

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

ŞANLIURFA'DA MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ
KADINLARIN KULLANDIKLARI AİLE PLANLAMASI
YÖNTEMLERİ, TERCİH NEDENLERİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

SİBEL AYHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA

ŞANLIURFA

2016

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

ŞANLIURFA'DA MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ
KADINLARIN KULLANDIKLARI AİLE PLANLAMASI
YÖNTEMLERİ, TERCİH NEDENLERİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

SİBEL AYHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA

ŞANLIURFA

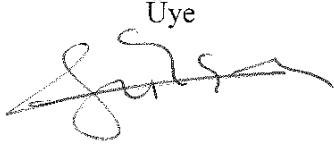
2016

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Sibel AYHAN'ın hazırladığı "Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri, Bu Yöntemleri tercih Nedenleri ve Etkileyen Faktörler" konulu çalışma, **18/02/2016** tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.


Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA (Danışman)
Harran Üniversitesi
Başkan

Prof. Dr. Gülşen VURAL
Sanko Üniversitesi
Üye

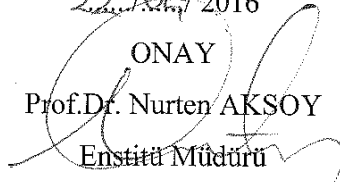


Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN
Harran Üniversitesi
Üye



22.10.2016

ONAY
Prof.Dr. Nurten AKSOY
Enstitü Müdürü



TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitimim ve tezimin hazırlanması süreçlerini; sürekli ilgisi, sabrı ve desteği ile kolaylaştıran tez danışmanım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA'ya, istatistiksel analiz sırasında değerli bilgileri, görüş ve önerileri ile yol gösteren ikinci tez danışmanım sayın Doç. Dr. İbrahim KORUK'a, bu süreçte bana destek olan ve yaşadığım sıkıntıları paylaştığım arkadaşlarım Abidin KÜÇÜK ve Emine APIK'a, zamansız kaybettiğim fakat varlığını her daim hissettiğim babama, yanımda olan ve bana inanan biricik aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

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

Sibel AYHAN

2016

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜRLER.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Aile Planlaması Tanımı ve Amacı.....	4
2.2 AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ.....	7
2.2.1 Modern Aile Planlaması Yöntemleri.....	8
2.2.2 Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri.....	17
2.3 DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE AİLE PLANLAMA YÖNTEM KULLANIMI	21
2.4 AİLE PLANLAMA YÖNTEM KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	24
2.5 DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLİĞİ DURUMU	26
2.5.1 Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve Etkileyen Faktörler.....	29
2.6 AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNDE HEMŞİRENİN GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLAR.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34

3.1. Araştırmanın Tipi.....	34
3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih.....	34
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem seçimi.....	34
3.4. Araştırmanın Etik Boyutu.....	35
3.5. Verilerin Toplanması ve Araçlar.....	35
3.6. Ön Uygulama.....	35
3.7. Araştırmanın Bağımlı – Bağımsız Değişkenleri.....	36
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
4. BULGULAR.....	38
4.1. MTİ Kadınları Tanımlayıcı Özellikleri.....	38
4.2. MTİ Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörlere İlişkin Özellikler.....	46
4.3 MTİ Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımına Göre Sürekli Değişkenlerin Düzeyi.....	49
4.4. Kadınların Tarlaya Gitmeden Önce Tercih Ettikleri Gebeliği Önleyici Yöntemler İle Tarlada Çalışırken Tercih Ettikleri Gebeliği Önleyici Yöntem Tutarlılık Durumu	51
4.5. Kadınların Modern Yöntem Kullanımını Etkileyen Riskli Değişkenlerin Lojistik Regresyon Modelinde Kullanımı.....	53
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	61
KAYNAKLAR.....	63
EKLER.....	73
EK I: Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı.....	73
EK II: Veri Toplama Formu.....	74
EK III: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	77

TABLULAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1.1. Kadınları Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	41
Tablo 4.1.2. Kadınların Evlilik ve Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı.....	43
Tablo 4.1.3. Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemlere İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	45
Tablo 4.1.4. Kadınların Tarlaya Gittikleri Dönemde Yöntem Tercihlerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	48
Tablo 4.2.1. Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....	49
Tablo 4.2.2. Kadınların Evlilik ve Doğurganlık Özelliklerinin Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....	51
Tablo 4.2.3. Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemlere İlişkin Özelliklerinin Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....	52
Tablo 4.3.1. Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanma Düzeyleri.....	53
Tablo 4.3.2. Kadınların Bazı Özelliklerinin Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanma Durumlarına Göre Düzeyi.....	54
Tablo 4.4.1. Gebeliği önleyici yöntemlerin tarlaya gitmeden önce ve tarlada çalışırken gösterdikleri gözlemsel tutarlılık tablosu.....	55
Tablo 4.5.1 Kadınların Modern Yöntem Kullanımına Etkisi Olan Değişkenlerin Birlikte Değerlendirildiği Lojistik Regresyon Modeli.....	56

KISALTMALAR

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- AIDS** : Acquired Immune Deficiency Syndrome
- AP** : Aile Planlaması
- BM** : Birleşmiş Milletler
- CYBH** : Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- FDA** : Food and Drug Administration
- KOK** : Kombine Oral Kontraseptifler
- ILO** : Uluslararası Çalışma Örgütü
- LAM** : Laktasyonel Amenore Yöntemi
- MTİ** : Mevsimlik Tarım İşçisi
- OKS** : Oral Kontraseptifler
- PİD** : Pelvisin İltihabi Hastalığı
- RIA** : Rahim İçi Araçlar
- SPSS** : Statistical Package for Social Sciences
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

ŞANLIURFA'DA MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ KADINLARIN KULLANDIKLARI AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ, TERCİH NEDENLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sibel AYHAN

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Çalışma, Şanlıurfa'da 15-49 yaş arası mevsimlik tarım işçisi evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri, tercih nedenleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır. Çalışmanın evrenini 15-49 yaş arası mevsimlik tarım işçisi evli kadınlar oluşturmaktadır. Örnek seçiminde DSÖ'nün 30 küme örneklem tekniği kullanılmıştır. Her kümede 10 kişi olmak üzere, toplamda 300 kişiye ulaşılmıştır. Veriler Tanımlayıcı Veri Toplama Formu aracılığı ile Şubat 2015 tarihlerinde Şanlıurfa İl Merkezi'nde, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırma için Harran Üniversitesi Etik Kurul'undan yazılı, katılımcılardan ise sözlü izin alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, MVU testi, ki-kare testi, Kappa tutarlılık testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Çalışmada kadınların %53.0'ünün 35 yaş ve üzerinde olduğu, %47.0'sinin okur-yazar olmadığı, %33.0'nün 20 yıldan fazla süredir tarım işçiliği yaptığı ve %49.3'nün 7 ay ve üzerinde tarlada kaldığı belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %68.1'inin modern, %15.9'unun geleneksel yöntem kullandığı, en çok tercih edilen modern yöntemin RİA, geleneksel yöntemin ise geri çekme olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebeliği önleyici modern yöntem kullanımını kadının eşinin okur-yazar

olmamasının 2.6 kat, kullanılan yöntemle eşin karar vermesinin 3.5 kat olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Kadınların tarlaya gitmeden önce ve tarlada çalışırken kullandıkları gebeliği önleyici yöntemlerde %65.6 oranında tutarlılık olduğu ve bu tutarlılığın iyi düzeyde ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($K=0.58$, $P < 0.001$). Çalışma sonuçlarına göre, mevsimlik tarım işçisi kadınların tarladaki çalışma ve yaşam koşullarının gebeliği önleyici yöntem tercihlerini değiştirdiği, eğitim düzeyinin ve yöntem kullanma kararına eşlerin katılımının modern yöntem kullanmayı artırdığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, mevsimlik tarım işçisi kadınların modern yöntemle erişim ve kullanımını engelleyen faktörlerin belirlenmesi, kontrol altına alınması ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi için hemşirelik girişimlerinin yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Mevsimlik tarım işçisi kadın, aile planlaması, aile planlamasını etkileyen faktörler, modern yöntemler



ABSTRACT

FAMILY PLANNING METHODS USED BY SEASONAL AGRICULTURAL WORKERS WOMEN IN SANLIURFA, THEIR REASONS FOR PREFERENCE AND EFFECTING FACTORS

Sibel AYHAN

Department of Nursing Master Degree Thesis

This study aims to determine the family planning methods used by married women aged between 15-49 who are working as seasonal agricultural workers in Sanliurfa, their reasons for preference and effecting factors. Cross-sectional method is used in the study. Target population of the study is married women aged between 15-49 who are working as seasonal agricultural workers. 30 clusters sampling method of WTO is used when selecting the samples. 10 people are reached in each cluster, which means 300 people in total. Data is collected by using face-to-face meeting method through Definitive Data Collection Form between February 2015 at Sanliurfa City Center. Written permission of Harran University Ethics Committee and verbal permissions of participants are taken for the research. In the evaluation of data, definitive statistics, MVU square test, chi-square test, kappa integrity test, and logistics regression analysis are used. In the study, it is found that 53.0% of the women are over 35 years old, 47.0% of them are illiterate, 33.0% of them are working as seasonal agricultural workers for over 20 years, and 49.3% of them stay 7 or more months at

fields. It is also found that 68.1% of women use modern methods and 15.9% of women use traditional methods and that the most preferred modern method is RIA and the most preferred traditional method is withdrawal. Statistical evaluation made found that the rate of using modern contraceptive methods is decreased by 2.6 times and the rate of deciding in the method to be used by 3.5 times if the husband of the woman is illiterate. It is found that the consistency rate between the contraceptive methods used before going to field and while working on the field is 65.6% and this consistency rate is a good level and also statistically meaningful ($K=0.58$, $P<0.001$). According to the results of the study, it is found that working and life conditions of the women working as agricultural workers on the field change the contraceptive method preferences, and that education level and participation of spouses to the method choice increase modern method usage.

In line with these results, it can be suggested that nursing efforts should be made in order to determine the factors preventing seasonal agricultural workers from reaching and using modern method, controlling these factors, and improving life conditions.

Keywords: Seasonal agricultural worker woman, family planning, factors affecting family planning, modern method.

1.1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın sağlığını etkileyen en önemli dönem, gebelik, doğum ve doğum sonu dönem olarak kabul edilir. Yaşamsal komplikasyonlar bu dönemde daha sık görülür ve anne-bebek ölüm riskini artırır. Komplikasyonları en az düzeye indirmek ve anne-bebek ölüm riskini azaltmak için, bu dönemde aşırı doğurganlıklar ve adölesan gebelikler önlenmeli, gebelik ve doğum güvenli hale getirilmeli, sağlık hizmetlerine ulaşım, hizmetlerin kalitesi ve aile planlama (AP) yöntemlerin kullanımı (3,28,78,109) arttırılmalıdır.

1994 yılında Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda nüfus politikalarının ana amacının, bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi olduğu görüşü benimsenmiştir. Konferansta ayrıca kadın ve erkeğin üreme konusunda bilgilendirilmesi ve doğurganlıklarını düzenleyebilme yetkilerinin olduğu görüşü ifade edilmiştir (4) ve riskli doğumları, istenmeyen gebelik ve düşükleri önlemek için kişi/kişilerin uygun AP yöntemi kullanımı sağlanmalıdır (1). Yöntem kullanımını sağlamak için çiftlerin; tutum ve inançları, sosyal, psikolojik, ekonomik, fiziksel ve toplumsal değerleri göz önünde bulundurulmalıdır (3,28,109).

Dünyada AP yöntem kullanma oranı; modern yöntem kullanma oranı %56.1, gelişmiş ülkelerde %61.2, az gelişmiş ülkelerde %31.4’tür. Tüm dünyada en yaygın kullanılan kontraseptif yöntem, tüpligasyon olup bunu RİA, oral kontraseptifler ve erkek kondomu izlemektedir (47). Ülkemizde ise Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması (TNSA 2013) verilerine göre aile planlaması için herhangi bir yöntem kullanma oranı %66.5, modern aile planlaması yöntem kullanma oranı %55.9, geleneksel aile planlama yöntem kullanımı ise %47.3 olarak belirlenmiştir. Modern yöntemler içerisinde en fazla erkek kondomu daha sonra RİA ve bunu takip eden oral kontraseptif yöntemler yer almaktadır.

Geleneksel yöntemler içerisinde ise geri çekme yöntemi ilk sırada ve takvim yöntemi ikinci sırada yer almaktadır (49).

AP yöntem kullanımını etkileyen pek çok faktör vardır. Bunlardan bazıları; kadının yaşı, statüsü, eşinin eğitim durumu, sosyo-ekonomik durumu, aile yapısı, toplumun sosyo-kültürel yapısı, evlenme ve ilk gebe kalma yaşı, erkeklerin eş olarak üreme sağlığına katılımları, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler, dini inanışlar ve doğum şeklidir (94). Ayrıca yöntemin güvenilirliği, yöntemin yanlış kullanımı ve yöntemle ilişkin yanlış inanışlar, bireysel/toplumsal özellikler gibi faktörlerde yöntem kullanımını etkilemektedir (44). Bunların dışında yasalar, hükümetin aile planlaması politikaları, programları ve AP hizmeti sunan kişi/kişilerin bilgi düzeyi AP kullanımını etkileyen faktörler olarak bildirilmektedir (39).

Ağır çalışma ve yaşam koşulları nedeniyle üreme sağlığı ve doğurganlık özellikleri açısından önemli risk altında bulunan gruplardan biri de mevsimlik tarım işçisi (MTİ) kadınlardır. Çünkü MTİ kadınların, düşük sosyo-ekonomik düzeyde sağlıklı ortamlarda yaşamaları, sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler başta olmak üzere kentsel hizmetlere erişememeleri, pestisit, aşırı sıcak ve soğuğa maruz kalmaları, ağır iş yapma ve tarımsal etkilenimlere bağlı olarak düşüklerin, ölü doğumların, infertilitenin ve diğer üreme sağlığı sorunlarının daha fazla görülmesi, doğum hızının ve toplam doğurganlık hızının Türkiye ortalamasının üstünde olması, MTİ kadınların öncelikli risk grubu olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır (14,40,56,105).

Tarım işçiliği dünyada en yaygın istihdam alanıdır (33). Dünya genelinde yaklaşık 450 milyon tarım işçisi bulunmaktadır. Bunların; %60'ından fazlası yoksulluk sınırının altında yaşamakta, en az %80'inin sosyal güvencesi bulunmamakta ve %70'i tarlalarda çocuklarıyla birlikte çalışmaktadırlar (102). Ülkemiz de tarım istihdamına bakıldığında; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nun 2015-Şubat istatistiklerine göre 27 milyon 432 bin istihdam edilen iş gücünün %22'sini tarım iş gücü oluşturmaktadır (120). Yaklaşık 6.5 milyon tarım iş gücünün de yarıya yakın kısmını MTİ'nin oluşturduğu tahmin edilmektedir. MTİ geçimlerini sağlamak için yıl içerisinde belli bir ücret karşılığında birkaç aylığına yöre dışına tek başına ya da aileleri ile göç eden ve sezon bitiminde evlerine geri dönen tarım

işçileridir (36,82). MTİ'liğinin yoğun yapıldığı illerden biri olan Şanlıurfa il merkezinde 124.630 göçebe mevsimlik tarım işçisi olduğu ve bunların %49.7'sinin kadın olduğu belirtilmiştir (106).

TNSA 2013 verilerine göre Türkiye'de genel doğurganlık hızı 2.26, herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanım hızı %73.5'dir (121). Ancak bu oranlar doğuya doğru gidildikçe değişim göstermektedir. Şanlıurfa'nın da yer aldığı Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nde genel doğurganlık hızı 3.41'e yükselirken, herhangi bir AP kullanma hızı %59.7'ye düşmektedir (121). MTİ kadınlarda ise bu oranlar daha da kötüleşerek toplam doğurganlık hızı 4.94'e yükselmekte ve herhangi bir AP yöntemi kullanım hızı %46.3'e düşmektedir (106). Ayrıca MTİ kadınlar 1 ile 16 arasında gebelik yaşamakta, %44.4'ü en az bir kez düşük ve %30.3'ü en az bir kez ölü doğum yapmaktadır (106). Bu veriler Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde özellikle de MTİ gibi riskli gruplarda AP hizmetlerine ağırlık ve öncelik verilmesi gerektiğini göstermesi bakımından önem taşımaktadır.

Kişi/kişiler ile daha uzun süre iletişime geçtiği için aile planlaması danışmanlığında ebe ve hemşireler aktif rol almaktadır. Hemşireler, özel bilgi ve becerileri ile hasta ya da sağlıklı bireyin eğitiminde, sorunların çözümünde ve aile planlaması çalışmalarında danışmanlık hizmeti sunmaktadırlar. Risk altındaki grup olan 15-49 yaş fertil kadınların sağlığını korumak, bebek ölüm hızını azaltmak ve aile planlaması hizmetlerinin etkinliğini arttırmak, danışmanlık, motivasyon, izlem, rehberlik ve eğitim vermek hemşirenin rol ve sorumlulukları arasındadır (112).

MTİ kadınların kullandıkları AP yöntemlerinin, bu yöntemleri tercih nedenlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi aracılığı ile, bu gruba verilecek olan AP hizmetlerinin planlanmasında ve sunumunda politika geliştirmeye yönelik yol gösterici olacağı, verilecek hemşirelik hizmetlerinin etkinliğini ve kalitesini artıracacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Şanlıurfa'da mevsimlik tarım işçisi kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri, bu yöntemleri tercih nedenleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE PLANLAMASI TANIMI VE AMACI

Aile planlamasına yönelik pek çok tanım yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) aile planlamasını; “ ailelerin sağlığını ve refahını daha iyiye götürerek ülkenin sosyo-ekonomik gelişimine katkıda bulunmak için kişiler ve çiftler tarafından benimsenen düşünce ve yaşam şekli ” olarak tanımlamıştır (48,61). Taşkın ve Dirican aile planlamasını; “ bütün çiftlerin çocuk sahibi olmalarını etkileyen sosyal, psikolojik, ekonomik, fiziksel ve dini durumları değerlendirerek, bireylerin istedikleri zamanda, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına, eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını, sağlık ve sosyo-ekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine ve çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüne aile planlaması denilmektedir ” şeklinde tanımlamışlardır (28,109). Karataş ise aile planlamasını; “ üreme sağlığının bir parçası olarak, kadın ve erkeğin üreme sağlığı konusunda bilgilendirilmiş bir şekilde yetki sahibi olabilmeleri, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli ve kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağlıklarını tehlikeye sokmadan düzenlemeleridir ” şeklinde tanımlamıştır (62).

Aileler tamamen serbest olup, kendi iradeleri ile istedikleri en uygun zamanda, bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olabilirler. AP'nin temel amacı; istenmeyen gebeliklerin ve düşüklerin önüne geçmek, gebelikler arasına yeterli zaman aralığını koyabilmek, cinsel

yaşamın sağlıklı sürdürülmesini temin etmek, annenin fiziksel ve ruh sağlığını korumak, fetus, bebek ve çocukların hastalık ve ölüm hızlarını düşürmek, kadınların eşlerin ve çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden yaşam standartlarını geliştirmek, üreme çağındaki kadınları, üreme sağlığı konularında bilgilendirmek, çiftleri gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgilendirmek, kontraseptif yöntemlerin uygulanmasına yardımcı olmak ve ailelerin bilinçli olarak hem aile, hem ülke menfaatlerini düşünerek sorumluluk taşıyarak karar vermelerini sağlamaktır (9,64,69,109). Çünkü aşırı doğurganlığın olduğu ülkelerde; erken evlenme, adölesan gebelikler, ileri yaş gebelikleri, iki yıldan kısa aralıklarla ve çok sayıda yapılan ve istenmeyen gebeliklerin görülme sıklığının arttığı gözlenmektedir. Aşırı doğurganlık ve bunun getirdiği ekonomik ve sosyokültürel sorunlar, ana-çocuk sağlığını bozan önemli faktörler arasında yer almaktadır (16).

