

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2009-0006

15–49 YAŞ EVLİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI
YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ
KULLANDIKLARI KONTRASEPTİF YÖNTEMLER İLE
İLİŞKİSİ

Aslı ÇAYAN

DANIŞMAN
Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM

AYDIN-2009

ÖNSÖZ

Ülke nüfusunun yaklaşık yarısını oluşturan kadınların sağlıklı olmaları oldukça önemlidir. Kadınların sağlıklı olmaları sadece kendileri için değil tüm toplum sağlığı açısından da önemlidir. Sağlıklı bireylerin yetişmesi ancak sağlıklı anneler ile gerçekleşebilir. Kadınların doğurganlık dönemi olan 15–49 yaş aralığında modern aile planlaması yöntemlerini bilmeleri ve bu yöntemlere karşı olumlu tutuma sahip olmaları modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımını geliştirebileceği gibi sağlıklı bireyler ve sağlıklı toplum oluşumuna katkı sağlayabilir. Bu araştırma kadınların aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarını ve bu tutumların kullandıkları yöntemlere ile ilişkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiştir. Kadınların aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarının bilinmesi ebe ve hemşirelerin yapacakları eğitimin planlanmasını, uygulanmasını ve başarıya ulaşmasını sağlayabilir. Ebe ve hemşirelerin bu tezin bulgularından ve sonuçlarından yararlanarak, kadınların aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarını ve modern yöntemlerin kullanımını arttırabileceklerini umut ediyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
ŞEKİL DİZİNİ	x
GRAFİK DİZİNİ	xi
EKLER DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Genel Bilgiler	5
1.3.1. Aile Planlamasının Tarihçesi	5
1.3.2. Türkiye’de Aile Planlamasının Tarihçesi	7
1.3.3. Aile Planlamasının Amacı	9
1.3.4. Aile Planlamasının Kadın, Çocuk ve Toplum İçin Yararları	10
1.3.5. Türkiye’de Aile Planlamasının Durumu	12
1.3.6. Ülkemizde Aile Planlaması Yöntemlerinin Yeterli Düzeyde Kullanılması Nedenleri	15
1.3.7. Aile Planlaması Hizmetlerinden Yararlanmayı Engelleyen Faktörler	16
1.3.8. Aile Planlamasının Dini Yönü	17
1.3.9. Türkiye’de Kadının Statüsü ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı İle İlişkisi	17

1.3.10. Aile Planlaması Hizmetlerinin Kullanılmasında Tutumların Yeri.....	22
1.3.11. Aile Planlaması Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü ve Danışmanlık.....	26
1.3.12. Modern Aile Planlaması Yöntemleri	28
1.3.12.1. Hormonal Kontraseptifler	28
1.3.12.1.1. Kombine Oral Kontraseptifler	28
1.3.12.1.2. Mini Haplar	30
1.3.12.1.3. Post Koital Haplar	30
1.3.12.1.4. Enjekte Edilen Kontraseptifler	31
1.3.12.1.5 Deri Altı İmplantları	31
1.3.12.2. Rahim İçi Araçlar	33
1.3.12.3. Bariyer Yöntemleri	35
1.3.12.3.1. Kondom	35
1.3.12.3.2. Kadın Kondomu.....	36
1.3.12.3.3. Diyafram	36
1.3.12.3.4. Spermisitler	37
1.3.12.4. Cerrahi Kontrasepsiyon	38
1.3.12.4.1. Tüpligasyon	38
1.3.12.4.2. Vazektomi	40
1.3.13. Doğal Aile Planlaması	40
1.3.13.1. Takvim Yöntemi	40
1.3.13.1.1. Geri Çekme	41
1.3.13.1.2. Vajinal Duş	42
1.3.13.1.3. Laktasyonel Amonere	42
2. GEREÇ VE YÖNTEM	43
2.1. Araştırma Şekli	43
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	43
2.3. Araştırmanın Zamanı.....	46
2.4. Araştırmanın Evreni	46
2.5. Araştırmanın Örneklemi	46
2.6. Araştırmaya Alınma ve araştırmadan Dışlanma Kriterleri	47
2.7. Veri Toplama Araçları	47
2.8. Verilerin Toplanması	49
2.9. Verilerin Değerlendirilmesi	49
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler.....	50

2.11. Araştırmada Etik	50
3. BULGULAR	52
3.1. Kadının Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi	52
3.2. Kadının Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	55
3.3. Kadınların Planlanmamış Gebelik ve AP Yöntemlerine İlişkin Özellikleri...	57
3.4. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	64
3.5. Kadınları Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon.....	69
3.6. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçekleri İle Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler Arasındaki İlişki.....	70
3.6.1. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Verileri.....	70
3.6.2. Kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek Puanlarının Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Verileri.....	73
3.6.3. Kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek Puanlarının Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Verileri.....	75
3.6.4. Kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek Puanlarının Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Verileri.....	77
3.7. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle İlişkisi.....	79
3.7.1. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle İlişkisi.....	79
3.7.2. Kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle İlişkisi.....	87
3.7.3. Kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle İlişkisi.....	95
3.7.4 Kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle İlişkisi.....	103
4. TARTIŞMA	109
4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Durumlarının Değerlendirilmesi.....	109
4.2. Kadınların Obstetrik Özellikleri ile İlgili Durumlarının Değerlendirilmesi.....	111

4.3. Kadınların Planlanmamış Gebelik ve Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	111
4.4. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puanlarının Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Değerlendirilmesi.....	115
4.5. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi.....	117
4.6. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puanlarının Obstetrik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi	119
5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	121
5.1. Sonuçlar.....	121
5.2. Öneriler.....	127
ÖZET.....	129
SUMMARY.....	130
KAYNAKLAR.....	132
ÖZGEÇMİŞ.....	145
TEŞEKKÜRLER.....	146
EKLER.....	147

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APTÖ:	Aile Planlaması Tutum Ölçeği
AP:	Aile Planlaması
UNKK:	Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
CYBE:	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
CSÜS:	Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı
GYE:	Genital Yol Enfeksiyonları
TÜSP:	Türkiye Üreme Sağlığı Programı
ÜS:	Üreme Sağlığı
AK:	Avrupa Komisyonu
RIA:	Rahim İçi Araç
KOK:	Kombine Oral Kontraseptif
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TBMM:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
CEDAW:	Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Kaldırılması Sözleşmesi
T.C.:	Türkiye Cumhuriyeti
LAM:	Laktasyonel Amenore
M.Ö.:	Milattan önce
SPSS:	Statistical Packege For The Social Sciences Version

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 2.3.1. Araştırmanın zamanı.....	45
Çizelge 2.5.1. Sağlık ocağı bölgelerinde yaşayan 15–49 yaş evli kadın sayısı ve örnekleme alınan kadın sayısı.....	47
Çizelge 3.1.1. Kadınların ve eşlerinin yaş ve eğitim durumlarına göre dağılımı.....	53
Çizelge 3.1.2. Kadınların sosyal özelliklerine göre dağılımı.....	54
Çizelge 3.1.3. Kadınların sağlık durumlarına göre dağılımı.....	55
Çizelge 3.2.1. Kadınların obstetrik özellikleri	56
Çizelge 3.3.1. Kadınların planlanmamış gebe kalma durumu	57
Çizelge 3.3.2. Kadınların aile planlaması yöntemlerini bilme ve danışmanlık alma durumları.....	58
Çizelge 3.3.3. Kadınların şu ana kadar herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma ve kullandıkları yönteme göre dağılımı.....	59
Çizelge 3.3.4. Kadınların şu anda kullandıkları aile planlaması yöntemlerine ilişkin özellikleri.....	60
Çizelge 3.3.5. Kadınların aile planlaması yöntemi kullanarak gebe kalma durumu.....	61
Çizelge 3.3.6. Kadınların geçmişte kullandıkları AP yöntemlerini bırakma nedenleri..	63
Çizelge 3.4.1. Kadınların APTÖ ve Alt Ölçek puan ortalamalarının dağılımı.....	64
Çizelge 3.5.1. Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon.....	70

Çizelge 3.6.1.1. Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre	
Aile Planlaması Tutum Ölçeği puanlarının dağılımı.....	72
Çizelge 3.6.1.2. Kadınların aile planlaması tutumlarının kullandıkları yöntem ile	
ilişkisi.....	73
Çizelge 3.6.2.1. Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre Topluma	
İlişkin Alt Ölçek puanlarının dağılımı.....	75
Çizelge 3.6.3.1. Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre	
Yönteme İlişkin Alt puanlarının dağılımı.....	77
Çizelge 3.6.4.1. Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre	
Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanlarının dağılımı	79
Çizelge 3.7.1.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Aile Planlaması	
Tutum Ölçeği toplam puanlarının dağılımı.....	82
Çizelge 3.7.1.2. Kadınların obstetrik özelliklerine göre Aile Planlaması Tutum	
Ölçeği toplam puanlarının dağılımı.....	85
Çizelge 3.7.1.3. Kadınların aile planlaması tutumlarını etkileyen faktörler.....	87
Çizelge 3.7.2.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Topluma İlişkin	
Alt Ölçek puanlarının dağılımı.....	90
Çizelge 3.7.2.2. Kadınların obstetrik özelliklerine göre Topluma İlişkin Alt Ölçek	
puanının dağılımı.....	93
Çizelge 3.7.2.3 Kadınların aile planlaması topluma ilişkin tutumlarını etkileyen	
faktörler.....	95
Çizelge 3.7.3.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Yönteme	
İlişkin Alt Ölçeği puanlarının dağılımı.....	98
Çizelge 3.7.3.2. Kadınların obstetrik özelliklerine göre Yönteme İlişkin Alt	
Ölçeği puanlarının dağılımı.....	101

Çizelge 3.7.3.3 Kadınların aile planlaması yönteme ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler.....	102
Çizelge 3.7.4.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği puanlarının dağılımı.....	105
Çizelge 3.7.4.2. Kadınların obstetrik özelliklerine göre Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanlarının dağılımı.....	107
Çizelge 3.7.4.3. Kadınların aile planlaması gebeliğe ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler.....	108

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Tutumun Bileşenleri	23
Şekil 2. Hayali olarak bir kişinin aile planlamasına ilişkin bilişsel tutumu	24
Şekil 3. Kombine oral kontraseptifler.....	28
Şekil 4. Enjekte edilen kontraseptif.....	31
Şekil 5. En sık kullanılan RİA TCu-380A.....	34
Şekil 6. Tüpligasyon.....	39

GRAFİK DİZİNİ

Grafik 1. TNSA-2008 verilerine göre 15-49 yaş grubu evli kadınların gebeliği önleyici Yöntemleri duyması ve kullanması	14
Grafik 2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasının ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı.....	65
Grafik 3. Aile Planlaması Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması.....	66
Grafik 4. Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Topluma İlişkin Alt Ölçeği puan ortalaması.....	67
Grafik 5. Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Yönteme İlişkin Alt Ölçeği puan ortalaması.....	68
Grafik 6. Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği puan ortalaması.....	69

EKLER DİZİNİ

EK 1. Soru Formu

EK 2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği

EK 3. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

EK 4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı

EK 5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Onayı

EK 6. Bilgilendirilmiş Olur Metni

EK 7. Bilgilendirilmiş Olur Formu

EK 8. Aile Planlaması Tutum Ölçeği izin yazısı

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Aile planlaması bireylerin istenmeyen gebeliklerden korunmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını ve sosyo-ekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine, çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür (Mosher ve ark 2004, Mumcu 2004, World Health Organization 2008). Aile planlaması halen ülkemizde nüfus artış hızının, planlanmamış gebeliklerin, anne ve bebek ölüm oranlarının yüksekliği nedeniyle temel sağlık sorunlarındanır.

Aile planlaması ailelerin kendi iradeleri ile istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlamakta, anne ölümlerini önlemekte ve annenin sağlığını korumakta, yüksek riskli ve istenilmeyen gebelikleri önlemekte, çocuk sahibi olmak isteyenlere tıbbi yardım sağlamakta ve bireyleri aile planlaması yöntemleri ve üreme sağlığı konusunda bilgi edinmelerini sağlamaktadır (Aydın 2005, Şafak 2006, UNFPA ve PATH 2006). Ayrıca modern yöntemlerin kullanımının artması, ailenin sağlığını koruyarak bireylerin daha mutlu yaşamalarını sağlamaktır. Ancak ülkemizde halen modern aile planlaması yöntemi kullanım oranı düşük ve doğurganlık oranı yüksektir. Bu nedenle anne ve bebek mortalite ve morbidite oranları da yüksektir (Bozkurt ve ark 2005, Akyürek ve ark 2006, Neuse 2006, Sergek 2008).

Ülkemizde modern aile planlaması yöntemlerinin kullanım oranındaki artışa bağlı olarak toplam doğurganlık hızı azalmaktadır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları

(TNSA) 2003 verilerine göre, Türkiye’de toplam doğurganlık hızı 2,23’ten, 2008 TNSA verilerine göre 2,15’e düştüğü saptanmıştır (Ünalın ve Yavuz 2004, Tezcan 2009). Bu oran 1998 verilerinde 2,61 olarak bildirilmiştir. 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 yükseldiğı ve geleneksel yöntem kullananların oranının %27,1’e, düştüğü bildirilmektedir. Ancak halen kadınların %14,9’u gebelik istemediğı halde gebelik risk altında olduğı bildirilmiştir (Ünalın ve ark 2004, Tezcan 2009).

Üreme sağığı; kadın ve erkeğın üreme konusunda bilgilendirilmiş bir biçimde yetki sahibi olabilmeleri, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli, ödenebilir ve kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağıklarını tehlikeye sokmadan doğurganlıklarını düzenlemeleridir (Tokuç ve ark 2001, Naçar ve ark 2003, World Health Organization 2008). Aile planlaması; üreme sağığının bir parçası olarak kadın ve erkeğın üreme sağığı konusunda bilgilendirilmiş bir şekilde yetki sahibi olabilmeleri, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli ve kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağıklarını tehlikeye atmadan düzenlemeleridir. Doğurganlığın düzenlenmesinde biyolojik, psiko-sosyal ve kültürel belirleyiciler kontraseptif kullanımını ve seçimini etkiler. Bireylerin sahip olduğı bilgi, tutum ve davranışları dikkate alınarak verilen aile planlaması danışmanlık hizmetleri modern aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasını artırabilir ve dolayısı ile üreme sağığını geliştirebilir (Metinoğılu 1999, Kahraman 2005, Oral 2006, Neuse 2006).

Bir toplumda sağığına verilen değıer, o toplumun kültürel yapısına bağılıdır. Sağığına verilen değıer toplumdan topluma ve aynı toplumda zaman süreci içinde değıışebilir. Toplumun kültürel değıerleri, tutum, inanç ve davranışları kişinin yaşam tarzını ve sağıık koşullarını etkiler. Toplumun kültürel değıerlerinin bilinmesi, modern aile planlamasının yaygınlaştırılmasına olanak sağılar. Böylece topluma sağıık hizmetlerinin sunulması ve bireylerle kurulan iletişimin güçlenmesi sağılanmış olur. Bu bağlamda ülkemizde yapılan çalışmalarda da çiftlerin modern ya da geleneksel aile planlaması yöntemi kullanımını etkileyen faktörlerin yöntemin güvenilirliğı, yan etkileri, geri dönüşümlü olması, hormon

içeriği, eşin tercihi, yöntem hakkındaki bilgi düzeyi, kadının sağlık durumu ve inançları olduğu belirtilmektedir (Odimegwu 1999, Mumcu 2004, Kahraman 2005).

Toplumumuzda kadın sağlığını etkileyen pek çok etken vardır. Özellikle kırsal kesimde yaşayan kadınlar geleneksel inanç ve uygulamalardan daha fazla etkilenebilir. Bu geleneksel inanç ve uygulamalardan özellikle sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek olanların düzeltilmesi, olumlu olanların pekiştirilmesi gerekmektedir. Bütün bunların başarılması ise toplumun geleneksel inanç ve uygulamalarını tanımakla mümkün olabilir (Mumcu 2004, Kahraman 2005, Özden 2006, Çiftçi 2006).

Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar üreme ve doğurganlığın kontrolü ile ilgili yöntem seçiminin ataerkil geleneklere dayandığını, bunun da kadınların üreme ile ilgili davranışlarını etkilediğini göstermektedir (Miller ve ark 1998, Şankazan ve ark 2002). Ülkemizdeki aile planlaması çalışmalarının başarısının artırılması için, bireyin aile planlamasına ilişkin tutumlarının önemli olduğu düşünülmektedir (Bozkurt ve ark 2005, Örsal 2006, Karagözel 2006). Eşlerin çocuk sayısı, doğum aralıkları, istenen ve istenmeyen gebelikleri gibi durumları incelenerek, onların aile planlamasına ilişkin tutumları hakkında bilgi edinilebilir. Tutum gözlenebilen bir davranış değil, davranışı hazırlayıcı bir eylemdir. Bireylerin tutum nesnesine ilişkin tutumlarının bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olmak üzere üç bileşeni bulunmaktadır. Tutumun bilişsel bileşenini inançlar, bilgi yapıları, algısal tepki ve düşünceler; duyuşsal bileşenini duygu ve heyecansal tepkiler; davranışsal bileşenini açık edimler ve davranış eğilimleri oluşturmaktadır. Bireyler aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgiler edinirler, bu bilgileri duygusal olarak kendilerine uyarlarlar, en sonunda da bilgilerini olumlu ya da olumsuz şekilde davranışa dönüştürürler. Bireyler sahip oldukları bilgileri, davranışa dönüştürme aşaması boyunca çevreden gelen tepkilere de cevaplar vermektedir (Örsal 2006, Diri 2007).

Ülkemizde aile planlaması yöntemlerinin kullanılmama nedenleri ile ilgili yapılan çalışmalar bulunmasına rağmen, bireylerin tutumları ve tutumlarını etkileyen etmenlere ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle aile planlaması yöntemlerinin seçiminde bireylerin tutumlarına ilişkin daha fazla bilgiye gereksinim duyulmaktadır.

Ana ve çocuk sağlığı düzeyinin en kötü durumda olduğu kırsal bölgeler ve kentlerin gecekondü bölgelerinde yaşıyan ve aşırı doğurganlık ile anne ve bebek ölümleri açısından en riskli grupları oluşturan aileler, sağlık sektörünün üzerinde önemle durmasını gerektiren popülasyonu oluşturmaktadır. Özellikle bu tür yerlerde yaşıyan gruplara, etkili ve yeterli hizmet verebilmesi için öncelikle doğurganlık konusunda bilgi, tutum ve davranışların belirlenmesi gerekir. Ancak bu sayede, belirlenen eksiklerin tamamlanması, yanlış davranışların giderilmesi ve doğru davranış kazandırılması mümkün olabilir (Özgen 1993, Miller ve ark 1998, Oral 2006, Neuse 2006). Kadınların aile planlaması yöntemlerinin seçiminde tutumlarının bilinmesi, ebe ve hemşirelerin aile planlaması eğitimi ve danışmanlığı verirken, onları daha iyi anlamalarını ve daha etkili yol göstermelerini sağlayabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Ülkemizde kadınların hemen hemen tamamı aile planlaması yöntemlerini bilmelerine rağmen; modern yöntemleri istendik düzeyde kullanmamaktadırlar. Bu nedenle halen planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerin oranı oldukça yüksektir. Kadınların modern yöntemleri bildikleri halde kullanmamaları onların bu yöntemler ile ilgili tutumları ile ilgili olabilir. Kadınların modern yöntemlere karşı olumsuz tutum içinde olmaları bu yöntemleri kullanımlarını etkileyebilir. Bu nedenle bu çalışma, 15–49 yaş grubu kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu bağlamda kadınların aile planlaması tutumlarının hangi düzeyde olduğunun ve hangi etmenlerden etkilendiğinin bilinmesi ebe-hemşirelerin aile planlaması danışmanlığını etkili bir şekilde planlamalarını ve sunmalarını sağlayabilir.

1.3. GENEL BİLGİLER

1.3.1. Aile Planlamasının Tarihçesi

İlk çağlarda çocukların tamamen kendiliğinden olduğu sanılırdı. Kadınlar bazı kötü ruhların gebeliğe neden olduğunu düşünerek, bu ruhları kendilerinden uzak tutmak için bellerine, boyunlarına bazı süs eşyaları takarlardı. Konuya ilişkin ilk yazılı belgeler milattan önce (M.Ö) 2700 yıllarından kaldığı sanılan Çince belgelerde daha çok, çocuk düşürmek suretiyle doğumun önlenmesinden söz edilmekle birlikte, gebeliği önleyecek yöntemlerden de söz edilmektedir. Metinoğlu (1999), Walle (2005) ve Özlece (2006) çalışmalarında M.Ö 1850’de yazılmış Petrie papirüsü ve M.Ö 1550’de yazılmış Ebers papirüslerinde gebeliği önlemek için önerilen değişik yöntemlere rastlandığını rapor etmişlerdir. Mısır papirüslerinde gebeliği önleme amacıyla vajene yerleştirilen, çeşitli maddelerden yapılmış, tamponlardan söz edildiği bildirilmiştir. İran, İbrani, Arap, Yunan ve Roma yayınlarında vajene konulan katranlı lahana yaprağı, sedir yağı, meyve asitleri ve sünger gibi maddelerle kadınların gebelikten korunmaya çalıştıkları bilinmektedir. Ayrıca, bu tarihlerden çok önce İbranilerin geri çekme yöntemini gebeliği önlemek amacıyla kullandıklarına ilişkin bilgiler bulunduğu kaydedilmiştir. Milattan önceki devirlerde Arapların çöldeki uzun yolculuklar sırasında, develerin gebe kalmalarını önlemek amacıyla deve uterusuna küçük çakıl taşları yerleştirdikleri bilinmektedir. Bu yöntemin insanlarda uygulanmasına ilişkin bilgilere ise Hyppocrates’ın “Kadın Hastalıkları” konusundaki yazılarında rastlanmıştır. Endonezya’lı doktorların gebeliği önlemek amacı ile lastikten yapılmış yay gibi araçları uterusu yerleştirdikleri de bilinmektedir.

Doğum kontrolünün çok eski geçmişi olmasına rağmen, bu durumu bir nüfus sorunu olarak ele alan ilk kişi Aristo olmuştur. Yunanlı filozof, şehir devletlerindeki nüfusun sabit tutulması ile topluma en büyük yararın sağlanacağını savunmuş ve bu amaçla çocuk sayısını sınırlandırıcı kanunlar çıkarılmasını önermiştir. Hatta o zamanki doğum kontrol yöntemlerinin yetersizliğini öne sürerek, düşük yaptırılması ve istenmeyen bebeklerin açıkça ölüme terk edilmesi gibi sert önlemler alınmasını da

istemiştir. Aristo, çocuk sayısının sınırlandırılmasını savunurken aynı dönemdeki diğer bazı filozoflar, her aileye sadece bir çocuk olması gerektiğini savunmuşlardır. Buna karşın milattan sonra II. Yüzyılda Roma'nın ünlü hekimi Soranus, gebe kalmayı önlemenin daha kolay ve doğru olduğunu savunan ilk düşünürlerdendir. Soranus yünden yapılmış, yağ ve zambak emdirilmiş bir tür serviks tıkacı kullanılmasını önermiştir. Ayrıca, gebe kalmanın menstrüel siklusun bazı dönemleri ile ilgili olabileceğini söyleyerek ilk kez takvim yönteminden söz etmiştir (Ataç ve Gülsoy 2004, Walle 2005, Özlece 2006).

Aşırı doğurganlığı önleme düşüncesinin dünya çapında yaygınlaşması 1970 yıllarına rastlarsa da, bu daha çok üst düzey sosyal sınıfların üzerinde durdukları bir konudur. Doğurganlığı önlemenin halk hareketi haline gelmesi 19. yüzyılda ve batının endüstri çağına giren ülkelerinde olmuştur. Thomas Malthus'un 1824 yılında "Nüfus Üzerine Bir Görüş" adlı yayınında, "gıda üretiminin aritmetik diziyle, buna karşın nüfusun geometrik diziyle çoğaldığını" söyleyerek, bu gidişe son verilmediği takdirde, dünyayı açlık ve felaketlerin beklediğini savunmuştur. Aynı tarihlerde Richard Carlie doğum kontrol yöntemleri hakkında kitap yayınlamıştır. Bu fikirler Avrupa'da kabul görmüş ve Hollanda'da ilk 'Aile Planlaması Kliniği' açılmıştır (Walle 2005, Şafak 2006, Özaydın 2003). Halka gebeliği önleme yöntemlerinin öğretilmesini ilk olarak savunan kişi bir İngiliz papazı olan Jeremy Bentham'dır. Bentham'ın etkisinde kalan ve bir işçi olan Francis Place, doğum kontrolü konusunda bir kampanya açmış ve 1832'de doğum kontrolünü savunan bildiriler dağıtmıştır (Metinoğlu 1999, Walle 2005, Şafak 2006, Neuse 2006).

Amerika Birleşik Devletleri'nde doğurganlığın kontrolünün geliştirilip yaygınlaştırılması zor olduğu için öncülüğü Charles Knowlton adlı hekim yapmıştır. 19. yüzyılda yaşayan Knowlton gebeliğin önlenmesi ile ilgili yazdığı bir kitaptan dolayı, ahlaka aykırı yayın yaptığı gerekçesiyle tutuklanmıştır. Aile planlaması kliniği açan hemşire Margaret Sanger, 1916 yılında bu olaydan dolayı hapse mahkum edilmiştir. Mısırlılar'ın cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için kullandıkları penis koruyucuları, 1564'de Gabriella Follopius tarafından İtalya'da kondom ya da başka bir isimle kaput gebelikten korunma yöntemi olarak kullanılmıştır. Bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılan diyafram ise 1882'de Wilhelm Mensinga tarafından bulunmuştur (Harvey 1999, Walle 2005, Özlece 2006).

Diğer yandan, 1920'lerde Japonya'da Ogino, Avusturalya'da Knaus, fizyoloji bilgilerine dayalı olarak günümüzde kullanılan takvim yönteminin temelini atmışlardır. Modern yöntemlerden biri olan Rahim İçi Araç da ilk olarak 1909'da Almanya'da Richard Richter tarafından yapılmıştır. Bu aracın evrensel çapta rağbet görmesi ise 1962 yılında New York'da yapılan bir toplantı sonrasında olmuştur (Walle 2005, Özlece 2006, Ling 2007).

Hormonal steroid haplarının tarihi oldukça yenidir ve 1934'de saf progesteronun elde edilmesinden sonra mümkün olabilmektedir. Bu ilaçların sentezi ilk kez 1952'de Colton tarafından yapılmıştır. Hormonal steroidlerin insanlardaki ilk uygulamaları ise 1956–1958 yıllarında Garcia, Pincus ve Rock tarafından yapılmış ve kontraseptif olarak kullanılabileceği bildirilmiştir (Özlece 2006, Ling 2007).

1.3.2. Türkiye'de Aile Planlamasının Tarihçesi

Türkiye'de nüfus sorununu ulusal bir politika olarak ilk ele alan ve pronatalist (nüfus artışını teşvik edici) politika izleyen kişi Mustafa Kemal Atatürk'tür. Savaşlar ve hastalıklar nedeni ile ölüm oranının yüksek olması, pronatalist bir politika izlemeyi zorunlu kılmıştır (Kırımlıoğlu 1996, Mumcu 2004).

Pronatalist politikanın uygulanması ile 1950–1960 yıllarında nüfus %22 oranında artış göstermiştir. Bu hızlı nüfus artışı, isteyerek yapılan düşüklerin ve anne-bebek ölümlerinin artışını da beraberinde getirmiştir. Bu durumla ilgili olarak 1958 yılında Dr. Zekai Tahir Burak, nüfus artış hızını azaltıcı yönde tedbirler alınması gerektiğini Sağlık Bakanlığı'na bildirmiştir (Özberk 2003, Şafak 2006).

Nüfus artışının 1950–1960 yılları arasında giderek artması, anne çocuk sağlığı ile birlikte ülkenin sosyo-ekonomik durumunu da tehlikeye sokmuştur (Mumcu 2004, Apay 2004). Böylece Sağlık Bakanlığı bu yöndeki çalışmaları Devlet Planlama Teşkilatı ile birlikte yürütmüş ve bunun sonucunda 1962 yılında Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planı'nda, hükümetlerin nüfus artışını azaltıcı önlemler alması

TBMM tarafından kabul edilmiştir. Böylece TBMM tarafından 01.04.1965 tarihinde 557 sayılı Nüfus Planlama Kanunu uygulamaya konulmuştur. Daha sonra değişen koşullar ve halkın talebi göz önüne alınarak 557 sayılı kanunun yaklaşık 20 yıllık uygulaması sonucunda, hizmetlerin daha etkin verilebilmesi için, yasanın yeniden düzenlenmesi yapılmıştır. Böylece 24.05.1983'te 2827 sayılı “Nüfus Planlama Hakkında Kanun” uygulamaya konulmuştur (Sağlık Bakanlığı 1983).

Üreme sağlığını ilgilendiren konular 1990'lara kadar, geleneksel olarak doğurganlıkla ilişkilendirilmiş ve kadına odaklanılarak genellikle Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması'ndan söz edilmiştir. Yıllar içerisinde bu geleneksel bakış açısı değişmeye başlamış ve 1994 yılında Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında (UNKK- International Conference on Population and Development- ICPD 1994) “Üreme Sağlığı” kavramı dile getirilmiştir. Üreme Sağlığı hizmetleri, üreme sağlığına ilişkin sorunların önlenmesi ve çözülmesi yoluyla üreme sağlığı ve sağlıklı yaşama katkıda bulunan yöntem, teknik ve hizmetlerin bütünü olarak tanımlanmıştır. Üreme Sağlığı'nın geleneksel Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması yaklaşımından temel iki farkı, tüm yaşam sürecinin göz önüne alınması yaklaşımı ve her iki cinsiyeti kapsamasıdır. Ayrıca zararlı geleneksel uygulamalar (genital mutilasyon gibi) adolesan cinselliği, istenmeyen gebelikler, sağlıksız düşükler, maternal morbidite ve mortalite, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), HIV/AIDS, genital yol enfeksiyonları (GYE), üreme organları malignansileri, prolapsuslar, cinsiyet temelli şiddetin ve üreme haklarının da üreme sağlığı kapsamında ele alınması gerektiği vurgulanmıştır (Özlece 2006, Varlık 2007, Taşkın 2007, Sidibe 2009).

Cinsel ve üreme sağlığını insan hakkı olarak gören UNKK Eylem Planının amacı, kadın sağlığının iyileştirilmesi ve güvenli anneliktir. Eylem Planında ülkelerin kendi ihtiyaçları doğrultusunda Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) düzeylerini geliştirmesi kararı alınmıştır. Bütün ülkelerin, 2015 yılından önce TSH kapsamında (AP ve cinsel sağlık dahil) tüm ÜS hizmetlerinin toplumda ihtiyacı olan herkese nitelikli olarak ulaşmasını sağlamaları hedef olarak belirlenmiştir (International Conference On Population and Development 1994). Bu ilkeler temel alınarak 1998 yılında Türkiye'de Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Planı (KS/AP-USP) hazırlanmıştır. Ayrıca Aralık 2001'de Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ve Avrupa Komisyonu (AK)

Türkiye Üreme Sağlığı Programı (TÜSP) Finans Anlaşmasını imzalamıştır (Özberk 2003, Özaydın 2003, Apay 2004, Akın ve Sevcen 2006). Bu doğrultuda antinatalist nüfus politikaları nüfus artış hızını azaltmayı amaçlamakta ve şu alanlarda çalışmaları yürütmektedir (Özberk 2003, Şafak 2006, Arşiv 2008);

- Ulusal düzeyde kontraseptif, kürtaj ve kısırlaştırma servislerinin yaygınlaştırılması,
- Çiftlerin az sayıda çocuk sahibi olması için ulusal düzeyde propaganda yürütülmesi,
- Az sayıda çocuk sahibi olmanın doğrudan ödüllendirilmesi veya dolaylı kanallardan teşvik edilmesi,
- Üst düzey yetki sahibi bireylerin (politikacılar, üst düzey devlet yetkilileri) belli bir zaman dilimi içinde belli bir nüfus büyüklüğüne ulaşma konusunda inançlı olması,
- Ulusal kalkınma planlarının hazırlanması ve doğurganlık politikalarının belirlenmesi süreçlerinin iç içe geçmesi.

1.3.3. Aile Planlamasının Amacı

Aile planlamasının amacı, çiftlere gebeliği önlemede etkili olan yöntemler hakkında bilgi vermek, aile planlaması ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunmak, çiftlerin seçtikleri yöntemleri sağlamak ve bu yöntemlerin uygulanmasına rehberlik etmektir (Çiftçioğlu 2006, Mumcu 2004, Özlece 2006). Ana çocuk sağlığının ayrılmaz bir bütünü olan aile planlaması çalışmaları, en etkin ve modern gebeliği önleyici yöntemler ile ilgili eğitim ve uygulamaların ülkenin en ücra köşelerine kadar ulaştırılmasını hedef alır. Aile planlaması hizmetleri, topluma ve ailelere etkin gebeliği önleyici yöntemler hakkında eğitim yapma, uygulama olanağını sağlamaktadır (Çiftçioğlu 2006, Mumcu 2004, Şahin 2005). Aile planlamasının diğer amaçları şöyle sıralanabilir (Metinoğlu 1999, Özberk 2003, Mumcu 2004, Çiftçioğlu 2006);

- Sık aralıklarla ve çok sayıda doğum yapma ve istenmeyen gebelikleri önlemek,

- Çok ve sık doğumları önlemek, gebelikler arasında yeterli zaman aralığı oluşturarak anne sağlığını korumak,
- Riskli gebelikleri engelleyerek kadın ve bebek sağlığının korunmasını ve anne ölümlerinin azaltılmasını sağlamak,
- Annenin doğum için en uygun yaşta olmasını sağlayarak, annenin fiziksel ve ruhsal sağlığını korumak,
- Fetüs, bebek ve çocuk sağlığı düzeyini yükseltmek, istenmeyen gebeliklerin önüne geçerek istenenleri sağlıklı sona erdirmek,
- Cinsel yaşamın sağlıklı sürdürülmesini sağlamak, infertil çiftlerin çocuk sahibi olmalarına yardımcı olmaktır.

1.3.4. Aile Planlamasının Kadın, Çocuk ve Toplum İçin Yararları

Aile planlamasını kadın, çocuk ve toplum için çok sayıda yararları bulunmaktadır. Bunlar (Apay 2004, Akın ve Sevincan 2006, Türk 2006, Oltuluoğlu 2008);

- Aile planlaması çiftlerin gebelikleri arasındaki süreyi özgürce ve bilinçli olarak planlamalarını sağlar,
- Gelişmekte olan ülkelerde tüm anne ölümlerinin yarısını oluşturduğu tahmin edilen düşüklerin önlenmesini sağlar,
- İleri annelik yaşında ve çok sayıda gebelikten kaynaklanan anne ölümlerinin azaltılmasını sağlamaktadır,
- Aile planlaması merkezlerinin kurulması ve verilen hizmetlerin geliştirilmesi sonucunda yüksek riskli gebelik nedeniyle oluşan hastalıkların belirlenmesini sağlamaktadır,
- Aile planlaması hizmetleri anemi ve buna bağlı gelişen hastalıkları, zor ve güç doğuma bağlı gelişen komplikasyonları, annenin tükenme sendromunu, gebeliğe bağlı hipertansiyon ve diyabet ile jinekolojik yakınmaları önleyebilir,
- Çok genç veya çok ileri yaşta çocuk sahibi olmayı azaltır,
- Aile planlaması ile kadının ileri yaş gebelikleri engelleneceğinden bebeklerde görülen konjenital anomaliler azalır, prematür ve gelişme geriliği ile düşük doğum ağırlıklı bebek doğumları insidansı düşer, bebek ölümleri azalır,

- Gebelik aralığı uzadığı için doğum sayıları azalır ve sağlıklı doğan bebek sayısı artar, bebeklerin yeterli süre anne sütü ile beslenmesi sonucu çocuklarda beslenme bozuklukları ve enfeksiyon hastalıkları azalır, zeka düzeyini gelişmesine katkı oluşturur,
- Aile çocuklarına yeterince ilgi, sevgi ve şefkat gösterebileceği için çocukların ruhsal yönden daha sağlıklı gelişmesini ve çocukların eğitim olanaklarından daha çok yararlanmalarını sağlar,
- Toplumda aile planlaması yöntemlerinin yaygın olarak kullanılması, hızlı nüfus artışını engelleyerek ülke nüfusunun dengeli ve planlı bir şekilde artmasını sağlar,
- Aile planlaması, planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerden ve bu gebelikler sonucunda doğan çocuklardan kaynaklanan masrafları engelleyerek ekonomik katkı oluşturur ve toplumun yaşam kalitesini yükselir,
- Aile planlaması, bedensel ve ruhsal olarak sağlıklı anne sayısı ve sağlıklı çocuk sayısını artırır,
- Hızlı nüfus artışının, ekonomik gelişme, beslenme, konut durumu, eğitim ve çevre koşullarına olumsuz etkilerini azaltır.

Aile planlamasının gebeliği önleme dışında da yararları bulunmaktadır. Bunlar (Türk 2006, Oltuluoğlu 2008, World Health Organization 2008);

- ✓ Çiftlerin güvenli cinsel ilişki yaşamalarını sağlar,
- ✓ Kondom gibi yöntemlerle cinsel yolla bulaşan hastalıkları önler,
- ✓ Gebelik sayısını, anne ve bebeğe ilişkin sağlık sorunlarını ve ölüm oranlarını azaltarak ekonomik açıdan güçlenmeyi sağlar,
- ✓ Annenin kaybı diğer aile üyeleri üzerinde psikolojik ve fiziksel hasarlara neden olabilmektedir. Bu açıdan etkili aile planlaması yöntemleri ile anne kaybının önlenmesi, aile ortamının sağlıklı olarak sürdürülmesini sağlamaktadır.

1.3.5. Türkiye’de Aile Planlamasının Durumu

TNSA–2008 verilerine göre ülkemizde evli kadınların neredeyse tamamı en az bir aile planlaması yöntemini ve bir modern aile planlaması yöntemini bildiklerini ifade etmişlerdir. Diğer yandan evli kadınların %46,0’sı modern ve % 27,1’i de geleneksel yöntem olmak üzere toplam %73,1’i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça modern yöntem kullanma oranı da artmaktadır. Modern yöntemler arasında en fazla kullanılan yöntemler RİA %16,9, kondom %14,3’dür. En çok kullanılan geleneksel yöntem ise %26,3 ile geri çekme yöntemidir (Tezcan 2009).

Ülkemizin doğu bölgesinde yapılan bir araştırmada, yaş ortalaması 31,8 olan 342 kadının kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin eğitim düzeyine göre sınıflandırılması yapılmıştır. İlköğretim mezunu kadınların %41,9’unun geri çekme, %33,8’inin RİA, %11,5’inin kondom, %4,1’inin hap, %1,3’ünün tüpligasyon olduğu ve %7,4’ünün diğer yöntemleri kullandığı belirtilmiştir (Sağgöz ve ark 1999). Yine bu çalışmada ortaöğretim mezunu olan kadınların %39,2’sinin geri çekme, %35,9’unun RİA, %11,8’inin kondom, %5,2’sinin hap, %3,3’ünün tüpligasyon ve %4,6’sının diğer yöntemleri kullandığı bildirilmektedir. Yüksek öğrenim mezunu kadınların ise %26,8’inin geri çekme, %17,1’inin RİA, %22’sinin kondom, %17,1’inin hap, %2,4’ünün tüpligasyon olduğu ve %14,6’sının diğer yöntemleri kullandığı rapor edilmiştir (Sağgöz ve ark 1999). Doğu bölgesinde 117 kadın ile yapılan başka bir çalışmada ise, kadınların %35’inin aile planlaması yöntemlerini bilmediği, %6,9’unun geleneksel yöntemleri bildiği, %37,6’sının modern yöntemleri bildiği ve %20,5’inin hem modern hem de geleneksel yöntemleri bildiği ifade edilmektedir (Kabalcıoğlu ve ark 2004). Aynı çalışmada kadınların %51,3’ünün hiçbir yöntem kullanmadığı ve %51’inin planlanmamış gebelik yaşadığı bildirilmiştir. Sak ve arkadaşlarının (2008) doğu bölgesinde yaş ortalaması 29,7 olan kadınlar ile yaptıkları araştırmada ise, kadınların %42,1’inin geri çekme yöntemi, %19,1’inin RİA, %15,8’inin hap, %13,2’sinin kondom kullandığı ve %7,2’sinin tüpligasyon olduğu rapor edilmiştir

Babadağlı ve Şahin (2001)’in aile planlaması yöntemlerinin kullanılması ile ilgili 200 kadının katıldığı çalışmalarında, kadınların 152’sinin aile planlaması ile ilgili danışmanlık almadığı bildirilmiştir. Yine bu araştırmada, en çok kullanılan aile

planlaması yöntemlerinin RİA, kondom ve oral kontraseptifler olduğu belirtilmektedir. Samsun il merkezinde ebeler üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise ebelerin çocuk isteme (%41,8) ve eşinin istememesi (%27,9) nedenleri ile kondom kullanmayı bıraktıkları rapor edilmiştir. Yine bu çalışmada ebelerin gebe kalma isteği (% 57,9) yan etkilerinin görülmesi (%23,7) nedeniyle RİA kullanmayı bıraktıkları ve %15,8'inin RİA kullanırken gebe kaldıkları bildirilmiştir (Dündar ve ark 2004).

