

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ÜREME ÇAĞI KADINLARININ KONTRASEPTİF YÖNTEM**  
**TERCİHLERİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN**  
**BELİRLENMESİ**

**SEDA NUR MUTLU**  
**Hemşirelik Anabilim Dalı**  
**Tezli Yüksek Lisans Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GAZİANTEP**

**2020**

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÜREME ÇAĞI KADINLARININ KONTRASEPTİF YÖNTEM**  
**TERCİHLERİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN**  
**BELİRLENMESİ**

**SEDA NUR MUTLU**

Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin Hemşirelik  
Anabilim Dalının Hemşirelik Tezli  
Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
olarak hazırlanmıştır.

**TEZ DANIŞMANI**

Dr. Öğr. Üyesi Feride YİĞİT

**GAZİANTEP**

**2020**

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım saygıdeğer danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Feride YİĞİT'e,

Tez çalışmam boyunca desteğini esirgemeyen, engin bilgi birikimi ve tecrübesiyle daima yol gösteren kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Sezer AVCI'ya

Yüksek lisans eğitimim süresince verdikleri tüm katkılardan dolayı Dr. Mahmut MAZI'ya ve yardımları için Dr. Türkan BOZ'a

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini hep hissettiğim çalışma arkadaşım Hemşire Ayşe KAYA'ya

Tez çalışmam boyunca mesleki bilgi ve becerisinden yararlandığım desteğiyle yanımda olan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Derya KAYA ŞENOL'a

Her zaman yanımda olduğunu hissettiren, desteğiyle güç veren, sabrını ve desteğini biran olsun esirgemeyen yol arkadaşım, sevgili eşim Ali MUTLU'ya

Hayatımda her daim bana yol gösterici olan, sevgilerini sonsuza kadar hissettiğim, desteklerini esirgemeyen anneme ve babama,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

**Seda Nur MUTLU. Üreme Çağı Kadınlarının Kontraseptif Yöntem Tercihlerine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi. Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep. 2020.** Değişen doğurganlık politikalarının kontraseptif tercihlere etkisini belirlemek hizmet sunumunu yeniden düzenlemek açısından son derece önemlidir. Yeni politikalar doğrultusunda kadınların aile planlaması yöntem tercihlerine etki eden faktörlerin belirlenmesi, danışmanlık ve hizmet sunumunu yaparken hemşirelik girişimlerinin ve eğitimlerin buna göre yeniden yapılandırılması için rehberlik edeceğinden yola çıkılarak çalışma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 15-49 yaş arası üreme çağı kadınlarının aile planlaması yöntemi tercihlerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın evrenini, Osmaniye 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi 25 Nolu Birime kayıtlı 1105 kadın oluşturmaktadır. Ancak 598 kadın araştırmanın örneklem grubunu oluşturmuştur. Veri toplama aracı araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formundan oluşmaktadır. Araştırmaya Osmaniye 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi 25 Nolu Birime kayıtlı 15-49 yaş kadınların katılacağı belirlendikten sonra, veriler bu birimin sisteminden tek tek alınarak toplanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %79.6'sı aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Kullanılan aile planlaması yöntemleri arasında %34.9 gibi en yüksek oranda kondom olduğu belirlenmiştir. Kadınların aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri arasında; gebe kalmak istemesi (%7.7), eşinin istememesi (%3.8) ve şu an gebe olması (%5.0) gibi çeşitli durumların olduğu bulunmuştur. Kadınların yaş ve sahip oldukları çocuk sayılarının ortalamalarının aile planlaması yöntemini kullanma durumuyla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Kadınların ev halkı hane sayısı ve kronik hastalık durumuyla aile planlaması yöntemini kullanma durumuyla da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Kadınların eğitim düzeyi ile kullanılan aile planlaması yöntemini temin etme durumu arasında da ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Son yıllarda 15-49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanma oranlarının oldukça yüksek olduğu ancak etkili yöntem kullanma oranlarının oldukça düşük olduğu belirtilmiştir. Birinci basamakta yürütülen aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin etkili bir sunumuyla modern aile planlaması yöntemlerin kullanımı da artacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Üreme çağı kadınlar, Kontraseptif yöntem.

## ABSTRACT

**Seda Nur MUTLU. Determining the Factors Affecting the Contraceptive Method Preferences of Reproductive-age Women. Hasan Kalyoncu University. Department of Nursing. Master's Thesis. Gaziantep. 2020.** Determining the effect of the changing fertility policies on contraceptive preferences is crucial for rearranging the service delivery. This study was designed and conducted based upon the possibility that determining the factors affecting the family planning method preferences of women in line with new policies might guide in restructuring the nursing interventions and trainings accordingly when delivering counseling and service. The study was designed for determining the factors affecting the family planning method preferences of reproductive-age women in the age range of 15-49 years, who were enrolled in a family health center. The population of the study consisted of 1105 women who were enrolled in the Unit No 25 of Osmaniye Family Health Center No 4. However, the sample group consisted of 598 women. A survey form prepared by the researchers was used as data collection tool. After determining that women in the age range of 15-49 years, who were registered in Unit No 25 of Osmaniye Family Health Center No 4, would participate in the study, the data were collected one by one from the system of the aforementioned unit. Of the women who participated in the study, 79.6% were using a family planning method. Among the family planning methods used, it was determined that condom was used at the highest rate (34.9%). The reasons for women not to use family planning methods were found to be the intention to conceive (7.7%), partner's rejection (3.8%) and being already pregnant at that moment (5.0%). It was determined that there was a statistically significant correlation between the averages of the women's age and number of children and their state of using family planning method ( $p<0.05$ ). Also, there was a statistically significant correlation between the women's household number and chronic illnesses and their state of using family planning method ( $p<0.05$ ). The women's educational level was correlated with the state of providing the family planning method used ( $p<0.05$ ). It was stated that in recent years the women aged between 15-49 years have used family planning method at a higher rate but their rate of using the method effectively was very low. An effective presentation of family planning counseling services conducted in primary healthcare will also increase the use of modern family planning methods.

**Keywords:** Reproductive-age women, Contraceptive method.

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

<b>TEZ SAVUNMA TUTANAĞI</b>	
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>i</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>iii</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>iv</b>
<b>TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI.....</b>	<b>vii</b>
<b>TABLO DİZİNİ.....</b>	<b>viii</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ.....</b>	<b>ix</b>
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Üreme Sağlığı.....	4
2.2. Üreme Sağlığı Hakları.....	5
2.2.1. Yaşama Hakkı.....	6
2.2.2. Özgürlük Hakkı.....	6
2.2.3. Eşitlik Hakkı.....	6
2.2.4. Mahremiyet Hakkı.....	7
2.2.5. Düşünce Özgürlüğü.....	7
2.2.6. Bilgilenme ve Eğitim Hakkı.....	7
2.2.7. Evlenme ve Aile Kurma Konularında Seçim Yapma Hakkı.....	7
2.2.8. Çocuk Sahibi Olup Olmama Karar Verme Hakkı.....	7
2.2.9. Sağlık Bakımı Alma ve Sağlığın Korunması Hakkı.....	8
2.2.10. Bilimsel Gelişmelerden Yararlanma Hakkı.....	8
2.2.11. Toplanma Özgürlüğü ve Siyasete Katılma Hakkı.....	8
2.2.12. İşkence ve Kötü Muameleden Özgür Olma Hakkı.....	8
2.3. Türkiye’de Üreme Sağlığı Uygulamaları.....	8
2.4. Aile Planlaması.....	10
2.4.1. Modern Yöntemler .....	11
2.4.1.1. Hormonal Kontraseptif Yöntemler .....	11
2.4.1.2. RİA(Rahim İçi Araç).....	12

2.4.1.3. Bariyer Yöntemler.....	12
2.4.1.4. Cerrahi Kontrasepsiyon.....	13
2.4.1.5. Post Koital Yöntem.....	13
2.4.2. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri.....	13
2.4.2.1. Bazal Vücut Isısı Yöntemi.....	13
2.4.2.2. Servikal Mukus Yöntemi.....	14
2.4.2.3. Servikal Palpasyon Yöntemi.....	14
2.4.2.4. Semptotermal Yöntem.....	14
2.4.2.5. Takvim Yöntemi.....	15
2.4.2.6. Coitus İnterruptus(Geri Çekme) Yöntemi.....	15
2.4.2.7. Vajinal Yıkama.....	15
2.4.2.8. Emzirme ile Gebeliğin Önlenmesi.....	16
2.5. Aile Planlaması Danışmanlığı.....	16
2.5.1. Aile Planlaması Danışmanlık Çeşitleri.....	17
2.5.1.1. Genel Danışmanlık.....	17
2.5.1.2. Yönteme Özel Danışmanlık.....	17
2.5.1.3. İzlem Danışmanlığı.....	17
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>18</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	18
3.3. Araştırmanın Etik Yönü.....	18
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
3.5. Veri Toplama Araçları.....	19
3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	19
3.7. Araştırmaya Katılanların Seçimi.....	19
3.8. Araştırmanın Uygulanması.....	19
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>21</b>
4.1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerini Tanıtıcı Bulguları.....	21
4.2. Kadınların Evlilik ve Çocuk Sahibi Olma Durumları ve Obstetrik Öyküsü ile İlgili Bulguları.....	24
4.3. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bulguları .....	27
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>37</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>48</b>

6.1. Sonuçlar.....	48
6.2. neriler.....	50
6.3. Sınırlılıklar.....	50
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>51</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>59</b>
EK 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	
EK 2. Etik Kurul Kararı	
EK 3. Kurum İzni	
EK 4. Veri Toplama Formu	
EK 5. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur(Rıza) Formu	
EK 6. İntihal Raporu	
EK 7. Kısa zgemiŐ	

## TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Üreme Çağı Kadınlarının Kontraseptif Yöntem Tercihlerine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi**” başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

14/09/2020

Seda Nur MUTLU

## TABLO DİZİNİ

Tablo 4.1.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri (n:598).....	21
Tablo 4.1.2. Kadınların Eşlerinin Sosyodemografik Özellikleri (n:598).....	22
Tablo 4.1.3. Kadınların Sosyoekonomik Özelliklerine Göre Dağılımı (n:598).....	23
Tablo 4.2.1. Kadınların Evlilik Özelliklerine Göre Dağılımı (n:598).....	24
Tablo 4.2.2. Kadınların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı (n:598).....	25
Tablo 4.2.3. Kadınların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı (n:557).....	26
Tablo 4.2.4. Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı (n:598).....	26
Tablo 4.3.1. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı.....	27
Tablo 4.3.2. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Temin ve Tercih Etmelerine İlişkin Durumlarının Dağılımı.....	28
Tablo 4.3.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Bazı Özelliklerin Ortalamalarının Aile Planlaması Yöntemi Kullanımına Göre Dağılımı.....	30
Tablo 4.3.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Bazı Özelliklerinin Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.3.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Eğitim Düzeyi ile AP Yöntem Kullanımı, AP Yöntemini Temin Etme ve AP Yöntemlerinin Fiyatlarının Tercih Etmeyi Etkileme Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	33

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>AÇS</b>	Ana-Çocuk Sağlığı
<b>AÇS-AP</b>	Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
<b>AP</b>	Aile Planlaması
<b>ASM</b>	Aile Sağlığı Merkezi
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>ICDP</b>	Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
<b>IPPF</b>	International Planned Parenthood Federation-Aile Planlaması Federasyonu
<b>RIA</b>	Rahim İçi Araç
<b>TDH</b>	Toplam Doğurganlık Hızı
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TUIK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu

# 1.GİRİŞ

## 1.1 Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'ne göre üreme sağlığı; 'üreme sistemi işleyişi ve zamanlaması ile ilgili olarak sadece sakatlık ve hastalığın olmaması değil, tüm bunlarla alakalı fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan tamamı ile bir iyilik durumunda olmasıdır' şeklinde tanımlamaktadır (1). Üreme sağlığı ayrıca, insanların güvenilirli ve tatmin edici bir cinsel hayatlarının olması, üreme özelliklerine sahip olmaları, üreme özelliklerini kullanmada bir karara varma özgürlüğüne sahip olmaları gerektiği anlamına da gelmektedir (2,3). Üreme sağlığı, dünyadaki toplumların gelişmişlik durumlarını gösteren kriterlerinden biridir (4).

Kadınların üreme sağlığı problemleri, doğum anından ölüm gerçekleşinceye kadar zaman içerisinde hayatının her dönemlerinde kadınların genel sağlık durumlarını etkileyecek özelliktedir. Kadınların doğurganlığının olduğu zamanlarında (15-49 yaş) bu sorunlar, kadının hayatını tehlikeye girdiren durumlara da sebep olabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde 15-49 yaş arasındaki kadınların toplumdaki hastalık yükünün 1/3 nün sağlıksız olan gebelik ve doğum, abortus, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve üremeden kaynaklı enfeksiyonlar gibi üreme sağlığına ait problemler oluşturmaktadır (5). Bu gibi sorunlar birinci basamakta yürütülen üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamındadır. Doğum öncesi bakım, doğum ve doğuma hazırlık, doğum sonrası bakım, yenidoğan bakımı, ergenlik dönemi, sağlam kadına yaklaşım, aile planlaması, menopoz, infertilite, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, beslenme hizmetleri birinci basamak kuruluşlarının yapması gereken üreme sağlığı hizmetleridir (6).

Üreme hakları; insanların üreme ve doğurma yeteneğine, bunu hangi zaman ve ne şekilde gerçekleştireceklerine karar vermede özgür bir biçimde sahip oldukları anlamına gelmektedir. Üreme hakları; Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) 1994 yılı Kahire ve daha birçok toplantılarda dünyanın gündeminde genel bir görüş kazanmıştır. Bu çerçevede kişilerin ve çiftlerin istediği çocuk sayısı ve zaman aralığını özgür ve sorumluluk sahibi bir şekilde karar vermeleri ve bu yolda karar verebilmek için gerekli bilgilere sahip olabilmeleri, en iyi noktada üreme ve cinsel sağlık koşullarına ulaşabilmeleri ve şiddet, baskı ya da ayrımcılık unsurları olmaksızın kararlarını alabilmelerini ve adölesan dönemden başlayarak, post menopozal ve yaşlılık dönemlerini de içine alacak şekilde üreme sağlığının hizmetlerinden faydalanma haklarının insan hakları içerisinde ele alınmasına vurgu yapılmıştır (7,8).

Üreme sağlığı hizmetlerinin içerisinde yer alan ile planlaması; ailelerin istedikleri zamanda bakabilecekleri, iyi bir gelecek hazırlayabilecekleri, her bakımdan onların sorumluluklarını taşıyabilecekleri kendi sorumlulukları ve özgür iradeleri ile ocuk sahibi olmalarıdır. Ayrıca aile planlaması kişilerin ya da eşlerin istemedikleri gebeliklerden korunmalarına, iki gebelik süreci arasındaki zamanın düzenlemelerine, sosyo-ekonomik durumlarını ve yaşlarını göz önünde bulundurarak ne kadar ve ne zaman ocuk sahibi olacaklarını planlamaları, ocuk sahibi olamayan ailelerin ocuk sahibi olma isteklerinin gerçekleştirilmesine yardım eden uygulamaların bütünüdür (9). Türkiye’de aile planlaması hizmetlerinin temelleri bilimsel ve yaygın bir biçimde ilk defa 1965 yılında yürürlüğe giren ‘Nüfus Planlaması Hakkında Yasa’ ile atılmıştır ve aile planlaması politikalarının yürütülmesi, bu konudaki sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve örgütlenmesi sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir (10).

Literatür incelendiğinde 15-49 yaş arası kadınların kontraseptif yöntem kullanma oranlarının oldukça yüksek olduğu ancak etkili yöntem kullanma oranlarının düşük olduğu belirtilmiştir (4). 2018 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verileri sonucu ise bize doğurganlık düzeyinin durağanlaştığını, gebeliği önleyici geleneksel yöntem kullanımının azaldığını göstermektedir (11). Toplam doğurganlık hızı (TDH) Türkiye’de, 2016 yılında 2.11 olarak belirlenmiş iken 2017 yılında bu sayı 2.07 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç bize nüfusun yenilenme düzeyi olan hesaplanan 2.1 doğurganlık seviyesinin altında kaldığını göstermektedir. TDH; kadınların 15-49 yaş (üreme çağında olduğu dönem) boyunca doğurabileceği ortalama ocuk sayısı olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak yorumlar gelişmiş ölkeler için TDH 2.1’in altında olarak belirlenmiş ise yeni doğan nüfusunun, doğurgan çağdaki kadınların ve onların eşlerinin sayısına denk gelmesi ve nüfusun yenilemesi için yetersizdir şeklinde yorumlanmaktadır. Türkiye’de, cumhuriyetin ilanından sonra 1960’ların ortalarına kadar pronatalist yani doğumları destekleyici, sonrasında ise antinatalist yani doğum karşıtı nüfus politikası izlenmiştir. 2008 yılından sonra yeniden, pronatalist bir politikaya izlenmeye başlanmıştır. 2015 yılında yürürlüğe giren Doğum Yardımı Sistemi ile doğum yardımı yönetmeliği işlerlik kazanmış doğum yanlısı nüfus politikası izlenmeye başlanmıştır (3). 2018 TNSA sonuçları da, doğurganlık düzeyine bakıldığında durağanlaştığı görölmektedir. 2018 TNSA’ya göre Türkiye genelinde ise evli ve doğurgan zamanlarındaki kadınların %70’i gebeliğe engel olacak bir yöntem kullanmaktadır. Araştırmada son 5 yıla bakıldığında modern yöntem kullanımı yükselişteyken (%47’den %49’a), modern olmayan yöntem kullanımı oranı ise azalma göstermiştir (%26’dan %21’e). Modern yöntem olarak en yaygın kullanılan kondom

(%19), en yaygın kullanılabilen geleneksel yöntemin geri çekme yöntemi olduğu belirlenmiştir (%20) (11). Değişen doğurganlık politikalarının kontraseptif tercihlere etkisini belirlemek hizmet sunumunu yeniden düzenlemek açısından son derece önemlidir. Yeni politikalar doğrultusunda kadınların aile planlaması yöntem tercihlerine etki eden faktörlerin belirlenmesi, danışmanlık ve hizmet sunumunu yaparken hemşirelik girişimlerinin ve eğitimlerin buna göre yeniden yapılandırılması için rehberlik edeceğinden yola çıkılarak çalışma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

## **1.2 Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma bir aile sağlığı merkezine (ASM) kayıtlı olan 15-49 yaş arası üreme çağı kadınlarının aile planlaması yöntemi tercihlerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışma ile kontraseptif seçimine etki eden sosyo-demografik, obstetrik, ekonomik ve tıbbi özelliklere cevap alınmaya çalışılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Üreme Sağlığı

Üreme sağlığı DSÖ'nün tanımına göre 'üreme sistemi işlevleri ve zamanlaması ile ilgili olarak sadece sakatlık ve hastalığın olmaması değil, tüm bunlarla ilgili olarak fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan tamamiyle bir iyilik durumunda olmasıdır' şeklinde tanımlamaktadır (1). Üreme sağlığı ayrıca, insanların güvenilirli ve tatmin edici bir cinsel hayatlarının olması, üreme özelliklerine sahip olmaları, ve bu özelliklerini kullanmada bir karara varma özgürlüğüne sahip olmaları gerektiği anlamına da gelmektedir (2,3).

