

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KARS İLİ, SUSUZ İLÇE MERKEZİNE BAĞLI AİLE
PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANAN 15-49 YAŞ GRUBU EVLİ
KADINLARDA KULLANILAN YÖNTEM VE YÖNTEM
SEÇİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Betül ERSÖZ

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU

EBELİK ANABİLİM DALI

KARS 2017

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KARS İLİ, SUSUZ İLÇE MERKEZİNE BAĞLI AİLE
PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANAN 15-49 YAŞ GRUBU EVLİ
KADINLARDA KULLANILAN YÖNTEM VE YÖNTEM
SEÇİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Betül ERSÖZ

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU

EBELİK ANABİLİM DALI

KARS 2017

TC

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Betül ERSÖZ tarafından hazırlanmış olan Kars İli, Susuz İlçe Merkezine Bağlı Aile Planlaması Yöntemi Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler adlı bu çalışma, yapılan tez savunması sonucunda jüri üyeleri tarafından Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği uyarınca değerlendirilerek oy ...*birliği*... ile ...*kabul*... edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17/11/2017

Adı Soyadı:

Başkan: Doç. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ

Üye: Yrd. Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU

Üye: Yrd. Doç. Dr. Ayşe AYDIN

İmza:

[Handwritten signatures]

Bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../... gün ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Üreme çağında bulunan kadınların aile planlaması ve yöntemleri hakkında yeterli düzeyde eğitim ve danışmanlık alarak, kendi yaşamlarında faaliyete geçirmeleri; sağlıklı bireylerin yetişmesini ve sağlıklı toplumun oluşmasını sağlar. Böylelikle toplumumuzdaki kadınlar kendi sağlığını ve bebeğinin sağlığını koruyarak toplumun ilerlemesine katkıda bulunabilir. Bu çalışma kadınların aile planlaması ve yöntemleri hakkında ne tür eğitim ve danışmanlık ihtiyaçları olduğunun tespit edilmesini sağlayarak ihtiyaçlara yönelik çalışmaların yürütülmesine katkıda bulunabilir.

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgilerini ve deneyimlerini benimle paylaşan, bana yol gösteren ve desteğini hiç esirgemeyen kıymetli hocam Yrd. Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU'ya

Eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocalarım Doç. Dr. Sevdâ ELİŞ YILDIZ, Yrd. Doç. Dr. Ayşe AYDIN, Yrd. Doç. Dr. Seyit Ali BİNGÖL, Doç. Dr. Erol AYDIN'a

Eğitimim süresinde manevi desteğini hiç esirgemeyen çok sevdiğim Annem, Babam, Ablam ve Sinan'a, değerli arkadaşlarım Canan ve Nazlı'ya

TEŞEKKÜRLER.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR.....	I
KISALTMALAR LİSTESİ.....	IV
TABLolar LİSTESİ.....	VI
ÖZET.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Aile Planlamasının Tarihçesi.....	3
2.2. Dünyada Aile Planlaması.....	4
2.3. Türkiye’de Aile Planlaması.....	4
2.4. Aile Planlamasının Tanımı ve Amacı.....	6
2.5. Aile Planlamasının Yararları.....	7
2.6. Aile Planlaması Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Faktörler.....	7
2.7. Modern Aile Planlaması Yöntemleri.....	8
2.7.1. Hormonal Kontraseptifler.....	8
2.7.2. Rahim İçi Araç (RİA).....	12
2.7.3. Bariyer Yöntemler.....	14
2.7.4. Cerrahi Kontrasepsiyon.....	17
2.8. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri.....	19
2.8.1. Takvim Yöntemi.....	19
2.8.2. Geri Çekme.....	19
2.8.3. Vajinal Duş.....	20
2.8.4. Emzirme (Laktasyonel Amenore Yöntemi – LAM).....	20
2.9. Aile Planlamasında Ebenin/Hemşirenin Rolü.....	20

3. MATERYAL ve METOT.....	23
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	34
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	41
7. KAYNAKLAR.....	43
8. EKLER.....	50
9. ÖZGEÇMİŞ.....	60



KISALTMALAR LİSTESİ

AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome

AP: Aile Planlaması

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık

DMPA: Depo Medroksi Progesteron Asetat

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

Dr: Doktor

EE: Etinil Estradiol

FDA: Food Drug Administration

GnRH: Gonadotrop Salgılatıcı Hormon

Hb: Hemoglobin

Hct: Hematokrit

HIV: İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü

KOK: Kombine Oral Kontraseptif

LAM: Laktasyonel Amenore Yöntemi

LH: Lüteinize Edici Hormon

MI: Miyokard Enfarktüsü

MÖ: Milattan Önce

OKS: Oral Kontraseptifler

PID: Pelvik İnflamasyon Hastalığı

RIA: Rahim İçi Araç

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması	8
Tablo 4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	26
Tablo 4.2. Kadınların Evlilik ve Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı.....	27
Tablo 4.3. Kadınların Aile Yöntemlerine Ait Bilgilerinin Dağılımı Planlaması.....	28
Tablo 4.4. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine Ait Bilgi Kaynakları ve Yöntem Kullanma Durumlarının Dağılımı.....	29
Tablo 4.5. Kadınların Yöntem Bırakma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Dağılımı.....	30
Tablo 4.6. Kadınların AP ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	30
Tablo 4.7. Kadınların AP ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlar ile Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılması.....	33

ÖZET

Kars İli, Susuz İlçe Merkezine Bağlı Aile Planlaması Yöntemi Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler

Bu çalışma, Kars ili Susuz ilçe merkezine bağlı 15-49 yaş kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve yöntem seçimlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; Kasım-Aralık 2016 tarihleri arasında Kars'ın Susuz ilçesinde yaşayan 15-49 yaş arası 1369 nüfustan Susuz Entegre Aile Sağlığı Merkezine başvuran 15-49 yaş arası evli kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini; Kars'ın Susuz ilçe merkezine bağlı bulunan Susuz Entegre Aile Sağlığı Merkezine başvuran 15-49 yaş arası evli 214 kadın oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri; kadınların, sosyo-demografik ve doğurganlık özelliklerinin yanı sıra aile planlaması bilgi ve kullanım durumu ile ilgili bilgileri de içeren kişisel bilgi formu ile toplanmıştır. Veriler çalışmanın yapıldığı merkezde ayrı bir oda da, yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veriler ortalama, standart sapma, yüzdelik, ki-kare testi ve varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Yaş ortalaması 32.13 ± 7.58 olan kadınların %78.8'inin modern, %21.2'sinin geleneksel aile planlaması yöntemi kullandığı belirlenmiştir. Kadınların en çok kullandıkları yöntemler sırasıyla %28.8 RİA, %25.0 geri çekme, %24.4 kondom'dur. Yapılan değerlendirmede kadınların aile planlaması yöntem tercihlerini etkileyen faktörler ile bilgi düzeyleri, eğitim düzeyi, aile tipi, çalışma ve gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Sonuç olarak; kadınların %72.9'u aile planlaması yöntemi kullanmaktadır, kullanılan yöntemlerden ise %78.8'i modern yöntemdir. Geleneksel yöntemler içerisinde ise geri çekme en fazla bilinen (%68.7) ve en fazla kullanılan (%25) yöntem olmuştur. Çalışmadan çıkan sonuçlara bakılarak etkili aile planlaması yöntemlerinin kullanımının artırılması hedeflenerek yeterli eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, Aile planlaması yöntemleri, Evli kadın, Yöntem seçimi, 15-49 yaş

ABSTRACT

The method of family planning used by the married women between the ages of 15 and 49, and the factors affecting the preference of the method from Kars province Susuz town

This study was carried out to determine the family planning methods used by 15-49 year old women in the center of Susuz district of Kars province and to determine the factors affecting method selection. The study's universe consists of married women of 1369 females aged 15-49 living in Susuz province of Kars and who applied to the Susuz Integrated Family Health Center between November and December 2016. The sample of the study consists of 214 women aged between 15 and 49 who applied to the Susuz Integrated Family Health Center in Susuz, Kars. The data of the study were collected through a personal information form which included information on the socio-demographic and fertility characteristics of the women, as well as information on the family planning and use status. The data were gathered face-to-face in a separate room where the work was done. Data were evaluated using mean, standard deviation, percentile, chi-square test and analysis of variance. It was determined that 78.8 percent of the women with a mean age of 32.13 ± 7.58 used modern and 21.2 percent of them used traditional family planning method. The most common methods used by women are RIA (28.8%), withdrawal (25.0%), and condom (24.4%). There were statistically significant correlations between the factors affecting the family planning method choices of the women and knowledge level, education level, family type, working and income status ($p < 0.05$). As a result; 72.9% of the women use the family planning method and 78.8% of the methods used are modern methods. In traditional methods, withdrawal is the most common method (68.7%) and most commonly used method (25%). As a result of the study, it may be suggested that adequate training and counselling services should be provided to increase the use of effective family planning method.

Key words: family planning, family planning methods, married woman, choice of method, 15-49 age.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Aile planlaması (AP) evli çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına; eşlerin istenmeyen gebeliklerden korunmalarına; iki doğum arasındaki süreyi belirlemelerine; 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 tümüdür (Coşkun 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization – WHO)'nün (2015) güncellenmiş aile planlaması tanımı ise şöyledir: 'Eşlerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda çocuk sahibi olmaları veya kişisel istekleri değerlendirilerek ekonomik durumlarına göre çocuk sayılarını ve doğum aralıklarını belirlemeye yönelik çalışmalardır' (http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/ Erişim Tarihi: 20.10.2017).

Dünya'da modern yöntem kullanan kadınların oranı %56.1, geleneksel yöntem kullanan kadınların oranı ise %6.7'dir. Dünyada en yaygın kullanılan modern aile planlaması yöntemi, %20.3 ile tüpligasyonudur. Tüpligasyonu, RİA %14.2, hap %8.8, kondom %6.1, enjeksiyonlar-implantlar %3.7, erkek sterilizasyonu %2.8, geri çekme %2.8, vajinal bariyerler %0.2, takvim yöntemi %3.3 ile diğer yöntemler izlemektedir. Çok gelişmiş ülkelerde, kadınların %58.6'sı modern yöntem, %11.1'i geleneksel yöntem kullanmaktadır. Geleneksel yöntem kullanan kadınların %6.2'si geri çekme yöntemini kullanmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde ise kadınların %55.7'si modern, %6.0'sı geleneksel yöntem kullanmaktadır. Geleneksel yöntem kullanan kadınların %2.3'ü geri çekme yöntemini tercih etmektedir (www.unpopulation.org , Erişim tarihi:11.04.2017).

TNSA 2013 sonuçlarına göre Türkiye'deki kadınların aile planlaması yöntemlerinin tamamına yakını bildikleri tespit edilmiştir. Bu yöntemlerden; %98 ile Rahim içi araç, %98 ile hap, %98 ile tüpligasyon, %92 ile kondom, %93 ile geri çekme bilinmektedir. Bildikleri en modern ve yaygın aile planlaması yöntemi rahim içi araç (RİA), hap, kadın sterilizasyonu, erkek kondomu ve gebeliği önleyici iğnedir. Yaygın olarak kullanılan yöntemler RİA ve geri çekmedir. Evli kadınların %74'lük

kısının kullandığı gebeliği önleyici yöntemin %47'si modern, %26'sı gelenekseldir. En yaygın kullanılan modern yöntemler: RİA (%17) ve erkek kondomudur (%16). En yaygın kullanılan geleneksel yöntem geri çekmedir (%26) (TNSA 2013). TNSA 2008'e göre ise hap ve rahim içi aracın hormonal yan etkilere bağlı terk edildiği görülmüştür.

Kars ilinde 2016 yılında aile sağlığı merkezlerinde AP yöntemi dağıtılan toplam kişi sayısı 15.986 olup, Susuz ilçesinin verilerine bakıldığında yöntem dağıtılan toplam kişi sayısı 1.283'tür. Kondom sayısı en fazla kullanılan yöntem olup 5.208, hap sayısı ise 740'tır. Diğer dağıtılan etkili yöntem sayısı 133'tür. Kars ilinin 2017 yılının ilk yarısında hesaplanan 15-49 yaş arası kadın sayısı 59.861 kişidir. Yöntem kullanmayan kadın sayısı ise 24.617 olup, etkisiz yöntem kullanan kişi sayısı ise 8 854'tür. Etkili yöntem kullanan kişi sayısı 15.763 olup etkili yöntemler arasında en fazla sayı 7.267 ile RİA'dır. Ardından 7.055 ile kondom daha sonra 3.032 ile hap, 1.492 ile tüpligasyon gelmektedir (Kars Halk Sağlığı Müdürlüğü 2017).

Gürkaş ve Kiraz'ın (2013) Gaziantep'te yaptıkları çalışmaya göre modern yöntem kullanma oranı yüksektir. Çağlayan ve ark.'nın (2014) yaptıkları çalışmada herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma oranı %72.4 ve en fazla tercih edilen yöntem RİA olup çalışmaya katılanlar arasında aile planlaması konusundaki bilgi sahibi olma düzeyi %88.2'dir. Marakoğlu ve ark.'nın (2008) yaptıkları çalışmada aile planlaması kullanım sıklığının istenilen düzeyde olmadığı, aile planlaması kullanımının yaş faktöründen etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.

Ülkemizde kadınların tamamına yakını aile planlaması yöntemlerini bilmelerine rağmen; modern yöntemleri iyi düzeyde kullanmamaktadırlar. Kadınların modern yöntemleri bildikleri halde kullanmamaları birtakım faktörlerle ilişkili olabilmektedir. Bu nedenle bu çalışma, Susuz'da yaşayan evli 15-49 yaş grubu kadınların kullandıkları aile planlaması yöntem seçimi ve yöntem seçimini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Planlamasının Tarihçesi

Milattan önce (MÖ) 1850’de Mısır papiruslarında tampon olarak bal, sakız ve timsah dışkısı kullanıldığı yazılmaktadır. En erken penis koruyucular 1564 yılında Gabriello Fallopius tarafından tanımlanmıştır. Kondom kullanımının ilk başlangıcının 1600’lü yıllarda yaşayan Dr. Kondom ile olduğu ancak yaygın kullanımının 1800’lü yıllarda Avrupa’da gerçekleştiği bilinmektedir (Senanayake ve Potts 1994). Spermisit ajanların ortaya çıkışı ve bu ajanlarla ilgili çalışmalar 1800’lü yılların başlarına rastlarken, 1950’lerde 90’dan fazla spermisit ilacın marketlerden temin edildiği görülmektedir. Rahim içi aracın (RİA) tarihte ilk defa uzun seyahatlerde develerin gebe kalmaması için kervan sürücüleri tarafından develerin rahimlerine küçük taşlar yerleştirmek suretiyle kullanıldığı bilinmektedir (Özalp 2006). RİA, 1800’lerde serviks ağzını tamamen kaplayan, küçük düğme şeklinde ve kanala uzanan iplerinin bulunduğu bir araç olarak tarif edilmiştir (Huber ve ark. 1975). Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA) gibi içinde yalnızca progesteron içeren enjektabl formlar 1950’li yıllarda endometriozis, endometrial kanser, dismenore, hirsutizm, kanama düzensizlikleri gibi hastalıkların tedavisi için kullanılmaya başlanmıştır ve 1960’larda ise aile planlaması yöntemi olarak gündeme gelmiştir (Gökmen ve Çiçek 2001). Ülkemizde enjektabl formlar 1996 yılından beri de aile planlaması yöntemi olarak başarıyla uygulanmaktadır. Doğum kontrol hapları son 40 yıl içinde birçok ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır. Avustralya’da İnnbruck Üniversitesi’nde fizyoloji profesörü olarak çalışan Ludwig Haberlandt 1900’lü yılların başında ağızdan verilen ovaryan özütlerin doğurganlığı önlediğini söylemiştir. Haberlandt ve Otfried Otto Fellner hayvanlara 1920 yılında steroid özütler verilerek doğurganlığın önlenebildiğini belirtmişlerdir. Haberlandt hormon replasmanı ile doğurganlığın baskılanabileceğinden 1931 yılında bahsetmektedir (Hatch 1994).