2.2. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

Gebeliği önleme çabalarının insanlık tarihi kadar eski olduğu düşünülmektedir. İnsanlar gebeliğin cinsel ilişki sonucu ortaya çıktığını anladıklarından bu yana, çeşitli yöntemlerle bunu önlemeye çalışmışlardır. Özellikle ilişki sonrası vajenin yıkanması, vajenin parmakla silinmesi, semenin dışarı çıkarılmasına yönelik çeşitli bedensel hareketlerin yapılması gibi uygulamalarda çok sık bulunmuşlardır. Bu uygulamalar sonucunda birçok kadının enfeksiyonlar sebebiyle sağlıklarının tehlikeye girdiği bildirilmiştir (116). Bu yüzden 15-49 yaş doğurganlık döneminde olan kadınlara gebelik zamanlarını planlayarak istediği zaman gebe kalıp istemediği zamanlarda korunabileceği ve güvenle kullanabileceği aile planlaması yöntemi seçmeleri sağlanmalı, kadının bu uzun dönemi sıkıntısız, sağlıklı ve mutlu geçirmesi amaçlanmalıdır (92,114).

AP için birçok korunma yöntemi vardır ve seçilecek yöntem kişiye özel olmalıdır. Bireylerin eşleri ile birlikte kullanabileceği aile planlaması yöntemleri; modern aile planlama yöntemleri ve geleneksel aile planlama yöntemleri olarak iki grupta incelenmektedir (109).

2.2.1. Modern Aile Planlaması Yöntemleri

- Hormonal Kontraseptifler
- Rahim İçi Araçlar (RİA)
- Kondom, Kadın Kondomu
- Diyafram, Servikal Başlık
- Cerrahi sterilizasyon

2.2.2. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

- Takvim Yöntemi
- Koitus İnterruptus – Geri Çekme
- Vajinal Lavaj
- Spermisitler
- Emzirme (Laktasyonel Amenore Yöntemi) (109).

2.2.1 Modern Aile Planlaması Yöntemleri

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

Estrojen ve progesteron içeren kombine doğum kontrol hapları son otuz yıl içinde aile planlaması programlarında en etkili ve emin doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmaktadır. (109). Pincus ve Chang'ın 1950'li yıllarda oral kontraseptif keşifleri doğum kontrolü teknolojisinde büyük bir devrim olup bu metot etkili, kullanımını kolay ve koitus ile ilişkisi olmayan bir teknik olarak insanlığa sunulmuştur (101).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Doğal kadınlık hormonu olan estrojenin (etinilestradiol) ve progesteronun (norgestrol) sentetik formlarından oluşmaktadır (6). KOK'ların içerdikleri, östrojen ve progesteronun etkisi ile folikülüstimüle edici hormon ve lüteinize edici hormonu baskılayarak ovulasyonu önler. Tüplerin motilitesini arttırarak ovumun taşınmasını hızlandırır. Uterus içindeki endometriumun fonksiyonlarını değiştirerek ödem alanlarının oluşmasına neden olur. Servikal mukusun geçirgenliğini azaltır, progesteronun servikal gland salgısını kolaylaştırarak spermlerin uterus içine geçmesini önler(109). KOK'lar %99.9 oranında etkilidir. Teorik olarak başarısızlık oranı sifıra yakındır. Başarısızlığı etkileyen faktörlerin başında kullanıcıların motivasyonu ve hapların alınmaması gelir (101,109).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: İlişkiyi etkilemez, menarştan menapoza kadar her yaşta kullanılabilir. Bırakıldığı anda doğurganlık geri döner. Adet siklusunu ve kanama miktarını düzenler, anemi riskini azaltır. Adet öncesi gerginlik ve dismenoreyi azaltır. İyi huylu meme hastalıklarından, over kistlerine, over kanserine ve endometrium kanserine karşı koruyuculuğu vardır. Romatoidartrit ve kolon kanseri riskini azaltır. Osteoporoz ve buna bağlı kemik kırılmalarını önler (6,70). İlk 3 ayda bulantı, kusma, adet siklusunda değişiklik, kilo artışı, göğüslerde ağrı ve gerginlik, baş ağrısı, baş dönmesi olabilir. Tansiyonu yükseltebilir. Yüksek tansiyonu olan, 35 yaş üstü ve günde 20'den fazla sigara içen kadınlarda nadiren de olsa kalp krizine ve bacak venlerinde tromboza neden olabilir (1,70,114).

b. Yalnız Progesteron İçeren (Mini) Haplar

KOK'a alternatif olarak geliştirilmiş bir yöntemdir (123). Dışarıdan östrojen almasında sakınca olan kadınların da (örneğin emziren kadınlar) kullanılabilmesine olanak sağlamaktadır (52). Yalnız progestin içerirler. Mini haplarda, kombine oral kontraseptiflere oranla daha düşük dozda progestin bulunur ve östrojen içermezler (47).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Progestin içeren mini haplar kadında doğal olarak oluşan servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin geçişini engelleyerek sperm ve ovumun karşılaşmasını engeller. Sikluslarda %40-60 ovulasyonu engelleyerek tuba motilitesini yavaşlatır. Endometriyum tabakası incelendiği için implantasyon olmaz (63). KOK'lara göre daha azdır. Her gün aynı saatte alındığı sürece etkinliği, kadın emzirdiği sürece, doğumu izleyen 9 ay boyunca %98.5, diğer zamanlarda (emzirmeyenlerde) %96'ya düşer (122).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Yaş sınırı yoktur her yaşa uygundur. Adet kanaması miktarını ve kramplar azaltır. Emzirenler için uygundur. Emzirme arttıkça koruyuculuk yükselir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz, KOK' lara göre yan etkileri çok azdır (101,122). Emzirme azalınca etkisi azalır. Ara kanaması, amenore ve adet düzensizlikleri fonksiyonel over kisti ve akneler görülür. Mini hap alımının unutulması durumunda gebe kalma olasılığı çok yüksektir, bu nedenle mini hapı aynı saatte alamayanlar için uygun değildir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)'a karşı koruyuculuğu yoktur (60,100, 22).

c. Enjekte Edilen Kontraseptifler

Uzun etkili hormon preparatı içeren kontraseptif yöntemlerdir. Ağızdan alınan (oral) formları ile benzer olarak kombine ve yalnız progesteron içeren formları bulunmaktadır (30). Türkiye’de kombine enjekte edilen kontraseptifler 1997 yılından beri, progesteron içeren enjekte edilen kontraseptifler de 2004 yılından beri kullanılmaktadır (63).

Etki mekanizması ve Etkinliği: Ovulasyon baskılanır ve progesteronun etkisiyle servikal mukus kalınlaşarak spermilerin geçişi engellenir. Endometriyum incelerek implantasyona elverişsiz hale gelir ve tuba motilitesi değişerek sperm geçişi azalır (6). Enjektabil progestinler etkin kontraseptif yöntemlerdir. Başarısızlık oranı %0.1’den düşüktür (114).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Uygulanması kolay ve koruyuculuğu yüksektir, bırakıldığında hemen gebe kalınabilir. Over kistleri ve kanserinden korur. Menarştan menapoza kadar kullanılabilir. Dış gebelikten ve demir eksikliği anemisinin korur. Koruyucu etkisi 24 saatte başlar yan etkiler daha hafiftir (114). Kanama düzeninde aksamalar olabilir, bırakıldığında adet gecikebilir. CYBE’lara karşı koruyuculuğu yoktur. Kilo artışı, baş dönmesi, baş ağrısı ve memelerde hassasiyet görülebilir. Emziren anneler ilk 6 ay kullanamaz ve östrojene bağlı komplikasyonlar görülebilir (112).

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 (46).

Etki mekanizması ve Etkinliği: Sadece progestin içeren kontraseptifler gibidir. Levonorgestrel ovulasyon için gerekli olan LH salınımını inhibe eder. Siklusların %50’sinde ovulasyon inhibisyonu, servikal müküsün kalınlaşması ve endometrial supresyon ile kontraseptif etki oluşturur (3,18,72). Yöntem %99.95 civarında koruyuculuk sağlar (99).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Son derece etkili ve kullanımı kolaydır, uygulandıktan sonra kliniğe çıkartmak için gelinir, 5 yıl korur, tek kapsül içeren implantları vardır. İmplantlar sadece progestin içermekte ve koruyuculuğu 3 yıl sürmektedir geri dönüşümlü olup ilişkiyi etkilemez (36,91,130). Eğitimli personel uygular ve çıkarır, deri altında hissedilir. Uygulama yerinde enfeksiyon, kanama ve hematoma oluşabilir. CYBE'lara karşı koruyuculuğu yoktur. Deri altı implantları düzensiz kanama, baş ağrısı, kilo değişiklikleri, depresyon, sinirlilik, akne, saç dökülmesi ve/veya hirsutizme neden olabilir (34,87,122).

e. Post Koital (Acil Kontrasepsiyon) Haplar

İlk kez 1960'larda acil kontrasepsiyon amacıyla yüksek doz östrojen kullanılmıştır. 1970'lerde Yuzpe, acil kontrasepsiyonda östrojen ve progesteronu birlikte kullanmıştır. 1976'da ilk kez postkoital RİA bu amaçla kullanılmıştır (2). Korunmasız cinsel ilişkiden sonra, kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİA'nın düşmesi, hap alımının unutulması veya cinsel tecavüz gibi durumlarda istenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla kullanılan güvenilir bir acil doğum kontrol yöntemidir. Korunmasız koitusu izleyen ilk 72 saat içinde KOK'den 2 adet alınıp 12 saat sonra dozun tekrar edilmesi gerekir (17,60,124). Fakat Acil kontrasepsiyon bir doğum kontrol yöntemi olmaktan daha çok, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde bir ikinci şans yöntemi olarak görülmektedir (124).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Siklusun hangi döneminde kullanıldığına bağlı olarak ovülasyonu ya da fertilizasyonu ya da implantasyonu önlemesidir (117). Acil kontraseptif metodların etkinliği %55-94 arasında değişmektedir. Korunmasız cinsel ilişki sonrasında acil kontraseptiflerden, kombine ilaçların %77, tek progesteron içeren ilaçların %88, intrauterin araç kullanımının %99 oranında gebelik oluşumunu engellediği görülmüştür (24,118,129).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: İstenmeyen birçok gebeliğin önlenmesi, ucuz olması, kullanım sürelerinin kısa olması ve kesin kontrendikasyonlarının bulunmaması (2). Korunmasız cinsel ilişki sonrası 72 saat içinde uygulanması gerekli. Cinsel yolla bulaşan hastalıkları engellemez. Bulantı, kusma, iştahsızlık, baş dönmesi, baş ağrısı, düzensiz kanamalar, memelerde hassasiyet ve karın ağrısı görülebilir (2).

f. Vajinal Halka

İnce, transparan (renksiz) ve kişinin kendi vajinasına yerleştirebileceği bükülebilen yumuşak bir halkadır. Östrojen ve progesteron içerir ve bu hormonlar vajinal mukozadan emilir. Sadece progesteron içeren tipleri de mevcuttur. Vajinal halkalar; Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), Foodand Drug Administration (FDA) tarafından 2001 yılında onaylanmıştır. Günümüzde ABD, Kanada ve birçok Avrupa ülkesinde kullanılmaktadır. Ülkemizde yaygın kullanılan yöntemler arasında değildir (128).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Ovulasyonu inhibe ederek etki gösterir. Yöntemin kullanımını doğru öğrenildikten sonra, %98–99 'dur (73,6).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Kullanımı kolaydır. 3 hafta süresince kalabilir. Kullanılmaya başlandığı ilk aydan itibaren koruma sağlar. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz. Karaciğerden ilk geçiş etkisi olmadığı için metabolik yan etkiler minimize edilir (6,73,128). CYBH'ye karşı koruyuculuğu yoktur. Reçete gerektirir. Bazen vajenden kendiliğinden dışarı çıkabilir. Hormonal bir yöntem kullanamayan, sık sık vajinal enfeksiyon geçiren ve yöntemin kullanımını öğrenemeyecek durumda olan kadınlar için uygun bir yöntem değildir. Vajinal akıntı ve yabancı cisim reaksiyonu görülebilir (128).

g. Erkekler İçin Hormonal Kontraseptifler

Günümüzde hormonal kontrasepsiyon, kondom ve vazektomi gibi konvansiyonel kontraseptif metodlar haricinde olan ve rutin kullanımı için araştırılan yöntemdir. Hormonal kontraseptif metodun etkili, reversible ve iyi tolere edilebilir olması gereklidir (96). Erkekler için geliştirilen hormonal kontraseptiflerin etki mekanizması testesteron hormonunun sperm hücreleri üzerindeki etkisini engelleyerek sperm sayısının azaltma esasına dayanmaktadır (109).

Etkinlik: DSÖ'nün desteklediği ile yapılmış iki farklı çalışmada haftalık uygulanan testosteron enanthate %98 olguda azospermi veya ciddi oligospermi geliştirmiş ve kontraseptif etkinliği yüksek bulunmuştur. Metoda bağlı yetersizlik oranı %6.1 bulunmuştur.

Araştırma aşamasında olan hormonal kontraseptifler için selektif androjen ve progesteron reseptör modölatörlerine yönelik araştırmaların yapılması gerekliliği belirtilmiştir (96).

- **Rahim İçi Araçlar (RİA)**

Hipokrat zamanından beri bilinmelerine karşın, gelişmeleri uzun zaman almıştır (58). Dünyada cerrahi sterilizasyondan sonra en yaygın kullanılan kontraseptif yöntemdir (47). Geçmişte çeşitli biçimlerde ve değişik maddelerden yapılmış RİA'lar kullanılmıştır. Halen dünyada 100 milyondan fazla kadın RİA ile gebelikten korunmaktadır.

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 (46). Dünyanın her yerinde güvenle kullanılan RİA Türkiye'de de 40 yıldır etkili, güvenilir ve kullanışlı bulunduğu için kullanılmakta ve en çok bakırlı RİA tercih edilmektedir (6), ve dünya çapında kullanılan üç tip RİA vardır (112).

1. **İnert (katkısız) RİA'lar:** Polietilen (LippesLoop) ya da paslanmaz çelikten yapılmış Çin Halkası (Mahua Halkası) araçlar. İnert RİA'ların etki düzeyinin düşük olmasından dolayı uluslararası dağıtımdan ve kullanımdan kaldırılarak yerini bakırlı RİA'lara bırakmaktadır (112).
2. **Hormonlu RİA'lar:** Hormonlu RİA'lardan Progesteron içeren Progestasert, 'T' şeklinde olup iskeleti etinilvinil asetat kopolimerden yapılmıştır (112).
3. **Bakırlı RİA'lar:** Kollarında ve gövdesinde bakır bulunur. Salınan bakır iyonları sperm motilitesini azaltır ve spermin kromozomal reaksiyonunu engeller (112).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: RİA'lar ovulasyonu baskılamazlar. Ovarial ve endometrial sikluslar normalde olduğu gibi devam eder. RİA vücut tarafından bir antijen olarak algılanır ve uterusu kuvvetli bir yabancı cisim reaksiyonu oluşturur. Oluşan bu reaksiyon, spermilerin imhasını sağlar. Spermeleri immobilize ederek, vajenden fallop tüplerine

geçişlerini engeller. Endometriumda inflamatuvar reaksiyon oluşturarak implantasyonu önler. Uterus içinde immunolojik bir infertiliteye neden olur (109). Koruyuculuğu %92 ile %98 arasındadır. Bakır miktarı yüksek olan yeni modern RİA'larla (TCU 380 ve Multiload 375) cerrahi sterilizasyona eş istenmeyen gebelik oranları bildirilmiştir (72).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: RİA güvenli ve çok etkilidir. Uzun süre korur. Geri dönüşümlüdür. RİA çıkarıldıktan sonra doğurganlık hemen geri döner. Cinsel ilişkiden bağımsızdır. Emziren kadınlarda kullanılabilir (6). Bir sorun olmadıkça değiştirilmesi veya çıkarılmasına kadar yılda bir kez genel sağlık kontrolü yeterlidir (122). Uygulama ve çıkarılma işlemi sırasında ağrı olabilir. Adet kanamalarında değişiklikler olabilir. CYBH'ye karşı korumaz. Hormonlu RİA'larda progesterona bağlı yan etkiler olabilir. RİA'nın yerinden kayması, atılması, nadir de olsa uterus perforasyonu ve pelvik inflamatuvar hastalık (PİD) riski vardır (122).

- **Kondom (Prezervatif)**

- a. **Erkek Kondomu**

Halk arasında kılıf olarak bilinen kondom çok eski tarihlerden beri gebeliği önleme amacı ile kullanılmaktadır (109). Kayıtlar ilk Kondom kullanımının, kontrasepsiyon amacıyla değil, genital enfeksiyonlardan korunmak amacıyla kullanıldığını ortaya koymaktadır (57,93). Kondom, kontrasepsiyonda çok etkilidir fakat bireylerin her cinsel ilişki sırasında motive olmaları gerekmektedir (93).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Spermlerin vajene geçmesini önleyen kondom mekanik bir bariyer oluşturarak gebeliği önler (1,109). Kondomlar tek kullanımlık olup doğru kullanıldığında %97 oranında koruyuculuk sağlar. Etkinlikleri çiftlerin istek ve becerileri ile doğrudan ilişkilidir (63,85).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: AP'ye erkeklerin katılmasını sağlar, güvenlidir, ucuzdur ve kolay bulunur, erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir, reçete veya tıbbi izlem gerektirmez, Acquired Immune Deficiency Sendromu (AİDS) ve CYBH'ye karşı

koruma sağlar (1,57,130). Cinsel ilişkiye bağımlıdır. Yeterli miktarda kondom bulundurulması önceden planlanmalıdır. Bazı çiftlerde duyarlılığı azaltabilir ve cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir. Lateks materyal yırtılabilir ya da sıyrılabılır. Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanmak gereklidir. Kondom kullanımına bağlı gelişen yan etkiler ve sağlık sorunları ciddi değildir. En önemli yan etkisi lateks alerjisidir (123).

b. Kadın Kondomu

Kadın kondomu, cinsel ilişki sırasında vajene yerleştirilen bir kılıftır (57). İlk kez 1992 yılında Avrupa'da piyasaya sürülen kadın kondomu günümüzde çeşitli bulunmaktadır (123).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Erkek kondomu gibi işlevi vardır, spermlerin uterusu girişini engelleyerek istenmeyen gebelikten korur (88). Kadın kondomu doğru kullanıldığında %95 oranında etkilidir. Spermisit içeren kondomlar daha etkilidir (88,122).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: İstenmeyen gebeliklerden ve CYBH'lerden korunma sağlaması ve kontrolün kadının elinde olması en önemli olumlu yönleridir. Kadın kondomunu ilişkiden saatlerce önce takabilmektedir. Güvenlidir, hormonal yan etkisi yoktur. Reçete ve tıbbi izlem gerektirmez (57,122,130). Olumsuz yönü kadının kondomu takmakta zorlanması olabilir. Bu kondomu kullanmak için kadının kendi anatomisini iyi bilmesi gerekir (115).