Üreme sağlığı ilk kez 1990'lı yılların ilk zamanlarında DSÖ tarafından ortaya atılmıştır ve geliştirilmiştir. 1994'te Kahire'de politikacılarında eşlik ettiği Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda temelleri oluşturulmuştur (11). Üreme sağlığı, dünyadaki toplumların gelişmişlik gösteren kriterlerinden biridir. ICDP gibi uluslararası kuruluşlarda, toplantılarda ve bilimsel çalışmalarda sağlıklı, geleceği planlı ve gelişmişlik düzeyi yüksek toplumlarında oluşmasında üreme sağlığı hizmetlerinin önemli olduğu ele alınmıştır (4).

Dünyada hergün 100 milyonun üstünde cinsel birliktelik yaşandığı ve bu birliktelikten yaklaşık olarak 900.000'nin gebelik ve 350.000'nin cinsel yollarla bulaşan enfeksiyonlarla sonuçlandığı düşünülmektedir. İstenilmeyen hamileliklerin 150.000'i isteyerek düşükle sonlanmaktadır ve bu düşüklerin 3/1 i ise sağlık koşulları uygun olmayan yerlerde gerçekleşmektedir. Dünyanın çoğunda hergün yaklaşık olarak 500 anne de bu sebeplerden dolayı yaşamını yitirmektedir. Normal fizyolojik bir zaman olan gebelik durumu ve doğum anında hergün tahmini 1.400 kadın hayatlarını yitirmektedir ve bu sayının birkaç katı kadar kadınlar ise psikolojik engel ve fiziksel engellerle yaşamlarının son bulmasından kurtulmaktadırlar. Tüm dünyada her sene 500 000 kadın doğum öncesi gebelik sürecinde ve doğum komplikasyonları sebebiyle hayatını yitirmektedir ve ölümlerin yalnızca 4000 (yaklaşık %0.8) kadarı gelişmiş ülkelerde, geri kalanları ise gelişmekte olan ülkelerde yaşanmakta ve görülmektedir. Dünyanın genelinde her sene 40-60 milyon; başka bir söylemle her 1000 canlı doğuma karşılık 300-500 yasal veya yasal olmayan düşük yapıldığı düşünülmektedir. Gelişmekte olan çoğu ülkede yasadışı abortusun en yaygın komplikasyonu olarak septik abortus sonucu olarak anne ölümlerinin artması ciddi bir durumdur. Anne ölümlerinin 1/4-1/3'ü güvenilir olmayan düşük komplikasyonlarına bağlı olarak gerçekleşmektedir. Ayrıca istenilmeyen gebelikler yanında eşlik eden anne ve çocuk ölümlerinin yaklaşık olarak üçte birine engel olabilen aile planlaması hizmetlerine yaklaşık 300 milyon çift ulaşım sağlayamamaktadır. Diğer

açından, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, salgın hastalık seviyesine erişmiştir. Sayıları hızla yükselen adölesanların üreme sağlığı ihtiyaçlarında özel ve özenli dikkat gerektirmektedir. Adölesan gebeliklerin sıklığı bazı çeşitli ülkelerde büyük değişiklikler göstermekle birlikte, çoğunlukla gelişmekte olan ülkelerde daha fazladır. Küçük yaşlarda çocuk sahibi olmak kadınların sosyal durumu, eğitim düzeyi ve ekonomik durumlarındaki ilerlemenin önünde bir engel oluşturmaktadır (2,3).

Kadınların üreme sağlığı problemleri, doğum anından ölüm gerçekleşinceye kadar zaman içerisinde hayatının her dönemlerinde kadınların genel sağlık durumlarını etkileyecek özelliktedir. Kadınların doğurganlığının olduğu zamanlarında (15-49 yaş) bu sorunlar, kadının hayatını tehlikeye girdiren durumlara da sebep olabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde 15-49 yaş arasındaki kadınların toplumdaki hastalık yükünün 1/3 nün sağlıksız olan gebelik ve doğum, abortus, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve üremeden kaynaklı enfeksiyonlar gibi üreme sağlığına ait problemler oluşturmaktadır (5). Bu gibi sorunlar birinci basamakta yürütülen üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamındadır. Doğum öncesi bakım, doğum ve doğuma hazırlık, doğum sonrası bakım, yenidoğan bakımı, ergenlik dönemi, sağlam kadına yaklaşım, aile planlaması, menopoz, infertilite, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, beslenme hizmetleri birinci basamak kuruluşlarının yapması gereken üreme sağlığı hizmetleridir (6). Üreme sağlığı ve aile planlaması ihtiyaçları karşılama kadına yardımcı olmak, istenmeyen gebeliklerin önüne geçmek, yüksek riskli gebelik, hastalık ve gebeliğe bağlı ölümleri azaltmak, erkeklerin üreme sağlığı hizmetlerine katılımını arttırmak, kızları ve kadınları dikkatte alarak cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaşmasını ve komplikasyonları önlemek, tedavi yöntemlerini geliştirmek, cinsiyetler arası eşitliğe temelendirilmiş cinselliğin yeterince gelişmesini desteklemek, kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmasını sağlamak, gençlerde bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirme, bireylere hizmet ve danışmanlık sağlamak, erken yaştaki gebeleri azaltmak üreme sağlığı hizmetlerinin amaçlarındadır (12).

## **2.2. Üreme Sağlığı Hakları**

Üreme hakları; bireylerin üreme ve doğurma yeteneğine, bunu hangi zaman ve ne şekilde gerçekleştireceklerine karar vermede özgür bir biçimde sahip oldukları anlamına gelmektedir. Üreme hakları; Üreme hakları; 1994 yılında Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında ve daha birçok toplantıda dünyanın gündeminde genel bir görüş kazanmıştır. Bu çerçevede kişilerin ve çiftlerin istediği çocuk sayısı ve zaman aralığını

özgür ve sorumluluk sahibi bir şekilde karar vermeleri ve bu yolda karar verebilmek için gerekli bilgilere sahip olabilmeleri, en yüksek noktada üreme ve cinsel sağlık koşullarına ulaşabilmeleri, şiddet, baskı ve ayrımcılık unsurları olmaksızın kararlarını alabilmelerini ve adölesan dönemden başlayarak, post menapozal ve yaşlılık dönemlerini de içine alacak şekilde üreme sağlığının hizmetlerinden faydalanma haklarının insan hakları içerisinde ele alınmasına vurgu yapılmıştır (7,8).

IPPF (International Planned Parenthood Federation-Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu) üreme haklarını 12 maddede açıklamıştır. Bu elde edilen hakların hiçbirinin önceliği bulunmamaktadır (7,8).

### **2.2.1. Yaşama Hakkı**

Hiçbir kadının hayatı gebelik gerekçesiyle tehlike ve riske girmemelidir. Oluşabilecek risk faktörleri engellenerek elde edilen bu hak herkese sağlanmalıdır. Herkesin yaşamı sağlık hizmetlerine yeteri kadar olan bilgilere ve danışmanlıklara ulaşamadığı için sona ermemelidir (13-15).

### **2.2.2. Özgürlük Hakkı**

Tüm kişiler başka kişilerin haklarına saygı göstermek şartıyla cinsellik ve üreme hayatlarını iletme ve kontrol etme hakkına sahiptir (17). Tüm kişiler üreme ve cinsel sağlıkları konularında tam, özgür bir biçimde ve bilinçli istekleri dışındaki tüm tıbbi müdahalelerden korunma konusunda hakka sahiptir. Tüm kişiler cinsel tacizlerden, kendi istekleri dışındaki zorla gebe kalmaya, sterilite ve gebeliklerinin sonlandırılmasına karşı korunma haklarına sahiptir. Genç kişiler başka kişilerin hayatlarının haklarına saygı duymak, cinsel ve üreme hayatlarından hoşlanma durumu ve kontrol etme hakkına sahiptir (13-16).

### **2.2.3. Eşitlik Hakkı**

Tüm kişiler onurlu, özgür ve eşit haklara sahip bir şekilde dünyaya gelmektedir. Kadınlar yasalar, yönetmelikler, gelenek ve görenekler uygulamalar, sosyo-kültürel davranış yönünden erkek bireylerle eşit olmalıdırlar (17).

#### **2.2.4. Mahremiyet Hakkı**

Bilgi alma ve danışmanlık konusunda içinde yer alan tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerini mahremiyet ve kişisel bilgilerinin gizli tutulması sağlanmalıdır. Bütün kadınların; gebelik süreçlerinin güvenli bir şekilde sonlandırılması dahil olmak üzere üremeleri ile ilgili seçim yapma hakkı vardır. Ayrıca gençlerin geleneksel kadın ve erkek rollerine bakılmaksızın, ayrımcılığa uğramama hakkı bulunmaktadır (13-16).

#### **2.2.5. Düşünce Özgürlüğü**

Tüm kişiler cinsel ve üreme hayatları hakkında düşüncelere ve konuşma özgürlüğüne sahiptir. Bütün kişiler cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkında eğitim ile ilgili bilgiye ulaşma konusunda, düşünce, vicdan ve inanç sebepleri ile herhangi bir engelleme ve kısıtlamaya karşı korunma hakkına sahiptirler (13-16).

#### **2.2.6. Bilgilenme ve Eğitim Hakkı**

Tüm kişiler cinsel sağlık hakları ve sorumlulukları ile ilgili cinsiyete duyarlı olarak önyargıdan uzak, tarafsız ve çoğulcu bir şekilde verilen eğitimlere ve doğru bilgilere ulaşma hakkına sahiptir (15,18).

#### **2.2.7. Evlenme ve Aile Kurma Konularında Seçim Yapma Hakkı**

Tüm kişiler tam, özgür ve iradeleri dışında evlendirilmekten korunma hakkına sahiptir. İnfertil olan kişiler ya da cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar sebebiyle doğurganlığı aksamış olan kişiler de dahil olmak üzere bütün bireyler üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptirler (13-16).

#### **2.2.8. Çocuk Sahibi Olup/Olmamaya Karar Verme Hakkı**

Tüm kadınların üreme sağlıklarının korunması, güvenli bir şekilde anneliğin sağlanması ve gebeliklerinin güvenli sonlandırılması için gerekli olan tüm hizmetlere ulaşılabilir olmalıdır. Ayrıca kabul görebilir, kullanışlı ve ödeyebilecekleri bilgi, hizmet ve eğitimlere ulaşma hakkı vardır. Tüm kişiler istemedikleri gebeliklerden korunma yöntemi tercihleri içinden kendilerine uygun güvenli ve kabul edebileceği olanı özgürce bilinçli seçmek ve de kullanmak hakkına sahiptir. Çiftler çocuk sayılarına karar vermeli ve bu kararlarını özgürce ve sorumlulukla almalıdır (6).

### **2.2.9. Sağlık Bakımı Alma ve Sağlığın Korunması Hakkı**

Tüm kişilerin elde edeceği en yüksek standartta fiziksel ve manevi sağlığa sahip olma hakkı vardır. Bütün kişiler; cinsel sağlıkları ve üreme sağlıkları da içinde, bütün bakım hizmetlerinde ulaşabilecekleri en yüksek ayrıcalıkta hizmet alabilme hakkına sahiptir. Tüm kişiler; geniş boyutlu bir sağlık hizmeti alma bilme hakkına sahiptir. Bu hak, gebeliğin güvenli son bulması dahil, doğurganlığı ayarlayan tüm yöntemler ile infertilite ve tüm cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tanısını ile tedavisini de kapsamaktadır (14-16).

Gençlere özgü hizmetlerde; gençlerin kolay olarak erişebilecekleri mekanda, uygun zaman aralıklarında hizmet alabilecekleri, randevu sistemlerinin hızlı çalıştığı, ücretsiz veya gençler tarafından kabul edilebilir ölçütte ücretlendirmenin olduğu bir hizmetin sağlandığı ve gerektiğinde iletim zincirinin çalıştığı bir sistem ağı temel alınmalıdır. Bütün kişiler; özellikle de kadınlar ile kız çocukları, sağlığı bozacak geleneksel uygulamalardan korunma hakkına sahiptirler (15,16).

### **2.2.10. Bilimsel Gelişmelerden Yararlanma Hakkı**

Tüm kişiler infertilite, gebeliklerinin önlenmesi ve gebeliklerinin sonlandırılmasını da içeren konu ve konulardan üreme sağlığı teknolojilerinden faydalanma hakkına sahiptir (19).

### **2.2.11. Toplanma Özgürlüğü ve Siyasete Katılma Hakkı**

Tüm kişilerin cinsel hayatları ve üreme sağlıkları ve hakları konusunda bir birlik oluşturma hakları vardır. Ayrıca kişilerin sahip olduğu hükümetlerde bu konulara daha ön planda tutulması için kamuoyu oluşturma hakkına da sahiptir (7,8).

### **2.2.12. İşkence ve Kötü Muameleden Özgür Olma Hakkı**

Tüm kişilerin işkence veya acımasız bir şekilde insanlık dışı, aşağılayıcı ya da cezalardan vade özgür iradesi dışında uygulanan bilimsel veya tıbbi işlemlerden özgür olma hakkı vardır (13-16).

## **2.3. Türkiyede Üreme Sağlığı Uygulamaları**

Türkiye’de kadın sağlığı ile ilgili çalışmalara Cumhuriyet Dönemi’nde ağırlıklı olarak ele alınmıştır. 1950 li yıllarda doğurganlığın aşırı artması ve buna eşlik eden yasal

olmayan düşüklerin çoğalmasi ile anne ölüm hızlarının yükselmesi üzerine AÇS (Ana-Çocuk Sağlığı) Merkezleri'nin açılması sağlanmıştır. 1965 yılında Nüfus Planlaması Hakkında Kanunu'nun yürürlüğe girmesi, 1978 yılında Temel Sağlık Hizmeti yasası ile 1982 yılında AÇS-AP (Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması) Genel Müdürlüğü'nün oluşturulması ve son olarak 27 Mayıs 1983 yılında 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un” yürürlüğe girmesi ile gönüllü cerrahi sterilizasyon ve gebeliklerin onuncu haftasına kadar kişilerin isteğine bağlı küretajın yasal hale getirilmesi kadın sağlığı için önemli bir yol alınan gelişmelerden sayılabilir. Türkiye’de aile planlaması hizmetlerinin temelleri bilimsel ve kapsamlı bir biçimde 1965 yılında kabul edilen “Nüfus Planlaması Hakkında Yasa” ile atılmıştır ve aile planlaması politikalarının yürütülmesi, bu konudaki sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve örgütlenmesi sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir (10).

Toplam doğurganlık hızı (TDH) Türkiye’de, 2016 yılında 2,11 olarak belirlenmiş iken 2017 yılında bu sayı 2.07 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç bize nüfusun yenilenme düzeyi olan hesaplanan 2.1 doğurganlık seviyesinin altında kaldığını göstermektedir. TDH; kadınların 15-49 yaş (üreme çağında olduğu dönem) boyunca doğurabileceği ortalama çocuk sayısı olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak yorumlar gelişmiş ülkeler için TDH 2.1’in altında olarak belirlenmiş ise yeni doğan nüfusunun, doğurgan çağdaki kadınların ve onların eşlerinin sayısına denk gelmesi ve nüfusun yenilemesi için yetersizdir şeklinde yorumlanmaktadır. Türkiye’de, cumhuriyetin ilanından sonra 1960’ların ortalarına kadar pronatalist yani doğumları destekleyici, sonrasında ise antinatalist yani doğum karşıtı nüfus politikası izlenmiştir. 2008 yılından sonra yeniden, pronatalist bir politikaya izlenmeye başlanmıştır. 2015 yılında yürürlüğe giren Doğum Yardımı Sistemi ile doğum yardımı yönetmeliği işlerlik kazanmış doğum yanlısı nüfus politikası izlenmeye başlanmıştır (3,20).

DSÖ’nün sınırlarını çizdiği ve gündeme getirdiği “herkese sağlık hedef ve stratejileri” doğrultusunda Türkiye’nin 21. yüzyıl için sağlık politikaları kapsamında üreme sağlığının geliştirilmesi beşinci hedef olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda 2020 yılına kadar üreme ve cinsel hayattan kaynaklı sağlık sorunlarını en az %50 oranında azaltmak, ana ölüm hızını en az %50 oranında azaltmak, 15-49 yaş grubu kadınlarla etkili aile planlaması yöntemi kullanımını %70’e çıkarmak ve 2020 yılına kadar bütün gebelerin düzenli doğum öncesi bakım almalarını sağlamak amaçlanmıştır (21).

