

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EVLİ KADINLAR ve EŞLERİNİN AİLE PLANLAMASINA
YÖNELİK TUTUMLARI ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Müzeyyen AKTOPRAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

ANABİLİM DALI

DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Belgin AKIN

KONYA-2012

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında profesyonel yardımlarıyla beni destekleyen, zamanını, deneyimlerini ve görüşlerini paylaşan değerli hocam Doç. Dr. Belgin AKIN'a, bana Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği dersini sevdiren çok değerli hocam Doç. Dr. Emel EGE ve Öğr. Gör. Dr. Kamile ALTINTUĞ'a, tez verilerinin değerlendirilmesinde yardımcı olan Araş.Gör.Dr. Deniz KOÇOĞLU'na, araştırmam boyunca yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Öğr. Gör. Hacer ALAN'a ve Öğr. Gör. Rasime YILDIRIM'a, Silifke Toplum Sağlığı Merkezi ve Silifke Devlet Hastanesi çalışanlarına, araştırma süresince yanımda olan ve beni destekleyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Müzeyyen AKTOPRAK

Konya- 2012

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGE VE KISALTMALAR.....	v
ÇİZELGE VE ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Aile Planlaması ve Yararları.....	3
1.2. Aile Planlanmasının Tarihsel Gelişimi.....	4
1.3. Türkiye'nin Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması.....	5
1.4. Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş.....	6
1.5. Üreme Sağlığına Erkeklerin Katılımı ve Önemi.....	8
1.6. Aile Planlaması Yöntemleri.....	11
1.7. Türkiye'de Aile Planlamasının Durumu.....	26
1.8. Aile Planlaması ve Tutum.....	31
2.GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
2.1.Araştırmanın Tipi.....	35
2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	35
2.3.Araştırmanın Evreni.....	35
2.4.Araştırmanın Örneği.....	35
2.4.1.Örnek Seçimi Kriterleri.....	36
2.5.Veriler Toplama Tekniği ve Araçları.....	36
2.5.1.Anket Formu (Ek-A, Ek B).....	36
2.5.2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) (Ek-C).....	37
2.6. Ön Uygulama.....	38
2.7. Verilerin Toplanması.....	38
2.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	38
2.8.1. Bağımlı Değişkenler.....	38
2.8.2. Bağımsız Değişkenler.....	38
2.9. Araştırmanın Soruları.....	38
2.10. Verilerin Analizi.....	39
2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	39
2.12. Araştırmanın Varsayımları.....	39
2.13. Araştırmanın Etiği.....	39

3.BULGULAR.....	40
3.1. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	41
3.2. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Eşlerinin Sosyo-demografik, Obstetrik ve AP Yöntemlerine İlişkin Özelliklerinin, APTÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları İle İlişkisine Yönelik Bulgular.....	48
3.3. Kadınlar ve Eşlerinin AP'ye Yönelik Tutumunu Etkileyen Belirleyicilerin İleri Analizine İlişkin Bulgular.....	58
4.TARTIŞMA.....	63
4.1. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması.....	63
4.2. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Eşlerinin Sosyo-demografik, Obstetrik ve AP Yöntemlerine İlişkin Özelliklerinin, APTÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları İle İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	70
4.3. Kadınlar ve Eşlerinin AP'ye Yönelik Tutumunu Etkileyen Belirleyicilerin İleri Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	76
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
5.1. Sonuçlar.....	78
5.2.Öneriler.....	81
6.ÖZET.....	83
7.SUMMARY.....	84
8.KAYNAKLAR.....	85
9.EKLER.....	91
EK-A Anket Formu 1- Kadın.....	91
EK-B Anket Formu 2- Erkek.....	94
EK-C Aile Planlaması Tutum Ölçeği.....	97
EK-D Mersin Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan İzin Belgesi.....	98
EK-E Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Alınan İzin Belgesi.....	99
EK-F Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Kullanım İzni.....	100
EK-G Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	101
10. ÖZGEÇMİŞ.....	102

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AP: Aile Planlaması

APTÖ: Aile Planlaması Tutum Ölçeği

AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

DAP: Doğal Aile Planlaması

DMPA: Depo Medroksiprogesteron Asetat

ICPD: International Conference on Population and Development- Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı

HIV/AIDS: Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome

GİAÖ: Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği

KOK: Kombine Oral Kontraseptifler

LNG: Levenorgestrol

µg: Mikrogram

mg: Miligram

RİA: Rahim İçi Araç

TİAÖ: Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Topluma İlişkin Alt Ölçeği

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

SPSS: Scientific Packages for Social Sciences

YİAÖ: Yönteme İlişkin Alt Ölçeği

ŞEKİL VE ÇİZELGE LİSTESİ

Şekil 1. Bir Kişinin Aile Planlamasına İlişkin Hayali Bilişsel Tutumu.....	33
Çizelge 3.1.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	41
Çizelge 3.1.2. Eşlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	42
Çizelge 3.1.3. Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı.....	43
Çizelge 3.1.4. Kadınlar ve eşlerinin AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin dağılımı.....	44
Çizelge 3.1.5. Kadınlar ve eşlerinin AP yöntemi kullanma ve bırakma özellikleri.....	46
Çizelge 3.1.6. Kadınlar ve eşlerinin AP yöntemi bırakma nedenleri.....	47
Çizelge 3.2.1. Kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı.....	48
Çizelge 3.2.2. Eşlerin APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı.....	49
Çizelge 3.2.3. Kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı.....	50
Çizelge 3.2.4. Kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerine göre dağılımı.....	52
Çizelge 3.2.5. Eşlerin APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerine göre dağılımı.....	54
Çizelge 3.2.6. Kadınlar ve eşlerinin APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP yöntemi kullanma ve bırakma özelliklerine ilişkin dağılımı.....	56
Çizelge 3.2.7. Kadınlar ve eşlerinin APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP'ye yönelik tutumları ile karşılaştırılmasına ilişkin dağılım.....	58
Çizelge 3.3.1. Kadınların APTÖ toplam puanının belirleyicileri.....	58
Çizelge 3.3.2. Kadınların APTÖ toplum alt boyutu puanının belirleyicileri.....	59
Çizelge 3.3.3. Kadınların APTÖ yöntem alt boyut puanının belirleyicileri.....	59
Çizelge 3.3.4. Kadınların APTÖ gebelik alt boyut puanının belirleyicileri.....	60
Çizelge 3.3.5. Eşlerin TİAÖ, YİAÖ, GİAÖ alt ölçek ve APTÖ toplam puanlarının belirleyicileri.....	61

1.GİRİŞ

Ülkemizde nüfus artış hızının, planlanmamış gebeliklerin, anne ve bebek ölüm oranlarının yüksekliği nedeniyle Aile Planlaması (AP) halen temel sağlık konularındandır (Akyıldız 1999, Koyuncuer 2004, Kaynar ve ark 2008, Çayan 2009). Ülkelerin AP hizmetlerine gereksinimlerinin ele alınmasında nüfus artışı belirleyici olmaktadır (Örsal 2006). Hızlı nüfus artışı özellikle gelişmekte olan ülkelerde, gıda maddelerine, konut, sağlık ve eğitim hizmetlerine olan talebi artırmakta, kalkınmayı güçleştirmekte ve gerekli olanakların sağlanamaması nedeniyle insanların en temel gereksinimlerinin karşılanamamasına sebep olmaktadır (Çalı 1997, Akyıldız 1999, Şankazan ve Yıldız 2002, Saygılı 2006). Aşırı doğurganlığın olduğu ülkelerde; erken evlenme, adölesan gebelikler, ileri yaş gebelikleri, istenmeyen gebelikler, yüksek riskli gebelikler, iki yıldan kısa aralıklarla ve çok sayıda olan gebeliklerin görülme sıklığı fazladır (Babadağlı ve Şahin 2006). Türkiye nüfusunun 2025 yılında 88 milyona ulaşması beklenmektedir (TÜİK 2008). Türkiye’de 2000 yılı nüfus sayımına göre, yıllık nüfus artış hızı binde 18,2 iken (Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006), 2008 yılında binde 13,1’e gerilemiştir (TÜİK 2008). Türkiye nüfus artışı bakımından dünyanın ilk on ülkesi arasında yer almaktadır (Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006). Bu veriler günümüzde doğurganlığa bağlı nüfus artışının hala fazla olduğunun göstergesidir.

Dünyada nüfus, kalkınma ve doğurganlık arasında kurulan ilişki, önce “nüfus planlaması”, ardından “doğum kontrolü” ve “aile planlaması” kavramlarının gelişmesine neden olmuştur. Günümüzde ise “aile planlaması” kavramı yerine "üreme sağlığı" kavramı kullanılmaktadır (AÇSAP 2005). Üreme sağlığı kadın, erkek, genç, yaşlı tüm bireyleri ilgilendirir ve herkes için bir haktır (Şimşek 2005). Sağlıklı bir üreme ve cinsel yaşam için, cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve insan haklarına saygı vazgeçilmez koşullardır (Ergör 2003, Akın 2009). Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD-International Conference on Population and Development) kapsamında gündeme getirilen üreme sağlığı yaklaşımında en büyük yenilikler; üreme sağlığının her iki cinsiyeti ilgilendirmesi ve mutlaka yaşam boyu yaklaşımı ile ele alınması ve erkeklerin üreme sağlığı/cinsel sağlığın her aşamasında katkı ve katılımlarının sağlanmasıdır (Özcebe ve Akın 2003, Şimşek 2005). Tüm bireyler ve çiftler, çocuklarının sayısı, aralık ve zamanlaması konusunda, hiçbir

ayrımcılık, şiddet, baskı olmaksızın, özgürce ve sorumlulukla karar verme; bunun için gerekli bilgi ve olanaklara sahip olma, en yüksek standartta cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişebilme hakkına sahiptir (Akgün ve Bakar 2006).

TNSA 2003 verilerine göre herhangi bir yöntem kullanan kadınların oranı % 71,0, modern yöntem kullananlar % 42,5 ve geleneksel yöntem kullananlar % 28,5 iken, TNSA 2008 verilerine göre ise herhangi bir yöntem kullananların oranı % 73,1'e, modern yöntem kullananların % 46,0'a yükseldiği, geleneksel yöntem kullananların oranının % 27,1'e düştüğü, toplam AP talebinin % 79 olduğu ve bu talebin % 92'sinin karşılandığını saptanmıştır. Ancak halen kadınların % 14,9'unun gebelik istemediği halde gebelik riski altında olduğu bildirilmiştir (TNSA 2008). Bu bilgiler doğrultusunda AP uygulamalarının hala istenen düzeyde olmadığı söylenebilir.

Ülkemizde kadınların hemen hemen tamamı AP yöntemlerini bilmelerine rağmen; modern yöntemleri kullanımlarının istenen düzeyde olmaması bireylerin modern yöntemlere karşı olumsuz tutum içinde olmalarına bağlı olabilir. Tutumun olumlu veya olumsuz olmasının AP yöntemi kullanmayı etkilediği bilinmektedir. Etkili yöntemi tercih etmenin yaygınlaştırılması, tercih için mevcut tutum ve belirleyicilerinin incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bireylerin AP yöntemi kullanmasını etkileyen tutumların ortaya çıkarılması, AP hizmetlerinin planlamasına katkıda bulunacak önemli bir unsurdur (Örsal 2006, Tanrıverdi ve ark 2008, Ayaz ve Efe 2009).

Bireyler AP yöntemleri ile ilgili bilgiler edinirler, bu bilgileri duygusal olarak kendilerine uyarlarlar, en sonunda da bilgileri konusunda edindikleri tutumları olumlu ya da olumsuz davranışa dönüştürürler. Bireyler sahip oldukları bilgileri, davranışa dönüştürme aşaması boyunca çevreden gelen tepkilere de cevaplar vermektedirler (Çayan 2009). Hizmet sunumunun geliştirilmesi için, bireylerin AP hizmetini almasını etkileyen tüm faktörler dikkate alınmalıdır. Bu faktörler; yasa, politika ve programlar, AP'ye ilişkin bilgi, sağlık hizmetinin sunumunda ve alımındaki genel sorunlar, din, AP yöntemlerine ilişkin duygular, aile tipi, tarım veya endüstri toplumu olma, kadın hareketleri, geleneksel inanışlar vb. olarak sayılabilir (Örsal 2006, Çiftçioğlu 2009, Memmel ve Gilliam 2010).

Sağlık personeli, AP hizmetini sunarken, kişinin hizmet alma ya da almama nedenlerini ortaya çıkarmalı, bireyin tutumunu belirleyip, AP'ye yönelik istendik davranışa ulaşmaya çalışmalıdır. Bireylerin AP yöntemlerinin seçiminde tutumlarının bilinmesi, sağlık personellerinin AP eğitimi ve danışmanlığı verirken, tutumları dikkate alarak davranış değiştirme yönünde danışmanlık hizmetlerini sürdürmesini sağlayacaktır.

Bu çalışma, evli kadınlar ve eşlerinin AP'ye yönelik tutumlarını ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla planlanmıştır.

1.1. Aile Planlaması ve Yararları

AP, bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri zaman ve sayıda çocuğa sahip olmaya, doğumların arasını belirlemeye serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları diğer bir deyişle doğurganlığın düzenlenmesi için sunulan hizmetlerin tümüne verilen isimdir (Aksu 2008, Arviş 2008, WHO 2011). AP; “Doğum Kontrolü” ve “Kontrasepsiyon (gebeliğin önlenmesi)” ile aynı anlamda kullanılan terimlerdir. Ancak AP terimi gebeliği önleyen, infertiliteye çözüm arayan, gebelik zamanını düzenleyen ve eşlerin çocuk sahibi olmalarını etkileyen sosyal, psikolojik, ekonomik, fiziksel ve dini durumları değerlendiren daha geniş kapsamlı bir kavramdır. Kontrasepsiyon ve doğum kontrolü ise sadece gebelikten korunmayı açıklayan terimlerdir (Taşkın 2007).

AP ailedeki kişi sayısını sınırlandırma gibi bir anlam taşımaz. Çocuk sahibi olma konusunda aileler tamamen serbest olup, kendi iradeleri ile istedikleri en uygun zamanda, bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olabilirler. AP'nin temel amacı; kadınların, eşlerin ve çocukların yaşam standartlarını geliştirmek ve ailelerin bilinçli olarak hem aile, hem ülke menfaatlerini düşünerek sorumluluk taşıyarak karar vermelerini sağlamaktır (Akyıldız 1999, Koyuncuer 2004, Kaynar ve ark 2008).

Çok sık gebelikler sonucu, doğuma bağlı olarak anne ve çocukların sağlığına olabilecek olumsuz etkileri önlemek, oluşan olumsuz etkilerin giderilmesine yardım etmek, sağlıklı çocuklar yetiştirmek, doğurganlık çağındaki bireyleri üreme ile ilgili konularda bilgilendirmek onların bu dönemlerini sağlıklı geçirmelerine yardımcı olmak, bu konuda gerekli eğitim yapıp uygulama olanaklarını sağlamak, gebelikler arasındaki süreyi ayarlamak, istenmeyen gebeliklere engel olmak, aşırı doğurganlığı

önlemek ve çocuk sahibi olmayan ailelere yardım etmek, yol göstermek, hızlı nüfus artışını yavaşlatarak nüfusun niteliğini iyileştirmek böylece toplumun sağlıklı olmasını sağlamak AP'nin hedefleri arasında yer almaktadır (Taşkın 2007, Aksu 2008, Kaya ve ark 2008).

Bu hedeflere ulaşmakla AP sağlık açısından şu yararları sağlamış olur (Taşkın 2007):

- Fetus, bebek ve çocuklarda hastalık ve ölüm hızlarını düşürür,
- Çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden daha iyi gelişmelerini sağlar,
- Annenin fizik ve ruh sağlığını korur,
- Aile düzeninin bozulmasını önler,
- Başarılı AP programları anne ve çocuk ölümlerini önemli ölçüde azaltmaktadır.

Her yıl binlerce anne ve çocuk, AP uygulamalarından yeterince yararlanamadıkları için ölmektedirler. Bu anne ve çocuk ölümleri, çok genç ve ileri yaşta, çok sık aralıklarla ve fazla sayıda yapılan doğumlardan kaynaklanmaktadır. AP'nin istenmeyen gebelik sonucu doğan çocuklardan kaynaklanan eğitim ve sağlık hizmetlerine olan talebi sınırlayarak topluma ve ekonomik gelişmeye katkı sağlayacağı ve toplumun yaşam niteliğinin düşmesine neden olan hızlı nüfus artışının getireceği sorunları önleyebileceği de unutulmamalıdır (Taşkın 2007).

1.2. Aile Planlamasının Tarihsel Gelişimi

Gebeliği önleme çabalarının insanlık tarihi kadar eski olduğu sanılmaktadır. İnsanlar gebeliğin cinsel ilişki sonucu ortaya çıktığını anladıklarından bu yana, çeşitli usullerle bunu önleme çabalarına da girmişlerdir. Bu konuda yazılı en eski, MÖ 2700 yılında Çin'de yazılmış olan bir tıp kitabındaki gebeliği önleme ve düşük yaptırmaya ilişkin reçetelerdir (Akın ve Özvarış 2006). İlk çağlarda gebeliğin oluşumunda erkeğin rolünün olmadığı sanıldığından, kadınların tamamen kendilerinden kaynaklandığını düşündükleri bu olayı önlemek için bazı mistik davranışlara ve ibadetlere başvurdukları bilinmektedir (Aksu 2008). AP yöntemlerine ilişkin yazılı belgeler Mısır'daki Kahun veya Petri papirusu (MÖ 1850) ve Elbers papirusunda (MÖ 1500) tanımlanan çeşitli vajinal tamponlar da yine konu ile ilgili tarihi belgelerdir (Akın ve Özvarış 2006, Özlüce 2006, Doğan 2008).

Sonraki zamanlarda gebeliğin oluşmasında erkeğin rolü saptanmış ve hatta Hipokrat döneminde uterus içine yerleştirilecek bazı maddelerin gebeliği önleyebileceğine ilişkin bilgiler vardır. Ancak aşırı doğurganlığın önlenmesinin bilinçli olarak ele alınması 1870'lere rastlamaktadır. Çağlar boyunca bilimin hızla ilerlemesine paralel olarak yeni yöntemler keşfedilerek denenmiş ve kullanılmıştır. Nüfus yönünden AP'ye ilk yaklaşan Aristo olmuş ve Aristo'dan sonra 1750'lerde aşırı doğurganlığı önleme çabaları yaygınlaşmıştır. 19. yüzyılda endüstri çağına giren ülkelerde konu yaygınlaşmış, halka AP yöntemlerinin öğretilmesini ilk savunan İngiliz papazı Jeremy Bentham olmuştur. Richard Carlile, yöntemleri öğreten bir kitap yayınlamıştır. 1882'de Hollanda'da ilk AP kliniği açılmıştır. 1950'de Amerikan Aile Planlaması kurulmuş ve bu daha sonra Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (International Planned Parenthood Federation-IPPF)'na dönüşmüştür. İran, İbrani, Arap, Yunan ve Roma yayınlarında vajene yerleştirilen katranlı lahana yaprağı, sedir yaprağı, sünger gibi maddelerden bahsedilmektedir. İbranilerin koitus interruptusunu kullandıklarına ilişkin belgeler vardır. M.S. 2. yüzyılda Soranus adlı Romalı hekim yağ ve zatk emdirilmiş serviks tıkacını önermiş ve yanlıta olsa takvim yönteminden bahsetmiştir (Aksu 2008).

Kondom, ilk defa 1564'te İtalya'da Gabriella Follopius tarafından önerilerek, gebelikten koruyucu olarak kullanılmıştır. 1838'de Wilde, servikal başlığı, 1880'de Mesigna, diyaframı bulmuştur. Spermisitlerin kullanıma sunulması 1885'lerde gerçekleştirilmiştir. Rahim içi araçlara (RİA) ilişkin bilgiler oldukça eskidir. M.Ö. Arapların develerin uteruslarına gebe kalmalarını önlemek için taş yerleştirdikleri bilinmektedir. İlk RİA tanımı 1909'da Almanya'da Richard Richter, 1929'da Grafenberg tarafından yapılmıştır. Hormonal yöntemlerin tarihi ise oldukça yenidir. İlk sentez 1952'de Colton tarafından yapılmıştır. Rock, Pincus ve Garcia'nın 1956 ve 1958'deki yayınlarından sonra oral hapların üzerinde daha da yoğun çalışılmaya başlanılmış, daha sonraları da implant ve enjeksiyon şekilleri, cerrahi sterilizasyonun da daha basit kolay teknikleri geliştirilmiştir (Akın ve Özvarış 2006, Aksu 2008, Doğan 2008).

1.3.Türkiye'nin Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması

Türkiye 1923 yılından sonra doğurganlığı özendirici (pronatalist) bir politika izlemiştir. 1955-1960 yılları arasında nüfus artış hızının % 3'e ulaşması, isteyerek

yapılan düşüklerin artışı ve anne ölümlerindeki artışı beraberinde getirmiştir. Özellikle isteyerek düşüklere bağlı anne ölümlerinin artması, anne ölümlerini de azaltabilmek için nüfus politikalarının doğurganlığın azaltılması yönünde değiştirilmesi gereğini ortaya koymuştur (AÇSAP 2007). 1965 yılında doğurganlığın azaltılması yönünde (antinatalist) bir politika benimsenmiş ve 557 no'lu ilk nüfus planlaması yasası kabul edilmiştir. Bu yasaya göre; AP yöntemleri ile ilgili bilgi ve eğitim verilmesi, cerrahi sterilizasyon yöntemleri hariç tüm AP yöntemlerin sunulması ve yalnızca tıbbi nedenlerle isteyerek düşüklere ve cerrahi sterilizasyona izin verilmesi konuları yasal hale gelmiştir. Bu yasadan sonra AP yöntemi kullanımı artmıştır. Ancak yasal olmamasına karşın isteyerek düşüklere giderek arttığı görülmüş ve provoke düşüklere bağlı anne ölümleri görülmeye devam etmiştir. 1965'te yürürlüğe giren yasanın Türkiye'de isteyerek düşüğü önlemede yetersiz kaldığı düşünülerek 1983'te 2827 no'lu İkinci Nüfus Planlaması Yasası kabul edilmiştir. Halen günümüzde bu yasa geçerlidir. Bu yeni yasa; on haftaya kadar olan gebelikler isteğe bağlı olarak sona erdirme, on haftanın üzerindeki gebeliklere tıbbi nedenlerle sona erdirme ve uzman denetimi altında eğitilmiş pratisyenlere menstrüel regülasyon, hemşire ve ebelerle RİA uygulaması, erkek ve kadınlara gönüllü cerrahi sterilizasyon izni verilmiştir. Yasada, AP konusunda sektörler arası işbirliği sağlanması da vurgulanmaktadır (AÇSAP 2007, Çiftçioğlu 2009).

2827 sayılı yasanın ardından kısa bir süre isteyerek düşük hızları artmaya devam etmiş ancak 1990 yılından sonra azalmaya başlamıştır. İsteyerek düşük hızları "100 gebelikte" 1983 yılında 12,1 iken, 1988'de 23,6, 1993'de 18, 1998'de 14,5, 2003'de 11,3 ve 2008'de 10'dur (AÇSAP 2007, TNSA 2008).

1.4. Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş

Kadının üremeye ilişkin özellikleri ve fonksiyonları "Kadın Sağlığını" çok özel bir konuma getirmektedir (Akın ve Özvarış 2006). Kadınlar, doğurganlıkları ile insan neslinin devamını sağlamış, aynı zamanda üretkenlikleri ile de çalışma yaşamında yer alarak ekonomiye katkıda bulunmuşlardır. Bu nedenle kadının aile içinde ve toplumda sahip olduğu yerin önemi tartışılmazdır. Kadın, toplum içerisinde bir birey olmanın yanında; evde anne olmak, eş olmak ve ev kadını olmak gibi sorumluluk gerektiren birçok göreve sahiptir. Toplumsal cinsiyetten kaynaklanan rol dağılımı açısından da kadına, benzer rol ve sorumluluklar yüklenmektedir.

Toplumsal cinsiyet kalıbı, hemen hemen tüm kültürlerde kadının daha çok aleyhine bir eşitsizliği de beraberinde getirmiştir. Bu eşitsizlik nedeniyle kadın, tarih boyunca baskılanan ve yönetilen konumda olmuş, eğitim, çalışma hayatı, sağlık gibi alanlarda geri plana itilmiştir (Şahiner 2007). Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının en çarpıcı sonucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada ortaya çıkmakta, kadının statüsünün düşük olması en fazla doğurganlık davranışını etkilemektedir (Akın ve Özvarış 2006). Kadınların eğitim, sosyal, ekonomik ve yasal haklar açısından maruz kaldığı toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri onların başta üreme sağlığı olmak üzere psikososyal sağlıklarını da olumsuz etkilemektedir (Taşkın 2007). Üreme sağlığı kavramı uzun yıllardır kadın ve sağlık konularıyla ilgilenenlerin yanı sıra, nüfus, kalkınma ve haklar alanını tartışanların da önemli bir teması olmuştur (Ergin 2008).

Son dönemlerde, sağlık alanında önemli gelişmeler sonucunda; beklenen yaşam süresi artmış, anne ve çocuk ölümlerinde azalma kaydedilmiştir. Ancak, bu olumlu gelişmelerden tüm insanlar eşit şekilde yararlanamamıştır, halen de yararlanamamaktadır. Bölgelerarası ve kır-kent farklılığının yanı sıra, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yoksullar, sağlık riski en yüksek grubu oluşturmaktadır. Başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünya 1960'lı yıllarda, kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusuna odaklanmaya başlamıştır. 1970'lerde demografi ağırlıklı yaklaşım, 1980'lerde yerini sağlıkla ilgili kaygılara, 1990'larda ise, artık insanların hakları ve ihtiyaçları üzerine odaklanmaya bırakmıştır. Bu süreçte; Bükreş'te (1974), Mexico City'de (1984) ve Kahire'de (1994) yapılan üç büyük konferansta, nüfus ve AP'nin, genel kalkınma çabalarının ayrılmaz bir parçası olduğu ortaya konmuştur (AÇSAP 2005). Üreme sağlığı kavramında haklar boyutunun ağırlık kazanması süreci ise 1994'te ICPD ile ivme kazanmıştır. Üreme sağlığında “ hizmete erişimin” öneminin kavranması da bu döneme rastlar (Ergin 2008). Dünya Sağlık Örgütü üreme sağlığını, “Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır” şeklinde tanımlamıştır. Üreme Sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları ve üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir. ICPD Konferansı'nın sonuçları daha sonra, 1995'de Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı'nda da bir kez daha vurgulanmış ve bu konferanslardan sonra eylem programları

hazırlanmıştır. Eylem programlarının ana konularını; kalkınma ve nüfus ilişkisi, kadınların güçlendirilmesi, cinsiyetler arası eşitliğin ve hakkaniyetin sağlanması, kadınlara yönelik şiddetin önlenmesi, üreme sağlığı ve AP, kız çocuklar, gençler ve yaşlılar oluşturmuştur. Eylem Programı'nda ayrıca, AP çalışmalarının, daha geniş bir kavram olan “Üreme Sağlığı” içerisine dahil edilmesinin gereği vurgulanmıştır. Üreme sağlığı hizmetlerinin, temel sağlık hizmetleri aracılığı ile uygun yaştaki herkese sağlanması şart koşulmuştur (AÇSAP 2005). Bunun yanında; ülkelerin üreme sağlığı kapsamı içinde mutlaka ele alması öngörülen konular içerisinde; zararlı geleneksel uygulamalar, istenmeyen gebelikler, sağlıksız düşükler de yer almaktadır (Taşkın 2007). Üreme sağlığı ile amaçlananlar ise üreme sağlığı ve AP ile ilgili ihtiyaçları karşılamada bireylere yardımcı olmak, istenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmak, erkeklerin katılımını artırmak, emzirmeyi teşvik etmek, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) ve komplikasyonlarını önlemek, cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterince gelişmesini sağlamak, kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak, gençlere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirme, hizmet ve danışmanlık sağlamak ve erken yaştaki gebelikleri azaltmaktır (AÇSAP 2005).

ICPD'de ele alınan kavramlardan biri de “Üreme hakları” olmuştur. Üreme hakları; insanların üreme yeteneğine ve bunu ne zaman ve nasıl gerçekleştireceklerine karar verme özgürlüğüne sahip oldukları anlamına gelmektedir. Bu kapsamda; bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri ve adolesan dönemden başlanarak, postmenapozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır (Okçay ve Öztürk 2003, AÇSAP 2005).

1.5. Üreme Sağlığına Erkeklerin Katılımı Ve Önemi

Aşırı doğurganlığı azaltmak ve AP hizmetlerinde istenilen başarıya ulaşabilmek için erkeklerin AP konusunda sorumluluk almaları önemlidir (Şankazan

ve Yıldız 2002, Depe ve Erenel 2006). Son zamanlarda erkeklerin katılımı ve desteğinin herhangi bir üreme sağlığı girişimi için temel olduğu kavranmış olup, onların katılım ve desteğini kazanmak için bilgi, eğitim ve iletişim örgütlenmeleri oluşturulmaya başlanmıştır (Ceylan ve Tekbaş 2000).

Üreme, çiftlerin her ikisinin de katılımıyla olanaklı olmasına karşın, üreme sağlığı ile ilgili sorumlulukları dünyanın birçok yerinde sadece kadınlar yerine getirmektedir (Göçgeldi 2009). Benzer şekilde ülkemizde de üreme sağlığı hizmetlerinde hep kadınlar hedef alınmış ve erkek nüfusu hedef alan programlar hazırlama düşüncesi hayata geçirilememiştir (Akın ve Sevencan 2006, Göçgeldi 2009). Erkeklerin ideal aile büyüklüğü, cinsiyet tercihleri, ideal doğum aralıkları, AP yöntemlerini kullanma gibi konulardaki bilgi ve tutumları eşlerin doğurganlık davranışlarında belirleyici olmaktadır (Özvarış 1997, AÇSAP 2005). Gebeliği yaşayanların kadınlar olması, AP yöntemlerinin çoğunun kadınlara yönelik tasarlanması, üreme sağlığı hizmetlerinin sıklıkla ana ve çocuk sağlığı merkezlerinin parçası olarak sunulması AP programlarının geleneksel olarak kadınları hedef almasına yol açmaktadır. (Akın ve Sevencan 2006). Müdahalelerin erkekleri hedeflemesindeki eksiklikler üreme sağlığı programlarının yeterince etkili olmamasına neden olmuştur (Göçgeldi 2009). ICPD’de üreme sağlığının her iki cinsiyeti ilgilendirdiği ve erkeklerin üreme sağlığı/cinsel sağlığın her aşamasında katkı ve katılımlarının sağlanması gerektiği gündeme getirilmiştir (Özcebe ve Akın 2003, Şimşek 2005). Erkeklerin çocuk yetiştirme, AP, CYBH, yüksek riskli gebelikler ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi konularında sorumluluk almaları gerektiği vurgulanmış, üreme sağlığına yönelik stratejilerin, erkeklerin farkındalığını arttırmaya, üreme sağlığı hizmetleri araçlarına erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik amaçları içermesi gerektirdiği vurgulanmıştır (Günay ve ark 2007, Göçgeldi 2009).