- **Diyafram, Servikal Başlık**

Diyafram serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmış bir araçtır. Servikal başlık ise diyaframa oranla daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçüktür (60,72).

Etki mekanizması ve Etkinliği: Sperme karşı fiziksel bir bariyer oluşturma, servikal mukusun vajinal asiditeyi nötralize etmesini engelleyerek spermlerin vajende barınmasını önler (60). Yani servikal başlık ve diyafram vajen ve servikal kanal arasında mekanik bir engeldir (110,122). Daha etkili olması için spermisidlerle birlikte kullanılması önerilir (110,122). Yöntem doğru kullanıldığında istenmeyen gebeliklerden % 94 oranında korunurken,

doğru kullanılmadığında koruyuculuğu % 80'e kadar düşmektedir. Türkiye'de sağlık kurumlarında sunulan AP hizmetleri arasında yer almamaktadır (113,122).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: İstenmeyen gebeliklerin engellenmesi kontrolü kadında olduğu için özgüveni artırır. Kadınlar kendi anatomik yapılarını ve üreme organlarını tanırlar. Herkes yaş sınır olmadan güvenle kullanabilir. Serviks kanserinden ve CYBE'den koruyabilir (63,113). Kadına uygun boyun öğrenilmesi için pelvik muayene gereklidir. Yeni kullanıcılar için yerleştirilmesini ve çıkarılmasını öğrenmek zaman alır. Cinsel ilişki sonrası en az 6 saat yerinde kalması ve yıkanmaması gerekir. Vulva ve vajene dokunulması gerektiği için kadına itici gelebilir. Her uygulama sırasında spermisit kullanılacağı için maliyeti yükselebilir (63,113).

- **Cerrahi Sterilizasyon**

Türkiye'de gönüllü sterilizasyon 18 Aralık 1983 tarihinde yasalaşmıştır. Sterilizasyon ameliyatları, tıbbi sakınca olmaması koşuluyla ve reşit kişinin isteği üzerine yapılmaktadır (123). Gönüllü cerrahi sterilizasyon dünya üzerinde hem erkekler hem de kadınlar arasında yaygın olarak kabul gören AP yöntemlerindedir. Cerrahi sterilizasyon kadında ovumun, erkekte spermin geçtiği kanalların cerrahi bir yöntemle kapatılması işlemidir (109). Kadınlarda tüpligasyonu, erkeklerde vazektomi yöntemidir. Başka çocuk istemeyen ve doğurganlıklarını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerinden biridir (6,109).

Tüpligasyonda Etki Mekanizması ve Etkinliği: Tüpler mekanik olarak kapalı olduğu için sperm ve ovumun birleşmesi önlenmektedir (6). Tüpligasyon %99.6 oranında koruyuculuk sağlar (122).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: İşlem bir kez yapılır, etkisi hemen başlar, korunma sorununu ortadan kaldırır, cinselliği etkilemez (123). Operasyonu izleyen birkaç gün süresince, kanama ve enfeksiyon riski, kesi yerinde ağrı olabilir. Geri dönüşü zor ve pahalıdır. Düşük oranda gebelik olasılığı vardır. CYBH'ye karşı koruma sağlamaz (6,122).

Vazektomi Etki Mekanizması ve Etkinliği: Erkeklerde vaz deferansın bağlanıp kesilmesi sonucu spermlerin ejakulat sıvısına geçişini engelleyerek gebelikten korur (6). Vazektomi koruyuculuğu %99.8 oranındadır. Vazektomi yöntemini seçen çiftlere 20 ejakülasyon boyunca ek bir yöntemle korunması gerektiği mutlaka vurgulanmalıdır (109).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Çok etkili ve güvenilirdir. İleri dönemde ortaya çıkan yan etkisi yoktur. Girişim kısa süreli ve kolaydır. Ekonomiktir (65). Geri dönüşü çok zor ve pahalıdır. Cerrahi girişim gerektirir. İşlem sonrası ödem, hematoma, enfeksiyon gibi yan etkiler olabilir. Koruyuculuk hemen başlamaz. Bu süre içinde ek bir yöntem gerektirir. CYBH'ye karşı korumaz. Düşük bir oranda da olsa gebelik görülebilir (65,122).

2.2.2. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

Geleneksel aile planlaması, eşlerin menstruasyon siklusunun fertil ve infertil dönemlerini, doğal olarak görülen belirtilerle saptayarak, fertil dönemde cinsel ilişkide bulunmamalarını tanımlayan bir deyimdir (47,114). Geleneksel aile planlaması bir kontraseptif yöntem olmayıp, fertil periyodu saptayan bir tekniktir. Gebeliği önleyen, fertil dönemde cinsel ilişkide bulunulmamasıdır. Bu yöntem herhangi bir nedenle diğer mekanik, farmakolojik kontraseptifleri kullanamayanlarca tercih edilebilir. Ancak yöntemlerin başarı şansını artırmak için mutlaka eğitim verilmelidir (62,81).

- **Takvim Yöntemi**

Tarih boyunca çiftler, doğurganlık ve doğal aile planlaması konusunda arayış içine girmişler ve kendilerince birtakım yöntemler geliştirmişlerdir. Bu konuda ilk bilimsel yaklaşım 1928 yılında olmuş ve menstrüal siklusta ovülasyon gününün bilimsel olarak belirlenmesiyle kullanımı artmıştır. Yöntem, fertil günlerde çiftin cinsel ilişkiden kaçınması ve güvenli günlerden yararlanması esasına dayanmaktadır (60). En az 6 ay ile 1 yıl arası gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan doğal bir yöntemdir (124).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Ovulasyon genellikle menstrüal periyottan önceki 14. gündür ama 3 gün önce ve 3 gün sonra olabilir, 11.-17.günler tehlikeli günler olabilir. Normalde yumurta ovülasyondan 14- 24 saat arasında dölleneceği varsayılırsa, spermelerde 24-72 saat canlı kalacağı varsayılır ve uygun günlerde cinsel birliktelik yaşanır (63). Başarısızlık oranları %20'dir. En ufak bir ihmal ya da hatada kolaylıkla gebe kalınabilir. Bu yöntem, çoğu kez plansız gebeliklere neden olduğu için sınırlı bir kullanıma sahiptir (123).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Herhangi bir nedenle diğer mekanik, farmakolojik kontraseptifleri kullanamayanlarca tercih edilebilir (81). Çoğu kadın cinsel perhiz süresinin hesaplanması için gerekli olan önceki, altı menstrüal siklus süresiyle ilgili bilgiden yoksundur. Stres ve hastalık gibi, kadının siklus süresini büyük ölçüde etkileyebilecek faktörler, yapılan hesaplamanın duyarlılığını azaltır. Düzensiz menstrüasyon görenlere, çok genç yaştaki kadınlara, düşük ve doğum sonrasında ve menapoza yakın dönemde olanlara önerilmemektedir (122).

- **Koitus İnterruptus (Geri Çekme)**

İlk kez İbraniler tarafından kullanıldığı, daha sonra Müslümanlar tarafından "azl" adı altında kullanıldığı bilinmektedir. Halk arasında bu yöntemle çekilme, dikkatli olma, dışarı boşalma, erkeğin korunması gibi pek çok isim verilmektedir (93).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakulatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak, menisini vajina dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir. Bu yöntemin etkililiği, erkeğin işbirliği yapma isteği ve ejakülasyonu öngörmedeki başarısından oldukça etkilenmektedir (52). Doğru uygulandığında etkisi % 96 civarındadır. Ancak doğru ve dikkatli kullanılmadığında bu oran % 73'lere kadar düşmektedir (6).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Erkeğin doğurganlığı planlamadaki sorumluluğunu yansıtır (6). İstenmeyen gebeliklerin oluşmasında önemli rolü vardır. CYBH'ye karşı koruyucu değildir (6). Erkeğin otokontrolüne bağlı olması ve ejakülasyon öncesi bir miktar semenin vajinaya kontrolsüz olarak geçebilmesidir (86,110)

- **Emzirme (Laktasyonel Amenore) Yöntemi**

Laktasyonel Amenore yöntemi (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 (31).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Laktasyon, ovulatuvar siklus üzerine etki ederek, kadının ovulasyonu ve adet görmesini baskılayarak gebelikten korunmayı sağlamaktadır (122). Emzirmenin etkili bir AP yöntemi olabilmesi için; annenin adet görmemesi, bebeğin altı aydan küçük olması, sık sık ve ek gıda vermeksizin sadece anne sütü ile beslenmesi (günde 6-10 kez geceleri dahil, her defasında en az dört dakika emzirmeli) gerekmektedir (125). Tam emzirme uygulandığında % 99,5 oranında etkili, doğru kullanılmadığında %98 etkili bir yöntem olduğu kabul edilmektedir (122).

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Meme kanserinden, endometriyum ve over kanserinden korur (114). Kullanımı kolay, ucuz, doğal ve yan etkisi yoktur. Cinsel ilişkiyi etkilemez. Anne ve çocuk sağlığı açısından yararlıdır, emzirmeyi destekler ve çocuğun gelişimini sağlar (6). Kullanım kuralları yerine getirilmezse etkili değildir. CYBH'ye karşı korumamaktadır. Altı aydan sonraki etkisi tam belirlenememiştir (125).

- **Vajinal Lavaj**

Bazı kadınlar, vajinadaki spermleri yıkayıp atma düşüncesi ile cinsel ilişkiden hemen sonra vajinayı su, sabun veya herhangi bir madde ile yıkamanın gebeliği önlediğine inanmaktadırlar. Bu yıkama işlemi etkisizdir ve güvenilir değildir. Spermler birkaç saniye içinde servikal mukusa ulaşabilir. Ayrıca vajinanın yıkanması doğal koruma mekanizmasını bozduğu için enfeksiyonlara zemin hazırlamaktadır (86,110).

- **Spermisitler**

Spermisitler, spermleri rahmin içine girmeden önce inaktif hâle getiren ilaçlardır. Krem, jel, köpük, tablet, fitil şeklinde olabilir (112).

Etki Mekanizması ve Etkinliği: Vajinal spermisidler, sperm hücre membranını tahrip ederek, spermlerin motilitesini azaltan kimyasal ajanlardır. Spermlerin servikse ulaşmadan etkisiz hale getirilmesi için vajina derinine yerleştirilir (86). Spermisidin kolay veya zor kullanılabilirliğine ve çiftin bunu düzenli olarak her ilişkide kullanma motivasyonuna bağlı olarak değişir. Bir yılda başarısızlık oranı köpük suppozituvar için %0.3, köpük için %31 civarındadır (60)

Olumlu ve Olumsuz Yönleri: Hiçbir sistemik etkisi yoktur. Hemen etkilidir. Emziren veya premenopozal dönemde olan kadınlardaki vajinal kuruluğu azaltır. Bazı CYBH'den koruma sağlar. Reçete ve muayene gerektirmez. Antiviral etkilerinden dolayı serviks kanseri riskini azaltır (6,124). Genital organlarda yanma ya da irritasyona neden olabilir. Gebeliği önlemedeki etkinliği her cinsel ilişkide ve doğru kullanılmasına bağlıdır. Etkinliği diğer modern yöntemlerden çok daha azdır. Spermisid kolaylıkla ve ucuz olarak temin edilemeyebilir (122,124).

2.3. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANMA DURUMU

Dünyada nüfus, kalkınma ve doğurganlık arasında kurulan ilişki önce “nüfus planlaması”, ardından “doğum kontrolü” ve “aile planlaması” kavramlarının gelişmesine sebep olmuştur. Bu alanda yapılan çalışmaların kadının statüsü ile ilgili konularla ve kadının genel sağlık sorunları ile ilişkisi, kadın nüfusa odaklanılmasına ve bu kavramlara “Kadın Sağlığı'nın” da eklenmesine yol açmıştır (23).

1994 yılında Kahire'de yapılan uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda nüfus politikalarının ana amacının, bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi olduğu görüşü benimsenmiştir. Konferansta ayrıca kadın ve erkeğin üreme konusunda bilgilendirilmesi ve doğurganlıklarını düzenleyebilme yetkilerinin olduğu görüşü ifade edilmiştir (4).

Literatüre göre dünyada günde 100 milyondan fazla cinsel birleşme olmakta, bunun yaklaşık bir milyonunda gebelik oluşmakta ve meydana gelen gebeliklerin %25'ini planlanmamış, %25'ini ise istenmeyen gebelikler oluşturmaktadır (15,41). Ayrıca 300 milyon çift herhangi bir yöntem kullanmamakta, 120-150 milyon arasındaki evli kadın başka çocuk doğurmamak veya bir sonraki gebeliğini ertelemek istemesine karşın aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır (59).

Dünyada kadın sağlığını geliştirmek ve aile planlaması yöntem kullanımını arttırmak için önemli adımlar atılsa da halen istenilen düzeye ulaşılammıştır. Doğurganlık oranı ile AP yöntem kullanımı arasında paralellik bulunmaktadır. Bu yüzden ülkelerin doğurganlık oranına bakılır. Doğurganlığın en yüksek olduğu ülkeler sırasıyla Nijer, Mali, Burundi, ve Somali, en düşük olduğu ülkeler ise Singapur, Tayvan, ve Güney Kore olduğu belirlenmiştir. Doğurganlık oranı % 3,5'in üzerinde olan 45 ülkeden 41 tanesi Afrika'da bulunmaktadır (32).

Dünyada modern yöntem kullanımı %56.1, gelişmiş ülkelerde %61.2, az gelişmiş ülkelerde %31.4'tür. Tüm dünyada en yaygın kullanılan kontraseptif yöntem, tüp ligasyonu (%18.9) olup bunu RİA (%14.3), oral kontraseptifler (%8.8) ve erkek kondomu (%7.6) izlemektedir (47).

Yapılan çalışmalarda Danimarka'da ve Amerika Birleşik Devletleri'nde düşük eğitim düzeyine sahip olup kentsel bölgede yaşayanlar, kondomu daha çok tercih ettikleri (34,77), Sırbistan'da ise düşük eğitilmiş grupta geri çekme ve kondom kullanım oranlarının aynı olduğu bildirilmiştir. Nis bölgesinde (Sırbistan'ın güneyinde) ve İspanya'da, eğitim düzeyi yükseldikçe istenmeyen gebeliklerden korunma yöntemi kullananların arttığı görülmüştür (90,91). Dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalar da görülüyor ki kontraseptif yöntem kullanımı arasında farklılıklar bulunmaktadır. Kontrasepsiyon kullanımı orta 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. Yöntem kullanımı dünya çapında yavaş yavaş artış göstermekle birlikte, etkin yöntem kullanımının henüz istenilen oranlarda olmadığı gözlenmektedir (89).

Antinatalist politikaların izlenmesiyle birlikte Türkiye 1960'larda nüfus planlaması kavramı ile tanışmıştır. Ardından, nüfus planlamasının bir aracı olarak doğum kontrolü ve aile planlaması kavramlarına kadın sağlığı kavramı da eklenmiştir. Özellikle 1990'lı yıllarda kadın sağlığı ve aile planlamasının kapsamı uluslararası platformlarda gerçekleştirilen konferanslarda alınan kararlar sonucunda dünyada olduğu gibi Türkiye'de de değişmiştir (23). Alınan kararların etkisi ile günümüzde de halen yürürlükte olan 27 Mayıs 1983 tarihli 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile aile planlaması hizmetlerinin kapsamı genişletilmiştir. Bu kanunla aile planlamasının gerekliliğinin halka duyurulması, eğitimi ve hizmetlerin uygulanması gerekliliğine dikkat çekilmiş ve hizmet sunumları aktif olarak başlamıştır (26).

Ülkemiz dünya nüfusu en hızlı artan ülkeler arasındadır. Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı aile planlaması çalışmaları nedeniyle nüfus artış hızının 2010-2025 dönemi için %1.1 olacağı öngörülmüştür (84). Beş yılda bir ülkemizde yapılan Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması (TNSA 2013) verilerine göre aile planlaması için herhangi bir yöntem kullanma

oranı %66.5, modern aile planlaması yöntem kullanma oranı %55.9, geleneksel aile planlaması yöntem kullanımı ise %47.3 olarak belirlenmiştir. Modern yöntemler içerisinde en fazla erkek kondomu daha sonra RİA ve bunu takip eden oral kontraseptif yöntemlerdir. Tüpligasyon ve enjeksiyon kullanımının daha az olduğu belirlenmiştir. Geleneksel yöntemler içerisinde ise geri çekme yöntemi ilk sırada ve takvim yöntemi ikinci sırada yer almaktadır (49).



2.4. AİLE PLANLAMASI YÖNTEM KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Aile planlaması programlarının bir toplumda başarılı olarak planlaması, yürütülebilmesi ve dilenen düzeyde sonuçlara ulaşabilmesi için pek çok faktörün göz önüne alınması gerekmektedir (7). 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 toplumun; toplum yapısı (değerler, inançlar, dil ve koşullar), ailenin yapısı (toplum içindeki sosyal ve ekonomik durumu), kadının toplum ve aile içindeki statüsü, kocanın toplum ve aile içindeki statüsü, çocuğun toplum ve aile içindeki değeri, evlilik özellikleri (ilk evlilik, eşler arasındaki yaş farkı, sevgi saygı ve sorumluluk), kadının doğurganlığa ilişkin tutum ve davranışı (çocuk sayısı, cinsiyet tercihi, aile planlaması), kocanın doğurganlığa ilişkin tutum ve davranışı (çocuk sayısı cinsiyet tercihi, aile planlaması) bilinmeli eğitim çerçevesi buna göre belirlenmelidir (112).

AP yöntem kullanım tutumunu bireysel/toplumsal özelliklerin yanında, yasalar, hükümetin aile planlaması politikaları, programları gibi sağlık hizmeti sunum şeklini belirleyen faktörlerde etkilemektedir (39). İzlener politikaların yanı sıra yetkililerin sağlık hizmeti ve aile planlama (AP) yöntem sunumunda, sağlık personelinin yeterli ve dengeli dağılımını sağlamak, sağlık personelinin bilgi ve beceri düzeyinin istenilen düzeyde olup olmadığını belirlemeli, aile planlaması hizmeti veren kuruluşa kolay ulaşım sağlanmalı, araç gereç yeterliliği ve teknolojik olarak uygunluk ve yöntemin başarı/başarısızlık derecesi belirlenmeli ve verilen hizmetin denetlenmesini sağlamalıdır (112). Ancak bu şekilde AP yöntem kullanımını etkileyen olumsuz faktörler ortadan kaldırıp ve istenilen düzeye ulaştırılabilir.

AP yöntem kullanımını etkileyen faktörlerle ilgili yapılan literatür taramalarında; okur-yazar olan kadınların modern yöntem kullanımının üniversite ve üzeri eğitim alanlara göre daha fazla olduğu dikkat çekmiş ve ilk evlilik yaşının artması ile modern yöntem kullanımının giderek azaldığı, geleneksel yöntem kullanımının arttığı, kadının 35 yaş ve üzeri olması, evlilik sürelerinin ve gebelik sayılarının artması ile etkili bir aile planlama yöntem kullanım tercihlerinin arttığı belirlenmiştir (97). Benzer çalışmalarda, çekirdek ailede yaşayanların, yaşayan çocuk ve düşük sayısı az olanların, yönteme kendisi ve eşi birlikte karar verenlerin, aile planlama yöntem kullanımına olumlu olduğu ancak istendik düzeyde olmadığı; herhangi bir etkili aile planlama yöntem kullanımını, eşlerinin yöntem kullanılmasını istememeleri, sağlığına zararlı olma düşüncesi, gebelik planlamaları ve çocuk emzirmeleri, yönteminin yan ve istenmeyen etkileri, eşin istememesi, infertiliteye neden olma korkusunun etkilediği belirlenmiştir (44,59,97).