## 2.4. Aile Planlaması

Aile planlaması, ailelerin istedikleri zamanda bakabilecekleri, iyi bir gelecek hazırlayabilecekleri, her bakımdan onların sorumluluklarını taşıyabilecekleri kendi sorumlulukları ve özgür iradeleri ile çocuk sahibi olmalarıdır. Ayrıca aile planlaması kişilerin ya da eşlerin istemedikleri gebeliklerden korunmalarına, iki gebelik süreci arasındaki zamanın düzenlemelerine, sosyo-ekonomik durumlarını ve yaşlarını göz önünde bulundurarak ne kadar ve ne zaman çocuk sahibi olacaklarını planlamaları, çocuk sahibi olamayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerinin gerçekleştirilmesine yardım eden uygulamaların bütünüdür (9).

Aile planlamasının amaçları arasında; sık aralıkla, çok sayıda, çok erken ve ileri yaşta gebelik ve doğumun anea ve çocuk sağlığına olan olumsuz etkileri önlemek, istenmeyen gebeliklerin önüne geçmek, toplumu, aileleri ve doğurganlık çağında ki bireyleri üreme fizyolojisi ve kontraseptif yöntemler konusunda eğitmek ve bilinçli, sağlıklı yaşamalarını sağlayarak, çocuk sahibi olmak isteyip de olamayanlara tıbbi olanaklarla yardımcı olmak, topluma ruhen ve bedenen sağlıklı çocukların yetişmesini sağlamak, kişilerin sağlık ihtiyaçları doğrultusunda sağlık kuruluşlarından yararlanmasını sağlamak ve hızlı nüfus artışının getireceği sorunları ortadan kaldırarak toplumun sağlıklı bireylerden oluşmasına katkıda bulunmak sayılabilir (22).

Türkiye’de 2018 TNSA verilerine göre herhangi bir yöntem kullanmış halen evli kadınların oranı %90 olarak saptanmıştır. Aile planlaması yöntemlerinden batıya oranla doğu oranı karşılaştırıldığında modern yöntem kullanımı %0.7 azalmıştır, geleneksel yöntem kullanımı ise %3 olarak arttığı görülmektedir. 2013 TNSA verileri 2018 TNSA verileri ile karşılaştırıldığında modern yöntemin %2 arttığı, geleneksel yöntemin %5 azaldığı, yöntem kullanmayanların ise %3 arttığı görülmüştür. Her 100 gebelikte düşükler ve ölü doğumlar 2013 TNSA ile 2018 TNSA verileri karşılaştırılmasına göre; kendiliğinden düşük %1 azalmış, isteyerek düşük %1 artmış, ölü doğum ise sabit kalmıştır. 20 yılda içindeki Türkiye’de ortalama hane halkı büyüklüğünün 4.5 kişiden 3.5 kişiye düştüğü belirlenmiştir. Türkiye’deki hane halklarının 4/3’ü dört ya da daha fazla kişiden oluştuğu ve hanelerin %9’u ise tek kişilik olduğu saptanmıştır (23). Özetle; ülkemizde 2018 TNSA sonuçlarına göre doğurganlık düzeyinin durağanlaştığı görülmektedir. 2018 TNSA’ya göre evli ve doğurgan çağdaki kadınların Türkiye genelinde %70’inin gebeliği önleyici bir yöntem kullandığı, modern yöntem kullanımı artarken (%47’den %49’a), geleneksel yöntem kullanımının azaldığı (%26’dan %21’e) belirlenmiştir. Modern yöntem

olarak en yaygın kondom (%19), geleneksel yöntemin ise geri çekme yöntemi olduğu (%20) gözlenmiştir (23).

Kontraseptif yöntemler; modern ve geleneksel yöntemler olarak ikiye ayrılmaktadır. (24)

#### **2.4.1. Modern Yöntemler**

##### **2.4.1.1.Hormonal Kontraseptif Yöntemler**

İçeriğinde kadınlık hormonları olan östrojen ve progesteron bulunan yöntemlerdir.

**Kombine oral kontraseptifler**, sentetik östrojen ve çeşitli progestinlerden oluşur. 21, 22, 28 günlük paketler halinde sunulmaktadır. Koruyuculuğu kullanıma bağlı olarak %92 ile %99.7 arasında değişmektedir. Kombine oral kontraseptiflerin içinde bulunan, östrojen ve progestinin tesiri ile ovülasyonu engelleyerek, endometrial tabakanın gelişimini etkileyerek ve servikal mukusun kalınlaşmasını sağlayarak spermelerin uterus içine geçmesini engelleyerek gebeliği önlemektedir (25).

**Mini Haplar**;yalnız progestin içeren yöntemdir. Mini haplarda kombine oral kontraseptiflere oranla daha düşük dozda sadece progestin bulunur ve östrojen bulunmaz. Servikal mukusu kalınlaştırmayla spermelerin geçişini engeller, %40-60 oranında ovülasyona engel oluşturur, tubal motiliteye tesir eder ve endometriyumu inceltirerek implantasyonu önlerler. Kombine oral kontraseptiflere göre tesir etmeleri biraz daha düşüktür. Emziren annelerde %98.5 oranında, emzirmeyen annelere %96 oranla gebeliği önlemektedir (26).

**Enjekte Edilen Kontraseptifler**; kombine enjekte edilen kontraseptifler oral kontraseptifler gibi doğal östrojen ve progesteron içeren intramüsküler enjekte edilerek kullanılan kontraseptif yöntemlerdir Ovülasyonu kısıtlar, servikal mukusu kalınlaştırarak spermelerin geçişine engel oluştururlar, endometriyumu ince, atrofik hale getirirler, hareket edebilmelerini değiştirerek sperm geçişini azaltarak gebelikten korurlar (25).

**Deri Altı İmplantları**; çeşitli progestin içeren cilt altına yerleştirilen plastik çubuk veya kapsüllerdir. Türkiye’de çeşitli çalışmaların sonucunda Norplant ve Jadelle isimli deri altı implantları uygulanması uygun görülmüştür. Ancak hala implanon ruhsatlı olarak kullanımı sunulmaktadır. İmplanon 68 mg etongestrel içeren kesintisiz ve aralıksız olarak düşük miktarda hormon salgılayan 3 yıl süre ile koruma sağlayarak uzun etkili geri

dönüşümü olan cilt altına uygulanan yöntemdir. Tek çubuklu olan ve Norplant'a göre daha basit, daha kısa sürede uygulanan ve çıkarılan bir yöntemdir.

İmplant da diğer sadece progestin içerikli kontraseptifler gibi ovülasyonu engelleyerek, servikal mukusu yoğunlaştırarak, spermilerin geçişini baskılayarak endometriyumu incelterek tüm bu etkilerinin kombinasyonu ile gebeliği çok etkili bir biçimde olarak önlemektedir (25).

**Vajinal Halkalar;** silastik halkalar hormon içerirler, vajene yerleştirildiğinde salınan hormonun özelliği ile düzeyine bağlı olarak koruyuculuk sağlarlar. Etki mekanizması diğer yöntemlere göre kombine hormonal yöntemlerden benzer ancak asıl olarak ovülasyonun engellemesi ile etki etmektedir (25). Halka reglin ilk zamanlarında 3-4 gününde yerleştirilir, üç hafta zaman süreci ile takılı kalır. Daha sonra çıkartılarak 1 hafta ara verilmesi gerektirmektedir. Bu zaman aralığında menstruasyon kanaması meydana gelir. 1 hafta aradan sonra yeni bir vajinal halka yerleştirilir ve yönteme devam edilir. Doğru bir şekilde kullanım olduğunda %99 oranında gebelikten korur (28). Vajinal halka vajenin olabildiğince en derinine yerleştirilmesi gerekmektedir. Eğer bu durum olmazsa cinsel ilişkide vajinal halka hissedilerek rahatsızlık verme durumu vardır (29).

#### **2.4.1.2.RİA (Rahim İçi Araç)**

RİA'lar rahim içine yerleştirilen plastikten üretilmiş 'T' şeklinde araçlardır. Günümüzde bakırlı RİA'lar ve hormonlu RİA'lar olarak iki çeşit RİA vardır. Bakırlı RİA'ların gövde kısmında bakır tel bulunur. Hormonlu RİA'ların gövde kısmında ise progesteron yer alır. RİA, RİA takma sertifikası almış eğitimli sağlık personeli tarafından takılabilir ve çıkarılabilir. RİA'da bulunan bakır iyonları sperm hareketlerini azaltarak spermilerin genital organlara ulaşmasını ve ovumun transportunu engelleyerek fertilizasyonu engeller (30).

#### **2.4.1.3.Bariyer Yöntemler**

Genellikle üreme organlarına uygulanan spermilerin genital kanala geçmesini engel olan yöntemlerdir. Bunlar kondomlar, diyaframlar ve spermisitlerdir. Erkek kondomu, cinsel ilişkinin başında ereksiyon halindeki penise geçirilerek kullanılan lateks kauçuktan yapılmış ince kılıflardır. Kadın kondomlar, 17 santim uzunluğunda yumuşak ve ince bir poliüretan tabakadan yapılmış vajina içini tümüyle kaplayan tek taraflı kapalı silindirik bir

kılıftır. Diyaframsa, serviksi mekanik olarak kapatan kadının kendisinin uyguladığı kubbe biçiminde kauçuktan ya da silikondan yapılmış kontraseptif yöntemlerdir. Diyafram, koitustan önce genellikle kubbe kısmına spermisit sürerek uygulanır. Böylelikle mekanik ve kimyasal bariyer etkilerinin birleşimi sonucu spermlerin genital kanala geçişlerini engellenerek oldukça yüksek ve ileri düzeyde kontrasepsiyon sağlamaktadır. Farklı çaplar ve ölçülerde diyaframlarda vardır. Spermisitlerin aerosol krem, macun, jel, supozituar, tablet, vajinal köpük, vajinal sünger gibi çeşit türleri vardır. Vajinal spermisitler sperm hücrelerinin membranını tahrip ederek sperm hareket edebilme yeteneğini azaltan kimyasal ajanlarla koruma sağlamaktadır (25).

#### **2.4.1.4.Cerrahi Kontrasepsiyon**

Cerrahi sterilizasyon (kadında tübligasyonu, erkekte vazektomi) geri dönüşü olmayan artık çocuk istemeyen aileler için uygun yöntemdir. Bu uygulama hizmeti sunulurken başvurana geriye dönüşümün olamayacağı, kalıcı yöntem olarak tanıtılmalıdır. İşlem gebeliği meydana getirecek üreme hücrelerinin üreme kanalında operasyonel olarak yapılan engelleme neticesinde birleşmemeleri ile kontraseptif etki meydana getirir. Kişilerin cinsel fonksiyonlarında hiçbir değişiklik ve etkilenme meydana gelmez (25).

#### **2.4.1.5.Post Koital Kontrasepsiyon**

Acil kontrasepsiyon ihtiyacı olan durumlarda kullanılan yöntemdir. Kontraseptif amaçlı olarak sürekli kullanılmamalıdır. Yaygın olarak prezervatifin yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi veya erken çıkarılması, RİA (Rahim İçi Araç)'nın düşmesi, hap alınmasının unutulması veya istenmeyen cinsel tecavüz gibi durumlarda başvuru olan acil kontrasepsiyon durumudur (27).

### **2.4.2.Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri**

#### **2.4.2.1.Bazal Vücut Isısı Yöntemi**

Ovülasyon sonrası korpus luteum tarafından salgılanan progesteron hormonu termojenik veya ısı artırıcıdır. Progesteron sayesinde vücut ısısını 0.2 ile 0.5 derece arasında yükselir ve gebelik oluşmazsa menstruasyona kadar yüksek ısıda kalır. Termal sapma diye ifade edilen bu yükseliş bahsettiğimiz yöntemin temelini oluşturmaktadır. Kişiler vücut ısılarını izleyerek bunu tespit edebilirler. Bazal vücut ısısı sabah kalktığında

alınmalıdır ve bir yere kaydedilmelidir. Vücut ısısındaki çok minimal artış bile kayıt edilebilen özel bir termometre ile oldukça duyarlı ölçümler yapılmalıdır. Rahatsızlık, stres, düzensiz olan uyku gibi birçok hususta vücut ısısı yükselmesini gösterdiğinden ısı tablosunun çok iyi değerlendirilmesi gerekir (20). Eğer vücut ısısı önceki güne göre 0.5 ile 1.0 derece arasında yükseliş mevcutsa ovülasyondan sonrasını göstermektedir. Çiftler reglin ilk anından itibaren vücut ısısındaki artış olmasından sonraki 3 güne kadar korunma olmadan cinsel ilişkiden kaçınmalıdırlar (31).

#### **2.4.2.2.Servikal Mukus Yöntemi**

Fertil çağda kadınlar menstruel siklus sürecinde servikal mukusun niteliğinde değişiklikler deneyimler. Servikal mukus yöntemi bu değişikliklerin izlenmesi ve kaydedilmesi temelinden geliştirilmiştir. Ovülasyon dönemi yaklaşırken servikal mukus artar, inceler, özelliği değişir, rengi berraklaşır ve kaygan olur. Bu değişim spermilerin ortalama 3-5 güne kadar burada yaşamasına ve oosite doğru yol almasına uygun bir ortam oluşturur. Ovülasyondan sonra progesteron düzeyi artışı ile mukus yine değişerek yapışkan, pürtüklü hal alır ve vajina kuru hissedilir. Spermin birkaç saatten fazla yaşamasını ve hareket etmesini güçleştirir. Ovülasyondan önceki mukussuz, kuru günlerde cinsel ilişkide bulunulabilir (32).

#### **2.4.2.3.Servikal Palpasyon Yöntemi**

Kadının bireysel olarak kendi kendini muayenesi ile serviks kıvamındaki değişikliklerini izlenmesi temeline dayanır (32). Kadınlar elleriyle dokunarak serviksin kıvamındaki ve serviks ağzının durumundaki değişimlerini hissederek fertil ve infertil dönemlerini değerlendirmesi niteliğine dayanır. Serviksin sert olduğu, serviks ağzının kapanmış olduğu periyot infertil dönem denilmektedir. Ovülasyondan 4-5 gün önceden östrojenin yükselişe geçmesiyle servikste yumuşama başlayarak ve serviks ağzı açılarak, serviks daha akıntılı ve ıslak olmaktadır. Bu döneme fertil dönem denilir. Çiftler bu dönemde korunma olmadan cinsel ilişkiden kaçınmalıdırlar (33-35).

#### **2.4.2.4.Semptotermal Yöntem**

Servikal mukus ile bazal vücut ısısı takibi yöntemlerinin birleşiminden oluşur. Bu yöntem servikal mukusun bazal ısının belirtilerinin gözlemlenmesi ve yorumlanmasına dayanır (32). Servikal mukusun ıslak, kaygan olan, saydam veya elastik olması fertil

dönemin başladığını, bazal vücut ısısının yükselmesi ise fertil dönemin bittiğini göstermektedir. Bu sebeple bu yöntemi tercih eden kadınların her gün mutlaka servikal mukus kontrolü uygulayarak mukusun durumunu değerlendirmeleri ve her sabah vücut ısılarını bir termometreyle ölçmeleri ve kaydetmeleri gerekmektedir. Bu yöntemi kullananların her dönem yaklaşık olarak 12-17 gün arasında cinsel ilişki yaşamamaları gerekmektedir. Bu yöntemin doğru kullanımda gebelik oranı %2, doğru dürüst olmayan kullanımda ise %13 olarak gösterilmiştir (36,37).

#### **2.4.2.5.Takvim Yöntemi**

Menstruel siklusun fertil ve inferil günlerini belirlemek için matematiksel formüllere temellendirilmiş geleneksel bir yöntemdir. Takvim yönteminin başarısı için düzenli menstrüel döngünün düzenli olması, ovülasyonun bir sonraki menstrüel döneminden önceki 12.- 14. günlerde olabileceği, yumurtanın ovülasyondan sonraki 12- 24 saat aralığında döllenebileceği varsayım ile spermin kadının vajinal kanalı veya rahminde 24-72 saat canlı kalabilme durumu varsayımın, fertil periyodun hesaplanabilmesi için daha önceden olan altı menstrüel dönem zamanının dayanır. Altı aylık menstrüel dönemde kayıt altına alınan en kısa döneminden 18, en uzun döneminden ise 11 eksiltiyle fertil olduğu günler belirlenir (35).

Takvim yönteminin birkaç sebebinden dolayı çok güvenli bulunmamaktadır. Stres ve hastalık halinde olma gibi kadınların siklus uzunluğunu büyük çapta etkileyebilecek nedenler yapılan hesaplamaların duyarlılığını azalmaktadır (32).

#### **2.4.2.6.Coitus Interraptus (Geri Çekme) Yöntemi**

Cinsel ilişki esnasında erkeğin penisinin ejakulasyon gerçekleşmeden önce vajinal kanaldan çıkarılarak meninin vajina dışına boşalmasına dayanan yöntemdir (32). Ülkemizde en yaygın kullanılan geleneksel yöntemdir.

#### **2.4.2.7.Vajinal Yıkama**

Pek çok kadın vajinal duvar ve kanalındaki spermleri yıkayıp atma düşüncesi ile cinsel ilişki bitiminden hemen sonra vajinal kanalı suyla yıkamanın gebeliği önlediğine inanır. Bu yöntem tamamen etkisizdir (32).

#### **2..4.2.8.Emzirme İle Gebeliğin Önlenmesi**

Laktasyonel amenore yönteminin tanımı annenin emzirme döneminde emzirme ile ilgili 4 koşula uyuyorsa laktasyon amenoresini aile planlaması yöntemi olarak kullanması esasına dayanır. Bu koşullar bebeğin 6 ayından küçük olması gerektiği, bebek gece gündüz fark etmeksizin her emmeyi istediğinde ve sık sık aralıklarla (günde en az 6- 10 kez) olacak şekilde 4 dakikadan az olmayacak şekilde emzirmenin gerçekleşmesi, en aşağı %85 oranında bebeğin beslenmesinin anne sütüyle olması gerekmektedir. Ayrıca annesinde menstruasyon görmemesi gerekir. Eğer tüm bu koşullar varsa emzirmenin %98 oranında etkili bir kontraseptif yöntem olduğu kabul edilmektedir (38).