Doğum kontrol hapları 1956 yılında ilk deneme ile Porto Rico’da Edris Rica Winey tarafından gerçekleştirilmiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde 1960 yılında doğum kontrol haplarının onaylanmasından sonra yan etki ve risklerinin azaltılması amacıyla içerdikleri östrojen ve progesterin miktarları düşürülmüş ve bunun sonucunda

doğum kontrol hapları güvenle kullanılır hale gelmiştir. Doğum kontrol hapları, 1965 yılından beri ülkemizde kullanılmaktadır. Dünyada 1998’de, Türkiye’de 2002 yılında tıp dünyasında doğum kontrol yöntemi arayışlarının son ürünü olan ve kola yerleştirilen çubuklarla kadınları 3 yıl süreyle %100 gebelikten koruduğu bildirilen “Implant” yöntemi tıbbın hizmetine girmiştir (Golziher 1999, Özalp 2006).

2.2. Dünyada Aile Planlaması

Türkiye’de olduğu gibi tüm dünyada şuan ortak sorun nüfusun hızlı artışıdır. DSÖ’nün verilerine göre dünya nüfusunun 2150 yılında 11-12 milyar arasında bir sayıda olacağı düşünülmektedir. Bu tarihe ulaşıldığında ailelerin çocuk sayısının ortalama 2,1 olacağı tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerin nüfusu şu anda dünya nüfusunun %25’ini oluşturduğu bilinmektedir, aynı veriler 2100 yılına gelindiğinde bu oranın %13’e düşeceğini tahmin edilmektedir. Günümüzde üreme çağına olup korunma yöntemi kullanan kadınların sayısı yalnızca %45’tir. DSÖ verilerine göre doğum kontrol yöntemi kullanımı Doğu Asya ülkelerinde %69, Afrika’da ise yalnızca %11 oranındadır. Sterilizasyon (kadında tüplerin bağlanması, erkekte kanalların bağlanması) ve spiral, gelişmekte olan ülkelere en sık kullanılan korunma yöntemi iken, gelişmiş ülkelere en çok tercih edilen yöntemler doğum kontrol hapları ve kondomdur. Doğum kontrol haplarının kullanımı konusunda ülkeler arasında önemli farklılıklar yer almaktadır: Dünya kadınlarının içerisinde üreme çağındaki grupta yalnızca %15’i doğum kontrol hapi kullanırken, kullanan kadınların yarısından fazlası Amerika Birleşik Devletleri, Brezilya, Fransa ve Almanya’da yaşamaktadır (<http://www.aileplanlama.com/veriler.html> Erişim Tarihi: 15.05.2017).

2.3. Türkiye’de Aile Planlaması

Ülkemizde Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında doğurganlığı destekleyici (Pronatalist) bir politika seyrederken, nüfus artış hızının artması sonucunda 1960’lı yıllardan sonra doğurganlık hızını azaltmaya yönelik (Antinatalist) bir politika benimsenerek, 1965 yılında 557 sayılı yasa ile nüfus planlaması yürürlüğe girmiştir. Bu yasaya göre gönüllü sterilizasyon yöntemleri hariç, kullanılabilen kontraseptif yöntemler kabul edilmiştir. Yine aynı yasa ile aile planlaması hizmetlerini yürütme sorumluluğu Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Bu kanunla modern gebeliği önleyici yöntemlerin ithaline, devletin sağlık kuruluşlarında ücretsiz aile planlaması

hizmetlerini sunumuna ve çiftlerin sağlık eğitimlerinin desteklenmesine zemin oluşturulmuştur (Özaydın ve ark. 2006, Uzun ve ark. 2007).

Anne ölümlerini azaltmak için 1983' te kabul edilen yasa kadınlara, gebeliğin 10. haftasına kadar olan sürede hiçbir şarta bağlı olmaksızın istedikleri zaman kürtaj olabilmelerine imkân sağlanmıştır (Karakaya 2017). Aynı yasa ile getirilen bir diğer yenilikte kurs görüp sertifika almış ebe ve hemşirelere Rahim İçi Araç (RİA) uygulama yetkisi verilmiştir. Ayrıca sektörler arası işbirliğinin desteklenmesi ve uygulamalarda eğitilmiş hekim dışı sağlık personelinden yararlanılması gibi önemli iki yeniliğe yer verilmiştir. Bu kanun aile planlaması ile ilgili eğitimin halka verilmesi ve bu konu da yardımcı olunması için başta Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olmak üzere birçok kurum ve kuruluşa sorumluluk verilmiştir (TNSA 2003, Özaydın ve ark. 2006, Öztürk 2006).

Planlanmamış gebelikler ve doğumlar Türkiye'de ailelerin aile planlaması konusunda bilinçlenmesinden çok bunu temin etmede yani hizmete ulaşmadaki yetersizliğin sonucudur. Yalnızca bu planlanmamış gebelikler ve doğumlar önlendiğinde, doğurganlığın 1/3 oranında azalacağı tahmin edilmektedir (Özaydın ve ark. 2006).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 sonuçlarına göre gebeliği önleyici yöntem kullanımı yaşa göre değişmektedir. Evli kadınlarda herhangi bir yöntem kullanma oranı; en yüksek 35-39 yaş grubundadır (%84). Geri çekme yöntemi kullanımı 15-19 yaş aralığında, RİA kullanımı ise 35-39 yaş grubu aralığında en yüksektir. Yöntem kullanımı etkileyen etmenler; kentsel ve kırsal yerleşimlere, bölgelere, eğitim düzeyine ve yaşayan çocuk sayısına göre farklılaşmaktadır. Yöntem kullananların %32'si o yönteme 12 ay içinde devam etmektedir. RİA, en düşük yöntem bırakma hızına (%11) sahip yöntemdir. Cinsel birliktelik anında kondom kullananların %33'ünün bu yöntemi 1 yıl içerisinde bıraktıkları kaydedilmiştir. Yöntem kullanmayan evli kadınların yaklaşık yarısı ileri dönemde gebeliği önleyici yöntem kullanmak istemektedirler. Gebeliği önleyici yöntem kullananların %56'sının bu yöntemleri, aile sağlığı merkezi ve devlet hastanelerinden, modern yöntem kullananların ise %25'i eczanelerden temin etmektedir (TNSA 2013).

2.4. Aile Planlamasının Tanımı ve Amacı

Aile planlamasının amaçları tanımında açıklanmaktadır.

Aile Planlamasının Amaçları:

- Bireylere AP'nin mantığını kavratmak ve korunma yöntemleri hakkında bilgi vererek bu bilgileri uygulama olanağı sağlamak,
- Fazla sayıda sık aralıklarla olan gebelikler ve doğumlar nedeniyle olabilecek anne çocuk sağlığı sorunlarını en alt düzeye indirmek ve olabilecek sıkıntılı durumları önlemek,
- Kişilerin istedikleri sayıda ve sağlıklı çocuklar yetişmelerine yardımcı olmak,
- Doğurganlık çağındaki bireyleri üreme sağlığının önemi konusunda bilgilendirmek,
- Çocuk sahibi olma isteğine rağmen çocuk sahibi olamayan bireylere tıbbi destek almaları konusunda yardımcı olmak,
- Özellikle istem dışı gebeliklerin tehlikeli yollar aracılığıyla müdahale edilmelerini önleyerek, kadınlara gebelikten korunmanın modern ve tıbbi yollarını öğretmek,
- Hızlı artan nüfusun bilinçli artışını sağlayarak nüfusun niteliğini iyileştirmek; bu şekilde toplumun sağlıklı, mutlu, iyi, eğitilmiş ve ekonomik olanakları yeterli fertlerden oluşmasını sağlamak,
- Aileleri doğum kontrol yöntemlerinden kolaylıkla yararlandırmak,
- Doğum için en uygun yaş aralığını belirlemek,
- İki gebelikler arası süreyi yeterli zaman aralığına göre düzenlemek,
- Cinsel yaşamın sağlıklı şekilde devam etmesini sağlamaktır (Toker 2005).

2.5. Aile Planlamasının Yararları

Doğurganlığın düzenleme/kontrasepsiyon yöntemleri kullanmanın birçok yararı vardır. Başta kadın ve çocuk sağlığı açısından önemli bir yere sahiptir. Bunların dışında aile ve toplum açısından da birçok yararı vardır.

Kadın sağlığı açısından;

- Erken ve ileri yaşlarda olan gebeliklerin oluşumu önlenir (20 yaş altı ve 35 yaş üstü),
- Sık aralıklı gebelikleri önler (İki yıldan az),
- Çok doğurganlık olmasını önler (dört ve üzeri),
- İstenmeyen gebeliklerin oluşumunu önler,
- Çocuk sahibi olamayan çiftlere yardımcı olur,
- Morbidite ve mortaliteyi azaltarak anne ölüm hızını azaltır.

Çocuk sağlığı açısından;

- İstenmeden olan çocuk sayısı düşer,
- Çocukların gerek fiziksel gerek sosyal ve ruhsal yönden gelişimleri daha iyi sonuç verir,
- Morbidite ve mortaliteyi azaltarak bebek ölüm hızını azaltır (Coşkun 2012).

Aile planlaması yöntemlerinin gebeliği önleme dışında da yararı vardır; kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklardan kadın ve erkeği korur. Günümüzde korkulan hastalıkların başında gelen AIDS ve diğer enfeksiyonlar, servikal erozyon ve kanser, kondom ile önlenebileceği gibi dismenore ve disfonksiyonel kanamalar gibi hastalıklardan da haplar sayesinde yarar sağlanmaktadır (Taşkın 2016).

2.6. Aile Planlaması Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Faktörler

Aile Planlamasının yeterli düzeyde kullanımını etkileyen birçok etken bulunmaktadır. Bu etkenlerin ilk sırasında, sağlık hizmetinin sunumundaki yetersizlikler gösterilmektedir. Hizmetlerin sunumundaki yetersizliğin asıl sebebi olarak ise, sağlık personelinin sayıca azlığı, işbirlikçi davranamama ve ülkenin ekonomik payının yetersizliği gösterilmektedir (Tezcan 2009).

Hizmetin yürütülmesi ile ilgili zorluklar arasında, aile planlaması hizmetini yürüten sağlık birimlerinin herkesin ulaşabileceği noktada ve yeterli sayıda olmaması, bu hizmeti yürüten sağlık personelinin yeterli donanımdan yetersiz

olması, aile planlaması hizmetlerinin ana ve çocuk sağlığı açısından bilimsel olarak görülmemesi, aile planlaması hizmetlerinin plan ve programların düzenlenmesinde değerlendirme sonuçlarından faydalanılamaması, iletişim ve erişimdeki zorluklar olarak belirtilmektedir. Eğitim istenilen sonucun alınabilmesi için temel etkidir. Gerek sağlık personeli gerekse kullanan kişiler açısından oldukça önemli yere sahiptir. Eğitimle ilgili engeller arasında, aile planlaması ile ilgili sağlık personelinin bu hizmeti yürütebilecek yeterli hizmet içi eğitimlerinin yapılmaması ya da geciktirilmesi, toplumun aile planlaması konusunda yeterince desteklenmemesi, toplumun sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olmasıdır (Öztürk 2006).

Tablo 1. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması (AÇSAP 2009)

Modern/geleneksel Yöntemler		Geri dönüşümlü/geri dönüşümsüz yöntemler		Kadın/erkek yöntemleri	
Modern	Geleneksel	Geri dönüşümlü	Geri dönüşümsüz	Kadın	Erkek
RİA	Geri çekme	RİA	Tüp ligasyonu	RİA	Geri çekme
Hap	Takvim	Hap	Vazektomi	Hap	Kondom
Kondom	Vajinal duş	Kondom		Spermisit	Vazektomi
Spermisit	Diğer	Spermisit		Diyafam	
Diyafam		Diyafam		Depo Provera	
Depo Provera		Depo Provera		Mesiygna	
Mesiygna		Mesiygna		Tüp ligasyonu	
İmplant		İmplant		İmplant	
Tüp ligasyonu					
Vazektomi					

2.7. Modern Aile Planlaması Yöntemleri

2.7.1. Hormonal Kontraseptifler

2.7.1.1. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

Östrojen ile progesteronun kombinlerinden elde edilen sentetik formların sonucu olarak kontraseptifler (KOK) elde edilir. Monofazik olan çeşitlerinde içeriği her gün aynıdır. Multifazik hap formlarında ise içerik günden güne değişiklik gösterir. Östrojen Etinil Estradiol (EE) KOK'lar içerisinde en yaygın kullanılan çeşidi olup dozu 20 ile 35 mg arasında değişiklik gösterir. 20 mg östrojen dozunda miktarının azalmasına bağlı yan etkilerin daha az görülmesinin yanında, kırılma kanamalarının yükselmesi göze çarpar. Progestinler KOK formüllerinde birçok form

halinde farklılık gösterir. En çok tercih edilen türevleri progesterinler norgestrel, levonorgestrel ve noretindrondur. Food Drug Administration (FDA) onayı alan Mayıs 2001’de piyasaya çıkan ve Spironolakton derivesi olan drospirenon yeni ajan progesterindir. Ülkemizde EE ile kombinasyon şeklindeki ticari preparatlar tercih edilmektedir.

Etki Mekanizması: Etki mekanizmasının işleyişi ovulasyonu inhibe edip, servikal mukusu kalınlaştırarak, endometrial tabakayı ve tubal transportu etki ederek gebeliğin oluşumunun önlenmesini sağlamaktır (Koyuncuer 2004). Gonadotrop salgılatıcı hormon (GnRH) salınımını azaltıp, LH artışını önleyerek ovulasyonu baskılar. Bu antiovlutuar etki sıklıkla progesteron komponentine bağlıdır. KOK’ların kullanımı doğru şekilde gerçekleştiğinde %99’un üzerine çıkan koruyuculuk oranlarından bahsedilmektedir. Normal kullanımdaki başarısızlık nedenlerinin başında kullanıcıya bağlı hatalar gelmektedir. Kullanıcılara hap alma konusunda eğitim verilmeli ve hap alma alışkanlıklarını kazandırmaya yönelik danışmanlık hizmetinden yararlanma olanağı sağlandığında yöntemi daha başarılı şekilde ve uzun süreli kullanırlar.

Kontrendikasyonları: Var olan gebelik durumu, 35 yaş üzerinde aşırı sigara içenler, tromboembolik veya vasküler bozukluk hikayesi, derin venöz tromboflebit, pulmoner emboli, koroner arter hastalığı, anjina, konjestif kalp yetmezliği, enfarktüs, meme kanseri öyküsü, sarılık, akut karaciğer hastalığı, benign veya malign karaciğer tümörü olanlarda KOK kullanılmamalıdır. Risk faktörlerinden 35 yaş üzeri, sigara içilmesi, hipertansiyon (kan basıncı>160/90 mmHg), diyabetes mellitus, birinci derece yakınlarında 50 yaşından önce miyokard enfarktüsü (MI) veya serebrovasküler olay öykülerinin varlığı önemli olup iki tanesinin bulunması durumunda bu yöntem kullanılmaktan kaçınılmalıdır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000).

Yan Etkileri: Şiddetli karın ve göğüs ağrı, bulantı, memelerde hassasiyet, adet miktarının azalması veya adetler arası lekelenme, baş ağrısı, baş dönmesi, kilo artışı, deri değişiklikleri, laktasyonun baskılanması gibi etkileri vardır (Oltuluoğlu 2008).

Olumlu Yönleri: Kusursuz kullanıldığında koruyuculuk %99.9’dur. KOK’lar over ve endometriyum kanserlerine karşı kısmi korunma sağlar. KOK kullananlarda

aylık periyodlar daha az, kısa ve düzenlidir. Bening meme hastalıkları, ektopik gebelik ve demir eksikliği anemisi görülme sıklığı da azalır. Cinsel ilişkiyi etkilemez.

Olumsuz Yönü: Hapların düzenli olarak her gün alınması gerekir. Hepatit B virüs, HIV veya diğer CYBH'lara karşı herhangi bir koruma sağlamazlar. Emziren kadınlar için uygun değildir. Kan basıncını yükseltebilir, pıhtılaşma riskini artırır. Kilo artışı olabilir. Ruhsal değişikliklere neden olabilir.

Kullanım Şekli; Adetin ilk 5 günü içinde başlanır, 21 tabletlik hap kullanılıyorsa 7 gün, 22 tabletlik hap kullanılıyorsa 6 gün ara verdikten sonra adet kanaması olsun olmasın tekrar yeni bir pakete başlanılmalıdır. Pakette 28 hap varsa hiç ara vermeden ikinci pakete geçmelidir. Herhangi bir gün hap unutulursa hatırlanır hatırlanmaz unutulmuş günün hapi alınmalıdır. Aynı günün hapi ise normal zamanın da alınmalıdır. İlk 2 hafta içinde 2 hap unutulursa üst üste iki gün ikişer hap olarak eksik günler tamamlanır. Üçüncü haftada iki hap alınması unutulmuşsa paket atılarak yeni bir pakete başlanmalı ve bu arada ek bir korunma yöntemi kullanılmalıdır. Bir hafta süresince ek yönteme devam edilmelidir. 3 hap unutulduğunda ise paket atılıp aynı gün yeni bir pakete başlanmalıdır. Aynı şekilde bir hafta süre ile ek bir yöntem kullanılmalıdır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000).