2.5. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLİĞİ DURUMU

Tarım, toprağı ve tohumu kullanarak, bitkisel ve hayvansal ürünler üretmek ve bu ürünlerden daha değerli mamüller elde etmek için yapılan ekonomik bir faaliyettir (108). Dünya çapında 1,3 milyar işçinin tarım alanında çalıştığı tahmin edilmektedir. Bu toplam, dünya işgücünün yarısını temsil etmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından, dünyada %35 ile tarımın 2. istihdam alanı olduğu, bu oranın bölgesel dağılımı incelendiğinde Sub_Saharan Afrika'da %59, Güney Asya %53.5, Güneydoğu Asya ve Pasifik'de %44.3, Doğu Asya'da %36.9, Latin Amerika'da %16.3, gelişmiş ekonomiler ve Avrupa Birliği ülkelerinde %3.7'dir. Kadınlar dünya tarım işgücünün neredeyse yarısını oluşturmaktadır (54).

Türkiye'de tarım sektörünün istihdam içindeki payı TÜİK Hanehalkı İşgücü İstatistikleri Ağustos 2014'e göre %22.1'dir (5 milyon 815 bin kişi). Bu sayının yarısının mevsimlik tarım işçilerinden oluştuğu tahmin edilmektedir (27).

Mevsimlik tarım işçisi, kendisinin ya da başkasının tarım alanında ekim, yetiştirme, ilaçlama, hasat gibi tarımsal üretimin herhangi bir aşamasında çalışan, ücretli/yevmiyeli veya aynı ödeme karşılığı, sözleşmeyle veya sözleşme olmaksızın, o ülkenin vatandaşı ya da göçmen olup sürekli ya da gezici mevsimlik çalışan kişidir (53). Mevsimlik tarım işçileri Amerika Birleşik Devletleri (ABD Nüfus Dairesi tarafından) bir ülkeden bir başka ülkeye tarımda çalışmak için göç edenler, aynı ülke içinde tam zamanlı ya da yarı zamanlı çalışmak için yer değiştirenler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (29).

Gelişmiş ülkelerde tarımsal üretimin sürdürülmesinde istihdam edilenlerin çoğunluğunu mevsimlik tarım işçileri oluşturmaktadır. Avrupa'da, yaklaşık 500.000'i Avrupa dışından gelen 4.5 milyon tarım işçisi istihdam edildiği, bu sayının Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaklaşık 2.5 milyon olduğu bildirilmekte ve ABD'de tarımda istihdam edilenlerin %50'sinden fazlasının diğer ülkelerden göç ettiği bildirilmektedir (53,83). Yapılan araştırmalar toplumların yaşam biçimi ve çalışma koşullarının sağlık düzeyini belirleyen en önemli faktörler olduğunu göstermektedir (18). Tarımsal üretimin yaygın olduğu ülkelerde, kaza, yaralanma, hastalık ve erken ölümler açısından kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve mevsimlik tarım işçileri özel risk grubu olarak tanımlanmıştır. MTİ dünyada, yaşam koşullarının ve barınma koşullarının uygunsuzluğu, yetersiz dengesiz beslenme, kaza ve yaralanmalar, üreme sağlığı sorunları, pestisit etkilenimi, aşırı sıcak ve soğuk, hizmete erişememe nedeniyle erken ölümler ve hastalıkların yüksek olduğu bir grup olarak ele alınmaktadır (104).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde, Türkiye'de 3 ay ve üzerinde çalışan mevsimlik gezici nüfusun önemli kısmı Şanlıurfa, Adıyaman, Diyarbakır, Mardin illeri başta olmak üzere Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ikamet etmektedir. Ülkemizde Nisan-Kasım ayları tarım işçiliğinin en yaygın olduğu aylardır. Her beş aileden yaklaşık dördü çalışmaya tüm aile üyeleriyle birlikte gittiklerini belirtmişlerdir (50). Tarım işçileri genellikle, çeşitli yörelerde farklı isimler alan iş aracıları vasıtası ile iş bulmaktadır. Bunun karşılığında iş aracıları (çavuş, dayıbaşı, elçi) işçi ve işveren den belli bir ücret almaktadır. Yılın belli aylarında iş bulup çalışabilen mevsimlik tarım işçileri, yılın diğer aylarında ya işsiz kalmakta, ya da kentsel alanlarda düşük ücretli, niteliksiz işler aramaktadırlar (127). Mevsimlik Tarım İşçilerinin ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması sonucuna göre bir yıl içinde işçilerin 48 farklı ilde çalıştıkları saptanmıştır (104). Mevsimlik tarım işçileri, Doğu ve Güneydoğu Anadolu ile Orta Anadolu bölgelerinden pamuk, fındık, çay, tütün, üzüm, havuç ve şekerpancarı tarımının yoğun olarak yapıldığı bölgelere söz konusu ürünlerin çapa, sulama ve hasat zamanlarında aileleri ile birlikte göçmektedir (82). Mevcut veriler, Dünyada ki tarım işçilerinin dağılımı ile yoksulluk insidansının orantılı olduğunu gösterir. Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 1,1 milyar insan yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. Bu insanların %60'ını ise tarım işçileri oluşturmaktadır. Kırsal alanlarda yoksulluk şiddeti ve insidansı daha yüksektir. Bu durum kırsal kesimde çoğunluğu oluşturan tarım işçileri ve küçük çiftçilerden kaynaklanmaktadır. Birçok ülkede tarım işçileri ücretsiz aile işçisi durumundadır

(55). TÜİK 2012 araştırmasına göre, tarım işçilerinin %23.3'ü ve ücretsiz aile işçilerinin ise %29.6'sı yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır (37).

Sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel faktörler çiftçilerin ve tarım işçilerinin sağlık ve yaşam koşullarını etkilemektedir (55). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de MTİ için yeterli düzeyde temiz ve güvenli barınma koşulları öncelikli sorundur. Türkiye'de mevsimlik tarım işçilerinin barınma koşulları incelendiğinde, tarla başlarında ya da köylere yakın yerlerde çoğunlukla bez ya da naylon çadır ya da biriket şeklinde yapılmış, korunaksız, uygun tuvalet, banyo, temiz içme-kullanma suyundan yoksun alanlarda yaşadıkları saptanmıştır (104).

Birleşmiş Milletler'in (BM) 2008 verisine göre; dünya nüfusunun % 39'u (2.6 milyar) temel sanitasyondan uzak yaşamakta, %17'si açık alanlara dışkılamakta, % 25'i alt yapı yetersizliği nedeniyle sağlıklı su kullanmaktadır. Bu grup içinde mevsimlik işçiler önemli yer tutmaktadır (104). Toplum sağlığı açısından tarımsal mücadelede kullanılan kimyasallar (pestisitler) önemli risk faktörüdür. Bunlar, vücuda ağız, deri veya solunum yoluyla girmektedir. Pestisitlerin insanlar üzerindeki etkileri anne karnında başlamakta, plasentadan fetüse geçmekte, bunun sonucunda düşükler, anomalili doğumlar bildirilmektedir (35).

Isı, nem ve uzun saatler sıcak altında çalışmak bitkinlik ve felç gibi sorunlara neden olabilir. Ayrıca, organik toz maruziyeti astım, aşırı duyarlılık, pnömoni ve diğer solunum problemleri ile bağlantılıdır. Mevsimlik tarım işçisi ailelerin hareketliliği ve tıbbi kayıt eksikliği nedeni ile çok sayıda sağlık sorunları vardır (20). Düşük sosyo-ekonomik durum ve sağlık hizmetlerine yetersiz erişim de MTİ'lerin mevcut sağlık sorunlarına katkıda bulunur (56).

Mevsimlik tarım işçilerinde tekrarlayıcı fiziksel hareketler, stres, tekrarlayıcı ve şiddetli aktiviteler, uzun süreli çalışma, düşük-yüksek sıcaklık, ağır kaldırma, kafa üstünde, omuzda ya da sırtta yük taşıma nedeniyle kas iskelet sistemi ağrı ve yaralanmaları en sık görülen sağlık sorunlarından biridir (14).

Tarımda, kimyasal ve ergonomik riskler, pestisit uygulanması ve maruziyeti önemli tehlikeler oluşturmaktadır. Bu nedenle MTİ kadınlarda menstrüel siklus sorunları düşükler, ölü doğumlar ve gebeliğe bağlı sağlık sorunları tarım işçisi olmayan kadınlara oranla daha fazla görülür (70,105). Pestisite maruziyet kadınlarda spontan düşüklere neden olmaktadır. Ayrıca tarımda kullanılan kimyasallara bağlı kısırılık, adet düzensizliği, düşük doğum ağırlığı, gelişme geriliği ve doğumsal anomalilerde bildirilmektedir (74).

2.5.1 Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve Etkileyen Faktörler

Doğurganlık özellikleri kadın sağlığını etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. Doğurganlık hızının yüksek olması beraberinde riskli gebelik ve doğumları getirmekte, dolayısıyla anne-bebek ölüm risklerini artırmaktadır. Aile Planlaması, 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 (44).

Türkiye için doğum istatistikleri verilerine bakıldığında; kaba doğum hızı binde 17.3, toplam doğurganlık hızı yani bir kadının doğurganlık döneminin sonuna geldiğinde sahip olduğu ortalama çocuk sayısı 2.17'dir. Şanlıurfa'da kaba doğum hızı binde 34.2, toplam doğurganlık hızının 4.52 olduğu belirlenmiştir (121). MTİ kadınların doğurganlık özelliğine bakıldığı zaman ise; kaba doğum hızı binde 39.5, toplam doğurganlık hızı 4.94 ve bir kadının doğurganlık döneminin sonuna geldiğinde sahip olduğu çocuk sayısı 6.36'dır. Ayrıca MTİ kadınların 1 ile 16 arasında gebelik yaşadıkları, %22.4'ünün çoğunluğu geleneksel yöntem olmak üzere aile planlaması yöntemi kullandığı, %44.4'ünün en az bir kez düşük yaptığı ve %30.3'ünün en az 1 kez ölü doğum yaptığı bulguları araştırmalar sonucunda elde edilmiştir (106,68). Bu sonuçlar mevsimlik tarım işçisi ailelerin doğurganlık düzeyinin Türkiye ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ne göre oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

MTİ kadınların, sosyal yapıları, ekonomik yetersizlikleri, eğitim eksikliği, geleneksellik ve dini inanışları, aile içi şiddet ve toplumsal baskıdan dolayı fizyolojik gelişimlerini henüz tamamlamadan evliliğe erken yaşta adım atmakta ve düzenlenmemiş doğurganlık ile önemli sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır (94,103). Çünkü aile planlaması yöntem kullanımı hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları ve kullanmamaları nedeniyle evliliklerinin ilk yılı içinde gebe kalmakta, iyi bir gelin ve anne olma rolü ağır gelebilmektedir (97). Ayrıca MTİ kadınların tarladaki çevre ve yaşam koşulları AP kullanma durumunu ve yöntem tercihini etkileyebilir. Çünkü tarlada çalışan kadınların sağlık hizmetine ihtiyaçları fazla iken; kentsel alanların dışında tarlalarda yaşamaları, sık yer değiştirmeleri, çadırlarda kalabalık ailelerin bir arada yaşamaları ve çoğunun sağlık güvencesinin olmayışı, sağlıklarını koruma bilgilerinin bulunmayışı, yaşadıkları toplumun dayatmalarına maruz kalan, erken yaşta evlendirilen, korunmasız ilişkiye giren, iki yıldan kısa aralıklarla ve çok sayıda gebelikler gerçekleştiren, çoğunun aile sağlık merkezlerine kayıtlı olmamaları ve çocuk sayısına kendileri karar verememeleri nedeni ile ihmal ve istismar edilen mevsimlik tarım işçisi kadınların AP hizmetlerinden yeterince yararlanamamakta ve uygun AP yöntemini kullanamamaktadır (68,104,106).

Oysa AP hizmetleri, kadın sağlığını yükselten ve kadın statüsünün olumlu yönde ilerlemesine katkı sağlayan önemli hizmetlerdendir. Sağlık politikaları uygulamasına ve ana-çocuk sağlığı verilerine bakıldığında, diğer sağlık hizmetleri gibi AP hizmetlerinin de önemsenmesi gerektiği açığa çıkmaktadır (38).

2.6. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNDE HEMŞİRENİN ROL VE SORUMLULUKLARI

Bir toplumun doğurgan yaştaki kadın, erkek her bireyinin AP danışmanlık hizmetlerinden yararlanmaya aday oldukları ve toplumdaki herkesin, AP konusunda bilgi edinme ve bunları uygulayıp uygulamama hakkı bulunmaktadır (45). Bu yüzden toplumun ihtiyaç ve isteklerine cevap verebilmek ve etkili danışmanlık hizmetleri sunmak gerekir. Sunulacak olan AP hizmeti, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de büyük ölçüde birinci basamakta, hekim, hemşire, eğitmen veya bu konuda eğitilmiş başka bir sağlık görevlisi tarafından yürütülmektedir (30,85).

Kişi/kişiler ile daha uzun süre iletişime geçtiği için aile planlaması danışmanlığında ebe ve hemşireler aktif rol almaktadır. Hemşireler, özel bilgi ve becerileri ile hasta ya da sağlıklı bireyin eğitiminde, sorunların çözümünde ve aile planlaması çalışmalarında danışmanlık hizmeti sunmaktadırlar. Risk altındaki grup olan 15-49 yaş fertil kadınların sağlığını korumak, bebek ölüm hızını azaltmak ve aile planlaması hizmetlerinin etkinliğini arttırmak, danışmanlık, motivasyon, izlem, rehberlik ve eğitim vermek hemşirenin rol ve sorumlulukları arasındadır (112).

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. Ayrıca kişilerin verdikleri yanıtları etkileyebilecek sosyal, dini ve kültürel etmenlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (75).

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 (98). Çünkü aile planlaması hizmetleri ve yöntem seçimini etkileyen en önemli faktör yeterli ve etkili danışmanlık hizmeti almaktır. Aktif aile planlaması danışmanlığı, üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesini ve modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımını attırmaktadır. Danışmanlık aile planlamasında yöntem seçimini etkilediği kadar yöntemlerin kabul edilebilirliğini, devamlılığını sağlama ve memnuniyeti arttırmada en önemli etkidir (98,115,119).

Aile planlama yöntem hizmeti sunan kişi/kişiler kullanım devamlılığını ve memnuniyetini sağlamak için yönteme özel danışmanlığın yanı sıra izlem danışmanlığı da yapmalıdır. İzlem danışmanlığı ile kişilerin, yöntemden memnun olup olmadığı, yöntemi kullanmaya devam edip etmediği, yöntemi doğru uygulayıp uygulamadığı belirlenir. Aynı zamanda yöntem konusunda güven vermek ve olası küçük yan etkileri tedavi etmek amacıyla da izlem danışmanlığı yapılır. Çünkü izlem hizmetin sürekliliğinin ve başarısının sağlanmasında çok önemlidir (112,114).

Bakanlar Kurulu kararıyla 24.5.1983 tarihinde yürürlüğe giren 2827 sayılı nüfus planlaması hakkında kanunu ile aile planlaması hizmetleri işlerlik kazanmıştır. Bu yasaya göre sağlık bakanlığı tarafında yürütülen kursları tamamlayan ebe ve hemşirelerin görev tanımı, yetki ve sorumlulukları şöyle sıralanmıştır:

- Tek tek veya gurup eğitimi yoluyla her yerde ve her yastaki kişilere eğitim vermek,
- Topluma aile planlaması eğitimi vermek,
- Yöntemleri açıklamak ve kişinin kendisi için en uygun olan yöntemi seçmesine yardım etmek,
- Hap kullanacaklarda uygun vakayı seçmek, kullananları yan etkiler açısından izlemek,
- Pelvik muayene yapmak, uygun vakalara RİA uygulamak,
- RİA kullananların belli aralıklarla kontrolünü yapmak,
- Pelvik muayene ve izlemlerde patolojik vakaları yetkili hekime göndermek,
- Kondom dağıtmak, kondom ve spermisitlerin doğru kullanılması için halkı eğitmek,

- Çalıştığı kurumda gerekli araç, gereç, ilaç ve tıbbi malzemeyi kullanmaya hazır bulundurmak,
- Yürüttüğü aile planlaması hizmetleri ile ilgili bilgileri toplamak, kaydetmek ve zamanında yetkililere ulaştırmaktır (115,126).

Hemşire eğitim verirken toplumdaki ideal aile imajını, arzularını, toplumun sağlık durumunu, toplumun gereksinimini, doğurganlık ve doğum aralığını, toplum içindeki iletişim problemlerini, kadınların yaş dönem özelliklerini, risk faktörlerini ve cinsiyet özellikleri nedeniyle sağlık durumlarını etkileyen diğer faktörleri (eğitim, çalışma durumu, ekonomik durumu, statüsünü v.s) göz önünde bulundurarak planlamalı, izlemeli ve bu doğrultuda uygulamalarını yapmalıdır (115,126). Çünkü aile planlamasının amacı yalnız ana ve çocuk sağlığı düzeyini artırmak ve doğum kontrolünü sağlamak değil, aynı zamanda yaşam kalitesini artırma, kadının ve ailenin sosyo-ekonomik statüsünü yükseltmeyi de amaç edinmektedir (115).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih

Araştırmanın verileri Şubat 2015 tarihinde toplanmış olup, araştırma Şubat – Temmuz 2015 tarihleri arasında Şanlıurfa İl Merkezi'nde yürütülmüştür.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem seçimi

Araştırma alanının seçiminde belirleyici olan unsurlar; Şanlıurfa ilinde tarımsal ağırlıklı bir ekonomik ve işgücü yapısının olması, kadınların tarımsal üretimde aktif bir şekilde yer alması ve mevsimlik tarım işçisi göçünün yoğun olmasıdır.

Şanlıurfa İl Merkezi'nde muhtar bildirimlerine göre mevsimlik tarım işçilerinin yoğun yaşadığı 32 mahallede 112705 tarım işçisinin olduğu bildirilmektedir. Ayrıca bu mahallelerden 13 tanesinde (Hacı Bayram, Selçuklu, Osmanlı, Hayati Harrani, Muradiye, Onikiler, Sırrın, Yakubiye, Topdağı, Tepe, Türkmeydanı, Kamberiye, Kendirci) yaşayanların %50'sinden fazlasının (74980 kişi) mevsimlik tarım işçisi olduğu da bildirilmektedir (103). Tarım işçilerinin yoğun yaşadığı bu mahallelerdeki 15-49 yaş arası MTİ olarak çalışan evli kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örnek seçiminde DSÖ'nün 30 küme örneklem tekniği kullanılmış ve her kümede 10 kişiye, toplamda ise 300 kişiye ulaşılmıştır. Kümeler için başlangıç noktası olarak tüm kent merkezindeki sokaklardan 30'u basit rastgele yöntemle seçilmiştir. Seçilen sokaklarda, sağ taraftan ve üçüncü evden itibaren hep sağdan devam edilerek küme tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Etik Boyutu

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

3.5. Verilerin Toplanması ve Araçlar

Veriler araştırmacı tarafından literatür (44,78,104,105,106) taranarak oluşturulan Veri Toplama Formu aracılığı ile Şubat 2015'de Şanlıurfa İl Merkezi'nde tarım işçilerinin yoğun yaşadığı mahallelerde, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Her hanede evli bir kadınla görüşülmüş olup, birden fazla kadın varlığında kish yöntemi uygulanmıştır. Bu metod rastgele seçim yöntemine dayanmaktadır. 8 adet Kish tablosu sırası ile seçilen kadınlara uygulanmaktadır. Tablolarda, kriterlere uygun kişi sayısı ve yanında da kaçınıcı kişinin seçileceğini belirten iki sütun bulunmaktadır. Bireylerin yaşı büyükten küçüğe doğru sıralanarak seçilmiştir (66). Görüşmeler sırasında her görüşmeciye ortalama 30 dakika zaman ayrılmıştır.