#### **2.5. Aile Planlaması Danışmanlığı**

Aile planlaması istenmeyen gebeliğin önüne geçebilmek, istenileni sağlıklı sona erdirebilmek, gebelikler arasında yeterli zaman aralığını koyabilmek için önemlidir. Aile planlaması kişilerin tıbbi özelliklerini ve sosyodemografik durumlarını da etkilemektedir. Literatür incelendiğinde 15-49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanma oranlarının oldukça yüksek olduğu ancak etkili yöntem kullanma oranlarının düşük olduğu belirtilmiştir (39). Etkili yöntem kullanma oranlarının artırılmasında aile planlaması danışmanlığı önem taşımaktadır.

Danışmanlık, kişinin bilgisi doğrultusunda bir konuda karşıdaki kişiye güvenilir, bilgili ve konu hakkında eğitim almış ustalaşmış kişiler tarafından bilgi verilmesi ve kişinin bilinçlendirilerek bireysel düşüncesini oluşturabilmesine yönlendirici olmadan yardım edilmesidir. Aile planlaması hizmetlerinin sunumunda danışmanlık, başvuran bireylerin bilinçli ve gönüllü şekilde karar vermesini sağlamaktır (30). Bu bağlamda AP (Aile Planlaması) danışmanlık hizmetlerinin bazı amaçları vardır. Bunlar; kişilerin kendi ihtiyaçlarını ve duygularını göz önünde bulundurarak, kontraseptif yöntemlerden birini kullanmaya ihtiyaçlarının olup olmadığına karar vermelerine, AP yöntemlerini doğru bir şekilde öğrenip, doğru bir şekilde uygulamanın sağlanmasına, AP yöntemlerinin faydalarını ve oluşabilecek risklerini görebilmelerine, bilinçli bir şekilde ve özgür bir biçimde seçimin sağlanmasına yardımcı olabilmektir (40).

AP danışmanlık hizmetleri toplumun bu konudaki ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir yer tutmaktadır. Aile planlaması danışmanlık ve kullanım hizmetleri, üreme dönemindeki tüm kadınları ve erkekleri de içine alacak şekilde yaygınlaştırılmalıdır ve sürekliliğinin olması sağlanmalıdır. Danışmanlık ve eğitim verilirken bir çok çeşitli aile planlaması yöntemlerinden kişiye ve kişilere en elverişli olanı belirlenerek, kullanıcıyı veya kullanıcıları bu hususta bilgilendirilmeli ve bireye ayrıcalıklı danışmanlık verilebilmelidir. Bu nedenle kontraseptif yöntemlerin yanlış kullanımı ve yetersiz bir şekilde uygulanmasını ve bunların sonucunda da ortaya çıkabilecek istenilmeyen gebeliklerinde önüne geçilmiş olunacaktır (41).

## **2.5.1. Aile Planlaması Danışmanlık Çeşitleri**

### **2.5.1.1. Genel Danışmanlık**

Yönteme karar vermeden önce verilen hizmettir. Bütün kontraseptif yöntemleri içeren bilgiler verilir, tercih edilen yöntemlerin olumlu-olumsuz yönlerinden ve yan etkilerinden söz edilir.

### **2.5.1.2. Yönteme Özel Danışmanlık**

Yöntem için başvuran kişinin kullanmak için karar verdiği AP yöntemiyle ilgili görüşülen danışmanlıktır. Kişinin ilgi gösterdiği kontraseptif yöntemin kendisine uygunluğu hakkında, kişinin ihtiyaçlarını da karşılayabilmesi göz önüne alınarak ona tavsiyelerde bulunur. Seçtiği yöntem hakkında daha detaylı bilgiler verilir.

### **2.5.1.3. İzlem Danışmanlığı**

İzlem danışmanlığı yöntemi kullanan kişinin seçtiği yöntemi doğru bir şekilde kullanıp kullanmadığını bakmak, olabilecek yan etkileri tedavi ederek ve kullanan kişinin tercih ettiği aile planlaması uygulama kararlılığını güçlendirmek amaçlanmaktadır (40).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Araştırma tanımlayıcı tipte retrospektif bir araştırmadır. Bu araştırma bir aile sağlığı merkezine kayıtlı olan 15-49 yaş arası üreme çağı kadınlarının aile planlaması yöntemi tercihlerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Çalışma Osmaniye 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi 25 Nolu Birimde 22.06.2020-22.07.2020 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### **3.3. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın uygulaması için öncelikle gerekli etik kurul onayı, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığı'na başvuru yapılarak alındı (Ek 3). Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Çalışmaları bölümüne başvuru yapılarak da araştırmanın uygulanacağı merkez için izin alınmıştır (Ek 4). Araştırmaya katılan tüm kadınlara araştırmanın amacı ve yöntemi açıklandı. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılardan Gönüllüleri Bilgilendirilme ve Olur Formu kullanılarak sözlü onamı alındı.

#### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Osmaniye 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi 25 Nolu Birime kayıtlı 1105 kadın oluşturmaktadır. Çalışmada tüm evrene ulaşılması hedeflendi. Birime kayıtlı araştırmaya dahil olmama kriterlerine 64 tane boşanmış kadın ve 360 bekar kadın bulunmaktadır. Birime kayıtlı 5 kadın aile hekimliklerini başka yere taşımıştır ve

araştırmaya dahil olamamıştır. Araştırma için 676 kişi dahil olma kriterlerine uygundur. Ancak 598 kişi araştırmaya gönüllü olarak katılarak örneklem grubunu oluşturmuştur.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Uygulanan anket formunda katılımcıların yaş, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişiler, aylık gelir, sosyal güvence gibi sosyo-demografik bilgileri içeren ve ilk gebelik yaşı, kaç çocuğu olduğu, toplam doğum sayısı, toplam gebelik sayısı, canlı-ölü doğum sayıları, isteyerek ve istemeyerek olan düşük sayısı, son gebelik sonucu gibi obstetrik öyküleri içeren, son doğum yöntemi sonucu, aile planlaması yöntemi kullanımı, üreme sağlığı danışmanlığı alıp almadığı, aile planlaması yöntemini temin etme durumu, yöntemin süresi, tercih nedeni, aile planlaması yöntemi kullanmıyorsa nedeni, danışmanlıkla ilgili bilgiyi nerden edindiği, daha önce aile planlaması yöntemi bırakmış olup olmadığı, aile planlama yöntemlerinin fiyatlarının etkisi ve kronik bir rahatsızlığının olup olmadığı şeklinde aile planlaması ile ilgili sorular bulunmaktadır. Toplamda anket formu 38 sorudan oluşmaktadır.

### **3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Bu araştırma Osmaniye ili Merkez İlçesinde 4 No'lu Aile Sağlığı Merkezi 25 No'lu birimde yapılmıştır. Merkez İlçede 1.147.86 metrekarelik arsa üzerine 554.00 metrekare kapalı alana sahip olup, 2014 yılında hizmete açılmıştır. 4 No'lu Aile Sağlığı Merkezi 8 Aile Hekimi, 8 Aile Sağlığı Elemanı ve 6 Yardımcı personelden oluşmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü Aile Sağlığı Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği dâhilindeki hizmetler verilmektedir.

### **3.7. Araştırmaya Katılanların Seçimi**

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 15-49 yaş arası kadınlar, evli olan, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan kadınlar, Türkçe bilen kadınlar dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmak istemeyen, iletişim problemi olan, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmayan

kadınlar, Türkçe bilmeyen kadınlar, menapoza girmiş olan kadınlar ve bekar olanlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

### **3.8. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmaya Osmaniye 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi 25 Nolu Birime kayıtlı 15-49 yaş kadınların katılacağı belirlendikten sonra, veriler bu birimin sisteminden tek tek alınarak toplanmıştır. Sistemde kayıtlı telefon numaralarından 15-49 yaş arası araştırma kapsamına giren kadınlara ulaşılmıştır ve araştırma izni alınanlara ait bilgiler sistemden çekilerek hazırlanan veri toplama formuna aktarılmıştır.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 Windows paket programı kullanılarak uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Önemlilik testi olarak ki-kare ve t testleri kullanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken %95 güven aralığında ve anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan 598 kadından elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucu elde edilen bulgular 3 başlık altında verilmiştir:

1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerini tanıttıcı bulgular
2. Kadınların evlilik ve çocuk sahibi olma ve obstetrik öyküsü ile ilgili bulguları
3. Kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin bulguları

##### 4.1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerini Tanıtıcı Bulguları

**Tablo 4.1.1. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri (n=598)**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kadınların yaş grubu</b>		
19-23 yaş	22	3.7
24-28 yaş	79	13.2
29-33 yaş	121	20.2
34-38 yaş	115	19.2
39-43 yaş	143	23.9
≥44 yaş	118	19.7
<b>Kadınların öğrenim durumu</b>		
Okur- yazar değil	5	0.8
Okur -yazar	141	23.6
İlkokul mezunu	116	19.4
Ortaokul veya ilköğretim mezunu	100	16.7
Lise mezunu	114	19.1
Yüksekokul veya üniversite mezunu	122	20.4
<b>Kadınların çalışma durumu</b>		
Evet	123	20.6
Hayır	475	79.4

<b>Kadınların meslekleri</b>		
Ev hanımı	475	79.4
Memur	100	16.7
İşçi	23	3.8

Araştırmaya katılan kadınların %23.9'unun 39-43 yaş arasında, %20.2'sinin 29-33 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Kadınların yaş ortalaması ise  $36.43 \pm 7.43$  (19-50)'dir. Kadınların öğrenim durumları incelendiğinde %23.6'sının okur yazar olduğu, %0.8 gibi daha az bir oranda okur yazar olmadıkları belirlenmiştir. Kadınların büyük bir çoğunluğunun (%79.4) ev dışında ücret karşılığında çalışmayan ev hanımı oldukları görülmüştür (Tablo 4.1.1).

**Tablo 4.1.2. Kadınların Eşlerinin Sosyo-demografik Özellikleri (n= 598)**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kadınların eşlerinin öğrenim durumu</b>		
Okur -yazar	114	19.1
İlkokul mezunu	72	12.0
Ortaokul veya ilköğretim mezunu	109	18.2
Lise mezunu	157	26.3
Yüksekokul veya üniversite mezunu	146	24.4
<b>Kadınların eşlerinin meslekleri</b>		
İşçi	397	66.4
Serbest meslek sahibi	39	6.5
Memur	162	27.1

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin öğrenim durumları incelendiğinde, %26.3'ünün lise mezunu olduğu, %24.4'ünün ise yüksekokul veya üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin meslek durumları sorgulandığında; eşlerin büyük bir çoğunluğunun (%66.4) işçi olarak çalıştıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1.2).

**Tablo 4.1.3. Kadınların Sosyo-ekonomik Özelliklerine Göre Dağılımı (n= 598)**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ev halkı hane sayısı</b>		
< 5 kişi	381	63.7
≥ 5 kişi	217	36.3
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	590	98.7
Geniş aile	8	1.3
<b>Aylık gelir durumu</b>		
1000-2000 TL	231	38.6
≥ 3000 TL	367	61.4
<b>Sosyal güvence durumu</b>		
Olan	582	97.3
Olmayan	16	2.7

Araştırmaya katılan kadınların ev halkı hane sayıları incelendiğinde; %63.7'sinin 5 kişi altında aile oldukları saptanmıştır. Ev halkı hane sayısı ortalaması  $4.16 \pm 1.22$  (2-9)'dir. Ailenin toplam aylık gelirinin %61.4 oranında 3000 TL ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Kadınların büyük bir çoğunluğunun (%97.3) herhangi bir sosyal güvenceye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.3).

#### 4.2. Kadınların Evlilik ve Çocuk Sahibi Olma ve Obstetrik Öyküsü İle İlgili Bulguları

Tablo 4.2.1. Kadınların Evlilik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=598)

	n	%
<b>Kadınların şu anki evliliklerinin evlenme yaşı</b> ( $\bar{X} \pm Ss = 22.65 \pm 3.99$ Min:13 Max:46)		
13-17 yaş	43	7.2
18-22 yaş	270	45.2
23-27 yaş	225	37.6
28-32 yaş	50	8.4
$\geq 33$ yaş	10	1.7
<b>Kadınların evlilik süreleri</b>		
$\leq 2$ yıl	59	9.9
$> 2$ yıl $\leq 5$ yıl	79	13.2
$> 5$ yıl $\leq 10$ yıl	319	53.3
$> 10$ yıl	141	23.6
<b>Eş ile akrabalık durumu</b>		
Var	44	7.4
Yok	554	92.6

<b>Eş ile akrabalığın derecesi (n=44)</b>		
1. Derece	16	2.7
2. Derece	13	2.2
3. Derece	15	2.5

Araştırmaya katılan kadınların %45.2 'sinin 18-22 yaş arasında evlilikleri belirlenmiştir. Kadınların %7.2'si 13-17 yaş arasında evlenmişlerdir. Kadınların şu anki evlenme yaş ortalamaları ise, 22.65±3.99 (13-46)'dur. Kadınların %53.3 gibi yüksek oranda evlilik sürelerinin 5 yıl üzerinde, 10 yıl ve altında oldukları saptanmıştır. Kadınların eş ile akrabalık durumu incelendiğinde %7.4'ün de akrabalık olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %2.7'sinin eşi ile birinci derece, %2.2.'sinin eşi ile ikinci derece akraba, %2.5'inin eşi ile üçüncü derece akraba olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.1).

**Tablo 4.2.2. Kadınların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı (n= 598)**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kronik hastalık durumu</b>		
Olan	145	24.2
Olmayan	453	75.8
<b>Kronik hastalıkların çeşitleri (n=145)</b>		
Peptik ülser	109	18.2
Astım	19	3.2
Diğer*	17	2.8

\* Epilepsi, migren, osteoporoz, guatr, serebrovasküler hastalık, ankirozant spondilit.

Araştırmaya katılan kadınların, %24.2'sinde kronik hastalığa sahip oldukları bulunmuştur. Kadınlarda %18.2 gibi büyük bir oranda peptik ülser hastalığının varlığı görülmektedir (Tablo 4.2.2).

**Tablo 4.2.3. Kadınların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı (n=557)**

<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1-2 çocuk	341	57.0
3-4 çocuk	198	33.1
5-7 çocuk	18	3.0

Araştırmaya katılan kadınların çocuk sahibi olma sayıları incelendiğinde %57.0'ının 1-2 çocuğa sahip oldukları belirlenmiştir. Kadınların %6.9'unun, çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2.3).

**Tablo 4.2.4. Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı (n= 598)**

<b>Kadınların Doğurganlık Özellikleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>İlk gebelik yaşı (n=571)</b> ( $\bar{X} \pm Ss = 23.32 \pm 4.12$ Min:14 Max:43)		
14-18 yaş	61	10.2
19-23 yaş	266	44.5
24-28 yaş	186	31.1
29-33 yaş	51	8.5
$\geq 34$ yaş	7	1.2
<b>Doğum sayısı (n=555)</b>		
1	135	22.6
2	207	34.6
3	140	23.4
$\geq 4$	73	12.2
<b>Gebelik sayısı (n=570)</b>		
1	116	19.4
2	196	32.8
3	149	24.9
$\geq 4$	109	18.2
<b>Canlı doğum sayısı (n=556)</b>		
1	135	22.6
2	207	34.6
3	142	23.7
$\geq 4$	72	12.0
<b>İstemeyerek olan düşük sayısı (n=89)</b>		
1	58	9.7

2	22	3.7
≥ 3	9	1.6
<b>Son gebelik sonucu (n=570)</b>		
Düşük	18	3.0
Canlı doğum	523	87.5
Gebe olması	29	4.8
<b>Son doğum şekli (n=550)</b>		
Normal doğum	247	41.3
Sezaryen	303	50.7

Kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde %44.5 gibi en yüksek oranda kadınların ilk gebe kalma yaşlarının 19-23 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Kadınların %10.2'sinin ise 14-18 yaş arasında gebe kaldıkları görülmektedir. Kadınların en fazla oranda (%34.6) iki kez doğum yaptıkları ve (%32.8) iki kez gebe kaldıkları tespit edilmiştir. %9.7 gibi en fazla oranda bir kez istemeyerek düşük yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların son gebeliklerinin %87.5 gibi yüksek bir oranda canlı doğum ile gerçekleştiği bulunmuştur. Son doğum şekillerinin ise %50.7 oranında sezaryen olarak sonuçlandığı belirlenmiştir. Kadınların doğum sayısı ortalamaları  $2.32 \pm 1.10$  (1-7), gebelik sayısı ortalamaları  $2.55 \pm 1.28$  (1-8), canlı doğum sayısı ortalamaları  $2.32 \pm 1.10$  (1-7) ve istemeyerek olan düşük sayısı ortalamaları ise  $1.52 \pm 0.9$  (1-6)'dır (Tablo 4.2.4).

### 4.3. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bulguları

#### 4.3.1. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

	n	%
<b>Aile planlaması yöntemi kullanma durumu (n=598)</b>		
Kullanıyor	476	79.6
Kullanmıyor	122	20.4
<b>Kullanılan aile planlaması yöntemi (n=476)</b>		
Oral kontraseptif	13	2.2
İğne	2	0.3
RİA	60	10.0
Kondom	209	34.9
Geri çekme	152	25.4

Tübligasyon	40	6.7
<b>Kullanılan aile planlaması yönteminin süresi (n=476)</b>		
< 1 yıl	59	9.9
1-2 yıl	177	29.6
3 yıl	77	12.9
4 yıl	47	7.9
5 yıl	18	3.0
6 yıl	19	3.2
7 yıl	27	4.5
8-12 yıl	52	8.7

Kadınların AP yöntemi kullanma durumları incelendiğinde %79.6 gibi bir oranda AP yöntemi kullandıkları belirlenmiştir. Kadınların kullanılan AP yöntemleri en fazla oranda (%34.9) kondom, (%25.4) geri çekme ve (%10.0) RİA kullandıkları tespit edilmiştir. Kadınların kullanılan AP yöntem sürelerinin %29.6'sının 1-2 yıl, %12.9'unun 3 yıldır kullandıkları saptanmıştır (Tablo 4.3.1).