Türkiye nüfusunun % 51’ini oluşturan kadınlar % 49’unu oluşturan erkekleri sayıca aşmaktadır. Türkiye’de hane halkı reisleri ağırlıklı olarak erkeklerdir. Hane halklarının sadece % 13’ünde hane halkı reisi kadındır (TNSA 2008). Dünyada da Türkiye’de olduğu gibi, aile ilgili tüm konularda ve AP yöntemlerinin tercihi konusunda da temel karar verici erkektir (Göçgeldi 2009). Ülkemizdeki aile yapısı, AP yöntemi kullanılması ve hizmetin yaygınlaştırılmasını engelleyen, güçlü kültürel öğeler içermektedir. Aynı zamanda aile içi ilişkilerdeki otoriter ve ataerkil yapı bütün konularda olduğu gibi AP yöntemi kullanma konusunda da erkeğin onayının

alınmasını zorunlu kılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin büyük bir bölümü AP sorumluluğunun çiftlerin paylaşımında olduğunu kabul etmekle birlikte, AP yöntemlerini kadınların kullanması gerektiğine inanmaktadırlar (Altay ve Gönener 2009).

Ülkemizde AP'ye erkeklerin katılımı yeterli düzeyde değildir (Göçgeldi 2009). Erkeklerin üreme sağlığına katılımının önündeki en büyük engellerden birisi, bu konuda bilgilerinin yetersiz oluşudur (Günay ve ark 2007, Göçgeldi 2009). AP hizmetlerinde başarıya ulaşabilmek için hizmet sunumunda erkeklerin de hedef grup içinde yer almasının sağlanması gerekmektedir. Erkeklerin AP konusunda olumlu yaklaşım içinde ve kadının yanında bulunması kadınların AP hizmetlerine ulaşabilmelerini ve kullanabilmelerini kolaylaştıracak, bunun sonucunda hizmetlerde kullanılabilirlik ve devamlılık sağlanacaktır (Depe ve Erenel 2006, Günay ve ark 2007, Göçgeldi 2009). Erkeklerin AP'ye katılımı, kendilerine yönelik yöntemleri (kondom, vazektomi) daha çok kullanmaları ve eşlerini AP yöntemi kullanımı konusunda desteklemeleridir (Günay ve ark 2007). Erkeklerin AP yönteminin kullanımına karar verme sürecinden başlayarak yöntemin seçimi, kullanımı ve izlemi aşamalarında kadınlarla birlikte hareket etmesi çok önemlidir (Altay ve Gönener 2009). AP'de erkek, eşinin AP yöntemi kullanımını yönlendirebilir, destekleyebilir veya kendisi bu yöntemlerden birisini kullanabilir, bir eş ve bir baba olarak eşinin ve aile bireylerinin ihtiyaçlarının daha çok farkında olabilir, çocuklarının geleceği konusunda daha iyi planlar yapabilir (Göçgeldi 2009). Eşlerinin yöntemlerini düzenli kullanmasını ve sağlık kurumuna düzenli gitmesine olanak sağlayabilir. Ayrıca, klinik ziyaretler sırasında çocuklarla ilgilenmede eşlerine yardımcı olabilirler. Düzenli kondom kullanımı ile CYBH'nin bulaşmasının önlenmesinde de önemli rol oynayabilirler. İstenilen sayıda çocuk yapılması konusunda sorumluluğu paylaşarak, eşlerinin yüklerini azaltarak çocukların ruhsal gelişimine katkıda bulunabilirler. AP konusundaki kararlar, kimi zaman eşler arasında yeterli iletişim olmadan verilmektedir. Eşler arasındaki iletişimin geliştirilmesi yönündeki çabalar, hem kadının, hem de erkeğin gereksinimini karşılayacak bir yöntem seçilmesini sağlayacaktır (Şankazan ve Yıldız 2002, Altay ve Gönener 2009).

Erkeklerin tutumları, kadının üreme sağlığı ile ilgili kararlarında, kullanılacak AP yöntemlerinin belirlenmesinde etkili olmaktadır. Örneğin 1998 TNSA'ya göre evli çiftlerin % 6'sında herhangi bir AP yöntemi kullanımı kadın onaylamasına

karşın erkek onaylamamaktadır. 2008 TNSA verilerine göre; AP yöntemi kullanımında % 62, isteyerek düşükler konusunda % 48 olmak üzere kararlar çiftler tarafından ortak alınmıştır (TNSA 2008). Kadınların AP yöntemi kullanımını; kadının ve eşinin eğitim durumu, sahip olunan çocuk sayısı, aile yapısı, erkeklerin AP'ye bakış açısı, eşin veya aile büyüklerinin onaylamaması gibi birçok faktör etkilemektedir (Depe ve Erenel 2006, Göçgeldi 2009).

Gelişmiş ülkelerde mevcut yöntemlere karşı gelişen memnuniyetsizlik durumları, erkekler için yeni yöntem arayışlarına neden olmaktadır (Darroch 2008). 2008 TNSA'ya göre gelecekte AP yöntemi kullanmak istemeyen kadınların kullanmak istememe nedenleri arasında % 0,9 oranında eşlerin karşı olması saptanmıştır (TNSA 2008). AP yöntemlerinin tamamına yakının kadınlara yönelik olmasına karşın, işbirliğini gerektiren yöntemler; kondom, vazektomi ve geri çekmedir (Şankazan ve Yıldız 2002). Erkeğin katılımını gerektiren AP yöntemlerinin kullanımına bakıldığında geri çekme TNSA 2003'te % 26,4, 2008'de % 26,2; kondom TNSA 2003'te % 10,8, TNSA 2008'de % 14,3; takvim yöntemi 2003'te % 1,1, 2008'de % 0,6; vazektomi % 0,1 sıklıkta kullanılmaktadır (TNSA 2008).

1.6. Aile Planlaması Yöntemleri

Bir kadının 15-49 yaş doğurganlık dönemi boyunca; gebelik zamanlarını planlayarak istediği zaman gebe kalıp istemediği zamanlarda korunabileceği ve güvenle kullanabileceği yöntemi seçerken mutlaka etkili bir danışmanlık hizmeti verilmesi ile kadının bu uzun dönemi sıkıntısız, sağlıklı ve mutlu geçirmesi amaçlanmalıdır (AÇSAP 2007).

AP yöntemleri doğurganlığa etkileri açısından etkili ve etki derecesi sınırlı yöntemler olmak üzere iki grupta incelenir:

Etkili yöntemler: Hormonal kontraseptifler, RİA, kondom, diyafram, servikal başlık ve cerrahi sterilizasyondur.

Etki derecesi sınırlı yöntemler: Takvim yöntemi, geri çekme, vajinal duş ve spermisitlerdir (Taşkın 2007).

1.6.1. Hormonal Kontraseptifler

Kombine oral kontraseptifler (KOK)

Östrojenin (etinilestradiol) ve progesteronun (norgestrol) sentetik formlarından oluşmaktadır (Aksu 2008). 21, 22 ve 28 günlük paketler halinde hazırlanmıştır (Köseli 2006, AÇSAP 2007). Ülkemizde 30 mikrogram etinil östradiol içeren ve 21 günlük tabletler Sağlık Bakanlığı kurumlarında ücretsiz olarak verilmektedir (Lo-ovral, microgynon, lofemenal) (Aksu 2008). Monofazik preparatlarda KOK'ların içeriği her günlük hap için aynıdır. Multifaziklerde ise hapların içeriği günlere göre değişmektedir (Köseli 2006, AÇSAP 2007).

Etki Mekanizması: Folikülü stimüle edici hormon ve lüteinize edici hormonu baskılayarak ovulasyonu önler. Tüplerin motilitesini arttırarak ovumun taşınmasını hızlandırır. Uterus içindeki endometriyumun fonksiyonlarını değiştirerek ödem alanlarının oluşmasına neden olur. Servikal mukusun geçirgenliğini azaltır, progesteronun servikal gland salgısını kolaylaştırarak spermlerin uterus içine geçmesini önler (Taşkın 2007).

Olumlu Yönleri: Son derece etkilidir (% 99,9). Bırakıldığında hemen gebe kalınabilir. Adeti düzenler ve anemi riskini azaltır. Adet öncesi gerginlik ve dismenoreyi azaltır. İyi huylu meme hastalıklarından, over kistlerinden, over kanserinden ve endometriyum kanserinden korur. Romatoid artrit ve kolon kanseri riskini azaltır. Osteoporoz ve buna bağlı kemik kırılmalarını önler (AÇSAP 2007, Aksu 2008).

Olumsuz Yönleri: İlk üç ayda; bulantı, kusma, baş ağrısı, memelerde hassasiyet, adetler arasında lekelenme, ilk dört ayda venöz tromboemboli görülebilir (AÇSAP 2007).

Tehlike Belirtileri: Şiddetli karın ağrısı, göğüs ağrısı, baş ağrısı, uyluk ya da bacak ağrısı, nefes darlığı, ani görme kaybı ya da bulanık görme ve konuşma bozukluğu durumlarında hemen doktora başvurulmalıdır (AÇSAP 2007, Aksu 2008).

Kombine enjekte edilen hormonal kontraseptif yöntemler

Doğal östrojen ve progesteron olarak “östradiol valerate 5mg+ noretisteronenantate 50mg” (Mesigyna) ve “östradiol cypionate 5 mg +

medroxyprogesteron asetat 25 mg” (Cyclofem) içeren iki preparatı bulunmaktadır. Türkiye’de sadece mesigyna 1997 yılından beri kullanımdadır (AÇSAP 2007).

Etki Mekanizması: Ovulasyon baskılanır. Progesteronun etkisiyle servikal mukus kalınlaşarak spermelerin geçişi engellenir. Endometriyum incelerek implantasyona elverişsiz hale gelir. Tuba motilitesi değişerek sperm geçişi azalır (Aksu 2008).

Olumlu Yönleri: Doğru kullanıldığında son derece etkilidir (% 99,9). Bırakıldığında hemen gebe kalınabilir. Kullanımı kolaydır. Menarştan menopaza kadar kullanılabilir. Over kistlerinden ve over kanserinden korur (AÇSAP 2007, Aksu 2008).

Olumsuz Yönleri: Adet düzeninde aksama, baş ağrısı, baş dönmesi, halsizlik, yorgunluk, memelerde hassasiyet ve kilo artışı olabilir (AÇSAP 2007).

Tehlike Belirtileri: Enjeksiyon yapılan yerde ağrı, kızarıklık ve şişlik görülürse, adet gecikmesi, şiddetli karın ağrısı, göğüs ağrısı, baş ağrısı, uyluk ya da bacak ağrısı, nefes darlığı, ani görme kaybı ya da bulanık görme ve konuşma bozukluğu durumlarında hemen doktora başvurulmalıdır (Aksu 2008).

Vajinal halkalar (Vajinal ringler)

İnce, transparan (renksiz) ve kişinin kendi vajinasına yerleştirebileceği bükülebilen yumuşak bir halkadır. Östrojen ve progesteron içerir ve bu hormonlar vajinal mukozadan emilir. Sadece progesteron içeren tipleri de mevcuttur. Vajinal halkalar; Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD), Food and Drug Administration (FDA) tarafından 2001 yılında onaylanmıştır. Günümüzde ABD, Kanada ve birçok Avrupa ülkesinde kullanılmaktadır. Ülkemizde yaygın kullanılan yöntemler arasında değildir. Ayrıca postpartum dönem kullanımı araştırılan ve sadece 6 mg levonorgesterol (LNG) içeren benzer büyüklükte halkalar da geliştirilmiştir (Yıldırım 2006, Aksu 2008).

Etki Mekanizması: Ovulasyonu inhibe ederek etki gösterir (Mammel ve Gilliam 2010).

Olumlu Yönleri: Kullanımı kolaydır. 3 hafta süresince kalabilir. Kullanılmaya başlandığı ilk aydan itibaren koruma sağlar. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz. Karaciğerden ilk geçiş etkisi olmadığı için metabolik yan etkiler minimize edilir.

Kadın yöntemin kullanımını doğru bir şekilde öğrendikten sonra, gerekli durumlarda istediği zaman bırakabileceği ve yeniden başlayabileceği bir yöntemdir. Böylece kadının kendi doğurganlığı üzerindeki denetimini bir sağlık kuruluşuna gerek olmaksızın yönlendirmesini sağlar. Bırakıldığında hemen gebe kalınabilir (Yıldırım 2006, Aksu 2008, Memmel ve Gilliam 2010).

Olumsuz Yönleri: CYBH ve HIV'e karşı koruyuculuğu yoktur. Reçete gerektirir. Bazen vajenden kendiliğinden dışarı çıkabilir. Hormonal bir yöntem kullanamayan, sık sık vajinal enfeksiyon geçiren ve yöntemin kullanımını öğrenemeyecek durumda olan kadınlar için uygun bir yöntem değildir. Vajinal akıntı ve yabancı cisim reaksiyonu görülebilir (Yıldırım 2006).

Tehlike Belirtileri: Aşırı miktarda ve kötü kokulu vajinal akıntı, aşırı kanama olması durumunda derhal bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır. Yabancı cisim reaksiyonu, cinsel ilişki ile ilgili problemler ve spontan olarak halkanın düşmesi v.b problemler tehlike belirtileridir (Yıldırım 2006).

Transdermal kontraseptif sistem (TCS=Patch'ler)

Kontraseptif bantlar (Ortho Evra), kare üç adet banttan oluşmaktadır. 150 mcg norelgestromin (progesteron) ve 20 mcg ethinyl estradiol (östrojen) hormonu kombinasyonunun deriden kana yayılması ile etki eden bu yöntem; 2002 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Ülkemizde ise henüz kullanılmaya başlanmamıştır (Yıldırım 2006, Aksu 2008, Memmel ve Gilliam 2010).

Etki Mekanizması: Kombine hormonal yöntemlerle aynı yan etkilere sahiptir. Ovulasyonu engeller. Ayrıca servikal mukusu kalınlaştırarak spermelerin uterusu geçişini önler (Yıldırım 2006).

Olumlu Yönleri: Etkinliği yüksektir. Geri dönüşebilen bir yöntemdir. Kullanımı kolaydır. Kullanıcının günlük aktivitesini yürütmesini engellemez. Cinsel ilişkiyi etkilemez. Siklusu düzenli hale getirir. Over ve endometrial kanserlerine karşı koruyucudur (Yıldırım 2006).

Sadece progesteron içeren hormonal kontraseptif yöntemler

Bu yöntemler; Sadece progesteron içeren haplar (minihaplar), Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA-üç aylık enjeksiyon), Noretisterone enantate

(NET-EN- iki aylık enjeksiyon), Levonorgestrel implants (Norplant ve Jadelle), Etonogestrel implants (Implanon), Nestorone (Elcometrine), Nomegestrol acetate (Uniplant, Surplant)'dir (Aksu 2008). Türkiye'de DMPA ve İmplanon bulunmakta ve kullanılmaktadır. Sağlıklı her yaştaki kadın (nullipar ya da multipar) menarştan menopoza dek istediği sürece sadece progesteron içeren hormonal kontraseptifleri kullanabilirler (AÇSAP 2007).

Minihaplar: Noretisteron, norgestrel, levonorgestrol, etinodiol diasetat ve lynetrenol gibi farklı progestinleri içeren çok sayıda preparat mevcuttur. Oral kullanılır. Her gün aynı saatte ve ara vermeden 28 gün düzenli olarak bir tane hap yutulur (Vural ve Gönenç 2006, Aksu 2008).

NET-EN: Noristerat 200mg noretisterone enantate içerir. İki ayda bir kez intramuskuler yolla uygulanır (AÇSAP 2007).

Norplant; Sentetik hormon içeren, yumuşak silikondan yapılmış, her biri 36 mg kristalize levonorgestrel içeren altı ince ve esnek silikon polimer kapsülden oluşan, beş yıl süre ile koruma sağlayan, uzun etkili, geri dönüşümlü, cilt altına uygulanan bir yöntemdir (Aybar ve Tıraş 2006).

Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA): Depo-provera, 150mg medroksiprogesterone asetat içerir. Üç ayda bir intramuskuler yolla uygulanır (Aktün 2006, Aksu 2008).

Etki mekanizması: Servikal mukusu kalınlaştırarak spermelerin geçişini engeller. Ovulasyon baskılanır. Endometriyum incelenerek implantasyona elverişsiz hale gelir (Aksu 2008).

Olumlu Yönleri: Düzenli uygulamalarda koruyuculuğu % 99,7'dir. Kullanımı kolaydır. Endometrium, over kanserinden ve pelvik enfeksiyonlarından korur. Ektopik gebelikleri ve demir eksikliği anemisini önler. Herhangi bir ilaçla etkileşimi yoktur. Emzirmeyi ve cinsel ilişkiyi etkilemez (AÇSAP 2007).

Olumsuz Yönleri: Adet düzensizlikleri, amenore, baş ağrısı, kilo artışı olabilir. Enjeksiyonlar bırakıldığında gebeliğin geri dönüşü son enjeksiyondan sonra ortalama on ay gecikebilir (AÇSAP 2007).

Tehlike Belirtileri: Aşırı adet kanaması, adet düzensizlikleri, enjeksiyonlara başladıktan sonra tekrarlayan şiddetli migren tipi baş ağrıları, görmede bulanıklık, karnın alt bölgesinde şiddetli ağrı ve sarılıktır (AÇSAP 2007).

İmplanon: 68 mg etonogestrel içeren, tek çubuklu, kesintisiz olarak düşük miktarda hormon salıveren (30µg etonogestrel/gün), 3 yıl süre ile koruma sağlayan uzun etkili, geri dönüşümlü, cilt altına uygulanan bir yöntemdir. Tek kapsüllü olduğu için Norplanta göre daha kolay ve daha kısa sürede uygulanır ve çıkarılır. % 100 koruyucu olarak bulunmuştur. Ancak yeni bir yöntem olduğundan, daha uzun süreli kullanımına bağlı araştırma sonuçlarına gerek vardır (AÇSAP 2007, Aksu 2008).

Etki Mekanizması: Ovulasyon baskılanır, progesteronun etkisi ile servikal mukus kalınlaşarak spermelerin geçişi engellenir. Endometrium inceleyerek implantasyona elverişsiz hale gelir (AÇSAP 2007).

Olumlu Yönleri: Kullanılması kolaydır. Menarştan menopoza dek her yaşta güvenle kullanılabilir. Hatırlamayı gerektirmez. Cinsel ilişkiden bağımsızdır. Östrojene bağlı yan etki olmaz. Emzirenler ve sigara içenler güvenle kullanabilir. Çıkarılınca doğurganlık üç ay içinde geri döner (Aksu 2008).

Olumsuz Yönleri: Adet düzensizlikleri, lokal rahatsızlıklar, uygulama ve çıkarma esnasında enfeksiyon, çıkardıktan sonra nedbe, yara izi, baş ağrısı, baş dönmesi, akne, alt karın ağrısı, memelerde dolgunluk ve kilo alma görülebilecek durumlardır (AÇSAP 2007)

Tehlike Belirtileri: Uygulama yerinde ağrı, kızarıklık, hassasiyet, adet gecikmesi, düzensiz ve aşırı vajinal kanama, şiddetli baş ağrısı durumlarında kontrol tarihi beklenmeksizin bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (Aksu 2008).

1.6.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)

RİA, insan organizmasına zarar vermeyen, polietilen yapıda, uterin kaviteye uyacak şekilde yapılmış, geri dönüşümlü, gebelikleri önleme amacıyla rahim içine yerleştirilen küçük, bükülebilir araçlardır. Etkinliğini arttırmak amacı ile üzerine ince bakır tel sarılmış ya da hormon içeren tipleri de vardır. RİA'lar giderek daha popüler bir yöntem haline gelmiştir (Yakut 2009).

Günümüzde bakırlı ve hormonlu olmak üzere iki tip RİA kullanılmaktadır. Türkiye’de kullanılmakta olan bakırlı RİA’lar; T Cu 380-A, Multiload (MLCu 250 ve 375), Nova T (TCu 200 Ag ve 380 Ag)’dir. Ülkemizde hormonlu RİA olarak Mirena piyasada bulunmaktadır (AÇSAP 2007). 1970’lere ait bir yöntem olan progesteronlu RİA metodu, o yıllarda kullanılan sistemin ektopik gebelik insidansında artışa neden olduğu gerekçesi ile piyasadan çekilmesinden uzunca sayılabilecek bir dönem sonra levenorgestrol (LNG) içeren RİA sisteminin geliştirilmesi ile 2000 yılından itibaren yeniden popülerite kazanmıştır. Günlük 20 µg LNG salınımı sağlamaktadır (Berker 2009).

RİA, uzun etkisi, etkinliği, güvenli oluşu, cinsel ilişkiden bağımsız olması, emzirmeye engel olmayışı, yöntem bırakıldıktan sonra doğurganlığın hızla geri dönüşü gibi özellikleri nedeni ile milyonlarca kadın tarafından tercih edilmektedir (Sak ve ark. 2008). RİA, dünyada 187 milyon kadın, diğer bir ifadeyle ise üreme çağındaki kadınların % 18’i tarafından tercih edilen, sterilizasyonu takiben ikinci sıklıkta kullanılan modern bir yöntemdir (Dilbaz 2006).

Etki Mekanizması: RİA’lar ovulasyonu baskılamazlar. Ovarial ve endometrial sikluslar normalde olduğu gibi devam eder. RİA’nın antijen etkisi kuvvetli bir yabancı cisim reaksiyonu oluşturur. Oluşan bu reaksiyon, spermelerin imhasını sağlar. Spermeleri immobilize ederek, vajenden fallop tüplerine geçişlerini engeller. Endometriumda inflamatuvar reaksiyon oluşturarak implantasyonu önler. Uterus içinde immunolojik bir infertiliteye neden olur (Taşkın 2007).

Olumlu Yönleri: Güvenli ve çok etkilidir. Uzun süre korur. Geri dönüşümlüdür. Doğurganlık hemen geri döner. Cinsel ilişkiden bağımsızdır. Emziren kadınlarda kullanılabilir (Aksu 2008).

Olumsuz Yönleri: Uygulaması ve çıkarılması işlemi ağırlı olabilir. Adet kanamalarında değişiklikler olabilir. CYBH’ye karşı korumaz. Hormonlu RİA’larda progesterona bağlı yan etkiler olabilir. RİA’nın yerinden kayması, atılması, nadir de olsa uterus perforasyonu ve pelvik inflamatuvar hastalık riski vardır (AÇSAP 2007).

1.6.3.Bariyer Yöntemler

Cinsel ilişki sırasında spermin kadının vajina veya uterusuna geçmesini engelleyen yöntemlerdir. Gebelikten korumanın yanında CYBH’a karşı koruyucu

etkileri de vardır (Aksu 2008). Kontraendikasyonları yok denecek kadar azdır. Reçetesiz alınıp kullanılabilir (AÇSAP 2007).

Kondom

Kondom çok eskiden beri gebeliği önleme amacı ile kullanılmaktadır. Erkek ya da kadın cinsel organına takmaya uygun, içerisinde genellikle spermisid maddeler bulunan, gebelikten ve giderek yaygınlaşan AIDS ve CYBH'den korunma araçlarıdır (İnal 2006, AÇSAP 2007, Taşkın 2007).

Yaygın olarak kullanılan kondomlar lateks (erkek için olan), poliüretan (kadın için olan) veya koyun barsağından yapılmaktadır. Lateks kondomlar, CYBH'ye karşı en iyi korumayı sağlamaktadır, ancak poliüretan veya lastik olanlar son zamanlarda önem kazanmıştır. Çünkü bunlar latekse oranla daha ince, dayanıklı ve esnektirler, ayrıca cinsel temas sırasında duyarlılığı da azaltmadığı anlaşılmıştır. Koyun barsağından yapılmış olan kondomlar ise gözenekli olduklarından mikroorganizmaların geçişini tam olarak engellemezler (Trussel 2004). Kurallara uygun olarak kullanıldığında erkek kondomu ile istenmeyen gebeliklerden korunma başarı oranı % 97 iken, doğru kullanılmadığında % 86'ya kadar azalmaktadır. Kadın kondomu ile doğru kullanımda oran % 95 iken, doğru kullanılmadığında % 79'lara kadar düşmektedir. Spermisid içeren kondomların koruyuculuk oranları daha yüksektir. Kondomun koruyuculuk oranı doğru uygulanmasına, ikinci olarak kondomun kalitesine bağlıdır (AÇSAP 2007).

Erkek Kondomu: Cinsel ilişki sırasında penise takılan bir kılıftır, spermelerin vajinaya dökülmesini önleyerek gebelikten korur (Aksu 2008).

Olumlu Yönleri: AP'ye erkeklerin katılmasını sağlar, güvenlidir, ucuzdur ve kolay bulunur, erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir, reçete veya tıbbi izlem gerektirmez, AIDS ve CYBH'ye karşı koruma sağlar (İnal 2006).

Olumsuz Yönleri: Cinsel ilişkiye bağımlıdır. Yeterli miktarda kondom bulundurulması önceden planlanmalıdır. Bazı çiftlerde duyarlılığı azaltabilir ve cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir. Lateks materyal yırtılabilir ya da sıyrılabılır. Her cinsel ilişkide yeni bir tane kullanmak gereklidir. Bu da ek maliyet getirmektedir. Kondom kullanımına bağlı yan etkiler ve sağlık sorunları ciddi değildir. En önemli yan etkisi lateks alerjisidir (AÇSAP 2007).

Kadın Kondomu: Kadın kondomu, cinsel ilişki sırasında vajene yerleştirilen bir kılıftır (İnal 2006). Özellikle cinsel eşleri kondom kullanmayan kadınlara CYBH'lerden korunma ve fertilesini kendisinin kontrol etmesi şansını vermektedir. İlk kez 1992 yılında Avrupa'da piyasaya sürülen kadın kondomu günümüzde çeşitli markalarla (Femidom, Reality, Women's Choice) bulunmaktadır (AÇSAP 2007). Kadın kondomları poliüretan bir kılıf ile iç ve dış olarak iki değişik boyda halkadan oluşur. Erkek kondomu gibi spermlerin vajinaya dökülmesini önler (Aksu 2008).

Olumlu Yönleri: İstenmeyen gebeliklerden ve CYBH'lerden korunma sağlaması ve kontrolün kadının elinde olması en önemli olumlu yönleridir. Kadın kondomunu ilişkiden saatlerce önce takabilmektedir. Güvenlidir, hormonal yan etkisi yoktur. Reçete ve tıbbi izlem gerektirmez (İnal 2006, AÇSAP 2007).

Olumsuz Yönleri: Kadın takmakta zorlanabilir. Bu kondomu kullanmak için kadının kendi anatomisini iyi bilmesi gerekir (AÇSAP 2007).

Diyafram

Serviksi mekanik olarak kapatan diyaframlar, kubbe şeklinde, kenarları bükülebilen kauçuktan ya da silikondan yapılmış araçlardır (Taşkın 2007). Diyafram vajen ve servikal kanal arasında mekanik bir engeldir. Daha etkili olması için spermidlerle birlikte kullanılması önerilir (Tatum 1994, AÇSAP 2007).

Kullanıcı yöntemi doğru ve düzenli kullanıyorsa etkinliği yüksektir (Taşkın 2007). Diyafram doğru kullanıldığında istenmeyen gebeliklerden % 94 oranında korunurken, doğru kullanılmadığında koruyuculuğu % 80'e kadar düşmektedir. Türkiye'de sağlık kurumlarında sunulan AP hizmetleri arasında yer almamaktadır (AÇSAP 2007).

Olumlu Yönleri: İstenmeyen gebeliklerden korunma konusunda kontrolü kadına verdiği için özgüveni artırır. Kadınların genital organlarını tanımalarına yardımcı olur. Hiçbir sistemik yan etkisi yoktur, herkes kullanabilir. Serviks kanserinden koruyabilir. Az olarak da CYBH'dan korur (İnal 2006).

Olumsuz Yönleri: Cinsel ilişkiden sonra en az altı saat yerinde bırakılması gerekir. Uygun boy diyaframın belirlenmesi için pelvik muayene gerekir. Kadının kullanmayı öğrenmesi zaman alır (Pernoll 2002, İnal 2006). Nadiren alerjik reaksiyon yapabilir.

Temiz koşullarda takılmaması, temiz saklanmaması ve vajende uzun süre kalması vajinal ve üriner sistem enfeksiyon riskini artırır. Bu nedenle diyaframın çok genç ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük gruplara önerilmemesi gerekmektedir (Taşkın 2007).

Servikal başlık

Diyaframdan daha küçük, daha sert ve yüksek kubbelidir. Serviksin üzerine oturtulur. Vajinal kas tonusu azalmış ya da serviks yapısı çok uzun olan ve bu nedenle diyafram kullanamayan kadınlar servikal başlık kullanabilirler (Aksu 2008). Diyafram kadar etkilidir. Hiç doğum yapmamış kadınlarda doğru kullanıldığında % 91 oranında gebelikten korumada etkili iken, doğru kullanılmadığında bu oran % 80'lere kadar azalmaktadır. Doğum yapmış kadınlarda doğru kullanıldığında etkililiği % 74 iken, doğru kullanılmadığında % 60'lara kadar azalmaktadır. Kullanıldıktan sonra iki gün yerinde kalabilir. Spermisidlerle kullanılması başarıyı etkinliğini arttırmaktadır. Ülkemizde kurumlarda sunulan AP hizmetleri arasında yer almamaktadır (AÇSAP 2007, Memmel ve Gilliam 2010).

Olumlu Yönleri: Servikal enfeksiyonların önlenmesinde faydalıdır. Sistemik bir yan etkisi yoktur. Kadınların genital organlarını tanımalarına yardımcı olur. Gebelikten korunma konusunda kontrolü kadına verdiği için özgüveni artırır. Cinsel eş tarafından hissedilmemektedir. CYBH'a karşı az da olsa koruyuculuğu vardır (İnal 2006).