Odimegwu (1999)'nun Nijerya'da 552 kadın ve 355 erkek ile yaptığı çalışmada, kadınların %73,6'sının herhangi bir yöntem bildiğini ve bunların %70,3'ünün modern ve %44,4'ünün geleneksel yöntemler olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada kadınların %50,4'ünün herhangi bir yöntem kullandığı ve bu yöntemlerin %36,8'inin modern yöntem, %35,9'unun geleneksel yöntem olduğu bildirilmiştir.

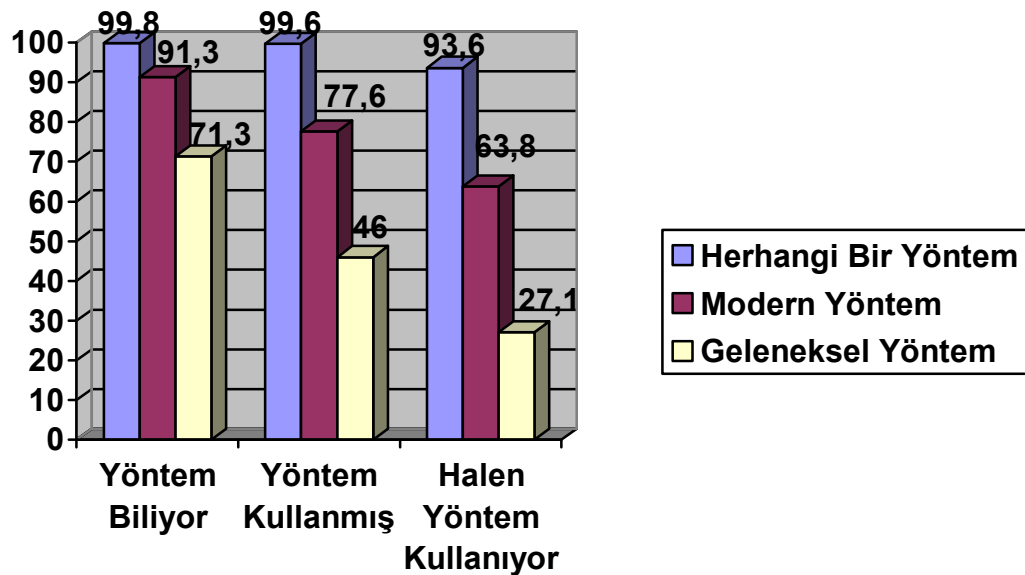
TNSA–2008 verilerine göre, gebeliği önleyici yöntem kullanımı kadının yaşına göre değişiklik göstermektedir. Herhangi bir yöntem kullanımı 15–19 adölesan yaş grubundaki evli kadınlar arasında en düşük düzeyde iken (%44), 30–34 yaş grubunda %81'e kadar yükselirken, 45–49 yaş grubunda %50'ye düşmektedir. Yine TNSA–2008 verilerine göre kentte her hangi bir yöntem kullanma oranı %74,3, her hangi bir modern yöntem kullanma oranı %47,8 iken, kırsal kesimde her hangi bir yöntem kullanma oranı %68,9, herhangi bir modern yöntem kullanma oranı %40,3'dür. TNSA1988 ve TNSA 2008 verileri karşılaştırıldığında herhangi bir yöntem kullanma oranı %63,4 ten %73,1'e, herhangi bir modern yöntem kullanma oranı %31'den %46,0'a yükseldiği bildirilmektedir (Tezcan 2009)

TNSA 2003 verilerine göre 15–19 yaş grubundaki kadınların %3,4'ü 20–24 yaş grubundaki kadınların %5,6'sı isteyerek düşük yapmışlardır. TNSA 2003 verilerine göre 15–19 yaş grubundaki kadınların %8'i doğurganlık davranışına başlamaktadır. Anne olma adölesan dönemde yaşla birlikte hızla artmakta ve 16 yaşında % 1,17, 18 yaşında %8 ve 19 yaşında % 7'ye kadar yükselmektedir. Genç yaştaki anneler çocukları diğer yaş gruplarındaki annelere oranla daha yüksek risklere sahiptirler (Ünalan ve Yavuz 2004).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA–2008) sonuçlarında, ailelerin %58,7’si başka çocuk istememekte ve %14,3’ü bir sonraki gebeliklerini en az iki yıl geciktirmek istemektedir. Buna rağmen ailelerin %46,0’ı modern aile planlaması yöntemi kullanmaktadır (Tezcan 2009). TNSA 2003 verilerine göre toplam aile planlaması talebinin %76 olduğu ve bu talebin %92’sinin karşılandığı bildirilmiştir. Doğurganlığı sonlandırma talebi doğumların aralarını açma talebinden 3 kat daha fazladır (Ünal ve Yavuz 2004).

TNSA 2008 verilerine göre yöntem bilen kadınların %99,8’i herhangi bir yöntemi, %99,6’sı modern yöntemleri, %93,6’sı geleneksel yöntemleri bildiği belirlenmiştir. Yöntem kullanmış olan kadınların %91,3’ü herhangi bir yöntemi bilirken %77,6’sı modern yöntemleri, %63,8’i geleneksel yöntemleri bilmektedir. Halen yöntem kullanan kadınların ise, %71,3’ü herhangi bir yöntemi bilirken, %46’sı modern yöntemleri, %27,1’i geleneksel yöntemleri bildiği ortaya çıkmıştır (Tezcan 2009) (Grafik 1).

Grafik 1. TNSA–2008 verilerine göre 15–49 yaş grubu evli kadınların gebeliği önleyici yöntemleri duyma ve kullanma durumları



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

TNSA–2008 de evli kadınların modern yöntemler içinde en çok duydukları beş yöntemin sırası ile RİA (%98), hap (%98), kondom (%92,3), tüpligasyon (%91,6), enjeksiyonlar (%84,9) olduğu rapor edilmiştir Kadınların geleneksel yöntemler içinde en çok duydukları ise, geri çekme yöntemi (%92,4), takvim yöntemi (%42,9) ve diğer yöntemler (%8,3) olduğu belirtilmiştir. Yine bu çalışmada evli kadınların modern yöntemlerden kondom (%43,6), RİA (%40,7) ve hapi (%34,3); geleneksel yöntemlerden ise geri çekme (%66,8) ve takvim yöntemini (%7,3) en az bir kez kullandıkları bildirilmektedir. Halen evli kadınların %16,9 ‘unun RİA kullandığı, %14,3’ünün kondom kullandığı, %8,3’ünün tüpligasyon olduğu, %5,3’ünün hap kullandığı rapor edilmiştir. Geleneksel yöntemler içinde ise ilk sırayı alan yöntem, %26,3 ile geri çekme yöntemi olmuştur (Tezcan 2009).

TNSA–2003’de herhangi bir yöntem kullanan kadınların oranı %71 iken TNSA–2008’de bu oran %73,1’e yükselmiştir. TNSA–2003 ve 2008 verileri karşılaştırıldığında modern yöntemleri kullanan kadınların %3,5 oranında arttığı ve geleneksel yöntemleri kullananların %1,4 oranında kullanımında azaldığı bildirilmektedir (Ünal ve ark 2004, Tezcan 2009).

1.3.6. Ülkemizde Aile Planlaması Yöntemlerinin Yeterli Düzeyde Kullanılmama Nedenleri

Ülkemizde aile planlaması yöntemlerinin yeterli düzeyde kullanımını etkileyen çok sayıda etken bulunmaktadır. Bu etkenlerin başında, sağlık hizmetinin sunumundaki yetersizlikler gösterilmektedir. Hizmetlerin sunumundaki yetersizliğin temel nedenleri olarak ise, sağlık personelinin yetersizliği, örgütlenme hataları ve ülkenin mali gücünün yetersizliği gösterilmektedir (Tezcan 2009). İlhan ve ark (2002)’nin yaptığı çalışmada, kadınların aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri arasında gebe olmaları, emzirme döneminde olmaları, çocuk istiyor olmaları, eşlerinin yöntem kullanmasına karşı olması, çocuğunun olmaması gösterilmiştir. Kaya ve ark (2008)’nin yaptığı başka bir çalışmada ise, İlhan ve ark (2002)’nin çalışmalarının sonuçlarına ek olarak, kocasının yanında olmaması ve yöntem kullanmasının sağlığına zararlı olacağını düşünmesi nedeni ile aile planlaması yöntemi kullanmadıkları belirtilmektedir. Şahin ve ark (2002)’nin Van

ili bölgesinde yaptıkları çalışmada da aile planlaması yöntemlerinin kullanılmama nedenleri;

- Aile büyüklerinin istememesi,
- Kısırlık yapması,
- Kanama yapması,
- Kasık ağrısı yapması,
- Kanser yapması,
- Günah olması olarak bildirilmiştir.

1.3.7. Aile Planlaması Hizmetlerinden Yararlanmayı Engelleyen Faktörler

Dünya’da ve ülkemizde nüfus planlaması ve aile planlaması hizmetlerinin etkili bir biçimde yürütülmesini olumsuz etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar (Öztürk 2000, Varlık 2007, World Health Organization 2008);

❖ Hizmetin yürütülmesi ile ilgili engeller:

- Aile planlaması hizmetini yürüten sağlık kuruluşlarının herkesin ulaşabileceği yerde ve sayıda olmaması,
- Bu hizmeti yürüten sağlık personelinin nicelik ve nitelik bakımından yetersiz olması,
- Aile planlaması hizmetlerinin, ana ve çocuk sağlığı açısından, bilimsel olarak değerlendirilmemesi,
- Aile planlaması hizmetlerinin plan ve programların yapılmasında değerlendirme sonuçlarından yararlanılması,
- Haberleşme ve ulaşımındaki güçlüklerdir.

❖ Eğitimle ilgili engeller:

- Aile planlaması ile ilgili sağlık personelinin aile planlaması hizmetlerini yürütebilecek nitelikte yetiştirilmemesi,
- Toplumun aile planlaması konusunda yeterince motive edilememesi,
- Toplumun sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olması,

- Aile planlaması hizmetlerinde görev yapan sağlık personelinin hizmet içi eğitimden geçirilmemesidir.

❖ *Toplumdan kaynaklanan engeller:*

- Tarıma dayalı bir toplum olması,
- Sosyal güvenlik kanunlarının gelişmemiş olması,
- Geniş aile ve ataerkil aile yapısı,
- “Daha fazla insan ülkeyi güçlü kılar” düşüncesi,
- “Daha fazla nüfus askeri ve siyasi gücü artırır” düşüncesi,
- “Sadece sosyo-ekonomik gücü yüksek olanların aile planlamasından yararlanacakları” düşüncesi,
- “Ülke topraklarının daha fazla insan besleyeceği” anlayışının olmasıdır.

1.3.8. Aile Planlamasının Dini Yönü

İslam dininde aile planlaması 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra tartışılmaya başlanmıştır. Genel olarak, bu zaman içinde aile planlamasının uygulanması konusunda ortaya çıkan ortak görüşler şunlardır (Hansa 2003) ;

- Doğum yaptığı takdirde annenin sağlığı tehlikeye düşecek ise,
- Kadın sık aralıklı doğumlara tahammül edemeyecek ise,
- Kadın çocuklarına geçebilecek bulaşıcı hastalık sahibi ise,
- Süt emzirmekte olan bir kadının hamilelikten korunamayacak ise,
- Anne ve baba çocuklarını koruyamamaktan ve ihtiyaçlarını karşılayamamaktan endişe ediyorsa, aile planlaması yöntemlerine başvurmada sakınca yoktur.

Nüfus planlamasının tartışılması ile 1980’li yıllarda TBMM Sağlık komisyonu bu konuda Diyanet İşleri Başkanlığı’ndan görüş istemiştir. Sağlık Bakanlığı’na verilen cevabın sonuç bölümü şöyledir (Mumcu 2004, Demir 2007, Yazar 2007);

- Toplumun temeli ailedir. Ailelerin devamını çocuk sağlar. Dinimiz prensip olarak evlenmeyi ve çoğalmayı teşvik etmiştir. Meşru mazeret olmadan gebeliğin ve doğumun önlenmesi uygun değildir.
- Çocuk, aileye ve topluma Allah'ın emanetidir. Bu itibarla her aile ancak bakıp yetiştirebileceği kadar çocuk edinmelidir.
- Çeşitli nedenlerle çocuk istemediği durumlarda, eşlerin ortak istekleri ile gebeliği önleyecek tedbirlerin alınması caizdir. Doğum yapma, çocuk sayısının sınırlandırılması, iki doğum arasındaki sürenin ayarlanması kısırlığın tedavi ettirilmesi gibi konularda karı-kocanın ortak isteğine göre, meşru ve emin çarelere başvurulması caizdir. Ancak sağlığa zararlı ve devamlı kısırlığa yol açan ilaç ve aletlerin kullanılması caiz görülmemiştir.
- Dinen meşru bir mazeret olmadıkça çocuk düşürmek veya aldırma haram ve cinayet hükmündedir. Çocuk düşürmek veya aldırma, gebeliği önleyici tedbirlerden değildir.

1.3.9. Türkiye’de Kadının Statüsü ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ile İlişkisi

Kadınların statüsünü yükseltmek üzere sürdürülen mücadeleler, Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konsey çatısı altında 1946 yılında oluşturulan Kadının Statüsü Komisyonu’nun öncülüğünde farklı bir önem ve resmiyet kazanmıştır. Kadının yaşamda yeri ve önemi ve kadın adına oluşturulabilecek yenilenme ve değişme uygulamaları Birleşmiş Milletler Dünya Kadın Konferansları ile 1975 yılından bugüne tartışılmış ve geliştirilmiştir (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2003, Şahin ve Bulduk 2004, Taşkın 2004,).

Birleşmiş Milletler Birinci Dünya Kadın Konferansı, 1975 yılında Meksika’da düzenlenmiş ve bu konferans sonrasında 1975–1985 yılları arası kadının 10 yılı olarak ilan edilmiştir. Eşitlik, kalkınma ve barış hedeflerine ulaşmayı amaçlayan kadının on yılının ana teması istihdam, sağlık ve eğitim olarak belirlenmiştir. Bu dönemde tüm dünyada kadına ilişkin konulara dikkat çekilmiş ve birçok aktivite başlatılmıştır. Birleşmiş Milletler İkinci Dünya Kadın Konferansı; 1980 yılında Kopenhag’da, on yıllık dönemin ilk yarısını değerlendirmek amacı ile toplanmış ve kadınların durumunu

iyileştirmek için alınacak önlemleri belirleyecek hareket planı kabul edilmiştir (Şahin ve Bulduk 2004, Taşkın 2004, Mosher 2004, <http://www.gadnetwork.org.uk/pdfs> 2005).

Birleşmiş Milletler Üçüncü Dünya Kadın Konferansı; 1985 yılında Nairobi’de Türkiye dahil 157 ülkenin katılımı ile gerçekleşmiştir. Bu konferansta kadınların ekonomik sosyal yaşam programlarının dışında bırakıldıkları ve sonuçta gelişme sürecinin yararlarından daha az pay aldıkları vurgulanmıştır. Konferans sonunda “2000’li yıllara yaklaşırken kadınların ilerlemesi için Nairobi ileriye dönük temel stratejileri” kabul edilmiştir. Bu stratejiler yasal, sosyal ve siyasal katılımı eşitlik olarak üç temel alanda geliştirilmiş ve kadınların bu alanlara eşit katılımının sağlanması ile topluma daha fazla katkı sağlayacakları kabul edilmiştir. Bu toplantıda benimsenen “Toplumsal Gelişimde Kadın” (WID- Women in Development) yaklaşımı tüm dünyadaki kadınlara fertilité hızında düşme, maternal mortalitede azalma ve okuryazarlık oranında yükselme gibi önemli kazanımlar sağlamıştır (Şahin 2003, Timisi 2003, Taşkın 2004).

Birleşmiş Milletler Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, 1995 yılında Pekin’de 189 ülke temsilcisinin katılımı ile toplanmıştır. Konferansın sonunda Pekin Deklerasyonu ve Eylem Platformu isimli iki belge kabul edilmiştir. Türkiye her iki belgeyi de kabul etmiştir. Bu toplantıda kadının güçlendirilmesinde “Toplumsal Cinsiyet ve Gelişim Yaklaşımı” (GAD; Gender and Development) benimsenmiştir. Toplumsal cinsiyet kavramı, “sosyal yönden kadın ve erkeğe değişik kültürlerde verilen roller” olarak tanımlanmaktadır. Eylem Planında, kadının güçlendirilmesine yönelik hedefler tanımlanmış ve kadının tüm toplumsal alanlara eşit katılımındaki engellerin ortadan kaldırılması için onun ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasal karar alma mekanizmalarında yer alması öngörülmüştür (Şahin 2003, Taşkın 2004).

Dünyada ‘Kadınlara karşı her türlü ayrımcılığın kaldırılması sözleşmesi’ (CEDAW) Türkiye’de 1985 yılında imzalanmış ve 1986 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşmenin amacı, kadınlara yönelik cinsiyet ayrımcılığını ortadan kaldırmak, kadının insan haklarını korumak, eşitliği sadece kanun önünde değil, hayatın içinde de sağlamaktır (Eroğlu 2004, Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu 2007).

Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından tamamlanmış kadınlar ile ilgili projeler ve araştırmalar bulunmaktadır. Bunlar, Kadın İstihdamının Geliştirilmesi Projesi, Birleşmiş Milletler Kadının Kalkınmaya Katılımını Güçlendirme Ulusal Programı Projesi, Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Geliştirilmesi Eşleştirme Projesi, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi, Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması adı altında birçok projeler ve araştırmalar yapılmıştır (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2009).

Türkiye’de kadın ve erkek arasındaki eşitsizliğin temel nedeni ataerkil aile düzeninin sürdürülmesi amacıyla kısıtlı ekonomik kaynakların erkekler lehine kullanılmasıdır. Kadın ve erkek arasındaki okur-yazarlık farkı cinsiyet eşitsizliğinin en belirgin göstergesidir (Erol ve ark 2003, Özberk 2003). Yıllar içerisinde, Türkiye’de okuryazarlık oranı sürekli olarak artmıştır. Bin dokuz yüz doksan yedi yılında %85,3 olan yetişkinler arasındaki okuryazarlık oranı 2006 yılında %88,1 olmuştur. Bu oran 1997 yılında kadınlar için %76,9 iken 2006 yılında %80,4 olmuştur. Erkekler için ise 2006 yılı için %96 civarındadır (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2009). İki bin yılı genel nüfus sayımı verilerine göre bölgelerdeki okuma-yazma bilmeyen kadınların oranı; Marmara bölgesinde %11,9, İç Anadolu bölgesinde %15,0, Ege bölgesinde %15,8, Akdeniz bölgesinde %18,0, Karadeniz bölgesinde %21,5, Doğu Anadolu bölgesinde %34,1 ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde %39,8 olarak bildirilmiştir (<http://www.umut.org.tr/public/printpage.aspx?id=17956> 2009)

TNSA 2003 verilerine göre ortalama ilk evlenme yaşı, 25–49 yaş grubu kadınlar arasında 20’dir. İlk evlenme yaşı, yerleşim yeri, bölge ve eğitim düzeyine göre farklılık göstermekte; ancak ülke genelinde giderek yükselmektedir. İlk evlenme yaşının yükselmesi, doğurganlığın düşüşüne ve anne-bebek ölümlerinin azalmasına neden olabilir. İlk evlenme yaşının yükselmesinde en temel etkileyici faktör ise kadının öğrenim düzeyidir, kadının öğrenim düzeyi arttıkça ilk evlenme yaşı da yükselmektedir (Ergöçmen ve Eryurt 2003).

Eğitim almamış kadınların, üreme fizyolojisi ya da bunun nasıl değiştirilebileceğini anlayamaması ve gebeliği kendisinin temel görevi ve kaderi olarak kabul etmesi kaçınılmazdır. Bu da gebelikte ve doğum esnasında anne ölümlerini beraberinde

getirecek riskli uygulamalara maruz kalmalarına neden olacaktır (Atasü ve Şahmay 2002, Akyürek ve ark 2006). Anne ölümlerinin sıklığının belirlenmesi, yalnızca kadınların gebelik, doğum ve lohusalık sırasında sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğini ve kullanımını değil, aynı zamanda kadınların genel sağlık durumunu, beslenme durumunu, üreme sağlığı hizmetlerine ulaşımını, kaynaklara ulaşımını, eğitimini, sosyal ve ekonomik statüsünü de ölçmekte kullanılmaktadır. Anne ölümlerinin sıklığı en basit şekli ile kadının toplum içerisindeki statüsünün en önde gelen ve dikkat çeken göstergesidir (Madenoglu ve Ayanoglu 2005).

Anne ölümünün sosyal nedenleri sorgulanırken sorulması gereken en önemli soru, kadınların neden çok çocuk sahibi olduğu ve sık aralarla doğurduğudur. Birçok ataerkil toplumda kadının sosyal bir statü kazanmasının ve kişisel başarıya ulaşmasının tek yolu anne olmaktır. Kadına uygun görülen bu tek rol daha doğumundan itibaren kız çocuğunun tüm sosyal imkanlarının önünü kesmektedir. Kız çocuklarından beklenen babasına bağımlı bir yaşamdan kocasına bağımlı bir yaşam biçimine geçmesidir. Bazı toplumlarda, kadının çok çocuk doğurması kocasının cinsel gücünü ispatladığı için toplum içinde statüsünü arttırmaktır. Toplumun değer yargıları, kadının kendi sağlığının ve gerçek isteklerinin önüne geçmektedir (Türk 2006, Tözün 2007).

Kadınların eğitilmesi doğurganlığın düzenlenmesi, anne ve çocuk ölümlerinin önlenmesinde çok büyük rol oynamaktadır. Çünkü anne ve bebek ölümlerinin çoğu aşırı doğurganlık ve istenmeyen gebelikler sonucu meydana gelmektedir. Kontraseptif yöntem kullanma oranı eğitim düzeyi ile doğrusal bir ilişki göstermektedir (Haberal ve ark 2006, Tözün 2007).

Kadınların öğrenim düzeylerinin yükselmesi, daha iyi ve idari konumdaki işlere gelmeleri, evlenme yaşının yükselmesi, daha az çocuk doğurmaları ve artık kadın değil insan olarak haklarına sahip çıkmaları gelişmelerindeki en büyük adımlardır. Böylece özgürleşen ve güçlenen kadın, daha güzel bir dünyanın oluşmasına katkıda bulunabilir (Taşkın 2004, Tözün 2007).

1.3.10. Aile Planlaması Hizmetlerinin Kullanılmasında Tutumların Yeri

Bilimsel olarak incelenmesine 19. yüzyılda başlanan tutum, Latince bir kavram olup "harekete hazır" anlamına gelmektedir. Tutumun geleneksel tanımlarından her biri tutumun ne olduğuna ilişkin az da olsa farklı bir kavramlaştırmalar içermekte ya da tutumun farklı yönünü vurgulamaktadır (Diri 2007).

Tutum kavramı geçmişten bugüne kadar birçok kişi tarafından tanımlanmıştır. Türk Dil Kurumuna göre tutum, 'tutulan yol, davranış' olarak tanımlanmaktadır (Eren ve ark 1988). Allport (1967)'a göre tutum, yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün obje ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici ya da dinamik bir etkileme gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumudur. Doob (1967)'a göre, tutum, bireyin içinde yaşadığı toplumda önemli olduğu düşünülen örtülü ve güdüleyici bir tepkidir.

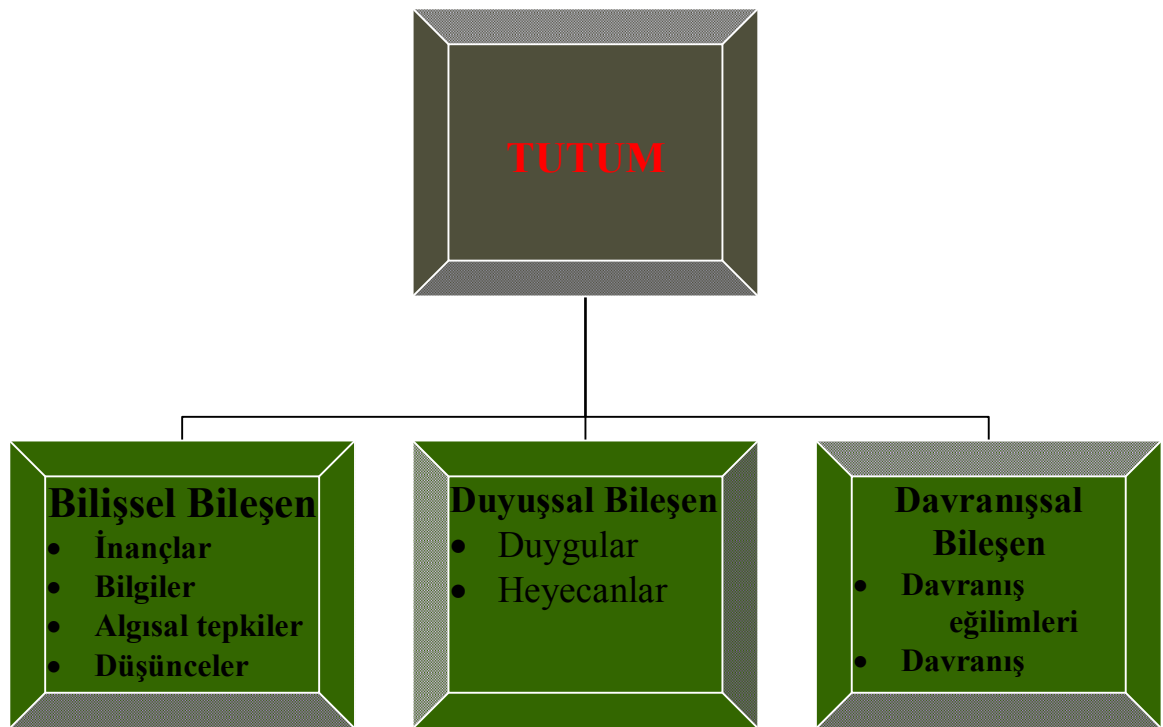
Tutumları oluşturan temel öğeler şunlardır (Koçyiğit 2002, Diri 2007);

- ✓ Tutumlar doğuştan gelmez, sonradan yaşanarak kazanılır. Birey toplumsallaşırken tutum kültürel olarak kazanılır. Tutumlar yaşantılar yoluyla öğrenilmiştir.
- ✓ Tutumlar geçici değildir, belli bir süre devamlılık gösterirler. Yani bireyler yaşamlarının belli dönemlerinde aynı düşünceye sahip olurlar.
- ✓ Kişisel tutumlar gibi toplumsal tutumlar da vardır. Toplumsal tutumlar, toplumsal değer, grup ve objelere yönelik tutumlardır.
- ✓ Bir objeye ilişkin olumlu ya da olumsuz bir tutumun oluşması, ancak o objenin başka objelerle karşılaştırılması sonucu mümkündür.
- ✓ Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara yol açabilirler.

Bireylerin tutumlarına ilişkin bilgi edinmenin en doğru yolu, onların davranışlarını incelemektir. Ancak bireyler tutumlarını her zaman davranışa dönüştürmezler. Bazı tutumları davranışa dönüştürseler bile, yine de bireyler gerçek tutumlarını gizleyebilirler (Örsal 2006).

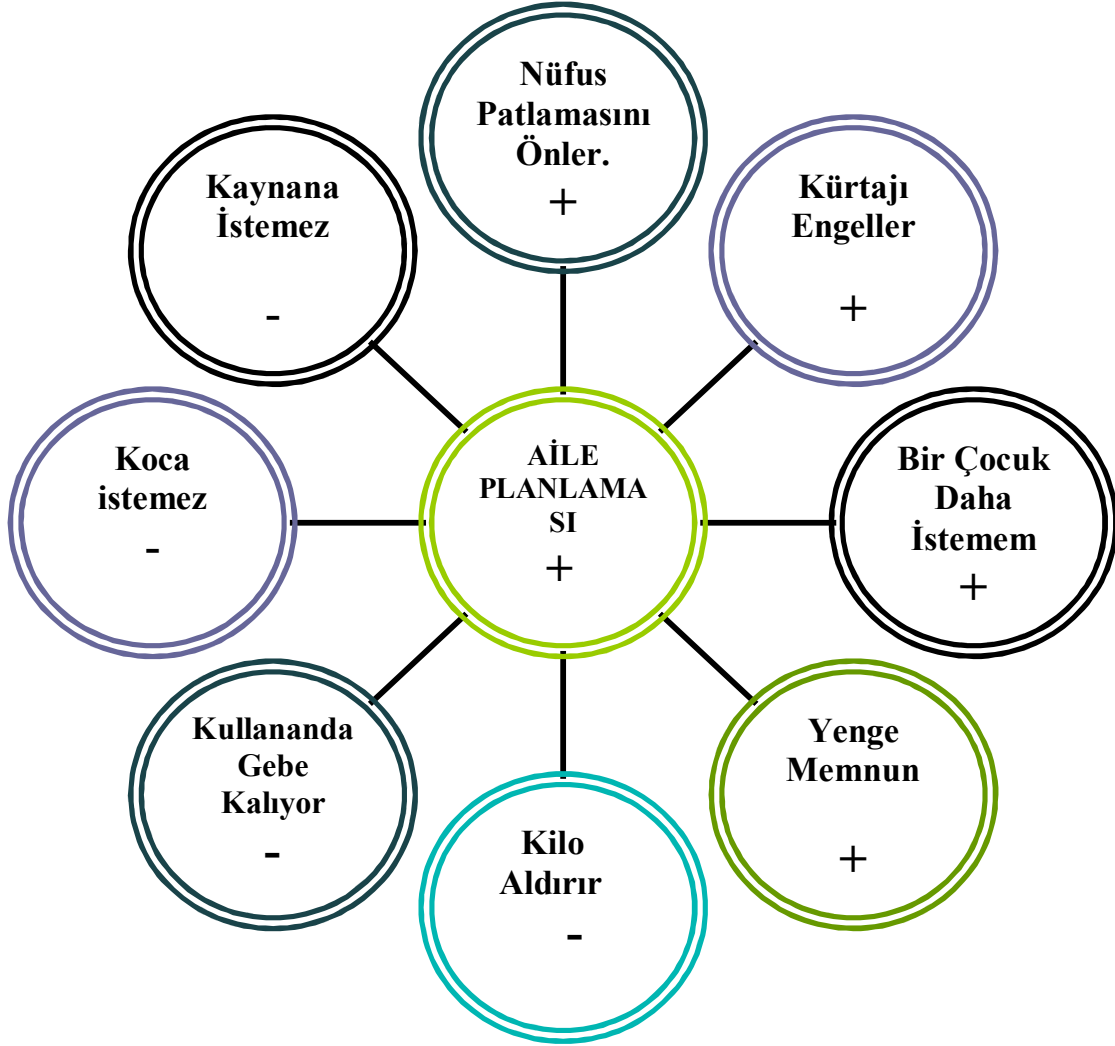
Tutumların bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olmak üzere üç bileşeni bulunmaktadır. Bilişsel bileşen kişinin tutum nesnesine ilişkin inançları, bilgileri, algısal tepkileri ve düşüncelerini oluşturur; duyuşsal bileşen duygu ve heyecansal tepkilerini içermektedir. Davranışsal bileşen ise davranışları ve davranış eğilimlerinden oluşmaktadır (Örsal 2006, Diri 2007). Bu bileşenler Şekil 1’de gösterilmiştir.

Şekil 1. Tutumun Bileşenleri



Bireylerin aile planlaması yöntemleri ile ilgili tutumlarının neler olduğunu belirleyebilmek için öncelikle kadınların düşünceleri, bilgileri ve inançları ile tutumlarının farklılıklarını belirlemek gerekir. Aile planlaması yöntemleri ile ilgili tutumun oluşabilmesi için, bireyin aile planlaması yöntemleri hakkında bir deneyim yaşaması gerekmektedir. Örneğin; bir kişinin aile planlamasına ilişkin bilişsel tutumunun şematik bir temsili Şekil 2’de görülmektedir.

Şekil 2. Hayali Olarak Bir Kişinin Aile Planlamasına İlişkin Bilişsel Tutumu



Kaynak: (Örsal Ö, (2006) *Ankara Belediye Sınırlar İçinde Yaşayan Bireylerin Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara)

Şekil 2 incelendiğinde; merkezde bireyin aile planlaması ile diğer bilgileri arasında nedensel bağ gösterilmiştir. Şekilde aile planlaması yöntemlerinin bağlantılı olduğu konular ile olumlu ya da olumsuz bir ilişkisinin olduğu görülmektedir. Kadının yengesinin aile planlaması yönteminden memnun olması, aile planlaması yöntemi kullanımının kürtajı engellemesi, kadının bir daha çocuk istememesi ve nüfus artışı önler görüşü ile aile planlamasının olumlu ilişkide olduğu görülmektedir (Örsal 2006).

Diğer yandan şekilde, aile planlaması yöntemleri kilo aldırabilir, kocası ve kaynanası aile planlaması yöntemlerini kabul etmez, aile planlaması yöntemi kullananlar arasında da gebe kalmış olan tanıdık kişiler vardır gibi olumsuz düşüncelerin aile planlaması ile negatif ilişkide olduğu görülmektedir. Görüldüğü gibi bireyler aile planlaması yöntemlerine karşı tutum oluştururken, çevresel faktörlerden ciddi bir şekilde etkilenmektedirler.

Bireylerin tutumları 20'li yaşlara kadar kesinleşmektedir. İnsanlar bu yaşa kadar farklı insanları taklit ederek birçok farklı tutumu öğrenirler (Örsal 2006). Örneğin, Longmore ve ark (2004)'nın anneler ve kızları ile yaptıkları çalışmalarında, kızların aile planlamasına bakışının annenin bakışına benzer olduğunu bildirmişleridir.

Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı konuları hassas olduğu için, anne ve babalar bu konuları çocuklarıyla konuşmamaktadırlar. Hangi kelimeleri kullanacaklarını, hangi yaşta hangi konuları konuşacaklarını veya çocuklarının sordukları sorulara nasıl tepki vereceklerini bilememektedirler. Bazen hangi cevabın doğru olduğunu bile ayırt edemeyebilirler. Bunun yanında, araştırmalar adolesanların ihtiyaç duydukları bilgileri ebeveynlerinden almayı tercih ettiklerini göstermektedir (GDSHM 2005). Bu doğrultuda ana-baba eğitiminde, çocuklarını yetiştirmede arzu edilen davranışları geliştirmeleri konusunda, ailelere rehber olunması, ana-baba ile çocuk ilişkilerinde tutum ve davranışların olumlu yönde değişmesinin sağlanmasına katkıda bulunulması gerekmektedir. Ayrıca ailelerin çocuk gelişimi ve eğitimi konusunda bilgilendirilmelerini sağlamak, her yaşın gelişim özelliğine göre çocuklarını tanımalarına yardımcı olmak, ana-babaları çocukları ile sağlıklı iletişim kurmanın önemi konusunda bilgilendirmek, çocukların davranış ve alışkanlıklarını değiştirme yollarını öğretmekte önemlidir (Çomaklı 2006, Karabey ve Müftüoğlu 2007).

Cinsellik ile ilgili birçok bakış açısı bulunmaktadır. Bunlar biyolojik bakış açısı, psikolojik bakış açısı ve sosyokültürel bakış açısı olmak üzere üçe ayrılır. Biyolojik bakış açısına göre, cinsellik temel bir içgüdüdür. Psikolojik bakış açısına göre, sağlıklı işleyen bir beden cinselliği sağlıklı bir şekilde yaşayabilmek için gerekli altyapıyı sağlar. Ancak, o cinselliğin nasıl yaşanacağını, kiminle yaşanacağını, ne zaman, nerede ve nasıl olacağını, nasıl uyarılıp nasıl doyuma ulaşılacağını belirleyen ise insan psikolojisidir.

İnsan psikolojisini oluşturan temel tutumlar, kişilik özellikleri, duygular, bilişsel işlevler, geçmiş yaşantılar, travmalar, öğrenilmiş davranış modelleri vb. durumlar cinselliğe yaklaşımımızı ve seçimlerimizi belirler. Sosyokültürel bakış açısına göre ise, cinsel tutum ve davranışlar kişilerin yetiştiği ve içinde yaşadığı aile, yakın çevre, alt kültür ve toplumsal yapı, gelenekler ile dini inanç ve ahlaki değerler tarafından belirlenmektedir. Cinselliğin yasaklandığı, rahatça konuşulamadığı, cinselliğe yönelik olumsuz tutumların sergilendiği tutucu aile ortamlarında yetişme gibi unsurlar bireylerin, cinsel sağlıklarını olumsuz etkileyebilir (Özgülnar ve Pektaş 2006, Şahin ve ark 2007, Yıldırım 2008).

1.3.11. Aile Planlaması Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü ve Danışmanlık

Toplumumuzda aile planlaması çalışmalarının başarısı iyi yetişmiş sağlık personelinin varlığına bağlıdır ve hemşireler bu konuda giderek daha aktif bir rol almaktadırlar. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin aile planlaması hizmetlerinde önemli mesleki rolleri ve sorumlulukları vardır. Hemşirelik rolleri; bakım eğitim, yönetim ve araştırma olmak üzere dört ana başlık altında toplanmaktadır. Hemşireler aile planlaması hizmetlerinde mesleki rollerine göre çeşitli hemşirelik tanımları koyar, uygular ve değerlendirirler. Aile planlaması hizmetleri içinde hemşirelerin en önemli görevi, 15–49 yaş fertil kadınların sağlığını korumak, anne-bebek ölüm hızını azaltmak ve aile planlaması hizmetlerinin etkinliğini arttırmaktır. Aile planlaması hizmeti veren hemşireler, hizmet verecekleri toplumun kültür yapısını tanımalı ve anlamalıdır. Hemşirenin cinsellik ve aile planlaması konusunda bilgi verme, eğitim yapma ve danışmanlık rolleri gereği, çiftlerin yöntem seçimine karar verme aşamasında, yöntemin cinsel yaşamlarına etkisini de göz önüne alması gerekmektedir. Böylece hemşireler çiftlerin doğru aile planlaması yöntemi seçmelerini ve seçtikleri yöntemi doğru kullanmalarına rehberlik edecek şekilde çiftlerin cinsel yaşamlarının kalitesini arttırmaya yardımcı olacaktır (Türkistanlı 1998, Metinoğlu 1999, Gabalcı 2008).

Kaliteli bir danışmanlık hizmetinin verilmesinde hemşirelerin uyması gereken bazı ilkeler bulunmaktadır. Bunlar (Kırımlıoğlu 1997, Türkistanlı 1998, Şafak 2006, Katırcı 2008);

- ✓ Hizmet alanlara iyi davranma, bireylerin haklarına ve kişiliğine saygı gösterme,
- ✓ Güçlü bir etkileşim-iletişim kurma, duyarlılıklarına göre yaklaşımda bulunma ve güvenini kazanma,
- ✓ Hizmet alanın gereksinimine uygun bilgi verme,
- ✓ Tüm aile planlaması yöntemlerini bilme, üreme organları, işlevleri ve cinsellik konularında bilgili olma,
- ✓ Bireyin ya da çiftin aile planlaması yöntemini seçmesindeki kültürel ve psikolojik özelliklerini anlayabilme,
- ✓ Hizmet alanın önyargısız seçtiği ve istediği yöntemi sağlama,
- ✓ Hizmet alanın anlamasına/ hatırlamasına yardım etmedir.

Danışmanlık yapma aile planlaması hizmetlerinin en önemli unsurudur. Danışmanlık hizmetlerinin kaliteli olması, davranış değişikliği oluşturacak, karar verecek ve bu kararı uygulayacak kişileri yönlendirmede etkili olacaktır. Bu nedenle de danışmanlık hizmeti aile planlaması uygulamalarının ayrılmaz ve çok önemli bir parçasıdır (Kırımlıoğlu 1997, Şahin 2005, Katırcı 2008). Aile planlaması danışmanlığının amacı bireylere ya da çiftlere (Metinoğlu 1999, Apay 2004, Katırcı 2008);

- ✓ Kontraseptif yöntemlere gereksinimleri olup olmadıklarına karar vermelerinde,
- ✓ Kontraseptif yöntemi bilinçli olarak kabul etmelerinde,
- ✓ Seçtikleri yöntemi öğrenmelerinde,
- ✓ Seçtikleri yöntemi doğru kullanmalarında,
- ✓ Kaygıları gidermede ve sorun oluştuğunda uygun karar vermelerinde yardımcı olmaktır.

Danışmanlık hizmeti, bireylerin yanlış inanış ve görüşlerden arınmasını sağlayabilir ve bilgi eksikliğinden kaynaklanan yöntem seçimindeki hatalara engel olabilir. Sağlık çalışanlarının aile planlaması danışmanlık rollerini yerine getirebilmeleri için, konuya ilişkin yeterli bilgi düzeyine sahip olmaları ve bu hizmeti yerine getirirken kendi değer yargılarının da farkında olmaları önemlidir (Çelik 2006, Gabalcı 2008).

1.3.12. Modern Aile Planlaması Yöntemleri

1.3.12.1. Hormonal Kontraseptifler

1.3.12.1.1. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

Ülkemizde KOK'ların kullanımının sıklığı gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. TNSA 2003 verilerinde kadınların KOK kullanımı %4,7 iken, TNSA 2008 verilerinde bu oranın %5,3'e yükseldiği rapor edilmiştir (Ünal ve ark 2004). İlhan ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada kentsel ve yarı kentsel bölgedeki kadınların %9,9'unun KOK kullandığı bildirilmiştir. Amerika'da yapılan bir çalışmada ise 18–39 yaş kadınların %30'unun hormonal kontraseptifleri kullandığı bildirilmiştir (Arevalo ve ark 2001).