#### 4.3.2. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Temin ve Tercih Etmelerine İlişkin Durumlarının Dağılımı

	n	%
<b>Kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgilere kimlerden ulaştığı durumu*</b>		
Hekim	215	36.0
Ebeveyn	5	0.8
Ebe/hemşire	481	80.4
İnternet	135	22.6
Eş/akraba/arkadaş	189	31.6
<b>Kullanılan aile planlaması yöntemini temin etme durumu (n=476)</b>		
Ücretsiz	359	60.0
Kendi temini (ücretli)	117	19.6
<b>Kullanılan aile planlaması yöntemini tercih nedeni (n=476)</b>		
Kullanım kolaylığı	151	25.3
Eşin istemesi	151	25.3
Çocuk sahibi olmayı istememesi	34	5.7
Ücretsiz olması	46	7.7
Temiz ve kolay olması	15	2.5
Uzun süreli koruma sağlaması	38	6.4
Güvenli olması	21	3.5
Diğer**	20	3.2
<b>Aile planlaması yöntemlerinin fiyatlarının tercih etmeyi etkileme durumu (n=598)</b>		
Evet	132	22.1
Hayır	466	77.9
<b>Aile planlaması yöntemi kullanmama nedeni (n=122)</b>		
Gebe kalmak istenmesi	46	7.7
Tedavisiz gebe kalamama	5	0.8
Eşin istememesi	23	3.8

Herhangi bir sebebi yok	13	2.2
Şu an gebe olması	30	5.0
Diğer***	5	0.9
<b>Daha önce kullanılan aile planlaması yöntemini bırakma durumu (n=598)</b>		
Evet	145	24.2
Hayır	453	75.8
<b>Daha önce kullanılan aile planlaması yöntemini bırakma nedeni (n=145)</b>		
Eşin istememesi	58	9.7
Gebe kalmak istemesi	31	5.2
Gebe kalmak istememesi	31	5.2
Diğer (kanamanın fazla olması, baş ağrısının olması)	25	4.2

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\* İlaç kullanmak istememesi, emzirmenin olması, doktorun tavsiye etmesi ve kanamayı düzenlemesi. \*\*\*Aile planlaması yöntemlerinin bilinmemesi, emzirmenin olması ve yöntemlerin sağlıklı olduğunun düşünülmemesi.

Kadınların AP yöntemleri hakkında bilgiyi kimlerden aldıkları incelendiğinde %80.4 gibi en yüksek oranda kadınların ebe-hemşirelerden olduğu belirlenmiştir. Kadınların AP yönteminin temin etme durumlarına bakıldığında (%60.0) ücretsiz ve (%19.6) kendi temini(ücretli) olduğu tespit edilmiştir. Kadınların AP yöntemi tercih nedenlerini incelediğimizde kullanım kolaylığı ve eşin isteme durumu(%25.3) oranları aynı olduğu saptanmıştır. Kadınların AP yöntemlerinin fiyatlarının tercihlerine etki etme durumuna bakıldığında %77.9 gibi en yüksek oranda 'hayır' cevabı verdikleri görülmüştür. Kadınların AP yöntemi kullanmama nedenleri incelendiğinde %7.7 oranda gebe kalmak istedikleri saptanmıştır. Kadınların önceden kullandıkları AP yöntemi bırakma nedenlerine bakıldığında en fazla oranda (%9.7) eşin istememesi, gebe kalmayı isteme ve gebe kalmayı istememe (%5.2) eşit olarak çıktığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.2).

**Tablo 4.3.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Bazı Özelliklerin Ortalamalarının Aile Planlaması Yöntemi Kullanımına Göre Dağılımı**

Özellikler	Aile planlaması yöntemi kullanma durumu				t testi	p
	Kullanıyor		Kullanmıyor			
	n	$\bar{X}\pm Ss$	n	$\bar{X}\pm Ss$		
<b>Kadınların yaşı (n=598)</b>	476	37.52±6.95	122	32.16±7.76	7.420	<b>0.000</b>
<b>Ev halkı hane sayısı (n=598)</b>	476	4.38±1.12	122	3.30±1.21	9.316	<b>0.000</b>
<b>Çocuk sahibi olma sayısı (n=557)</b>	471	2.40±1.07	86	1.84±1.05	4.386	<b>0.000</b>
<b>Doğum sayısı (n=555)</b>	470	2.40±1.08	85	1.87±1.07	4.161	<b>0.000</b>
<b>Gebelik sayısı (n=570)</b>	471	2.63±1.23	99	2.22±1.45	2.901	<b>0.004</b>
<b>İstemeyerek olan düşük sayısı (n=89)</b>	72	1.43±0.74	17	1.94±1.39	-2.102	<b>0.038</b>

Tablo 4.3.3.'te araştırmaya katılan kadınların bazı özelliklerin ortalamalarının aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre dağılımı yapılmıştır. Aile planlaması yöntemi kullanan kadınların yaş ortalaması  $37.52\pm6.95$ , ev halkı hane sayısı ortalaması  $4.38\pm1.12$ , çocuk sahibi olma sayısı ortalaması  $2.40\pm1.07$ , doğum sayısı ortalaması  $2.40\pm1.08$ , gebelik sayısı ortalaması  $2.63\pm1.23$ , istemeyerek düşük sayısı ortalaması  $1.43\pm0.74$  olarak bulunmuştur. Araştırmada aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınların yaş ortalaması  $32.16\pm7.76$ , ev halkı hane sayısı ortalaması  $3.30\pm1.21$ , çocuk sahibi olma sayısı ortalaması  $1.84\pm1.05$ , doğum sayısı ortalaması  $1.87\pm1.07$ , gebelik sayısı ortalaması  $2.22\pm1.45$ , istemeyerek düşük sayısı ortalaması  $1.94\pm1.39$  olarak tespit edilmiştir. Aile planlaması kullanma durumunun kadınların yaşı, ev halkı hane sayısı, çocuk sahibi olma sayısı, doğum sayısı, gebelik sayısı, istemeyerek olan düşük sayısı ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.3.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Bazı Özelliklerinin Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması**

	Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı						x <sup>2</sup>	p
	Kullanıyor		Kullanmıyor		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
<b>Kadınların yaş grubu</b>								
19-23 yaş	6	27.3	16	72.7	22	100.0	75.723	<b>0.000</b>
24-28 yaş	48	60.8	31	39.2	79	100.0		
29-33 yaş	89	73.6	32	26.4	121	100.0		
34-38 yaş	102	88.7	13	11.3	115	100.0		
39-43 yaş	126	88.1	17	11.9	143	100.0		
≥44 yaş	105	89.0	13	11.0	118	100.0		
<b>Ev halkı hane sayısı</b>								
< 5 kişi	278	73.0	103	27.0	381	100.0	28.444	<b>0.000</b>
≥ 5 kişi	198	91.2	19	8.8	217	100.0		
<b>Kadınların evlilik süreleri</b>								
≤ 2 yıl	23	39.0	36	61.0	59	100.0	78.872	<b>0.000</b>
> 2 yıl ≤ 5 yıl	56	70.9	23	29.1	79	100.0		
> 5 yıl ≤ 10 yıl	269	84.3	50	15.7	319	100.0		
> 10 yıl	128	90.8	13	9.2	141	100.0		
<b>Kronik hastalık durumu</b>								
Kronik hastalığı olan	131	90.3	14	9.7	145	100.0	13.612	<b>0.000</b>
Kronik hastalığı olmayan	345	76.2	108	23.8	456	100.0		
<b>Çocuk sahibi olma durumu (n=557)</b>								
1-2 çocuk	274	80.4	67	19.6	341	100.0	12.085	<b>0.002</b>
3-4 çocuk	180	90.9	18	9.1	198	100.0		
5-7 çocuk	17	94.4	1	5.6	18	100.0		

Tablo 4.3.4'te araştırmaya katılan kadınların bazı özelliklerinin aile planlaması yöntemlerini kullanma durumuna göre karşılaştırılması yapılmıştır. Aile planlaması kullanma durumunun kadınların yaş grubu, ev halkı hane sayısı, kadınların evlilik süresi, kronik hastalık durumu, çocuk sahibi olma durumuyla aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).



**Tablo 4.3.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Eğitim Düzeyi ile AP Yöntem Kullanımı, AP Yöntemini Temin Etme ve AP Yöntemlerinin Fiyatlarının Tercih Etmeyi Etkileme Durumuna Göre Karşılaştırılması**

	Kadınların Eğitim Düzeyi										$\chi^2$	p		
	Herhangi bir okuldan mezun değil		İlkokul mezunu		Ortaokul veya ilköğretim mezunu		Lise mezunu		Yüksekokul veya üniversite mezunu				Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			n	%
<b>Aile planlaması yöntemi kullanma durumu (n=598)</b>														
Kullanıyor	125	26.3	95	20.0	74	15.5	91	19.1	91	19.1	476	100.0	7.451	0.114
Kullanmıyor	21	17.2	21	17.2	26	21.3	23	18.9	31	25.4	122	100.0		
<b>Kullanılan aile planlaması yöntemini temin etme durumu (n=476)</b>													37.348	<b>0.000</b>
Ücretsiz	103	28.7	82	22.8	61	17.0	65	18.1	48	13.4	359	100.0		
Kendi temini (ücretli)	22	18.8	13	11.1	13	11.1	26	22.2	43	36.8	117	100.0		
<b>Aile planlaması yöntemlerinin fiyatlarının tercih etmeyi etkileme durumu (n=598)</b>													27.946	<b>0.000</b>
Evet	42	31.8	37	28.0	23	17.4	22	16.7	8	6.1	132	100.0		
Hayır	104	22.3	79	17.0	77	16.5	92	19.7	114	24.5	466	100.0		

Tablo 4.3.5'te araştırmaya katılan kadınların eğitim düzeyi ile AP yöntem kullanımı, AP yöntemini temin etme ve AP yöntem fiyatlarının tercih etmeyi etkileme durumuna göre karşılaştırılması yapılmıştır. Kadınların eğitim düzeyleri ile kadınların kullanılan AP yöntemi temin etme durumu, AP yöntemlerinin fiyatlarının tercih etmeye etki durumuyla aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).



## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular literatür bilgileri ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

### 5.1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerini Tanıtıcı Bulguların Tartışması

Araştırmaya katılan kadınların %23.9'unun 39-43 yaş arasında, %20.2'sinin 29-33 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Kadınların yaş ortalaması ise  $36.43 \pm 7.43$  (19-50)'dir. Giray ve Keskinoglu'nun (42) yaptıkları çalışmada kadınların yaş ortalaması  $31.5 \pm 7.5$  (16-49) Altay'ın (43) çalışmasında araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamasının ise  $31.98 \pm 8.08$ , Salman'ın (44) Isparta çalışmasında ortalama  $33.2 \pm 7.28$ , Yazıcı'nın (45) yaptığı çalışmasında yaş ortalaması  $31.18 \pm 1.02$ , Ersöz'ün (46) Kars'ta yaptıkları çalışmada, yaş ortalaması  $32.13 \pm 7.58$  (18-49 yaş), olup çalışmamızla benzerlik göstermediği görülmüştür. Bu şekilde bir sonucun çıkması yerleşmenin mekansal farklılığının oluşu, Osmaniye'de çalışma yapılan bölgenin genellikle eski yerleşim yeri olduğu için göç alıp vermemesi yaş ortalamasının yüksek bir değerde çıkmasına neden olabileceğini düşündürmüştür.

Kadınların öğrenim durumları incelendiğinde %23.6'sinin okur yazar olduğu, %0.8 gibi daha az bir oranda okur yazar olmadıkları belirlenmiştir. Çalışmamızda %30.2'si ilkokul, ortaokul veya ilköğretim, %50.7'nin ise lise ve üstü okullardan mezun olduğu saptanmıştır. Muhtaroglu'nun 2019'da Trakya Üniversitesinde yaptığı çalışmada kadınların %35.7'si ilk-ortaokul mezunu, %40.3'ü üniversite mezunu olduğu (47), Tokuş ve ark.'nın 2001'de Edirne il merkezinde yaptığı çalışmada kadınların %36,9'unun yüksekokul mezunu olduğu (48) ve Cangöl'ün 2010'da Edirne ili Lalapaşa ilçesinde yapılan çalışmasında ise kadınların %38,1'nin lise ve üzeri okulları bitirmiş oldukları belirlenmiştir (49). Aktoprak'ın (50) Konya'da yaptığı çalışmasında kadınların %42,8'nin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalardan farklı olarak ise Ersöz'ün (46) Kars'ta yaptığı bir çalışmada kadınların %67,8'inin ilkokul mezunu olduğu, %12,6'sının üniversite mezun olduğu, Yerli'nin (51) Erzurum il merkezinde 15-49 yaş arası evli kadınlarda yaptığı çalışmada ise üniversite mezunu oranı %17,7 olduğu saptanmıştır. 2018 TNSA sonuçlarına göre, 6 yaş üzerindeki nüfus içinde kadınların %25'i, hiç okula

gitmediğini ya da ilkokulu bitirmediği saptanmıştır. 2018 TNSA verilerine göre yaklaşık olarak, 3 kadından 1'i ilkokul mezunu olduğu ve ortaokulu tamamlamadığı belirlenmiştir (%34). Ortaokulu tamamlayan kadınların oranı %15 iken kadınların %26'sı lise ve üzeri seviyede eğitim almıştır. Hiç okula gitmeyen veya ilkokulu tamamlayamayanların oranı kentsel alanlarda %22 iken kırsal alanlarda %35 olduğu görülmüş olup bu oran kentsel alanlarda daha düşüktür. Buna benzer olarak, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların kentsel alanlarda %31, kırsal alanlarda %12 olarak görülmüş olup bu oran kentsel alanlarda daha yüksektir. 2013 ve 2018 TNSA verilerine bakıldığında, hiç okula gitmemiş, ilkokulu tamamlamamış olanların oranının düştüğü, (Kadınlar için %28'den (2013 TNSA) %25'e (2018 TNSA)) lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip kadınların oranında artış gözlenmektedir (Kadınlar için %21'den %26'ya) (52). Doğudan batıya doğru gidildikçe lise ve üzeri okullardan mezun olan kadınların sayısının arttığı ve çalışmamızla da uyumlu olduğu görülmüştür. Bu farklı çıkan sonuçlar çalışma yapılan yerlerin bölgesel, kültürel ve sosyo-ekonomik durumlardan kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca kadınların eğitim seviyelerinin düşük olması durumu, aile planlaması için ilgili tutumlarını, davranışlarını ve yöntem seçimini olumsuz yönde etkileyebilir.

Araştırmamızda kadınların büyük bir çoğunluğunun çalışmadığı belirlenmiştir. Çalışan kadınların oranı ise %20.6'dır. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2019 Temel İşgücü Göstergeleri veri tabanına göre ülkemizde 15 yaş ve üzeri toplam nüfus 65 milyon 098 bindir. Bu nüfusun 21 milyon 372 bini kadınlardan ve 43 milyon 726 binide erkeklerden oluşmaktadır. 15 yaş üzerindeki toplam nüfus içerisinde işgücüne katılma oranı erkeklerde %72.6'dır. Kadınlarda ise bu oran %34.9 seviyesindedir (53). Çalışmamızda olduğu gibi ülkemizde de kadın nüfusun çalışma oranlarının daha az olduğu görülmektedir.

Kadınların büyük bir çoğunluğunun (%79.4) ev dışında bir ücret karşılığı çalışmayan ev hanımı oldukları görülmüştür. 2011 yılında yapılan Aile Yapısı Araştırması'na göre; kadınların görevinin çocuk bakma ve ev işleri olduğu düşüncesiyle kadınların çalışmasına karşı çıkanlar ülkemizdeki bütün bölgelerde yüksek oranda bulunmuştur (54) Yavuz'un 2018'de yaptığı çalışmada kadınların %87,4'ü ev hanımı ve çalışmayan grubu oluşturduğu, çalışan kadınların arasında da %6,6 memur olduğu görülmüştür (55). Erzurum'da yapılan buna benzer çalışmada ev hanımı oranı %81.2 olup bizim çalışmamızla paraleldir (51). Isparta'da yapılan çalışmada ise ev hanımı oranı %48.7 çıkmış olup çalışmamızla farklı bir sonuç çıktığını göstermektedir (44). Bu sonucun ortaya

çıkmasında bölgesel farklılıkların ve iş sahalarının kadınlara daha uygun, istihdam açısından imkanların daha fazla olduğu düşünülmektedir

