



T.C.

**HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**18-55 YAŞ ARASI KADINLARIN KONTRASEPSİYON
KULLANIMI, BEKLENTİLERİ VE KARŞILANMA DURUMU**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Nazife İŞİK
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cahit ÖZER**

HATAY – 2021

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

18-55 YAŞ ARASI KADINLARIN KONTRASEPSİYON
KULLANIMI, BEKLENTİLERİ VE KARŞILANMA DURUMU

UZMANLIK TEZİ

Dr. Nazife İŞİK

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cahit ÖZER

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**18-55 YAŞ ARASI KADINLARIN KONTRASEPSİYON KULLANIMI,
BEKLENTİLERİ VE KARŞILANMA DURUMU**

Dr. Nazife İŞİK

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Cahit ÖZER Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Cahit ÖZER
2. Prof. Dr. Erhan YENGİL
3. Prof. Dr. Ertan MERT

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. TABLOLAR LİSTESİ.....	v
V. ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
VI. KISALTMALAR LİSTESİ	viii
VII. TEŞEKKÜR	ix
VIII. ÖZET.....	x
IX. ABSTRACT.....	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1.Aile Planlaması.....	4
2.1.1.Tanım:	4
2.1.2.Aile Planlamasının Amacı	4
2.1.3.Aile Planlamasının Anne, Çocuk ve Toplum Açısından Önemi	7
2.2.Türkiye’de Aile Planlaması Tarihsel Süreci.....	10
2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımı.....	11
2.4. Aile Planlaması Yöntemleri	13
2.4.1.Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması.....	13
2.5. Aile Planlaması Hizmetlerini Etkileyen Faktörler	14
2.5.1. Sosyodemografik Özellikler	14
2.5.2. Obstetrik Özellikler.....	16
2.5.3. Kültürel Özellikler	17
2.6.Aile Planlaması Hizmetlerine Karşı Tutum	17
2.7.Aile Planlaması Hizmetlerinde Erişim ve Süreklilik	17
2.8. Aile Planlaması Hizmetlerinde Karşılanmamış Gereksinim	19
2.9. Aile Planlaması Hizmetlerinin Örgütlenmesi.....	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Etik Kurul ve İzinler	23
3.2. Araştırma Bölgesi.....	23
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem.....	23
3.4.Araştırmanın Tipi	24

3.5.Araştırmanın Uygulanma Şekli	24
3.6.Araştırmada Kullanılan Veri Kaynakları.....	25
3.7.İstatistiksel Analiz	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	27
4.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	28
4.3. Katılımcıların Aile Planlaması Uygulamalarına İlişkin Bulgular	30
4.4. Aile Planlaması Hizmetlerinin Erişilebilirliği ve Sürekliliğine İlişkin Bulgular	38
4.5.Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimi.....	43
4.6. Katılımcıların AP Hizmet Uygulamaları İle İlgili Beklenti ve Görüşleri	45
5. TARTIŞMA	50
5.1. Kadınların Obstetrik Özellikleri ile İlgili Durumları	50
5.2. Katılımcıların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Özelliklerinin Değerlendirilmesi	52
5.3. Aile Planlaması Hizmetlerinin Erişilebilirliği ve Sürekliliğinin Değerlendirilmesi	55
5.4.Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksiniminin Değerlendirilmesi.....	57
5.5. Katılımcıların Aile Planlaması Hizmetleri Konusunda Beklentileri ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi	58
6.SONUÇLAR	61
7. KAYNAKÇA.....	62
8. EKLER.....	70
Ekler:	70
9. ÖZGEÇMİŞ	81

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	28
Tablo 2. Katılımcıların obstetrik özellikleri.....	29
Tablo 3. Katılımcıların gebeliklerini planlama durumları	29
Tablo 4. Gebelik sonuçlanmasına ilişkin bulgular	30
Tablo 5. Katılımcıların kürtaj olma nedenleri ve gelecekte gebelik planlarına ilişkin bulgular	30
Tablo 6. Katılımcıların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi durumları.....	31
Tablo 7. Katılımcıların aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi kaynakları.....	31
Tablo 8. Katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanma ve bırakma durumu.....	32
Tablo 9. Katılımcıların kullanmış oldukları yöntemler.....	32
Tablo 10. Katılımcıların kullandıkları yöntem sırasında acil kontrasepsiyon kullanma ve gebe kalma durumları	33
Tablo 11. Katılımcılara göre en etkili ve en uygun yöntem.....	34
Tablo 12. Katılımcıların kullanmakta oldukları yöntem ve tercih nedenlerine ilişkin bulgular	35
Tablo 13. Öğrenim durumu ve gelir düzeyi ile kullanmakta olduğu yöntem karşılaştırması	35
Tablo 14. Yaş grubu ve kullanılan yöntem karşılaştırması.....	36
Tablo 15. Katılımcıların kullanmakta olduğu yöntem ve yönteme başlama nedenlerinin karşılaştırması.....	37
Tablo 16. Katılımcıların kullanmakta olduğu yöntemle ilgili bilgi alma durumu ve kaynakları	38
Tablo 17. Katılımcıların kullandığı yöntem ile yöntemi temin etme teri ve temin şeklinin karşılaştırması	39
Tablo 18. Katılımcıların kullanmakta olduğu yöntem ve yöntemi temin şeklinin karşılaştırması	39
Tablo 19. Yöntemi karşılarken maddi yönden zorlanma durumu ve aylık hane gelir düzeyi arasındaki ilişki	40

Tablo 20. Katılımcıların kullanmakta olduğu yöntem ve yöntemi karşılarcken maddi yönden zorlanma durumu karşılaştırması.....	41
Tablo 21. Katılımcıların kullanmakta olduğu yöntem ve yöntemlerin ücretsiz olması durumunda yaklaşımları	42
Tablo 22. Katılımcıların ücretsiz aile planlaması yöntemi bilme ve ulaşma durumları	42
Tablo 23. Öğrenim durumu ile karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı karşılaştırması	44
Tablo 24. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı ve gelir düzeyi karşılaştırması	44
Tablo 25. Aile planlaması yöntemleri konusunda danışmanlık isteme durumu	45
Tablo 26. Kullanmakta olduğu yöntem ve yöntem kullanırken takibini yapmasını istediğı seçeneğin karşılaştırması	46
Tablo 27. Aile planlaması yöntemlerinin ücretsiz olması durumunda tercih edilen yöntemler	46
Tablo 28. Katılımcıların aile planlaması uygulamaları ile ilgili görüşleri	47

V. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Türkiye’de bebek ölüm sayısı ve hızı, 2009-2019.....	8
Şekil 2. 2018-2019 yılları arasında Türkiye’de günlük ve aylık bebek ölüm oranı	9
Şekil 3. Karşılanmamış Aile Planlaması gereksinimini etkileyen faktörler, UNPFA 2004.....	20
Şekil 4. Karşılanmamış Aile Planlaması gereksinimi kriterleri (86)	21
Şekil 5. Araştırmanın yapıldığı Aile Sağlığı Merkezleri ve anket sayıları	25
Şekil 6. Araştırma grubunun karşılanmamış aile planlaması gereksinim düzeylerinin tanımlanması	43

VI. KISALTMALAR LİSTESİ

AP	: Aile Planlaması
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
OKS	: Oral Kontraseptif
RIA	: Rahim İçi Araç
SPSS	: Statical Package for Social Science
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
WHO	: World Health Organization

VII. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca hoşgörölü ve babacan tavırları, engin bilgi ve tecrübesiyle her zaman yol gösterici olan, desteğini esirgemeyen çok kıymetli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Cahit ÖZER'e,

Tecrübesi, bilgisi ve destekleriyle minnettar olduğumuz, her zaman yanımızda hissettiğimiz pek değerli hocam Sayın Prof. Dr. Erhan YENGİL'e,

Anlayışı ve bilgisiyle bizlere her zaman destek olan hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Pınar DÖNER GÜNER'e,

Rotasyon yaptığım tüm branşlarda asistanlık eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Birlikte çalışmaktan her zaman keyif aldığım kıymetli çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında yanımda olan, bana güç veren çok sevgili babama ve anneme,

Tez sürecim ve uzmanlık eğitimim boyunca manevi desteğini ve bilgisini esirgemeyen sevgili eşim Dr. Rıdvan İŞİK'a,

Varlıklarıyla hayatımı renklendiren, anlamlandıran yavrularım Süleyman'ım ve Roza'ma

Sonsuz teşekkür ederim...

Dr. Nazife İŞİK

VIII. ÖZET

18-55 YAŞ ARASI KADINLARIN KONTRASEPSİYON KULLANIMI, BEKLENTİLERİ VE KARŞILANMA DURUMU

Amaç: Bu araştırmanın amacı, 18-55 yaş arası cinsel aktif kadınların aile planlaması yöntemlerinin kullanım durumlarının, aile planlaması hizmetlerinin erişilebilirliğinin değerlendirilmesi ve kadınların aile planlaması uygulamalarıyla ilgili beklentilerinin tespit edilmesidir.

Yöntem: Çalışma, Şubat 2021-Haziran 2021 tarihleri arasında Hatay ilinde belirlenen Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 18-55 yaş arası cinsel aktif kadınlarla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler, AP uygulamalarına ilişkin özellikler, katılımcıların AP uygulamaları ile ilgili beklentileri ve görüşlerini içeren veri toplama formu uygulandı.

Bulgular: Çalışma grubu 371 katılımcıdan oluşmaktadır. Kadınların %60,6'sı (n=225) modern ve %17,2'si (n=64) geleneksel olmak üzere, %77,8'i (n=289) herhangi bir yöntem kullandığı, en fazla kullanılan yöntemler kondom %28 (n=81), geri çekme %20,1 (58), RİA %18 (n=52) olduğu görülmüştür. Modern yöntemlerin %64'ünün (n=144) ücretli karşılandığı ($p<0,001$), en fazla temin edildiği kaynakların eczane %39,1(n=88), hastane %33,7 (n=76), market %14,2(n=32) en az temin yerinin ise birinci basamak %12,9 (n=29) olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Katılımcılardan %16,2'sinin (n=60) karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının olduğu tespit edildi. Karşılanmamış AP ihtiyacının gelir düzeyi düşük olan grupta %60 (n=36) olup gelir düzeyi yüksek olanlara göre daha fazla olduğu görüldü ($p=0,037$). Kadınların tamamına yakınının (%96,8) aile planlaması yöntemlerine ücretsiz ulaşmak istediği, çoğunluğun da bu yöntemleri birinci basamak sağlık kuruluşlarından temin etmek istedikleri tespit edildi.

Sonuç: Çalışmamıza dahil olan kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimde sıkıntı yaşadığı ve bu durumun yöntem tercihinin yansıdığı görüldü. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı artmış olması aile planlaması uygulamalarının yeterli düzeyde olmadığını düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Aile planlaması, kontraseptif yöntem, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı.

IX. ABSTRACT

CONTRACEPTIVE USE, EXPECTATIONS AND MEETING STATUS OF WOMEN BETWEEN THE AGES OF 18-55

Aim: The aim of this study is to evaluate the use of family planning methods, accessibility of family planning services and to determine the expectations of women about family planning practices of sexually active women between the ages of 18-55.

Method: This cross-sectional study was carried out in Hatay between February 2021 and June 2021. The study included sexually active women aged between 18-55 who applied to primary health care centers. In the study, a data collection form including socio-demographic attributes, obstetric features, characteristics of FP practices, expectations and opinions of participants about FP practices was applied.

Results: The study group consists of 371 participants. It was observed that 77.8% (n=289) of the women used any method, of which 60.6% (n=225) were modern and 17.2% (n=64) were traditional. The most commonly used methods were condom 28% (n=81), withdrawal 20.1% (58), IUD 18% (n=52). It was determined that 64% (n=144) of modern methods were paid ($p<0.001$) and the most supplied sources were pharmacy 39.1% (n=88), hospital 33.7% (n=76), market 14.2% (n=32) and the least supply area was 12.9% (n=29) primary care centers ($p<0.001$). It was detected that 16.2% (n=60) of the participants had an unmet need for family planning. It was discovered that the unmet FFP need was 60% (n=36) in the low-income group and higher than in the high-income group ($p=0,037$).

It was determined that almost all of the women (96.8%) wanted to access family planning methods free of charge and the majority of them wanted to obtain these methods from primary health care institutions.

Conclusion: It was observed that the women included in our study had difficulties in accessing family planning services and this situation was reflected on their choice of method. This findings suggest that because the unmet need for family planning has increased , family planning practices are not at an adequate level .

Keywords: Family planning, contraceptive method, unmet need for family planning.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Aile planlaması (AP); bütün çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları, doğum aralıklarını kendi iradeleri doğrultusunda planlamaları, istenmeyen gebeliklerden sakınmaları, yaşları, sağlık ve ekonomik durumlarını göz önünde bulundurarak gebelik zamanı ve sayısına özgürce karar verme, sorumluluk almaları ve çocuğu olmayan çiftlerin çocuk sahibi olmaları için çiftlere verilen hizmetlerin bütünüdür (1).

Aile planlaması hizmetlerinde amaç; gebeliklerin planlı olmasını sağlayarak anne ve bebek ölümlerini en aza indirmek, çiftlere istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için danışmanlık hizmeti vermek, infertil çiftlere çocuk sahibi olma konusunda destek sağlamak ve anne-çocuk sağlığının düzeyini yükseltmektir (2).

Aşırı doğurganlık, anne ve çocuk sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir(3). Ülkemizde aşırı doğurganlığın getirdiği sıkıntıları azaltmak adına 1960'lı yıllardan bu yana birçok yasal düzenleme yapılmış olup aile planlaması hizmetleri uygulanmasına başlanmıştır (4).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2018) verilerine göre doğumların veya mevcut gebeliklerin %75'i istenmiş, %15'i istenmeyen gebelikler, %11'i ise daha sonrası için planlanan gebelikler neticesinde gerçekleşmiştir. Ayrıca son 5 yıl içinde her 100 gebelikten 6'sı istemli düşükle sonlanmıştır. Aynı verilere göre tüm gebeliklerin %25'i canlı doğum ile sonuçlanmamıştır (5).

15-49 yaş arası halen evli kadınların %13'ü hemen çocuk sahibi olmak, %14'ü en az 2 yıl ara vermek isterken, %63'ü başka çocuk istememektedir veya cerrahi sterilizasyon yapmış durumdadır (5).

Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda yaklaşık 50 yıldır aile planlaması konusunda ülkemizde uygulanan politikalar sonucunda önemli gelişmeler sağlansa da

aile planlaması yöntemlerinin kullanım düzeyleri henüz amaçlanan seviyelere ulaşamamıştır (6).

AP hizmeti istenmeyen gebelikleri ve aşırı doğurganlığı kontrol altına alıp anne ve bebek sağlığına olumlu katkılar sağlayarak, toplumun da sağlık düzeyinin yükselmesinde önemli etkileri olan temel sağlık hizmetidir (7). Aile planlaması hizmetlerinin uygulanmasıyla birlikte anne ve bebek ölümleri önemli derecede azalmıştır (8). Gelişmekte olan ülkelerde aile planlaması yöntemlerinin etkili bir şekilde uygulanarak ölü doğum, prematürite ile yenidoğan ve anne mortalitesinin azalabileceği öngörülmekte ve anne ve bebek ölümlerini azaltmak için de özellikle riskli gebeliklerin tespit edilmesi önemle vurgulanmaktadır. Bu yaklaşımların anne ve bebek sağlığına olumlu etkileri olmasına rağmen, anne ve bebek ölümlerinde istenilen iyilik düzeylerine ulaşılamamıştır (9). Aile planlaması hizmetlerinin yeterli ve düzenli sunumu ve aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin sürekliliği ile hedeflerin istenilen düzeylere gelebileceği öngörülmektedir (10).

AP hizmetleri, 1978’de Alma Ata Bildirgesi’nde AP hizmetleri Temel Sağlık Hizmeti (TSH) olarak kabul edilmiştir. Hedeflerine ulaşmak için Alma Ata Konferansı’ndan sonra birçok adım atılmış fakat yoksullukla beraber gelen kısıtlamalar, sağlık için sektörler arası iş birliğinin sağlanamaması, kadın statüsünün hedeflenen düzeyde olmaması, insan kaynakları ve sağlık enformasyon sistemindeki zayıflık gibi nedenlerle birçok ülke için ‘Herkes için Sağlık’ hedefleri istenilen düzeylerde değildir (11).

TSH’lerinin ana ilkeleri, toplumsal katılım, bireylere eşit ulaşım ve kurumlar arası işbirliğidir (12). AP hizmetleri, oluşabilecek hastalıkları ve ölümleri önlemede, kolay, ucuz ve basit koruyucu TSH’lerinin başında gelmektedir. AP konusunda sağlanan politikalar ve önemli gelişmelere karşın, bu konuda karşılanamayan gereksinimlerin hala yüksek olduğu gözlenmektedir (13).

Karşılanamayan aile planlaması; sahip olduğundan başka çocuk sahibi olmak istemeyip doğumlarının arasını açmak ve doğurganlığını sonlandırmak istediği halde hiçbir AP yöntemi kullanmayan kadınların potansiyel büyüklüğüdür. 2013 TNSA’da %6 olarak gerçekleşen karşılanamayan aile planlaması ihtiyacının 2018 sonuçlarında ikiye katlayarak %12’ye yükseldiği görülmüştür. Oldukça yüksek

ve önemli olan bu artışın nedenleri son yıllarda Aile Planlaması hizmetlerine ulaşımın kısıtlı olmasıdır (14).

Aile planlaması yöntem kullanımını etkileyen birçok etken bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; kadının yaşı, eşinin eğitim durumu, sosyoekonomik durumu, toplumdaki statüsü, aile yapısı, toplumun sosyokültürel yapısı, evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, erkeklerin AP'ye katılımları, istenmeyen gebelikler, dini inanışlar, AP hakkındaki bilgi düzeyi ve öncesinde AP kullanım durumudur (15).

Bunlara ek olarak devletin nüfus politikaları, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından ücretsiz sağlanması ve AP hizmeti sunanların bilgi düzeyi AP kullanımını etkileyen faktörlerdir (16).

Çalışmamız Hatay ilinde 18-55 yaş arası cinsel aktif kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanım durumlarının, yöntemleri temin ettikleri hizmet kaynaklarının, hizmetlerin erişilebilirliğinin değerlendirilmesini ve kadınların AP uygulamaları konusundaki beklentilerinin tespit edilmesini amaçlamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Aile Planlaması

2.1.1.Tanım:

Aile planlaması (AP), çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına; eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına, iki doğum arasındaki süreyi planlamalarına; yaş, sağlık ve sosyoekonomik durumlarına göre bilinçli olarak ne zaman ve kaç tane çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine ve infertil çiftlere çocuk sahibi olma istekleri doğrultusunda yardım eden uygulamaların tümüdür (17).

AP, aynı zamanda, çiftlerin çocuk sahibi olma konusunda kendilerine ait biyolojik, sosyoekonomik, kültürel ve dini faktörleri değerlendirmelerini sağlar (18).

AP hizmetleri, infertiliteye çözüm arayan, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan (CYBH) koruyan, bireylerin doğum aralıklarını ve sayılarını kontrol edebilmelerini sağlayan yöntemlerin, araç ve gereçlerin teminini sağlayan ve bu konuda eğitim programlarını düzenleyen hizmetler bütünüdür (4, 18).

Büyük bir öneme sahip olan AP, DSÖ'ne göre şudur: ‘’ Ailelerin sağlığını ve refahını daha iyiye götürerek ülkenin sosyoekonomik gelişmesine etkin olarak katkıda bulunmak için bireyler ve aileler tarafından benimsenen düşünce ve yaşam şeklidir.’’(19). Bu tanımla AP'nin etkin bir şekilde uygulanmasının ülke ekonomisine katkısına ve yaşamın bir parçası olarak kabul görülmesi gerektiği önemle belirtilmektedir.

2.1.2.Aile Planlamasının Amacı

AP hizmetlerinin temel amacı, toplumun aile planlaması gereksinimini saptayarak; anne ve çocuk sağlığını korumak ve toplumun sağlık düzeyinin yükselmesine katkıda bulunmaktır (20). Bu amaçla geliştirilen AP programları,

çiftlerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmelerine ve doğurganlıklarını düzenleyerek kendilerine uygun, ekonomik, etkili ve güvenli yöntemleri seçebilme imkanı ve çiftlerin düzenli takiplerinin yapılmasını sağlamaktadır (21).

AP hizmetlerinin yetersizliği ile istenmeyen gebelikler meydana gelmekte ve gebelikler güvenli olmayan koşullarda sonlandırılarak kadınların yaşamını tehdit etmektedir. Eğer istenmeyen gebelik oluşmuş ise uygun tıbbi şartlar ve yasal sınırlar içinde gebeliğin sonlandırılmasını sağlamaktır. Yasal sınırlar, 27 Mayıs 1983 tarih ve 18059 sayılı Resmi Gazete (RG)'de yayımlanan 2827 sayılı NP Hakkındaki Kanunun 5. Maddesinde geçen ‘‘Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir.’’(22) ifadesiyle açıklığa kavuşturulmuştur.