MTİ'si kadınlara yönelik verileri toplamak amacıyla hazırlanan veri toplama formu, 3 ana bölümden ve 39 sorudan oluşturulmuştur. Birinci bölümde, mevsimlik tarım işçisi kadını tanımlayıcı bilgilere yer verilmiştir. İkinci bölümde mevsimlik tarım işçisi kadınların doğurganlık özelliklerini belirlemeye yönelik sorulara yer verilmiştir. Üçüncü bölümde ise mevsimlik tarım işçisi kadınların gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili özelliklerine yer verilmiştir (EK II).

3.6. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarının eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi, uygulama planının belirlenmesi amacıyla 01.02.2015 - 07.02.2015 tarihleri arasında Şanlıurfa İli Sırrın Mahallesiinde yaşayan ve bu tarihte evlerinde olan 30 MTİ kadın ile araştırmanın ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmayı reddeden olmamıştır ve uygulama

sonunda, 39 sorudan oluşan veri toplama formun uygulanabilir ve anlaşılabilir olduğuna karar verilmiştir.

3.7. Araştırmanın Bağımlı – Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni herhangi bir modern aile planlaması yöntemi kullanma durumlarıdır.

Araştırmada bağımsız değişkenler ise sosyo-demografik özellikler (yaş, eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, eşin mesleği, evde en çok kullanılan dil, ekonomik durum, sağlık güvencesi), doğurganlık özellikleri (evlilik yaşı, evlilik süresi, ilk gebelik yaşı, son gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, çocuk sayısına karar veren kişi, cinsiyet tercihindan dolayı doğum yapma, düşük, ölü doğum yapma, son iki gebelik arası süre, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmeti alma, doğumları gerçekleştiren kişi ve doğumların gerçekleştiği yer; gebeliği önletici yöntem bilme, bilgi alma ve kullanma, yöntem karar veren kişi ve kullanılan süre, kullanılan yöntem tercih nedeni ve yöntem kullanmama nedeni) tarlaya ilişkin özelliklerdir (tarım işçiliği süresi, tarlada çalışma ay, tarlada kalınan yer, tarlaya gidilen dönemde gebeliği önleyici yöntem tercihi değişme durumu ve nedenleri, tarlaya gitmeden önce kullanılan yöntem ve tarlada çalışırken kullanılan yöntem).

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 analizler ki-kare ve MVU testi, çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Lojistik regresyon analizi backward stepwise yöntemi ile yapılmıştır. Tarlaya gitmeden önce kullanılan gebeliği önleyici yöntemlerle tarlada çalışırken kullanılanlar arasındaki tutarlılığı ölçmek için kappa tutarlılık testi yapılmıştır. Tek değişkenli ve çok değişkenli analizler için gebe olanlar ve

gebe kalmak isteyenler dışarıda tutularak bağımlı değişken, modern yöntem kullananlar ve kullanmayanlar olarak kategorize edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Nisan-Eylül ayları tarım işçiliğinin en yaygın olduğu aylardır. Ancak yılın her ayında tarım işçiliği yapılmaktadır. Her beş aileden yaklaşık dördünün ise çalışmaya tüm aile üyeleriyle birlikte gittiği bilinmektedir (104). Bu nedenle araştırmanın veri toplanması Şubat 2015 tarihinde yapılmıştır.

Veriler araştırmaya katılan kadınların beyanlarına göre toplanmıştır. Bölgede Türkçe dışında yaygın olarak Kürtçe ve Arapça dilleri kullanılmaktadır. Araştırmaya katılan ve Türkçe bilmeyen kadınlardan Kürtçe bilenlerle araştırmacı kendisi görüşmüş, ancak Arapça bilenlerle tercüman yardımıyla görüşülmüştür.

4. BULGULAR

4.1. Kadınları Tanımlayıcı Özellikleri

MTİ kadınların bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1.1'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde kadınların %0.7'sinin 18 yaş ve altı, %53'ü 35 yaş ve üstü olduğu, %9.3'nün Türkçe bilmediği, %47'sinin okur yazar olmadığı ancak %18.7'sinin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların eş eğitim düzeylerine bakıldığında; %20'sinin okur yazar olmadığı ancak %30.3'ünün ilkokul ve üzeri düzeyde eğitim aldığı belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin %35.3'ü mevsimlik tarım işçiliğine ek olarak ek işler yapmaktadır. Kadınların %35.7'si evde en çok kullandıkları dil olarak Türkçeyi ifade etmişlerdir. Kadınların %60'ı ekonomik durumunu kötü olarak değerlendirmiş ve %8.7'sinin sağlık güvencesinin olmadığı, %55.3'nün de sağlık güvencesi olarak yeşil kartlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %49.3'ü 7 aydan uzun süre tarlada kalmakta ve %33.7'si 10-20 yıl arası mevsimlik tarım işçiliği yapmaktadır.

Tablo 4.1.1. Kadınları Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
18 ve altı	2	0.7
19-34	139	46.3
35 ve üzeri	159	53.0

Tablo 4.1.1. (Devam) Kadınları Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Eğitim Düzeyi		
Türkçe Bilmiyor	28	9.3
Okur-Yazar Değil	141	47.0
Okur-Yazar	75	25.0
İlköğretim	56	18.7
Eş Eğitim Düzeyi		
Okur-Yazar Değil	60	20.0
Okur-Yazar	149	49.7
İlköğretim	87	29.0
Ortaöğretim	4	1.3
Eşin Ek İş Yapma Durumu		
Yapıyor	200	66.7
Yapmıyor	100	33.3
Evde En Çok Kullanılan Dil		
Türkçe	107	35.7
Kürtçe	99	33.0
Arapça	94	31.3
Ekonomik Durumu		
Kötü	180	60.0
Orta	120	40.0
Sağlık Güvencesi		
Sağlık Güvencesi Yok	26	8.7
Yeşil Kart	166	55.3
Bağ-Kur	40	13.3
SSK	68	22.7
MTİ Yapma Süresi		
1 ile 10 yıl arası	75	25.0
10 ile 20 yıl arası	101	33.7
20 ile 30 yıl arası	99	33.0
30 ile 40 yıl arası	25	8.3
En Son Tarlada Kalınan Süre		
6 ay ve altı	152	50.7
7 ay ve üstü	148	49.3
Toplam	300	100

Tablo 4.1.2’de kadınların evlilik ve doğurganlık özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde kadınların %79’unun 18 ve altı yaşlarda evlendikleri, %77’sinin ilk gebeliğin 18 ve altı yaşlarda, %42.7’sinin son gebeliğini 35 ve üstü yaşlarda gerçekleştirdiği belirlenmiştir. Kadınların %67.7’si 5 ve üzeri gebelik geçirmiş, çocuk sayısına karar vermede %49.3’ü eşi ile birlikte karar verdiğini belirtmiştir. Kadınların %34.7’sinin cinsiyet tercihinden dolayı doğum yaptığı, %51’inin 4 ve altı çocuk istediği saptanmıştır. Son iki gebeliklerinin arasındaki süreye bakıldığında, %71’inin 2 yıl ve altı, %53.3’nün son gebeliğini planlı gerçekleştirmediği ve %28.3’ünün doğum öncesi ve sonrası herhangi bir bakım hizmeti almadığı belirlenmiştir. Kadınların doğurganlık özellikleri incelendiğinde, %47.7’sinin düşük , %9.3’ünün ölü doğum yaptığı belirlenmiştir. Kadınlar doğumların, %65.4’ünü Devlet/fakülte Hastanesinde,%56.5’ini evde, %22.6’sını tarlada gerçekleştirdiği ve %72.1’ini sağlık personeli %56.5’ini ara ebesi, %22.6’sını tarlada birlikte çalıştıkları kadınların doğumu gerçekleştirdiği saptanmıştır.

Tablo 4.1.2. Kadınların Evlilik ve Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı

Özellikleri	Sayı	%
Evlilik Yaşı		
18 ve altı	237	79.0
19 ve üstü	63	21.0
İlk Gebelik Yaşı		
18 ve altı	231	77.0
19 ve üstü	69	23.0
Son Gebelik Yaşı		
34 ve altı	172	57.3
35 ve üstü	128	42.7
Toplam Gebelik Sayısı		
4 ve altı	100	33.3
5 ve üstü	200	67.7
Çocuk Sayısına Karar Veren Kişi		
Kendi	1	0.3
Eşi	101	33.7
Kendi ve eşi	147	49.0
Aile büyükleri ve eşi	31	10.3
Aile Büyükleri	20	6.7

Tablo 4.1.2. (Devam) Kadınların Evlilik ve Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet Tercihinden Dolayı Doğum Yapma		
Evet	104	34.7
Hayır	196	65.3
Normal Şartlarda Sahip Olmak İstenen Çocuk Sayısı		
4 ve altı	153	51.0
5 ve üstü	147	49.0
Son Gebeliğin Planlı Olma Durumu		
Evet	160	53.3
Hayır	140	46.7
Son İki Gebelik Arası Süre		
2 yıl ve altı	213	71.0
3 yıl ve üstü	87	29.0
Düşük		
Evet	143	47.7
Hayır	156	52.0
Ölü Doğum		
Evet	28	9.3
Hayır	272	90.7
Gebeliğin İsteyerek Sonlandırılması		
Evet	2	0.7
Hayır	298	99.3
Doğum Öncesi/Sonrası Bakım Hizmeti Alma		
Evet	215	71.7
Hayır	85	28.3
Doğumların Gerçekleştiği Yer*		
Devlet/Fakülte Hastanesi	197	65.4
Özel Hastane	21	7.0
Ev	170	56.5
Tarla	68	22.6
Doğumları Gerçekleştiren Kişi*		
Sağlık Personeli	217	72.1
Ara Mahalle Ebesi	170	56.5
Tarlada Çalışan Kadınlar	68	22.6
TOPLAM	300	100

* İşaretili sorulara katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Tablo 4.1.3’de MTİ’si kadınların gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Tabloya göre MTİ yapan kadınların, %95.7’sinin gebeliği önleyici modern yöntem bildiği ve bilinen yöntemler içerisinde ilk sırada RİA (%89.7), ikinci sırada kondom (%85.4) ve daha sonra OKS (%65.4), tübligasyon (%35.5) ve enjeksiyon (%33.2) olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada kadınların, %68.1’inin modern yöntem kullandığı ve kullanılan modern yöntemler içerisinde de en fazla RİA’ya (%29) başvurdukları belirlenirken, %17.0’ının geleneksel yöntem tercih ettikleri ve %10.7’sinin geri çekme yöntemine başvurdukları belirlenmiştir. Kadınların %93.7’si yöntemle ilgili bilgi aldığını ve bilgiyi aldıkları kişilerin hemşire/ebe (%45.8) olduğunu, kullandıkları gebeliği önleyici yönteme karar veren kişinin kendisi (%56.1) ve eşi (%35.5) olduğunu ifade etmişlerdir. MTİ’liği yapan kadınların kullandıkları yöntemi seçme nedenleri incelendiğinde, koruyuculuğunun yüksek olması (%41.7), eşin isteği (%10.3), genel sağlık durumları (%9) ve diğer yöntemlere göre kullanımının kolay olması (%6) olduğu belirlenmiştir. Kadınların yöntem kullanmama nedenleri incelendiğinde ise, şu anda gebe olması (%7.3), gebe kalmak istemesi (%7.3), eşinin yöntemleri güvenilir bulmaması (%7.3) ve gebeliği önleyici yöntemle ilgili hiç bilgisinin olmaması (%2) olduğu saptanmıştır. Kadınların %33.3’ü aile sağlığı merkezlerinden, %33.0’ı Devlet/Fakülte hastanelerinden kullanılan modern yöntemleri temin ettikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.1.3. Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemlere İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Modern Yöntem Bilme Durumu		
Evet	287	95.7
Hayır	13	4.3
Bilinen Modern Yöntemler*		
RİA	277	89.7
Kondom	266	85.4
OKS	206	65.4
Tübligasyon	109	35.5
Enjeksiyon	102	33.2

Tablo 4.1.3. (Devam) Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemlere İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Halen Yöntem Kullanma Durumu		
Modern Yöntem	205	68.1
RIA	87	29.0
Kondom	61	20.3
OKS	27	9.0
Tübligasyon	18	6.0
Enjeksiyon	12	4.0
Geleneksel Yöntem	51	17.0
Geri çekme	32	10.7
Emzirme	19	6.3
Yöntem Kullanmama	44	14.7
Şuanda Gebe	22	7.3
Gebe Kalmak İstiyor	22	7.3
Yöntemle İlgili Bilgi Alma Durumu		
Evet	281	93.7
Hayır	19	6.3
Yöntemle İlgili Bilgi Alınan Kişi *		
Akraba-Komşu-Arkadaş	111	36.9
Hemşire-Ebe	138	45.8
Doktor	15	5.0
Eğitilmiş Akran	38	12.6
Eş	11	3.7
En Son Kullanılan Yönteme Karar Veren Kişi *		
Kendim	169	56.1
Eşim	107	35.5
Hemşire-Ebe	4	1.3
Doktor	18	6.0
En Son Kullanılan Yöntemi Seçme Nedenleri		
Koruyuculuğunun Yüksek Olması	145	41.7
Genel Sağlık Durumu	27	9.0
Eş İsteği	59	10.3
Sağlık Personelinin Bilgilendirmesi	4	1.3
Kullanım Kolaylığı	18	6.0

Tablo 4.1.3. (Devam) Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemlere İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yöntem Kullanmama Nedeni		
Şuanda Gebe	22	7.3
Gebe Kalmak İstiyor	22	7.3
Gebeliği Önleyici Yöntemin Temin Edildiği Yer		
Modern Yöntem Kullanmıyor	95	31.7
Devlet Hastanesi	99	33.0
Özel Hastane	4	1.3
Aile Sağlığı Merkezi	100	33.3
Eczane	2	0.7
Toplam	300	100

* İşaretli sorulara katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Tablo 4.1.4’de MTİ’si kadınların tarlaya gittikleri dönemde gebeliği önleyici yöntem tercihlerinin değişme nedenlerinin dağılımı incelenmektedir. Tabloya göre MTİ’liği yapan kadınların %89.77’si çadırlarda kalmakta ve %32’sinin tarlaya gidilen dönemde yöntem tercihi değişmektedir. Kadınlar tarlaya gidilmeden önce kullandıkları gebeliği önleyici yöntemler, RİA (%29.9), kondom (%21.9), OKS (%11), geri çekme (%12), Tübligasyon (%6) ve enjeksiyon (%4.3) iken tarlada çalıştıkları dönemde kullandıkları yöntemler, RİA (%33.9) ve geri çekme (%38.9)dir. İstatistiksel analiz sonucunda Tübligasyon ve enjeksiyon oranlarının değişmediği bulunmuştur. Kadınlar, tarlada çalışılan dönemde gebeliği önleyici yöntem tercihlerinin değişme nedeni olarak, yöntem bitince temin edememe (%31.9), yöntemi saklayamama (%21.9) yöntemi zamanında (%10) ve doğru kullanamama (%10) olarak belirtmişlerdir.

Tablo 4.1.4. Kadınların Tarlaya Gittikleri Dönemde Yöntem Tercihlerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Tarlada Kalınan Yer		
Tarla Sahibinin Verdiği Bir Oda	31	10.33
Çadır	269	89.77
Yöntem Tercihinin Değişme Durumu		
Evet	96	32.0
Hayır	204	68.0
Tarlaya Gitmeden Önce Kullanılan Yöntem		
RİA	90	29.9
Kondom	66	21.9
OKS	33	11.0
Enjeksiyon	13	4.3
Tübligasyon	18	6.0
Geri çekme	36	12.0
Emzirme	4	1.3
Tarladayken Kullanılan Yöntem		
RİA	102	33.9
Kondom	8	2.7
OKS	2	0.7
Enjeksiyon	13	4.3
Tübligasyon	18	6.0
Geri çekme	117	38.9
Tarlaya Gidilen Dönemde Yöntem Tercihinin Değişme Nedeni *		
Yöntemi Doğru Kullanamama	30	10.0
Yöntemi Zamanında Kullanamama	30	10.0
Yöntem Bitince Temin Edememe	96	31.9
Yöntemi Saklayamama	66	21.9
Toplam	300	100

* İşaretli sorulara katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

4.2. MTİ Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörlere İlişkin Özellikler

Tablo 4.2.1’de kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre herhangi bir modern yöntem kullanma durumunun dağılımı verilmiştir. Tabloya göre; kadınların eğitim düzeyine bakıldığında Türkçe bilmeyenlerin %66.7’sinin, eş eğitimi okur yazar olmayanların %63.6’sının, eşi ek iş yapmayanların %77.1’inin, evde en çok kullanılan dil olarak Arapça konuşanların %72.0’ının, ekonomik durumu kötü olanların %79.6’sinin, sosyal güvencesi SSK olanların %77.8’inin herhangi bir modern yöntem kullandığı tespit edilmiştir. Kadın eğitim düzeyinin, evde en konuşulan dilin, ek iş yapma durumunun, ekonomik durumun, sosyal güvence durumunun modern yöntem kullanımına etkisi istatistiksel olarak gösterilmemiştir ($p>0.005$). Ancak, eşi okur-yazar olmayanlarda modern yöntem kullanımının daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.005$).