2.7.1.2. Mini Haplar (Yalnızca Progestin İçeren Haplar)

Mini haplarda, KOK'lara oranla daha düşük oranda progestin bulunur ve östrojen içeriği yer almaz. Mini haplar östrojenin yan etkilerinden kaçınmak amacıyla geliştirilmiş ancak düşük dozlu kombine preparatların çıkması sonucu güncelliğini yitirmiştir. Mini haplar emzirme sürecinde olan ve östrojen almasının tehlikeli olduğu kadınlarca kullanılmaktadır. Gösterdiği etkinlikleri KOK'lara göre daha azdır.

Etki Mekanizması: Servikal mukusu kalınlaştırarak spermelerin geçişini önler, %40-60 ovulasyonu engeller. Tüplerin hareketliliğini etkileyerek rahim iç tabakasını inceltir ve bebeğin yerleşmesine engel olur. Emzirenlerde %98.5 oranında, emzirmeyenlerde %96 oranında gebeliği önleyici etkisi bulunmaktadır.

Olumlu Yönleri: KOK'ların yan etkilerinin büyük bir kısmı bunlarda görülmez. Emzirmeye olumsuz etkisi yoktur. Cinsel ilişkiyi etkilemez.

Olumsuz Yönleri: Her gün hap alınması unutulabilir. Adetler arası kanama ve kanama düzensizliklerine sebep olabilir. CYBH karşı koruyuculuğu yoktur.

Kullanım Şekli: Kullanıma başlama şekli ise adet ilk günü başlanmalı ve her gün aynı saatte bir hap almak suretiyle sürdürülmelidir. Yani adet döneminde ara verilmeden kullanılır. Eğer unutulur veya her gün aynı saatte alınmaz ise gebe kalma riski yükselir. Kadın bir hap almayı unuttuysa ya da 3 saatten fazla geciktiyse, unuttuğu hapı hatırlar hatırlamaz almalı ve 48 saat süreyle ek korunma yöntemi kullanılmalıdır. İki veya daha fazla hap unutuldu ise, iki gün süre ile ikişer hap alınmalı ve daha sonra birer hap almaya devam etmelidir. Bu durumda bir hafta süreyle ek bir korunma yöntemi kullanılmalıdır (Akın 2014).

Kontrendikasyonları: Geçirilmiş over kisti, ektopik gebelik, açıklanamamış vajinal kanamalarda ve meme kanseri olan kişilerde kullanılmamalıdır (Taşkın 2016).

2.7.1.3. Post Koital Haplar (Ertesi Gün Hapları)

Acil kontrasepsiyon gerektiren durumlarda post koital haplar kullanılırlar. Kontraseptif amacıyla sürekli kullanılmamalıdır. Kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİA'nın düşmesi, hap alınmanın unutulması, planlanmamış bir cinsel ilişki veya tecavüz gibi durumlarda acil kontrasepsiyona başvurulmalıdır. Bu ilaçlar yüksek dozda östrojen ve progesteron ya da sadece progesteron içerdikleri için uzun süreli kullanılmaları sakıncalıdır. Koruyuculuğu %98'dir. Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 72 saat içinde alınmalıdır (Çelik 2006, Katırcı 2008).

2.7.1.4. Enjekte Edilen Kontraseptifler

Aylık veya 3 aylık formları bulunmaktadır. Aylık uygulanan ve 5 mg Estradiol ile 50 mg Noretisteron içeren enjeksiyon şeklinde kombine hali mevcuttur. Ayrıca medroksiprogesterone asetat 25 mg ve estradiol cypionate 5 mg (Cyclofem) içeren ayrı bir preparat da bulunmaktadır (Kelaghan ve ark. 1982). Yan etki, endikasyon ve kontrendikasyonlar kombine oral kontraseptifler gibidir. Kombine enjekte edilen kontraseptifler gebelikten korunmada oldukça etkindir. Başarısızlık durumu yaklaşık %0.1-0.2 arasındadır. Bırakıldığı zaman doğurganlık 9 ay içerisinde geri döner.

Kullanım Şekli: Adet gören ve ilk kez uygulanacak kadınlarda adetın ilk 7 günü içinde yapılmalıdır. Doğum sonrası dönemde eğer kadın emziriyorsa doğum sonrası 6 aydan sonra, emzirmiyorsa doğum sonrası 3-4. haftada uygulanmaya başlanabilir. Düşük sonrası hemen ya da ilk 7 gün içinde ilk enjeksiyon yapılabilir. Bir sonraki enjeksiyon kanamanın durumuna bakılmaksızın aylık olanlar için ilk enjeksiyondan 30 gün sonra üç aylık olanlar içinse üç ay tamamlandıktan sonra uygulanmalıdır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000).

2.7.1.5. Deri Altı İmplantlar (Norplant, İmplanon)

5 yıl süre ile oldukça etkili korunma sağlayan implantlar; norplant, yeni nesil jadella ve imlanon adıyla tanınan kontraseptifler derialtına yerleştirilir. İmplantlar basit bir cerrahi müdahale ile kolun üst iç bölgesine ve deri altına yerleştirilen çubuklardır.

Etki Mekanizması: Düşük dozlar ile sabit salgılanan progestin aracılığıyla ovulasyonu baskılayarak, servikal mukusu kalınlaştırarak ve tubal motiliteyi azaltarak gebeliği önler.

Olumlu Yönleri: Kullanımı kolaydır. Son derece etkilidir. Çıkarıldığında kontraseptif etki hemen sona erer. Cinsel ilişkiyi etkilemez.

Olumsuz Yönleri: CYBH karşı koruyuculuğu yoktur. Uygulanması için eğitilmiş personel gerekir. Kullanıcı yöntemi kendi kendine bırakamaz.

Kontrendikasyonları: Sakıncalı olduğu durumlar ise mini haplarda olduğu gibidir.

Yan Etkileri: Amenore ve siklus bozuklukları sık görülen yan etkileridir. İmplant kullanımı sırasında görülen şiddetli karın ağrısı, şiddetli vajinal kanama, migren, görme bozukluğu ve düzenli siklusları izleyen anemoreler tehlike işareti olarak bilinmektedir (Taşkın 2016).

2.7.2. Rahim İçi Araç (RİA)

Uterin kaviteye yerleştirilen, farklı şekilleri olan metal ve plastik çeşidi bulunan esnek bir araçtır.

Etki Mekanizması: Spermeleri immobilize ederek tüplere varışı engeller, ovumun fallop tüplerinden geçişini ise hızlandırır. Fertilizasyonu inhibe edip yabancı cisim yanıtıyla blastokistin erimesine neden olarak imlantasyonu önler. Lokal

prostglandin yapımını arttırır. Progestin içeren çeşidinde ise servikal mukusu kalınlaştırma özelliği bulunur.

RİA Çeşitleri

Katkısız (inert) RİA: S şeklinde polietilen ya da paslanmaz çelikten yapılmıştır.

Bakırlı RİA: T şeklindedir. Plastik aracın gövdesinde ve kollarında bakır plaklar vardır. Spermelerde kimyasal değişiklik yaparak hasar meydana getirir böylece fertilizasyonu engeller (Coşkun 2012). TCu 380A 10 yıl, Multiload ve Nova T 5 yıl süre ile korur (Taşkın 2016).

Hormonlu RİA'lar: Gövdesinde progesteron ve levonorgestrol içeren plaklar bulunmaktadır. Bariyer etkinin yanında progesteron etkisiyle servikal mukusu kalınlaştırarak korunma etkisini artırır. Menstrüasyon düzensizlikleri özellikle de amenore sık görülen yan etkileridir (Coşkun 2012). 5 yıl süre ile korur (Taşkın 2016).

RİA uygulaması için sertifikasyon gerekmektedir. Sağlık bakanlığı tarafından verilen bu belge ile ebe ve hemşireler RİA takabilir.

Takılma zamanları

- Düzenli kontraseptif kullanılıyorsa siklusun herhangi bir gününde,
- Genellikle siklusun 4.-5. Gününde,
- Doğumdan sonra hemen ya da 6 hafta sonra,
- Düşük ve kürtajdan hemen sonra,
- Sezaryenden 8 hafta sonrasında takılabilir (Coşkun 2012).

Olumlu yönleri

- Güvenli ve çok etkili koruma sağlar.
- Sorun olmadığı sürece yılda bir kez kontrol yeterlidir.
- Çıkartıldıktan sonra doğurganlığa hızlı dönüş sağlanır.
- Emzirenler için güvenli koruma sağlar (Öztürk 2009).

Yan etkileri ve komplikasyonları

- Lekelenme, ara kanama, amenore, uzamış kanama
- Kramp ve ağrılar

- RİA'nın kısmen ya da tamamen düşmesi
- RİA'nın ipliklerinin kaybolması
- Gebelik riskinin %1-2 olasılığı
- Uterus perforasyonu, gömülmesi
- Pelvik inflamasyon hastalığı (PID)

Kullanmasının sakıncalı olduğu kişiler

- Gebeler
- Adetleri ağrılı, uzun ve aşırı kanaması olan kişiler
- Pıhtılaşma sorunu olan kişiler
- Genital yol enfeksiyonu bulunan kişiler
- CYBE'si yüksek risk grubunda olanlar
- Derin anemisi olanlar (hb: 9g/dl ↓ ve hct: %30 ↓)
- Uterusta anatomik bozukluk varlığında
- Lösemi, romatizmal kalp hastalığı, diyabet bulunan kişilerde
- Uzun süreli kortikosteroid tedavisi alan hastalara uygulanmaz.

RİA konusunda kullanıcı doğru bilgilendirilmelidir. Takıldıktan sonra ki ilk adet bitiminde (4-6 hafta) kontrole gelmelidir. Normalin dışında adet iki kat uzun olması ve fazla kanama, ateş, kasıklarda ağrı, şiddetli sancı, anormal vajinal kanama durumlarında kliniğe başvurulmalıdır.

Uyarı işaretleri

- Adet gecikmesi, aşırı kanama
- Karın ağrısı, disparoni
- Enfeksiyon, anormal akıntı, halsizlik, ateş, titreme
- İpliklerin kaybolması (kısılma-uzama)
- RİA'nın düşmesi durumlarında hiç vakit kaybedilmeden kliniğe başvurulmalıdır (Coşkun 2012).

2.7.3. Bariyer Yöntemler

Cinsel ilişki sırasında, spermin kadının vajinasına geçmesini önleyen yöntemlerdir. Güvenilirliği oldukça yüksektir. Kontrendikasyonları yok denecek

kadar azdır. Reçetesiz alınabilir. Diğer aile planlaması yöntemlerinden farklı olarak, kadın ve erkek kondomu cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşıda koruma sağlamaktadır. Erkek kondomunun bir diğer özelliği de aile planlaması sorumluluğunun paylaşılmasını sağlar özellikle olmasıdır.

Bariyer yöntemler;

- Kadın kondomu,
- Erkek kondomu,
- Diyafram,
- Servikal başlık,
- Spermisit.

2.7.3.1. Erkek Kondom

Lateks maddesinden üretilen erkek cinsel organına takılmaya uygun olan ve içerisinde spermisit bulunan, gebelik ile CYBE'den korunmayı sağlayan araçtır.

Etki Mekanizması: Ejakülasyon sırasında spermin kondom içinde hapsolarak kadın genital sistemine ulaşmasına engel olarak etki eder.

Ülkemizde kılıf, kaput olarak da bilinen dünya genelinde prezervatif ya da kondom olarak bilinmektedir. Silindirik şeklinde olup açık ucunun kenarı kullanım kolaylığı açısından kalındır. Gebelikten korunmanın yanı sıra AIDS, Hepatit B ve C virüsü dahil tüm mikrobiyolojik etkenlerin bulaşmasını engeller.

Kurallara uygun olarak uygulandığında gebelikten koruma oranı %97 oranında başarı göstermektedir. Spermisit maddeler içeren kondomların koruyuculuğu daha yüksek olmaktadır. En sık yapılan yanlış cinsel ilişkiye kondomsuz başlanması ve orgazm öncesi takılmasıdır. Bu durumda gebelik riski artış göstermektedir. Zira ejakülasyon olmasa dahi erkekte salgılanan sıvılarda az miktarda da olsa sperm bulunmaktadır. Kondomun yırtılma ihtimaline karşı acil kontrasepsiyona başvurulması gerektiği unutulmamalıdır.

Olumlu Yönleri; Aile planlamasına erkeklerinde dahil olmalarını sağlar, güvenli, ucuz ve erişimi kolaydır. AIDS ve diğer CYBE'lere karşıda koruma sağlar, erkeklerde erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilmektedir. Ayrıca reçete veya tıbbi izlem gerektirmez.

Olumsuz Yönleri; Cinsel ilişkiye bağımlıdır, önceden temin edilmesi gerekir, özellikle erkeklerde duyarlılığın azalmasına sebep olabilmektedir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir ve bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirir. Kullanımdan sonra yok edilmesi soruna yol açabilmektedir. Lateks materyal yırtılabilir ya da sıyrılabılır, özellikle boşalmadan sonra dikkatli şekilde meninin dökmemesine özen gösterilerek çekilmez. Tek kullanımlıdır bu da ek maliyet gerektir. Lateks alerjisi olan kişiler dışında rahatlıkla kullanılabilir (Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı 2009).

2.7.3.2. Kadın Kondom

Poliüretan ya da lateks bir kılıf ile iki kıvrılabilir poliüretan halkadan oluşmaktadır. Vajen için düzelenmiş olup her iki ucunda bükülebilir halka içerir. Serviks takılan kısmı daha küçük kapalı halka içerir, vajen dışında olan kısmı ise 2.5 cm uzunluğunda olup açık halka halindedir (Günel ve Tuncer 2004, Yücesoy ve Çalışkan 2006, Doğan 2008). Cinsel ilişki sırasında kadın kondomunun sıyrılması olumsuzluğunun dışında bir yıllık başarısızlık oranı %0.8'lere kadar düşebilmektedir (Speroff ve Fritz 2007, Doğan 2008).

2.7.3.3. Diyafram

Kıvrılabilir kenarları olan kubbe şekline benzeyen lastik bir kılıftır. Spermisitlerle birlikte ortak kullanımı önerilmektedir. Çeşitli ebatları bulunabilir. Hem serviks tam olarak kapatmalı, hem de rahatsız edici olmamalıdır. Koitus öncesi yerleştirilir, 6 saat sonrasına kadar yerinde kalabilir. Kullanımında yanlışlık yapılmadığı takdirde çok güvenilir bir yöntemdir. Gebelikten korumanın yanı sıra serviks kanserini önleyebilir ve CYBH'lara karşı bir miktar koruyuculuğu da mevcuttur. Ender de olsa toksik şok sendromu oluşabileceğinden 6 saatten uzun süre bırakılmamalıdır (Günel ve Tuncer 2004, Katırcı 2008). Diyafram spermisitle ilk yıl kullanıldığında başarısızlık %16'dır. Olağan kullanıcılar için başarısızlık oranı %20, ideal kullanıcılar için %6 olmaktadır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000, Phillip 2004).

2.7.3.4. Servikal Başlık

Diyaframa benzer, servikse oturma şekliyle farklılık gösterir ve eş tarafından fark edilmeyebilir. Diyafram kullanımı gibi spermisit sürülerek kullanıcı tarafından ilişki öncesinde uygulanır. İlişkiden sonra 6 saat süreyle yerinde kalması sağlanır, 48 saatten fazla bırakılması ise önerilmemektedir (Beksaç ve ark. 2006, Katırcı 2008). Servikal başlık takmadan önce ve taktıktan üç ay sonra mutlaka smear taraması yapılmalıdır. Başlıklar her 12 ila 18 ayda bir değiştirilmelidir. Bir yılda görülebilecek gebelik oranı %8.4 ile %19.6 arasında değişiklik gösterir (Güenalp ve Tuncer 2004, Oltuoğlu 2008, Şimşek 2008).