AP'nin amaçlarından bir tanesi de, emziren anneler, başka çocuk istemi olmayanlar, çocuk yapmasında tıbbi olarak engel durumları olanlar, çocuk sahibi olup tekrar çocuk isteği olanlar için ve yaşları dikkate alınarak uygun kontraseptif yöntemlerinin kullanımının sağlanması, çiftlere sunulan korunma yöntemleri konusunda eğitim verip bilinçlenmelerini sağlamaktır (23).

AP infertil çiftlerin çocuk istemi olduğu durumlarda tedavilerinin sağlanmasını hedefler.

Toplumun kadın ve erkek fizyolojisi ile cinsellik konusunda bilgilendirilmesini sağlayarak; üreme çağındaki bireylere cinsel hayatlarının sağlıklı bir şekilde sürdürmelerini imkanı oluşturmak, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) konusunda bilinç düzeyini arttırarak sağlıklı, mutlu ve kaliteli bir nesil yetiştirmek AP amaçlarından (24).

Cinsel hayatın bilgisiz ve kontrolsüz bir şekilde yaşanması CYBH, istenmeyen gebelikler ve cinsel sapkınlık gibi durumları önemli derecede arttırmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi, Türkiye’de tabu olarak görüldüğü ve cinsellik eğitiminin yeterli düzeyde olmayan toplumlarda bireylere adölesan dönemden başlayarak yaşamı gereken eğitim ve tıbbi destek sağlamak AP'nin amaçları kapsamındadır (23).

Aileler istedikleri kadar çocuk sahibi olmakta özgürdürler ama bu istek her zaman doğru olmayabilir. Çok sayıda, sık aralıklarla gerçekleşen doğumlar, erken ve

genç yaşta oluşan gebelikler, anne ve çocuk sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple AP hizmetleri toplumun ve bireyin sağlığını dorudan etkiler (25). Aileleri, özellikle anne adaylarına içinde bulundukları sosyal, ekonomik, fiziksel ve psikolojik iyilik hallerine göre en uygun zamanda çocuk sahibi olmaları konusunda gerekli eğitim ve tıbbi yardımı sağlamak AP'nin hedeflerinden biridir.

Türkiye'de annenin ortalama yaşı incelendiğinde, 2001 yılında ortalama yaş 26,7 iken 2020 yılında 29'a yükseldiği görülmektedir (26).

Türkiye 'de yaşa göre doğurganlık hızı incelendiğinde, 2001 yılında en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 20-24 yaş grubunda olup %0,144 iken; 2020 yılında 25-29 yaş grubunda %0,115 ile en yüksek seviyede olduğu oranında görüldü. Bu durum, doğurganlığın kadının daha ileri yaşlarında gerçekleştiğini gösterdi (26).

Adolesan doğumların en fazla olduğu yerler gelişmekte olan ülkelerdir. En az olduğu yerler ise Avrupa ülkeleridir (26, 27).

AP'nin amaçlarından bir tanesi annenin doğum için en uygun yaşta olması konusunda bireyleri bilinçlendirmektir. 18 yaşından küçük, 35 yaşından büyük gebelikler riskli gebelikler kategorisinde değerlendirilmektedir. 18 yaş altında gebelikler erken doğumlara, düşüklere, anemilere ve anne karnındaki gelişimini iyi tamamlayamadığı için düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğmasına neden olmaktadır. 35 yaş üstü gebeliklerin riskli grupta olmasının nedeni bazı kronik hastalıkların yaşla birlikte görülme sıklığındaki artış nedeniyle konjenital ve kromozomal anomali riski de artmaktadır (28).

Aile planlaması ile kadının ileri yaş ve erken yaş gebelikleri engellenerek bebeklerde görülen konjenital anomaliler azalır, prematür ve gelişme geriliği ile düşük doğum ağırlıklı bebek doğumları insidansı düşer, bebek ölümleri azalır, İleri ve genç annelik yaşında ,çok sayıda gebelikten kaynaklanan anne ölümleri azalır (29).

Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye'de amaç, anneden başlamak üzere çocuk, aile, birey ve toplumun üreme sağlığı açısından maksimum düzeyde iyelik halleri hedeflemiş olup; gebeliğe bağlı, anne bebek ölümlerini en aza indirgeyerek, genel toplum sağlığında refah seviyesini yükseltmektir (29).

2.1.3.Aile Planlamasının Anne, Çocuk ve Toplum Açısından Önemi

AP hizmetlerinde en önemli amaç anne ve çocuk sağlığını en iyi seviyede tutmak ve buna yönelik çalışmalardır. AP hedeflerinden biri kadınların sağlıklı gebelik geçirmeleri ve kendilerine uygun zaman diliminde çocuk sahibi olmalarını sağlamaktır bu hedef doğrultusunda AP'nin anne ve çocuk açısından faydaları şunlardır:

Anne ölümleri, gelişmekte olan ülkelerde hala ciddi ve yaygın bir halk sağlığı sorunudur(30) Anne Ölüm Oranı tıbbi bakımın kalitesinin iyi bir göstergesidir (31, 32).

2017 yılında bütün dünyada yaklaşık 295.000 kadın hamilelikte, doğum sırasında veya doğum sonrasında ölmüştür. Bu ölümlerin %94'ü sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgelerde gerçekleşmiş olup bütün anne ölümlerinin %98'i önlenbilir(kanama, preeklamsi, enfeksiyon) nedenlerdir (33, 34).

AP uygulamaları ile yüksek riskli gebelik geçiren kadınların belirlenip uygun merkezlere sevkı sağlanarak gebelikten kaynaklanan anne ölümleri azalır (29).

AP ile kadınlar anneliğe hazır hissettikleri dönemde çocuk sahibi olduğu için gebelikte ve doğum sonu annede oluşabilecek psikolojik komplikasyonları da önler.

AP uygulamaları ile kadınlar doğum sonrası en uygun kontraseptif yöntemi ve başlama zamanını belirleme şansına sahiptir. Böylece istenmeyen gebelik ve düşükler önlenerek kadınların beden ve ruhen sağlıklı olmaları sağlanır. Bu şekilde cinsel hayatları konusunda da kadınlara özgüven gelmiş olur (35).

Gebelik sırasında annenin rutin kontrollerini yaptırması bebeğin gelişiminin ve gebeliğin takibinin sağlıklı bir şekilde yapılmasını sağlar. Böylece zamanında yapılan müdahalelerle bebekte intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlıklı bebek, prematüre doğum engellenerek normal standartlarda bebek doğumu sağlanmış olur.

Aile planlaması; anne ve baba adayının, gebelikten önce gebelikten önce genetik bir hastalık varlığının bilinmesi genetik danışmanlık sağlanmasını ve konjenital anomalili bebek doğumunun azalmasını sağlar.

AP uygulamaları, annenin kendini her bakımdan hazır hissettiği zaman diliminde gebelik yaşanması, emzirme sürecine de hazırlanmasına destek olarak bebeğin gelişimi ve bağışıklığı için gerekli anne sütü alımını sağlamaktadır. Böylece

bebeklerde enfeksiyona eğilim ve beslenme bozukluğuna bağlı hastalıklarda ciddi oranda azalma sağlanır. Ayrıca anne ve babanın ebeveyn olarak kendilerini hazır hissettikleri zamanda çocuk sahibi olmaları çocuklara gerektiği kadar zaman ayırma ve ilgi göstermelerini sağlayarak ruhsal olarak da sağlıklı büyümeleri sağlanmış olur (36).

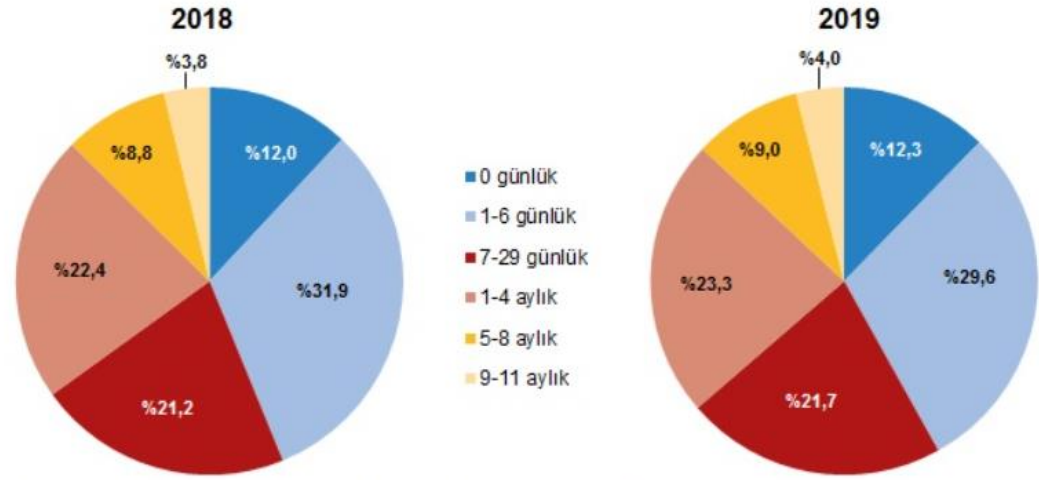
DSÖ verilerinde 1000 canlı doğumda bebek ölüm hızının en düşük olduğu bölge Avrupa (%10,5), en yüksek olduğu bölge ise Afrika (%59,9) olmuştur. Beş yaş altı ölümlerde ise Avrupa (%12,2) en düşük bölge iken, Afrika (%90,1) en yüksek bölgedir (WHO, 2015). Sağlık İstatistikleri verilerine bakıldığında doğumdan sonraki beş yıl içinde ölme olasılığını ifade eden beş yaş altı ölüm hızı, 2018 yılında binde 11,3 iken 2019 yılında 11,2 oldu (37).



Şekil 1.Türkiye’de bebek ölüm sayısı ve hızı, 2009-2019

Bebek ölüm sayısı, 2018 yılında 11 bin 598 iken 2019 yılında 10 bin 770 oldu. Bin canlı doğum başına düşen bebek ölüm sayısını ifade eden bebek ölüm hızı, 2018 yılında binde 9,3 iken 2019 yılında binde 9,1 oldu. Diğer bir ifade ile 2019 yılında bin canlı doğum başına 9,1 bebek ölümü gerçekleşti (37).

Günlük ve aylık bebek ölüm oranı, 2018, 2019



Grafikteki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

Şekil 2.2018-2019 yılları arasında Türkiye’de günlük ve aylık bebek ölüm oranı

Bir ayını tamamlayamadan ölen bebeklerin oranı 2018 yılında %65,1 iken 2019 yılında %63,6 oldu. Ölen bebeklerin 2019 yılında %12,3'ünün ilk gün, %29,6'sının 1-6 günlükken, %21,7'sinin ise 7-29 günlükken yaşamını yitirdiği görüldü. Ölen bebeklerden 1-4 aylıkken yaşamını yitirenlerin oranı ise %23,3 oldu (37).

Araştırmalar, her doğumun en az iki yıl ara ile olması sağlandığında bebek ölümlerinde %10, 1-4 yaş çocuk ölümlerde ise %21 oranında azalma olacağını göstermektedir (38).

Gelişmiş ülkelerdeki bebek-çocuk ölüm oranlarının, gelişmemiş ülkelere kıyasla daha az olması AP uygulamalarını etkin olarak kullanıldığını kanıtlar. Türkiye’de de bebek ve çocuk ölümlerindeki düşüşler AP uygulamalarının yaygın kullanımıyla beraber, ölümlerin nedenlerinin de ortadan kalkmasıyla ilişkilidir.

AP Uygulamalarının Toplumsal Açıdan Belli Başlı Yararları İse Şunlardır (39-41):

- Aile planlaması uygulamaları sayesinde, fizyolojik ve psikolojik olarak sağlıklı anne ve çocuk sayısında artış sağlanmaktadır,
- Sağlıklı anneler, sağlıklı anneler sağlıklı çocuklar doğurur ve yetiştirir sağlıklı çocuklar sağlıklı bir toplum oluşturur.

- Plansız ve hızlı nüfus artışı ekonomik koşullar, çevre koşulları, işsizlik, eğitim ve beslenme gibi sorunları beraberinde getirir. AP hizmetlerinin uygulanması ile hızlı ve kontrolsüz nüfus artışı engellenip planlı ve dengeli nüfus artışı sağlanmış olur
- Toplumun, eğitim, sağlık, beslenme ve barınma gibi ihtiyaçları azalır.
- Ekonomik nedenlere bağlı olan yurt içi ve yurt dışı göçler azalır.

2.2.Türkiye’de Aile Planlaması Tarihsel Süreci

Osmanlı İmparatorluğu döneminde, askeri güce olan ihtiyaçtan dolayı fazla nüfus istenmekteydi ve o dönemlerde nüfus sorunu önemsenen konulardan biri değildi. Ülkemizde ilk kez Mustafa Kemal Atatürk tarafından nüfus sorunu ulusal bir politika olarak ele alınmıştır (42).

Cumhuriyet dönemindeki nüfus politikaları iki farklı başlıkla incelenmektedir; Pronatalist (nüfus arttırıcı) dönem (1920-1965), Antinatalist (nüfus artısını önleyici) dönemdir (1965 ve sonrası). Ülkemiz, savaşlar ve hastalıkların getirdiği yüksek ölüm oranları nedeniyle 1923 yılından sonra pronatalist bir politika benimsemiştir. Pronatalist politika, gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılmasının, kullanılmasının ve bu konuda eğitim ve propaganda yapılmasının, isteyerek çocuk düşürmenin yasaklanması, altıdan fazla çocuğu olan annelere madalya ile ikramiye verilmesi, çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf tutulması gibi yasalarla yürütülmüştür (43). 1955-1960 yılları arasında nüfus artış hızının %3’e ulaşması ile isteyerek yapılan düşüklüklerin ve anne ölümlerinin artışı birlikte getirmiştir. 1959 yılında Fişek ve arkadaşları epidemiyolojik araştırma yapıp sorunun önemine dikkat çeken önemli verilere ulaşarak, AP ile ilgili açık oturumlar düzenlemiş ve kamuoyu oluşturmaya çalışmışlar. Nüfus politikalarının doğurganlığın sınırlandırılması yönündeki en büyük etmen isteyerek yapılan düşüklere bağlı anne ölümlerinin artışı olmuştur (44, 45).

1965 yılında doğurganlığın azaltılması yönünde (antinatalist) bir politika benimsenmiş ve Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından hükümetlerin nüfus artışı azaltıcı önlemler alması kabul edilerek 557 Sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” uygulamaya konulmuştur (46). Daha sonra hizmetlerin daha etkin verilebilmesi için kanunda yeniden düzenlemeler yapılarak 24.05.1983’te 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” uygulamaya konulmuştur (47).

1983 yılında 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” ile şu yenilikler yapılmış ve Sağlık Bakanlığı’nın bu görevleri yürüteceği belirtilmiştir:

10 haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılması,

Kadın ve erkek için gönüllü cerrahi sterilizasyonun gebeliği önleyici yöntem olarak kabul edilerek serbest bırakılması,

Hekim ve eğitilmiş hekim dışı sağlık personeline, aile planlaması yöntemlerini uygulama yetkisinin verilmesi,

Başarılı aile planlaması etkinlikleri için sektörler arası işbirliğinin gereği (48).

1983 yılında kabul edilen İkinci Nüfus Planlaması Yasası’nın gereği olarak ülkemizde aile planlaması hizmetleri çeşitli kurumlarca vermeye başlanmıştır. Bu yasa ile beraber, düşüğün yasallaştırılması anne ölümlerinin önlenmesi üzerinde önemli etki yapmış, AP hizmetleri insanlar tarafından öğrenilmeye başlanmış ve modern yöntem kullanımı ilk kez geleneksel yöntem kullanımını aştığı gözlemlenmiştir (49).

2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımı

Aile planlaması yöntemleri dünyanın her yerinde kullanılmakta ve her geçen gün kullanımında artış görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2019 yılı verilerine göre dünyada 1,1 milyar üreme çağında (15-49 yaş) kadın bulunmakta ve bu kadınların 842 milyonu modern, 80 milyonu geleneksel aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Aile planlaması yöntemi bakımından karşılanmayan ihtiyacı olan kadınların oranı %10’dur (50).

Gelişmiş ülkelerde herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranı %58,2 olup, en çok kullanılan yöntemler sırasıyla oral kontraseptifler (%17,8), kondom (%14,6) ve Rahim İçi Araç (%7,9) olmuştur. Daha az gelişmiş ülkelerde ise herhangi bir yöntem kullanma oranı %30,9 olup, en çok kullanılan yöntemler enjeksiyonlar (%9,6), oral kontraseptifler (%7,7) ve kondom (%3,2) olduğu belirlenmiştir (51).

Aile Planlaması yöntemlerinin ülkemizde kullanım durumu Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 verilerine göre; halen evli kadınların %90'ı, tüm kadınların ise %63'ü herhangi bir zamanda aile planlaması yöntemlerini en az bir kez kullanmıştır. TNSA 2018'de gebeliği önleyici yöntem kullanımı, 15-49 yaş arasındaki halen evli kadınlarda %70 oranındadır. Bu kadınlar arasında modern yöntem kullanım oranının %49 ve geleneksel yöntem kullanımı oranının ise %21 olduğu tespit edilmiş olup en sık kullanılan yöntemler sırasıyla; geri çekme (%20), erkek kondomu (%19) ve RİA (%14) olarak belirlenmiştir. Aile planlaması yöntem kullanımı evli kadınlar arasında yaş ile birlikte artmakta olup genç kadınlar arasında (15-19 ve 20-24 yaş) aile planlaması yöntem kullanımı düşük seviyelerdedir (sırasıyla %36 ve %53) (52).

TNSA sonuçlarına göre, modern yöntemlerin kullanımı zaman içerisinde değişme göstermektedir. Modern yöntem kullanımı, son 30 yılda sürekli artarak 1988-2018 döneminde %31'den %49'a yükselmiştir. Geleneksel yöntem kullanımı 1988-2018 döneminde %32'den %21'e düşmüştür. Geri çekme yöntemi, 1988-2013 döneminde hemen hemen hiç değişmeden yaklaşık %24-26 civarında olmakla beraber, son 30 yıllık dönemde geri çekme yöntemindeki kullanım oranı ilk kez, 2013-2018 döneminde %26'dan %20'ye düşmüştür. 2013-2018 yılları arasındaki dönemde RİA kullanımı da %20'den %14'e düşmüş olup OKS kullanan kadınların oranı değişmemiş, tüp ligasyonu (%9'dan %10'a) ve kondom (%16'dan %19'a) kullanan kadınların oranı ise artmıştır. Geleneksel yöntem olan geri çekmeyi ise, halen dört evli çiftten biri tarafından kullanılmakta ve her dönem çiftler arasında en çok tercih edilen yöntem olmaya devam etmektedir (52, 53).

Ülkemizde, evli kadınların yarısından fazlası (%52) seçtikleri modern yöntemleri kamu sektöründen, % 36'sı özel sektörden (özel hastane, eczane), % 13'si ise market, dükkan gibi diğer kaynaklardan temin etmektedir (52). Doğurganlığını sınırlamak isteyip modern yöntemlere ulaşamayan kadınlar ise genelde yöntem kullanmayıp veya etkisiz yöntem kullanarak istenmeyen gebelik veya düşükleri sıklıkla yaşamaktadırlar (54, 55).

Modern yöntemlere temin yerlerinin kolay erişilebilir olması, yöntem seçimini ve yöntemin sürekliliğini etkilemektedir (56, 57). TNSA 2013 ve TNSA 2018 sonuçlarına göre, modern yöntemlere ulaşılan kaynaklar zaman içinde değişme

göstermiştir (Tablo 3). Buna göre, TNSA 2013'te RİA ve tüp ligasyonun en çok kamu sektöründen, kondom ve OK ise eczanelerden temin edildiği görülmektedir. Bu oranlar 2018 TNSA'da da benzer olup, RİA'nın birinci basamaktan temini %52,5'ten %33,3'e düşmüş, kondomun dükkân, market gibi kaynaklardan temini %7'den %11'e yükselmiştir.

2.4. Aile Planlaması Yöntemleri

Aile planlaması yöntemleri, “modern yöntemler” ve “geleneksel yöntemler” olarak ikiye ayrılır. Modern yöntemler, etkinliği yüksek ve sağlıklı yöntemler iken geleneksel yöntemler ise etkinliği düşük eski yöntemlerdir (47).

Aile planlaması yöntemleri ana hatlarıyla modern, geleneksel ve doğal aile planlaması yöntemleri olarak üç gruba ayrılmaktadır. Modern aile planlaması yöntemleri etkili olup, geleneksel ve doğal aile planlaması yöntemleri etkisi sınırlı yöntemlerdir (58).