Tablo 4.2.1. Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanma Durumu						
Özellikler	Kullanıyor		Kullanmıyor		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Eğitim Düzeyi						
Türkçe Bilmiyor	16	66.7	8	33.3		
Okur-Yazar Değil	108	82.4	23	17.6	3.59	0.30
Okur-Yazar	51	82.3	11	17.7		
İlköğretim	30	76.9	9	23.1		
Eş Eğitim Düzeyi						
Okur-Yazar Değil*	35	63.6	20	36.4		
Okur Yazar	116	83.5	19	14.3	12.1	0.002
İlköğretim-Ortaöğretim	54	79.4	12	17.6		
Eşin Ek İş Yapma Durumu						
Yapmıyor	74	77.1	22	22.9	0.58	0.44
Yapıyor	131	81.9	29	18.1		

Tablo 4.2.1. (Devam) Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler	Kullanıyor		Kullanmıyor		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Evde En Çok Kullanılan Dil						
Türkçe	68	82.9	14	17.1	5.0	0.07
Kürtçe	78	84.8	14	15.2		
Arapça	59	72.0	23	28.0		
Ekonomik Durum						
Kötü	133	79.6	34	20.4	0.006	0.94
Orta	72	80.9	17	19.1		
Sosyal Güvence Durumu						
Yeşil kart	117	79.1	31	20.9	1.33	0.72
Bağ-kur	33	86.8	5	13.2		
SSK	35	77.8	10	22.2		
Sağlık güvencesi yok	20	80.0	5	20.0		

*Fark yaratan grup

**Gebeler ve gebe kalmak isteyenler istatistik analize dahil edilmemiştir.

Tablo 4.2.2’de kadınların evlilik ve doğurganlık özelliklerine göre herhangi bir modern yöntem kullanma durumuna göre dağılımı verilmiştir. Elde edilen tabloya göre, kadınların geçirmiş oldukları toplam gebelik sayıları 5 ve üstü olanların %80.2’sinin, ilk gebelik yaşları 18 yaş ve altı olanların %79.7’sinin, son gebelik yaşları 35 ve üstü olanların %79.3’ünün modern yöntem kullandığı belirlenmiştir. Çocuk sayısına yalnız eşi karar verenlerin %77.2’sinin, cinsiyet tercihine göre doğum yapanların %74.7’sinin, son iki gebelik arası süre 2 yıldan daha kısa olanların %81.6’sının ve son gebeliği plansız olan kadınların %84.2’sinin herhangi bir modern yöntem kullandığı tespit edilmiştir. Ancak, kadının geçirmiş olduğu toplam gebelik sayısının, ilk gebelik ve son gebelik yaşının, son gebeliğin planlı olma durumunun, çocuk sayısına karar veren kişinin, cinsiyet tercihinden dolayı doğum yapma durumunun, son iki gebelik arasında geçen sürenin, herhangi bir gebeliği önleyici modern yöntem kullanımına etkisi gösterilmemiştir ($p > 0.005$).

Tablo 4.2.2. Kadınların Evlilik ve Doğurganlık Özelliklerinin Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler	Kullanıyor		Kullanmıyor		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Toplam Gebelik Sayısı						
4 ve Altı	55	79.7	14	20.3	0.00	1.00
5 ve Üstü	150	80.2	37	19.8		
İlk Gebelik Yaşı						
18 yaş ve altı	165	79.7	42	20.3	0.01	0.91
19 yaş ve üstü	40	81.6	9	18.4		
Son Gebelik Yaşı						
34 yaş ve altı	109	80.7	26	19.3	0.01	0.90
35 yaş ve üstü	96	79.3	25	20.7		
Cinsiyet Tercihinden Dolayı Doğum Yapma						
Evet	68	74.7	23	25.3	2.0	0.15
Hayır	137	83.0	28	17.0		
Çocuk Sayısına Karar Veren Kişi						
Ben ya da Eşimle Birlikte	94	81.7	21	18.3		
Yalnız eşim	71	77.2	21	22.8	0.76	0.68
Aile Büyükleri/Akrabalar	40	81.6	9	18.4		
Son İki Gebelik Arası Süre						
2 yıl ve altı	151	81.6	34	18.4	0.67	0.41
3 yıl ve üstü	54	76.1	17	23.9		
Son Gebeliğin Planlı Olma Durumu						
Evet	93	75.6	30	24.4	2.44	0.11
Hayır	112	84.2	21	15.8		

**Gebeler ve gebe kalmak isteyenler istatistik analize dahil edilmemiştir.

Tablo 4.2.3’de kadınların gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin özelliklerinin herhangi bir modern yöntem kullanma durumuna göre dağılımı verilmiştir. Buna göre; modern yöntem bilenlerin %83.0’ının, yöntemle ilgili bilgi alanların %83.0’ının ve kullanılan yönteme kendisi karar veren kadınların %87.1’inin herhangi bir modern yöntem kullandığı tespit edilmiş olup, modern yöntem bilenlerde, yöntemlerle ilgili bilgi alanlarda,

yöntem seçimi kadının da karara katılımı ile seçilenlerde modern yöntem kullanımını daha fazla bulunmuştur ($p<0.005$).

Tablo 4.2.3. Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemlere İlişkin Özelliklerinin Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanma Durumu						
Özellikler	Kullanıyor		Kullanmıyor		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Modern Yöntem Bilme						
Biliyor	205	83.0	42	17.0	*	<0.001
Bilmiyor	0	0.0	9	100.0		
Yöntemle İlgili Bilgi Alma Durumu						
Bilgi almış	205	83.0	42	17.0	*	<0.001
Bilgi almamış	0	0.0	9	100.0		
Kullanılan Yönteme Karar Verme Durumu						
Kadının karara katılımı ile	169	87.1	25	12.9	18.3	<0.001
Sadece eşinin kararı ile	36	61.0	23	39.0		

*Fisher's Exact test yapılmıştır.

** Gebe ve gebe kalmak isteyenler istatistik analize dahil edilmemiştir.

4.3. MTİ Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımına Göre Sürekli Değişkenlerin Düzeyi

Tablo 4.3.1'de kadınların doğurganlık özelliklerine göre herhangi bir modern yöntem kullanma düzeyleri verilmiştir. Modern yöntem kullananların evlilik yaşı ortancası 17, evlilik süresi ortancası 19, ilk gebelik yaşı ortancası 17, son gebelik yaşı ortancası 34, toplam gebelik sayısı ortancası 7, yaşayan çocuk sayısı ortancası 6, normal şartlarda sahip olmak istenen çocuk sayısı ortancası 5, istemli sonlandırılan gebelik ortancası 0, normal şartlarda sahip olmak istenen çocuk sayısı 5, son iki gebelik arası süre 2 yıl olarak

bulunmuştur. Modern yöntem kullananlarla kullanmayanlar arasında kadının evlilik yaşı, evlilik süresi, ilk gebelik yaşı, son gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, yapılan ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, normal şartlarda sahip olmak istenen çocuk sayısı ve iki gebelik arasında geçen süre açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p<0.005$). Ancak, yapılan düşük sayısı modern yöntem kullanmayanlarda daha fazla bulunmuştur ($p<0.005$).

Tablo 4.3.1. Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanma Düzeyleri

Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanma Düzeyi				
MTİ Kadınların Bazı Özellikleri	Kullanıyor	Kullanmıyor	M-W-U	P
	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)		
Evlilik Yaşı	17(13-26)	17(13-21)	5172.0	0.85
Evlilik Süresi	19(3-33)	17(2-33)	5077.0	0.75
İlk Gebelik Yaşı	17(14-30)	17(14-21)	4706.0	0.25
Son Gebelik Yaşı	34(19-45)	34(18-43)	5189.0	0.93
Toplam Gebelik Sayısı	7(2-21)	6(2-16)	4961.5	0.57
Yapılan Düşük Sayısı	0(0-4)	1(0-3)	4706.0	0.008
Yapılan Ölü Doğum Sayısı	5(2-10)	5(2-10)	4890.0	0.45
İstemli Sonlandırılan Gebelik Sayısı	0(0-1)	0(0-1)	5150.50	0.28
Yaşayan Çocuk Sayısı	6(2-16)	5(1-13)	4405.0	0.08
Normal Şartlarda Sahip Olmak İstenen Çocuk Sayısı	5(2-10)	5(2-10)	4890.0	0.45
Son İki Gebelik Arası Süre	2(1-7)	2(1-6)	5195.5	0.94

Tablo 4.3.2’de kadınların bazı özelliklerinin herhangi bir modern yöntem kullanma durumlarına göre düzeyi verilmiştir. Buna göre; herhangi bir modern yöntem kullananların yaş ortancası 37, MTİ yapma süresi ortancası 20 yıl ve en son tarlada kalınan süre ortancası 7 ay olarak bulunmuştur. Modern yöntem kullananlarla kullanmayanlar arasında yaş, MTİ yapma süresi, en son tarlada kalma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.005$).

Tablo 4.3.2. Kadınların Bazı Özelliklerinin Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanma Durumlarına Göre Düzeyi

MTİ Kadınların Bazı Özellikleri	Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanma Düzeyi		M-W U	P
	Kullanıyor	Kullanmıyor		
	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)		
Yaş	37(21-48)	36(19-48)	5012.0	0.64
MTİ'liği yapma süresi (yıl)	20(4-40)	18(4-40)	4764.0	0.32
En son tarlada kalma süresi (ay)	7(2-10)	6(3-9)	5186.0	0.92

4.4. Kadınların Tarlaya Gitmeden Önce Tercih Ettikleri Gebeliği Önleyici Yöntemler İle Tarlada Çalışırken Tercih Ettikleri Gebeliği Önleyici Yöntem Tutarlılık Durumu

Tablo 4.4.1'de Gebeliği önleyici yöntemlerin tarlaya gitmeden önce ve tarlada çalışırken gösterdikleri gözlemsel tutarlılık tablosu verilmiştir. Tabloya göre %65.6'lık bir gözlemsel tutarlılık vardır. Yöntem kullanımı açısından evde ve tarladaki dönemler arasındaki bu tutarlılık iyi düzeyde ve istatistiksel olarak da anlamlıdır ($K=0.58$, $P < 0.001$). RIA, altı aylık enjeksiyon, tüpligasyonu gibi modern yöntemlerde %100'lük bir gözlemsel tutarlılık vardır. Kadınlar normal yaşamlarında olduğu gibi tarladaki iş yaşamlarında da bu yöntemleri kullanmaktadırlar. Yöntem kullanmayanlarda ve geri çekme yöntemi kullananlarda da yüksek düzeyde bir gözlemsel tutarlılık vardır. Bu yönü ile daha önceki tercihlerin tarladaki iş yaşamında da devam ettikleri gözlenmektedir. Ancak, OKS, kondom ve emzirme yöntemleri kullanımı tarladaki yaşamda en düşük seviyeye inmektedir.

Tablo 4.4.1.Gebeliği Önleyici Yöntemlerin Tarlaya Gitmeden Önce ve Tarlada Çalışırken Gösterdikleri Gözlemsel Tutarlılık Tablosu

		Tarlada Çalışırken Kullanılan Gebeliği Önleyici Yöntem								
Tarlaya Gitmeden Önce Kullanılan Gebeliği Önleyici Yöntem		Yöntem Kullanmıyor	RIA	Kondom	OKS	6 aylık Enjeksiyon	Tübligasyon	Geri Çekme	Emzirme	Toplam
	Yöntem Kullanmıyor	%100.0 n=40								%13.0 n=40
	RIA		%100.0 n=90							%30.0 n=90
	Kondom		%7.6 n=5	%1.5 n=1	%1.5 n=1			%89.4 n= 59		%22.0 n=66
	OKS		%15.2 n=5	%21.2 n=7	%3.0 n=1			%60.6 n= 20		%11.0 n=33
	6 aylık Enjeksiyon					%100.0 n=13				%4.0 n=13
	Tübligasyon						%100.0 n=18			%6.0 n=18
	Geri Çekme		%5.6 n=2					%94.4 n=34		%12.0 n=36
	Emzirme							%100.0 n=4		%1.0 n=4
	Toplam		%13.3 n=40	%34.0 n=102	%2.7 n=8	%0.7 n=2	%6.0 n=18	%6.0 n=18	%39.0 n=117	%100.0 n=300

4.5. Kadınların Modern Yöntem Kullanımını Etkileyen Riskli Değişkenlerin Lojistik Regresyon Modelinde Kullanımı

Tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı fark yaratan eş eğitim durumu (kategorik), kullanılan gebeliği önleyici yöntem karar verme durumu (kategorik), herhangi bir modern yöntem bilme (kategorik), modern yöntem hakkında bilgi alma (kategorik) ve yapılan düşük sayısı (sürekli) değişkenlerle model oluşturulmuştur. Model backward stepwise yöntemi ile oluşturulmuştur. Tablo 4.5.1’ de MTİ kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanımını etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon modelindeki sonuçları verilmiştir. Buna göre; modern yöntem kullanımını kadının eşinin okur yazar olmaması 2.6 kat, kullanılan aile planlaması yöntemine kadının eşinin karar vermesi 3.5 kat olumsuz etkilemektedir.

Tablo 4.5.1. Kadınların Modern Yöntem Kullanımına Etkisi Olan Değişkenlerin Birlikte Değerlendirildiği Lojistik Regresyon Modeli

Değişken	B	OR	P	Güven Aralığı (%95)
Eş eğitimi (okur-yazar değil)	0.95	2.6	0.08	1.26-5.33
Kullanılan yöntemin kararı (sadece eş)	1.25	3.5	0.001	1.74-7.04
Sabit	-2.11	0.12	<0.001	

5. TARTIŞMA

Gebeliği önleme çabaları ilk çağlara kadar dayanmaktadır. Dört bin yıl önce Mısır Rahiplerinin yazdığı papirüslerde insanın cinsel birleşme sonucu dünyaya geldiğini belirtilmektedir (5). Bu da yüzyıllardır AP konusunun toplumlar için ne kadar önemli olduğunun bir göstergesidir. Çünkü aşırı ve planlanmamış doğurganlıklar, beraberinde riskli gebelik ve doğumları getirmekte dolayısıyla anne-bebek ölüm risklerini artırmaktadır (44).

Kadın sağlığında her yaşam döneminin kendine özgü sorunları olmasına karşın, gebelik ve doğum nedeniyle sağlık kuruluşuna en sık gereksinim duyulan dönem 15-49 yaş aralığıdır ve bu aralık Sağlık Bakanlığı tarafından doğurganlık dönemi olarak belirlenmiştir (113). Doğurganlık çağında olan kadınlarda yaş dağılımı verisi, sadece sosyo-ekonomik yapıları hakkında değil, üreme sağlığı ve etkili aile planlaması yöntemlerinin kullanımını sağlama, danışmanlık hizmet içeriğinin belirlenmesi ve sunulması açısından da önemli bir veridir. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaklaşık yarısı 35 yaş ve üzerindedir. Dolayısıyla kadınların büyük çoğunluğu yaş nedeniyle olası gebelikleri risk altındadır (Tablo 4.1.1).

Eğitim düzeyi, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen önemli faktörlerden biridir. Çalışmada kadınların %81.3'ünün dramatik bir şekilde temel eğitimlerini tamamlamadıkları görülmektedir. Havlioğlu ve Koruk'un yaptıkları çalışmada tarım sektöründe kadınların daha fazla istihdam edildiğini ve bu kadınların önemli bir kısmının eğitimlerine devam edemedikleri/etmediği, özellikle toplumsal cinsiyete bağlı olarak eğitimde fırsat eşitliğinden faydalanamadıkları belirtilmektedir (51). Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyinin AP hizmetlerinden yararlanmayı ve yöntem kullanımını arttırdığı belirtilmektedir (11,13). Gözükara ve arkadaşlarının Şanlıurfa il merkezinde yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyleri arttıkça AP yöntem kullanım oranının arttığı belirtilmiştir (44). Benzer şekilde Apay

ve arkadaşlarının (13), Altıparmak ve arkadaşlarının (11), yaptığı çalışmalarda kadınların eğitim düzeyleri arttıkça AP yöntem kullanım oranlarının arttığı bulunmuştur. Ancak çalışmada eğitim düzeyinin kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımında bir fark yaratmadığı belirlenmiştir. Bunun nedeninin çalışmaya katılan kadınların eğitim düzeylerinin çok düşük ve birbirinden çok farklı olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak çalışmada eşin eğitim düzeyinin herhangi bir yöntem kullanımında etkili olduğu belirlenmiştir. Eşi okur-yazar olmayan kadınlarda herhangi bir modern yöntem kullanımı %63.6 iken, eşi okur-yazar olanlarda bu oranın %85.7'ye yükseldiği saptanmıştır (Tablo 4.2.1).

Dil'e ve kültüre uyumlu hizmet sunumu, başarılı bir sağlık hizmeti sunumu için esastır. ABD'de tarım işçilerinin sağlık hizmetlerinden faydalanmalarında en büyük engelin dil ve iletişim sorunlarından kaynaklandığı belirtilmektedir (14). Çünkü dil bireylerin kendilerini ifade etmesi sağlık hizmetleriyle beraber diğer tüm hizmetlere ulaşmasında etkili bir iletişim aracıdır (14,44,68). Çalışma kapsamına alınan kadınlarda evde en çok kullanılan dil Türkçe olmasına rağmen, hiç Türkçe bilmeyenler olduğu gibi Arapça ve Kürtçe'de konuşulmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda dil farklılıkları sorunlara neden olabilmektedir. Ancak, çalışmada kullanılan dilin herhangi bir modern yöntem kullanımında etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç toplumda sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımda dil dışında farklı faktörlerin daha etkili olduğunu düşündürebilir (Tablo 4.2.1).

Çalışmada kadınların yaklaşık yarısından fazlası ekonomik durumunu kötü olarak değerlendirmiştir. Yapılan çalışmalarda tarım işçisi ailelerin toplumda en yoksul gruptan biri olduğu gösterilmiştir (68,106). AP yöntem kullanımı, çiftlerin ekonomik olanaklarına, kişisel isteklerine ve sağlık durumuna göre şekillenmektedir (49). Hem ekonomik durumun kötü olması hem de çocuk sayısının artması, kişi başına düşen gelirin daha çok azalmasına ve temel gereksinimlerin karşılanamamasına neden olmaktadır (112). Çalışmada ekonomik durumun herhangi bir modern yöntem kullanımını etkilemediği belirlenmiştir. Muhtemelen bu sonucun nedeni çalışmaya alınan kadınlar ekonomik durumları bakımından birbirine çok benzemesidir (Tablo 4.2.1).

Çalışmaya katılan kadınların yaklaşık tamamına yakınının herhangi bir sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1). 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. Sağlık harcamaları için sosyal güvenceye sahip olan bireyler sağlık hizmetlerinden ve dolayısıyla da aile planlaması hizmetlerinden daha fazla yararlanacaklardır (12,59). Karadağ, Gözükara ve Altuntaş'ın yaptığı çalışmalarda da sağlık güvencesi olan kadınlarda AP kullanım oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (12,44,59). Ancak çalışmada sağlık güvencesinin herhangi bir yöntem kullanım oranında etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bunun nedeni çalışmaya katılan kadınların AP hizmetlerine ulaşımdan çok, tarlada yaşam ve çalışma koşullarından dolayı kullanımda sorun yaşamalarından kaynaklanmış olduğu düşünülmektedir (Tablo 4.2.1)

Türkiye'de evlilik, çocuk doğurmak için toplumsal olarak kabul gören dönemin başlangıcıdır. İlk evlilik yaşının doğumlar üzerinde önemli bir etkisi vardır. Erken yaşlarda evlenen kadınlar ortalama olarak daha uzun süre gebelik riski altına girmekte bu da anne ve çocuğun sağlık ve refahını etkilemektedir (80). Çalışmada kadınların yaklaşık üçte ikisi 18 yaş ve altında evlenmiş ve ilk gebeliklerini yaşamıştır (Tablo 4.1.2). Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması 2014'de ilk evlilik yaş ortalamasını 20, ilk gebelik yaş ortalaması ise 21 olarak belirtilmektedir (111). Evlilik yaş ortalaması TNSA 2013 verilerinde 22.9, Aktoprak'ın çalışmasında ise 22,3±3,54 olarak bulunmuştur (8,49). İlk evlilik ve gebelik yaşının Türkiye ortalamasının altında olmasında (Tablo 4.3.1), toplumun ataerkil yapısı ve kadına yüklediği toplumsal cinsiyet rollerinin, kadınların evlenme ve çocuk doğurma yaşına ilişkin konularda söz hakkının bulunmamasından (43) kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmada ayrıca kadınların yaklaşık yarısının son gebelik yaşının 35 yaş ve üzerinde olduğu, yarısından fazlasının 5 ve üzerinde çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Ancak son gebelik yaşı ve çocuk sayısı çalışmaya katılan kadınların gebeliği önleyici modern yöntem kullanım oranlarında fark yaratmamıştır (Tablo 4.2.2). Oysa Gölbaşı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocuk sayısının yöntem seçimini etkileyen faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir (42). Yine Salman'ın yaptığı çalışmada çocuk sayısı fazla olanlarda modern yöntem tercihlerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (95). Çalışma sonuçlarının literatürden farklı olmasının nedeninin, hem gebeliği önleyici modern yöntem kullananlarda hem de kullanmayanlarda normal şartlarda

sahip olmak istenen çocuk sayısının yüksek olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu da kadınların sahip olmak istedikleri çocuk sayısına ulaşıncaya kadar herhangi bir gebeliği önleyici modern yöntem kullanmadıklarını göstermektedir. Nitekim gebeliği önleyici modern yöntem kullanan kadınlarda sahip olunan çocuk sayısı ortancası 6, kullanmayanlarda 5 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3.1).