Olumsuz Yönleri: Uygun boy servikal başlığın belirlenmesi için pelvik muayene gerektirir. Vulva ve vajene dokunulması bazı kadınlar için yerleştirme işlemi itici hale getirebilir. Uzun süre çıkartılmadığında vajinal akıntı ve koku riskini arttırmaktadır (İnal 2006).

Spermisidler

Vajinal spermisidler, sperm hücre membranını tahrip ederek, spermilerin motilitelerini azaltan kimyasal ajanlardır. Spermilerin servikse ulaşmadan etkisiz hale getirilmesi için vajina derinine yerleştirilir (Pernoll 2002, AÇSAP 2007). Farklı formları (vajinal krem, film, köpük, jel, ovül, sünger ve tablet) vardır, genelde tüm formları nonoxsinol 9 gibi spermisidi içerir (Aksu 2008). Tek başlarına da etkilidirler. Ancak kondom veya diyaframla birlikte kullanıldıklarında istenmeyen

gebeliklerden koruma başarısı daha da artmaktadır (İnal 2006). İstenmeyen gebeliklerden koruma oranına bakıldığında, doğru kullanıldığında % 94, doğru kullanılmadığında % 74'lere kadar düşmektedir (AÇSAP 2007).

Olumlu yönleri: Hiçbir sistemik etkisi yoktur. Hemen etkilidir. Emziren veya premenopozal dönemde olan kadınlardaki vajinal kuruluğu azaltır. Bazı CYBH'den koruma sağlar. Reçete ve muayene gerektirmez. Antiviral etkilerinden dolayı serviks kanseri riskini azaltır (Aksu 2008).

Olumsuz yönleri: Genital organlarda yanma ya da irritasyona neden olabilir. Gebeliği önlemedeki etkinliği her cinsel ilişkide ve doğru kullanılmasına bağlıdır. Etkinliği diğer modern yöntemlerden çok daha azdır. Spermisid kolaylıkla ve ucuz olarak temin edilemeyebilir (AÇSAP 2007).

1.6.4. Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon

Gönüllü cerrahi sterilizasyon dünya üzerinde hem erkekler hem de kadınlar arasında yaygın olarak kabul gören AP yöntemlerindedir (Kırca 2006). Cerrahi sterilizasyon kadında ovumun, erkekte spermin geçtiği kanalların cerrahi bir yöntemle kapatılması işlemidir (Taşkın 2007). Kadınlarda tüp ligasyonu, erkeklerde vazektomi yöntemidir. Başka çocuk istemeyen ve doğurganlıklarını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerinden biridir (AÇSAP 2007, Aksu 2008).

Tüp Ligasyon

Geri dönüşsüz, kalıcı bir cerrahi sterilizasyon yöntemidir. Kadınlarda her iki fallop tüplerinin mekanik olarak kapatılması işlemidir. Mini laparotomi ve laparoskopi şeklinde uygulanabilmektedir (AÇSAP 2007, Aksu 2008). Türkiye'de 1983 yılında çıkarılmış olan 2827 sayılı yasaya göre on sekiz yaşını tamamlamış kadınlar kendi isteği, evli ise eşinin onayı ile tüp ligasyonu yaptırabilirler (AÇSAP 2007).

Etki Mekanizması: Tüpler mekanik olarak kapalı olduğu için sperm ve ovumun birleşmesi önlenmektedir (Aksu 2008).

Olumlu Yönleri: Gebeliği önleme etkisi hemen başlar. Başarısızlık oranı düşüktür. Cinsel ilişkiyi ve adet düzenini etkilemez. İleri dönemlerde ortaya çıkan bir sağlık

sorunu yoktur. Kadın istenmeyen gebelik endişesinden kurtulduğundan cinsel isteği ve performansında olumlu değişiklik olabilir (AÇSAP 2007).

Olumsuz Yönleri: Operasyonu izleyen birkaç gün süresince; kanama ve enfeksiyon riski, kesi yerinde ağrı olabilir. Geri dönüşü zor ve pahalıdır. Düşük oranda gebelik olasılığı vardır. CYBH'ye karşı korumaz (AÇSAP 2007, Aksu 2008)

Vazektomi

Erkeklerle uygulanan vazektomi; etkili, güvenli, maliyeti düşük, basit ve kalıcı bir yöntem olup, dünyada 60 milyona yakın çift bu yöntemle gebelikten korunmaktadır (Kırca 2006). Erkeklerde vaz deferansın bağlanıp kesilmesi sonucu spermlerin ejakulat sıvısına geçişini engelleyerek gebelikten korur. Kadın sterilizasyonuna göre daha kısa sürede yapılan ve daha kolay uygulanan bir işlemdir. Erkeğin hormonlarını, dış görünüşünü, cinsel işlevini etkilememektedir (Aksu 2008).

Ülkemizde 1983 yılında yürürlüğe giren 2827 sayılı yasaya göre, on sekiz yaşını doldurmuş her erkeğin bu hizmetten yararlanma hakkı vardır. Erkekler bekar ise kendi rızası ile, evli ise eşinin de onayını almak kaydıyla vazektomi yaptırabilir (Kırca 2006). Klasik yöntem ve kesisiz-bistürisiz yöntem olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. En etkili AP yöntemlerindedir. Başarısızlık oranı binde bir kadardır (AÇSAP 2007).

Olumlu Yönleri: Çok etkili ve güvenilirdir. İleri dönemde ortaya çıkan yan etkisi yoktur. Girişim kısa süreli ve kolaydır. Ekonomiktir (Kırca 2006).

Olumsuz Yönleri: Geri dönüşü çok zor ve pahalıdır. Cerrahi girişim gerektirir. İşlem sonrası ödem, hematoma, enfeksiyon gibi yan etkiler olabilir. Koruyuculuk hemen başlamaz. Yaklaşık yirmi ejakülasyon süresince ek bir yöntemle korunmak gerekir. CYBH'ye karşı korumaz. Bu süre içinde ek bir yöntem gerektirir. Düşük bir oranda da olsa gebelik görülebilir (Kırca 2006, AÇSAP 2007).

1.6.5. Doğal Aile Planlaması (DAP) Yöntemleri

DAP, çiftlerin doğurganlık bilinci ile gebeliği önlemeyi ya da oluşturmayı sağlayan bazı kuralların birlikte uygulanması olarak tanımlanır (Ertopçu 2006).

DAP Yöntemleri; Fertilité belirtilerine dayanan yöntemler, takvim yöntemi ve laktasyonel amenore metodundan oluşmaktadır. Doğru kullanıldığında

koruyuculuğu, takvim yönteminde % 91, semptotermal yöntemde % 98, servikal mukus ya da ovulasyon yönteminde % 97'dir (Aksu 2008). Yöntemlerin etkili olması için eşlerin işbirliği gerekmektedir (AÇSAP 2007).

Olumlu Yönleri: Hiçbir sağlık riski, sistemik yan etkisi yoktur. Yaşam boyu kullanılabilir, çiftlerin doğurganlık bilincini geliştirir ve kadın üreme organlarına ilişkin sorunlarını erken fark edebilir (Ertopçu 2006, Aksu 2008).

Olumsuz Yönleri: Kadının eğitimi uzun zaman alabilir. Laktasyon döneminde ve vajinal enfeksiyonlarda mukustaki değişiklikleri nedeni ile kullanması güç olabilir. CYBH'a karşı korumaz. Bazı faktörler (ilaç, hastalık vb.) vücut ısısını etkilediği için hatalara yol açabilir. Düzenli cinsel yaşamı olmayanlarda kullanımı güçtür (Aksu 2008).

Fertilite belirtilerine dayanan yöntemler;

Bir kadın gebe kalıp kalmayacağını, fertiliteyi gösteren üç doğal vücut belirtisini gözleyerek anlayabilir. Bunlar servikal mukustaki, bazal vücut ısısındaki ve serviksteki değişikliklerdir (AÇSAP 2007). Fertilite bilincine dayanan yöntemler; servikal mukus (billings ovulasyon metodu), bazal vücut ısısı ve servikal palpasyon yönteminden oluşmaktadır.

Servikal mukus yöntemi (Billings ovulasyon metodu): Kadının siklus süresince vajinal salgısında olan değişikliklerin farkında olmasıdır (Aksu 2008).

Bazal Vücut Isısı Yöntemi: Bazal vücut ısısındaki değişikliklerin izlenerek fertil günlerin başlangıç ve sonunun belirlenmesi esasına dayanmaktadır. Bazal vücut ısısı, hastalık, stres, düzensiz uyku, antibiyotik kullanımı gibi durumlardan etkilenebileceğinden, fertil- infertil dönemlerde yetersiz kalabilir. Bu nedenle danışmanlıkta, bazal vücut ısısı yönteminin tek başına kullanılmaması, servikal mukus veya servikal palpasyon yöntemleri ile birlikte kullanılmasının daha güvenilir olduğu belirtilmelidir (AÇSAP 2007).

Servikal Palpasyon Yöntemi: Kadının çömelmiş ya da ayaktayken kendi kendine palpasyon ile serviks kıvamındaki değişiklikleri tanımlayıp yorumlaması esasına dayanır (Aksu 2008).

Semptotermal Yöntem: Servikal mukus, bazal vücut ısı ve servikal palpasyon yöntemlerinin birleşimidir. Her üç yöntem birlikte kullanıldığı için gebelikten korunma oranı daha yüksek olmaktadır (AÇSAP 2007, Aksu 2008).

Takvim Yöntemi

Menstruel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için altı aylık bir gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan doğal bir yöntemdir. Fertil günlerde cinsel ilişkiden kaçınılır. Düzenli menstrüel siklusu olan kadınlar kullanabilir. Uzun dönem cinsel ilişkiden kaçınılması bazı çiftleri zorlayabilir. Adet düzensizliği olan, çok genç yaşta olan, menopoza yakın yaşta olan ve doğum sonrası dönemde olan kadınlar kullanmamalıdır (AÇSAP 2007).

Takvim yöntemi, kadınların fertil günde olup olmadıklarını gün gün takip edebilmelerini sağlayan renklerle kodlanmış bir dizi boncuk olan “CycleBeads” kolye ile birlikte kullanabilir (AÇSAP 2007, Aksu 2008).

Laktasyonel Amenore Yöntemi

Annenin emzirme döneminde emzirme ile ilgili bazı koşullara uyarak laktasyon amenoressini bir AP yöntemi olarak kullanmasıdır (Aksu 2008).

Etki Mekanizması: Laktasyon, ovulatuvar siklus üzerine etki ederek, kadının ovulasyonu ve adet görmesini baskılayarak gebelikten korunmayı sağlamaktadır. Tam emzirme uygulandığında % 99,5 oranında etkili, doğru kullanılmadığında % 98 etkili bir yöntem olduğu kabul edilmektedir (AÇSAP 2007).

Emzirmenin etkili bir AP yöntemi olabilmesi için; annenin adet görmemesi, bebeğin altı aydan küçük olması, sık sık ve ek gıda vermeksizin sadece anne sütü ile beslenmesi (günde 6-10 kez geceleri dahil, her defasında en az dört dakika emzirmeli) gerekmektedir (Ünlüoğlu 2006).

Olumlu Yönleri: Kullanımı kolay, ucuz, doğal ve yan etkisi yoktur. Cinsel ilişkiyi etkilemez. Anne ve çocuk sağlığı açısından yararlıdır, emzirmeyi destekler ve çocuğun gelişimini sağlar (Aksu 2008).

Olumsuz Yönleri: Kullanım kuralları yerine getirilmezse etkili değildir. CYBH'ye karşı korumamaktadır. Altı aydan sonraki etkisi tam belirlenememiştir (Ünlüoğlu 2006).

1.6.6. Geri Çekme Yöntemi

Halk arasında bu yöneme çekilme, dikkatli olma, dışarı boşalma, erkeğin korunması gibi pek çok isim verilmiştir. Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını ejakülat sıvısının gelmesinden önce vajinadan çıkarması ejakülat sıvısını vajina dışına boşaltması esasına dayanan bir yöntemdir (Aksu 2008). Çok eskiden beri bilinen AP yöntemlerinden birisidir. İlk kez İbraniler tarafından kullanıldığı, daha sonra Müslümanlar tarafından “azl” adı altında kullanıldığı bilinmektedir (AÇSAP 2007).

Doğru uygulandığında etkisi % 96 civarındadır. Ancak doğru ve dikkatli kullanılmadığında bu oran % 73'lere kadar düşmektedir. İstenmeyen gebeliklerin oluşmasında önemli rolü vardır. Çünkü kullanma oranı oldukça yüksektir. Bu yöntemde başarı kişisel etmenlere bağlıdır ve erkeğin doğurganlığı planlamadaki sorumluluğunu yansıtır. CYBH'ye karşı koruyucu değildir (Aksu 2008). Bu yöntemin dezavantajları, erkeğin otokontrolüne bağlı olması ve ejakülasyon öncesi bir miktar semenin vajinaya kontrolsüz olarak geçebilmesidir (Tatum 1994, Pernoll 2002).

1.6.7. Vajinal Yıkama

Bazı kadınlar, vajinadaki spermleri yıkayıp atma düşüncesi ile cinsel ilişkiden hemen sonra vajinayı su, sabun veya herhangi bir madde ile yıkamanın gebeliği önlediğine inanmaktadırlar. Bu yıkama işlemi etkisizdir ve güvenilir değildir. Spermler birkaç saniye içinde servikal mukusa ulaşabilir. Ayrıca vajinanın yıkanması doğal koruma mekanizmasını bozduğu için enfeksiyonlara zemin hazırlamaktadır (Tatum 1994, Pernoll 2002, Aksu 2008).

1.7. Türkiye’de Aile Planlamasının Durumu

1.7.1. Doğurganlık Düzeyi

TNSA verilerine göre toplam doğurganlık hızı son 25 yılda sürekli bir azalma göstererek 1978’de 4,33 iken 2003’de 2,23’e, 2008’ de ise 2,16’ya düşmüştür. Bu sonuçlar, Türkiye’de toplam doğurganlık hızının son 30 yılda (1978-2008 döneminde) yaklaşık olarak yarı yarıya azaldığını göstermektedir (TNSA 2008). Eğer tüm istenmeyen gebelikler önlenmiş olsaydı toplam istenen doğurganlık hızının, toplam gerçek doğurganlık hızından 0,6 çocuk daha az olacağı dolayısı ile toplam doğurganlık hızının 2,2’den 1,6’ya düşeceği hesaplanmıştır. Bu durum Türkiye’de gebeliklerin önemli bir kısmının istenmeden ve planlanmadan meydana geldiğini göstermektedir (Taşkın 2004).

Doğurganlık hızlarında belirgin bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. Doğurganlık hızı, Doğu bölgesinde en yüksek (kadın başına 3,3 çocuk) ve Batı bölgesinde en düşük (kadın başına 1,7 çocuk) düzeydedir. Kırsal alanlarda yaşayan kadınlar, kentsel alanlarda yaşayan kadınlardan daha fazla çocuğa (kırsal alanlarda kadın başına 2,7, kentsel alanlarda kadın başına 2,0 çocuk) sahip olmaktadır. Eğitim doğurganlık düzeyi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir; eğitimi olmayan kadınların, ilköğretim mezunu olan kadınlara göre 0,4 fazla çocuğa sahibi oldukları, en az lise mezunu olan kadınlara göre de 1,1 fazla çocuğa sahip oldukları görülmektedir. Evlenme yaşının yükselmesi, doğurganlığın düşmesine katkıda bulunan faktörlerden birisidir. Türkiye’de kadınların büyük bir çoğunluğu doğurganlık dönemini evlilik içinde tamamlamaktadır. Türkiye’de ortalama ilk evlenme yaşı 25-49 yaş grubundaki kadınlar için 20,8’dir. İlk doğumda anne yaşı; anne ve çocuğun sağlığı, kadının ve bebeğin yaşam kalitesi açısından olduğu kadar genel doğurganlık düzeyi için de önemli bir belirleyicidir. Erken yaşta evlenen kadınlar, özellikle AP yöntemi kullanımının çok az olduğu veya hiç olmadığı durumlarda, daha uzun süre gebelik riski altında bulunmaktadır. Bunun bir sonucu olarak erken yaşlarda başlayan doğurganlık, ileriki yaşlarda başlayan doğurganlığa göre daha büyük ailelerin oluşmasına neden olmaktadır. Ortanca ilk doğum yaşındaki artış, yüksek doğurganlıktan düşük doğurganlığa geçişin bir işaretidir. Erken yaşta çocuk doğurmak, kadınların eğitim olanaklarından ve ekonomik faaliyetlerden

faydalanmasını da kısıtlamaktadır. Ortanca ilk doğum yaşı 25-49 yaş grubundaki kadınlar için 22,3'tür (TNSA 2008).

1.7.2. Aile Planlaması Bilgisi

AP yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak hem herhangi bir yöntem kullanıp kullanmama hem de hangi yöntemin kullanacağı kararı açısından oldukça önemlidir. AP yöntemleri Türkiye'de hemen hemen her kadın ve eşleri tarafından bilinmektedir (TNSA 2008). Eşlerin bilgisi ilk kez 1998 TNSA'da araştırılmıştır (Açıkalın 2001). TNSA 2008'e göre; RİA (% 98) ve hap (% 98) kadınlar arasında en yaygın olarak bilinen modern AP yöntemlerindedir. Bu yöntemleri erkek kondomu (% 92), kadın sterilizasyonu (% 92) ve enjeksiyon (% 85) takip etmektedir. Kadın kondomu (% 17) ve acil korunma hapi (% 29) Türkiye'de en az bilinen modern yöntemlerdir. Geleneksel yöntemler arasında geri çekme en fazla bilinen (% 92) yöntemdir (TNSA 2008).

1.7.3. AP Yöntemleri Kullanımında Düzey ve Değişimler

Gerek halen evli kadınların, gerekse en az bir kez evlenmiş kadınların % 91'i yaşamlarının bir döneminde bir AP yöntemi kullanmışlardır. Son on yıl içinde, AP yöntemi kullanım düzeyinde, özellikle de modern yöntemler açısından, önemli değişiklikler gerçekleşmiştir. Türkiye'de modern yöntem kullanımı, 1965'te 557 sayılı ilk nüfus planlaması hakkında kanunun yayımlanmasıyla birlikte artmaya başlamış ve 2003'ten önceki 5 yıl içinde bu artış daha hızlı olmuştur. Geleneksel yöntem kullanım düzeyi neredeyse değişmeden aynı kalırken, modern yöntem kullanımı düzeyi TNSA-1998'de % 38'den, TNSA-2008'de % 46'ya yükselmiştir. Bu dönem içindeki artışın önemli bir bölümü tüp ligasyonu ve kondom kullanımındaki artışların sonucudur. Modern yöntem kullanımı geleneksel yöntem kullanımından fazladır ancak istenilen düzeyde değildir (AÇSAP 2005, TNSA 2008).

1978 araştırmasında evlenmiş kadınların yarısı herhangi bir yöntem kullanmadıklarını beyan ederken bu durum TNSA 2008'de % 27'ye düşmüştür. Son TNSA araştırmalarına göre; ülke genelinde, evli kadınların % 73'ü AP yöntemi kullanmaktadır. Bu yöntemlerin % 46'sı modern, % 27'si geleneksel yöntemlerdir. En yaygın kullanılan modern yöntem % 17 ile RİA ve bunu erkek kondomu (% 14) takip etmektedir. Geri çekme en yaygın kullanılan geleneksel yöntem (% 26) olmaya

devam etmektedir. AP yöntemleri kullanımı yerleşim yerine, bölgeye, eğitim düzeyine ve yaşayan çocuk sayısına göre farklılaşmaktadır. Kentlerde yaşayan evli kadınlar arasında (% 74) herhangi bir yöntem kullanımı, kırsal alanlarda yaşayan kadınlardan (% 69) daha yaygın olmaktadır. Yöntem kullanımının en düşük olduğu bölge Doğu (% 61), en yüksek olduğu bölgeler ise Batı ve Orta (% 76) bölgeleridir (TNSA 2008).

Dünya’da 1990 verilerine göre yaklaşık 900 milyon üreme döneminde aile varken, bu değer, 2003 verilerine göre bir milyarı geçmiştir. Bu ailelerin dünya genelinde 1990’da % 43’ü gebelikten korunmakta iken, 2003 sonuçlarına göre herhangi bir yöntem kullananların oranı % 54’dür. Tüm dünyada en yaygın kullanılan AP, kadın ve erkekteki cerrahi sterilizasyon olup, bunu RİA ve hap izlemektedir (Koyuncuer 2004).

1.7.4. AP Yöntemlerinin Bırakılması

Ülkemizde 1965 yılından bu yana istenmeyen gebelikleri engellemek için kullanılan AP yöntemleri konusunda büyük ilerleme kaydedilmesine rağmen, ihtiyacı olan tüm çiftlerin etkili bir yöntemle korunması henüz sağlanamamıştır. Bu duruma neden olan bir çok faktör arasında kişilerin yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, hizmete ulaşamamaları ve hizmeti verenlerin bilgi eksikliklerinin yanısıra, ortaya çıkabilen yan etkiler nedeniyle yöntemleri bırakma da önemli yer tutmaktadır (Hatcher ve ark 1990).

Yöntem bırakma oranları, AP programlarının geliştirilmesi gereken yönlerinin ve yöntem kullananların çözüme kavuşturulması gereken sorunlarının ortaya çıkarılmasını sağlamaktadır (TNSA 2003). TNSA (2008) sonuçlarına göre; Türkiye’de AP yöntemlerini kullanmaya başlayanların % 35’i kullanımı izleyen on iki aya kadar yöntemi bırakmaktadır. Yan etkiler, sağlık kaygısı ve kullanırken gebe kalma modern yöntemlerin bırakılmasında oldukça önemli yer tutmaktadır (TNSA 2008).

1.7.5. Aile Planlaması İhtiyacı

Karşılanmamış AP ihtiyacı

Karşılanmamış AP ihtiyacı, doğum aralıklarını uzatmak veya ilk bebeğe gebe kalmadan beklemek isteyen, ya da sahip olduğu çocuk / çocuklardan başka çocuk

sahibi olmak istemeyen, fakat tüm bu isteklerine karşın herhangi bir yöntem kullanmayan doğum yetisine sahip kadınları göstermektedir. Karşılanmayan AP ihtiyacını karşılamak, AP hizmetlerinde sürekliliği sağlamak ve herhangi bir nedenle herhangi bir yöntem kullanmayanları ele almayı sağlamaktadır (Örsal 2006, TNSA 2008).

Karşılanmamış AP ihtiyaçları; sağlık hizmeti sunumunda sorunlar, toplum ve eşler arasında iletişim eksikliği, finansal sorunlar, AP hizmetlerinin ulaşımındaki sınırlılıklar, kadın ve ailesi için uygun yöntem seçememe, AP yöntemlerinin etkinlik ve güvenliği hakkında bilgi eksikliği, sağlık personeli ve hizmeti alan arasındaki iletişim eksikliği, toplumun veya eşin desteğinin olmaması, yöntem değiştirme, yanlış bilgi ve inanışlar sonucu görülmektedir (Örsal 2006).

Evli kadınlar arasında toplam karşılanmamış AP ihtiyacı TNSA (2003) ile (% 6) yaklaşık olarak aynıdır (TNSA 2008).

Doğurganlık tercihleri

TNSA 2008 verilerine göre; evli kadınların % 67'si gelecekte başka doğum yapmak istememekte veya tüp ligasyon yaptırmış durumdadır. Kadınların % 14'ü de bir sonraki doğum için en azından 2 yıl daha beklemek istediklerini belirtmişlerdir. Böylece halen evli her beş kadından dördünün ya çocuk sahibi olmamak ya da ertelemek için AP hizmetlerine ihtiyacı olduğu değerlendirilmesi yapılabilir. Gelecekte AP yöntemi kullanmak istemeyen kadınların (% 89) büyük bir çoğunluğu otuz yaşın üzerindedir. Otuz yaşın üzerindeki kadınlar daha çok gebelik riski altında olmadıklarını düşündükleri için gelecekte herhangi bir AP yöntemi kullanmamaktadır. Diğer taraftan, zor gebe kalma ya da infertilite, otuz yaşından genç olan kadınların (% 29) yöntem kullanmama nedeni olarak en sık beyan ettikleri nedenlerdir (TNSA 2008).

Düşükler

Doğurganlığın çok fazla olması, istenmeyen gebeliklerin artmasına; bu da anne sağlığı için riskli olan düşüklerin yaygınlaşmasına yol açmaktadır (TNSA 2008). Planlanmamış ve istenmeyen gebelikler, tüm kadınlar için bütün dünyada önemli bir sağlık sorunudur (Ayaz ve Efe 2009). AP'nin önemli hedeflerinden biri istenmeyen gebeliklerin önlenmesi olduğundan, isteyerek düşüklerin AP hizmetleri arasında ayrı bir önemi bulunmaktadır. AP yöntemlerine ilişkin hizmetlere ulaşmada sorunlar yaşayan, istenmeyen gebelikten korunmak için

yöntem kullanması konusunda psikososyal engelleri olan ve/veya yöntem başarısızlığı nedeniyle gebe kalan kadınlar isteyerek düşüğe başvurumaktadırlar (TNSA 2008). 1998 TNSA öncesinde son beş yılda 100 gebeliğin 23,2'inde düşük gerçekleşmiş, bunların 14,5'i isteğe bağlı meydana gelmiştir (Açıkalin 2001). TNSA 2008'e göre; 2003-2008 arasındaki dönemde evlenmiş kadınlar arasında 100 gebelikten yalnızca biri ölü doğumla sonuçlanırken, 10'u isteyerek olmak üzere toplam 21 gebelik düşükle sonlanmıştır (TNSA 2008).

Riskli gebelikler:

Anne ve bebek için hastalık ve ölüm riski erken yaşta (on sekiz yaş altı), geç yaşta (otuz beş yaş üstü), çok sayıda (dört doğumun üstü) ve çok sık aralıklarla (iki yıldan sık) olan gebeliklerde yüksektir. Bu tür riskli gebeliklerin önlenmesiyle bir yılda ölen anne ve bebek sayısı yaklaşık olarak yarıya indirilebileceği öngörülmektedir (Aydın 2007).

TNSA (2003)'de otuz altı ay olan ortanca doğum aralığı, TNSA-2008'de kırk dört aya yükselmiştir. Bu durum, son beş yıl içinde ortanca doğum aralığının % 22 arttığını göstermektedir (TNSA 2008). Erken yaşta doğum oranı TNSA 1988 sonuçlarına göre % 4,4 iken, TNSA 2008 sonuçlarına göre % 2,7'ye düşmüştür. Annenin yaşının 35 ve daha büyük olduğu doğumlar ise aynı süre zarfında % 1,9'dan 3,8'e yükselmiştir. 1998-2008 döneminde doğum aralığı 24 aydan az olan doğumlar % 10,9'dan 8,2'ye; paritesi 4 veya daha fazla olan kadınların yüzdesi 12,4'den 11,2'ye düşmüştür (Tezcan ve Tunçkanat 2009). 1980 yılında yapılan Dünya Doğurganlık Araştırması; kısa doğum aralığının, bebeklerin yaşam şansını % 50 azalttığını ortaya koymuştur. 20 yaşından küçük annelerden doğan bebeklerin ilk ay içinde ölüm riski, 25-34 yaş grubundaki annelerden doğanlara göre % 24 daha fazladır (AÇSAP 2007).

Dünyada her yıl gebelik ve doğum komplikasyonları ile meydana gelen anne ölümünün % 99'u gelişmekte olan ülkelerde olup, % 90'ı önlenebilir ölümlerdir (AÇSAP 2005, Taşkın 2007). Bunun yanında bebek ölüm hızı gelişmiş ülkelerde bin canlı doğumda 13 iken, gelişmekte olan ülkelerde bin canlı doğumda 74'dür (Taşkın 2007). Türkiye'de TNSA 1998'e göre, bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 43; TNSA 2003'te bin canlı doğumda 29, TNSA 2008'te bin canlı doğumda 17 olarak azalma göstermiştir (TNSA 2008).

1.8. Aile Planlaması ve Tutum

Bilimsel olarak incelenmesine 19. yüzyılda başlanan tutum, Latince bir kavram olup "harekete hazır" anlamına gelmektedir (Diri 2007). Tutum; belirli herhangi bir nesne, fikir ya da kişiye karşı bilişsel ve duyuşsal öğeleri bulunan ve davranışsal bir eğilim içeren oldukça kalıcı bir sistemdir (Freedman ve ark 2003).

Tutumları oluşturan temel öğeler şunlardır (İşçi 1999, Koçyiğit 2002, Diri 2007, Çiftçioğlu 2009):

- Tutumlar doğuştan gelmez, sonradan yaşanarak kazanılır. Tutum, birey toplumsallaşırken kültürel olarak kazanılmakta, yaşantılar yoluyla öğrenilmektedir.
- Tutumlar geçici değildir, belli bir süre devamlılık gösterirler. Yani bireyler yaşamlarının belli dönemlerinde aynı düşünceye sahip olmaktadır.
- Kişisel tutumların yanında toplumsal tutumlar da bulunmaktadır. Toplumsal tutumlar, toplumsal değer, grup ve objelere yönelik tutumları oluşturmaktadır.
- Bir objeye ilişkin olumlu ya da olumsuz bir tutumun oluşması, ancak o objenin başka objelerle karşılaştırılması sonucu mümkün olmaktadır.
- Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara yol açabilirler.

Kişinin tutum nesnesine ilişkin inançları, bilgi yapıları, algısal tepki ve düşünceleri bilişsel bileşen, duygu ve heyecansal tepkileri duyuşsal bileşen, açık edimleri ve davranış eğilimleri ise davranışsal bileşen olarak değerlendirilmektedir (Çiftçioğlu 2009). Tutumların bileşenleri arasında genellikle iç tutarlılık olduğu varsayılmaktadır. Bu varsayıma göre bireyin bir konu ile ilgili bildikleri o konuya olumlu bakmasını gerektiriyorsa (bilişsel bileşen), birey o konuya ilişkin olumludur (duygusal bileşen). Bunu sözleri ya da davranışları (davranışsal bileşen) ile gösterir. Bireyin bir tutum ögesine ilişkin olumlu olumsuz durumu değiştiğinde, o objeye yönelik bilişsel ve davranışsal ögesini de yeniden düzenler. Bu üç öge, yerleşmiş, güçlü tutumlarda tam olarak bulunur. Zayıf tutumlarda özellikle davranışsal öge çok zayıf olabilir (Diri 2007).