Kombine oral kontraseptifler (KOK) çok güvenilir kontraseptif yöntemlerdendir. Doğal kadınlık hormonları östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerirler. KOK'ların 21 ve 28 günlük paketleri bulunmaktadır. İçerdikleri östrojenin ve progesteronun etkisi ile ovulasyonu baskılar, servikal mukusu kalınlaştırarak spermin geçişini engeller ve endometriyumu incelterek implantasyonu engellerler. Doğru şekilde kullanıldığında %99,9 etkilidirler. Yöntemin etkinliği sürekli ve düzenli kullanımına bağlıdır. KOK'lar menstruasyonun ilk günü başlanarak her gün aynı saatte alınmalıdır. Menstruasyonun birinci veya beşinci günü başlanan 28 günlük paketlerde, her siklusun son haftasında alınan yedi hap demir içermektedir. Bu yedi hapın temel amacı kadının her gün hap alma alışkanlığını kaybetmemesidir. Yirmi bir günlük paketlerde hapların tamamı hormon içermektedir. Paketteki haplar bitene dek her gün bir hap alınır. Daha sonra altı gün hap almaya ara verilir. Bu süre içinde menstrüel kanama olur. Menstrüel kanama olmasa bile yedi gün sonra yeni pakete başlanmalıdır. Hapların her gün bir adet ve aynı saatte alınması gerekmektedir (Şahin ve Bulduk 2004, Özaydın ve Debay 2007, Katırcı 2008).

Şekil 3. Kombine oral kontraseptifler



Kaynak: Gebelikten korunma yöntemleri (2009)
(<http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/uremesagligi/gebeliktenkorunmayol.html>)

KOK'ların Olumlu Yönleri (Mumcu 2004, USAID 2006, Grimes ve ark 2009) :

- Kullanımı kolay, son derece etkili ve cinsel ilişki zamanından bağımsızdır.
- Adet kanamalarının miktarını azaltır, süresini kısaltır ve düzenli hale getirir.
- Dismenoreyi tedavi eder.
- Demir eksikliği anemisi riskini azaltır.
- Bening meme ve over kistlerinin oluşumunu azaltır.
- Ektopik gebeliği önler.
- Endometriyal kanser ve over kanseri riskini, pelvik inflamatuvar hastalık riskini, osteoporoz riskini ve romatoid artrit riskini azaltır.
- Bırakıldığı zaman fertilité kısa sürede geri döner.
- Akneye iyi gelebilir.

KOK'ların Olumsuz Yönleri (Mumcu 2004, USAID 2006, Grimes ve ark 2009) :

- Her gün aynı saatte alınması gerekmektedir.
- Kan basıncını yükseltebilir, pıhtılaşma riskini artırır.
- Klamidya enfeksiyon riskini artırır.
- Bazen ara kanaması ve lekelenmelere neden olabilir.
- Bazı kadınların kilo almalarına neden olabilir.

1.3.12.1.2. Mini Haplar

Mini haplar sadece progesteron içermektedirler. Bunlar ovulasyonu baskılar, servikal mukusu kalınlaştırarak spermin uterusu geçmesini engeller ve endometriyumda incelmeye neden olarak implantasyon olasılığını azaltırlar. Menstruel siklusun ilk gününde başlanarak ara vermeden sürekli alınmalıdırlar. İlk yedi gün için ek yöntem kullanılması gerekmektedir. Mini haplar emziren kadınlarda ilk dokuz ayda %98,5 oranında, emzirmeyenlerde ise %96 oranında etkili olduğu bildirilmektedir (Boonstra 2001, Speroff ve Darney 2005, Katırcı 2008).

Mini Hapların Olumlu Yönleri (Speroff ve Darney 2005, Katırcı 2008):

- Emzirenler kadınların kullanımı için uygundur, anne sütünün miktarını azaltmaz, niteliğini değiştirmez.
- Östrojenin yan etkileri nedeniyle KOK'ları kullanamayan kadınlar için uygundur.
- Adet kanamasının miktarını azaltabilir.
- Bırakıldığında fertilite hemen geri döner.

Mini Hapların Olumsuz Yönleri (Speroff ve Darney 2005, Katırcı 2008):

- Kombine haplara göre kontraseptif etkisi daha azdır.
- Ara kanama, lekelenme, amenore ve adet düzensizlikleri olabilir.
- Mini hapların alınması gecikir veya unutulursa gebelik olasılığı artar.

1.3.12.1.3. Post Koital Haplar

Post koital haplar acil kontrasepsiyon gerektiren durumlarda kullanılırlar. Kontraseptif amaçlı sürekli kullanılmamalıdırlar. Kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİA'nın düşmesi, hap alınmanın unutulması, planlanmamış bir cinsel ilişki veya tecavüz gibi durumlarda acil kontrasepsiyona gereksinim duyulmaktadır. Bu ilaçlar yüksek doz östrojen ve progesteron ya da sadece progesteron içerdikleri için uzun süre kullanılmaları sakıncalıdır. Koruyuculuğu %98'dir. Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 72 saat içinde kullanılmalıdır (Çelik 2006, Katırcı 2008). Dede ve arkadaşları (2004) post

koital hapların etkinliğini ile ilgili yaptıkları araştırmalarında korunmasız cinsel ilişki yaşayan kadınların post koital hapi kullandıktan sonra hiçbirinde gebeliğin oluşmadığını bildirmişlerdir. Bilgili ve Ayaz (2009) kadınların %26,8'inin post koital hapları duyduğunu %9,1'inin bu hapları kullandığını bildirmişlerdir. Gold ve arkadaşları (2008) Amerika'da kadınların %80'inin post koital hapları kullandıklarını bildirmişlerdir.

1.3.12.1.4. Enjekte Edilen Hormonal Kontraseptifler

Enjekte edilen hormonal kontraseptifler yalnız progesteron içeren ya da östrojen ve progesteron içeren kontraseptif yöntemlerdir. Progesteronun etkisiyle ovulasyonu önler, servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini engeller ve endometriyumu inceltirler. Kombine enjekte edilen hormonal kontraseptifler sadece progesteron içeren kontrasetiflere göre ovulasyonu daha fazla baskırlar. Doğru kullanıldığında koruyuculuğu %100'e yakındır (Capdevila ve ark 1998, Kahraman 2005, Brambila ve ark 2007).

Şekil 4. Enjekte edilen kontraseptif



Kaynak: Gebelikten korunma yöntemleri (2009)
(<http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/uremesagligi/gebeliktenkorunmayol.html>)

Olumlu Yönleri (London ve ark 2003, Brambila ve ark 2007):

- Uygulaması kolaydır.
- Emzirenler ve ileri yaş kadınlar da kullanabilirler.
- Pelvik enfeksiyonlar ve over kanserine karşı koruyucu etkileri vardır.
- Ektopik gebelik ve demir eksikliği anemisini önler.

Olumsuz Yönleri (London ve ark 2003, Brambila ve ark2007):

- Adet düzensizliğine neden olabilir.
- Yöntem bırakıldığında fertilitenin dönmesi gecikebilir.
- Kilo aldırabilir.
- Uygulanması için sağlık kuruluşuna gitmek gerekir.

1.3.12.1.5. Deri Altı İmplantları

Deri altı implantları, derinin altına yerleştirilen levonorgestrel (LNG) içeren kapsüllerdir. LNG sentetik bir progestindir. Küçük cerrahi bir girişimle üst kolun iç kısmına derinin hemen altına yerleştirilir. İçeriğinde bulunan progestin ile ovulasyon baskılanır, servikal mukus kalınlaşarak sperm geçişi engellenir ve endometriyum incelir. Koruyuculuğu %99,9'dur (Ricci 2007, Katırcı 2008).

Olumlu Yönleri (Ricci 2007, Aksu 2008):

- Geriye dönüşümlü, uzun süreli ve çok etkili bir yöntemdir.
- Kullanımı kolay ve rahattır.
- Hatırlatmayı gerektirmez.
- Uygulandıktan sonra üç yıl gebelikten korur.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- Çıkarıldığında üç ay içinde doğurganlık geri döner.

Olumsuz Yönleri (Ricci 2007, Aksu 2008):

- Uygulanması ve çıkartılması için cerrahi girişim ve eğitimli sağlık personeli gereklidir.
- Adet kanaması miktarında azalma, gecikme veya ara kanamalar görülebilir.
- Baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı yapabilir.
- Kilo artışı görülebilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumaz.
- Küçük cerrahi girişimlerde görülebilecek, enfeksiyon, hematoma, kanama gibi küçük riskler taşır.

1.3.12.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)

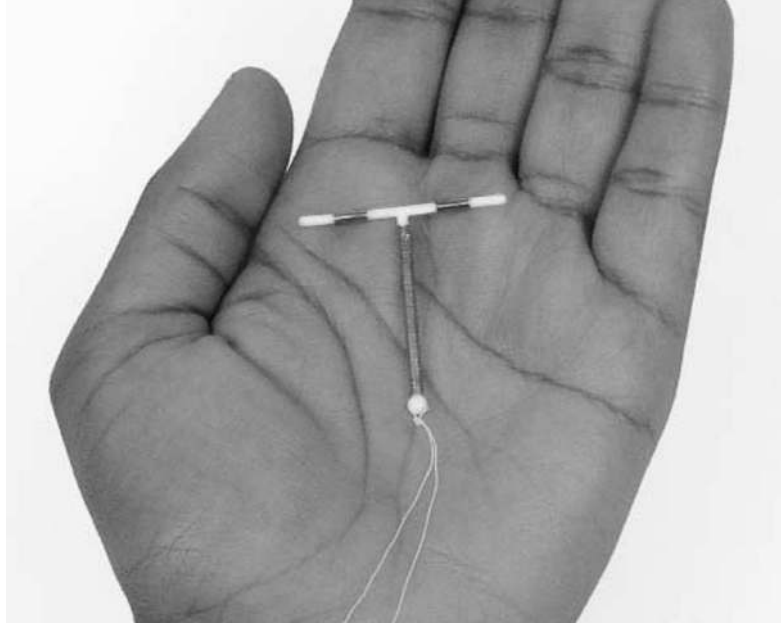
Ülkemizde en çok kullanılan modern yöntemler RİA'dır, ancak son yıllarda RİA kullanımında düşüş gözlenmektedir. TNSA–2008 verilerinde kadınların %16,9'unun TNSA–2003 yılında %20,2 RİA kullandığı bildirilmiştir. (Ünal ve ark 2004, Tezcan 2009). Meteoğlu ve arkadaşlarının (2001) Aydın'da yaptığı çalışmalarında kadınların %32,4'ünün RİA kullandıklarını bildirmişleridir. Şen ve Erbek (2001) çalışmalarında kadınların %35,5'inin RİA kullandığını rapor etmişleridir. Kaya ve arkadaşlarının (2008) doğu bölgesinde yaptıkları çalışmalarında ise kadınların sadece %21,5'inin RİA kullandığı bildirilmiştir. Avrupa ülkeleri arasında yapılan karşılaştırmada RİA'yı en çok kullanan ülke (%27) Norveç, en az ise İngiltere (%2) olduğu bildirilmiştir (Sonfield 2002).

RİA rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır ya da hormon içeren, küçük plastik bir cisimdir. Rahim içi araçların ülkemizde kullanılan iki çeşidi bulunmaktadır. Bunlar (Olds ve ark 2003, Bertrand ve ark 2007, Katırcı 2008);

- Bakırlı RİA'lar: Cu T-380 A, Cu T 200 C, Multiload (ML Cu 250 ve 375) ve Nova T (TCu 200Ag ve 380Ag) gibi bakırlı araçlar,

- Hormonlu RİA'lar: Gövde kısmında progesteron içeren progestasert ve levonorgestrol (LNg 20) içerirler.

Şekil 5. En sık kullanılan RİA TCu-380A



Kaynak: Bertrand ve ark (2007) *New Attention To The IUD*, Jonshan Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA, http://www.maqweb.org/iudtoolkit/gen_info/iudpopreport1-2.pdf

RİA spermin üst genital yollara ulaşmasını önleyerek ovumun transportunu engeller. Ayrıca hormonlu RİA'lar servikal mukusu kalınlaştırarak spermin uterusu geçmesine engel olur. Koruyuculuğu %98'dir. Günümüzde Cu-T 380A pek çok ülkede ve ülkemizde daha yaygın olarak kullanılan RİA türüdür (Şekil 4). RİA'lar aşağıda belirtilen üç etki mekanizmasının kombinasyonu sonucu gebeliği önlerler. Bunlar (London ve ark 2003, Kahraman 2005, Bertrand ve ark 2007);

- ✓ Üst genital kanala sperm migrasyonunu önleme,
- ✓ Ovum transportunu inhibe etme,
- ✓ Fertilizasyonu baskılamadır.

RİA'nın Olumlu Yönleri (Ricci 2007, Bertrand ve ark 2007):

- Güvenli ve çok etkili, geriye dönüşümlü bir yöntemdir.
- Yöntemin kullanımı cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır.
- Kullanımı kolaydır.

- Uygulandıktan sonra uzun süre etkilidir.
- Emzirenler için uygundur.
- Yılda bir kez kontrolü dışında hatırlamayı gerektirmez.
- Çıkarıldığında fertilitenin dönmesi gecikmez.

RİA'nın Olumsuz Yönleri (Ricci 2007, Bertrand ve ark 2007):

- Uygulaması ve çıkarılmasında konu ile ilgili eğitilmiş sağlık personeli gerektirir.
- Uygulama ve çıkarılma işlemi biraz ağrılı olabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalık riskinde olanlar için uygun bir yöntem değildir.
- RİA'nın atılma riski vardır.
- Uygulamadan sonra birkaç ay adetlerde artma, ağrı ve ara kanamaları yapabilir.

1.3.12.3. Bariyer Yöntemler

1.3.12.3.1. Kondom

Kondom cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen lateks kauçuktan yapılmış ince bir kılıftır. Kontrasepsiyon sorumluluğunu erkeklerin de paylaşmasını sağlayan bir yöntemdir (Katırcı 2008). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmalarına göre kondom kullanımı giderek artmaktadır. TNSA–2003 verilerinde %10,8, 2008 verilerinde ise %14,3 olarak bildirilmiştir. RİA'dan sonra kullanılan ikinci modern yöntemdir (Ünalın ve ark 2004, Tezcan 2009). Meteoğlu ve arkadaşları (2001) Aydın ilinde kadınların %43,6'sının kondom kullandığını bildirmişlerdir. Kaya ve arkadaşları (2008) Bingöl'de kadınların %19,8'inin kondom kullandığını, Çakmak ve Ertem (2004) Diyarbakır'da kadınların %12'sinin kondom kullandığını rapor etmişlerdir.

Olumlu Yönleri (London ve ark 2003, Ricci 2007):

- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korumada en etkili yöntemdir.

- Erkeklerin aile planlamasına katılımını sağlar.
- Erken boşalmayı önlemeye yardımcı olabilir.
- Ucuzdur ve kolay bulunur.

Olumsuz Yönleri (London ve ark 2003, Ricci 2007):

- Bazı çiftlerde duyarlılığın azalmasına neden olur.
- Her ilişkide yeni bir kondom kullanılması gerekir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.

1.3.12.3.2. Kadın Kondomu

Kadın kondomu 17 cm. uzunluğunda, şeffaf, ince ve yumuşak bir poliüretan tabakasından yapılmış, vajinanın içini tümüyle kaplayan, tek tarafı kapalı silindir bir kılıftır. Poliüretan özelliği nedeni ile vajinanın içine yerleştirildiğinde kısa zamanda vajina duvarına sıkı bir şekilde tutunur ve vücut ısısı ile uyum sağlar. Kılıfın açık olan ucunun etrafında sabit ve kapalı olan ucun içinde ise serbest olarak bulunan bükülebilir iki halkası vardır. Kapalı olan kısımdaki halka serviksi sararken, açık uçtaki halka kadının dış genital sisteminde kalır (Macaluso ve ark 2003, Özgülnar 2007).

Olumlu Yönleri (Macaluso ve ark 2003, Özgülnar 2007). :

- Dış genital kısmın en dışından tüm vajinanın iç yüzeyini kaplayarak yukarı doğru uzanan kondom, serviksi de tümüyle kaplayarak, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan ve gebelikten korumayı sağlar.

Olumsuz Yönleri (Macaluso ve ark 2003, Özgülnar 2007).:

- Tek kullanımlık olarak üretildiği için pahalıya mal olabilir.

1.3.12.3.3. Diyafram

Diyafram serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmış kontraseptif bir yöntemdir. Koitusdan önce kubbe kısmına spermisit konularak

uygulanır. Böylece mekanik ve kimyasal bariyer etkilerin birleşimi sonucu spermilerin üst genital kanala geçmeleri engellenerek oldukça yüksek düzeyde kontrasepsiyon sağlamış olur. Çeşitli türleri geliştirilmiştir, çapları farklı ölçülerde diyaframlar mevcuttur (Sergek 2008, Kahraman 2005). Amerika’da yapılan bir çalışmada diyafram kullanımı %3,6 olarak bildirilmiştir (Hoffman ve ark 2003). Ülkemizde de diyafram kullanımı yok denecek kadar azdır.

Olumlu Yönleri (World Health Organization 2002, Katırcı 2008):

- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı sınırlı bir koruma sağlar.
- Serviks kanserini önleyebilir.
- Kadınların genital organlarını tanımlarına yardımcı olur ve genital organlardaki değişikliğin erken tanısında yardımcı olur.
- Hiçbir yan etkisi yoktur.

Olumsuz Yönleri (World Health Organization 2002, Katırcı 2008):

- Uygun boy diyaframın belirlenmesi için pelvik muayene gerekir.
- Yerleştirilmesini öğrenmek zaman alabilir.
- Cinsel ilişkiden sonra en az altı saat yerinde kalması gerekir.
- Spermisitle kullanılması gerektiği için maliyeti sorun yaratabilir.

1.3.12.3.4. Spermisitler

Spermisitler spermilerin servikse ulaşmadan etkisiz hale getirilmesi için vajenin derinliklerine yerleştirilen kimyasal maddelerdir. Krem, köpük, köpük tablet, fitil, film tablet, sünger ya da jel gibi değişik çeşitleri vardır. Tek başına kullanıldığında etki düzeyi yetersiz kalır bu nedenle kondom veya diyafram ile kullanılması önerilmektedir. (Aksu 2008, Katırcı 2008).

Olumlu Yönleri (Özaydın ve Debay 2007):

- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruma sağlar.
- Sistemik etkileri yoktur.

- Hemen etkilidir.
- Kayganlık sağlayıcı etkisi vardır.
- Antiviral etkisi ile serviks kanseri riskini azaltır.

Olumsuz Yönleri (Özaydın ve Debay 2007):

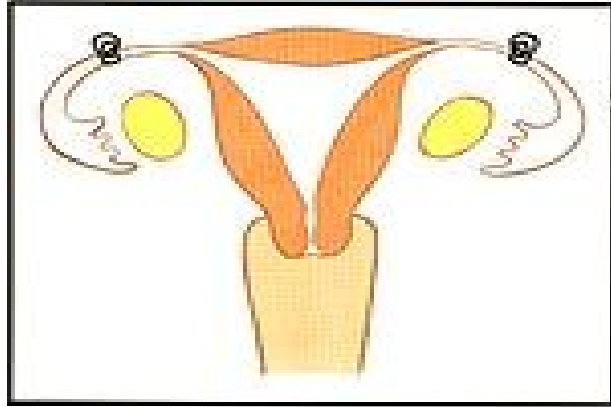
- Genital organlarda ve perinede alerji ve irritasyon yapabilir.
- Uyguladıktan sonra 7–19 dakika beklenmesi gerekir.
- Etkinliği düşüktür.
- Pahalıdır ve tek başına kullanıldığında başarı oranı düşüktür.

1.3.12.4. Cerrahi Kontrasepsiyon Yöntemleri

1.3.12.4.1. Tüpligasyon

Tüpligasyon spermin yumurtaya ulaşmasını ve döllemenmesini önleyecek şekilde fallop tüplerinin kapatılmasıdır. Lokal ya da genel anestezi altında uygulanabilir. %0,1 başarısızlık şansı vardır (Özaydın ve Debay 2007, Aksu 2008). Sak ve arkadaşları (2008) Güneydoğu Anadolu’da yaptıkları çalışmalarında kadınların %7,2’sinin tüpligasyon yöntemini kullandıklarını bildirmişlerdir. Bozkurt ve arkadaşları (2005) Ankara’da yaptıkları çalışmalarında ise kadınların %8,8’inin tüpligasyon olduğunu rapor etmişlerdir. Aydın’da kadınların %6,7’sinin tüpligasyon olduğu bildirilmiştir (Meteoğlu ve ark 2001).

Şekil 6. Tüpligasyon



Kaynak: Gebelikten Korunma Yöntemleri <http://www.bsm.gov.tr/images%5Cacs-tuplg.jpg>

TNSA-2003 verilerinde tüpligasyon olan kadın oranı %5,7 iken TNSA-2008 verilerinde bu oran %8,3'e yükselmiştir (Ünalın ve ark 2004, Tezcan 2009).

Olumlu yönleri (Özaydın ve Debay 2007):

- Çok etkili ve güvenilir bir yöntemdir.
- Cinsel ilişkinin zamanlamasından bağımsızdır.
- Eşlerin kontraseptif sorununu çözer.
- Yan etkisi yoktur.
- Uygulamadan sonra kontraseptif etkisi hemen başlar.

Olumsuz yönleri(Özaydın ve Debay 2007):

- Kalıcı bir yöntemdir, geri dönüşü yoktur.
- Cerrahi bir işlem gerektirir.
- Kanama ve enfeksiyon riski vardır.
- Kesi yerinde ağrı olabilir.
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyuculuğu yoktur.

1.3.12.4.2. Vazektomi

Erkeklerde vasdeferenslerin kapatılması ile sperm transportunun engellenmesi olan vazektomi, basit, kolay bir işlemle gerçekleştirilir. Son derece etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Çocuk istemeyen aileler için uygundur (Apay 2004, Katırcı 2008, Oladeji 2008).

Olumlu yönleri (Özaydın ve Debay 2007, Katırcı 2008, Oladeji 2008):

- Kolay, basit ve kısa sürede uygulanan çok etkili bir yöntemdir.
- Cinsel ilişkiyi etkilemez.
- Erkeğin dış görünüşünü, hormonlarını ve cinsel işlevini engellemez.

Olumsuz yönleri (Özaydın ve Debay 2007, Katırcı 2008, Oladeji 2008):

- Kalıcı bir yöntemdir.
- Gebeliği önleme etkisi 20 boşalma sonrası veya iki ay sonra başlar.
- Kesi yerinde kanama, enfeksiyon ve ağrı oluşabilir.
- Cinsel yolla ulaşan hastalıklara karşı korumaz.

1.3.12.5. Doğal Aile Planlaması

1.3.12.5.1. Takvim Yöntemi

Menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 ay – 1 yıllık gözlem süresi sonunda en az sekiz siklus izlenerek siklusun en uzun ve en kısa günleri belirlenir. Adetleri düzensiz olan kadınlar için, en uzun siklusun gün sayısından 11, en kısa siklusun gün sayısından 18 çıkarılarak gebelik için tehlikeli olan dönemin başlangıç ve bitiş günleri saptanmış olur. Adetleri sürekli düzenli olanlarda fertil dönemi belirlemek için; kadının siklus gün sayısından 14 gün çıkarılıp ovulasyon günü bulunur. Bu günün üç gün öncesi ve üç gün sonrası tehlikeli gün olarak kabul edilir (London ve ark 2003, Olds ve ark 2004, Taşkın 2007).

Olumlu yönleri (Olds ve ark 2004, Taşkın 2007):

- Menstrüel siklusun bilinmesi olası değişikliklerin farkına varılmasına neden olur.

Olumsuz yönleri (Olds ve ark 2004, Taşkın 2007):

- Siklus zamanının hesaplanmasını gerektirir.
- Siklus uzunluklarının değişimi nedeniyle gebelik yaşanabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda koruyuculuğu yoktur.
- Güvenli bir yöntem değildir.

1.3.12.5.2. Geri Çekme

Geri çekme (Coitus interruptus), ilişki sırasında erkeğin boşalmadan hemen önce penisini vajinadan çıkarıp dışarıya boşalmasıdır. Koruyuculuğu düşük olduğundan istenmeyen gebeliklerin büyük kısmı bu yöntemi kullananlarda olmaktadır (Çiftçioğlu 2006, Güngör ve ark 2005). Türkiye’de geri çekme yöntemi en çok kullanılan geleneksel yöntemdir. TNSA 2008 verilerinde geri çekme yöntemi kullanan kadınlar %26,3 iken TNSA 2003 verilerinde %26,4 oranındadır (Ünalan ve ark 2004, Tezcan 2009).

Olumlu yönleri (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2005):

- Hiçbir yan etkisi yoktur.
- Menstrüel sıklusa bağlı değildir.
- Gelecekteki fertilitiyi etkilemez.

Olumsuz yönleri (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2005):

- Ejekülasyondan önce prostatta ve üretrada bulunan bir miktar seminal mayi vajene kaçabilir.
- Her zaman kişilerin oto kontrolü koitusa ara vermek için uygun olmayabilir.
- Bu yöntemin çiftler arasında sürekli kullanılması, cinsel doyumsuzluğa ve psikolojik gerginliğe yol açabilir.

- Cinsel tecrübesi az olanlarda etkinliği daha azdır.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu yoktur.
- Güvenilir bir yöntem değildir.

1.3.12.5.3. Vajinal Duş

Koitudan hemen sonra kadının vajinasını su, sirke veya bir takım temizlik ürünleri ile yıkamasıdır. Yıkama için kullanılan maddenin cinsine göre değişik türde vajinit oluşabilir. Özellikle hijyen açısından sağlıklı bir yöntemdir. Kadında ve erkekte cinsel doyumsuzluğa yol açabilir. Koitus sırasında spermier ejakulasyondan 15 saniye sonra servikal kanala geçtiği için güvenli olmayan bir yöntemdir (Mumcu 2004, Katırcı 2008, Aksu 2008).

1.3.12.5.4. Laktasyonel Amenore

Emzirme ile fertilizasyonun baskılanması sonucu oluşan, Laktasyonel Amenore Yöntemi (LAM) adet kanaması olmadığı süre içinde emzirmele gebelikten korunma yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Sık ve tam emzirme ile artan prolaktin hormonunun doğrudan hipotalamus ya da overe etkisi ile ovulasyon baskılanır. Anne bebeğine su dahil hiçbir ek besin vermeksizin sık sık (gece dahil) ve her defasında uzun süre emziriyorsa, bu yöntem ilk altı ay için geçerlidir. Annenin doğumdan sonra adet kanaması görmemiş olması gerekir. Adet olmadan da ovulasyon olabileceğinden ek gıdaya başlanırsa ek kontraseptif yöntemle de başlanmalıdır. Sağılıp verilen anne sütü de ek gıda gibi düşünölmelidir. Tanımlanan koşulların tam olarak sağlandığında ilk altı ay için emziren annenin gebe kalma riski sadece %2'dir (Türk 2006, Katırcı 2008).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma 15–49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması yöntemlerine karşı tutumları ve kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisini incelemek için kesitsel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Aydın il merkezindeki 1,2,3,4,5,6,7,8 ve 9 No’lu sağlık ocaklarına bağlı 15–49 yaş grubundaki evli kadınlar ile gerçekleştirilmiş ve bu kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumları belirlenmiştir. Bu sağlık ocakları bölgelerinde toplam 29.874 tane 15–49 yaş grubu evli kadın yaşamaktadır.

Sağlık ocağı çalışanları ve gözlemlerimize dayanarak;

- Bir ve Yedi No’lu Sağlık Ocağı bölgesi, şehrin merkezinde yer alan, farklı sosyo kültürel özellikleri bulunan ve yaş ortalaması yüksek bir bölgedir. Bu bölgede oturanların birçoğu memur ve esnafıdır. Bu bölgede yaşayan bireylerin eğitim ve gelir durumları orta düzeydedir. Binaların çoğu apartman, tek katlı ve bahçeli müstakil evlerdir.
- İki ve Üç No’lu Sağlık Ocakları bölgelerinde kadınların çoğu ev hanımıdır ve eğitim düzeyleri düşüktür. Kadınların eşleri ise esnaf veya memurdur. Bu

bölgede evler apartman tarzında ve müstakildir. Bu bölgede yaşayan insanların çoğu sağlık hizmetlerini bu sağlık ocaklarından almaktadırlar.

- Dört No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan kadınların çoğu ev hanımıdır, eşleri ise bölgede yer alan sanayide çalışmaktadır. Ayrıca kadınların bir kısmı mevsimlik tarım işlerinde çalışmaktadır. Bölgedeki evlerin tek katlı ya da iki katlıdır ve odun-kömürle ısınmaktadır. Bu bölgede yaşayan bireyler sağlık ocağından aile planlaması hizmetlerinin yanında diğer sağlık hizmetlerinden de yararlanmaktadırlar.
- Beş No'lu Sağlık Ocağı bölgesi şehir dışından daha çok göç alan, eğitim seviyesi düşük, çoğunlukla kadınların ev hanımı, erkeklerin işçi olduğu bir bölgedir.
- Altı No'lu Sağlık Ocağı, Aydın'ın en dışında yer alan ve küçük nüfusa sahip olan bir bölgedir. Bu bölgede yaşayan bireylerin eğitim düzeyleri ve gelir durumları düşüktür. Kadınlar ve erkekler geçici tarım işçiliği ile uğraşmaktadır. Evler tek katlı, bahçelidir ve bazı evlerin tuvaleti dışarıda bulunmaktadır. Bu bölgedeki evlerin birçoğu sağlıklı yaşam koşulları için uygun görülmemektedir.
- Sekiz No'lu Sağlık Ocağı bölgesinin nüfusu daha çok doğu bölgelerimizden göç alan bireylerden oluşmaktadır. Bölgede eğitim durumları oldukça düşük, hatta okuma yazma bilmeyen ve türkçe konuşamayan kadınlar bulunmaktadır. Bölge halkının gelir düzeyi oldukça düşüktür ve daha çok inşaat işçiliği ve mevsimlik tarım işçiliği ile uğraşmaktadırlar.
- Dokuz No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan kadınların sosyo-ekonomik durumu, gelir durumu ve eğitim seviyesi yüksektir. Daha çok genç bireylerin bulunduğu bölgede doğurganlık hızı diğer bölgelere göre daha yüksektir. Konutlar apartman, site ve müstakil evlerden oluşmaktadır.

Aydın il merkezinde yaşayan bireyler genellikle sağlık hizmetlerini bölgelerinde bulunan sağlık ocaklarından almaktadırlar. Ancak 2 ve 7 No’lu Sağlık Ocağı gibi eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan bölgede yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerini özel hizmet veren birimlerden temin ettikleri gözlenmektedir. Aydın il merkezindeki tüm sağlık ocaklarında aile planlaması hizmetleri, gebe takipleri, aşılama hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri ve bireylerin özel gereksinimleri ile ilgili poliklinik hizmetleri verilmektedir.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırmayla ilgili olarak yapılan işlemlerin zamanı Çizelge 2.3.1’de gösterilmiştir.

Çizelge 2.3.1. Araştırmanın zamanı

İşlemler	Tarih
Araştırma konusunun seçimi	17.03.2008-21.03.2008
Soru formunun oluşturulması	28.03.2008-24.03.2008
Aydın İl Sağlık Müdürlüğü’nden resmi izinin alınması	14.04.2008
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı ön onayının alınması	05.06.2008
Soru formunun ön uygulamasının yapılması	06.06.2008-10.06.2008
Araştırma verilerinin toplanması	11.06.2008-30.09.2008
Verilerin analizi, araştırma raporunun hazırlanması	01.10.2008-20.06.2009
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı onayının alınması	26.06.2009

2.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Aydın il merkezindeki 1,2,3,4,5,6,7,8 ve 9 No’lu sağlık ocakları bölgelerinde yaşayan 15–49 yaş grubundaki 29.874 evli kadın oluşturmuştur.

2.5. Araştırmanın Örnekleme

Araştırma, randomize olarak seçilen 427 kadın ile yapılmıştır. Örnekleme alınan birey sayısı evreni bilinen örnekleme yöntemi ile;

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görüş sıklığı (olasılığı)

q: İncelenen olayın görülme sıklığı (olasılığı)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma

formülü kullanılarak hesaplanmış ve araştırmanın örneklemini 15–49 yaş grubundaki 370 kadın oluşturmuştur (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2002). Araştırmaya katılmayı reddetme, evde bulunamama, infertil olma durumu ve okur-yazar olmama durumu göz önüne alınarak örneklem hacmi %30 arttırılmış ve araştırmanın 500 kadın ile gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınlardan, 14'ü infertil olduğu, 4'ü okuma yazma bilmediği, 11'i araştırmaya katılmayı reddettiği ve 44'üne de ulaşamadığı için, çalışma 427 kadın ile tamamlanmıştır.

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü 2008 yılı ilk altı ay kayıtlarına göre, 9 tane sağlık ocağı bölgesinde toplam 29.874 15–49 yaş grubu evli kadın yaşamaktadır. Kadınların adresleri ev halkı tespit fişleri kayıtlarından elde edilmiştir. Sağlık ocağı bölgelerine göre 15–49 yaş grubu evli kadınlar ve örnekleme alınan kadınların sayısı Çizelge 2.2.1'de verilmiştir.

Çizelge 2.5.1. Sağlık ocağı bölgelerinde yaşayan 15–49 yaş evli kadın sayısı ve örnekleme alınan kadın sayısı

Sağlık Ocakları	Bölgede yaşayan 15–49 yaş evli kadın sayısı	Örnekleme alınan kadın sayısı
1 No’lu	4345	83
2 No’lu	4541	85
3 No’lu	3549	53
4 No’lu	2558	41
5 No’lu	3022	47
6 No’lu	372	5
7 No’lu	3858	53
8 No’lu	2096	35
9 No’lu	5533	98

2.6. Araştırmaya Alma ve Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Araştırmaya alma kriterleri 15–49 yaş grubunda ve evli olma, eşi ile beraber yaşama, ilkokul ve üzeri eğitime sahip olma, fertil olma ve araştırmaya katılmayı kabul etmektir. Araştırmadan dışlama kriterleri okur-yazar olmama, infertil olma ve eşinden ayrı yaşamadır.

2.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri soru formu (EK 1) ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği (EK 2) ile toplanmıştır. *Soru Formu’nda* kadınların yaşı ve eğitim durumu, eşlerinin yaşı ve eğitim durumu, evlilik süreleri, aile tipi, algıladıkları gelir düzeyleri, sosyal güvence ve sağlık problemlerinin varlığı gibi tanıtıcı özellikleri sorgulanmıştır. Doğurganlık özelliklerini sorgulamak için kaç kez gebe kaldığı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ilk doğum yaşı, istenmeyen gebeliği olup olmadığı, kaç çocuk sahibi olmak istediği, çocuklar arası yaş farkının ne

kadar olması gerektiği sorgulanmıştır. Ayrıca doğum kontrol yöntemlerini bilip bilmediği, hangi yöntemleri bildiği, aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgiyi nerden aldığı, şimdiye kadar kullandığı yöntemler, şu anda kullandığı yöntemler, yöntem kullanarak gebe kalma durumları, aile planlaması danışmanlık eğitimi alıp almadığı, aldıysa kimden danışmanlık aldığı, aile planlaması yöntemini kimin kullanması gerektiği, eşinin aile planlaması ile ilgili düşüncelerinin ve kullandıkları yöntemleri bırakma nedenlerini sorgulandığı 37 soru bulunmaktadır.

Soru formunun anlaşılabilirlik ve uygulanabilirliğini test etmek için 10 kadın ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda kadınların aile planlaması kullanımına ilişkin görüşlerini sorgulayan iki soru yeniden düzenlenmiştir.

Aile Planlaması Tutum Ölçeği

Aile Planlaması Tutum Ölçeği bireylerin aile planlamasına yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla Örsal (2006) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek 34 maddeli, beş dereceli Likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin doldurulmasında kadınlardan aile planlaması tutumlarını ölçmek için belirlenen maddeleri birden (kesinlikle katılmıyorum) beşe (kesinlikle katılıyorum) kadar değerlendirmeleri ve belirledikleri cevabı (sayıyı) daire içine almaları istenmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 34–170 arasında değişmektedir. Ölçeğin güvenirlik ve geçerliği 631 kadın ve 511 erkek olmak üzere toplam 1142 kişinin yer aldığı bir çalışmada değerlendirilmiştir (Örsal 2006). Ölçeğin yapı geçerliliği doğrulayıcı faktör analizi ile değerlendirilmiş ve ölçeğin kadınların topluma ilişkin tutumlarını (Madde 1–15), aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarını (Madde no 16–24) ve gebeliğe ilişkin tutumlarını (Madde 25–34) belirleyen üç alt boyuttan oluştuğu belirtilmiştir. Ölçeğin Crombach Alfa değeri 0,90 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesi daha yüksek puana sahip olan bireylerin daha olumlu aile planlaması tutumuna sahip oldukları şeklinde yapılmaktadır (Örsal 2006). Bu ölçek son yıllarda geliştirildiği için ölçeğin kullanıldığı başka bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve alt ölçeklerinin güvenirliği Cronbach Alfa (iç tutarlık) ile değerlendirilmiştir. Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin iç tutarlık katsayısının, Cronbach Alfa=0,91, Topluma İlişkin Alt Ölçeği'nin iç tutarlık katsayısının, Cronbach Alfa=0,86, Yönteme İlişkin Alt Ölçeği'nin iç tutarlık katsayısının, Cronbach Alfa=0,80 ve Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği'nin iç tutarlık katsayısının Cronbach Alfa=0,78 olduğu belirlenmiştir.

2.8. Verilerin Toplanması

Örnekleme alınan kadınların adresleri ev halkı tespit fişlerinden elde edilmiştir. Adresleri belirlenen kadınlar evlerinde ziyaret edilmiş, kadınlar ile tanışılmış ve kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözel ve yazılı onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak soru formu doldurulmuştur. Soru formunun doldurulması yaklaşık 15–20 dakika sürmüştür.

Soru formu doldurulduktan sonra Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin (APTÖ) doldurulmasına ilişkin kadınlara açıklama yapılmış ve öz bildirime dayalı olarak formu doldurmaları sağlanmıştır. APTÖ'nün doldurulması yaklaşık 15–20 dakika sürmüştür. APTÖ'yü doldururken ölçek maddelerini anlamada güçlüğü olan kadınlara, araştırmacı tarafından ölçeğin her bir maddesi açıklanmış ve kadınların ölçek maddelerini anlayarak cevaplandırmaları sağlanmıştır.

Veri toplama formunun tamamlanması yaklaşık 30–40 dakika sürmüştür. Veri toplama işlemi 09.06.2008–15.09.2008 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Ayrıca araştırma sırasında aile planlaması ile ilgili bilgi eksikliği olan kadınlara danışmanlık verilmiş, sağlıkları ile ilgili sordukları sorular cevaplandırılmıştır.

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler Adnan Menderes Üniversitesi'nde kullanılan istatistik paket programı (SPSS) ile veri tabanı oluşturulmuş, veriler bilgisayar ortamında kaydedilmiş ve program aracılığı ile analiz yapılmıştır. Kadınların ve eşlerinin yaşı ve eğitimi, aile tipi, algıladıkları gelir düzeyi, evlilik süresi, sosyal güvence, sağlık durumları, ilk doğum yaşı, gebelik öyküsü, aile planlaması yöntemlerini kullanma, bilme ve uygulama durumları araştırmanın bağımsız değişkenlerini; aile planlaması tutum ölçeği ve alt ölçek puanları araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Cronbach Alfa, varyans analizi (ANOVA) t-testi, Tukey (HDS), korelasyon ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Aile planlaması tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan istatistiksel analizde; birinci olarak, bağımsız değişkenler arasındaki korelasyonda çoklu bağlantı (multicollinearity) araştırıldı. Burns ve Grove (2001) 65'ten büyük olan korelasyonun çoklu bağlantıyı gösterdiğini bildirmişlerdir. Bu çalışmada kadının yaşı ile eşinin yaşı ve evlilik yılı (sırası ile $r=0,76$; $r=0,77$), eş eğitimi ve kadının eğitimi ($r=0,74$), gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı (sırası ile $r=0,70$; $r=0,69$), planlanmamış gebelik durumu ve yöntem kullanırken gebe kalma durumu ($r=0,73$) arasında yüksek korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle bu değişkenlerden kadının yaşı, eğitim durumu, gebelik sayısı ve planlanmamış gebelik durumlarının çoklu regresyon modelinde alınmasına karar verilmiştir. İkinci olarak, aile planlaması tutumlarını etkileyen değişkenlerin seçiminde stepwise metodu ile çoklu linear regresyon analizi kullanılmıştır. Bu analizde kadının yaşı, eğitim durumu, aile tipi, en uzun süre yaşadıkları yer, algılanan gelir düzeyi, sosyal güvencenin bulunma durumu, herhangi bir sağlık sorununun varlığı, gebelik sayısı, planlanmamış gebelik bulunma durumu, şu anda kullandıkları yöntem, aile planlaması danışmanlığı alma durumu ve aile planlaması ile ilgili konuları eşiyle konuşma durumunun yer aldığı 12 tane bağımsız değişken modele alınmıştır. Modelin bağımlı değişkenini ise, APTÖ toplam puanı, aile planlaması tutum ölçeğinin topluma, yöntem ve gebeliğe ilişkin alt ölçek puanları oluşturdu. Dört tane bağımlı değişken bulunduğu için dört ayrı model oluşturuldu.

2.10.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, araştırmada kullanılan soru formu yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Bu nedenle bazı aile planlaması ile ilgili konuları bazı kadınlar mahremiyet olarak algılamış ve mevcut durumlarını tam olarak yansıtmayan yanıtlar vermiş olabilirler. İkincisi, Aile Planlaması Tutum Ölçeği kadınlar tarafından kendini bildirim yöntemi ile doldurulmuştur. Bu nedenle sonuçları sağlık çalışanları tarafından gözlemlenen sonuçlardan farklı olabilir.