Cinsiyet tercihi, soyun devamı, mirasın korunması, veliahtlık, güç gibi farklı gerekçelerle erkek lehine gerçekleşmektedir (22). Lhila ve Simon'ın çalışmasında, Hindistan ve Çin'den gelen ve Amerika'da yaşayan göçmen aileler üzerinde yaptıkları çalışmada, ailelerin cinsiyet tercihini erkek lehine yaptığı belirtilmektedir (71). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de cinsiyet tercihi erkeğe yana olmaktadır. Özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde erkek çocuk doğuruncaya kadar doğumlar devam etmekte (112), AP yöntemi kullanılmamaktadır. Çalışmaya katılan yaklaşık her üç kadından biri cinsiyet tercihinden dolayı doğum yapmaktadır. Fakat cinsiyet tercihi için yapılan doğumlar modern AP yöntem kullanımını etkilememektedir. Bunun nedeni, kadınların her iki cinsiyette de istedikleri çocuk sayısına sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 4.2.2).

Çalışmada gebeliği önleyici modern yöntem kullanan ve kullanmayan kadınların evlilik süresi ortancasının birbirine yakın olduğu belirlenmiştir. Çalışmalarda evlilik süresinin artmasıyla kişilerin istedikleri çocuk sayısına ulaşmış olmalarından dolayı, herhangi bir modern AP yöntem kullanımının arttığı belirtilmektedir (95,67). Literatürden farklılık gösteren bu sonuçta, çalışma kapsamındaki kadınların doğurganlık oranlarının yüksek olmasının etkili olduğu düşünülmektedir (Tablo 4.3.1).

Araştırmada dört kadından üçü doğumlarını sağlık kuruluşu dışında (ev ve tarla) ve sağlık personeli yardımı olmaksızın gerçekleştirdiğini ifade etmiştir. Gözükara ve arkadaşlarının çalışmasında MTİ kadınların yaklaşık dörtte biri son gebeliklerindeki doğumlarını sağlık kuruluşu dışında ve sağlık personel yardımı olmadan gerçekleştirdiği belirtilmektedir (43). TNSA 2013'e göre ülke genelinde tüm doğumların %97.2'si herhangi bir sağlık kuruluşunda ve %97.4'ü sağlık personeli yardımıyla gerçekleşmiş; Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise doğumların %92.4'ü herhangi bir sağlık kuruluşunda ve %93.2'si sağlık personeli yardımıyla gerçekleşmiştir (49). MTİ kadınların sağlık kuruluşu dışında ve

sağlık personeli yardımı olmaksızın gerçekleştirdiği doğum oranlarının Türkiye ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi ortalamalarından daha yüksek olmasının, yerleşim merkezinden uzak ve uzun süre tarlada kalmaları, ulaşım aracı yetersizliği, sağlık algısı düşüklüğü ve sağlık hizmetine erişim düzeylerinin düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 4.1.2).

MTİ kadınların yaklaşık tamamına yakınının gebeliği önleyici modern yöntemleri bildiği saptanmıştır. Bilinen yöntemler en fazla RİA, daha sonra kondom ve OKS'dir. Şimşek'in mevsimlik tarım işçileri ile ilgili yaptığı çalışmada da kadınların en çok RİA ve OKS'yi bildiği belirlenmiştir (104). Gözükara ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %96.7'si en az bir modern aile planlaması yöntemi bilirken, TNSA-2013 verilerine göre de kadınların %98.7'sinin modern AP yöntemi bildiği ve ilk sırada da RİA daha sonra OKS ve kondom geldiği tespit edilmiştir (44,49). Oysa AP yöntemlerinde çeşitlilik esastır ve bunu sağlamaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır (Tablo 4.1.3).

Çalışmada kadınların halen kullandıkları gebeliği önleyici yöntem sorgulandığında büyük çoğunluğunun modern yöntem kullandığı saptanmıştır. En fazla kullanılan modern yöntem RİA'dır. Geleneksel yöntem olarak ise en çok tercih edilen yöntem geri çekmedir (Tablo 4.1.3). Oltuluoğlu'nun çalışmasında ve TNSA 2013 verilerine göre en çok kullanılan modern yöntem RİA, geleneksel yöntem geri çekmedir (49,78). Modern yöntem olarak RİA'nın tercih edilmesi MTİ kadınların koruyuculuğu yüksek yöntem beklentilerine de uygun düşmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde, Aktoprak, Altuntaş ve Karadağ'ın da çalışmalarında kadınların güvenli, kullanımı kolay, yan etkisi az ve eşinin istediği yöntemleri daha çok tercih ettiklerini belirtmektedir (8,12,59).

MTİ kadınların tamamına yakını AP yöntem kullanımı hakkında herhangi bir sağlık ekibi üyelerinden bilgi almaktadır. En sık bilgi alınan kişi olarak bildirilen hemşire ve ebelerin MTİ kadınlara AP hizmetlerinin sunumunda, etkili kullanımında ve sürdürülebilirliğinde etkili olabilecekleri görülmektedir. Sunulacak etkili danışmanlıkla akraba-komşu-arkadaş gibi yeterli olmayan ya da yanlış olabilecek bilgi kaynaklarının kullanılmasının önüne geçilebilecektir. Bu durumu destekler şekilde Salman'ın çalışmasında

da sağlık çalışanları tarafından AP danışmanlığı yapılmasının AP yöntem kullanımını arttırdığı belirtilmiştir (95).

Bu araştırmada AP yöntemi seçiminde erkeğin tek başına karar vermesi modern yöntem kullanımını 3.5 kat olumsuz etkilemektedir (Tablo 4.5.1). Gözükara ve arkadaşlarının çalışmasında AP yöntem seçimine eşi ile birlikte karar veren kişilerin AP tutumlarının daha olumlu olduğu belirtilmiştir (44). Çalışmada kadının herhangi bir AP yöntem kullanımında eş ve aile büyüklerinin de etkili olduğu fakat dört kadından ikisinin eşleri ile birlikte kendilerinin karar verdiği bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri gözönüne alındığında, kadınların dođurđanlıkları hakkında kararlara katılamaması beklenen bir sonuçtur. Kadının statüsü, geleneksel aile yapısı ve eğitim durumu AP yöntem kullanımına karar verirken kadını edilgen kılmaktadır (76).

Kadınların kullandıkları yöntemi temin ettikleri yer olarak da ilk iki sırada, aile sağlığı merkezi ve devlet hastaneleri yer almaktadır (Tablo 4.1.3). Bu durum en çok tercih edilen yöntemler olarak RIA ve kondomun tercih edilmesi ile de uyumlu gözükmektedir. TNSA-2013 verilerine göre modern yöntemlerin en çok temin edildiği yer olarak sağlık ocağı/sağlık evleri, devlet hastaneleri ve doğum evleri olarak belirlenmiştir. Cangl çalışmasında ise modern AP yöntem temin etme yeri olarak Birinci Basamak Sağlık Kurumları olduğu tespit edilmiştir (21,49).

Dođurđanlık hızının yüksek olduğu MTİ kadınlar AP yöntem kullanmama sebebi olarak, gebe kalmak istemeleri, şuanda gebe olmaları gibi nedenler belirtmişlerdir (Tablo 4.1.3). Benzer şekilde Karadağ'ın çalışmasında, Tanrıverdi'nin çalışmasında ve TNSA-2013'te de yöntem kullanmama nedeni olarak en sık gebe olmak ve gebe kalmak istemek olarak belirtilmiştir (49,59,107).

MTİ kadınların hayatlarının büyük bir bölümünü tarım işçiliği yaparak ve yılın çoğunu tarlada kalarak geçirdikleri görülmektedir. Tarladaki yaşam ve çalışma koşulları normal yaşamlarındaki rutinlerin pek çoğunda değişikliğe neden olduğu gibi AP yöntem kullanımlarında da bazı değişikliklere neden olmaktadır. Kadınlar tarlaya çalışmaya gittikleri dnemelerde RIA, altı aylık enjeksiyon, tp ligasyonu gibi modern yöntemleri kullanmaya

devam ederken, OKS, kondom ve emzirme en düşük seviyeye inmektedir. Tarladaki zor çalışma ve yaşam koşulları, yöntem bitince temin edememe, yöntemi uygun şekilde saklayamama, yöntemi doğru kullanamama ve zamanında kullanamama gibi sebeplerle kullanılan yöntemin değişimine neden olmaktadır. Nitekim, Şanlıurfa'da yapılan bir araştırmada da MTİ kadınların yılın büyük kısmını sürekli göç halinde ve şehir merkezlerinden uzakta geçirdikleri, tarlada çalıştıkları sürede sağlık hizmetine erişimde güçlükler yaşadıkları belirtilmektedir (105,106). Dolayısıyla AP hizmetlerine ulaşımında da güçlükler olmaktadır (Tablo 4.1.4, Tablo 4.4.1).

Gebelik ve doğum sayısı, kürtaj olma ve düşük yapma farklı çalışmalarda AP yöntemleri üzerine etkili faktörler olarak belirtilmekle birlikte (13,19,79) bu araştırmada etkisi gösterilmemiştir. Farklı araştırmalarda ve toplumlarda bu değişkenlerin etkisi farklılık gösterebilmektedir. Kadın sağlığını olumsuz etkileyen istenmeyen gebelikleri ve istemli düşükleri azaltmak için gebeliği önleyici yöntem kullanımının sağlanması gereklidir (59).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Şanlıurfa il merkezinde 15–49 yaş grubu mevsimlik tarım işçisi kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri, bu yöntemleri tercih nedenleri ve etkileyen faktörlerin araştırılması amacıyla yapılan bu çalışma da, bulguların incelenmesi sonucunda;

- Kadınların yaklaşık yarısının 35 yaş ve üzerinde olduğu, %81.3'ünün temel eğitimlerini tamamlamadıkları, üçte ikisinin 18 yaş ve altında evlendiği ve ilk gebeliklerini yaşadıkları belirlenmiştir. Toplumsal cinsiyete bağlı olarak eğitimde fırsat eşitliğinin sağlanabilmesi ve adolesan gebeliklerin önüne geçilebilmesi için kadınların temel eğitime devamlılığının sağlanması,
- Kadınların yaklaşık tamamına yakınının gebeliği önleyici modern yöntemleri bildiği, %68.1'inin modern yöntem tercih ettiği ve modern yöntemlerden en fazla kullanılan yöntemin RİA, geleneksel yöntemlerden de geri çekme yöntemi kullanıldığı belirlenmiştir. Modern yöntem kullanımını arttırmak için aile sağlığı merkezleri ve gezici sağlık hizmetleri kapsamında AP hizmet sunum içeriği MTİ kadınların ihtiyaçlarına göre belirlenerek daha sık aralıklarla sunulması,

Eşi okur-yazar olmayan kadınlarda herhangi bir modern yöntem kullanımı %63.6 iken, eşi okur-yazar olanlarda bu oranın %85.7'ye yükseldiği ve AP yöntemi seçiminde erkeğin tek başına karar vermesi modern yöntem kullanımını 3.5 kat olumsuz etkilediği bulunmuştur. Aile planlama hizmetleri sırasında daha iyi bir sonuç elde etmek için kadınların eşleri ile birlikte katılımı sağlanmalı, biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörler göz önünde bulundurularak bireylerin en uygun yöntem seçiminin sağlanması,

- Modern yöntem kullanan kadınların, 7 ay (min=2,max=10) tarlada kaldıkları ve 20 yıl MTİ'liği yaptıkları, %32'sinin tarlaya gittikleri dönemde AP yöntem tercihlerinin değiştiği, tarlada çalıştıkları süre zarfında en fazla gebeliği önleyici yöntem olarak geri çekme (%38.9) yöntemini kullandıkları ve tarladayken yöntem tercih değişim nedenleri olarak, yöntem bitince temin edememe, yöntemi uygun şekilde saklayamama, yöntemi doğru kullanamama ve zamanında kullanamama olarak belirlenmiştir. Kadınların tarlaya gidecekleri dönemde yöntem değişimini en az orana indirmek için, uzun süre etkili modern yöntem seçimi sağlanmalı (aylık enjeksiyon, RİA gibi) ve tarım alanlarında sunulan gezici sağlık hizmetleri ekiplerinin, gerekli danışmanlık hizmetlerinin sunulması ve kişilerin ihtiyaçlarının karşılamak için daha sık tarlalarda bulunması önerilir.
- Çalışmada dil AP yöntem kullanımını etkileyen bir faktör olarak bulunmamış olsa da bölge halkının Kürtçe ve Arapça ağırlıklı konuştuğu unutulmamalı ve sunulacak hizmetin etkinliği açısından dil göz önünde bulundurulmalıdır.
- Yaşam şartları, yoksulluk, eğitimsizlik, sağlığı geliştirme programlarından habersiz ve sürekli göç halinde olan MTİ kadınlar AP hizmetlerine ulaşamamaktadır. Oysa bakıldığı zaman ülke genelinde doğurganlık oranı en yüksek olan ve AP yöntemi kullanımı en az olan grubu mevsimlik tarım işçisi kadınlar oluşturmaktadır. Bu yüzden kırsal alanda ve göç halinde yaşayan mevsimlik tarım işçisi kadınlara hizmet sunmak için önemli, uygulanabilir ve yaptırım gücü yüksek politikalar geliştirilmelidir. Hizmet ve danışmanlık için uygun gezici sağlık personelleri veya eğitimciler yetiştirilmeli, üreme sağlığı eğitim çalışmalarına ve sağlık kuruluşlarının ücretsiz hizmet sunumuna dikkat çekilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Açıklan İ.Türkiye’de Ana Sağlığı Ve Aile Planlaması. Sted. 2001;10(5): 176–179.
2. Adalı E, Yıldızhan R, Ataman O. Acil Kontrasepsiyon. Van Tıp Dergisi, 2008; 15(1):34-39.
3. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayınları, Damla Matbaacılık, İstanbul, 2002.
4. Akın A. Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş. Aktüel Tıp Dergisi, 2001; 6(1): 4-8.
5. Akkent OC. İslamiyet’te ve Türklerde Aile (Nüfus) Planlaması. İstanbul, 1975; 24-25.
6. Aksu H. Kontraseptif Yöntemler. 1.Baskı, , Bedray Basın Yayıncılık,İstanbul, 2008; 288-330.
7. Akşit TB. Türkiye’de Aile Planlamasını Etkileyen Sosyal ve Kültürel Faktörler Üzerine Bazı Saptamalar. Ankara, 1992.
8. Aktoprak M. Evli Kadınlar Ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları Ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2012.
9. Akyıldız N. Aile Planlaması. 1.Baskı, Turan Ofset Yayınları, İstanbul, 1999.
10. Altay B, Gönener D. Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme Ve Kullanma Durumları Ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi, 2009;14(1):56-64.
11. Altıparmak S, Adıgüzel Z. Manisa'da Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemleri İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Ve Obstetri Dergisi, 2006; 20(3): 142-149.
12. Altuntaş F. Bolu Dörtdivan İlçesi’nde Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2011;1(1): 1-7.
13. Apay SE, Nazik E, Özdemir F, Pasinlioğlu T. Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13(3): 39-45.

14. Arcury TA, Quandt SA. Delivery Of Health Services To Migrant And Seasonal Farmworkers. *Annu Rev Public Health*. 2007; 28: 345-363.
15. Ayaz S, Yaman EŞ. Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler. *Journal Of Turkish German Gynecol Assoc*, 2009; 10(3): 137-141.
16. 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
17. 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
18. Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. Oxford University Pres, 2000.
19. Bostancı MS. Doğu Anadolu Bölgesindeki bir ilçede kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemleri için bilgi kaynakları ve istenmeyen gebeliklerle ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 2011; 38(2): 202-207.
20. Borjan M, Constantino P, Robson MG. New Jersey Migrant And Seasonal Farm Workers. Enumeration And Access To Healthcare Study, 2008; 18(1): 77-86.
21. Cangöl S. Lalapaşa Merkez İlçe'de Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2010.
22. Center For Genetics And Society. Sex Selection. [Http://Www.Geneticsandsociety.Org/Article.Php?List=Type&Type=29](http://www.geneticsandsociety.org/article.php?list=type&type=29). Erişim: 05.11.2015.
23. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015.
24. Creinin MD. A Reassessment Of Efficacy Of Theyuzpe Regimen Of Emergency Contraception. *Hum Reprod*, 1997; 12: 496-8.
25. Çalışkan GB, Doğan B, Olçum GG. Kırsal Bölgede Yaşayan Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Tercihlerine Yaş Ve Eğitimin Etkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2014; 18(4): 189-194.