2.4.1. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması

A) MODERN YÖNTEMLER

1. Hormonal Kontraseptifler;

- Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)
- Mini Haplar
- Post-Koital Kontrasepsiyon
- Enjekte Edilen Kombine Kontraseptifler
- Cilt Altı İmplantları
- Vajinal Halkalar (Ring)

2. Rahim İçi Araçlar (RİA);

- Hormonal RİA
- Bakırlı RİA

3. Bariyer Yöntemleri;

- Erkek Kondomu
- Kadın Kondomu
- Diyafram
- Servikal Başlık (Cap)
- Spermisitler

4.Cerrahi Sterilizasyon yöntemleri;

- Tüp Ligasyonu
- Vazektomi

B) GELENEKSEL YÖNTEMLER

- Koitus Interruptus (Geri Çekme)
- Doğurganlık Belirtilerine Dayalı Yöntemler
 - Servikal Palpasyon Yöntemi
 - Bazal Vücut Isısı Takibi Yöntemi
 - Takvim Yöntemi
- Laktasyonel Amenore Metodu (LAM)
- Vajinal Yıkama

2.5. Aile Planlanması Hizmetlerini Etkileyen Faktörler

Aile planlaması yöntemleri kullanımını etkileyen birçok etken olmakla beraber en önemlileri; sosyodemografik özellikler, obstetrik özellikler, kültürel özelliklerdir.

2.5.1. Sosyodemografik Özellikler

Yapılan çalışmalara göre kadınlarda yaş ilerledikçe ve ilerleyen yaşla birlikte çocuk istemi azalmakta ve bu sebeple uzun süre etkili modern yöntemlere(RİA, cerrahi sterilizasyon) daha çok ilgi duymaktadırlar (59, 60). 2018 TNSA verilerine göre; 30 yaş ve üzeri kadınlar tüpligasyonu gibi uzun süreli yöntemleri tercih ederken, 30 yaş altındaki kadınlar daha çok OKS, RİA, geri çekme veya erkek kondomu yöntemlerini tercih etmektedir.

Türkiye için toplam doğurganlık hızı, kadın başına 2,3 çocuk olarak tespit edilmiştir. Toplam doğurganlık hızı kırsal kesimlerde (2,8), kentsel alanlara (2,2) oranla daha yüksektir. En yüksek yaşa özel doğurganlık hızı hem kentsel hem de kırsal alanlarda 25-29 yaş grubunda görülmektedir. Kırsal alanlarda, yaşa özel doğurganlık hızı 20-24 yaş aralığında da yüksek seyretmektedir (61).

Türkiye'de 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ilk doğumda ortalama anne yaşı 23,3'tür. 40 yaş veya üzeri kadınlar ilk doğumlarını yaklaşık 22,5 yaşında yapmış iken, 25-29 yaş arasındaki kadınlar ilk doğumlarını 25,0 yaşında gerçekleştirmiştir. 40 yaş ve üzeri kadınların %11'i ilk doğumlarını 18 yaşına kadar yapmış olup 20-29 yaş grubundaki kadınların sadece %5-7'si bu yaşa kadar çocuk doğurmaya başlamış olduğu görülmektedir (61).

2018 ile 2013 TNSA'da bulunan ilk doğumda ortalama anne yaşı (22,9) ile karşılaştırıldığında, iki araştırma arasında yaklaşık yarım yıllık bir artış olduğu gözlenmektedir.

Yapılan çalışmalarda eğitim seviyesinin yükselmesi ile AP uygulamalarında ve modern yöntem kullanımında artış gözlenmektedir (29, 59).

Ortaokulu tamamlamış kadınların ilk anne olma yaşının eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınlara göre 1 yıl daha büyük olduğu gözlenmektedir (sırasıyla 21,8 ve 20,7 yıl) (61).

2018 TNSA verilerine göre Modern yöntem kullanımı, okula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında (%40) en düşük seviyede iken, düzenli bir artış göstermese de eğitimle birlikte artarak lise veya üzeri eğitimi olan kadınlarda %52'ye yükselmektedir. Geleneksel yöntemlerin kullanım oranı, lise veya yüksek eğitim görmüş kadınlar (%19) ile daha düşük eğitim seviyesine sahip kadınlar (%22) arasında önemli farklılıkları göstermektedir.

İlk doğumda ortalama anne yaşı, kentsel yerleşim yerlerinde 25-49 yaş grubu kadınlarda, kırsal yerleşim yerlerine göre yaklaşık 2 yıl daha yüksek bulunmuştur (61).

Kentsel alanlarda yaşayan kadınlarda modern yöntem kullanımı kırsal alanlarda yaşayanlara göre daha yüksektir (sırası ile %50 ve %45). Bu farkın nedeni, kentsel alanlarda prezervatif yönteminin kullanımının kırsal alanlara oranla daha

yüksek olmasıdır (sırası ile %21 ve %14). Kırsal alanlarda geleneksel yöntem kullanım oranı daha yüksektir (kırsal alanlarda %26; kentsel alanlarda %19). Bunun nedeni, kırsal alanda geri çekme yönteminin yaygın kullanılmasıdır (61).

Bölgelere göre dağılımlarda, Batı bölgesinde 25-29 yaş grubu için ilk doğumda en yüksek ortanca anne yaşına(24,0 yıl), Doğu ve Orta bölgeleri ise ilk doğumda en düşük ortanca anne yaşlarına (sırası ile 22,5 ve 22,7 yıl) sahiptir (61).

Refah seviyesi yüksek olan kadınlar ilk doğumlarını, refah seviyesi düşük olan kadınlara oranla 2 yıl daha geç gerçekleştirmektedir (61).

2.5.2. Obstetrik Özellikler

Aile planlaması yöntemleri kullanımı kişinin obstetrik (yaşayan çocuk sayısı, planladığı ideal çocuk sayısı, doğum sayısı, gebelik aralığı vb.) özelliklerinden de etkilenmektedir.

Yaşayan çocuk sayısı doğurganlığı sınırlama isteği oranını arttırmaktadır; bu oran çocuğu olmayan evli kadınlarda %3 iken, 2 çocuğu olan evli kadınlarda %69,3 veya daha fazla çocuğu olan evli kadınlarda %80 seviyelerine çıkmaktadır (61).

İdeal çocuk sayısı sahip olunan çocuk sayısına göre değişkenlik göstermiş olup hiç çocuğu olmayan halen evli kadınlarda 2,5 iken 4 veya daha fazla çocuğu olan kadınlarda bu oran 3,8'dir (61).

Türkiye'de gerçek doğurganlık hızı ile istenen doğurganlık hızı arasında önemli bir fark bulunmaktadır. Bunun nedenleri düşük refah düzeyi, Doğu bölgelerde yaşamak, düşük eğitim düzeyi ve kırsal bölgelerde yaşamaktır. Türkiye'de gerçek doğurganlık hızı 2,3 iken istenen doğurganlık hızı daha az olup 2'dir (61).

İstenmeyen doğumların yüzdesi kadının doğum sırasındaki yaşı ile paralel olarak yükselmektedir. 20 yaşından genç kadınlarda istenmeyen çocuk oranı %5 iken 40 ve üzeri olan kadınlarda bu oran %53'e çıkmaktadır, 15 yaşları 20-24 arasında olan kadınlarda bu oran %7'dir ancak 30 yaş ve üzeri kadınlarda ise bu oran daha azdır (61).

2.5.3. Kültürel Özellikler

Bireyler ne kadar isteseler de içinde yaşadıkları kültürel etkiden uzak kalamazlar. Kişisel deneyimler ve kültürel tutumlar birbirine zıt olsa bile, kültür tutumları üzerinde etkilidir (62).

2.6.Aile Planlaması Hizmetlerine Karşı Tutum

Tutum, bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir nesne, toplumsal konu ya da olaya karşı deneyim, bilgi, duygu ve motivasyonuna dayanarak örgütlediği zihinsel, duygusal ve davranışsal tepki eğilimlerini içeren kalıcı bir sistemdir (63). Kişilerin davranışlarını etkileyen gizli yönlendirici güçlerin ya da inanışlarının üzerinde durulması gerektirmektedir (64). Bu durumların farkındalığıyla AP hizmetlerinin sunulması etkinliğin artırılmasında önemlidir (65).

Ülkemizde birçok kadın tüp ligasyonunun menstrüasyonu durdurabileceği, RİA'nın mideye kaçabileceği, OKS'nin kansere neden olabileceği, seçilen yöntemin cinsel ilişkiye engel olabileceği ya da günah olması gibi endişelerle ve yanlış inanışlarla modern yöntem kullanmaktan çekinmektedirler (64). AP hizmet sunucuları, bireylerin bu düşüncelerini engellemek adına çiftlere yöntem kullanımı ile ilgili danışmanlık yaparken, çiftlerin eğitim durumu, yöntemin kolay, güvenilir, ulaşılabilir olması, çocuk sayıları, aile yapısını göz önünde bulundurarak yanlış düşünceleri ve inançlarından arındırarak danışmanlık vermesi gerekmektedir. Böylelikle modern yöntem kullanımı artırılıp AP hizmet sunumu etkin bir şekilde sağlanmış olur (58).

2.7.Aile Planlaması Hizmetlerinde Erişim ve Süreklilik

AP hizmetlerinin anne ve çocuk sağlığının kalitesini artırıp toplum sağlık seviyesini yükseltmesi amacıyla herkes için ulaşılabilir olması gerekmektedir (66).

Bir temel sağlık hizmeti olan aile planlaması hizmetlerinin erişilebilir olması toplumdaki her bireyin hakkıdır bu hizmetlerin engellere takılmadan sunulması gerekmektedir (64).

Dünya’da da yaklaşık 222 milyon kadın doğurganlıklarını sınırlamak istemesine rağmen, hizmete ulaşmada zorluk, yetersiz malzeme desteği, hizmet kalitesinin zayıflığı, bireysel, kültürel, siyasi engeller gibi nedenlerle güvenli ve etkili AP yöntemlerine erişememektedirler (64, 67).

AP hizmetlerine erişimin kısıtlı olmasıyla istenmeyen gebelik ve güvenli olmayan şartlarda düşüklerin oluşması kaçınılmazdır (25).

Erişilebilirlik kriterleri, bireylerin hizmetlere olan uzaklığı, sunulan hizmetin maliyeti, zamanı ve hizmet veren birimlerdeki yeterlilikle ilgilidir (68).

Hizmete erişimin önündeki engellerin kaldırılması için birinci basamakta hizmeti sunan birim sayısı arttırılmalı ve altyapı, malzeme ve lojistik desteğin yapılması gerekmektedir. Böylece hizmete ulaşmak isteyenler için en az maliyetli ve erişilebilir bir hizmet sunulmuş olur (68-70).

Ülkemizde AP hizmetleri hem kamu hem de özel sektör tarafından verilir. Bu hizmetlerin halka ulaştırılmasında Aile Sağlığı Merkezleri kilit rol oynar. AP hizmetleri, Devlet hastanelerinin ve doğumevlerinin AP polikliniklerinde de sunulur. Bazı AP yöntemlerini temin etmede eczanelerden de faydalanılmaktadır (71, 72).

Ülkemizde AP hizmetlerinin temel kaynağı kamu sektörü olmuştur. Başarılı bir AP programı uygulaması için; eğitim, hizmet ve denetim sistemleri arasında koordinasyon sağlanması gerekmektedir. Nitelikli bir AP hizmeti; kolay erişim, toplumun gereksinimlerine göre yapılandırılmış birinci basamak sağlık hizmetleri, örgütlenmesi ve olması ile mümkündür (73, 74).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonunda ve hizmet sunumundaki en temel özelliklerden biri, sürekliliktir. AP hizmetlerinde kullanım sürekliliğini sağlamak için bireyler, ihtiyaç duydukları her zaman hizmeti alabilmeli ve yöntemi temin edebilmelidir (75).

Birinci basamakta AP hizmetleri sunulurken bireyi kişisel özellikleri ve yaşadığı toplum ile bir bütün olarak değerlendirmeli, kaliteli bir danışmanlık hizmeti sunarak süreklilik sağlamalıdır. Sağlık bakanlığının başlatmış olduğu 15-49 yaş kadın izlemi, gebe izlemi, lohusa izlemi uygulanarak AP hizmetlerinin kullanımı sorgulanabilir (25, 76). Bireyin ihtiyaç duyduğu danışmanlık güvenli ve rahat bir

ortamda eğitimli bir sağlık personeli tarafından sunulmalıdır. Bunun için birinci basamakta koşulların zaman ve mekan bakımından uygun hale getirilmesi ve hizmeti sunan personelin gereken hizmet içi eğitimleri alması gerekmektedir (74, 77).

Bireyler yöntemin nasıl uygulandığı bilip ve olası yan etkilerin farkında olup bu durumda ne yapması gerektiğini bilirse, herhangi bir aksaklıkta sağlık çalışanına ulaşabilirse ve uyguladığı yönteme kolayca ulaşabilirse yöntem kullanımının sürekliliği sağlanır (78).

2.8. Aile Planlaması Hizmetlerinde Karşılanmamış Gereksinim

Aile Planlaması için “karşılanmamış gereksinim” üreme çağında olup, üreyebilme yeteneği bulunan fakat çocuk istemeyen ya da gelecek zamanda çocuk sahibi olmayı düşünen buna karşın herhangi bir aile planlaması yöntemini kullanmayan kadınların durumunu tarif eder (79).

Günümüzde sosyal ve ekonomik nedenlerle bireylerin doğurganlıklarını sınırlama istekleri artmış ve bu sebeple AP hizmetlerine gereksinim de artmıştır (80).

AP hizmetlerinin, bütüncül yaklaşımla sunulması, hizmetin kalite ve niteliğini artırır, dolayısıyla AP hizmetlerinin de coğrafi bölge ve sosyoekonomik düzey gözeticmeden herkese eşit sunulması gerekmektedir (81).

AP hizmetleri topluma nitelikli, eşit, ücretsiz sunulması ve sunumunda hiçbir engel olmaması gereken temel sağlık hizmetlerinden biridir. AP hizmet sunucuları, toplumun ihtiyaçlarını belirleyip karşılanmamış gereksinimin fazla olduğu bölgelere öncelik vermelidir (53, 82, 83).

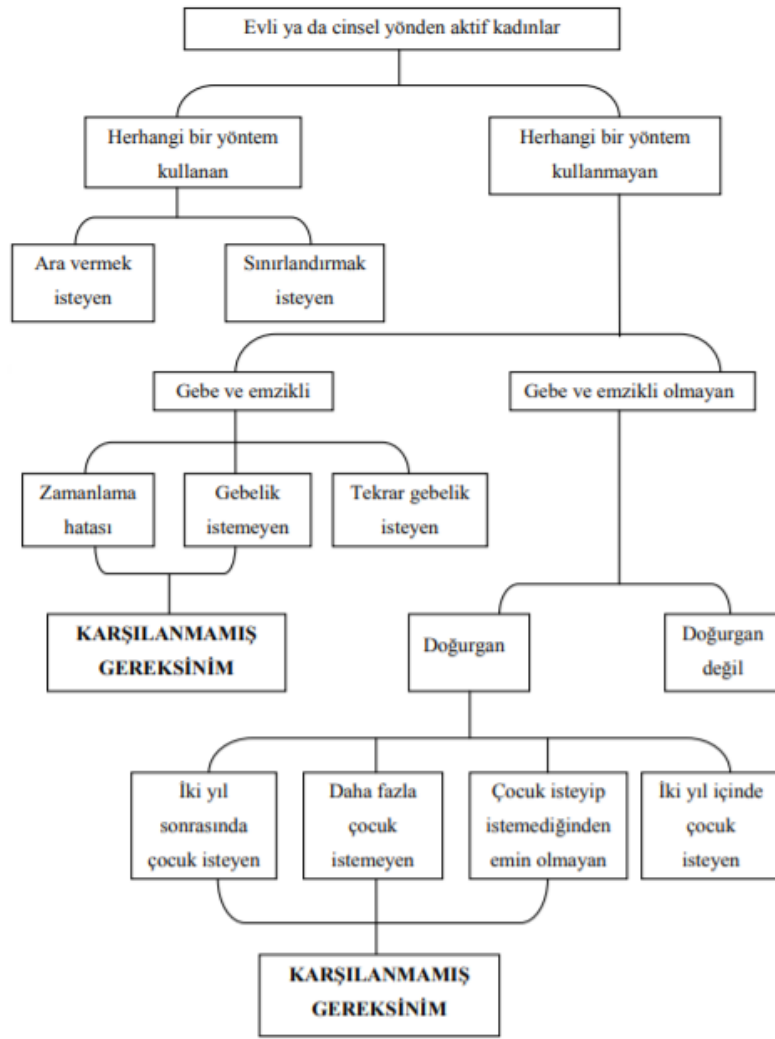
Kadınların gebelikten korunmak istediği halde uygun yöntem seçememesi, yöntemler konusunda bilgi eksikliğinin ve önyargılarının olması, yöntem kullanımında eşinin ve çevresinin desteğinin olmaması, yöntemlere ulaşımında sıkıntı olması, izlemlerin ve finansal desteğin yeterli olmamasıyla karşılanmamış AP gereksinimleri oluşmaktadır (84).



Şekil 3. Karşılanmamış Aile Planlaması gereksinimini etkileyen faktörler, UNPFA 2004

Türkiye’de karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı modern yöntem kullanımındaki sürekli artış sayesinde 1993 yılından 2013 yılına kadar düzenli olarak azalarak %15’ten %6’ya düşmüştür (5). Ancak 2018 TNSA’nın güncel bulguları karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının beklenmedik bir şekilde artarak %12’ye çıktığını ortaya çıkarmıştır (5).

Şekil’de sunulan Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen kriterlere göre karşılanmamış AP ihtiyacı, doğurganlık çağındaki cinsel olarak aktif (evli ya da birlikte yaşayan); gebe veya emzikli kadınlar için, son gebeliklerinin istenmeden meydana gelmesi veya zamanlama hatası olması, gebe ve emzikli olmayan kadınlar için ise, bir sonraki gebeliğini en az 2 yıl sonra için planlamak isteyen veya doğurganlığını sonlandırmak isteyen fakat herhangi bir yöntem kullanmayan kadınları tanımlar. Bundan sonrası için daha çocuk istemeyen (aile boyutunu sınırlandırmak isteyen) kadınların herhangi bir yöntem kullanmamasıdır (85).



Şekil 4. Karşılanmamış Aile Planlaması gereksinimi kriterleri (86)

2.9. Aile Planlaması Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumun gereksinimine göre belirlenmiş hizmetlerin bütün bireylere eşit ve en az maliyetle sunarak toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu birinci basamak sağlık kuruluşlarının niteliği, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve başarısının belirleyen temel bir faktördür. (70, 87)

Türkiye’de 2003 yılına kadar sağlık ocakları, sağlık evleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması (AÇSAP) merkezleri AP hizmeti vermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bireye yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM), topluma yönelik sağlık hizmetleri ise Toplum Sağlığı

Merkezlerinde (TSM) sunulmaya başlandı. AP hizmetlerinin sunumundan ASM birimlerinde görev yapan aile hekimleri ve aile sağığı elemanları (ASE)'nin görevleri arasında tanımlanıp, hizmetlerin işleyişinin kontrolü ve malzemelerin temini TSM'lerin görevleri arasında sayılmıştır (88, 89) .Ülkemizde AP hizmetleri birinci basamak sağığı kuruluşlarının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak sağığı kuruluşlarının AP kliniklerinde de sunulmaktadır (49).

Aile planlaması hizmetleri Sağığı Bakanlığı kapsamında ana çocuk sağığı ve aile planlaması (AÇSAP) merkezleri tarafından 2005 yılına kadar hizmet vermekteydi. 2005 yılından itibaren aile sağığı merkezlerinde, hastane ve doğum evlerinin aile planlaması poliklinikleri tarafından aile planlaması hizmetleri sunulmaktadır (90).

2018 yılında Resmi Gazetede yayımlanan “Toplum Sağığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinde Değışiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” te Toplum Sağığı Merkezinde kadın, ana, çocuk ve üreme sağığı hizmetleri ile eğitim faaliyetlerini yürüten birimin ismi “Çocuk Ergen Kadın ve Üreme Sağığı (ÇEKÜS) Birimi” olarak değıştirilmiş ve bu tarihten sonra “AÇSAP Merkezi” tanımı kaldırılmıştır (91).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez projesi Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 04.02.2021 tarih ve 11 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür.

3.2. Araştırma Bölgesi

Araştırma Hatay ilinde Defne Gümüşgöze ASM, Reyhanlı 70. Yıl ASM, Dört Yol Karakese ASM, Reyhanlı Hatice Murat Narlı ASM, Antakya 11 Nolu ASM, Antakya 13 Nolu ASM, İskenderun 3 Nolu ASM, Serinyol 1 ASM, Serinyol 2 ASM, Anayazı ASM, Karaali ASM, Kırıkhan 2 Nolu ASM, Payas 4 Nolu ASM, Harbiye ASM’de yürütülmüştür. Araştırmamız belirtilen ASM’lerde 18-55 yaş arası kadın nüfusunu kapsamaktadır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem

Şubat 2021– Haziran 2021 tarihleri arasında, belirlenen ASM’lere herhangi bir sebeple başvuran 18-55 yaş arası cinsel aktif kadınlara ulaşılması hedeflenmiştir. Katılımcılara çalışmanın detayları ile ilgili bilgi verilip çalışmaya davet edilmiştir. Kabul edilme ve hariç tutulma kriterlerini karşılayan hastalar yazılı onamları alınarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya kabul kriterleri;

- 1.18-55 yaş arası kadın birey olması
2. Cinsel yönden aktif döneminin olması

Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri;

1. Sözel iletişim kuramama,
2. Bilişsel yetersizlik durumu,

3. İnfertil olması

4. Menopoz döneminde olması

Birinci tip hata (α) ve örneklem hatası $d=0.05$, olarak tayin edildiğinde, popülasyon büyüklüğünün bilinmiyor ve daha önce yapılan çalışmalar referans alındığında sıklığı $P=0.73$ olarak hesaba katıldığında aşağıdaki formül ile olması gereken örneklem büyüklüğü yaklaşık 303 kişi olarak hesaplanmıştır. Elde edilebilecek tutarsız ve eksik sonuçlar olabileceği düşünerek 350 bireye ulaşılması planlanmıştır.