Bu araştırmada örnekleme alınması planlanan kadınlardan %8,8'ine (44) ulaşılamamıştır. Bu durumun araştırma verilerinin yaz döneminde toplanmış olması, bu mevsimde Aydın'ın sıcak olması ve mevsimlik tarım işçiliği nedeniyle ailelerin Aydın'ın diğer ilçelerine göç etmeleri ile ilgili olduğu düşünülmüştür.

2.11.Araştırmada Etik

Araştırmanın Aydın İl Merkezindeki tüm sağlık ocaklarında yapılabilmesi için Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 14.04.2008 tarihinde yazılı izin alınmıştır (EK 3). Araştırma protokolüne Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 03.06.2008 tarihinde ön onay verilmiştir (EK 4). Araştırma protokolüne Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 26.06.2009 tarihinde uygunluk onayı verilmiştir (EK 5). Araştırma kapsamına alınan kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, sözel ve yazılı onamları alınmıştır (EK 6 ve EK 7). Ayrıca bu çalışmada kullanılması için Aile Planlaması Tutum Ölçeğini geliştiren Özlem Örsal'dan yazılı izin alınmıştır (EK 8).

3. BULGULAR

3.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Çizelge 3.1.1 kadınların ve eşlerinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $33,52 \pm 7,82$ olarak bulunmuştur. Kadınların yaş grupları incelendiğinde %35,8'inin 19–29 yaş, %38,2'sinin 30–39 yaş, %26'sının 40–49 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin yaş ortalaması $37,63 \pm 8,22$ olarak saptanmıştır. Eşlerin %16,2'sinin 19–29 yaş, %44,5'inin 30–39 yaş, %31,9'unun 40–49 yaş ve %7,5'inin 50 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Kadınların %36,5'inin ilkokul, %14,3'ünün ortaokul, %28,3'ünün lise ve %20,8'inin yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır. Kadınlarının eşlerinin ise %28,8'inin ilkokul, %14,8'inin ortaokul, %29'unun lise ve %27,4'ünün yüksekokul mezunu olduğu ortaya çıkmıştır (Çizelge 3.1.1) .

Çizelge 3.1.1 Kadınların ve eşlerinin yaş ve eğitim durumlarına göre dağılımı (n=427)

Tanıtıcı özellikler	Kadınlar		Eşleri	
	n	%	n	%
Yaş				
19–29 yaş	153	35,8	69	16,2
30–39 yaş	163	38,2	190	44,5
40–49 yaş	111	26	136	31,9
50 yaş ve üstü	-	-	32	7,5
Eğitim durumları				
İlkokul*	156	36,5	123	28,8
Ortaokul	61	14,3	63	14,8
Lise	121	28,3	124	29,0
Yüksekokul	89	20,8	117	27,4

*Okuryazar olan 13 kadın ve 4 eş ilkököl mezunu eğitimi almış grubuna eklenmiştir.

Çizelge 3.1.2’de kadınların evlilik süresi, en uzun süre yaşadıkları yer, algılanan gelir düzeyi, aile tipi ve sosyal güvence ile ilgili dağılımları verilmiştir. Kadınların evlilik süresi ortalaması $11,39 \pm 7,82$ yıl olarak bulunmuştur. Kadınların %23,7’sinin 1–4 yıl arasında, %24,6’sının 5–9 yıl arasında, %33,7’sinin 10–19 yıl arasında ve %18’inin 20 yıl ve daha fazla süredir evli oldukları saptanmıştır.

Kadınların bugüne kadar en uzun süre yaşadıkları yere ilişkin bulgularının dağılımları incelendiğinde, %85,2’sinin il merkezinde, % 8,9’unun ilçede ve % 5,9’unun köyde yaşadıkları görülmektedir. Kadınların % 20,6’sı gelir düzeylerini düşük, %71,4’ü orta ve %8’i yüksek olarak algıladıklarını belirlemişlerdir. Kadınların %89,2’sinin çekirdek ailede yaşadığı ve %93,2’sinin sosyal güvencesinin olduğu bilinmektedir (Çizelge 3.1.2).

Çizelge 3.1.2. Kadınların sosyal özelliklerine göre dağılımı (n=427)

Sosyal özellikler	n	%
Evlilik süresi		
4 yıl ve altı	101	23,7
5–9 yıl	105	24,6
10-19yıl	144	33,7
20 yıl ve üstü	77	18,0
En uzun yaşadıkları yer		
Köy	25	5,9
İlçe*	38	8,9
İl merkezi	363	85,2
Algılanan gelir düzeyi		
Düşük	88	20,6
Orta	305	71,4
Yüksek	34	8,0
Aile tipi		
Çekirdek aile	381	89,2
Geniş aile	46	10,8
Sosyal güvence		
Olan	398	93,2
Olmayan	29	6,8

*Kasabada yaşayan 1 kişi ilçede yaşayan grubuna dahil edilmiştir.

Çizelge 3.1.3’de kadınların %14,8’inin sağlık probleminin olduğu saptanmıştır. En sık görülen sağlık problemleri sırasıyla hipertansiyon (%3,9), yüksek kolesterol (%2,8), alerjik hastalıklar (%2,8) ve ülser (%1,6) olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.1.3 Kadınların sağlık durumlarına göre dağılımları (n=427)

Sağlık durumu	n	%
Sağlık problemi (n=427)		
Olan	63	14,8
Olmayan	364	85,2
Hastalıklar *		
Bel fıtığı	4	0,9
Alerjik hastalıklar	7	1,6
DM	12	2,8
Ülser	5	1,1
Fibrokistik meme	2	0,4
Over kisti	4	0,9
Guatr	4	0,9
Yüksek kolesterol	7	1,6
Hipertansiyon	17	3,9
Anemi	1	0,2
Kalp hastalığı	2	0,4
Böbrek hastalığı	2	0,4
Multiple skleroz	1	0,2
Behçet hastalığı	1	0,2
Panik atak	2	0,4
Erken menopoz	1	0,2

* Bazı kadınların birden fazla hastalığı olduğu için n’de katlanmalar olmuştur. Ancak yüzdelere toplam örneklem sayısı üzerinden alınmıştır.

3.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları

Kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin veriler Çizelge 3.2.1’de sunulmaktadır. Kadınların ilk doğumu %15,4’ünün 19 yaş ve altı, %78,1’inin 20–29 yaş ve %6,5’inin 30–39 yaş aralığında yaptıkları ortaya çıkmıştır. Kadınların ortalama doğum yapma yaşının ise $23,40 \pm 3,90$ olduğu görülmüştür. Kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde %55’inin bir ve iki kez gebe kaldığı, %38,9’unun üç ve daha fazla

gebeliği olduğu ve %6,1'inin hiç gebelik yaşamadığı bulunmuştur. Canlı doğum yapan kadınların %26,9'u bir kez, %45,0'ı iki kez ve %38,9'u üç ve daha fazla canlı doğum yapmıştır. Kadınların %26,7'sinin bir, %46,1'inin iki ve %16,6'sının üç ve daha fazla yaşayan çocuğu olduğu belirlenmiştir. Kadınların %19,2'sinin bir kez ve %4,4'ünün iki ve daha fazla düşük yaptığı; %11,5'inin bir kez, %5,6'sının iki ve daha fazla kürtaj olduğu saptanmıştır. Kadınların %4,7'si en az bir kez ölü doğum yapmışlardır.

Çizelge 3.2.1 Kadınların obstetrik özellikleri (n=427)

Obstetrik özellikler	n	%
İlk doğum yaşı		
19 yaş ve altı	59	15,4
20–29	299	78,1
30–39*	25	6,5
Gebelik sayısı		
Hiç gebeliği olmayan	26	6,1
1–2	235	55,0
3 ve daha fazla	166	38,9
Canlı doğum sayısı		
Canlı doğum yapmayanlar	44	10,3
1	115	26,9
2	192	45,0
3 ve daha fazla	76	17,8
Yaşayan çocuk sayısı		
1	114	26,7
2	97	46,1
3 ve daha fazla	71	16,6
Düşük sayısı		
Düşük yapmayanlar	326	76,3
1	82	19,2
2 ve daha fazla	19	4,4
Kürtaj sayısı		
Kürtaj olmayanlar	354	82,9
1	49	11,5
2 ve daha fazla	24	5,6
Ölü doğum sayısı		
Hiç ölü doğum yapmayan	407	95,3
1**	20	4,7

* Bu gruptaki kadınların 4'ü 35 yaş ve üstü yaşta doğum yapmışlardır.

** İki kez ölü doğum yapan 1 kişi bir kez ölü doğum yapan gruba eklenmiştir.

3.3. Kadınların Planlanmamış Gebelik ve AP Yöntemlerine İlişin Özellikleri

Kadınların gebe kalma durumları ve AP yöntemlerine ilişkin özellikleri Çizelge 3.3.1 ve Çizelge 3.3.2’de verilmiştir. Kadınların planlanmamış gebelik özellikleri incelendiğinde, %37,6’sının planlanmamış gebelikle karşılaştığı ortaya çıkmıştır. Kadınların %8,5’i ilk gebeliğinin, %30,7’si ikinci gebeliğinin, %28,8’i üçüncü gebeliğinin ve %32,0’ı dört ve daha fazla gebeliğinin planlanmamış gebelik olduğunu belirtmişlerdir.

Çizelge 3.3.1.Kadınların planlanmamış gebe kalma durumu (n=427)

Planlanmamış gebelikler	n	%
Planlanmamış gebeliği		
Olan	155	37,6
Olmayan	257	62,4
Planlanmamış gebeliğin sırası		
1. gebeliği	13	8,5
2. gebeliği	47	30,7
3. gebeliği	44	28,8
4 ve üstü olan gebelikler	49	32,0

Çizelge 3.3.2’de görüldüğü gibi kadınların %30,4’ünün AP danışmanlık hizmeti aldığı ve %98,8’inin AP yöntemlerinden en az birini bildiği saptanmıştır. AP yöntemlerini bilen kadınların %29’unun gazete-dergi-kitaptan, %28,8’inin akraba-komşudan, %32,5’inin radyo-TV’den, %76,1’inin ebe-hemşireden, %22,9’unun hekimden, %1,1’inin eğitim öğretim süresince ve %1,4’ünün internetten bilgi aldığı belirlenmiştir.

Kadınların bildikleri AP yöntemleri incelendiğinde ise %96,9’unun oral kontraseptifleri, %96,7’sinin kondomu, %98,1’inin RİA’yı, %76,8’inin enjeksiyonları, %91,1’inin geri çekme yöntemini, %55’inin takvim yöntemini, %32,5’inin tüpligasyonu, %13,5’inin vazektomi yöntemini, %8,1’inin implantı, %4,6’sının diyaframı, %6’sının

fitili ve %3,2'sinin ertesi gün hapını bildikleri saptanmıştır. Hiçbir yöntem bilmeyen kadınların oranının %1,1 olduğu ortaya çıkmıştır (Çizelge 3.3.2).

Çizelge 3.3.2. Kadınların AP yöntemlerini bilme ve danışmanlık alma durumları (n=427)

AP yöntemlerini bilme ve danışmanlık alma	n	%
AP danışmanlık hizmeti		
Alan	130	30,4
Almayan	297	69,6
Herhangi bir AP yöntemini bilme durumu		
Bilen	422	98,8
Bilmeyen	5	1,2
Bilgi alınan yer*		
Gazete-dergi-kitap	124	29,0
Akraba- komşu	123	28,8
Radyo-TV	139	32,5
Ebe-hemşire	325	76,1
Hekim	98	22,9
Okul	5	1,1
İnternet	6	1,4
Bilinen AP yöntemleri*		
Hap	414	96,9
Kondom	413	96,7
RİA	419	98,1
Enjeksiyonlar	328	76,8
Geri çekme	389	91,1
Takvim yöntemi	235	55,0
Tüpligasyon	139	32,5
Vazektomi	58	13,5
İmplant	35	8,1
Diyafram	20	4,6
Fitil	26	6,0
Ertesi gün hapı	14	3,2
Hiç yöntem bilmeyen	5	1,1

* Bazı kadınlar birden fazla yerden bilgi aldıkları ve birden fazla AP yöntemini bildikleri için n' de katlanmalar olmuştur. Ancak yüzdeler toplam örneklem sayısı üzerinden alınmıştır.

Çizelge 3.3.3'de kadınların şu ana kadar %96,7'sinin herhangi bir yöntem kullandığı ve %3,2'sinin hiç bir yöntem kullanmadığı görülmektedir. Yöntem kullanan kadınların şimdiye kadar kullandıkları yöntemler incelendiğinde %40,8'inin OKS, %46,1'inin kondom, %36,7'sinin RİA, %61,1'inin geri çekme, %6,3'ünün enjeksiyon, %7,9'unun takvim yöntemi ve %3,9'unun fitil kullandığı belirlenmiştir.

Çizelge 3.3.3. Kadınların şu ana kadar herhangi bir AP yöntemi kullanma durumu ve kullandıkları yönteme göre dağılımı (n=427)

AP kullanma	n	%
Şu ana kadar herhangi bir AP yöntemi kullanma durumu		
Kullanan	413	96,7
Kullanmayan	14	3,2
Şimdiye kadar kullanılan yöntemler*		
Modern yöntemler		
Hap	174	40,8
Kondom	197	46,1
RİA	157	36,7
Enjeksiyon	27	6,3
Fitil	17	3,9
Geleneksel yöntemler		
Geri çekme	261	61,1
Takvim yöntemi	34	7,9

*Bazı kadınlar şimdiye kadar birden fazla yöntem kullandıkları için n’de katlanmalar olmuştur. Ancak yüzdelikler toplam örneklem sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Çizelge 3.3.4’de kadınların şu anda yöntem kullanma durumları belirtilmektedir. Kadınların şu anda kullandıkları yöntemler incelendiğinde %60,4’ünün modern yöntemleri, %26’sının geleneksel yöntemleri kullandığı, %7,7’sinin gebe veya menopozda olduğu ve %5,9’unun gebelik istediği için yöntem kullanmadığı görülmüştür.

Yöntem kullanan kadınların şu anda kullandıkları yöntemler arasında %22,5’inin geri çekme, %21,3’ünün RİA, %16,2’sinin hap, %14,1’inin kondom, %6,3’ünün tüpligasyon olduğu, %2,6’sının enjeksiyon, %2’sinin fitil kullandığı %1,2’sinin takvim yöntemini kullandıkları belirlenmiştir (Çizelge 3.3.4).

Çizelge 3.3.4. Kadınların şu anda kullandıkları AP yöntemleri (n=427)

Şu anda yöntem kullanma	n	%
Şu anda yöntem kullanma durumu (n=427)		
Modern yöntem kullanan	258	60,4
Geleneksel yöntem kullanan	111	26,0
Gebe-menopozda olan	33	7,7
Gebelik istediği için yöntem kullanmayan	25	5,9
Şu anda kullanılan yöntemler		
Geri Çekme	96	22,5
RİA	91	21,3
Hap	69	16,2
Kondom	60	14,1
Tüpligasyon	27	6,3
Enjeksiyon	11	2,6
Fitil	1	0,2
Emzirme	9	2,1
Takvim yöntemi	5	1,2
Yöntem kullanmayan	58	13,6

Çizelge 3.3.5’de kadınların aile planlaması yöntemini kullanarak gebe kalma durumları incelenmiştir. Kadınların %35,2’sinin yöntem kullanarak gebe kaldığı saptanmıştır. Yöntem kullanarak gebe kalan kadınların %15,6’sının kondom, %72,5’inin geri çekme, %3,9’unun hap, %1,9’unun RİA, %9,8’inin takvim yöntemi, %2,6’sının fitil kullanarak ve %2’sinin emzirme döneminde gebe kaldığı ortaya çıkmıştır. Kadınların %86,7’si modern yöntemlerin, %10,5’i geleneksel yöntemlerin güvenilir olduğunu düşünmektedir.

Çizelge 3.3.5 Kadınların aile planlaması yöntemi kullanarak gebe kalma durumu ve en güvendikleri yöntemlerin özellikleri (n=427)

Yöntem kullanırken gebe kalma durumu ve en çok güvenilen yöntemler	n	%
Yöntem kullanırken gebe kalma		
Olan	148	35,2
Olmayan	272	64,8
Gebelik olduğu sırada kullanılan yöntemler*		
Geri çekme	111	72,5
Kondom	24	15,6
Takvim yöntemi	15	9,8
Hap	6	3,9
Fitil	4	2,6
RİA	3	1,9
Laktasyonel amenore	3	1,9
En fazla güvenilen yöntemler**		
Modern yöntemler	370	86,7
Geleneksel yöntemler	45	10,5

*Bazı kadınların birden fazla yöntemle gebe kalması nedeni ile n’de değişim olmuştur.

**En fazla güvenilen yöntemin özelliğine ilişkin görüşü olmayan 12 kadın değerlendirmeye alınmamıştır.

Kadınların geçmişte kullandıkları aile planlaması yöntemlerini bırakma nedenleri Çizelge 3.3.6’da verilmiştir. RİA’yı bırakan 69 kadının %59,4’ü fazla kanama, %33,3’ü ağrı, %21,7’si gebelik isteği, %13’ü enfeksiyon, %2,8’i gebe kalma ve %2,8’i uterus rüptürü gelişmesi nedeniyle yöntemi bıraktığını belirtmiştir. Kondomu bırakan 130 kadının %46,1’inin eşin istememesi, %40,7’sinin koruyuculuğuna güvenmeme, %15,3’ünün gebe kalma, %12,5’inin kullanım güçlüğü ve % 4,6’sının çocuk istemeleri nedeniyle yöntemi bıraktığı ortaya çıkmıştır. Enjeksiyon yöntemini bırakan 16 kadının %81,2’si adet düzensizliği, %50’si baş dönmesi ve sinirlilik, %25’i akıntı ve %12,5’i hormonlarında bozukluk olabileceği düşüncesi ile yöntemi bıraktıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan 100 kadının oral kontraseptifleri bıraktığı belirlenmiş ve bu kadınların %54’ünün sinirlilik, baş ağrısı ve baş dönmesi, %31’inin unutma, %27’sinin adet düzensizliği, %18’inin mide ağrısı ve bulantı, %15’inin kilo alma, %10’unun çocuk istemesi nedeni ile yöntemi bıraktıkları saptanmıştır. Geri çekme yöntemini bırakan 162 kadından %57,4’ünün koruyuculuğuna güvenmeme, %47,5’inin yöntemle gebe kalma, %15,4’ünün eşinin istememesi, %6,1’inin çocuk istemesi ve

%3'ünün tüpligasyon olması nedeniyle yöntemi bıraktığı ortaya çıkmıştır. Takvim yöntemini bırakan 26 kadının %50'si gebe kaldığı için %50'si de kullanımda güçlük çektiği için yöntemi bıraktığı belirlenmiştir. Fitili bırakan 12 kadının ise %50'sinin gebe kalması ve diğer %50'sinin de kullanım güçlüğü çekmesi nedeniyle yöntemi bıraktıklarını bildirmişlerdir.

Çizelge 3.3.6. Kadınların geçmişte kullandıkları AP yöntemlerini bırakma nedenleri

AP yöntemlerini bırakma nedenleri	n	%
RİA bırakma nedenleri (n=69)*		
Fazla kanama	41	59,4
Ağrı	23	33,3
Çocuk isteme	15	21,7
Enfeksiyon	9	13,0
Gebe kalma	2	2,8
Uterus rüptürü	2	2,8
Geri çekme yöntemini bırakma nedenleri (n=162)*		
Koruyuculuğuna güvenmeme	93	57,4
Gebe kalma	77	47,5
Eşin istememesi	25	15,4
Çocuk isteme	10	6,1
Tüpligasyon olma	5	3,0
Kondomu bırakma nedenleri (n=130)*		
Eşin istememesi	60	46,1
Koruyuculuğuna güvenmeme	53	40,7
Gebe kalma	20	15,3
Kullanım güçlüğü	16	12,3
Çocuk isteme	6	4,6
Enjeksiyon bırakma nedeni (n=16)*		
Adet düzensizliği	13	81,2
Baş dönmesi, sinirlilik	8	50,0
Akıntı	4	25,0
Hormon bozukluğu olacağını düşünme	2	12,5
OKS bırakma nedenleri (n=100)*		
Sinirlilik, baş ağrısı, baş dönmesi	54	54,0
Unutma	31	31,0
Adet düzensizliği	27	27,0
Mide ağrısı, bulantı	18	18,0
Eşin istememesi	15	15,0
Çocuk isteme	10	10,0
Gebe kalma	4	4,0
Akıntı	3	3,0
Kilo alma	2	2,0
Tüylene	2	2,0
İnfertiliteye neden olması	2	2,0
Diğer	4	4,0
Takvim yöntemini bırakma nedeni (n=26)*		
Gebe kalma	13	50,0
Kullanım güçlüğü	13	50,0
Fitili bırakma nedeni (n=12)*		
Gebe kalma	6	50,0
Kullanım güçlüğü	6	50,0

*Yüzdelere yöntemi bırakan kadınların sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

3.4. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kadınların APTÖ ve Alt Ölçek puan ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.4.1’de verilmiştir.

Çizelge 3.4.1. Kadınların APTÖ ve Alt Ölçek puan ortalamalarının dağılımı

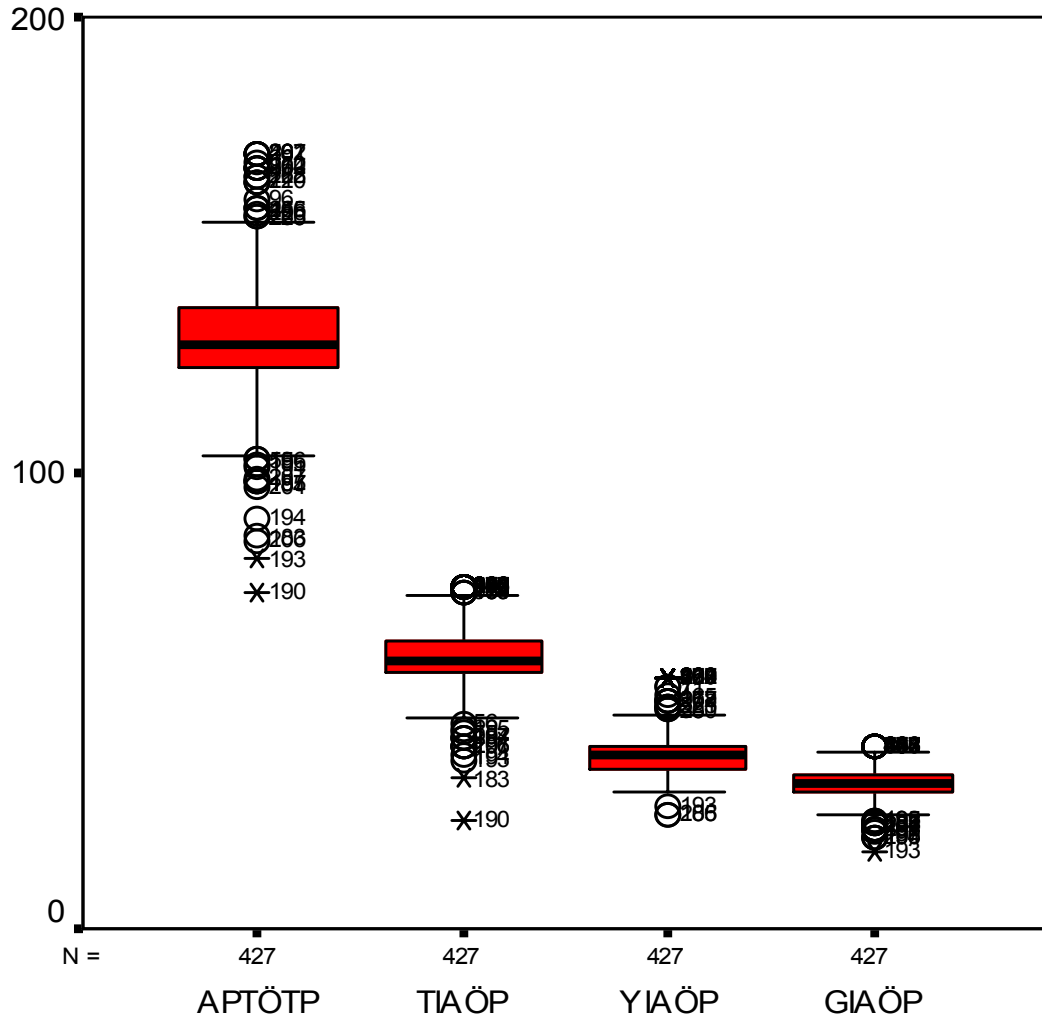
	Ortalama	SD*	Alt	Üst
APTÖ	130,28	13,81	74	170
Topluma İlişkin Alt Ölçek	59,62	7,49	24	75
Yönteme İlişkin Alt Ölçek	38,55	5,01	25	55
Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek	32,11	3,80	17	40

*SD: Standart hata

Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile ilgili kısaltmalar;

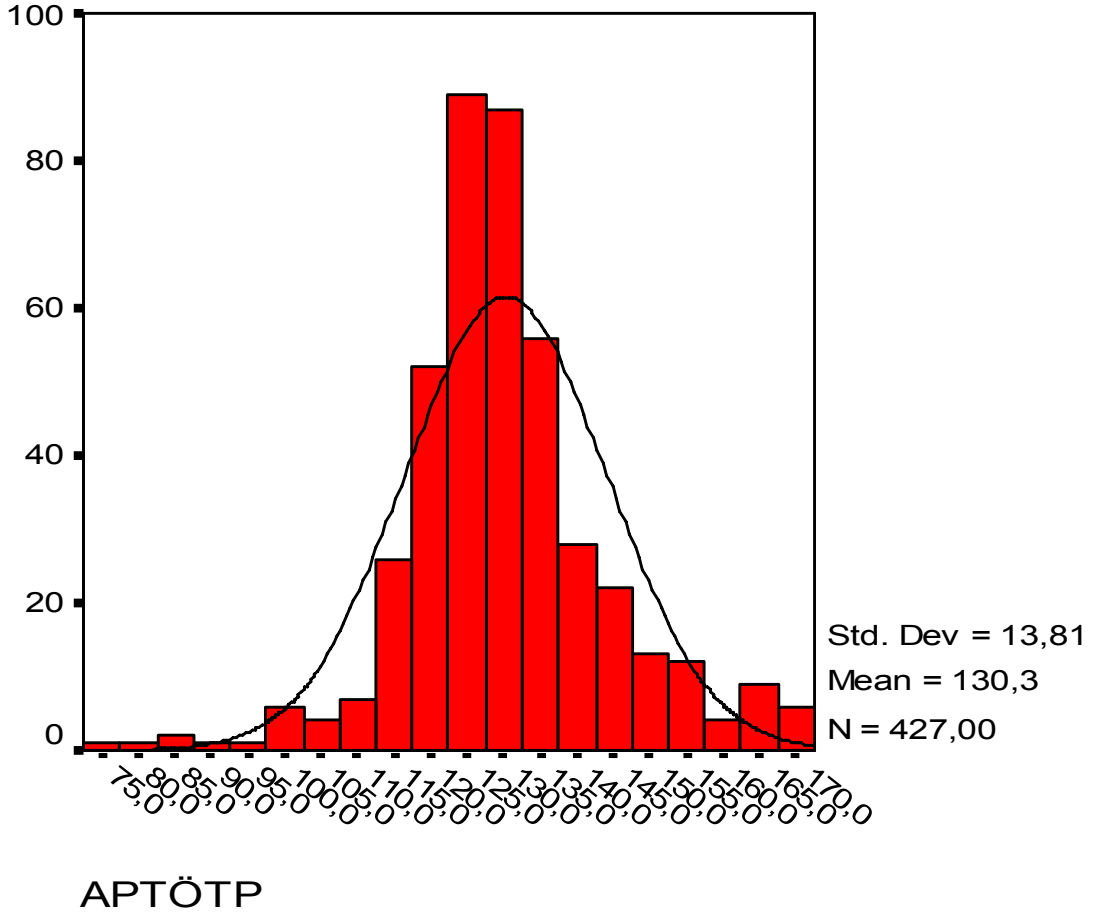
- APTÖTP: Aile Planlaması Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasının normal dağılımı
- TİAÖP: Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği’nin Topluma İlişkin Alt Ölçeği puan ortalamalarının normal dağılımı
- YİAÖP: Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği’nin Yönteme İlişkin Alt Ölçeği puan ortalamalarının normal dağılımı
- GİAÖP: Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği’nin Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği puan ortalamalarının normal dağılımı

Grafik 2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasının ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı



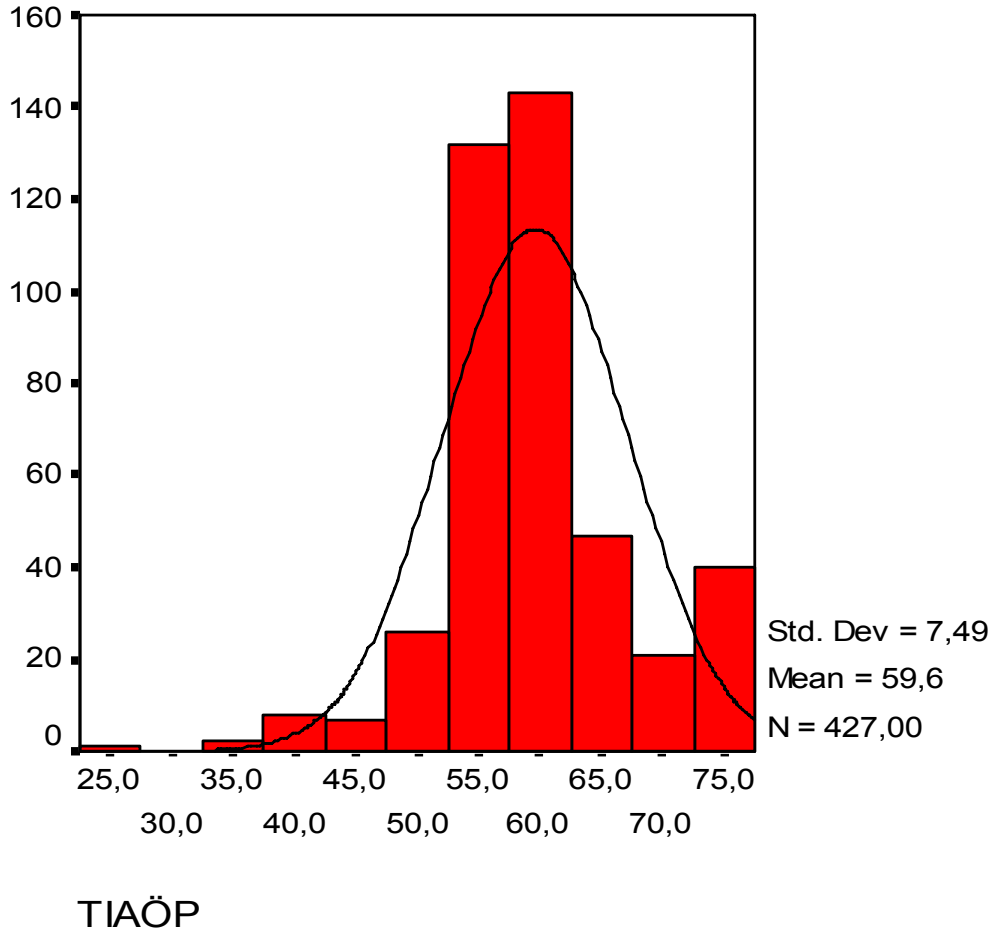
Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği toplam puan ortalamalarının $130,30 \pm 13,81$ olduğu ve normal dağılım özelliği gösterdiği saptanmıştır (Grafik 2 ve 3).

Grafik 3. Aile Planlaması Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması



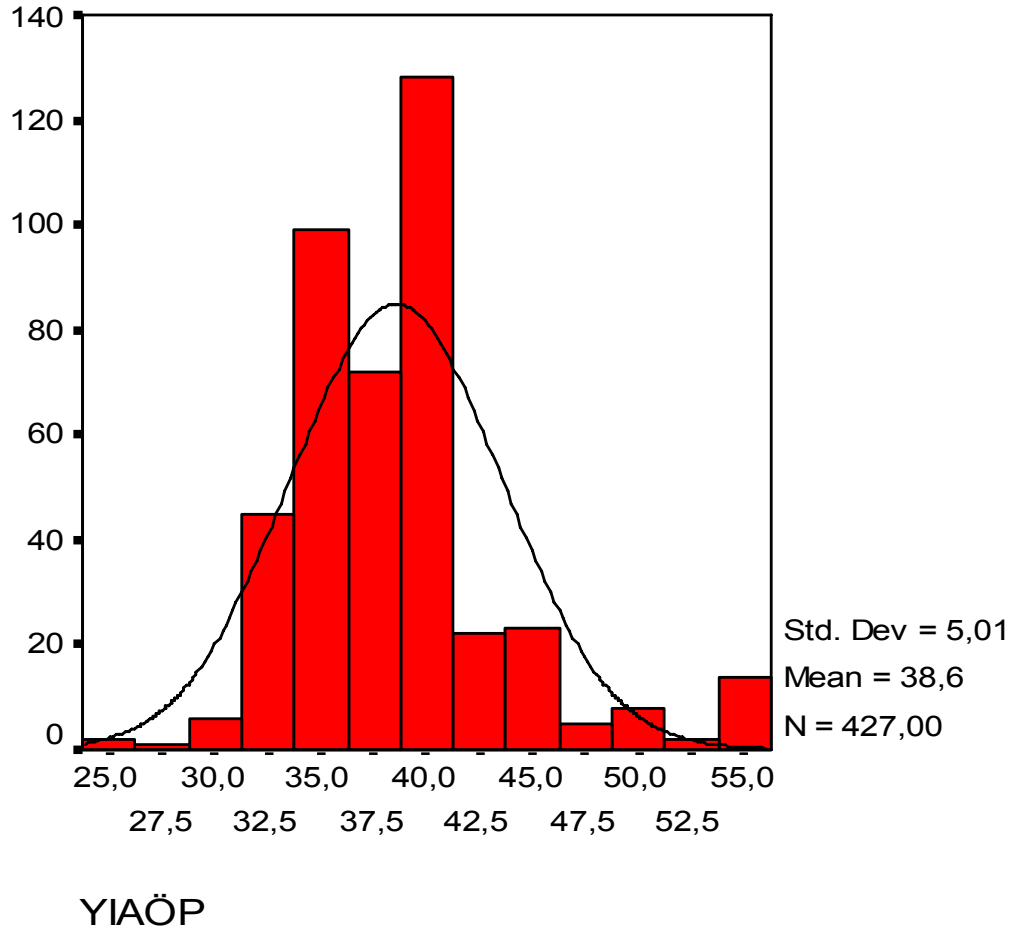
Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Topluma İlişkin Alt Ölçeği puan ortalamasının $59,60 \pm 7,49$ olduğu ve normal dağılım özelliği gösterdiği belirlenmiştir (Çizelge 3.4.1, Grafik 2 ve 4).

Grafik 4. Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Topluma İlişkin Alt Ölçeği puan ortalaması



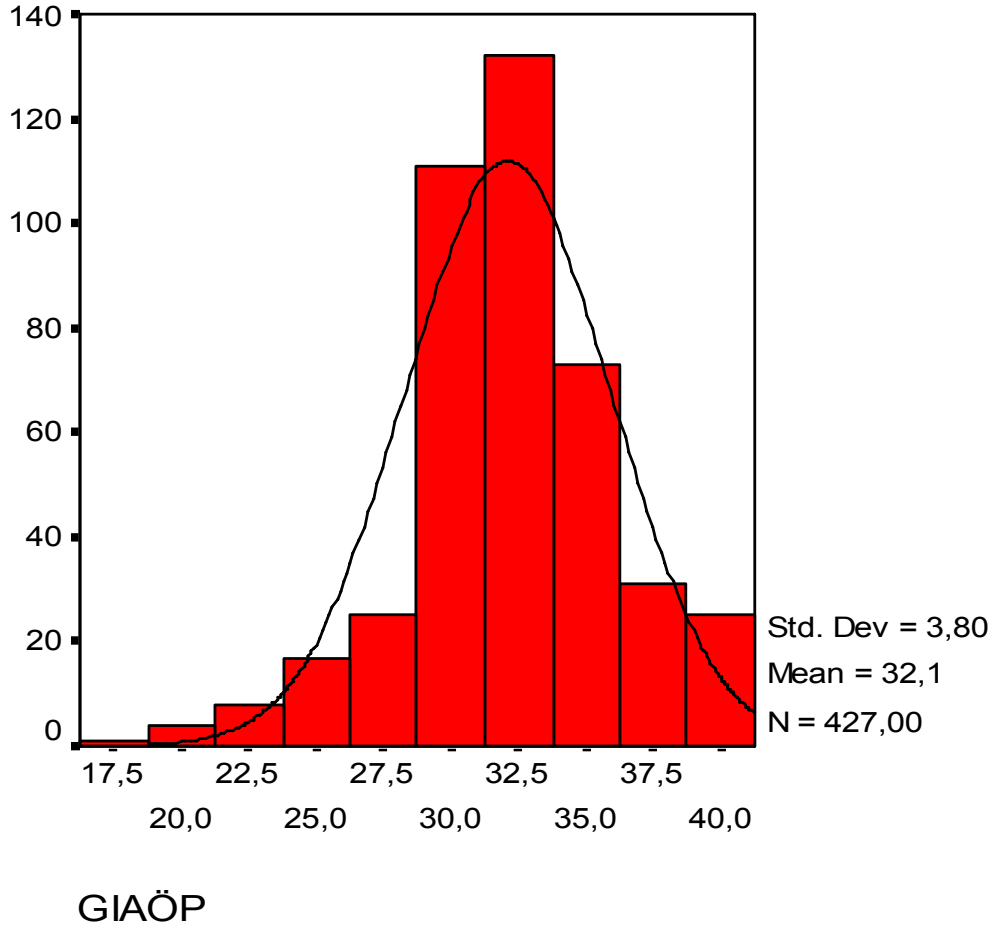
Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Yönteme İlişkin Alt Ölçeği puan ortalamasının $38,60 \pm 5,01$ olduğu ve normal dağılım özelliği gösterdiği belirlenmiştir (Grafik 2 ve 5).

Grafik 5. Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Yönteme İlişkin Alt Ölçeği puan ortalaması



Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği puan ortalamasının 32,10+3,80 olduğu ve normal dağılım özelliği gösterdiği belirlenmiştir (Grafik 2 ve 6).

Grafik 6. Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği puan ortalaması



3.5. Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon

Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçek puanları arasındaki korelasyon değerleri Çizelge 3.5.1’de verilmiştir. APTÖ toplan puanı ile Topluma İlişkin Alt Ölçek puanı arasındaki korelasyon $r=0,93$, Yönteme İlişkin Alt Ölçek puan ortalaması arasındaki korelasyon $r=0,80$, Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanı arasındaki korelasyon ise

$r=0,75$ olarak bulunmuştur. Topluma İlişkin Alt Ölçek puanının Yönteme ve Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanları arasındaki korelasyon $r=0,61$, Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanı ile Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanları arasındaki korelasyon $r=0,39$ olarak belirlenmiştir.

Çizelge 3.5.1. Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon

APTÖ ve Alt Ölçek puanları arasındaki korelasyon	1	2	3	4
(1) APTÖ toplam puanı	—			
(2) Topluma İlişkin Alt Ölçek puanı	0,93*	—		
(3) Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanı	0,80*	0,61*	—	
(4) Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanı	0,75*	0,61*	0,39*	—

* $P<0,01$

3.6. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Ölçek Puanları İle Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler Arasındaki İlişki

3.6.1. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği Toplam Puanlarının Aile Planlaması Yöntemleri İle İlişkisi

Araştırma kapsamına alınan kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin verilerinin APTÖ toplam puanı üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA) ve t-testi ile incelenmiş ve Çizelge 3.6.1.1’de verilmiştir. Kadınların APTÖ toplam puanı üzerinde planlanmış gebeliği olan kadınların puan ortalamasının ($131,37\pm13,70$, $n=257$) planlanmamış gebeliği olan kadınlara ($128,80\pm13,67$, $n=155$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir ancak, yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($t=1,845$, $p=0,066$).

Çalışmada aile planlaması yöntemlerini bilen kadınların APTÖ toplam puan ortalamasının ($130,34\pm13,84$, $n=422$) aile planlaması yöntemlerini bilmeyen

kadınlarınkine ($125,80 \pm 10,06$, $n=5$) istatistiksel olarak benzer olduğu belirlenmiştir ($t=-0,730$, $p=0,466$). Yine aile planlaması danışmanlığı alan kadınların APTÖ toplam puan ortalamasının ($132,06 \pm 15,73$, $n=130$) aile planlaması danışmanlığı almayan kadınlarınkine ($129,51 \pm 12,83$, $n=297$) istatistiksel olarak benzer olduğu ortaya çıkmıştır ($t=-1,764$, $p=0,078$). Kadınların APTÖ toplam puanı üzerinde aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasını gerekli bulma durumunun etkileri analiz edildiğinde, aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasını gerekli bulan kadınların toplam ölçek puan ortalamasının ($132,73 \pm 17,52$) aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasını gereksiz bulanlara ($131,65 \pm 11,70$) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamsız olduğu görülmüştür ($t=-0,280$, $p=0,780$). Çalışmaya katılan kadınların APTÖ puanı üzerinde yöntem kullanarak gebe kalmayan kadınların puan ortalamalarının ($131,18 \pm 14,11$, $n=272$) yöntem kullanarak gebe kalanlarınkine ($128,61 \pm 13,38$, $n=148$) göre daha yüksek olduğu, ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamsız olduğu görülmüştür ($t=1,812$, $p=0,071$) (Çizelge 3.6.1.1).