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin öğrenim durumları, kadınlara göre daha yüksek oranda bulunmuştur. Çalışmamıza katılan kadınların eşlerinin hepsi okur-yazardır. Çalışmamıza katılan kadınların eşlerinin okur-yazar, ilkokul, ortaokul veya ilköğretim mezunu %49.3, lise ve üzeri okul mezunu oranı ise %50.7 çıkmıştır. TNSA 2013 örnekleminde yer alan hane halklarında erkeklerin %84'ü ilkokul ve üzerini tamamlamışken bu oran kadınlarda %72'dir (56). Türkiye'de 2016 yılında, 25 ve daha yukarı yaşta olan ve en az bir eğitim düzeyini tamamlayanların toplam nüfus içindeki oranı %88.9 iken bu oran erkeklerde %95.1, kadınlarda ise %82.8 olmuştur (57). TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'de erkekler arasında eğitim seviyesi kadınlara göre daha yüksektir. 6 yaş ve üzeri erkeklerin %14'ü hiç okula gitmemiş veya ilkokulu tamamlamıştır. Erkeklerin %33'ü ilkokul bitirmiş,%21'i ise ortaokulu tamamlamıştır. Yaklaşık olarak Türkiye'de 3 erkekten biri lise veya üstü okulları tamamladığı görülmüştür (%33) (52). Bu durumun, bizim araştırmamızdaki bulgularla paralel olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin meslek durumları incelendiğinde; eşlerin büyük bir çoğunluğunun (%66.4) işçi, (%27.1) memur geri kalan kısmında ise serbest olarak çalıştığı belirlenmiştir. Yavuz'un 2018'de yaptığı çalışmada kadınların eşlerinin çoğunluğunun işçi olduğu görülmektedir (55). Erzurum'da yapılan çalışmada eşlerin çalışma durumlarına bakıldığında %32 oranında memur (51), Isparta'da yapılan çalışmada ise eşlerde %42.6 oranında işçi çoğunluğunun olduğu saptanmıştır (44). Bu durumların ortaya çıkmasında bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların ev halkı hane sayıları incelendiğinde; %63.7'sinin 5 kişi altında aile oldukları belirlenmiştir. Ev halkı hane sayısı ortalaması ise  $4.16 \pm 1.22$  (2-9)'dir. TNSA 2013 verilerine göre de ortalama hane halkı büyüklüğü de 3.6 kişidir. Son 20 yıla bakıldığında Türkiye'deki ortalama hane halkı büyüklüğünün 4.5 kişiden 3.5 kişiye düştüğü görülmüştür. Türkiye'deki hane halklarının dörtte üçü 4 ya da daha fazla kişiden oluşmaktadır. Hanelerin %9'u ise tek kişilik hanelerdir. Türkiye'de hane halkının büyüklüğü azalmaya devam ettiği görülmektedir (52). Elde edilen bulgulara göre araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadığı hanedeki birey sayısı Türkiye'deki ortalamasından biraz yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda ailenin toplam aylık gelirinin %61.4 oranında 3000 TL ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Kadınların büyük bir çoğunluğunun (%97.3) herhangi bir sosyal

güvenceye (SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart) sahip olduğu saptanmıştır. Kahraman'ın 2005'te Nevşehir Özkonak Kasabasında yaptığı çalışmada kadınların %59.6'sının gelir düzeyinin orta seviyede algıladıklarını, %76.9'nun sosyal güvencesinin olduğu görülmüştür (58). Bu çalışma sosyal güvence açısından çalışmamızla uygunluk göstermemiştir. Bunun nedeni olarak ise kentsel ve kırsal farklılıktan kaynaklandığını düşündürmektedir. Çayan'ın 2009'da Aydın'da yaptığı çalışmada ise kadınların %20.6'sı gelir düzeylerini düşük, %71.4'ü orta ve %8'i yüksek seviyede olduğu ortaya çıkmış, sosyal güvencelerinin oranı ise %93.2'dir (59). TNSA 2013'te herhangi bir sağlık sigortası olmayan kadınların oranı %11, TNSA 2018 veri oranı ise %9 olarak hesaplanmıştır (52). Çalışmamızda ortaya çıkan verilerle daha önce yapılan çalışmaların verilerinin de aynı seviyede olduğu görülmüş olup uyumluluk içerisindedir. Kadınların hayatlarında sosyal güvencelerinin olması, gelirlerinin artması sağlık kurum ve kuruluşlarına daha kolay erişim sağlamalarını, çok daha fazla yararlanmalarını ve aile planlaması danışmanlığı almalarını sağlayabilir.

## **5.2. Kadınların Evlilik ve Çocuk Sahibi Olma Durumları ve Obstetrik Öyküsü İle İlgili Bulguların Tartışması**

Araştırmaya katılan kadınların %45.2 gibi büyük bir çoğunluğunun 18-22 yaş arasında şu anki evliliklerini yaptıkları belirlenmiştir. Kadınların %7.2'si 13-17 yaş arasında evlenmişlerdir. Kadınların şu anki evlenme yaş ortalamaları ise,  $22.65 \pm 3.99$  (13-46)'dur. Ülkemizde ilk evliliklerin %56.9'u 18-24 yaş aralığında gerçekleşmektedir. Kadınların %58.8'i, erkeklerin ise %55'i 18-24 yaş aralığında evlenmektedir (54). Türkiye'de 25-49 yaşlarındaki kadınların %22'si 18 yaşına kadar, %41'i 20 yaşına kadar evlenmektedir (56). Türkiye'de 25-49 yaş grubundaki kadınlar için bakıldığında ilk evlenme yaşının son on yıl içinde değişmediği görülmüştür. Ortanca ilk evlilik yaşı Türkiye'de 21'dir. 15-19 yaş grubundaki kadınların %5'inin evlenmiş olduğu ortaya çıkmıştır (52). Ersöz'ün (46) yaptığı çalışmaya katılan kadınların evlilik yaşlarına bakıldığında %50'sinin 18 yaşında ya da 18 yaş altında evlendikleri ortaya çıkmıştır. Ballı'nın (60) İzmir'de yaptığı çalışmada ise kadınların %19.7'sinin evlilik yaşı 18 yaş altında olduğu, 2009'da Songur'un çalışmasında da %49.3'ü 15-19 yaş arasında evlenmiştir (61). Evlilik yaşlarında farklı verilerin çıkması, çalışmaların farklı bölgelerde yapıldığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ersöz'ün (46) yaptığı çalışmada evlilik yaş ortalaması  $20.06 \pm 3.62$  (13-35) çıktığı, Salman'ın 2014'te yaptığı çalışmasında ise

21.3±4.1(44), Kutlu ve ark.'nın (62) çalışmasında da ortalama 20.6±2.5 çıktığı görülmüştür. Çalışmamızın sonucu ile birlikte diğer çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında kadınların evlilik yaş ortalamaları 18 yaşının üzerinde olduğu ortaya çıkmıştır. Bu çıkan oran kadınların evlilik yaşı konusunda olumlu tutumda olduklarını göstermektedir.

Kadınların %53.3 gibi yüksek oranda evlilik sürelerinin 5 yıl üzerinde, 10 yıl ve altında,%23.6'sının da 10 yıl ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Ersöz'ün (46) çalışmasına katılan kadınların evlilik süresi ortalamaları 12.07±8.35 (0-35) yıl bulunmuştur. Gür'ün (63) yaptığı çalışmada ise evlilik sürelerinin ortalaması 13.08±11.27, Yazıcı'nın (45) çalışmasında 9.91±1.41, Songur'un (61) yaptığı çalışmasında ise 12.7±8.8 yıl olarak bulunmuştur. Yazıcı'nın (45) çalışmasında %31.3'ü 0-4 yıl arasında çıkmıştır. Benzer sonuçlar elde edilememiştir. Çalışma yaptığımız bölgenin nüfus farklılığından kaynaklandığını bize düşündürmektedir.

Kadınların eş ile akrabalık durumu incelendiğinde %7.4'ün de akrabalık olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %2.7'sinin eşi ile birinci derece, %2.2'sinin eşi ile ikinci derece akraba, %2.5'inin eşi ile üçüncü derece akraba olduğu bulunmuştur. Karaoğlu ve ark.'nın (64) çalışmasında akraba evliliği oranı %18.9, Yerli'nin 2015'te Erzurum'da yaptığı çalışmasında ise kadınların %12'sinin eşiyle akraba olduğu ortaya çıkmıştır (51). TNSA 2018 verilerine göre kadınların %24'ü eşleriyle akraba olduğunu beyan etmiştir (23). Çalışma yaptığımız bölgenin kültürel farklılığı nedeniyle akraba evliliği oranı düşük çıkmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların, %24.2'sinde kronik hastalığa sahip oldukları bulunmuştur. Kadınlarda %18.2 gibi büyük bir oranda peptik ülser hastalığının varlığı görülmektedir. Yerli'nin (51) Erzurum'da yaptığı çalışmada %20.6 kadınların kronik hastalığa sahip olduğu bunların arasında da %23.2'sinin tiroid hastalığına sahip olduğu bulunmuştur. Yavuz'un 2018'de Diyarbakır'da yaptığı çalışmasında %22.8'nin bir hastalığa sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmasında en çok görülen kronik hastalık ilk sırasında %3.9 guatr, ikinci sırada %3.3 il hipertansiyon görülmüştür (55). Bizim çalışmamızla diğer çalışmaların benzer olduğu ortaya çıkmıştır. Kadınların küçümsenmeyecek bir bölümünde sağlık problemi olduğu, bu sağlık problemlerinin aile planlaması yöntem seçimlerini etkileyeceğini bize düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların çocuk sahibi olma sayıları incelendiğinde %57.0'ının 1-2 çocuğa, %33.1'nin 3-4 çocuğa, %3'nün ise 5 ve üzeri çocuğa sahip oldukları belirlenmiştir. Kadınların %6.9'unun, çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır.

Ersöz'ün Kars'ta yaptığı çalışmada 1 doğum yapan %18.2, 2 doğum yapan %23.4, 3 doğum yapan %26.2, 4 ve üzeri doğum yapan kadınların oranı ise %19.2 bulmuştur (46). Gür'ün (63) yaptığı çalışmasında 1 çocuğu olan kadınlar %12.9, 2 çocuğu olanlar %25.8, 3 çocuğu olan ise %18 olduğunu saptamıştır. Yavuz'un 2018 yılında Diyarbakır'da yaptığı çalışmada oranlara baktığımızda 1 çocuk sayısı %14.4, 2 çocuğu olan %29.1, 3 çocuğu olanlar %25.5, 4 ve üzeri çocuk sahibi olan kadınların oranı ise %30.9 olarak çıkmıştır (55). Bizim çalışmamızla Ersöz'ün, Gür'ün ve Yavuz'un çalışmalarının benzer olmadığı, bu sonuçlarla AP yöntemlerini doğru ve etkin bir biçimde kullanımının olmadığı kanısına varılmıştır. Bizim yaptığımız çalışmada oranların düşük olmasının sebebinin bölgesel farklılık, kültür farklılığı ve AP yöntemlerini doğru, etkin bir biçimde kullandıklarını, AP danışmanlık hizmetlerine kolay ulaşabildiklerini söyleyebiliriz.

Kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde %44.5 gibi en yüksek oranda kadınların ilk gebe kalma yaşlarının 19-23 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Kadınların %10.2'sinin ise 14-18 yaş arasında gebe kaldıkları görülmektedir. Ersöz'ün(46) Kars'ta yaptığı çalışmada ilk gebelik yaşlarının %60.3 ile 19-35 yaş arasında olduğunu bulmuştur. Yavuz'un Diyarbakır'da ki araştırmasında kadınların ilk doğum yaşlarına baktığı zaman %38.6 ile 15-19 yaş, %41.1 ile 20-24, %15.9 ile 25-29 yaş ve son olarak %3.3 ile 30 yaş ve üzerindeki kadınların geldiğini bulmuştur (55). Tepe'nin (65) yaptığı çalışmada ilk gebelik yaş oranı %33'le 19 ve altında/adölesan gebelik olan kadınların oluşturduğu, %40.5 oranında da 20-24 yaş kadınların olduğu görülmüştür. Yaptığımız çalışmayla diğer çalışmaların uyumlu olduğu ortaya çıkmıştır. Osmaniye ilinde yaptığımız araştırmanın aile hekimliği birimine kayıtlı kadınların bulunduğu ikametlerin genellikle güneydoğu bölgesinden gelip yıllardır burada ikamet eden kişiler olduğu ve ilk gebelik yaşlarının erken olmasının sebebi yıllar önce ki göç ettikleri bölgenin kültürel yapısı ve gelenek göreneklerinin devam ettirdiklerini göstermektedir. Kadınların eğitim ve iş oranlarının yükseltilmesi adölesan gebeliklerin değerini azaltacağını düşündürmektedir. Aile planlaması yöntemlerini ilk gebelikten sonra kullanmaya başladıklarını bize düşündürmektedir.

Kadınların en fazla oranda (%34.6) iki kez doğum yaptıkları ve (%32.8) iki kez gebe kaldıkları tespit edilmiştir. %9.7 gibi en fazla oranda bir kez istemeyerek düşük yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların son gebeliklerinin %87.5 gibi yüksek bir oranda canlı doğum ile gerçekleştiği bulunmuştur. Son doğum şekillerinin ise %50.7 oranında sezaryen olarak sonuçlandığı belirlenmiştir. Kadınların doğum sayısı ortalamaları  $2.32 \pm 1.10$  (1-7), gebelik sayısı ortalamaları  $2.55 \pm 1.28$  (1-8), canlı doğum sayısı ortalamaları  $2.32 \pm 1.10$  (1-

7) ve istemeyerek olan düşük sayısı ortalamaları ise  $1.52 \pm 0.9$  (1-6)'dır. Ersöz'ün (46) Kars'ta yaptığı çalışmada 1 doğum yapan %18.2, 2 doğum yapan %23.4, 3 doğum yapan %26.2, 4 ve üzeri doğum yapan kadınların oranı %19.2 çıkmıştır. Songur'un (61) yaptığı çalışmasında ise 2 doğum yapan %28.1, 3 doğum yapan %24.1 çıkmıştır. Ersöz'ün çalışmasında düşük öykülerine baktığımızda 1-2 düşük yapan %20.1, 3-4 düşük yapan %2.3 olduğu ortaya çıkmıştır (46). Apay ve ark.'nın (66) yaptığı çalışmalarda 1 düşüğü %16.5, 2 düşüğü olan %10.8 oranda olduğunu bulmuştur. 2018 TNSA verilerine baktığımızda canlı doğum çocuklarının sayımı 25-29 yaş grubuna ait kadınlar için %38.35 ve üstündeki yaşta kadınlar için ise %8 oranının altına düşmektedir. Ülkemizde erken yaşta çocuk dünyaya getirmenin yaygın olmadığını bize göstermiştir. 2018'e baktığımızda halen 15-49 yaş grubundaki kadınların ortalama 2.4 doğum yaparken, bu değer tüm 15-49 arasındaki kadınlarda 1.6'ya düşmektedir. Türkiye'de doğumların %52'sinin sezaryen doğum yaptığı ve diğer yıllara göre sezaryen doğumların %4 oranında arttığı görülmüştür (52). Çalışmamızı diğer çalışmalarla birlikte değerlendirdiğimizde ise 2.kez gebe kalan ve doğum yapan kadınların oranlarının aynı olduğunu, sezaryen doğum yönteminin bizim çalışmamız gibi diğer çalışmalarda da yüksek bir değerde çıktığı görülmüştür. Sezaryen doğumun daha çok tercih edilmesinde kadınların önceki doğum tercihlerinin sezaryen olması, normal doğuma yönlendirme konusunda bilgi yetersizliğini düşündürmektedir. Bölgemizde yaptığımız çalışmada ve diğer çalışmalara baktığımızda bizim çalışmamızdaki istemeyerek düşük oranlarının azlığı herhangi bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmadığını ve sağlık tesislerinin daha kolay ulaşılabildiğini, tesislerden yararlanmanın daha fazla olduğunu bize göstermektedir. Diğer çalışmalardaki üç ve üzeri doğumların fazla olması bölge farklılığından kaynaklandığı ve diğer bölgelerin AP yöntemlerine erişimlerin zorluğundan kaynaklandığını bize düşündürmüştür.

### **5.3.Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bulgularının Tartışması**

Araştırmaya katılan kadınların aile planlaması yöntem kullanım durumu sorulduğunda %79.6'sı herhangi bir yöntem kullandığını, %20.4'ü ise bir yöntem kullanmadığını ifade etmiştir. Kaya ve ark.'nın 2008 de Bingöl'de yaptığı çalışmada aile planlaması yöntemlerinin kullanım durumlarını sorduklarında %83.2 oranında kullandıkları ortaya çıkmıştır (39). Ersöz'ün (46) yaptığı çalışmada %72.9, Çayan'ın (77) yaptığı çalışmada %96.7, Tokuç ve ark.'nın (48) yaptıkları çalışmada %75, Yavuz'un (55) yaptığı çalışmada %93.1'i AP yöntemi kullandıkları ortaya çıkmıştır. 2018 TNSA

verilerine göre halen evli kadınların %90'ı oranındaki kadınların %63.3'ü en az bir kez aile planlaması yöntemi kullandığı ortaya çıkmıştır (52). Gelişmiş ülkelere baktığımızda bir AP yöntemi kullanma oranları Amerika'da %74, Kanada'da %75, Norveç'te %78, Çin'de %83 çıkmasına rağmen gelişmekte olan ülkelere baktığımızda Afganistan'da %25, Sudan'da %15, Pakistan'da %39 oranında çıktığı görülmüştür (67,68). Ülkemizde ki AP kullanım oranlarına baktığımızda diğer çalışmalarla uyumlu olduğu, ülkelerarası durum değerlendirildiğinde ise ülkelerin gelişmiş düzeylerinin farklılığı ve gelişmekte olan ülkelere yeteri kadar aile planlaması danışmanlığı hizmeti verilememesinden dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi sırasıyla %34.9 kondom, %25.4 geri çekme, %10.0 RİA, %6.7 tübligasyon, %2.2 oral kontraseptif ve en son %0.3 oranla iğne seçeneği çıkmıştır. Kadınların kullandıkları AP yöntemlerinin süresi ise sırasıyla %29.6 1-2 yıl, %12.9 3 yıl, 1 yıldan az kullanım süresi %9.9 oranında çıkmıştır. Kaya ve ark.'nın (39) çalışmalarında %21.5 RİA, %23.1 geri çekme, %19.8 kondom, %13.9 hap, %3 tübligasyon, %0.6 iğne yöntemlerini kullandıklarını tespit etmişlerdir. Diğer çalışmalara baktığımızda Öztürk'ün (69) çalışmasında %37.4 kondom, %32.7 RİA, %9.5 geri çekme, Öztaş ve ark.'nın (70) %26.4 geri çekme, %25.8 RİA, Ersöz'ün Kars'ta yaptığı çalışmada %28.8 RİA, %25.0 geri çekme, %24.4 kondom, %9.6 haplar, %7.1 tübligasyon, %4.5 enjeksiyon (46) yöntemlerini kullanmışlardır. Yengil ve ark.'nın Şanlıurfa'da (71), Yıldırım ve ark.'nın Sivas'ta (72) yaptığı çalışmalarda geri çekme yöntemi ilk seçenek olarak çıkmıştır. Isparta'da yapılan çalışmada %34.3 RİA, %25.7 kondom, %17.1 geri çekme saptanmıştır (44). Başka ülkelere yapılan çalışmalara baktığımızda, Afrika'da kadınların %31.5'inin modern yöntem ve %39.3'ünün geleneksel yöntem kullandığını bulmuştur (73). Buna benzer Kapiga ve ark.'nın (74) Tanzanya'daki araştırmalarında %58.9'unun oral kontraseptif kullandığını, Mehryar ve ark.'nın (75)'da İran'ın Urban şehrinde yaptıkları çalışmada kadınların %9.3'sinin kondom, %27.8'inin geri çekme, %4.4'ünün vazektomi yöntemini tercih ettikleri bulunmuştur. Yavuz'un Diyarbakır'da 2018 de yaptığı çalışmada yöntem kullanım süreleri oranına baktığımızda %40 ile yöntem yeni başlamış kadınlar, 1-2 yıl kullananlar %30, %21.6 5 yıl ve daha fazla kullananlar, 3-4 yıl %3.4 zamanda kullandıkları ortaya çıkmıştır (55). Çalışmamızı bütün çalışmalarla birlikte değerlendirdiğimizde kentsel bölgelerde modern yöntem kullanım ve süre oranları kırsal bölgede yaşayan kullanım ve süre oranlarından daha yüksektir. Diğer ülkelere baktığımızda yöntem tercihleri gelişmişlik düzeyinin farklılığı olarak düşünebiliriz. İl merkezlerindeki çalışmalara katılan kadınların, il merkezinde

hayatlarını devam ettirmeleri ve çalışma hayatına dahil olmaları modern yöntemlerin kullanım ve süre oranlarının yüksek olması ile ilişki içerisinde olduğunu bize düşündürmektedir. Kondom kullanımının çalışmamızda yüksek çıkması ve bazı çalışmalarda da ilk iki sırada kondomun yer alması kadınların eşlerinin de AP yöntem tercihinde sorumluluğu karşılıklı aldıklarını düşündürmektedir.