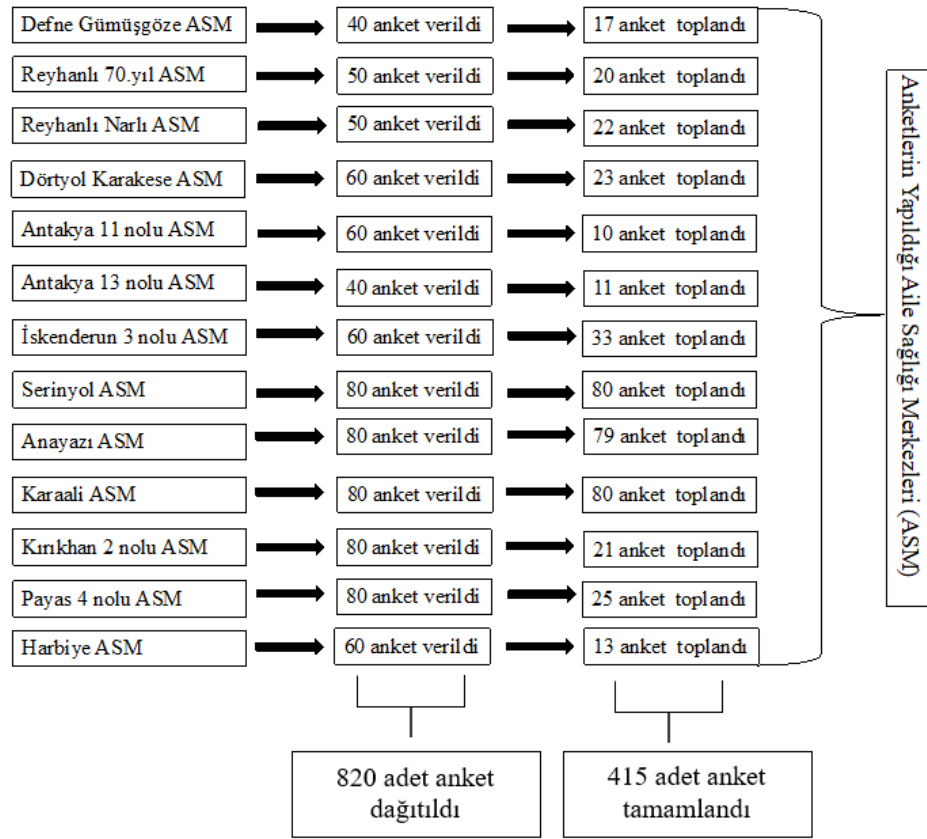
Araştırma için 415 katılımcıya ulaşılmıştır. 23 katılımcı anketlerin uygulanmasını reddetmiş; 392 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Anket uygulanma esnasında 9 katılımcı anketi yarıda bırakması nedeniyle, 5 katılımcı anketi eksik yanıtlaması nedeniyle, 4 katılımcı cinsel aktif olmaması nedeniyle, 3 katılımcı infertil olması nedeniyle çalışma dışında bırakılmıştır.

3.4. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız kesitsel şekilde tasarlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.5. Araştırmanın Uygulanma Şekli

Anketler belirlenen ASM'lere sahip oldukları nüfusla orantılı bir şekilde belirlenerek,



Şekil 5. Araştırmanın yapıldığı Aile Sağlığı Merkezleri ve anket sayıları

Anketler yüz-yüze görüşmeyle tamamlanmıştır. Hastalardan yazılı olarak aydınlatılmış onam alınmış, kabul eden hastalar ile çalışmaya devam edilmiştir.

3.6.Araştırmada Kullanılan Veri Kaynakları

Anketimizde katılımcılara sosyodemografik verileri tanımlamak amacıyla yaş, öğrenim durumu, aylık gelir düzeyi, medeni durumu, mesleği, eşinin öğrenim durumu ve mesleği, sağlık güvencesi ile ilgili sorular; obstetrik özelliklerini tanımlamak amacıyla gebelik sayısı, gebeliklerin planlı olup olmadığı, gebelik yaşı ve gebeliklerin nasıl sonlandığı, gelecekte gebelik planı ile ilgili sorular; aile planlaması yöntemleri kullanımı, bilgi düzeyleri ve nasıl ulaştığını belirlemek amacıyla yöntemlerle ilgili bilgisi olup olmadığı, nereden bilgi aldığı, en güvenilir ve uygun olan yöntem tercihi, hangi yöntemleri kullandığı, yan etki durumu, yöntemi nasıl ve nereden karşıladığı ilgili sorular; beklentileri belirlemek amacıyla yöntemler hakkında bilgi verilmesi ve takiplerinin yapılmasını isteyip istemediği, nasıl ve nereden karşılamak istedikleri ile

ilgili sorunlar bulunmakla birlikte yöntem kullanımı ve ulaşımı konusundaki herhangi bir aksaklık yaşanıp yaşanmadığı, varsa bu soruna yönelik çözümler konusunda katılımcıların da fikirlerini sorgulayan sorular bulunmaktadır.

3.7.İstatistiksel Analiz

Çalışma verileri, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı ölçüler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, frekans ve yüzde istatistikleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin ilişkilerinin analizinde ki-kare (Pearson Yates, Fisher-Exact) testleri ve çok gözlü düzenlerde (Pearson-Likelihood Ratio) ki-kare testleri kullanıldı. Oranların dağılımının analizinde ki-kare uygunluk testi kullanıldı. Bütün testler için anlamlılık sınırı 0,05 olarak belirlendi.

4. BULGULAR

Hatay ilinde yaşıyan 18-55 yaş grubu 371 üreme çağındaki cinsel aktif kadına ulaşarak yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular 6 başlık altında sunulmuştur. Birinci başlık altında sosyodemografik özelliklere, ikinci başlıkta obstetrik özelliklerine, üçüncü başlıkta AP yöntemlerinin kullanım düzeyine, dördüncü başlıkta AP hizmetlerinin erişimine ve sürekliliğine, beşinci başlıkta karşılanmamış gereksinime yer verilmiş, son olarak da kadınların AP hizmetlerinin uygulanmasına ilişkin beklentilerine ilişkin değerlendirmeler sunulmuştur.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $36,58 \pm 8,5$ (min:19, maks:55) idi. Katılımcıların %87,3 (n=324) evli olup, %30,7 (n=114) ilköğretim, %57,4 (n=213) lise ve üzeri eğitim aldığı görülmektedir. Katılımcıların %57,4'ü (n=213) ev hanımı olup %47,7'sinin (177) aylık hane gelir düzeyi 3000 TL 'nin altındaydı ve %93,5'inin (n=177) sağlık güvencesi var idi (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişken	Kategoriler	n	%
Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	16	4,3
	Okur-yazar	28	7,5
	İlköğretim	114	30,7
	Lise	99	26,7
	Üniversite	114	30,7
Aylık Gelir Düzeyi	0-1000 TL	21	5,7
	1001-2000 TL	52	14
	2001-3000 TL	104	28
	3001 TL ve üzeri	194	52,3
Medeni Durumu	Evli	324	87,3
	Bekar	36	9,7
	Dul	11	3
Meslek	Öğretmen	18	4,9
	Sağlık Çalışanı	59	15,9
	Öğrenci	21	5,7
	İşçi	17	4,6
	Emekli	5	1,3
	Memur	13	3,5
	Serbest Meslek	9	2,4
	Ev Hanımı	213	57,4
	Diğer	16	4,3
Eş/partner Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	5	1,3
	Okur-yazar	11	3
	İlköğretim	128	34,5
	Lise	102	27,5
	Üniversite	123	33,2
	Cevap vermedi	2	0,5
Eş/partner Mesleği	Öğretmen	17	4,6
	Sağlık çalışanı	30	8,1
	Öğrenci	16	4,3
	İşçi	75	20,2
	Emekli	16	4,3
	Memur	52	14
	Serbest meslek	88	23,7
	Çalışmıyor	17	4,6
	Diğer	58	15,6
	Cevap vermedi	2	0,5
Sağlık Güvencesi	Evet	347	93,5
	Hayır	24	6,5

4.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Gebelik geçiren katılımcıların ilk gebelik yaş ortalaması $23,03 \pm 4,2$ (min:16-maks: 35) idi. Katılımcıların doğurganlık özelliklerine bakıldığında %85,2'si (n=316) gebelik geçirmiş olup, %14,8'i (n=55) ise hiç gebelik geçirmemiş, gebelik sayıları incelendiğinde; ortalama $2,9 \pm 1,4$ (min:1-maks:9) bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların obstetrik özellikleri

	n	%
Gebe kalma durumları		
Gebe Kalmış	316	85,2
Hiç gebe kalmamış	55	14,8
Gebelik Sayıları		
1	43	13,6
2	85	26,9
3	90	28,5
4	62	19,6
5 ve üstü	36	10,4

Çiftlerin gebeliklerinin planlı olup olmadığına bakıldığında çiftlerden ikisinin de gebeliği isteme oranının 1. gebelikte %98,4 (n=311), 2. gebelikte %95,2 (n=260), 3. gebelikte %79,7 (n=149), 4 ve üstü gebelikte %74,5 (n=73) olduğu; çiftlerin ikisinin de istememe oranı 1. gebelikte %1,6 (n=5), 2. gebelikte %3,7 (n=10), 3. gebelikte %13,9 (n=26), 4. gebelikte %20,4 (n=20) olduğu görüldü (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların gebeliklerini planlama durumları

	Gebelik İsteme Durumları	n	%
1.gebeliği olanlar	Çiftin istemesi	311	98,4
	Çiftin istememesi	5	1,6
2.gebeliği olanlar	Çiftin istemesi	260	95,2
	Çiftin istememesi	10	3,7
3.gebeliği olanlar	Çiftin istemesi	149	79,7
	Çiftin istememesi	26	13,9
4 ve üstü gebeliği olanlar	Çiftin istemesi	73	74,5
	Çiftin istememesi	20	20,4

Katılımcıların isteyerek düşük oranları 1.gebelikte isteyerek düşük %0,6 (n=2), 2.gebelikte isteyerek düşük %2,1(n=5), 3.gebelikte isteyerek düşük %4,8 (n=9), 4 ve üstü gebelikte ise isteyerek düşük %9,0 (n=10) olduğu tespit edildi (Tablo 4).

Tablo 4. Gebelik sonuçlanmasına ilişkin bulgular

Gebelik Sonuçlanması	Canlı Doğum Oranı (%)		Kendiliğinden Düşük Oranı (%)		İsteyerek Düşük Oranı (%)	
	n	%	n	%	n	%
1.Gebelik	284	90,2	23	7,3	2	0,6
2.Gebelik	242	88,9	20	7,5	5	2,1
3.Gebelik	161	86,1	15	8	9	4,8
4 ve üstü gebelik	80	79,2	10	9,9	10	9,9

Katılımcıların %13,7'sinin (n=51) kürtaj (istemli düşük) olduğu ve kürtaj nedenleri arasında; %41,2'si (n=21) hastalık (hekim önerisi, terapotik abortus), %27,5'i (n=14) çocuk istememe, %17,6'sı (n=9) ekonomik sebepler (geçim sıkıntısı), %13,7 (n=7) 'si küçük çocuk olduğu belirlendi (Tablo 5).

Katılımcıların %69,0'ının (n=256) gelecekte gebelik düşünmediği görüldü (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların kürtaj olma nedenleri ve gelecekte gebelik planlarına ilişkin bulgular

	Değişken	n	%
	Kürtaj olanlar	51	13,7
Kürtaj Nedenleri	Hastalık	21	41,2
	Çocuk İstememe	14	27,5
	Ekonomik sebepler	9	17,6
	Küçük Çocuk olması	7	13,7
	Evet	76	20,5
Gelecekte Gebe Kalma Planları	Hayır	256	69
	Kararsız	38	10,2
	Cevap vermedi	1	0,3

4.3. Katılımcıların Aile Planlaması Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Çalışmamızdaki analizlerde aile planlaması yöntemine ilişkin bilgiden kastedilen sadece o yöntem hakkında herhangi bir fikri olup olmadığıdır. Katılımcılara, bilgi düzeylerini test edecek sorular sorulmamıştır. Katılımcıların gebelikten koruyucu yöntemler konusunda bilgi sahibi olup olmadıkları sorusuna; %75,7 (n=281) geri çekme, %73,9 (n=274) kondom, %66,8 (n=248) OKS, %66,3 (n=246) tüp ligasyonu, %65,0 (n=241) RİA için 'evet', %66,8 (n=248) vazektomi, %56,5 (n=210) enjeksiyon ve %42,0 (n=156) takvim yöntemi için ise 'hayır' cevabını verdi. En az bir yöntem bilme oranı %98,4 idi (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi durumları

Yöntem	Evet n (%)	Hayır n (%)	Kısmen n (%)
OKS	248 (66,8)	94 (25,3)	29 (7,8)
Enjeksiyon	122 (32,9)	210 (56,6)	39 (10,5)
Kondom	274 (73,9)	69 (18,6)	28 (7,5)
Tüp ligasyonu	246 (66,3)	61 (16,4)	64 (17,3)
Vazektomi	91 (24,5)	248 (66,8)	32 (8,6)
RİA	241 (65,0)	68 (18,3)	62 (16,7)
Geri çekme	281 (75,7)	64 (17,3)	26(7,0)
Takvim Yöntemi	122 (32,9)	156 (42,0)	93 (25,1)

Katılımcıların bilgi kaynakları, çevre %61,9 (n=225), doktor %58,1 (n=212), hemşire/ebe %51,0 (n=186) olduğu görüldü. 6 kişi bu soruya yanıt vermedi (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi kaynakları

Bilgi Kaynağı	n	%
İnternet/Sosyal medya	180	49,5
TV	44	12,1
Çevre (aile, komşu, arkadaş)	226	61,9
Doktor	212	58,1
Hemşire/ebe	186	51
Kitap/dergi/broşür	71	19,5
Eczane	36	9,9
Diğer	33	9

Katılımcılara şu ana kadar herhangi bir gebelikten koruyucu yöntem kullanıp kullanmama sorusu yöneltildiğinde; %41,2'i (n=153) hala kullandığı, %49,6'ü (n=184) kullanıp bıraktığı, %9,2'i (n=34) hiç kullanmadığı tespit edildi. Kullanıp bırakılan yöntemler sırasıyla OKS %35,9 (n=66), RİA %21,7 (n=40) ve kondom %20,7 (n=38) idi.

Yöntemleri bırakma nedenleri sırasıyla yan etki %33,0 (n=61), gebe kalma isteği %21,7 (n=40), uyum sağlayamama %16,2 (n=30) ve ekonomik nedenler %14,7 (n=27) olduğu görüldü (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanma ve bırakma durumu

	n	%
Herhangi bir yöntem kullanma durumu		
Evet, hala kullanıyorum	153	41,2
Evet, kullandım bıraktım	184	49,6
Hayır	34	9,2
Kullanıp bırakılan Yöntemler		
OKS	66	35,9
Enjeksiyon	5	2,7
Kondom	38	20,7
Spiral/RİA	40	21,7
Geri çekme	26	14,1
Takvim yöntemi	8	4,3
Diğer	1	0,5
Yöntem Bırakma Nedenleri		
Yan etki	61	33
Uyum sağlayamama	30	16,2
Eş isteği	25	13,5
Çevre baskısı	1	0,5
Gebe kalma isteği	40	21,7
Ekonomik nedenler	27	14,7

Katılımcıların kullanmış oldukları AP yöntemleri sırasıyla kondom %37,2 (n=125), geri çekme %36,3 (n=122), OKS %34,0 (n=114) ve RİA %29,8 (n=100) olduğu belirlendi. Vazektomi yöntemini kullanan katılımcı yoktu. 35 kişi herhangi bir yöntem kullanmamış (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların kullanmış oldukları yöntemler

AP yöntemi	n	%
OKS	114	34
Enjeksiyon	10	3
Kondom	125	37,2
RİA	100	29,8
Geri çekme	122	36,3
Takvim yöntemi	26	7,7
Tüp Ligasyon	46	13,7
Diğer	2	0,6

Katılımcıların yöntem kullanırken %10'u (n=37) acil kontrasepsiyon yapmış ve gebelik yaşayanların içinde % 16,6'sı (n=56) yöntem kullanırken gebe kaldığını

belirtti. Katılımcıların hangi yöntemi kullanırken gebe kaldığı ve/veya acil kontrasepsiyon yaptığı sorgulandığında; %48,3 (n=43) geri çekme ve %27,2 (n=22) kondom kullandığı tespit edildi. 8 kişi cevap vermedi (Tablo 10)

Tablo 10. Katılımcıların kullandıkları yöntem sırasında acil kontrasepsiyon kullanma ve gebe kalma durumları

	n	%
Acil kontrasepsiyon	37	10
Gebe kalma	56	16,6
Yöntemler		
Hap	10	10,7
Kondom	23	24,7
Geri çekme	45	48,3
Takvim yöntemi	7	7,5

Katılımcılar en etkili koruyucu yöntem sorusuna %48,6 (n=180) oranında tüp ligasyonu cevabını verdi. Katılımcılara göre en uygun yöntem ise RİA %23,2 (n=86), tüp ligasyonu %21,9 (n=81), kondom %21,1 (n=78) ve OKS %20,0 (n=74) olduğu belirlendi. Bu iki soruya da 1 kişi cevap vermedi (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların tercihine göre en etkili ve en uygun yöntem

		n	%
En etkili yöntem	OKS	48	13
	Enjeksiyon	2	0,5
	Kondom	27	7,3
	Tüp ligasyonu	180	48,6
	Vazektomi	18	4,9
	RIA	73	19,7
	Geri çekme	10	2,7
	Takvim yöntemi	5	1,4
	Diğer	7	1,9
En uygun yöntem	OKS	74	20
	Enjeksiyon	6	1,6
	Kondom	78	21,1
	Tüp ligasyonu	81	21,9
	RIA	86	23,2
	Geri çekme	33	8,9
	Takvim yöntemi	7	1,9
	Diğer	5	1,4

Katılımcıların %77,89'u (n=289) yöntem kullanmakta idi. Kullanmakta oldukları yöntemler sırasıyla; kondom %28,0 (n=81), geri çekme %20,1 (n=58), RIA %18,0 (n=52) ve tüp ligasyonu %16,3 (n=47) idi. Kullanmakta oldukları yöntemi tercih nedenleri ise; %58,8 (n=170) kendi tercihi, %27,7 (n=80) sağlık personeli önerisi olduğu tespit edildi. Kullanmakta oldukları yöntemin yan etki yapma oranı ise %9,3 (n=27) olduğu tespit edildi (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların kullanmakta oldukları yöntem ve tercih nedenlerine ilişkin bulgular

		n	%
Şu an kullanılan yöntem	OKS	43	14,9
	Enjeksiyon	2	0,7
	Kondom	81	28
	Tüp ligasyonu	47	16,3
	RIA	52	18
	Geri çekme	58	20,1
	Takvim yöntemi	6	2,1
Yöntemi tercih nedeni	Yönteme bağlı neden	35	12,1
	Çevre önerisi	18	6,2
	Sağlık personeli önerisi	80	27,7
	Eş isteği	43	14,9
	Kendi tercihi	170	58,8
	Bütçeme uygun olması	29	10
	Kolay ulaşılabilir olması	37	12,8
	Yan etkisi az olması	52	18
	Diğer	3	1
Yönteme bağlı yan etki	Var	27	9,3
	Yok	262	90,7

Katılımcıların öğrenim durumu ve gelir düzeyi ile kullanmakta oldukları yöntem karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber modern yöntem kullanımının öğrenim durumu üniversite (%34,2) ve gelir düzeyi 3000 TL üzeri (%55,6) olan grupta yüksek oranda olduğu görülmektedir (Tablo 13).

Tablo 13. Öğrenim durumu ve gelir düzeyi ile kullanmakta olduğu yöntem karşılaştırması

		Kullanmakta olduğu yöntem		p
		Modern Yöntem	Geleneksel Yöntem	
		n (%)	n (%)	
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	8 (3,6)	3 (4,7)	0,298
	Okur-yazar	17 (7,6)	5 (7,8)	
	İlköğretim	62 (27,6)	22 (34,4)	
	Lise	61 (27,1)	21 (32,8)	
	Üniversite	77 (34,2)	13 (20,3)	
Gelir Düzeyi	3000 TL altı	100 (44,4)	33 (51,6)	0,313
	3000 TL üzeri	125 (55,6)	31 (48,4)	

Katılımcıların yaş grubu ve kullanılan yöntem arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber 26-40 yaş grubunun hem yöntem kullanımının hem de modern yöntem kullanımının (%59,6) yüksek oranda olduğu görülmektedir. Modern yöntem kullananların %32'sinin (n=72) 40 yaş üzeri grup olduğu görülmüştür (p=0,693)(Tablo 14).

