınız nedir?

16. Eşiniz toplam kaç gebelik geçirdi?.....

17. Eşiniz hiç küretaj oldu mu ?

1.Evet (sayısı.....) 2.Hayır

18. Eşiniz düşük yaptı mı?

1.Evet (sayısı.....) 2.Hayır

19. Sahip olduğunuz/olacağınız çocuk sayısına kim karar verir?

1.Kendim 2. Eşim 3.Eşimle birlikte ben 4.Aile büyükleri 5.Diğer(Açıklayınız).....

20. Cinsiyet tercihiniz oldu mu ?

1. Evet 2. Hayır

21. Sizce kadınlar kaç yılda bir gebe kalmalıdır?

.....

22. Bir kadın en fazla kaç çocuk doğurabilir?

.....

23. Son çocuk sahibi nasıl oldunuz ?

1.Planlı 2.Plansız

C. AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK ÖZELLİKLER

24. Daha önce gebeliği önleyici yöntem kullandınız mı?

1. Evet 2. Hayır (30. Soruya geçiniz)

25. Hangi yöntemleri kullandınız?

1. Kondom(prezervatif) 2. Ria 3. Geri Çekme 4. Diğer(açıklayınız.....)

26. Ne kadar süre kullandınız ?

27. Halen bu yöntemi kullanıyor musunuz?
1. Evet (29. Soruya geçin) 2. Hayır
28. Neden bu yöntemi bıraktınız?
29. Kullandığınız yöntemin sizce yaraları nelerdir?.....
30. Sizce bu yöntemlerin zararları var mıdır?
1.Evet 2. Hayır
31. Gebelik önleyici yöntemleri daha önce duydunuz mu ?
1. Evet 2. Hayır
32. Hangi yöntemleri duydunuz ?
1. Kondom(prezervatif) 2. Ria 3. Geri Çekme 4. Diğer(açıklanınız.....)
33. Bu yöntemleri nereden duydunuz ?
1. Sağlık personelinden 2. Tv-gazete-dergi 3.Sosyal Çevre
4.Diğer(.....)
34. Gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin herhangi bir bilgi aldınız mı?
1 .Evet 2 .Hayır (36. Soruya geçiniz.)
35. Gebeliği önleyici yöntemle ilgili bilgi kaynağınız nedir?
1. ASM'lerdeki sağlık personeli 2. Diğeri(Açıklayın.....)
36. Erkeklerin AP Hizmetlerine Katılması Gerektiğini Düşünüyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır
37. Gebelik önleyici yöntemler hakkında sıkıntı yaşıyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır (39.soruya geçin)
38. Ne gibi sıkıntılar yaşıyorsunuz ?
Açıklanınız.....
39. Sizce gebeliği önleyici yöntemleri kim kullanmalı?
1. Kadın 2. Erkek
40. Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem biliyor musunuz?
1.Evet (Açıklayınız.....) 2 Hayır
41. Eşinizle herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanıyor musunuz?
1 Evet(Hangi yöntem.....) 2 Hayır (Açıklayınız.....48.soruya geçiniz)
42. Kaç yıldır kullanıyorsunuz?.....
43. Yöntemi temin ettiğiniz yer neredir?(.....)

44. Tercih ettiğiniz gebeliği önleyici yönteme kim karar verdi?
1.Kendim 2.Eşim 3.Diğer(.....)
45. Kullandığınız gebeliği önleyici yöntemi seçme nedeniniz nedir?
1.Ekonomik olması 2.Koruyuculuğunun yüksek olması
3.Diğer(Açıklayınız.....)
46. Kullandığınız gebeliği önleyici yöntemden memnun musunuz?
1.Evet 2.Hayır (Açıklayınız.....)
47. Kullandığınız yöntemi değiştirmeyi düşünüyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır
48. Sizce kullanılan yöntemler yararlı mıdır?
1. Evet 2. Hayır

EK 3. İntihal Raporu

ŞANLIURFA'DA EVLİ ERKEKLERİN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ, GÖRÜŞ VE DAVRANIŞLARI

ORJİNALLİK RAPORU

% 16	% 12	% 4	% 8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	% 2
2	www.coolkadin.com İnternet Kaynağı	% 2
3	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 2
4	firattipdergisi.com İnternet Kaynağı	% 1
5	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	% 1

EK 4. Tez Çalışması Orjinallik Raporu ve Beyan Belgesi



TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

Öğrencinin	
Numarası	: 145322014
Adı, Soyadı	: İzzettin EKİNCİ
Anabilim Dalı (Bölümü)	: Hemşirelik
Program	: <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora
Tezin Adı: Şanlıurfa'da Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi, Görüş ve Davranışları	

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek lisans tez çalışmamın; *kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç* kısımlarından oluşan toplam 46 sayfalık kısmına ilişkin, 10 /07 /2019 tarihinde şahsım/ danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, benzerlik oranı %16'dır.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç
- 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen tezin, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından kabul edilen lisansüstü orijinallik raporu alınması uygulama esasları ile belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve bütün bilgilerin, akademik kurallara uygun olarak toplanıp sunulduğunu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı, blok şeklinde alıntılar yapmadığımı ve tüm alıntılarım bilimsel atıf kuralları çerçevesinde kaynağımı gösterdiğimi, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi ile Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinin 8. maddesinde yer alan etik ihlallerden her hangi birisinin yer almadığını, etik ihlal tespiti halinde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca, diplomamın iptal edilmesini kabul ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim. 10/07/2019

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı-Soyadı: İzzettin EKİNCİ

İmzası:

Yukarıda yer alan raporun ve beyanın doğruluğunu onaylım. 10/07/2019

Danışmanın

Unvanı-Adı-Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Fatma KORUK

İmzası:

EK 5. Tez Veri Giriş Formu

10.07.2019

Ulusal Tez Merkezi | Tez Form Yazdır

T.C.
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10263113
Yazar Adı / Soyadı	IZZETTİN EKİNCİ
T.C.Kimlik No	19388768976
Telefon	5424662246
E-Posta	ekincizzet21@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	ŞANLIURFA'DA EVLİ ERKEKLERİN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ, GÖRÜŞ VE DAVRANIŞLARI
Tezin Tercümesi	KNOWLEDGE, VISION AND BEHAVIOR OF MARRIED MEN ON FAMILY PLANNING METHODS IN SANLIURFA
Konu	Aile Planlaması = Family Planning
Üniversite	Harran Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Hemşirelik Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	70
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ FATMA KORUK
Dizin Terimleri	Hemşirelik=Nursing
Önerilen Dizin Terimleri	Aile Planlaması = Family planning Aile Planlaması Yöntemleri = Family Planning Methods Geleneksel Yöntemler = Traditional Methods Modern Yöntemler = Modern Methods

10.07.2019

İmza:.....

EK 6. Özgeçmiş

1993 yılında Gaziantep'e bağlı Nizip ilçesinde doğdu. İlköğretimini Enver Mebrure Okan İlkokulu'nda ardından ortaöğretimini Türkan Ömer Okan Lisesi'nde tamamladı. 2010 yılında Şanlıurfa Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ne girmeye hak kazandı ve 2014 yılında lisans eğitimini bitirdi. Ocak 2015'de Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı'nda halen devam ettiği lisansüstü eğitime hak kazandı.