Örnekleme alınan kadınların APTÖ toplam puanı üzerinde şu anda yöntem kullanma durumlarının etkileri değerlendirildiğinde gebelik istediği için yöntem kullanmayan kadınların, gebe ve menopozda olan, modern yöntem kullanan ve geleneksel yöntem kullanan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(3;423)=4,669$, $p=0,003$). Bu farkın modern yöntem kullanan kadınlar ($131,86 \pm 13,58$, $n=258$) ile geleneksel yöntem kullanan kadınlar ($126,25 \pm 14,16$, $n=111$) arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur (Çizelge 3.6.1.1).

Araştırma kapsamındaki kadınların APTÖ toplam puanı üzerinde en güvendikleri yöntemin özelliğinin etkilerine bakıldığında modern yöntemlere güvenen kadınlar, geleneksel yöntemlere güvenen kadınlar ve fikri olmayan kadınlar arasında yapılan incelemede bu gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F(2;424)=3,161$, $p=0,043$). Yapılan çoklu karşılaştırma test sonuçları; en fazla modern yöntemlere güvenen kadınların ($130,86 \pm 13,89$, $n=370$), geleneksel yöntemlere güvenen ($127,71 \pm 12,75$, $n=45$) ve fikri olmayan ($122,25 \pm 12,60$, $n=12$) kadınlarınkine göre daha yüksek olduğunu ve bu farkın anlamlı olduğunu göstermiştir. Yapılan ileri analizde bu farkın hangi gruptan kaynaklanmadığı görülmüştür (Çizelge 3.6.1.1).

Çizelge 3.6.1.1. Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre Aile Planlaması Tutum Ölçeği puanlarının dağılımı

AP ve Sağlık Durumları	Sayı (%)	Ortalama(SD)	F / t değeri	P-değeri	%95 güven aralığı	
					Alt	Üst
Planlanmamış gebeliği						
Olan	155 (37,6)	128,80 (13,67)	1,845	0,066	-0,17	5,31
Olmayan	257 (62,4)	131,37 (13,70)			-0,17	5,31
AP bilme durumu						
Bilen	422 (98,8)	130,34 (13,84)	-0,730	0,466	-16,95	7,88
Bilmeyen	5 (1,2)	125,80 (10,06)			-16,76	7,68
AP danışmanlığı						
Alan	130 (30,4)	132,06 (15,73)	-1,764	0,078	-5,65	0,54
Almayan	297 (69,6)	129,51 (12,83)			-5,40	0,29
AP kullanılması						
Gerekli	15 (22,7)	132,73 (17,52)	-0,280	0,780	11,20	9,03
Gereksiz	51 (77,3)	131,65 (11,70)			-8,83	6,66
Yöntem kullanarak gebe						
Kalan	148 (35,2)	128,61 (13,38)	1,812	0,071	-0,18	5,31
Kalmayan	272 (64,8)	131,18 (14,11)			-0,22	5,35
Şu anda yöntem kullanma durumu						
Modern yöntem	258 (60,4)	131,86 (13,58)	4,669	0,003	130,20	133,53
Geleneksel yöntem	111 (26)	126,25 (14,16)			123,59	128,92
Gebe-menopozda	33 (7,7)	129,67 (12,07)			125,39	133,95
Gebelik isteyen	25 (5,9)	132,67 (13,74)			127,01	138,35
En fazla güvenilen yöntemin özelliği						
Modern	370 (86,7)	130,86 (13,89)	3,161	0,043	129,44	132,28
Geleneksel	45 (10,5)	127,71 (12,75)			123,88	131,54
Bilmiyor	12 (2,8)	122,25 (12,60)			114,24	130,26

Kadınların aile planlaması tutumunu etkileyen değişkenleri belirlemede kullanılan stepwise çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı olan ve açıklayıcılık gücünü (tanımlayıcılık oranını) artıran bir tane değişken olduğunu göstermiştir. Bu değişken geleneksel yöntem kullanma olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada geleneksel yöntem kullanma ile aile planlaması tutumu arasında negatif ilişki olduğu bulunmuştur. (Çizelge 3.6.1.2).

Çizelge 3.6.1.2 Kadınların aile planlaması tutumlarının kullandıkları yöntem ile ilişkisi

Faktörler	Beta	SD**	t	%95 güven aralığı		Toplam R ²
				Alt	Üst	
Geleneksel yöntem	-2,049	0,277	-3,766*	-3,119	-0,980	0,003

*P<0,05

**SD: Standart Hata

3.6.2. Kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek Puanlarının Aile Planlaması Yöntemleri İle İlişkisi

Araştırma örneklemine alınan kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin Topluma İlişkin Alt Ölçek puanları üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA) ve t-testi ile incelenmiştir (Çizelge 3.6.2.1). Çizelge incelendiğinde planlanmamış gebeliği olmayan kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanının ($60,21 \pm 7,47$, $n=257$) planlanmış gebeliği olan kadınlarınkine ($58,66 \pm 7,31$, $n=155$) göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=2,046$, $p=0,041$).

Kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde aile planlaması yöntemlerini bilme durumunun etkilerine bakıldığında, aile planlaması yöntemlerini bilen kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanının ($59,65 \pm 7,51$, $n=422$) bilmeyenlere ($57,20 \pm 5,02$, $n=5$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($t=-0,343$, $p=0,468$) (Çizelge 3.6.2.1).

Araştırmaya katılan kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde aile planlaması danışmanlığı alma durumunun etkileri analiz edildiğinde aile planlaması danışmanlığı alan kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanının ($60,32 \pm 8,41$, $n=130$) almayanlara ($59,32 \pm 7,04$, $n=297$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamsız olduğu ortaya çıkmıştır ($t=-1,279$, $p=0,202$). Kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasını gerekli bulma durumunun etkilerine bakıldığında aile

planlaması yöntemlerinin kullanılmasını gerekli bulan kadınların puanının ($62,27 \pm 8,96$, $n=15$) gereksiz bulanlara ($61,04 \pm 7,42$, $n=51$) göre daha yüksek olduğu, ancak bu farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($t=-0,537$, $p=0,593$) (Çizelge 3.6.2.1).

Kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde yöntem kullanarak gebe kalma durumunun etkileri t-testi değerlendirildiğinde, yöntem kullanarak gebe kalmayan kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanının ($60,21 \pm 7,69$, $n=272$) yöntem kullanarak gebe kalan kadınlarınkine ($58,41 \pm 7,06$, $n=148$) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($t=2,351$, $p=0,019$) (Çizelge 3.6.2.1).

Çizelge 3.6.2.1’de görüldüğü gibi kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde şu anda yöntem kullanma durumlarının etkileri değerlendirilmiş, gebelik istediği için yöntem kullanmayan, gebe ve menopozda olan, modern yöntem kullanan ve geleneksel yöntem kullanan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(3;423)=2,830$, $p=0,038$). Yapılan çoklu karşılaştırma test sonuçları; gebelik istediği için yöntem kullanmayan kadınların puanlarının ($61,32 \pm 8,40$, $n=25$) modern yöntem kullanan ($60,19 \pm 7,16$, $n=258$), geleneksel yöntem kullanan ($57,92 \pm 7,86$, $n=111$) ve gebe-menopozda olan ($60,36 \pm 7,41$, $n=33$) kadınlarınkinden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ancak farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey (HSD) testi sonuçları farkın hangi gruptan kaynaklandığını göstermemiştir.

Bu çalışmada kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde en güvenilen yöntemlerin etkileri değerlendirilmiş, modern yöntemlere güvenen, geleneksel yöntemlere güvenen ve fikri olmayan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(2;424)=3,212$, $p=0,041$). Kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanlarının hangi gruptan etkilendiğini belirlemek için yapılan çoklu karşılaştırma test sonuçları bu farkın, en fazla modern yöntemlere güvenen kadınlar ($59,85 \pm 7,53$, $n=370$) ile fikri olmayan kadınlar ($54,42 \pm 7,17$, $n=12$) arasındaki farktan kaynaklandığını göstermiştir (Çizelge 3.6.2.1).

Çizelge 3.6.2.1. Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre Topluma İlişkin Alt Ölçek puanlarının dağılımı

Değişkenler	Sayı (%)	Ortalama (SD)	F/ t değeri	P- değeri	%95 güven aralığı	
					Alt	Üst
Planlanmamış gebeliği						
Olan	155(37,6)	58,66(7,31)	2,046	0,041	0,07	3,02
Olmayan	257(62,4)	60,21(7,47)			0,06	3,02
AP bilme durumu						
Bilen	422(98,8)	59,65(7,51)	0,343	0,468	-8,64	3,74
Bilmeyen	5 (1,2)	57,20(5,02)			-9,08	4,18
AP danışmanlığı						
Alan	130(30,4)	60,32(8,41)	-	0,202	-2,67	0,66
Almayan	297(69,6)	59,32(7,04)	1,279		-2,55	0,54
AP kullanılması						
Gerekli	15 (22,7)	62,27(8,96)	-	0,593	-6,52	4,06
Gereksiz	51 (77,3)	61,04(7,42)	0,537		-5,80	3,34
Yöntem kullanarak gebe						
Kalan	148(35,2)	58,41(7,06)	2,351	0,019	0,33	3,26
Kalmayan	272(64,8)	60,21(7,69)			0,29	3,29
Şu anda yöntem kullanma durumu						
Modern yöntem	258(60,4)	60,19(7,16)	2,830	0,038	59,22	60,98
Geleneksel yöntem	111 (26)	57,92(7,86)			56,44	59,40
Gebe-menopozda	33 (7,7)	60,36(7,41)			57,74	62,99
Gebelik isteyen	25 (5,9)	61,32(8,40)			57,85	64,79
En fazla güvenilen yöntemin özelliği						
Modern	370(86,7)	59,85(7,53)	3,212	0,041	59,08	60,62
Geleneksel	45 (10,5)	59,11(6,87)			57,05	61,17
Bilmiyor	12 (2,8)	54,42(7,17)			49,86	58,97

3.6.3. Kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek Puanlarının Aile Planlaması Yöntemleri İle İlişkisi

Çalışma kapsamına alınan kadınların aile planlaması yöntemlerinin APTÖ'nün Yönteme İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA) ve t-testi ile incelenmiş ve Çizelge 3.6.3.1'de verilmiştir. Planlanmamış gebeliği olan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanının ($38,78 \pm 4,79$, $n=155$) planlanmış gebeliği olanlarınkine ($38,57 \pm 7,31$, $n=257$) istatistiksel olarak benzer

özellikte olduğu belirlenmiştir ($t=-0,419$, $p=0,676$). Benzer şekilde aile planlaması yöntemlerini bilen kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanının ($38,58\pm5,02$, $n=422$) bilmeyenlerinkine ($36,49\pm3,13$, $n=5$) istatistiksel olarak benzer olduğu ortaya çıkmıştır ($t=-0,967$, $p=0,334$). Ancak aile planlaması danışmalığı alan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanının ($39,68\pm5,52$, $n=130$) almayanlara ($38,06\pm4,69$, $n=297$) göre daha yüksek olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-3,100$, $p=0,002$).

Kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasını gerekli bulma durumunun etkileri incelendiğinde; aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasını gerekli bulan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanının ($38,93\pm6,86$, $n=15$) gereksiz bulanlarınkine ($38,00\pm4,27$, $n=51$) göre daha yüksek olduğu ancak bu farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($t=-0,642$, $p=0,523$) (Çizelge 3.6.3.1). Yine yöntem kullanarak gebe kalan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanının ($38,54\pm4,93$, $n=148$) gebe kalmayanlarınki ($38,60\pm5,09$, $n=272$) ile istatistiksel olarak benzer olduğu görülmüştür ($t=0,121$, $p=0,903$) (Çizelge 3.6.3.1).

Bu araştırmada kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde şu anda yöntem kullanma durumlarının etkileri değerlendirildiğinde; gebelik istediği için yöntem kullanmayan kadınların, gebe ve menopozda olan, modern yöntem kullanan ve geleneksel yöntem kullanan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F(3;423)=6,433$, $p=0,000$). Kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanının hangi gruptan etkilendiğini belirlemek için yapılan çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre bu sonucun, modern yöntem kullanan kadınlar ($39,30\pm5,13$, $n=258$) ile geleneksel yöntem kullanan kadınlar ($37,03\pm4,32$, $n=111$) arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Diğer yandan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde en güvenilen yöntemlerin etkileri incelendiğinde; modern yöntemlere güvenen kadınlar, geleneksel yöntemlere güvenen kadınlar ve fikri olmayan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($F(3;423)=2,249$, $p=0,107$) (Çizelge 3.6.3.1).

Çizelge 3.6.3.1. Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre Yönteme İlişkin Alt puanlarının dağılımı

Değişkenler	Sayı (%)	Ortalama (SD)	F / t değeri	P-değeri	%95 güven aralığı	
					Alt	Üst
Planlanmamış gebeliği						
Olan	155(37,6)	38,78 (4,79)	-0,419	0,676	-1,19	0,77
Olmayan	257 (62,4)	38,57 (7,31)			-1,21	0,79
AP bilme durumu						
Bilen	422 (98,8)	38,58 (5,02)	-0,967	0,334	-6,03	1,68
Bilmeyen	5 (1,2)	36,49 (3,13)			-6,61	2,25
AP danışmanlığı						
Alan	130 (30,4)	39,68 (5,52)	-3,100	0,002	-2,71	-0,52
Almayan	297 (69,6)	38,06 (4,69)			-2,64	-0,59
AP kullanılması						
Gerekli	15 (22,7)	38,93 (6,86)	-0,642	0,523	-4,87	3,01
Gereksiz	51 (77,3)	38,00 (4,27)			-3,84	1,97
Yöntem kullanarak gebe						
Kalan	148 (35,2)	38,54 (4,93)	0,121	0,903	-0,94	1,07
Kalmayan	272 (64,8)	38,60 (5,09)			-0,95	3,26
Şu anda yöntem kullanma durumu						
Modern yöntem	258 (60,4)	39,30 (5,13)	6,433	000	38,67	39,93
Geleneksel yöntem	111 (26)	37,03 (4,32)			36,22	37,85
Gebe-menopozda	33 (7,7)	37,27 (4,54)			35,66	38,88
Gebelik isteyen	25 (5,9)	39,24 (5,57)			36,94	41,54
En fazla güvenilen yöntemin özelliği						
Modern	370 (86,7)	38,75 (5,04)	2,249	0,107	38,23	39,26
Geleneksel	45 (10,5)	37,44 (5,08)			35,92	38,97
Bilmiyor	12 (2,8)	36,67 (4,75)			35,17	38,15

3.6.4. Kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek Puanlarının Aile Planlaması Yöntemleri İle İlişkisi

Araştırmaya katılan kadınların aile planlaması yöntemlerinin APTÖ'nün Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA) ve t-testi ile incelenmiş ve Çizelge 3.6.4.1'de verilmiştir. Planlanmamış gebeliği olan kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanının ($31,35 \pm 3,96$, $n=155$) olmayanlara ($32,60 \pm 3,6470$, $n=257$) göre düşük olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($t=3,243$, $p=0,001$).

Kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde aile planlaması yöntemlerini bilme durumunun etkilerine bakıldığında; aile planlaması yöntemlerini bilen kadınların puanının ($32,11 \pm 3,81$, $n=422$) aile bilmeyenlerinkine ($32,20 \pm 3,35$) benzer olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak da anlamsız olduğu belirlenmiştir ($t=0,005$, $p=0,957$). Aile planlaması danışmalığı alan kadınların da Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanının ($32,06 \pm 4,25$, $n=130$) aile almayanlarinkine ($32,13 \pm 3,59$, $n=297$) istatistiksel olarak benzer olduğu ortaya çıkmıştır ($t=1,166$, $p=0,868$). Bu çalışmada aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasını gerekli bulan kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanının ($31,53 \pm 3,78$, $n=15$) gereksiz bulanlarinkine ($32,61 \pm 2,74$, $n=51$) göre daha düşük olduğu ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamsız olduğu bulunmuştur ($t=1,222$, $p=0,226$) (Çizelge 3.6.4.1).

Örneklem kapsamındaki kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde yöntem kullanarak gebe kalma durumunun etkileri analiz edildiğinde; yöntem kullanarak gebe kalmayan kadınların puanının ($32,37 \pm 3,76$, $n=272$) gebe kalanlarinkinden ($31,66 \pm 3,92$, $n=148$) daha yüksek olduğu ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede, bu farkın anlamsız olduğu görülmüştür ($t=1,819$, $p=0,070$). Kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde şu anda yöntem kullanma durumlarının etkileri incelendiğinde ise, gebelik istediği için yöntem kullanmayan, gebe ve menopozda olan, modern yöntem kullanan ve geleneksel yöntem kullanan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($F(3;423)=2,474$, $p=0,061$). Kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde en güvenilen yöntemlerin etkileri incelendiğinde ise, modern yöntemlere güvenen, geleneksel yöntemlere güvenen ve fikri olmayan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($F(3;423)=2,065$, $p=0,128$) (Çizelge 3.6.4.1).

Çizelge 3.6.4.1. Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanlarının dağılımı

Değişkenler	Sayı (%)	Ortalama (SD)	F / t değeri	P-değeri	%95 güven aralığı	
					Alt	Üst
Planlanmamış gebeliği						
Olan	155 (37,6)	31,35 (3,96)	3,243	0,001	0,47	2,01
Olmayan	257 (62,4)	32,60 (3,64)			0,49	1,99
AP bilme durumu						
Bilen	422 (98,8)	32,11 (3,81)	0,055	0,957	-4,04	4,23
Bilmeyen	5 (1,2)	32,20 (3,35)			-3,27	3,46
AP danışmanlığı						
Alan	130 (30,4)	32,06 (4,25)	0,166	0,868	-0,78	0,91
Almayan	297 (69,6)	32,13 (3,59)			-0,72	0,85
AP kullanılması						
Gerekli	15 (22,7)	31,53 (3,78)	1,222	0,226	-1,12	3,27
Gereksiz	51 (77,3)	32,61 (2,74)			-0,68	2,83
Yöntem kullanarak gebe						
Kalan	148 (35,2)	31,66 (3,92)	1,819	0,070	-0,07	1,48
Kalmayan	272 (64,8)	32,37 (3,76)			-0,06	1,48
Şu anda yöntem kullanma durumu						
Modern yöntem	258 (60,4)	32,47 (3,69)	2,474	0,061	32,01	32,92
Geleneksel yöntem	111 (26)	31,30 (4,38)			30,47	32,12
Gebe-menopozda	33 (7,7)	32,03 (2,70)			31,07	32,99
Gebelik isteyen	25 (5,9)	32,12 (2,86)			30,94	33,30
En fazla güvenilen yöntemin özelliği						
Modern	370 (86,7)	32,25 (3,86)	2,065	0,128	31,86	32,65
Geleneksel	45 (10,5)	31,16 (2,76)			30,33	31,99
Bilmiyor	12 (2,8)	31,17 (4,75)			28,15	34,18

3.7. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puanlarının Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler İle İlişkisi

3.7.1. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle İlişkisi

Araştırma örneklemine alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin APTÖ toplam puan ortalamaları üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA) ve t testi ile incelenmiştir (Çizelge 3.7.1.1). Yaş grupları 19–29, 30–39 ve 40–49 olanlara göre

yapılan incelemede gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F(2;424)=4,496$, $p=0,0120$). Kadınların APTÖ toplam puan ortalamalarının hangi yaş grubu tarafından etkilendiğini belirlemek amacıyla Tukey HSD (Honestly Significant Difference) çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre bu farkın, 30–39 yaş grubu kadınlar ($132,78\pm12,51$, $n=163$) ile 19–29 yaş grubu kadınlar ($128,42\pm14,63$, $n=153$) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Kadınların APTÖ toplam puanları üzerinde eşlerinin yaş gruplarının etkileri incelendiğinde 19–29, 30–39, 40–49 ve 50 yaş ve üzeri yaş grupları arasındaki farkın anlamsız olduğu ortaya çıkmıştır ($F(3;423)=2,086$, $p=0,101$). Yine kadınların APTÖ toplam puan ortalamaları üzerinde evlilik süresinin etkilerine bakıldığında da evlilik süresi 4 yıl ve altı, 5–9 yıl, 10–19 yıl ve 20 yıl ve üstünde olan kadınlar arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($F(3;423)=1,819$, $p=0,143$) (Çizelge 3.7.1.1).

Kadınların ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite eğitim düzeylerine göre yapılan analizde gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F(3;423)=60,079$, $p=0,000$). Çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre bu durumun ilkokul mezunu olan kadınlar ($123,06\pm13,20$, $n=156$) ile ortaokul ($128,34\pm7,89$, $n=61$), lise ($130,75\pm8,70$, $n=121$) ve üniversite mezunu olan ($143,64\pm13,97$, $n=89$) kadınlar arasındaki; ortaokul mezunu olan kadınlar ile ilkokul ve üniversite mezunu olan kadınlar arasındaki; lise mezunu olan kadınlar ile ilkokul ve üniversite mezunu olan kadınlar arasındaki; üniversite mezunu olan kadınlar ile ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olan kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.1.1).

Kadınların eşlerinin ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite eğitim düzeylerine göre yapılan incelemede gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F(3;423)=42,127$, $p=0,000$). Çoklu karşılaştırma testinde bu farkın eşleri ilkokul mezunu olan ($122,59\pm13,40$, $n=123$) kadınlar ile ortaokul ($128,03\pm11,80$, $n=63$), lise ($129,89\pm9,53$, $n=124$) ve üniversite mezunu olan kadınlar ($140,00\pm13,41$, $n=117$) arasındaki; eşleri lise mezunu olan kadınlar ile ilkokul ve üniversite mezunu olanlar arasındaki; eşleri ortaokul mezunu olanlar ile ilkokul mezunu ve üniversite mezunu

olanlar arasındaki ve eşleri üniversite mezunu olan kadınlar ile ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olan kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.1.1).

APTÖ toplam puanları üzerinde kadınların en uzun yaşadıkları bölgelerin etkileri incelendiğinde; il merkezinde, ilçede ve köyde yaşayan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(2;424)=20,619$, $p=000$). Çoklu karşılaştırma test sonuçları bu farkın; köyde ($115,60\pm13,62$, $n=25$), ilçede ($125,26\pm9,28$, $n=38$) ve il merkezinde ($131,82\pm13,53$, $n=364$) yaşayan kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır (Çizelge 3.7.1.1).

APTÖ toplam puanları üzerinde kadınların algıladıkları gelir düzeyleri incelendiğinde gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F(2;424)=21,413$, $p=000$). Çoklu karşılaştırma test sonuçları bu farkın, gelir düzeyi düşük ($124,45\pm14,11$, $n=88$) olan, orta ($130,69\pm12,71$, $n=305$) ve yüksek ($141,68\pm14,96$, $n=34$) olan kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığını göstermiştir (Çizelge 3.7.1.1).

Çekirdek ailede yaşayan kadınların APTÖ toplam puanının ($131,12\pm13,48$, $n=381$) geniş ailede yaşayan kadınlara ($123,39\pm14,75$, $n=46$) göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=3,634$, $p=000$). Yine sosyal güvencesi olan kadınların APTÖ toplam puanının ($130,94\pm13,68$, $n=398$), sosyal güvencesi olmayan kadınlara ($121,21\pm12,50$, $n=29$) göre daha düşük olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-3,721$, $p=000$) (Çizelge 3.7.1.1).

Sağlık problemi olmayan kadınların APTÖ toplam puanının ($130,70\pm16,98$, $n=364$) sağlık problemi olan kadınlara ($127,89\pm13,71$, $n=63$) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamsız olduğu görülmüştür ($t=1,493$, $p=0,136$) (Çizelge 3.7.1.1).

Çizelge 3.7.1.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Aile Planlaması Tutum Ölçeği toplam puanlarının dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (%)	Ortalama (SD)	F/t değeri	P değeri	%95 güven aralığı	
					Alt	Üst
Yaş						
19–29	153 (35,8)	128,42 (14,63)	4,496	0,012	126,08	130,75
30–39	163 (38,2)	132,78 (12,51)			130,85	134,72
40–49	111 (26,0)	129,18 (14,04)			126,54	131,82
Eşin yaşı						
19–29	69 (16,2)	127,09 (11,69)	2,086	0,101	124,28	129,90
30–39	190 (44,5)	131,79 (14,68)			129,69	133,89
40–49	136 (31,9)	130,07 (14,03)			127,69	132,45
50 ve ↑	32 (7,5)	129,13 (10,63)			125,29	132,96
Evlilik süresi						
4 yıl ve ↓	101 (27,3)	131,89 (14,76)	1,819	0,143	128,98	134,81
5–9 yıl	105 (24,6)	128,17 (13,02)			125,65	130,69
10–19 yıl	144 (33,7)	131,39 (13,04)			129,24	133,54
20 yıl ve ↑	77 (18,0)	128,99 (14,71)			128,97	132,33
Eğitim durumu						
İlkokul	156 (36,5)	123,06 (13,20)	60,079	000	120,97	125,15
Ortaokul	61 (14,3)	128,34 (7,89)			126,32	130,36
Lise	121 (28,3)	130,75 (8,70)			129,19	132,32
Üniversite	89 (20,8)	143,64 (13,97)			140,70	146,58
Eşin eğitimi						
İlkokul	123 (28,8)	122,59 (13,40)	42,127	000	120,19	124,98
Ortaokul	63 (14,8)	128,03 (11,80)			125,06	131,00
Lise	124 (29,0)	129,89 (9,53)			128,19	131,58
Üniversite	117 (27,4)	140,00 (13,41)			137,55	142,46
En uzun süre yaşanan yer						
Köy	25 (5,9)	115,60 (13,62)	20,619	000	109,98	121,22
İlçe	38 (8,9)	125,26 (9,28)			122,21	128,31
İl	364 (85,2)	131,82 (13,53)			130,42	133,21
Algılanan gelir düzeyi						
Düşük	88 (20,6)	124,45 (14,11)	21,413	000	121,47	127,44
Orta	305 (71,4)	130,69 (12,71)			129,26	132,13
Yüksek	34 (8,0)	141,68 (14,96)			136,46	146,89
Aile tipi						
Çekirdek	381 (89,2)	131,12 (13,48)	3,634	000	3,55	11,90
Geniş	46 (10,8)	123,39 (14,75)			3,15	12,30
Sosyal güvencesi						
Olan	398 (93,2)	130,94 (13,68)	-3,721	000	-14,66	-4,82
Olmayan	29 (6,8)	121,21 (12,50)			-14,88	-4,59
Sağlık problemi						
Olan	63 (14,8)	127,89 (13,71)	1,493	0,136	-0,89	6,51
Olmayan	364 (85,2)	130,70 (16,98)			-1,67	7,29

Araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik özelliklerinin APTÖ toplam puanları üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA) ve t-testi ile değerlendirilmiştir (Çizelge 3.7.1.2). Kadınların APTÖ toplam puanları üzerinde ilk doğum yapma yaşının etkileri incelendiğinde ilk doğum yaşı 19 yaş ve altı, 20–29 yaş ve 30–39 yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F(2;380)=5,248$, $p=0,006$). Çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre, ilk doğum yaşı 19 yaş ve altı kadınlar ($124,97\pm11,81$, $n=59$) ile ilk doğum yaşı 20–29 yaş grubu kadınlar ($131,26\pm14,08$, $n=299$) arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür.

Kadınların APTÖ toplam puanları üzerinde gebelik sayılarının etkileri incelendiğinde gebe kalmayan, bir-iki kez gebe kalan ve üç ve daha fazla gebe kalan kadınlar arasında yapılan incelemede gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır ($F(2;424)=3,421$, $p=0,034$). Çoklu karşılaştırma test sonuçları bu durumun, bir-iki kez gebe kalan kadınlar ($131,84\pm13,72$, $n=235$) ile üç ve daha fazla gebe kalan kadınlar ($128,25\pm13,89$, $n=166$) arasındaki farktan kaynaklandığını göstermiştir (Çizelge 3.7.1.2).

Kadınların APTÖ toplam puanları üzerinde hiç düşük yapmayan kadınların ($130,86\pm13,99$, $n=326$) puanının, bir kez düşük yapan ($128,18\pm12,25$, $n=82$) ve iki ve daha fazla düşük yapan ($129,42\pm16,71$, $n=19$) kadınlarınkinden daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($F(2;424)=1,273$, $p=0,281$). Benzer şekilde kadınların APTÖ puanları üzerinde kürtaj olmayan kadınların ($129,88\pm13,99$, $n=354$) puanlarının, bir kez kürtaj olan kadınlar ($132,12\pm12,81$, $n=49$) ve iki ve daha fazla kürtaj olan kadınlarınkine ($132,54\pm13,71$, $n=24$) istatistiksel olarak benzer olduğu saptanmıştır ($F=0,909$, $p=0,404$) (Çizelge 3.7.1.2).

Kadınların APTÖ toplam puanları üzerinde canlı doğum sayısının etkilerine bakıldığında; hiç canlı doğum yapmamış, bir kez, iki kez ve üç ve daha fazla canlı doğum yapmış kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F(3;423)=5,000$, $p=0,002$). Bu farkın bir kez canlı doğum yapan kadınlar ($132,90\pm14,25$, $n=115$) ile üç ve daha fazla doğum yapan kadınlar arasındaki; iki kez

canlı doğum yapan kadınlar ($130,68 \pm 13,35$, $n=192$) ile üç ve daha fazla doğum yapan kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı ortaya çıkmıştır (Çizelge 3.7.1.2).

Kadınların APTÖ toplam puanları üzerinde yaşayan çocuk sayısının etkileri incelendiğinde ise yaşayan çocuğu olmayan, bir, iki ve üç ve daha fazla yaşayan çocuğu olan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(3;423)=4,392$, $p=0,005$). Bu farkın bir tane yaşayan çocuğu olan kadınlar ($132,90 \pm 14,31$, $n=114$) ile üç ve daha fazla yaşayan çocuğu olan kadınlar ($125,44 \pm 13,81$, $n=71$) arasındaki; iki tane yaşayan çocuğu olan kadınlar ($130,45 \pm 12,61$, $n=197$) ile üç ve daha fazla yaşayan çocuğu olanlar arasındaki ve üç ve daha fazla yaşayan çocuğu olan kadınlar ile bir ve iki tane yaşayan çocuğu olan kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.1.2).

Kadınların APTÖ toplam puanları üzerinde ölü doğumu olma durumunun etkileri t-testi ile analiz edilmiştir. Ölü doğumu olmayan kadınların APTÖ toplam puan ortalamasının ($130,24 \pm 13,62$) bir veya daha fazla ölü doğumu olan kadınlara ($131,20 \pm 17,24$) göre daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-0,304$, $p=0,000$) (Çizelge 3.7.1.2).

Çizelge 3.7.1.2. Kadınların obstetrik özelliklerine göre Aile Planlaması Tutum Ölçeği toplam puanlarının dağılımı

Obstetrik Özellikler	Sayı (%)	Ortalama (SD)	F / t değeri	P değeri	%95 güven aralığı	
					Alt	Üst
İlk doğum yaşı 19 yaş ve ↓ 20–29 30–39	59 (15,4) 299(78,1) 25 (6,5)	124,97 (11,81) 131,26 (14,08) 130,76 (12,39)	5,248	0,006	121,89 129,65 125,65	128,04 132,86 135,87
Gebelik sayısı Yok 1–2 3 ve ↑	26 (6,1) 235 (55) 166(38,9)	129,19 (12,83) 131,84 (13,72) 128,25 (13,89)	3,421	0,034	124,01 130,08 126,12	134,38 133,61 130,37
Düşük sayısı Yok 1 kez 2 ve ↑	326 (76,3) 82 (19,2) 19 (4,4)	130,86 (13,99) 128,18 (12,25) 129,42 (16,71)	1,273	0,281	129,34 125,49 121,37	132,39 130,88 137,48
Kürtaj sayısı Yok 1 kez 2 ve ↑	354 (82,9) 49 (11,5) 24 (5,6)	129,88 (13,99) 132,12 (12,81) 132,54 (13,71)	0,909	0,404	128,41 128,44 126,98	131,34 135,80 138,10
Canlı doğum sayısı Yok 1 kez 2 kez 3 ve ↑	44 (10,3) 115(26,9) 192 (45) 76 (17,8)	130,52 (14,01) 132,90 (14,25) 130,68 (13,35) 125,20 (13,10)	5,000	0,002	126,26 130,26 128,78 122,20	134,78 135,53 132,58 128,19
Yaşayan çocuk Yok 1 tane 2 tane 3 tane ve ↑	45 (10,5) 114 (26,7) 197 (46,1) 71 (16,6)	130,58 (13,86) 132,90 (14,31) 130,45 (12,61) 125,44 (13,81)	4,392	0,005	126,42 130,24 128,55 122,45	134,74 135,55 132,36 128,42
Ölü doğum sayısı Yok 1 veya 2 kez	407 (95,3) 20 (4,7)	130,24 (13,62) 131,20 (17,74)	-0,304	000	- 7,19 - 9,35	5,26 7,43

APTÖ toplam puanı bağımsız değişkeni ile oluşturulan stepwise çoklu regresyon modelinden elde edilen hata terimi analizleri verilerin normallik, doğrusallık ve sabit varyans (homoscedasticity) varsayımlarının sağlandığını gösterdi. Ayrıca veriler arasında otokorelasyon olmadığı görüldü (Durbin-Watson=1,501). Bu modelde 6 vakada uç değer olduğu belirlendi. Uç değer gösteren verilere ilişkin yapılan incelemede, bu değerlerin herhangi bir hataya bağlı olmadığı saptandı ve bu veriler modelde kaldı.

Kadınların aile planlaması tutumunu etkileyen değişkenleri belirlemede kullanılan stepwise çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı olan ve açıklayıcılık gücünü (tanımlayıcılık oranını) artıran 7 tane değişken olduğunu gösterdi (Çizelge 3.7.1.3). Bunlar modelin gücüne en fazla katkıda bulunma sırasına göre; üniversite mezunu olma, ilkokul mezunu olma, en uzun süre köyde yaşama, geleneksel yöntem kullanma, aile planlaması ile ilgili konuları eşiyle konuşma, yaş ve gelir düzeyinin yüksek algılanması idi. Bu model aile planlamasına yönelik tutumların varyansının %38'ini açıkladı.

Bu çalışmada üniversite mezunu olma, aile planlaması ile ilgili konuları eşiyle konuşma, yaş ve gelir düzeyinin yüksek algılanması ile aile planlamasına yönelik tutum arasında pozitif ilişki bulunurken, ilkokul mezunu olma, en uzun süre köyde yaşama ve geleneksel yöntem kullanma arasında negatif ilişkinin olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.7.1.3).

Çizelge 3.7.1.3. Kadınların aile planlaması tutumlarını etkileyen faktörler (n=427).

Faktörler	Beta	Std. Hata	t	95% Güven aralığı		Toplam R ²
				Alt	Üst	
(Constant)	123,508	2,589	47,711**	118,419	128,596	
Üniversite mezunu†	11,848	1,475	8,030**	8,948	14,748	0,246
İlkokul mezunu olma†	-5,986	1,237	-4,841**	-8,417	-3,556	0,293
En uzun süre köyde yaşama†	-10,898	2,312	-4,713**	-15,443	-6,353	0,328
Geleneksel yöntem kullanma†	-4,119	1,233	-3,340**	-6,543	-1,693	0,349
Aile planlaması ile ilgili konuları eşiyle konuşma †	3,211	1,183	2,714*	0,886	5,537	0,365
Yaş	0,164	0,070	2,342*	0,026	0,303	0,367
Gelir düzeyinin yüksek algılanması†	4,624	2,080	2,223*	0,535	8,713	0,375

*P<0,05, **P<0,001

† Dummy kodlama: evet=1, hayır=0

3.7.2. Kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle İlişkisi

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin APTÖ'nin Topluma İlişkin Alt Ölçeği puan ortalamaları üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA) ve t-testi ile incelenmiştir (Çizelge 3.7.2.1). Kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde yaş gruplarının etkileri araştırıldığında yaş grupları 19–29, 30–39 ve 40–49 olanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F(2;424)=4,408$, $p=0,013$). Çoklu karşılaştırma test sonuçları bu farkın; 19–29 yaş

grubu kadınlar ($58,76 \pm 7,86$, $n=153$) ile 30–39 yaş grubu kadınlar ($60,99 \pm 7,03$, $n=163$) arasındaki; 30–39 yaş grubu kadınlar ile yaşı 19–29 ve 40–49 olan ($58,82 \pm 7,39$, $n=111$) kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde eşlerinin yaş gruplarının etkileri incelendiğinde ise 19–29, 39–39, 40–49 ve 50 yaş ve üzeri yaş grupları arasındaki farkın anlamsız olduğu ortaya çıkmıştır ($F(3;423)=1,506$, $p=0,121$). Yine kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde evlilik süresi 4 yıl ve altı, 5–9 yıl, 10–19 yıl ve 20 yıl ve üstünde olan kadınlar arasında yapılan istatistiksel incelemede gruplar arası farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($F(3;423)=2,006$, $p=0,112$) (Çizelge 3.7.2.1).

Bu çalışmada kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde eğitim durumlarının etkileri değerlendirildiğinde ilkökul, ortaokul, lise ve üniversite eğitim düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F(3;423)=62,948$, $p=000$). Bu farkın, ilkökul mezunu olan kadınlar ($55,61 \pm 7,15$, $n=156$) ile ortaokul ($58,34 \pm 4,31$, $n=61$), lise ($60,07 \pm 5,31$, $n=121$) ve üniversite mezunu olan kadınlar ($66,92 \pm 6,82$, $n=89$) arasındaki; ortaokul mezunu olan kadınlar ile ilkökul ve üniversite mezunu olan kadınlar arasındaki; lise mezunu olan kadınlar ile ilkökul ve üniversite mezunu olan kadınlar arasındaki ve üniversite mezunu olan kadınlar ile ilkökul, ortaokul ve lise mezunu olan kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.2.1).

Örnekleme alınan kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde eşlerinin eğitim durumlarının etkileri incelendiğinde ilkökul, ortaokul, lise ve üniversite eğitim grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır ($F(3;423)=48,102$, $p=000$). Çoklu karşılaştırma test sonuçları bu farkın; eşleri ilkökul mezunu olan ($55,35 \pm 7,36$, $n=123$) kadınlar ile ortaokul ($58,38 \pm 6,56$, $n=63$), lise ($59,17 \pm 4,89$, $n=124$) ve üniversite mezunu olan kadınlar ($65,26 \pm 6,96$, $n=117$) arasındaki; eşleri lise mezunu olan kadınlar ile ilkökul ve üniversite mezunu olanlar arasındaki; eşleri ortaokul mezunu olanlar ile ilkökul ve üniversite mezunu olanlar arasındaki ve eşleri üniversite mezunu olan kadınlar ile ilkökul, ortaokul ve lise mezunu olan kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir. (Çizelge 3.7.2.1).

Kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde en uzun süre il merkezinde, ilçede ve köyde yaşayan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak önlemlili olduğu bulunmuştur ($F(2;424)=20,272$, $p=000$). Çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre; köyde yaşayan ($51,72\pm8,62$, $n=25$), ilçede yaşayan ($56,92\pm4,72$, $n=38$) ve il merkezinde yaşayan kadınlar ($60,45\pm7,28$, $n=364$) arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.7.2.1).

Çizelge 3.7.2.1'de kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde algıladıkları gelir düzeylerinin etkilerine bakıldığında gelir düzeyi düşük, orta ve yüksek olan gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F(2;424)=26,410$, $p=000$). Kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanının hangi gruptan etkilendiğini belirlemek için yapılan çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre bu farkın; gelir düzeyi düşük ($56,15\pm8,06$, $n=88$), orta ($59,87\pm6,61$, $n=305$) ve yüksek ($66,41\pm8,39$, $n=34$) olan kadınlardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Çekirdek ailede yaşayan kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanının ($60,12\pm7,29$, $n=381$) geniş ailede yaşayan kadınlarınkine ($55,52\pm7,95$, $n=46$) göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=3,999$, $p=000$). Yine sosyal güvencesi olan kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanının ($60,02\pm7,40$, $n=398$) sosyal güvencesi olmayan kadınlara ($54,21\pm6,65$, $n=29$) göre daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-4,107$, $p=000$). Sağlık problemi olmayan kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puan ortalamasının ($59,87\pm7,13$, $n=364$) sağlık problemi olanlara ($58,24\pm9,27$, $n=63$) göre istatistiksel olarak anlamsız bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($t=1,592$, $p=0,139$) (Çizelge 3.7.2.1).