Tablo 14. Yaş grubu ve kullanılan yöntem karşılaştırması

		Kullanılan Yöntem		p
		Modern Yöntem	Geleneksel Yöntem	
		n(%)	n(%)	
Yaş Grubu	18-25 yaş	19 (8,4)	7 (10,9)	0,693
	26-40 yaş	134 (59,6)	40 (62,5)	
	40 yaş üzeri	72 (32,0)	17 (26,6)	

Katılımcıların kullanmakta olduğu yöntem ile yöntemi tercih etme nedenleri arasındaki ilişki incelendiğinde; OKS, enjeksiyon ve kondom ‘kolay ulaşılabilir olması, yöntemle bağlı neden ve eş isteği’ sebebiyle daha fazla tercih edildiği (p=0,043), RİA ve Tüp ligasyonu ‘Sağlık personeli önerisi’ sebebiyle daha fazla tercih edildiği (p<0,001), ‘Bütçeye uygun olması’ sebebiyle geri çekme ve takvim yöntemi diğerlerine göre daha fazla tercih edildiği (p<0,001) görüldü (Tablo 15).(Tabloda sadece yöntemi tercih edenlerin sayısı ve yüzdesi verilmiştir.)

Tablo 15. Katılımcıların kullanmakta olduğu yöntem ve yönteme başlama nedenlerinin karşılaştırması

	Kullandığı yöntem			p
	OKS, kondom, enjeksiyon	RİA, Tüp ligasyonu	Geri çekme, Takvim yöntemi	
	n (%)	n(%)	n (%)	
Yönteme bağlı neden	18 (51,4)	15 (42,9)	2 (5,7)	0,043
Çevre önerisi	7 (38,9)	7 (38,9)	4 (22,2)	0,897
Sağlık personeli önerisi	25 (31,3)	52 (65,0)	3 (3,8)	<0,001
Eş isteği	17 (39,5)	10 (23,3)	16 (37,2)	0,028
Kendi tercihi	75 (44,1)	61 (35,9)	34 (20,0)	0,548
Bütçeme uygun olması	6 (20,7)	8 (27,6)	15 (51,7)	<0,001
Kolay ulaşılabilir olması	28 (75,7)	4 (10,8)	5 (13,5)	<0,001
Yan etkisinin az olması	25 (48,1)	13 (25,0)	14 (26,9)	0,282

Çalışmaya katılanların %82,69'u (n=239) bilgi aldığı, %17,31'i (n=50) herhangi bir yerden bilgi almadığı görüldü. Katılımcıların şu an kullanmakta oldukları yöntemle ilgili bilgi alma kaynakları %60,7 (n=145) doktor, %39,7 (n=95) hemşire/ebe, %33,9 (n=81) çevre/aile olduğu görüldü (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların kullandığı yöntemle ilgili bilgi alma durumu ve kaynakları

	n	%
Şu an kullanılan yöntemle ilgili bilgi alma durumu		
Evet	239	82,69
Hayır	50	17,31
Yöntem bilgisi kaynağı		
İnternet/sosyal medya/TV	59	24,7
Aile/çevre	81	33,9
Doktor	145	60,7
Hemşire/ebe	95	39,7
Kitap/dergi/broşür	21	8,8
Eczane	13	5,4
Diğer	6	2,5

4.4. Aile Planlaması Hizmetlerinin Erişilebilirliği ve Sürekliliğine İlişkin Bulgular

Katılımcıların kullanmakta oldukları yöntemi temin ettikleri yer sorgulandığında; diğer (Kamu/Özel Hastaneler, Market vs.) %58,5 (n=169), eczane %30,8 (n=89), Aile Sağlığı Merkezi (ASM) %7,6 (n=22) ve Ana-çocuk Sağlığı Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi %3,1 (n=9) idi. Katılımcıların kullanmakta oldukları yöntem ile yöntem temin yerleri arasındaki ilişki incelendiğinde, diğer seçeneğini ayrıntılı olarak incelendiğinde; modern yöntem kullananların temin yeri en fazla eczane %39,1(88) olmak üzere 2. sırada Hastane (özel +kamu) %33,7 (n=76) 3.sırada market %14,2 (n=32) olarak bulundu. Birinci basamak (ASM+AÇSAP) %12,9 (n=29) olduğu ve yöntem temin yeri olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarının ilk 3 sırada bulunmadığı görülmektedir (Tablo 17).

Katılımcıların %50,5'inin (n=146) kullanmakta oldukları yöntemleri ücretli karşıladığı tespit edildi. Katılımcılardan modern yöntem kullananların çoğunluğunun (%64,0) (n=144) yöntemlere ücretli ulaştıkları tespit edildi ($p<0,001$) (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların kullandığı yöntem ile yöntem temin etme yeri ve temin şeklinin karşılaştırması

		Kullanmakta olduğu yöntem		p
		Modern Yöntem	Geleneksel Yöntem	
		n (%)	n (%)	
Yöntemi temin etme yeri	Aile Sağlığı Merkezi	21(9,3)	1(1,6)	<0,001
	AÇSAP	8(3,6)	1(1,6)	
	Eczane	88(39,1)	1(1,6)	
	Diğer	108(48)	61(95,3)	
Yöntem temin şekli	Ücretli	144(%64)	2(3,1)	<0,001
	Ücretsiz	81(%36)	62(96,9)	

Katılımcıların kullanmakta oldukları modern yöntemler içinde ücretsiz karşılananların %50,6 (n=41) tüp ligasyonu olduğu görüldü (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların kullanmakta olduğu yöntem ve yöntemi temin şeklinin karşılaştırması

Kullanmakta olduğu yöntem	Yöntem temin şekli	
	Ücretli	Ücretsiz
	n (%)	n (%)
OKS	40(93)	3(7)
Enjeksiyon	2(100)	0(0)
Kondom	76(93,8)	5(6,2)
Tüplerin ligasyonu	6(12,8)	41(87,2)
RIA	20(38,5)	32(61,5)
Geri çekme	2(3,4)	56(96,6)
Takvim yöntemi	0(0)	6(100)

Katılımcılardan aylık geliri 3000 TL altında olanların, 3000 TL ve üstü olanlara göre daha fazla maddi yönden zorlandıkları tespit edildi (p<0,001) (Tablo 19).

Tablo 19. Yöntemi karşılarken maddi yönden zorlanma durumu ve aylık hane gelir düzeyi arasındaki ilişki

		Aylık gelir düzeyi		p
		3000 TL altı	3001tl ve üzeri	
		n (%)	n (%)	
Maddi yönden zorlanma durumu	Her zaman	55(67,9)	26 (32,1)	<0,001
	Sıklıkla	59(64,9)	32(35,2)	
	Bazen	30(37,5)	50(62,5)	
	Nadiren	13(22,1)	46(78,0)	
	Hiçbir zaman	18(32,7)	37(67,3)	

Tablo 20’ de gruplandırma temin yeri olarak en fazla sağlık kuruluşu, sağlık kuruluşu dışındaki yerler ve geleneksel yöntem olarak yapıldı. Katılımcıların maddi yönden zorlanma durumu ile kullanmakta oldukları yöntemler ayrıntılı incelendiğinde; maddi yönden zorlananların %59,4’ünün (n=38) geri çekme ve takvim yöntemi kullanmakta olduğu görüldü (p=0,075)(Tablo 20).

Tablo 20. Kullanmakta olduğu yöntem ve yöntemi karşılarken maddi yönden zorlanma durumu karşılaştırması

Kullanmakta olduğu yöntem	Yöntemleri karşılarken maddi yönden zorlanma durumu					P
	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
OKS, Kondom, Enjeksiyon	26(20,6)	31(24,6)	33(26,2)	25(19,8)	11(8,7)	0,075
RİA, Tüp ligasyon	18(18,2)	25(25,3)	20(20,2)	17(17,2)	19(19,2)	
Geri çekme, Takvim yöntemi	21(32,8)	17(26,6)	7(10,9)	9(14,1)	10(15,6)	

Katılımcıların kullanmakta oldukları yöntemler (modern/geleneksel) ile yöntemin ücretsiz temin edilmesi durumunda değişiklik yapma isteği arasındaki ilişki incelendiğinde; geleneksel yöntem kullananların AP yöntemleri ücretsiz olarak sağlandığında kullanmakta oldukları yöntemi değiştirebilme oranı %75 (n=48), modern yöntem kullananların ise %35,1 (n=79) olduğu belirlendi. Geleneksel yöntem kullananların değiştirme isteklerinin modern yöntem kullananlara fazla olduğu görüldü (p<0,001). Katılımcıların değiştirmek istediği yöntemler ve oranları ayrıntılı olarak Tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 21. Kullanmakta olduğu yöntem ve yöntemin ücretsiz olması durumunda yaklaşımları

Kullanmakta olduğu yöntem	Yöntemler ücretsiz olduğu durumda	
	Değiştiririm	Değiştirmem
	n (%)	n (%)
OKS	13(30,2)	30(69,8)
Enjeksiyon	0(0,0)	2(100)
Kondom	36(44,4)	45(55,6)
Tüp ligasyonu	14(29,8)	33(70,2)
RİA	16(30,8)	36(69,2)
Geri çekme	42(72,4)	16(27,6)
Takvim yöntemi	6(100)	0(0,0)

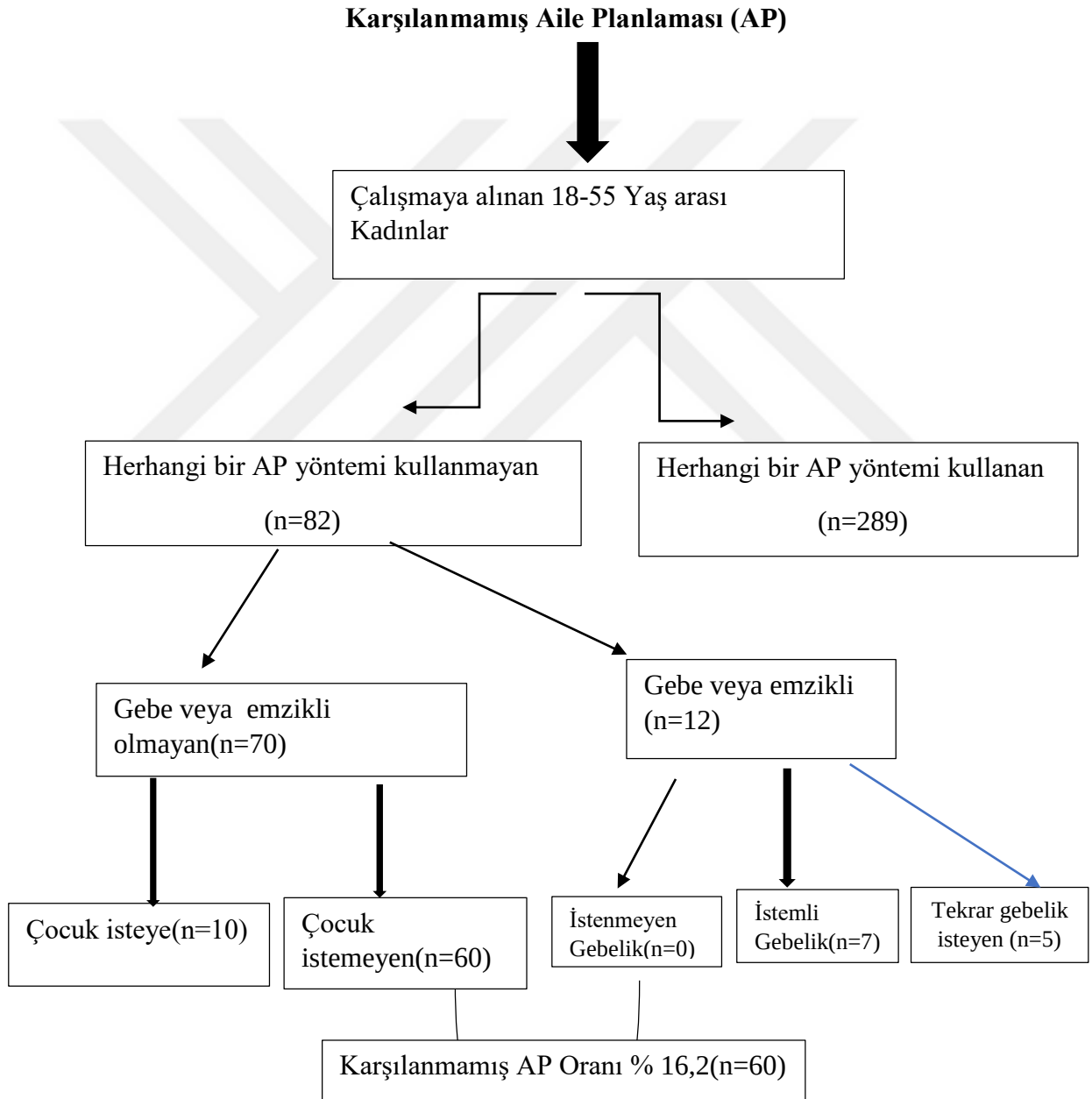
Katılımcıların gebelikten koruyucu yöntemlerin bir dönem ücretsiz karşılandığını bilme durumları incelendiğinde; %50,4'ünün (n=187) bu durumu bildiği, katılımcıların bu dönemde ücretsiz hizmete ulaşma şansı olup olmadığı sorgulandığında; %75,2'sinin (n=279) bu hizmetten faydalanmadığı, katılımcıların %95,4'ünün (n=254) AP hizmetlerine ücretsiz ulaşmak istedikleri tespit edildi (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların ücretsiz aile planlaması yöntemi bilme ve bu hizmete ulaşma durumları

Değişken	n	%
Yöntemlerin ücretsiz olduğunu bilme durumları		
Evet	187	50,4
Hayır	184	49,6
Yöntemlerin ücretsiz olduğu dönemde bu hizmete ulaşma durumu		
Evet	92	24,8
Hayır	279	75,2
Yöntemlere ücretsiz ulaşma isteği		
Evet	354	95,4
Hayır	17	4,6

4.5.Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimi

Şekil 1’ de araştırma grubundaki kadınların Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler kriterleri temel alınarak tanımlanan AP için karşılanmamış gereksinim durumları sunulmuştur. Karşılanmamış gereksinim kriterlerini karşılayan 60 kadın olup karşılanmamış AP oranı %16,2 (n=60) olarak bulundu. Geri çekme yöntemi kullanan kadınlar (n=58) dahil edildiğinde, karşılanmamış gereksinim düzeyi %31,8’e (n=118) kadar yükselmektedir.



Şekil 6. Araştırma grubunun karşılanmamış aile planlaması gereksinim düzeylerinin tanımlanması

Katılımcıların öğrenim durumu ve karşılanmamış AP arasındaki ilişki incelendiğinde; karşılanmamış AP oranı okur- yazar olmayan grupta %25,0 (n=4), öğrenim durumu lise olan grupta %11,1 (n=11) olduğu görülmektedir (p=0,364) (Tablo 23).

Tablo 23. Öğrenim durumu ile karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı karşılaştırması

Öğrenim Durumu	Karşılanmamış AP	Karşılanmış AP	p
	n (%)	n (%)	
Okur-yazar değil	4(25,0)	12(75,0)	0,364
Okur-yazar	6(21,4)	22(78,6)	
İlköğretim	22(19,3)	92(80,7)	
Lise	11(11,1)	88(88,9)	
Üniversite	17(14,9)	97(85,1)	

Katılımcılardan karşılanmamış AP oranı, hane gelir düzeyi 3000 TL ve altı olan kadınların 3000 TL üzeri olanlarda daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,037) (Tablo 24).

Tablo 24. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı ve gelir düzeyi karşılaştırması

	Gelir düzeyi				p
	3000 TL ve altı		3000 TL üzeri		
	n	%	n	%	
Karşılanmamış AP	36	60	24	40	0,037
Karşılanmış AP	141	45,3	170	54,7	

4.6. Katılımcıların AP Hizmet Uygulamaları İle İlgili Beklenti ve Görüşleri

Katılımcılara Aile Hekimi/Hemşire ‘nin AP yöntemleri konusunda danışmanlık vermelerini isteme durumları incelendiğinde; bilgilendirme isteyenlerin oranı %69,3 (n=257) olarak bulundu. Bilgilendirme istememe nedenleri sorgulandığında ise; %46,0 (n=52) oranında ‘‘bilgiye ulaşmakta sıkıntı yaşamıyorum’’ diyenler, %24,8 (n=28) oranında Aile hekimi/hemşirenin ‘‘bilgi olarak yeterli olduğunu düşünmüyorum’’ diyenler olduğu görüldü, 1 kişi ise yanıt vermedi (Tablo 25).

Tablo 25. AP yöntemleri konusunda sağlık personelinin danışmanlık isteme durumu

Değişken	n	%
Aile hekimi veya hemşireden bilgilendirme isteme durumu		
Evet	257	69,3
Hayır	114	30,7
Bilgilendirme istememe nedeni		
Çevremden yeterince bilgi alıyorum	7	6,2
Bilgiye ulaşmakta sıkıntı yaşamıyorum	52	46
Aile hekimimden çekiniyorum	2	1,8
Aile hekimi/ebe/hemşire beklediğim ilgiyi göstermiyor	1	0,9
Bilgi olarak yeterli olduğunu düşünmüyorum	28	24,8
Diğer	23	20,4

Katılımcıların %48,6’sı (n=180) yöntem kullanırken takibinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanını, %26,2’si (n=97) Aile hekimini tarafından yapılmasını istediği görüldü. Bu soruyu 1 kişi yanıtsız bıraktı. Modern yöntem kullananların %48,4’ü (n=109) Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, %25,3’ü (n=57) ise Aile hekimi tarafından takibinin yapılmasını istediği belirlendi (Tablo 26).

Tablo 26. Kullanmakta olduğu yöntem ve yöntem kullanırken takibini yapmasını istediği seçeneğin karşılaştırması

		Yöntem takibini yapmasını istediği seçenek				
Kullanmakta olduğu yöntem		Aile Hekimi	Ebe/Hemşire (ASM)	Kadın Doğum Uzmanı	Diğer	Hiç kimse
		n (%)	n (%)	n(%)	n (%)	n(%)
Modern Yöntem		57(25,3)	39(17,3)	109(48,4)	1(0,4)	19(8,4)
	Geleneksel Yöntem	15(23,4)	10(15,6)	30(49,6)	0(0)	9(14,9)

Katılımcılara gebelikten koruyucu yöntemlere ücretsiz ulaşma imkânı olması durumunda tercih edecekleri yöntemler sırasıyla OKS %30,5 (n=113), RİA %26,5 (n=98) ve kondom %24,9 (n=92) idi. 1 kişi cevap vermedi (Tablo 27).

Tablo 27. Aile planlaması yöntemlerinin ücretsiz olması durumunda tercih edilen yöntemler

Ücretsiz yöntem tercihi	n	%
OKS	113	30,5
Enjeksiyon	13	3,5
Kondom	92	24,9
Spiral/RİA	98	26,5
Diğer	54	14,6

Katılımcıların AP yöntem temini ve danışmanlığı ile ilgili görüşleri Tablo 28’da sunulmuştur.