26. 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.
27. Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları 2012. Türkiye İstatistik Kurumu İnternet Sitesi [Http://Www.Tuik.Gov.Tr/Prehaberbultenleri.Do?İd=13659](http://www.tuik.gov.tr/prehaberbultenleri.do?id=13659), Erişim: 01.05.2015.
28. Dirican R, Bilgel N. Toplum Hekimliği. Uludağ Üniversitesi Yayınları, Bursa, 1993;246-250.
29. Donham KJ, Thelin A. Agricultural Medicine Occupational And Environmental Health For The Health Professionals. Blackwell Publishing All Right Reserved, 2006.
30. 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.
31. Erenel AŞ. Doğal Bir Aile Planlaması Yöntemi, Laktasyonel Amenore Yöntemi. Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi, 2006; 2(22): 60-67.
32. Erkut E. Doğurganlık Oranı. Aralık 2014.
33. Frank AL, Mcknight R, Kirkhorn SR, Gunderson P. Issues Of Agricultural Safety And Health. Annu Rev Public Health. 2004; 25: 225-45.
34. Frost JJ, Darroch JE. Factors Associated With Contraceptive Choice And Inconsistent Method Use. Perspect Sex Reprod Health, 2008; 40(2): 94-104.
35. Fuortes L, Clark MK, Kirchner HL. Association Between Female Infertility And Agricultural Work History. Am J Ind Med, 1997; 31: 445-451.
36. Geçgin E. Ankara-Polatlı Örneğinde Sosyal Dışlanma Açısından Mevsimlik Tarım İşçiliği. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2009; 1(1): 3-35.
37. Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2014; 95
38. Gemalmaz FA, Okyay P. Aydın İli 1 No’lu AÇSAP Merkezi Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. 2005; 14(4): 80-86.
39. Gharaibeh MK, Oweis A, Shakhathreh FMN, Froelicher ES. Factor Associated With Contraceptive Use Among Jordanian Muslim Women, İmplications For Health And Social Policy. Journal Of International Women’s Studies, 2011; 12(2-3): 168-84

40. Goldberg RL, Janssen S. Reproductive Hazards, Agriculture Medicine A Practical Guide. 2006; 492-50.
41. Gökdemirel SÖ, Coşkun A. Doğal Aile Planlaması Yöntemlerinden Billings Ovulasyon Yönteminin Uygulanması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2011; 13(2): 33-48.
42. Gölbaşı Z, Tümay HS, Koç D, Yıldız H. Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınların Postpartum Dönemde Gebelikten Korunma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 29-38.
43. Gözükara F, Ersin F, Şimşek Z. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Doğurganlık Özellikleri. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics, 2015; (1)2.
44. 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).
45. Grimes DA. Evidence-Based Family Planning-The Paradigm Fort He Third Millennium. The European Journal Of Contraception And Reproductive Health Care, 2000; 5: 287-294
46. Guillebaud, J. Contraception Today. Pocketbook, Informa Healthcare, 2007.
47. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, ISBN , 2012; 210-344.
48. Güler K, Coşkun A, Karanisoğlu, H, Ekizler, H. SSK Okmeydanı Hastanesi Kadın Doğum Kliniğine Başvuran Kadınlarda Kontraseptif Kullanma Oranı ve Seçtikleri Yöntem İle İlgili Epidemiyolojik Bir Çalışma. Hemşirelik Bülteni, 1985; 2(5): 26-37.
49. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Ankara, 2013.
50. Harran Üniversitesi Tarımda İş Sağlığı Ve Güvenliği Uygulama ve Araştırma Merkezi. GAP Tarımda Çalışanların Sağlığı Araştırması. Sembol Ofset Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti, Şanlıurfa, 2013; 13.
51. Havlioğlu S, Koruk İ. Göçebe mevsimlik tarım işçisi ergenlerde yaşam kalitesi düzeyi ve sorun davranışları. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2013; 11(1): 11-22.
52. Himmerick KA. Enhancing Contraception A Comprehensive Review. JAAPA, 2005; 18

53. Hiring Seasonal Agricultural Workers. Description, [Http://Www.Esdc.Gc.Ca/Eng/Jobs/Foreignworkers/Agriculture/Seasonal//Index.Shtm](http://www.esdc.gc.ca/eng/jobs/foreignworkers/agriculture/seasonal/index.shtm) Erişim: 18.07.2015.
54. International Labor Office (ILO). Global Employment Trends. 2011.
[Http://Www.İlo.Org/Wcmsp5/Groups/Public/@Dgreports/@Dcomm/@Publ/Documents/Publicati On/Wcms_150440.Pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_150440.pdf); Erişim Tarihi: 17.06.2015.
55. International Labour Office (ILO). Sayfety And Health In Agriculture. Genava, 2010; 2.
56. International Labour Organization (ILO). Towards A Fair Deal For Migrant Workers İn The Global Economy. Genava:; 2004; 86-117.
57. İnal MM. Bariyer Kontraseptif Yöntemler. Türkiye Klinikleri. J Surg Med Sci, 2006; 2(22): 41-50.
58. 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.
59. Karadağ G, Koçak HS, Yılmaz M. Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Kullanma Ve Tercih Etme Nedenleri. Gümüşhane University Journal Of Health Sciences, 2013; 2(1).
60. Karagüzel N. Fertil Çağdaki Kadınlarda Kontraseptif Yöntemler ve Anemi İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006; 3-8.
61. 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.
62. Karataş N. Nevşehir Konak Kasabasında Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2005.
63. 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.
64. 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.

65. Kırca Ü. Erkeklerde Gönüllü Cerrahi Kontrasepsiyon-Vazektomi. Türkiye Klinikleri J Surgmedsci, 2006; 2(22): 39-40.
66. Kish LA. Procedure For Objective Respondent Selection Within The Household. Journal Of American Statistical Association, 1949; 44: 380-387.
67. Kocaöz S, Peksoy S, Atabekoğlu SC. Kadınların Gebelikten Önce Kullandığı Ve Doğum Sonrası Dönemde Kullanmayı Tercih Ettiği Kontraseptif Yöntemler. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013; 1(2).
68. Koruk İ, Simsek Z, Koruk S, Gürses G, Doni N. Intestinal Parasites, Nutritional Status And Psychomotor Development Delay In Migratory Farmworker's Children. Child Care, Health And Development, 2010; 36(6): 888-894.
69. Koyuncuer A. Kontrasepsiyon Ve Türkiye'de Durum. Sted, 2004; 13(12): 455-459.
70. Köseli A. Kombine Oral Kontraseptifler. Cerrahi Tıp Bilimleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi, 2006; 2(22): 1-9.
71. Lhila, A , Simon KI. Prenatal Health Investment Decisions: Does The Child's Sex Matter Demography. 2008; 45(4): 885-905.
72. Lowdermilk P. Family Planing. In: Maternity Nursing, (Seventh Edition). Mosby Elsevier, Canada, 2006: 135-157.
73. 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.
74. Naidoo S, London L, Burdorf A, Naidoo R, Kromhout H. Spontaneous Miscarriages And Infant Deaths Among Female Farmers In Rural South Africa. Scand J Work Environ Health, 2011; 37(3): 227-236.
75. Nahhae N, Mirahmadizadeh AR. Iranian Women's Perceptions Of Familyplanning Services Quality. A Client-Satisfaction Survey, The European Journal Of Contraception And Reproductive Health Care, 2005; 10(3): 192-198.
76. Nüfus ve Aile Planlaması, Doğurganlığın Belirleyicileri/Kontraseptif Yöntemler. Uluslararası Basım, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını, Ankara Demiroğlu Matbaacılık, 1990: 58-62.
77. Olesen TB, Jensen KE, Munk C, Tolstrup JS, Kjaer SK. Liva – Population Survey Of Female Sexual Habits. Ugeskr Laeger, 2010; 172(47): 3254-9.

78. Oltuluoğlu H. Malatya İL Merkezinde Aile Planlaması Kullanan 15–49 Yas Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem Ve Yöntem Seçimini etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;19(3):167-74.
79. Oltuoğlu H, Başer M. Malatya il merkezinde yaşayan evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve seçme nedenlerinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012; 19(3): 167-174.
80. Öner S, Yapıcı G. Adölesan Gebeliklere Bakış. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2010; 8(1): 30-9.
81. Özaydın GAN, Debay M. Aile Planlaması Danışmanlığı. 1. Baskı, Buşuş Tasarım Ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara, 2006: 2-187.
82. Özbekmezci Ş, Sahil S. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sosyal, Ekonomik ve Barınma Sorunlarının Analizi. Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi. 2004; 19(3): 263.
83. Öz C, Bulut E. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Türk Hukuk Sistemi İçerisindeki Yeri. ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi, 2013; 1(1): 94-111.
84. Özseven L. Bir Aile Sağlığı Biriminde Aile Planlaması Yöntem Kullanımındaki Değişim Özellikleri. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2012; 16(1): 8-10.
85. Özvarış Ş, Ertan A. Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. Hacettepe Yayınları, Ankara, 2003; 113–125.
86. Pernoll ML. Kontrasepsiyon. 10. Baskı. Obstetrik Ve Jinekoloji El Kitabı, Palme Yayınları, Ankara, 2002; 727-41.
87. Phillip GS. Aile Planlaması. Novak Jinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2004: 231-276.
88. Poroy AA. 101 Soruda Kısırlık ve Aile Planlaması. Truva Yayınları, İstanbul, 2009.
89. Prata, N. The Need For Family Planning. Popul Environ, 2007; 28: 212–222.
90. Radulović O, Šagrić Č, Višnjic A, Tasic A, Markovic R. Uticaj Nivoa Obrazovanja Na Planiranje Porodice. Facta Universitatis – Series. Medicine And Biology, 2006; 13(1): 58-64.
91. 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.

92. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı, Aile Planlaması Danışmanlığı, Ankara, 2009
93. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, 1997; 14
94. Saka G, Ertem M, İçlin E. Diyarbakır Doğum Evi Hastanesinde Doğum Yapan Gebelerde Risk Faktörleri. Perinatoloji Dergisi, 2001; 9(2): 110-5.
95. 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.
96. Sanhal YC, Ulukuş M, İtil Mİ. Kontrasepsiyonda Güncel Gelişmeler. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2012; 9(2): 85- 93
97. 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).
98. Saygılı P. Üreme Sağlığı Danışmanlığı Neleri Kapsar. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 2007; 132.
99. Slone EM, Weiler JA, Smith SM. Family Planing. In: Maternal-Child Nursing. W.B. Saunderscompany, 2000; 191–207
100. Smith SM, Slone EM, Myers TG. Family Planing. In: Foundations Of Maternal-Newborn Nursing. WB Saunders Company, 2002; 874–894
101. Söylemez F. Oral Kontrasepsiyon. 1.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı. Ankara Üniversitesi, Ankara, 2001; 7–14.
102. Sustainable Agricultural And Rural Development (SARD) Policy Brief 1. Sard And Agricultural Workers, 2006. [Www.Fao.Org./Sand/İnitiative](http://www.Fao.Org./Sand/İnitiative)
103. Şahin S. Cevahir S. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne İsteğe Bağlı Kürtaj İçin Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006; 1(1).
104. Şimşek Z. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması Şanlıurfa 2011. Damla Matbaacılık Ltd. Şti, Ankara, 2012; 15-19.

105. Şimşek Z, Koruk İ, Yentür Doni N. An Operational Study On Implementation Of Mobile Primary Healthcare Services For Seasonal Migratory Farmworkers. *Matern Child Health*, 2012; 16: 1906–1912.
106. Şimşek Z, Koruk İ. Şanlıurfa İl Merkezinde Gezici Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Ve Çocuklarının Gezici Sağlık Hizmeti Yoluyla Sağlık Hakkının Korunması Projesi Raporu. 2008.
107. Tanrıverdi G, Özkan A, Şenveli S. Çanakkale'deki Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri. *Fırat Tıp Dergisi*, 2008; 13(4): 251-254
108. Tarım İstatistikleri Sorularla Resmi İstatistikler Dizisi. 5. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2008;1
109. Taşkın L. Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 9. Baskı. Sistem Ofis Matbaacılık, Ankara, 2012.
110. Tatum HJ. Kontrasepsiyon Ve Aile Planlaması. 1. Baskı. Barış Kitapevi, İstanbul, 1994;1: 832-62.
111. T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Türkiye Kadın Sağlığı Araştırmaları. Ankara, 2014.
112. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Hemşirelik Aile Planlaması. Ankara, 2012.
113. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genelge 2009/17
114. T.C Sağlık Bakanlığı, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Kontraseptif Yöntemler. Ankara, 2005; 2: 370
115. 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.
116. Toker SO. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Aile Planlaması Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Aile Ve Toplum Dergisi*, 2005; 2(8)
117. Tokuç B, Eskiocak M, Saltık A. Acil Kontrasepsiyon. 2002; 11(3).
[Http://Www.Ttb.Org.Tr/Sted/Sted0302/Acil.Pdf](http://www.ttb.org.tr/Sted/Sted0302/Acil.Pdf)
118. Trussell J, Ellertson C, Stewart F. Theeffectiveness Of Theyuzpe Regimen Of Emergency Contraception. *Fam Plann Perspect*, 1996; 28: 58-64.
119. Turan H. 1.Basamak Sağlık Kurumlarında Üreme Sağlığı Danışmanlığı. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 2005; 51–52.

120. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Haber Bülteni 2015 İstatistikleri; 15 Ekim 2015, Sayı: 18642 [Http://Www.Tuik.Gov.Tr/Prestatistiktablo.Do?İstab İd=2263](http://www.tuik.gov.tr/prestatistiktablo.do?istab_id=2263) Erişim Tarihi: 21.10.2015.
121. Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü Haber Bülteni Doğum İstatistikleri 2013; 16048.
122. 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.
123. 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.
124. Uluslararası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongre Kitabı. Ankara, 2007; 274.
125. Ünlüoğlu İ. Laktasyonel Amenore Metodu. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 2006; 2(22): 41-50.
126. Yağmur Y. İstanbul İli Devlet Hastanelerindeki Aile Planlaması Polikliniklerine Kontrasepsiyon Amacıyla Başvuran Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler ve Tercihlerini Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996; 13-15.
127. Yıldırak N, Gülçubuk B, Gün S, Olhan E, Kılıç M. Türkiye’de Gezici ve Geçici Kadın Tarım İşçilerinin Çalışma Ve Yaşam Koşulları Ve Sorunları. Uluslararası Çalışma Örgütü Türkiye Temsilciliği. Ankara, 2012; 4.
128. Yıldırım A. Aile Planlamasında Yenilikler.” Cerrahi Tıp Bilimleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi, 2006; 2(13): 63-72.
129. Weismiller DG. Emergency Contraception Am Fam Physician. 2004; 70(4): 707-14.
130. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria Wheel For Contraceptive Use. 2008.

EKLER

EK I: HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL KARARI

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 16.01.2015
OTURUM	: 01
SAAT	: 15:00

15/01/19	<p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA'nın sorumlu araştırmacı olduğu "Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Kullandıkları Aile Planlanması Yöntemleri, Bu Yöntemleri Tercih Nedenleri ve Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmaya Etik Kurulu Onayı verilmesine,</p> <p style="text-align: center;">Oybirliğiyle / Oyçokluğuyla karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLI GİBİDİR</p> <p style="text-align: center;">Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU Etik Kurul Başkanı</p>
----------	--

EK II: MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ KADINLARIN KULLANDIKLARI AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ, BU YÖNTEMLERİ TERCİH NEDENLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

VERİ TOPLAMA FORMU

Anket No: Mahalle: Sokak: No: Tarih:

A. Kadını Tanıtıcı Bilgiler

1. Kaç yaşındasınız?
2. Eğitim durumunuz nedir ?
1. Okur-Yazar değil 2. Okur-Yazar 3. İlköğretim 4. Ortaöğretim
3. Eşinizin eğitim durumu nedir?
1. Türkçe bilmiyor 2. Okur-Yazar değil 3. Okur-Yazar 4. Ortaokul 5. Lise
4. Eşinizin mesleği nedir?.....
5. Evde en çok kullanılan dil nedir?
1. Türkçe 2. Kürtçe 3. Arapça
6. Ekonomik durumunuz nedir?
1. Kötü 2. Orta 3. İyi 4. Çok iyi
7. Sosyal güvenceniz nedir?
1. Yeşil kart 2. Bağ-kur 3. SGK 4. Sağlık güvencesi yok
8. Kaç yıldır mevsimlik tarım işçisi olarak çalışmaktasınız?.....
9. En son tarlaya gittiğinizde ne kadar süre kaldınız?.....
10. Tarlada çalışırken nerede kalırsınız?.....

B. Doğurganlık Özellikleri

11. Kaç yaşında evlendiniz?.....
12. Evlilik süreniz nedir (yıl)?.....
13. İlk gebelik yaşıınız nedir?
14. Son gebelik yaşıınız nedir?.....
15. Toplam gebelik sayınız kaçtır?.....
16. Yaşayan kaç çocuğunuz var?
17. Sahip olduğunuz/olacağınız çocuk sayısına kim karar verir?
1.Kendim 2. Eşim 3.Eşimle birlikte ben 4. Aile büyükleri 5.Diğer(Açıklayınız).....
18. Çocuğunuzun/çocuklarınızın cinsiyeti ile ilgili tercihinizden dolayı doğum yaptığınız oldu mu?
1.Evet (sayısı:.....) 2. Hayır
19. Sahip olmak istediğiniz çocuk sayısı ve cinsiyeti nedir?
1.Kız(.....) 2.Erkek(.....)
20. Siz hiç düşük yaptınız mı?
1.Evet (sayısı:.....) 2. Hayır
21. Siz hiç ölü doğum yaptınız mı?
1.Evet (sayısı:.....) 2. Hayır
22. Siz hiç isteyerek gebeliğinizi sonlandırdınız mı?
1.Evet (sayısı:.....) 2. Hayır
23. Son iki gebeliğinizin arasındaki süre kaç yıldır?.....
24. Son gebeliğinizi planlayarak mı gerçekleştirdiniz? 1.Evet 2.Hayır
25. Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmeti aldınız mı? 1.Evet 2.Hayır
26. Doğum/doğumlarınızın gerçekleştiği yer neresidir?
1. Devlet/Fakülte Hastane 2.Özel Hastaneler 3.Sağlık kabini 4.Ev 5.Tarla
27. Doğumunuzu gerçekleştiren kişi/kişiler kimler?
1. Sağlık Personeli 2.Ara mahalle ebesi 3.Diğeri(.....)

C. Gebeliği Önleyici Yöntemlerle İlgili Özellikler

28. Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem biliyor musunuz? 1.Evet(.....) 2.Hayır

29. Gebeliği önleyici yöntemle ilgili bilgi aldınız mı?
1.Evet 2.Hayır
30. Gebeliği önleyici yöntemle ilgili bilgiyi nereden/ kimden aldınız?
1.Gazete-Dergi-Kitap 2.Radyo-Televizyon 3.Akraba-Komşu-Arkadaş 4.Ebe-Hemşire
5.Hekim
6.Diğer(.....)
31. Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanıyor musunuz?
1.Evet(.....) 2.Hayır
32. En son tercih ettiğiniz gebeliği önleyici yöntem kim karar verdi?
1.Kendim 2.Eşim 3.Diğer(.....)
33. En son kullandığınız gebeliği önleyici yöntemi seçme nedeniniz nedir?
1.Ekonomik olması 2.Koruyuculuğunun yüksek olması 3.Diğer(.....)
34. Yöntemi temin ettiğiniz yer neredir? (.....)
35. Gebeliği önleyici yöntem kullanmama sebebiniz nedir?
1.Menapozdayım 2. Şuanda gebeyim 3. Gebe kalmak istiyorum 4.Diğer (açıklayınız)
36. Tarlada gidilen dönemde gebeliği önleyici yöntem tercihiniz değişiyor mu?
1.Evet(Açıkla)
2.Hayır
37. Tarlaya gidilen dönemde gebeliği önleyici yöntem tercihiniz neden değişiyor?....
38. Tarlaya gitmeden önce kullanılan gebeliği önleyici yönteminiz nedir?.....
39. Tarlaya gidilen dönemde kullanılan gebeliği önleyici yönteminiz nedir?.....

EK III: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı '**Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri, Bu Yöntemleri Tercih Nedenleri ve Etkileyen Faktörler**' dir.

HASTA ADI: _____

Bu araştırmada Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri, Bu Yöntemleri Tercih Nedenleri ve Etkileyen Faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmada öngörülen süre 20 dakika olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 300'dür.

Bu araştırma ile ilgili olarak benden beklenen sadece anketleri doğru yanıtlamaktır. Benim için herhangi bir risk yoktur. Araştırmacı bilgim dâhilinde veya isteğim dışında çalışma programını aksatmam vb. nedenlerle beni araştırmadan çıkarabilir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için 05427240212 no'lu telefondan Fatma Gözükara'ya 0545 601 72 00 no'lu telefondan Sibel Ayhan'a başvurabileceğim.

Bu araştırmada yer almayı kendi isteğim ile kabul ediyorum. Araştırmada yer almayı reddedebilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirim; bu durum herhangi bir cezaya ya da benim yararına engel duruma yol açmayacaktır. Çalışmadan çekilmem ya da araştırmacı tarafından çıkarılmam durumunda, kendim ile ilgili veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Bu araştırmada yer almam nedeniyle bana hiçbir ödeme yapılmayacaktır ve benden hiçbir ücret talep edilmeyecektir.

Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri Yrd.Doç. Dr. Fatma Gözükara'ya ulaştırılacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve araştırma yayınlanırsa

bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler veriye ihtiyaç duyan diğer ülke hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.