Çizelge 3.7.2.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Topluma İlişkin Alt Ölçek puanlarının dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (%)	Ortalama (SD)	F / t değeri	P değeri	%95 güven aralığı	
					Alt	Üst
Yaş						
19–29	153 (35,8)	58,76 (7,86)	4,408	0,013	57,50	60,01
30–39	163 (38,2)	60,99 (7,03)			59,89	62,07
40–49	111 (26,0)	58,82 (7,39)			57,43	60,21
Eşin yaşı						
19–29	69 (16,2)	58,42 (6,67)	1,506	0,121	56,82	60,02
30–39	190 (44,5)	60,42 (8,15)			59,26	61,59
40–49	136 (31,9)	59,29 (7,39)			58,03	60,54
50 ve ↑	32 (7,5)	58,91 (4,81)			57,17	60,64
Evlilik süresi						
4 yıl ve ↓	101 (27,3)	60,89 (7,68)	2,006	0,112	59,38	62,41
5–9 yıl	105 (24,6)	58,75 (7,79)			57,25	60,26
10–19 yıl	144 (33,7)	59,92 (7,04)			58,76	61,08
20 yıl ve ↑	77 (18,0)	58,60 (7,50)			56,89	60,30
Eğitim durumu						
İlkokul			62,948	000		
Ortaokul	156 (36,5)	55,61 (7,15)			54,48	56,74
Lise	61 (14,3)	58,34 (4,31)			57,24	59,45
Üniversite	121 (28,3)	60,07 (5,31)			59,12	61,03
	89 (20,8)	66,92 (6,82)			65,48	68,36
Eşin eğitimi						
İlkokul	123 (28,8)	55,35 (7,36)	48,102	000	54,04	56,66
Ortaokul	63 (14,8)	58,38 (6,56)			56,73	60,03
Lise	124 (29,0)	59,17 (4,89)			58,31	60,05
Üniversite	117 (27,4)	65,26 (6,96)			63,98	66,53
En uzun yaşanan yer						
Köy	25 (5,9)	51,72 (8,62)	20,272	000	48,16	55,28
İlçe	38 (8,9)	56,92 (4,72)			55,37	58,47
İl	364 (85,2)	60,45 (7,28)			50,70	61,20
Algılanan gelir düzeyi						
Düşük	88 (20,6)	56,15 (8,06)	26,410	000	54,44	57,86
Orta	305 (71,4)	59,87 (6,61)			59,12	60,61
Yüksek	34 (8,0)	66,41 (8,39)			63,48	69,34
Aile tipi						
Çekirdek	381 (89,2)	60,12 (7,29)	3,999	000	2,34	6,86
Geniş	46 (10,8)	55,52 (7,95)			2,13	7,06
Sosyal güvence						
Olan	398 (93,2)	60,02 (7,40)	-4,107	000	-8,43	-3,19
Olmayan	29 (6,8)	54,21 (6,65)			-8,59	-3,03
Sağlık problemi						
Olan	63 (14,8)	58,24(9,27)	1,592	0,139	-0,82	4,07
Olmayan	364(85,2)	59,87(7,13)			-0,38	3,63

Çalışmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerinin APTÖ'nün Topluma İlişkin Alt Ölçeği puanı üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA) ve t-testi ile incelenmiştir (Çizelge 3.7.2.2). Kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde ilk doğum yapma yaşının etkileri incelenmiş olup ilk doğum yaşı 19 ve altı, 20–29 ve 30–39 yaş gruplarına göre yapılan analizde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(2;380)=4,705$, $p=0,010$). Çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre bu farkın ilk doğum yaşı 19 ve altı kadınlar ($56,80\pm6,79$, $n=59$) ile 20–29 yaş grubunda olan kadınlar ($59,97\pm7,60$, $n=229$) arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür.

Kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde gebelik sayılarının etkileri incelendiğinde gebe kalmayan, bir-iki kez gebe kalan ve üç ve daha fazla gebe kalan kadınlar arasında yapılan incelemede gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır ($F(2;424)=4,464$, $p=0,012$). Bu sonucun, bir-iki kez gebe kalan kadınlar ($60,52\pm7,45$, $n=235$) ile üç ve daha fazla gebe kalan kadınlar ($58,28\pm7,35$, $n=166$) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.2.2).

Örnekleme alınan kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde düşük sayısının etkilerine bakıldığında hiç düşük yapmayan, bir kez düşük yapan ve iki ve daha fazla düşük yapan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($F(2;424)=1,764$, $p=0,173$). Yine kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde kürtaj olmayan kadınlar, bir kez kürtaj olan kadınlar ve iki ve daha fazla kürtaj olan kadınlar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($F(2;424)=0,766$, $p=0,466$) (Çizelge 3.7.2.2).

Çizelge 3.7.2.2'de kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde canlı doğum yapmamış, bir kez, iki kez ve üç ve daha fazla canlı doğum yapmış kadınlara ile yapılan değerlendirmede gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F(3;423)=7,799$, $p=0,000$). Bu farkın hiç canlı doğum yapmayan kadınlar ($60,64\pm7,59$, $n=44$) ile üç ve daha fazla canlı doğum yapmış kadınlar ($56,74\pm7,18$, $n=76$) arasındaki; bir kez canlı doğum yapan kadınlar ($132,90\pm14,25$, $n=115$) ile iki kez ($59,23\pm6,91$, $n=192$) ve üç ve daha fazla ($56,74\pm7,16$, $n=76$) canlı doğum yapan kadınlar

arasında; iki kez canlı doğum yapan kadınlar ile bir kez canlı doğum yapan kadınlar arasında ve üç ve daha fazla canlı doğum yapan kadınlar ile hiç canlı doğum yapmayan ve bir kez canlı doğum yapan kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı ortaya çıkmıştır.

Kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde yaşayan çocuk sayısının etkileri değerlendirildiğinde, yaşayan çocuğu olmayan, bir, iki ve üç ve daha fazla yaşayan çocuğu olan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. ($F(3;423)=7,168$, $p=000$). Çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre bu durumun, yaşayan çocuğu olmayan kadınlar ($60,60\pm7,51$, $n=45$) ile üç ve daha fazla ($56,96\pm7,04$, $n=71$) yaşayan çocuğu olan kadınlar arasında; bir tane yaşayan çocuğu olan kadınlar ($61,82\pm7,97$, $n=114$) ile iki ($59,09\pm7,00$, $n=197$) ve üç tane yaşayan çocuğu olan kadınlar arasında; iki tane yaşayan çocuğu olan kadınlar ile bir tane yaşayan çocuğu olan kadınlar arasındaki; üç tane yaşayan çocuğu olan kadınlar ile çocuğu olmayan ve bir tane yaşayan çocuğu olan kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.2.2).

Çizelge 3.7.2.2 incelendiğinde ölü doğumu olmayan kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanının ($59,64\pm7,44$, $n=407$) bir veya daha fazla ölü doğumu olan kadınlarınkine ($59,35\pm8,66$, $n=20$) göre daha düşük olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($t=0,167$, $p=0,868$).

Çizelge 3.7.2.2. Kadınların obstetrik özelliklerine göre Topluma İlişkin Alt Ölçek puanının dağılımı

Obstetrik Özellikler	Sayı (%)	Ortalama (SD)	F/t değeri	P değeri	%95 güven aralığı	
					Alt	Üst
İlk doğum yaşı 19 yaş ve ↓ 20–29 30–39	59 (15,4) 299(78,1) 25 (6,5)	56,80 (6,79) 59,97 (7,60) 60,40 (6,32)	4,705	0,010	55,03 59,10 57,79	58,57 60,83 63,01
Gebelik sayısı Yok 1–2 kez 3 kez ve ↑	26 (6,1) 235 (55) 166(38,9)	60,04 (7,73) 60,52 (7,45) 58,28 (7,35)	4,464	0,012	56,92 59,57 57,16	63,16 61,48 59,41
Düşük yapma Yok 1 kez 2 ve ↑	326(76,3) 82 (19,2) 19 (4,4)	59,99 (7,64) 58,29 (6,19) 59,00 (9,57)	1,764	0,173	59,16 56,93 54,39	60,83 59,65 63,61
Kürtaj sayısı Yok 1 kez 2 ve ↑	354(82,9) 49 (11,5) 24 (5,6)	59,42 (7,74) 60,43 (5,72) 60,92 (6,95)	0,766	0,466	58,61 58,79 57,98	60,23 62,07 63,85
Canlı doğum Yok 1 kez 2 kez 3 ve ↑	44 (10,3) 115(26,9) 192 (45) 76 (17,8)	60,64 (7,59) 61,80 (7,94) 59,23 (6,91) 56,74 (7,18)	7,799	000	58,33 60,33 58,25 55,10	62,95 63,27 60,21 58,38
Yaşayan çocuk sayısı Yok 1 tane 2 tane 3 tane ve ↑	45 (10,5) 114(26,7) 197(46,1) 71 (16,6)	60,60 (7,51) 61,82 (7,97) 59,09 (7,00) 56,96 (7,04)	7,168	000	58,34 60,35 58,10 55,29	62,86 63,30 60,07 58,62
Ölü doğum sayısı Yok 1 veya 2 kez	407 (95,3) 20 (4,7)	59,64 (7,44) 59,35 (8,66)	0,167	0,868	-3,09 -3,82	3,66 4,40

Topluma İlişkin Alt Ölçek puanı bağımsız değişkeni ile oluşturulan modelden elde edilen hata terimi analizleri verilerin normallik, doğrusallık ve sabit varyans (homoscedasticity) varsayımlarının sağlandığını gösterdi. Ayrıca veriler arasında otokorelasyon olmadığı görüldü (Durbin-Watson=1,501). Bu modelde 6 vakada uç değer olduğu belirlenmiştir. Uç değer gösteren verilere ilişkin yapılan incelemede, bu değerlerin herhangi bir hataya bağlı olmadığı saptanmış ve bu veriler modelde kalmıştır.

Kadınların aile planlaması ile ilgili topluma ilişkin tutumunu etkileyen değişkenleri belirlemede kullanılan stepwise çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı olan ve açıklayıcılık gücünü (tanımlayıcılık oranını) artıran 7 tane değişken olduğunu göstermiştir (Çizelge 3.7.2.3). Bunlar modelin gücüne en fazla katkıda bulunma sırasına göre; üniversite mezunu olma, ilkokul mezunu olma, en uzun süre köyde yaşama, aile planlaması ile ilgili konuları eşiyle konuşma, gelir düzeyinin yüksek algılanması, geleneksel yöntem kullanma, ve sosyal güvencenin olması idi. Bu model aile planlamasına yönelik topluma ilişkin tutum varyansının %38'ini açıkladı.

Bu çalışmada üniversite mezunu, aile planlaması ile ilgili konuları eşiyle konuşma ve gelir düzeyinin yüksek algılanması ile aile planlamasının topluma ilişkin tutumu arasında pozitif ilişki saptanırken ilkokul mezunu olma, köyde yaşama, geleneksel yöntem kullanma ve sosyal güvencenin bulunmaması arasında negatif ilişkinin olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.7.2.3).

Çizelge 3.7.2.3 Kadınların aile planlaması topluma ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler (n=427).

Faktörler	Beta	Std. Hata	t	95% Güven aralığı		Toplam R ²
				Alt	Üst	
(Constant)	58,842	0,671	87,656**	57,523	60,162	
Üniversite mezunu †	6,341	0,795	7,974**	4,778	7,904	0,251
İlkokul mezunu olma †	-3,282	0,660	-4,972**	-4,579	-1,984	0,304
En uzun süre köyde yaşama †	-5,246	1,284	-4,087**	-7,769	-2,723	0,337
Aile planlaması ile ilgili konuları eşiyle konuşma †	1,792	0,639	2,803*	0,535	3,048	0,351
Gelir düzeyinin yüksek algılanması †	2,903	1,114	2,607*	0,714	5,092	0,363
Geleneksel yöntem kullanma †	-1,385	0,668	-2,072*	-2,698	-0,071	0,371
Sosyal güvencenin olmaması †	-2,427	1,198	-2,027*	-4,781	-0,073	0,377

*P<0,05, **P<0,001

† Dummy kodlama: evet=1, hayır=0

3.7.3. Kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle İlişkisi

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin APTÖ'nün Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanları üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA) ve t-testi ile incelenmiştir (Çizelge 3.7.3.1). Yaşı 19–29, 30–39 ve 40–49 olan gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F(2;424)=4,548$, $p=0,011$). Kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanının hangi yaş grubu tarafından etkilendiğini belirlemek amacı ile Tukey (HSD) kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre bu farkın, 19–29 yaş grubu kadınlar ($37,66\pm5,34$, $n=153$) ile 30–39 yaş grubu ($39,34\pm4,52$, $n=163$) kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde eşlerinin yaş gruplarının etkileri incelendiğinde yaşı 19–29, 30–39, 40–49 ve 50 yaş ve üzeri yaş grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır ($F(3;423)=4,594$, $p=0,004$). Çoklu karşılaştırma test grubuna göre bu farkın; eşleri 19–29 yaş grubunda olan kadınlar ($36,65\pm3,93$, $n=69$) ile 30–39 yaş ($38,96\pm5,12$, $n=190$) ve 40–49 yaş ($39,19\pm5,26$, $n=136$) grubundaki kadınlar arasındaki; eşleri 30–39 yaş grubunda olan kadınlar ile 19–29 yaş grubundaki kadınlar arasındaki ve eşleri 20–29 yaş grubundaki kadınlar ile 19–29 yaş grubundaki kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.3.1).

Araştırmaya alınan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde evlilik süresinin etkilerine bakıldığında; evlilik süresi 4 yıl ve altı, 5–9 yıl, 10–19 yıl ve 20 yıl ve üstünde olan kadınlar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F(3;423)=2,922$, $p=0,034$). Çoklu karşılaştırma test sonuçları bu farkın 5–9 yıldır evli olan kadınlar (ortalama= $37,80\pm4,49$, $n=105$) ile 10–19 yıl evli olan kadınlar ($39,51\pm4,73$, $n=144$) arasındaki farktan kaynaklandığı göstermiştir (Çizelge 3.7.3.1).

Araştırma kapsamına alınan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde eğitim durumlarının etkileri değerlendirildiğinde eğitim düzeyleri ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F(3;423)=20,001$, $p=000$). Çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre bu durumun; ilkokul mezunu olan kadınlar ($37,05\pm4,16$, $n=156$) ile üniversite mezunu olan ($41,83\pm6,76$, $n=89$) kadınlar arasındaki; ortaokul mezunu olan kadınlar ($38,31\pm3,74$, $n=61$) ile üniversite mezunu olan kadınlar arasındaki; lise mezunu olan kadınlar ($38,20\pm3,89$, $n=121$) ile üniversite mezunu olan kadınlar arasındaki ve üniversite mezunu olan kadınlar ile ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olan kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.3.1)

Çalışmaya katılan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde eşlerin eğitim durumlarının etkileri incelendiğinde; ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite eğitim grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır ($F(3;423)=13,136$, $p=000$). Çoklu karşılaştırma test sonuçları bu farkın; eşleri ilkokul mezunu olan kadınlar ($37,02\pm4,35$, $n=123$) ile üniversite mezunu olan ($40,80\pm5,88$,

n=117) kadınlar arasındaki; eşleri ortaokul mezunu olan kadınlar ($38,11 \pm 4,45$, n=63) ile üniversite mezunu olan kadınlar arasındaki; eşleri lise mezunu olan kadınlar ($38,17 \pm 4,25$, n=124) ile üniversite mezunu olan kadınlar arasındaki ve üniversite mezunu olan kadınlar ile ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olan kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.3.1).

Çizelge 3.7.3.1’de kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde en uzun süre yaşadıkları bölgenin etkilerine bakıldığında; il merkezinde, ilçede ve köyde yaşayan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak önlemlı olduğu görülmüştür ($F(2;424)=11,975$, $p=0,000$). Çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre bu sonucun, köyde yaşayan kadınlar ($34,60 \pm 3,45$, n=25) ile ilçede ($36,87 \pm 4,47$, n=38) ve il merkezinde yaşayan kadınlar ($39,00 \pm 5,00$, n=364) arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür.

Kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde algıladıkları gelir düzeylerinin etkileri incelendiğinde; gelir düzeyi düşük, orta ve yüksek olan gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F(2;424)=6,380$, $p=0,002$). Çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre farkın; gelir düzeyi düşük olan kadınlar ($37,68 \pm 4,28$, n=88) ile gelir düzeyi yüksek ($41,24 \pm 5,66$, n=34) olan kadınlar arasındaki; gelir düzeyi orta ($38,59 \pm 5,04$, n=305) olan kadınlar ile yüksek olan kadınlar arasındaki ve yüksek gelir düzeyi olan kadınlar ile düşük ve orta düzeyde gelire sahip kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır (Çizelge 3.7.3.1)

Çekirdek ailede yaşayan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanının ($38,71 \pm 5,06$, n=381) geniş ailede yaşayan kadınlara ($37,22 \pm 4,33$, n=46) göre daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($t=1,921$, $p=0,055$). Ayrıca sosyal güvencesi olan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanının ($38,64 \pm 5,06$, n=398), sosyal güvencesi olmayanlarınkinden ($37,34 \pm 4,04$, n=29) daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($t=-1,347$, $p=0,179$). Kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde sağlık problemi olma durumunun etkilerine bakıldığında sağlık problemi olan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puan ortalamasının ($38,33 \pm 5,54$, n=63) olmayanlarınkine ($38,59 \pm 4,91$, n=364) istatistiksel olarak benzer olduğu saptanmıştır ($t=0,376$, $p=0,707$) (Çizelge 3.7.3.1).

Çizelge 3.7.3.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Yönteme İlişkin Alt Ölçeği puanlarının dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (%)	Ortalama (SD)	F / t değeri	P değeri	%95 güven aralığı	
					Alt	Üst
Yaş						
19–29	153 (35,8)	37,66 (5,34)	4,548	0,011	36,81	38,51
30–39	163 (38,2)	39,34 (4,52)			38,64	40,04
40–49	111 (26,0)	38,62 (5,06)			37,67	39,57
Eşin yaşı						
19–29	69 (16,2)	36,65 (3,93)	4,594	0,004	35,71	37,60
30–39	190 (44,5)	38,96 (5,12)			38,23	39,70
40–49	136 (31,9)	39,19 (5,26)			38,21	39,99
50 ve ↑	32 (7,5)	37,88 (4,46)			36,26	39,48
Evlilik süresi						
4 yıl ve ↓	101 (27,3)	38,08 (5,59)	2,922	0,034	36,98	39,18
5–9 yıl	105 (24,6)	37,80 (4,49)			36,93	38,67
10–19 yıl	144 (33,7)	39,51 (4,73)			38,73	40,29
20 yıl ve ↑	77 (18,0)	38,40 (5,19)			37,22	39,58
Eğitim durumu						
İlkokul	156 (36,5)	37,05 (4,16)	20,001	000	36,39	37,71
Ortaokul	61 (14,3)	38,31 (3,74)			37,35	39,27
Lise	121 (28,3)	38,20 (3,89)			37,50	38,90
Üniversite	89 (20,8)	41,83 (6,76)			40,41	43,26
Eşin eğitimi						
İlkokul	123 (28,8)	37,02 (4,35)	13,136	000	36,24	37,80
Ortaokul	63 (14,8)	38,11 (4,45)			36,99	39,23
Lise	124 (29,0)	38,17 (4,25)			37,41	38,92
Üniversite	117 (27,4)	40,80 (5,88)			39,73	41,88
En uzun yaşanan yer						
Köy	25 (5,9)	34,60 (3,45)	11,975	000	33,18	36,02
İlçe	38 (8,9)	36,87 (4,47)			35,40	38,34
İl	364 (85,2)	39,00 (5,00)			38,48	39,52
Algılanan gelir düzeyi						
Düşük	88 (20,6)	37,68 (4,28)	6,380	0,002	36,77	38,59
Orta	305 (71,4)	38,59 (5,04)			37,94	39,07
Yüksek	34 (8,0)	41,24 (5,66)			39,26	43,21
Aile tipi						
Çekirdek	381 (89,2)	38,71 (5,06)	1,921	0,055	-0,04	3,03
Geniş	46 (10,8)	37,22 (4,33)			0,12	2,87
Sosyal güvencesi						
Olan	398 (93,2)	38,64 (5,06)	-1,347	0,179	-2,90	0,60
Olmayan	29 (6,8)	37,34 (4,04)			-3,19	-3,19
Sağlık problemi						
Olan	63 (14,8)	38,33 (5,54)	0,376	0,707	-1,22	1,74
Olmayan	364 (85,2)	38,59 (4,91)			-1,09	1,60

Araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik özelliklerinin Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanları üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA) ve t-testi ile incelenmiştir (Çizelge 3.7.3.2). Kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde ilk doğum yapma yaşının etkileri incelendiğinde ilk doğum yaşı 19 yaş ve altı, 20–29 ve 30–39 yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($F(2;380)=1,139$, $p=0,321$). Yine bu araştırmada kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde gebelik sayılarının etkileri değerlendirildiğinde; gebe kalmayan, bir-iki kez ve üç ve daha fazla gebe kalan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu ortaya çıkmıştır ($F(2;424)=2,354$, $p=0,096$). Benzer şekilde kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde düşük sayısının etkileri incelendiğinde de hiç düşük yapmayan, bir kez düşük yapan ve iki ve daha fazla düşük yapan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($F=0,441$, $p=0,644$).

Diğer yandan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde kürtaj olma durumunun etkilerine bakıldığında ise; kürtaj olmayan kadınlar, bir kez kürtaj olan kadınlar ve iki ve daha fazla kürtaj olan kadınlar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($F(2;424)=3,525$, $p=0,030$). Ancak kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puan ortalamalarının hangi gruptan etkilendiğini belirlemek için yapılan çoklu karşılaştırma test sonuçları bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını göstermemiştir (Çizelge 3.7.3.2).

Örneklem kapsamına alınan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde canlı doğum sayısının etkileri incelenmiş ve canlı doğum yapmamış, bir ve üç ve daha fazla canlı doğum yapmış kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F(3;423)=4,395$, $p=0,005$). Çoklu karşılaştırma test sonuçları bu farkın, canlı doğum yapmamış kadınlar ($37,16\pm 5,22$, $n=44$) ile iki kez canlı doğum yapan kadınlar ($39,31\pm 5,10$, $n=192$) arasındaki; üç ve daha fazla canlı doğum yapan kadınlar ($37,26\pm 3,54$, $n=76$) ile bir kez canlı doğum yapan kadınlar ($38,68\pm 5,37$, $n=115$) arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır (Çizelge 3.7.3.2).

Bu araştırmada kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde yaşayan çocuk sayısının etkileri değerlendirilmiş ve yaşayan çocuğu olmayan, bir, iki ve üç ve daha fazla yaşayan çocuğu olan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F(3;423)=4,530$, $p=0,004$). Yapılan çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre bu farkın, bir tane yaşayan çocuğu olan ($38,67\pm5,40$, $n=114$) ile iki tane yaşayan çocuğu olan ($39,30\pm5,11$, $n=197$) kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı ortaya çıkmıştır (Çizelge 3.7.3.2).

Çizelge 3.7.3.2’de kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde ölü doğumu olmayan kadınların puan ortalamasının ($38,51\pm4,93$) bir ve daha fazla ölü doğumu olanlarınkine ($39,40\pm6,53$) göre daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($t=-0,775$, $p=0,439$).

Çizelge 3.7.3.2. Kadınların obstetrik özelliklerine göre Yönteme İlişkin Alt Ölçeği puanlarının dağılımı

Obstetrik Özellikler	Sayı (%)	Ortalama (SD)	F / t değeri	P değeri	%95 güven aralığı	
					Alt	Üst
İlk doğum yaşı 19 yaş ve ↓ 20–29 30–39	59 (15,4) 299 (78,1) 25 (6,5)	37,86 (4,26) 38,90 (5,09) 38,40 (4,96)	1,139	0,321	36,75 38,33 36,35	38,97 39,49 40,45
Gebelik sayısı Yok 1 veya 2 kez 3 kez ve ↑	26 (6,1) 235 (55) 166 (38,9)	36,58 (4,36) 38,81 (5,21) 38,50 (4,76)	2,354	0,096	34,82 38,14 37,77	38,34 39,48 39,23
Düşük yapanlar Yok 1 kez 2 ve ↑	326 (76,3) 82 (19,2) 19 (4,4)	38,61 (5,04) 38,16 (4,71) 39,21 (5,79)	0,441	0,644	38,06 37,12 36,42	39,16 39,19 42,00
Kürtaj olanlar Yok 1 kez 2 ve ↑	354 (82,9) 49 (11,5) 24 (5,6)	38,28 (4,89) 39,55 (5,42) 40,58 (5,41)	3,525	0,030	37,77 38,00 38,30	38,79 41,11 42,87
Canlı doğum sayısı Yok 1 kez 2 kez 3 ve ↑	44 (10,3) 115 (26,9) 192 (45) 76 (17,8)	37,16 (5,22) 38,68 (5,37) 39,31 (5,10) 37,26 (3,54)	4,395	0,005	35,57 37,68 38,58 36,45	38,74 39,67 40,03 38,07
Yaşayan çocuk sayısı Yok 1 tane 2 tane 3 ve ↑	45 (10,5) 114 (26,7) 197 (46,1) 71 (16,6)	37,22 (5,17) 38,67 (5,40) 39,30 (5,11) 37,14 (3,30)	4,530	0,004	35,67 37,65 38,58 36,36	38,78 39,67 40,02 37,92
Ölü doğum sayısı Yok 1 veya 2 kez	407 (95,3) 20 (4,7)	38,51 (4,93) 39,40 (6,53)	-0,775	0,439	-3,14 -3,98	1,37 2,20

Aile planlamasının Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanı bağımsız değişkeni ile oluşturulan modelden elde edilen hata terimi analizleri verilerin normallik, doğrusallık ve sabit varyans (homoscedasticity) varsayımlarının sağlandığını gösterdi. Ayrıca veriler arasında otokorelasyon olmadığı görüldü (Durbin-Watson=1,390). Bu modelde 5 vakada uç değer olduğu belirlendi. Uç değer gösteren verilere ilişkin yapılan incelemede, bu değerlerin herhangi bir hataya bağlı olmadığı saptandı ve bu veriler modelde kaldı.

Aile planlaması yöntemine ilişkin tutumunu etkileyen değişkenleri belirlemede kullanılan stepwise çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı olan ve açıklayıcılık gücünü (tanımlayıcılık oranını) artıran 6 tane değişken olduğunu gösterdi (Çizelge 3.7.3.3). Bunlar modelin gücüne en fazla katkıda bulunma sırasına göre; üniversite mezunu olma, modern yöntem kullanma, en uzun süre şehirde yaşama, yaş, aile planlaması danışmanlığı alma ve ilkokul mezunu olması idi. Bu model aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının varyansının %20'sini açıkladı.

Bu çalışmada kadınların üniversite mezunu olmaları, modern yöntem kullanmaları, en uzun süre şehirde yaşamaları, yaşı ve aile planlaması danışmanlığı alma durumlarının aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarını pozitif yönde etkilerken ilkokul mezunu olma durumunun negatif yönde etkilediği belirlenmiştir (Çizelge 3.7.3.3).

Çizelge 3.7.3.3 Kadınların aile planlaması yönteme ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler (n=427).

Faktörler	Beta	Std. Hata	t	95% Güven aralığı		Toplam R ²
				Alt	Üst	
(Constant)	32,681	1,114	29,347**	30,493	34,870	
Üniversite mezunu†	3,131	0,591	5,295**	0,969	4,293	0,113
Modern yöntem kullanma †	1,647	0,450	3,664**	0,763	2,530	0,144
Şehirde yaşama †	1,985	0,634	3,130*	0,739	3,232	0,173
Yaş	0,078	0,029	2,721*	0,022	0,134	0,182
Aile planlaması danışmanlığı alma †	1,088	0,484	2,251*	0,138	2,039	0,191
İlkokul mezunu olma †	-1,124	0,505	-2,225*	-2,117	-0,130	0,200

*P<0,05, **P<0,001

† Dummy kodlama: evet=1, hayır=0

3.7.4. Kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle İlişkisi

Örnekleme alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin APTÖ'nün Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanları üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA) ve t testi ile incelenmiştir (Çizelge 3.7.4.1). Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde yaşı 19–29, 30–39 ve 40–49 olan gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($F(2;424)=1,287$, $p=0,277$). Yine Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde kadınların eşlerinin 19–29, 30–39, 40–49 ve 50 yaş ve üzeri yaş grupları arasındaki farkın anlamsız olduğu ortaya çıkmıştır ($F(3;423)=1,008$, $p=0,389$). Ayrıca Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde evlilik süresinin 4 yıl ve altı, 5–9 yıl, 10–19 yıl ve 20 yıl ve üstünde olan kadınlar arasında yapılan istatistiksel incelemede gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($F(3;423)=2,240$, $p=0,083$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde eğitim durumlarının etkileri değerlendirilmiş ve ilkökul, ortaokul, lise ve üniversite eğitim düzeylerinde olan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F(3;423)=33,173$, $p=0,000$). Bu durumun, ilkökul mezunu olan kadınlar ($30,40\pm4,03$, $n=156$) ile lise ($32,48\pm2,78$, $n=121$) ve üniversite mezunu ($34,89\pm3,70$, $n=89$) olan kadınlar arasındaki; ortaokul mezunu olan kadınlar ($31,69\pm2,31$, $n=61$) ile üniversite mezunu olan kadınlar arasındaki; lise mezunu olan kadınlar ile ilkökul ve üniversite mezunu olan kadınlar arasındaki ve üniversite mezunu olan kadınlar ile ilkökul, ortaokul ve lise mezunu olan kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Benzer şekilde kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde eşlerin eğitim durumlarının etkilerine bakıldığında da, eşlerinin eğitim düzeyi ilkökul, ortaokul ve lise olan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F(3;423)=23,615$, $p=0,000$). Yapılan çoklu karşılaştırma test sonuçları bu farkın, eşleri ilkökul mezunu olan kadınlar ($30,21\pm4,03$, $n=123$) ile lise ($32,54\pm3,16$, $n=124$) ve üniversite ($33,95\pm3,49$, $n=117$) mezunu olan kadınlar arasındaki; eşleri ortaokul mezunu olan kadınlar ($31,54\pm3,24$, $n=63$) ile üniversite mezunu olan kadınlar arasındaki; eşleri lise mezunu olan kadınlar ile ilkökul ve üniversite mezunu olan kadınlar arasındaki ve eşleri üniversite mezunu olan kadınlar ile ilkökul, ortaokul ve lise mezunu olan kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.4.1).

Kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde en uzun süre yaşanan bölgenin etkileri incelenmiş ve il merkezinde, ilçede ve köyde yaşayan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(2;424)=8,602$, $p=000$). Çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre bu durumun, köyde ($29,28\pm3,47$, $n=25$) yaşayan kadınlar ile il merkezinde yaşayan kadınlar ($32,37\pm3,87$, $n=364$) arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır (Çizelge 3.7.4.1).

Araştırma kapsamındaki kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde algıladıkları gelir düzeylerinin etkileri incelendiğinde gelir düzeyi düşük, orta ve yüksek olan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ($F(2;424)=12,132$, $p=000$). Çoklu karşılaştırma test sonuçlarında bu durumun, gelir düzeyi düşük olan kadınlar ($30,63\pm3,68$, $n=88$) ile orta ($32,32\pm3,70$, $n=305$) ve yüksek olan ($34,02\pm3,83$, $n=34$) kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.4.1)

Araştırma kapsamına alınan kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde çekirdek ailede yaşayan kadınların puan ortalamasının ($32,28\pm3,63$, $n=381$) geniş ailede yaşayanlara ($30,65\pm4,81$, $n=46$) göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=2,772$, $p=0,006$). Benzer şekilde sosyal güvencesi olan kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamasının ($32,28\pm3,75$, $n=398$) olmayanlarınkinden ($29,66\pm3,68$, $n=29$) daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-3,652$, $p=000$). Ayrıca kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde sağlık problemi olmayan kadınların puanının ($32,2470\pm3,71$, $n=364$) sağlık problemi olanlarınkine ($31,32\pm4,23$, $n=63$) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamsız olduğu görülmüştür ($t=1,793$, $p=0,074$) (Çizelge 3.7.4.1).

Çizelge 3.7.4.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği puanlarının dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (%)	Ortalama (SD)	F /t değeri	P değeri	%95 güven aralığı	
					Alt	Üst
Yaş						
19–29	153 (35,8)	32,00 (3,84)	1,287	0,277	31,39	32,61
30–39	163 (38,2)	32,46 (3,61)			31,90	33,02
40–49	111 (26,0)	31,74 (4,00)			30,99	32,49
Eşin yaşı						
19–29	69 (16,2)	32,01 (3,33)	1,008	0,389	31,21	32,81
30–39	190 (44,5)	32,41 (3,99)			31,83	32,98
40–49	136 (31,9)	31,68 (3,76)			31,05	32,32
50 ve ↑	32 (7,5)	32,34 (3,77)			30,98	33,70
Evlilik süresi						
4 yıl ve ↓	101 (27,3)	32,92 (3,81)	2,240	0,083	32,27	33,67
5–9 yıl	105 (24,6)	31,62 (3,45)			30,95	32,29
10–19 yıl	144 (33,7)	31,96 (3,84)			31,32	32,59
20 yıl ve ↑	77 (18,0)	31,99 (4,05)			31,07	32,91
Eğitim durumu						
İlkokul	156 (36,5)	30,40 (4,03)	33,173	000	29,76	31,04
Ortaokul	61 (14,3)	31,69 (2,31)			31,10	32,28
Lise	121 (28,3)	32,48 (2,78)			31,98	32,98
Üniversite	89 (20,8)	34,89 (3,70)			34,11	35,67
Eşin eğitimi						
İlkokul	123 (28,8)	30,21 (4,03)	23,615	000	29,49	31,93
Ortaokul	63 (14,8)	31,54 (3,24)			30,72	32,35
Lise	124 (29,0)	32,54 (3,16)			31,98	33,10
Üniversite	117 (27,4)	33,95 (3,49)			33,31	34,59
En uzun yaşanan yer						
Köy	25 (5,9)	29,28 (3,47)	8,602	000	27,85	30,71
İlçe	38 (8,9)	31,47 (2,26)			30,73	32,22
İl	364 (85,2)	32,37 (3,87)			31,97	32,77
Algılanan gelir düzeyi						
Düşük	88 (20,6)	30,63 (3,68)	12,132	000	29,85	31,40
Orta	305 (71,4)	32,32 (3,70)			31,90	32,74
Yüksek	34 (8,0)	34,02 (3,83)			32,69	35,37
Aile tipi						
Çekirdek	381 (89,2)	32,28 (3,63)	2,772	0,006	0,16	3,10
Geniş	46 (10,8)	30,65 (4,81)			0,47	2,79
Sosyal güvencesi						
Olan	398 (93,2)	32,28 (3,75)	-3,652	000	-4,07	-1,19
Olmayan	29 (6,8)	29,66 (3,68)			-4,05	-1,22
Sağlık problemi						
Olan	63 (14,8)	31,32 (4,23)	1,793	0,074	-0,20	2,06
Olmayan	364 (85,2)	32,24 (3,71)			-0,09	1,94

Kadınların obstetrik özelliklerinin APTÖ'nün Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği puan ortalamaları üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA) ve t-testi ile incelenmiştir (Çizelge 3.7.4.2). Kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde ilk doğum yapma yaşının etkileri incelendiğinde ilk doğum yaşı 19 yaş ve altı, 20–29 ve 30–39 yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F(2;380)=7,478$, $p=0,001$). Çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre bu durumun, ilk doğum yaşı 19 yaş ve altı olan kadınlar ($30,31\pm3,27$, $n=59$) ile 20–29 yaş olan kadınlar ($32,38\pm3,87$, $n=299$) arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür. Yine kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde gebelik sayılarının etkileri incelendiğinde, gebe kalmayan, bir-iki kez gebe kalan ve üç ve daha fazla gebe kalan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır ($F(2;424)=3,956$, $p=0,020$). Çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre bu farkın, bir-iki kez gebe kalan kadınlar ($32,51\pm3,58$, $n=235$) ile üç ve daha fazla gebe kalan ($31,46\pm4,10$, $n=166$) kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.4.2).

Örnekleme alınan kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde düşük sayısının etkilerine bakıldığında; hiç düşük yapmayan, bir kez düşük yapan ve iki ve daha fazla düşük yapan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmüştür ($F(2;424)=1,176$, $p=0,310$). Yine kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde kürtaj olmayan kadınlar, bir kez ve iki ve daha fazla kürtaj olan kadınlar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede de, gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($F(2;424)=1,002$, $p=0,368$) (Çizelge 3.7.4.2).

Araştırmaya katılan kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde canlı doğum sayısının etkileri incelenmiş ve canlı doğum yapmamış, bir kez, iki kez ve üç ve daha fazla canlı doğum yapmış kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($F(3;423)=2,120$, $p=0,097$). Benzer şekilde yaşayan çocuğu olmayan, bir, iki, üç ve daha fazla yaşayan çocuğu olan kadınlar arasındaki farkında istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($F(3;423)=1,653$, $p=0,177$). Ayrıca ölü doğumu olmayan kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamasının ($32,09\pm3,78$, $n=407$) bir veya daha fazla ölü doğumu olanlarınkine

(32,45±4,30, n=20) istatistiksel olarak benzer olduğu saptanmıştır (t= -0,775, p=0,680) (Çizelge 3.7.4.2).

Çizelge 3.7.4.2. Kadınların obstetrik özelliklerine göre Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanlarının dağılımı

Obstetrik Özellikler	Sayı (%)	Ortalama (SD)	F / t değeri	P değeri	%95 güven aralığı	
					Alt	Üst
İlk doğum yaşı						
19 yaş ve ↓	59 (15,4)	30,31 (3,27)	7,478	0,001	29,45	31,16
20–29 yaş	299 (78,1)	32,38 (3,87)			31,94	32,82
30–39 yaş	25 (6,5)	31,96 (3,77)			30,40	33,52
Gebelik sayısı						
Yok	26 (6,1)	32,58 (3,26)	3,956	0,020	31,26	33,90
1 veya 2 kez	235 (55)	32,51 (3,58)			32,05	32,98
3 ve ↑	166 (38,9)	31,46 (4,10)			30,83	32,09
Düşük sayısı						
Yok	326 (76,3)	32,25 (3,84)	1,176	0,310	31,84	32,67
1 kez	82 (19,2)	31,73 (3,56)			30,95	32,51
2 ve ↑	19 (4,4)	31,21 (4,02)			29,27	33,15
Kürtaj sayısı						
Yok	354 (82,9)	32,18 (3,77)	1,002	0,368	31,78	32,57
1 kez	49 (11,5)	32,14 (4,34)			30,90	33,39
2 ve ↑	24 (5,6)	31,04 (2,93)			29,81	32,28
Canlı doğum sayısı						
Yok	44 (10,3)	32,73 (3,41)	2,120	0,097	31,69	33,76
1 kez	115 (26,9)	32,41 (3,85)			31,71	33,13
2 kez	192 (45)	32,14 (3,67)			31,62	32,66
3 ve ↑	76 (17,8)	31,20 (4,17)			30,24	32,15
Yaşayan çocuk sayısı						
Yok	45 (10,5)	32,76 (3,38)	1,653	0,177	31,74	33,77
1 tane	114 (26,7)	32,40 (3,86)			31,69	33,12
2 tane	197 (46,1)	32,07 (3,73)			31,54	32,59
3 ve ↑	71 (16,6)	31,34 (4,07)			30,37	32,30
Ölü doğum sayısı						
Yok	407 (95,3)	32,09 (3,78)	-0,775	0,680	-2,07	1,35
1 veya 2 kez	20 (4,7)	32,45 (4,30)			-2,40	1,68

Aile planlamasının Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanı bağımsız değişkeni ile oluşturulan modelden elde edilen hata terimi analizleri verilerin normallik, doğrusallık ve sabit varyans (homoscedasticity) varsayımlarının sağlandığını gösterdi. Ayrıca veriler arasında otokorelasyon olmadığı görüldü (Durbin-Watson=1,202). Bu modelde 3 vakada uç değer olduğu belirlenmiş olup; uç değer gösteren verilere ilişkin yapılan incelemede, bu değerlerin herhangi bir hataya bağlı olmadığı saptandı ve bu veriler modelde kaldı.

Kadınların aile planlaması ile ilgili gebeliğe ilişkin tutumunu etkileyen değişkenleri belirlemede kullanılan stepwise çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı olan ve açıklayıcılık gücünü (tanımlayıcılık oranını) artıran 6 tane değişken olduğunu gösterdi (Çizelge 3.7.4.3). Bunlar modelin gücüne en fazla katkıda bulunma sırasına göre; üniversite mezunu olma, ilkokul mezunu olma, sosyal güvencenin olmaması, planlanmamış gebeliği olma, en uzun süre köyde yaşama ve modern yöntem kullanılması idi. Bu model kadınların aile planlaması ile ilgili gebeliğe ilişkin tutumlarının varyansının %24'sini açıkladı.

Bu çalışmada kadınların üniversite mezunu olmaları ve modern yöntem kullanmaları gebeliğe ilişkin tutumlarını pozitif yönde etkilerken; ilkokul mezunu olma, sosyal güvencenin olmaması, planlanmamış gebeliğe sahip olma ve en uzun süre köyde yaşamanın negatif yönde etkilediği belirlenmiştir (Çizelge 3.7.4.3).

Çizelge 3.7.4.3. Kadınların aile planlaması gebeliğe ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler (n=427).