Tablo 28. Katılımcıların aile planlaması uygulamaları ile ilgili görüşleri

	n	%
Yöntemlerin maddi yönden zorlama durumu		
Her zaman	81	22,1
Sıklıkla	91	24,9
Bazen	80	21,9
Nadiren	59	16,1
Hiçbir zaman	55	15
Yönteme başlamadan sağlık personeline (SP) danışma durumu		
Her zaman	86	23,4
Sıklıkla	83	22,6
Bazen	82	22,3
Nadiren	85	23,1
Hiçbir zaman	32	8,7
Yöntemleri kendi karşılarsa da SP den bilgi alma durumu		
Her zaman	83	22,6
Sıklıkla	86	23,4
Bazen	82	22,3
Nadiren	84	22,8
Hiçbir zaman	33	9
Yöntemler konusunda SP'nin gereken ilgi ve özen gösterme durumu		
Her zaman	120	32,6
Sıklıkla	116	31,5
Bazen	79	21,5
Nadiren	31	8,4
Hiçbir zaman	22	6
Aile hekiminden bilgi alma yan etki danışma isteme durumu		
Her zaman	124	33,5
Sıklıkla	125	33,8
Bazen	77	20,8
Nadiren	33	8,9
Hiçbir zaman	11	3

Tablo 28.(Devamı) Katılımcıların aile planlaması uygulamaları ile ilgili görüşleri

	n	%
Yöntemin ASM dışı bir yerden temini SP'den bilgi almayı engeller		
Kesinlikle katılıyorum	52	14
Katılıyorum	83	22,4
Kararsızım	80	21,6
Katılmıyorum	125	33,7
Kesinlikle katılmıyorum	31	8,4
Yöntemleri ASM'den temin etmek bunlara ulaşmayı kolaylaştırır		
Kesinlikle katılıyorum	118	31,8
Katılıyorum	199	53,6
Kararsızım	40	10,8
Katılmıyorum	9	2,4
Kesinlikle katılmıyorum	5	1,3
Yöntemleri ASM'den temin etmek düzenli kullanım sağlar		
Kesinlikle katılıyorum	102	27,5
Katılıyorum	186	50,1
Kararsızım	67	18,1
Katılmıyorum	13	3,5
Kesinlikle katılmıyorum	3	0,8
Yöntem bilgisi ASM'deki SP tarafından yapılmalı		
Kesinlikle katılıyorum	109	29,4
Katılıyorum	171	46,1
Kararsızım	72	19,4
Katılmıyorum	17	4,6
Kesinlikle katılmıyorum	2	0,5
Yöntem takibini SP'nin yapması devamlılığı artırır		
Kesinlikle katılıyorum	103	27,8
Katılıyorum	184	49,6
Kararsızım	66	17,8
Katılmıyorum	15	4
Kesinlikle katılmıyorum	3	0,8

Tablo 28.(Devamı) Katılımcıların aile planlaması uygulamaları ile ilgili görüşleri

	n	%
ASM'deki SP'ye danışarak alınan yöntemler daha güvenilirdir		
Kesinlikle katılıyorum	105	28,3
Katılıyorum	149	40,2
Kararsızım	93	25,1
Katılmıyorum	18	4,9
Kesinlikle katılmıyorum	6	1,6
Güvenilen bir SP'den bilgi almak endişelerimi azaltır		
Kesinlikle katılıyorum	117	31,6
Katılıyorum	200	54,1
Kararsızım	40	10,8
Katılmıyorum	10	2,7
Kesinlikle katılmıyorum	3	0,8
Yöntemlere herkes ücretsiz ulaşabilmelidir		
Kesinlikle katılıyorum	260	71,2
Katılıyorum	90	24,7
Kararsızım	13	3,6
Katılmıyorum	2	0,5
Kesinlikle katılmıyorum	0	0
Yöntemler ücretsiz temin edilse kullandığım yöntemi değiştirim		
Evet	198	53,4
Hayır	173	46,6

5. TARTIŞMA

Hatay ilinde toplum tabanlı olarak yaptığımız bu çalışma, doğurganlık çağındaki kadınların AP hizmeti kullanımlarını, bu hizmete nasıl ulaştıklarını ve hizmetin niteliğine ilişkin önemli bilgiler sunmaktadır. Çalışmamız ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerindeki dönüşümün aile planlaması gibi temel sağlık hizmetlerinde önemli değişimlere yol açtığını göstermektedir. Katılımcıların beklentilerine yönelik tespitlerimiz yaşanan değişimlerin değerlendirilmesi açısından yol gösterici olmuştur.

5.1. Kadınların Obstetrik Özellikleri ile İlgili Durumları

Kadınların doğurganlık özellikleri incelendiğinde ilk gebelik yaşı olarak Türkiye ortalamasıyla paralel olduğu görülmektedir. TNSA ve yapılan diğer çalışmalara bakıldığında ilk gebelik yaş ortalaması giderek yükselmektedir (52).

Ülkemizin toplam doğurganlık hızı kadınların çalışma hayatında aktif rol almasıyla birlikte azalma eğilimi göstermiştir. Çalışmamızda katılımcıların ortalama gebelik sayıları yapılan çalışmalarla paralellik göstermekle birlikte Türkiye ortalamasının üzerindedir (52, 93, 94). Bu bağlamda kadınların doğurganlık hızı yapılan çalışmalarla benzer, Türkiye ve Hatay ili ortalamasının üzerindedir.

Çalışmamızda katılımcıların gebelik sayısı arttıkça çiftlerin planlanmamış gebelik oranlarının da arttığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda da son gebeliklerin çoğunun plansız olduğu belirtilmiştir (52, 92, 93). Bu çalışmalar kadınların önemli bir bölümünün planlanmamış gebelik yaşadıklarını göstermektedir. Bu duruma kadınların AP hizmetlerini uygulamadaki olumsuz tutumların ve hizmetlere ulaşmada sıkıntıların neden olabileceği düşünülmektedir. Kadın sağlığını önemli ölçüde etkileyen istenmeyen gebeliklerin güvenli ve sağlıklı bir şekilde önlenmesi için, yöntemlerin ulaşılabilir olması, topluma yönelik aile planlaması eğitimleri artırılıp, toplumun

değer yargıları ve tutumları dikkate alınarak modern yöntem kullanımını teşvik edici programlar geliştirilmelidir.

AP hizmetlerine ulaşım sıkıntısı yaşayan ya da yöntem başarısızlığı nedeniyle gebe kalan kadınlar büyük oranda isteyerek düşüğe veya kürtaja başvurmakta ve bu durum ülkemizde maternal mortalite ve morbidite hızlarını arttırmaktadır (77, 97) İsteyerek düşük veya kürtajlar genellikle kadının bilinçli bir şekilde başvurduğu yöntemlerdir. Çalışmamızda gebeliklerin sonuçlanmasına ilişkin bulgular incelendiğinde; gebelik sayısı arttıkça kendiliğinden düşük ve isteyerek düşük oranları da artış göstermektedir. Kürtaj olma oranları çalışmamızda diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmuştur (52, 92, 95). Bu oranlar AP kullanımı ve sosyokültürel özelliklerden etkilendiğinden dolayı çalışmalar arası farklılıklar olmaktadır. Çalışmamız Hatay il merkezinde yapılmış olup katılımcıların eğitim düzeyi ve çalışan kadın oranlarının daha yüksek olması kürtaj olma oranını etkilemiş olabileceği düşünüldü (52, 92, 95) Çalışmamızda kürtaj nedenleri sırasıyla; hastalık (hekim önerisi), çocuk istememe ve ekonomik sebepler olduğunu tespit ettik. Aile Planlamasının amaçlarından biri de çiftlerin fiziksel, psikolojik ve ekonomik anlamda hazır oldukları dönemde çocuk sahibi olmalarını sağlamaktır. Çalışmamızdaki kürtaj olma nedenlerine bakacak olursak AP hizmetlerinin etkin kullanımı ile kürtajların çoğunun önlenabilir olduğu görülmektedir. AP hizmetleri istenmeyen gebelikleri önlemenin yanı sıra istenmeyen gebelik oluşmuş ise uygun tıbbi şartlar ve yasal sınırlar içinde gebeliğin sonlandırılmasını da sağlar. Bu bağlamda AP uygulamaları konusunda etkin bir danışmanlıkla yanlış kullanımı engellenip, yöntemlere ulaşım kolaylığı sağlanarak hizmetler amacına ulaşabilir.

Çalışmamızda katılımcıların gelecekte gebe kalma planlarına bakıldığında; kadınların çoğunun gelecekte gebelik düşünmediği ve yapılan diğer çalışmalarla benzer düzeylerde olduğu görüldü (40, 52, 54, 94). Yapılan çalışmalar ve çalışmamızda kadınların gelecek planlarında doğurganlıklarını sınırlamak istedikleri görülmektedir. Bu şartlarda aile planlamasına olan ihtiyaç artmaktadır.

5.2. Katılımcıların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Özelliklerinin Değerlendirilmesi

AP yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak, gebelikten korunmak isteyen çiftlere hangi seçecekleri yöntem konusunda karar vermelerini sağlar (98). Çalışmamızda kadınların tamamına yakını en az bir AP yöntemi bilmektedir. Çalışmamızdaki analizlerde aile planlaması yöntemine ilişkin bilgiden kastedilen sadece o yöntemin duyulup duyulmamış olmasıdır. Katılımcılara, gebeliği önleyici yöntemler hakkındaki bilgi düzeylerini ölçecek sorular sorulmamıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da katılımcıların tamamına yakınının herhangi bir AP yöntemi konusunda bilgi sahibi olduğu saptanmıştır (52, 92, 93 95). Ülkemizde farklı illerde yapılan çalışmalar ve TNSA raporları incelendiğinde, kadınların herhangi bir yöntem bilme oranları benzer ve yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum kadınları zamanla eğitim düzeylerinin yükselmesi ve internet, televizyon, telefon gibi araçlarla bilgiye ulaşmanın kolay olması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda kadınların en fazla bildikleri yöntemler sırasıyla tüp ligasyonu, geri çekme, RİA'dır. Yapılan bazı çalışmalarda en çok bilinen üç yöntemin RİA, OKS, kondom olduğu, TNSA 2018'de ise sırasıyla; OKS, RİA, tüp ligasyonu olarak belirtilmiştir (52, 77, 96). Çalışmamızda tüp ligasyonunun en çok bilinen yöntem olması, katılımcıların yaş ortalamasının diğer çalışmalara göre daha yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Katılımcıların bilgi sahibi oldukları gebelikten koruyucu yöntemle ilgili bilgi kaynaklarının sırasıyla büyük oranda çevre (aile, arkadaş) ve sağlık personeli olduğu görüldü. Ülkemizde yapılan farklı çalışma sonucunda benzer şekilde kadınların sağlık personeli dışındaki aile planlaması bilgi kaynakları arasında çevrenin (arkadaş, aile) önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir (52, 77, 93, 96). Sağlık personeli tarafından bilgilendirilmek doğru bilgiye ulaşmak açısından son derece önemlidir. Çevrenin etkisiyle AP yöntemlerine karşı olumsuz tutumlar yöntem kullanımını etkileyebilir. Bu nedenle sağlık personelinin danışmanlık konusunda kadınların tamamına ulaşmayı hedeflemelidir. Aynı zamanda danışmanlık veren sağlık personelinin bilgi düzeyinin artırılması ve güncellenmesi için hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.

Çalışmamızda kadınların tamamına yakınının şu ana kadar en az bir AP yöntemi kullandığı tespit edildi. TNSA 2018’de de kadınların tamamına yakınının herhangi bir zamanda bir AP yöntemi kullandığı belirtilmiştir (52). AP yöntem kullanımının yüksek oranda çıkması geri çekme yönteminin sık kullanılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların yöntem kullanımı değerlendirildiğinde yaklaşık yarısının yöntem kullanıp bıraktığı tespit edildi. Kullanıp bırakılan yöntemler incelendiğinde; en fazla bırakılan yöntemler sırasıyla OKS, RİA ve kondom olduğu tespit edildi. Çalışmamızda ve ülkemizde farklı bölgelerde yapılan çalışmalarda yöntem bırakma nedenleri en fazla yan etki ve gebe kalma isteği olduğu görülmüştür (52, 77, 93, 99, 100). Yöntemi bırakma nedenlerinden biri olan ekonomik sebepler yapılan çalışmalarda düşük oranlarda bulunmuş olup çalışmamızda çok yüksek oranlarda olduğu görüldü (52, 101). Ekonomik sebeplerin yöntem bırakma nedeni olarak yüksek seviyelere çıkması günümüzde modern yöntemlerin çoğunlukla ücretli karşılanmasına bağlanabilir. Bu durumda AP yöntemlerinin ücretsiz olarak sunulması yöntem devamlılığını sağlayabileceği düşünülmektedir.

Yöntem kullanırken acil kontrasepsiyon kullanma ve yöntem kullanırken gebe kalma aile planlaması kullanım başarısızlığını gösteren durumlardır. Çalışmamızda yöntem kullanırken gebe kalan ve acil kontrasepsiyon kullananların yüksek oranlarda geri çekme ve kondom kullandıklarını saptadık. Yapılan diğer çalışmalarda da kadınların sırasıyla en fazla geri çekme ve kondom kullanımı sırasında istenmeyen gebeliklerinin olduğu belirtilmiştir (52,94). Bu sonuçlar istenmeyen gebelik yaşayan kadınların büyük çoğunluğunun etkisiz yöntem kullandığı, modern aile planlaması yöntemleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıklarını ve yöntemin doğru kullanımı konusuna yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu durum sağlık personeli tarafından etkili bir danışmanlık hizmeti verilerek ve kadınların yöntem kullandığı süre boyunca takiplerinin yapılmasıyla önlenabilir.

Çalışmamızda kadınların kullanmakta oldukları AP yöntemi sorgulandığında; en fazla kullanılan yöntemler sırasıyla kondom, geri çekme, RİA ve tüp ligasyonu olduğunu belirledik. Çayan ve ark.’nın yaptığı çalışmada kadınların en fazla

kullandıkları yöntemler ilk sırada geri çekme ikinci sırada RİA olarak bulunmuştur (92). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuş olup kadınların en fazla kullandıkları yöntemler ilk sırada geri çekme ve kondom olduğu görülmüştür (52, 93-96). Geleneksel yöntemlerin ülke genelinde kullanılan en yaygın yöntemlerden biri olması, özellikle geri çekmenin ulaşımının kolay, kullanımının rahat, ücretsiz ve yan etkisi olmayan yöntem olmasından, kondomun en fazla kullanılan yöntemlerden biri olması ise sağlık dışı kurumlardan temin edilmesinin kolay olması ve yan etkisinin bulunmaması nedeniyle olabilir (54, 95, 96, 102, 103). Çalışmamızda da kolay ulaşılabilir yöntemler tercih edilmiş olup kondom kullanımı geri çekme yönteminden daha fazladır. Bunun nedeni kadınların yaş ortalamasının yüksek olması ve daha etkili yöntemlerle korunmak istemeleri olabilir.

Türkiye’de 2013-2018 yılları arasında tüp ligasyon ve kondom kullanımı artmış olup RİA kullanımı ise düşmüştür (52). Çalışmamızda 2013 öncesindeki çalışmalara göre tüp ligasyon ve kondom kullanımının yüksek, RİA kullanımının ise daha düşük olduğu görüldü (29, 77, 104-106). Tüp ligasyonu ve kondom kullanımının artışı kadınların modern yöntemlere ulaşma sıkıntısı yaşadığı için uzun süreli koruma ve kolay ulaşılabilir yöntemleri tercih etmesinden kaynaklanabilir. RİA kullanımının azalmasının sebebi ise sağlıkta dönüşüm ile birinci basamak sağlık kuruluşlarından RİA temininin kısıtlanması olabilir.

Ülkemizde kadınların eğitim düzeyini AP yöntemlerinin kullanımı etkilemektedir (35, 53, 65, 94, 95, 107, 108). 2018 TNSA verilerine göre modern yöntem kullanımı, okula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında en düşük seviyede iken, düzenli bir artış göstermese de eğitimle birlikte artarak lise veya üzeri eğitimi olan kadınlarda yükselmektedir. Çakmak ve Ertem’in çalışmasında kadınların okur yazar olmamasının herhangi bir yöntem kullanmama riskini 7.7 kat arttığını belirtmiştir (69). Araştırmamızda ise kadınların eğitim durumlarının AP yöntem kullanımını etkilemediği ancak öğrenim durumu Üniversite olan grupta modern yöntem kullanımının yüksek oranlarda olduğu görüldü.

Doğurganlık, ailelerin sosyoekonomik düzeyine göre değişiklik göstermekle beraber, sosyoekonomik düzeyinin artması ile doğurganlığın azaldığı belirtilmiştir

(109). Yapılan çalışmalarda gelir düzeyi yükseldikçe modern yöntem kullanımının da yükseldiği belirlenmiştir (95, 108). TNSA 2018 verilerine göre refah düzeyi düşük hanelerde yaşayan kadınların modern yöntem kullanımının refah düzeyi yüksek olanlara göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (52). Çalışmamızda ise gelir düzeyinin yöntem kullanımını etkilemediği, bununla beraber modern yöntem kullanımının gelir düzeyi 3000 TL üzeri olanlarda yüksek olduğu görüldü.

Kadınlar yaşları ilerledikçe hedefledikleri çocuk sayısına ulaşmakta ve AP yöntemlerini daha sıklıkla uygulamaktadırlar (52, 95). Yapılan çalışmalarda kadınların yaş ortalaması arttıkça yöntem kullanımının arttığı görülmektedir (29, 52, 53, 95, 110). Çalışmamızda ise kadınların yaşlarının yöntem kullanımını (modern/geleneksel) etkilemediği fakat hem yöntem kullanımının hem de modern yöntem kullanımının 26-40 yaş arasında yoğunlaştığı görülmektedir.

Katılımcıların kullanmakta olduğu yöntem ve yöntemi en fazla tercih etme nedenleri değerlendirildiğinde kondom ve OKS'nin kolay ulaşılabilir olması, RİA ve tüp ligasyonunun sağlık personeli önerisi, geri çekmenin ise bütçeye uygun olması nedeniyle tercih edildiği görüldü. Yapılan çalışmalarda tercih sebebi olarak RİA'nın güvenilir olduğu için, kondomu kullanımının rahat ve sağlıklı buldukları için, geri çekme yönteminin ise eş tercihi ve sağlıklı olduğu gerekçesi ile tercih edildiği belirtilmiştir (57, 101, 102, 111-114). Çalışmamıza ve yapılan diğer çalışmalara bakıldığında kadınların yöntemleri tercih etme nedenlerinin zamanla değiştiği görüldü. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm programı sonrasında AP hizmetleri gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinde bazı değişiklikler olmuştur. AP yöntemlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından temininde yaşanan kısıtlılık ve ücretli olmaları nedeniyle yöntemlerin ulaşılabilir olması kadınların önceliği olmuş durumdadır. Çalışmamızda kadınların yöntem tercihlerinin yaşanan dönüşümle şekillendiği düşünülmektedir.

5.3. Aile Planlaması Hizmetlerinin Erişilebilirliği ve Sürekliliğinin Değerlendirilmesi

AP yöntemlerini karşılarken ücret ödeme, toplumun yöntem seçimini etkileyen önemli faktörlerden birisidir (115) Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında çıkardığı genelgede

modern yöntemlerin ücretsiz olarak dağıtılmasını vurguladığı halde pek çok kadın modern yöntemlere ücret ödeyerek ulaşmaktadır (2, 95, 98, 116). Çalışmamızda da kadınların modern yöntemlere çoğunlukla ücret ödeyerek ulaştığı ve OKS ve kondomun tamamına yakınının ücretli karşılandığı görüldü. Bu durumda ücretsiz dağıtılan OKS ve kondomun kalitesinde sorun olabileceği aynı zamanda bu yöntemlerin sağlık kuruluşları dışında da temininin kolay olması nedeniyle ücretli ulaşımı tercih edilmiş olabilir. Ayrıca AP yöntemlerinin ücretsiz sunumunun çok kısıtlı olması da sebeplerden biri olarak gösterilebilir.

Çalışmamızda aylık hane gelir düzeyinin yöntem kullanımını etkilemediği saptanmasına rağmen aylık gelir düzeyi düşük olanların yöntemleri karşılarken maddi yönden zorlandığı görüldü. Maddi yönden zorlandığını belirten kadınların büyük oranda geri çekme yöntemi kullananlar olması, ödeme gücünün modern yöntem kullanma oranını etkilediğinin bir göstergesi olabilir.

Katılımcıların tamamına yakınının yöntemlere ücretsiz ulaşmak istediğini tespit ettik. Katılımcıların yöntemlere ücretsiz ulaşma fırsatı olduğunda geleneksel yöntem kullananların çoğunun kullanmakta oldukları yöntemi değiştirmek istediğini saptadık. Modern yöntem kullananların çoğunun ise kullanmakta oldukları yönteme devam etmek istediği görüldü. Bu durum geleneksel yöntem kullanımının modern yöntemlere ulaşımında sorun olduğu için tercih edildiğini düşündürmektedir. Modern yöntem kullanımının, yöntemlerin ücretsiz sunumu ve kalitesinin artırılmasıyla istenen seviyelere ulaşabileceği düşünülmektedir.

AP hizmetlerinin erişilebilirliğini belirleyen en önemli faktörlerden biri yöntemlerin temin edildiği yerlerin kolay ulaşılabilir olmasıdır. Çalışmamızda kadınlar kullanmakta oldukları modern yöntemleri çoğunlukla eczane, hastane, market; en az ise birinci basmaktan karşıladığı belirlendi. TNSA verilerine göre 2008-2018 yılları arasında modern yöntemlerin kamu sektöründen temini azalmış, market, dükkan gibi yerlerden temini artmıştır (52). Çalışmamız ve yapılan diğer çalışmalara bakacak olursak zamanla modern yöntemlerin temin kaynakları değişmekle birlikte kamu sektöründen temini azalmış, market /dükkan gibi yerlerden temini büyük oranda artmıştır (52, 95, 96). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm programı sonrasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansman ve organizasyonunda yaşanan radikal

değişikliklere paralel olarak, son yıllarda kullanılan aile planlaması yöntemleri ve hizmet alınan yer açısından önemli değişiklikler olmuştur (117). Temin yeri olarak kamu sektörü oranının azalması birinci basamakta modern yöntemlerin sunumunda yaşanan aksaklıklara; market/dükkan oranının artışı ise kondom kullanımının zaman içinde artışına bağlanabilir. Aile planlaması yöntemlerinin sağlık kuruluşları dışındaki yerlerden temini, kadınların danışmanlık almadan yöntem kullanmasına neden olabilir. Bu durum kadınların kendilerine uygun olan yöntemi seçme, yöntemleri doğru ve etkin kullanma konusunda yetersiz kalmalarına neden olabilir. Birinci basamak sağlık kuruluşları hizmet sunumu konusunda ulaşılabilir ve süreklilik esasına dayanır. Aile planlaması gibi temel sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olması ve süreklilik göstermesi gerekir. Bu hizmetlerin sunumu için en uygun yerin birinci basamak sağlık kuruluşları olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki kadınların yöntemlerin ücretsiz olduğu dönemde yaklaşık yarısının bu durumu bilmediğini ve büyük çoğunluğunun da kaynaklara ulaşamadığını tespit ettik. Bu durumun hizmet sunucuları ve toplum arasındaki iletişim kısıtlılığından kaynaklanabileceği düşünüldü. Bu hususta topluma AP yöntemleri ile ilgili eğitimler verilerek AP planlaması yöntemlerine katılımı ve güncel bilgilendirmeler yapılarak farkındalığı arttırılabilir.