2.7.3.5. Spermisit

Tek başlarına ya da diğer mekanik bariyer aile planlaması yöntemleriyle kullanılabilen kimyasal içerikli bariyer yöntemlerdendir. En yaygın kullanılan çeşitler Nonoxynol-9, Octoxynol-9 ve Menfegol'dür. Etki şekli hücre membranının yüzeyinde deterjan etkisiyle membran geçirgenliğini arttırıp spermi hareketsizleştirmektedir. Spermisitler jel, köpük, tablet ve fitil formunda uygulanabilirler. İlişkiden 15 dakika önce uygulanmalı ve ilişkiden 6 ila 8 saat sonrasına kadar vajen içinde bırakılmalıdır, vajinal yıkama yapılmamalıdır. Genellikle diğer bariyer yöntemlerle birlikte kullanılırlar ve oldukça maliyeti yüksektir (Güenalp ve Tuncer 2004, Yücesoy ve Çalışkan 2006). Bir yılda yöntemi başarısızlık oranı köpük suppozutuvar için %0.3 iken, köpük için %31 civarındadır (Kolsuz 2007, Oltuoğlu 2008).

2.7.4. Cerrahi Kontrasepsiyon

2.7.4.1. Kadın Sterilizasyonu: Tüpligasyon

Kadının cerrahi sterilizasyonu, başka çocuk istemeyen ve doğurganlığını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli ve en etkili kontrasepsiyonlardan biridir. Cinsel işlev ve tatminde bir farklılık göstermez. Hamile kalmama zorunluluğu olan kadınlarda ve başka çocuk istemeyen çiftler de uygun yöntemdir. Tüpligasyonda her iki tüp mekanik yol ile kapatılır. Her iki tuba üçte bir proksimalden kesilip bağlanır veya kliplenir. Bu uygulama iki şekilde yapılabilir.

Minilaparotomi: Klasik laparatominin basitleştirilmiş halidir.

Laparoskopi: Tüplerin laparoskop aracılığıyla bağlanmasıdır. Ovum overlerden fallop tüplerine geçer, tüp içinde spermle karşılaşarak döllenir. Döllenen yumurta, uterus içine yerleştiği takdirde normal gebelik oluşur. Tüpligasyon da ise her iki tüp mekanik şekilde kapatılarak döllenme olması engellenir. Oral kontraseptifler, RİA ve enjekte edilen kontraseptiflerden çok daha güvenlidir ve başarısızlık oranı yalnızca %1 kadardır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000).

Ertop ve Altay (2012), 15-49 yaş arası kadınlarda yapmış oldukları çalışmada tüpligasyonu aile planlaması yöntemi olarak kullanma oranını %5.8 olarak sunmuşlardır. Mini laparotomi doğum sonrasında ya da doğumdan altı hafta sonra uygulanabilir. Laparoskopik girişimler doğumdan en az 6 hafta sonrasına kadar ertelenmelidir ve girişimler lokal anestezi altında yapılabilir. Mikro cerrahi ile tüplerin yeniden bağlanması zorda olsa mümkündür ancak tüplerin çok az kısmı zarar görmüşse bu işlem gerçekleştirilebilir. Geri dönüşümü oldukça zor olduğu için çiftlere özellikle genç olanlara çok iyi danışmanlık vermek gerekir. Danışmanlık eşlerin ikisi de verilmelidir. Düşük bir oranda da olsa dış gebelik riski vardır. CYBH'lara karşı koruyuculuğu ise yoktur (Dede ve ark. 2004).

2.7.4.2. Erkek Sterilizasyonu: Vazektomi

Vazektomi en etkili kontraseptif yöntemlerden arasında yer almaktadır. Bu yöntem cinsel ilişki ve tatminde herhangi bir değişiklik yapmayacağı gibi vücudun diğer işleyişlerini de etkilemez. Vaz deferenslerin bağlanıp kesilmesi sonucu spermilerin meniye geçişini önleyen bir yöntemdir. Sperm testislerde üretildikten sonra vaz deferens adlı kanal aracılığıyla penise ulaşır. Vazektomi işleminde vaz deferens kesilerek, bağlanır. İlerleyen sperm geçişi olmaz. Erkekler bu küçük cerrahi operasyondan sonra da semen üretmeye devam edip aynı cinsel işlev, istek ve heyecanları yaşamaya devam ederler, görünüm ve tatmin bakımından aynı kalırlar. Oral kontraseptif, RİA, enjekte edilen kontraseptif ya da kondomdan çok daha etkilidir; başarısızlık oranı %1 kadardır. Hamile kalma durumları genellikle vazektomiden hemen sonra görülür. Bu yüzden yöntemi seçen erkeklere 20 boşalma boyunca ek bir yöntem ile korunması gerektiği mutlaka anlatılmalıdır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000). Operasyon sonrasında şişlik, ekimoz ve ağrı olma

riski vardır. Bu şikayetler 1-2 haftada içerisinde kaybolur. Ender de olsa enfeksiyon, hematoma ve epididimit oluşabilir. Oluşan komplikasyonlar ısı tatbiki, skrotal elevasyon ve uygun antibiyotik tedavisi ile çözümlenebilir. Bazı çalışmalarda vazektomize erkeklerin prostat kanseri açısından artmış risk altında olduğu belirtilirken, bazı çalışmalar ise bunun aksini kanıtlar niteliktedir (Healy 1993).

2.8. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

2.8.1. Takvim Yöntemi

Takvim yönteminde bir önceki adet döneminin süresine bakılarak ovulasyonun gerçekleşeceği gün hesaplanarak uygulanır. Kadının düzenli siklusunun olması ve ovulasyon gününün doğru hesaplanması bu yöntemin etkinliğinde önemli yere sahiptir (Attar 2004). Düzenli adetleri olanlarda muhtemel ovulasyon zamanından dört gün önce ve sonrasını içeren dönemde ilişkide bulunmama esasına dayanır (Batioğlu ve Mollamahmutoğlu 2003). Takvim yönteminin uygun olmadığı durumlar ise; düzensiz siklusların olması, çok genç yaş, düşük ve doğum sonrası, menopoza yakın dönemlerde bulunan kadınlarda asla önerilmemelidir (Kelaghan ve ark. 1982).

2.8.2. Geri Çekme

Geri çekme (Coitus interruptus), ilişki esnasında erkeğin boşalmadan hemen önce kadının vajinasından penisini çıkartarak dışarıya boşalmasıdır. Koruyuculuk oranı düşük olduğundan istenmeyen gebeliklerin büyük bir kısmı geri çekme yöntemi kullananlarda olmaktadır (Çiftçioğlu 2006, Güngör ve ark. 2006). Türkiye’de geleneksel yöntemler arasında en yaygın kullanılan yöntem geri çekme olup, bu oran yıllara bakıldığında çok fazla değişiklik göstermemektedir. TNSA 2008 verilerinde geri çekme yöntemi kullanan kadınlar %26.2 iken TNSA 2013 verilerinde %25.5 oranındadır (TNSA 2013).

Olumlu yönlerine bakıldığında başta hiçbir yan etkisi yoktur. Menstrüel sıklusa bağlı değildir ve gelecekteki fertilitiyi etkilemez. Olumsuz yönleri değerlendirildiğinde; ejakülasyondan önce prostatta ve üretrada bulunan bir miktar seminal mayinin vajene kaçma riski vardır. Her zaman erkeklerin oto kontrolü ilişkiye ara vermek için uygun olmayabilir. Bu yöntemin çiftler arasında devamlı kullanılması, cinsel tatminsizliğe ve psikolojik gerginlik sorununa yol açabilir. Cinsel

tecrübesi az olan kişilerde etkinliği düşüktür. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu yoktur. Güvenirliliği oldukça düşük bir yöntemdir (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2005).

2.8.3. Vajinal Duş

Geleneksel yöntemler arasında etkisi olmayan ya da çok az olan yöntemlerdendir. Cinsel birleşmeden hemen sonra kadının vajinasını su, sirke veya bir takım temizlik ürünleri ile yıkayarak spermlerinin ilerlemesine engelleyerek gebelik oluşmamasını hedefleyen doğal kontraseptif yöntemlerdendir. Kullanılan maddenin çeşidine göre değişik türde vajen iltihapları oluşabilir. Özellikle vajinanın normal olan asit-baz dengesini bozması ve önemli sağlık sorunlarını doğurmasından dolayı uygun bir yöntem değildir. Kadının cinsel ilişki sonrası hemen yapması gereken bir işlem olduğundan eşler arasında duygusal kopukluklar meydana getirir. Cinsel ilişki sırasında boşalmadan 15 saniye sonra spermler rahim ağzındaki kanala tutunup ilerlediklerinden dolayı etkisi az olan yöntemlerin içindir ve güvenirliliği yok denecek kadar az olan yöntemler arasında değerlendirilir. Eğer ilişki esnasında sperm öldürücü de kullanılmış ise duş sonrası spermler ajanların da yok olması nedeniyle gebelik riskinin daha da artmasına yol açmaktadır. CYBH açısından da herhangi bir koruyuculuğu yoktur (Mete ve Gerçek 2005).

2.8.4. Emzirme (Laktasyonel Amenore Yöntemi – LAM)

Emzirme doğurganlığı önleyebilir fakat çokta güvenli bir yöntem değildir. Etkatif olması için dikkat edilmesi gereken bir takım kurallar vardır; gece ve gündüz, yaklaşık iki saatte bir emzirmek ve bebeğe anne sütü dışında başka bir besin vermemek ve annenin adet kanaması görmemiş olması gerekir. Bu şartlar eksiksiz yerine getirildiğinde ilk 6 ay boyunca laktasyonel amenore yöntemi kullanılabilir. Ancak ovulasyon ve gebelik adet görmeden de gerçekleşebilir. Emziren annelerde 3. ayın sonunda, emzirmeyenlerde ya da kısmen emzirenlerde 3. haftanın sonunda etkin korunma yöntemlerinden birini başlamak gerekir. Bu Spearoff'un 3'ler kuralı olarak bilinmektedir (Speroff ve ark. 1994).

2.9. Aile Planlamasında Ebe/Hemşirenin Rolü

Ülkemizde 1975 yılında DSÖ işbirliği ile Ankara Çubuk Eğitim Merkezinde, Hacettepe Halk Sağlığı Ana Bilimi tarafından aile planlaması hizmetlerinin

yaygınlaştırılması amacıyla doktor olmayan sağlık personelinin, aile planlaması uygulamalarından yararlanmak amaçlanmış ve buna yönelik ilk çalışma başlatılmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca 24.5.1983 tarihinde kabul edilen 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu ile eğitim verilip, yeterlilik belgesi alan hemşire, ebe-hemşire ve ebelere gebeliği önleyici yöntem uygulama çalışmaları, yetkili hekimin denetimi ve gözetimi altında, resmi kurum ve kuruluşlarda yürütme yetkisi verilmiştir. Ülkemizde aile planlaması çalışmalarının başarısı, bu konuda iyi yetiştirilmiş sağlık personelinin varlığına bağlıdır. Bu konuda özellikle hemşire ve ebelerin önemli görevleri bulunmaktadır (Yağmur 1996). Ebe ve hemşirenin bu alanda dört önemli görevi danışmanlık, eğitim, rehberlik ve motivasyondur. Aile planlaması hizmetleri ve yöntem seçimini etkileyen en önemli basamak yeterli danışmanlık hizmeti vermektir. Aktif aile planlaması danışmanlığı, üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesini ve modern aile planlaması yöntemlerinin kullanım oranını arttırmaktadır. Danışmanlık aile planlamasında yöntem seçimini etkilediği kadar yöntemlerin kabul edilebilirliği, sürekliliğini sağlama ve memnuniyeti arttırmada en önemli etkidir (Timur 2003, Turan 2005, Saygılı 2007). Etkili bir danışmanlık hizmeti verebilecek biçimde eğitim almış ebe ve hemşireler; duyarlı, sürekli eğitime açık, güvenilir, iletişim becerilerine sahip, çiftleri psikososyal boyutu ile değerlendirebilen ve standartlara uygun olarak faaliyet göstermelidir (Murray ve ark. 2002, Timur 2003, Saygılı 2003). Danışmanlık hizmetleri ülkemizde 1990'lı yıllardan itibaren aile planlaması hizmet sunumu aşamasında tanışmıştır. Bu alanda hizmet verecek personel, özel sertifika programlarından geçirilerek danışmanlık bilgi ve becerisi kazanmaları sağlanmaktadır (Coşkun 2007). Bu eğitimi alan personelin görev tanımı, yetki ve sorumlulukları şu şekildedir:

- Bireysel veya grup eğitimi yoluyla her yerde ve her yaş grubundaki kişilere eğitim vermek,
- Topluma yönelik aile planlaması eğitimi vermek,
- Yöntemleri açıklamak ve kişinin kendisi için en uygun olanı seçmesine yardımcı olmak,
- Hap kullanacak kişileri yan etkileri açısından izlemek,
- Pelvik muayene yaparak, uygun kişilere RİA uygulamak,
- RİA kullananların belli aralıklarla kontrole çağırarak,

- Pelvik muayene ve izlemlerde patolojik vakaları yetkili hekime yönlendirmek,
- Kondom dağıtmak, kondom ve spermisitlerin doğru kullanılması için eğitim vermek,
- Çalıştığı kurumda gerekli malzeme, ilaç ve tıbbi aletleri kullanmaya hazır bulundurmak,
- Yürüttüğü aile planlaması programları ile ilgili bilgileri toplamak, kaydetmek ve zamanında yetkililere verileri sunmaktır (Yağmur 2003, Saygılı 2007).

Ebe-Hemşire eğitim verirken toplumdaki ideal aile yapısını, kişilerin isteklerini, toplumun sağlık durumunu, toplumun gereksinimlerini, doğurganlık ve doğum aralığını, toplum içindeki iletişim problemlerini, kadınların yaşlarına uygun dönem özelliklerini, risk faktörlerini ve cinsiyet özelliklerini sağlık durumlarını etkileyen diğer faktörleri (eğitim, çalışma durumu, ekonomik durumu, statüsünü v.s) göz önünde bulundurarak programlamalar ve bu doğrultuda uygulamalarını yapmalıdır (Yağmur 2003, Meydanlıoğlu ve Emiroğlu 2004, Saygılı 2007). Aile planlamasının amacı yalnız ana ve çocuk sağlığı düzeyini artırmak ve gebelikten korunmayı sağlamak olmamalı, aynı zamanda yaşam kalitesini artırma, kadının ve ailenin sosyo-ekonomik statüsünü arttırmayı amaç edinmek olmalıdır. Aile planlama toplumsal bir sorumluluktur. Hiçbir ülke kendini bu sorumlulukların dışında bulunduramamalıdır (Timur 2003).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu tanımlayıcı bir araştırmadır. Kars ili Susuz Entegre Aile Sağlığı Merkezine başvuran, 15-49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması yöntem seçimi ve yöntem seçimini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Kars Susuz Entegre Aile Sağlığı Merkezinde Eylül-Aralık 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmek üzere, etik izin ve kurum izinleri alındıktan sonra, araştırmayı kabul eden kadınlara anket uygulaması yapılmıştır. TÜİK 2016 verilerine göre Kars ili nüfusu 289.789'dur. İlçe merkezlerindeki nüfus 133.528, köylerde ise 156.258'dir. Kars iline bağlı 6 ilçe bulunmaktadır. Araştırmanın yapıldığı Susuz ilçesinin nüfusu 11.820 olup ilçeye bağlı köylerin nüfusu 9.253'tür. TÜİK 2013 verilerine Kars ili 15-49 yaş arası kadın nüfus sayısı 73.802 bu kişilerin 64.527 kişisi evli olup, kaba evlenme hızları %8.5 kaba doğum hızları ise %20.9'dur.

Kars Susuz Entegre Aile Sağlığı Merkezine bağlı 5 birim aile sağlığı merkezini ve toplum sağlığı merkezini oluşturur. Toplum sağlığına bağlı bir sorumlu hekim bir de acil müdahale için hekim, 6 ebe-hemşire, 2 röntgen teknisyeni, 1 laborant, 1 de çevre sağlık teknisyeni bulunmaktadır. Aile sağlığı merkezine bağlı 5 doktor ve 5 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır. Toplum sağlığı, misafir hastaların bakımı, okul aşıları gibi toplu yapılacak işlerden sorumlu olup, Aile sağlığı merkezleri ise birimlerine bağlı bulunan nüfuslarının ana çocuk sağlığı ve genel hasta muayenelerini yapmaktadırlar. 5 birime kayıtlı olan 15-49 yaş arası evli kadın sayıları 1 nolu 267, 2 nolu 336, 3 nolu 303, 4 nolu 142, 5 nolu 291 olup toplam sayı 1.369'dur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini; Kasım-Aralık 2016 tarihleri arasında Kars'ın Susuz ilçesinde yaşayan 15-49 yaş arası 1.369 nüfustan Susuz Entegre Aile Sağlığı Merkezine başvuran 15-49 yaş arası evli kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmada Susuz Entegre Aile Sağlık Merkezine bağlı 15-49 yaş arasında okuma-yazması olan/olmayan tüm evli kadınlara ulaşılması hedeflenmiştir.