Faktörler	Beta	Std. Hata	t	95% Güven aralığı		Toplam R ²
				Alt	Üst	
(Constant)	32,386	0,357	90,665**	31,684	33,088	
Üniversite mezunu†	2,329	0,440	5,298**	1,465	3,192	0,141
İlkokul mezunu †	-1,686	0,367	-4,589**	-2,408	-0,964	0,186
Sosyal güvencenin olmaması †	-1,434	0,670	-2,139*	-2,752	-0,117	0,202
Planlanmamış gebeliği olma†	-1,012	0,341	-2,965*	-1,682	-0,341	0,215
En uzun süre köyde yaşama †	-1,899	0,724	-2,623*	-3,322	-0,476	0,227
Modern yöntem kullanma †	0,708	0,333	2,130*	0,055	1,362	0,235

*P<0,05, **P<0,001

† Dummy kodlama: evet=1, hayır=0

4. TARTIŞMA

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlgili Durumlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $33,52 \pm 7,82$, eşlerinin yaş ortalaması $37,63 \pm 8,22$ olduğu ve hem kadınların (%38,2) hem de eşlerinin (%31,9) çoğunun 30–39 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1.1). Benzer şekilde Tokuç ve arkadaşları (2001) 15–49 yaş evli kadınlar ile yaptıkları çalışmalarında kadınların yaş ortalamasını $32,5 \pm 7,3$ olarak bildirmişlerdir. Bu sonuçlar çalışmaya 15–49 yaş grubu kadınlar kabul edildiği için beklentilere uygun olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların %50,8'inin, eşlerinin %43,6'sının ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA–2008) sonuçlarında da kadınların %51,9'unun ilkokul mezunu olduğu belirtilmektedir. TNSA–2008 sonuçları da eğitim düzeyi yükseldikçe aile planlaması yöntemlerinin ve modern yöntem kullanma durumunun arttığını göstermektedir. Pasinlioğlu ve Bülbül (2001)'ün ülkemizin doğu bölgesinde yaptıkları çalışmada kadınların %61,9'unun ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmaya benzer olarak ülkemizin doğu bölgesinde Gözükara ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir çalışmada kadınların sadece %38,1'inin ilkokul ve üstünde eğitime sahip oldukları bulunmuştur. Kitapçioğlu ve Yanikkerem (2006) de Ege Bölgesi'nde kadınların %57,1'inin ilkokul mezunu olduğunu saptamışlardır. Bu sonuçlar ülkemizde 15–49 yaş grubundaki kadınların önemli bir bölümünün ilkokul eğitime sahip olduklarını göstermektedir. Kadınların eğitim düzeylerinin düşük olması, aile planlaması ile ilgili tutumlarını ve yöntem seçimini olumsuz yönde etkileyebilir.

Bu araştırmada kadınların evlilik süresi ortalaması $11,39 \pm 7,82$ yıl olarak bulunmuştur. Kadınların yaklaşık yarısının 10 yıl ve daha fazla süredir evli oldukları saptanmıştır. Bu sonuç kadınların büyük çoğunluğunun uzun süredir evli oldukları göstermektedir. AP ile ilgili bir araştırmada Pasinlioğlu ve Bülbul (2001) evlilik yılı 1–5 yıl olan kadınlar %26,3, 11–15 yıl olan kadınlar %26,3 ve 6–10 yıl arası evli kadınların oranının da %22,8 olduğunu belirlemişlerdir. Evlilik süresi arttıkça bireylerin yeterli buldukları sayıda ocuk sahibi olmaları, daha fazla AP yöntemlerini kullanmalarını arttırabilir.

Bu çalışmada kadınların büyük bir bölümünün (%85,2) il merkezinde yaşadıkları görölmüştür. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA–2008) da benzer şekilde evlenmiş kadınların %75,8'i kentsel yerleşim yerinde yaşadıklarını bildirmektedir. Karaoğlu ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları araştırmada ise kadınların %40,7'sinin kentte yaşadıkları bildirilmiştir. Kadınların kentsel bölgede yaşamaları aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgiye ve yönetime ulaşmalarını kolaylaştırabilir ve yönetime ilişkin daha olumlu tutum geliştirmelerini sağlayabilir.

Bu çalışmada kadınların büyük bir bölümünün gelir düzeylerini orta (%71,4) ve yüksek (%8,0) olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Benzer bir çalışmada Kahraman (2005), kadınların %59,6'sının gelir düzeyini orta seviyede algıladıklarını, %63,5'inin çekirdek ailede yaşadığını ve %76,9'unun sosyal güvencesinin olduğunu bildirmiştir. Yine bu araştırmada kadınların büyük çoğunluğu (%89,2) çekirdek ailede yaşamakta ve tamamına yakınının (%93,2) sosyal güvencesi bulunmaktadır. Kadınların sosyal güvencesinin olması ve gelir düzeyinin yüksek olması sağlık kurumlarından daha çok yararlanmalarını ve aile planlaması danışmanlığı almalarını sağlayabilir.

Bu çalışmada kadınların önemli bir bölümünün (%14,8) sağlık problemi olduğu, daha çok hipertansiyon (%3,9), yüksek kolesterol (%2,8), alerjik hastalıklar (%2,8) ve ülser (%1,6) gibi sağlık sorunları yaşadıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar kadınların azımsanmayacak bir bölümünün sağlık problemi yaşadıklarını göstermektedir. Sağlık probleminin varlığı aile planlaması yöntemlerinin seçimini etkileyebilir.

4.2. Kadınların Obstetrik Özellikleri ile İlgili Durumlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmada kadınların daha çok 20–29 yaş (%78,1) aralığında iken ilk doğumu yaptıkları belirlenmiştir. Kadınların yarısından daha fazlasının (%55) bir ve iki kez gebe kaldığı, yaklaşık 1/3'ünden daha fazlasının (%38,9) üç ve daha fazla gebeliği olduğu ve çok azının (%6,1) hiç gebelik yaşamadığı gözlenmiştir. Mumcu (2004)'nın yaptığı çalışmada, kadınların %52,6'nın üç ve daha fazla gebeliğinin olduğu bildirilmektedir. Şahin (2005)'nin yaptığı bir çalışmada ise, kadınların %56,3'ünün 21 yaş ve üzeri yaşlarda doğum yaptığı ve %44,0'ının bir, iki ve üç kez gebe kaldığı bildirilmektedir. Yine bu araştırmada kadınların %26,9'unun bir kez, %45,0'mın iki kez ve %38,9'unun üç ve daha fazla canlı doğum yaptığı; %26,7'sinin bir, %46,1'inin iki ve %16,6'sının üç ve daha fazla yaşayan çocuğunun olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaklaşık 1/4'ünün (%23,6) bir ve daha fazla düşük yaptıkları, 1/5'inin (%17,1) bir ve daha fazla kürtaj oldukları ve %4,7'sinin en az bir kez ölü doğum yaptıkları gözlenmiştir. Sağgöz ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında kadınların %16,4'ünün kürtaj oldukları belirtilmektedir. TNSA 2003 sonuçlarında da, kadınların 1/5'inin düşük yaptığı, %23,9'unun kürtaj olduğu ve kürtaj olan kadınların %40'ının bir kez kürtaj olduğu ve %4'ünün ölü doğum yaptıkları bildirilmiştir. Doğum sayısının ve yaşayan çocuk sayısının artması kadınların aile planlaması yöntemlerine daha fazla yönelmelerini ve daha çok olumlu tutum içinde olmalarını etkileyebilir.

4.3. Kadınların Planlanmamış Gebelik ve Aile Planlaması Yöntemlerine İlişin Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada kadınların 1/3'ünden daha fazlasının (%37,6) planlanmamış gebelikle karşılaştıkları ve bu durumun ikinci ve daha sonraki gebeliklerde daha fazla olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya benzer olarak Sağgöz ve arkadaşları (1999) da istenmeyen gebelik oranının %27,7 olduğunu bildirmişlerdir. Ergin ve arkadaşları (2005) ise Aydın merkezinde yaptıkları çalışmalarında, kadınların yarısına yakın bir bölümünün (%42,6) istenmeyen gebelikle karşılaştığını rapor etmişlerdir. TNSA 2003 sonuçlarında kadınların %34,0'ının planlanmamış gebelik yaşadıkları bildirilmiştir. Bu sonuçlar kadınların önemli bir bölümünün planlanmamış gebelik yaşadıklarını göstermektedir. Bu

sorunun daha çok aile planlaması yöntemlerine yönelik olumsuz tutuma sahip olan kadınların yaşadığı bir durum olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların 1/4'ünden fazlasının (%30,4) aile planlaması danışmanlık hizmeti aldığı ve neredeyse tamamının (%98,8) aile planlaması yöntemlerinden en az birini bildiği saptanmıştır. Aile planlaması yöntemlerini bilen kadınların büyük çoğunluğu (%76,1) ebe-hemşireden bilgi alırken, 1/3'ünün hekimden (%22,9) bilgi aldığı saptanmıştır. Şen ve Erbek (2001) araştırmalarında bu araştırmaya benzer olarak kadınların yarısına yakınının (%48,2) sağlık personeli tarafından bilgilendirildiğini rapor etmişleridir. Bu sonuç kadınların çoğunun sağlık çalışanlarından bilgi aldığını göstermesi açısından önemlidir. Kadınların sağlık çalışanlarından bilgi almaları hem doğru bilgiye ulaşmalarını arttırabilir hem de aile planlamasına yönelik olumlu tutum geliştirmelerini sağlayabilir.

Bu araştırmada kadınların tamamına yakınının modern yöntemleri ve geleneksel yöntemleri bildikleri saptanmıştır. Bu sonuca benzer olarak TNSA 2008'de kadınların tamamına yakınının modern yöntemleri ve geleneksel yöntemleri bildikleri bildirilmiştir. Aile planlaması ile ilgili Basu ve arkadaşlarının (1991) Hindistan'da yaptıkları çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun (%87,3) tüpligasyon yöntemi ile ilgili bilgiye sahip oldukları bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre modern yöntemleri bilen kadınların bu yöntemlere yönelik olumlu tutum geliştirme olasılığını arttırması bakımından önemli olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada kadınların şu ana kadar %96,7'si herhangi bir yöntem kullandığı ve bu yöntemlerin sırası ile OKS (%40,8), kondom (%46,1) RİA (%36,7), geri çekme (%61,1), enjeksiyon (%6,3), takvim yöntemi (%7,9) ve fitil (%3,9) olduğu görülmüştür. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA 2008)'nda evli kadınların şimdiye kadar %91,3'ünün herhangi bir yöntem kullandığı ve yöntemlerin daha çok kondom (%43,6), RİA (%40,7), oral kontraseptifler (%34,2) ve tüpligasyon (%8,3) olduğu, geleneksel yöntem kullanan kadınların ise %66,8'inin geri çekme yöntemini kullandıkları bildirilmiştir.

Bu araştırmada kadınların şu anda kullandıkları yöntemler incelendiğinde %60,4'ünün modern yöntemleri, %26'sının geleneksel yöntemleri kullandığı görölmüştür. TNSA (2008) verilerinde de kadınların %73,1'inin halen yöntem kullandığı, %46,0'ının modern yöntemleri ve %27,1'inin geleneksel yöntemleri kullandıkları rapor edilmektedir. Meteoğlu ve arkadaşlarının (2001) Aydın'da yaptıkları çalışmada ise, kadınların %32,5'inin modern yöntem kullandığını belirtmişlerdir. Bu sonuç Aydın'da modern yöntemlerin daha fazla kullanıldığını ve aile planlaması hizmetlerinin daha etkili bir şekilde uygulandığını düşündürebilir. Başka ölkelerde yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında, Speizer (2003)'ın Afrika'da yaptığı araştırmada kadınların %31,5'inin modern yöntem ve %39,3'ünün geleneksel yöntem kullandığını bildirmiştir. Benzer olarak Kapiga ve arkadaşları (1997) Tanzanya'da yaptıkları araştırmalarında kadınların %58,9'unun oral kontraseptifleri kullandığını bildirmişlerdir. Mehryar ve arkadaşları (2000)'da İran'ın Urban şehrinde kadınların %9,3'sinin kondom, %27,8'inin geri çekme, %4,4'ünün vazektomi yöntemini kullandıklarını bildirmişlerdir.

Bu çalışmada yöntem kullanan kadınların şu anda kullandıkları yöntemler arasında %21,3'ü RİA, %16,2'si hap, %14,1'i kondom, %22,5'i geri çekme, %2,6'sı enjeksiyon, %1,2'si takvim yöntemi, %2'si fitil kullandığı ve %6,3'ünün tüpligasyon olduğu belirlenmiştir. TNSA (2008) verilerine göre kadınların %16,9'u RİA, %14,3'ü kondom, %8,ü tüpligasyon, %5,3'oral kontraseptif, %26,3'ü geri çekme ve %1,1'i diğeri yöntemleri kullanmaktadır. Bu sonuçlar bu çalışmanın TNSA verileri ile benzer olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada yöntem kullanan kadınların daha çok kondom (%15,6) ve geri çekme (%72,5) yöntemlerini kullanırken gebe kaldıkları saptanmıştır. TNSA 2003 verilerinde planlanmamış gebelik yaşayanlar arasında geleneksel yöntem kullanımı modern yöntem kullanımından daha fazladır. Kadınların %46,1'i geri çekme yöntemi, %10,4'ü kondom kullanırken planlanmamış gebelik yaşadıkları bildirilmiştir. Bu sonuçlar kadınların büyük çoğunluğunun modern aile planlaması yöntemleri hakkında daha az bilgiye sahip olduklarını ve yöntemin doğru kullanılması hakkında bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Ayrıca bu çalışmada kadınların büyük bir bölümünün modern yöntemleri (%86,7), azımsanmayacak bir bölümünün de geleneksel yöntemleri (%10,5) güvenilir buldukları saptanmıştır. Karadağ ve arkadaşları (2007) kadınların en etkili yöntem olarak yarısına yakınının (%45,8) RİA'yı düşündüklerini belirlemişlerdir. Şahin (2005) araştırmasında kadınların büyük çoğunluğunun modern yöntemleri güvenilir bulduklarını ve en çok güvenilen yöntemin RİA (%41,3) olduğunu, geleneksel yöntemlerden ise %4,7'sinin geri çekme yönteminin güvenilir olduğunu bildirmiştir.

Bu çalışmada RİA'yı bırakan kadınların yarısından fazlası (%59,4) fazla kanama, 1/3'ü (%33,3) ağrı, 1/5'inden fazlası (%21,7) gebelik isteği, daha az bir bölümü (%13) enfeksiyon, çok küçük bir bölümü (%2,8) yöntem kullanırken gebe kaldıkları ve uterus rüptürü (%2,8) gelişmesi nedenleri ile bu yöntemi bıraktıklarını belirtmişlerdir. Kondom kullanımını bırakan kadınların yarısına yakınının (%46,1) eşinin istememesi, %40,7'sinin koruyuculuğuna güvenmemesi, az bir bölümünün yöntem kullanırken gebe kalması (%15,3), kullanım güçlüğü (%12,5) ve çocuk istemeleri (%4,6) nedenleri ile yöntemi bıraktıkları ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada enjeksiyon yöntemini bırakan kadınların büyük çoğunluğunu (%81,2) adet düzensizliği, yarısı (%50) baş dönmesi ve sinirlilik, 1/4'ü (%25) akıntı ve az bir bölümü (%12,5) hormonlarında bozukluk olabileceğini düşüncesi ile yöntemi bıraktıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların oral kontraseptif kullanımını, yarısından fazlasının sinirlilik, baş ağrısı ve baş dönmesi (%54), 1/3'ünden fazlası (%31) unutma, 1/4'ünden fazlası (%27) adet düzensizliği, diğerlerinin ise mide ağrısı ve bulantı (%18), kilo alma (%15), çocuk istemesi (%10) nedeni ile bıraktıkları saptanmıştır. Geri çekme yöntemini bırakan kadınların yarısından fazlası (%57,4) koruyuculuğuna güvenmeme, yarısına yakını (%47,5) yöntemle gebe kalma, %15,4'ünün eşinin istememesi, %6,1'inin çocuk istemesi ve %3'ünün tüpligasyon olması nedeniyle yöntemi bıraktığı gözlenmiştir. Takvim yöntemini bırakan kadınların yarısı gebe kaldığı için diğer yarısı da kullanımda güçlük çektiği için bu yöntemi bıraktığı belirlenmiştir. Fitili bırakan kadınların ise, gebe kalması (%50) ve kullanım güçlüğü yaşaması (%50) nedeni ile bu yöntemi kullanmaktan vazgeçtikleri saptanmıştır. Bu çalışmaya benzer olarak Kaya ve Tatlı (2008) aile planlaması yöntemlerini kullanmama nedenleri ile ilgili yaptıkları araştırmalarında kadınların %39,6'sının çocuk isteme, %12,5'inin laktasyon döneminde olması, %6,2'sinin sağlığına zararlı olduğunu düşünmesi, %4,2'sinin eşinin istememesi nedeniyle aile planlaması yöntemlerinin

kullanmadıklarını bildirmiştir. Kumar ve arkadaşlarının (2005) Nepal’de yaptıkları çalışmada kadınların çocuk isteme (%60), erkek çocuk isteği (%60), aile planlaması yöntemlerinin yan etkilerden korkma (%50), sağlık problemleri nedeni ile (%50), eşinin karşı olması (%15) ve dini nedenler yüzünden (%2,5) aile planlaması yöntemlerini kullanmadıklarını belirlemişlerdir. Aninyei ve arkadaşlarının (2008) kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanmama nedenleri arasında büyük çoğunluğunun yöntemlerin yan etkilerinin varlığı ve erkek çocuk istemeleri olduğunu, diğer nedenler arasında ise eşinin istememesi, kız çocuk istemesi ve cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceğini düşünme nedenleri ile yöntem kullanmadıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar kadınların önemli bir bölümünün aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış ve yetersiz bilgiye sahip olduklarını ve yöntemle ilişkin uygulama hataları yaptıklarını ve sonuç olarak yöntemi bıraktıklarını göstermektedir.

4.4. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puanlarının Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Değerlendirilmesi

Bu çalışmada planlanmamış gebeliği olmayan kadınların diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek Topluma ve Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanına sahip oldukları, ancak planlanmamış gebelik durumunun APTÖ ve Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanının istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç planlanmamış gebeliği olan kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğunu düşündürmektedir.

Bu araştırmada kadınların aile planlaması yöntemlerini bilme durumlarının APTÖ ve Alt Ölçekleri puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Kadınların aile planlaması danışmanlığı alma durumlarının APTÖ, Topluma ve Gebeliğe İlişkin Alt Ölçekleri puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı, ancak aile planlaması danışmanlığı alan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanının diğerlerine göre yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç, kadınların aile planlaması danışmanlığı almalarının aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarını olumlu şekilde etkilediğini göstermektedir.

Bu çalışmada aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasının gerekli ya da gereksiz olduğunu düşünen kadınların APTÖ ve Alt Ölçekleri puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadı belirlenmiştir. Ayrıca yöntem kullanarak gebe kalma durumlarının APTÖ, Yönteme ve Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Yöntem kullanarak gebe kalmayan kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanının istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Reddy ve arkadaşları (2003) bireylerin aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi gerektiğini ve böylece aile planlaması eğitiminin başarılı olabileceğini vurgulamaktadır. Oladeji (2008)'nin yaptığı çalışmada, çiftlerin aile planlaması yöntemlerini seçmede sosyo kültürel faktörlerin, cinsiyet rollerinin, dinlerinin ve yerel inançlarının önemli olduğunu bildirmiştir.

Bu çalışmada gebelik istediği için yöntem kullanmayan kadınların diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek APTÖ ve Topluma İlişkin Alt Ölçek puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Bu sonuca göre gebelik istediği için yöntem kullanmayan kadınların diğer nedenlerle yöntem kullanmayanlara göre daha olumlu tutuma sahip oldukları görülmüştür. Ancak modern yöntemleri kullanan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanının diğerlerine göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre ise, modern yöntemleri kullanan kadınların yöntemlere ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu düşünülebilir. Şu anda yöntem kullanan kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanının istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmaya benzer olarak Zambrana ve arkadaşları (1998) kültür, din ve eğitim seviyesinin etkilerinin; kontraseptif kullanımının belirlenmesini ve çiftlerin aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgilerini etkilediğini belirtmişlerdir. Ayrıca Zambrana ve arkadaşları (1998) geleneksel yöntemler ile ilgili bilgi ve tutumların sorgulandığı çalışmalarında, hiçbir geleneksel yöntemi kullanmayı düşünmeyen kadınların oranı %64 olarak belirtmişlerdir.

Bu çalışmada en çok modern yöntemlere güvenen kadınların geleneksel yöntemlere güvenen kadınlara göre istatistiksel olarak daha yüksek APTÖ ve Topluma İlişkin Alt Ölçek puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Bu sonuca göre modern yöntemlere güvenen kadınların aile planlaması yöntemleri ile ilgili daha olumlu tutuma sahip

oldukları görülmüştür. Kadınların en fazla güvendikleri yöntemlerin Yönteme ve Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

4.5. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Bu araştırmada APTÖ'nün iç tutarlık kat sayısının 0,91 olduğu bulunmuştur. Ölçeğin geliştirildiği ve güvenirlik analizlerinin yapıldığı araştırmasında Örsal (2006) ölçeğin iç tutarlık kat sayısının 0,90 olduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlar bu ölçeğin güvenirlik sonuçlarının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu araştırma APTÖ'nün alt ölçeklerinde iç tutarlık kat sayısına bakılmış; Topluma İlişkin Alt Ölçek iç tutarlık katsayısı 0,86, Yönteme İlişkin Alt Ölçek iç tutarlık katsayısı 0,80 ve Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek iç tutarlık katsayısı 0,78 olduğu gözlenmiştir.

Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) değerlendirilmesinde daha yüksek puana sahip olan kadınların daha fazla olumlu tutuma sahip oldukları belirtilmektedir (Örsal 2006). Bu çalışmada 30–39 yaş grubundaki kadınların diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek APTÖ ve alt ölçekleri puanlarına sahip oldukları görülmüştür. Bu sonuç kadınların yaş ortalaması arttıkça aile planlaması ile ilgili tutumlarının olumlu yönde etkilendiğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada kadınların eşlerinin yaş gruplarının APTÖ, Topluma ve Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkinin olmadığı, ancak eşleri 40–49 yaş grubunda olan kadınların diğerlerine göre Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre, eşlerin yaş ortalaması arttıkça kadınların yöntemlere ilişkin tutumlarının olumlu yönde etkilendiği söylenebilir. Benzer olarak Kitiş ve arkadaşları (2003), erkeklerin aile planlamasına ilişkin görüşlerini inceleyen çalışmalarında yaş ortalaması arttıkça olumlu yönde değişiklik gösterdiklerini bildirmişlerdir.

Bu araştırmada kadınların evlilik süresinin APTÖ, Topluma ve Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı, ancak evlilik süresi 10–19 yıl olan kadınların diğerlerine göre Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görölmüştür. Bu sonuçlar 10-19 yıl evli olan kadınların istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları ve doğurganlık sürecini tamamlamış olmaları ile ilgili olabilir.

Bu çalışmada kadınların ve eşlerinin üniversite mezunu olmaları diğer eğitim seviyesine sahip olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek APTÖ ve Alt Ölçek puanlarına sahip oldukları görölmüştür. Bu sonuç eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin daha olumlu tutuma sahip olduklarını göstermektedir. Bireylerin eğitim düzeylerinin yüksek olması sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını olumlu etkileyebileceği gibi aile planlaması konusunda olumlu tutum oluşturmalarını da sağlayabilir. Ahmad ve arkadaşları (2006) da bireylerin eğitim düzeyinin artması ile aile planlaması yöntemleri ile ilgili daha olumlu bakış açısına sahip olduklarını bildirmişlerdir.

Bu çalışmada il merkezinde yaşayan kadınların ilçede ve köyde yaşayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla APTÖ ve Alt Ölçek puanlarına sahip oldukları görölmüştür. Bu sonuç kadınların büyük şehirde yaşamalarının sağlıkları ile ilgili tutum ve davranışları bakımından daha olumlu etkilendiklerini düşündürebilir. Mahajan ve arkadaşları (2005) nüfus yoğunluğu ile ilgili adölesan çağındaki kızların tutumlarını incelerken kentsel ve kırsal bölgede yaşayanlar arasında bilinç düzeyleri bakımından farkın önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Bu araştırma sonuçları gelir düzeyi yüksek olan kadınların diğerlerine oranla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde APTÖ ve Alt Ölçek puanlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlara göre kadınların daha yüksek gelire sahip olmaları aile planlaması hizmetlerinden daha çok yararlanmalarını sağlayarak bu konuda daha olumlu tutuma sahip olmalarını etkileyebileceği söylenebilir.

Bu çalışma kadınların çekirdek aile tipine sahip olmaları ve sosyal güvencelerinin olmasının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek APTÖ ve Alt Ölçek puanlarına sahip oldukları bulunmuştur. Kadınların sağlık problemlerinin varlığının APTÖ ve Alt Ölçekleri puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç kadınların sosyal güvencelerinin olmasının aile planlaması hizmetlerinde daha fazla yararlanmalarını sağlayarak daha olumlu tutum edinmelerini etkilediğini düşündürebilir. Çekirdek ailede yaşayan kadınların da daha az kişinin sorumluluklarını yüklenmiş olmaları ve kendi sağlıklarına daha fazla zaman ayırabilmeleri gibi nedenlerle olumlu tutuma sahip oldukları düşünülebilir. Bu çalışmaya benzer olarak Zambrana ve arkadaşları (1998) aile tipinin, kültür, din ve eğitim seviyesinin aile planlaması yöntem seçimini etkilediğini bildirmişlerdir.

4.6. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puanlarının Obstetrik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Bu çalışmada ilk doğumunu 20–29 yaşında yapan kadınların diğer kadınlara oranla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek APTÖ ve Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanına sahip oldukları görülmüştür. Ancak ilk doğum yaşı 30–39 olan kadınların Topluma ilişkin Alt Ölçek puanının diğerlerine göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanına göre ise ilk doğum yapma yaşının istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin bulunmadığı saptanmıştır.

Bu çalışmada bir-iki kez gebe kalan kadınların diğer kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek APTÖ toplam puanına sahip oldukları da belirlenmiştir. Bu sonuçlar kadınların sağlıklı doğum yapma yaşında iken ve yeteri kadar çocuğa sahip olmaları nedeni ile daha olumlu tutuma sahip olduklarını düşündürebilir. Kadınların gebelik sayısının Alt Ölçek puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin bulunmadığı görülmüştür.

Bu çalışma sonuçlarına göre kadınların düşük yapma ve kürtaj olma durumlarının APTÖ ve Alt Ölçek puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı

saptanmıştır. Bu sonuçlar kadınların aile planlaması ile ilgili tutum oluştururken düşük yapmanın ve kürtaj olmanın etkisinin olmadığını göstermektedir.

Bu çalışmada bir kez canlı doğum yapan kadınların diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek APTÖ ve Topluma İlişkin Alt Ölçek puanına sahip oldukları, iki kez canlı doğum yapan kadınların ise diğerlerine göre istatistiksel olarak daha yüksek Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Kadınların canlı doğum yapma sayısının Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar kadınların bir-iki kez canlı doğum yapmasının aile planlaması yöntemlerine karşı olumlu tutum oluşturmalarını etkilediğini göstermektedir.

Bu çalışmada bir tane yaşayan çocuğu olan kadınların diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde APTÖ ve Topluma İlişkin Alt Ölçek puanının daha yüksek olduğu, iki tane yaşayan çocuğu olan kadınların ise diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanına sahip oldukları saptanmıştır. Kadınların yaşayan çocuk sayısının Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların yeteri kadar çocuğa sahip olduklarını ve aile planlaması yöntemlerine karşı daha olumlu tutum geliştirdiklerini düşündürebilir.

Bir-iki kez ölü doğum yapan kadınların hiç ölü doğum yapmayan kadınlara göre APTÖ toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar kadınların ölü doğum yapmış olmalarının aile planlaması yöntemlerine karşı daha olumlu tutum oluşturmalarına neden olduğunu göstermiştir. Ancak ölü doğum yapma durumunun Alt Ölçek puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

15–49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması yöntemlerine karşı tutumları ve kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisinin incelendiği 427 kadın ile yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

- Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $33,52 \pm 7,82$ idi. Kadınların daha çok ilkokul mezunu (%36,5) oldukları, ortalama $11,39 \pm 7,82$ yıldır evli oldukları, büyük çoğunluğunun en uzun süre ilde yaşadığı (%85,2), %71,4'ü gelir düzeyini orta olarak algıladıkları, %89,2'sinin çekirdek ailede yaşadığı ve tamamına yakınının (%93,2) sosyal güvencesinin bulunduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1.1, Çizelge 3.1.2).
- Kadınların eşlerinin yaş ortalamasının $37,63 \pm 8,22$ olduğu, daha çok 30–39 yaş grubunda (%44,5) ve lise mezunu (%29,0) olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.1).
- Bu araştırmada kadınların %14,8'inin sağlık probleminin bulunduğu ve en sık görülen sağlık problemlerinin hipertansiyon (%3,9), yüksek kolesterol (%2,8), alerjik hastalıklar (%2,8) ve ülser (%1,6) olduğu görülmüştür (Çizelge 3.1.3).

- Bu araştırmaya katılan kadınların ilk doğum yapma yaşı ortalaması $23,40 \pm 3,90$, gebelik sayısı $2,38 \pm 1,54$, canlı doğum sayısı $1,77 \pm 1,05$, yaşayan çocuk sayısı $1,76 \pm 1,05$, düşük sayısı $0,30 \pm 0,61$, kürtaj sayısı $0,25 \pm 0,71$ ve ölü doğum yapma sayısı $0,05 \pm 0,23$ olarak saptanmıştır (Çizelge 3.2.1).
- Kadınların önemli bir bölümünün (%37,6) planlanmamış gebelik yaşadığı, çoğunluğunun (%69,6) aile planlaması danışmanlık hizmeti almadığı, ancak tamamına yakınının (%98,8) AP yöntemlerini bildiği, en çok ebe-hemşirelerden (%76,1) ve hekimden (%22,9) bilgi aldıkları belirlenmiştir. Kadınların en çok RİA (%98,1), hap (%96,9), kondom (%96,7), geri çekme (%91,1), enjeksiyon (%76,8), tüpligasyon (%32,5) yöntemlerini bildikleri görülmüştür (Çizelge 3.3.2).
- Bu çalışmada kadınların tamamına yakınının (%96,9) şu ana kadar herhangi bir yöntem kullandığı, modern yöntemlerden en çok kondom (%46,1), hap (%40,8) ve RİA (%36,7) kullandıkları, geleneksel yöntemlerden ise daha çok geri çekme (%61,1) yöntemini kullandıkları belirlenmiştir (Çizelge 3.3.3).
- Araştırma yapıldığı tarihte yöntem kullanan kadınların çoğunun modern yöntem (%60,4), az bir kısmının da geleneksel yöntem (%26,0) kullandığı belirlenmiştir. Modern yöntemleri kullanan kadınların daha çok RİA (%21,3), hap (%16,2) ve kondomu (%14,1) geleneksel yöntemleri kullananların ise %22,5 geri çekme yöntemini kullandığı bulunmuştur (Çizelge 3.3.4).
- Araştırma kapsamına alınan kadınların %35,2'sinin yöntem kullanarak gebe kaldığı, gebelik oluştuğunda kullanılan yöntemlerin geri çekme (%72,5), kondom (%15,6), takvim yöntemi (%9,8), hap (%3,9), fitil (%2,6) ve laktasyonel amenore (%1,9) olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3.5).
- Bu araştırmada kadınların büyük çoğunluğunun (%86,7) en çok modern yöntemlere güvendikleri belirlenmiştir (Çizelge 3.3.6).

- Bu çalışmada kadınların RİA'yı bırakma nedenlerinin fazla kanama (%59,4), ağrı (%33,3), çocuk isteme (%21,7), enfeksiyon (%13,0), gebe kalma (%2,8) ve uterus rüptürü (%2,8) olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.3.6).
- Bu araştırmada kondomu bırakan kadınların eşinin istememesi (%46,1), koruyuculuğuna güvenmeme (%40,7), gebe kalma (%15,3), kullanım güçlüğü (%12,3) ve çocuk isteme (%4,6) nedenleri ile bu yöntemi bıraktıkları saptanmıştır (Çizelge 3.3.6).
- Bu araştırmada kadınların enjeksiyon yöntemini bırakma nedenlerinin adet düzensizliği (%81,2), baş dönmesi, sinirlilik (%50,0), akıntı (%25,0) ve hormon bozukluğu olabileceği düşüncesi (%12,5) olduğu görülmüştür (Çizelge 3.3.6).
- Kadınların oral kontraseptifleri ise sinirlilik, baş ağrısı, baş dönmesi (%54,0), unutkanlık (%31,0), eşinin istememesi (%27,0) ve çocuk istemesi (%10,0) nedenleri ile bıraktıkları belirlenmiştir (Çizelge 3.3.6).
- Araştırma kapsamındaki geri çekme yöntemini bırakan kadınların koruyuculuğuna güvenmeme (%57,4), gebe kalma (%47,5), eşinin istememesi (%15,4), çocuk isteği (%6,1) ve tüpligasyon yöntemine geçme (%13,0) nedenleri ile yöntemi bıraktıkları görülmüştür (Çizelge 3.3.6).
- Araştırmada gebelik istediği için yöntem kullanmayan, en fazla modern yöntemlere güvenen kadınların APTÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarının diğerlerine göre daha olumlu olduğu görülmüştür. Kadınların planlanmamış gebelik yaşama, aile planlaması yöntemlerini bilme, aile planlaması danışmanlığı alma ve yöntem kullanarak gebe kalma durumlarının APTÖ toplam puan ortalamaları üzerinde etkisinin bulunmadığı görülmüştür (Çizelge 3.6.1.1).

- Araştırmada planlanmamış gebeliği olmayan, yöntem kullanarak gebe kalmayan, gebelik istediği için yöntem kullanmayan ve en fazla modern yöntemlere güvenen kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarının daha olumlu olduğu bulunmuştur. Kadınların planlanmamış gebelik, aile planlaması yöntemlerini bilme, aile planlaması danışmanlığı alma ve yöntem kullanarak gebe kalma durumlarının Topluma İlişkin Alt Ölçek puanını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemediği bulunmuştur (Çizelge 3.6.2.1).
- Bu çalışmada aile planlaması danışmanlığı alan ve şu anda modern yöntem kullanan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Araştırmada kadınların planlanmamış gebeliği olma, AP yöntemlerini bilme, yöntem kullanarak gebe kalma durumlarının ve en güvendikleri yöntemlerin özelliklerinin Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (Çizelge 3.6.3.1).
- Bu çalışmada planlanmamış gebeliği olmayan kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Kadınların AP yöntemlerini bilme, AP danışmanlığı alma, yöntem kullanarak gebe kalma durumları, şu anda kullandıkları yöntemler ve en güvenilen yöntemlerin Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde istatistiksel olarak etkili olmadığı saptanmıştır (Çizelge 3.6.4.1).
- Bu araştırmada kadınların eşlerinin yaşının ve evlilik sürelerinin APTÖ toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir. Araştırmada yer alan kadınlarda; 30–39 yaş grubunda olan, eşi ve kendisi üniversite mezunu olan, en uzun süre ilde yaşayan, gelir düzeyini yüksek olarak algılayan, çekirdek ailede yaşayan, sosyal güvencesi bulunan ve

sağlık problemi olmayan kadınların APTÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarının diğerlerine göre daha olumlu olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.7.1.1).

- Bu araştırmada ilk doğum yaşı 20–29 olan, bir-iki kez gebe kalan, bir kez canlı doğum yapan, bir tane yaşayan çocuğu olan ve bir-iki kez ölü doğum yapan kadınların APTÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.2). Diğer yandan kadınların düşük yapma ve kürtaj olma sayılarının APTÖ toplam puan ortalaması üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.1.2).
- Bu çalışmada üniversite mezunu olma, aile planlaması ile ilgili konuları eşiyile konuşma, yaş ve gelir düzeyinin yüksek algılanması ile aile planlamasına yönelik tutum arasında pozitif ilişki bulunurken, ilkokul mezunu olma, en uzun süre köyde yaşama ve geleneksel yöntem kullanma arasında negatif ilişkinin olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.7.1.3).
- Bu çalışmada 30–39 yaş grubunda olan, üniversite mezunu olan, eşi üniversite mezunu olan, en uzun süre ilde yaşayan, gelir düzeyini yüksek olarak algılayan, çekirdek ailede yaşayan ve sosyal güvencesi olan kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların eşlerinin yaşının, evlilik sürelerinin ve sağlık problemi yaşama durumlarının Topluma İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde istatistiksel olarak etkili olmadığı bulunmuştur (Çizelge 3.7.2.1).
- Araştırma kapsamındaki ilk doğum yaşı 30–39 olan, bir-iki kez gebe kalan, bir kez canlı doğum yapan ve bir tane yaşayan çocuğu olan kadınların Topluma İlişkin Alt Ölçek puanının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Diğer yandan kadınların düşük yapma, kürtaj olma ve ölü doğum

yapma durumlarının Topluma İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde istatistiksel olarak etkili olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.2.2).

- Bu çalışmada üniversite mezunu, aile planlaması ile ilgili konuları eşiyle konuşma ve gelir düzeyinin yüksek algılanması ile aile planlamasının topluma ilişkin tutumu arasında pozitif ilişki saptanırken ilkokul mezunu olma, köyde yaşama, geleneksel yöntem kullanma ve sosyal güvencenin bulunmaması arasında negatif ilişkinin olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.7.2.3).
- Araştırma örneklemindeki 30–39 yaş grubunda ve eşi 40–49 yaş grubunda olan, 10–19 yıldır evli olan, kendisi ve eşi üniversite mezunu olan, en uzun süre ilde yaşayan ve gelir düzeyini yüksek olarak algılayan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Kadınların aile tipinin, sosyal güvence ve sağlık problemi yaşama durumlarının ise Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır (Çizelge 3.7.3.1).
- Bu araştırmada iki ve daha fazla kürtaj olan, iki kez canlı doğum yapan ve iki tane yaşayan çocuğu olan kadınların Yönteme İlişkin Alt Ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarının daha olumlu olduğu gözlenmiştir. Kadınların ilk doğum yaşının, gebelik ve düşük sayılarının ve ölü doğum yapma durumlarının Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (Çizelge 3.7.3.2).
- Bu çalışmada kadınların üniversite mezunu olmaları, modern yöntem kullanmaları, en uzun süre şehirde yaşamaları, yaşı ve aile planlaması danışmanlığı alma durumlarının aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarını pozitif yönde etkilerken ilkokul mezunu olma durumunun negatif yönde etkilediği belirlenmiştir (Çizelge 3.7.3.3).

- Araştırmada eşi ve kendisi üniversite mezunu olan, en uzun süre ilde yaşayan, gelir düzeyi yüksek olan, çekirdek ailede yaşayan ve sosyal güvencesi olan kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarının daha olumlu olduğu gözlenmiştir. Ayrıca çalışmada kadınların ve eşlerinin yaş, evlilik sürelerinin ve sağlık durumlarının Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde etkili olmadığı da saptanmıştır (Çizelge 3.7.4.1).
- Bu araştırmada ilk doğum yaşı 20–29 olan ve hiç gebe kalmayan kadınların Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Kadınların düşük yapma, kürtaj olma, canlı doğum yapma, yaşayan çocuk sayısı ve ölü doğum yapma durumlarının Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.4.2).
- Bu çalışmada kadınların üniversite mezunu olmaları ve modern yöntem kullanmaları gebeliğe ilişkin tutumlarını pozitif yönde etkilerken; ilkökul mezunu olma, sosyal güvencenin olmaması, planlanmamış gebeliğe sahip olma ve en uzun süre köyde yaşamının negatif yönde etkilediği belirlenmiştir (Çizelge 3.7.4.3.).

5.2. Öneriler

Bu çalışmada kadınların yaklaşık 2/3'ünün modern ve 1/4'ünün geleneksel yöntemleri kullandığı saptanmıştır. Modern aile planlaması kullanan kadınların geleneksel yöntem kullananlara göre daha fazla Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçekleri puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca kadınların üniversite mezunu olmaları, aile planlaması ile ilgili eşiyle konuşmaları, gelir düzeylerini yüksek olarak algılamaları ve en uzun süre şehirde yaşamaları ile aile planlamasına ilişkin tutumları arasında pozitif ilişki bulunurken; ilkökul mezunu olmaları, en uzun süre köyde

yaşamaları, sosyal güvencelerinin olmaması ve planlanmamış gebeliğinin bulunması ile negatif ilişkinin bulunduğu sonuçları elde edilmiştir.

15–49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması yöntemlerine karşı tutumları ve kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisini incelemek amacı ile yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Aile planlaması danışmanlığı verecek olan sağlık personelinin kadınların aile planlaması yöntemlerine karşı tutumları konusunda duyarlılıklarının arttırılması,
- Aile planlaması hizmetlerini yürüten sağlık çalışanlarının kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının farkında olmaları ve hizmetlerini olumsuz tutumları değiştirebilecek biçimde düzenlemeleri,
- Danışmanlık hizmeti veren sağlık personelinin toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel yapısının farkında olmaları, onların tercihlerini anlayabilmeleri ve bireyler ile iletişim kurarken bu özelliklerini göz önünde bulundurmaları,
- Çocuk sayısı fazla olan kadınların aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi,
- Kırsal kesimde yaşayan ve düşük gelire sahip olan kadınların daha fazla aile planlaması eğitimine dahil edilmeleri ve böylece aile planlaması yöntemlerine karşı olumlu tutum edinmelerine yardımcı olunması,
- Araştırmanın farklı özelliği olan örneklem ile tekrarlanması ve elde edilen bulguların bu araştırma sonuçları ile karşılaştırılması,
- Bu araştırma sonuçlarına göre olumsuz aile planlaması tutumlarına sahip olan gruplar ile bu tutumlarını olumlu yönde değiştirebilecek deneysel çalışmaların planlanması önerilebilir.

ÖZET

15–49 YAŞ EVLİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ KULLANDIKLARI KONTRASEPTİF YÖNTEMLER İLE İLİŞKİSİ

Araştırma 15–49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemleri ile ilişkisinin incelenmesi amacı ile kesitsel tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmaya 09.06.2008–15.09.2008 tarihlerinde Aydın il merkezindeki sağlık ocakları bölgelerinde ikamet eden 427 kadın alınmıştır.