Toplum ya da ait olmak istediği grupla uyum içinde yaşama zorunluluğu olan birey, kendiliğinden o toplumun beklentilerine göre davranış belirlemeye yönelecek,

tutumu farklı olsa da bu davranışları benimsemeyi tercih edecektir (Örsal 2006). Çoğu tutumların kökeni çocukluğa dayanmakta ve genelde doğrudan deneyim, pekiştirme, taklit ve sosyal öğrenme ile edinilmektedir. En önemli özelliği bir kez geliştikten sonra değişikliğe karşı çok dirençli olmalarıdır (Freedman ve ark 2003). Ergenlik devresinde tutumlar şekillenmekte, ilk yetişkinlik devresinde ise giderek netleşmektedir. Bir ergenin tutumları henüz kuvvetle benimsenmemiş, değişebilen tutumlardır. Bireyler, tutumların kesinleşme süreci olan yirmili yaşlara kadar farklı insanları taklit ederek birçok farklı tutumu öğrenirler. Örneğin, kızların AP bakış açısında anne etkili olmaktadır (Örsal 2006).

Tutum doğrudan gözlenebilen bir özellik değil, ancak bireyin davranışlarından çıkarılabilen bir eğilimdir (İşci 1999). Ancak insanlar tutumlarını her zaman davranışa dönüştürmezler. Davranışa dönüştürseler bile gerçek tutumlarını gizleyebilirler. Örneğin, RİA'nın pahalı olduğu gerçeği onun sağladığı yarardan daha önemli olabilir veya kondomsuz cinsel hazzı hissetmek kişiyi korunmasız cinsel davranışa itebilir (Örsal 2006).

Tutumun oluşumunda etkili olan bilgi kaynaklarının bilinmesi tutum çalışmalarında önemli bir yere sahiptir (Çiftçioğlu 2009). Bireylerin tutumlarını netleştirebilmek için öncelikle bilişsel bileşende yer alan bilgilerle tutumlarının farklılıklarını belirlemek gerekmektedir. Örneğin; bir kişinin AP'ye ilişkin bilişsel tutumunun şematik bir temsili Şekil 1'de görülmektedir.



Şekil 1. Bir Kişinin Aile Planlamasına İlişkin Hayali Bilişsel Tutumu (Örsal 2006).

Kişinin belleğinde, tutumun merkezindeki nesnenin çevresinde yine o nesneyle ilgili bilişler toplanmıştır. Çevredeki bilişler, yalnızca merkezdeki nesnenin betimlemeleri ya da özellikleri olabilir (Örsal 2006). Şekil 1 incelendiğinde; AP yöntemlerinin bağlantılı olduğu konular ile olumlu ya da olumsuz bir ilişkisinin olduğu görülmektedir. AP yöntemlerinin nüfus artışını önler görüşü, kadının yengesinin yöntem kullanırken memnun olması, AP yöntemi kullanımının küretajı engellemesi ve kadının bir daha çocuk istememesi ile AP'nin olumlu ilişkide olduğu görülmektedir. AP yöntemleri kilo aldırır görüşü, eş ve kaynananın kabul etmemesi, yöntem kullanırken gebe kalmış tanıdıklarının olması ile AP'nin negatif ilişkide olduğu görülmektedir. Burada konuyu basitleştirmek için, AP'ye ilişkin olarak sahip olunabilecek pek çok bilişten yalnızca birkaçı gösterilmiştir. Ancak gerçek bilişler topluluğunun, kişinin AP'ye ilişkin tüm düşüncelerini içine aldığı unutmamak gerekmektedir. Bireylerin AP yöntemlerine karşı tutumunu çevresel faktörler etkilemektedir.

İnsanların tutumlarının ne yönde olduğu öğrenilebilirse, istenilen değişikliği sağlama yönünde çaba harcanabilir. İnsanlar, olumlu tutuma sahip oldukları konularda daha çabuk öğrenebilir ve öğrenmelerini daha kalıcı hale getirebilirler (Koçyiğit 2002). Sağlık personeli AP hizmeti sunarken, kişinin hizmet alma ya da almama nedenlerini belirlemesi gerekmektedir. Çiftlerin çocuk sahibi olma ya da AP yöntemi kullanma kararları, bireyin tutumu doğru saptanarak sınırlanmalı ya da desteklenmelidir. Sağlık personeli bireyin tutumunu, AP'ye yönelik istendik davranışa ulaşmada kullanmalıdır.

Türkiye'de ailelerin kendi istekleri esas alınarak götürülen hizmetler sonucu, AP'den yararlananların sayısında büyük artışlar kaydedilmiştir (Örsal 2006). Ülkemizde kadınların hemen hemen tamamı AP yöntemlerini bilmelerine rağmen; modern yöntemleri istendik düzeyde kullanmamaktadırlar. Bireylerin modern AP yöntemlerini bilmeleri ve bu yöntemlere karşı olumlu tutuma sahip olmaları bu yöntemlerinin kullanımını arttırabilir ve sağlıklı bireyler ve sağlıklı toplum oluşumuna katkı sağlayabilir (Çayan 2009).

AP'den yararlananların sayısındaki artışlara karşın, toplumda varolan yanlış inanışlar AP'ye karşı tutumu etkilemektedir. Etkili AP hizmetlerinin sunumu için, AP yöntemlerinin kullanımını etkileyen faktörlerin bulunması, AP'ye karşı olan tutumun belirlenmesi gerekmektedir (Apay ve ark 2010). Erkeklerin AP yöntemlerine karşı kadınlardan daha farklı tutuma sahip olmasının nedeni kadınlar ve erkeklerin farklı düzeyde AP danışmanlığına maruz kalması ve yöneme karar verme aşamasında erkeklerin farklı deneyimlere sahip olmalarıdır (Thorburn 2007).

Sağlık personelleri, etkili bir AP hizmeti verebilmek için bireylerin AP'ye karşı tutumlarını belirlemeli, eksik bilgilerini tamamlamalı ve yanlış bilgilerini düzeltmelidir. Çiftlerin doğru AP yöntemi seçmelerini ve seçtikleri yöntemi doğru kullanmalarına rehberlik etmeli, çiftlerin cinsel yaşamlarının kalitesini arttırmaya yardımcı olmalıdır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma evli kadınlar ve eşlerinin AP'ye yönelik tutumlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Mersin ili Silifke ilçesi Merkez 1 no'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yapılmıştır. Merkez 1 no'lu Sağlık Ocağı Göksu, Gazi, Sarıcalar, Bucaklı, Saray ve Kabasakallı olmak üzere toplam altı bölgeye hizmet vermektedir. Silifke ilçesine bağlı 1 no'lu Merkez Sağlık Ocağı bölgesinin nüfusu 25,172'dir (2009 yılı ETF kayıtları). (Merkez 1 no'lu Sağlık Ocağı 5 Temmuz 2010 yılından itibaren Gazi Aile Sağlığı Merkezi olarak hizmet vermeye devam etmektedir).

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Mersin Silifke ilçesine bağlı 1 no'lu Sağlık Ocağı bölgesinde (Gazi Aile Sağlığı Merkezi) yaşayan 15- 49 yaş arası 6,724 evli kadın ve eşleri oluşturmaktadır.

2.4. Araştırmanın Örneği

Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde "sürekli değişkeni olan tanımlayıcı araştırmaların örnek büyüklüğünün belirlenmesinde" önerilen bir hesaplama yapılmıştır (Akgül 2003). Hesaplama Örsal ve Kubilay (2007) tarafından yapılan bir çalışmanın bulgusundan yararlanılmış ve "Aile Planlaması Tutum Ölçeği" puanı ($118,9 \pm 18,6$) dikkate alınmıştır. Çalışmamızda tutum ölçeğinden alınacak puanın % 99 güven düzeyi ve ± 4 puan olan güven aralığı içinde belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu durumda toplam genişlik 8 puan (4 puan üstü ve 4 puan altı) olarak ele alınmıştır.

Hesaplama;

Standartlaşmış Aralık Genişliği= (Toplam Genişlik / Standart Sapma) = $8/18,6= 0,43$ bulunmuştur.

Standartlaştırılmış güven aralığı genişliği 0,40'a göre % 99 güven aralığında tabloda bildirilen en küçük örnek büyüklüğü 166'dır. Araştırmamızın çalışma grubunu 166 evli kadın ve 166 eş olmak üzere toplam 332 birey oluşturmuştur.

Örnek seçiminde; 15-49 yaş Kadın İzlem Fişi kayıtlarından yararlanılarak sistematik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Sistematik örnekleme yönteminde 40 (6724/166=40) dosyada bir dosya seçilerek örneğe girecek bireyler belirlenmiştir.

2.4.1. Örnek Seçim Kriterleri

Örnek seçiminde;

- Gebe olmama
- Eşi ile beraber yaşama,
- İlkokul ve üzeri eğitime sahip olma,
- İnfertilite sorunu olmama
- Menopoza girmemiş olma (Son bir yıldır hiç adet görmeme).

2.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; iki anket formu (Ek-A ve B) ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Örsal ve Kubilay 2007) (Ek-C) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırmacı tarafından kadınların adres bilgileri ve telefon numaraları ETF kayıtlarından tespit edilip, her iki eşin de evde bulunduğu zamana randevu alınmıştır. Eşlerin birbirinden etkilenmesini engellemek için eşlere formlar verilmiş ve evin farklı bölümlerinde aynı zamanda bağımsız olarak cevaplamaları sağlanmıştır.

2.5.1. Anket Formu (Ek-A, Ek-B)

Araştırmacı tarafından literatüre dayanarak (Örsal ve Kubilay 2007, Thorburn 2007, Çayan 2009) kadınlara ait 30 adet soru, eşlerine ise 18 adet soru içeren iki ayrı anket formu oluşturulmuştur.

Kadınlara ait anket formunda, *sosyo-demografik özelliklerle* ilgili; yaş, eğitim durumu, mesleği, evlilik yaşı, aile tipi ve sosyal güvence durumu, *Obstetrik özelliklerle* ilgili; gebelik, canlı doğum, ölü doğum, düşük ve küretaj sayısı, halen yaşayan çocuğunun sayısı ve en son gebeliğinin planlı olup olmadığı, çocuk sahibi olmayı düşünüp düşünmediği ve düşünüyorsa ne zaman düşündüğü, *AP yöntemlerine ilişkin özellikler* ile ilgili; herhangi bir AP yöntemi bilip bilmediği, biliyor ise hangi yöntemleri bildiği, bilgiyi nereden aldığı, herhangi bir sağlık personelinden AP yöntemlerine yönelik danışmanlık alıp almadığı ve almışsa yeterli bulup bulmadığı, yöntem kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa şuanda hangi yöntemi kullandığı ve bu yöntem hakkındaki düşünceleri, kullanmayı bıraktığı

yöntem/yöntemler olup olmadığı, bırakmışsa hangi yöntem/yöntemleri kullanmayı bıraktığı ve nedeni, sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaştan önce ve sonra gebe kalmaması gerektiği, iki gebelik arasında en az kaç yıl olması gerektiği, AP yöntemi kullanımı kararında eşle konuşulmasının gerekliliği ve yöntemi uygulama sorumluluğunun eşlerden kimde olması gerektiği sorgulanmıştır.

Erkeklerle ait anket formunda *sosyo-demografik özelliklerle ilgili*; yaş, eğitim durumu, mesleği, *AP yöntemlerine ilişkin özellikleri* ile ilgili; herhangi bir AP yöntemi bilip bilmediği, biliyor ise hangi yöntemleri bildiği, bilgiyi nereden aldığı, herhangi bir sağlık personelinden AP yöntemlerine yönelik danışmanlık alıp almadığı, almışsa yeterli bulup bulmadığı, yöntem kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa şuanda hangi yöntemi kullandığı ve bu yöntem hakkındaki düşünceleri, kullanmayı bıraktığı yöntem/yöntemler olup olmadığı, bırakmışsa hangi yöntem/yöntemleri kullanmayı bıraktığı ve nedeni, sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaştan önce ve sonra gebe kalmaması gerektiği, iki gebelik arasında en az kaç yıl olması gerektiği, AP yöntemi kullanımı kararında eşle konuşulmasının gerekliliği ve yöntemi uygulama sorumluluğunun eşlerden kimde olması gerektiği sorgulanmıştır.

2.5.2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) (Ek-C)

Kadınlar ve eşlerinin AP'ye yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla Örsal ve Kubilay (2007) tarafından geliştirilen "Aile Planlaması Tutum Ölçeği – APTÖ" kullanılmıştır. APTÖ 34 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her bir ifade l'den 5'e kadar puanlanmaktadır. "Tamamen Katılıyorum yanıtı 1 puan ", "Katılıyorum 2 puan", "Kararsızım 3 puan", "Katılmıyorum 4 puan", "Tamamen Katılmıyorum yanıtı 5 puan " almaktadır.

Ölçek toplumun AP'ye ilişkin tutumu, AP yöntemlerine ilişkin tutumu ve gebeliğe ilişkin tutumu olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarından "*Toplumun AP'ye İlişkin Tutumu*"nu oluşturan madde sayısı 15'dir ve bu alt boyuttan en az 15 en fazla 75 puan alınabilir. Ölçeğin alt boyutlarından "*AP Yöntemlerine İlişkin Tutumu*"nu oluşturan madde sayısı 11'dir. Bu alt boyuttan en az 11 en fazla 55 puan alınabilir. Ölçeğin "*Gebeliğe İlişkin Tutum*" alt boyutunun madde sayısı 8'dir ve bu alt boyuttan en az 8 en fazla 40 puan alınabilir. Ölçekten toplamda en düşük 34, en yüksek 170 puan alınmaktadır. Ölçekten daha yüksek puan almak daha olumlu AP tutumu anlamına gelmektedir. Örsal ve Kubilay (2007) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin güvenirlik incelemesinde iç tutarlılığına bakılmış toplam puanda

Cronbach Alfa güvenilirlik kat sayısı 0,90 bulunmuştur. Geçerliliğinin incelenmesinde uzman görüşünden ve faktör analizinden yararlanılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha iç tutarlılık güvenilirliği kadınlarda; topluma ilişkin alt boyutunda 0,76, yöntemlere ilişkin alt boyutunda 0,90, gebeliğe ilişkin alt boyutunda 0,69 ve ölçek toplam puanda katsayısı ise 0,90 olarak bulunmuştur. Eşlerde ise; Cronbach's Alpha iç tutarlılık güvenilirliği topluma ilişkin alt boyutunda 0,83, yöntemlerine ilişkin alt boyutunda 0,90, gebeliğe ilişkin alt boyutunda 0,80 ve toplam puanda katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur.

2.6. Ön Uygulama

Araştırma öncesi araştırmanın yürütüldüğü sağlık ocağı dışındaki başka bir sağlık ocağında (2 no'lu Sağlık Ocağı) 15- 49 yaş Kadın İzlem Fişi kayıtlarından gelişigüzel seçilen 10 kadın ve eşleri ile görüşülerek uygulanmıştır. Bu uygulama sonucunda bilgi formunda anlaşılamayan ifadeler belirlenip yeniden gözden geçirilmiştir. Anket formlarında gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Veri toplamının 20 dk sürdüğü gözlenmiştir. Görüşülen kişiler araştırma dışı tutulmuştur.

2.7. Verilerin Toplanması

Veriler 1 Şubat-15 Nisan 2011 tarihleri arasında araştırmacı tarafından ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

2.8. Araştırmanın Değişkenleri

2.8.1 Bağımlı değişkenler

- Aile planlaması tutum ölçeği toplam puanı
- Topluma ilişkin tutum puanı
- Yöntemlere ilişkin tutum puanı
- Gebeliğe ilişkin tutum puanı

2.8.2. Bağımsız Değişkenler

- Sosyo-demografik özellikler
- Obstetrik özellikler
- AP yöntemlerine ilişkin özellikler

2.9. Araştırma Soruları

1. Evli kadınlar ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri, AP'ye yönelik tutumları ile ilişkili midir?
2. Kadınların obstetrik özellikleri, AP'ye yönelik tutumları ile ilişkili midir?

3. Evli kadınlar ve eşlerinin AP yöntemlerine ilişkin özellikleri, AP'ye yönelik tutumları ile ilişkili midir?

2.10. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri kontrolü yapılmış ve hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizi SPSS 16,0 paket programında yapılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını tespit etmek amacıyla yapılan Kolmogorov-Smirnov testinde toplum ve yöntem alt boyutlarında normal dağıldığı, gebelik alt boyutunda ise Skewness ve Kurtosis değerlerine bakılarak normal dağılıma uygun olduğu saptanmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla; tek yönlü varyans analizi, bağımsız gruplarda t testi ve çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Çoklu Regresyon Analizi'nde Backward Stepwise Modeli kullanılmıştır. Modele alım kriteri 0,01, model dışı kalma kriteri 0,05 olarak alınmıştır.

2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları yalnızca araştırmanın yapıldığı bölge için geçerlidir, topluma genellenemez.

2.12. Araştırmanın Varsayımları

Örnek grubun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

2.13. Araştırmanın Etiği

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın ilgili bölgede yürütülebilmesi için Mersin Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (Ek-D). Yine Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay alınmıştır (Ek-E). Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için Yrd. Doç. Dr. Özlem Örsal'dan yazılı izin alınmıştır (Ek-F). Anket formları doldurulmadan bireylere bilgilendirilmiş onam formu okunarak/okuması sağlanarak bireylerin yazılı onamları (Ek-G) alınmıştır. Ayrıca kadınlar ve eşlerine görüşme öncesi; gerekli açıklamalar yapılmış ve gönüllü olanlara bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldıktan sonra çalışmaya alınmıştır. Çiftlere istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları ve elde edilen verilerin başka bir yerde kullanılmayacağı belirtilmiştir.

3.BULGULAR

Evli kadınlar ve eşlerinin AP'ye yönelik tutumları ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılan çalışmada araştırma gurubuna ait tanıtıcı bilgiler ve araştırma amaçlarına ilişkin bulgular üç ayrı başlık altında sunulmuştur. Bu bölümlerde;

3.1. Araştırma grubundaki kadınlar ve eşlerinin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,

3.2. Araştırma grubundaki kadınlar ve eşlerinin sosyo-demografik, obstetrik ve AP yöntemlerine ilişkin özelliklerinin, APTÖ ve alt ölçek puan ortalamaları ile ilişkisine yönelik bulgular,

3.3. Kadınlar ve eşlerinin AP'ye yönelik tutumunu etkileyen belirleyicilerin ileri analizine ilişkin bulgular yer almaktadır.

3.1.Araştırma Grubundaki Evli Kadınlar ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde evli kadınlar ve eşlerinin sosyo-demografik, obstetrik ve AP yöntemlerine ilişkin özelliklerine yönelik tanımlayıcı bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.1.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.(n=166)

Sosyo-Demografik Özellikler	Ortalama	Ss
Yaş	34,96	6,20
Evlilik Yaşı	22,3	3,54
Yaş	Sayı	%
22-29	34	20,5
30-39	90	54,2
40 ve üzeri	42	25,3
Evlilik Yaşı		
15-19	29	17,5
20-29	131	78,9
30 ve üzeri	6	3,6
Öğrenim Düzeyi		
İlköğretim	62	37,3
Lise	33	19,9
Üniversite ve lisansüstü eğitim	71	42,8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	78	47,0
Çalışmıyor	88	53,0
Aile Tipi		
Çekirdek aile	159	95,8
Geniş aile	7	4,2
Sosyal Güvence		
Var	158	95,2
Yok	8	4,8
Toplam	166	100

Araştırma kapsamına alınan 166 evli kadının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı çizelge 3.1.1’de gösterilmiştir. Kadınların yaş ortalamasının $34,96 \pm 6,20$ ve % 54,2’sinin 30-39 yaş aralığında olduğu, evlilik yaşı ortalamasının $22,3 \pm 3,54$ olduğu ve çoğunluğunun (% 78,9) 20-29 yaş aralığında evlendiği saptanmıştır. Kadınların % 42,8’inin üniversite ve lisansüstü mezunu olduğu, % 53,0’ünün çalışmadığı, % 95,8’inin çekirdek ailede yaşadığı ve % 95,2’sinin sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.1.2. Eşlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.(n=166)

Sosyo-Demografik Özellikler	Ortalama	Ss
Yaş	38,07	6,43
	Sayı	%
Yaş		
24-29	17	10,2
30-39	67	40,4
40-49	75	45,2
50 ve üzeri	7	4,2
Öğrenim Düzeyi		
İlköğretim	63	37,9
Lise	35	21,1
Üniversite ve lisanüstü	68	41,0
Mesleği		
Memur	72	43,4
İşçi	33	19,9
Serbest meslek*	61	36,7
Toplam	166	100

* Bir emekli ve dört çiftçi serbest meslek grubuna eklenmiştir.

Araştırmada yer alan eşlerin, sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı çizelge 3.1.2’de verilmiştir. Eşlerin yaş ortalamasının $38,07 \pm 6,43$ olduğu ve % 45,2’sinin 40-49 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Eşlerin % 41’inin üniversite ve lisansüstü mezunu ve % 43,4’ünün mesleğinin memur olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.1.3. Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı.

Obstetrik Özellikler	Ortalama	Ss
Gebelik Sayısı	2,26	1,21
Canlı Doğum Sayısı	1,86	0,72
Ölü Doğum Sayısı	1,00	0,0
Düşük Sayısı	1,37	1,04
Küretaj Sayısı	1,22	0,42
Yaşayan Çocuk Sayısı	1,84	0,71
Gebelik Sayısı (n=166)	Sayı	%
1	44	26,5
2	65	39,2
3	35	21,1
4 ve daha fazla*	19	11,4
Gebeliği olmayan	3	1,8
Canlı Doğum Sayısı (n=160)		
1	50	31,2
2	88	55,0
3 ve üzeri**	22	13,8
Ölü Doğum Yapma Durumu (n=166)		
Yapanlar	10	6,0
Yapmayanlar	156	94,0
Düşük Yapma Durumu (n=166)		
Yapanlar	26	15,7
Yapmayanlar	140	84,3
Küretaj Olma Durumu (n=166)		
Olanlar	27	16,3
Olmayanlar	139	83,7
Yaşayan Çocuk Sayısı (n=160)		
1	51	31,9
2	90	55,6
3 ve üzeri***	19	12,5
Son Gebeliğini Planlanma Durumu (n=163)		
Planlı	138	84,7
Plansız	25	15,3
Çocuk Sahibi Olmayı Düşünme Durumu (n=166)		
Düşünen	50	30,1
Düşünmeyen	116	69,9
Çocuk Sahibi Olmayı Düşünme Zamanı (n=50)		
Hemen	13	26,0
Bir yıl sonra	11	22,0
İki yıldan sonra	26	52,0

*Gebelik sayısı beş olan üç kadın, altı olan üç kadın ve dokuz olan bir kadın; gebelik sayısı dört ve üzeri olan grubuna eklenmiştir.

**Canlı doğum sayısı dört olan beş kadın canlı doğum sayısı üç ve üzeri olan grubuna eklenmiştir.

***Yaşayan çocuk sayısı dört olan beş kadın yaşayan çocuk sayısı üç ve üzeri olan grubuna eklenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı çizelge 3.1.3'te verilmiştir. Kadınların % 39,2'sinin gebelik sayısının iki olduğu (2,26±1,21), % 55'inin canlı doğum sayısının iki olduğu (1,86±0,72), % 55,6'sının yaşayan çocuk sayısının iki olduğu (1,84±0,717), % 6'sının ölü doğum yaptığı (1,00±0,00), % 15,7'sinin düşük yaptığı (1,37±1,043), % 16,3'ünün küretaj olduğu (1,22±0,424) saptanmıştır. Kadınların % 84,7'sinin son gebeliğini planladığı, % 69,9'unun çocuk sahibi olmayı düşünmediği, çocuk sahibi olmayı düşünen kadınların % 52'sinin iki yıldan daha sonra düşündüğü saptanmıştır.

Çizelge 3.1.4. Kadınlar ve eşlerinin AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin dağılımı.

AP Yöntemlerine İlişkin Özellikler	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
AP Yöntemi Bilme Durumu	n=166		n=166	
Evet	166	100,0	166	100,0
Hayır	0	0,0	0	0,0
Bilinen AP Yöntemleri^a	n=166		n=166	
Kondom	159	95,8	160	96,4
RİA	153	92,2	129	77,7
Hap	149	89,8	118	71,1
Geri çekme	143	86,1	143	86,1
Enjeksiyonlar	107	64,5	56	33,7
Tüp ligasyon	100	60,2	71	42,8
Takvim yöntemi	98	59,0	63	38,0
Vazektomi	70	42,2	56	33,7
Vajinal duş	1	0,6	-	-
Spermisid	1	0,6	-	-
Bilgi Kaynağı^a	n=166		n=166	
Sağlık personeli*	154	92,7	123	74,1
Gazete- dergi- kitap	75	45,2	98	59,0
Radyo-tv-internet	65	39,2	65	39,2
Akraba- komşu	28	16,9	32	19,3
AP Danışmanlık Hizmeti	n=166		n=166	
Alan	128	77,1	103	62,0
Almayan	38	22,9	63	38,0
Alınan Danışmanlık Hizmetini Yeterli Bulma Durumu	n=128		n=103	
Evet	120	93,8	94	91,3
Hayır	8	6,2	9	8,7
Sağlıklı Bir Gebelik İçin Yaş Sınırları ve İki Gebelik Arasındaki Uygun Aralıkla İlgili Bilgi Durumu				
18 Yaş Öncesi Gebe Kalınmaması	n=166		n=166	
Bilen	164	98,8	158	95,2
Bilmeyen	2	1,2	8	4,8
35-40 Yaş Sonrası Gebe Kalınmaması	n=166		n=166	
Bilen	148	89,2	141	84,9
Bilmeyen	18	10,8	25	15,1
İki Gebelik Arası En Az İki Yıl Olması	n=166		n=166	
Bilen	154	92,8	152	91,6
Bilmeyen	12	7,2	14	8,4

Çizelge 3.1.4 (Devam). Kadınlar ve eşlerinin AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin dağılımı.

	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
AP Yöntemi Kullanma Kararının Eş ile Konuşularak Alınması Gerektiği Konusunda Düşünceleri	n=166		n=166	
Evet	165	99,4	165	99,4
Hayır	1	0,6	1	0,6
AP Yöntemini Uygulama Sorumluluğunun Kimde Olması Gerektiği Konusunda Düşünceleri	n=166		n=166	
Kadın	7	4,2	15	9,0
Erkek	15	9,0	8	4,8
Her ikisi de**	144	86,8	143	86,2

*Bilgi kaynağı okul olan on altı kadın sağlık personeli grubuna eklenmiştir.

** Bilmiyorum cevabını veren üç kadın ve dört eş her ikisi de grubuna eklenmiştir.

^a Kadınlar ve eşleri birden fazla seçeneği işaretlediği için n sayısı katlanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan **kadınlar** ve **eşlerinin** AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin dağılımı çizelge 3.1.4'te verilmiştir. Buna göre; **kadınlar** ve **eşlerinin** tamamının herhangi bir AP yöntemi bildiği saptanmıştır. **Kadınlarda** en fazla bilinen yöntemler sırasıyla; kondom (% 95,8), RİA (% 92,2), hap (% 89,8) ve geri çekme yöntemi (% 86,1), **eşlerde** ise; kondom (% 96,4), geri çekme yöntemi (% 86,1) RİA (% 77,7) ve hap (% 71,1) olarak saptanmıştır. **Kadınlardan** % 92,7'si, **eşlerin** de % 74,1'inin bilgi kaynağının sağlık personeli olduğu, **kadınlardan** % 77,1'i **eşlerin** % 62'sinin AP yöntemlerine yönelik danışmanlık hizmeti aldığı ve **kadınlardan** % 93,8'inin **eşlerinin** de % 91,3 'ünün danışmanlığı yeterli bulunduğu saptanmıştır.

Kadınlardan sağlıklı bir gebelik için yaş sınırları ve iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi durumu; % 98,8'inin 18 yaşından önce ve % 89,2'sinin 35-40 yaşından sonra gebe kalınmaması ve % 92,8'inin iki gebelik arası en az iki yıl olması gerektiği konusunda bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. **Eşlerin** sağlıklı bir gebelik için yaş sınırları ve iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi durumu; % 95,2'sinin 18 yaşından önce ve % 84,9'unun 35-40 yaşından sonra gebe kalınmaması ve % 91,6'sının iki gebelik arası en az iki yıl olması gerektiği şeklinde düşünceleri saptanmıştır.

Kadınlar ve eşlerinin % 99,4'ü AP yöntemi uygulama sorumluluğunu eş ile konuşularak alınması gerektiği ve kadınların % 86,8'inin eşlerin ise % 86,2'sinin AP yöntemi uygulama sorumluluğunun eşlerin her ikisinde de olması gerektiği şeklinde düşünceleri saptanmıştır.

Çizelge 3.1.5. Kadınlar ve eşlerinin AP yöntemi kullanma ve bırakma özellikleri.

Halen AP Yöntemi Kullanma Durumu (n=332)	Sayı	%
Evet	298	89,8
Hayır	34	10,2
Halen Kullandığı AP Yöntemi (n=298)		
Kondom	141	47,3
RİA	75	25,2
Geleneksel yöntem*	27	9,1
Tüp ligasyon	25	8,4
Hap	19	6,4
Enjeksiyonlar	11	3,7
Halen Kullandığı AP Yöntemi Hakkındaki Düşünceleri (n=298)		
Güvenli kullanımı kolay**	226	75,8
Fikrini belirtmeyen	51	17,2
Güvenli değil memnun değil	21	7,0
Geçmişte AP Yöntemi Bırakma Durumu (n=332)		
Evet	163	49,1
Hayır	169	50,9
Bırakılan AP Yöntemleri^a (n=163)		
RİA	60	36,8
Kondom	55	33,7
Hap	55	33,7
Geri çekme yöntemi	37	22,7
Takvim yöntemi	13	8,0
Enjeksiyonlar	9	5,5

*Geri çekme yöntemini kullanan on bir kadın, on dört eş ve takvim yöntemini kullanan bir kadın ve bir eş geleneksel (etkisiz) yöntem kullanan gruba eklenmiştir.

** Şuan kullandığı yöntem hakkında düşüncelerine “kullanımı kolay” şeklinde yanıt veren altı kadın “güvenli” yanıtını veren gruba eklenmiştir.