Araştırmanın örneklemini; Araştırmada örneklem sayısının belirlenmesinde kullanılan $n=t^2 (P.Q)/E^2$ formülden yararlanılmıştır. Formülde örnek sayısı $(1,96)^2.(0.70).(0.30)/(0.05)^2 =323$, $(1,96)^2.(0.90).(0.10)/(0.05)^2 =139$ olarak bulunmuştur. İşlem sonucunda 323 ile 139 sayıları arasında belirlenen sayıda örneklem oluşturulması gerektiği ortaya çıkmıştır.

Kasım- Aralık 2016 tarihleri arasında, araştırmacının veri toplama amacıyla gittiği günlerde ve saatlerde, olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmayı kabul eden 214 evli kadın örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Kadınların sosyo-demografik, evlilik ve doğurganlık özellikleri bağımsız, AP uygulamalarına ilişkin özellikleri, kullanılan AP yöntemleri bağımlı değişken olarak alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak oluşturulan sosyo-demografik özellikler, AP yöntemi bilgi ve kullanımı ile ilgili bilgileri içeren “*Kişisel Bilgi Formu*” (EK-I) ile toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Verilerin toplanmasında literatürden yararlanılarak hazırlanan (Oltuluoğlu 2008, Çayan 2009) açık uçlu ve çoktan seçmeli sorulardan oluşan “*Kişisel Bilgi Formu*” kullanılmıştır. Form kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, mesleği, ekonomik durumu, aile tipi vb.), doğurganlık özellikleri (gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük ve kürtaj durumları vb.) ve aile planlaması uygulamalarına ilişkin özelliklerini (kullandıkları yöntem, kullanma süresi, daha önceden kullandıkları kontraseptif yöntemler vb.) belirlemeye yönelik hazırlanan 35 sorudan oluşmaktadır. Formun anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla evrenden seçilen 10 kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan kadınlar araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.6. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Kişisel bilgi formu, 29.11.2016-30.12.2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından araştırmaya katılan kadınlarla yüz yüze görüşülerek kendileri tarafından doldurmaları sağlanmıştır. Veriler çalışmanın yapıldığı merkezde verilen ayrı bir odada toplanmıştır. Her bir formun doldurulması 10-15 dakikalık bir sürede olmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizleri SPSS 20 istatistik paket programında yapılmıştır. Veriler ortalama, standart sapma, yüzdelik, ki-kare testi ve varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. $p < 0.05$ değerleri önemli olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın evrenini Susuz ilçesi Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 15-49 yaş evli kadınların oluşturması, olasılıksız örneklem yöntemi kullanılması ve örneklemin küçük olması nedeniyle araştırmanın sonuçları yalnızca araştırmaya katılan kadınlara genellenebilir.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışmaya başlamadan önce Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığından 26/10/2016 tarihinde çalışmanın yürütülmesi için 108 sayılı Etik Kurul İzin alınmıştır (EK-II). Kars Halk Sağlığı Müdürlüğünden Susuz İlçesi Entegre Aile Sağlığı Merkezinde çalışmanın yürütülebilmesi için 29/11/2016 tarihinde yazılı izin alınmıştır (EK-III). Araştırma kapsamındaki kadınların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın yapılma amacı ve süresi açıklanarak "*Aydınlatılmış Onam*" ilkesine uyulmuştur. Kadınların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "*Özerklik*" ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek "*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*" ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek "*Kimliksizlik ve Güvenlik*" ilkesi yerine getirilmiştir (Bayık 2002, Ulusoy ve Uçar 2002).

4. BULGULAR

Yapılan araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler (N=214)	N	%
Yaş (Ortalama: 32.13±7.58 (18-49)		
15-19	8	3.7
20-24	23	10.7
25-29	57	26.6
30-34	48	22.4
35-39	35	16.4
40-44	29	13.6
45-49	14	6.5
Eğitim Durumu		
-İlköğretim	145	67.8
-Ortaöğretim/Lise	42	19.6
-Üniversite ve Üzeri	27	12.6
Çalışma Durumu		
-Çalışmıyor	178	83.2
-Çalışıyor	36	16.8
Gelir Durumu		
-Gelir giderden fazla	64	29.9
-Gelir gidere eşit	139	65.0
-Gelir giderden az	11	5.1
Aile Tipi		
-Çekirdek Aile	128	59.8
-Geniş Aile	86	40.2
Eş Eğitim Durumu		
-İlköğretim	125	58.4
-Ortaöğretim/Lise	62	29.0
-Üniversite ve Üzeri	27	12.6
Eş Meslek Durumu		
-Serbest meslek	24	11.2
-Devlet memuru	156	72.8
-İşsiz	34	15.9
Sağlık Güvencesi		
-Var	191	89.3
-Yok	23	10.7
TOPLAM	214	100.0

Çalışmada kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımını incelendiğinde (Tablo 4.1), kadınların yaş ortalaması 32.13±7.58 (18-49 yaş), ortalama evlilik yaşı 20.06±3.62 (13-35) ortalama evlilik süresi 12.07±8.35 (0-35) olduğu saptanmıştır. Kadınların %67.8'inin ilköğretim mezunu, %83.2'sinin ev hanımı, %65'inin gelirinin giderine eşit olduğu, %89.3'ünün herhangi bir sağlık güvencesinin olduğu

ve %59.8'inin çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadınların eşlerinin %58.4'ünün ilköğretim mezunu ve %72.8'inin devlet memuru olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Kadınların Evlilik ve Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı (N=214)

Obstetrik Özellikler	N	%
Evlilik Yaşı (Ortalama: 20.06±3.62 (13-35))		
18 yaş ve Altı	107	50.0
19-24	87	40.7
25-29	14	6.5
30-39	5	2.3
40-49	1	0.5
Evlilik Süresi (Ortalama: 12.07±8.35 (0-35))		
0-4 Yıl	52	24.3
5-9 Yıl	37	17.3
10-14 Yıl	42	19.6
15-19 Yıl	36	16.8
20 Yıl ve Üzeri	47	22.0
İlk Gebelik Yaşı		
18 ve Altı	65	30.4
19-35 Yaş Arası	129	60.3
Hiç Gebe Kalmamış	20	9.3
Gebelik Sayısı		
Hiç Gebe Kalmamış	20	9.3
1 Gebelik	34	15.9
2 Gebelik	46	21.6
3 Gebelik	48	22.4
4 ve Üzeri Gebelik	66	30.8
İki Gebelik Arası Süre		
0-1 Yıl	20	9.3
2 Yıl	85	39.7
3 Yıl ve Üzeri	109	51.0
Doğum Sayısı		
Hiç Doğum Yapmamış	27	12.6
1 Doğum	39	18.2
2 Doğum	50	23.4
3 Doğum	56	26.2
4 ve Üzeri	42	19.6
Çocuk Sayısı		
Çocuğu Yok	27	12.6
1 Çocuk	41	19.2
2 Çocuk	59	27.6
3 Çocuk	56	26.2
4 ve Üzeri Çocuk	31	14.4
Düşük Öyküsü		
Yok	166	77.6
1-2 Düşük	43	20.1
3-4 Düşük	5	2.3
Kürtaj Öyküsü		
Yok	196	91.6
1-2 Kürtaj	17	7.9
3 ve Üzeri Kürtaj	1	0.5
Toplam	214	100

Kadınların evlilik ve doğurganlık özelliklerinin dağılımı **Tablo 4.2'**de verilmiştir. Kadınların %50'sinin 18 yaş ve altında evlenmiş olduğu, %24.3'ünün 0-4 yıllık evli olduğu ve %60.3'ünün ilk gebelik yaşı 19-35 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. %30.8'inin 4 ve üzeri gebeliğinin olduğu, %26.2'sinin 3 doğum yaptığı, %27.6'sının yaşayan iki çocuğu olduğu saptanmıştır. Kadınların %51'inin iki gebeliğin arasında geçen sürenin 3 yıl ve üzeri olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.3. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine Ait Bilgilerinin Dağılımı

Modern Yöntemler	Hap		Kondom		RİA		Vazektomi		Enjeksiyon		Tüpligasyon	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Biliyor	185	86.4	158	73.8	183	85.5	17	7.9	149	69.6	140	65.4
Bilmiyor	29	13.6	56	26.2	31	14.5	197	92.1	65	30.4	74	34.6
Toplam	214	100	214	100	214	100	214	100	214	100	214	100
Geleneksel Yöntemler	Spermisitler		Geri Çekme		Emzirme		Vajinal Duş		Takvim Yöntemi		Diğer AP Yöntemleri	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Biliyor	27	12.6	147	68.7	111	51.9	61	28.5	54	25.2	16	7.5
Bilmiyor	187	87.4	67	31.3	103	48.1	153	71.5	160	74.8	198	92.5
Toplam	214	100	214	100	214	100	214	100	214	100	214	100

Kadınların aile planlaması yöntemlerine ait bilgilerinin dağılımı **Tablo 4.3'**te verilmiştir. Kadınların %86.4'ü hap, %73.8'i kondom, %85.5'i RİA, %7.9'u vazektomi, %69.6'sı enjeksiyon, %65.4'ü ise tüpligasyonu bilmektedir. Modern yöntemler arasında bilinirliği en yüksek olan yöntemin oral kontraseptifler olduğu, en az bilinen modern yöntemin ise vazektomi olduğu belirlenmiştir. Kadınların geleneksel yöntem bilme durumlarına bakıldığında en çok bilinen yöntem geri çekmedir (%68.7).

Tablo 4.4 Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine Ait Bilgi Kaynakları ve Yöntem Kullanma Durumlarının Dağılımı

Bilgiler	N	%
Bilgi Edinilen Kaynaklar		
Doktor	39	18.2
Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru	152	71.0
Komşu, Akraba, Arkadaş, Aile	20	9.3
Gazete, Dergi, TV, İnternet	3	1.4
Akla Gelen İlk Korunma Yöntemi		
Haplar	43	20.1
Kondom	50	23.4
Geri Çekme	46	21.5
Rahim İçi Araç	57	26.6
Enjeksiyonlar	9	4.2
Tüpligasyon	7	3.3
Takvim Yöntemi	2	0.9
AP Yöntemi Kullanma Durumu		
Evet	156	72.9
Hayır	58	27.1
Kullanılan AP Yöntemi (n=156)		
Hap	15	9.6
Kondom	38	24.4
Geri Çekme	39	25.0
RİA	45	28.8
Enjeksiyon	7	4.5
Tüpligasyonu	11	7.1
Takvim Yöntemi	1	0.6
Kullanılan Yöntem Hangi Grupta (n=156)		
Geleneksel	33	21.2
Modern	123	78.8
Yöntem Kullanma Süresi		
Yeni Başlama	27	17.3
1-2 Yıl	39	25.0
3-4 Yıl	33	21.2
5 Yıl ve Üzeri	57	36.5

Kadınların aile planlaması yöntemlerine ait bilgi kaynakları ve yöntem kullanma durumlarının dağılımı **Tablo 4.4**'te verilmiştir. Aile planlaması hakkında bilgi edinilen kaynak en fazla %71 ile ebe, hemşire ve sağlık memuru olarak ifade edilmiştir. Kadınların %72.9'u herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Araştırmaya katılan kadınlar arasında en çok tercih edilen yöntem %28.8 oran ile RİA'dır. Kullanılan yöntemlerin %78.8 ile modern yöntem olduğu belirlenmiştir. Yöntem kullanma sürelerine bakıldığında %36.5 ile 5 yıl ve üzerinde kullanım oranı en fazla dikkat çekmektedir.

Tablo 4.5. Kadınların Yöntem Bırakma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Dağılımı

Bilgiler	N	%
Kullanılıp Bırakılan Yöntem Durumu		
Evet	97	45.3
Hayır	117	54.7
Kullanılıp Bırakılan Yöntemler(n=97)		
Hap	39	40.2
Kondom	16	16.5
Geri Çekme	7	7.2
RİA	30	30.9
Emzirme	1	1.0
Enjeksiyon	4	4.1
Yöntem Bırakma Nedenleri (n=97)		
Kilo Alımı, Baş Ağrısı vb. hormonal nedenler	23	23.7
Yöntemin Uygun Olmadığını Düşünme	3	3.1
RİA Kayması-Düşmesi, Aşırı-Ara Kanama	14	14.4
Menapoz	1	1.0
Eşlerin Yöntem Kullanmak İstememesi	7	7.2
Yöntemi Kullanırken Gebe Kalınması	16	16.5
Kişilerin Gebe Kalmak İstemeleri	17	17.5
Yönteme Erişim Zorluğu ve Ekonomik Nedenler	2	2.1
Unutkanlık	6	6.2
Uterusa Bağlı Sağlık Sorunları	5	5.2
Farklı Yöntem Kullanma İsteği	3	3.1

Kadınların aile planlaması yöntemlerini bırakma durumları ve yöntem bırakmayı etkileyen faktörlerin dağılımı **Tablo 4.5**'te verilmiştir. Kadınların %45.3'ü daha önce herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıp bıraktığını belirtmiştir. Kadınların daha önce kullanılıp bıraktığı yöntemler arasında %40.2 ile hapi ilk sırada %30.9 ile de RİA'yı ikinci sırada ifade etmiştir. Yöntem bırakma nedenleri arasında en fazla %23.7 ile kilo alımı, baş ağrısı gibi hormonal nedenler olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Kadınların AP ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı

İfadeler	Doğru		Yanlış		Bilmiyor	
	N	%	N	%	N	%
Emzirme gebelikten korur mu?	95	44.4	104	48.6	15	7.0
Doğum kontrol ilaçları uzun süre kullanıldığında kanser yapar mı?	83	38.8	91	42.5	40	18.7
Geri çekme etkili bir aile planlaması yöntemidir.	107	50.0	90	42.1	17	7.9
AP danışmanlık hizmetleri gerekli midir?	197	92.1	17	7.9	---	---
Kullandığımız AP Etkili midir?	141	65.9	13	6.1	60	28.0
AP kullanımında eş desteği gerekli midir?	165	77.1	41	19.2	8	3.7
AP kullanımında sorumluluk kimindir?	154	72.0	55	25.7	5	2.3

Kadınların aile planlaması ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı **Tablo 4.6**'da verilmiştir. Kadınların %44.4'ü emzirmenin gebelikten koruduğunu, %38.8'i doğum kontrol haplarının kanser yapmadığını, %50'si geri çekmenin etkili bir aile planlaması yöntemi olmadığını, %92.1'i aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin gerekli olduğunu, %77.1'i eş desteğinin gerekli olduğunu ve %72'si yöntem kullanım sorumluluğunun her iki çifti ilgilendirdiğini ifade ettiği belirlenmiştir.