Kadınların AP yöntemi için bilgi edindikleri durumu incelendiğinde; %80.4 ile Ebe-Hemşire, %36.0 ise Hekimler, %31.6 Eş-Akraba-Arkadaş, %22.6 ile de İnternet olduğu bulunmuştur. Ersöz'ün yaptığı çalışmada kadınların bilgi edindikleri kaynaklara bakıldığında %71.0 Ebe-Hemşire-Sağlık Memuru, %18.2 Hekim, %9.3 Akraba-Komşu, %1.4 Gazete-Dergi-Tv-İnternet çıkmıştır (46). Diğer çalışmalara da baktığımızda; Öztaş ve ark. (70), %42.9 Hekim, %30.6 Komşu-Arkadaş, %21.8 Ebe-Hemşire, %4.7 Tv-İnternet-Gazete, Yavuz'un yaptığı çalışmaya baktığımızda %41.7 Ebe-Hemşire-Sağlık Memuru, %24.9 Diğer kişilerden, %23.1 Hekim, %10.2 Basın yayın yolu (55), Karadağ ve ark.'nın(74) Gaziantep'te yaptıkları araştırmada kadınların %90.5'i sağlık personellerinden aldığı, diğer bir çalışmada %30.9 Sağlık personeli, %23.1 Arkadaşlar, %19.6 Medyadan (68), Ersöz'ün Kars'taki araştırmasında %71 oranında sağlık personellerinden bilgi edindikleri ortaya çıkmıştır (46). Çalışmamızdan ve diğer çalışmalardan elde edilen bulguların birlikte uygunluk içinde olduğu görülmüştür. Kadınlar AP yöntemler hakkındaki bilgileri sağlık personellerinden almasının en büyük nedeni hem doğru bilgiye ulaşmak hem de AP yöntemlerine olumlu bir tutum sergilediklerini bize göstermektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemini tercih etme nedenlerine baktığımızda kullanım kolaylığı ve eşin isteme durumu %25.3, ücretsiz olması %7.7 ve uzun süreli koruma ise %6.4 oranlarında çıkmıştır. Yavuz'un Diyarbakır'da yaptığı çalışmasında tercih etme nedenlerinin %40.0 güvenilir olması, %26.4 rahat olması, %12.6 kolay ulaşılır olması, %11.9 yan etkileri az oluşu ortaya çıkmıştır (55). Kadınların önceliklerinin güvenilir, kullanım kolaylığı olduğu ve AP yöntemlerine tercihlerine kadınların eşleriyle birlikte karar verdiklerini ortaya çıkarmış olup çiftlerin olumlu bir tutum içinde olduklarını bize düşündürmektedir.

Kadınların tercih ettikleri AP yöntemlerini temin etme durumunu incelediğimizde %60.0'nin ücretsiz, %19.6'sı ücretli olması çıkmıştır. Yerli'nin Erzurum'da ki yaptığı çalışmada modern yöntemlerin temininin %72 sağlık kurum ve kuruluşlarından (51), Tunç'un 2019'da Edirne'de yaptığı çalışmada %48.9 sağlık kurum kuruluşlarından, %45.8'inin özel işletmelerden temin ettikleri ortaya çıkmıştır (72). Uluslararası çalışmalardan Tsehaya ve ark.'nın (75) 2013 Etiyopya'da yaptıkları araştırmada %32.7 nin

kamu kuruluşlarından temin ettikleri ortaya çıkmıştır. 2018 TNSA verilerine baktığımızda %52 gibi bir oranda modern yöntem kullananların kamu kurum ve kuruluşlarından tedarik ettikleri görülmüştür (52). Uluslararası ve ulusal araştırmalara bakıldığında modern yöntemlerin tedariki kamu kurum ve kuruluşlarından sağlandığı ortaya çıkararak yaptığımız çalışmamızla paralellik göstermiştir. Kadınların modern yöntem tedariklerinde bilinçli bir tutum sergilediklerini, kamu kurum ve kuruluşlarınca da modern yöntemlerin ücretsiz temini ülkenin refah düzeyinin artmakta olduğunu bize göstermiştir.

Bizim çalışmamızda aile planlaması kullanmayanların nedenlerine baktığımızda; ilk sırada %7.7'si gebe kalmak istemesi, ikinci sırada %5.0 şuan gebe durumda olması ve üçüncü sırada %3.8'inin ise eşinin istememesinden dolayı kullanmadıklarını çalışmamız göstermektedir. Kaya ve ark.'nın (39) Bingöl'de yaptıkları çalışmada %39.6 çocuk istemesi, %16.7 şuan gebe olması, %1.3 eş istemediği için, Ersöz'ün çalışmasında %23.7 kilo alımı, hormonal nedenler ve baş ağrısı vb ,%17.5 gebe kalmak istemesi, %16.5 yöntem kullanımı devam ederken gebe kalmış olması (46), Yavuz'un çalışmasında %26.1 çocuk istemesi, %21.7 eş istemediği için, %17.4 şuan gebelik durumunun olması kullanmama nedeni olarak ortaya çıkmıştır (55). Benzer sebeplerden dolayı kadınlar yöntem kullanmadıklarını beyan etmişlerdir. Genellikle gebe kalmak isteme durumu nedeniyle yöntem bırakmıştır. Diğer bazı çalışmalarla bizim çalışmamızla paralellik göstermiştir. Gebelik durumu, gebe kalma isteği oranları oldukça yüksek olduğu AP yöntem kullanmama konusunda etkili olduğunu düşündürmüştür.

Araştırmamızdaki kadınların daha önce AP yöntemi bırakıp bırakmadıklarına baktığımızda %75.8'si Hayır, %24.2'si Evet cevabını vermiştir. Daha önce AP yöntemini bırakma nedenlerini incelediğimizde %9.7 eşinin istememesi, %5.2 gebe kalmak istemesi ve istememesi, %4.2 diğer nedenler olarak çıkmıştır. Ersöz'ün Kars'ta yaptığı çalışmada kadınların yöntemi bırakma oranını %45.3 bulmuştur (46). Gür'ün araştırmasında %48.0'ı (61), Aktoprak'ın çalışmasında %49.1 oranlarında kadınların yöntem bıraktıklarını bulmuşlardır (50). Yavuz'un yaptığı araştırmada kadınlar önceki yöntemlerini bırakma nedeni olarak %36.1 gebe kalma durumu, %30.6 gebe kalmak için, %25.4 yan etki ve sağlık sorunları olduğunu tespit etmiştir (55). Aydın ilinde yapılan araştırmada en çok yöntem bırakılma nedeni kullanılan yöntemin yan etkisi ve istenilmeyen gebelikler olduğu ortaya çıkmıştır (59). 2018 TNSA verilerine baktığımızda kadınların 5 yıllık dönemlerine bakıldığında yöntem kullanan kadınların %28'i yöntem bıraktıkları görülmüştür. 2018 TNSA verilerine göre kadınlar yöntem bırakmada neden olarak %38 gebe kalma isteği, %19 yöntemi başarılı kullanamama, %9 yan etki ve %7 daha da etkili yöntem isteme

çıkıştır (52). Bırakılma nedenleri genellikle gebelik istemi, gebe kalma durumu ve yan etki olarak çıkmış olup bizim çalışmamızla da paralellik göstermiştir. Diğer çalışmalarla karşılaştırdığımızda yöntem bırakmanın diğer araştırmaların yapıldığı illere göre bizim çalışma yaptığımız ilde ki bırakılma oranı daha düşük çıktığı görülmüştür. Bu durum bölgesel farklılık, refah düzeyi durumu, il merkezinde yaşama durumu bu düşüklüğün sebebi olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların bazı özelliklerin ortalamalarının aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre dağılımı yapılmıştır. Aile planlaması yöntemi kullanan kadınların yaş ortalaması  $37.52 \pm 6.95$ , ev halkı hane sayısı ortalaması  $4.38 \pm 1.12$ , çocuk sahibi olma sayısı ortalaması  $2.40 \pm 1.07$ , doğum sayısı ortalaması  $2.40 \pm 1.08$ , gebelik sayısı ortalaması  $2.63 \pm 1.23$ , istemeyerek düşük sayısı ortalaması  $1.43 \pm 0.74$  olarak bulunmuştur. Aile planlaması kullanma durumunun kadınların yaşı, ev halkı hane sayısı, çocuk sahibi olma sayısı, doğum sayısı, gebelik sayısı, istemeyerek olan düşük sayısı ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.3.3). Kaya ve ark.'nın (39) yaptığı çalışmada aile planlaması yöntemi kullanan kadınların ortalama; yaşı  $32.22 \pm 5.96$ , gebelik sayısı  $2.84 \pm 1.51$ , doğum sayısı  $2.65 \pm 1.37$  olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada aile planlaması kullanma durumunun kadınların gebelik sayısı ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Diğer çalışmada ki oranların bizim çalışmamızdan farklı çıkması çalışma yapılan bölgelerin farklılığından, toplumun refah düzeyi durumundan kaynaklandığını bize düşündürmüştür.

Kadınların eğitim düzeyleri ile kadınların kullanılan AP yöntemi temin etme durumu, AP yöntemlerinin fiyatlarının tercih etmeye etki durumuyla aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.3.5). Kaya ve ark.'nın (39) yaptığı çalışmada eğitim durumu ile aile planlaması yöntemini kullanma durumu arasında istatistiksel olarak bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Bu durum, kadınların eğitim seviyelerinin aile planlaması ile ilgili tutumlarını, davranışlarını ve yöntem seçimini etkileyebileceğini düşündürmektedir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. SONUÇLAR

Çalışmamız Osmaniye il merkezi 15-49 yaş evli kadınlardan 676 kişi örnekleme alınmış ve 598 kişi gönüllü olarak katılmıştır.

Kadınların yaş ortalaması ise  $36.43 \pm 7.43$ 'tür. Kadınların yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında en fazla kadının %23.9'u 39-43 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Kadınların %50.7'si lise ve üzeri okullardan, kadınların eşlerinin de aynı oranda lise ve üzeri okullardan mezun olduğu bulunmuştur. Kadınların %79.4'ünün ev hanımı olduğu, kadınların eşlerinin ise %66.4'ünün işçi, %27.1'nin memur olduğu bilgine ulaşılmıştır. Kadınların eşleriyle birlikte toplam gelir düzeyleri %61.4 oranında 3000TL ve üzeri olduğu saptanmıştır. Kadınların %97.3'ünün herhangi bir sosyal güvence altında oldukları bulunmuştur.

Kadınların %45.2'si 18-22 yaş arasında şuan ki evliliklerini yaptığı belirlenmiştir. Kadınların evlilik sürelerinin %53.3'ünün 5 yıl üzerinde, 10 yıl ve altında olduğu, ev halkı hane sayıları ise %63.7 oranında 5 kişi altında aile oldukları belirlenmiştir. Kadınların %7.4'ünün eşiyile akraba olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların çocuk sahibi olma sayısına bakıldığında %57.0'sinin 1-2 çocuğa sahip olduğu, ilk gebe kalma yaşlarının %44.5 oranında 19-23 yaş arasında olduğu bulunmuştur.

Kadınların en fazla %34.6 oranında iki kez doğum yaptıkları,%32.8'inin iki kez gebe kaldıkları,%9.7'sinin en fazla oranda bir kez istemeyerek düşük yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların son gebeliklerinin %87.5'i canlı doğum olduğu, son doğum şekillerinin ise %50.7'sinin sezaryen olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların %24.2'sinde kronik hastalığa sahip olup, bunların %18.2'sinin peptik ülser olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların %79.6'sı herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı, modern yöntemlerden %34.9 gibi yüksek oranda kondom tercih ettiklerini, geleneksel yöntemlerden ise en fazla oranda(%25.4) geri çekme yöntemini tercih ettikleri görülmüştür. Kadınların %75.8'nin daha önceden aile planlaması yöntemi bırakmadığı,%24.2'sinin ise bıraktığı, bırakma nedeninin ise %9.7 ile eşinin istememesi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kadınların aile planlaması yöntemi kullanım süresi en fazla %29.6'sının 1-2 yıldır kullandığı bulunmuştur. Kadınların aile planlaması tercih nedenine baktığımızda kullanım

kolaylığı ve eşinin istemesi durumunun (%25.3) yüksek oranda çıktığı görülmüştür. Aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınların nedenini incelediğimizde %7.7'sinin gebe kalmak istediği için kullanmadıkları sonucuna varılmıştır. Kadınların tercih ettiği aile planlaması yöntemlerini temin etme durumuna baktığımızda %60.0'nın ücretsiz aldıkları ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların aile planlaması kullanma durumunun kadınların yaş grubu, ev halkı hane sayısı, kadınların evlilik süresi, kronik hastalık durumu, çocuk sahibi olma durumuyla aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Kadınların eğitim düzeyleri ile kadınların kullanılan AP yöntemi temin etme durumu, AP yöntemlerinin fiyatlarının tercih etmeye etki durumuyla aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

## **6.2. ÖNERİLER**

Ülkemizde kadınların eğitim düzeyi arttıkça aile planlaması sağlık hizmetlerine daha kolay ulaştığı görülmüştür. Kadınların eğitim hayatını desteklemek, kadınlara ulaşmak için etkinlikleri çeşitlendirip sunmak, toplumda farkındalığı arttırmak hedeflenmelidir.

Modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımını yaygınlaştırmak, geleneksel yöntemlerin kullanımını azaltmak için kamu kurum ve kuruluşlarında yeterli düzeyde eğitim ve danışmanlık hizmeti verilip, eşlerler birlikte aktif katılım sağlayıp hizmetin sunulması gerekmektedir.

Birinci basamakta çalışan tüm sağlık çalışanlarına aile planlaması eğitimi zorunlu tutulup, aile planlamasındaki yeni gelişmelerden haberdar olabilmeleri için belirli aralıklarla eğitim tekrarı yapılması gerekmektedir.

Ülkemizde hala kadınların sezaryen doğumu yüksek oranda tercih ettikleri görüldüğü bunun için normal doğuma teşvik çalışmalarının üzerinde daha çok durulması gerektiği, normal doğum hakkında bilgilendirme çalışmalarının artırılması hedeflenmelidir.

## **6.3. SINIRLILIKLAR**

Araştırma Çalışma Osmaniye 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi 25 Nolu birimdeki kadınlarla yapılmıştır, tüm kadınlara genellenemez.

## KAYNAKLAR

1. Partovi Meran E. (2016), Kadın Sağlığına Genel Bakış. Kızılkaya Beji N.(ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri: 7
2. Özvarış ŞB, Ertan AE.(2003) Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım Akın A.(ed.). *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın kitabı*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınevi. 113-26 ,
3. Özvarış ŞB, Akın A. (1998)Üreme Sağlığı , *Sağlık ve Toplum*. 8(3-4) : 23-26
4. AÇSAP Genel Müdürlüğü.(2009) *Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı No: 1-B Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi*. Ankara: AÇSAP Genel Müdürlüğü Basımevi,1-145.9)
5. Demirci H.(2004)*Çalışan evli Kadınlarda Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışların Geliştirilmesi*, (Doktora Tezi) İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
6. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı. Ulusal Stratejik Eylem Planı ,Sağlık Bakanlığı <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap9.pdf> [15/08/2020]
7. Şahiner G.(2007)*Toplumsal Cinsiyet ve Kadına Karşı Şiddetin Kadınların Üreme Sağlığına İlişkin Hizmetlerden Faydalanmasına Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi) Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı,Ankara,:1-20
8. Sert G, Güven T, Kaplan N, Tunca N, Arslanboğan K, Çokar M,(2012) *Vakalarla Türkiye’de Üreme Hakları*, 1.ed. et al.editors İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. : Turap Tanıtım Yayınları.
9. Kırca, Ü (2001). Üreme sağlığı ve birinci basamak. *Sted*;12(10):463)
10. Türkiye Üreme Sağlığı Programı ,2005
11. Üzel A. (2007). *Er ve Erbaşların Aile Planlaması ile ilgili Bilgilerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Mersin
12. IPPF. IPPF Charter Guidelines on Sexual and Reproductive Rights, 2nd ed. London, 2003.
13. Yanikkerem, E., Saruhan A., Şirin A. (2008) *Güvenli Annelik Açısından Anne Hakları*. *Kor Hek.*, 7 (2): 179-186.