^a Kadınlar ve eşleri birden fazla seçeneği işaretlediği için n sayısı katlanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınlar ve eşlerinin AP yöntemi kullanma ve bırakma özelliklerine ilişkin dağılım çizelge 3.1.5’te verilmiştir. **Kadınlar ve eşlerinin** % 89,8’inin halen bir AP yöntemi kullandığı ve % 10,2’sinin kullanmadığı saptanmıştır. Kondom (% 47,3) ve RİA’nın (% 25,2) en çok kullanılan AP yöntemleri olduğu saptanmıştır. **Çiftlere** halen kullandıkları AP yöntemi hakkındaki düşünceleri sorulduğunda % 75,8’inin “güvenli kullanımı kolay” şeklinde yanıt verdiği saptanmıştır.

Çalışmada **kadınlar ve eşlerinin** % 49,1’inin geçmişte herhangi bir AP yöntemi bıraktığı, şu ana kadar bırakılan yöntemlerin sırasıyla; RİA (% 36,8), kondom (% 33,7), hap (% 33,7), geri çekme yöntemi (% 22,7), takvim yöntemi (% 8) ve enjeksiyon yöntemi (% 5,5) olduğu saptanmıştır.

3.1.6. Kadınlar ve eşlerinin AP yöntemi bırakma nedenleri.

RİA Bırakma Nedeni (n=60)	Sayı	%
Yan etkileri	36	60,0
Memnun değil	14	23,3
Fikrini belirtmeyen	7	11,7
Gebelik isteme	3	5,0
Hap Bırakma Nedeni (n=55)		
Yan etkileri	24	43,6
Fikrini belirtmeyen	10	18,2
Güvenli değil	8	14,5
Gebelik isteme	5	9,1
Kullanım güçlüğü-Eşin istememesi*	4	7,3
Şigara kullanma	4	7,3
Kondom Bırakma Nedeni (n=55)		
Memnun değil	27	49,1
Gebelik isteme	16	29,1
Kullanım güçlüğü-Eşin istememesi**	6	10,9
Fikrini belirtmeyen	6	10,9
Geri Çekme Yöntemi Bırakma Nedeni (n=37)		
Güvenli değil-Memnun değil***	28	75,7
Fikrini Belirtmeyen	5	13,5
Gebe kalma	3	8,1
Gebelik isteme	1	2,7
Takvim Yöntemi Bırakma Nedeni (n=13)		
Güvenli değil	11	84,7
Gebe kalma	2	15,3
Enjeksiyon Bırakma Nedeni (n=9)		
Yan etkileri	6	66,7
Fikrini belirtmeyen	3	33,3

*Hapı bırakma nedenini “kullanım güçlüğü” olarak belirten üç kadın ve eşinin istememesi üzerine bıraktıklarını ifade eden bir eş aynı gruba alınmıştır.

**Kondom bırakma nedenini “kullanım güçlüğü” olarak belirten iki kadın ve eşinin istememesi üzerine bıraktıklarını ifade eden üç kadın “kullanım güçlüğü eşin istememesi” grubuna dahil edilmiştir.

***Geri çekme yöntemini memnun olmadığı için bırakan on iki kadın ve güvenli bulmadığı için bırakan onaltı eş aynı gruba dahil edilmiştir.

Araştırmada **kadınlar** ve **eşlerinin** AP yöntemi bırakma nedenlerine ilişkin dağılımı çizelge 3.1.6’da verilmiştir. **Kadınlar ve eşlerinin** yan etkileri nedeni ile sırası ile enjeksiyon, RİA ve hapı (% 66,7, % 60, % 43,6), güvenli bulmama ve memnun olmama nedenleri ile sırası ile takvim, geri çekme ve kondom yöntemini (% 84,7, % 75,7, % 49,1) bıraktıkları saptanmıştır.

3.2. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Eşlerinin Sosyo-demografik, Obstetrik ve AP Yöntemlerine İlişkin Özelliklerinin APTÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları ile İlişisine Yönelik Bulgular

Bu bölümde **kadınlar** ve **eşlerinin** sosyo-demografik, obstetrik ve AP yöntemlerine ilişkin özelliklerinin; *Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ)* ve alt ölçek puan ortalamaları (*TİAÖ: Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Topluma İlişkin Alt Ölçeği*, *YİAÖ: Yönteme İlişkin Alt Ölçeği*, *GİAÖ: Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği*) ile ilişisine yönelik bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.2.1. Kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı. (n=166)

Sosyo-Demografik Özellikler	TİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	YİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	GİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	APTÖ $\bar{X} \pm SSs$
Yaş				
22-29 yaş	58,55±7,46	44,02±7,88	31,11±4,47	134,72±16,19
30-39 yaş	60,62±5,89	44,71±5,25	32,43±3,75	137,76 ±12,83
40 yaş ve üzeri	60,69±6,73	45,47±6,06	32,71±4,39	138,88±15,05
	F=1,412	F=0,540	F=1,674	F=1,334
Önemlilik Testi	p=0,247	p=0,584	p=0,191	p=0,266
Öğrenim Düzeyi				
İlköğretim	58,93±6,92	43,67±6,31	32,11±4,65	130,10±19,79
Lise mezunu	60,33±5,59	44,42±6,52	31,66±3,97	136,42 ±13,27
Ünv. ve lisansüstü	61,28±6,32	45,87±5,48	32,60±3,61	139,76 ±13,32
	F=2,215	F=2,272	F=0,634	F=2,068
Önemlilik Testi	p=0,112	p=0,106	p=0,532	p=0,130
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	61,80±6,42	46,33±5,65	32,79±3,98	140,93 ±13,69
Çalışmıyor	58,80±6,21	43,37±6,09	31,73±4,14	133,92±14,57
	t=3,057	t=3,227	t=1,668	t=3,184
Önemlilik Testi	p=0,003	p=0,002	p=0,097	p=0,002
Evlilik Yaşı				
15-19 yaş	58,82±7,55	44,55±6,96	32,72±4,18	136,10±17,01
20-29 yaş	60,38±6,20	44,80±5,84	32,18±4,02	137,38 ±13,95
30 yaş ve üzeri	63,16±6,24	44,83±7,25	31,00±5,58	139,0 ±16,99
	F=1,344	F=0,022	F=0,488	F=0,137
Önemlilik Testi	p=0,264	p=0,979	p=0,615	p=0,872
Aile Tipi				
Çekirdek aile	60,38±6,36	44,91±5,98	32,37±4,02	137,67 ±14,34
Geniş aile	56,42±8,28	41,28±7,20	29,14±4,74	126,85±16,68
	t=1,590	t=1,559	t=2,062	t=1,940
Önemlilik Testi	p=0,114	p=0,121	p=0,041	p=0,054
Sosyal Güvence				
Var	60,26±6,58	44,86±6,06	32,22±4,02	137,35 ±14,62
Yok	59,25±3,77	42,87±6,08	32,37±5,62	134,50±13,71
	t=0,432	t=0,904	t=-0,099	t=0,540
Önemlilik Testi	p=0,666	p=0,367	p=0,921	p=0,590

Araştırma kapsamına alınan **kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının** sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Çizelge 3.2.1'de yer

almaktadır. Buna göre; çalışan **kadınlarda** *TİAÖ* (61,80±6,42), *YİAÖ* (46,33±5,65) ve *APTÖ* (140,93±13,69) *ortalamaları*, çalışmayanlara göre (sırasıyla 58,80±6,21, 43,37±6,09, 133,92±14,57) daha yüksektir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Çalışan **kadınlarda** *GİAÖ* *ortalaması* (32,79±3,98) çalışmayanlara göre (31,73±4,14) daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Kadınların *GİAÖ* *ortalaması* çekirdek ailede yaşayanlarda (32,37±4,02), geniş ailede yaşayanlardan (29,14±4,74) daha yüksektir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur (p<0,05). *TİAÖ*, *YİAÖ* ve *APTÖ* *puan ortalamaları* ile kadının aile tipi arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Kadınların yaşı, öğrenim düzeyi, evlilik yaşı ve sosyal güvence durumu ile *TİAÖ*, *YİAÖ*, *GİAÖ* *alt ölçek* ve *APTÖ* *toplam puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Çizelge 3.2.2. Eşlerin *APTÖ* ve alt ölçek puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı.(n=166)

Sosyo-Demografik Özellikler	<i>TİAÖ</i> $\bar{X} \pm Ss$	<i>YİAÖ</i> $\bar{X} \pm Ss$	<i>GİAÖ</i> $\bar{X} \pm Ss$	<i>APTÖ</i> $\bar{X} \pm Ss$
Yaş				
24-29 yaş	61,58±8,49	45,41±5,72	33,00±4,25	140,00±16,66
30-39 yaş	60,28±6,48	44,47±6,47	32,44±4,93	137,20±15,39
40-49yaş	59,14±7,96	43,24±6,25	32,22±4,40	134,61 ±16,61
50 yaş ve üzeri	59,42±4,89	44,28±5,67	32,28±4,53	136,00 ±12,98
	F=0,630	F=0,787	F=0,135	F=0,653
Önemlilik Testi	p=0,597	p=0,503	p=0,939	p=0,582
Öğrenim Düzeyi				
İlköğretim	58,68±7,21	44,00±6,05	32,50±4,89	135,19±16,01
Lise mezunu	59,02±9,24	43,25±7,03	32,14±4,10	134,42 ±18,10
Ünv. ve lisansüstü	61,39±6,05	44,39±6,09	32,42±4,58	138,22 ±14,72
	F=2,579	F=0,380	F=0,073	F=0,884
Önemlilik Testi	p=0,79	p=0,685	p=0,930	p=0,415
Çalışma Durumu				
Memur	61,08±7,40	44,93±6,45	32,51±4,70	138,52 ±16,65
İşçi	58,12±7,67	42,39±6,44	32,36±5,11	132,87±16,85
Serbest meslek	59,37±6,92	43,78±5,82	32,27±4,20	135,44 ±14,40
	F=2,089	F=1,935	F=0,044	F=1,558
Önemlilik Testi	p=0,127	p=0,148	p=0,957	p=0,214

Araştırmada yer alan eşlerin toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı Çizelge 3.2.2’de yer almaktadır. Buna göre; **eşlerin** yaşı, öğrenim düzeyi ve çalışma durumu ile *TİAÖ*, *YİAÖ*, *GİAÖ* *alt*

ölçek ve APTÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.2.3. Kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı.(n=166)

Obstetrik Özellikler	TİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	YİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	GİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	APTÖ $\bar{X} \pm Ss$
Gebelik sayısı (n=166)				
1	61,72 ±6,72	46,13±6,53	32,18±3,87	140,04±15,03
2	60,87±6,05	45,10±5,75	32,56±3,97	138,55±13,94
3	59,11±6,42	43,71±5,96	31,54±3,95	134,37±13,66
4 ve üzeri	57,68±6,02	43,47±5,17	33,05±5,07	134,21±14,60
Gebeliği olmayan	52,66±7,09	37,66±7,09	28,66±4,16	119,00±18,33
	F=2,423	F=1,482	F=0,722	F=1,482
Önemlilik Testi	p=0,068	p=0,221	p=0,540	p=0,221
Canlı Doğum Sayısı (n=160)				
1	61,40±6,53	46,14±6,11	31,94±3,62	139,48±14,45
2	60,44±6,68	45,57±5,88	32,43±4,37	137,45±14,74
3 ve üzeri	57,81±4,60	43,40±5,75	32,40±3,99	133,63±12,56
	F=2,402	F=1,911	F=0,243	F=1,267
Önemlilik Testi	p=0,094	p=0,151	p=0,785	p=0,285
Ölü Doğum Yapma Durumu (n=166)				
Yapanlar	60,90±9,24	45,50±7,35	32,10±5,08	138,50±19,96
Yapmayanlar	60,17±6,29	44,71±5,99	32,24±4,04	137,13±14,21
	t=0,343	t=0,395	t=-0,107	t=0,287
Önemlilik Testi	p=0,732	p=0,694	p=0,915	p=0,775
Düşük Yapma Durumu (n=166)				
Yapanlar	58,73±7,30	45,53±4,45	33,03±4,20	136,30±13,51
Yapmayanlar	60,49±6,29	44,80±6,32	32,08±4,06	137,38±14,77
	t=-1,311	t=-0,418	t=0,776	t=0,592
Önemlilik Testi	p=0,192	p=0,667	p=0,439	p=-1,670
Küretaj Olma Durumu (n=166)				
Olanlar	58,11±6,70	42,33±5,64	30,96±4,79	131,40±14,27
Olmayanlar	60,62±6,36	45,23±6,04	32,48±3,91	138,34±14,38
	t=-1,862	t=-2,308	t=-1,776	t=-2,296
Önemlilik Testi	p=0,064	p=0,022	p=0,078	p=0,023
Yaşayan Çocuk Sayısı (n=160)				
1	61,19±6,63	46,11±6,05	31,94±3,58	139,25 ±14,39
2	60,47±6,59	44,47±5,84	32,45±4,36	137,41 ±14,60
3 ve üzeri	57,73±4,68	43,68±6,12	32,31±4,13	133,73 ±13,35
	F=2,402	F=1,911	F=0,243	F=1,267
Önemlilik Testi	p=0,094	p=0,151	p=0,785	p=0,285
Son Gebeliğini Planlama Durumu (n=163)				
Planlı	60,05±6,71	44,81±6,17	32,27±4,22	137,15±15,10
Plansız	62,00±3,96	45,32±4,93	32,44±3,16	139,76 ±8,83
	t=-1,400	t=-0,384	t=-0,185	t=-0,837
Önemlilik Testi	p=0,163	p=0,701	p=0,853	p=0,404
Çocuk Sahibi Olmayı Düşünme Durumu (n=166)				
Düşünen	59,40±6,91	44,32±6,58	30,80±4,25	134,52±15,95
Düşünmeyen	60,56±6,26	44,95±5,83	32,85±3,87	138,37±13,81
	t=-1,068	t=-0,620	t=-3,039	t=-1,575
Önemlilik Testi	p=0,287	p=0,536	p=0,003	p=0,117
Çocuk Sahibi Olmayı Düşünme Zamanı (n=50)				
Hemen	57,84±7,09	44,61±6,93	31,30±3,11	133,76±14,83
Bir yıl sonra	62,27±5,60	47,09±5,87	31,63±3,88	141,00±14,07
İki yıldan sonra	58,96±7,20	43,00±6,54	30,19±4,89	132,15±17,00
	F=1,349	F=1,543	F=0,561	F=1,219
Önemlilik Testi	p=0,269	p=0,224	p=0,575	p=0,305

Araştırma kapsamına alınan **kadınların** APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı Çizelge 3.2.3.'te yer almaktadır. Buna göre; **kadınların YIAÖ puan ortalaması**; küretaj olmayanlarda (45,23±6,04), küretaj olanlardan (42,33±5,64), **APTÖ puan ortalaması** ise, küretaj olmayanlarda (138,34±14,38), küretaj olanlardan (131,40±14,27) daha yüksektir. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur (p<0,05). **TIAÖ ve GIAÖ puan ortalamaları ile** kadınların küretaj olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (p>0,05).

GIAÖ puan ortalamasının; çocuk sahibi olmayı düşünmeyen **kadınlarda** (32,85±3,87), düşünenlerden (30,80±4,25) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak önemlidir (p<0,05). **TIAÖ, YIAÖ ve APTÖ puan ortalamaları ile kadınların** çocuk sahibi olmayı düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (p > 0,05).

Kadınların gebelik, canlı doğum, ölü doğum ve yaşayan çocuk sayısının, düşük yapma ve son gebeliğini planlama durumunun ve çocuk sahibi olmayı düşünme zamanının toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Çizelge 3.2.4. Kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerine göre dağılımı.(n=166)

AP Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Düşünceler	TİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	YİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	GİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	APTÖ $\bar{X} \pm Ss$
Bilgi Kaynağı (n=166)				
Sağlık personeli	60,47±6,34	45,00±5,97	32,49±4,01	137,97±14,21
Sağlık personeli dışında	58,96±7,06	43,57±6,43	30,96±4,29	133,50±15,85
	t=1,124	t=1,144	t=1,814	t=1,488
Önemlilik Testi	p=0,263	p=0,254	p=0,071	p=0,139
AP Danışmanlık Hizmeti Alma Durumu (n=166)				
Evet	60,77±6,29	45,10±5,85	32,85±3,81	138,73±13,99
Hayır	58,34±6,78	43,60±6,64	30,15±4,35	132,10±15,42
	t=2,054	t=1,347	t=3,697	t=2,505
Önemlilik Testi	p=0,042	p=0,180	p=0,000	p=0,013
Alınan Danışmanlık Hizmetini Yeterli Bulma Durumu (n=128)				
Evet	60,80±6,40	45,38±5,72	32,97±3,78	138,73±13,99
Hayır	60,25±4,68	41,00±6,71	31,00±4,10	132,10±12,99
	t=0,242	t=2,075	t=1,423	t=1,358
Önemlilik Testi	p=0,809	p=0,040	p=0,157	p=0,177
Sağlıklı Bir Gebelik İçin Yaş Sınırları ve İki Gebelik Arasındaki Uygun Aralıkla İlgili Bilgi Durumu				
18 Yaş Öncesi Gebe Kalınmaması (n=166)				
Bilen	60,24±6,50	44,78±6,09	32,23±4,11	137,26±14,63
Bilmeyen	58,00±0,00	43,00±1,41	32,00±0,00	133,00±1,41
	t=0,486	t=0,413	t=0,081	t=0,411
Önemlilik Testi	p=0,627	p=0,680	p=0,935	p=0,681
35-40 Yaş Sonrası Gebe Kalınmaması (n=166)				
Bilen	60,75±6,32	45,03±5,97	32,38±4,05	138,17±14,20
Bilmeyen	55,77±6,12	42,55±6,49	31,00±4,32	129,33±15,42
	t=3,166	t=1,647	t=1,359	t=2,471
Önemlilik Testi	p=0,002	p=0,102	p=0,176	p=0,014
İki Gebelik Arası En Az İki Yıl Olması (n=166)				
Bilen	61,11±6,59	45,34±6,42	32,80±3,66	139,26±14,52
Bilmeyen	59,66±6,36	44,40±5,82	31,88±4,31	135,96±14,49
	t=1,397	t=0,971	t=1,419	t=1,426
Önemlilik Testi	p=0,164	p=0,333	p=0,158	p=0,156
AP Yöntemini Uygulama Sorumluluğunun Kimde Olması Gerektiği Konusunda Düşünceleri (n=166)				
Kadın	59,57±5,76	42,42±6,75	31,14±6,81	133,14±17,97
Erkek	59,66±7,47	43,80±5,85	30,86±3,96	134,33±15,69
Her ikisi de	60,30±6,43	44,97±6,05	32,43±3,94	137,71±14,30
	F=0,101	F=0,798	F=1,256	F=0,650
Önemlilik Testi	p=0,904	p=0,452	p=0,288	p=0,523

Araştırma kapsamına alınan **kadınların** APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerine göre dağılımı Çizelge 3.2.4.'te yer almaktadır. AP danışmanlık hizmeti alan **kadınlarda**, *TİAÖ*, *GİAÖ*, *APTÖ ortalamalarının* (sırasıyla 60,77±6,29, 32,85±3,81, 138,73±13,99) almayanlardan (58,34±6,78, 30,15±4,35, 132,10±15,42) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). *YİAÖ ortalaması ile* AP danışmanlık hizmeti alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

YİAÖ ortalaması, alınan danışmanlık hizmetini yeterli bulan **kadınlarda** (45,38±5,72), bulmayanlardan (41,00±6,71) daha yüksek olarak saptanmıştır. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). *TİAÖ*, *GİAÖ ve APTÖ puan ortalamaları ile* **kadınların** alınan AP danışmanlık hizmetini yeterli bulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

TİAÖ, *APTÖ ortalamaları*, sağlıklı bir gebelik için 35-40 yaş sonrası gebe kalınmaması gerektiğini bilen **kadınlarda** (sırasıyla 60,75±6,32, 138,17±14,20), bilmeyenlerden (55,77±6,12, 129,33±15,42) daha yüksek saptanmıştır. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). *YİAÖ ve GİAÖ ortalamaları ile* 35-40 yaş sonrası gebe kalınmaması gerektiğini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Kadınların bilgi kaynağı, 18 yaşından önce gebe kalınmaması gerektiği ve iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi durumu ve AP yöntemi uygulama sorumluluğunun kimde olması gerektiği konusunda düşünceleri ile *TİAÖ*, *YİAÖ*, *GİAÖ ve APTÖ puan ortalamaları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Çizelge 3.2.5. Eşlerin APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerine göre dağılımı.(n=166)

AP Yöntemleri İlişkin Özellikler	TİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	YİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	GİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	APTÖ $\bar{X} \pm Ss$
Bilgi Kaynağı (n=166)				
Sağlık personeli	60,50±6,54	44,57±6,02	32,77±4,25	137,85±14,52
Sağlık personeli dışında	58,31±8,87	42,60±6,68	31,45±5,23	132,37±18,62
	t=1,753	t=1,852	t=1,693	t=2,025
Önemlilik Testi	p=0,081	p=0,066	p=0,092	p=0,044
AP Danışmanlık Hizmeti Alma Durumu (n=166)				
Evet	61,25±6,31	45,92±5,41	33,37±4,15	140,55±13,51
Hayır	57,60±8,31	40,87±6,34	30,79±4,82	129,26±17,22
	t=3,197	t=5,461	t=3,655	t=4,694
Önemlilik Testi	p=0,002	p=0,000	p=0,000	p=0,000
Alınan Danışmanlık Hizmetini Yeterli Bulma Durumu (n=103)				
Evet	61,21±6,01	46,10±5,34	33,36±4,19	140,68±13,18
Hayır	61,66±9,31	44,00±6,04	33,55±3,87	139,22±17,54
	t=-0,205	t=1,117	t=-0,133	t=0,308
Önemlilik Testi	p=0,838	p=0,267	p=0,894	p=0,759
Sağlıklı Bir Gebelik İçin Yaş Sınırları ve İki Gebelik Arasındaki Uygun Aralıkla İlgili Bilgi Durumu				
18 Yaş Öncesi Gebe Kalınmaması (n=166)				
Bilen	59,99±7,48	44,17±6,31	32,43±4,65	136,60±16,23
Bilmeyen	57,37±2,26	40,75±4,39	31,62±2,87	129,75 ±6,11
	t=0,985	t=1,513	t=0,487	t=1,186
Önemlilik Testi	p=0,326	p=0,132	p=0,627	p=0,237
35-40 Yaş Sonrası Gebe Kalınmaması (n=166)				
Bilen	60,30±7,04	43,97±6,23	32,53±4,41	136,81±15,46
Bilmeyen	57,40±8,51	44,20±6,53	31,60±5,48	133,20±18,54
	t=1,839	t=-0,167	t=0,944	t=1,044
Önemlilik Testi	p=0,068	p=0,867	p=0,347	p=0,298
İki Gebelik Arası En Az İki Yıl Olması (n=166)				
Bilen	59,97±7,22	44,11±6,24	32,40±4,50	136,50±15,61
Bilmeyen	58,71±8,59	42,78±6,60	32,28±5,55	133,78±19,78
	t=0,614	t=0,761	t=0,095	t=0,608
Önemlilik Testi	p=0,540	p=0,448	p=0,924	p=0,544
AP Yöntemini Uygulama Sorumluluğunun Kimde Olması Gerektiği Konusunda Düşünceleri (n=166)				
Kadın	59,57±5,76	42,42±6,75	31,14±6,81	133,14±17,97
Erkek	59,66±7,47	43,80±5,85	30,86±3,96	134,33±15,69
Her ikisi de	60,30±6,43	44,97±6,05	32,43±3,94	137,71±14,30
	F=2,571	F=2,942	F=2,693	F=3,189
Önemlilik Testi	p=0,080	p=0,056	p=0,071	p=0,044

Araştırma kapsamına alınan **eşlerin** APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerine göre dağılımı Çizelge 3.2.5.'te yer almaktadır. *APTÖ ortalaması*; bilgi kaynağı sağlık personeli olan **eşlerde** (137,85±14,52) olmayanlardan (132,37±18,62) daha yüksektir. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). *TİAÖ, YİAÖ ve GİAÖ puan ortalamaları ile eşlerin bilgi kaynağı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı* saptanmıştır (p>0,05).

AP danışmanlık hizmeti alan **eşlerde** *TİAÖ, YİAÖ, GİAÖ ve APTÖ ortalamaları* (sırasıyla; 61,25±6,31, 45,92±5,41, 33,37±4,15, 140,55±13,51), olmayanlardan (57,60±8,31, 40,87±6,34, 30,79±4,82, 129,26±17,22) daha yüksektir. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Eşlerin AP yöntemini uygulama sorumluluğunun kimde olması gerektiği konusunda düşünceleri araştırıldığında, *APTÖ ortalaması*; “her ikisi de” yanıtını verenler (137,71±14,30), “erkek” (134,33±15,69) ve “kadın” (133,14±17,97) yanıtını verenlerden daha yüksektir. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). *TİAÖ, YİAÖ ve GİAÖ puan ortalamaları ile eşlerin AP yöntemini uygulama sorumluluğunun kimde olması gerektiği konusunda düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı* saptanmıştır (p>0,05). Post Hoc Tukey testine göre “kadın” ve “her ikisi de” yanıtını veren grupların diğer gruplara göre farklı olduğu ve diğer gruplar arasında farklılık görülmediği saptanmıştır.

Eşlerin; alınan danışmanlık hizmetini yeterli bulma durumu, sağlıklı bir gebelik için yaş sınırları ve iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi durumu ile *TİAÖ, YİAÖ, GİAÖ ve APTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı* saptanmıştır (p>0,05).

Çizelge 3.2.6. Kadınlar ve eşlerinin APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP yöntemi kullanma ve bırakma özelliklerine ilişkin dağılımı.(n=332)

AP Yöntemi Kullanma ve Bırakma Özellikleri	TİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	YİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	GİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	APTÖ $\bar{X} \pm Ss$
Halen AP Yöntemi Kullanma Durumu (n=332)				
Evet	60,40±6,73	44,71±6,02	32,60±4,30	137,72±14,82
Hayır	56,88±7,70	41,47±6,73	29,82±3,88	128,18±16,53
Önemlilik Testi	t=2,846 p=0,005	t=2,943 p=0,003	t=3,598 p=0,000	t=3,515 p=0,001
Halen Kullandığı AP Yöntemi (n=298)				
Kondom	61,60±6,23	45,16±6,03	33,35±4,08	140,11±14,48
Hap	60,78±7,26	44,73±4,40	32,84±3,53	138,37±11,95
RİA	60,52±5,42	45,38±5,57	32,57±4,16	138,48±12,57
Enjeksiyonlar	59,72±4,96	45,00±5,03	32,45±3,95	137,18±10,94
Geleneksel yöntem	58,29±6,85	41,92±6,40	30,51±4,67	130,74±15,90
Tüp ligasyon	56,32±10,00	43,24±7,62	30,72±5,20	130,28±20,34
Önemlilik Testi	F=3,495 p=0,004	F=1,827 p=0,107	F=3,191 p=0,008	F=3,384 p=0,005
Halen Kullandığı AP Yöntemi Hakkındaki Düşünceleri (n=298)				
Güvenli, kullanım kolaylığı	60,88±6,04	45,59±5,35	33,14±3,91	139,62±12,98
Fikrini belirtmeyen	58,50±9,15	42,92±7,30	30,54±5,27	131,98±19,78
Güvenli değil, memnun değil	59,85±6,31	39,61±6,14	31,71±4,29	131,19±14,67
Önemlilik Testi	F=2,685 p=0,070	F=13,216 p=0,000	F=8,462 p=0,000	F=8,096 p=0,000
AP Yöntemi Bırakma Durumu (n=163)				
Evet	59,49±6,97	43,93±6,03	32,14±4,28	135,58±14,89
Hayır	60,56±6,81	44,81±6,27	32,47±4,40	137,86±15,55
Önemlilik Testi	t=-1,415 p=0,158	t=-1,298 p=0,195	t=-0,696 p=0,487	t=-1,364 p=0,174

Araştırma kapsamına alınan **kadınlar ve eşlerinin** APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP yöntemi kullanma ve bırakma özelliklerine ilişkin dağılımı Çizelge 3.2.6.'da yer almaktadır. Halen AP yöntemi kullanan **çiftlerde** TİAÖ, YİAÖ, GİAÖ ve APTÖ ortalamaları (sırasıyla 60,40±6,73, 44,71±6,02, 32,60±4,30, 137,72±14,82), kullanmayanlardan (56,88±7,70, 41,47±6,73, 29,82±3,88, 128,18±16,53) daha yüksektir. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

TİAÖ ortalaması; kondom kullanan **çiftlerde** (61,60±6,23), hap (60,78±7,26), RİA (60,52±5,42), enjeksiyon (59,72±4,96), geleneksel yöntem (58,29±6,85) ve tüp ligasyon yöntemi kullanan **çiftlerden** (56,32±10,00) daha yüksek olarak saptanmıştır. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). GİAÖ ortalaması, kondom kullananlarda (33,35±4,08), hap kullananlardan (32,84±3,53), RİA (32,57±4,16), enjeksiyon (32,45±3,95), geleneksel yöntem

(30,51±4,67) ve tüp ligasyon (30,72±5,20) yöntemi kullananlardan daha yüksektir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). *APTÖ puan ortalaması*; kondom kullananlar **çiftlerde** (140,11±14,48), hap (138,37±11,95), RİA (138,48±12,57), enjeksiyon (137,18±10,94), geleneksel yöntem (130,74±15,90) ve tüp ligasyon yöntemi (130,28±20,34) kullanan **çiftlerden** daha yüksek saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Post Hoc Tukey testine göre *TİAÖ* ve *APTÖ* ortalama puanı için kondom ve tüp ligasyon yöntemini kullananlar diğer gruplardan farklı olduğu ve diğer gruplarında kendi aralarında benzer olduğu saptanmıştır. *GİAÖ ortalaması* için Post Hoc Tukey testinde kondom kullanan ve geleneksel yöntem kullananlar arasındaki fark anlamlı saptanmış olup diğer gruplar arasındaki fark benzerdir. *YİAÖ ortalaması ile kadınlar ve eşlerin* halen kullandığı yöntem çeşidi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

YİAÖ ortalaması kullandığı yöntem için “güvenli kullanımı kolay” şeklinde düşüncesini belirten **kadınlar** ve **eşlerinde** (45,59±5,35) “fikrini belirtmeyen” ve “güvenli değil memnun değil” şeklinde belirtenlerden (sırasıyla 42,92±7,30, 39,61±6,14) daha yüksektir. *GİAÖ ortalaması* kullandığı yöntem için “güvenli, kullanımı kolay” şeklinde düşüncesini belirten **çiftlerde** (33,14±3,91) “güvenli değil memnun değil” ve “fikrini belirtmeyen” şeklinde belirtenlerden (sırasıyla 31,71±4,29, 30,54±5,27) daha yüksektir. *APTÖ ortalaması*; kullandığı yöntem için “güvenli kullanımı kolay” şeklinde düşüncesini belirten **çiftlerde** (139,62±12,98) “fikrini belirtmeyen” ve “güvenli değil memnun değil” şeklinde belirtenlerden (sırasıyla, 131,98±19,78, 131,19±14,67) daha yüksektir. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). *TİAÖ ortalaması ile kadınlar ve eşlerin* halen kullandığı yöntem hakkında düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Yapılan Post Hoc Tukey testine göre *YİAÖ*, *GİAÖ*, *APTÖ* ortalama puanı için kullandığı yöntem hakkında “güvenli kullanımı kolay” şeklinde düşüncesini belirten grubun diğer iki gruba göre daha anlamlı olduğu ve diğer iki grubun kendi aralarında benzer olduğu saptanmıştır.