Kadınların aile planlaması ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar ile tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılması **Tablo 4.7**'de verilmiştir. Eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan kadınların %88.9'unun emzirmenin gebelikten koruduğunu bilmediğini, %77.8'inin geri çekme yöntemini etkili bir yöntem olarak ifade ettiği saptanmıştır. Kadınların eğitim durumuna göre emzirmenin gebelikten koruduğu ve geri çekmenin etkili bir AP yöntemi olduğu ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Ancak katılımcıların oral kontraseptiflerin uzun süre kullanımının kanser yaptığı ve 'Yöntem kullanımındaki sorumluluk kimlere aittir' sorularına verdikleri yanıtlar ile eğitim düzeyi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çalışan kadınların büyük bir oranının aile planlaması ile ilgili sorulara yanlış cevap verdikleri belirlenmiş olup, çalışma durumuna göre emzirmenin gebelikten koruduğu ve geri çekmenin etkili bir AP yöntemi olduğu ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Ancak katılımcıların oral kontraseptiflerin uzun süre kullanımının kanser yaptığı ve yöntem kullanımındaki sorumluluk kimlere aittir sorularına verdikleri yanıtlar ile çalışma durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Gelir durumu iyi olan kadınların daha çok aile planlaması ile ilgili sorulara yanlış cevap verdikleri belirlenmiş olup, gelir durumuna göre emzirmenin gebelikten koruduğu ve oral kontraseptiflerin uzun süre kullanımının kanser yaptığı ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Ancak kadınların geri çekmenin etkili bir AP yöntemi olduğu ve yöntem kullanımındaki sorumluluk kimlere aittir sorularına verdikleri yanıtlar ile

gelir durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çekirdek aile tipine sahip olan kadınların daha çok aile planlaması ile ilgili sorulara yanlış cevap verdikleri belirlenmiş olup, aile tipine göre emzirmenin gebelikten koruduğu ile ilgili soruya verdikleri yanıtlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Ancak diğer sorulara verdikleri yanıtlar ile aile tipi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.7. Kadınların AP ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlar ile Tamtıcı Özelliklerin Karşılaştırılması (N=214)

İFADELER	Emzirme Gebelikten Korur			OKS Kanseri Yapar			Geri Çekme Etkili AP yöntemidir			AP Kullanımına Sorumluluk Kimin												
	Bilen N	Bilmeyen N	Test ve P Değeri	Bilen N	Bilmeyen N	Test ve P Değeri	Bilen N	Bilmeyen N	Test ve P Değeri	Bilen N	Bilmeyen N	Test ve P Değeri*										
Eğitim Düzeyi																						
-İlköğretim	70	48.3	75	51.7	36.8	14.087	59	40.7	86	59.3	5.629	81	55.9	64	44.1	10.422	99	68.3	46	31.7	3.099	
-Ortaöğretim/Lise	22	52.4	20	47.6	54.8	0.001	19	45.2	23	54.8	0.060	20	47.6	22	52.4	0.005	33	78.6	9	21.4	0.212	
-Üniversite ve üzeri	3	11.1	24	88.9	81.5		5	18.5	22	81.5		6	22.2	21	77.8		22	81.5	5	18.5		
Çalışma Durumu																						
-Çalışmıyor	85	47.8	93	52.2	72.2	4.840	73	41.0	105	59.0	2.209	96	53.9	82	46.1	6.546	125	70.2	53	29.8	1.584	
-Çalışıyor	10	27.8	26	72.2	64.8	0.028	10	27.8	26	72.2	0.137	11	30.6	25	69.4	0.011	29	80.6	7	19.4	0.208	
Gelir Durumu																						
-Gelir gıdiden fazla	20	31.2	44	68.8	50.4	6.488	24	37.5	40	62.5	9.088	26	40.6	38	59.4	4.875	49	76.6	15	23.4	1.001	
-Gelir gidere eşit	69	49.6	70	50.4	54.5	0.039	50	36.0	89	64.0	0.011	73	52.5	66	47.5	0.087	97	69.8	42	30.2	0.606	
-Gelir gıdiden az	6	54.5	5	45.5	61.7	4.819	9	81.8	2	18.2	1.088	8	72.7	3	27.3	2.799	8	72.7	3	27.3		
Aile Tipi																						
-Çekirdek Aile	49	38.3	79	61.7	46.5	0.028	46	35.9	82	64.1	0.297	58	45.3	70	54.7	0.094	96	75.0	32	25.0	1.456	
-Geniş Aile	46	53.5	40	46.5	52.0	8.382	37	43.0	49	57.0	3.191	49	57.0	37	43.0	3.653	58	67.4	28	32.6	0.228	
Eş Eğitim Düzeyi																						
-İlköğretim	60	48.0	65	52.0	51.6	0.015	54	43.2	71	56.8	0.203	64	51.2	61	48.8	0.161	86	68.8	39	31.2	2.971	
-Ortaöğretim/Lise	30	48.4	32	51.6	81.5	16.115	22	35.5	40	64.5	9.130	34	54.8	28	45.2	5.133	45	72.6	17	27.4	0.226	
-Üniversite ve üzeri	5	18.5	22	81.5	57.1	0.000	7	25.9	20	74.1	0.010	9	33.3	18	66.7	0.077	23	85.2	4	14.8	3.638	
Eş Meslek																						
-Serbest meslek	63	42.9	84	57.1	81.5	0.000	56	38.1	91	61.9	0.010	78	53.1	69	46.9	0.077	109	74.1	38	25.9	0.162	
-Devlet memuru	5	18.5	22	81.5	32.5		5	18.5	22	81.5		8	29.6	19	70.4		21	77.8	6	22.2		
-İşsiz	27	67.5	13	32.5			22	55.0	18	45.0		21	52.5	19	47.5		24	60.0	16	40.0		

*Ki-kare testi yapılmıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışmaya katılan kadınların, yaş ortalaması (Tablo 4.1) 32.13 ± 7.58 (18-49 yaş), olduğu saptanmıştır. Giray ve Keskinoglu'nun (2002) yaptıkları çalışmada kadınların yaş ortalaması 31.5 ± 7.5 (16-49), Altay'ın (2009) çalışmasında araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamasının ise 31.98 ± 8.08 , Salman'ın (2014) Isparta çalışmasında ortalama 33.2 ± 7.28 , Yazıcı'nın (2015) yaptığı çalışmasında yaş ortalaması 31.18 ± 1.02 olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların evlilik yaş aralıkları değerlendirildiğinde (Tablo 4.2) %50'si 18 yaşında ya da 18 yaşın altında evlenmişlerdir. Ballı'nın (2011) İzmir'de yaptığı çalışmasında kadınların %19.7'sinin evlilik yaşı 18 yaşın altındadır, Songur'un (2009) çalışmasında %49.3'ü 15-19 yaş aralığında evlenmişlerdir. Evlilik yaşlarında farklı sonuçların elde edilmesi, çalışmaların farklı bölgelerde yapılmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Çalışmamızda kadınların evlilik yaş ortalaması ise 20.06 ± 3.62 (13-35) olup, Salman'ın (2014) çalışmasında 21.3 ± 4.1 , Kutlu ve ark. (2012) çalışmasında ortalama 20.6 ± 2.5 'tir. Çalışmamızın sonucu ile diğer çalışmaların sonuçlarına bakıldığında kadınların evlilik yaş ortalamaları 18 yaşın üzerinde olduğu görülmüştür, bu oran kadınların olumlu tutum sergiledikleri göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların evlilik süresi ortalamaları 12.07 ± 8.35 (0-35) yıl bulunmuştur. Gür'ün (2017) çalışmasında evlilik süre ortalaması 13.08 ± 11.27 , Yazıcı'nın (2015) çalışmasında 9.91 ± 1.41 , Songur'un (2009) çalışmasında ise 12.7 ± 8.8 yıl olarak bulunmuştur. Benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmamızda kadınların ortalama evlilik sürelerine bakıldığında %24.3'ü 0-4 yıl arasındadır. Yazıcı'nın (2015) çalışmasında %31.3'ü 0-4 yıl arasında çıkmıştır. Çalışmaların sonuçları benzerlik göstermiştir.

Kadınların ilk gebelik yaşları %60.3 ile 19-35 yaş arasındadır. Ballı'nın (2011) çalışmasında %49.2 ile 20-24 yaş oluşturmaktadır. Çalışmada 1 gebeliği olan %15.9, 2 gebeliği olan %21.6, 3 gebeliği olan %22.4, 4 ve üzeri gebeliği olan kadın ise %30.8'dir. Aktoprak'ın (2012) çalışmasında %26.5'i 1, %39.2'si 2, %21.1'i 3, %11.4'ü 4 ve daha fazla gebelik geçirmiştir. İki gebelik arasındaki sürenin, en az iki yıl olması gerektiği düşünüldüğünde çalışmamızda elde ettiğimiz sonuca göre kadınların %51'ininden iki gebeliğin arasında geçen sürelerinin 3 yıl ve üzeri olduğu

cevabı alınmıştır. Bu sonuca göre katılımcıların olumlu tutum içerisinde oldukları düşünülmektedir.

Kadınların arasında hiç doğum yapmamış kadın sayısı %12.6, 1 doğum yapan %18.2, 2 doğum yapan %23.4, 3 doğum yapan %26.2, 4 ve üzeri doğum yapan kadın sayısı ise %19.2'dir. Songur'un (2009) çalışmasında doğum yapan %16.3, 2 doğum yapan %28.1, 3 doğum yapan %24.1'dir. Kadınların çocuk sayılarına bakıldığında, 1 çocuğu olan %19.2, 2 çocuğu olan %27.6, 3 çocuğu olan %26.2, 4 ve üzeri çocuğu olan kadın sayısı %14.4'tür. Gür'ün (2017) çalışmasında 1 çocuğu olan %12.9, 2 çocuğu olan %25.8, 3 çocuğu olan ise %18'tür. Bizim çalışmamız ile diğer çalışmaların sonuçları benzer niteliktedir.

Çalışmaya katılan kadınların düşük öykülerine bakıldığında (Tablo 4.2) 1-2 düşüğü olan %20.1, 3-4 düşüğü olan %2.3'tür. Apay ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada ise 1 düşüğü olan %16.5, 2 düşüğü olan ise %10.8'dir. Kürtaj öyküsü değerlendirildiğinde 1-2 kürtajı olan %7.9, 3 ve üzeri kürtaj öyküsü olan kişi sayısı ise %0.5'tir. Eryılmaz'ın (2014) çalışmasında kürtaj yaptıranlar %7.7'dir. Düşük ve kürtaj oranının yüksek olmasının nedeni, yöntemlere erişimin zorluluğundan, kullanılan yöntemin etkin bir AP olmamasından ya da yöntemin doğru şekilde kullanılmamasından kaynaklandığı söylenebilir.

Aile planlaması yöntemlerini bilme durumları değerlendirildiğinde, modern yöntemlerden (Tablo 4.3) %86.4'ü hap, %73.8'i kondom, %85.5'i RİA, %7.9'u vazektomi, %69.6'sı enjeksiyon, %65.4'ü ise tüpligasyonu bilmektedir. Songur'un (2009) çalışmasında modern yöntemler arasında %96.5'i hap, %93.1'i RİA, %88.1'i kondomu bildiği saptanmıştır. TNSA (2013) verilerine göre evli kadınlarda en çok bilinen modern yöntemler %98 ile RİA, %98 ile hap, %93 ile tüpligasyon ve %92 ile de erkek kondomudur. Elde ettiğimiz bulgular ile diğer çalışma sonuçlarına bakılarak modern yöntemler arasında hap ve RİA'nın en bilinen yöntem olduğu görülmektedir. Katılımcıların geleneksel yöntem bilme durumlarına bakıldığında en çok bilinen yöntem geri çekmedir (%68.7). Songur'un (2009) çalışmasında geleneksel yöntemler arasında %81.2 ile geri çekme en bilinen yöntem olmuştur. TNSA (2013) verilerinde %93'lük oran ile geri çekme en bilinen yöntemdir. Geri çekmenin en fazla bilinen geleneksel yöntem olmasının nedenleri arasında kadınların ve eşlerinin eğitim düzeylerinin düşük olması, yeterli AP danışmanlık hizmetlerini almamaları ya da

toplumun kültürel yaşantısından etkilenildiği düşünülebilir. Yeterli danışmanlık hizmeti sunularak uygun olan modern AP yöntemin seçilmesi, istenmeyen gebelik ve buna bağlı düşük, kürtaj ya da doğumların meydana gelmesini önlenebilir ve kadın sağlığı olumlu yönde geliştirilebilir.

Çalışmamıza katılan kadınların aile planlaması yöntemlerini öğrendikleri kaynaklara bakıldığında (Tablo 4.4.) %71.0'i ebe, hemşire, sağlık memurundan tarafından %18.2'i doktor, %9.3'ü komşu, akraba, arkadaş, aileden %1.4'ü ise gazete, dergi, TV, internetten öğrenmiştir. Öztaş ve ark. (2015) çalışmasında %42.9'unun doktor, %30.6'sı komşu, arkadaş tarafından, %21.8'i ebe, hemşire tarafından, %4.7'si TV, internet, gazete aracılığıyla öğrenilmiştir. Çalışmamızda sağlık çalışanları tarafından öğrenmenin fazla olmasının nedeni; bilgiye ulaşırken kendilerini rahat ifade etmeleri ve güvenirliliğin yüksek olduğunu düşünmelerinden kaynaklanabilir. Öztaş ve ark. (2015) çalışmasında ise eğitim ve danışmanlığın doktorlar tarafından daha fazla verildiği düşünülebilir. Kadınlara akla gelen ilk korunma yöntemleri sorulduğunda %26.6'sı RİA, %23.4'ü kondom, %21.5'i geri çekme, %20.1'i haplar olduğunu söylemişlerdir. Kullandıkları yöntemler ve bu yöntemlerin elde edilebilirliğinin kolay olması akla ilk gelme nedenlerini destekleyebilir.

Kadınlardan AP kullanan kişi sayısı %72.9'dur ve bu kişilerin %78.8 modern, %21.2'si geleneksel yöntem kullanmaktadır. Çayan'ın (2009) çalışmasında katılımcıların %96.7'si herhangi bir AP kullandığını belirtmiştir. Tokuç ve ark.'nın (2002) yine Edirne'de yaptığı çalışmada ise %75'i herhangi bir yöntem kullandığını belirtmişlerdir. Aktoprak'ın (2012) çalışmasında %90.9'unun modern yöntem kullandıkları görülmüştür. Kadınların aile planlaması ve yöntemleri hakkında yeterli düzeyde eğitim almamaları ya da herhangi bir yöntem kullanmaya ilişkin olumsuz tutum içerisinde bulunmaları bu sonucu destekler niteliktedir.

Kadınların kullandıkları AP yöntemleri arasında ilk sırada %28.8 ile RİA, %25.0 ile geri çekme, %24.4 kondom, %9.6 haplar, %7.1 tüpligasyon, %4.5 enjeksiyon, %0.6 takvim yöntemi kullanılmaktadır. Öztaş ve ark. (2015) çalışmalarında en çok kullanılan yöntem %26.4 ile geri çekme ve %25.8 ile RİA olmuştur. Öztürk (2009) çalışmasında %37.4 ile kondom 1. sırada, %32.7 ile RİA 2. sırada, %9.5 ile geri çekme ve tüpligasyonun 3. sırada yer aldığı bulunmuştur.

Yağmur ve Ulukoca'nın (2008) Eskişehir çalışmasında %41.9 RİA, %4.7 tüpligasyon, %5.8 kondom kullanılmaktadır. TNSA (2013) yılı verilerinde %16.8 ile RİA, %25.5 ile geri çekme kullanılmaktadır. Geri çekmenin tercih edilme oranı oldukça yüksektir.