5.4.Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksiniminin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda karşılanmamış AP oran yapılan çalışmalara göre daha yüksek oranda olduğu görüldü (52, 53, 95). 1993-2013 döneminde karşılanmamış AP ihtiyacı sürekli olarak azalmakta iken 2013-2018 döneminde ise artış olduğu görülmüştür (52). Çalışmamızda karşılanmamış AP diğer çalışmalara göre daha yüksek oranda bulunması bu sorunun zamanla ciddi boyutlara ulaşabileceğinin bir göstergesi olabilir. Bu bulgular, AP hizmetlerinin yetersiz ve eşit olmayan sunumunu göstermektedir. Karşılanmamış AP ihtiyacının azaltmak için hizmetlere ulaşımını engelleyen faktörler ve gereksinimin fazla olduğu bölgeler belirlenerek, bu bölgelerde hizmette öncelik verilmesini gerektirmektedir (53, 82, 83). Bu konuda daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda, TNSA 2018 verilerine benzer şekilde gelir düzeyi düşük olanlarda karşılanmamış AP ihtiyacının daha yüksek oranda olduğu tespit edildi (52). Bu durum temel sağlık hizmeti olan AP hizmetlerinin toplumda eşit bir şekilde sunulmadığını göstermektedir. Temel sağlık hizmetlerine gelir düzeyi, yerleşim yeri, eğitim durumu ne olursa olsun herkes eşit bir şekilde ulaşabilmelidir.

5.5. Katılımcıların Aile Planlaması Hizmetleri Konusunda Beklentileri ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Aile Planlaması hizmetlerinin etkin bir şekilde kullanımı ve bunun devamlılığını sağlamak için toplumun bu konudaki ihtiyaçlarını, kullanımını etkileyen faktörleri ve bu konudaki beklentileri belirlemek gerekmektedir. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm programı ile birinci basamakta da hizmet sunumunda değişimler yaşanmıştır. Hizmet alanların talepleriyle bu değişimler şekillenmekte olup çalışmamızda da katılımcıların AP yöntem uygulamaları ile ilgili beklentilerini sorguladık.

Katılımcıların çoğu AP yöntemleri konusunda Aile hekimi/hemşirenin onları bilgilendirmesini istemektedirler. Bilgilendirme istememe nedenleri sorgulandığında ise çoğunlukla bilgiye ulaşmakta sıkıntı çekmedikleri ve Aile hekimi/hemşirenin bilgi olarak yeterli olmadığını düşündükleri tespit edildi. Bu sonuç birinci basamakta hizmet sunan sağlık personelinin hizmet içi eğitimlerle AP konusundaki bilgi düzeylerinin artırılması ve güncellenmesi gerektiğini göstermektedir.

Yöntem kullanımının takibinin yapılması yöntem devamlılığını artırır. Katılımcılar yöntem takiplerinin büyük oranda Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı tarafından, ikinci olarak da Aile hekimi tarafından yapılmasını istedikleri tespit edildi. Yöntem takibi açısından bütün AP yöntemleri için en fazla tercih Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı yönünde olmakla beraber 2.sırada Aile hekimi olduğu görülmektedir. Katılımcılar genel anlamda Aile hekimi tarafından bilgilendirilmek istemekle beraber bilgi düzeyleri konusundaki çekincelerinden dolayı takip için çoğunlukla Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı tarafından takip edilmek istemiş olabilirler. AP yöntem kullanımının süreklilik sağlaması için yöntem kullananın sık aralıklarla takip edilmesi gerekmektedir. Ulaşılabilir niteliğinden dolayı birinci

basamak sağlık kuruluşları sık başvuru için en uygun yerlerdir. Bu nedenle AP yöntemi kullanan bireylerin birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından takiplerinin yapılmasının uygun olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hizmet alanın memnuniyeti ve bu hizmetlerden faydalanmayı arttırmak adına birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sunulan hizmetin kalitesi de artırılmalıdır.

Katılımcıların tamamına yakını yöntemlere ücretsiz ulaşmak istemektedirler. Yöntemlerin cretsiz teminiyle en çok tercih edilen OKS, birbirine yakın oranlarda kondom ve RİA olarak tespit edildi. Modern yöntemlerin ücretsiz olup kalitesinin artırılmasıyla modern yöntem kullanım düzeyinin artabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların çoğu kullandığı yöntemin yan etkileri hakkında Aile hekimine danışmak istemektedir. Fakat aynı oranda hekime danışma için başvuru olmadığı görülmektedir. Katılımcılar sağlık personelinin bu konuda gereken ilgiyi gösterdiğini belirttikleri görüldü. Sağlık personeline danışmanın az olmasının nedenlerinden biri hizmet almak isteyen bu konuda Aile hekiminden çekinmesi olabilir. Böyle bir durumda sağlık personelinin profesyonel bir şekilde başvuranı rahatlatarak yaklaşımda bulunması gerekmektedir. Bu nedenle hizmeti sunan sağlık personeline gereken danışmanlık eğitimi verilmelidir.

Katılımcıların oğu AP yöntem temininin Aile Sağlığı Merkez'lerinde olmasını istediği tespit edildi. Yine çoğunluğun yöntemlerin ASM'den temin edilmesiyle yöntem kullanımın sürekli liği ve ulaşım kolaylığı sağlanmakla beraber sağlık personeline ulaşımı da kolaylaştıracakını belirttiği görüldü. AP hizmetleri her kesime eşit sunum, kapsamlı yaklaşım, erişim kolaylığı, süreklilik gerektiren bir hizmettir. Bu sebeple büyük oranda birinci basamakta sunulması gereken bir hizmet olduğu açıktır. Toplumun beklentisi de bu yöndedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında AP uygulamalarının etkin bir şekilde sunulabilmesi için bu kuruluşlara alt yapı, malzeme ve lojistik desteği yapılması ve hizmeti sunan sağlık personelinin bu konuda teşvik edilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Çalışma pandemi dönemi olması nedeniyle hedef popülasyona ulaşmak amacıyla üreme çağındaki kadınların yaş grubu geniş tutulmuştur. Bir başka kısıtlılık, araştırmamız birinci basamakta yapıldığı için

birinci basamaktan hizmet alan grup değerlendirildi, ikinci ve üçüncü basamağa başvuranlar ve sağlık kuruluşlarına pandemi nedeniyle gidemeyenler değerlendirilemedi. Kısıtlılıklardan biri ise araştırmanın belirli Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılmış olması Hatay ilinin genelini yansıtmayacağı ve Hatay ilinin sosyoekonomik anlamda yüksek düzeylerde olmasının sonuçları etkileyebileceği düşünülebilir.



6.SONUÇLAR

Çalışmamız AP hizmetlerinin mevcut durumunun tanımlanması ve yeterliliğine ilişkin önemli bilgiler sunmaktadır. Araştırmada kadınların en fazla kullandıkları yöntemler arasında halen geri çekmenin yer alması, karşılanmamış AP ihtiyacının ülke genelinden yüksek olması, kadınların AP hizmetlerine erişimde sıkıntı yaşaması ve bu sıkıntının yöntem tercihine yansması AP hizmetlerinin uygulanmasında ciddi sorunlar olduğunu düşündürmektedir.

AP hizmetlerinin etkinliğinin, sürekliliğinin ve erişilebilirliğinin sağlanması için toplumun ihtiyaçlarının belirlenerek sistemli bir şekilde hizmetlerin sunulması gerekmektedir. AP yöntemlerinin ücretsiz veya herkes için uygun maliyetle olması, ulaşılabilir sağlık kuruluşlarından danışmanlık verilerek temin edilmesi ile etkili ve devamlı yöntem kullanımı sağlanmalıdır.

7. KAYNAKÇA

1. Dünya Sağlık Örgütü, 2019. Doğum Kontrolü: Kanıt Özeti (No. WHO/RHR/19.18).
2. TC. Sağlık Bakanlığı Aile Planlaması Yöntemi Uygulama Rehberi. 2005. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara:3.
3. Güler Ç, Akın L.Halk Sağlığı Temel Bilgiler ALHST.Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara. 2006:248-301.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2009b). Üreme Sağlığına Giriş, Katılımcı Rehberi. Ankara:4.
5. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması. 2018:71-73.
6. Gılıç E, Ceyhan O, Ali Ö. Niğde Doğumevinde doğum yapan kadınların aile planlaması konusundaki bilgi tutum ve davranışları. Fırat Tıp Dergisi. 2009;14(4):237-41.
7. Ertop NG, Altay B. 15-49 yaş arası evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin eş uyumuna etkisinin incelenmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;14(3):1-8.
8. Ekinci İ. Şanlıurfa'da evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi, görüş ve davranışları/Knowledge, vision and behavior of married men on family planning methods in Şanlıurfa. 2019.
9. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Türkiye Üreme Sağlığı Programı Acil Obstetrik Bakım, Destek Personel Uyum Eğitimi Katılımcı Rehberi. Ankara. 2007: 3-4.
10. Erci B. Turkish women's satisfaction with family planning services. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2002;7(4):227-33.
11. Nakhaee N, Mirahmadizadeh A-R. Iranian women's perceptions of family-planning services quality: a client-satisfaction survey. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2005;10(3):192-8.
12. Bülbül SH. Bin Yıl Hedefleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2005;48(1):1-7.
13. Pınar G, Öktem M, Algıer L, Doğan N, Zeyneloğlu H. Sağlık Personelinin Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi Görüş ve Uygulamaları. J Turk Soc Obstet Gynecol, 2(3), 204-9.
14. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği.<https://hasuder.org.tr/turkiye-nufus-ve-saglik-arastirmasi-2018-ne-soyluyor/> Erişim tarihi:15.05.2021
15. Saka G, Ertem M, İçlin E. Diyarbakır doğum evi hastanesinde doğum yapan gebelerde risk faktörleri: ön çalışma. Perinataloji Dergisi. 2001;9(2):110-5.

16. Gharaibeh MK, Oweis A, Shakhathreh F, Froelicher ES. Factors associated with contraceptive use among Jordanian Muslim women: implications for health and social policy. *Journal of International Women's Studies*. 2011;12(3):168-84.
17. Dirincan R. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). Sosyal Hekimlik. Uludağ Üniversitesi Basımevi. 1993: 264-50.
18. Yılmaz DV, Zeyneloğlu S, Kocaöz S, Kısa S, Taşkın L, Eroğlu K. Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin görüşleri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2009;6(1):775-92.
19. M.Yücel, Kadın Sağlığı Hastalıkları ve Aile Planlaması: Sağlık Meslek Liseleri (SML)İçin ,(Ed.A.A.Sivaslıoğlu).Ankara.2005:223.
20. Yılmaz, F. A., Akarsu, R. H., Güleroğlu, F. T. (2018). Kadınların Doğum Sonu Dönemde Aile Planlaması Tercihlerinin Belirlenmesi Determination Of Preference Family Planning Of Postpartum Women. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(2), 21-25.
21. Wingo PA, Higgins JE, Rubin GL, Zahniser SC, Control CfD. An epidemiologic approach to reproductive health. World Health Organization; 1994.
22. T.C. Resmi Gazete. 557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun 2827 Madde 5. 5 Mayıs 1983. Sayı: 18059. Ankara.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Kitabı, Ankara. 2009.
24. Toker SO. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin aile planlaması hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2005;8(8).
25. Akın A, Sevincan F. Türkiye’de Kadın Sağlığının Düzeyi ve Aile Planlaması Uygulamalarının Durumu,Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Jinekoloji Obstetrik Aile Planlaması Özel Sayısı-I. 2006;2(13):1-14.
26. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Doğum İstatistikleri. 2020.
27. Avrupa Birliği İstatistik Ofisi (Eurostat) Veri Tabanı. 2019. [https://www.tuik.gov.tr/Kurumsal/Avrupa İstatistiki Veri Destegi.Erişim Tarihi:21.06.2021](https://www.tuik.gov.tr/Kurumsal/Avrupa_Istatistiki_Veri_Destegi.Erisim_Tarihi:21.06.2021)
28. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Genetik Hastalıklar Sağlık Personeli İçin El Kitabı.Ankara: 4-16.
29. Oltuluoğlu H, Başer M. Malatya İl Merkezinde Yaşayan Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve Seçme Nedenlerinin İncelenmesi,*Journal of Turgut Ozal Medical Center*. 2012;19(3):167-74.
30. Brown G, Allen L, Torkelson A. Direct patient interventions that can reduce maternal mortality in developing countries: a systematic review. *Family medicine*. 2013;45(8):550-7.

31. Üstün Y., Çelen Ş., Özcan A., Sanisoğlu S., Karaahmetoğlu S., Gül R., et al. Maternal mortality from cardiac disease in Turkey: a population-based study. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2012;25(11):2451-3.
32. Schutte J, Steegers E, Schuitemaker N, Santema J, de Boer K, Pel M, et al. Rise in maternal mortality in the Netherlands. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2010;117(4):399-406.
33. Bulu G, Keser HB. The assessment of maternal deaths between 2015 and 2020 in Elazığ, Turkey. Perinatal Journal. 2020;28(3):183-9.
34. Ronsmans C, Graham WJ, group LMSSs. Maternal mortality: who, when, where, and why. The lancet. 2006;368(9542):1189-200.
35. Kaşlı F. Aile planlaması (Yükseklians Tezi), Beykent Üniversitesi, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, İstanbul.2014
36. Şentürk SE (1995) Tıbbi Etik ve Meslek Tarihi. 8. Baskı, Fatih Ofset, İstanbul.
37. TÜİK,Ölüm İstatistikleri 2019; <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> Erişim Tarihi 09.08.2021
38. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. 2002;3(1):35-71.
39. Dehlendorf C, Rodriguez MI, Levy K, Borrero S, Steinauer J. Disparities in family planning. American journal of obstetrics and gynecology. 2010;202(3):214-20.
40. Altuntaş F, Mayda A. Bolu Dörtdivan ilçesi'nde aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2011;1(1):1-7.
41. Ersin F, Gözükar F, Şimşek Z, Kurçer M, Kayahan M. Bir sağlık ocağı bölgesinde evli kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumları ve yöntemi bırakma nedenleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2003;5(1):30-7.
42. Özlece F. Kayseri İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlamasına İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi): Erciyes Üniversitesi. 2006.
43. Sönmez S, Yaşar L, Toklar A, Şensoy Y, Ziya Ç, Serdar K, et al. Tibolonun transdermal östradiol tedavisiyle yükselmiş serum lipoprotein (a) düzeylerine etkisi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni.35(3):115-20.
44. Apay SE, Pasinlioğlu T. Nişanlı Çiftlerin Evlendikten Sonra Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008;11(4):30-7.
45. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara.2009:9-41.
46. T.C. Resmi Gazete. 557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 10 Nisan 1965, Sayı: 11976, Ankara.

47. T.C. Sağlık Bakanlığı (2011a). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Değerlendirme Raporu, 2003- 2010, Ankara.2011:49-51.
48. T.C. Resmi Gazete. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 27 Mayıs 1983, Sayı: 18059, Ankara.
49. Akın A, Özvarış Ş. İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı I Cilt (Ed Güler Ç, Alın L)(in Turkish) Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara. 2012:272.
50. Dünya Sağlık Örgütü. 2019. <https://turkey.unfpa.org/tr/news/dünya-nüfus-günü-2018-aile-planlaması-bir-insan-hakkıdır>.Erişim Tarihi:29.08.2021.
51. Contraceptive Use by Method 2019. United Nations.<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/ContraceptiveUseByMethodDataBooklet2019.pdf>:Erişim Tarihi:30.08.2021.
52. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması. Ankara. 2021:54-90.
53. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 2013 Raporu. Ankara. 2013:2-71.
54. Kitapçıoğlu G, Yanıkkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. Adnan Mende- res Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 9(1):47-54.
55. Kabalcıoğlu F, Kurçer MA, Şimşek Z. İstemsiz düşük yapan kadınlara verilen aile planlaması danışmanlığının önemi ve Şanlıurfa Doğumevi deneyimi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;5(1):28-33.
56. Kaya H, Tatlı H, Açık Y, Deveci SE. Bingöl ili uydukent sağlık ocağı bölgesindeki 15–49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanım düzeyinin belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008;22(4):185-91.
57. Tanrıverdi G, Özkan A, Şenveli S. Çanakkale'deki kadınların aile planlaması yöntemlerini tercih nedenleri. Fırat Tıp Dergisi. 2008;13(4):251-4.
58. Aktoprak M. Evli Kadınlar ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve İlişkili Faktörler, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD: Yüksek Lisans Tezi, Konya; 2012.
59. Çalışkan G, Doğan B, Olçum GG. Kırsal bölgede yaşayan kadınların aile planlaması yöntemi tercihlerine yaş ve eğitimin etkisi. Türk Aile Hekeimleri Dergisi. 2014;18(4):189-94.
60. Yılmaz A, Tanrıverdi MH, Gücük S, Zafer A. Van il merkezinde evlenme başvurusunda bulunan çiftlerin kontrasepsiyon bilgi durumları. Dicle Tıp Dergisi. 2013;40(3):453-7.
61. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü,Ankara.2018:54-59.

62. Korkmaz L. Tutumlarımızın ne kadar farkındayız? Örtük tutumlar ve örtük ölçüm yöntemleri. Türk Psikoloji Yazıları. 2017;20(40):109-27.
63. İnceoğlu M. Tutum Algı İletişim, Beykent Üniversitesi Yayınları No: 69, 5. Baskı, İstanbul. 2010.
64. Örsal Ö. Ankara Belediye Sınırları İçinde Yaşayan Bireylerin Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2006.
65. Apay S, Nazik E, Özdemir F, Pasinlioğlu T. Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;13(3):1-7.
66. Türkiye’de sağlığa bakış 2007. T.C. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara. 2007.s.210-214.
67. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2015) Access to contraception.Committee Opinion No.615.Obstet Gynecol;125:250–5.
68. Aile Planlaması Yöntemi Uygulama Rehberi.TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Alıntı. 2017;3:181-3.
69. Çakmak A, Ertem M. Aile planlaması eğitimi için önemli bir fırsat: Bir çocuk hastanesine yatan hastaların anneleri, Diyarbakır-2004. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Dicle Tıp Dergisi. 2005;3:190-5.
70. Başer D, Kahveci R, Meltem K, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. Ankara Medical Journal. 2015;15(1).
71. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayeneler ve Tarama Rehberi. TC Sağlık Bakanlığı. 2001.
72. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. T.C.Sağlık Bakanlığı. 2013.s.3.
73. Enfeksiyonların Önlenmesi, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi İçinde. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara. 1999.s.73-87.
74. Öcek Z, Soyer A. Birinci basamak sağlık hizmetleri birikimimiz: 2000-2004 Türkiye fotoğrafı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2007.
75. Şafak F, Kurtuluş S. Kadınların Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi’nin Vermiş Olduğu Aile Planlaması Hizmetini Değerlendirmeleri Üzerine Bir Pilot Araştırma (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.2006.
76. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Birinci Aşama, Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık, Ankara.2004:11-209.
77. Öztaş Ö, Artantaş AB, Tetik BK, Yalçıntaş A, Yusuf Ü, Uğurlu M. 18-49 yaş grubu evli kadınların üreme sağlığı ve kontrasepsiyon hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. Ankara Medical Journal. 2015;15(2).

78. Kurtuluş H. Aile planlaması danışmanlığı verilmesinin yöntem seçimine etkileri. Uzmanlık Tezi Sağlık Bakanlığı Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. 2009:20-41.
79. UNFPA, 2020. Cost Of Ending Unmet Need For Family Planning, Chapter 2. 2020:4.
80. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. Studies in family planning. 2014;45(3):301-14.
81. Şimşek Z, Kara B, Yaşar G, Yıldırımkaş G. Mevsimlik tarım işçisi gençlerin adolesan dönemde büyüme-gelişmeye yönelik endişeleri ve sağlık hizmeti kullanımı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2015;14(3):189-97.
82. WHO. UNFPA.(2004). Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. 2000.
83. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008, T.C. Sağlık Bakanlığı.2008. Yayın No: 770, Ankara.
84. Singh, Susheela and Jacqueline Darroch. 2012. “ Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services. Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA). New York. 2012
85. Bradley SE CT, Fishel JD., CF. W. Revising Unmet Need for Family Planning. DHS Analytical Studies No. 25. 2012 [https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25\[12June2012\].pdf](https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25[12June2012].pdf) Erişim tarihi:20.09.2021
86. Bradley, Sarah E.K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel, and Charles F. Westoff. 2012. “ Revising unmet need for family planning.” DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, MD: ICF International.
87. Özdemir R, Türk M, Taner Ş. "Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? " 2013;(1):122.
88. T.C. Resmi Gazete, 25 Mayıs 2010, sayı: 27591. TC Resmi Gazete. 25 Mayıs 2010. Ankara. Sayı: 27591.
89. T.C. Resmi Gazete Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 03 Ağustos 2011, Sayı: B.100.TSH 020.00.06. Ankara.
90. Giray H, Keskinoglu P. Işıkkent Sağlık Ocağı'na başvuran 15-49 yaş evli kadınların etkili aile planlaması yöntemi kullanımı ve etkileyen etmenler. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2006;15(2):23-6.
91. T.C.Resmi Gazete, “Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”. Resmi Gazete. 25.05.2018.
92. Çayan A. 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi: Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.