Kadınlar ve eşlerinin AP yöntemi bırakma durumu ile *TİAÖ*, *YİAÖ*, *GİAÖ* ve *APTÖ ortalamarı* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.2.7. Kadınlar ve eşlerinin APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP'ye yönelik tutumları ile karşılaştırılmasına ilişkin dağılım.(n=332)

	TİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	YİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	GİAÖ $\bar{X} \pm Ss$	APTÖ $\bar{X} \pm Ss$
Cinsiyet				
Kadın	60,21±6,47	44,76±6,06	32,33±4,09	137,22±14,55
Erkek	59,86±7,33	44,00±6,26	32,39±4,58	136,27±15,95
Önemlilik Testi	t=0,460 p=0,295	t=1,122 p=0,874	t=-0,341 p=0,116	t=0,564 p=0,306

Araştırma kapsamına alınan **kadınlar** ve **eşlerinin** APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP'ye yönelik tutumları ile karşılaştırılmasına ilişkin dağılım Çizelge 3.2.7.'de yer almaktadır. Kadınlar ve eşlerinin AP'ye yönelik tutumları ile APTÖ ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

3.3. Kadınlar ve Eşlerinin AP'ye Yönelik Tutumunu Etkileyen Belirleyicilerin İleri Analizine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınlar ve eşlerinin AP'ye yönelik tutumunu etkileyen belirleyicilerin ileri analizine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.3.1. Kadınların APTÖ toplam puanının belirleyicileri* (Çoklu regresyon analizi-Backward metoduna göre) **

Belirleyiciler	β	t değeri	(% 95 Güven Aralığı)	p değeri
Kadının çalışmama durumu	-0,278	-3,828	(-12,234- -3,907)	0,000
Küretaj olma durumu	-0,258	-3,551	(-15,787- -4,503)	0,001
Herhangi bir AP yöntemi kullanmama	-0,274	-3,840	(-20,368- -6,534)	0,000

R= 0,431 R² =0,186 F=12,326 P=0,000

*Çoklu regresyon backward stepwise modeline alınan değişkenler çalışma durumu, aile tipi, küretaj olma, çocuk sahibi olmayı isteme, AP danışmanlık alma, 35-40 yaş üstünde gebe kalmayı sağlıklı görme durumu, şu an AP yöntemi kullanma durumu

** Modele alım kriteri 0,01, model dışı kalma kriteri 0,05 olarak alınmıştır.

Yapılan tekli analizler sonrası kadının AP tutumunu anlamlı düzeyde belirleyen bağımsız değişkenlerle çoklu regresyon modeli oluşturulmuş ve modelin anlamlı olduğu görülmüştür (F=12,326 p=0,000). Backward metoduna göre bu değişkenlerden kadının herhangi bir işte çalışmaması, küretaj olması ve şu an herhangi bir AP yöntemi kullanmamasının *APTÖ toplam puanı* için belirleyici

olduğu ve bu durumların tutumu olumsuz etkilediği bulunmuştur. Bu değişkenler AP tutum puanının % 18,6'sını açıklamıştır ($R=0,431$ $R^2=0,186$).

Çizelge 3.3.2. Kadınların APTÖ toplum alt boyutu puanının belirleyicileri* (Çoklu regresyon analizi-Backward metoduna göre) **

Belirleyiciler	β	t değeri	(% 95 Güven Aralığı)	p değeri
Kadının çalışmama durumu	-0,209	-2,731	(-4,665- -0,750)	0,007
Küretaj olma durumu	-0,215	-2,920	(-6,302- -1,217)	0,004
35-40 yaş üstü gebeliği sağlıklı bulma	-0,186	-2,479	(-6,937- -0,786)	0,014
Herhangi bir AP yöntemi kullanmama	-0,213	-2,952	(-7,776- -1,543)	0,004

R= 0,411 $R^2=0,169$ F=8,189 P=0,000

*Çoklu regresyon backward stepwise modeline alınan değişkenler çalışma durumu, aile tipi, küretaj olma, çocuk sahibi olmayı isteme, AP danışmanlık alma, 35-40 yaş üstünde gebe kalmayı sağlıklı görme durumu, şu an AP yöntemi kullanma durumu

** Modele alım kriteri 0,01, model dışı kalma kriteri 0,05 olarak alınmıştır.

Aynı değişkenlerle ölçeğin toplum alt boyutu için oluşturulan çoklu regresyon modelinin de anlamlı olduğu görülmüştür ($F=8,189$ $p=0,000$). Backward metoduna göre bu değişkenlerden kadının çalışmama durumu, küretaj olma durumu, 35-40 yaş üstü gebeliği sağlıklı bulması ve şu an herhangi bir AP yöntemi kullanmamasının *APTÖ toplum alt boyutu puanı* için belirleyici olduğu ve bu durumların tutumu olumsuz etkilediği bulunmuştur. Bu değişkenler AP tutum puanının % 16,9'sını açıklamıştır ($R=0,411$ $R^2=0,169$).

Çizelge 3.3.3. Kadınların APTÖ yöntem alt boyut puanının belirleyicileri* (Çoklu regresyon analizi-Backward metoduna göre) **

Belirleyiciler	β	t değeri	(% 95 Güven Aralığı)	p değeri
Kadının çalışmama durumu	-0,282	-3,862	(-5,167- -1,671)	0,000
Küretaj olma durumu	-0,257	-3,510	(-6,580- -1,842)	0,001
Herhangi bir AP yöntemi kullanmama	-0,243	-3,377	(-7,870- -2,062)	0,001

R= 0,415 $R^2=0,172$ F=11,233 P=0,000

*Çoklu regresyon backward stepwise modeline alınan değişkenler çalışma durumu, aile tipi, küretaj olma, çocuk sahibi olmayı isteme, AP danışmanlık alma, 35-40 yaş üstünde gebe kalmayı sağlıklı görme durumu, şu an AP yöntemi kullanma durumu

** Modele alım kriteri 0,01, model dışı kalma kriteri 0,05 olarak alınmıştır.

Ölçeğin yöntem alt boyutu için oluşturulan çoklu regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmüştür (F=11,233 p=0,000). Backward metoduna göre bu değişkenlerden kadının çalışmama durumu, küretaj olma durumu ve şu an herhangi bir AP yöntemi kullanmamasının *APTÖ yöntem alt boyutu* puanı için belirleyici olduğu ve bu durumların tutumu olumsuz etkilediği bulunmuştur. Bu değişkenler AP tutum puanının % 17,2'sini açıklamıştır (R= 0,415 R² =0,172).

Çizelge 3.3.4. Kadınların APTÖ gebelik alt boyut puanının belirleyicileri*
(Çoklu regresyon analizi-Backward metoduna göre) **

Belirleyiciler	β	t değeri	(% 95 Güven Aralığı)	p değeri
Kadının çalışmama durumu	-0,155	-2,142	(-2,443- -0,099)	0,034
Küretaj olma durumu	-0,220	-3,029	(-4,010- -0,845)	0,003
Çocuk sahibi olmayı düşünme	-0,175	-2,382	(-2,843- -0,266)	0,018
AP danışmanlığı almama	-0,213	-2,923	(-3,468- -0,671)	0,004
Herhangi bir AP yöntemi kullanmama	-0,212	-2,918	(-4,907- -0,946)	0,004

R= 0,455 R² =0,207 F=8,334 P=0,000

*Çoklu regresyon backward stepwise modeline alınan değişkenler çalışma durumu, aile tipi, küretaj olma, çocuk sahibi olmayı isteme, AP danışmanlık alma, 35 yaş üstünde gebe kalmayı sağlıklı görme durumu, şu an AP yöntemi kullanma durumu

** Modele alım kriteri 0,01, model dışı kalma kriteri 0,05 olarak alınmıştır.

APTÖ gebelik alt boyutunun belirleyicilerinin belirlenmesi içinde etkileyen bağımsız değişkenlerle çoklu regresyon modeli oluşturulmuş ve modelin anlamlı olduğu görülmüştür (F=8,334 p=0,000). Backward metoduna göre bu değişkenlerden kadının çalışmama durumu, küretaj olma durumu, çocuk sahibi olmayı düşünme, AP danışmanlığı almama ve şu an herhangi bir AP yöntemi kullanmamasının *APTÖ gebelik alt boyutu puanı* için belirleyici olduğu ve bu durumların tutumu olumsuz etkilediği bulunmuştur. Bu değişkenler AP tutum puanının % 20,7'sini açıklamıştır (R= 0,455 R² =0,207).

Çizelge 3.3.5. Eşlerin TİAÖ, YİAÖ, GİAÖ alt ölçek ve APTÖ toplam puanlarının belirleyicileri* (Çoklu regresyon analizi – Backward metoduna göre)**

Belirleyiciler	Toplum			Yöntem			Gebelik			Toplam		
	β	t	Güven Aralığı	β	t	Güven Aralığı	β	t	Güven Aralığı	β	t	Güven Aralığı
AP danışmanlığı almama	-0,235	-3,132	(-5,783- -1,310)	-0,386	-5,414	(-6,777- -3,155)	-0,267	-3,593	(-3,899- -1,133)	-0,336	-4,646	(-15,716- -6,341)
AP yöntemi uygulama sorumluluğu (kadın ya da erkekte)	-0,149	-1,981	(-6,293- -0,010)	-0,142	-1,991	(-5,109- -0,021)	-0,160	-2,152	(-4,059- -0,175)	-0,170	-2,349	(-14,418- -1,250)
	R= 0,284 R ² =0,081			R= 0,417 R ² =0,174			R= 0,318 R ² =0,101			R= 0,384 R ² =0,147		
	F=7,164 P=0,001			F=17,164 P=0,000			F=9,144 P=0,000			F=14,081 P=0,000		

*Çoklu regresyon backward stepwise modeline alınan değişkenler bilgi kaynağı, AP danışmanlık hizmeti alma durumu, AP yöntemi uygulama sorumluluğu

** Modele alım kriteri 0,01, model dışı kalma kriteri 0,05 olarak alınmıştır.

Tek yönlü analizlerde belirlenen eşin AP tutumu ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunan bağımsız değişkenlerle çoklu regresyon modeli oluşturulmuş ve modelin anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla $F=7,164$ $p=0,001$, $F=17,164$ $p=0,000$, $F=9,144$ $p=0,000$, $F=14,081$ $p=0,000$). Backward metoduna göre analiz edilen bu değişkenlerden eşin AP danışmanlığı almaması ve AP yöntemi uygulama sorumluluğunun kadın ya da erkekte olma durumunun (AP sorumluluğunun kadın ya da erkekte olması gerektiğini ifade eden iki grup birleştirilmiştir) *toplum, yöntem ve gebelik alt boyutları ve toplam puanı için* belirleyici olduğu ve bu durumların tutumu olumsuz etkilediği bulunmuştur. Bu değişkenler AP tutum puanını toplum alt puanı için % 8,1, yöntem alt puanı için % 17,4, gebelik alt boyutu için % 10,1 ve toplam puanı için % 14,7'sini açıklamıştır (sırasıyla $R= 0,284$ $R^2 =0,081$, $R= 0,417$ $R^2 =0,174$, $R= 0,318$ $R^2 =0,101$, $R= 0,384$ $R^2=0,147$).

4. TARTIŞMA

AP; üreme sağlığının bir parçası olarak; kadın ve erkeğin üreme sağlığı konusunda bilgilendirilmiş bir şekilde yetki sahibi olabilmeleri, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli ve kabul edilebilir AP yöntemlerini sağlıklarını tehlikeye sokmadan düzenlemeleridir (Kahraman 2005). Kadınların istedikleri kadar çocuk sahibi olma özgürlüğünün, kadın sağlığına, yaşam kalitesine ve kadının kimliğini kazanmak için yürüttüğü mücadeleye önemli katkıları vardır. Bu nedenle kadının hayatına AP hizmetlerinin katkısı önemlidir (Şahin ve ark 2002). AP hizmetlerinde istenilen başarıya ulaşabilmek için erkeklerin AP konusunda sorumluluk almaları önemlidir. AP hizmetlerinde başarı ve memnuniyeti artıran faktörler arasında sorumluluğun eşler arasında paylaşılması, kullanılan yöntemin kolay, güvenilir, ulaşılabilir olması ve sağlığı olumsuz etkileyen bir özelliğinin olmaması yer almaktadır (Özcebe ve Akın 2003).

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır:

4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması,

4.2. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Eşlerinin Sosyo-demografik, Obstetrik ve AP Yöntemlerine İlişkin Özelliklerinin, APTÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları ile İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması

4.3. Kadınlar ve Eşlerinin AP'ye Yönelik Tutumunu Etkileyen Belirleyicilerin İleri Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması

4.1. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan **kadınların** sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; çoğunluğunun (% 54,2) 30-39 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.1). Polat ve ark (2000), Pasinlioğlu ve Bülbül (2003), Doğan (2008), Ayaz ve Efe (2009) ve Çayan (2009)'ın çalışma bulguları araştırma bulgusunu desteklemektedir. **Kadınların** evlilik yaşı ortalaması (22,3±3,54), Tokuç ve ark (2005) ve TNSA (2008) bulguları ile benzerdir.

Çalışmada **kadınların** % 42,8'inin, üniversite ve lisansüstü eğitime sahip olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 3.1.1). Doğan (2008)'in (% 47) bulgusu, araştırma bulgusunu desteklemektedir. **Kadınların** % 53,0'nün çalışmadığı saptanmıştır (Çizelge 3.1.1). Çalışma bulgusu; Mayda ve ark (2005)'nin, Doğan (2008)'in, Oltuluoğlu (2008)'nin, Tanrıverdi ve ark (2008)'nin, Apay ve ark (2010)'nin bulguları ile benzerdir. **Kadınların** tamamına yakınının (% 95,8) çekirdek ailede yaşadığı ve büyük çoğunluğunun (% 95,2) sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.1). Tanrıverdi ve ark (2008)'nin, Kaya ve ark (2008)'nin, Çayan (2009)'in ve Apay ve ark (2010)'nin bulguları ile araştırma bulguları benzerdir.

Eşlerin % 45,2'sinin 40-49 yaş aralığında, % 41'inin üniversite mezunu ve % 43,4'ünün mesleğinin memur olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.2). Çalışma bulgusu Doğan (2008) (% 26'sı 37-43) ve Çayan (2009) (% 31,9'u 40-49) çalışma bulgularına göre yüksek saptanmıştır (Çizelge 3.1.2). Öğrenim düzeyi konusunda Doğan (2008)'in, Depe ve Erenel (2006)'in, Altay ve Gönener (2009)'in bulguları araştırma bulgusu ile benzerdir. Eşlerin mesleği yönünden Doğan (2008)'in bulgusu araştırma bulgusu ile benzerdir.

Kadınların % 39,2'sinin gebelik sayısının, % 55'inin canlı doğum sayısının ve % 55,6'sının yaşayan çocuk sayısının iki olduğu, % 6'sının ölü doğum yaptığı, % 15,7'sinin düşük yaptığı ve % 16,3'ünün küretaj olduğu saptanmıştır. **Kadınların** % 84,7'sinin son gebeliğinin planlı olduğu, % 69,9'unun başka çocuk sahibi olmayı düşünmediği, çocuk sahibi olmayı düşünen kadınların % 52'sinin iki yıldan daha uzun süre sonra düşündüğü saptanmıştır (Çizelge 3.1.3). Gebelik, canlı doğum, yaşayan çocuk sayısı ve başka çocuk düşünme durumu başka çalışmaların (Özgür ve ark 1998, Mayda ve ark 2005, Doğan 2008, Kaya ve ark 2008, TNSA 2008, Gılıç ve ark 2009, Songur 2009 ve Apay ve ark 2010) bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Kadınlar ve eşlerinin tamamının herhangi bir AP yöntemi konusunda bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. **Kadınların** % 92,7'sinin, **eşlerin de** % 74,1'inin bilgi kaynağının sağlık personeli olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1.4). Çayan (2009)'in bulgusu (% 98,8) çalışma bulgusu ile benzerdir. Kitiş ve ark (2004), Altıntaş ve ark (2005), Depe ve Erenel (2006), Altay ve Gönener (2009)'in çalışmalarında, AP konusunda bilgi sahibi olma oranları (sırasıyla % 86,6, % 44,2, % 57,8, % 70) bizim

çalışmamıza oranla daha düşük bulunmuştur. Bilgi kaynağı sağlık personeli olması bulgumuz Kitiş ve ark (2004)'in, Altıntaş ve ark (2005)'in, Depe ve Erenel (2006)'in ve Altay ve Gönener (2009)'in bulguları ile benzer olarak saptanmıştır. Çalışmamızda AP konusunda bilgi sahibi olmanın yüksekliği yöntem kullanımını etkilemesi yönünden olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Altay ve Gönener (2009) çalışmasında; AP yöntemleri konusunda bilgi alan erkeklerin yöntem kullandığı ancak, bilgi alma durumunun modern yöntem kullanmayı ve erkeklerin yöntem tercihlerini etkilemediği saptanmıştır. AP yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak bu yöntemlere ulaşılması ve daha sonra da uygun bir yöntemin zamanında ve etkili olarak kullanılması için oldukça önemli bir adımdır. Erkeklerin AP'de sorumluluk almalarında, konunun önemini bilmelerinin yanı sıra kullanılan yöntemlerle ilgili bilgi sahibi olmaları da önemlidir. Eğitim düzeyinin yüksek olması bireylerin yazılı materyallere ulaşma, kullanma ve sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağını etkileyen faktörlerden birisi olarak düşünülebilir.

Çalışmada **kadınların** % 77,1'inin **eşlerin** % 62'sinin AP yöntemlerine yönelik danışmanlık hizmeti aldığı ve **kadınların** % 93,8'inin **eşlerinin de** % 91,3 'ünün danışmanlığı yeterli bulduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.4). Günay ve ark (2007)'nin çalışmasında erlere eğitim verildikten sonra AP konusunda bilgi düzeyinin arttığı saptanmıştır. Erbil ve Pasinlioğlu (2008)'nin çalışmasında; planlı eğitim ve danışmanlığın AP hizmetlerine olan memnuniyet düzeyini arttırdığı saptanmıştır.

Çalışmada en fazla bilinen dört yöntemin sırasıyla **kadınlarda**; kondom (% 95,8), RİA (% 92,2), hap (% 89,8) ve geri çekme yöntemi (% 86,1), **eşlerde** ise; kondom (% 96,4), geri çekme yöntemi (% 86,1), RİA (% 77,7) ve hap (% 71,1) olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.4). En fazla bilinen yöntemler yönünden çalışma bulgumuz bazı çalışma (Oğuzöncül ve ark 2004, Yanikkerem ve ark 2005, Günay ve ark 2007, Gılıç ve ark 2009 ve Songur 2009) bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Kadınların sağlıklı bir gebelik için yaş sınırları ve iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi sahibi olma durumu bakımından % 98,8'inin 18 yaşından önce ve % 89,2'sinin 35-40 yaşından sonra gebe kalınmaması ve % 92,8'inin iki gebelik arası en az iki yıl olması gerektiği konusunda bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. **Eşlerin** sağlıklı bir gebelik için yaş sınırları ve iki gebelik arasındaki

uygun aralıkla ilgili bilgi durumunda; % 95,2'si 18 yaşından önce ve % 84,9'u 35-40 yaşından sonra gebe kalınmaması ve % 91,6'sının iki gebelik arası en az iki yıl olması gerektiği konusunda bilgi sahibi olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.4). Araştırma bulgusu ile benzer şekilde Özgür ve ark (1998)'nin çalışmasında, kadın ve erkeklerin yaklaşık % 85'inin iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, kadınların % 50'sinin erkeklerin % 80'ninin 18 yaşından önce gebe kalma konusunda; kadınların % 19'unun erkeklerin ise % 31'inin; 35-40 yaşından sonra gebe kalınmaması gerektiği konusunda bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Şankazan ve Yıldız (2002)'in çalışmasında; evli erkeklerin çoğunluğu (% 53,8) ileri yaşta doğum yapmanın sakıncalı olduğu ve % 76,9'unun uygun gebelik aralığı konusunda bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Altay ve Gönener (2009)'in çalışmasında erkeklerin, % 89,6'sı ileri yaşta doğum yapmanın kadın sağlığına zararlı olduğunu, % 64,8'i uygun gebelik aralığının 2-3 yıl olduğunu ifade etmişlerdir. TNSA (2003) verilerine göre, annelerin iki yıldan az aralıkla doğum yapmaları durumunda, bebek ölümlerinin arttığı belirtilmektedir. Çalışmada sağlıklı bir gebelik için yaş sınırları ve iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi sahibi olma oranı yüksekliği anne ve bebek sağlığı yönünden olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Çiftlerin % 99,4'ü AP yöntemi kullanma kararının eş ile ortak alınması gerektiğini ve **kadınların** % 86,8'si eşlerin ise % 86,2'sinin AP yöntemi uygulama sorumluluğunun eşlerin her ikisinde de olması gerektiğini düşündükleri saptanmıştır (Çizelge 3.1.4). Taşçı (2007)'nin çalışmasında sağlık memurluğu öğrencilerinin % 90,3'ünün AP yönteminin çiftin ortak kararı ile olması gerektiğini % 87,1'inin eşlerin eşit derecede sorumluluğunda olması gerektiğini ifade ettikleri saptanmıştır. Şankazan ve Yıldız (2002)'in çalışmasında evli erkeklerin AP sorumluluğunun % 56,9'u eşlerden her ikisine, Üzel (2007)'nin çalışmasında, erlerin % 50'sinin AP yöntemini hem kadın hem de erkek uygulamalı şeklinde cevapladıkları saptanmıştır. Kitiş ve ark (2004) erkeklerin % 57'sinin, Mayda ve ark (2005) kadınların % 50,3'ünün, Erbil ve ark (2005) kadınların % 81,4'ünün, Altıntaş ve ark (2005) erkeklerin % 84,1'inin, Depe ve Erenel (2006) erkeklerin % 42,5'inin, Üzel (2007) erlerin % 80'inin, Altay ve Gönener (2009) erkeklerin % 83,6'sının kullandıkları AP yöntemi seçimi ve kullanımı konusunda eşlerin birlikte karar vermeleri gerektiğini ifade ettikleri saptanmıştır. Akın ve ark (2006)'in evli erkeklerle yapılan çalışmasında AP konusunda eş ile konuşmanın herhangi bir yöntem ve kondom

kullanım sıklığını arttırdığı saptanmıştır. Altay ve Gönener (2009)'in çalışmasında kullanılan AP yöntemine eşi ile birlikte karar vermenin modern yöntem kullanma durumunu olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. AP hizmetlerinde istenilen başarıya ulaşabilmek için erkeklerin AP konusunda sorumluluk almaları önemlidir. Çalışmaya katılan kadınlar ve eşler; AP yöntemi uygulama sorumluluğunun eşler arasında paylaşılması gerektiğini yüksek oranda ifade etmişlerdir. Çiftlerin çoğunluğunun AP uygulama sorumluluğunun eşlerde ortak olması gerektiği konusundaki tutumları etkin yöntem kullanma durumunu etkileyen olumlu bir bulgu olarak düşünülmektedir.

Kadınlar ve eşlerinin % 89,8'inin halen herhangi bir AP yöntemi kullandığı, yöntem kullananların % 90,9'unun modern yöntem kullandığı saptanmıştır (Çizelge 3.1.5). Araştırma bulgusu; yöntem kullanma oranı yönünden bazı çalışmaların (İlhan ve ark 2002, Özdemir ve ark 2002, Pasinlioğlu ve Bülbül 2003, Gemalmaz ve ark 2005, Üzel 2007, Balcı ve ark 2008, Kaya ve ark 2008, Tanrıverdi ve ark 2008) bulguları ile benzerlik göstermektedir. TNSA (2008) sonuçlarına göre ise; Türkiye'de evli kadınların % 46'sı modern, % 27'si de geleneksel yöntem olmak üzere, % 73'ü bir AP yöntemi kullanmaktadır. AP yöntemlerini kullanan çiftlerde, yüksek riskli gebelikler önlenilmekte, anne ve bebek ölümleri önemli ölçüde azalmaktadır.

Çiftler tarafından en fazla kullanılan iki yöntem sırasıyla; kondom (% 47,3) ve RİA (% 25,2) olarak saptanmıştır (Çizelge 3.1.5). Kullanılan yöntem sıralaması yönünden araştırma bulgumuz başka çalışmaların (Pasinlioğlu ve Bülbül 2003, Gemalmaz ve ark 2005, Depe ve Erenel 2006, Taşcı 2007, Doğan 2008, Tanrıverdi ve ark 2008, Altay ve Gönener 2009) bulguları ile benzerdir. TNSA (2008)'e göre evli kadınlar tarafından en çok kullanılan modern yöntem RİA (% 17) ve kondom (% 14) olarak tespit edilmiştir. Kondom, kullanım kolaylığı, kolay elde edilebilirliği ve yan etkisinin azlığı nedeniyle erkeklerin çoğunluğu tarafından tercih edilen bir yöntem olduğu bildirilmektedir (Koyuncuer 2004). Çiftler tarafından en çok tercih edilen yöntemin kondom olması erkeklerin AP sorumluluğunu eşleri ile birlikte paylaşması yönünden olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir.

Kadınlar ve eşlere halen kullandıkları AP yöntemi hakkındaki düşünceleri sorulduğunda, %75,8'inin “güvenli kullanımı kolay” şeklinde yanıt verdiği saptanmıştır (Çizelge 3.1.5). Halen kullanılan yöntem hakkındaki düşünce yönünden araştırma bulgumuz; diğer çalışmaların (Özdemir ve ark 2002, Kitiş ve ark 2004,

Mayda ve ark 2005, Tokuç ve ark 2005, Depe ve Erenel 2006, Doğan 2008, Tanrıverdi ve ark 2008 ve Çayan 2009) bulguları ile benzerdir. Çiftlerin çoğunluğunun (% 75,8) kullandığı yöntem hakkındaki olumlu düşünceye sahip olması, yöntem kullanımında sürekliliği sağlaması yönünden önemli bir bulgudur.

Çiftlerin % 49,1'inin şu ana kadar herhangi bir AP yöntemini bıraktığı saptanmıştır. **Çiftlerin** şu ana kadar en fazla bıraktığı dört yöntem sırasıyla; RİA (% 36,8), kondom (% 33,7), hap (% 33,7), geri çekme yöntemi (% 22,7) olarak tespit edilmiştir (Çizelge 3.1.5). Araştırma bulgusu Balcı ve ark (2008)'nın ve Songur (2009)'un bulguları ile benzerdir. TNSA (2008) sonuçlarına göre her üç kadından birinin yöntemi kullanmaya başladıktan sonraki 12 ay içinde kullandıkları yöntemi bıraktıkları saptanmıştır. Yöntem bırakma oranı, enjeksiyon için % 71, hap için % 50, geri çekme için ise % 38 olarak bulunmuştur. Üreme sağlığı açısından son derece önemli bir yere sahip olan AP hizmetleri her geçen gün biraz daha gelişmekte ve çiftlere yeni seçenekler sunmaktadır. Ancak kullanılan AP yöntemleri bir süre sonra bırakılmaktadır. Gebeliği önlemede kullanılan yöntemi uygulamanın sürdürülebilirliği, yönteme başlanması kadar önemlidir. AP programlarının hizmet kalitesinin artırılabilmesi için yöntem kullanımını bırakmanın nedenlerinin ve yöntem bırakma oranlarının bilinmesi son derece önemlidir (TNSA 2008). Bilinen tüm AP yöntemlerinin bazı yan etkileri vardır. Yöntemlerin yan etkileri hem onları seçimde belirleyici olabilmekte hem de yöntemleri terk etmede etkili olabilmektedir. Bu nedenle yöntemi kullanan kişilerin ne gibi şikayetlerinin olduğunu ve hangi yan etki ile karşı karşıya kaldığının sağlık çalışanları tarafından bilinmesi, hem sorunlarının çözülmesinde hem de AP danışmanlığı hizmetlerinin planlamasında önemlidir (Balcı ve ark 2008).

Çalışmada **çiftlerin** RİA'yı yan etkileri (% 60) ve memnuniyetsizlik (% 14,3) nedeni ile bıraktığı saptanmıştır (Çizelge 3.1.6). Benzer nedenler başka çalışmalarda da (Ersin ve ark 2002, Pasinlioğlu ve Bülbül 2003, Çelik ve ark 2005, Yanikkerem ve ark 2005, Balcı ve ark 2008, Çayan 2009, Songur 2009, Zincir ve ark 2009) bildirilmiştir. TNSA (2008)'e göre kadınların RİA'yı en çok yan etkileri (% 37,1) nedeni ile bıraktıkları saptanmıştır. RİA; kullanım kolaylığı, doğum ve düşükten sonra kullanılabilmesi ve emziren kadınlar için de uygun bir yöntem olmasından dolayı sıklıkla seçilen bir yöntemdir. Fakat adet düzensizliği, kanamada artmaya bağlı anemi, karın-kasık ağrısı ve enfeksiyon gibi nedenlerden dolayı kullanımının bırakıldığı bildirilmektedir (Zincir ve ark 2009).