RİA'nın ise en çok tercih edilme nedenleri arasında; uzun süre koruma sağlaması, sürekli kontrol gerektirmemesi ve buna bağlı maliyetin düşük olması olduğu düşünülmektedir. Kadınların kullandıkları yöntemi bırakma oranı %45.3, yönteme devam etme oranı ise %54.7'dir. Gür'ün (2017) çalışmasında katılımcıların %48.0'ı daha önce yöntem kullanıp bırakmıştır. Aktoprak'ın (2012) Konya çalışmasında çiftlerin %49.1'inin şu ana kadar herhangi bir AP yöntemini bıraktığı saptanmıştır. TNSA (2013) verilerinde kullanılan yöntemlerin herhangi bir nedenden dolayı bırakılması oranı %31.8 olarak belirtilmiştir. Kadınların en çok kullanıp bıraktığı yöntemler arasında (Tablo 4.5) %40.2 ile hap, ardından %30.9 ile RİA gelmektedir. Bu sıralamayı %16.5 kondom, %7.2 geri çekme, %4.1 enjeksiyon son olarak %1.0 ile emzirme takip etmektedir. Aktoprak'ın (2012) çalışmasında çiftlerin şu ana kadar en fazla bıraktığı dört yöntem sırasıyla; %36.8 RİA, %33.7 kondom, %33.7 hap, %22.7 geri çekme yöntemi olarak tespit edilmiştir. TNSA (2008) verilerine göre yöntem bırakma oranı, enjeksiyon için %71, hap için %50, geri çekme için ise %38 olarak bulunmuştur. Hap ve RİA'nın hormonal yan etkilerinin olması yöntemlerin terk edilmesinde başlıca nedenlerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınların kullandıkları yöntemi bırakma nedenleri şöyle sıralanır; %23.7 kilo alımı, baş ağrısı vb. hormonal nedenlerden, %17.5'inin gebe kalmak istemesi, %16.5'i yöntemi kullanırken gebe kalması, %14.4'ü RİA kayması-düşmesi, aşırı-ara kanama'dır. Öztürk'ün (2009) çalışmasında RİA'yı kullananların %61'i çocuk istemi nedeniyle, kondom kullananların %83'ü ve OKS kullananların %60'ı yine çocuk istemi nedeniyle kullandıkları kontraseptif yöntemini bırakmışlardır. Dünder'in (2005) yapmış olduğu çalışmada %57.9'u RİA'yı en fazla çocuk isteminden dolayı, %64.2 OKS'yi en çok yan etkisinden dolayı, %41.9'u kondomu en fazla yine çocuk istemi nedeniyle ve %36.4'ü geri çekmeyi en fazla etkin yöntem istedikleri için bırakılan yöntem olarak bulunmuştur. Zincir ve ark.'nın (2009) çalışmalarında RİA'yı adet düzensizliği, kanamada artmaya bağlı anemi,

karın-kasık ağrısı ve enfeksiyon gibi nedenlerden dolayı kullanımının bırakıldığı bildirilmektedir. Aktoprak'ın (2012) çalışmasında RİA'yı %60 yan etki ve %14.3 memnuniyetsizlikten dolayı, hapları %43.6 yan etkileri nedeniyle, kondomu sırasıyla memnun olmama %49.1, gebelik isteme %29.1, kullanım güçlüğü ve eşin istememesi %10.9, geri çekmeyi %75.7 güvenli bulmama memnun olmama, %8.1 gebe kalma için enjeksiyon yöntemini %66.7 yan etkileri nedeniyle, takvim yöntemini %84.7 ile güvenli bulmadıkları, %15.3'ü gebe kalmak istediği için bırakmışlardır. Benzer nedenlere bağlı olarak yöntemlerin bırakıldığı görülmüştür. Çalışmamızda herhangi bir yöntem kullanırken gebe kalmaya bağlı olarak yöntemin terk edilme oranı oldukça yüksektir, buna bağlı olarak kullanılan yöntemin doğru uygulayamama, modern AP yöntemi tercih etmeme vb. etkenlerin yöntemi bırakmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Kadınlara 'Emzirmenin gebelikten korur mu?' sorusuna %44.4'ü doğru cevap vermiştir, 'OKS kanser yapar mı?' sorusunu doğru cevaplayanların sayısı %38.3 olup, bu bilgi kadınların modern yöntem olan OKS'yi tercih etmemelerine neden olmaktadır. 'Geri çekme etkili bir AP yöntemidir.' doğru cevaplayanların sayısı %50'dir. Geri çekme yönteminin geleneksel yöntemler içinde 1. sırada kullanılması istenmeyen gebeliklerin artmasına, sık doğumlara, düşüklere, anne ve bebek ölümlerine neden olarak kadın sağlığını olumsuz etkilemektedir. Çalışmamızın sonucuna göre kadınların geri çekme yöntemini yüksek oranda benimsedikleri sonucuna varılmaktadır. Kadınların ve eşlerinin eğitim seviyelerinin yükseltilmesi, AP danışmanlık hizmetlerinin kadınlarla birlikte eşlerine de yaygın olarak sunulması ile etkili AP yöntem kullanımı artacak ve kadın sağlığı olumlu yönde etkilenecektir.

'AP danışmanlık hizmetleri gerekli midir?' sorusuna ise %92.1'i gerekli olduğunu söylemiştir. Kadınların danışmanlık ve eğitim alma oranları artırılarak, etkin AP yöntemlerinin kullanımının daha üst düzeye çıkarılabileceği hedeflenmelidir. Çalışmaya katılan kadınların 'Kullandığınız AP etkili midir?' sorusuna %65.9'u kullandığı yöntemin etkili olduğunu ifade etmektedir. 'AP kullanımında eş desteği gerekli midir?' diye sorulduğunda %77.1'i gerekli olduğunu belirtmiştir. Kadınlara 'AP kullanımında sorumluluk kimindir?' diye sorulduğunda doğru cevap veren kişi sayısı %72.0'dır. Doğan'ın (2008) çalışmasında kadınların

%50.6'sı erkekler için enjeksiyon veya hap yöntemi olsa eşlerinin kullanmasını isteyebileceklerini belirtmişlerdir.

Eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan kadınların (Tablo 4.7), emzirmenin gebelikten koruduğunu bilmeyenlerin sayısı %88.9 ve geri çekme yöntemini etkili bir yöntem olduğunu düşünenlerin sayısı ise %77.8 saptanmıştır ($p<0.05$). Bu oranlar bize eğitim seviyesi düşük olan kadınların tecrübelerinin, eğitim seviyesi yüksek olan kadınların konuyla alakalı deneyim ve tecrübelerinden oldukça fazla olabileceğini düşündürmektedir. Kadınların eğitim düzeyleri arasındaki karşılaştırmalardan, OKS'lerin uzun süre kullanımının kanser yaptığı ve yöntem kullanımındaki sorumluluk kimlere aittir sorularına verdikleri yanıtlar da anlamlı farklılıkların olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). OKS'ler kanser yapar, ifadesine doğru cevap veremeyen sayısı yüksek olup, yöntem kullanımındaki sorumluluğun kime ait olduğuna dair verilen cevaplarda doğru cevap veren kişi sayısı daha yüksektir.

Kadınlar arasında çalışan kadınların büyük bir çoğunluğu aile planlaması ile ilgili sorularda doğru cevap veremeyen grubunda olup, emzirmenin gebelikten koruduğu ve geri çekmenin etkili bir AP yöntemi olduğu ile ilgili sorulara verilen cevaplar arasında çalışmayan kadınların bilme oranları daha fazladır. Bu durum çalışmayan kadınların bir araya gelip bilgi paylaşımında bulunarak doğru bildikleri ya da öğrendikleri yeni bilgileri kendi aralarında yayılmasını sağladıkları düşünülmektedir. Ancak kadınların oral kontraseptiflerin uzun süre kullanımının kanser yaptığına dair verilen cevaplarda bilmeyen oranın yüksek çıktığı ve çalışma durumuyla anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Kadınların yöntem kullanımındaki sorumluluk kimlere aittir sorularına tüm grubun (çalışmıyor %70.2, çalışıyor %80.6) doğru cevap verme yüzdesinin yüksek çıktığı sonucuna varılmıştır.

Gelir durumu iyi olan kadınların, emzirmenin gebelikten koruduğunu bilmeyenlerin sayısı %68.8 ve oral kontraseptiflerin uzun süre kullanımının kanser yaptığı ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlarda bilmeyenlerin sayısı ise %62.5 olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Gelir durumu iyi olan kadınlar AP yöntemlerini, yeterli danışmanlık ve eğitim almadan eczanelerden temin etmeleri, AP ve yöntemleri hakkında bilgileri bilmeme oranlarının yüksek çıkmasına yol açtığını düşündürebilir. Ancak kadınların geri çekmenin etkili bir AP

yöntemi olduğunu bilen-bilmeyen ile gelir durumları arasında anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır. Kadınların yöntem kullanımındaki sorumluluk kimlere aittir sorusuna ise bilen kişi sayısının daha fazla olduğu belirlenmiş olup, gelir durumları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kadınların aile tipi ile aile planlaması sorularının karşılaştırıldığı verilerde çekirdek aile tipine sahip olan kadınların daha çok yanlış cevaplar verdikleri belirlenmiş olup, aile tipine göre emzirmenin gebelikten koruduğu ile ilgili soruya verdikleri yanıtlar arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) göstermiştir. Bu durum bize geniş ailede yaşayan kadınların aile büyüklerinin (kayın valide gibi) bilgi, tecrübe ve deneyimlerinden daha fazla yararlandığını, çekirdek ailede yaşayanların ise bu tür deneyimlerden faydalanamadığının sonucu düşündürebilir. Ancak diğer sorulara verdikleri yanıtlar ile aile tipi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucu elde edilmiştir. Kadınların eşlerinin eğitim düzeyleri ve mesleklerinin, kadınların AP konusunda yöneltilen sorulara verdikleri yanıtlara istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmediğini göstermiştir. Eşlerin, aile planlaması konusunda sorumluluğu kadınlara yüklemeleri ve aile planlaması yöntemlerinin genellikle kadınlara yönelik olması bu sonucu düşündürebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Aile planlaması yöntemi kullanan 15-49 yaş grubu evli kadınlarda kullanılan yöntem ve yöntem seçimini etkileyen faktörler çalışmasının sonuçlarına göre;

Çalışmaya katılan kadınların %72.9'u AP yöntemi kullanmaktadır ve kullanılan AP yöntemlerinin %78.8'i modern yöntemdir. Modern yöntemler arasında en fazla bilinen OKS (%86.4) ve en az bilinen vazektomi olmuştur (%7.9). Kadınların geleneksel yöntemler arasında en çok bildiği (%68.7) ve en çok kullandığı (%25) yöntem geri çekmedir. Bu sonuçlar yeterli eğitim ve danışmanlık hizmetinin sunulmadığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların en fazla bilgi edindiği kaynaklar ebe, hemşire, sağlık memurudur (%71.0). Kadınların, akıllarına ilk gelen (%26.6), en çok kullandıkları (%28.8) ve en fazla terk ettikleri (%30.9) yöntem RİA'dır. Yöntem bırakma nedenlerinin arasında ilk sırada kilo alımı, baş ağrısı vb. hormonal nedenler (%23.7) yer almaktadır.

Öneriler;

Bu çalışmanın sonucunda kadınların %72.9'u AP yöntemi kullandığı halde modern yöntem kullananların oranı %78.8'dir. Bu durum da modern AP yöntemlerinin kullanımının daha da yaygınlaştırılması ve geleneksel yöntemlerin terk edilmesi için kadınlara ve eşlerine birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği merkezlerde yeterli eğitim ve danışmanlık verilerek, başvuranın istekleri doğrultusunda, eğitilmiş sağlık çalışanları tarafından hizmetlerin sunulması gerekmektedir.

- Aile planlaması ve yöntemlerine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti verilirken toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel yapısına uygun şekilde, kişilerin değerlerine saygı göstererek, etkin bir iletişim sağlanması,
- İstenmeyen gebeliği ve fazla sayıda çocuğu olan kadınların aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi,

- Kırsal kesimde yaşıyan ve düşük gelir düzeyine sahip olan kadınların aile planlaması yöntemlerine ulaşmalarına daha fazla özen gösterilmeli ve böylece aile planlaması yöntemlerinin kullanımı yaygınlaştırılarak, olumlu tutum sergilemelerine yardımcı olunması,
- Araştırmanın farklı özelliği olan örneklem ile tekrarlanması ve elde edilen bulguların bu çalışmanın sonuçları ile karşılaştırılması önerilebilir.



7. KAYNAKLAR

Attar E: Aile Planlaması, Jinekoloji, Nobel Tıp Kitabevi , 2004.

Altay B: 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Ocağı Hizmetlerini Bilme ve Kullanabilme Durumları ile Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Derg. 12:2, 2009.

Aktoprak M: Evli Kadınlar Ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları Ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 102 sayfa, Konya, 2012.

Apay S.E, Pasinlioğlu T: Nişanlı Çiftlerin Evlendikten Sonra Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg, 11: 4, 2008.

Akın A: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, III. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2014.

Çelik R: İsteyerek Düşük Yapmak İçin Başvuran Kadınların Acil Kontrasepsiyon İle İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Mersin Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2006.

Ballı F: Bayraklı İlçesi Cengizhan Mahallesi 18-49 Yaş Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve İlişkili Erişim Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Ege Üniv. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir, 2011.

Batioğlu A, Mollamahmutoğlu L (Eds): Kontrasepsiyon Yöntemleri, Resimli Jinekoloji, 5. Baskı, Güneş Kitabevi, 2003.

Beji NK (Ed): Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı. İstanbul, 2015.

Beksaç MS, Demir N, Tuncer ZS: Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite Jinekolojik Onkoloji. Öncü Basım Evi, Ankara, s. 720-755, 2006.

Bilgili N, Ayaz S: Acil Kontrasepsiyon: Kadınların Bilgi ve Deneyimleri, TAF Prev. Med Bull, 8(3): 251–258, 2009.

Çağlayan E, Kara M, Aslan N: Yozgat ilinde yaşayan kadınların kullandığı kontraseptif yöntemler. Cumhuriyet Tıp Derg, 36:57-61, 2014.

Çayan A: 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler ile İlişkisi. Adnan Menderes Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2009.

Çiftçioğlu S: Geri Çekmenin Aile Planlaması Olarak Kullanılma Nedenleri, Atatürk Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2006.

Coşkun AM: Üreme Sağlığı Danışmanlığı. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara, 19–22 Nisan, s 140–142, 2007.

Coşkun AM (Ed): Kadın Sağlığı ve Hemşireliği El Kitabı. s.350, İstanbul, 2012.

Dede M, Yenen M, Göktolga Ü, Mesten Z, Ergün A, Pabuçcu R: Kombine Oral Acil Postkoital Kontrasepsiyon, Gülhane Tıp Derg, 46(1): 15–19, 2004.

Doğan G: Kontrasepsiyon Amaçlı Başvuran Kadınların Erkek Kontrasepsiyonuna Bakış Açısı. Afyon Kocatepe Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2008.

Dündar C, Kaynar E, Pekşen Y: Samsun İli Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Evli Ebelerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları. İnönü Üniv, Tıp Fakültesi Derg, 12(4): 243-246, Samsun, 2005.

Ertop N, Altay B: 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Eş Uyumuna Etkisinin İncelenmesi. KÜ Tıp Fak Derg, 14(3) ISSN 1302-3314, 2012.

Eryılmaz N: Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Aile planlaması Konusundaki Tutumları Ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2014.

Gürkaş E, Kiraz M: Gaziantep İstasyon Aile Sağlığı Merkezi Bölgesindeki 15–49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. Konuralp Tıp Derg, 5(2):1-3, 2013.

Gökmen O, Çiçek N: Günümüzde Kontrasepsiyon, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.319, 2001.

Gold RB, Sanfield A, Richards CL, Frost JJ: Next Steps for America's Family Planning Programme, Leveraging The Potential of Medicaid and Title in anEvolving Health Care Systems Guttmacher Institute.2008.

Güenalp S, Tuncer S: Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Pelikan Yayınları, Ankara, s. 603-629, 2004.

Güngör S, Başer İ, Göktolga Ü, Özkömür E, Keskin U: Koitus Interruptus (Geri Çekme) Yönteminin Etkinliği ve Eğitim Seviyesinin Önemi, Gülhane Tıp Derg., 48: 8–10, 2005.

Gür F: Gaziantep İlinde El Beceri Kurslarına Gelen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik, Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Gaziantep Üniv, Sağlık Bilimleri Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2017.

Giray H, Keskinöglü P: Işıkkent Sağlık Ocağı'na Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Etkileyen Etmenler, İzmir, 15(2):23-26, 2006.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 59-158, 2003.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniv, Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve Tübitak, Ankara, 2014.

Hatch RA et al. Contraceptive Technology 16th revised edition. Irrington Publishers, New York, 1994.

Golziher JW, Pharmacology of Contraceptive steroids. Shoupe D, Haseltire FP (Eds): Contraception; Springer Verlag, New York, 1999.

Huber SC, Piatrow PT, Orlans B, Dommer G; Intrauterine devices, Popul Reports, Series B, No.2, 1975.

Karakaya T: Kürtaj Yasası; <http://www.kurtajkanunu.com> Erişim Tarihi: 10.05.2017.

Katırcı E: Isparta İl Merkezindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik ve Sosyo Kültürel Faktörler. Süleyman Demirel Üniv, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta, 2008.

Kars Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼: Anne Çocuk Sağlığı Birimi, Kars, 2017.

Kelaghan J, Rubin GL, Ory HW, Layde PM. Barrier method contraceptives and pelvicinflammatory disease. JAMA, 248-284, 1982.

Kolsuz A: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, 2007.

Koyuncuer A: Kontrasepsiyon ve T¼rkiye'de durum. Sted, 12:455-459, 2004.

Kutlu R, Sayın S, Uçar M, Aslan M, Demirbaş O: Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine G¼re Kontraseptif Y¼ntem Kullanma Durumları Ve Bu Y¼ntemleri Tercih Nedenleri. T¼rk Aile Hekimliği Derg, 18 (3) :134-141, 2014.

Marakoğlu K, Çivi S, Demir¼z S, Kutlu R: Bir Doğum Evinde, Doğum Yapan Kadınların Doğurganlık ¼yk¼leri ve Aile Planlaması Davranışları. Kocatepe Tıp Derg, 9:49-56, 2008.

Mete S, Gerçek E: Vajinal Duşun Yaygınlığı, Etkileyen Etmenler ve Sonuçlar. Dokuz Eyl¼l Üniv, Hemşirelik Y¼ksek Okulu Derg, s.58, 2005.