14. Pınar G. (2009) Üniversite öğrencilerinin Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Hakları İle İlgili Bilgi Ve Görüşleri. *Sted*, 18 (6): 107- 112
15. Seyirci D.,(2018),*Türkiye’de Üreme Sağlığına İlişkin Göstergelerin Sosyoekonomik Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi,1963-2013*, (Doktora Tezi). İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul
16. Reisoğlu Çakmak D., Aksakal N., Yücel A. (b.t.) *Türkiye’de Kadın Sağlığına ilişkin Mevzuat*,b.t.<http://www.ankaramedicaljournal.com/theme/pdfmakale/21/makale4.pdf> (Erişim Tarihi: 20.07.2012)
17. Sünbül, A. (2019). *Kadın Sağlığını Etkileyen Faktörler: Kocagür Örneği*, (Ebelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
18. Kara H.(2013) *Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Üreme Hakları Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*, Haliç Üniversitesi Sağlık Bil. Ens. Hemşirelik A.B.D. ,İstanbul, s:28
19. Cangöl S. (2010). *Lalapaşa Merkez ilçe’de Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumları*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne
20. Güraksın A. (1992). *Erzurum İli Eğitim Araştırma Sağlık Ocakları Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Tutum Davranış*, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi, , Erzurum
21. Ersin F. (2008) *Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Üreme Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına Etkisi*. (Yüksek lisans Tezi) Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
22. Karacaoğlu EN. (1996). *Çukurova Üniversitesine Bağlı Değişik Fakültelerde Okuyan Öğrencilerin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Ve Tutumları*, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıpta Uzmanlık Tezi ,Adana
23. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018, [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/sonuclar\\_sunum.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/sonuclar_sunum.pdf) [01/05/2020].
24. Taşkın L.(2012) *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.s:530
25. Güler Ç. , Akın L. (2012). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler,Kontrasepsiyon birinci cilt*, 2.ED, , Ankara : 299-344

26. İtil M,İ.(2012) *Oral Kontrasepsiyon Kılavuzu*,Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, ,1.ed, ,İstanbul.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Planlamasında Temel Bilgiler(1997), *Özel Durum ve Dönemlerde Kontrasepsiyon*, İstanbul, : 195-213
28. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı(2014), *Üreme Sağlığı, Evliliğe Sağlıklı Başlangıç Kitabı*, Ankara, 34
29. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Hizmetleri (2017),*Aile Planlaması*,Ankara:70,s:18,  
[http://atakentasm1.meb.k12.tr/meb\\_iys\\_dosyalar/34/15/745951/dosyalar/2017\\_06/26215208\\_Aile\\_Planlamasi.pdf](http://atakentasm1.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/34/15/745951/dosyalar/2017_06/26215208_Aile_Planlamasi.pdf) -
30. ÖZKAN ARSLAN H.(2019) *Hemşirelik ve Ebelik için Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.(4): 81-108
31. Hilgers TW.(1995), *The Scientific Foundations of the Ovulation Method*. Omaha, Pope John Paul IV Institute..
32. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Planlamasında Temel Bilgiler,(1997). *Doğal Aile Planlaması Yöntemleri Aile Planlaması*, İstanbul: 113-123
33. Pyper CM, Knight J.(2001). *Fertility awareness methods of family planning: The physiological background, methodology and effectiveness of fertility awareness methods*. A CPD self-assessment test. Review. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care;27(2):103-10.
34. Özçelik E.(2016). Doğal Aile Planlaması Yöntemleri. *The Journal of Turkish Family Physician*;7(3):45-53.
35. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı(2014), *Üreme Sağlığı, Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi*, Ankara, S:9
36. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL,(2007)et al. “*Contraceptive Technology*” 19th ed. New York, Ardent Media, Inc.; 211-47.
37. Arévalo M, Jennings V, Nikula M, Sinai I.(2004) Efficacy of the new TwoDay Method of family planning. *Fertil Steril*; 82: 885.
38. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Planlamasında Temel Bilgiler, (1997). *Emzirme ve Gebeliğin Önlenmesi*, İstanbul : 123-131
39. Kaya, H., Tatlı, H., Açık, Y., & Deveci, S. E. (2008). Bingöl ili uydu kent sağlık ocağı bölgesindeki 15–49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanım düzeyinin belirlenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(4), 185-191.

40. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü(2010). *Aile planlaması danışmanlığı katılımcı kitabı*. Ankara: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi.35-176.
41. Tekiner AS, Çetin F, Ceyhan AG, Kafkaslı A.(2010). Planlanmamış gebelikler ile kontraseptif yöntemler arasındaki ilişki. *Dirim Tıp Gazetesi*;85(2):65-71.
42. Giray H, Keskinoglu P.(2006). *Işıkent Sağlık Ocağı'na Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Etkileyen Etmenler*, İzmir, 15(2):23-26
43. Altay B.(2009). 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Ocağı Hizmetlerini Bilme ve Kullanabilme Durumları ile Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Derg.* 12:2.
44. Salman Z.(2014). *Süleyman Demirel Üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların aile planlaması hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları*(Tıpta Uzmanlık Tezi). T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta,.
45. Yazıcı M.(2015). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Demografik Özellikleri İle Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemi Arasındaki İlişki* (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniv, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
46. Ersöz, B. (2017). *Kars İli, Susuz İlçe Merkezine Bağlı Aile Planlaması Yöntemi Kullanan 15–49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler*(Yüksek Lisans Tezi). Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kars.
47. Muhtaroglu P.(2019). *Trakya Üniversitesi tıp fakültesi hastanesi kadın hastalıkları doğum Polikliniği ve servisine başvuran 16-49 yaş aralığındaki evli kadınların aile planlamasına karşı tutumlarının karşılaştırılması*(Halk Sağlığı Yüksek Lisansı) Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 72
48. Tokuç, B. , Eskiocak, M., Ekuklu, G. , & Saltık, A. (2005). *Edirne Merkezinde 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yöntem Kullanım Oranları*. Sted, 14 (1), 8–14.
49. Cangöl, S. (2010). *Lalapaşa Merkez İlçe 'de Yaşayan 15–49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumları* (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne

50. Aktoprak, M. (2012). *Evli Kadınlar ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve İlişkili Faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya
51. Yerli, E. B. (2015). *Erzurum İl Merkezinde 15–49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum
52. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ana Rapor 2018, Kasım 2019  
[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf)
53. Türkiye İstatistik Kurumu, İş Gücü İstatistikleri (2019)  
[http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1007](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1007) [20/08/2020].
54. Türkiye’de Aile Yapısı Araştırması (2011).  
<http://www.cocukhaklariizleme.org/wp-content/uploads/turkiyenin-aile-yapisi-arastirmasi-20111.pdf> [20/08/2020].
55. Yavuz, D. (2018). *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran 15–49 Yaş Arası Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır.
56. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ana Rapor 2013, Kasım 2014.  
[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf) [22/08/2020].
57. Ballı F.(2011). *Bayraklı İlçesi Cengizhan Mahallesi 18-49 Yaş Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve İlişkili Erişim Faktörlerinin Değerlendirilmesi*(Uzmanlık Tezi). Ege Üniv. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İzmir
58. Kahraman K.(2005). *Nevşehir Özkonak kasabasında yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların aile planlaması uygulamaları*.(Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
59. Songur D.(2009). *Gaziantep Binevler Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlamasını Kullanma Durumu ve Etkileyen Etmenler* (Uzmanlık Tezi). Gaziantep Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Gaziantep, 252.

60. Kutlu R, Sayın S, Uçar M, Aslan M, Demirbaş O.(2014). Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumları Ve Bu Yöntemleri Tercih Nedenleri. *Türk Aile Hekimliği Derg*, 18 (3) :134-141,.
61. Gür F.(2017). *Gaziantep İlinde El Beceri Kurslarına Gelen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik, Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*(Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniv, Sağlık Bilimleri Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Gaziantep
62. Karaoglu, L., Öztürk, C., & Pehlivan, E. (2002). Çorum İli Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Evli Kadınlarda Doğurganlık ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.9 (1), 33–40.
63. Tepe P.(2018). *Ümraniye’de Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Üreme Sağlığı Durumları Ve İlişkili Faktörler*(Uzmanlık Tezi). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul
64. Apay S.E, Pasinlioğlu T.(2008).Nişanlı Çiftlerin Evlendikten Sonra Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg*, 11: 4.
65. World Contraceptive Use. 2017. (internet) Erişim adresi: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2017.asp> ( Erişim tarihi:06.09.2020).
66. Tunç A.(2019). *Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Kadınların Aile Planlaması İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışlar*(Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne
67. Öztürk ÖÇ.(2009). *Sağlık Personelinin Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri*(Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon.
68. Öztaş Ö, Artantaş B, Tetik B, Yalçıntaş A, Üstü Y, Uğurlu M.(2015). 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Ankara Med J*, Cilt 15, Sayı 2.
69. Yengil E ve Çadircı D, Aksoy H.(2005). Sosyokültürel seviyesi düşük bir bölgede aile planlaması ile ilgili verilerin değerlendirilmesi. *4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı*, ss. 305, Ankara
70. Yıldırım G, Turaçlar N, Bakır A.(2003). Sivas ili AÇS-AP merkezine 2001 yılında başvuran kadınların değerlendirilmesi. *3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı*, ss.202, Ankara.

71. Speizer IS, (2003) Using Strength of Fertility Motivations to Identify Family Planning Program Strategies, *International Family Planning Perspectives*, 2006, 32(4):185–191.
72. Kapiga HS, Lyamuya EF, Lwihula GK, Hunter DJ, (1995) To Determine The Risk Factors For HIV Seroconversion and Assess The Association Between Contraceptive Use and HIV Infection Among Women Attending Three Large Family Planning Clinics In Dar Es Salaam, Tanzania.
73. Mehryar AH, Moftafavi F, Agha H, (2000) Men and Family Planning in Iran, [http://www.iussp.org/Brazil2001/s20/S22\\_P05\\_Mehryar.pdf](http://www.iussp.org/Brazil2001/s20/S22_P05_Mehryar.pdf) [15/08/2020].
74. Karadağ, G., Koçak, H.S. , & Yılmaz, M. (2013). Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Kullanma ve Tercih Etme Nedenleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (1), 13–25
75. Tsehaye WT, Mengistu D, Birhanu E, Berhe KK.(2011). Assessment of preference and its determinant factors to ward modern contraceptive methods among women of reproductive age group in shire Indaselassie Town, Northern Ethiopia, *International Journal of Family Medicine* 2013;2013:317609
76. İstatistiklerle Kadın, 2017. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27594> [22/08/2020]
77. Çayan A.(2009). *15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler İle İlişkisi*,(Yükseklisans). T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın.

**Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı**





T.C.  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**



**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü**

**Sayı** :71915440-804.01-E.2009120015  
**Konu** :Tez Konu Başlığı Hk.

**Tarih**:12.09.2020

**Sayın Seda Nur TÜRKAY MUTLU**

Enstitü Yönetim Kurulunun 13.5.2020 tarih ve 2020/10 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

*e-İmzalıdır*  
Prof. Dr. Ayla YAVA  
Müdür V.

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
164101064 Seda Nur TÜRKAY MUTLU	Üreme Çağındaki Kadınların Kontraseptif Yöntem Tercihlerinin Belirlenmesi

Adres : Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP  
Tel : +90 342 211 80 80  
Fax : +90 342 211 80 81

İrtibat : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü  
Web : www.hku.edu.tr  
e-Posta : info@hku.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
<http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index?EvrakNo=E.2009120015&ErisimKodu=3f506a51>

## Ek 3. Kurum İzni

Posta - seda--- türkay - Outlook - Google Chrome

outlook.live.com/mail/deeplink?version=20200907002.05&popoutv2=1

Yanıtla Sil Gereksiz Engelle

Re: Bilimsel Araştırma Başvurusu

Sayın İlgili,  
Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru değerlendirilmiştir.  
Değerlendirme Sonucu aşağıdaki gibidir.  
Onay Durumu : Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun görülmüştür. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçleri (etik kurul, faz çalışması ,diğer izinler vb.) tamamlamanız gerekmektedir.  
Açıklama :  
Form Adı : Seda Nur Mutlu-2020-06-22T21\_54\_58  
Başvuru Formu için [tıklayınız](#).

Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.  
İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.  
T.C. Sağlık Bakanlığı  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

**YASAL UYARI:**  
Bu e-postanın içeriği bilgiler (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı onayı olmaksızın içeriği kopyalanamaz, üçüncü kişilere açıklanamaz veya iletlemez. Bu mesajın gönderilmek istendiği kişi değilseniz (ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldysanız), lütfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesajı sisteminizden derhal siliniz. T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içeriği bilgilerinin doğruluğu veya eksiksiz oluşu konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle, bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazınıza ait olup, T.C. Sağlık Bakanlığı görüşlerini içermeyebilir.

Bu e-posta bize bilinen tüm bilgisayar virüslerine karşı taranmıştır.

**DISCLAIMER:**  
This e-mail (including any attachments) may contain confidential and/or privileged information. Copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail without the permission of Ministry of Health of Turkey is strictly forbidden. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error), please notify the sender and delete email from your system immediately. Ministry of Health of Turkey makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. Any opinions expressed in this message are those of the author and may not necessarily reflect the opinions of Ministry of Health of Turkey.

This e-mail has been scanned for all computer viruses known to us.

#### Ek 4. Veri Toplama Formu

### VERİ TOPLAMA FORMU

1) Doğum tarihiniz: (gün/ay/yıl) (...../...../.....)

2) İkamet yeriniz: 1) İl 2) İlçe 3) Köy

3) Eğitim durumunuz: 1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul  
4) Ortaokul/İlköğretim 5) Lise 6) Yüksekokul/Üniversite

4) Mesleğiniz:

5) Aylık Ortalama Geliriniz : 1) Yok 2) 0-1000TL 3) 1000TL-2000TL

4) 3000TL ve üzeri

6) Evlenme Yaşınız:

7) Kaç Yıllık Evli Olduğunuz:

8) Eşinizin eğitim durumu: 1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul  
4) Ortaokul/ilköğretim 6) Lise 7) Yüksekokul ve üniversite

9) Eşinizin Mesleği :

10) Eşiniz ile Akrabalık Durumunuz: 1) Var 2) Yok

11) Var ise Derecesi :

12) Kaldığınız Yer Özelliği: 1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile 3) Evde Yalnız

13) Sosyal güvence durumu: 1) Var 2) Yok 3) Diğer.....

14) Evde Yaşayan Kişi Sayısı:

15) İlk Gebelik Yaşı:

16) Varsa Çocuk Sayısı:

17) Toplam Doğum Sayısı:

18) Toplam Gebelik Sayısı:

**19) Canlı Doğum Sayısı:**

**20) Ölü Doğum Sayısı:**

**21) İstemeyerek Olan Düşük Sayısı:**

**22) İsteyerek Olan Düşük Sayısı:**

**23) İsteyerek Düşük Varsa Nedeni:**

**24) Ölen Çocuk Sayısı :**

**25) Son Gebelik Sonucu:** 1)Düşük 2)Canlı Doğum 3)Ölü Doğum 4)Küretaj

**26) Son Doğum Yöntemi:** 1)Normal Doğum 2)Sezaryen

**27) Aile Planlaması Yöntemi Kullanıyor Musunuz?** 1)Evet 2)Hayır

**28) Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi:** 1)Oral Kontraseptif 2)İğne 3)RİA  
4)Kondom 5)Geri Çekme 6)İmplant 7)Takvim Diyeti 8)İlişki Sonrası Hapı  
9)Yöntem Kullanmıyor 10) Diğer.....

**29)Kullanılıyorsa Aile Planlaması Yöntemi Temin Etme Durumu:**

1)Ücretsiz 2) Kendi Temini(ücretli)

**30) Kullanılıyorsa Aile Planlaması Yönteminin Süresi :**

**31)Kullanılıyorsa Aile Planlaması Yöntem Tercih Nedeni:**

**32)Aile Planlaması Yöntemi Kullanmıyorsa Nedeni :**

1)Gebe Kalmak İstiyor 2)Tedavisiz Gebe Kalamama 3)Aile Planlaması Yöntemlerini  
Bilmiyor 4)Eşi İstemiyor 5)Herhangi Bir Sebebi Yok 6)Yöntemlerin Sağlıklı  
Olduğunu Düşünmüyor

**33) Aile Planlaması Yöntemleri İle İlgili Bilgiyi Nereden Ediniyorsunuz?**

1)Hekim 2)Eczacı 3)Ebeveyn 4)Ebe/Hemşire 5)İnternet 6)Eş/Akraba/Arkadaş

**34) Daha Önce Kullandığınız Aile Planlaması Yöntemlerinden Herhangi Birini  
Bıraktınız Mı?**

1)Evet 2)Hayır

**35) Evet İse Nedeni:**

**36) Aile Planlaması Yöntemlerinin Fiyatları Tercih Yönteminizi Etkiliyor mu?**

1)Evet 2)Hayır

**37) Kronik Bir Hastalığınız Var Mı?** 1) Evet 2)Hayır

**38) Evet İse Nedir/Nelerdir:**



## Ek 5. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu

### GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Katılımcı,

“Üreme Çağı Kadınlarının Kontraseptif Yöntem Tercihlerine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi”adlı çalışmayı yürütmekteyiz. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size genel durumunuz, tıbbi özellikleriniz, sosyodemografik durumunuz ve kontraseptif yöntem tercihlerinize yönelik sorular soracağız. Çalışma boyunca elde edeceğimiz bilgiler, sadece bu çalışmada kullanılacaktır. Sorulara verdiğiniz tüm cevaplar gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için ek bir ödemede yapılmayacaktır. Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gerekli görülürse incelenecektir. Bu çalışmaya katılmanızı ve bu bilgileri benimle paylaşmanızı arz ediyorum. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

**YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

#### **Gönüllünün**

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Telefon numarası:

#### **Araştırmayı Yapan Sorumlu Araştırmacının**

Adı Soyadı:

İmzası:

## **ÇALIŞMA DURUMU**

Mersin Özel Onay Sağlık Koleji (2015-2016)

Erzurum Hınıs İlçe Sağlık Müdürlüğü (02.2017-09.2017)

Erzurum Pasinler Aile Sağlığı Merkezi (2017-2019)

Osmaniye Serinova Sağlık Evi (2019-Halen)