93. Gürbüz T. Dokuz Eylül Üniversitesi 10 No'lu Gaziemir Eğitim Asm'de Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumlarının Doğurganlık Düzeyleri İle İlişkisi(Tez) T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2021.
94. Şahlar T. Bir Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezine Yöntem Değişikliği Talebi İle Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Değiştirme Nedenleri (Doktora Tezi): T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.
95. Karaçalı M. Karabük ilinde doğurganlık çağındaki kadınların aile planlaması hizmetlerine erişiminin ve hizmetlerin sürekliliğinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
96. Yücel U, Güner S, Şen FS. 15-49 Yaş Arası İki Yaşından Küçük Çocuğu Olan Kadınlarda Aile Planlaması Hizmet Kullanımının Değerlendirilmesi. Medical Sciences.13(4):120-8.
97. Naçar M, Öztürk A, Öztürk Y. Doğum sonrası dönemde verilen aile planlaması eğitiminin yöntem kullanmaya etkisi. Erciyes Tıp Dergisi. 2003;25(3):122-30.
98. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, (2005a). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt I-Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, Damla Matbaa, Ankara.2005:55-63.
99. Karabulutlu Ö, Ersöz B. Kars İli, Susuz İlçe Merkezine Bağlı Aile Planlaması Yöntemi Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. Caucasian Journal of Science 2017;4(1):26-44.
100. Yılmaz FA, Akarsu RH, Güleröğlü FT. Kadınların Doğum Sonu Dönemde Aile Planlaması Tercihlerinin Belirlenmesi Determination of Preference Family Planning of Postpartum Women. Bozok Tıp Dergisi. 2018;8(2):21-5.
101. Songur D. Gaziantep Binevler Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlamasını Kullanma Durumu ve Etkileyen Etmenler. Gaziantep Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, (Uzmanlık Tezi).Gaziantep. 2009;252.
102. Yurdakul M, Vural G. Reasons for using traditional methods and role of nurses in family planning. Contraception. 2002;65(5):347-50.
103. Türk R, Terzioğlu F. Geri çekme yöntemi ve kullanımını etkileyen faktörler. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi.2012;1(3), 67-80.
104. Sağiroğlu PÇ, Eray İK, Yurdakul FE, Yavuz AF. Kadınların kontraseptif yöntem tercihleri ve yöntem kullanırken gebe kalma durumlarının değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal. 2017;17(1):21-8.
105. Çetişli N, Top ED, Arkan G, Kaba F, Ertop F. Evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin cinsel yaşam ve benlik saygısına etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2016;13(2):101-6.

- 106.Keskin D, Keskin S. Aile planlaması: Geleneksel ve modern yöntemler. Selçuk Tıp Derg. 2015;31(4):351-4.
- 107.Ayaz S, Efe ŞY. Family planning attitudes of women and affecting factors. Journal of the Turkish German Gynecological Association. 2009;10(3):137.
- 108.Buyukbayrak E, Kaymaz O, Kars B, Karsidag A, Bektas E, Unal O, et al. Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2010;30(2):155-8.
- 109.Özdemir Ö, Karakuş E. Yoksulluğun Anne ve Çocuk Sağlığına Etkileri, 6. Ulusal & 2. Uluslararası ebelik öğrencileri kongresi, sözel sunum bildirileri. İstanbul. 2015.
- 110.Akın L, Özaydın N, Aslan D. Türkiye’de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Dergisi. 2006;48(2):63-9.
- 111.Calikoglu E, Yerli E, Yılmaz S, Kavuncuoglu D, Kosan Z, Aras A. Fertility preferences of women in a province center. The Eurasian journal of medicine. 2018;50(3):187.
- 112.Johnson S, Pion C, Jennings V. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. Reproductive health. 2013;10(1):1-9.
- 113.Uçar M, Demirbaş O, Aslan R, Kutlu R, Sayın S. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(3):134-41.
- 114.Çağlayan Ek, Mustafa K, Aslan N. Yozgat ilinde yaşayan kadınların kullandığı kontraseptif yöntemler. Cumhuriyet Medical Journal. 2014;36(1):57-61.
- 115.Torres A, Forrest JD. Family planning clinic services in the United States, 1981. Family Planning Perspectives. 1983;15(6):272-8.
- 116.T.C. Resmi Gazete Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri, 11 Temmuz 2003, Sayı:2003/81.
- 117.Akman M. Türkiye’de birinci basamağın gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(2):70-8.

8. EKLER

Ekler:

A- Onam Formu

B- Çalışma Anketi

C- HMKÜ Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu

Araştırmanın Konusu: 18-55 Yaş Arası Kadınların Kontrasepsiyon Kullanımı, Beklentileri ve Karşılanma Durumu

Araştırmanın Amacı: 18-55 Yaş Arası Kadınların Kontrasepsiyon Kullanımı, beklentileri ve Karşılanma Durumunun belirlenmesi

Araştırmaya Katılma Süresi: 6 ay (Şubat-Haziran 2021)

Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı: Şubat – Haziran 2021 tarihleri arasında herhangi bir sebeple ASM ‘ye başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18-55 yaş arası en az 300 kadın bireye yapılması planlandı.

Bu çalışma da 18-55 yaş arası kadınların kontrasepsiyon kullanımı, beklentileri ve karşılanma durumunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu nedenle size sosyodemografik bilgileri hakkında 8 soru gebelik durumları ve çocuk beklentisi hakkında 8 soru, gebelikten koruyucu yöntemler hakkındaki bilgi düzeyi ve kullanma durumları hakkında 15 soru, yöntemler konusundaki beklentileri ve karşılanma durumu hakkında 11 soru, toplam da 42 soruluk kısa formunu doldurmanız istenecektir. Kimlik bilgileriniz tamamen gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. Katılmadığınız takdirde herhangi bir yaptırım olmayacaktır. Katılmanız bilim için yapılacak olan çalışmalarda yol gösterici olabilecektir.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	Faks : (0)
Bilgi Verebilecek Kişi:	İmza
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı: Nazife İŞİK	Telefon : (0)
Adresi: HATAY Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği A.D	Faks : (0) İmza

**18-55 YAŞ ARASI KADINLARIN KONTRASEPSİYON
KULLANIM DURUMLARI BEKLENTİLERİ VE KARŞILANMA
DURUMLARI**

1-Yaşınız.....	2- Öğrenim durumunuz nedir? 1. Okur-yazar değil ☐ 2. Okur -yazar ☐ 3. İlköğretim ☐ 4. Lise ☐ 5. Üniversite ☐	3- Sizin/Ailenizin aylık gelir düzeyi nedir? 1. 0-1000 TL ☐ 2. 1001-2000 TL. ☐ 3. 2001-3000 TL. ☐ 4. 3001 ve üzeri ☐
4- Medeni durumunuz nedir? 1. Evli ☐ 2. Dul ☐ 3. Bekar ☐	5- Mesleğiniz nedir? 1. Öğretmen ☐ 2. Sağlık çalışanı ☐ 3. Öğrenci ☐ 4. İşçi ☐ 5. Emekli ☐ 6. Memur ☐ 7. Serbest meslek ☐ 8. Ev Hanımı ☐ 9. Diğer ☐	6- Eşinizin öğrenim durumu nedir? 1. Okur-yazar değil ☐ 2. Okur -yazar ☐ 3. İlköğretim ☐ 4. Lise ☐ 5. Üniversite ☐
7- Eşinizin/Partnerinizin mesleği nedir? 1. Öğretmen ☐ 2. Sağlık çalışanı ☐ 3. Öğrenci ☐ 4. İşçi ☐ 5. Emekli ☐ 6. Memur ☐ 7. Serbest meslek ☐ 8. Çalışmıyor ☐ 9. Diğer ☐	8- Sağlık güvenceniz var mı? 1. Evet ☐ 2. Hayır ☐	9- Hayatınız boyunca hiç gebe kaldınız mı? 1. Evet ☐ 2. Hayır ☐ (Cevabınız 'Hayır' ise 13. sorudan devam ediniz)
		10- Kaç gebeliğiniz oldu?

11- Gebeliklerinizi sizin ve eşinizin/partnerinizin isteyip istemediğini söyler misiniz?

	İkisi de istiyor	Sadece kadın istiyor	Sadece erkek istiyor	İkisi de istemiyor
1.Gebelik				
2.Gebelik				
3.Gebelik				
4.Gebelik				
5 ve üstü Gebelik				

12- Gebeliklerinizin nasıl sonuçlandığını ve hamileliğinizde kaç yaşında olduğunuzu söyler misiniz?

	Yaş	Canlı doğum	Ölü doğum >20 hafta	Kendiliğinden Düşük (<20hafta)	İsteyerek düşük
1.Gebelik					
2.Gebelik					
3.Gebelik					
4.Gebelik					
5 ve üstü Gebelik					

13- Varsa kürtaj nedeni nedir?

1. Çocuk istememe ☐
2. Geçim sıkıntısı ☐
3. Hastalık ☐
4. Küçük çocuk olması ☐

14- Gelecek planlarınızda gebe kalmayı planlıyor musunuz?

1. Evet ☐
2. Hayır ☐
3. Kararsız ☐

(14. soruya cevabınız evet ise 15. ve 16. soruları cevaplayınız)

15- Ne zaman?.....

16- Kaç çocuk sahibi olmayı planlıyorsunuz?.....

17- Aşağıdaki gebelikten koruyucu yöntemlerden hangileri hakkında bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz?(Birden çok seçenek işaretlenebilir)

	Evet	Hayır	Kısmen
Hap			
Enjeksiyon			
Kondom			
Kadın tüplerinin bağlanması			
Erkek tüplerinin bağlanması			
Spiral/RİA			
Geri çekme			
Takvim yöntemi			

18- Bir önceki soruda (17.soru) bilgi sahibi olduğunuzu düşündüğünüz yöntemler hakkındaki bilgi kaynağınız nedir?(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. İnternet/sosyal medya/ ☐
2. TV ☐
3. Çevre(Aile,komşu,arkadaş) ☐
4. Doktor ☐
5. Hemşire/Ebe ☐
6. Kitap/dergi/broşür ☐
7. Eczane ☐
8. Diğer..... ☐

19- Şu ana kadar gebelikten korunmak için herhangi bir yöntem kullandınız mı?

1. Evet ,hala kullanıyorum ☐
2. Evet kullandım bıraktım ☐
3. Hayır ☐

20- Cevabınız ‘evet kullandım bıraktım ’ ise önceden kullanmış olduğunuz yöntemi bırakma nedeniniz nedir?

1. Yan etki nedeniyle ☐
2. Uyum sağlayamama ☐
3. Eş isteği ☐
4. Çevre baskısı ☐
5. Gebe kalma isteği ☐
6. Ekonomik nedenler ☐
7. Ulaşım sıkıntısı ☐

21- Kullanmış olduğunuz gebelikten koruyucu yöntemi ve kullanım süresi belirtiniz.(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

	Kullandığı yöntem	Kullanım süresi
1. Hap		
2. Enjeksiyon		
3. Kondom		
4. Spiral		

5. Geri çekme		
6. Takvim yöntemi		
7. Kadın tüplerin bağlanması		
8. Erkek tüplerinin bağlanması		
9. Diğer(.....)		

22- Şimdiye kadar hiç acil kontrasepsiyon yapmak durumunda kaldınız mı?

1. Evet ☐ 2. Hayır ☐

23- Gebe kaldığınız dönemde herhangi bir yöntem kullanıyor muydunuz?

1. Evet ☐ (.....) 2. Hayır ☐

24- Sizce gebelikten en etkili koruyan yöntem hangisidir?

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Hap | ☐ |
| 2. Enjeksiyon | ☐ |
| 3. Kondom | ☐ |
| 4. Kadın Tüplerin bağlanması | ☐ |
| 5. Erkek tüplerinin bağlanması | ☐ |
| 6. Spiral /RİA | ☐ |
| 7. Geri çekme. | ☐ |
| 8. Takvim yöntemi | ☐ |
| 9. Diğer | ☐ |

25- Size en uygun olduğunu düşündüğünüz yöntem hangisidir?

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Hap | ☐ |
| 2. Enjeksiyon | ☐ |
| 3. Kondom | ☐ |
| 4. Kadın tüplerinin bağlanması | ☐ |
| 5. Erkek türlerinin bağlanması | ☐ |
| 6. Spiral/RİA | ☐ |
| 7. Geri çekme | ☐ |
| 8. Takvim yöntemi | ☐ |
| 9. Diğer | ☐ |

26- Şu an kullanmakta olduğunuz herhangi bir yöntem var mı?(Cevabınız 'Evet' ise 27-32 arası soruları cevaplayınız)

1. Evet ☐
2. Hayır ☐

27- Şu an kullanmakta olduğunuz yöntem hangisidir?

1. Hap ☐
2. Enjeksiyon ☐
3. Kondom ☐
4. Tüplerin bağlanması ☐
5. Spiral ☐
6. Geri çekme ☐
7. Takvim yöntemi ☐

28- Kullanmakta olduğunuz yöntemi tercih etme nedeniniz nedir?

1. Yönteme bağlı neden ☐
2. Çevre önerisi ☐
3. Sağlık personeli önerisi ☐
4. Eş isteği ☐
5. Kendi tercihi ☐
6. Bütçeme uygun olması ☐
7. Kolay ulaşılabilir olması ☐
8. Bana yan etkisi en az olması ☐
9. Diğer ☐

29- Şu anda kullanmakta olduğunuz yöntemin herhangi bir yan etkisi var mı?

1. Var ☐ (.....)
2. Yok ☐

30- Şu anda kullanmakta olduğunuz yöntemle ilgili herhangi bir yerden bilgi aldınız mı?

1. Evet ☐
2. Hayır ☐

31- Cevabınız ‘Evet ‘ ise kullanmakta olduğunuz yöntemle ilgili nereden bilgi aldınız?

1. İnternet/sosyal medya/TV ☐
2. Aile/Çevre ☐
3. Doktor ☐
4. Hemşire/Ebe ☐
5. Kitap/dergi/broşür ☐
6. Eczane ☐
7. Diğer..... ☐

32- Aile hekiminiz veya hemşirenizin gebelikten koruyucu yöntemler konusunda sizi bilgilendirmesini ister misiniz?

1. Evet ☐
2. Hayır ☐

33- Cevabınız ‘hayır’ ise istememe nedeniniz nedir?

1. Çevremden yeterince bilgi alıyorum ☐
2. Bilgiye ulaşmakta sıkıntı yaşamıyorum ☐
3. Aile hekimimden çekiniyorum ☐
4. Aile hekimi/Ebe/Hemşire bu konuda beklediğim ilgiyi gösteremiyor ☐
5. Bilgi olarak yeterli olduğunu düşünmüyorum ☐
6. Diğer (.....) ☐

34- Gebelikten koruyucu yöntem kullanırken takiplerinizin kim tarafından yapılmasını istersiniz?

1. Aile Hekimi ☐
2. Ebe /Hemşire(ASM) ☐
3. Kadın Doğum Doktoru ☐
4. Diğer (.....) ☐
5. Hiçkimse ☐

35- Kullanmakta olduğunuz yöntemi nereden temin ediyorsunuz?

1. Aile sağlığı merkezi (ASM) ☐
2. Ana Çocuk Sağlığı Merkezi(AÇSAP) ☐
3. Eczane ☐
4. Diğer(.....) ☐

36- kullanmakta olduğunuz gebelikten koruyucu yöntemi nasıl karşılıyorsunuz?

1. Ücretli ☐
2. Ücretsiz ☐

37- Gebelikten koruyucu yöntemlere ücretsiz ulaşma imkanınız olsaydı aşağıdaki yöntemlerden hangisi öncelikli tercih ederdingiz?(Tek şık işaretleyin lütfen)

1. Hap ☐
2. Enjeksiyon ☐
3. Kondom ☐
4. Spiral ☐
5. Diğer ☐

38- Gebelikten koruyucu yöntemlerin ülkemizde bir dönem herkese ücretsiz bir şekilde karşılandığını biliyor muydunuz?

1. Evet ☐
2. Hayır ☐

39- Sağlık Bakanlığının yöntemleri ücretsiz karşıladığı dönemde bu hizmete ulaşma şansınız oldu mu?

1. Evet ☐

2. Hayır ☐

40-Gebelikten koruyucu yöntemlere ücretsiz ulaşmak ister misiniz?

1- Evet ☐

2- Hayır ☐

41- Size en uygun seçeneği işaretleyiniz(Lütfen her bir maddeye cevap veriniz)

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1- Gebelikten koruyucu yöntemleri karşılamak maddi yönden beni zorlar.					
2- Gebelikten koruyucu yöntem başlamadan önce Aile hekimi/hemşire me danışırım.					
3- Yöntemleri kendim karşılasam da aile hekimim/hemşirem den bu konuda bilgi alırım.					
4- Aile hekimim/hemşirem yöntemleri anlatma konusunda gereken ilgiyi ve özeni gösteriyor .					
5- Aile hekimimden bilgi almak ve yan etkileri konusunda ona danışmak isterim.					

42- Size en uygun seçeneği işaretleyiniz(Lütfen her bir maddeye cevap veriniz)

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1-Gebelikten koruyucu yöntemleri aile sağlığı merkezi dışında başka bir yerden temin etmek ,kullanım konusunda sağlık personelinde bilgi almamızı engeller.					
2-Gebelikten koruyucu yöntemleri Aile Sağlığı Merkezi (ASM) 'nden temin etmek bu yöntemlere ulaşmada kolaylık sağlar.					
3-Gebelikten koruyucu yöntemlerin ASM'lerden temin edilmesi yöntemin düzenli kullanılmasını sağlar.					
4-Gebelikten koruyucu yöntemlerle ilgili bilgilendirme ASM'deki sağlık personeli tarafından yapılmalıdır.					
5-Yöntemi kullanırken sağlık personeli tarafından takiplerimizin yapılması yöntemin devamlılığını artırır.					
6-Aile Sağlığı Merkezi'nden sağlık personeline danışarak aldığım gebelikten koruyucu yöntemler daha güvenilirdir.					
7-Güvendiğimiz bir sağlık personelinde bilgi almak bu konudaki endişelerimi azaltır					
8-Gebelikten koruyucu yöntemler ücretsiz temin edilse şuan kullandığım yöntemi değiştiririm.					
9-Gebelikten koruyucu yöntemlere herkes ücretsiz ulaşabilmelidir.					

HMKÜ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL

KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 11	Tarih: 04/02/2021
	KARAR 11- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Cahit ÖZER'in (Arş.Gör.Dr.Nazife İŞİK'ın Uzmanlık Tezi) "18-55 yaş arası kadınların konrasepsiyon kullanımı, beklentileri ve karşılanma durumu" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
	ETİK KURUL ÜYELERİ Çalışma Esası: İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu Etik Kurul Başkanı: Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ	

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki	Katılım	İmza
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi	E	E ☐	H ☒	H ☐
Prof.Dr.Hülya YALÇIN Başkan Yrd.	Nükleer Tıp	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐	H ☒	H ☐
Prof.Dr. A.Güler OKYAY Başkan Yrd.	Kadın Hast. Ve Doğum	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐	H ☒	H ☒
Prof.Dr.Alper ASLAN Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ BESYO	E	E ☐	H ☒	H ☐
Prof.Dr.Tümay ÖZGÜR Üye	Patoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐	H ☒	H ☐
Doç.Dr.Cengiz ARLI Üye	Kulak Burun Boğaz	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐	H ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Fatma ÖZ Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐	H ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi F. B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	E ☐	H ☒	H ☐
Doç.Dr. Oğuzhan ÖZCAN Üye	Tıbbi Biyokimya	HMKÜ Tıp Fakültesi				
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi				
Doç.Dr.Sibel SEVİNÇ Üye	Hemşirelik	HMKÜ Sağlık Hiz. YO.				

9. ÖZGEÇMİŞ

Nazife İŞİK, [REDACTED] doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini aynı şehirde tamamladı. Tıp eğitimini 2007-2010 yılları arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, 2010-2013 yılları arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 2013-2014 yılları arasında Adıyaman Merkez 1 Nolu Toplum Sağlığı Merkezi ve Adıyaman Devlet Hastanesi'nde görev yaptı. 2014-2016 yılları arasında İzmir Buca Toplum Sağlığı Merkezi'nde, 2016-2018 yılları arasında İzmir Kemalpaşa Toplum Sağlığı Merkezi'nde AÇSAP, KETEM birimlerde çalıştı. 2017 yılında başladığı Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi devam etmektedir. Evli ve iki çocuk annesidir.

E-posta: [REDACTED]