Kadınlar ve eşlerinin hapı en çok yan etkileri (% 43,6) nedeniyle bıraktıkları saptanmıştır (Çizelge 3.1.6). Pasinlioğlu ve Bülbül (2003) ve Çayan (2009)'ın bulguları çalışma bulgusu ile benzerdir. TNSA (2008)'e göre kadınların hapı en çok yan etkileri (% 27,9) nedeni ile bıraktıkları saptanmıştır.

Çiftlerin kondom bırakma nedenleri sırasıyla memnun olmama (% 49,1), gebelik isteme (% 29,1), kullanım güçlüğü ve eşin istememesi (% 10,9) olarak saptanmıştır (Çizelge 3.1.6). Kondom bırakma nedenleri Pasinlioğlu ve Bülbül (2003), Songur (2009) ve Çayan (2009)'ın bulguları ile benzerlik göstermektedir. TNSA 2008'e göre kadınların kondom bırakma nedenleri, gebe kalma isteği (% 33,4), kullanırken gebe kalma (% 16,7) ve daha etkili yöntem geçme (% 11,8) olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan **kadınlar ve eşlerinin** geri çekmeyi (% 75,7) güvenli bulmama memnun olmama ve gebe kalma (% 8,1) nedenleri ile bıraktıkları saptanmıştır (Çizelge 3.1.6). Geri çekme bırakma nedenleri yönünden bulgularımızın Pasinlioğlu ve Bülbül (2003) ve Songur (2009)'un bulguları ile benzer olduğu görülmektedir. TNSA (2008)'e göre kullanırken gebe kalma (% 34,7), gebe kalma isteği (% 27,1) ve başka yöntem geçme isteği (% 15,8) geri çekme bırakma nedenleri olarak saptanmıştır.

Çiftlerin takvim yöntemini güvenli bulmama (% 84,7) ve gebe kalma (%15,3) nedenleri ile bıraktıkları saptanmıştır (Çizelge 3.1.6). Araştırma bulgusu Çayan (2009) bulgusu ile benzerdir. TNSA (2008)'e göre kadınlar takvim yöntemini en çok gebe kalma nedeni (% 39,3) ile bıraktıkları saptanmıştır.

Çalışmaya katılan çiftlerin enjeksiyon yöntemini en fazla (% 66,7) yan etkileri nedeniyle bıraktıkları saptanmıştır (Çizelge 3.1.6). Bulgumuz Çayan (2009)'ın bulgusu ile benzerdir. Songur (2009)'un çalışmasında kadınların yaklaşık % 76'sının hormonal yöntemleri sağlığa zararlı olduğunu düşündükleri için bıraktığı saptanmıştır. TNSA (2008)'e göre kadınların enjeksiyon yöntemini en çok yan etkiler (% 50,9) ve sağlık kaygısı (% 16,7) nedenleri ile bıraktıkları saptanmıştır.

Kadınlar ve eşlerinin RİA, hap ve enjeksiyon gibi etkili yöntemleri en fazla yan etkileri nedeniyle bırakmaları dikkat çekici bir bulgudur. Sağlık çalışanlarının, AP danışmanlık hizmetlerinde çiftlere yöntemin yan etkileri konusunda eğitim vermesi yöntem kullanımında sürekliliği sağlaması yönünden yararlı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çiftlerin geri çekme ve takvim yöntemi gibi etkisi sınırlı yöntemleri memnun olmama nedeniyle bırakmaları, bu yöntemlere karşı olumsuz

tutumuna sahip olduklarını göstermesi bakımından önemlidir. Buna rağmen bu yöntemleri neden kullandıklarının incelenmesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

4.2. Araştırma Grubundaki Kadınlar ve Eşlerinin Sosyo-demografik, Obstetrik ve AP Yöntemlerine İlişkin Özelliklerinin APTÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları ile İlişisine Yönelik Bulguların Tartışılması

Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nde daha yüksek puanlar olumlu tutumu göstermektedir. Ölçeğin topluma ilişkin alt boyutu; toplumun çocuk sayısı ve erkek çocuğa yönelik tutumunu, toplumun kadına bakış açısını, AP yöntemlerine ilişkin tutum geliştirmede kadının toplumsal yeri ile tutum geliştirme ilişkisini ele almaktadır. Yönteme ilişkin alt boyut; AP yöntemlerine ilişkin tutum ve yöntemlere yönelik yanlış inanışların varlığını ölçmeyi sağlamaktadır. Toplumumuzda AP yöntemini kullanmak için evli olmak sonucunu doğuran cinsel ilişki için “evlilik gereklidir” düşüncesi yaygındır. Dolayısıyla gebeliğe ilişkin alt ölçek “ evli olmayan kadınlara AP hizmeti verilmesi doğru değildir” yaklaşımını ölçmesi açısından son derece anlamlıdır. Geleneksel toplumlarda gebelik, kadının statü kazanmasını ve değerini arttıran bir durum olarak kadını çekici kılan bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Aynı zamanda ölçeğin bu boyutu ile gebeliğin bu özelliği de ölçülmektedir (Örsal ve Kubilay 2007).

Kadınların yaşı, öğrenim düzeyi, evlilik yaşı ve sosyal güvence durumu ile toplam puan ve toplum, yöntem ve gebeliğe ilişkin alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.1).

Araştırmada yer alan **eşlerin** yaşı, öğrenim düzeyi ve çalışma durumuna göre toplam puan ve toplum, yöntem ve gebeliğe ilişkin alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.2).

Kırk ve üzeri yaş grubundaki **kadınların** toplam puan, toplum, yöntem ve gebeliğe ilişkin alt ölçek puanları diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunsa da aradaki fark anlamsızdır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.2). Benzer şekilde Çayan (2009)'ın çalışmasında, 30–39 yaş grubundaki kadınların diğer yaş gruplarına göre daha

anlamli toplam puan ve toplum, yöntem ve gebelik alt boyut puanlarına sahip oldukları saptanmıştır. Araştırma bulgumuzun aksine Apay ve ark (2010)'ın çalışmasında ileri yaştaki kadınların toplam puan ortalamaları 18-35 yaş grubu kadınların ortalamalarından daha düşük ve önemli bulunmuştur. Bu durum Apay ve ark (2010)'ın çalışmasının ileri yaş gebeliklerinin daha fazla görüldüğü Doğu Anadolu bölgesinde yapılmış olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Kadınların ileri yaşlarda daha deneyimli ve yeterli sayıda çocuğa sahip oldukları düşünülürse AP'ye karşı tutumlarının olumlu yönde olması beklenen bir durumdur.

Üniversite mezunu olan **kadınların** toplam puan ve toplum, yöntem ve gebelik ve alt ölçek ortalamaları diğer eğitim düzeylerine göre yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0,05$) (izelge 3.2.1). Aynı Şekilde ğrenim düzeyi yüksek olan eşlerin toplam puan ve alt ölçek ortalamaları eğitim düzeylerine göre yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0,05$) (izelge 3.2.2). Çayan (2009)'ın çalışmasında; niversite mezunu olan kadınlarda diğerlerine göre daha yüksek toplam puan, ölçek alt boyut ortalamalarına sahip oldukları ve farkın anlamli olduğu saptanmıştır. Apay ve ark (2010)'ın çalışmasında kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe toplam puanının attığı ve farkın anlamli olduğu saptanmıştır. Altıparmak ve Adıgüzel (2006)'in ve Şimşek ve ark (2003)'nın çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe kadınlarda AP yöntemi kullanma oranının arttığı, Giray ve Keskinğlu (2006)'nun çalışmasında da modern yöntem kullanma oranının ve Akın ve ark (2006)'ın çalışmasında erkeklerde herhangi bir yöntem ve kondom kullanma sıklığının arttığı bulunmuştur. TNSA (2008) sonuçları da eğitim düzeyi yükseldikçe AP yöntemlerinin ve modern yöntem kullanma durumunun arttığını göstermektedir. Yöntem kullanımı, eğitimi olmayan ya da ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında % 61 düzeyinde kalırken, lise mezunu veya daha yüksek eğitimi olan kadınlar arasında % 72'ye kadar yükseldiği, herhangi bir yöntem kullanan eğitimsiz kadınların % 58'i modern bir yöntem kullanırken, bu oran en az lise mezunu olan kadınlar arasında % 72'ye kadar yükseldiği tespit edilmiştir. Yüksek eğitim düzeyi çiftlerin AP hizmetlerinden yararlanmalarını ve AP konusunda olumlu tutum geliştirmelerinde etkili olabilir.

alışan **kadınlarda** toplam puan, toplum ve yönteme ilişkin alt ölçek ortalamaları, çalışmayanlara göre daha anlamli olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışan **kadınlarda** gebeliğe ilişkin alt ölçek ortalaması çalışmayanlara göre daha yüksek ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). (Çizelge 3.2.1). Yapılan çoklu regresyon modeline göre kadının çalışmama durumu tutumu olumsuz yönde etkileyen bir risk faktörü olarak ele alınmıştır (Çizelge 3.3.1). Benzer şekilde; Apay ve ark (2010)'nın araştırmasında çalışan kadınların toplam puan ortalamasının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Mayda ve ark (2005)'in çalışmasında çalışan kadınların modern yöntem kullanma oranı yüksek saptanmıştır. Çalışan kadınlar, çok çocuğa sahip oldukları takdirde; iş yükünün artacağını, çocuklara yeterince vakit ayıramayacaklarını düşündüklerinden dolayı; ev ve iş hayatını dengelemek için AP yöntemlerine daha fazla önem vermeleri beklenebilir. Bu bulgulara dayanarak, çalışan kadınların çocuğun cinsiyeti, çocuk sayısı ve AP yöntemlerine ilişkin tutumlarının daha olumlu yönde olmasını ve etkin yöntem kullanma olasılıklarını arttırabileceği düşünülebilir.

Çalışmada sosyal güvencesi olan **kadınların** olmayanlara göre toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları yüksek bulunmuş, ancak farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($p > 0,05$) (Çizelge 3.2.1). Apay ve ark (2010)'in çalışmasında sosyal güvencesi olan kadınların toplam puan ortalamasının sosyal güvencesi olmayanlara göre daha anlamlı olduğu saptanmıştır. Akın ve ark (2006)'nın çalışmasında sosyal güvencesi olan erkeklerin herhangi bir yöntem ve modern yöntem kullanma sıklıkları olmayanlara göre daha anlamlı bulunmuştur. Depe ve Erenel (2006) ve Altay ve Gönener (2009) çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Sosyal güvence, çiftlerin AP hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırarak AP'ye ilişkin olumlu tutum geliştirmelerini sağlayabilir.

Çekirdek ailede yaşayan **kadınların** gebelik alt boyut puanının geniş ailede yaşayanlara göre daha olumlu yönde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) . Toplam puan, toplum ve yönteme ilişkin alt ölçek puan ortalamaları geniş ailede yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.1). Araştırma bulgusu ile benzer şekilde Çayan (2009)'ın ve Apay ve ark (2010)'in çalışmalarında çekirdek aile tipine sahip kadınların AP'ye yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Ayaz ve Efe (2009)'nin çalışmasında aile tipinin kadınların AP tutumunu etkilemediği saptanmıştır. Çekirdek ailede yaşayan kadınların AP yöntemini kullanma ve seçmede daha özgür hareket edebilmeleri, daha az sorumlulukları yüklenmiş olmaları ve kendi sağlıklarına daha

fazla zaman ayırabilmeleri gibi nedenlerle olumlu tutuma sahip oldukları düşünülebilir. Gebeliği kadını çekici kılan bir süreç olarak değerlendiren gebeliğe ilişkin alt boyut, çekirdek ailede yaşayan kadınların doğurganlık ve kadınlık konusunda olumlu tutuma sahip olduğunu düşündürmektedir.

Kadınların toplam ve AP yöntemlerine olan tutumlarını ölçmeye yarayan yöntemle ilişkin puanları; küretaj olmayanlarda, olanlardan daha olumlu yöndedir ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$). Topluma ve gebeliğe ilişkin alt boyut puanlarının ise küretaj olma durumuna göre farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.3). Çayan (2009)'ın çalışmasında küretaj olma durumlarının toplam puan, toplam, yöntem ve gebeliğe ilişkin alt puanları ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Küretaj olmayan kadınlarda AP yöntemlerine karşı olumlu tutum olması yöntem kullanımını arttıran ve dolayısıyla küretaj olmaya gereksinim duymayı azaltan önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Kadınlarda gebelik alt boyut puan ortalamasının; çocuk sahibi olmayı düşünmeyen kadınlarda, düşünenlere göre daha olumlu yönde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çocuk sahibi olmayı düşünmeyen **kadınlarda** toplam puan, toplum ve yöntem alt boyut puanları düşünenlere göre yüksek olsa da, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.3). Bu çalışma bulgularını destekler nitelikte, Altay ve Gönener (2009)'ın çalışmasında başka çocuk istemeyenlerin modern yöntem kullanma olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgumuzla benzer şekilde Ayaz ve Efe (2009)'nin çalışmasında çocuk istemeyen kadınların toplam puan ortalamaları daha olumlu yönde bulunmuştur. Çocuk sahibi olmayı düşünmeme durumu kadınlarda, AP yöntemlerini kullanmaya daha eğilimli ve dolayısıyla olumlu tutuma sahip olduklarını düşündürebilir.

Çalışmada **kadınların**; gebelik, canlı doğum ve ölü doğum sayısı, düşük yapma, çocuk sahibi olma ve son gebeliğini planlama durumu ve çocuk sahibi olmayı düşünme zamanına göre toplam puan, toplum, yöntem ve gebelik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.3.)

AP danışmanlık hizmeti alan **kadınlarda**, toplam puan, topluma ilişkin ve gebeliğe ilişkin alt boyut puanlarının almayanlardan daha olumlu yönde olduğu

saptanmıştır ($p<0,05$). AP danışmanlık hizmeti alan **kadınlarda** yönetime ilişkin alt boyut puanı olmayanlardan daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.4). Çayan (2009)'ın çalışmasında AP danışmanlığı alma ile yönetime ilişkin tutumun daha olumlu yönde olduğu bulunmuştur. AP danışmanlık hizmeti almanın özellikle toplum ve gebeliğe ilişkin alt boyutunda AP tutumunu etkilemede başarılı, yönetime ilişkin alt boyutunda ise başarısız olduğunu söyleyebiliriz. Bağımsız değişkenlerle yapılan çoklu regresyon modeline göre, kadınların AP danışmanlığı alma durumlarının AP'ye ilişkin tutumlarını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Yönetime ilişkin alt boyut puanı, alınan danışmanlık hizmetini yeterli bulan **kadınlarda**, bulmayanlardan daha olumlu yönde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Danışmanlığı yeterli bulma durumunun toplam puan, toplum, gebeliğe ilişkin alt boyut puanları ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.4.). AP danışmanlığını yeterli bulan kadınların AP yöntemlerine yönelik tutumlarının olumlu yönde olduğu düşünülmektedir. AP danışmanlığı alma yanında, danışmanın yeterli olmasının olumlu tutum geliştirmede önemli olduğu düşünülmektedir.

Sağlıklı bir gebelik için yaş sınırları ve iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi durumunda; topluma ilişkin alt ölçek ve toplam puan ortalamaları sağlıklı bir gebelik için 35-40 yaş sonrası gebe kalınmaması gerektiği konusunda bilgi sahibi olan **kadınlarda**, olmayanlardan daha olumlu yöndedir ($p<0,05$) (Çizelge 3.2.4). Sağlıklı bir gebelik için 35-40 yaş sonrası gebe kalınmaması gerektiğini bilme durumunun yöntem ve gebeliğe ilişkin puan ortalamaları ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bilgi sahibi olma toplam puan ve topluma ilişkin alt boyut puanı dışında AP tutumunda önemli bulunmamasının nedeninin, bilgilenmenin tutumu değiştirmede yeterli olmadığını düşündürmektedir.

Kadınların bilgi kaynağı, 18 yaşından önce gebe kalınmaması gerektiği ve iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi durumu ve AP yöntemi uygulama sorumluluğunun kimde olması gerektiği konusunda düşünceleri ile toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.4).

Toplam puan ortalamasının; bilgi kaynağı sağlık personeli olan **eşlerde** sağlık personeli olmayanlardan daha önemli olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Eşlerin bilgi

kaynağının sağlık personeli olmasının toplum, yöntem ve gebelik alt boyut puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). AP danışmanlık hizmeti alan **eşlerin** APTÖ ve alt ölçek puan ortalamaları almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 3.2.5). Bilgi kaynağı sağlık personeli olma ve AP'ye yönelik danışmanlık hizmeti alma durumlarının eşlerin, etkin yöntem kullanımını ve AP'ye yönelik tutumlarını olumlu şekilde etkilediği düşünülmektedir.

Eşlerin AP yöntemini uygulama sorumluluğunun kimde olması gerektiği konusunda düşünceleri araştırıldığında, toplam puan ortalamasının; “çiftlerin her ikisinde” yanıtını verenlerde, diğerlerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Olumlu tutum ve ortak sorumluluk alma düşüncesinin ilişkili olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Çizelge 3.2.5). Benzer şekilde Altay ve Gönener (2009)'in çalışmasında kullanılan AP yöntemine eşi ile birlikte karar verdiğini söyleyenlerin daha yüksek oranda modern yöntem kullandığı saptanmıştır. Yöntem uygulama sorumluluğunun her iki eşte ortak olması etkin yöntem kullanımını ve AP'ye ilişkin tutumu olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Eşlerin; alınan danışmanlık hizmetini yeterli bulma durumu, sağlıklı bir gebelik için yaş sınırları ve iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi durumu, toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.5).

Halen AP yöntemi kullanan **çiftlerde**, toplam puan, toplum, yöntem ve gebeliğe ilişkin alt ölçek ortalamaları kullanmayanlara göre daha olumlu yöndedir ($p<0,05$) (Çizelge 3.2.6). Araştırma bulgusu; Ayaz ve Efe (2009)'nin ve Apay ve ark (2010)'nın çalışmasında herhangi bir AP yöntemi kullanan kadınların kullanmayanlara göre daha olumlu yönde olması ile benzerdir. Bu bulgular AP'ye karşı olumlu tutumun, etkin AP yöntemleri kullanımını olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürülebilir.

Toplam puan ve toplum, gebeliğe ilişkin alt ölçek ortalaması; kondom kullanan **çiftlerde**, diğer yöntemleri kullanan çiftlere göre daha olumlu yönde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kondom kullanmanın yönetime ilişkin alt boyut puanı ile ilişkisinin olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). (Çizelge 3.2.6.). Kondom kullanan

çiftlerin daha olumlu tutuma sahip olduklarını düşünebiliriz. Aynı zamanda erkeklerin AP sorumluluğunu eşleriyle birlikte paylaşması yönünden olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir.

Toplam puan ve yöntem, gebeliğe ilişkin alt ölçek puan ortalaması halen kullandığı yöntem hakkındaki düşüncesini için “güvenli kullanımı kolay” şeklinde ifade eden **çiftlerde** diğerlerine göre daha olumlu olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Toplumla ilişkin alt ölçek puanı, çiftlerin kullandığı yöntem hakkındaki düşünce durumuna göre değişmediği saptanmıştır ($p > 0,05$) (Çizelge 3.2.6.). Çiftlerde yöntem kullanımından memnun olma durumunun olumlu tutum geliştirmede önemli olduğu görülmektedir.

Çiftlerde yöntem bırakma durumu ile toplam puan ve toplum, yöntem ve topluma ilişkin alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Çizelge 3.2.6.).

Kadınlar ve eşlerinin AP’ye yönelik tutumları ile toplam puan ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Çizelge 3.2.7.).

4.3. Kadınlar ve Eşlerinin AP’ye Yönelik Tutumunu Etkileyen Belirleyicilerin İleri Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması

Tek yönlü analizlerde kadınlar ve eşlerinin AP tutumu ile anlamlı ilişki bulunan bağımsız değişkenlerle çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Kadınlarda AP toplam puan ve alt boyut puanlarında olumsuz tutumun belirleyicileri; herhangi bir işte çalışmaması, küretaj olması, çocuk sahibi olmayı düşünmesi, AP danışmanlığı almaması, ileri yaş gebeliği sağlıklı bulması ve şu an herhangi bir AP yöntemi kullanmaması olarak bulunmuştur. **Eşlerde** AP toplam puan ve alt boyutları için; AP danışmanlığı almaması ve AP yöntemi uygulama sorumluluğunun çiftlerin her ikisinde olmaması durumu olumsuz tutumun belirleyicileri olarak bulunmuştur.

Sosyo-ekonomik düzeyi düşük kadınların AP hizmetlerine ulaşamaması, sağlıklı bir gebelik için ileri yaş sınırını kadınların bilmemesi gibi faktörler AP’ye yönelik olumsuz tutumların nedeni olduğu düşünülmektedir. Küretajı kadınların bir AP yöntemi gibi görmesi de AP’ye yönelik olumsuz tutum gelişmesinde etkili

olabilir. Aynı zamanda çocuk sahibi olmayı düşünmeyen kadınların AP'ye yönelik tutumlarının olumlu yönde olduğu düşünülmektedir. AP danışmanlık hizmetlerinden yeterince yararlanamayan çiftlerde yine AP'ye yönelik tutumlarını olumsuz etkilediği söylenebilir. AP hizmetlerinde istenilen başarıya ulaşabilmek için erkeklerin AP yöntemi uygulama sorumluluğunu paylaşmaları çok önemlidir. Erkeklerin AP yöntemleri hakkında bilgi ve tutumları kadınların doğurganlık davranışını etkilemektedir. Bu nedenle erkeklerin AP'ye katılımının sağlanması ile yöntemlere karşı olumlu tutum geliştirmesinin ve sorumluluğu paylaşmasının sağlanabileceği düşünülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Sosyo-demografik özelliklerin dağılımı incelendiğinde; **kadınların** çoğunluğunun (% 54,2) 30-39 yaş aralığında olduğu ve çoğunluğunun (% 78,9) 20-29 yaş aralığında evlendikleri saptanmıştır. **Kadınların** yaklaşık yarısının (% 42,8) üniversite mezunu olduğu, çoğunluğunun (% 53) çalışmadığı, tamamına yakınının (% 95,8) çekirdek ailede yaşadığı ve sosyal güvencesinin olduğu (% 95,2) saptanmıştır. **Eşlerin** yaklaşık yarısının (% 45,2) 40-49 yaş aralığında, üniversite mezunu (% 41) ve memur olduğu (% 43,4) tespit edilmiştir.

Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; **kadınların** gebelik (% 39,2), canlı doğum (% 55) ve yaşayan çocuk sayısının (% 55,6) iki olduğu, % 15,7'sinin düşük yaptığı, % 16,3'ünün küretaj olduğu ve çok az bir kısmının (% 6) ölü doğum yaptığı saptanmıştır. Kadınların çoğunluğunun son gebeliğini planladığı, çocuk sahibi olmayı düşünmediği ve çocuk sahibi olmayı düşünen kadınların da iki yıldan daha uzun süre sonra düşündüğü bulunmuştur.

Kadınlar ve eşlerinin AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin dağılımı incelendiğinde; çiftlerin tamamına yakını en fazla kondom yöntemini bilmektedir. **Kadınların** (% 92,7) ve **eşlerin** (% 74,1) çoğunun bilgi kaynağının sağlık personeli olduğu ve danışmanlık hizmeti alan **kadınlar** (% 77,1) ve **eşlerinin** (% 62) çoğunun aldığı danışmanlık hizmetini yeterli bulduğu saptanmıştır. **Çiftlerin** çoğunluğunun sağlıklı bir gebelik için yaş sınırları ve iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi sahibi olduğu AP yöntemi kullanma kararının ve sorumluluğunun ortak alınması gerektiğini düşündükleri saptanmıştır.

Çiftlerin AP yöntemleri kullanma özelliklerinin ve bırakma nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; % 89,8'inin halen bir AP yöntemi kullandığı, kondom (% 47,3) ve RİA'nın (% 25,2) en çok kullanılan AP yöntemleri olduğu saptanmıştır. **Çiftlerin** % 75,8'i kullandığı yöntemi güvenli ve kullanımını kolay bulmaktadır. **Çiftlerin** % 49,1'inin geçmişte herhangi bir AP yöntemi bıraktığı saptanmıştır. Şu ana kadar en fazla bırakılan dört yöntem sırasıyla; RİA (% 36,8), kondom (% 33,7), hap (% 33,7) ve geri çekme yöntemi (% 22,7) olarak tespit edilmiştir.

Kadınlar ve eşlerinde en çok yöntem bırakma nedeni; RİA'da yan etkiler (% 60), hafta yan etkiler (% 43,6), kondomda memnun olmama (% 49,1), geri çekmede (% 75,7) güvenli bulmama, takvim yönteminde güvenli bulmama (% 84,7) ve enjeksiyon yönteminde yan etkiler (% 66,7) olarak saptanmıştır.

- Çalışan **kadınlarda** toplam, toplum ve yöntem alt boyut tutumu çalışmayanlara göre daha olumlu yöndedir ($p<0,05$). Gebeliğe ilişkin tutumların çalışma durumu ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- Çekirdek ailede yaşayan **kadınların** gebeliğe ilişkin tutumu geniş ailede yaşayanlara göre daha olumlu yöndedir ($p<0,05$). Toplam puan, toplum ve yönteme ilişkin tutumların aile tipi ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- **Kadının** yaşı, öğrenim düzeyi, evlilik yaşı, sosyal güvence durumu ve eşin yaşı, öğrenim düzeyi, çalışma durumu ile toplam puan ve alt boyut puanlarının ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- Küretaj olmayan **kadınların** toplam ve yönteme ilişkin tutumları küretaj olanlardan daha olumlu yöndedir ($p<0,05$). Toplum ve gebeliğe ilişkin tutumların küretaj olma durumu ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- Gebeliğe ilişkin alt boyut tutumu; çocuk sahibi olmayı düşünmeyen **kadınlarda** düşünenlerden daha olumlu yöndedir ($p<0,05$). Toplam tutum, toplum ve yönteme ilişkin tutumların çocuk sahibi olmayı düşünme ile ilişkili olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).
- **Kadınların** gebelik, canlı doğum, ölü doğum ve yaşayan çocuk sayısının, düşük yapma ve son gebeliğini planlama durumunun ve çocuk sahibi olmayı düşünme zamanının toplam puan ve alt boyut puanlarıyla ilişkili olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).
- AP danışmanlığı alan **kadınlarda**, toplam, toplum ve gebeliğe ilişkin tutumları almayanlardan daha olumlu yöndedir ($p<0,05$). Yöntem alt boyutu puanı ile AP danışmanlığı alma arasında ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- Alınan AP danışmanlığını yeterli bulan **kadınlarda** yöntem alt boyut tutumu yeterli bulmayanlara göre daha olumlu yöndedir ($p<0,05$). Toplam puan, toplum ve gebelik alt boyut ortalamalarının danışmanlığı yeterli bulma durumu ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- Toplam puan ve toplum alt boyut tutumları, ileri yaş gebeliğini sağlıklı bulmayan **kadınlarda** bulanlara göre daha olumlu yöndedir ($p<0,05$).

Yöntem ve gebeliğe ilişkin tutumların ileri yaş gebeliği sağlıklı bulma durumu ile ilişkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

- **Kadınlarda** bilgi kaynağının sağlık personeli olma durumu, sağlıklı gebelik için yaş sınırları (18 yaşından önce gebe kalmama), iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi durumu ve AP yöntemi uygulama sorumluluğu konusunda düşünceleri ile toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- Bilgi kaynağı sağlık personeli olan **eşlerin** toplam tutumu; bilgi kaynağı sağlık personeli olmayanlara göre daha olumludur ($p<0,05$). Toplum, yöntem ve gebeliğe ilişkin alt boyut ortalamaları ile bilgi kaynağının sağlık personeli olma durumunun ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- AP danışmanlığı alan **eşlerde** toplam puan ve alt boyut puanlarının almayanlara göre daha olumlu yönde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- AP yöntemi uygulama sorumluluğunu paylaşan **eşlerin** toplam puan ortalaması diğerlerine göre daha olumlu yönde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Toplum, yöntem ve gebeliğe ilişkin tutumlarının yöntem sorumluluğu paylaşımı ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- **Eşlerin**; alınan danışmanlık hizmetini yeterli bulma, sağlıklı bir gebelik için yaş sınırları ve iki gebelik arasındaki uygun aralıkla ilgili bilgi durumu ile toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarının ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- Halen AP yöntemi kullanan **çiftlerde** toplam tutum ve alt boyut tutumları kullanmayanlara göre daha olumlu yöndedir ($p<0,05$).
- Kondom kullanan **çiftlerin** toplam puan, toplum ve gebeliğe ilişkin tutumlarının diğer yöntem kullananlara göre daha olumlu yönde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kullanılan yöntem ile yöntem alt boyutuna ilişkin tutum arasında ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- Kullandığı yöntem için “güvenli kullanımı kolay” şeklinde düşüncesini belirten **çiftlerin** toplam puan, yöntem, gebeliğe ilişkin tutumları daha olumlu yöndedir ($p<0,05$). Topluma ilişkin alt boyut puanı ile kullanılan yöntem hakkında düşünce arasında ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- **Kadınlar** ve **eşlerinin** AP yöntemi bırakma durumu ile toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

- **Kadınların** çalışmaması, küretaj olması, şu an herhangi bir AP yöntemi kullanmaması, ileri yaş gebeliği sağlıklı bulması, çocuk sahibi olmayı düşünmesi ve AP danışmanlığı almaması durumları AP'ye yönelik tutumlarını olumsuz yönde etkileyen risk faktörleri olarak bulunmuştur. AP danışmanlığı almama ve AP yöntemi uygulama sorumluluğunun ortak olmamasının **eşlerin** AP'ye yönelik tutumlarını olumsuz yönde etkileyen risk faktörleri olarak tespit edilmiştir.