Araştırma verileri, kadınların tanıtıcı özelliklerinin ve araştırmanın bağımsız değişkenlerinin sorgulandığı soru formu ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, varyans analizi, t-testi, korelasyon, Crombach Alfa ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların yaş ortalaması $33,52 \pm 7,82$ idi. Kadınların daha çok ilkokul mezunu (%36,5) olduğu ve %93,2'sinin sosyal güvencesinin bulunduğu belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı sırada, kadınların %60,4'ünün modern, %26,0'ının geleneksel yöntemler ile korundukları saptanmıştır. Kadınların modern yöntemlerden en fazla RİA (%21,3), hap (%16,2) ve kondom (%14,1); geleneksel yöntemlerden geri çekme (%22,5) ile korundukları belirlenmiştir.

Çoklu regresyon analizi sonucu, Aile Planlaması tutum Ölçeği puanı ile geleneksel yöntem kullanma arasında negatif bir ilişkinin olduğunu göstermiştir ($p < 0,05$). Katkıda bulunabilecek diğer faktörlerde modele dahil edildiğinde, üniversite mezunu olma, aile planlaması ile ilgili konuları eşi ile konuşma, yaş ve gelir düzeyinin yüksek olarak algılanması ile aile planlaması tutumu arasında pozitif ilişki bulunurken; ilkokul mezunu olma ve en uzun süre köyde yaşama arasında negatif ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Bu araştırma kadınların aile planlaması ile ilgili olumlu tutuma sahip olmalarının geleneksel yöntem kullanımı ile negatif ilişkide bulunduğu sonucunu açığa çıkarmıştır. Bu sonuçlara göre, aile planlaması hizmetlerinin sunumunda kadınların geleneksel yöntem kullanımına ilave olarak yaş, yerleşim yeri, sosyo-ekonomik yapı ve erkeğin katılımının da dikkate alınması ile modern yöntemlerin kullanımı geliştirilebilir.

Anahtar kelimeler: Tutum, aile planlaması yöntemleri, aile planlaması hizmetleri.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE ATTITUDES OF MARRIED WOMEN IN THE AGE RANGE OF 15–49 TOWARD FAMILY PLANNING METHODS AND THE CONTRACEPTIVE METHODS THEY USE

The research was conducted as a cross-sectional descriptive study to examine the relationship between the attitudes of married women in the age range of 15–49 toward family planning methods and the contraceptive methods they use. The study group consisted of 427 women who resided in the areas around the public health centers in the central province of Aydın between 09.06.2008 and 15.09.2008.

The study data were collected by a questionnaire that interrogates the profile data about the women and the independent variables of the study, as well as by the Family Planning Attitude Scale. Descriptive statistics, variance analysis, t-test, correlation, Cronbach Alpha and multiple regression analyses were employed to evaluate the data.

The mean age of the participant women was 33.52 ± 7.82 . The study found that most of the women were primary school graduates (36.5%) and 93.2% benefited from social security. It was also found that 60.4% of the women used modern contraceptive methods, while 26.0% used traditional contraceptive methods when the study was carried out. The women mostly preferred IUD (21.3%), birth control pills (16.2%), and condoms (14.1%) among the modern methods, while withdrawal (22.5%) was most commonly used as a traditional method.

The results of the multiple regression analysis demonstrated that there was a negative correlation between the scores on the Family Planning Attitude Scale and the use of traditional methods ($p < 0.05$). When other possible contributing factors were also included in the model, a positive correlation was detected between factors such as being a university graduate, speaking on the issues about family planning with one's husband, age and income level perceived as high and the attitude toward family planning, while a negative relationship was found between being a primary school graduate and the longest residence in a village.

This study revealed that a negative relationship exists between positive attitudes of women toward family planning and the use of traditional methods. These results suggest that the use of modern contraceptive methods can be improved by taking into account in the presentation of family planning services the factors of age, place of

residence, socioeconomic structure, and husbands' participation, in addition to the use of traditional methods by women.

Keywords: Attitude, family planning methods, family planning services.

KAYNAKLAR

Ahmad F, Hanif M, Zafar MI, (2006) *Attitude of Religious Leaders (Imam Masjid) Towards Family Planning*, Journal of Agriculture&Social Sciences 2(3):163-166.

Akın A, Sevcençan F, (2006) *Türkiye’de Kadın Sağlığının Düzeyi ve Aile Planlaması Uygulamalarının Durumu*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

Akın L, Özaydın N, Aslan D, (2005) *Türkiye’de Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanmalarını Etkileyen Faktörler*, Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48:63–69.

Aksu H, (2008) *Kontraseptif Yöntemler*, Kadın Sağlığı, Birinci Baskı, Bedray BasınYayıncılık Ltd. Şti., İstanbul.

Akyürek C, Çiçek MN, Çelik Ç, Haberal A, (2006) *Kontrasepsiyon ve Aile Planlaması*, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitapevi/ Öncü Basımevi Ankara/İstanbul s: 789–805.

Aninyei IR, Onyesom I, Ukuhor HU, Uzuegbu UE, Ofili MI, Anyanwu EB, (2008) *Knowledge Attitude To Modern Family Planning Methods In Abraka Communities, Delta State, Nigeria*, East African Journal of Public Health 2008, 5(1): 54–62.

Apay ES, (2004) *Nişanlı Çiftlerin Evlendikten Sonra Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemleri*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Arevalo M, Jennings V, Sinai I, (2001) *Efficecy Of A New Method Of Family Planning: The Standart Day Method*, Elsevier Science Inc, Washington.

Arşiv MH, (2008) *Aydın Doğumevi’nde Aile Planlaması İçin Başvuran Kişilerin Kontraseptif Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler*, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, Aydın.

Ataç A, Gülsoy R, (2004) *Soranus*, Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı, Gata, Ankara, 12 (3) : 196–200.

Atasü T, Şahmay S, (2002) *Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon*, Jinekoloji Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, S: 675-693.

Aydın S, (2005) *Aile Planlaması ve Yöntemleri*, Aile Hekimliği Dergisi 1(3): 84-90.

Babadağlı BD, Şahin S, (2001) *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 1(2): 51-64, 2006.

Basu S, Kapoor AK, Basu SK, (1991) *Knowledge, Attitude And Practice Of Family Planning Among Tribals*, The Journal Of Family Welfare, 50(1):24–30.

Bertrand JT, Lawrence E, Golstein S, (2007) *New Attention To The IUD*, Jonshan Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA, http://www.maqweb.org/iudtoolkit/gen_info/iudpopreport1-2.pdf, Erişim Tarihi:05.06.2009

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

Bilgili N, Vural G, (2006) *Missed Opportunities in Family Planning*, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Dergisi 2-(1):22–28.

Boonstra H, (2001) *Emergency Contraception: Steps Being Taken to Improve Access*, The Guttmacher Report on Public Policy, America,10–13.

Bozkurt N, Özkan S, Korucuoğlu Ü, Onan A, Maral I, Bumin M, Yıldırım M, (2005) *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne Başvuran Kadınlarda Doğum Kontrol Yöntemi Kullanımı*, Türk Fertilite Dergisi, 13-(2):165–169.

Brambila C, Ottolenghi E, Marin C, Bertand JT, (2007) *Getting Result Used: Evidence From Reproductive Health Programmatic Research in Guatemala*, Health Policy and Planning 2007; (22):234-245.

Burns N, Grove SK, (2001) *The Practive Of Nursing Research*, 4thed, Philadelphia: Saunders Company.

Capdevila CC, Cortit LI, Creatsas G, (1998) *Contraception Today*, The Proceeding of The 4th Congress of The European Society of Contraception.

Çakmak A, Ertem M, (2004) *Aile Planlaması Eğitimi İçin Önemli Bir Fırsat: Bir Çocuk Hastanesinde Yatan Hastaların Anneleri*, Diyarbakır–2004, Dicle Tıp Dergisi 2005, (32)-4: 190–195.

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

Çiftçioğlu S, (2006) *Geri Çekmenin Aile Planlaması Olarak Kullanılma Nedenleri*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Çomaklı D, (2006) *Türk ve Alman Ailesinde Kadının Çocuk Eğitimindeki Yeri*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yabancı Diller Eğiti Anabilim Dalı, Erzurum.

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

Demir S, (2007) *Kur'ân Öncesinde Ve Kur'ân'da Kadının Annelik Konumu*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Temel İslam Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara.

Diri FÜ, (2007) *İstatistik Dersine Yönelik Tutumların Araştırılması Meslek Yüksekokulu Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Duze MC, Mohammed IZ, (2006) *Male Knowledge, Attitude and Family Planning Practices In Northern Nigeria*, Department Of Sociology Bayero University, Kano, Nigeria.

Dündar C, Kayar E, Peşken Y, (2004) *Samsun İli Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Evli Ebelerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları*, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 12(4): 243-246, 2005.

Eren H, (1988) *Türkçe Sözlük*, Türk Dil Kurumu Yayınları, Türk Tarih Kurumu Basım Evi, 549, Ankara.

Ergöçmen AB, Eryurt AM, (2003) *Doğurganlığı Belirleyen Diğer Ara Değişkenler*, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2003.

Eroğlu K, (2004) *Kadın Kuruluşları İçinde Üniversite Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezlerinin Yeri Ve Önemi*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004, 8(2).

Erol N, Ergin I, Döner B, Onmuş R, Şakru N, Kırca Ü, (2003) *İzmir Konak Doğumevi'ne İstemli Düşük İçin Başvuran Kadınların Doğurganlık Öyküleri ve Aile Planlaması Davranışları*, Ege Tıp Dergisi 42(3): 155–160.

Gabalıcı E, (2008) *Üreme Çağındaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşama Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.

Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi İçin Dış Ulaşım Rehberi (GDSHM) (2005) Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Gençlere Erişim Etkinlikleri Rehberi.

Gebelikten Korunma Yöntemleri, <http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/uremesagligi>, Erişim Tarihi: 20.06.2009.

Gebelikten Korunma Yöntemleri <http://www.bsm.gov.tr/images%5Cacs-tuplg.jpg>, Erişim Tarihi: 20.06.2009.

Gender, the Millennium Development Goals, and Human Rights in the context of the 2005 review processe, (2005) Erişim: <http://www.gadnetwork.org.uk/pdfs>, Erişim Tarihi: 18.05.2009.

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

Gözükara F, Ersin F, Şimşek Z, Kayahan M, Kurçer MA, (2002) *Şanlıurfa'da Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Evli Kadınlarda Düşükler ve Ölü Doğumlar*, Hemşirelik Forumu 2003, 6(3):27-32.

Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Van Vliet HM, Helmerhost FM, (2009) *Triphasic Versus Monophasic Oral Contraceptives for Contraception*, <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003553.pdf>, Erişim Tarihi: 20.06.2009.

Güngör S, Başer İ, Göktolga Ü, Özkömür E, Keskin U, (2005) *Koitus Interruptus (Geri Çekme) Yönteminin Etkinliği ve Eğitim Seviyesinin Önemi*, Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 8–10.

Hansa F, (2003) *Islam, Social Traditions and Family Planning*, Blackwell Publishing Ltd. 37(2):181-197.

Harvey PD, (1999) *Let Every Child Be Wanted: How Solicial Marketing Is Revolutionizing Contraseptive Use Around The World*, Book Review By Dominique Meerkers, Social Marketing Quarterly, 4(4): 115–118.

Hicks C, Tyler C, (2001) *Assessing The Skills For Family Planning Nurse Prescribing: Development Of A Psychometrically Sound Training Needs Analysis Instrument*, Methodological Issues In Nursing Research Blackwell Science Ltd, Journal of Advanced Nursing, 37(6): 518–531.

Hoffman S, Exner TM, Leu C, Ehrhardt AA, Stein Z, (2003) *Female-Condom Use in a Gender-Specific Famil Planning Clinical Trial*, American Journal of Public Health 93;(11).

International Conference On Population and Development (1994), <http://www.ippf.org/en/About/IPPF+ICPD.htm>, Erişim Tarihi: 22.05.2009.

İlhan NM, Yıldırım A, Maral I, (2002) *Ankara'da Yarı Kentsel ve Kentsel Bölgede Yaşayan 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve Yöntem Kullanmama Nedenleri*, Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 12:66-72.

Kabalcıoğlu F, Kurçer MA, Şimşek Z, (2004) İstemsiz Düşük Yapan Kadınlara Verilen Aile Planlaması Danışmanlığının Önemi ve Şanlıurfa Doğumevi Deneyini, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 5(1): 28-33, 2008.

Kahraman K, (2005) *Nevşehir Özkonak Kasabasında Yaşayan 15*49 Yaş Grubu Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları*, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Kapiga HS, Lyamuya EF, Lwihula GK, Hunter DJ, (1995) *To Determine The Risk Factors For HIV Seroconversion and Assess The Association Between Contraceptive Use and HIV Infection Among Women Attending Three Large Family Planning Clinics In Dar Es Salaam, Tanzania*, <http://journals.lww.com/aidsonline/pages/articleviewer.aspx?year=1998&issue=010000&article=00009&type=abstract>, Erişim Tarihi: 09.05.2009.

Karabey S, Müftüoğlu N, (2007) *Gençlik ve Cinsellik*, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği http://www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme_dosyasi_7.pdf, Erişim Tarihi: 05.06.2009.

Karaoğlu L, Öztürk C, Pehlivan E, (1997) *Çorum İli Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Evli Kadınlarda Doğurganlık ve Etkileyen Faktörler*, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002, 9(1): 33-40.

Karadağ G, Pehlivan S, Uçan Ö, Ovayolu N, Doğan S, (2007) *Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları*, Gaziantep Üniversitesi Sıhplık Yüksekokulu, Gaziantep.

Karagüzel N, (2006) *Fertil Çağdaki Kadınlarda Kontraseptif Yöntemler Ve Anemi İlişkisi*, T.C Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.

Katırcı E, (2008), *Isparta İl Merkezindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik ve Sosyokültürel Faktörler*, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta.

Kaya H, Tath H, Açık Y, Deveci SE, (2008) *Bingöl İli Ulukent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi*, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ.

Kırımlioğlu N, (1996) *Aile Planlaması Gebeliğin Sonlandırılması ve Türkiye'deki Nüfus Politikaları Hakkında Yasalar ve Etik Yaklaşımlar*, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji Anabilim Dalı, Eskişehir.

Kitapçioğlu G, Yanikkerem E, (2006) *Manisa Doğumevinde Doğum Yapan Kadınların Doğurganlık Öyküleri, Aile Planlaması Davranışı Ve Doğum Sonrası Aile Planlaması Danışmanlığı*, Ege Tıp Dergisi 2008, 47(2):87-92.

Kitiş Y, Bilgili N, Karaçam Z, (2003) *Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüşleri ve Karara Katılma durumları*, Sağlık ve Toplum 14(1):56–66.

Koçyiğit E, (2002) *Aynı Tutumu Ölçmeye Yönelik Olarak Hazırlanmış Likert Tipi Ölçek İle İki Farklı Metrik Ölçeğin Psikometrik Özelliklerinin Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Kumar S, Priyadarshni A, Kont S, Anand K, Yadav BK, (2005) *Attitude Of Womwn Towards Family Planning Methods And Its Use Study From A Slum Of Delhi*, Kathmondu University Medical Journal 3(3):259–262.

Lindberg LD, Santelli JS, Singh S, (2002) *Changes In Formal Sex Education: 1995-2002*, Perspectives On Sexual and Reproductive Health, Columbia University, New York.

Ling RL, (2007) *The Morning After Pill*, Uncovering The Truth, Designs&Patents Act, England.

London ML, Landewig PW, Ball JW, Bindler R, (2003) *Maternal-Newborn&Child Nursing, Family-Centered Care*, Copyright 2003 By Pearson Education, Inc, New Jersey, 89–107.

Longmore MA, Manning WD, Giordano PC, (2004) *Adolescents' Self Identities and Sexual Debut*, Department of Sociology and Center for Family and Demographic Research Bowling Green State University.

Macalusa M, Lawson ML, Hortin G (2003) *Efficacy of the Female Condom as a Barrier to Semen During Intercourse*, Am J Epidemiol 157: 157–289.

Madenoglu K, Ayanoğlu K, (2005) *Binyıl Kalkınma Hedefler Raporu Türkiye 2005*, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı.

Mahajan P, Sharma N, Saleem J, (2005) *Awareness Level of Urban-Rural Adolescent Girls Regarding Population Problem*, Kamla-Raj, J. Hum. Ecol., 17(3): 173-175.

Meteoğlu D, Güngör F, Pehlivan A, Doyuran E, (2001) *2001Yılında Aydın İlinde Ana Sağlığı ve Aile Planlaması*, Sağlık ve Toplum 2002, 12(1): 33-36.

Metinoğlu M, (1999) *Planlı Eğitimin Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Mehryar AH, Moftafavi F, Agha H, (2000) *Men and Family Planning in Iran*, http://www.iussp.org/Brazil2001/s20/S22_P05_Mehryar.pdf, Erişim Tarihi: 12.06.2009.

Miller K, Miller R, Askew I, Horn CM, Ndhlovu L, (1998) *Clinic-Based Family Planning And Reproductive Health Services In Africa: Findings From Situation Analysis Studies*, The Population Council.

Moore A, Kendig SM, Reiter S, Suttan CM, Dominguez L, (2002) *Women's Health Care*, Aparction Journal For Nurse Practitioners, 5(5): 1-34.

Mosher DW, Martinez GM, Chandra A, Abma JC, Wilson SJ, (2004) *Use Of Contraception and Use Of Family Planning Services In Tehe United States:1982-2002*, Advance Data From Viral and Health Statistics, 350(10):1-35.

Mumcu N, (2004) *Geleneksel Uygulama ve İnançların Aile Planlaması Yöntemleri Kullanımına Etkisinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Naçar M, Öztürk A, Öztürk Y, (2003) *Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Kullanmaya Etkisi*, Erciyes Tıp Fakültesi 25 (3) 122-130.

Neuse M, (2006) *Making The Case For U.S. Internatonal Family Planning Assistance*, Five Former Directors of the Population and Reproductive Health Program of the United States Agency for International Development (USAID) <http://www.jhsph.edu/gatesinstitute>, Erişim Tarihi 03.05.2009.

Ocaktan ME, Özdemir O, Çalışkan D, Özyurda F, Çöl M, Tümay E, (2003) *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yürütülmekte Olan Aile Planlaması Danışmanlığı Ve Rahim İçi Araç Uygulama Kursunun Değerlendirilmesi*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 56-(3):141-146.

Odimegwu CO, (1999) *Family Planning And Use İn Nigeria: A Factor Analysis*, International Family Planning Perspectives 25-(2): 86–91.

Okuma-Yazma Bilmeyen Kadınların Bölgelere Göre Dağılımı (2009) <http://www.umut.org.tr/public/printpage.aspx?id=17956>, Erişim Tarihi:07.06.2009.

Oladeji D, (2008) *Socio- Cultural And Norms Factors Inflmencing Family Planning Choices Among Couples In Ibadan Metropolis, Nigeria*, European Journal Of Sicientific Research

Olds SB, London ML, Landewig PA, Davinson MR, (2004) *Maternal-Newborn Nursing&Women's Health Care*, Seventh Edition, By Pearson Education, Inc, New Jersey, 45–55.

Oltuluoğlu H, (2008) *Malatya İl Merkezinde Aile Planlaması Kullanan 15–49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler*, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Oral SC, (2006) *Gecekondü Bölgesinde Yaşayan Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Saptanması*, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.

Örsal Ö, (2006) *Ankara Belediye Sınırlar İçinde Yaşayan Bireylerin Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Özaydın NG, (2003) *1998 TNSA Verilerine Göre Türkiye'deki Evli Erkeklerin Üreme Sağlığı Konusundaki Bilgi ve Tutumları*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Özaydın NG, Debay M, (2007) *Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı*, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Ankamat Matbaacılık Sanayi Ltd Şti, Ankara.

Özberk E, (2003) *Nüfus Politikaları ve Kadın Bedeni Üzerindeki Denetimi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı, Ankara.

Özdener N, (2006) *Solaklı Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Erkeklerin Üreme Sağlığı konusundaki Bilgi Düzeyleri, Roller ve Gereksinimlerinin Araştırılması*, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Adana.

Özgen N, (1993) *Tuzlucaıyır Bölgesinde 15–49 Yaş Grubu Evli Kadınların Ve Eşlerinin Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Araştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Özgülnar N, (2007) *Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar- Bariyer Yöntemler*, 5. Uluslar arası  reme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara.

 zg lnar N, Pektaş H, (2006) *Güvenli Cinsellik*, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği http://www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme_dosyasi_4.pdf, Erişim Tarihi: 05.06.2009.

 zlece F, (2006) *Kayseri İl Merkezindeki Lise Son Sınıf  ğrencilerinin Aile Planlamasına İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Öztürk Y, (2000) *Dünyada ve  lkemizde Aile Planlaması*, Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.

Pasinlioğlu T, Bülbül F, (2001) *Çiftlerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bırakma Nedenleri*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003, 6(2): 40-49.

Reddy RS, Premarajan KC, Norayan KA, Mishra AK, (2003) *Rapid Appraisal of Knowledge, Attitude and Practices Related to Family Planning Methods Among Men Within Five Yeras of Married Life*, <http://medind.nic.in/ibl/t03/i1/iblt03i1p62o.pdf>, Erişim Tarihi: 19.04.2009.

Repositioning Family Planning: Guidelines for advocacy action (2008) http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/fp_advocacytool_kit.pdf, Erişim Tarihi 13.05.2009.

Ricci SS, (2007) *Essentialof Maternity Newborn, and Women’s Health Nursing*, By Lippincott Williams&Wilkins a Wolters Kluwer Business, Philadelphia, 75–105.

Sağgöz N, Bayram M, Kamacı M, (1999) *Kırıkkale İli ve çevresinde Kullanılan Yöntemler*, Türkiye Klinikleri Jinekolojik Obstetri Dergisi 2000, 10: 266–269.

Sağlık Bakanlığı (1983) 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ve İlgili Tüzük ve Yönetmelikler <http://www.saglik.gov.tr/extras/aileplanreh/bolum1a.pdf>, Erişim Tarihi:05.06.2009.

Sak ME, Evsen MS, Sak S,  aça FN, (2008) *Kontrasepsiyon Yöntemlerinin Etkinliği ve Kadınların Eğitim Düzeyi: Güneydoğu Anadolu’da Bir İlçe  rneği*, Dicle Tıp Dergisi 2008, 35(4): 265-270.

Saydam KB, (2005) *Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerinden ve Progesteron İçeren Kontraseptif Kullanımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi*, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Saygılı P, (2006) Aile Planlaması Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü, Türkiye Klinikleri J, Surg Med. Sci 2(13): 37–44.

Sergek E, (2008) *Kadınların Sezeryan Sonrası Seçtikleri Aile Planlaması Yöntemleri ve Bu Yöntemleri Seçme Nedenlerinin Dağılımı*, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Gaziantep.

Sidibe M, (2009) *AIDS ve cinsiyet eşitliği: Yeni Paradigmalar Çağı*, UNAIDS Genel Başkanı Michel Sidibe'nin Kadın Statüsü Komisyonu'nun Elli Üçüncü Oturumuna Hitabı.

Speizer IS, (2003) *Using Strength of Fertility Motivations to Identify Family Planning Program Strategies*, International Family Planning Perspectives, 2006, 32(4):185–191.

Speroff L, Darney PD, (2005) A Clinical Guide For Contraception, Fourth Edition, Lippincott Williams&Wilkins, Newyork.

Sonfield A, (2002) *Popularity Disparity: Attitudes About The IUD in Europe and The United States*, <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/10/4/gpr100419.pdf>, Erişim Tarihi: 17.05.2009.

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V, (2004) *Biyoistatistik*, Hatiboğlu Yayınları, Ankara.

Şafak F, (2006) *Kadınların Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi'nin Vermiş Olduğu Aile Planlaması Hizmetini Değerlendirmeleri Üzerine Bir Pilot Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.

Şahin D, Şimşek F, Seyioğlu H, (2006) Cinsel Yaşam ve Sorunları, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği http://www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme_dosyasi_1.pdf, Erişim Tarihi: 05.06.2009.

Şahin HN, Bulduk BS, (2004) *Kontraseptif Yöntemler İçin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nin Uygunluk Ölçütleri*, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi (1):37–41.

Şahin GH, Şahin HA, Zeteroğlu Ş, Kolusarı A, (2002) *Van İli Yöresinde Aile Planlaması Yöntemleri Kullanmama Nedenleri*, Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi 12-(1):264–268.

Şahin S, (2005) *Postpartum Dönemde Anneye Verilen Aile Planlaması Danışmanlık Eğitiminin Etkin Kontraseptif Yöntem Seçimi Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Şankazan Ş, Yıldız A, (2002) *Ankara İli Deliler Köyündeki Evli Erkeklerin Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışları*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 55(1): 41–50.

Şen TA, Erbek N, (2001) *Afyon İlindeki Evli Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri*, Sağlık ve Toplum 2002, 12(4):73-78.

Taşkın L, (2007) *Aile Planlaması*, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 7. baskı, Sistem Ofset Matbaacılık. Ankara. 499–519.

Taşkın L, (2004) *Uluslar Arası Sözleşmeler Işığında Kadının Durumu*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2).

Tezcan S, (2009) *Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 Ön Rapor*, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_On_Rapor-tr.pdf Erişim Tarihi:06.02.2009.

Timisi N, (2003) *Birleşmiş Milletler Kadın Statüsü Komisyonu 47. Dönem Toplantısı, Etkinlik Değerlendirmeleri*, Ankara Üniversitesi.

Timur S, Bekar M, (2005) *Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu İle Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişki*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006, Erzurum.

Toker SO, (2006) *Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon*, Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu, İzmir.

Tokuç B, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A, (2001) *Edirne Merkezinde 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yöntem Kullanım Oranları*, Sted 2005, 14(1):8–14.

Tözün M, (2007) *Tarihsel Süreçte Toplumsal Cinsiyet: Küresel Bir Yaklaşım*, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir.

Türk R, (2006) *2–4 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirmeyi Aile Planlaması Yöntemi Olarak Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Türkistanlı E, (1998) *Aile Planlaması Konusunda Kaçırılmış Fırsatların Yakalanmasında Hemşirenin Danışman Rolü*, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu (2007)
<http://www.tkdf.org.tr/sayfa.php?id=OTA>, Erişim Tarihi: 09.06.2009.

Türkiye Üreme Sağlığı Programı Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Mezuniyet Öncesi Eğitim Güçlendirme Projesi (2006), Ankara.

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2003) Birleşmiş Milletler CEDAW Komitesine Sunulmak Üzere Hazırlanan Dördüncü ve Beşinci Birleşmiş Periyodik Türkiye Raporu, Ankara.

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2009)
http://www.ksgm.gov.tr/Projeler_menu.php, Erişim Tarihi 09.06.2009.

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

United Nations Population Fund (UNPF), Program for Appropriate Technology in Health (PATH) (2006) *Meeting The Need Strengthening Family Planning Programs*, USA.

United States Agency International Development (USAID), (2006) *Five Simple Ways to Improve Oral Contraceptive Provision and Use*,
http://www.usaid.gov/our_work/cross-cutting_programs/wid/, Erişim Tarihi: 23.05.2009.

Ünalın T, Yavuz S, (2004) *Doğurganlık Tercihleri*, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara.

Ünalın T, Koç İ, Tezcan S, (2004) *Aile Planlaması*, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara.

Varlık M, (2007) *Türkiye'deki İllerin Sağlık Düzeylerinin Belirlenmesinde Yöntem Çalışması, Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Yazar E, (2007) *İslam Aile Hukukunda Eşler Arasındaki Geçimsizlik ve Çözümü (Nüşuz)*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Temel İslam Bilimleri Anabilim Dalı, Erzurum.

Yıldırım G, Turaçlar N, Bakır A, Özdemir L, (2001) *Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler*, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 25(3): 99-104.

Yıldırım SÖ, (2008) *Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Walle E, (2005) *Birth Prevention Before The Era Of Modern Contraseption*, University Of Pennsylvonia, Population&Societies, Philadelphia.

World Health Organization, (2002) *Information Update: Considerations Regarding Reuse Of The Female Condom*, http://apps.who.int/reproductive-health/stis/docs/reuse_FC2.pdf, Erişim Tarihi: 12.05.2009.

World Health Organization, (2008) *Repositioning family planning: guidelines for advocacy action*, <http://www.who.int/reproductive-health/publications/familyplanningadvocacytoolkit.pdf>, Erişim Tarihi: 12.05.2009.

World Health Organization, (2007) *Family planning: a global handbook for providers*, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/index.html, Erişim Tarihi: 12.05.2009.

World Health Organization, (2008) *The Right to Health* , <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>, Erişim Tarihi: 09.05.2009.

Zambrana E, Mccarraher D, Bailey P, (1998) *Impact Of Men's Knowledge, Attitudes And Behavior Regarding Fertility Regulation On Women's Lives*, The Women Studies Project Family Health International, Bolivia, <http://www.fhi.org/nr/rdonlyres/e4otsnanzeeoim7amq73s3qumwp2y36cww4fy64vjtfwc2a13ymo2bpjqzgg4yqmxwje3f7s25kct/bolivia2s.pdf>, Erişim Tarihi:25.05.2009.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1981 yılında Aydın’da doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimini Aydın’da tamamladıktan sonra, 2001 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’ne girmiş ve 2006 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nın Yüksek lisans eğitimine başlamış ve Ağustos. 2009’da tamamlamıştır.

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında, tezin bütün aşamalarına titizlikle eğilen, tezime yol gösterici çok değerli katkılarda bulunan saygıdeğer hocam Sayın Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim tüm bölüm hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak değerli görüş ve önerileriyle bu araştırmaya önemli katkılarda bulunan Sayın Yrd. Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA'ya ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Sibel ŞEKER'e,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli katılımcılara,

Ayrıca bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, destek, ilgi ve sevgilerini esirgemeyen ve hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan çok sevdiğim annem Emel ÇAYAN ve babam Ali ÇAYAN'a

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

EKLER

EK 1. SORU FORMU

KADINLARI TANITICI BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız

2. Eşiniz kaç yaşında

3. Kaç yıldır evlisiniz?

4. Eğitim durumunuz nedir?

1() Okuryazar

2() İlkokul mezunu

3() Ortaokul mezunu

4() Lise mezunu

5() Üniversite ve lisansüstü eğitim

5. Eşinizin eğitim durumu nedir?

1() Okuryazar değil

2() Okuryazar

3() İlkokul mezunu

4() Ortaokul mezunu

5() Lise mezunu

6() Üniversite ve lisansüstü eğitim

6. Siz, eşiniz ve çocuklarınız dışında birlikte yaşadığınız kişi/kişiler var mı?

1() Hayır

2() Evet

7. Bugüne kadar en uzun yaşadığınız yer neresidir?

1() Köy

2() Kasaba

3() Kaza

4() Şehir

8. Gelir düzeyinizi gideriniz ile karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?

1() Düşük (Gelir giderden az)

2() Orta (Gelir gidere denk)

3() Yüksek (Gelir giderden fazla)

9. Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?

1() Hayır

2() Evet

10. Herhangi bir sağlık probleminiz var mı?

1() Hayır

2() Evet

11. Cevabınız evet ise açıklayınız.....

KADINLARIN DOĞURGANLIK ÖLÇÜTLERİ

12. Kaç kez gebe kaldınız

Canlı doğan çocuk sayınız

Düşük sayısınız

Ölüm doğum sayısınız

Kürtaj sayısınız.....

Yaşayan çocuk sayınız

13. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?.....

14. Çocuğunuza/çocuklarınıza istemeyerek gebe kaldığınız oldu mu?

1() Hayır

2() Evet

15. Cevabınız evet ise kaçınıc gebeliğiniz istemeyerek oldu?.....

16. Doğum kontrol yöntemlerini biliyor musunuz?

1() Hayır 2() Evet

17. **(20. soru cevabı evet olanlara sorulacak)** Hangi yöntemleri biliyorsunuz?

1() Hap 2() Kondom 3() RİA 4() Enjeksiyonlar
5() Tüpligasyon 6() Vazektomi 7() Takvim yöntemi
8() Geri çekme 9() Bilmiyorum 10() Diğer

18. **(20. soru cevabı evet olanlara sorulacak)** Korunma yöntemleri ile ilgili bilgiyi nereden aldınız?

1() Gazete-Dergi-Kitap 2() Radyo- Televizyon 3() Akraba-Komşu
4() Ebe- Hemşire 5() Hekim 6() Diğer.....

19. Sizce doğurganlığın kontrolü için en güvenilir yöntem hangisidir?.....

20. Şimdiye kadar hangi yöntemleri kullandınız?

21. Şu anda hangi yöntemi kullanıyorsunuz?.....

22. **(Yöntem kullanmayanlara sorulacak)** Doğum kontrol yöntemi kullanmanız gerektiğini düşünüyor musunuz?

1() Hayır 2() Evet 3() Kararsızım

23. **(Yöntem kullananlara sorulacak)** Yöntem kullanmanıza rağmen gebe kaldığınız oldu mu?

1() Hayır 2() Evet

24. **Cevabınız evet ise** hangi yöntemi kullanırken gebe kaldığınızı açıklayınız.....

25. Aile planlaması ile ilgili danışmanlık aldınız mı?

1() Hayır 2() Evet

26. Kimden danışmanlık aldınız?

1() Hekim 2() Hemşire 3() Ebe 4() Diğer.....

27. Gebelikten nasıl korunacağınızı şimdiye kadar eşinizle hiç konuştunuz mu?

1() Hayır 2() Evet 3() Hatırlamıyorum

28. *Yöntem kullananlara sorulacak*

Bıraktığınız korunma yöntemi varsa bırakma nedeniniz/nedenleriniz nedir?	
RİA bırakma nedenleri	1() Fazla kanama 2() Enfeksiyon 3() Ağrı (belde, kasıklarda) 4() Servikal lezyon 5() RİA+Gebelik 6() Zayıflama 7() Çocuk isteme 8() Diğer (RİA düşmesi, rahimin dinlenmesin isteme).....
Geri çekme yöntemini bırakma nedenleri	1() Koruyuculuğuna güvenmeme 2() Geri çekme + Gebelik 3() Eşinin istememesi 4() Diğer.....
Oral kontraseptifleri bırakma nedenleri	1() Unutma 2() Mide ağrısı, mide bulantısı 3() Hap+ gebelik 4() Sinirlilik 5() Baş dönmesi, baş ağrısı 6() Akıntı 7() Adet düzensizliği 8() Diğer (meme uçları ve çenede tüylenme ileri yaş, kasıklarda ağrı, sigara içme,.....

Kondomu bırakma nedenleri	1() Eşinin istememesi 2() Koruyuculuğuna güvenmeme 3() Kondom + Gebelik 4() Kullanım güçlüğü 5() Diğer.....
İğneler	1() Sinirlilik 2() Baş dönmesi, baş ağrısı 3() Akıntı 4() Adet düzensizliği 5() Diğer.....
Diğer.....	

EK 2. AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ

34 MADDELİK AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ

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

EK 3. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü izin yazısı

T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI: B.10.4.ISM 4.09.00.SPK.-020-27 06414
KONU:Araştırma İzni

AYDIN
14.04.2008

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağ. Bil. Enst. Doğum ve Kadın Sağ. Hemş. Ana Bilim Dalı)
AYDIN

İLGİ: 10.04.2008 tarih ve 2380 sayılı yazınıza

İlgi yazınızda, Üniversiteniz Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Aslı ÇAYAN, 01.04.2008-31.12.2008 tarihleri arasında "15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine Karşı Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler İle İlişkisi," konulu tez çalışması kapsamında Aydın İl Merkezindeki 1,2,3,4,5,6,7,8 ve 9 No'lu Sağlık Ocaklarında veri toplama çalışması planladığını belirtmektedir.

Söz konusu çalışmanın yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş ve ilgili izin onayı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Dr. Mehmet ÇOBANOĞLU
Sağlık Müdürü

Eki: 1 Adet Valilik Onayı.

Tarih	15.04.08
Yazı No	864/526
Yazı No	5794
Yazı No	1021/13161

SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ-(Strateji Geliştirme, Planlama ve Koordinasyon Birimi) Adres: Hasan Efendi Mah.
Gençlik Cad. No:3 www.aydin.saglik.gov.tr
Tel: 0. (256) 2135000 Faks: 0.(256) 2151611

EK 4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.01.00/ 010-154
Konu :

5.1.6/2008

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM
ASYO Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hemş.AD-AYDIN

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 03.06.2008 tarihinde yapılan olağan toplantısında
çalışmanızla ilgili alınan XIV nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KARAR XIV

Protokol No : 2008/00241

Sorumlu Yürütücü: Yrd.Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM
ASYO Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hemş.AD-AYDIN

Aydın Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın "15-49 yaş evli kadınların aile planlaması
yöntemlerine karşı tutumları ve kullandıkları kontraseptif yöntem ile ilişkisi" isimli tek merkezli
araştırması görüşüldü.

Sonuçta, çalışmanın protokolü, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler ile gönüllü
bilgilendirme formu ve ekli bulunan diğer belgeler dikkate alınarak incelenmiş ve adı geçen
araştırmaya başlanmasında Yerel Etik Kurulunca sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar
verilmiştir.

Ayrıca çalışmadaki gönüllülere sunulan bilgilendirilmiş olur formu ile bilgilendirilmiş
olur metni formlarının gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve
imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat
edilmelidir.

Kurulunuzca bu çalışmada olduğu gibi **Ön onay verilen** çalışmaların sorumlu
yürütücülerinin bu hususa özen göstermesinin gerekliliğin bir kez daha vurgulanmasına oy
birliğiyle karar verilmiştir.

EK 5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/ 010-182
Konu :

26.6/2009

Sayın, Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM
ASYO Ebelik Anabilim Dalı

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 24.06.2009 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 7 nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.


Prof.Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KARAR 7

Protokol No : 2008/00242
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM- ASYO

Etik Kurulun 03.06.2008 tarih, 9 sayılı ve 14 nolu kararıyla ön onay verilen; Aydın Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın "15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine karşı tutumları ve kullandıkları kontraseptif yöntem ile ilişkisi" isimli araştırmasının 6 aylık takip raporu görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın Etik Kurul Uygunluk Onayını almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

EK 6. Bilgilendirilmiş Olur Metni

Değerli Hanımefendi;

“15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine Karşı Tutumları ve Kullandıkları Kontraseptif Yöntem İle İlişkisi” başlıklı bir araştırma yapmaktayız. Araştırmamız ile sizin aile planlaması yöntemleriniz ile ilgili veri toplaması, size sunulan sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunu kolaylaştırmayı amaçlamaktayız.

Araştırma için gerekli bilgilerin toplanması amacıyla hazırlanmış formlarda, sizinle ilgili tanıtıcı bilgiler ile gebelik ve doğum öykünüzü sorgulayan ve sizin korunma yöntemlerinizi sorgulayan sorular yer almaktadır. Bu araştırmada size herhangi bir tıbbi girişim ya da tedavi yapılmayacaktır. Veri toplama formunda belirtilen durumların sizde olup olmaması araştırmaya katılmanıza engel değildir. Formları doldurmanız araştırmanın gerçekleştirilmesi için yeterli ve önemlidir. Sizinle ilgili bilgiler araştırmacılar, etik kurul üyeleri ve resmi makamlar tarafından ulaşılabilir olacaktır. Ancak bu bilgiler araştırmada kimlik bilgilerinizi içermeden kullanılacaktır. Ayrıca bu bilgiler araştırma dışında herhangi bir neden için kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız tamamen sizin isteğiniz dahilinde olacaktır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz veya herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Formların doldurulması yaklaşık 30 dakikanızı alacaktır. Bu araştırmayı yaklaşık olarak 500 kadın ile yapmayı planlamaktayız. Araştırmaya katılmakla harcadığınız zaman ve emek için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ve sizden ücret talep edilmeyecektir. Ancak araştırma için bir arada bulunduğumuz sürede, biz araştırmacılar sizlere kadın sağlığı ile ilgili danışmanlık yapabiliriz. Daha sonrada size verdiğimiz telefon numaralarından bize ulaşabilir ve danışmanlık alabilirsiniz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder size ve ailenize sağlıklı bir yaşam dileriz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no, varsa faks no.)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no, varsa faks no.)

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı, İmzası, Tarih

EK 7. Bilgilendirilmiş Olur Formu

1. Aşağıda imzası olan ben “15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine Karşı Tutumları ve Kullandıkları Konraseptif Yöntem İle İlişkisi” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten Yrd. Doç. Dr. Zekiye Karaçam ve Aslı ÇAYAN çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği ve yan etkilerle karşılaşsam ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Aslı ÇAYAN’a çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Aslı ÇAYAN’a hastalığımızın geçmişini ve kullandığım ilaçları anlattım ve onu bu bilgilerin ayrıntılarını açıklamaya, hasta ve doktor arasındaki sırları koruması şartıyla yetkili kılıyorum.
5. Çalışma boyunca tüm kurallara uyacağıma, Aslı ÇAYAN ile tam bir uyum içinde çalışacağıma ve sağlığımla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu arayacağımı kabul ediyorum.
6. Bu çalışmanın sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve özellikle dünya çapında tıp yetkililerine verebileceğini kabul ediyorum.
7. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Hastanın adı, soyadı, adresi .

İmza, tarih :

Doktorun adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

Tanığın adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

* Çalışmadaki gönüllülere sunulan bilgilendirilmiş olur formunun gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.

* Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve hekime verilecek ve hasta dosyasına eklenecektir.

EK 8. Aile Planlaması Tutum Ölçeği İzni

İLGİLİ MAKAMA

AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ isimli 2006 yılında doktora unvanını aldığım tezimde geliştirdiğim ölçeğin Adnan Menderes Üniversitesinde lisansüstü öğrencisi olan ASLI ÇAYAN tezinde kullanmasının uygun olduğunu beyan ederim.



24.6.2009

YRD.DOÇ.DR. ÖZLEM ÖRSAL

Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu Müdür Yrd.