Meydanlıoğlu A, Emiroğlu O: Kadınların Sağlık Ocağı Hizmetlerini Bilme Durumu ve Bu Hizmetlerden Beklentileri. HEMAR-G, 6 (1,2): 42-56, 2004.

Murray Sharon Smith, Mckinney Emily Slone, Gorrie Trula Myers. Family Planing. In: Foundations Of Maternal-Newborn Nursing. (Thirt Edition). WB Saunders Company, p. 874-894, 2002.

Oltuluoğlu H: Malatya İl Merkezinde Aile Planlaması Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Y¼ntem ve Y¼ntem Seçimini Etkileyen Fakt¼rler. Erciyes Üniv, Hemşirelik Anabilim Dalı Y¼ksek Lisans Tezi, Kayseri, 2008.

Oral Kontraseptifler. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel M¼d¼rl¼ę¼ Yayını. Ankara, s.367, 2000.

¼zalp S: Cerrahi Tıp Bilimleri Jinekoloji Obstetrik 2. T¼rkiye Klinikleri, Ankara, 1-60, 2006.

¼zaydın G¼lersoy AN, Debay M: Aile Planlaması Danışmanlığı. 1. Baskı, Buşuş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara, 2-187, 2006.

Öztaş Ö, Artantaş B, Tetik B, Yalçıntaş A, Üstü Y, Uğurlu M: 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Ankara Med J, Cilt 15, Sayı 2, 2015.

Öztürk Y: Kayseri İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlamasına İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi. Erciyes Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2006.

Öztürk ÖÇ: Sağlık Personelinin Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri. Afyon Kocatepe Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2009.

Phillip G. Stubblefield,: Novak Jinekoloji. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 231-283, 2004.

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, 2. Basım, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şirketi. Ankara, s:176-180, 2009.

Salman Z: Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları. Süleyman Demirel Üniv, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Isparta, 2014.

Saygılı P: Üreme Sağlığı Hizmetinde Hemşirenin Rolü. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 20-23 Nisan, ss 136-138,2003,.

Saygılı P: Üreme Sağlığı Danışmanlığı Neleri Kapsar. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 19-22 Nisan, ss 132, 2007.

Senanayake P, Potts M: An Atlas of Contraception. New York, London, The Parthenon Publishing Group, 33-89, 1994.

Songur D: Gaziantep Binevler Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlamasını Kullanma Durumu ve Etkileyen Etmenler. Gaziantep Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 252 Sayfa, Gaziantep, 2009.

Speroff L, Fritz MA: Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertinite. Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2007.

Speroff L, Glass RH, Kase NG: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 5. Baskı, Williams and Wilkins. Baltimore, 687-806, 1994.

Sterilization. American Collage of Obstetrician and Gynecologist. ACOG Tech Bulletin, s:113, 1988.

Healy B. Does vasectomy cause prostate cancer? From the National Institutes of Health. JAMA 1993. 269. s: 2620

Şimşek B: 15-49 Yaş Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Kontraseptif Kullanımı ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniv, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2008.

Tanrıverdi G, Özkan A, Şenveli S: Çanakkale'deki Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri. Onsekiz Mart Üniv, Fırat Tıp Derg, 3(4): 251-254, 2008.

Taşkın L: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. XIII. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2016.

Tezcan S: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 Ön Rapor. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2009.

Timur S: Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ile Öz –Bakım Gücü Düzeyi Arasındaki ilişki. Cumhuriyet Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 5-14, 2003.

Toker S: Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Aile Planlaması Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Aile ve Toplum Derg, 8(2): 16-18, 2005.

Tokuç B, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A: Edirne İl Merkezi'nde 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri ve yöntem kullanım oranları. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı s.180-84, Diyarbakır, 2002.

Turan H: 1.Basamak Sağlık Kurumlarında Üreme Sağlığı Danışmanlığı. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 20-23 Nisan, s. 51–52, 2005.

Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005.

Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi (Cilt II). Bölüm:11-18. 3.Basım. Damla Matbaacılık Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şirketi. Ankara, 2000.

United Nations, Population Division, Department Of Economic And Social affair. (2009). World Contraceptive Use, www.unpopulation.org , Erişim tarihi:11.04.2017

Uskun E. Öztürk M, Kişioğlu AN, akmak A: Isparta' da alışan Kadınların Kontraseptif Kullanımı ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum Derg, Sayı 4, 56-61, 2001.

Uzun E, Kişioğlu M, Nayir T, Öztürk M, Kişioğlu N: Isparta Keçiborlu Eğitim Ve Araştırma Bölgesi'nde 2006 Yılı 15-49 Yaş Kadın İzlem Fişlerine Göre Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sürekli Tıp Eğitim Derg, 16(12): 181-186, 2007.

Varlık M: Türkiye'deki İllerin Sağlık Düzeylerinin Belirlenmesinde Yöntem alışması. Hacettepe Univ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2007.

Verilerle Dünya Nüfusu, <http://www.aileplanlama.com/veriler.html> Erişim Tarihi: 15.05.2017.

World Health Organization, http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/ Erişim Tarihi: 20.10.2017.

World Health Organization, Information Update: Considerations Regarding Reuse Of The Female Condom, 2002 http://apps.who.int/reproductivehealth/stis/docs/reuse_FC2.pdf, Erişim Tarihi: 12.04.2017.

Yağmur Y, Ulukoca N: Eşlerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu ve Etkileyen Etmenler. Sted, cilt 10, sayı 6, s:229-233, 2010.

Yağmur Y: İstanbul ili Devlet Hastanelerindeki Aile Planlaması Polikliniklerine Kontrasepsiyon Amacıyla Başvuran Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler ve Tercihlerini Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1996.

Yazıcı M: Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Demografik Özellikleri İle Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemi Arasındaki İlişki. Beykent Üniv, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015.

Yücesoy İ, alışkan E: Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitapevi, Ankara, 789-805, 2006.

Zincir H, Albayrak E, Başer M, Mucuk S: Kadınların rahim içi aracı bırakma nedenleri. Sted, 18(6):103-106, 2009.

8. EKLER

Ek1. Anket formu

Anket No:

- 1) Kaç yaşındasınız?
- 2) Eğitim düzeyiniz nedir?
 - a) Okuryazar değil/Okuryazar
 - b) İlköğretim
 - c) Ortaöğretim/Lise
 - d) Üniversite ve Üzeri
- 3) Eşinizin eğitim düzeyi nedir?
 - a) Okuryazar değil/Okuryazar
 - b) İlköğretim
 - c) Ortaöğretim/Lise
 - d) Üniversite ve Üzeri
- 4) Çalışıyor musunuz?
 - a) Çalışıyorum
 - b) Çalışmıyorum
- 5) Eşinizin mesleği nedir?
 - a) Serbest meslek
 - b) Devlet Memuru
 - c) İşsiz

6) Size göre ekonomik durumunuz nasıl?

- a) Gelir giderden fazla
- b) Gelir gidere eşit
- c) Gelir giderden az

7) Aile yapınız?

- a) Çekirdek Aile
- b) Geniş Aile

8) Sağlık güvenceniz var mı?

- a) Sağlık güvencem var
- b) Sağlık güvencem yok

9) Kaç yaşında evlendiniz?.....

10) Kaç yıldır evlisiniz?.....

11) İlk gebelik yaşıınız?.....

12) Kaç gebeliğiniz oldu?.....

13) Kaç doğum yaptınız?.....

14) Yaşayan çocuk sayınız?.....

15) Sizce iki gebelik aralığı ne kadar olmalıdır?.....

16) İlk aklınıza gelen doğum kontrol yöntemini yazınız.....

17) Bildiğiniz aile planlaması yöntemleri nelerdir?

- a) Hap
- b) Kondom
- c) Spermisitler
- d) Geri çekme
- e) Rahim içi araç
- f) Vazektomi
- g) Emzirme
- h) Vajinal Duş
- i) Enjeksiyon
- j) Tüplerin bağlatılması
- k) Takvim yöntemi
- l) Diğerleri...

18) Aile planlaması yöntemlerini hangi kaynaklardan öğrendiniz?

- a) Doktor
- b) Diğer sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru vs.)
- c) Komşu, akraba, arkadaş, aile
- d) Gazete, dergi, TV, internet...

19) Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

20) Kullanıyorsanız hangi yöntemi kullanıyorsunuz?.....

21) Sizce kullanmakta olduğunuz aile planlaması yöntemi geleneksel bir yöntem midir? yoksa modern bir yöntem midir?

22) Kullanıyorsanız kaç yıldır aynı yöntemi kullanıyorsunuz?

- a) Yeni başladım
- b) 1-2
- c) 3-4
- d) 5 yıl ve üzeri

23) Daha öncesinde kullanıp da bıraktığınız aile planlaması yöntemi var mı?

Varsa belirtiniz.

- a) Evet
- b) Hayır

24) Varsa hangi sebeple bıraktınız?.....

25) Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanırken istem dışı gebeliğiniz oluştu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

26) Hiç düşük, küretaj, ölü doğum ve canlı doğum sonrası ölen bebeğiniz var mı?

- a) Evet..... adet düşük, adet küretaj, adet ölü doğum, canlı doğup ölen bebek öyküm var.
- b) Hayır

27) Eşiniz aile planlaması yöntemleri kullanmanızda sizi destekliyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

28) Sizce Aile Planlaması sorumluluğu kime aittir?

- a) Eşlerden her ikisine
- b) Kadına
- c) Erkeğe
- d) Bilmiyorum

29) Sizce kullanmakta olduğunuz Aile Planlaması yöntemi etkili bir yöntem midir?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

30) Emzirme sırasında herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullandınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

31) Acil doğum kontrol yöntemi nedir biliyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

32) Acil doğum kontrol yöntemi kullandınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

33) Aşağıda verilen bilgileri doğru ise (D), yanlış ise (Y) harfi ile değerlendiriniz.

- () Emzirme gebelikten koruyucudur.
- () Doğum kontrol ilaçları uzun süre kullanıldığında kanser yaparlar.
- () Geri çekme, etkili bir Aile Planlaması yöntemidir.

34) Aile planlaması Danışmanlık Hizmetlerinin gerekli olup olmadığı konusunda ne düşünüyorsunuz?

35) Bağlı olduğunuz Aile sağlığı merkezinden yeterli aile planlaması danışmanlığı aldığınızı düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

Ek2. Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Onay Formu



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
(Etik Kurul Başkanlığı)



Sayı : 80576354-050-99/ 108
Konu : Etik Kurul Değerlendirmesi.

26/10/2016

Sayın; Yrd.Doç.Dr.Özlem KARABULUTLU
Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

“Kars İli, Susuz İlçe Merkezine Bağlı Aile Planlaması Yöntemi Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler” adlı çalışmanız Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu komisyonunca 26.10.2016 tarih ve 08 numaralı oturumda incelenmiş ve çalışmanın Etik Kurul yönergesindeki şartlara uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.


Prof.Dr.Mahmut Can YAĞMURDUR
Etik Kurul Bşk.

Eki: 1. Adet Yönetim Kurulu Kararı

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
(Etik Kurulu Başkanlığı)

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ: 26.10.2016

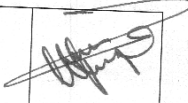


TOPLANTI SAYISI: 2016/08

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Prof.Dr.Mahmut Can YAĞMURDUR başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

KARAR 18

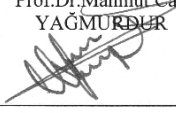
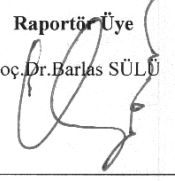
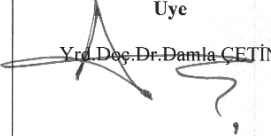



Yrd.Doç.Dr.Özlem KARABULUTLU'nun Danışmanı Olduğu Yüksek Lisans Öğrencisi Betül ERSÖZ'ün "Kars İli, Susuz İlçe Merkezine Bağlı Aile Planlaması Yöntemi Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler" adlı çalışması.

Yukarıda belirtilen çalışmanın Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesine uygun olduğuna karar verildi.

Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.Mahmut Can YAĞMURDUR	
Başkan Yardımcısı		Raportör Üye Doç.Dr.Barlas SÜLÜ
Üye		Üye Prof.Dr.Ayşe BURCU (Görevli)
Üye Doç.Dr.Hülya ÇAKMUR		Üye Yrd.Doç.Dr.Damla ÇETİN
Üye Avukat Emine TUNA		Üye Nihat KARS

Gelen Evrak No: 117	Karar No: 18	Karar Tarihi: 26.10.2016
Araştırmanın Adı: "Kars İli, Susuz İlçe Merkezine Bağlı Aile Planlaması Yöntemi Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler"		
Araştırmanın Yürütücüsü: Yrd.Doç.Dr.Özlem KARABULUTLU ve YL Öğrencisi Betül ERSÖZ		
Araştırmanın gerekçesi yeterli mi?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmanın metodu uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmada kullanılacak ilaçlara ait bilgiler yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma ilacının bilinen veya muhtemel yan etkileri ve varsa bunların önlemleri yeterince açıklanmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Bilgilendirilmiş Olur Formu; Gönüllünün anlayacağı şekilde yazılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Tanık dâhil olmak üzere ilgililerin imzaları için yer ayrılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmadan kaynaklanabilecek ölüm, sakatlanma, hastalık durumunda yapılacak ödeme, tedavi ile ilgili sigorta veya taahhütname ile ilgili belgeler var ve uygun-yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmacı ve destekleyici arasında sorumluluk paylaşımına dair belge var mı ve uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma bütçesi, yapılacak ödemeler uygun mu?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Protokolde mevcut veriler ve literatür araştırmayı destekler nitelikte midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

KARAR		
Kafkas Üniversitesi Etik Kurul yönetmeliğine göre	Uygundur X	Uygun değildir <input type="checkbox"/>
	Düzeltilmesi Gerekir <input type="checkbox"/>	

Başkan Prof.Dr.Mahmut Can YAĞMURDUR 	Başkan Yardımcısı	Raportör Üye Doç.Dr.Barlas SÜLÜ 
Üye Prof.Dr.Ayşe BURCU (Görevli)	Üye	Üye Yrd.Doç.Dr.Damla ÇETİN 
Üye Doç.Dr.Hülya ÇAKMUR 	Üye Avukat Emine TUNA 	Üye Nihat KARS 

Ek3. Kars Susuz Toplum Sağlığı Merkezi İzin Yazısı

MÜDÜRLÜĞÜ
29/11/2016 16:04 - 73719022 - 663.08 - E.798
00034399017

**T.C.
KARS VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü**

Sayı : 73719022/
Konu : Araştırma İzni Hk.

**SUSUZ KAYMAKAMLIĞI
(Toplum Sağlığı Merkezine)**

Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Betül ERSÖZ'ün "Kars İli Susuz İlçe Merkezine Bağlı Aile Planlaması Yöntemi Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem Ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler" konulu araştırma yazımız ekinde gönderilen Araştırma Talimatnamesinde belirtilen hükümler doğrultusunda Halk Sağlığı Müdürlüğümüze bağlı ilimiz Susuz ilçesinde bulunan Susuz Aile Sağlığı Merkezinde yapması uygun görülmüştür. Konu hakkında Toplum Sağlığı Merkezimize bağlı Susuz aile sağlığı merkezinde görev yapan aile hekimlerine tebliğen bilgi verilmesi hususunda;

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Dr. Zafer YILMAZ
Halk Sağlığı Müdürü

EK:
Araştırma Talimatnamesi 1 Adet

İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
Aile Hek. ve Toplum Sağ.Hiz.Şb.
Eposta : hsm36.ahts@saglik.gov.tr

Yusuf Paşa Mah.Ordu Cad.No:54 36100 KARS
Telefon:0 (474) 212 65 23 Fax : 223 12 31
Dahili:2011

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 14565807-0a02-485f-96cc-93df44c68040 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

9. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı İzmir'in Ödemiş ilçesinde doğmuştur. İlk, ortaokul ve lise eğitimini Ödemiş'te tamamlamıştır. 2010 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümüne yerleşmiş ve 2014 yılında mezun olmuştur. 2015 yılında Anadolu Üniversitesi ön lisans Sosyal Hizmetler Bölümünü bitirmiştir. 2015 yılından beri Kars Halk Sağlığı Müdürlüğü Susuz Aile Sağlığı Merkezinde Aile Sağlığı Elemanı olarak görev yapmaktadır. 2015'te Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimine başlamış olup halen devam etmektedir.