5.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Sağlık çalışanlarının AP danışmanlığı yaparken çiftlerin AP'ye yönelik tutumlarını değerlendirmesi ve olumsuz tutuma sahip olanları özellikle ele alması,
- Herhangi bir işte çalışmayan, geniş ailede yaşayan, küretaj olan, çocuk sahibi olmayı düşünen, AP'ye yönelik danışmanlık hizmeti almayan, ileri yaş gebeliği sağlıklı bulan kadınların, AP danışmanlık hizmeti almayan ve AP uygulama sorumluluğunu paylaşmayan eşlerin, herhangi bir AP yöntemi kullanmayan ve kullandığı yöntem hakkında olumsuz düşünceye sahip çiftlerin olumsuz tutum yönünden özellikle değerlendirilmesi,
- AP danışmanlığının kadınlar ve eşlerine birlikte verilmesi,
- RİA, hap ve enjeksiyon gibi etkili yöntemlerin danışmanlığında özellikle yan etkiler ve başatme yöntemleri konusuna yer verilmesi,
- Kadınlarda; çalışmama, küretaj olma, şu an herhangi bir AP yöntemi kullanmama, ileri yaş gebeliği sağlıklı bulma, çocuk sahibi olmayı düşünme ve AP danışmanlığı almama gibi AP'ye yönelik tutumları olumsuz etkileyen risk faktörlerini belirleyerek olumlu tutuma dönüştürme yönünde yol izlemesi,
- AP danışmanlığı almama ve AP yöntemi uygulama sorumluluğunu paylaşmama gibi AP'yi olumsuz etkileyen risk faktörlerini eşlerde tespit ederek olumlu tutuma dönüştürme yönünde çalışmalar yapması,
- Çiftlerin etkisi sınırlı yöntemleri (geri çekme ve takvim yöntemi) memnun olmama nedeniyle bırakmaları, bu yöntemlere karşı olumsuz tutuma sahip

olduklarını göstermesi bakımından önemlidir. Buna rağmen bu yöntemleri neden kullandıklarının incelenmesi yararlı olabilir.

- AP tutumuna yönelik bu araştırmanın farklı örneklemeler üzerinde yapılması bu araştırmada elde edilen bulguların yararlılığını arttıracakı düşünülmektedir,
- AP'ye yönelik olumsuz tutuma sahip çiftlerde olumsuz tutum nedenlerini ve ilişkili faktörleri araştıran niteliksel incelemeler yapılarak olayın derinlemesine araştırılması önerilmektedir.

6.ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Evli Kadınlar ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve İlişkili Faktörler

“Müzeyyen Aktoprak”

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2012

Araştırma evli kadınlar ve eşlerinin AP'ye yönelik tutumlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın çalışma grubunu 166 evli kadın ve 166 eş olmak üzere toplam 332 birey oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında; kadın-erkek anket formu ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Veriler 1 Şubat-15 Nisan 2011 tarihleri arasında araştırmacı tarafından ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırma verilerinin istatistiksel analizi SPSS 16,0 paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, tek yönlü varyans analizi, t testi ve çoklu regresyon analizi uygulanmıştır.

Kadınlar ve eşlerin % 89,8'inin halen bir AP yöntemi kullandığı, kondom (% 47,3) ve RİA'nın (% 25,2) en çok kullanılan AP yöntemleri olduğu saptanmıştır. Çiftlerin % 75,8'i kullandığı yöntemi güvenli ve kullanımını kolay bulmaktadır. Kadınlar ve eşlerinin % 49,1'inin geçmişte herhangi bir AP yöntemi bıraktığı ve şu ana kadar en fazla bırakılan dört yöntemin sırasıyla; RİA (% 36,8), kondom (% 33,7), hap (% 33,7) ve geri çekme yöntemi (% 22,7) olduğu tespit edilmiştir. Kadınlar ve eşlerinde RİA, hap ve enjeksiyon yöntemi en çok yan etkileri (sırasıyla % 60, % 43,6, % 66,7), kondom memnun olmama (% 49,1), geri çekme ve takvim yöntemi güvenli bulmama (sırasıyla % 75,7, % 84,7) nedeniyle terkedilmiştir.

Çalışmama, küretaj olma, herhangi bir AP yöntemi kullanmama, ileri yaş gebeliği sağlıklı bulma, çocuk sahibi olmayı düşünme ve AP danışmanlığı almama kadınlarda tutumu olumsuz yönde etkileyen risk faktörlerdir. Eşlerde ise AP danışmanlığı almama ve AP yöntemi uygulama sorumluluğunu paylaşmama AP'ye olan tutumlarını olumsuz yönde etkileyen risk faktörleri olarak tespit edilmiştir(p<0,05).

Sağlık çalışanları çiftlerin AP'ye yönelik tutumlarının farkında olmalı ve tutumu olumsuz etkileyen risk faktörlerini belirleyerek danışmanlık yapmalıdır.

Anahtar Sözcükler: aile planlamasına yönelik tutum; aile planlaması yöntemleri; çiftler.

7. SUMMARY

Attitudes Toward Family Planning Among Married Women and Their Partners and Related Factors

The study was performed as descriptive to define the attitudes of married women and the partners toward family planning and related factors.

The study group was composed of 166 married women and 166 partners, total 332 individuals. To collect the data, man-woman questionnaire and Family Planning Attitude Scale were used. The data were collected face-to-face between 1st February and 15th April, 2011 during home visits by the researcher. Statistical analysis of collected data was performed with SPSS 16,0 package program. In the assessment of the data, digits, percentage, mean and Standard deviation, one-way variance analysis, t test and multiple regression analysis were carried out.

It was detected that 89,8% of women and partners were still using a family planning method, and the use of condoms (47,3%) and intrauterine devices (25,2%) were mostly used family planning methods. Of all couples, 75,8% found the method to be used easily and reliable. It was also detected that 49,1% of couples left any family planning method, and the most quitted four methods have been, in turn, intrauterine device (36,8%), condom (33,7%), pills (33,7%) and withdrawal method (22,7%) so far. In couples, intrauterine devices, pills and injection method were at most quitted due to side effects (60%, 43,6% and 66,7%, respectively), condom due to unsatisfaction (49,1%), and withdrawal and calendar time due to unreliability (75,7% and 84,7%, respectively).

Among risk factors affecting the attitudes negatively in women are unemployment, curettage, not using a family planning method, finding old-age pregnancy more reliable, thought of having a child and unconsultancy on family planning. Within partners, such risk factors were mostly found to be unconsultancy on family planning and not sharing the responsibility of using a family planning method ($p < 0,05$).

Health care professionals should be aware of the attitudes of couples toward family planning and give information about the factors affecting such attitudes negatively.

Key Words: attitudes toward family planning; family planning methods; couples.

8. KAYNAKLAR

1. Açıkalın İ. Türkiye’de güvenli annelik uygulamaları, ana sağlığı ve aile planlamasının durumu. 1. Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi:128-133, 2001, Ankara.
2. Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri “SPSS Uygulamaları”. 2. Baskı, Ankara, Emek Ofset Ltd. Şti., 2003.
3. Akgün S, Bakar C. Üreme sağlığı epidemiyolojisi: Türkiye’de doğurganlık ve aile planlaması. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2006; 3 (1): 9-18.
4. Akın A. Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı. 6.Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı:15-16, 2009, Ankara.
5. Akın L, Özyayın N, Aslan A. Türkiye’de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Dergisi, 2006;48:63-69.
6. Akın A, Özvarış ŞB. Kadın sağlığı/üreme sağlığı ve aile planlaması. In: Güler Ç, Akın L, editors. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006; 188-314.
7. Akın A, Sevcen F. Türkiye’de kadın sağlığının düzeyi ve aile planlaması uygulamalarının durumu. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 2006; 2(13): 1-14.
8. Aksu H. Kontraseptif yöntemler. In: Şirin A, editor. Kadın Sağlığı, 1.baskı, İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008; 288-330.
9. Aktün LH. Enjekte edilen kontraseptifler. Türkiye Klinikleri JSurg Med Sci, 2006;2(22): 17-23.
10. Akyıldız N. Aile planlaması. 1.baskı, İstanbul, Turan Ofset, 1999.
11. Altay B, Gönener D. Evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini bilme ve kullanma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi, 2009;14(1):56-64.
12. Altıntaş H, Telatar G, Albay S, Arık D, Batıkhan H, Berkel B, Çağırıcı G, Güçlü O, Gümüş E. Ankara’da bir süt ürünleri fabrikasında çalışan erkek işçilerin aile planlaması konusundaki bazı bilgi, davranış ve görüşlerinin saptanması. Sağlık ve Toplum Dergisi, 2005;15(14):89-87.
13. Altıparmak S, Adıgüzel Z. Manisa’da yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınlarla aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları; kırsal alan örneği. Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetri Dergisi, 2006; 20(3):142-149.
14. Apay SE, Nazik E, Özdemir F, Pasinlioğlu T. Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010;13(3):39-46.
15. Arviş MH. Aydın Doğumevi’ne aile planlaması için başvuran kişilerin kontraseptif yöntem tercihleri ve etkileyen faktörler. Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008.
16. Ayaz S, Efe ŞY. Family planning attitudes of women and affecting factors. J Turkish-German Gynecol Assoc, 2009;10:137-141.
17. Aybar F, Tıraş MB. İmplant kontraseptifler. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 2006;2(22):24-29.
18. Aydın S. Aile planlaması ve yöntemleri-1. Aile Hekimliği, 2007;1(3):84-90.

19. Babadağlı B, Şahin S. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi ile SSK İzmit Hastanesi'nde doğurganlık dönemi kadınların aile planlaması ve danışmanlığı konusunda bilgi ve tutumlarının karşılaştırılması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006;1(2):51-64.
20. Balcı E, Öztürk A, Gün İ, Öztürk Y. Kayseri ili Talas ilçesindeki 15-49 yaş kadınlarda kullanılan aile planlaması yöntemiyle ilgili şikayetlerin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2008;17(1):54-62.
21. Berker B. Non-oral hormonal kontrasepsiyon. 6. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı:19-20, 2009, Ankara.
22. Ceylan S, Tekbaş ÖF. Aile planlamasına bütüncül bir yaklaşım; erkeklerin katılımı. *Sağlık ve Toplum*, 2000; 10(3): 16-21.
23. Çalı Ş. Nüfus ve nüfus sorunları. Aile planlamasında temel bilgiler. İstanbul, Damla matbaacılık, 1997;17-25.
24. Çayan A. 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi. Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
25. Çelik M, Yıldırım G, Gerçek S, Yalap R, Nur N. RİA taktıran kadınların RİA bırakma nedenlerinin belirlenmesi. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı:303, 2005, Ankara.
26. Çiftçioğlu G. İleri doğurganlık yaşındaki evli kadınların ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumları ve bu konuda verilen eğitimin etkisinin değerlendirilmesi (Mardin/Kızıltepe Örneği). Mersin, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
27. Darroch JE. Male fertility control- where are the men? *Contraception*, 2008; 78:7-17.
28. Depe Y, Erenel AŞ. Erkeklerin aile planlamasına ilişkin görüş ve davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006;10(3):29-36.
29. Dilbaz B. Rahim içi araç. *Türkiye Klinikleri JSurg Med Sci*, 2006;2(22):41-50.
30. Diri FÜ. İstatistik Dersine Yönelik Tutumların Araştırılması Meslek Yüksekokulu Örneği. Ankara, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007.
31. Doğan G. Kontrasepsiyon Amaçlı Başvuran Kadınların Erkek Kontrasepsiyonuna Bakış Açısı. Afyon, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
32. Erbil N, Pasinlioğlu T. Planlı eğitim ve danışmalığın kadınların aile planlaması hizmetlerinden memnuniyet düzeyine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 1(2):38-46.
33. Erbil N, Kahraman AN, Top F. Kadınların kontraseptif yöntemler hakkındaki bilgi ve davranışlarıyla kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongre Kitabı:14, 2005, Ankara.
34. Ergin I. Bin yıl kalkınma hedeflerinde üreme sağlığı hizmetlerine erişim ve haklardaki değişim. *Sted*, 2008;17(5):76-83.
35. Ergör G. Üreme hakları- uluslar arası gelişmeler. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı: 76-77, 2003, Ankara.
36. Ertopçu K. Fertilité bilincine dayalı metodlar ve geleneksel yöntemler. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 2006;2(22):41-50.

37. Gemalmaz AF, Okyay P, Doyuran E, Başak O, Beşer E. Aydın ili 1 nolu AÇSAP Merkezi aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Sted*, 2005;15:14:4:80-86.
38. Gılıç E, Ceyhan O, Özer A. Niğde Doğumevi'nde doğum yapan kadınların aile planlaması konusundaki bilgi tutum ve davranışları. *Fırat Tıp Dergisi*, 2009; 14(4):247-241.
39. Giray H, Keskinoglu P. Işıkent Sağlıkocağı'na başvuran 15-49 yaş evli kadınların etkili aile planlaması yöntemi kullanımı ve etkileyen etmenler. *Sted*, 2006;15:2
40. Göçgeldi E. Üreme sağlığına erkeklerin katılımının artırılması: Türk Silahlı Kuvvetleri Üreme Sağlığı Programı. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı: 56-59, 2009, Ankara.
41. Günay T, Kılıç B, Kartal M, Şahin A. Erkeklerin aile planlamasına katılımını artırmak için bir adım: erlere yönelik aile planlaması eğitimi. *Türkiye Klinikleri J Gynocol Obst*, 2007;17:283-291.
42. Hatcher RA, Kowal D, Guest FJ, Trussell J, Stewart FH, Stewart GK, Bowen SC, Cates W. Üreme sağlığı ile ilgili politika ve yasalar. Çev.Edt. Dervişoğlu AA. *Contraceptive Technology: International Edition*, Ankara, Demircioğlu Matbaacılık, 1990; 57-85.
43. İlhan NM, Yıldırım A, Maral I. Ankara'da yarı kentsel ve kentsel bölgede yaşayan 15-49 yaş grubundaki kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve yöntem kullanmama nedenleri, *Türkiye Klinikleri J Gynocol Obst*, 2002;12:66-72.
44. İnal MM. Bariyer kontraseptif yöntemler. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 2006;2(22):41-50.
45. İşçi M. Davranış Bilimleri. Genişletilmiş 2. baskı, İstanbul, 1999; 116-117.
46. Freedman JL, Sears DO, Carlsmith JM. Tutum ve davranış. Çev. Dönmez A. *Sosyal Psikoloji*. 4. Baskı, Ankara, İmge kitabevi, 2003; 357-363.
47. Kahraman K. Nevşehir Özkonak Kasabası'nda yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların aile planlaması uygulamaları. Kayseri, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005.
48. 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):185-191.
49. Kaynar B, Beydağ KT, Özer FG. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin kullanmayı düşündükleri aile planlaması yöntemleri ve yöntem seçimini etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008; 3(8): 21-33.
50. Kırca Ü. Erkeklerde gönüllü cerrahi kontrasepsiyon-vazektomi. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 2006;2(22):39-40.
51. Kitiş Y, Bilgili N, Karaçam Z. Gülveren sağlık ocağı bölgesinde yaşayan erkeklerin aile planlamasına ilişkin görüşleri ve karara katılma durumları. *Fırat Tıp Dergisi*, 2004;9(1):56-66.
52. Koçyiğit E. Aynı tutumu ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış likert tipi ölçek ile iki farklı metrik ölçeğin psikometrik özelliklerinin karşılaştırılması. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2002.
53. Koyuncuer A. Kontrasepsiyon ve Türkiye'de durum. *Sted*, 2004; 13(12): 455-459.

54. Köseli A. Kombine oral kontraseptifler. Cerrahi Tıp Bilimleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi, 2006;2(22):1-9.
55. Mayda AS, Arslan T, Bozkurt HB, Dedeli İ, Özkan MÖ. Düzce kalıcı konutlar bölgesinde 15-49 yaş arası kadınlarda yöntem kullanma oranları ve tercih nedenleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005; 4(5):265-279.
56. Memmel L, Gilliam M. Kontrasepsiyon. In: Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE, editors. Çev ed. Ayhan A. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. 10. Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 2010; 567-585.
57. Okçay H, Öztürk H. İstenmeyen gebelikler ve istemli düşükler. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 2003;5(6):6.
58. Oğuzöncül AF, Devenci SE, Açık Y. Bir Jandarma Komutanlığı'nda görevli askerlerin aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi, tutum ve uygulamaları. IX.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı: 320, 2004, Ankara.
59. Oltuluoğlu H. Malatya il merkezinde aile planlaması kullanan 15-49 yaş grubu evli kadınlarda kullanılan yöntem ve yöntem seçimini etkileyen faktörler. Kayseri, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
60. Örsal Ö. Ankara belediye sınırları içinde yaşayan bireylerin aile planlamasına yönelik tutum ölçeğinin geliştirilmesi. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2006.
61. Örsal Ö, Kubilay G. Aile planlaması tutum ölçeği geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nihntingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007;15(60):155-164.
62. Özcebe H, Akın A. Kadın- erkek eşitsizliği ve erkeklerin üreme sağlığına katılımı. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı :85-89, 2003, Ankara.
63. Özdemir İ, Yıldırım U, Demirci F, Duras G, Yücel O. Düzce'de yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların kontraseptif yöntemi kullanma ve kullanmama nedenleri. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 2002;4(3):19-22.
64. Özgür S, Bozkurt A.İ, Özçırpıcı B. Gaziantep kırsalında evli kadın ve erkeklerin aile planlaması konusundaki bilgi, tutum, davranışları ve farklı cins gruplarına yapılan eğitimin etkisi. SDÜ Tıp Fakültesi, 1998; 5(4):169-173.
65. Özlüce F. Kayseri il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinin aile planlamasına ilişkin bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi. Kayseri, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
66. Özvarış ŞB. Üreme sağlığı ve aile planlaması. Aile planlamasında temel bilgiler. İstanbul, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Damla Matbaacılık, 1997:1-4.
67. Pasinlioğlu T, Bülbül F. Çiftlerin aile planlaması yöntemlerini bırakma nedenleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003; 6: 40-49.
68. Pernoll ML. Kontrasepsiyon. Çev. Edt. Ayhan A, Bozdağ G. Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı, Onuncu baskı, Ankara, Palme Yayınları, 2002; 727-41.
69. Polat SA, Açık Y, Gürateş B. Elazığ Devlet Hastanesi aile planlaması polikliniğine başvuran kadınların doğurganlık özellikleri ve kullandıkları aile planlaması yöntemleri. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 2000;7(3):260-265.

70. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015, Ankara, 2005.
71. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı, Aile Planlaması Danışmanlığı, Ankara, 2007.
72. Sak ME, Evsen MS, Sak S, Çaçı FN. Kontrasepsiyon yöntemlerinin etkinliği ve kadınların eğitim düzeyi: Güneydoğu Anadolu'da bir ilçe örneği. Dicle Tıp Dergisi, 2008;35(4):265-270.
73. Songur D. Gaziantep Binevler Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma durumu ve etkileyen etmenler. Gaziantep, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2009.
74. Şahin HG, Şahin HA, Zeteroğlu Ş, Kulusarı A. Van ili yöresinde aile planlaması yöntemleri kullanmama nedenleri. T Klin Gynecol Obst, 2002;12:265-268.
75. Şahiner G. Toplumsal cinsiyet ve kadına karşı şiddetin kadınların üreme sağlığına ilişkin hizmetlerden faydalanmasına etkisi. Ankara, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2007.
76. Şankazan S, Yıldız A. Ankara ili Deliler Köyü'ndeki evli erkeklerin aile planlaması ile ilgili bilgi tutum ve davranışları, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2002; 55(1):41-50.
77. Saygılı P. Aile planlaması hizmetlerinde hemşirenin rolü. Türkiye Klinikleri J Surg Med.Sci, 2006; 2(13):37-44.
78. Şimşek Ç. Cinsellik ve Üreme Sağlığı. 4. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı: 139-140, 2005, Ankara.
79. Şimşek Z, Kurçer MA, Ersin F, Gözükara F, Kayahan M. Şanlıurfa Tıfındır Sağlıkocağı bölgesindeki 15-49 yaş arası evli kadınların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgileri ve yöntem kullanmalarını etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum Dergisi, 2003;13(1):75-80.
80. Tanrıverdi G, Özkan A, Şenveli S. Çanakkale'deki kadınların aile planlaması yöntemlerini tercih nedenleri. Fırat Tıp Dergisi, 2008;13(4):251-254.
81. Tatum HJ. Kontrasepsiyon ve aile planlaması. Editör: Pernoll ML. Çeviri Editörü: Sönmez S. Çağdas Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi, 1. Baskı, Cilt:1, İstanbul, Barış Kitabevi, 1994; 832-62.
82. Taşcı KD. Sağlık memurluğu öğrencilerinin erkeğe yönelik aile planlaması yöntemlerini kullanmaya ilişkin görüşleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007;10(1):67-76.
83. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 8. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2007;499-518.
84. Taşkın L. Uluslararası sözleşmeler ışığında kadının durumu. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 8 (2) 16-22.
85. Tezcan S, Tunçkanat FH. Türkiye'de nüfus ve sağlık araştırmalarına göre üreme sağlığı göstergelerindeki değişimler 1978-2008. 6. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı:12-13, 2009, Ankara.
86. Thorburn S. Attitudes toward contraceptive methods among African-American men and women: similarities. Women's Health Issues , 2007; 17: 29-36.

87. TNSA (2003). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Erişim adresi:<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum2.pdf>. Erişim tarihi: 21.10.2010
88. TNSA (2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Erişim adresi:<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum2.pdf>. Erişim tarihi: 10.10.2010.
89. Tokuç B, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne merkezinde 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri ve yöntem kullanım oranları. *Sted*, 2005;14(1):8-14.
90. Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006. Erişim Adresi: <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/istatistik2006.pdf>. Erişim tarihi: 15.01.2010.
91. TÜİK 2008. Erişim adresi. <http://www.tuik.gov.tr>. Erişim tarihi: 5.12.2009.
92. Trussel J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Contraceptive Technology: eighteenth revised edition, New York, Ardent Media;2004.
93. Ünlüoğlu İ. Laktasyonel amenore metodu. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 2006;2(22):41-50.
94. Üzel A. Er ve erbaşların aile planlaması ile bilgilerinin eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesi. Mersin, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2007.
95. Vural ZT, Gönenç I. Sadece progesteron içeren haplar. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 2006;2(22):10-16.
96. Yakut Y. Bakırlı RİA'ların yan etki ve komplikasyonları. 6. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı:25, 2009, Ankara.
97. Yanikkerem E, Öztürk Ö, Cıvak N. Evli kadınların doğum kontrol yöntemleri hakkında düşünceleri ve kullandıkları yöntemler. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 2005;19:22-30.
98. Yıldırım A. Aile planlamasında yenilikler. *Cerrahi Tıp Bilimleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 2006;2(13):63-72.
99. WHO (World Health Organization). Erişim adresi: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/en/index.html. Erişim Tarihi:12.12.2011.
100. Zincir H, Albayrak E, Başer M, Mucuk S. Kadınların rahim içi aracı bırakma nedenleri. *Sted*, 2009;18(6):103-106.

9.EKLER

EK-A

ANKET FORMU 1- KADIN

1.SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

1. İlkokul mezunu()

2. Ortaokul mezunu()

3. Lise mezunu()

4. Üniversite ve lisansüstü eğitim()

3. Mesleğiniz nedir?

1.Memur ()

2. İşçi ()

3.Serbest Meslek ()

4. Ev Hanımı ()

5. Diğer

4. Evlilik yaşıınız?.....

5. Aile tipi: 1.Çekirdek ()

2. Geniş ()

6. Sosyal güvenceniz: 1. Var ()

2. Yok ()

2. OBSTETRİK ÖZELLİKLER

7. Kaç kez gebe kaldınız?.....8. Kaç tane canlı doğum yaptınız?.....

9. Kaç tane ölü doğum yaptınız?.....10. Kaç tane düşük yaptınız?.....

11. Kaç tane kürtaj yaptırdınız?.....

12. Halen yaşayan kaç çocuğunuz var?.....

13. Son gebeliğiniz planlı mıydı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

14. Çocuk sahibi olmayı düşünüyor musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

15. (14. sorunun cevabı evet ise) Ne zaman düşünüyorsunuz?

1. Hemen ()

2. Bir yıl sonra ()

3. İki yıldan daha uzun süre ()

6. Vazektomi (Erkeğin kanallarını bağlatması) ()

7. Takvim yöntemi ()

8. Geri çekme ()

9. Diğer.....

23. Kullandığınız yöntem hakkındaki düşünceleriniz nelerdir? (Bu soru yöntem kullananlar içindir)

.....

24. Kullanmayı bıraktığınız yöntem/ yöntemler oldu mu?

1.Evet ()

2. Hayır ()

25. (**24. Sorunun cevabı evet ise**) Hangi yöntem/yöntemleri kullanmayı bıraktınız? Bırakma nedeniniz nedir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Hap ()

bırakma nedeniniz.....

2. Kondom ()

bırakma nedeniniz.....

3. RİA ()

bırakma nedeniniz.....

4. Enjeksiyonlar ()

bırakma nedeniniz.....

5. Takvim yöntemi ()

bırakma nedeniniz.....

6. Geri çekme ()

bırakma nedeniniz.....

7. Diğer.....

bırakma nedeniniz.....

26. Sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaştan önce gebe kalmaması gerekir?.....

27. Sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaştan sonra gebe kalmaması gerekir?.....

28. Kadın sağlığı açısından iki gebelik arasında en az kaç yıl olmalıdır?.....

29. Sizce aile planlaması yöntemleri kullanımına karar verilirken, eşle konuşulmalı mıdır? 1. Evet () 2. Hayır ()

30. Sizce aile planlaması yöntemlerini eşlerden hangisi uygulamalıdır?

1. Kadın ()

2. Erkek ()

3. Her ikisi de ()

4. Bilmiyorum ()

EK-B

ANKET FORMU 2- ERKEK

1.SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

1. İlkokul mezunu()

2. Ortaokul mezunu()

3. Lise mezunu()

4. Üniversite ve lisansüstü eğitim()

3. Mesleğiniz nedir?

1.Memur ()

2. İşçi ()

3.Serbest Meslek ()

4. Ev Hanımı ()

5. Diğer ()

2. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

4. Herhangi bir aile planlaması yöntemi biliyor musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

5. (4. Sorunun cevabı evet ise) Hangi yöntemleri biliyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

YÖNTEM	EVET	HAYIR
Hap		
Kondom (Prezervatif)		
RİA (Spiral)		
Enjeksiyonlar		
Tüp Ligasyon (kadınların tüplerini bağlatması)		
Vazektomi (erkeklerin kanallarını bağlatması)		
Takvim Yöntemi		
Geri Çekme		
Diğer		

6. Aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgiyi nereden aldınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Gazete-Dergi-Kitap () 2. Radyo- Televizyon () 3. Akraba-Komşu ()

4. Sağlık personeli () 5. Diğer.....

7. Herhangi bir sağlık personelinden (ebe, hemşire, doktor) aile planlaması yöntemlerine yönelik danışmanlık (kullanımı ile ilgili bilgilendirme) aldınız mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

8. Aldığınız aile planlaması danışmanlığını yeterli buldunuz mu?

1. Evet () 2. Hayır ()

9. Şu anda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?

1. Evet () 2. Hayır ()

10. (9. sorunun cevabı evet ise) Hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

1. Hap () 2. Kondom () 3. RİA () 4. Enjeksiyonlar ()

5. Tüp ligasyon (kadının tüplerini bağlatması) ()

6. Vazektomi (Erkeğin kanallarını bağlatması) ()

7. Takvim yöntemi () 8. Geri çekme () 9. Diğer.....

11. Kullandığınız yöntem hakkındaki düşünceleriniz nelerdir? (Bu soru yöntem kullananlar içindir)

.....

12. Kullanmayı bıraktığınız yöntem/ yöntemler oldu mu?

1.Evet () 2. Hayır ()

13. (**12. Sorunun cevabı evet ise**) Hangi yöntem/yöntemleri kullanmayı bıraktınız? Bırakma nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Hap () bırakma nedeniniz.....
2. Kondom () bırakma nedeniniz.....
3. RİA () bırakma nedeniniz.....
4. Enjeksiyonlar () bırakma nedeniniz.....
5. Takvim yöntemi () bırakma nedeniniz.....
6. Geri çekme () bırakma nedeniniz.....
7. Diğer..... bırakma nedeniniz.....

14. Sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaştan önce gebe kalmaması gerekir?.....

15. Sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaştan sonra gebe kalmaması gerekir?.....

16. Kadın sağlığı açısından iki gebelik arasında en az kaç yıl olmalıdır?.....

17. Sizce aile planlaması yöntemi kullanımına karar verilirken, eşle konuşulmalı mıdır?.....

1. Evet ()

2. Hayır ()

18. Sizce aile planlaması yöntemlerini eşlerden hangisi uygulamalıdır?

1. Kadın ()

2. Erkek ()

3. Her ikisi de ()

4. Bilmiyorum ()

EK-C

AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum
1.Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir					
2.Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar					
3.Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler					
4.Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur					
5.Ailede çok çocuk olması, gelecekte kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir					
6.Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır					
7.Kadının asli görevi doğurmaktır özdeyişi doğrudur					
8.Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır					
9.Doğan her çocuğun rızkını “Allah” verir					
10.Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır					
11.Kaynanalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez					
12.Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir					
13.Erkek adamın erkek damadı olur					
14.Erkek adamın erkek çocuğu olur					
15.Kız çocuk varsa çocuğum var denilir					
16.Spiral baş ağrısı yapar					
17.Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır					
18.Spiralin mideye kaçacağından korkulur					
19.Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur					
20.Doğum kontrol yönteminin cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür					
21.Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı/arzusu az olur					
22.Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur					
23.Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz					
24.Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz					
25.Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybederler					
26.Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur/erkekleşir					
27. İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum					
28.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum					
29.Gebelik kadımı çekici hale getirir					
30.Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir					
31.Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir					
32.Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir					
33.Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kadınlarla evlenilmelidir					
34.Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum					

EK-G

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Evli kadınlar ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumları ve ilişkili faktörler

Yüksek lisans tezi olarak planlanmış olan bu çalışma, evli kadınlar ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumları ve ilişkili faktörleri saptamak amacı ile yapılmaktadır. Araştırmaya katılmama ya da daha sonra ayrılma hakkınız vardır. Araştırmaya katılırsanız sizden bir anket formu ve “Aile Planlaması Tutum Ölçeği”ni doldurmanız istenecektir. Bu araştırma süresince kimliğinizle ilgili kayıtlar kesinlikle gizli tutulacaktır ve hiçbir rapor / yayında sizin adınız geçmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, toplanan tüm veriler analiz edilerek, özetlenecektir.

Yukarıdaki metni okudum. Araştırmayla ilgili bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Araştırmaya kendi rızamla ve hiçbir zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı -Soyadı İmzası

10. ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında Mersin'in Silifke ilçesinde doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Silifke'de tamamladı. 2001 yılında Fatih Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu ve aynı yıl Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde çalışma hayatına başladı. 2003 yılında Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi, 2004 yılında Konya Numune Hastanesi ve 2007 yılında Mersin Silifke Devlet Hastanesi'nde çalıştı. Halen Silifke Devlet Hastanesi'nde görev yapmaktadır.